



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 978-3-86884-546-4

© 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 medizinethische 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 Sportärzterverbandes 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 genüge, 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 Medizinern 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 Versehrtensportlehrer 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 Versehrteneinrichtungen, 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:

„Die Mitgliedschaft beim Deutschen Sportärztebund allein berechtigt nicht zur Führung der Bezeichnung ‚Sportarzt‘. Die Anerkennung als Sportarzt erfolgt durch das Sportärztdiplom, das ausschließlich vom Deutschen Sportärztebund ausgestellt wird. Die bisher von sportärztlichen Arbeitsgemeinschaften ausgestellten Kursteilnahme- und Anerkennungsbescheide sind mit unten bezeichneten Erklärungen (1-5, a-b) von den örtlichen Sportbünden dem Deutschen Sportärztebund zur Prüfung und Ausstellung des Diploms einzureichen. Die Bezeichnung ‚Sportarzt‘ darf nicht auf dem Arztschild, in Formularen und bei Veröffentlichungen geführt werden.

Die Sportarztanerkennung kann erhalten:

Jeder Arzt (Ärztin), wenn er (sie) folgende Bedingungen erfüllt:

1. Der Bewerber muß nach der Approbation mindestens ein Jahr ärztlich tätig sein.
2. Nachweis der eigenen sportlichen Betätigung. Hierzu ist erforderlich, daß er mindestens ein Jahr aktives Mitglied eines Turn- oder Sportvereines ist.
3. Teilnahme an einem vom Deutschen Sportärztebund anerkannten Sportärztekurs.
4. Bereitwilligkeitserklärung, im Interesse des Deutschen Sportärztebundes mitzuarbeiten.
5. Das Deutsche Sportabzeichen soll erworben sein.

Vor der Zulassung zum Sportärztelehrgang ist vom Vorstand des örtlichen Landessportärzteverbandes bei der Ärztekammer anzufragen, ob a) etwas Ehrenrühriges gegen den Bewerber oder Rauschgiftsucht vorliegt, b) bei Turn- und Sportvereinen, denen der Bewerber angehört, Auskunft über dessen sportliches Interesse und seine Vereinstätigkeit einzuholen. Bei ablehnendem Bescheid der Ärztekammer oder Zweifel an der Eignung hat der Vorstand des Bundes Entscheidungsrecht“ (Rohleder, 1951, S. 86 f.; Mallwitz, 1953, S. 7).



Abb. 2.1 Sportarztanerkennung der AG nordwestdeutscher Sportärzte (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(1/2), S. 31)

Ebenfalls 1951 verabschiedete der DSÄB zur Standardisierung der Ausbildung eine Vorschrift mit „Durchführungsbestimmungen für Ausbildungskurse zur Anerkennung als Sportarzt“. Weiterhin waren es hiernach die Landesverbände, die die Ausbildungslehrgänge veranstalteten. Allerdings bedingte die Durchführung die vorherige Genehmigung des Bundesverbandes, dem die Lehrpläne und die Namen der Ausbilder übermittelt werden mussten. Die Teilnehmer erhielten vom Landesverband eine Teilnahmebestätigung, die Führung des Titels „Sportarzt“ war von der Verleihung eines „Bundesdiploms“ durch den Bundesverband abhängig (Heiß, 1950c, S. 191; Mallwitz, 1953, S. 8; vgl. Abb. 2).

Antrag auf Verleihung des Sportarztdiploms
Landesverband des Deutschen Sportärztebundes
 An das Präsidium
 des Deutschen Sportärztebundes
 Frankfurt/Main, Liebigstraße 53

Anlagen:
 Name Vorname Geburtsdatum -ort.....
 Ärztliche Bestallungsurkunde von hat vorgelegen
 Mitglied folgender Sportvereine: (Funktion?)
 Deutsches Sportabzeichen in am erworben
 Frühere sportliche Beteiligungen

.....
 Jetzige sportliche Beteiligungen

.....
 Jetzige sportärztliche Tätigkeit

Der Antragsteller hat teilgenommen
 an folgenden Ausbildungs- bzw. Fortbildungskursen des
 Deutschen Sportärztebundes:
 von bis Ort Kursusleiter

von bis Ort Kursusleiter

von bis Ort Kursusleiter

an folgenden Sportärztekongressen:
 von bis Ort Kursusleiter

von bis Ort Kursusleiter

von bis Ort Kursusleiter

an folgenden Wochenendkursen seines Landesverbandes:
 von bis Ort Kursusleiter

von bis Ort Kursusleiter

von bis Ort Kursusleiter

von bis Ort Kursusleiter

von bis Ort Kursusleiter

an folgenden sportmedizinischen Vorlesungen:
 von bis Ort Lektor

von bis Ort Lektor

von bis Ort Lektor

von bis Ort Lektor

von bis Ort Lektor

Die Bereitwilligkeit des Antragstellers liegt vor, im In-
 teresse des Deutschen Sportärztebundes satzungsgemäß
 mitzuwirken.

Stempel

Unterschrift 1. Vorsitzender	Unterschrift Schriftführer bzw. 2. Vorsitzender
---------------------------------	--

Abb. 2.2 Antragsformular zur Sportarztanerkennung 1962 (Der Sportarzt, 13(12), S. 418)

Die praktische Umsetzung der Kurse sollte in einer Mischung aus Praxis und Theorie erfolgen:

„Jeder Kurs muß mindestens 40 Stunden umfassen, davon entfallen mindestens 24 Stunden auf aktiven Sport, mindestens 16 Stunden auf theoretische Vorlesungen. [...] Zur praktischen Ausbildung dürfen nur staatlich anerkannte und bewährte Turn- und Sportlehrer heran-

gezogen werden. [...] Im theoretischen Teil ist zu lehren: Der psychische und physische Wert des Sportes. Die planmäßige Erziehung aller Altersstufen durch körperliche Ertüchtigung bei Mann und Frau - Sporthygiene. Die sportliche Leistung, ihr Stoffwechsel und Einfluß auf Psyche, innere Organe und Bewegungsapparat, Erste Hilfe, Sportschäden, ihre Prophylaxe und Behandlung. Die theoretischen Fächer sind von anerkannten Fachärzten zu lesen (Internisten, Physiologen, Chirurgen, Orthopäden und Psychologen)“ (Rohleder, 1951, S. 87).

Die praktischen Durchführungsbestimmungen verdeutlichen die im Selbstbild (vgl. 3.1) zutage tretende Präferenz des Sportmediziners als aktiver Sportler mit medizinischer Ausbildung. Die praktisch-sportliche Ausbildung hatte vom Umfang her mit 24 Stunden die größere Gewichtung gegenüber der theoretisch-medizinischen Ausbildung. Letztere wiederum stand eindeutig im Zeichen der Prävention, der Herausstellung des Wertes des Sportes bei Mann und Frau, bei Jung und Alt, sowie der gleichzeitig damit verbundenen prophylaktischen Abwehr von „Sportschäden“ durch exzessives Sporttreiben. Im 1953 erschienenen „Handbuch der Sportmedizin“ wurden die Durchführungsbestimmungen erneut ohne größere inhaltliche Änderungen abgedruckt (Mallwitz, 1953, S. 8).

Es ist deutlich erkennbar, dass die Anforderungen ein noch sehr geringes Niveau aufwiesen und damit eindeutig unter der Zielsetzung standen, in kurzer Zeit die Zahl der Sportärzte zu erhöhen. 1987 hob rückblickend Wildor Hollmann diese Minimalanforderungen hervor:

„Um die Bezeichnung ‚Sportarzt‘ im Sinne einer e.V.-Institution führen zu dürfen, bedurfte es zunächst lediglich des Diploms des Deutschen Sportärztebundes. Hierzu genügten noch in den 50er und 60er Jahren die Vollapprobation als Arzt und der Nachweis der Teilnahme an mindestens 4-5 sportmedizinischen Wochenend-Fortbildungsveranstaltungen sowie an einem sportmedizinischen Kongreß“ (Hollmann, 1987, S. 5 f.).

Einer raschen Erhöhung der Mitgliederzahl diene letztlich auch die ebenfalls in der Satzung (§ 3) verankerte – und im Grunde dem Diskontinuitätscharakter einer vom Erwerb eines Diploms abhängigen Mitgliedschaft zuwiderlaufende – grundsätzliche Aufnahmemöglichkeit aller deutschen Ärzte unabhängig von der Sportarztanerkennung (Mallwitz, 1953, S. 10). Diese waren dann auch anfangs in einigen Landesverbänden – je nach Stand des Ausbildungswesens – in der Mehrheit. In Niedersachsen etwa besaßen 1953 von 159 Mitgliedern lediglich 40, also etwa ein Viertel, zum Zeitpunkt der Meldung der Mitglieder an den Dachverband die sportärztliche Anerkennung. Selbst Funktionsträger wie die 1. und 2. Vorsitzenden des Landesverbandes, Prof. Rautmann und Dr. Prenzel, aber auch der Vorsitzende des Fachausschusses „Versehrtensport“, der Hannoveraner Oberregierungs-Medizinalrat Lettenbaur, hatten zu dieser Zeit diese Anerkennung noch nicht erworben. In Westfalen dagegen besaßen von 165 Ärzten bereits 100, damit die Mehrzahl, das Sportarzt Diplom (Mallwitz, 1953, S. 34-37 und 57-60). Vor allem auf dieser Basis der Mitgliedschaft auch nicht durch Lehrgang anerkannter Mitglieder sowie weiterer „außerordentlicher Mitglieder“ nahmen die Zahlen zu. Hatte der Verband nach seiner Gründung angeblich³ etwa 500 Mitglieder, so nahm die Zahl in den folgenden Jahren zu und lag 1965 bei 3.050 Mitgliedern (DSB-Bestandserhebungsausschuss 30.06.1965; DOSB-Archiv Bestand 2562), ein Jahr später bei ca. 3.800 (Hollmann & Klaus, 1966, S. 247). Die Zuwächse erfolgten zum einen aber regional sehr unterschiedlich, zum anderen war die Zahl der letztlich innerhalb des Verbandes wirklich aktiven Mitglieder eher gering. Noch 1959 beklagte der Münsteraner Leiter des Instituts für Sportmedizin, Emil Klaus, dass in „vielen Landesverbänden“ nicht von einer „Breitenarbeit“ gesprochen werden könne, man zudem teilweise gerade erst den Entwicklungsstand der 1930er-Jahre erreicht habe (Klaus, 1959, S. 20).

³ Diese Zahl beruht auf (retrospektiven) Selbstaussagen der Sportmedizin (vgl. etwa Nowacki, 2000, S. 116). Tatsächlich war es in der Anfangszeit so, dass der DSÄB teilweise nicht genau wusste, welche Sportärzteassoziationen auf regionaler oder Landesebene überhaupt existierten und wie groß deren Mitgliederzahl war.

Zudem bestand für den DSÄB trotz einer steigenden Mitgliederzahl immer noch das grundlegende, sich aus dem mangelnden Facharztstatus ergebende Problem sowohl des Statuts innerhalb der Medizinwissenschaft als auch – in der praktischen Konsequenz – das der mangelnden Berufsperspektiven von „Sportärzten“. Beides wurde vonseiten der Sportmedizin wiederholt artikuliert, so gab der damalige DSÄB-Präsident Koch anlässlich des Sportmedizin-Kongresses seiner Hoffnung Ausdruck, bei den „zuständigen Stellen ein zunehmendes Verständnis für die Bemühungen der Sportärzte zu wecken“ (Koch, 1954, S. 129). Vor allem die Problematik der beruflichen Perspektiven von Sportärzten wurde zu einem sich über Jahre und Jahrzehnte hinziehenden Problem, das sich letztlich auch auf den Mitgliederbestand des Verbandes auswirkte. Infolge der mangelnden fachlichen Qualifikation, die auch das „Diplom“ nicht auffangen konnte, waren Arbeitsplätze für Sportmediziner, etwa in den Universitäten, in Versehrteinrichtungen, in kommunalen Beratungsstellen, 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). 1963 wies DSÄB-Vizepräsident Eugen Goßner im Bundesgesundheitsministerium darauf hin, dass es in der Bundesrepublik Deutschland im Unterschied zu vielen anderen Ländern wie den USA oder den „Oststaaten“ keinen Facharzt für Sportmedizin oder für „präventive Medizin“ und auch „nur wenige hauptamtlich tätige Sportärzte“ gebe (Der Sportarzt, 14(12), S. 287). Und auch 1973 beklagte DSÄB-Vizepräsident Jürgen Glaeser in einem Schreiben an die Sportabteilung des Bundesinnenministeriums:

„Die Tätigkeit der Sportmediziner als alleinige Tätigkeit ist z. Zt. noch ohne jede materielle Basis und darum für die Jüngeren völlig uninteressant, daher bestehen größte Nachwuchssorgen für den DSpÄB. [...] Der Zustand ist so, dass die sportärztliche Tätigkeit eine Leistung von Idealisten ist, die praktisch ohne Entgelt bleibt, sehr oft sogar mit erheblichen finanziellen Opfern der Ärzte verbunden ist“ (Schreiben DSÄB-Vizepräsident Dr. Glaeser an Ministerialrat Dr. Groß, Sportabteilung des BMI, undatiert (Ende 1973), BArch B106/121670).

All diese Aussagen reflektieren im Grunde den Aspekt, dass das Sportarzt-Diplom lediglich eine verbandsinterne Qualifikationsmaßnahme ohne Relevanz gegenüber der Mutterdisziplin Medizin, aber auch hinsichtlich einer Prägnanz innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens darstellte. Hieran konnten auch Verlautbarungen öffentlicher Stellen, dass die sportmedizinischen Untersuchungen in den kommunalen Gesundheits- und Sportämtern oder in Rehabilitationseinrichtungen für Kriegsversehrte nach Möglichkeit von „ausgebildeten Sportärzten“ durchgeführt werden sollten (vgl. etwa (Schreiben Ic 1790/2972/50 der Bundesregierung an die Unterabteilung Ia; Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 2(2), S. 45), wenig ändern. Zum einen waren selbst für diese wenigen Tätigkeitsfelder zu wenig ausgebildete Sportmediziner vorhanden, zum anderen stellte das Diplom eben kein wirkliches Berufsqualifikationsmerkmal dar, sodass der DSÄB keine Handhabe besaß, bei Einstellung eines nicht sportmedizinisch fortgebildeten Arztes zu intervenieren. Paradigmatisch brachte dies 1958 der DSB-Generalsekretär Guido von Mengden zum Ausdruck, als er Forderungen des DSÄB nach mehr Mitwirkung in den DSB-Gremien u. a. mit der Bemerkung zurückwies, es käme bei der Berücksichtigung der „sportliche[n] Seite“ gar nicht auf eine „ausschließliche Beschränkung auf den Sportarzt“ an, sondern auf die „Mitwirkung des Arztes an sich“, so etwa des Schularztes (Niederschrift der Besprechung mit dem DSÄB, 29.11.1958; BArch B322/159; Hervorhebung im Original).

In der Fünften Novelle des Bundesversorgungsgesetzes 1956 wurde zwar explizit für den Versehrten-sport eine ärztliche Überwachung gefordert. Dies bedeutete jedoch keineswegs, dass diese ärztliche Überwachung durch einen Sportarzt erfolgen musste. Die Beteiligung eines Sportmediziners war zwar impliziert, erfolgte aber nicht zwingend, sondern letztlich eher informell durch entsprechende Aufforderungen seitens der Behörden (Deutscher Bundestag, 1956, S. 1 f.; 1956b, S. 8259 f.). 1966 verwies der DSÄB daher auch auf zwar „3800 anerkannte Sportärzte“, hob zugleich aber hervor,

es gebe zudem „einige Tausend in Sportvereinen tätigen Kollegen, die über kein Sportarzt-Diplom verfügen“ (Hollmann & Klaus, 1966, S. 247).

Obwohl man seitens des DSÄB offenbar erkannte, dass das Diplom nicht ausreichend sein würde, um die Position der Sportmedizin in Staat und Gesellschaft langfristig zu stärken, ging man mangels Alternativen zunächst dazu über, den Anspruch an die Qualität der Aus- und Weiterbildungskurse zu erhöhen, indem die Anforderungen an den Erwerb in den 1960er-Jahren allmählich gesteigert werden sollten. Begründet wurde dies nicht zuletzt mit einer zunehmenden Inanspruchnahme sportmedizinischer Aufgabenfelder, die es auch tatsächlich gab und die dazu führten, dass die Sportmedizin vor allem in den 1960er-Jahren auf einigen Gebieten wie der Präventionsmedizin im Zusammenhang mit der Volksgesundheit eine Deutungshoheit erhielt.

„Der Begriff der sportärztlichen Tätigkeit, jahrzehntelang eng gefaßt und überschaubar, vielfach belächelt, um seine Notwendigkeit angezweifelt und doch unentbehrlich, ist in den letzten Jahren in einem großen Um- und Aufbruch entwickelt. Die Sportmedizin sprengt ihre Grenzen und hat, zunächst fast unmerkbar, gleichsam infiltrierend viele Zweige der Medizin erfaßt, bis in einer engen Bindung von Sport- und Präventivmedizin jetzt ein Stadium erreicht ist, daß eine Begrenzung kaum ahnen läßt, das längst auch medizinische Gebiete verläßt und jetzt in weite soziologische, psychologische und letztlich sozialpolitische Bereiche vorgestoßen ist“ (Fischbach, 1963, S. 171).

Zugleich setzten erste Initiativen zu einer fachlichen Aufwertung der Sportmedizin ein, die zunächst darauf fokussierten, den hohen Nutzen der Sportmedizin zu betonen. Ausgelöst durch die „[f]ortschreitende Spezialisierung des Arztiums aufgrund von medizinisch-biologischem Fortschritt und Erkenntnissen“ sei, so der frühere DSÄB-Präsident Koch, „der Sportarzt als Spezialist für bestimmte Sportdisziplinen erforderlich [...], in denen bestimmte Spezialkenntnisse notwendig sind“ (Koch, 1961, S. 352). Die gestiegene Bedeutung des Sports in der Gesellschaft wurde mit der Notwendigkeit der Existenz des Sportmediziners verbunden, da der Sport den nötigen Ausgleich in der industriellen Gesellschaft schaffen müsse, die Sporterziehung in der Schule habe zudem Vorrang vor dem Sport in der Freizeit. Dies wiederum bedinge, dass Jugend- und Schulärzte dafür sorgen müssten, „daß kein Jugendlicher Sportarten betreibt, die sich für ihn nicht eignen“ – was wiederum nur der sportmedizinisch geschulte Arzt zu erkennen vermöge: „Jeder Schularzt ein Sportarzt“ (Tietz, 1964a, S. 162). Die Bedeutung des Sportes für die Gesellschaft sei so groß, dass alle Ärzte sportmedizinisch geschult werden müssten:

„Wir müssten von allen Ärzten in der Praxis und der Verwaltung ausreichende Grundkenntnisse in der Sportmedizin erwarten können. Dies ist bei der Bedeutung des Sportes für unsere Volksgesundheit eine unabdingbare Forderung unserer Industriegesellschaft an die Ärzteschaft“ (Tietz, 1964b, S. 198).

Zugleich war diese spezifische Deutungshoheit aber eben kaum mit einem gesteigerten Zugang zu Berufswegen verbunden, sie blieb primär theoretischer Art. Der Versehrten-sport, die sportmedizinischen Untersuchungsstellen, dies waren vorrangig die Arbeitsgebiete des Sportarztes. Dagegen kam es etwa kaum zu einer Verankerung der Sportmedizin an den Hochschulen und Universitäten, die Zahl sportmedizinischer Lehrstühle nahm bis 1970 kaum zu. 1971 existierten nach Auskunft der Bundesregierung in der Bundesrepublik nur drei „[s]pezielle Lehrstühle für Sportmedizin“, in Münster, Hamburg und Gießen,

„von denen allerdings nur der Lehrstuhl in Münster besetzt ist; in den beiden anderen Fällen werden zur Zeit Berufungsverhandlungen geführt. In Erlangen besteht eine Abteilung für Sportmedizin, und in Freiburg laufen Bestrebungen, noch in diesem Jahr eine Abteilung für

Leistungsmedizin (Sportmedizin) einzurichten. In Berlin und Mainz bestehen Institute für Leistungsmedizin, die allerdings von den Universitäten losgelöst sind“ (Schreiben BMI SK I 1 an MDB Dr. Riedel vom (o.T.) Oktober 1971, Betr.: Ihre schriftliche Anfrage für die Fragestunde im Deutschen Bundestag am 20./22.10.1971; S. 1 f.; BArch B274/55).

Insgesamt veränderten sich im Verlauf der 1960er-Jahre die Grundvoraussetzungen zum Erwerb des Diploms kaum, waren damit auch kaum anspruchsvoller als in der vorherigen Dekade. Neu hinzugekommen war vor allem die – innerhalb des Verbandes lange Zeit kritisch diskutierte – Option der Anerkennung einer Teilnahme an Lehrveranstaltungen mit sportmedizinischer Thematik sowie an Sportkursen an Hochschulen. Wie sehr indes nach wie vor das Ideal der Identität von Sportarzt und Sportler dominierte, zeigt der Umstand, dass auch eine „anerkannte Sportlehrerausbildung“ zum Erwerb des Diploms ausreichte:

Bestallte Ärzte, die nachweisen, daß sie an zwei sportmedizinischen Vorlesungen sowie an 2 Semestern Leibesübungen während des Studiums mit Erfolg teilgenommen haben oder über eine anerkannte Sportlehrerausbildung verfügen, haben keinen Sportarztekurs nachzuweisen“ (Punkt 3 der Richtlinien zur Anerkennung als Sportarzt, Der Sportarzt, 13(10), S. 346f.)

In umsetzungspraktischer Hinsicht wurde in den 1960er-Jahren die seit Ende der 1950er-Jahre praktizierte Zusammenarbeit mit den Ärztekammern immer mehr in dem Mittelpunkt gerückt. Weiterbildungsangebote in gesamten Gebiet Westdeutschlands in Kooperation von DSÄB und BAK wurden zum Thema: „Zentrale Lehrgänge sind nicht ausreichend für die Zukunft“ (Tietz, 1964b, 198). Zugleich wurden zumindest im Detail die Durchführungsbestimmungen durch explizierte Festlegungen der Themen verschärft, dennoch genügte nach wie vor die Teilnahme an drei Wochenendkursen (Hollmann & Klaus, 1966, S. 248). Ungeachtet insgesamt geringer Verschärfungen führte etwa der Landesverband Nordrhein einen deutlichen Rückgang der Teilnehmerzahl an seinem Lehrgang im Sommer 1962 in Hennef auf die „erschwerenden Bedingungen“ zurück (Seip, 1962b, S. 351) – letztlich auch ein Hinweis darauf, dass viele Ärzte zuvor das Diplom eher aufgrund einer Affinität zum aktiven Sporttreiben als aus berufspraktischen Gründen erworben haben.

3.3 Das Sportarzt-Diplom als „kleiner Weiterbildungsweg“ ab 1970

Seit 1967 wurden seitens des DSÄB im Zuge der Bestrebungen nach Verbesserung der Qualität der sportmedizinischen Fort- und Weiterbildung sowie vor allem deren Anerkennung durch die Ärztekammern erste Schritte hin zu einer „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ unternommen und im Verlauf der 1970er-Jahre auch durch die Landesärztekammern anerkannt (vgl. 4.3). Somit verlagerte sich der Fokus des DSÄB auf diese Form der Weiterbildung, zugleich verlor das Diplom damit noch deutlicher an Relevanz. Die Entscheidung des DSÄB, das Diplom „als sogenannte[n] kleine[n] Weiterbildungsweg neben der Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘, die die Landesärztekammern vergeben, bei[zu]behalten“ (Schnell, 1979a, S. 230; vgl. auch Schnell, 1979b), überrascht somit und ist wohl nur vor dem Hintergrund des Bemühens, die Zahl der Mitglieder des DSÄB durch ein weniger aufwendiges Weiterbildungsangebot weiter auszubauen, erklärlich.

Dieser Zielsetzung waren letztlich auch die eher moderaten Änderungen der Kriterien zum Erwerb verbunden. So verkündete der DSÄB 1974 den Erlass neuer Richtlinien für den Erwerb des Sportarzt-Diploms. Die Bedingungen seien „etwas gestrafft und präzisiert“ worden, sodass sie innerhalb eines „angemessenen Zeitraumes“ erfüllt werden könnten. Der Umfang der abzuleistenden Stunden wurde auf 90 Stunden erhöht, wobei nach wie vor der praktisch-sportliche Teil 50% des Gesamtumfanges ausmachte. Ebenso blieben die Schwerpunkte im Theorieteil auf die Grundlagen, die kurative, präventive und rehabilitative Medizin fokussiert, aber auch auf die sportärztli-

chen Untersuchungen, die neben der Versehrtenbetreuung das primäre berufliche Tätigkeitsfeld von Sportärzten darstellte:

„Die Anerkennung als Sportarzt erfolgt durch das Sportarzt Diplom, das vom Deutschen Sportärztebund e. V. (DSÄB) ausgestellt wird. Die Mitgliedschaft im DSÄB allein berechtigt nicht zur Führung der Bezeichnung SPORTARZT. Das Sportarzt Diplom kann nur an ordentliche Mitglieder der Landesverbände des DSÄB verliehen werden. Die Sportarztanerkennung kann jeder approbierte Arzt/Ärztin erhalten, wenn er/sie folgende Bedingungen erfüllt hat:

- 1. Die Bedingungen für den Erwerb des Sportarzt Diplomes des DSÄB sind erfüllt, wenn die Teilnahme an mindestens 90 (neunzig) Lehrgangsstunden bei Fortbildungsveranstaltungen des DSÄB nachgewiesen werden.*
 - a) Es müssen enthalten sein: mindestens 45 Stunden Sport in Theorie und Praxis (Ballspiele, Turnen und Gymnastik, Schwimmen, Schwer- und Leichtathletik, körperliche Übungen und motorische Grundausbildung, landesübliche Sportarten).*
 - b) mindestens 45 Stunden: sportmedizinische Grundlagen (Sportphysiologie und -anatomie, präventive Sportmedizin, kurative Sportmedizin, rehabilitative Sportmedizin; Geschichte, Organisation und rechtliche Fragen in der Sportmedizin; sportärztliche Untersuchungen und Begutachtungen in Theorie und Praxis)“ (DSÄB, 1974, S. 286).*

Die Novellierung zielte zugleich auf zwei hauptsächliche Aspekte: die qualitative Aufwertung des Diploms – verbunden mit dem Hinweis auf den dennoch „angemessenen Zeitraum“ zur Absolvierung – sowie die inhaltliche Ausrichtung sowohl auf die Alleinstellungsmerkmale des Sportmediziners als auch auf die Tätigkeitsfelder, innerhalb derer ein Sportmediziner beruflich reüssieren konnte. 1979 wurde erstmals als Alternative zum 90-stündigen Kursangebot eine mindestens halbjährige Tätigkeit in einem sportmedizinischen Institut oder einer sportmedizinischen Klinik verankert:

„[...] Alternativ zu 3 a) gibt es folgenden Weg der Weiterbildung:

- 3. b) Eine mindestens halbjährige Tätigkeit in einem sportmedizinischen Institut, oder einer sportmedizinischen Klinik [...]“ (DSÄB. Fortbildungsprogramm II. Halbjahr 1979 (H. 6), S. 5; Schnell, 1979a, S. 230).*

Die 1962 eingeführte Möglichkeit, dass die Bewerber für das Sportarzt-Diplom bereits während des Studiums Weiterbildungskurse belegen konnten bzw. sich den Besuch von Veranstaltungen sportmedizinischen Inhalts anrechnen lassen konnten, blieb bestehen. Bewerbern für die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ dagegen war dies erst nach erreichter Approbation als Arzt möglich:

„Es besteht die Möglichkeit, schon während des klinischen Abschnittes des Studiums der Humanmedizin durch regelmäßige Teilnahme an sportmedizinischen Vorlesungen und Kursen sowie durch sportpraktische Übungen die Mindeststundenanzahl zu erreichen. (Eine Semesterwochenstunde entspricht 10 [zehn] Stunden.) Darüber hinaus muß der Bewerber nach der Approbation an zwei Wochenendlehrgängen des DSÄB teilnehmen“ (DSÄB, 1974, S. 286).

Ungeachtet dieser qualitativen Aufwertung der Weiterbildung geriet das Diplom zunehmend in den Schatten der „Zusatzweiterbildung“. Vielen Interessenten an einer sportmedizinischen Weiterqualifizierung war der Unterschied zwischen der „Zusatzbezeichnung“ und dem „Sportarzt-Diplom“ kaum noch bewusst. Vor allem jedoch wurde das Diplom als „kleiner Weiterbildungsweg“ für den DSÄB insofern ein Problem, als einige Absolventen des Diplom-Lehrganges versuchten, die mit der „Zusatzbezeichnung“ verbunden Vorteile – bewusst oder unbewusst – für sich zu nutzen. Mehr-

mals musste der DSÄB in seiner Verbandszeitschrift darauf verwiesen, dass nur die mit dem jeweiligen Erwerb der Weiterqualifikation verbundene Bezeichnung auch verwendet werden dürfe und das Diplom als verbandsinterne Qualifikation keine Anerkennung seitens der Ärztekammern bedinge:

„Die Bundesärztekammer teilt dem Präsidium des Deutschen Sportärztebundes mit, daß Mitglieder einzelner Landesverbände, die die Anerkennung als Sportarzt (Sportarzt Diplom) erhalten haben, diese Bezeichnung auf dem Praxisschild, auf Briefbögen usw. führen und dabei die Bestimmungen der Weiterbildungsordnung mißachten. Das Präsidium des Deutschen Sportärztebundes sieht sich daher veranlaßt, alle Kolleginnen und Kollegen darauf hinzuweisen, daß das Sportarzt Diplom nicht berechtigt, die Bezeichnung ‚Sportarzt‘ oder ‚Sportmedizin‘ offiziell zu führen. Die Kolleginnen und Kollegen, die auf Antrag an die zuständige Landesärztekammer die Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ erhalten haben, dürfen diese Zusatzbezeichnung auf dem Praxisschild und den Briefbögen führen. Die Bezeichnung ‚Sportarzt‘ darf in keinem Falle geführt werden“ (DSÄB, 1976, S. 287).

Der Bedeutungsverlust des Diploms setzt sich in den 1980er-Jahren fort. 1987 sah sich der DSÄB-Präsident Hollmann veranlasst, darauf hinzuweisen, dass neben der „Zusatzbezeichnung“ „nach wie vor das vom Sportärztebund verliehene Sportarzt Diplom“ existiere (Hollmann, 1987, S. 6). Allerdings wurde die Berechtigung des Diploms selbst innerhalb des Verbandes mittlerweile angezweifelt. Der Saarbrücker Sportmediziner Kindermann forderte etwa, dass die Anforderungen zum Erwerb noch weiter erhöht werden müssten und die Qualität der Weiter- und Fortbildungen insgesamt einen höheren Standard haben müsse. Zielsetzung sei, sich besser innerhalb der Humanmedizin zu etablieren und die Sportmedizin außerhalb ihrer eigenen Reihen aufzuwerten (Kindermann, 1987, S. 3). Auch der Sportmediziner Simon sah das Diplom, dessen ursprünglicher Zweck ja die rasche Zunahme von Sportärzten gewesen war, als überholtes Relikt:

„Die veränderten Lebensbedingungen in unserer Gesellschaft erfordern ein zunehmendes ärztliches Engagement im Rahmen der Präventivmedizin und der Sportmedizin. Wir brauchen dazu aber nicht nur mehr, sondern insbesondere mehr besser ausgebildete Sportmediziner“ (Simon, 1989, S. 275).

Das Sportarzt-Diplom, so die Sicht vieler Sportmediziner, reichte offensichtlich für diese Anforderungen nicht mehr aus. Dennoch existierte das Diplom noch lange Zeit neben der „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“. 2010 musste die DGSP auf Aufforderung der Bundesärztekammer das „Sportarzt-Diplom“ abschaffen, das als „kleine Weiterbildung“ seit den 1950er-Jahren existierte und als „rechtlich umstrittenes Diplom“ ohne Prüfung, Auffrischung oder Kontrolle lebenslange Gültigkeit hatte (Arndt, Löllgen & Schnell, 2012, S. 318).

3.4 Die praktische Umsetzung der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die seit den frühen 1950er-Jahren weiterentwickelten theoretischen Kriterien für die Ausbildung von Sportärzten waren hinsichtlich ihrer Umsetzung – und damit des angestrebten Erfolges, der Zunahme anerkannter Sportmediziner – von der praktischen Umsetzung der Vorgaben durch entsprechende Kurse abhängig. Dies erwies sich insbesondere in den ersten Jahren nach 1950 als schwierig. Hierbei spielte anfangs nicht zuletzt die prekäre finanzielle Situation vieler Mediziner, wie letztlich auch die der die Kurse anbietenden Landesverbände eine Rolle, aber auch die grundsätzliche Frage, ob sich überhaupt Ärzte für derartige Kurse begeistern ließen. So bemerkte der Rektor der Sporthochschule Köln, Carl Diem, 1950, es sei

„beabsichtigt, im Benehmen mit dem Sportärztebund Nordrhein-Westfalen die Ausschreibung eines Lehrganges im Stadion Köln-Müngersdorf für Ärzte vorzubereiten. Bisher ist dies nicht geschehen, weil wir Zweifel hatten, ob genug Ärzte sich aus ihrer Praxis für einen Sportärztelehrgang freimachen können [...]“ (Diem, 1950, S. 32).

Den Anfang machte im Jahr 1950 der West-Berliner Landesverband unter Leitung seines rührigen Vorsitzenden Ruhemann, dessen erklärtes Ziel es war, jedem der ca. 400 West-Berliner Sportvereine einen Sportarzt als Betreuer an die Seite zu stellen (Ruhemann, 1950b, S. 105). Nach dem ersten Lehrgang wurde 27 Medizinern, darunter auch dem späteren Leiter der Zentralen Untersuchungsstelle Berlin sowie des „Instituts für Leistungsmedizin, Prävention und Rehabilitation“ Harald Mellerowicz, die Anerkennung als Sportarzt ausgesprochen (Ruhemann, 1950a, S. 19). Ruhemann war zugleich Vorsitzender des 1949 gegründeten Sportverbandes Groß-Berlin sowie des 1950 etablierten (West-)Berliner Sportärztebundes. Diese Personalkonstellation begünstigte in hohem Maße die Entwicklung der Sportmedizin in West-Berlin in enger Anbindung an die Sportvereine:

„Das Interesse der Berliner Ärzte an den sportmedizinischen Bestrebungen ist außerordentlich groß; nur die Zahl der bereits anerkannten Sportärzte ist verhältnismäßig klein. Die erste Sorge des neuen Sportärztebundes ist nunmehr die Ausbildung anerkannter Sportärzte, die in Gemeinschaft mit dem Institut für Leibesübungen der Freien Universität durchgeführt werden soll“ (Ruhemann, 1950a, S. 19).

1950 begannen neben Berlin weitere Landesverbände, erste Lehrgänge anzubieten, wobei deren Umfang und Intensität stark schwankte. Selbst die in den Durchführungsbestimmungen des DSÄB festgelegten Kriterien von 40 Stunden sowie einige der inhaltlichen Vorgaben wurden zum Teil nicht umgesetzt. Ein übliches, über Jahrzehnte gängiges Muster wurde die Durchführung von Wochenendkursen, die dann zu einem „Lehrgang“ zusammengefasst wurden. Damit sollte vor allem den niedergelassenen Ärzten der Erwerb des Diploms ermöglicht werden. So bot der Bremer Sportärztebund im Herbst 1950 einen Kurs an vier Wochenenden an, der aus „praktischem Sportbetrieb und ärztlichen Vorträgen“ bestand, der westfälische Landesverband 1952 einen Kurs an fünf Wochenenden in Duisburg-Wedau und an der Sportschule Kaiserau (Sportmedizin, 4(4), S. 62). Der hessische Verband schulte 1953 ebenfalls an vier Wochenenden (Sportmedizin, 4(4), S. 79), der bayrische dagegen nur an zwei Wochenenden in Augsburg (Sportmedizin, 4(6), S. 93; 4(12), S. 202 f.). Die unterschiedliche Komplexität der Lehrgänge belegt im Vergleich zu diesen Wochenend-Lehrgängen der vom 2. Mai bis 30. Juni 1950 angebotene, jeweils von Dienstag bis Freitag stattfindende Kurs des Berliner Sportärztebundes. Er umfasste bereits ein relativ umfangreiches Lehrangebot aus Theorie und Praxis, das den 1950 vorgelegten (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(1/2), S. 36 f.) und 1951 verabschiedeten Anforderungen von 40 Stunden, davon 24 Stunden aktiven Sports und 16 Stunden Theorie, mehr als entsprach. Dienstags und freitags standen Vorlesungen sowohl aus dem „medizinisch-biologischen Gebiet“ als auch aus dem „pädagogisch-psycholog. Gebiet und der sportlichen Übungslehre“ auf dem Programm. Allein im medizinisch-biologischen Bereich wurden, zum Teil durch praktische Übungen ergänzt, über 20 Vorlesungen angeboten. Das Themenspektrum war hier bereits weit gefächert und kann als exemplarisch für die sich im Laufe der Jahre stetig ausdifferenzierenden Kurse auch anderer Sportärztebünde gelten. So wurden sowohl internistisch-physiologische Themen wie „Sport und Herz“ (Ruhemann), „Atmung und Kreislauf“ oder „Stoffwechsel und Sport“ (beide Prof. Herbst) angesprochen als auch der in den folgenden Jahren für die Sportmedizin so relevante Bereich der Bereich Prävention – dies sowohl hinsichtlich der Wirkung von Sport auf die Volksgesundheit (Mellerowicz) als auch hinsichtlich der Rolle des Sportmediziners als Mahner vor Übertreibung („Training und Übertraining“ – Mellerowicz). Einen dritten, ebenfalls über Jahrzehnte praktizierten Schwerpunkt bildete die Massage, der mehrere Vorträge bzw. praktische Übungen gewidmet waren. Die sportpraktischen Kurse, jeweils mittwochs und donnerstags, umfassten insgesamt 33 Stunden und waren

den Sportarten Leichtathletik, Handball, Basketball, Sommerspiele, körperliche Übungen, Boxen, Schwimmen, Turnen, Gymnastik, Tanz, Rudern und Fußball gewidmet (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(1/2), S. 32 f.).

Ein derartig komplexes Themenspektrum bot auch in den Folgejahren kaum ein anderer Landesverband an. Berlin kann somit als Vorreiter in der sportmedizinischen Ausbildung gesehen werden. Auch in den weiteren Jahren überstieg das Lehrangebot die Anforderungen, 1959 etwa beinhaltete der Berliner Kurs 36 Stunden Theorie und 24 Stunden Praxis (Der Sportarzt, 10(1), S. 21). Demgegenüber umfasste der vom rheinland-pfälzischen Sportärztebund im Dezember 1950 und Januar 1951 angebotene Wochenendlehrgang, an dem 30 Ärzte teilnahmen, insgesamt nur 16 Stunden; verbunden mit der Hoffnung, mit dem nächsten Kurs im April 1951 zumindest die vorgeschriebenen 24 Stunden Praxis zu erreichen (Völbel, 1951, S. 51). Auch der im Januar 1951 stattfindende Fortbildungslehrgang des bayrischen Sportärztebundes, an dem 53 Mediziner, darunter vier Ärztinnen, teilnahmen, umfasste nur 18 Stunden (Kochner, 1951, S. 88).

Bis zur Mitte der 1950er-Jahre veranstalteten die meisten Landesbünde nur einen bis maximal zwei Lehrgänge im Jahr, der niedersächsische Landesverband organisierte etwa im April 1951 den ersten Lehrgang überhaupt und ließ diesem im September einen weiteren folgen (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 2(3/4), S. 89; 2(9), S. 252). Dies hatte zweifelsfrei zum einen finanziell-kapazitative Gründe, zum anderen war es aber auch dem Umstand geschuldet, dass viele der Verbände erst im Aufbau begriffen waren und es an geeigneten Dozenten mangelte. So gab der hessische Landesverband im Juni 1951 bekannt, im Sommer des Jahres den Lehrgang des Jahres 1950 „fortsetzen“ zu wollen, die Durchführung weiterer Kurse sei jedoch aus finanziellen Gründen infrage gestellt (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 2(6), S. 153). Häufig war in diesen Aufbaujahren die Anbindung an eine universitäre Einrichtung samt des hierfür nötigen Fachpersonals für die Durchführung von Kursen Voraussetzung. So fanden die Kurse des Berliner Sportärztebundes stets in Kooperation mit der FU Berlin statt, an der etwa der Sportmediziner von Herrath Direktor des Anatomischen Instituts der Freien Universität war. Ebenso konnten sich die Lehrgänge des Sportärztebundes Nordrhein rasch durch die Verbindung mit der Sporthochschule Köln sowie der Kölner Universitätsklinik konsolidieren. Der Vorsitzende des Sportärztebundes Hackenbroch war Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik, der Rektor der Sporthochschule Carl Diem ein Förderer der Sportmedizin, sein Engagement trug etwa zur Gründung des Kuratoriums für sportmedizinische Forschung 1955 bei (Nielsen, 2016b, S. 254-257). Zudem hatte der nordrheinische Verband eine enge Anbindung an das Kölner Gesundheitsamt. Dessen Leiter, der Beigeordnete Dr. Vonessen, war zugleich Sportdezernent der Stadt Köln. Zudem war die im Gesundheitsamt tätige Medizinalrätin Emilie Düntzer eine engagierte Sportmedizinerin, die sich vorrangig der Förderung weiblichen Sporttreibens in Schule und Verein widmete.⁴ Diese Konstellation führte dazu, dass auch in Köln seit 1952 regelmäßig Sportärzte-Lehrgänge in hoher Qualität angeboten wurden (vgl. etwa Sportmedizin, 5(4), S. 65), wobei die „theoretischen Vorlesungen [...] von Dozenten der Kölner Universität und bekannten Sportärzten gehalten“ wurden (Düntzer, 1952, S. 105). Die Themenbereiche der Vorlesungen waren denen der Berliner Lehrgänge analog: Physiologie (Mies), Herz und Kreislauf (Valentin, Venrath), Orthopädie (Hackenbroch), Bedeutung der Leibesübung für die Gesundheit, Massage (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 3(7), S. 78 f.; Düntzer, 1952, S. 106). An dem vom Gesundheitsamt initiierten Lehrgang vom 1. bis 6. September 1952 nahmen 76 Ärzte und acht Ärztinnen aus der gesamten Bundesrepublik sowie aus Österreich, Frankreich und den Niederlanden teil, etwa 40 weiteren Bewerbern musste sogar abgesagt werden – der Lehrgang hatte somit eher internationalen denn regionalen Charakter:

„Neben den praktischen Ärzten waren fast alle medizinischen Fachgebiete vertreten: mehrere Internisten und Chirurgen, die Orthopäden waren ebenso vertreten wie die Frauen- und Lungenfachärzte. Chefärzte beteiligten sich und betrieben Sport in Gemeinsamkeit mit

⁴ Düntzer war auch Vorsitzende des Ausschusses für Frauenfragen des DSÄB (Düntzer, 1952, S. 106).

Volontär-, Assistenz- und Oberärzten. Auch die Ärzte der Gesundheitsämter waren gekommen, darunter die Leiter der Gesundheitsämter Bonn und Mülheim/Ruhr, insgesamt 13 Ärzte der Gesundheitsämter, Medizinalräte, Stadt- und Fürsorgeärzte, da in manchen Städten die sportärztlichen Beratungsstellen dem Gesundheitsamt angegliedert sind und für Schul- und Berufsschulärzte eine sportärztliche Ausbildung sehr erwünscht ist“ (Düntzer, 1952, S. 105f.).

Auch der folgende Lehrgang vom 31. August bis 5. September 1953 war mit 46 Teilnehmern aus dem Bundesgebiet und den Nachbarländern stark frequentiert, summierend wurde festgestellt, dass „[i]n den beiden letzten Jahren [...] in Köln durch die Zusammenarbeit des Sportärztebundes Nordrhein mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln insgesamt 130 Ärzte und Ärztinnen eine sportärztliche Ausbildung gegeben werden [konnte]“ (o.V., 1953, S. 168).

Der niedersächsische Landesverband führte seine Kurse ebenfalls in Kooperation mit einer akademischen Einrichtung, dem Sportinstitut der Universität Göttingen, in zunächst jährlichem, dann halbjährlichem Turnus durch (Sportmedizin, 5(2), S. 31). Der Sportärztebund Westfalen musste 1952 aufgrund der hohen Nachfrage einen zweiten Lehrgang mit insgesamt 50 Wochenendkursen anbieten. Die Teilnehmer kamen nach Aussage des Landesbundes aus allen medizinischen Fachgebieten, 47 Ärzten sei abschließend das Sportarzt-Diplom verliehen worden (Sportärztebund Westfalen, 1953, S. 62).

In zunehmenden Maße kristallisierten sich auf diese Weise „Ausbildungszentren“ der Landesverbände heraus, vorrangig wurden nun Sportschulen wie Hennef (Nordrhein), Grünberg (Hessen), Grünwald (Bayern), Kaiserau und Wedau (Westfalen), Barsinghausen (Niedersachsen), Saarbrücken (Saarland), Edenkoben (Rheinland-Pfalz) oder Malente (Schleswig-Holstein) die bevorzugten Austragungsorte von Lehrgängen. Zu einem Zentrum kontinuierlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung entwickelte sich die Sportschule des Westdeutschen Fußballverbandes in Hennef (Kreis Sieg), die damit die Sporthochschule Köln als Lehrgangsort abzulösen begann. Hier wurden seit dem Ende der 1950er-Jahre in zunehmender Frequenz Wochenendlehrgänge angeboten (1968 an sechs Wochenenden im Jahr, Sportarzt & Sportmedizin, 19(1), S. 33), bei denen Dozenten der Universitätsklinik Köln und der Sporthochschule lehrten, ab den 1960er-Jahren u. a. auch Sportmediziner der Universität Leverkusen (Nöcker, Hartleb) (Zander, 1959, S. 50 f.; Der Sportarzt, 12(2), S. 51; Zander, 1961, S. 80; Seip, 1962a, S. 26). Mit dem Oktoberkurs 1967, der zugleich der 50. Ausbildungslehrgang des Sportärztebundes Nordrhein war, wurde mit dem Augenarzt und Sportmediziner Dieter Schnell ein „Referent für wissenschaftliche und praktische Fortbildung“ innerhalb der Strukturen des Sportärztebundes Nordrhein fest installiert, der für die Organisation der nordrheinischen Lehrgänge zuständig war und dessen hierdurch erlangte Expertise dazu beitrug, dass er später als DSÄB-Vizepräsident über Jahrzehnte als Weiterbildungsbeauftragter die Fort- und Weiterbildung in der Sportmedizin auf Bundesebene prägte (Sportarzt & Sportmedizin, 18(8), S. 349; 18(9), S. 392; 18(12), S. 516).

Infolge der seltenen Lehrgangsangebote der Anfangsjahre waren nicht allein die Qualität und Quantität der Kursangebote schwankend, es war zudem so, dass die Teilnehmerzahlen zum Teil deutlich höher waren, als dies die Durchführungsbestimmung des DSÄB, die maximal 20 Teilnehmer vorsah, vorgab. Am ersten Lehrgang des Sportärztebundes Westfalen 1951 nahmen 25 Mediziner teil, am dritten des hessischen Verbandes im August 1951 30, beim Kurs des südwestdeutschen Sportärztebundes ebenfalls im August 1951 betrug die Teilnehmerzahl sogar 51 und bei dem des bayrischen Verbandes 1951 53 Mediziner (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 2(8), S. 221; 2(9), S. 253; 2(10), S. 279; Kochner, 1951, S. 88). Die Teilnehmerzahlen waren auch in den Folgejahren meist höher als 20, 1953 nahmen etwa 40 Teilnehmer an einem Lehrgang des bayrischen Verbandes teil (Sportmedizin, 4(12), S. 202f.). Die schwankenden Teilnehmerzahlen resultierten auch daraus, dass die Landesverbände bei der Zulassung der Teilnehmer zu den Kursen unterschiedlich agierten, so waren die Kurse der nordrhein-westfälischen Sportärztebünde meist nur den in der jeweiligen Region ansässigen Medizinern offen (Der Sportarzt, 12(2), S. 51), während andere Verbände wie der bayrische bereits „bundesoffene“ Lehrgänge veranstalteten und damit der späteren Entwicklung vorgriffen (Der Sportarzt, 11(2), S. 50).

Letztlich lagen diese höheren Teilnehmerzahlen wie auch die überregionale Klientel im Interesse des Verbandes, da hierdurch auch mit begrenzten Lehrkapazitäten eine größere Zahl an Medizinern zu Sportärzten geschult werden konnten – die Qualität der Weiterbildung spielte somit eine eher untergeordnete Rolle. Die Zahlen der anerkannten Sportärzte stiegen auf diese Weise kontinuierlich, vor allem dann mit der Zunahme der Kursangebote in der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre. Betrug die Zahl der namentlich in den einzelnen (Monats-)Ausgaben des Fachorgans des DSÄB genannten anerkannten Sportärzte in den ersten zwei Dritteln der 1950er-Jahre selten mehr als zehn Namen, so verdoppelte bis verdreifachte sich die Zahl in den 1960er-Jahren (vgl. die jeweiligen Angaben zum „Sportarzt-Diplom“ in den Ausgaben von Sportmedizin, Der Sportarzt bzw. Sportarzt & Sportmedizin, passim).

Mitte der 1950er-Jahre hatte sich das Aus- und Weiterbildungsangebot insoweit konsolidiert, dass es drei Möglichkeiten für interessierte Mediziner gab, das Sportarzt-Diplom des DSÄB zu erlangen:

1. Teilnahme an dem vierzehntägigen Sportärzte-Lehrgang des DSÄB in Freudenstadt/Schwarzwald (vgl. 3.4.2)
2. Teilnahme an einem vierzehntägigen Lehrgang des DSÄB auf einer Nordseeinsel (Juist, Föhr, Sylt) (vgl. 3.4.1)
3. Teilnahme an einem Sportärzte-Lehrgang eines Landesverbandes, entweder in Form eines zusammenhängenden, meist einmal jährlich angebotenen Lehrganges von ein bis zwei Wochen wie in Berlin oder Köln oder durch den regelmäßigen Besuch mehrerer Wochenendkurse (Mellerowicz, 1954, S. 31).

Dieser Modus bestand die folgenden Jahre und Jahrzehnte hindurch, die Frequenz der Kursangebote der Landesverbände nahm hierbei zu, wobei nach wie vor die meist über das Jahr verteilten Wochenendkurse, die auch Ärzten mit einer eigenen Praxis die Teilnahme ermöglichen sollte, die bevorzugte Form blieben. Nur wenige Landesverbände wichen von diesem Modus ab, so veranstaltete der Berliner Sportärztebund aufgrund schlechter Erfahrungen mit terminlich weit auseinandergezogenen Kursen, bei denen viele Teilnehmer absprangen, zumeist terminlich eng zusammenhängende Lehrgänge, so etwa vom 4. Mai bis 29. Juni 1968 (Sportarzt & Sportmedizin, 19(1), S. 34).

Zunehmend dienten die Kurse nun nicht mehr allein der Ausbildung von Medizinern zu Sportärzten, sondern auch – dann meist unter einer spezifischen Themenstellung wie „Rehabilitation“ – der Fortbildung bereits anerkannter Sportmediziner, wobei meist die Mischform überwog (vgl. z. B. Der Sportarzt, 10(1), S. 24; 13(4), S. 132; 14(6); S. 134-136). Mitunter kam es auch zu Kooperationen mit anderen (Fach-)Medizinverbänden, so konnten etwa Ärzte das Sportarzt-Diplom durch die Teilnahme an einem Lehrgang der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden erwerben (Der Sportarzt, 10(3), S. 76; 11(3), S. 75). Auch spezielle Lehrgänge für Versehrten Sportärzte und -sportlehrer wurden regelmäßig in Kooperation mit dem Deutschen Versehrten Sportverband angeboten, in Sportschulen, aber auch in Versorgungskrankenhäusern oder Versehrten Sportheimen.⁵ In der zweiten Hälfte der 1960er-Jahre nahmen die Zahl sowohl gemeinsamer Lehrgänge von Sportmedizinern und Medizinern anderer Fachdisziplinen als auch die Durchführung internationaler Tagungen zu (vgl. etwa die internationale wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärztebundes im Dezember 1969 in der Sportschule Grünwald bei München, bei der österreichische und tschechische Ärzte referierten, Sportarzt & Sportmedizin, 20(10), S. 416 f.).

Verstärkt begannen die Landesverbände, in Kooperation mit Landesärztekammern und Landessportbünden, Lehrgänge in touristischen Regionen wie Wintersportgebieten⁶ oder auf Nord-

⁵ Vgl. Sassen, 1961, S. 198; Der Sportarzt, 12(10), S. 327; 13(4), S. 126 f.; 13(10), S. 349; 14(9), S. 216 f.; 14(10), S. 243 f.; Sportarzt & Sportmedizin, 15(8), S. 267; 19(10), S. 474 f.; 20(4), S. 164 f.; 20(8), S. 330-332; 20(12), S. 495 f.; 21(11), S. 278 f.; 21(12), S. 302 f.

⁶ Vgl. Der Sportarzt, 13(6), S. 206; 13(7), S. 242; 14(7), S. 157; 14(8), S. 181 f.; Sportarzt & Sportmedizin, 16(2), S. 71; 16(4), S. 145 f.; 16(5), S. 194; 17(1), S. 40; 18(10), S. 435; 20(12), S. 494; 21(10), S. 251 f.; 21(11), S. 277 f.

seeinseln anzubieten, so etwa der Landesverband Schleswig-Holstein auf Sylt (Der Sportarzt, 12(7), S. 201; 13(7), S. 243). Auch Lehrgänge für spezielle Sportarten wie Reiten, Skifahren, Segelflug, Segeln oder Tauchsport wurden veranstaltet. So bot der Sportärzdebund Westfalen ab 1962 in Oerlinghausen jährliche Segelflurkurse für seine Mitglieder an. 1968 begründete der Sportärzdebund Westfalen das erstmalige Angebot eines Segelkurses am Bodensee so: „Diese Kurse dienen der sportmedizinischen Fortbildung und geben Gelegenheit zur Erlangung der Sportarztanerkennung, für die sie regelmäßig angerechnet werden“ (Sportarzt & Sportmedizin, 19(3), S. 158). Der bayrische Verband veranstaltete ab 1968 Wasser- und Reitsportlehrgänge.⁷ Auch wenn diese Lehrgänge offiziell der Aus- und Fortbildung dienen sollten, wird aus den Berichten darüber deutlich, dass der Freizeitaspekt eine überaus gewichtige, teilweise vorrangige Rolle spielte. Häufig, wie etwa in einem „Bericht über den Ski-Lehrgang in Neu-Astenberg“ des Sportärzdebundes Nordrhein, wurden die Vorträge nur am Rande erwähnt, wohingegen der sportliche und vor allem der gesellige Aspekt im Zentrum standen: „Mit Herbergsvater Gehde wurde der Hüttenabend [...] mit einem karnevalistischen Anstrich sehr vergnügt und unterhaltsam“ (Franke-Knoop, 1966, S. 130 f.).

Thematisch kreisten die Aus- und Weiterbildungen in den 1950er- und 1960er-Jahren um dieselben grundsätzlichen Themenkomplexe:

- › Prävention im Sinne einer Vermeidung von „Zivilisationsschäden“,
- › die positiven Auswirkungen von Bewegung insbesondere auf Herz und Kreislauf,
- › Jugend- und Schulsport,
- › sportärztliche Vorsorgeuntersuchungen insbesondere bei Jugendlichen,
- › Rehabilitation von Verwehrten,
- › Vermeidung von Überanstrengung im Sport,
- › zunehmend auch Sporttreiben im Alter oder die Bedeutung von Sport und Bewegung für Frauen.

Hinzu kamen in praktischer Hinsicht medizinische Anleitungen über „Trainingsmethoden“ bzw. Behandlungsmethoden im Verletzungsfall für einzelne Sportarten.⁸ Ein weiterer thematischer Schwerpunkt wurde, in der Erkenntnis, dass die meisten Lehrgangsteilnehmer praktische Ärzte waren, im Verlauf der 1960er-Jahre die Bedeutung der Sportmedizin für die Hausarztpraxis (vgl. etwa Sportarzt & Sportmedizin, 18(1), S. 36).

Im Kontext der Vergabe der Olympischen Spiele an München durch das IOC 1966 erfuhr kurzzeitig erstmals der Aspekt „Leistungsmedizin“ verstärkte Beachtung. So hatte der 44. Lehrgang des Sportärzdebundes Nordrhein im Oktober 1966 ausschließlich Referate zu diesem Thema zum Inhalt, darunter eine dreiteilige „Einführung in die Leistungsmedizin“ durch Wildor Hollmann (Sportarzt & Sportmedizin, 17(9), S. 466).

⁷ Sportarzt & Sportmedizin, 19(5), S. 253 f.; 19(7), S. 298-300 u. 342 f.; 19(11), S. 509; 19(12), S. 550-552; 20(1), S. 37-41; 20(3), S. 118-125.

⁸ Vgl. exemplarisch das Programm des „Sportärzte-Seminars“ des Sportärzdebundes Westfalen 1966 in Münster, Sportarzt & Sportmedizin, 17(1), S. 38 f., das der Sportärzteschaft Nordbaden beim Lehrgang im Dezember 1966, Sportarzt & Sportmedizin, 17(12), S. 546, das des Sportärzdebundes Westfalen 1967, Sportarzt & Sportmedizin, 18(1), S. 39, das des Sportärzdebundes Niedersachsen vom Januar 1967, Sportarzt & Sportmedizin, 18(5), S. 212-216 sowie das des Bayrischen Verbandes 1969, de Werth, 1969, S. 118-125.

Ungeachtet dieser Zunahme an sportärztlichen Lehrgängen auf Landesebene beklagte der Vertreter des nordrhein-westfälischen Landessportbundes Tietz 1964 die mangelnde „Dezentralisierung“ der Lehrgänge, etwa in Form einer Anlehnung an die Ärztekammerbezirke, um so eine bessere Fortbildung der Sportärzte hinsichtlich einer Vorsorgeuntersuchung der Sporttreibenden zu gewährleisten (Tietz, 1964b, S. 198). Diese Form einer stärkeren Zentralisierung der Kurse wurde dann in den späten 1960er-Jahren vor allem durch die Etablierung von „Bundeskursen“ gewährleistet, die als Kooperationen des DSÄB mit einem Landesärztebund und/oder mit weiteren Veranstaltern wie Landesärztekammern stattfanden.

Ab den frühen 1970er-Jahren hatte sich die vor allem in den Anfangsjahren fragile Struktur der sportmedizinischen Fort- und Weiterbildung konsolidiert – dies sowohl in Hinblick auf die Veranstaltungsorte, die Referenten als auch die Frequenz.

3.4.1 Bundeskurse

Noch in den 1950er-Jahren begann auch der Bundesverband DSÄB damit, Lehrveranstaltungen für angehende bzw. bereits anerkannte Sportärzte anzubieten oder Kurse einzelner Landesverbände als bundesoffene Veranstaltungen finanziell und personell durch Referenten zu unterstützen. Zum Teil erfolgte dies in Kooperation mit einem Landesverband, wobei hier vor allem finanzielle Aspekte eine Rolle spielten, zum Teil waren dies aber auch eigenständige Veranstaltungen des DSÄB, die in einem deutlichen Kontext mit einem Freizeit- und Erholungsangebot standen. Paradigmatisch hierfür war der seit 1952 angebotene Sportlehrgang in Freudenstadt im Schwarzwald, der als „Urform“ der Weiterbildung mit ausgeprägtem Erholungscharakter auf Bundesebene gelten kann (vgl. 3.4.2). Es kamen aber auch weitere Kursangebote hinzu, die zumeist über einen längeren Zeitraum von einer bis zwei Wochen in touristischen Regionen – häufig auch in Kooperation mit anderen Organisationen bzw. Verbänden – stattfanden. So fand vom 3. bis 10. September 1952 ein „Herbstlehrgang“ des DSÄB in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Versehrten sport in Westerland auf Sylt (Nordsee-Klinik) statt, der thematisch dem Versehrten sport und der Wiederbelebung gewidmet war (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 3(7), S. 78 f.).

Aus diesen ersten Lehrgängen entwickelten sich in der Folge kontinuierliche Lehrgänge auf Bundesebene, die sich in einen „Sommerkurs“ auf einer Nordseeinsel (Juist, Langeoog, Sylt) und einen „Winter- bzw. Skikurs“ in einem Skigebiet in Bayern, Österreich, der Schweiz, aber auch in Jugoslawien oder Italien, aufteilte. Der erste Lehrgang auf Langeoog fand 1957 auf Initiative des Niedersächsischen Sportärztebundes mit Unterstützung des Dachverbandes DSÄB statt. Anfangs wurden die Sommerkurse meist in Kooperation mit der Landesärztekammer Niedersachsen ausgetragen, die auf Langeoog Fortbildungsseminare veranstaltete. 1959 verlegte die Landesärztekammer den Veranstaltungsort nach Juist, sodass der Sportärztebund Niedersachsen ebenfalls seinen Sportärztekurs, der zur Sportarztanerkennung berechnete, dorthin verlegte (Sportmedizin, 8(1), S. 22; Der Sportarzt, 10(7), S. 172 f.; 10(8), S. 197; 11(9), S. 231).⁹ 1959 institutionalisierte der DSÄB die im Sommer stattfindenden Lehrgänge in Freudenstadt und auf Juist bzw. Langeoog als „Veranstaltungen des Deutschen Sportärztebundes“, die entsprechend bezuschusst wurden.

Die Winter- bzw. Skikurse, der erste fand im März 1953 in Tirol mit 65 Teilnehmern statt, standen stets unter der organisatorischen Leitung des Münchener Sportmediziners und „Skibeauftragten des Deutschen Sportärztebundes“ (Der Sportarzt, 10(12), S. 311) Franz Friedrich statt und erhielten so schnell das Synonym „Friedrich-Kurse“. Bis 1960 fanden 14 Sportarztlehrgänge im Wintersport statt (Der Sportarzt, 10(12), S. 311). Da in den 1960er-Jahren dazu übergegangen wurde, mehr als einen Kurs pro Jahr – dann meist im Frühjahr und im Herbst – anzubieten, stieg deren Zahl. 1967 wurden bereits der 31. und 32. Kurs angeboten (Sportarzt & Sportmedizin, 17(9), S. 467). Auch bei den Skikursen stand

⁹ Zu den „Sommerkursen auf Langeoog vgl. u. a. Der Sportarzt, 11(4), S. 98; 12(10), S. 325 f.; 13(8), S. 278; 14(7), S. 157 f.; Sportarzt & Sportmedizin, 15(7), S. 228-231; 15(11), S. 380-382; 16(7), S. 269 f.; 18(11), S. 473 f.; 20(5), S. 216 f.; 21(5), S. 119-121; 21(6), S. 142-144; 21(7), S. 173-175; 21(8), S. 201 f.

den theoretischen Inhalten, die sich meist um wintersportspezifische Aspekte wie alpine Unfälle, Lawinenkunde, sportliche Fragen des Skilaufens drehten (vgl. z. B. Ruhemann, 1952, S. 157), ein geselliger Aspekt gegenüber. Nicht grundlos stehen in vielen der häufig sehr umfangreichen Berichte im Organ des DSÄB über die Fahrten gerade die gemeinsamen Hüttenabende und sonstige Feierlichkeiten im Mittelpunkt (vgl. exemplarisch den Bericht über den 30. Lehrgang 1966 mit 104 Teilnehmern, John, 1966, S. 228-231).¹⁰

1964 wurde das Lehrangebot auf Bundesebene zudem durch einen jährlichen „Wassersportkurs“ ergänzt, der anfangs in einer Yachtschule am Chiemsee, später auch an anderen Orten wie Lindau oder Glücksburg stattfand. 1968 kam zudem erstmals in Kooperation mit französischen Flugsportärzten ein internationaler Segelflugelehrgang in Fayence zustande, was in den folgenden Jahren fortgesetzt wurde (Sportarzt & Sportmedizin, 19(10), S. 474; 20(4), S. 161 f.; 21(4), S. 94-96).

Mit der Zunahme der Kursangebote und deren Spektrum auf Bundesebene wurde die Frage der Rentabilität der Lehrgänge ein an Bedeutung gewinnendes Thema. Auf der Präsidiumssitzung des DSÄB im Juni 1959 wurde

„die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeit der Aus- und Fortbildungskurse hervor[gehoben]. Zu deren Gewährleistung sollte deshalb das Präsidium des Deutschen Sportärztebundes auf Themengestaltung und Finanzierung bei bundesoffenen Kursen Einfluß haben. [...] Künftig ist für eine laufende Beibehaltung dieser Regelung [dass die Kurse in Freudenstadt und auf Juist/Langeoog Bundesveranstaltungen sind] notwendig, daß Themenstellung, Referenten und Finanzierung dem Präsidium ein halbes Jahr vor Kursbeginn vorgelegt werden. Zur Verbilligung der beiden Sommerkurse (Freudenstadt und Juist bzw. Langeoog) schlägt Geschäftsführer Weber vor, die Referenten aus den eigenen Reihen und aus der Nähe des Lehrgangsortes zu wählen. Diese erhalten kein Honorar, sondern lediglich Vergütungen für Reisekosten, Übernachtung und Tagegelder. Die Zahl der Sportlehrer ist nach Möglichkeit zu begrenzen“ (Der Sportarzt, 10(8), S. 197).

1963 konstatierte der DSÄB den Erfolg einer Kooperation des Bundesverbandes insbesondere mit einer Landesärztekammer, die letztlich sowohl zu einer Aufwertung als auch, durch die gemeinsame Kostenübernahme, zu einer verbesserten Finanzierbarkeit führten:

„Insbesondere zeigt sich auch hier, daß eine Verbindung mit der Ärztekammer oder einem anderen Fachverband unsere Lehrgänge attraktiver und interessanter macht. Die Fortdauer ist gesichert“ (Goßner, 1963c, S. 285).

Der Modus, dass Lehrgänge eines Landesverbandes als „bundesoffen“ und damit offiziell als Lehrgang des DSÄB ausgerichtet wurden, wurde im Laufe der 1960er-Jahre verstärkt umgesetzt. 1963 fanden jährlich „5 bis 6 Kurse auf Bundesebene statt. Sie sind ein wesentlicher Teil der Verbandsarbeit geworden“ (Goßner, 1963c, S. 286). Seit 1969 wurde dies allmählich zur Regel, in diesem Jahr fanden etwa Bundeskurse in Bad Nauheim, Ludwigshafen und Heidelberg statt, deren Ausrichter der hessische, der rheinland-pfälzische sowie der nordbadische Sportärztebund waren (Sportarzt & Sportmedizin, 20(11), S. 458 f.). 1970 folgten auch der niedersächsische, der württembergische, der schles-

¹⁰ Den offiziellen DSÄB-Skikursen waren seit 1950 Kurse auf Landebene vorausgegangen (Friedrich, 1960; S. 279). Vgl. zu den „Friedrich-Kursen“ z. B. Sportmedizin, 4(4), S. 62; 4(11), S. 187; 5(2); S. 31; 5(8), S. 126; 5(10), o. S.; Der Sportarzt, 10(1), S. 21; 11(1), S. 21; 11(5), S. 131; 12(4), S. 111 f.; 13(6), S. 205 f.; Sportarzt & Sportmedizin, 15(10), S. 336; 16(8), S. 305; 17(4), S. 174-176; 17(11), S. 542 f.; 18(3), S. 117 f.; 18(6), S. 264-267; 19(3), S. 155-158; 19(4), S. 200-204; 19(5), S. 250-253; 20(6), S. 254-256; 20(7), S. 291 f.; 20(8), S. 325-328. In den 1960er-Jahren wurden die Winterkurse durch jährliche Kurse im „Sommerbergsteigen“, ebenfalls unter Leitung Franz Friedrichs, ergänzt (Der Sportarzt, 13(8), S. 274; 14(5), S. 112; Sportarzt & Sportmedizin, 16(8), S. 302 f.; 16(12), S. 464; 18(11), S. 470-473). Vgl. Goßner, 1965a, S. 32; Hartmann, 1965a, S. 113 f.; Sportarzt & Sportmedizin, 16(5), S. 196; 16(8), S. 306; 16(9), S. 341; Hartmann, 1965b, S. 364-466; Sportarzt & Sportmedizin, 17(6), S. 323; 17(7), S. 364 f.; 17(9), S. 465; Sportarzt & Sportmedizin, 19(4), S. 209; 20(1), S. 42; 21(1), S. 24.

wig-holsteinische, der rheinland-pfälzische, der westfälische und der bayrische Landesverband, die ebenfalls ihre Kurse „bundesoffen“ austrugen (Sportarzt & Sportmedizin, 21(3), S. 72; 21(4), S. 98; 21(5); S. 122 f.; 21(10), S. 252 f. u. 254; 21(11), S. 276 f.). Seit 1969 fanden auch die Lehrgänge des nordrheinischen Landesverbandes in der Sportschule Hennef als „Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes, ausgerichtet vom Sportärztebund Nordrhein e.v.“ statt – gleichwohl gab es daneben weiterhin Kurse der Landesverbände, die vorrangig den Mitgliedern des Landesbundes offenstanden (Sportarzt & Sportmedizin, 20(9), S. 377; 21(1), S. 23).

Generell ist weiterhin zu konstatieren, dass seit 1970 die Zahl der Lehrgänge auch von Landesverbänden, die zuvor eher sporadisch Lehrgänge angeboten hatten, wie Schleswig-Holstein oder dem Saarland, stark zunahm. Beide Entwicklungen deuten auf eine zunehmende Konsolidierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung innerhalb des DSÄB hin, bei der nunmehr eine engere Anbindung der von den Landesverbänden ausgerichteten Lehrgänge an die Durchführungsbestimmungen des Dachverbandes erfolgte. Dies trug wesentlich dazu bei, dass die Zahl der Teilnehmer an den Lehrgängen stetig zunahm und damit auch die Zahl der anerkannten Sportärzte in der zweiten Hälfte der 1960er-Jahre stetig wuchs (vgl. etwa die 66 namentlich aufgeführten Sportarztanerkennungen allein in der Novemberausgabe von Sportarzt & Sportmedizin (20(11), S. 460). Zudem ist unverkennbar, dass die Rolle der Sportmedizin sowohl innerhalb des Sports als auch in der Gesellschaft gegen Ende der 1960er-Jahre deutlich an Relevanz gewonnen hatte, sodass das Interesse von Ärzten an einer sportmedizinischen Fortbildung zunahm (vgl. Nielsen, 2016b, S. 293 ff.). Der DSÄB trug nun auch vermehrt internationale Tagungen aus, so fand 1965 ein „International College of Sportmedicine“ in München statt, das der DSÄB in Kooperation mit dem Weltverband FIMS veranstaltete. Zweck war, „[e]in Forschung, Lehre und Praxis förderndes Gespräch zwischen den Nationen unter Leitung der FIMS zu beginnen und zu führen“ (Sportarzt & Sportmedizin, 15(6), S. 192 f.; 15(9), S. 300 f.; vgl. ausführlich zum Programm: Goßner, 1965b, S. 33-37). Teilnehmer erhielten das „Internationale Sportärztdiplom“ (Sportarzt & Sportmedizin, 15(12), S. 412; 16(1), S. 33).

3.4.2 Die Sportärztelehrgänge in Freudenstadt/Schwarzwald als „Urform“ der DSÄB-Bundeskurse

Eine besondere Form der Fort- und Weiterbildung bildeten die seit 1952 angebotenen Sportärztelehrgänge in Freudenstadt im Schwarzwald, deren Entstehung und Umsetzung eng mit der spezifischen Situation der Nachkriegszeit in Verbindung standen. Die Sportärztelehrgänge in Freudenstadt fanden von 1952 (1. Lehrgang) bis 1964 (12. Lehrgang) statt, dabei von 1952 bis 1962 jährlich.¹¹ Vor allem in den 1950er-Jahren stellten die Freudenstadt-Lehrgänge eine zentrale Begegnungs- und Austauschstätte für die bundesdeutschen Sportmediziner, aber auch für Kontakte zu ostdeutschen Sportmedizinern dar. Die Veranstaltung wurde von der Freudenstädter Kurverwaltung unterstützt, in den Anfangsjahren erfolgte die Anmeldung auch direkt bei der Kurverwaltung. Im Unterschied zu den programmatisch enger gefassten Lehrgängen auf Landesebene hatten die Freudenstädter Lehrgänge „Familiencharakter“, neben den Ärztinnen und Ärzten wurden explizit jeweils die Ehepartner und weitere Familienangehörige eingeladen. Insbesondere in den 1950er-Jahren kam der Charakter eines „Erholungs- bzw. Kurangebots“ für die kriegsgeschädigten Mediziner hinzu, was zweifelsohne mit zum Erfolg der Kurse beitrug. Das Rahmenprogramm erschöpfte sich nicht allein in praktischen Sportübungen bzw. -wettkämpfen (die es bei allen Lehrgängen des DSÄB gab), sondern umfasste auch Ausflüge und Tanzabende. Die Lehrgänge fanden – mit einer Ausnahme im Jahr 1960 – stets im Juni statt und waren mit bis zu 14 Tagen Dauer auch deutlich länger als viele der „normalen“ Lehrgänge, die als Wochenendveranstaltungen meist nur zwei bis drei Tage umfassten.

Zur Bedeutung des Lehrgangs schrieb der erste DSÄB-Nachkriegs-Präsident Frohwalt Heiß 1960 in seinem Rückblick „Gedanken zum 10jährigen Bestehen des Deutschen Sportärztebundes“:

¹¹ Vgl. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 2(8), S. 94; Sportmedizin, 4(1), S. 14; 4(4), S. 78; 4(4), S. 92 f.; 5(2), S. 30; 5(9), S. 162; Kohlrausch, 1957, S. 262; Der Sportarzt, 10(3), S. 127; 10(5), S. 173; 10(7), S. 173 f.; 11(4), S. 98; 11(7), S. 208 f.; 11(8), S. 208 f.; 13(5), S. 166 f.; 13(9), S. 313 f.; Sportarzt & Sportmedizin, 15(2), S. 60 f.; 15(4), S. 125-127.

„Als eine wertvolle Einrichtung zur Fortbildung der sportärztlich interessierten Kollegen haben sich die Lehrgänge des DSÄB in Freudenstadt seit 1952 bewährt. Zahlreiche Kollegen des In- und Auslandes haben sich daran beteiligt. Es ist vor allem das Verdienst von Dr. Gmelin und später von Prof. Kohlrausch, daß diese Kurse in jedem Jahr wiederholt werden konnten und damit Freudenstadt zu einem ‚Sportkurort‘ wurde, der als Zentrum der gesamten sportärztlichen Ausbildung der Bundesrepublik dient“ (Der Sportarzt, 11(10), S. 243).

Der Text der Einladung für den ersten Lehrgang 1952 kann exemplarisch für die weiteren Lehrgänge stehen und verdeutlicht den umfassenden Rahmen:

„Der Deutsche Sportärztebund wird in der Zeit vom 8. bis 21. Juni in Freudenstadt, württ. Schwarzwald, einen Sportärztelehrgang unter persönlicher Leitung seines Vorstandes, Professor Dr. Heiß, durchführen, zu dem Ärzte aus ganz Deutschland eingeladen sind. Als Programm ist vorgesehen: Täglich von 7.30 bis 9.15 Uhr praktische Leibesübungen, wobei die Teilnehmer in verschiedene Riegen, je nach Alter, Konstitution und Leistungsfähigkeit eingeteilt werden. Dadurch soll auch den älteren und schonungsbedürftigen Kollegen die Teilnahme ermöglicht werden.

9.30 bis 11.30 Uhr wissenschaftliche Referate, zu denen eine Reihe namhafter Professoren gewonnen wurden.

An den Nachmittagen finden Lehrgänge in Massage und Atem-Gymnastik statt, ferner soll eine Betätigung in verschiedenen Sportarten ermöglicht werden, wie Leichtathletik, Schwimmen, Reiten, Tennisspiel u. dgl. Außerdem sind mehrere Ausflüge in die schönsten Gegenden des nördlichen Schwarzwaldes und in eine Reihe von Kur- und Badeorten vorgesehen, um den Teilnehmern persönliche Eindrücke von diesen Orten zu vermitteln und ihnen damit auch die Reize und Schönheiten des Schwarzwaldes vor Augen zu führen.

Für mehrere Abende sind dann allgemeine Vorträge mit geselligem Zusammensein und anschließendem Tanz geplant.

Den Teilnehmern soll aber nicht nur die Möglichkeit zur Anerkennung als Sportarzt, gegebenenfalls auch zum Erwerb des deutschen Sportabzeichens gegeben werden: sie sollen vielmehr Gelegenheit erhalten, sich körperlich (nach entsprechender ärztlicher Untersuchung) gründlich zu erholen, zu kräftigen und ihren Gesundheitszustand in eine optimale Form zu bringen.

Auch die Ehefrauen und die Familienangehörigen sind herzlich eingeladen. Auch ihnen steht die Teilnahme zu besonderen gymnastischen Übungen, aber auch zu den Ausflügen und allgemeinen geselligen Veranstaltungen offen [...]“ (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 3(1-3), S. 27).

An diesem ersten Lehrgang, für den 25 DM Kursgebühr mit der Möglichkeit der Ermäßigung bis hin zur Befreiung bei Bedürftigkeit anfielen, nahmen 53 Personen teil (Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 3(8), S. 94). Bei späteren Lehrgängen nahm die Teilnehmerzahl bis auf das Doppelte zu, 1955 waren es 70 Ärztinnen und Ärzte sowie 30 Ehepartner (Sportmedizin, 5(8), S. 125).

Der Erholungscharakter der Lehrgänge wurde auch in den Folgejahren explizit hervorgehoben, so wurde 1954 das offizielle Programm reduziert, „damit die Nachmittage den Teilnehmern für ihre Erholung zur Verfügung stehen“ (Sportmedizin, 5(2), S. 30). In den späteren Jahren standen die Lehrgänge stets unter einem Leitthema, dem dann die Vorträge gewidmet waren, so 1960 etwa „Rehabilitation“ (Der Sportarzt, 11(8), S. 208 f.).

Von Beginn an war der Lehrgang explizit auf alle deutschen – später auch ausländische – Sportärzte ausgerichtet. Liegen für die ersten Jahre keine Nachweise über Teilnehmer aus der DDR vor, so wird 1955 besonders hervorgehoben, dass „diesmal auch aus Mitteldeutschland insgesamt 17 Teilnehmer“ begrüßt werden konnten, „an ihrer Spitze Prof. Dr. NÖCKER, von der Medizinischen Uni-

versitätsklinik Leipzig, der die Freundlichkeit hatte, bei den Kollegen in Mitteldeutschland für den Lehrgang zu werben“ (Sportmedizin, 5(8), S. 125; Hervorhebung im Original; vgl. auch Nöcker, 1955). DDR-Sportmediziner bildeten in den folgenden Jahren bis 1961 ein stetig wachsendes Teilnehmerfeld, 1959 hieß es hierzu:

„Unter den Referenten befanden sich auch zahlreiche Kollegen aus Mitteldeutschland. Da rund ein Drittel der Teilnehmer aus Mitteldeutschland kam, konnte man beim diesjährigen Sportärztelehrgang mit vollem Recht von einer gesamtdeutschen Veranstaltung sprechen“ (Der Sportarzt, 10(7), S. 174).

1961 befanden sich unter den Referenten die Sportmediziner Schleusing, Strobel, Hilther, Zeibig vom Universitätsklinikum Leipzig (Der Sportarzt, 12(4), S. 109f.). Die Gesamtzahl der DDR-Teilnehmer bei diesem Lehrgang betrug nunmehr bereits 30 von insgesamt 65 Ärzten, „[d]ie Kollegen aus Mitteldeutschland beteiligten sich nicht nur eifrig an den Veranstaltungen des Lehrgangs selbst, sondern auch an den verschiedenen Referaten, so dass mit vollem Recht der Lehrgang als eine gesamtdeutsche Veranstaltung bezeichnet werden kann“ (Der Sportarzt, 12(7), S. 196). Ende der 1950er-Jahre wurde für die DDR-Mediziner ein „Sondertarif“ für die Teilnahmegebühr eingerichtet, während „Ärzte mit eigener Praxis 40,- DM“ zahlen mussten, betrug die Gebühr für „Assistenten und Ärzte aus der DDR 25,- DM“ (Der Sportarzt, 13(2), S. 61).

Die Zunahme des Anteils der DDR-Sportmediziner und der Rückgang des Anteils bundesdeutscher Sportmediziner, die offenbar nicht mehr in dem Maße an einem vierzehntägigen Lehrgang interessiert waren und denen u. a. mit dem DSÄB-„Sommerkursus“ auf einer Nordseeinsel und der seit 1958 gemeinsam mit der Bundesärztekammer ausgerichteten Tagung in Davos Alternativen zur Verfügung standen, läutete letztlich auch das Ende der Freudenstädter Lehrgänge ein. Ab 1962 sind unter den Referenten bzw. Teilnehmern keine DDR-Mediziner mehr zu finden und 1963 fiel die Veranstaltung zugunsten einer zweijährigen Ausrichtung aus, als Begründung wurde hierbei explizit auf den Wegfall der DDR-Teilnehmer verwiesen: „Freudenstadt hat sich von dem Verbot der Teilnahme für unsere ostzonalen Kameraden nicht mehr ganz erholt. Zur Zeit findet der Kurs alle zwei Jahre statt“ (Goßner, 1963c, S. 285).

1964 fand der Freudenstädter Lehrgang dann letztmalig vom 15. bis 27. Juni statt und 1965 wurde das Ende der Veranstaltung verkündet, zunächst als wahrscheinliche Option zu Jahresanfang: „Diese Kurse sind seit der Absage der Ostzone wohl nicht mehr tragfähig. Eine Änderung könnte nur durch eine Besprechung an Ort und Stelle mit einer Richtungsänderung herbeigeführt werden“ (Sportarzt & Sportmedizin, 16(1), S. 32). Im März 1965 wurde das Ende des Kurses dann auf Beschluss der Delegiertenversammlung herbeigeführt:

„Es muß darauf hingewiesen werden, daß auf Wunsch und mit Einverständnis von Herrn Professor Kohlrausch der Freudenstädter-Kursus fallen gelassen werden soll. Es fragt sich, und das bleibt einem Beschluß der Delegierten vorbehalten, ob ein neuer Kursus an einem anderen Ort abgehalten werden soll. Nach Ansicht des derzeitigen Präsidiums sollte bei der Vielzahl der angebotenen Kurse darauf verzichtet werden“ (Sportarzt & Sportmedizin, 16(3), S. 110).¹²

Letztlich hatte sich zu diesem Zeitpunkt wohl auch das Konzept des Lehrgangs in Freudenstadt überholt, das ideell in einem Erholungsangebot für unter den Nachwirkungen des Krieges leidende Mediziner und ihre Familien bestanden hatte. Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung und dem damit einhergehenden Entstehen einer Freizeitkultur war Freudenstadt gegenüber anderen Urlaubszielen, aber auch anderen Weiterbildungsorten, kaum mehr wettbewerbsfähig.

¹² 1969 (13. Lehrgang, 30.05.-08.06.) wurde ein Versuch einer Wiederbelebung der Freudenstädter Lehrgänge seitens des Sportärztebundes Württemberg, der traditionell der Ausrichter gewesen war, unternommen, der jedoch nicht von Erfolg gekrönt war (Sportarzt & Sportmedizin, 20(2), S. 85; 20(5), S. 213 f.).

3.4.3 Die Lehrgänge mit der Bundesärztekammer als Signal einer Aufwertung der Sportmedizin

Eine spezielle Form der Fortbildung bildeten seit 1959 die sportärztlichen Seminare in Davos und Grado, die in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer stattfanden. Sie dienten nicht zuletzt der Annäherung der Sportmedizin an die Medizin, die sich seit dem Ende der 1950er-Jahre zu manifestieren begann. Der Hauptzweck dieser Seminare war somit eindeutig nicht die Heranbildung von Sportärzten, sondern „eine Begegnung von praktischen Ärzten und Fachärzten mit der Sportmedizin herbeizuführen“ (Goßner, 1963a, S. 149). Erstmals wurden beim 7. Internationalen Fortbildungslehrgang der Bundesärztekammer vom 8. bis 21. März 1959 sportärztliche Hauptreferate gehalten sowie ein sportärztliches Seminar durch den DSÄB-Vizepräsidenten Hanekopf gegeben. Die Referate, die die präventive und rehabilitative Bedeutung der Sportmedizin thematisierten, wurden von Universitätsmedizinern wie Reindell („Sporthetz, Schreibtischherz“), Gadermann („Leibesübungen als Prophylaxe“), Beckmann („Leibesübungen als Therapie“) oder Groh („Haltungsfehler der Jugendlichen“) sowie dem Versehrten Sportarzt Härting („Versehrtensport“) gehalten. Weitere Teilnehmer aus den Reihen der Sportmedizin bei dem Seminar waren führende bundesdeutsche Sportmediziner wie Grebe, Metzner, Heiß, Goßner, Junge und Rottler. Der Präsident des DSÄB, Hans Grebe, hob das „außerordentliche Verständnis“ der Teilnehmer für sportärztliche Fragen hervor und betonte, dass „im Jahre 1960 nicht nur der Fortbildungslehrgang in Davos, sondern auch die gleiche Veranstaltung in Grado in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportärztebund als Gemeinschaftsveranstaltung durchgeführt werden soll“ (Grebe, 1959, S. 99).

Die große Bedeutung, die diese institutionalisierte Kooperation zwischen der Humanmedizin und der Sportmedizin aus Sicht des DSÄB hatte, wird in den stets ausführlichen Berichten über die Veranstaltungen in Davos und Grado im Verbandsorgan deutlich.¹³ 1960 wurde seitens des DSÄB-Präsidiums die besondere Bedeutung der „Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer“ insbesondere durch die Lehrgänge betont:

„Die Bemühungen um Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer, die durch ein außerordentliches Entgegenkommen des gegenwärtigen Vorstandes der Deutschen Bundesärztekammer [...] unterstützt worden sind, haben ihren besonderen Niederschlag u. a. darin gefunden, daß nach einem ersten Versuch in Davos (1959) im Jahre 1960 bei den internationalen Fortbildungslehrgängen für praktische Medizin der Deutschen und Österreichischen Bundesärztekammer in Davos und Grado jeweils sportärztliche Seminare durchgeführt werden konnten, die unter der Leitung des Präsidenten des Deutschen Sportärztebundes gestanden haben [...]. Dadurch [...] konnten viele Ärzte aller Fachrichtungen aus allen Teilen Deutschlands neu oder wieder für die Gedanken der Sportmedizin und die sportliche Mitarbeit gewonnen werden“ (o. V., 1960, S. 231).

In noch deutlicherem Maße hob das Präsidiumsmitglied Goßner 1961 die mit der Zusammenarbeit in Form gemeinsamer Lehrgänge verbundenen Intentionen des DSÄB hervor:

„Die Gewinnung und Unterrichtung der Ärzte aller Fachrichtungen, d. h. auch neben dem sportärztlich interessierten Praktiker die Vertreter der verschiedensten medizinischen Fachdisziplinen, ist eine der wichtigsten Aufgaben überhaupt. Sie zu meistern stehen zwei Wege zur Verfügung: 1. Unterrichtung an Universitäten und Ausbildungskliniken, 2. Der Weg über die Fortbildungsmöglichkeiten, wie sie in Deutschland durch den Senat für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer gegeben sind“ (Goßner, 1961a, S. 23).

¹³ Vgl. u. a. Der Sportarzt, 11(2), S. 49; 11(4), S. 101; 11(7), S. 186 f.; 12(1), S. 21; 12(4), S. 110 f.; 13(4), S. 126; 13(11), S. 382 f.; 14(1), S. 21 f.; 14(5), S. 110-112; 14(7), S. 149-152; Sportarzt & Sportmedizin, 15(5), S. 154 f.; 15(10), S. 340-344; 15(12), S. 414 f.; 16(2), S. 72 u. 75 f.; 16(5), S. 195 u. 197; 16(6), S. 226 u. 229; 16(7), S. 266 f.; 16(9), S. 339 f.; 16(10), S. 376-386; 17(1), S. 39 f.; 17(5), S. 224-228; 17(8), S. 414 f.; 18(1), S. 38; 18(2), S. 81; 19(1), S. 33; 20(1), S. 83 f.; 21(2), S. 49 f.

„Die Werbewirksamkeit für unseren Verband liegt auf der Hand. Wichtig erscheint mir aber die Aufgabe im rein Medizinischen. In vielen Gesprächen wurde mir bestätigt, daß die Bewegungstherapie immer mehr als Medikament in die tägliche Praxis eingebaut wird, daß aber auch die beteiligten Ärzte selbst wieder beginnen, Sport zu treiben“ (Goßner, 1961b, S. 229).

Vorrangige Themen der Davos- bzw. Grado-Vorträge waren stets solche, die die Bedeutung der Sportmedizin in präventiver und rehabilitativer Hinsicht betonen sollten, so lauteten Vorträge beim Lehrgang im März 1960 „Die Stellung des Sports in der heutigen Gesellschaft“ (Hohneck) und „Sport als Mittel der präventiven und rehabilitativen Medizin“ (Mellerowicz) (Der Sportarzt, 11(2), S. 49; vgl. auch Goßner, 1963a, S. 149; Sportarzt & Sportmedizin, 18(2), S. 81). Zur Hervorhebung dieses Aspektes wurden die sportmedizinischen Seminare 1965 in „Seminare für Sportmedizin, Prävention und Rehabilitation“ umbenannt (Goßner, 1965a, S. 31). Die Referenten stammten überwiegend aus der Führung des DSÄB, waren Universitäts- oder Klinikmediziner wie Hollmann, Nöcker, Heiß oder Goßner.

Die Lehrgänge waren auch mit einem durch den DSÄB gewährleisteten, allen Teilnehmern offenstehenden Sportangebot als „Rahmenveranstaltung“ verbunden – zumeist Skiwettbewerbe, aber auch Gymnastik, Schwimmen, Tennis, Tischtennis oder Leichtathletik. Der DSÄB verstand dies als Eigenwerbung, so hob Goßner anlässlich der erstmals 1960 in Grado in größerem Umfang betriebenen Sportwettbewerbe hervor, dass sich hierbei die Gelegenheit ergeben hätte, „mit den verschiedensten Damen und Herren Positives und Negatives zu besprechen“ (Goßner, 1961a, S. 24; vgl. u. a. Der Sportarzt, 11(4), S. 103; Goßner, 1960, S. 130; Der Sportarzt, 11(7), S. 187; Goßner, 1961a, S. 23 f.; Goßner, 1963a, S. 152; Goßner, 1963b, S. 218).

1963 resümierte der DSÄB-Vizepräsident Goßner, die „Zwiesgespräche haben nach manchen Experimenten [...] die richtige Form gefunden. Es sind keine Kongresse und keine Kurse. Daß die Form anspricht, können alle daran Beteiligten bestätigen“ (Goßner, 1963c, S. 286). 1964 wurde hervorgehoben, dass sich 1963 über 700 Sportärzte „in irgendeiner Form daran interessiert [...] und aktiv“ teilgenommen hätten, was „der Hälfte aller bei Fortbildungskursen anwesenden Ärzte und Ärztinnen“ (Bonnekoh, 1964, S. 117) entspräche.

Die gemeinsam mit der als Ausrichter fungierenden Bundesärztekammer veranstalteten Fort- und Weiterbildungen etablierten sich im Verlauf der 1960er-Jahre zu regelmäßigen Zusammenkünften der Sportmedizin mit den übrigen Disziplinen der Medizin. Insofern gelang es dem DSÄB, als Bestandteil der Medizinwissenschaft wahrgenommen zu werden. Die mit der Sportmedizin verbundene Funktion stellte die von Beginn der 1950er-Jahre an propagierte Rehabilitation und vor allem die Prävention im Sinne einer Gesundheitsförderung wie -erhaltung der Bundesbevölkerung dar. Wenngleich eine präventive Ausrichtung medizinischer Dienstleistung keineswegs allein von Sportmedizinern vertreten wurde, so bedingte die massive Forcierung eines ganzen Verbandes als Interessenvertretung der Sportmedizin auf diese Thematik für den DSÄB eine zentrale Rolle in der wachsenden gesellschaftspolitischen Bewertung von Prävention. Vereinfacht gesagt resultierte die sozialpolitische Bedeutung der Sportmedizin in den 1950er- und 1960er-Jahren vorrangig daraus, der Stärkung der Volksgesundheit – einem zentralen politischen Problem der bundesdeutschen Nachkriegsgesellschaft – durch die Bezugnahme zur aktiven Bewegung und zum Sport einen Weg gewiesen und zugleich dieses Problem in das öffentliche Bewusstsein gebracht zu haben. Vermutlich nie wieder in der weiteren Geschichte der Bundesrepublik erhielt die Sportmedizin eine derartige Deutungshoheit in einem wichtigen sozialpolitischen Paradigma.

3.4.4 Die Folgen von Davos: Verlust der Deutungshoheit in der Prävention

Die Interaktion mit der Bundes- bzw. den Landesärztekammern erwies sich somit zunächst als zentraler Baustein einer wachsenden Bedeutung der Sportmedizin. Zugleich führte diese Interaktion in langfristiger Perspektive – analog der Rolle der Sportmedizin als Förderer des Breitensports als

Gesundheitssport in der Zusammenarbeit mit dem DSB seit den 1950er-Jahren (vgl. Nielsen, 2016a) – aber auch dazu, dass die Ärztekammern selbst in zunehmenden Maße zum maßgeblichen Akteur einer gesundheitspolitischen Prävention wurden und der DSÄB nur noch unterstützend agierte. Einen zentralen Wendepunkt stellte die Etablierung eines Ausschusses „Gesundheitserziehung“ der Bundesärztekammer am 8. November 1975 dar, unter dessen Mitgliedern auch der DSÄB-Vizepräsident und Vorsitzende des Bayrischen Sportärztebundes Eugen Goßner war. Goßner war bereits in den Jahren zuvor innerhalb des DSÄB für die gemeinsamen Fortbildungsmaßnahmen von BÄK und DSÄB zuständig gewesen. Die in der konstituierenden Sitzung des Ausschusses festgelegte „Zielsetzung“ entsprach dem, was der DSÄB seit Jahren propagiert hatte:

„Zielsetzung dieses Ausschusses sei es, die gesundheitserzieherische Bedeutung des Arztes in allen in Frage kommenden Bereichen sowohl in der Ärzteschaft selbst als auch in der Öffentlichkeit zum Bewußtsein zu bringen. Dazu sei es notwendig, die zahlreichen, bereits bestehenden Aktivitäten in der Gesundheitserziehung zu kennen, sie – soweit wie möglich – zu koordinieren, aber auch eigene Aktivitäten zu entwickeln. Den Arzt zum ‚Gesundheitserzieher‘ zu befähigen, ihm die verschiedenen Wirkungsbereiche aufzuzeigen, sein Engagement in diesem Bereich zu stärken und in der Öffentlichkeit darzustellen und damit nebenbei auch zur Imageverbesserung des Arztes beizutragen, seien die Hauptanliegen des Ausschusses“ (Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses „Gesundheitserziehung“ der Bundesärztekammer (Wahlperiode 1975/1979) am 8. November 1975 in Köln-Lindenthal; zu Punkt 2 TO: Aufgabenprogramm des Ausschusses, S. 3; BArch B322/737).

Der Ausschuss sah letztlich seine Aufgaben darin, sowohl die „Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Gesundheitserziehung“ zu stärken, „um die Voraussetzungen für eine wirksame gesundheitserzieherische Tätigkeit des Arztes zu schaffen, um ihn für diese Aufgaben zu befähigen“, als auch darin, „die verschiedenen Wirkungsbereiche des Arztes, in denen gesundheitserzieherische Maßnahmen notwendig sind, klar herauszustellen“ Dies diene auch der Öffentlichkeitswirksamkeit. Für die ärztliche Fortbildung sei es notwendig, den „Wissensstand der Ärzte über die Gesundheitserziehung in den unterschiedlichen Bereichen zu verbessern“. Letztlich gelte es auch, „diese Themen“ in die medizinische Ausbildung einzubeziehen. Der in der Bundesärztekammer für die Fortbildung und Wissenschaft zuständige Referent Erwin Odenbach verwies explizit auf die „14-tägigen sportärztlichen Seminare bei den Internationalen Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer“, die durch das Konzept Goßners entstanden seien. Die „bereits bestehende Zusammenarbeit mit den Sportmedizinern, die seit langem als Wissensvermittler in diesem Bereich erfolgreich tätig sind, ist von großem Nutzen“. Die Sportmedizin habe „nicht nur im Bereich der Erwachsenen-Gesundheitserziehung, z. B. im Versehrten-sport, sondern auch in der Jugend-Gesundheitserziehung Vorstellungen entwickelt, die für die Ausschussarbeit von großem Interesse sind“. Goßner selbst verwies in der Sitzung darauf, dass der DSB und hier insbesondere „Herr Palm, der Vater der Trimm-Dich-Bewegung, eine Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer begrüßen würde“. Damit wurde der DSB als weiterer gesundheitspolitischer Akteur involviert, der nunmehr mit der Bundesärztekammer – und damit nicht mehr mit dem früheren Kooperationspartner DSÄB – interagierte, Gespräche zwischen dem DSB und der BÄK wurden für den Anfang 1976 beschlossen.

Gleichwohl die Vorarbeit des DSÄB wiederholt gewürdigt wurde, manifestierte der BÄK-Ausschuss letztlich den Übergang der Trägerschaft des Gedankens einer präventiven Gesundheitserziehung durch Sport und Bewegung auf die Bundesärztekammer. Unter den sieben explizit vorgesehenen Maßnahmen hinsichtlich einer verbesserten Fortbildung spielte die Sportmedizin keine zentrale Rolle mehr, so wurde u. a. eine Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, vor allem aber eine Intensivierung der „Gesundheitserziehung“ innerhalb der verschiedenen Bereiche der BÄK vorgesehen. Die konkrete Mitarbeit der Sportmedizin wurde nunmehr vorrangig bei der öffentlichkeitswirksamen „Verdeutlichung der Wirkungsbereiche für den Arzt als Gesund-

heitserzieher“ als wichtig gesehen. Hier sollte eine „Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportbund und den Sportmedizinern [erfolgen], da über den Sport als Anreiz zur körperlichen Betätigung gerade Erwachsene am ehesten zu erreichen und zu motivieren sind“. Selbst im Bereich der Rehabilitation, einem zentralen Legitimationsinstrument der Sportmedizin nach 1945 (vgl. Nielsen, 2016a, S. 182-191), wurde die Sportmedizin nicht mehr konkret benannt (Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses „Gesundheitserziehung“ der Bundesärztekammer (Wahlperiode 1975/1979) am 8. November 1975 in Köln-Lindenthal; zu Punkt 2 TO: Aufgabenprogramm des Ausschusses; BArch B322/737).

Auch das Bemühen Goßners, bei dem in der Sitzung von verschiedenen Seiten als bedeutsam angeführten Aspekt einer Intensivierung von Gesundheitserziehung im Schulunterricht der Sportmedizin eine tragende Rolle zuzuweisen, blieb weitgehend erfolglos. Hierfür wurde ein Konzept für ein „Unterrichtsfach: Gesundheitserziehung“ vorgelegt, das sowohl eine Verbesserung des Stellenwertes und der Konzeption des Turnunterrichts an den Schulen als auch eine adäquate Ausbildung der Turnpädagogen beinhaltete (Anlage 1: Unterrichtsfach Gesundheitserziehung; Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses „Gesundheitserziehung“ der Bundesärztekammer (Wahlperiode 1975/1979) am 8. November 1975 in Köln-Lindenthal; BArch B322/737). Hinsichtlich der Frage der „Gesundheitserziehung in der Schule“ wurde angesichts „unterschiedlicher Auffassungen“ zunächst nur die Einsetzung eines „Ausschusses aus Ärzten und Pädagogen“ beschlossen, ohne dabei explizit auf die Sportmedizin zu verweisen (Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses „Gesundheitserziehung“ der Bundesärztekammer (Wahlperiode 1975/1979) am 8. November 1975 in Köln-Lindenthal; zu Punkt 2 TO: Aufgabenprogramm des Ausschusses; BArch B322/737).

Auch bei der Kontaktaufnahme der BÄK zum DSB bzw. zu dessen „Gesundheitsexperten Jürgen Palm“ war Goßner zwar als Gesprächsteilnehmer anwesend, die Initiative ging indes vom BÄK-Ausschussvorsitzenden Jungmann aus (Schreiben Geschäftsführung der Bundesärztekammer an Palm, DSB, vom 12.11.1975; BArch B322/737). Der nach dem Gespräch von der BÄK herausgegebenen Pressemitteilung ist deutlich zu entnehmen, dass nunmehr allein die BÄK gemeinsam mit dem DSB die Initiative zur „Förderung der Gesundheitserziehung [...] als eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Aufgaben“ zu übernehmen gedachte. Der „Startschuß“ zur ersten gemeinsamen Aktion von DSB und BÄK, den „vom Deutschen Sportbund und der Bundesärztekammer gemeinsam entwickelten ‚10 Regeln zum vernünftigen Trimmen‘“, wurde vom Präsidenten des Deutschen Sportbundes Willi Weyer und dem Präsidenten der Bundesärztekammer Hans Joachim Sewering am 23. Juni 1976 gegeben. Ein Vertreter der Sportmedizin, zuvor der Partner des DSB bei gesundheitspolitischen Aktionen, war offenbar nicht zugegen (Pressestelle der deutschen Ärzteschaft vom 3.6.1976; BArch B322/737). Unterstützt wurde diese Aktion durch die sogenannte „Aktion Wartezimmer“, in der BÄK und DSB gemeinsam Informationsmaterial über die gesundheitsfördernde Wirkung des Breitensports für die Wartezimmer von Arztpraxen erstellten (Schreiben BÄK an Landesärztekammern vom 19.11.1976; BArch B322/737).

Auch in der Folge war die BÄK der Ansprechpartner des DSB bei derartigen Initiativen. Am 26. Oktober 1976 regte DSB-Präsident Weyer in einem Schreiben an BÄK-Präsident Sewering nicht nur die Durchführung eines Seminars „Der Arzt und die Praxis des Freizeitsports“ im Rahmen des Sommerkongresses in Davos 1977 an,¹⁴ sondern auch die Intensivierung der Zusammenarbeit „auf der Ebene der Länder“ zwischen den Landessportbünden und den Landesärztekammern sowie die Veröffentlichung gemeinsam erstellten „Informationsmaterials für den Einsatz über die Ärzteschaft“ (Schreiben Weyer an Sewering vom 26.10.1976; BArch B322/737). Ohne Frage hatte der DSB erkannt, dass die BÄK den deutlich einflussreicheren und wirkungsmächtigeren Bündnispartner darstellte. 1977 hieß es seitens des DSB:

¹⁴ Die Finanzierung dieses Kongresses war offenbar schwierig, so bat die BÄK den Direktor des BISp, August Kirsch, der einen Vortrag halten sollte, unter Verweis auf die prekäre Finanzlage, die Reisekosten durch das BISp abzurechnen. Allerdings forderte der Leiter des Forschungsbereichs des BISp, Felten, in Vertretung Kirschs zumindest „ein angemessenes Honorar“ (Schreiben Felten, BISp, an Odenbach, BÄK, vom 18.2.1977; BArch B322/737).

„[D]er Deutsche Sportbund hat im Jahre 1975 die Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer aus gesundheitspolitischen Gründen und im Hinblick auf die Kostenexplosion im Gesundheitswesen aufgenommen, die bereits erfreuliche Wirkungen zeigt. In der allgemeinen und in der medizinischen Fachpresse wird so z.B. zunehmend mehr über den Sport als Gesundheitsfaktor geschrieben“ (Schreiben Stellvertr. Direktor Walther Volle, DSB, an Präsidenten der Ärztekammer Berlin Wilhelm Hein vom 10.1.1977; BArch B322/737).

Die beschlossene Zusammenarbeit zwischen DSB und BÄK auf der Landesebene wurde in der Folge intensiviert (Schreiben Stellvertr. Direktor Walther Volle, DSB, an Präsidenten der Ärztekammer Berlin Wilhelm Hein vom 10.1.1977; BArch B322/737). Angesteuert werden sollten eine Kooperation in Ausbildungs- und Informationsmaßnahmen, der Ausbau der Kooperation zwischen Arzt und Verein und die gemeinsame Interessenvertretung in der Gesundheitspolitik. Der für die Sportmedizin vielleicht fatalste Aspekt war jedoch der Vorschlag eines „Ausbaus der Durchführung sportmedizinischer Untersuchungen in der Bevölkerung“. Diese Untersuchungen stellten aus Sicht der Sportmedizin ihre ureigenste Domäne dar. Eine zentrale Forderung in den vielfältigen Diskussionen über eine Verbesserung des Systems sportmedizinischer Untersuchung war die, dass hierfür ausschließlich durch den DSÄB sportmedizinisch geschulte Ärzte in Frage kämen. Die Aufnahme dieses Punktes in ein Gesprächskonzept zwischen DSB und BÄK ohne Beteiligung des DSÄB zeigt, in welchem hohem Maße die Ärztekammern nunmehr in Belange der Sportmedizin involviert waren. Die BÄK forderte die Landesärztekammern auf, ihrerseits in Kontakt mit den jeweiligen Landessportbünden zu treten, um die Zusammenarbeit auf Landesebene zu intensivieren (Schreiben BÄK an Landesärztekammern vom 19.11.1976; BArch B322/737).

Auch auf den Kongressen in Davos begann die BÄK ab 1976, die „gesunderzieherische Bedeutung des Arztes bei mehreren Seminaren besonders“ zu berücksichtigen und zu betonen und somit diesen bisher durch die Seminare des DSÄB in Davos berücksichtigten Aspekt in eigene Regie zu übernehmen. So wurde u. a. ein Seminar „Bewegung – Belastung – Training“ angeboten, bei dem auch praktische Übungen enthalten waren. Zudem bot die BÄK ein „Rahmenprogramm“ mit „Möglichkeiten sportlicher Betätigung als Ergänzung des Fitneß-Trainings“ an – ebenfalls zuvor eine Domäne des DSÄB. Dass parallel Veranstaltungen sportmedizinischen Inhalts durch die BÄK selbst sowie den DSÄB auch auf dem folgenden Kongress 1977 geplant waren – darunter auch ein von DSB und BÄK gemeinsam veranstaltetes Seminar „Der Arzt und die Praxis des Freizeitsports“ –, führte zu Kritik des langjährigen Initiators der sportmedizinischen Veranstaltungen in Davos, Eugen Goßner (Schreiben Odenbach, BÄK, an Goßner, DSÄB, vom 14.4.1977; BArch B322/737).¹⁵ 1977 veranstalteten BÄK und DSB in Davos erstmals eine gemeinsame Tagung über „Gesundheit und Sport“, die in den folgenden Jahren wiederholt wurde (Schreiben BÄK an DSB-Präsident Weyer vom 5.10.1977; August Kirsch, BISp, an Jürgen Palm, DSB, vom 3.5.1978; BÄK an Jürgen Palm, DSB, vom 19.11.1979; BArch B322/737).

Es zeigt sich somit, dass sich die BÄK binnen weniger Jahre auf allen Ebenen zu der für gesundheitspolitische Fragen des Sports zuständigen Institution entwickelte und somit auch für den DSB der maßgebliche Ansprechpartner wurde. Dem langjährigen Wegbereiter der Interaktion des DSÄB mit der BÄK, Eugen Goßner, blieb 1979 nur die Feststellung:

„Die Querverbindungen zwischen DSB und Bundesärztekammer habe sich in den letzten Jahren sehr erfreulich entwickelt. Ich möchte daher glauben, daß wir damals in Davos einen guten Grundstock gelegt haben“ (Schreiben Goßner an DSB vom 19.1.1979; BArch B322/737).

¹⁵ Goßner kündigte zugleich die Übergabe der Verantwortung für Davos an den Chefarzt der Hartwald-Klinik in Bad Brückennau Uhlig an (Schreiben Odenbach, BÄK, an Goßner, DSÄB, vom 14.4.1977; BArch B322/737).

Der Verlust der Deutungshoheit der Sportmedizin über die „Gesundheitserziehung“ der Bevölkerung seit der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre korrelierte mit der verstärkten Beachtung der Dopingproblematik in Politik und Öffentlichkeit nach den Olympischen Spielen in Montreal 1976. Man geht sicherlich nicht fehl in der Annahme, dass der damit verbundene Imageverlust der Sportmedizin im Zuge einer Fokussierung gerade in den Medien auf die Beteiligung der Sportmedizin an Doping wesentlich dazu beitrug, dass die Expertise von Sportmedizinern bei Fragen einer Präventionspolitik im Gesundheitswesen in den Hintergrund rückte.

Paradigmatisch wurde dies bei den Diskussionen um die Rolle der Prävention bzw. die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes seit den späten 1990er-Jahren deutlich. Sportmediziner – gerade im Unterschied zu ihrer zentralen Rolle in den 1950er- und 1960er-Jahren – hatten kaum noch Anteil an diesem Diskurs (vgl. 5.3). Dies bedeutet indes nicht, dass nicht doch vereinzelt Sportmediziner an gesundheitspolitischen Initiativen beteiligt waren. So benannte der DSB für Gespräche über eine Zusammenarbeit mit der Berliner Landärztekammer als Teilnehmer die Berliner Sportmediziner Harald Mellerowicz und Wolfgang Groher vom Berliner Institut für Leistungsmedizin (Schreiben Stellvertr. Direktor Walther Volle, DSB, an Präsidenten der Ärztekammer Berlin Wilhelm Hein vom 10.1.1977; BArch B322/737). Sportmediziner sind auch weiterhin an Breitensportinitiativen des D(O) SB beteiligt, etwa in den 1980er-Jahren durch ein gemeinsam von DSB, Ärztekammern, Krankenkassen, staatlichen und kommunalen Einrichtungen sowie weiteren Akteuren getragenes Projekt „Sport und Gesundheit“ zur Vermeidung von „Zivilisationskrankheiten“ (DOSB-Archiv, Bestand Sport und Gesundheit). In der Summe jedoch verlor der DSÄB bzw. die Sportmedizin in den 1970er-Jahren ihre in den 1950- und 1960er-Jahren erlangte Deutungshoheit über den für das sportmedizinische Selbstbild zentralen Aufgabenbereich, die Prävention. Dies hatte erhebliche Auswirkungen auf die Initiativen zu einer standesrechtlichen Aufwertung der Sportmedizin. Diese hatte ihr maßgebliches Pfand für diese Aufwertung verloren bzw. aus der Hand gegeben.

4 Der DSÄB als Aus- und Fortbildungsverband seit 1970

Die Zeit um 1970 kann als eine erste Zäsur in der jüngeren Entwicklung des DSÄB gesehen werden, da mehrere Entwicklungsstränge interner wie externer Provenienz dazu führten, dass sich der Verband hinsichtlich seiner Zielsetzung und damit Verbandspolitik neu fokussieren musste. Die zentrale Zäsur interner Art war die Durchsetzung der „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ seit 1970 (vgl. 4.3). Im Unterschied zum „Sportarzt-Diplom“, das eine reine verbandsinterne Qualifikation ohne standesrechtliche Verankerung darstellte, stand die Zusatzbezeichnung im Kontext einer von der Bundes- bzw. den Landesärztekammern anerkannten Weiterbildung, die die Absolventen dieser Weiterbildung dazu berechtigte, die Bezeichnung eines „Sportmediziners“ etwa auf dem Praxisschild zu führen. In dem Dreieck Weiterbildung – Anerkennung – Berufsbild war dem DSÄB damit ein entscheidender Schritt hin zu einer Anerkennung der Sportmedizin innerhalb der Humanmedizin gelungen, die sich auch auf das Berufsbild des Sportmediziners auswirkte.

Diesem Erfolg standen indes Entwicklungen externer Art gegenüber, die einer Durchsetzung der Sportmedizin zumindest in dem vom DSÄB maßgeblich propagierten Bild der Sportmedizin als einer Präventions- und Rehabilitationsmedizin hinderlich waren. Wie bereits dargestellt (vgl. 3.4.4) verlor die Sportmedizin in den 1970er-Jahren ihre Deutungshoheit im Bereich der gesundheitsorientierten Prävention durch Leibesübungen. Der standesrechtliche Erfolg der „Zusatzbezeichnung“ wurde dadurch in seiner praktisch-berufsständischen Auswirkung konterkariert. Der über einen langen Zeitraum hinweg vorrangig von Sportmedizinern geprägte gesellschaftliche, politische und sportpolitische Diskurs einer Vermeidung von „Zivilisationskrankheiten“ durch körperliche Betätigung wurde seit den 1970er-Jahren zu einem vorrangig im Geflecht Bundesärztekammer – Deutscher Sportbund – Bundesgesundheitsministerium (bzw. deren Strukturen auf Landesebene) geprägten Diskurs. Die Sportmedizin hatte gegen Ende der 1960er-Jahre die zentrale, ihr von Politik wie orga-

nisiertem Sport zugewiesene Aufgabe, den Wert von Leibesübungen für die Gesundheit wissenschaftlich-fachlich zu determinieren, weitestgehend erfüllt. Hierzu hatten nicht zuletzt die durch das staatlich subventionierte „Kuratorium für sportmedizinische Forschung“ vergebenen Forschungsaufträge, die primär einer gesundheitsorientierten Grundlagenforschung dienen sollten, beigetragen. Der Wert von Leibesübungen für die Volksgesundheit war nach 1970 quasi Allgemeingut. Dieser Standpunkt wurde nicht mehr exklusiv von der Sportmedizin vertreten, sondern zunehmend von der Allgemeinmedizin besetzt.

Zudem verlor auch die Rehabilitation der Kriegsversehrten, eine zweite Säule der Sportmedizin aufgrund ihrer bis in die Zeit des Ersten Weltkrieges zurückreichenden Expertise, in den 1970er-Jahren allmählich die herausragende Bedeutung eines sozialpolitischen Problems, wie es unmittelbar nach Kriegsende der Fall gewesen war. Weiter wandelte sich im Zuge eines sozialpolitischen Wandels im Umgang mit behinderten Menschen in der Ära der sozialliberalen Koalition seit 1969 der Anspruch an deren Versorgung und Betreuung. Es ging nicht mehr primär um eine medizinische Versorgung, sondern um sozialpolitische Fragen einer Inklusion behinderter Menschen, darum, im Behindertensport ein „Element gesellschaftlicher Teilhabe“ zu sehen (Schlund, 2016, S. 264; vgl. auch Bösl, 2016). Für die Initiativen von Sportärzten im (Kriegs-)Versehrten-sport war dagegen die Auffassung kennzeichnend gewesen, dass rehabilitative Heilmaßnahmen primär zur Wiedererlangung der körperlichen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit dienen sollten. Die Wiedereingliederung der Versehrten in Gesellschaft und Beruf war das Ziel. Einem Sporttreiben innerhalb der Strukturen des organisierten Sports, das viele kriegsversehrte ehemalige Sportler anstrebten, stand man dagegen – wie anfangs auch der DSB – skeptisch bis ablehnend gegenüber. Diese medizinisch und nicht sozialpolitisch geprägte Haltung behielten viele Sportmediziner indes auch in den 1970er-Jahren bei, sodass andere Akteure wie Sozialwissenschaftler die Deutungshoheit in den Diskursen über den Umgang mit behinderten Menschen übernahmen (vgl. Nielsen, 2016a, S. 182-189).

Ein weiterer, in diesem Zusammenhang zu erwähnender Aspekt ist, dass in den 1970er-Jahren die dominante Phase derjenigen Sportmediziner, die noch in der Weimarer Republik und im Dritten Reich aktiv gewesen waren, dort quasi ihre sportmedizinische Sozialisation erfahren hatten, und vom Auftrag einer gesellschaftspolitischen Aufgabe der Sportmedizin fast selbstverständlich ausgingen, zu Ende ging. An ihre Stelle rückten auch im Verband Mediziner, die die Blütezeit der Sportmedizin in den 1920er-Jahren bestenfalls aus Erzählungen kannten und die eher von den schwierigen Aufbaujahren nach 1945 geprägt waren. 1968 starb, um das prominenteste Beispiel dieser Generation zu nennen, der Ehrenpräsident des DSÄB, Arthur Mallwitz, einer der Begründer der Sportmedizin in Deutschland, 1913 weltweit erster hauptamtlicher „Sportarzt“ im Berliner Stadion, danach Ministerialrat für Leibesübungen im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt. Mallwitz war zudem im Ersten wie Zweiten Weltkrieg ein zentraler Akteur des Kriegsversehrten-sports gewesen.¹⁶ Am Wiederaufbau der (bundes-)deutschen Sportmedizin nach 1945 war Mallwitz – auch aufgrund seiner nach wie vor bestehenden Verbindungen in die Politik – maßgeblich beteiligt, nicht zuletzt gründete er 1950 die Zeitschrift „Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung“, die zum offiziellen Organ des DSÄB wurde. Er war zudem der Herausgeber des 1953 erschienenen „Handbuchs des Deutschen Sportärztebundes“. Zwar waren auch nach 1970 Sportmediziner wie Frohwalt Heiß oder Wolfgang Kohlrausch, deren sportmedizinische Anfänge ebenfalls in die 1920er-Jahre zurückreichten, aktiv, nahmen aber bei Weitem nicht mehr so großen Einfluss auf die Verbandspolitik wie noch in den 1950er- und 1960er-Jahren. Die Zeit um 1970 kann somit auch als die eines einsetzenden Generationswechsels in der Verbandsführung gesehen werden.

Die bedeutsamste, sich auf die weitere Entwicklung des DSÄB und seine Bestrebungen einer Aufwertung der Sportmedizin deutlich auswirkende Zäsur war indes verbunden mit einem grundlegenden sportpolitischen Diskurswandel hinsichtlich der Rolle des Sports in der Gesellschaft. Dieser

¹⁶ 1951 wurde Mallwitz zum ersten Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Versehrten-sport gewählt, nur eine seiner vielfältigen Funktionärstätigkeiten nach 1945 (Schäfer, 2003).

Diskurswandel hatte sich zwar schon im Verlauf der 1960er-Jahre angekündigt, seinen entscheidenden Input erhielt er indes durch die Vergabe der Olympischen Spiele an München durch das IOC im Jahr 1966.

4.1 München 1972 und die Folgen für die organisierte Sportmedizin

Die 1966 verkündete Wahl des Austragungsortes München durch das IOC führte zu einem grundlegenden Wandel der politischen Sicht auf den Sport. Die fast zwei Jahrzehnte währende Phase einer politischen Vernachlässigung und Negierung des Leistungssports bei gleichzeitiger Förderung von Leibesübungen im Sinne einer allgemeinen „Volksgesundheit“, von der sowohl der DSÄB als auch der DSB profitiert hatten, endete. Nunmehr setzte eine politische Förderung des Leistungssports ein, die in den folgenden Jahren die öffentlichen wie politischen Debatten um die Rolle der Sportmedizin dominierte. Der sportpolitische Wandel beeinflusste auch das Verhältnis des DSÄB zum organisierten Sport. Diese Entwicklung zeichnete sich bereits in den 1960er-Jahren ab. Die Sportmedizin hatte aus Sicht des DSB ihre maßgebliche Aufgabenstellung, den gesundheitsfördernden Effekt eines Breitensports „für alle“ durch ihre medizinisch-wissenschaftliche Expertise zu belegen, weitgehend erfüllt (Nielsen, 2016a, S. 137-139). Zugleich zeigte sich, dass mit der verstärkten Hinwendung des DSB zum Leistungssport die Rolle der Sportmedizin als „Wächter des Sports“, als „Mahner“ vor Übertreibung und Übermaß, die noch in den 1950er- und 1960er-Jahren seitens des DSB durchaus befürwortet worden war, nun gegenteilig eher auf Ablehnung durch den DSB stieß. Die Prävention konnte somit nicht mehr in gleichem Maße wie in den Jahrzehnten zuvor als sozialpolitische Aufgabe seitens des Verbandes gegenüber dem Staat artikuliert werden. Die Hinwendung von Staat und auch des DSB zum Leistungssport brachte eine vor allem in den Jahren vor 1972 erkennbare Reduzierung der Fördermaßnahmen für den Breiten- und Gesundheitssport mit sich. Die Zuwendungen des Staates an die Sportmedizin fokussierten sich auf Bereiche, die im Kontext mit Spitzensport standen. Die veränderten Prämissen, unter denen der Staat den Sport und damit auch die Sportmedizin betrachtete, wurden im März 1976 in einer Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages deutlich, in der u.a. über den „Stand der Sportmedizin“ diskutiert wurde. Obwohl die geladenen Sportmediziner Hollmann, Reindell, Keul, Steinbach und Felten wiederholt auf den präventiven und rehabilitativen Nutzen von Bewegung und Sport rekurrierten, lag der Fokus auf der Leistungsmedizin – und hier besonders auch auf den Leistungen der DDR-Sportmedizin – oder, wie Hollmann es formulierte, „[i]m Vordergrund Ihres Interesses [...] stehen vermutlich die sportbezogenen Fragestellungen“ wie die „ärztliche Betreuung des Sportlers, speziell der Leistungssportler“ (Sportausschuss, 1976, S. 49).

Besonders deutlich wurde dieser Paradigmenwandel in dem Bereich, in dem die Sportmedizin nach 1950 am erfolgreichsten in der Interaktion mit Staat und Sport reüssiert hatte, die Forschungsförderung. War bis 1970 eine Breitensportorientierte „Grundlagenforschung“ und damit eine Forschung, die mit den Zielen des Verbandes in Einklang stand, maßgebend, so setzte mit der Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft als „Zentralbehörde“ staatlicher Sportförderung die leistungssportorientierte „Zweckforschung“ ein. Obwohl es auch in der Phase vor 1970 dem DSÄB kaum gelungen war, die sportmedizinische Forschung etwa hinsichtlich einer vom Verband erhofften Ausweitung auf die Hochschulen und Universitäten als Faktor einer allgemeinen Aufwertung der Sportmedizin zu nutzen, verselbständigte sich diese nach 1970 noch mehr als zuvor. Sie wurde zur Domäne einiger weniger sportmedizinischer Leistungszentren mit Freiburg und Köln an der Spitze. Der DSÄB als Berufsverband der Sportärzte verlor dagegen weitgehend den Zugriff auf die nunmehr wichtige Leistungs- bzw. Leistungssportmedizin.

Die Folge dieser Entwicklung war eine deutliche Ausdifferenzierung innerhalb der Sportmedizin. Auf der einen Seite stand die Mehrheit der im DSÄB organisierten Sportmediziner, die die Aufgabe der Sportmedizin in der Prävention und Rehabilitation sahen, jedoch kaum Zugriff auf Tätigkeitsbereiche im Spitzensport erhielten. Auf der anderen befanden sich die wenigen im Leis-

tungs- und Spitzensport und in der sportmedizinischen Forschung tätigen Sportmediziner. Wenn gleich der DSÄB damit seine grundlegenden Prämissen gar nicht verändern musste, war bedeutsam, dass die in den beiden Jahrzehnten zuvor im Einklang mit den politischen, sportpolitischen und gesellschaftlichen Diskursen über die Aufgabe der Sportmedizin stehende Verbandspolitik nunmehr von diesen Diskursen abwich. Der Verband verlor seine sportpolitische Deutungshoheit über Fragen der Gesundheit und Bewegung. Sein Einfluss in Staat und Gesellschaft schwand, und damit auch die öffentliche Förderung der Sportmedizin als Faktor der öffentlichen Gesundheitspolitik. Letztlich war der Sportmedizin durch externe, politische Entscheidungen eine Aufgabenstellung oktroyiert worden, die konträr zu ihren Ursprüngen eines präventiven, damit auch den leistungssportlichen „Exzess“ ablehnenden Sporttreibens stand. Diese Entwicklung war zudem eng gekoppelt mit dem bereits akzentuierten Umstand, dass der Nutzen präventiven Sporttreibens für die Volksgesundheit Ende der 1960er-Jahre nicht mehr diskutabel war – auch dies begünstigte die Hinwendung von Staat und organisiertem Sport zum Leistungssport. Beispielhaft lässt sich dies am Beispiel eines der zentralen Tätigkeitsfelder der Sportmedizin in den 1950er- und 1960er-Jahren zeigen, der sportmedizinischen Untersuchung. War diese bis 1970 ein von der öffentlichen Hand gefördertes Aufgabenfeld einer prophylaktisch-gesundheitsorientierten Aufklärung gewesen, in dem Sporttreibenden etwa geeignete Sportarten oder die grundsätzliche körperliche Eignung für Sport vermittelt werden sollte, so fokussierte die staatliche Förderung nach 1970 primär auf die sportärztliche Untersuchung der Leistungssportler. Die Untersuchung im Breiten- und Freizeitsportbereich dagegen wurde ungeachtet der zunächst aufrechterhaltenden Initiativen des DSÄB zu einem an Relevanz verlierenden Thema (vgl. 6.2).

Die bis heute erkennbare Zurückhaltung vieler Sportverbände und -vereine gegenüber der Sportmedizin allgemein (Schnell, 2016, S. 328 f.) hat in der traditionellen Rolle der Sportmedizin als „Mahner“ vor Übertreibung ihren Ursprung.

Der DSÄB hatte bereits in den 1960er-Jahren zwar versucht, seine Aufgabenfelder neu zu justieren, indem man sich auch leistungssportlichen Aspekten öffnete. Diese Annäherung des DSÄB an den Leistungssport erfolgte allerdings eher zögerlich. Der Schwerpunkt lag auf der Prävention und Rehabilitation. 1961 gab der DSÄB auf einer gemeinsamen Tagung mit dem DSB die grundsätzliche Bereitschaft zur Mitarbeit der Sportmedizin bekannt: „Wir bejahen den Rekord, sehen ihn aber nicht als das Ziel unserer Arbeit, wir unterstützen ihn jedoch bei all denen, die ihn freiwillig anstreben“ (Der Sportarzt, 12(11), S. 351). 1965 konstatierte man nach Kontroversen mit dem DSB-Finanzausschuss hinsichtlich der „Programmgestaltung“: „Der DSB fühlt sich dem Leistungssport verantwortlich, während der Deutsche Sportärztebund auch andere Aufgaben hat“ (Goßner, 1965c, S. 108).

Versuche des DSÄB, in verstärktem Maße den Kontakt zu Fachverbänden und damit zum Wettkampfbetrieb aufzunehmen, blieben in Ansätzen stecken. Bereits ab 1959/60 wurden gemeinsame Tagungen mit einigen Fachverbänden veranstaltet (vgl. etwa Der Sportarzt, 12(2), S. 49 f.; 12(3), S. 78-80; 12(8), S. 229; 12(12), S. 387 f.; 14(2), S. 42), 1961 nahmen zwar mehrere Fachverbände, darunter der Turner-, Tennis- und Handballbund, der Ruder-, Golf- und Amateur-Boxverband, an einem vom DSÄB veranstalteten „Symposium“ zu Fragen des Trainings teil (Der Sportarzt, 12(6), S. 169), dennoch resümierte 1963 DSÄB-Präsident Reindell, dass die „Einstellung der einzelnen Verbände zum Deutschen Sportärztebund eine ganz unterschiedliche ist. Sie reicht von der breiten Skala der Zustimmung zur aktiven Zusammenarbeit bis zur – wenn auch nicht offen gezeigten, jedoch fühlbaren – Ablehnung“ (Reindell, 1963, S. 62). In der Gesamtheit blieb der Leistungssport ein Bereich, in dem nur wenige Sportmediziner, meist die in den Forschungszentren, die dann auch zu Leistungszentren wie Freiburg kulminierten, reüssierten. Die Mehrheit der dem DSÄB angeschlossenen Mitglieder blieb auf Prävention und Rehabilitation fokussiert.

Die Folge dieser Entwicklung war eine nach 1970 deutlich erkennbare Fokussierung der Verbandspolitik auf die Fort- und Weiterbildung als Grundlage einer Aufwertung der Sportmedizin innerhalb der Humanpolitik – und der damit verbundenen Hoffnung auf die Kreierung eines spezi-

fischen Berufsfeldes für Sportmediziner. Die in den 1950er- und 1960er-Jahren erkennbaren Ambitionen, durch Schnittstellen zum organisierten Sport und zum Staat im Sinne einer „Volks Gesundheit“ Legitimation zu erlangen, wurden hierbei zwar grundsätzlich aufrechterhalten, die veränderte Sportpolitik seitens des Staates und des DSB trug allerdings wesentlich dazu bei, dass diese Schnittstellen an Bedeutung verloren.

Der DSÄB entwickelte sich somit seit 1970 primär zu einem „Fort- und Weiterbildungsverband“, dessen Hauptanliegen in der Schulung von Sportmedizinern lag sowie in dem Bestreben, auf dieser Grundlage zu einer standesrechtlichen Anerkennung zu gelangen, die wiederum Voraussetzung eines Berufsbildes abseits des Leistungssports sein sollte. War die Heranziehung von „Sportmedizinern“ in der frühen Phase nach 1950 als existenzielle Grundlage für den Fortbestand der Sportmedizin gesehen worden und damit als Ausgangspunkt für die weiteren Legitimationsbestrebungen, so wurden die Ausbildung und das Streben nach Anerkennung innerhalb der Humanmedizin seit den 1970er-Jahren in deutlicherem Ausmaß zu einem Selbstzweck, zum hauptsächlichen Aktionsfeld des Verbandes. Diese Entwicklung entsprach nicht allein einer bewusst herbeigeführten Entscheidung des Verbandes, sie war sehr viel mehr die Folge sowohl interner als auch externer Entwicklungen und Einflüsse, die diese Fokussierung zwangsläufig machte.

4.2 Die Fokussierung des DSÄB auf die Fort- und Weiterbildung

Bereits im Laufe der 1960er-Jahre wird deutlich, dass der DSÄB als Dachverband zunehmend die Aus- und Fortbildung von Sportärzten als zentrales Element seiner Aufgabenstellung betrachtet. 1963 betonte der für die Fort- und Weiterbildung verantwortliche DSÄB-Vizepräsident Goßner während einer Sitzung des Senats der Bundesärztekammer diese Aufgabe als wesentlich – verbunden mit der Erwartung einer dadurch initiierten Anerkennung der Sportmedizin auf der akademischen Ausbildungsebene:

„Der Deutsche Sportärztebund hat [...] die Aufgabe der Ausbildung und der Fortbildung übernommen. Seine Arbeit stützt sich auf viele 1000 organisierte Sportärzte sowie vier sportmedizinische Institute. Zwei weitere Institute sind in Vorbereitung und im Aufbau. Nach der erst vor wenigen Tagen [...] erstellten Statistik werden nunmehr sportmedizinische Vorlesungen an allen deutschen Universitäten abgehalten. Die Ausbildung als Sportarzt kann in absehbarer Zeit auf Universitätsebene verlegt werden, wie sie der bayr. Landesverband schon durchgeführt hat. Bei der derzeitigen Situation müssen wir unsere Ausbildungskurse weiterhin durchführen und verbessern. Der wissenschaftliche Ausschuss hat Richtlinien hierzu erlassen. Die Kurse finden teils auf Bundesebene teils auf Landesebene statt“ (Goßner, 1963d, S. 287).

Die dann Anfang der 1970er-Jahre erkennbare Entwicklung des DSÄB zu einem Verband, dessen zentrale Aufgabenstellung sowohl die Ausbildung neuer Sportmediziner als auch die fort- und weiterbildende Schulung bereits anerkannter Sportmediziner darstellte, blieb bis heute bestehen. 2016 bestätigte der langjährige Weiterbildungsbeauftragte des DSÄB bzw. der DGSP diese Sichtweise des Verbandes als „Weiter- und Fortbildungsgremium, das die Sportärzte mit dem Grundwissen versorgt hat“ und das ihnen „Anweisungen und Anleitungen gab für die praktische Tätigkeit“ (Schnell, 2016, S. 340). Weiterhin bestehe insofern eine Differenzierung in der Sportmedizin, als

„der Forschungsauftrag der Sportmedizin nicht bei der DGSP liegen kann [...]. Die Lehren und die Forschungen fanden nie in den Gremien der Sportmedizin statt, sondern in den beteiligten Instituten, die dazu arbeiteten. [...] Denn der deutsche Sportärztebund hat nie geforscht, sondern das waren eben Institutionen, die das konnten und wollten, und dadurch,

dass wir die aufgenommen hatten, waren wir ein Teil dessen. Aber die eigentliche Forschung war nicht die deutsche Sportmedizin. Insofern werden wir immer ein Weiter- und Fortbildungsverein sein, der die neuesten Forschungen aufnehmend und weitergebend eben seine Leute so ausbildet, dass sie dann eben später Forschung und Lehre betreiben können“ (Schnell, 2016, S. 340f.).

Die Entwicklung seit 1970 lässt sich auch anhand des Verbandsorgans nachvollziehen. In den 1950er- und 1960er-Jahren bildeten die Initiativen einer sozialpolitischen Verankerung der Sportmedizin einen deutlichen Schwerpunkt der Berichterstattung. Die Entwicklung des sportmedizinischen Untersuchungswesens, die Ausweitung und Aufgaben der Kriegsversehrtenbetreuung, die Zusammenarbeit mit ebenfalls sozialpolitisch orientierten Organisationen, die präventiven und rehabilitativen Aufgaben der Sportmedizin, selbst Ergebnisse der durch das „Kuratorium für sportmedizinische Forschung“ geförderten grundlagenorientierten Forschungen, all dies waren Schwerpunkte im Verbandsorgan.

Ab dem Ende der 1960er-Jahre sind strukturelle Änderungen erkennbar, die deutlich die Fokussierung des DSÄB auf den Bereich der Weiter- und Fortbildung belegen. Nunmehr werden die zentralen Kurse auf Bundes- und Landesebene bereits zu Jahresanfang und damit frühzeitig in der ersten Januarausgabe angekündigt. Diese Vorankündigungen erweitern sich in der Folge stetig, spätestens seit Mitte der 1970er-Jahre stellen sie ein zentrales Element der Mitteilungen jeder Ausgabe der Sportmedizin-Zeitschrift dar. Im Unterschied zu den vorherigen Ankündigungen, die nach Landesbünden oder anderen Zuordnungskriterien verteilt disparat – und mitunter auch kurzfristig – aufgeführt wurden, sind die Ankündigungen der verschiedenen Kurse nunmehr zusammengefasst an einer Stelle der Zeitschrift konzentriert. In der Regel wurden zu Jahresanfang alle Kurse des ersten Halbjahres nahezu vollständig aufgeführt, für die zweite Jahreshälfte zunächst die Kurse auf Bundesebene sowie weitere wichtige Kurse. Die Übersicht wurde in jeder Ausgabe wiederholt, teilweise durch einzelne Ergänzungen oder Änderungen korrigiert, bis zur Jahresmitte waren dann auch die Kurse für das zweite Halbjahr nahezu vollständig aufgeführt. Bei der Zusammenstellung wurden zudem nicht mehr allein die internen Schulungen berücksichtigt, sondern auch Fortbildungen oder Veranstaltungen anderer Medizinorganisationen. Im Gegensatz dazu geht der Anteil der Berichte über die zuvor genannten Thematiken deutlich zurück.

1977 erschien dann, als weiterer Schritt einer Konsolidierung und Institutionalisierung der Fort- und Weiterbildung, erstmals ein eigenständiges „Fortbildungsprogramm“ für das erste Halbjahr 1977, im „Vorwort“ ausdrücklich als „Experiment“ bezeichnet, das in halbjähriger Erscheinungsweise den Sinn haben sollte,

„zum einen allen Mitgliedern der einzelnen sportärztlichen Landesverbände eine Übersicht über die Fortbildungsmaßnahmen zu geben, zum andern Weiterbildungswilligen alle Möglichkeiten zum Erwerb der Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ bzw. des Sportarzt-diploms aufzuzeigen. [...] Sämtliche Fortbildungsveranstaltungen können zum Erwerb des Sportarzt-diploms und der Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ angerechnet werden“ (DSÄB. Fortbildungsprogramm I. Halbjahr 1977, S. 3).

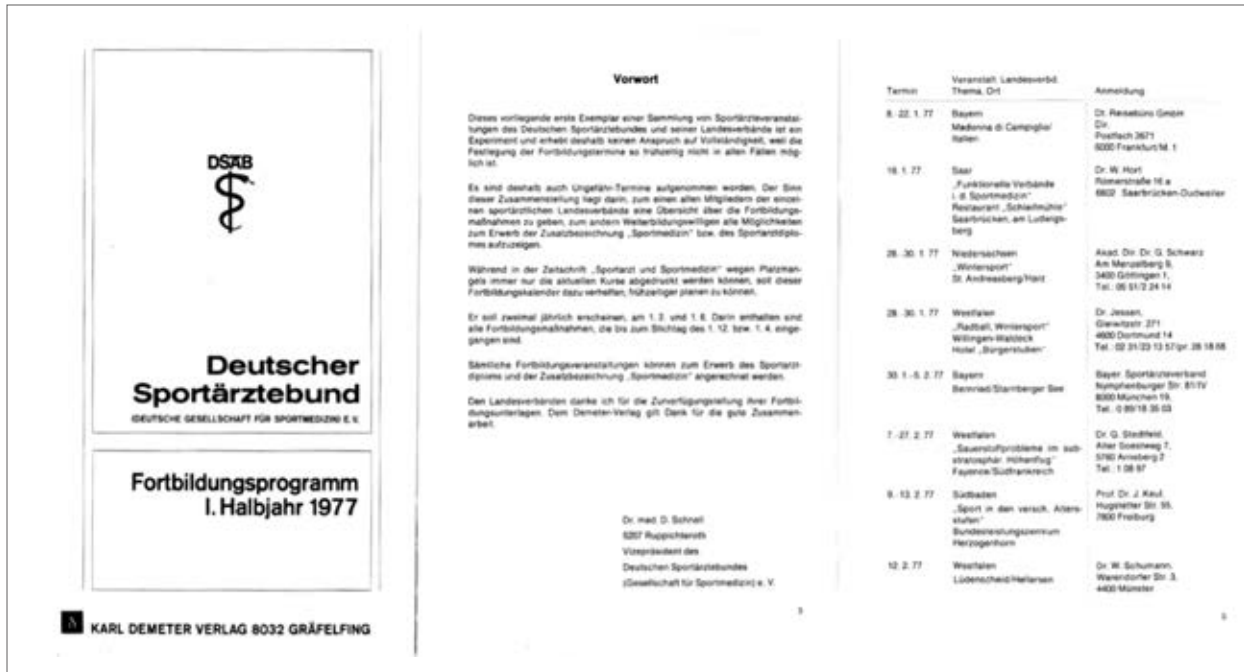


Abb. 2.3 DSÄB. Fortbildungsprogramm I. Halbjahr 1977, Umschlag, S. 3 und S. 5 (Privatarchiv Dieter Schnell)

Verantwortlich für die Weiter- und Fortbildungen zeichnete der Facharzt für Augenheilkunde Dieter Schnell aus Ruppichteroth, der in der Nachfolge Goßners als Vizepräsident des DSÄB ab 1975 für den Bereich „Fort- und Weiterbildung“ zuständig war (vgl. Schnell, 2016, S. 317). Schnell war seit Oktober 1967 für die Kurse des Sportärztebundes Nordrhein, die überwiegend in der Sportschule Hennef stattfanden, verantwortlich gewesen. Diese Funktion hatte sich somit auf die Bundesebene verlagert. Seit 2007 war der Münsteraner Lehrstuhlinhaber für Sportmedizin, Klaus Völker, für den redaktionellen Inhalt der Programmhefte zuständig, Schnell leitete ab 2007 die neuerrichtete „Akademie für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin“ in Köln als rechtlich unselbständige Einrichtung des Sportärztebundes Nordrhein (DGSP. Fort- und Weiterbildungs-Programm 1. Halbjahr 2007, H. 61, S. 47; Schnell, 2016, S. 317; Sportärztebund Nordrhein, 2018).

Zentrales Bemühen in der Fokussierung auf die Fort- und Weiterbildung war es, ein Curriculum für die sportmedizinische Fort- und Weiterbildung zu kreieren, das den Ansprüchen einer qualitativ gesicherten medizinischen Weiterbildung entsprechen sollte und das von den Landesärztekammern als ausreichend zur Verleihung der „Zusatzbezeichnung“ oder sogar eines höheren Qualifikationssiegels erachtet wurde. Waren die ersten Programmhefte noch rudimentär in den Angaben, neben dem veranstaltenden Landesverband, dem Thema und dem Ort wurde eine Adresse für die Anmeldung angegeben (vgl. Abb. 3), so wurden in den 1980er-Jahren die Angaben explizit die Anforderungen zum Erwerb des Sportärztdiploms sowie der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ abgedruckt. In Bezug zu diesen Anforderungen stand auch die Angabe der Zahl der theoretischen und praktischen Stunden bei den einzelnen Kursen (vgl. DSÄB. Fort- und Weiterbildungs-Programm 1. Halbjahr 1987, H. 21). Im Zeitablauf nahm auch das Spektrum der Kursinhalte zu, so gab es 1987 neben Einführungskursen in Theorie und Praxis der Sportmedizin für die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ eine Vielzahl verschiedener Weiterbildungen zur präventiven, kurativen und rehabilitativen Sportmedizin, aber auch sportartenspezifische Angebote wie „Sportmedizinische Aspekte des Schwimmsports“. Gegen Ende der 1980er-Jahre wurde der stärker in das öffentlich-mediale Bewusstsein rückenden Doping-Problematik dadurch Rechnung getragen, dass auch der Aspekt „Doping“ – bzw. „Anti-Doping“ – in die Weiterbildungsordnung mit aufgenommen wurde, wenngleich kaum in Form spezifischer Kurse (Schnell, 2016, S. 324; Fort- und Weiterbildungsprogramme 1987, 1993, 2006, 2007).

Bemerkenswert ist, dass in den 1970er- und 1980er-Jahren der Praxisbezug durch die Teilnahme an Leibesübungen, die bereits bei den ersten Durchführungsbestimmungen zum Erwerb des Sportarzt-Diploms eine höhere Stundenzahl als die Theorie eingenommen hatte, erhalten blieb. So war etwa 1987 der Anteil der „Leibesübungen“ im Einführungskurs für die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ des Landessportärztekundes Westfalen mit 80 Stunden viermal so hoch wie der der „Sportmedizin“ mit 20 Stunden (DSÄB. Fortbildungsprogramm 2 Halbjahr 1987 (H. 22), S. 36). Zwar war dieses Verhältnis bei anderen Weiterbildungen ausgeglichener, dennoch fällt gerade bei diesem Grundlagenkurs auf, wie sehr die Sportmedizin bzw. deren Vertreter sich (bis heute) als aktive Sportler verstanden.

Eindeutig lag seit den späten 1970er-Jahren zudem der Fokus auf der Qualifizierung durch die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“, die von den Landesärztekammern anerkannt wurde und damit einen qualitativen Fortschritt hinsichtlich einer Anerkennung sportmedizinischer Tätigkeit innerhalb der Medizin darstellte.

4.3 Die Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ seit den 1970er-Jahren als standesrechtliche Anerkennung

Das 1950 eingeführte „Sportarzt-Diplom“ stand primär unter der Prämisse, in möglichst kurzer Zeit eine möglichst große Zahl sportmedizinisch weitergebildeter Ärzte hervorzubringen. Damit verbunden war die Erwartung, dass nur ein mitgliederstarker Verband eine Interessenvertretung darzustellen in der Lage war, die gegenüber Staat und Gesellschaft ihre Positionen durchsetzen und wahren konnte. Es waren somit zunächst eher Ziele einer Positionierung im neu gegründeten Staat gegenüber inhaltlich-qualitativen Zielvorgaben maßgebend. Wie gesehen beruhte diese Vorgehensweise letztlich auf bereits in den 1920er-Jahren geltenden Annahmen. Auch hier versuchte man zunächst durch geringe Anforderungen die Zahl der Sportmediziner zu vermehren, um auf der Basis einer in Staat und Gesellschaft einflussreichen Interessenvertretung nachfolgend die Qualität der Fortbildung zu erhöhen. In den 1950er- und 1960er-Jahren erwies sich diese Strategie deshalb als erfolgreich, weil es der Sportmedizin gelang, in sozialpolitisch relevanten Fragen wie der Verbesserung der allgemeinen „Volksgesundheit“ sowie der Rehabilitation der zahlreichen Kriegsversehrten ihre Relevanz zu beweisen. Dies wiederum führte dazu, dass viele Ärzte bereit waren, die ohnehin nur geringen Anforderungen zum Erwerb des Sportarzt-Diploms auf sich zu nehmen, eines Diploms, das mit keinerlei fachlichem Status verbunden war. Die Zahl der „Sportärzte“ nahm in den 1950er- und 1960er-Jahren somit zu. 1966 betrug die Mitgliederzahl des DSÄB ca. 3.800 (Hollmann & Klaus, 1966, S. 247) – sie lag damit bei etwa 42,5 % der heutigen Mitgliederzahl (<http://www.dgsp.de/seite/277054/dgsp-dachverband.html>).

Angesichts steigender Mitgliederzahlen und einer gesellschaftspolitischen Legitimation der Sportmedizin kann es nicht verwundern, dass in den 1960er-Jahren innerhalb der Strukturen des DSÄB die Diskussionen über die Qualität der sportmedizinischen Fort- und Weiterbildung zunahmen, die sich auf das Sportarzt-Diplom als Qualifikationsmerkmal des Sportmediziners fokussierten. Die in keinerlei Verhältnis zu einer Facharztqualifikation stehenden Anforderungen für den Erwerb des Diploms durch die Teilnahme an wenigen, regional unterschiedlichen und nicht evaluierten Wochenendkursen stieß auf wachsende Kritik, die auch durch sukzessive Verschärfungen der Kriterien des Erwerbs kaum verstummten. Die Universitäts-Mediziner Hollmann und Klaus kritisierten 1966 die unbefriedigende sportmedizinische Ausbildung approbierter Ärzte, die nicht das Studium über mehrere Semester ausgleichen oder ersetzen könne, da sie lediglich den Charakter einer Fortbildung habe (Hollmann & Klaus, 1966, S. 249). Die Kritik an der Qualifikation der Sportmediziner resultierte letztlich ebenso aus äußeren, mit dem Berufsbild verbundenen Einflüssen. Bereits 1961 wurde im Organ des DSÄB festgestellt, dass die Bereitschaft der Ärzte, sich sportmedizinisch fortbilden zu lassen, rückläufig sei, da viele Sportmediziner „doch nicht das richtige Betätigungsfeld“ gefunden hätten. Der Erwerb des Diploms war somit kaum mit beruflichen Perspektiven verbunden.

Das Bestreben, der Sportmedizin zu einer Aufwertung und damit zu einem fachlichen Status innerhalb der Humanmedizin zu verhelfen, führte dazu, dass der Verband, dessen zentraler Kooperationspartner in den 1950er-Jahren noch der DSB gewesen war, zunehmend in Interaktion mit den Organisationsstrukturen der Medizin zu treten suchte. Die Ausrichtung gemeinsamer Tagungen mit den Landesärztekammern sowie ab 1958 mit der Bundesärztekammer diente dieser Zielsetzung einer engeren Anbindung der Sportmedizin an die Medizin. Vertreter des DSÄB wie Eugen Goßner oder Paul Schloemann¹⁷ vertraten nunmehr im Deutschen Ärztetag, der Hauptversammlung der Bundesärztekammer, sowie im erweiterten Vorstand der Bundesärztekammer sportmedizinische Interessen. Aussagen wie die des Präsidenten der Bundesärztekammer Neuffer (1959, S. 1) einer notwendigen Zusammenarbeit des DSÄB mit den ärztlichen Organisationen, da „verordnete und dosierte Leibesübung ein wichtiger Teil der präventiven Medizin und der Gesundheitsvorsorge“ seien, bestärkten den DSÄB in seinem Bemühen einer verstärkten Interaktion mit der Humanmedizin. Hatte der DSÄB in den 1950er- und 1960er-Jahren noch verstärkt die Kooperation mit den DSB gesucht, so wurden nun die Landesvertretungen der Medizin zum wichtigsten Interaktionspartner.

Diese ersten Schritte einer Annäherung der Sportmedizin an die Medizin bildeten die Basis dafür, der Weiterbildung von Sportmedizinern eine neue Qualität zu verleihen, die auch vonseiten der Ärztekammern gewürdigt würde. 1967 legte der Sportärztebund Nordrhein konkrete Pläne einer Weiterbildung auf deutlich höherem Niveau als für das Sportarzt-Diplom vor, die zwar nicht zum Facharzt für Sportmedizin führen sollten, aber zumindest zu einer fachlichen Anerkennung in Form einer „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ seitens der Ärztekammern.

Zusatzbezeichnungen stellen ein Instrumentarium ärztlicher Weiterbildung dar, die das Ziel hat, approbierten Ärzten zusätzliche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte ärztliche Tätigkeiten zu vermitteln. Zusatzbezeichnungen können grundsätzlich von Ärzten verschiedener Fachgebiete erworben werden und differieren in Weiterbildungsumfang und Voraussetzungen deutlich. Beispiele für Zusatzbezeichnungen sind Intensiv- und Notfallmedizin, Akupunktur, Arbeitsmedizin oder Umweltmedizin. 2017 gab es 47 verschiedene Zusatzbezeichnungen in Deutschland. Grundlage für die Zusatzbezeichnung bilden die Weiterbildungsordnungen (WBO), die von den jeweiligen Landesärztekammern erstellt werden. Diese sind in der Regel eng an eine (Muster-)Weiterbildungsordnung angelehnt, die vom Deutschen Ärztetag verabschiedet wird.

Vorbehalte gegenüber einer derartigen Qualifikation gab es Ende der 1960er-Jahre indes nicht allein vonseiten der Medizin bzw. der Ärztekammern, sondern auch vonseiten des DSÄB-Präsidiums selbst, was nicht zuletzt mit der Person des DSÄB-Präsidenten Herbert Reindell zusammenhing. Reindell, obwohl Lehrstuhlinhaber für Sportmedizin in Freiburg, sah die Sportmedizin nicht als eigenständige Disziplin. Das häufig mit ihm in Verbindung gebrachte Diktum, Sportmedizin sei ein „Hobby“, fand seine Entsprechung darin, dass er etwa 1965 seinen Lehrstuhl für Arbeitsphysiologie und Sportmedizin in ein „Ordinariat für Kreislaufforschung und Leistungsmedizin“ umbenannte, da die „Erforschung der Auswirkungen einer erhöhten körperlichen Aktivität in Beruf und Freizeit auf den menschlichen Organismus [...] durch den Begriff ‚Sportmedizin‘ nicht mehr ausreichend umrissen [wird], viel zutreffender ist der Begriff ‚Leistungsmedizin‘“ (Herbert Reindell, 23.02.1965; Universitätsarchiv Freiburg, B0053/0241; zit. n. Singler & Treutlein, 2014, S. 29). Nowacki zufolge ließ Reindell 1970 ein Angebot des Präsidenten des Medizinischen Fakultätentages (MFT) Gotthard Schettler, „das Fach bei den Sitzungen des MFT über die neue Approbationsordnung zu vertreten, unbeantwortet:

„Diese [einmalige Chance] wurde durch das Fortbleiben Reindells zum Nachteil einer jungen Sportmedizinergeneration verpaßt, obwohl gerade mit Prof. Schettler ein der Sportmedizin wohlwollender Präsident unterstützend zur Verfügung stand“ (Nowacki, 2000, S. 118f.).

¹⁷ Zu Schloemann vgl. den Nachruf von Schnell, 2013.

Die Haltung Reindells beeinflusste offenbar auch die des DSÄB-Präsidiums, sodass dieses „noch 1967/68 vehement gegen die von Nordrhein angeregte Zusatzbezeichnung Sportmedizin war und sich erst durch massiven Druck anderer Bundesländer 1969 zum Beschluss der Schaffung dieser Bezeichnung durchrang“ (Schnell, 2000, S. 317).

Diese Kontroverse über eine Aufwertung der Sportmedizin durch eine Anerkennung seitens der Ärztekammern spiegelt eine Ambivalenz der Positionen innerhalb des Verbandes der Sportärzte wider, die für die folgenden Jahre kennzeichnend ist und bis heute besteht. Am deutlichsten wird sie – wie nachfolgend zu zeigen sein wird (vgl. 5) – an den Bestrebungen um einen Facharztstatus, der keineswegs von allen Verbandsmitgliedern begrüßt wurde und wird.

Bis heute sind es in der Regel die an den Hochschulen und Universitäten tätigen Sportmediziner, damit die wenigen, die hauptberuflich Sportmediziner sind, die sich in besonderem Maße für einen Facharzt Sportmedizin einsetzen. Dies zeigt sich etwa anhand der Studie des Sportmediziners Götz Lindner über „Sportmedizin in der Hausarztpraxis“, der zu dem Ergebnis kommt, dass in einem Umfeld von Hausärzten mit Basisversorgung, solchen mit Zusatzqualifikation sowie Fachärzten wie Orthopäden keine „hinreichenden Argumente für die Einführung eines Facharztes für Sportmedizin“ gegeben seien (Lindner, 2012, S. 124). Ebenso lehnten bei einer 2018 durchgeführten Umfrage unter Ärzten mit der „Zusatzqualifikation ‚Sportmedizin‘“ 80 % den Facharzt ab, überwiegend mit Verweis auf den Querschnittcharakter der Sportmedizin (Windgaßen, 2019, S. 68, 85).¹⁸ Auch der langjährige Vizepräsident des Sportärztebundes und Weiterbildungsbeauftragte Dieter Schnell, der als niedergelassener Augenarzt die Sportmedizin ehrenamtlich und damit mehr oder weniger im Sinne des Rendell'schen „Hobbys“ betreibt, spricht sich gegen einen Facharzt aus, da er hier den Verlust des Querschnittscharakters und damit eine Einengung der Sportmedizin auf genau definierte Tätigkeitsfelder sieht (Schnell, 2016, S. 339).

Die Ambivalenz ist auch Folge der sich um 1970 vollziehenden Spaltung der Sportmedizin in eine forschungs- und leistungssportbezogene Ausrichtung einerseits und eine präventions-gesundheitsbezogene andererseits. Während vor allem die in erstem Feld tätigen Mediziner eher den Facharzt als Bestätigung ihrer akademischen Tätigkeit fordern, lehnen etwa viele der Prävention verpflichtete Hausärzte diesen als unnötig ab.

Die erste Landesärztekammer, die die neue Weiterbildungsqualifikation offiziell anerkannte und damit letztlich eine Präzedenzsituation schuf, war die Landesärztekammer Niedersachsen:

„Der Sportärztebund Niedersachsen hat sich im besonderen Maße bemüht, daß die Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ in die Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen aufgenommen wird. Diesem Wunsche hat die Ärztekammer Niedersachsen als erste Landesärztekammer entsprochen“ (Sportärztebund Niedersachsen, 1970, S. 48).

Zunächst richtete sich die Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzbezeichnung vorrangig an diejenigen Ärzte, die bereits das Sportarzt-Diplom erworben hatten:

„[...] die Landesärztekammer Niedersachsen [hat] die Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ in die Berufsordnung aufgenommen [...] und [vergibt] auf Antrag die Genehmigung zur Führung dieser Zusatzbezeichnung [...]. Es können jetzt Ärzte, die am 1. Oktober 1969 im Besitz des Sportärztdiploms waren, (das Datum entspricht dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Berufsordnung) bei Nachweis einer dreijährigen sportärztlichen Tätigkeit diese Genehmigung erhalten“ (DSÄB – Arbeitskreis für Jugendfragen: Protokoll vom 19.2.1970 über die Sitzung des Arbeitskreises für Jugendfragen des Deutschen Sportärztebundes vom 13.XII.1969 9.00 Uhr bis 14.XII.1969 13.00 Uhr in Frankfurt Main in der Deutschen Turnschule; BArch B322/778).

¹⁸ Angefragt wurden 354 bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe (AEKWL) gelistete Ärzte mit der „Zusatzqualifikation ‚Sportmedizin‘“, von denen 69 an der Online-Umfrage teilnahmen und 60 auf die Frage nach der Sinnhaftigkeit eines Facharztes antworteten. Unter den Begründungen dafür, dass ein Facharzt unnötig sei, wurde das Argument des Querschnittcharakters zu 75 % angeführt (Windgaßen, 2019, S. 21, 73).

1970 wurde die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ offiziell als neue „amtliche Qualifikation für Sportärzte“ (Schnell, 2013, S. 2) vom Deutschen Ärztetag anerkannt und konnte gemäß einer Richtlinie des Ärztetages vom 8./9. Mai 1971 von den zuständigen Landesärztekammern an Mediziner vergeben werden, die die entsprechenden Anforderungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung erfüllten (Schreiben BMI SK I 1 an MDB Dr. Riedel vom (o. g. Tag) Oktober 1971, Betr.: Ihre schriftliche Anfrage für die Fragestunde im Deutschen Bundestag am 20./22.10.1971; S. 1; BArch B274/55). Letztlich dauerte es bis zum Jahr 1978, bis alle bundesdeutschen Landesärztekammern die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ eingeführt hatten. Noch 1975 hatten einige Kammern diese abgelehnt (Schnell, 2000, S. 317). Mitentscheidend für die letztliche Durchsetzung der Zusatzbezeichnung war, dass seitens des DSÄB in Zusammenarbeit mit der Kommission Weiterbildung der Bundesärztekammer bundeseinheitliche Bestimmungen erstellt wurden (Schnell, 2000, S. 317).¹⁹ Somit war Ende der 1970er-Jahre mit der „Zusatzweiterbildung ‚Sportmedizin‘“ eine offiziell von allen Landesärztekammern anerkannte Qualifikation eingeführt worden, die aufgrund dieser offiziellen Anerkennung einen deutlich höheren Stellenwert einnahm als das Sportarzt-Diplom – allerdings zugleich, wie auch in den Bestimmungen deutlich gemacht wurde, noch weit von einem „Facharzt Sportmedizin“ entfernt waren.

Nach der bundesweiten Einführung galten für den Erwerb der Zusatzqualifikation folgende Bestimmungen:

„Die für den Bewerber jeweils zuständige Landesärztekammer vergibt auf Antrag nach Erfüllung folgender Bedingungen die Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘:

1. Der Bewerber darf die Weiterbildung erst nach der Approbation beginnen.

2. a) Teilnahme an von der Ärztekammer anerkannten Einführungskursen in Theorie und Praxis der Leibesübungen von insgesamt mindestens 120 Stunden Dauer. Teilnahme an von der Ärztekammer anerkannten sportmedizinischen Kursen von insgesamt mindestens 120 Stunden Dauer. Einjährige praktische sportärztliche Tätigkeit in einem Sportverein oder Sportverband.

Oder alternativ:

2. b) eine einjährige ganztägige Weiterbildung in einem sportmedizinischen Institut unter Leitung eines ermächtigten Arztes.

Auf Veranlassung der Bundesärztekammer weisen wir noch einmal darauf hin, daß die Bezeichnung ‚Sportarzt‘ offiziell nicht existiert und nicht geführt werden darf“ (DSÄB. Fortbildungsprogramm II. Halbjahr 1979 (H. 6), S. 5f.; DSÄB, 1979b, S. 266).

Der grundlegendste Unterschied zu den Kriterien für den Erwerb des Sportarzt-Diploms war die deutliche Aufstockung der Stundenzahl, die beim Diplom bei 40, bei der Zusatzbezeichnung bei 240 Stunden lag. Bereits 1970 waren grundsätzliche Themenbereiche der Weiterbildung festgelegt worden, sie sollten Kenntnisse in den Bereichen Biologie der Leibesübungen, Präventive Sportmedizin, Kurative Sportmedizin, Rehabilitative Sportmedizin sowie Geschichte, Organisation und rechtliche Fragen der Sportmedizin umfassen und unterschieden sich ihrer Schwerpunktsetzung auf Prävention, Rehabilitation und kurative Medizin somit nicht von den bereits beim Diplom maßgeblichen Themenbereichen (Sportärztebund Niedersachsen, 1970, S. 48).

Die Durchführung der Weiterbildung etwa durch Sportinstitute hing von einer Ermächtigung durch die zuständige Landesärztekammer ab. Zudem blieb die Umsetzung der bundeseinheitlichen Vorgaben durch die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MBO) zum Erwerb der Zusatzbezeichnung den für ärztliche Weiterbildungen zuständigen Landesärztekammern vorbehalten, was zu Unterschieden in den Anforderungen führte. So wurde die Vorgabe einer möglichen Weiterbildung erst

¹⁹ Seitens des DSÄB waren an der Erarbeitung der Durchführungsbestimmungen neben dem für die Fort- und Weiterbildung verantwortlichen Vizepräsidenten Schnell die Universitäts-Mediziner Weikert und De Marées beteiligt (Schnell, 2000, S. 317).

nach der Approbation nicht von allen Landesärztekammern verankert, während die Landesärztekammer Nordrhein etwa eine „Weiterbildung in der Sportmedizin [...] vor der Approbation“ ablehnte, war dies im Bereich der bayerischen Landesärztekammer möglich (Schnell, 1989b, S. 232).

Mit der Zusatzbezeichnung war zwar eine Form der sportmedizinischen Weiterbildung eingeführt worden, die eine fachliche Anerkennung seitens der Ärztekammern implizierte, dennoch blieb diese umstritten. Diskussionen über die Qualität der Weiterbildung, vor allem aber auch über die fachliche Qualifikation der dann als „Sportmediziner“ geltenden Ärzte, begleiten die Zusatzbezeichnung bis heute.²⁰ Insbesondere aus Sicht der Sportmedizin damit verbunden ist die Frage einer tatsächlichen fachlichen Anerkennung der Sportmedizin innerhalb der Humanmedizin. Die durch den hohen Anteil aktiven Sporttreibens ausgelöste Kritik, die Weiterbildungen dienten eher dem Freizeitvergnügen der Teilnehmer und weniger einer Verbesserung fachwissenschaftlicher Kenntnisse, stellt eine der am häufigsten geäußerten Vorwürfe dar, die durchaus auch von Aussagen durch Teilnehmer Bestätigung fanden:

„Sie [die Weiterbildung] war damals [2000] ganz einfach, viel unkomplizierter als heute, man musste lediglich einen 240-Stunden-Kurs absolvieren. Die Stunden für die Weiterbildung hatte ich schon ein Jahr nach meiner Approbation in der Tasche. [...] Mit Augenzwinkern kann man schon sagen: Die sportmedizinische Weiterbildung ist relativ liberal. Man macht z.B. eine Woche Skiurlaub in den Alpen, und das Skifahren gehört quasi schon zum sportpraktischen Teil, für den es Punkte gibt. Nachmittags sitzt man dann in gemütlicher Runde und hört sich Vorträge an. Der Inhalt solcher Veranstaltungen, die Wellness, Sport und Fortbildung kombinieren, ist der Qualität allerdings häufig abträglich. Man muss schon genau schauen. Es lohnt sich immer ein kritischer Blick auf das Programm“ (Mader, 2017, S. 56).

Nicht zuletzt wurde die fachliche Kompetenz fortgebildeter Sportmediziner auch dadurch in Frage gestellt, dass die Zusatzbezeichnung binnen weniger Wochen durch den Besuch von Wochenendkursen quasi „nebenbei“ zu erlangen sei. Selbst DSÄB-Mitglieder zweifelten die Sinnhaftigkeit der Weiterbildung in der vorherrschenden Form an:

„Abgesehen von der Zufälligkeit und dem Niveau der besuchten Weiterbildungsveranstaltungen stellt sich die Frage, ob diesem Anspruch [einer breiten, disziplinübergreifende Kenntnisvermittlung] in dem vorgesehenen Zeitrahmen überhaupt zu genügen ist. Der Zulauf zu sportmedizinischen Tagungen ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen. Grundsätzlich ist dies sicher zu begrüßen. Beruht dieser Trend jedoch nicht zuletzt vorwiegend darauf, daß die Qualifikation ‚Sportmedizin‘ vergleichsweise leicht zu erwerben ist? Die Frage stellt sich, ob auf das richtige Pferd gesetzt wird, wenn die Weiterbildung vorwiegend Quantität statt Qualität erzeugt. [...] Und tun wir (bzw. die zuständigen Landesärztekammern) gut daran, die Zusatzbezeichnung ohne ‚Qualitätskontrolle‘, also ohne Prüfung zu vergeben?“ (Simon, 1989, S. 275).

²⁰ Eine Umfrage unter Ärzten mit „Zusatzqualifikation ‚Sportmedizin‘“ von 2018 zeigt, dass auch unter den Teilnehmern der Weiterbildung nur wenig Konsens hinsichtlich der Themenbereiche besteht und dass die präferierten Inhalte vorrangig sowohl in engem Kontext mit dem Facharztstatus des Teilnehmers als auch dem Anwendungsbereich der sportmedizinischen Kenntnisse – oder einfach mit persönlichen Präferenzen – stehen. Zwar decken sich die von den Sportärzten angegebenen Bereiche in der Regel mit denen des (Muster-)Kursbuches Sportmedizin, im Detail sind die Gewichtungen indes disparat. So wünschen etwa Ärzte, die Sportverbände und -vereine sportmedizinisch betreuen eine stärkere Berücksichtigung der Trainingslehre, der „Trainingssteuerung“ etwa durch Inhalte zur „Erstellung von schriftlichen, individuellen Trainingsempfehlungen“ oder von „Trainingskonzepten“. Orthopäden wünschen eine stärkere Berücksichtigung orthopädischer Aspekte, Allgemeinmediziner dagegen eine verminderte Berücksichtigung dieses Aspekts. Kaum ein anderer Fragenkomplex ergab derart unterschiedliche Antworten wie der nach dem „Bedarf an Bereichen in der sportmedizinischen Fortbildung“ (Windgaßen, 2019, S. 64 ff., 79).

Hinzu käme, dass die persönlichen Voraussetzungen der Teilnehmer immer unzureichender seien, während

„sportmedizinisch interessierte Kollegen in früheren Jahren meist sportliche Eigenerfahrungen und/oder sportmedizinische Grundlagenkenntnisse mit in die Weiterbildung einbrachten, ist dies bei dem derzeitigen Streben nach möglichst vielen Qualifikationen wesentlich seltener der Fall“ (Simon, 1989, S. 275).

Als Lösungsansätze zur Verbesserung der Weiterbildung wurden im Rahmen der Diskussionen neben der Einführung einer Abschlussprüfung eine umfangreichere praktische Ausbildung in sportmedizinischen Instituten oder Kliniken sowie der Nachweis ständiger Weiterbildungen auch nach Erwerb der Zusatzqualifikation, die dann befristet verliehen wird, in den Raum gestellt (Jüngst, 1987, S. 472).

Eine Aufstockung der nachzuweisenden Praxis von einem auf zwei Jahre wurde schließlich von den Landesärztekammern für alle Weiterbildungsarten verpflichtend eingeführt:

„Annähernd alle Ärztekammern der Bundesländer haben in den vergangenen 2 Jahren die Weiterbildungsordnung dahingehend geändert, daß jeder Gebietsbezeichnung, Teilgebietsbezeichnung, Zusatzbezeichnung oder ähnlichem, also auch bei der Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘, der Satz vorangestellt wird: ‚Nachzuweisen sind: 1. 2jährige klinische Tätigkeit, auf die eine 1jährige ganztägige Weiterbildung an einem sportmedizinischen Institut anrechenbar ist“ (Schnell, 1988b, S. 470).

Sukzessive veränderte der DSÄB in Absprache mit der BÄK die Anforderungen zum Erwerb der Zusatzqualifikation, die Änderungen bezogen sich vor allem auf eine deutlichere Spezifizierung der Bereiche, in denen die Weiterbildungsteilnehmer Kurse nachweisen mussten. Die fünf 1970 genannten Bereiche wurden bis zum Ende der 1980er-Jahre auf acht erweitert. Die „Ausführungsbestimmungen“ für 1987 sahen für die „Theorie und Praxis der Leibesübungen“, also für die unter 2.2.2 genannten „sportmedizinischen Kurse“, Teilnahmepflicht in diesen Kategorien vor: Grundlagen der Sportmedizin auf funktionell-anatomischen, sportphysiologischen und biochemischen Gebiet; Belastbarkeit im Kindes- und Jugendalter; Sportmedizinische Aspekte des Leistungssports; Praktische Aspekte der Sportmedizin; Psychologische Aspekte in der Sportmedizin; Prävention und Rehabilitation in der Sportmedizin; Probleme des Haltungs- und Bewegungsapparates beim Sport unter Berücksichtigung der Biomechanik und Bewegungslehre; Grundlagen der Sportpädagogik unter freizeitsportlichem Aspekt. Unverändert blieben dagegen die äußeren Rahmenbedingungen von 240 abzuleistenden Stunden sowie die Alternative einer sportärztlichen Tätigkeit in einem sportmedizinischen Institut (DSÄB. Fort- und Weiterbildungsprogramm 1. Halbjahr 1987 (H. 21), S. 8, 12).

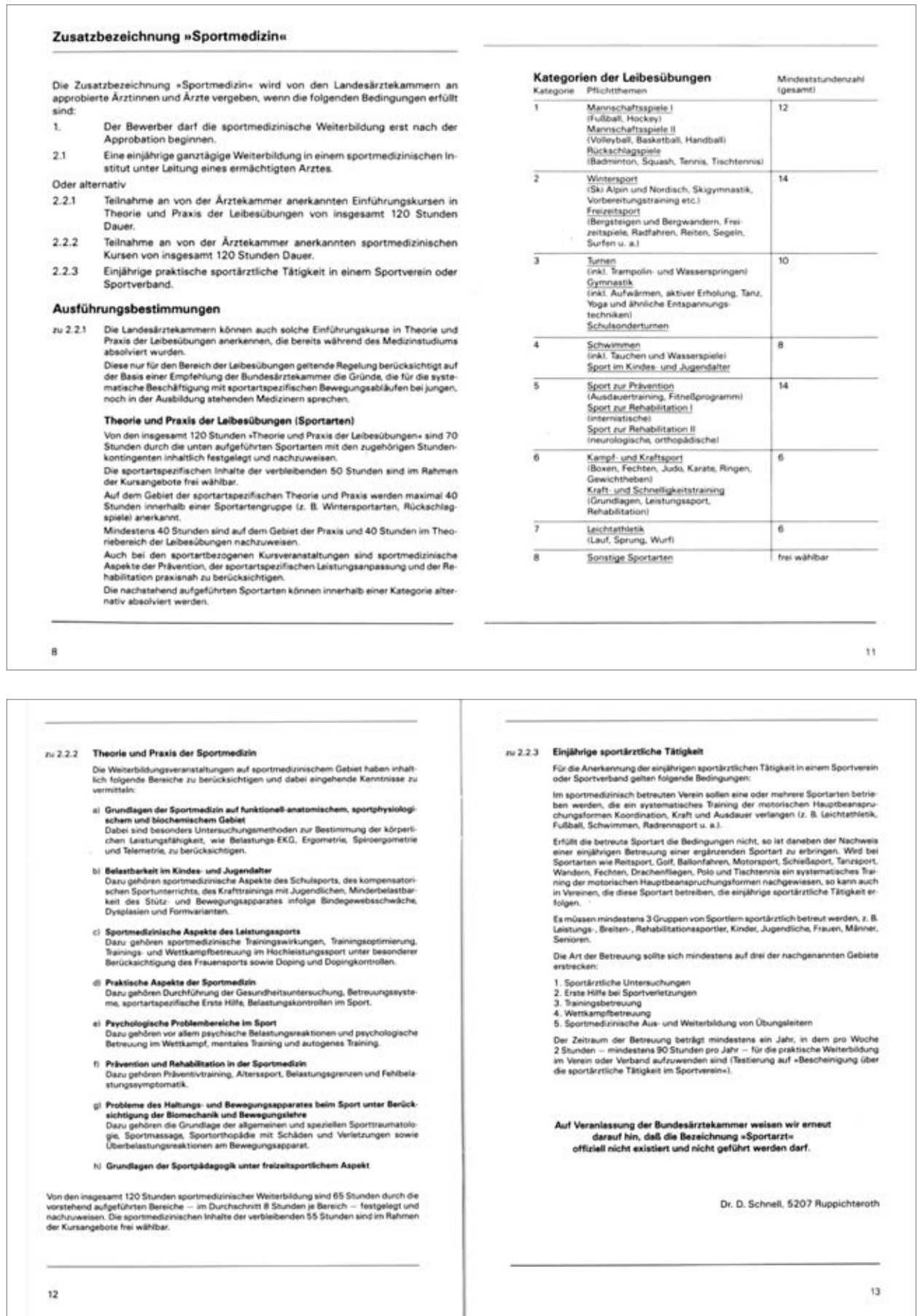


Abb. 2.4 DSÄB. Fortbildungsprogramm 1. Halbjahr 1987 (H. 21), S. 8, 11, 12 und 13 (Privatarchiv Dieter Schnell)

Für den DSÄB bzw. seine Nachfolgeorganisation DGSP stellten und stellen die ständigen Diskussionen über die Qualität der sportmedizinischen Weiterbildung ein Dilemma dar. Auf der einen Seite ist man sich der damit verbundenen Qualitätsdefizite und der sich daraus ergebenden Probleme einer fachlichen Anerkennung der Sportmedizin durchaus bewusst, auf der anderen Seite ist man sich ebenso darüber im Klaren, dass eine Erhöhung der Anforderungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung mit großer Wahrscheinlichkeit dazu führen wird, dass viele interessierte Ärzte hiervor zurückschrecken, da die Zusatzbezeichnung nach wie vor wenig konkrete Auswirkungen hinsichtlich einer beruflichen Perspektive bietet. 1988 beklagte der Weiterbildungsbeauftragte Schnell so auch die Einstellung einiger Teilnehmer, bei „der Auswertung von Anträgen zur Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ fällt immer wieder auf, daß viele Kollegen versuchen, mit einem Minimum an Weiterbildung die Zusatzbezeichnung zu erhalten“. So versuchten Ärzte, solche Kurse zu belegen, deren Inhalte ihrem Fachgebiet angehörten und ihnen damit weitgehend bekannt seien. Dieses Verhalten stehe dem Anspruch einer breit gefächerten Weiterbildung in internistischen sowie orthopädisch-traumatologischen Gebieten entgegen. Es sollten „gerade die unbekanntesten Seiten und Gebiete sowie Randgebiete des multidisziplinären Faches ‚Sportmedizin‘“ kennengelernt werden (Schnell, 1988a, S. 334). Zugleich zeigte sich aber auch, dass eine Erhöhung der Anforderungen sich negativ auf die Zahl der Kursteilnehmer auswirkt, da damit die Bereitschaft, einen größeren Aufwand für eine ökonomisch wenig sinnhafte Weiterbildung zu betreiben, sinkt. Den Mitgliederschwund von ca. 20% der Mitglieder des Verbandes seit 2001 führte etwa der Sportmediziner Reer explizit auf „gravierende Veränderungen in der Weiterbildungsordnung“ zurück (Reer, 2011, S. 113). Auch die Zahlen der Ärzte, die Fortbildungen in der Sportmedizin besuchen, waren in der Folge erhöhten Aufwands rückläufig (Löllgen, 2012a, S. 28).

Aus diesem Dilemma heraus ist auch erklärbar, dass die Bemühungen um eine Qualitätsverbesserung häufig eher zögerlich und nur im Kleinen erfolgten. So beschloss der DSÄB 1989, zur Neustrukturierung der Weiterbildung eine „Weiterbildungskommission“ einzusetzen, da man „mit der Weiterbildung in der jetzigen Form nicht zufrieden“ sei und eine „Neuordnung der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ zum Ziel“ habe (Schnell, 1989a, S. 67). Die Kommission sollte dadurch zu einer Verbesserung der Weiterbildung beitragen, indem sie „sämtliche Aspekte der Weiterbildung durchleuchtet und im Zusammenwirken mit den Landessportärzteverbänden und den Landesärztekammern dem Deutschen Ärztetag eine Neufassung der Weiterbildungsbedingungen“ erarbeitet (Simon, 1989, S. 275). Die Erwartungen an die Kommission hinsichtlich der Neuordnung der Weiterbildung fokussierten auf eine Erhöhung der Stundenzahl sowie verpflichtende regelmäßige Fortbildungen:

„[...] 4. Der Deutsche Sportärztebund vertritt allerdings entschieden die Meinung, daß eine breite Weiterbildung in der Sportmedizin unbedingt erforderlich erscheint. Es geht hier weniger darum, alles Detailwissen aller Gebiete zu erwerben, sondern die sportmedizinischen Lehrinhalte der betroffenen Fächer zumindest so weit zu erfassen, daß man einen ausreichenden Überblick auch und gerade über die dem eigenen Fach fremden sportmedizinischen Problematiken erhält. Diese Breite wird die neue Weiterbildungsordnung anstreben. Eine Erhöhung der Stundenzahl der sportmedizinischen Weiterbildung ist dafür dringend erforderlich und von der Kommission vorgesehen. 5. [...] Dennoch möchte der Deutsche Sportärztebund gerade diesen Weiterbildungsteil [die 1-jährige praktische Tätigkeit im Verein oder Verband] nicht aufgeben, sogar eher noch intensivieren. Bei positiver Einstellung des sich Weiterbildenden kann hierbei eine Menge an praktischer Erfahrung gewonnen werden. [...] 7. In vielen Ärztekammern wird nicht nur eine ein-, sondern eine zweijährige klinische Tätigkeit als Voraussetzung auch für die Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ gefordert. Die AIP-Zeit kann angerechnet werden. 8. [...] Auch diese [Fortbildung nach der Weiterbildung] wird durch die Weiterbildungskommission vorgesehen, wie ja überhaupt für jeden Arzt die Fortbildung zwingende Notwendigkeit ist. Prüfen läßt sich diese Fortbildung

ganz einfach dadurch, daß eine bestimmte Stundenanzahl pro Jahr absolviert werden muß“ (Schnell, 1989a, S. 67).

Letztlich führte dann die Wiedervereinigung und damit verbunden der Zusammenschluss der ehemaligen ost- und westdeutschen Sportärzdebünde zu veränderten Rahmenbedingungen, die zu einer Neuorientierung in der Weiterbildung sowie zu notwendigen Anpassungsprozessen bei der „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ führten (vgl. 5.2).

4.4 Approbationsordnung und Facharzt: Debatten um eine weitere fachliche Aufwertung der Sportmedizin bis 1990

Die Durchsetzung der „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ in den 1970er-Jahren bedeutete für den DSÄB einen ersten Teilerfolg im Bestreben einer Aufwertung der Sportmedizin, an deren Ende eine bessere berufliche Perspektive für Sportmediziner stehen sollte. Die mit der Zusatzbezeichnung verbundene Möglichkeit für niedergelassene Ärzte, mit dieser spezifischen Weiterbildung zu werben, bedeutete indes kaum einen ökonomischen Vorteil, da sportmedizinische Dienstleistungen in der Regel nicht von den Krankenkassen bezuschusst wurden und – aufgrund des „Querschnittcharakters der Sportmedizin“ – in diesem Kontext stehende hausärztliche Leistungen, die bezuschusst wurden, meist auch ohne diese Zusatzbezeichnung möglich waren. Der ökonomische Anreiz zur Absolvierung der sportmedizinischen Weiterbildung blieb somit gering:

„Allerdings hat es [das Qualitätssiegel der Zusatzbezeichnung] mir noch keinen zusätzlichen Patienten gebracht. [...] Diese Weiterbildung sollte man nur machen, wenn man großes Interesse am Sport und am Sportler an sich hat. Sie lediglich aus Marketinggründen zu absolvieren, um sie aufs Schild schreiben zu können, lohnt sich keineswegs. Wenn man keine tiefe Begeisterung dafür hat, ist das Ganze nur unnötige Schinderei“ (Mader, 2017, S. 58; vgl. zur ökonomischen Dimension der Zusatzbezeichnung auch Lindner, 2012, S. 80f).

Für den DSÄB musste somit aus dieser berufsspezifischen Perspektive eine weitere standesrechtliche Aufwertung in Form eines Facharztstatus mit genau definierten Tätigkeitsfeldern, die entsprechend vergütet würden, die Zielvorgabe sein.

Die Diskussion um die Durchsetzung eines Facharztes für Sportmedizin begleitete die Entwicklung der organisierten Sportmedizin seit ihren Anfängen. Kennzeichnend ist dabei ebenso von Beginn an die erkennbare Ambivalenz der Positionierung zwischen Ablehnung und Befürwortung. Bereits im Zuge der Institutionalisierung der Sportmedizin in der Zeit der Weimarer Republik, in der Sportmedizin zu einem Bestandteil staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik kulminierte, sind erste Ansätze der Bemühungen um fachliche Aufwertung erkennbar. Diese umfassten sowohl eine „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“, die Aufnahme sportmedizinischer Inhalte in die Ausbildung von Medizinern als auch Pläne für einen „Facharzt für Leibesübungen“ (Court, 2014, S. 204). Bei der Vorbereitung der Gründung des „Deutschen Ärztebundes zur Förderung der Leibesübungen“ 1924 wurde über „die Schaffung einer Zusatzbezeichnung als Sportarzt gesprochen und nach genügender Vorbereitung der Antrag an die Ärzteschaft gestellt“ (Kohlrausch, 1964, S. 18). 1925 wurde auf dem Jahreskongress des Ärztebundes erneut die Notwendigkeit eines Facharztes für Sportmedizin diskutiert, ein „Ausschuß für das Sportarztwesen“ sollte generelle Richtlinien zur Ausbildung des Sportarztes entwickeln. Letztlich wurde der Facharzt indes wieder verworfen, dies aus demselben Grund, der bis heute die Einführung eines Facharztes erschwert, der einer mangelnden eigenen fachlichen Methodik (Hollmann, 1987, S. 4).

Stattdessen fokussierten sich die Bemühungen nun verstärkt darauf, sportmedizinische Themen in die Ausbildungsrichtlinien (Approbationsordnung) für angehende Mediziner zu integrieren

und auf diese Weise der Sportmedizin innerhalb der Humanmedizin zu mehr Geltung zu verhelfen. Die damit verbundenen Ziele waren zum einen, die Sportmedizin innerhalb der Hochschulen und Universitäten zu etablieren, dies sollte zum anderen auch die Grundlage für eine spätere Facharztanerkennung bilden. 1926 unternahm der Sportärztebund erste Schritte, um „Sportmedizin“ als Fach an den medizinischen Fakultäten der Hochschulen zu etablieren, was abgelehnt wurde, da „die Zahl der medizinischen Unterrichtsfächer schon so enorm groß sei, dass weitere nicht tragbar wären“ (Hollmann & Tittel, 2008, S. 34).

Die grundlegenden Bemühungen um eine Aufwertung der Sportmedizin waren somit bereits in den 1920er-Jahren manifest, sie wurden dann nach der Reorganisation des Sportärzteverbandes 1950 – zunächst von denselben Protagonisten – weiterverfolgt.

4.4.1 Die Bemühungen um eine Einbeziehung der Sportmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte

In den 1950er- und 1960er-Jahren war die Sportmedizin kaum durch eigene Lehrstühle oder sportmedizinische Institute an den deutschen Hochschulen vertreten. Erste „behelfsmäßige“, also ohne feste Etatstelle ausgestattete Sportarztstellen existierten anfangs der 1950er-Jahre nur an sieben westdeutschen Universitäten, zudem übernahmen Humanmediziner zunehmend auch Lehrveranstaltungen für Sportstudenten in sportmedizinischen Thematiken. Die erneute institutionelle Verankerung der Sportmedizin an den deutschen Hochschulen wurde zu einem zentralen Paradigma der Sportmedizin, da bereits in den 1920er-Jahren die Hochschulen als „Keimzelle“ der Sportmedizin angesehen worden waren. 1951 schlossen sich 17 „Universitätssportärzte“ zu einer dem DSÄB assoziierten „Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hochschulärzte“ zusammen, die sich im Rahmen ihrer Bemühungen einer Aufwertung der Sportmedizin auch dafür einsetzten, sportmedizinische Themen innerhalb des Medizinstudiums zu etablieren (Schwarz, 1969, S. 131). Obwohl erste Universitäten in den 1960er-Jahren dazu übergingen, derartige Lehrinhalte einzuführen, war dies zum einen fakultativ, zum anderen war ganz offenbar die Resonanz der Studierenden gering:

„An vielen deutschen Universitäten können die Medizinstudenten sowohl in ihrer vorklinischen als auch in ihrer klinischen Zeit sportmedizinische Vorlesungen und Übungen belegen sowie eine Sportpraxis absolvieren. Leider ist der Prozentsatz der Medizinstudenten, die freiwillig während ihres Studiums diese zusätzliche Belastung auf sich nehmen, recht gering. Die anzustrebende Lösung ist der Einbau eines zur sportärztlichen Ausbildung notwendigen Minimalprogrammes in das allgemeine Medizinstudium. Es besteht die Hoffnung, daß diese Forderung des Deutschen Sportärztebundes im Rahmen der starken Betonung der Präventivmedizin an den deutschen Universitäten eines Tages erfüllt werden wird“ (Hollmann & Klaus, 1966, S. 249).

Bereits zu dieser Zeit kristallisierte sich ein Muster heraus, dass bis heute für die Bemühungen um eine fachliche Aufwertung der Sportmedizin kennzeichnend ist: Es waren (und sind) in erster Linie die an den Hochschulen und Universitäten tätigen Sportmediziner, die an einer fachlichen Aufwertung interessiert waren und sich hierfür einsetzten. Grundsätzlich waren die Voraussetzungen zur Einbeziehung sportmedizinischer Inhalte in die ärztliche Ausbildung Ende der 1960er-Jahre günstig. Die Sportmedizin hatte ihre sozialpolitische Relevanz auf dem Gebiet der Prävention und der Rehabilitation bewiesen, was auch seitens der Landesvertretungen der Humanmedizin gewürdigt wurde (Neuffer, 1959, S. 1). Zudem hatte die Sportmedizin einen, zwar vom DSÄB nur rudimentär mitvollzogenen, aber politisch wichtigen, erneuten Aufschwung durch den sportpolitischen Paradigmenwechsel hin zum Leistungssport im Zuge der Vergabe der Olympischen Spiele an München erhalten. Einen Bedeutungszuwachs der Sportmedizin durch die Einrichtung neuer Lehrstühle forderten in der Folge zahlreiche Bundestagsabgeordnete, was sich nach und nach auch verwirklichte:

„Eine große Zahl von sportmedizinischen Einrichtungen entwickelte sich speziell Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre. An 38 von 39 Universitäten oder Hochschulen mit der Möglichkeit des Medizinstudiums existieren sportmedizinische Einrichtungen unterschiedlicher akademischer Qualität. Sie reichen vom sportmedizinischen Lehrbeauftragten bis zum großen sportmedizinischen Institut mit eigenem Lehrstuhl“ (Hollmann, 1983, S. 77).

Die Erwartung, dass die sportmedizinische Ausbildung in den Medizinischen Fakultäten binnen kurzer Zeit Standard werde und dies nicht allein als Wahlmöglichkeit, sondern als Pflichtveranstaltung, die DSÄB-Vertreter zu dieser Zeit äußerten (Schwarz, 1969, S. 131 f.), war somit zu dieser Zeit keineswegs unbegründet. Zu keinem späteren Zeitpunkt hatte die Sportmedizin in Themenbereichen wie Prävention, Rehabilitation, aber eben nunmehr auch in Fragen des Leistungssports, eine derartige Deutungshoheit wie gegen Ende der 1960er-Jahre.

Dennoch kam es nicht zu einer Integration sportmedizinischer Inhalte als Pflichtteil in die Approbationsordnung. In der 1972 revidierten Approbationsordnung für Ärzte wurde zur Enttäuschung vieler an Hochschulen und Forschungseinrichtungen tätiger Sportmediziner die Sportmedizin nicht berücksichtigt:

„Trotz gesicherten Wissens über die Bedeutung [von] Leibesübungen und Sport für die Volksgesundheit im Rahmen präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen nimmt die Lehre über Sportmedizin selbst in der neuesten Approbationsordnung für Ärzte von 1972 keinen pflichtmäßig verankerten Platz ein“ (Jeschke, 1977, S. 31).

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Nowacki führt retrospektiv den Umstand, dass es der Sportmedizin nicht gelang, als fester Bestandteil in die Approbationsordnung aufgenommen zu werden, auf das Desinteresse des DSÄB-Präsidiums unter Führung ihres Präsidenten Reindell zurück, der „Ende der 60er Jahre den allgemeinen Aufschwung der Sportmedizin für die Neuordnung des Medizinstudiums nicht [hatte] nutzen können“ und somit die Interessen der Sportmedizin nicht hinreichend wahrgenommen habe (Nowacki, 2001, S. 9). Der DSÄB sei „trotz wiederholter Einladung“ nie bei den Sitzungen der Medizinischen Fakultätentage (MFT) anwesend gewesen, und Reindell selbst habe 1970 ein konkretes Angebot des Präsidenten des Fakultätentages, die Sportmedizin in die Approbationsordnung aufzunehmen, ignoriert (Nowacki, 2000, S. 118 f.). Ebenso plausibel scheint, dass Vertreter der medizinischen Standesorganisationen „aufgrund der vorhandenen großen Zahl von medizinischen Fächern“ Vorbehalte gegen eine Erweiterung des Curriculums hatten, die zulasten anderer Bereiche gegangen wäre (Hollmann & Tittel, 2008, S. 34). Andere Sportmediziner beklagten das Imageproblem einer auf Sport und Leibesübung ausgerichteten Disziplin:

„Ich behaupte, daß ein Teil der Ärzteschaft in ihrer Tiefenschicht dem Sport gleichgültig oder ablehnend gegenübersteht. Dies hängt meiner Ansicht nach mit der Zugehörigkeit zur Gruppe der Intellektuellen zusammen, deren gemeinsames mehrheitliches Unterbewußtes eine Höherbewertung des Intellektes vor Körperlichkeit und Gefühlsbereich geradezu enthalten muß, und zwar um so mehr, je geringer die eigene körperliche Leistungsfähigkeit oder Erlebnisfähigkeit ist. Es wäre interessant zu wissen, wieviel Ärzte und Sportärzte regelmäßig Sport treiben“ (Petter, 1978, S. 188).

Der Erfolg der „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ und die damit verbundene Wahrnehmung einer Aufwertung der Sportmedizin trugen dazu bei, dass der DSÄB in den späten 1970er-Jahren unter Führung der Hochschul-Sportmediziner erneut die Durchsetzung einer Einführung eines Pflichtfaches Sportmedizin anstrebte. Vor allem suchte man nun, diese Zielsetzung auf der politischen Ebene zu realisieren. Im Januar 1979 forderte der Vorsitzende der „Arbeitsgemeinschaft für Sportmedizin an den Hochschulen“, Horst de Marées, in einem gemeinsam mit dem DSÄB-Präsidenten-

ten Reindell unterzeichneten Schreiben an die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit Antje Huber vor dem Hintergrund einer anstehenden Novellierung der Approbationsordnung eine verstärkte Beachtung der Sportmedizin durch die „die Einführung eines sportmedizinischen Untersuchungskurses in den Zweiten klinischen Abschnitt der Ärztlichen Ausbildung“ (Entwurf DBMJFG – Betr.: Ärztliche Ausbildung, hier: Aufnahme eines sportmedizinischen Untersuchungskurses in die Approbationsordnung für Ärzte, vom 25.6.1979; BArch B B189/34873). Marées und Reindell unterbreiteten der „Kleinen Kommission“²¹, die die Novellierung vorbereiten sollte, „folgendes Angebot“:

„Die Vertreter der Sportmedizin an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland sind bereit, im Rahmen einer praxisorientierten Übung über eine Semesterwochenstunde im 2. Klinischen Studienabschnitt den Medizinstudenten die diagnostischen Fertigkeiten zur Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit des gesunden und kranken Menschen zu vermitteln. Dazu stehen im Bereich der Sportmedizin umfangreiche Patientenkollektive, die sich aus präventivmedizinischen und rehabilitativen Patienten der sportmedizinischen orientierten Gruppen zusammensetzen, und Patienten der sportmedizinischen Konditions- und Gesundheitsuntersuchung zur Verfügung. Unter Einsatz des spezifischen belastungsdiagnostischen Apparateparks im Bereich der Sportmedizin kann auf diesem Wege ein Beitrag zur Verringerung des Patientendefizits für die diagnostisch orientierten Pflichtkurse auch in den klinischen Fächern Innere Medizin und Orthopädie geleistet werden“ (Schreiben de Marées/Reindell vom 1.1.1979 an Antje Huber, BMJFG; BArch B189/34873).

Ohne Frage stellte dieses „fachübergreifende Angebot“ der Aufnahme eines „praxisorientierten sportmedizinischen Untersuchungskurses“ den Versuch dar, zunächst in kleinem Umfang den Zugang in die Approbationsordnung zu erhalten. Gleichwohl stieß auch dieses Ansinnen bei der zuständigen Referentin im BMJFG auf Ablehnung. In einem Vermerk hierzu lehnte sie eine „Aufnahme weiterer Kurse in das Ausbildungsprogramm“ ab, da „die Ausbildung schon jetzt überfrachtet ist“ und aufgrund der „begrenzten Kapazitäten [...] eine Aufstockung der Stundenzahl für neue Kurse nicht in Betracht kommt“. Abschließend wurde beschieden, die „Sportmedizin muß weiterhin Gegenstand der Weiterbildung bleiben“, indes „sollte überlegt werden, wie sportmedizinische Einrichtungen in der ärztlichen Ausbildung genutzt werden können“ (Entwurf DBMJFG – Betr.: Ärztliche Ausbildung, hier: Aufnahme eines sportmedizinischen Untersuchungskurses in die Approbationsordnung für Ärzte, vom 25.6.1979; BArch B B189/34873).

Mit anderen Worten wurde die explizite Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung abgelehnt, die Nutzung der sportmedizinischen Einrichtungen für Ausbildungszwecke dagegen durchaus erwogen. Im Antwortschreiben des Ministeriums wurde die Prüfung der Vorschläge durch die „Kleine Kommission“ zugesagt, verbunden mit der Prognose einer wohl kaum möglichen Realisierung des Kursangebotes (Antwortschreiben BMJFG vom 25.6.1979; BArch B B189/34873). Letztlich äußerte sich auch die „Kleine Kommission“ in diesem Sinne und lehnte eine Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung ab.

Der DSÄB bzw. die Arbeitsgemeinschaft der Hochschulsportmediziner beharrten indes auf ihren Forderungen einer Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung, und sie bezogen nun auch den DSB in ihre Initiative mit ein. DSB-Präsident Weyer bat Bundesfamilienministerin Huber um eine Prüfung bzw. Revidierung der Ablehnung, die dieses mit Verweis auf die Begründung der Ablehnung seitens der „Kleinen Kommission“ zurückwies. Im Mai 1980 trat Weyer bei einem gemeinsamen Besuch mit den drei Hochschulsportmedizinerinnen Reindell, de Marées und Weicker im Bundesministerium für Jugend, Frauen und Gesundheit als Fürsprecher der Sportmedizin auf. Weyer verwies auf die gewachsene Bedeutung der Sportmedizin in Bereichen wie der Betreuung

²¹ Vollständig hieß die vom 20. Februar 1979 bis 18. September 1979 und vom 29. Januar 1980 bis 12. August 1980 vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Kommission „Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes“.

alter Menschen, der Rehabilitation, der Resozialisation Strafgefangener sowie der Freizeitgestaltung Jugendlicher. Die Vertreter der Sportmedizin stellten insbesondere die Bedeutung der Sportmedizin für den Breitensport und „damit die ärztliche Betreuung eines großen Teils der Bevölkerung“ heraus. Die jetzige ärztliche Ausbildung bereite die Medizinstudenten „völlig unzureichend“ auf diese Anforderungen vor. Die Sportmedizin müsse „ausdrücklich in der ÄAppo erwähnt“ werden, alle Medizinstudenten müssten im Rahmen einer Pflichtveranstaltung „mit den Grundlagen der Sportmedizin vertraut gemacht werden“. Für zusätzliche Veranstaltungen in den klinischen Studienabschnitten sei „durchaus noch Platz“. Den Argumenten des Vertreters des BMJFG, Staatssekretär Wolters, die Stofffülle im Medizinstudium müsse eher abgebaut werden, im Rahmen der im Prüfstoffkatalog genannten Krankheitsbilder könnten durchaus sportmedizinische Aspekte gelehrt werden und die Sportmedizin solle sich lieber auf die Weiterbildung, z. B. durch eine Änderung der Voraussetzungen für die Zusatzbezeichnung konzentrieren, hielten die Sportmediziner entgegen, dass die sich dem Studium anschließende Weiterbildung nicht das ausgleichen könne, was im Studium nicht als Grundlage gelehrt worden sei. Viele Ärzte könnten daher sportmedizinische Aspekte gar nicht angemessen berücksichtigen. Die Sportmedizin müsse „voll in die Klinik“ integriert werden, wie es bisher allein in Heidelberg und Freiburg durch eigene sportmedizinische Abteilungen in der Universitätsklinik möglich sei. An den übrigen Hochschulen habe die Sportmedizin keine Anbindung an die Klinik. Abschließend beklagten die Sportmediziner, sie fühlten sich in ihren Bemühungen „durch die negativen Äußerungen der ‚Kleinen Kommission‘ und des BMJFG stark beeinträchtigt“ und seien „tief enttäuscht von der Feststellung der ‚Kleinen Kommission‘, der sich das BMJFG angeschlossen habe, die Sportmedizin sei weder notwendig noch sinnvoll“. Wolters verwies darauf, dass die Sportmedizin mit denselben Schwierigkeiten wie alle neuen Disziplinen konfrontiert sei. Diese ließen sich nicht auf dem Verordnungsweg lösen, eine zu starke Reglementierung der akademischen Lehre durch den Staat sei abzulehnen: „Die Sportmedizin müsse sich darauf einstellen, daß sie als junges Fach ihre Anerkennung innerhalb der Medizin und im Rahmen der Hochschule nur in einem langwierigen Prozeß der Überzeugung erreichen könne.“ Weyer kündigte abschließend an, zusammen mit den Vertretern der Sportmedizin auf einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz hinzuwirken, der die „Bedeutung der Sportmedizin für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung“ unterstreiche (BMJFG – Vermerk Gespräch mit Herrn Dr. Willy Weyer und Vertretern der Sportmedizin am 8. Mai 1980; BArch B B189/34873).

Tatsächlich verabschiedete die 46. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Dezember 1980 eine Entschließung über die „Ausweisung der Sportmedizin in der ärztlichen Aus- und Fortbildung“, die grundsätzlich den Stellenwert der Sportmedizin im Breitensport betonte und die an Bedeutung gewinnende Rolle der Hausärzte bei sportmedizinischen Fragen. Hinsichtlich der Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung wurde indes lediglich darauf verwiesen, dass die „Kleine Kommission“ bereits Anregungen „einer stärkeren Betonung sportmedizinischer Aspekte in der Ausbildung“ gemacht habe und das BMJFG diesen Anregungen entsprechen solle. Angeschlossen hieran wurden Appelle an die Kultusministerkonferenz, darauf hinzuwirken, dass die medizinischen Fakultäten der Hochschulen sportmedizinische Probleme eingehender „in allen geeigneten Unterrichtsveranstaltungen“ behandeln sollten, sowie an die Landesärztekammern und allen anderen ärztlichen Organisationen, bei der Fortbildung von Ärzten medizinische Probleme des Breitensports stärker als bisher zu berücksichtigen (Anlage zu TOP 16 der Tagesordnung für die 46. GMK, S. 34; BArch B B189/34873).

Schließlich wurde die Frage der Aufnahme der Sportmedizin in die ÄAppo auch Thema im Deutschen Bundestag. CDU/CSU-Abgeordnete richteten 1981 eine „kleine Anfrage“ (BT-Drucksache 9/397 vom 06.05.81; BArch B B189/34873) an die Bundesregierung bezüglich der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der „Sportmedizin“. Hierbei wurde u. a. nachgefragt, in welcher Weise Medizinstudenten die Möglichkeit hätten, während des Studiums Fachwissen über gesundheitsfördernde Aspekte des Sports zu erwerben, aus welchen Gründen die „Kleine Kommission“ gegen eine Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung votiert habe und ob die Bundesregie-

rung bereit sei, aufgrund des Votums in der 46. GMK-Konferenz erneut eine Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung zu überprüfen (BT-Drucksache 9/397 vom 06.05.81; BArch B 189/34873)?

In der Antwort des BMJFG wurde zum einen darauf verwiesen, dass sportmedizinisches Grundlagenwissen durchaus in ausreichendem Umfang im Medizinstudium vermittelt werde:

„Das für die Sportmedizin notwendige Grundlagenwissen wird im vorklinischen Studium im Rahmen des Unterrichts in der Physiologie, im klinischen Studium im Rahmen des Unterrichts in zahlreichen klinischen Fächern vermittelt. Dabei werden auch die gesundheitsfördernden Aspekte des Sports berücksichtigt. Nach dem Prüfungsstoffkatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Anlage 16 der ÄAppO) gehören die Bereiche Prävention und Rehabilitation, in denen Fragen der Gesundheitsförderung durch den Sport in erster Linie eine Rolle spielen, zum Prüfungsstoff. Im Übrigen besteht zumindest an einer Reihe von Hochschulen die Möglichkeit einer Wissensvertiefung in Spezialkursen und Seminaren“ (BT-Drucksache 9/502 vom 25.05.198; BArch B189/34873).

Auf dieser Argumentationsgrundlage, dass sportmedizinisches Grundlagenwissen in den verpflichtenden Ausbildungsinhalten des Studiums enthalten sei und damit eben kein Votum gegen die Sportmedizin in der ärztlichen Ausbildung erfolgt sei, habe die „Kleine Kommission“ „angesichts der Notwendigkeit des Abbaus von Unterrichtsstoff“, die eine „Einführung neuer Pflichtveranstaltungen grundsätzlich“ ausschließe, sowie des Aspekts, dass die „Prüfstoffkataloge keine Fächer aufführen“, „davon abgesehen, sich für eine ausdrückliche Erwähnung der Sportmedizin in der ÄAppo auszusprechen“. Eine stärkere Berücksichtigung sportmedizinischer Aspekte in den Prüfungsstoffkatalogen sei empfohlen worden. Die Bundesregierung kommt in ihrer Antwort daher zu dem Schluss, dass „die ärztliche Ausbildung die Vermittlung der allgemein für den Arzt erforderlichen Grundkenntnisse und Grundfähigkeiten zum Ziel hat“ und sich damit auch nur auf „eine Befähigung für eine medizinische Bewertung sportlicher Maßnahmen erstrecken“ könne. Dem trage die ÄAppo Rechnung. Die „Vertiefung der Kenntnisse und Fähigkeiten [...] muss der ärztlichen Fort- und Weiterbildung vorbehalten werden“, besondere Bedeutung habe hier die Weiterbildung in den Bereichen Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Chirurgie und Orthopädie. Somit prüfe die Bundesregierung in Hinblick auf eine Novellierung der ÄAppo angesichts der quantitativen wie qualitativen Bedeutungszunahme des Breitensports eine „stärkere Verankerung der Sportmedizin“, wobei die von der „Kleinen Kommission“ vorgeschlagene Erweiterung der „Prüfstoffkatalogs mit dem Ziel einer stärkeren Betonung sportmedizinischer Aspekte [...] dabei Berücksichtigung finden“ solle (BT-Drucksache 9/502 vom 15.5.1981; BArch B189/34873).

Der DSÄB hatte mit seiner Initiative somit zwar erreicht, dass sportmedizinische Aspekte zukünftig stärker in der ärztlichen Ausbildung gewichtet werden sollten, eine konkrete Aufnahme der Sportmedizin als Pflichtveranstaltung war indes seitens des Bundesgesundheitsministeriums nicht vorgesehen. Auch ein Votum der Sportministerkonferenz 1982, die zur „Förderung des Breitensports [...] für den Einsatz einer ausreichenden Zahl gut ausgebildeter Sportärzte“ plädierte und „ferner bei der Kulturministerkonferenz die Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte“ anregte“ (o. V., 1982, S. 23), bewirkte keine Änderung der Haltung des BMJFG.

Der DSÄB ließ auch in den 1980er-Jahren in seinem Bemühen, die Sportmedizin als Pflichtfach in der Approbationsordnung zu verankern, nicht nach. Auf dem Außerordentlichen Medizinischen Fakultätentag am 13. Januar 1984 in München forderte der DSÄB vor dem Hintergrund der anstehenden fünften Änderungsverordnung der Approbationsordnung erneut die „Einführung einer praktischen Übung im Fach Sportmedizin in die klinische Ausbildung“ als Pflichtveranstaltung (Nowacki, 2000, S. 119). Hierzu hatten sich die Medizinischen Fakultäten schriftlich geäußert, das Votum fiel eindeutig zuungunsten der Sportmedizin aus. 22 Fakultäten votierten gegen eine sportmedizinische

Pflichtveranstaltung, zwei enthielten sich der Stimme, und nur der Dekan der Gießener Fakultät, Prof. Dieter Ringleb, sprach sich dafür aus (Nowacki, 2000, S. 119). Ungeachtet dieses für den DSÄB ernüchternden Votums ließ der Verband von seinen Bemühungen nicht ab und kündigte dann sogar im Verbandsorgan anlässlich der Beratung über die Novellierung im Bundesrat am 27. Juni 1986 an, hierbei solle auch über „die Aufnahme der Sportmedizin in Form eines Pflicht-Praktikums, welches 14tägig je eine Stunde umfassen soll“, debattiert werden (DSÄB, 1986, S. 193). Letztlich erwies sich die damit verbundene Hoffnung erneut als verfrüht, es kam zu keiner Aufnahme.

Anlässlich der bevorstehenden siebten Novellierung der Approbationsordnung intensivierte der DSÄB erneut seine Bemühungen. DSÄB-Präsident Hollmann forderte in einem Schreiben an die Ministerpräsidenten und Gesundheitsminister der Länder die Aufnahme der Sportmedizin aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Präventivmedizin. Hollmann führte dezidiert Argumente auf, die die Aufnahme der Sportmedizin in die ÄAppO legitimieren sollten. So sei die Sportmedizin die „Speerspitze“ der präventiven und rehabilitativen Medizin in Forschung, Lehre und Praxis, unverzichtbar für die Beurteilung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten, ihre integrative Funktion biete außerdem Chancen zu einer gesunden Lebensführung und ihr präventivmedizinischer Nutzen in Bezug auf körperliches und geistiges Training gegen Leistungseinbußen vor allem auch im Alter sei nicht zu unterschätzen (DSÄB, 1989, S. 301).

Tatsächlich schien 1989 eine Aufnahme möglich. In Anlage 3 des Entwurfs der Änderungsverordnung²² war in Punkt 17 konkret die Einführung eines obligatorischen „Praktikums der Sportmedizin“ vorgesehen, womit die Sportmedizin als Pflichtveranstaltung verankert gewesen wäre (DSÄB, 1989, S. 301):

„Der Entwurf zur 7. Novelle der ärztlichen Approbationsordnung sieht erstmals als eigenständiges Fachgebiet auch die Sportmedizin aufgeführt. Damit hat Frau Bundesministerin Professor Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr Wort gehalten. Es wurde ferner zugesagt, eventuellem Drängen anderer Institutionen auf Herausnahme der Sportmedizin aus dem Entwurf keinesfalls nachzugeben. So wird also die Entscheidung über die Aufnahme der Sportmedizin in die ärztliche Approbationsordnung auf der Herbsttagung des Bundesrates fallen“ (Hollmann, 1989, S. 347).

DSÄB-Präsident Hollmann verwies zugleich einschränkend darauf, dass dies indes keineswegs sicher sei:

„Eine Ablehnung der Sportmedizin käme einer Brüskierung der Interessen aller Sporttreibenden in der Bundesrepublik Deutschland gleich. Gleichzeitig wäre eine Chance vertan, durch Betonung aller präventivmedizinischen Aspekte in einer fachintegrierend wirkenden Weise gesundheitsfördernd und leistungserhaltend bis in ein höheres Alter hinein Einfluß nehmen zu können [...] Eine Medizin die sich ernsthaft nur für Krankheit und nicht für Gesundheit interessiert, verfehlt ihre vornehmste Aufgabe, die Gesundheitsvorsorge. Krankheitsfrüherkennung und Fahndung nach Risikofaktoren sind hiermit nicht identisch. Von allen medizinischen Disziplinen trifft sich praktische Gesundheitsförderung als interdisziplinäre Aufgabe am ehesten in der Sportmedizin“ (Hollmann, 1989, S. 347).

Letztlich erwiesen sich die Sorgen als begründet, die Ausschüsse des Bundesrates, die im Vorfeld der 608. Bundesratssitzung die „Siebte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“ prüften, rieten in ihren „Empfehlungen“ vom 12. Dezember 1989 zur Streichung des Punk-

²² Die 7. Novellierung der ÄAppo stand, wie der Berichterstatter des BMJFFG, der Parlamentarische Staatssekretär Pfeifer, in seiner Erklärung vor dem Bundesrat hervor hob, vorrangig unter der Maxime, die „schwerwiegenden Mängel des Medizinstudiums“ einer zu stark theoretischen und zu wenig „praxis- und patientenbezogenen Unterweisung“ zu ändern, um damit „die Qualität der ärztlichen Ausbildung zu sichern“ (Bundesrat Protokoll 608, 1989, S. 624).

tes 17. In ihrer – ausführlichen – Begründung verwiesen die Ausschussmitglieder darauf, dass eine stärkere Beachtung sportmedizinischer Inhalte bereits 1980 durch die „Kleine Kommission“ gefordert worden und in der novellierten Fassung durch die Aufnahme des „neuen Gegenstands ‚Physiologie der Leistungsfähigkeit und Leistungssteigerung‘“ umgesetzt sei. Zudem befänden sich unter den klinischen Fächern „eine ganze Reihe, die sich sportmedizinischer Fragen annehmen“. Dem entspräche auch die Aufnahme des „Gegenstandes ‚Sportmedizinische Aspekte‘ in den Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“. Eine obligatorische Aufnahme eines Praktikums der Sportmedizin dagegen würde diese „unangemessen herausstellen und das System des bewährten organsystem-, nosologie-, diagnose- und therapiebezogenen Fächerkanons sprengen“. Dies liefe vor allem den Zielen der ärztlichen Ausbildung zuwider: „Diese soll in kognitiver Hinsicht nur die grundlegenden fächerübergreifenden und methodischen Kenntnisse vermitteln, deren es bedarf, um eigenverantwortlich und selbständig nach den Regeln der ärztlichen Kunst handeln zu können.“ Die Vertiefung sportmedizinischer Kenntnisse müsse auch „künftig der ärztlich-beruflichen Weiterbildung überlassen bleiben“. Der vom DSÄB so sehr herausgestellte Präventionsgedanke schließlich müsse

„eine wichtige Aufgabe so gut wie aller medizinischen Fachgebiete sein. [...] Es genügt nicht, wenn sich ein vergleichsweise kleines Fach wie die Sportmedizin der Pflege des Präventionsgedankens gewissermaßen stellvertretend annimmt; dies birgt die Gefahr, daß die anderen, vor allem die großen klinischen Gebiete den Präventionsgedanken als allgemeine medizinische Aufgabe vernachlässigen oder vergessen“ (Bundesrat, 1989, S. 15-17, Hervorhebung im Original).

Mit der abschließenden Begründung hatten die Ausschussmitglieder das Grundproblem der Sportmedizin als einer vorrangigen Präventionsmedizin akzentuiert. Infolge ihres „Querschnittscharakters“ ergaben sich keine unmittelbaren Anwendungsbereiche, zugleich war der Präventionsgedanke mittlerweile ein Topos der Medizin allgemein geworden, sodass die Sportmedizin diese ungeachtet ihrer Argumentation kaum mehr als originäres Feld postulieren konnte. Nicht ohne Grund verwiesen die Ausschussmitglieder auch auf die große Nähe der Sportmedizin zur Arbeitsmedizin, die „in ihrer Bedeutung und aus ärztlicher Sicht“ der Sportmedizin vergleichbar sei. Prävention war eine Leistung, die sich über den Sport hinaus als Maßstab ärztlichen Handelns etabliert hatte.

Der Bundesrat stimmte in seiner Sitzung vom 21. Dezember 1989 der Novellierung der Approbationsordnung zu, lehnte indes den Ausschussempfehlungen folgend die Aufnahme der Sportmedizin ab (Bundesrat Protokoll 608, 1989, S. 595). In der novellierten siebten Approbationsordnung vom 21. Dezember 1989 war die Sportmedizin somit zwar als Prüfungsstoff verankert, eine sportmedizinische Pflichtveranstaltung indes war nach wie vor nicht integriert. Im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung hatte der zu Prüfende „insbesondere nachzuweisen, daß er [...] die Grundlagen und Grundkenntnisse der Prävention und Rehabilitation beherrscht“. In einer Anlage (16), die die „grundsätzlichen Prüfungsinhalte“ konkretisierte, wurde als vorletzter Punkt in einer ganzen Reihe von abzurufenden Inhalten „Sportmedizinische Aspekte“ genannt (Approbationsordnung, 1989, S. 2558).

DSÄB-Präsident Hollmann verkündete diesen Entschluss im DSÄB-Organ, „[i]n seiner Sitzung am 21. Dezember 1989 hat der Bundesrat – die Konferenz der Ministerpräsidenten – die in der 7. Novelle der ärztlichen Approbationsordnung aufgeführte Sportmedizin mit großer Mehrheit gestrichen“. Die Gründe seien, dass

„[s]portmedizinische Fragestellungen [...] genügend in den verschiedensten Fächern des vor-klinischen und des klinischen Prüfungskatalogs enthalten [seien]. Damit könne sportmedizinisches Wissen schon den Medizinstudenten beigebracht werden. Darüber hinaus könnte die sportmedizinische Fort- und Weiterbildung nach dem medizinischen Staatsexamen

intensiviert werden. Hingegen gebe die Einführung eines sportmedizinischen Praktikums der Sportmedizin einen unangemessenen Stellenwert im Fächerkanon. Es solle ja im Medizinstudium in erster Linie das Wissen und die praktischen Fertigkeiten für den niedergelassenen Arzt vermittelt werden“ (Hollmann, 1990, S. 3).

Hollmann hielt dem entgegen, dass die „Tatsache der Aufführung eines sportmedizinischen Gesichtspunktes im Prüfungskatalog [...] nicht zwangsläufig die Vermittlung von Wissen in diesem Punkt“ bedeute (Hollmann, 1990, S. 3).

Letztlich waren damit die Bemühungen der organisierten Sportmedizin in Westdeutschland um eine Einführung des Faches Sportmedizin als Pflichtelement im Medizinstudium bis zum Ende der 1980er-Jahre nicht von Erfolg gekrönt. Sowohl der „Querschnittcharakter“, der eine Verlagerung sportmedizinischer Inhalte auf andere Lehrinhalte begünstigte, als vor allem die Fokussierung auf die Prävention, die längst Allgemeingut in der Humanmedizin geworden war, hatten die Aufnahme verhindert.

4.4.2 Die Initiativen für den Facharzt bis zur Wiedervereinigung

Die Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung stellte ein zentrales Ziel der westdeutschen Sportmedizin bis zur Wiedervereinigung dar, da diese auch als Grundlage einer Anerkennung der Sportmedizin gesehen wurde, die perspektiv über die von den Landesärztekammern seit 1970 eingeführte „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ hinausging. Das letztliche Ziel vieler Sportmediziner, insbesondere der an den Hochschulen und Universitäten tätigen, war die Durchsetzung eines „Facharztes für Sportmedizin“. Dies bedingte aus ihrer Sicht auch eine stärkere Verankerung der Sportmedizin an den Zentren der medizinischen Ausbildung sowie die Etablierung sportmedizinischer Lehrstühle. Der Facharzt als Qualifikation in der Weiterbildungsordnung (WBO) der Bundesärztekammer (BÄK) stand und steht nicht nur im Kontext einer fachlichen Anerkennung, sondern beinhaltet in hohem Maße auch eine ökonomische Komponente, indem er dem Sportmediziner einen beruflichen Status verschafft. 1973 beklagte der DSÄB-Vizepräsident Glaeser, dass die „Tätigkeit der Sportmediziner als alleinige Tätigkeit [...] ohne jede materielle Basis und darum für die Jüngeren völlig uninteressant“ sei. Sportmedizin sei „eine Leistung von Idealisten, die praktisch ohne Entgelt bleibt“ (Schreiben DSÄB-Vizepräsident Glaeser an Ministerialrat Dr. Groß, Sportabteilung BMI, undatiert (Ende 1973); BArch B106/121670). 1977 wurde im Fachausschuss Medizin des Bundesinstituts für Sportwissenschaft die Sinnhaftigkeit des Facharztes gerade für in den Gesundheitsämtern angestellte Ärzte herausgestellt, „da hier die wirtschaftliche Sicherheit durch den Beamtenstatus von vornherein gesichert“ sei (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 13. Juni 1977 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Köln-Lövenich, TOP 1; BArch B274/143).

Die Diskussion um einen Facharzt berührte somit nicht allein die Frage einer Anerkennung der Sportmedizin. Durch die Einbeziehung ökonomischer Aspekte waren darüber hinaus auch die Interessen der anderen medizinischen Fachdisziplinen sowie der Krankenkassen betroffen. Die ungleich größere Komplexität der Thematik „Facharzt Sportmedizin“ dürfte somit auch die Haltung vieler Sportmediziner zwischen Ablehnung und Zustimmung bestimmt haben und bis heute bestimmen. Bereits unmittelbar nach Wiedergründung des Sportmedizinverbandes positionierten sich viele der damaligen Protagonisten gegen diesen Facharzt, da sie die Problematik einer festen Tätigkeitszuschreibung erkannten. Der Charakter der „Querschnittsdisziplin“ spielte dabei ebenso eine Rolle wie das damals – und im Grunde bis heute vorherrschende – idealtypische Bild des Sportmediziners als Sportler mit medizinischer Qualifikation. Der Bremer Sportmediziner Vollmer, einer der Initiatoren der Gründung des DSÄB, trat 1950 der „alte[n] Befürchtung, durch den Sportarzt werde ein neuer Facharzttyp geschaffen“ entgegen (Vollmer, 1950, S. 6). Der Sportmediziner und Philologe Rolf Sasse dagegen bemerkte, dass „der Titel ‚Sportarzt‘ gar nichts mit dem Begriff des ‚Facharztes‘ zu tun hat!“ (Sasse, 1951, S. 9). Für ihn war die ehrenamtliche Komponente sportmedizinischer Tätigkeit etwa in

der Betreuung von Sportvereinen zentral, eine Auffassung, die sich letztlich auch in der Haltung des früheren DSÄB-Präsidenten Reindell widerspiegelt.

Angesichts der zunächst geringen Zahl von Sportmedizinerinnen und der vorrangigen Problematik der sozialpolitischen Legitimation der Sportmedizin sind in den 1950er-Jahren nur vereinzelt konkrete Initiativen erkennbar, einen Facharzt für Sportmedizin durchzusetzen. Im Oktober 1953 wurde etwa auf der Delegiertenversammlung des DSÄB beschlossen, einen Antrag an die Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammer zu stellen, den Titel „Sportarzt“ entsprechend der Bezeichnung „Badearzt“ einzuführen (Sportmedizin, 5(2), S. 30). Hierauf rekurrierte der ehemalige DSÄB-Präsident Koch noch 1961, indem er betonte, dass „die Bestrebung im Gange war, den Titel ‚Sportarzt‘ ähnlich wie den ‚Badearzt‘ gesetzlich schützen zu lassen, d.h., ihm eine Facharztanerkennung zu erwirken“. Dazu seien in Westdeutschland wie auch in Süddeutschland mit den jeweiligen Landesärztekammern Debatten geführt worden, die zu dem Ergebnis geführt hätten, dass Abstand vom Facharzt für Sportmedizin genommen wurde (Koch, 1961, S. 352).

In den 1960er-Jahren erfolgten vereinzelte Initiativen zur Durchsetzung des Facharztes, nunmehr auf der Grundlage einer Legitimation vorwiegend auf der sozialpolitischen Ebene, indem man die Leistungen der Sportmedizin sowohl hinsichtlich ihrer sozialpolitischen Aspekte als auch der verbandsinternen Bemühungen um eine Qualifikation ihrer Mitglieder hervorhob, wie etwa 1963 der Vizepräsident des DSÄB Goßner während einer Senatssitzung der Bundesärztekammer im Bundesgesundheitsministerium:

„Die Sportmedizin ist auf weiten Gebieten angewandte Medizin, auf anderen Grundlagenforschung. Auch auf dem Gebiet der allgemeinen präventiven Medizin und Rehabilitation (Gruppentherapie) sowie bei chirurg. orthop. Schädigungen wie im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten und chronischen Lungenkrankheiten liegt das Betätigungsfeld. Die Sportmedizin ist ‚Grüngürtel und grünes Zimmer‘ der Klinik. [...] In der Bundesrepublik gibt es nur wenige hauptamtlich tätige Sportärzte. In den USA gibt es Fachärzte für präventive Medizin und Rehabilitation, in den Oststaaten den Facharzt für Sportmedizin. Der Deutsche Sportärztebund hat daher die Aufgabe der Ausbildung und der Fortbildung übernommen. Seine Arbeit stützt sich auf viele 1000 organisierte Sportärzte sowie vier sportmedizinische Institute. Zwei weitere Institute sind in Vorbereitung und im Aufbau“ (Goßner, 1963d, S. 287).

Der Facharzt war zu dieser Zeit nicht zuletzt deshalb fraglich, weil die Sportmedizin kaum innerhalb der deutschen Universitäten und damit in der medizinischen Ausbildung verankert war. „Im universitären Bereich entstand 1956 erstmals ein Extraordinariat für Arbeitsphysiologie und Sportmedizin [für Herbert Reindell in Freiburg]. 1965 folgten zwei ordentliche Lehrstühle für Sportmedizin“ (Hollmann & Rost, 1992, S. 118). In den 1960er-Jahren waren somit in Westdeutschland „nicht genügend sportmedizinische Institute vorhanden“, insbesondere im Vergleich mit den osteuropäischen Ländern, die einen Facharzt für Sportmedizin und „hauptamtlich geleitete und besetzte sportmedizinische Institute sowie sportärztliche Untersuchungs- und Beratungsstellen“ hätten (Grebe, 1962, S. 385). Verbandsinterne Kritiker wie Wolfgang Kohlrausch, einer der führenden deutschen Sportmediziner bereits in den 1920er-Jahren, betonten den unzureichenden Ausbildungsstand der Sportmedizin und die ebenso unzureichenden Weiterbildungsmaßnahmen. Seit „Wiedereröffnung des Sportärztebundes“ vor 14 Jahren sei eine Erhöhung der Anforderungen längst überfällig: „Wer sich ‚billig verkauft‘ wird auch nicht gewertet“ (Kohlrausch, 1964, S. 18). Ziel einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung sei es, sich als Sportmediziner von anderen Arztbezeichnungen abzugrenzen – was letztlich die Voraussetzung für einen Facharztstatus darstelle.

Mit der fachlichen Aufwertung der Sportmedizin durch die Einführung der „Zusatzbezeichnung“ als erstem Erfolg einer fachlichen Anerkennung wurde die Diskussion um den Facharzt zwar belebt, zugleich dadurch aber auch verhindert: „Eine zumindest auf der Linie der Facharztausbildung liegende Anforderung wurde auf unser Drängen hin im Deutschen Sportärztebund aber erst

mit der Einführung der sogenannten ‚Zusatzbezeichnung Sportmedizin‘ im Jahre 1970 geschaffen“ (Hollmann, 1983, S. 77). Letztlich wollte man das Erreichte, dessen Durchsetzung bei allen Landesärztekammern sich bis in die späten 1970er-Jahre hinzog, nicht durch weitere Forderungen gefährden. Selbst spätere Befürworter des Facharztes wie Wildor Hollmann waren in den 1970er-Jahren eher skeptisch. Hollmann verwies 1977 anlässlich einer Diskussion über die Frage einer sinnvollen Aus- und Weiterbildung von Sportmedizinern auf den 1963 eingeführten Facharzt für Sportmedizin in der DDR, bei dem das „Ergebnis bisher nicht den Erwartungen“ entspreche und stellte folgend die Sinnhaftigkeit der Einführung eines solchen in der Bundesrepublik in Frage (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 13. Juni 1977 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Köln-Lövenich, TOP 1; BArch B274/143).²³ Die Maxime des DSÄB war die, zunächst die Weiterbildung zu stärken, wohingegen man die „Einführung eines Facharztes für Sportmedizin [...] für unzweckmäßig [hielt], weil es sich hierbei zwangsläufig nur um einen Arzt handeln könnte, der von ‚sehr viel nur wenig weiß‘“ (Hollmann, 1987, S. 6). Hier war es vor allem der vonseiten der Sportmedizin auch deutlich hervorgehobene „Querschnittcharakter“ der Sportmedizin, der einem Facharzt entgegenstand:

„Der von vielen gewünschte Facharzt für Sportmedizin ist in der BRD nur schwer realisierbar, da die Sportmedizin ein Vielfächer-Fach (Physiologie, innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Psychologie usw.) ist und auch da keine geeigneten Arbeitsplätze vorhanden sind“ (Schreiben DSÄB-Vizepräsident Dr. Glaeser an Ministerialrat Dr. Groß, Sportabteilung des BMI, undatiert (Ende 1973), BArch B106/121670).

Der DSÄB konzentrierte sich in der Folge verstärkt darauf, die Position der Sportmedizin zunächst dadurch zu stärken, dass Sportmedizin ein obligatorischer Bestandteil der Approbationsordnung würde – was letztlich bis 1990 nicht gelang. Zudem war die Situation der Sportmedizin an den Universitäten und Hochschulen zwar gegenüber den 1950er- und 1960er-Jahren verbessert, aber aus Sicht des DSÄB nach wie vor unbefriedigend. So nahm in den 1970er-Jahren die Zahl der Lehrstühle für Sportmedizin im Zuge der Aufwertung der Sportmedizin als elementarer Bestandteil einer leistungsorientierten Sportwissenschaft zu, allerdings waren nur sehr wenige davon unmittelbar einer medizinischen Fakultät zugeordnet.²⁴

Ausgehend von diesen Voraussetzungen einer zunächst notwendigen Verbesserung der Weiterbildungsqualität, der letztlich vergeblichen Bemühungen um eine Verankerung der Sportmedizin in der Approbationsordnung, der sich erst allmählich ausweitenden Zahl akademischer Lehrstühle und nicht zuletzt einer verbandsinternen Opposition von Verbandsmitgliedern, die mit dem Facharzt eine Einschränkung der Aufgabenstellung der „Querschnittsdisziplin Sportmedizin“ sahen, blieben die Initiativen des DSÄB zur Durchsetzung des Facharztes für Sportmedizin bis 1989 sporadisch und weitgehend unkoordiniert. Eine stringente Positionierung des DSÄB wird kaum erkennbar. Die Behebung der Defizite der Weiterbildung zur „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ stand deutlicher im Mittelpunkt der Diskussionen (Roth, 1989, S. 64-67).

Ende der 1980er-Jahre waren – angesichts der Misserfolge der Einführung einer Pflichtveranstaltung für Sportmedizin in der Approbationsordnung – die Erwartungen von Sportmedizinern einer Einführung des Facharztes gegenüber eher negativ geprägt, man ging davon aus, dass es den „Arzt für Sportmedizin“ [...] in absehbarer Zeit nicht geben“ werde (Raken, 1988, S. 104) und dass dieser sogar grundsätzlich abzulehnen sei (Roth, 1989, S. 64). Dem trug der DSÄB 1989 in einer Erklärung Rechnung, in der es hieß, auch „der Deutsche Sportärztebund strebt keine Teilgebiets- oder Gebietsbezeichnung ‚Sportmedizin‘ an“ (Schnell, 1989a, S. 67).

²³ 2016 war Hollmann dann gegenteilig der Ansicht: „Heute können Sie ohne Facharzt nichts mehr machen“ (Hollmann, 2016, S. 339).

²⁴ Noch im Jahr 2000 waren von 29 Lehrstühlen für Sportmedizin nur neun unmittelbar einer medizinischen Fakultät zugeordnet: FU Berlin, Dresden, Freiburg, Hannover, Heidelberg, TU München, Münster, Tübingen und Ulm (Nowacki, 2000, S. 123).

Die Durchsetzung eines Facharztes für Sportmedizin war bis 1990 ein nur sporadisch, halbherzig und von eher wenigen DSÄB-Mitgliedern verfolgtes Ziel. Sowohl die immer wieder diskutierten Qualitätsmängel bei der Weiterbildung, vor allem aber die nicht erfolgreichen Bemühungen um eine Aufnahme der Sportmedizin in den Pflichtbereich der ärztlichen Approbationsordnung als Voraussetzung einer fachlichen Aufwertung verhinderten gezieltere Anstrengungen. Erst die Wiedervereinigung und der Zusammenschluss der beiden deutschen Sportärztebünde führten dazu, dass das Thema „Sportarzt“ an Brisanz gewann. Die nunmehr integrierten neuen Kollegen aus der ehemaligen DDR verfügten über diesen Facharztstatus, was der Hoffnung einer flächendeckenden Einführung auch in den alten Bundesländern Nahrung gab.

5 Die organisierte Sportmedizin in der Bundesrepublik nach der Wiedervereinigung

5.1 Zusammenschluss der Sportärztebünde der DDR und der BRD

Die beiden Sportärztebünde Deutschlands, die Gesellschaft für Sportmedizin der DDR (GSM) und der Deutsche Sportärztebund (DSÄB), schlossen sich im Jahr 1990 in München zu einem Gesamtsportärztebund zusammen. Vorangegangen war eine Kontaktaufnahme zwischen dem DSÄB-Präsidenten Hollmann und dem GSM-Präsidenten Kurt Tittel, die am 26. Januar 1990 zu einem ersten Treffen in Köln führte. Die hierbei erstellte „Kölner Resolution“ sah nach Zustimmung der Delegiertenversammlungen beider Sportärztebünde den Zusammenschluss vor. Die in der Resolution vereinbarten Zielsetzungen für die zukünftige gemeinsame Arbeit sahen als Hauptaufgabe die „Weiterentwicklung der Sportmedizin“ durch die Zusammenarbeit der beiden Verbände vor. Hierzu wurde ein „3-Stufen-Programm“ mit kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen beschlossen, zu dessen Koordinierung und Umsetzung eine Expertengruppe gebildet werden sollte. Die erste Stufe sah kurzfristig Weiterbildungsveranstaltungen auf regionaler Ebene, Lehrgänge mit Referenten beider Verbände, Gastvorlesungen in Hochschulen, einen Austausch über geplante Kongresse und Symposien sowie den von Manuskripten und Literatur vor. Mittelfristig wurde als zweite Stufe ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch angestrebt, sowie als konkrete Aufgabenfelder die „sportmedizinisch-naturwissenschaftliche Ausbildung von Sportstudenten“, die „sportmedizinisch-naturwissenschaftliche Weiterbildung von Trainern und Übungsleitern“, die „Weiter- und Fortbildung von Sportärzten bzw. Fachärzten für Sportmedizin“, die „sportmedizinische Funktionsdiagnostik für alle Sport- und Altersbereiche“, die sportmedizinische Betreuung in allen Sport- und Altersbereichen und die primäre Prävention durch Sport und Rehabilitation bei Risikofaktoren. In der letzten Entwicklungsstufe sollten langfristig durch die Herausgabe gemeinsamer Publikationen sowie auf der Basis gemeinsam erarbeiteter wissenschaftlicher Fragestellungen „Statements zu aktuellen Fragen der Gesundheit und des Sports aus sportmedizinischer Sicht und Verantwortung“ ergehen, wodurch die Sportmedizin ihrer gesellschaftspolitischen Aufgabe gerecht werden sollte (DSÄB & GSM der DDR, 1990, S. 93). Durch die gemeinsame schrittweise Umsetzung dieser Vorgaben erhoffte man sich ein Zusammenwachsen der ost- wie westdeutschen Sportmedizin und damit die Überwindung der unterschiedlichen Vergangenheit, möglicherweise differenter Denkweisen in Bezug auf Organisationsformen sowie Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen.

Die offizielle Vereinigung beider Bünde erfolgte dann am 16. Februar 1991. Die Mitglieder der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR wurden formal in den DSÄB aufgenommen, zugleich wurden unmittelbar neue Landesverbände des DSÄB in den Gebieten der ehemaligen DDR gebildet (Bringmann, 1997, S. 138; Hollmann, 2016, S. 338; http://dgsp.de/dgsp-dachverband_geschichte.php). Aus Sicht der westdeutschen, in die Verhandlungen über den Zusammenschluss involvierten Sportmediziner verlief dieser „in kollegialer Harmonie“ (Schnell, 1993b, S. 327), „von Beginn an vor-

bildlich“ (Badtke, 1992, S. 531). Die Vereinbarungen seien grundsätzlich auf den Zusammenschluss zweier gleichberechtigter Partner ausgerichtet gewesen, um damit vor allem auch einen drohenden Zusammenbruch der Sportmedizin in den neuen Bundesländern zu vermeiden (Badtke, 1992, S. 531). Gleichwohl verwies Hollmann im Organ des DSÄB warnend darauf, dass der Zusammenschluss zunächst nur „auf dem Papier“ erfolgt sei, ein „Zusammenwachsen“ dagegen erst langsam erfolgen könne:

„Nur 33 Jahre betrug der Zeitraum gemeinsamer deutscher Sportmedizin, hingegen mehr als 40 Jahre der Trennung. Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte haben sich die Wege der beiden Sportarztverbände immer weiter voneinander entfernt. Nun sind wir – zunächst nur auf dem Papier – wieder eine Einheit. Viel Verständnis und gegenseitige Rücksichtnahme ist eine Voraussetzung für das Zusammenwachsen“ (Hollmann, 1991a, S. 127)

Mit dem Zusammenschluss ergaben sich für die westdeutsche Sportmedizin sowohl Perspektiven als auch Probleme. Anfangs sah man zunächst die Vorteile, die die Integration der ehemaligen DDR-Sportmediziner mit sich bringen könnte. Im Unterschied zu Westdeutschland hatte es in der DDR einen „Facharzt Sportmedizin“ gegeben, die Sportmedizin insgesamt hatte dort einen gänzlich anderen Stellenwert besessen (vgl. Rehmann, 2018). Somit erhofften sich manche westdeutsche Sportmediziner, Strukturen und Wissen der DDR-Sportmedizin nutzbringend aufgreifen zu können. Man hoffte, die Sportmedizin könne wieder „Tritt fassen“ (Badtke, 1992, S. 531). Der zentral in die Verhandlungen involvierte DSÄB-Vizepräsident Schnell bedauerte retrospektiv eine zu dieser Zeit verpasste Chance, sei doch dieser erhoffte Prozess einer gegenseitigen Nutznießung durch die Auflösung der sportmedizinischen Strukturen der ehemaligen DDR infolge politisch induzierter Maßnahmen maßgeblich gestört worden, was – aus Furcht westdeutscher Politiker vor dem Weiterbestehen von „Seilschaften“ – sowohl zum Verlust von Know-how als auch bestehender sportmedizinischer Einrichtungen geführt habe (Schnell, 2000, S. 317; Schnell, 2016, S. 337; vgl. 5.1).

Andere Sportmediziner dagegen rekurrten auf die Rolle der Sportmedizin in einem staatlich gelenkten Sportsystem eines autoritären Regimes mit seinen – zu dieser Zeit noch kaum aufgearbeiteten – Dopingpraktiken und befürchteten in der Folge eher negative Einflüsse auf das Bild der Sportmedizin insgesamt:

„[D]rüben staatlich gelenkte medizinische Versorgung der Bevölkerung mit massiver, ärztlich-ethische Grenzen überschreitender Betreuung von Spitzenathleten – hüben freie Arztwahl, vergleichsweise minimale medizinische Umsorgung des Spitzensports; drüben Facharzt für Sportmedizin – hüben Zusatzbezeichnung; drüben „Geheimniskrämerei“ um sportmedizinische Erkenntnisse – hüben Publikationsfreiheit.“ (Jeschke & Bernet, 1990, S. 267).

Insgesamt führte der Zusammenschluss zu einer breit angelegten Diskussion um die Rolle der „neuen deutschen Sportmedizin“ in den 1990er-Jahren:

„Die stetig wachsenden Anforderungen an die sportmedizinische Tätigkeit, die Qualität von Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Frage nach der Verankerung der Sportmedizin in der Ärztlichen Approbationsordnung waren Bereiche, die nunmehr verstärkt diskutiert und bearbeitet wurden. Zudem erfuhr die Debatte um die Einführung des Facharztes für Sportmedizin aufgrund der Eingliederung der Fachärzte für Sportmedizin aus der ehemaligen DDR in das Gesamtsystem der deutschen Sportmedizin zumindest kurzzeitig einen Aufschwung“ (Gering, 2016, S. 108).

Die Positionen waren hierbei durchaus ambivalent. So wurde einerseits die Rolle der Sportmedizin sowohl als Präventionsmedizin in der Gesellschaft als auch im Spitzensport als Beleg einer

Bedeutungszunahme akzentuiert, die zunächst auch verbandsintern, in der Fort- und Weiterbildung, entsprechend berücksichtigt werden müsse. Infolge dieser verschiedenen Ausrichtungen innerhalb der sportärztlichen Tätigkeit gebe es auf der einen Seite den „vollschichtig tätige[n] Sportarzt im Hochleistungssport mit einer breiten Palette des Wissens“, auf der anderen die Betreuung der „Masse der Breiten- und Freizeitsportler [...] durch gut geschulte, aber nebenberuflich tätige Sportmediziner“. Entsprechend müsse die Weiterbildungsordnung überarbeitet und angepasst werden (Groher, 1990, S. 195). Ein großer, vermutlich der größte Teil der Verbandsmitglieder hingegen beharrte auf der Position, dass „Hochleistungsthemen in der Weiterbildung keine Rolle spielen“ sollten, der DSÄB auch weiterhin vorrangig der Prävention – auch im Sinne einer Vermeidung von „Übertraining“ – verpflichtet sein sollte (Schnell, 2016, S. 327).

5.1.1 Problem der Anerkennung und der Qualifikationen: die Umsetzung der Integration

Nach dem Zusammenschluss von DSÄB und GSM mussten zunächst Regelungen struktureller und juristischer Art getroffen werden, damit die rund 1.800 ehemaligen DDR-Sportmediziner ihre sportärztliche Tätigkeit weiter ausführen konnten (DSÄB, 1992, S. 11). Dazu wurde das sogenannte „Notprogramm Ost“ durch den DSÄB ins Leben gerufen, das zu einer Verbesserung der „Situation unserer Kollegen im Osten“ beitragen sollte. Hintergrund hierbei war auch, dass Hoffnungen bestanden, „wenigstens teilweise, das Potential an Erkenntnissen und Erfahrungen der Kollegen in den neuen Bundesländern zu erhalten“ (Schnell, 1993b, S. 328). Versuche einer Übernahme ehemaliger Strukturen der DDR-Sportmedizin scheiterten nicht zuletzt an politischen Entscheidungen, die zu einer weitgehenden Abwicklung des DDR-Sportmedizinensystems führten. Hierbei spielten nicht allein die politische Bedeutung der DDR-Sportmedizin und die Befürchtungen vor dem Bestehen alter „Seilschaften“ eine Rolle, sondern vor allem auch finanzpolitische Gründe. So sprachen sich insbesondere die Finanzminister der Länder gegen eine Übernahme bestehender DDR-Strukturen aus. In der Folge wurde daher durch einen noch vom Ministerrat der DDR verkündeten „Beschluss über die Integration des Sportmedizinischen Dienstes in das kommunale Gesundheitswesen vom 19. September 1990“ beschlossen:

„Der Sportmedizinische Dienst wird mit Bildung der Länder als zentral geleitete Einheit aufgelöst. Die sportmedizinische Beratung und Betreuung ist gemäß der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter [...] in Verantwortung der Bürgermeister, Oberbürgermeister und Landräte zu realisieren [...] Sie übernehmen die Rechtsnachfolge“ (BArch DQ 1 13860).

Zuletzt waren im Sportmedizinischen Dienst etwa 1.800 Mitarbeiter angestellt gewesen, davon rund 270 Fachärzte für Sportmedizin (Rehmann, 2018, S. 108).²⁵ Die auf gesundheitliche Aspekte ausgerichteten Aufgaben des SMD sollten in den neuen Bundesländern somit von den neu eingerichteten Gesundheitsämtern der Länder wahrgenommen werden. Die ehemaligen „Sportärztlichen Hauptberatungsstellen“ wurden nach und nach „abgewickelt“ (Arndt, 2004, S. 326).

Die Folge dieser Auflösung der bisherigen DDR-Sportmedizinstrukturen wie des SMD war, dass ein Großteil ehemaliger, innerhalb dieser Strukturen beschäftigter DDR-Sportärzte sich neu orientieren musste. Nur wenige frühere hauptamtliche Sportärzte der DDR fanden ein neues Arbeitsfeld in Kur- oder Rehabilitationseinrichtungen oder im Leistungssportsystem, etwa in Olympiastützpunkten (Bringmann, 1997, S. 138). Viele DDR-Sportärzte mussten den Beruf wechseln, sich als freie Ärzte niederlassen oder eine Anstellung im öffentlichen Dienst suchen. Nicht zuletzt dies führte dazu, dass nur etwa jeder vierte ehemalige DDR-Sportmediziner Mitglied des gesamtdeutschen Sportärztebun-

²⁵ Letztlich war die Auflösung des Sportmedizinischen Dienstes wohl auch eine Folge der massiven Beschädigung der DDR-Sportmedizin aufgrund der Dopingpraktiken einiger Sportärzte (Keul, zit. n. Hoffmann, 1992, S. 558).

des bzw. eines Landesverbandes wurde, von den etwa 1.000 Mitgliedern der früheren GSM wurden aufgrund des Wegfalls der sportärztlichen Hauptamtlichkeit und beruflicher Neuorientierungen nach der Wiedervereinigung somit nur rund 250 Ärzte auch Mitglieder des neuen Gesamtsportärzterverbandes (Arndt, 2004, S. 326 f.).

Ein zentrales Problem stellten nach 1990 die Qualifikationen der Sportärzte der DDR durch den „Facharzt“ dar, den es in der Bundesrepublik nicht gab. Im Einigungsvertrag wurden in einer Anlage zur „Gesundheitspolitik“ Änderungen der Bundesärzteordnung verankert, die die mit der Wiedervereinigung verbundenen Probleme im Gesundheitswesen lösen sollten. In der Bundesärzteordnung in der Fassung des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 wurde bezüglich der „Berechtigung zur weiteren Führung einer im Zusammenhang mit der Anerkennung als Facharzt verliehenen Bezeichnung“ allgemein festgelegt, dass diese „sich nach Landesrecht“ zu richten habe (Einigungsvertrag, 1990, § 14 Abs. 1 Satz 3). In der Folge wurden von der Bundesärztekammer sowie den Landesärztekammern Übergangsregelungen geschaffen, die letztlich in einer Zweigleisigkeit der Anerkennung des Facharztstatus ehemaliger DDR-Sportmediziner bestanden (vgl. auch 5.1.1):

„Nach Auskunft dieser Ärztekammer [Nordrhein] gelten auf dem Territorium der neuen Bundesländer Berufsbezeichnungen, die früher erworben wurden, weiter. Auf dem Territorium der alten Bundesländer erhalten die Kolleginnen und Kollegen, die den Facharzt für Sportmedizin der ehemaligen DDR besitzen, unter Vorlage der Urkunde ohne weitere Prüfung die Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘. Die Kolleginnen und Kollegen, die den kleinen Weiterbildungsweg wählten, sich also ‚staatlich anerkannter Sportarzt‘ nennen durften, müssen Einzelnachweise der absolvierten Stunden im Bereich der Leibesübungen und der Sportmedizin vorlegen, aus denen hervorgeht, daß die zur Zeit geltenden Bedingungen für die Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ erfüllt wurden“ (Schnell, 1991, S. 178).

Bereits in der Anlage dieser Lösungsstrategie war das Konfliktpotenzial erkennbar. Die weiterhin in den neuen Bundesländern tätigen Sportmediziner konnten die Bezeichnung „Sportarzt“ fortführen, die in die alten Bundesländer überwechselnden ehemaligen DDR-Sportmediziner verloren ihren Facharztstatus, der dann durch eine Qualifikationsbezeichnung gemäß der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landeskammer ersetzt wurde. Wenig überraschend stießen diese einschneidenden Maßnahmen auf heftige Kritik der ehemaligen DDR-Sportmediziner. Führende Vertreter der früheren DDR-Sportmedizin wie Ernest Strauzenberg, neben Kurt Tittel der bekannteste DDR-Sportmediziner²⁶, oder Klaus Gottschalk, u. a. Träger des „Preises der GSM“ für hervorragende Nachwuchswissenschaftler, bezeichneten dies als „Diskriminierung“ und „Raub an den Rechten“ der Sportmediziner der ehemaligen DDR (Strauzenberg & Gurtler, 2005, S. 4; Lehmann, Kalb, Rogalski, Schröter & Wonneberger, 2007, S. 9). Die Abschaffung der sportmedizinischen Strukturen, die in der DDR seit der Nachkriegszeit „mühevoll“ errichtet worden seien, kämen einer „Liquidierung der Lebenswerke von fachlich hoch qualifizierten Ärzten auf eine äußerst unwürdige Art gleich“. Insbesondere die Abschaffung der Facharztqualifikation habe dazu geführt, dass schlagartig zahlreiche Ärzte ohne berufliche Perspektive und ohne Arbeit gewesen seien (Gottschalk, 2007, S. 202 f.). Ohne „Berücksichtigung der grundgesetzlichen Anforderungen an Wahrung des Besitzstandes und der Verhältnismäßigkeit“ hätten zahlreiche Menschen „einen fundamentalen Bruch ihrer beruflichen und sozialen Situation“ erleben müssen (Strauzenberg & Gurtler, 2005, S. 4).

Die verfügten Änderungen bedrohten aus Sicht der ehemaligen DDR-Sportmediziner zudem die Lehre und Forschung, da „traditionelle und bewährte Prinzipien wissenschaftspolitischer und hochschulpädagogischer Arbeit, wie Einheit von Bildung und Erziehung, Einheit von Lehre und For-

²⁶ Strauzenberg war bis 1985 Inhaber des einzigen Lehrstuhls für Sportmedizin in Berlin-Lichterfelde gewesen, Mitglied der FIMS, zudem in zahlreichen Positionen an der Entwicklung der DDR-Sportmedizin beteiligt (vgl. Rehmann, 2018, passim).

schung, Einheit von Theorie und Praxis [und] Befähigung zur selbstständigen wissenschaftlichen Arbeit der Studierenden“ durch die sogenannte „Abwicklung“ „liquidiert“ worden seien (Lehmann et al., 2007, S. 9).

Die Aberkennung der in der DDR rechtmäßig erworbenen Qualifikation als Facharzt für Sportmedizin führte schließlich zu juristischen Auseinandersetzungen. Ein ehemaliger DDR-Sportmediziner, der 1973 den Facharztstatus in der Sportmedizin erworben und seit 1990 in Freiburg eine Praxis als „Facharzt für Sportmedizin“ und für „Naturheilverfahren“ führte, klagte vor dem Verwaltungsgericht Freiburg um den Erhalt dieses Status beziehungsweise um das Recht, die Bezeichnung weiter tragen und öffentlich auf seinem Praxisschild anzeigen zu dürfen. Die Bezirksärztekammer hatte ihn 1996 aufgefordert, die Bezeichnung „Facharzt für Sportmedizin“ nicht mehr öffentlich anzuzeigen, da in Baden-Württemberg ausschließlich Weiterbildungsbezeichnungen geführt werden dürften, die in der WBO der Landesärztekammer Baden-Württemberg enthalten seien. Der Facharzt für Sportmedizin sei in Baden-Württemberg nicht vorgesehen (BVerfG, 2000, Rn. 4).

Im Urteil des Verwaltungsgerichts vom 11. April 1997 (7 K 1760/96) wurde die Klage des Mediziners abgelehnt. Ärzten sei in Baden-Württemberg nur die Führung der in der Weiterbildungsordnung des Landes enthaltenen Zusatz-, Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnungen erlaubt, diese sehe nur die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ vor, nicht jedoch das Führen der Bezeichnung „Facharzt für Sportmedizin“. Somit dürfe der Beschwerdeführer diese Bezeichnung nicht führen. Eine Zulassung der Klage, so das Gericht weiter, führe zu einer „Wettbewerbsverzerrung“ und stehe dem „Ziel, im Bereich der ärztlichen Bezeichnungen Übersichtlichkeit, inhaltliche Klarheit und Vergleichbarkeit zu schaffen“, entgegen (BVerfG, 2000, Rn. 5). Der Antrag auf Zulassung einer Berufung durch den baden-württembergischen Verwaltungsgerichtshof wurde von diesem im Juli 1997 abgelehnt, da das Urteil formal nicht zu beanstanden sei, zudem könne der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass er „seine in der Deutschen Demokratischen Republik erworbene Facharztbezeichnung dort zunächst weiterführen durfte“ nicht folgern, „dass er diese Bezeichnung auch in Baden-Württemberg führen dürfe. Der Beschwerdeführer sei wie jeder andere Arzt dem Recht des jeweiligen Bundeslandes unterworfen, in welchem er sich als Arzt niederlasse“ (BVerfG, 2000, Rn. 6).

Diese Entscheidungen führten schließlich zu einer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG), da es „[e]ntgegen der Auffassung der Verwaltungsgerichte [...] bei der Frage der Facharztanerkennung um die Berufswahl und nicht um die Berufsausübung [gehe], da der Facharzt für Sportmedizin ein eigenständiger Beruf sei“ und, so die Begründung des BVerfG zur Zulassung der Klage, die „angegriffenen Entscheidungen [...] den Beschwerdeführer in seiner Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG)“ verletzen (BVerfG, 2000, RN. 7, 15).

Unter Berufung auf eine frühere Entscheidung stellte die Zweite Kammer des BVerfG in ihrem Urteil vom 9. März 2000 zunächst die grundsätzliche Bedeutung des Facharztes heraus:

„Der Entscheidung, sich als Facharzt zu betätigen, wohnen Elemente inne, die einer Berufswahl nahe kommen. Der Entschluss, sich zum Facharzt auszubilden und die ärztliche Tätigkeit künftig auf das gewählte Fachgebiet zu beschränken, ist in aller Regel auf Dauer angelegt, er ist eine Lebensentscheidung. Auf der Grundlage der einheitlichen ärztlichen Berufsausbildung stellt sie dem Arzt besondere Aufgaben, führt ihm einen besonderen Patientenkreis zu und eröffnet ihm die besonderen wirtschaftlichen Chancen, die mit der fachärztlichen Tätigkeit verbunden sind“ (BVerfG, 2000, RN 16).

In der Urteilsbegründung wurde zudem auf den Status quo der Regelung verwiesen:

„[...] die Muster-Weiterbildungsordnung hat die Gebietsbezeichnungen und die Teilgebietsbezeichnungen sowie die Zusatzbezeichnungen weitgehend vereinheitlicht. So regelt § 23 Abs. 12 der Muster-Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Ärztetages 1992 in Köln, dass derjenige, der rechtmäßig Arztbezeichnungen nach der Facharztordnung

oder der Subspezialisierungsordnung der Deutschen Demokratischen Republik führt, welche nicht in entsprechende Arztbezeichnungen nach der bisherigen Weiterbildungsordnung oder in entsprechende Arztbezeichnungen nach dieser Weiterbildungsordnung umgewandelt werden können, sie weiterführen darf. Dies ist aber ausdrücklich nur in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern der neuen Bundesländer vorgesehen. Im Übrigen fanden die Facharztbezeichnungen, die nur in der Deutschen Demokratischen Republik verliehen worden sind, in der Muster-Weiterbildungsordnung keine Berücksichtigung (BVerfG, 2000, Rn. 27).

Zugleich betonte das Gericht aber auch, dass sich aus dieser Regelung kein Automatismus in Bezug auf bereits erworbene Qualifikationen ergebe:

„Soweit die Bundesärztekammer mit nachvollziehbaren Gründen darauf hingewiesen hat, dass bundesweit der Facharzt für Sportmedizin nicht für notwendig erachtet worden ist, ist dies verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Daraus folgt jedoch nicht, dass die bereits erworbenen Facharztqualifikationen zu verschweigen wären. Hierfür sind Gründe nicht ersichtlich“ (BVerfG, 2000, Rn. 27f.).

Letztlich gab das Bundesverfassungsgericht der Klage statt und hob die Entscheidungen des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg und des Verwaltungsgerichts Freiburg auf, da dadurch Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes verletzt werde, welcher die Berufsausübungsfreiheit in der Bundesrepublik sichere. Es gebe „keine vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls dafür, alle Facharztbezeichnungen, die nicht in der Weiterbildungsordnung des Landes Baden-Württemberg enthalten sind, ohne Rücksicht auf ihren Informationswert für die Patienten generell zu verbieten“ (BVerfG, 2000, Rn. 20). Durch die Weiterbildung zum Facharzt habe

„der Arzt seine medizinische Kompetenz auf einem bestimmten Fachgebiet in besonderer Weise [vertieft]. Hat der Arzt rechtsförmlich eine fachliche Qualifikation dieser Art erworben, so können nur Gemeinwohlbelange von erheblichem Gewicht ein Verbot rechtfertigen, auf die Qualifikation hinzuweisen, sofern der Hinweis nicht irreführend ist. Der föderalistische Aufbau der Bundesrepublik und die Regelung des Arztrechts in Länderkompetenz allein stellen solche Gemeinwohlbelange nicht dar“ (BVerfG, 2000, Rn. 21).

Die Richter wiesen auch das Argument der Wettbewerbsverzerrung zurück:

„Soweit die beschränkte Facharztanerkennung dem Konkurrentenschutz zu dienen bestimmt sein sollte, wären die Kammern nicht legitimiert, mit ihren Weiterbildungsordnungen in den Wettbewerb allein zum Zwecke des Schutzes der im eigenen Land weitergebildeten Ärzte einzugreifen. Die Ärzte genießen keinen Schutz vor Konkurrenten, die andere Qualifikationen erworben haben. Auch stellt der Konkurrenzschutz an sich keinen Gemeinwohlbelang dar. Es ist auch nicht vorstellbar, dass die in der Deutschen Demokratischen Republik erworbene Gebietsbezeichnung ‚Facharzt für Sportmedizin‘ dazu geeignet ist, Irrtümer bei den Patienten hervorzurufen, zumal die in Baden-Württemberg geläufige Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ anerkannt ist. Der Eindruck, dass die Facharztbezeichnung auf eine längere Weiterbildung schließen lässt, ist zutreffend“ (BVerfG, 2000, Rn. 24).

Somit seien die Bestimmungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg, die besagten, dass eine in der DDR erworbene Facharztbezeichnung in Baden-Württemberg nicht geführt werden dürfe, wenn sie in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer nicht enthalten sei, nicht rechtens: „Eine Zusatzbezeichnung ist einer Facharztbezeichnung nicht gleichwertig“ (BVerfG, 2000,

Rn. 25) und „[e]ine Facharztbezeichnung ist auch dann anzuerkennen, wenn sie nicht in der Weiterbildungsordnung des Landes Baden-Württemberg aufgeführt ist“ (BVerfG, 2000, Rn. 26).

Dieses für die DDR-Sportärzte und ihren Status grundlegende Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurde auf der Delegiertenversammlung der DGSP offiziell verkündet (DGSP, 2000, S. 220). Es eröffnete somit den ehemaligen fachlich anerkannten DDR-Sportmedizinern die Weiterführung ihres Facharztstitels unabhängig von Bundesland und Wohnort.²⁷ Damit war letztlich zugleich eine Situation geschaffen, die sowohl den Diskussionen um die Weiterbildung als vor allem denen um die generelle Einführung eines Facharztes erneut Nahrung gaben. Die Existenz zweier verschiedener Arten von Fachstatus, den des Facharztes für die ehemaligen DDR-Sportmediziner, und der „Zusatzbezeichnung“, die das Bundesverfassungsgericht explizit als einer Facharztbezeichnung nicht gleichwertig bezeichnet hatte, führte fast zwangsläufig dazu, dass die Initiativen um die Durchsetzung eines Facharztes für Sportmedizin nach 1990 erneut an Relevanz zunahmten (vgl. 5.4).

5.1.2 Der Einfluss der Dopingproblematik auf das Image der Sportmedizin

Die Befürchtung einiger westdeutscher Sportmediziner, die Zusammenführung der beiden Sportärztebünde führe aufgrund der besonderen Begleitumstände der Entwicklung der DDR-Sportmedizin, die sich deutlich von der bundesdeutschen Situation unterscheide, eher zu Problemen denn zu einer positiven Ausgangslage (Jeschke & Bernett, 1990, S. 267), sollten sich nach 1990 schnell bewahrheiten. In dem Maße, in dem erste, über Vermutungen und einzelne Aussagen Involvierter hinausgehende Erkenntnisse über die Praxis des DDR-Leistungssportsystems auf Grundlage des Staatsplans 14.25 in die Öffentlichkeit gelangten, verschlechterte sich das Image der Sportmedizin dramatisch. Zwar war die bundesdeutsche Sportmedizin bereits seit den 1980-Jahren immer wieder mit Dopingvorwürfen konfrontiert worden, dies war seitens des DSÄB jedoch weitestgehend ignoriert worden.²⁸ Die relativ schnell nach der Wiedervereinigung begonnene Aufarbeitung der Dopingpraxis verdeutlichte das Ausmaß des Staatsdopings in der DDR und die Involvierung der Sportmedizin darin (Hoberman, 1993; Spitzer, 1998). Eine Rolle spielte hierbei auch der Umstand, dass ehemalige DDR-Trainer sowie Sportmediziner nach der Wiedervereinigung im bundesdeutschen Spitzensport tätig wurden, was den Verdacht sowohl einer mangelhaften Aufarbeitung des DDR-Dopings als auch der einer Weiterverwendung illegaler leistungssteigernder Methoden erweckte. So erhielt der 1987 aus der DDR nach Westdeutschland geflohene Sportmediziner Hartmut Riedel, der in das DDR-Dopingsystem involviert gewesen war, 1993 eine Professur für Sportmedizin an der Universität Bayreuth und war als DLV-Verbandsmediziner tätig (vgl. Becker, 2018).²⁹ Die in die Öffentlichkeit gelangenden Erkenntnisse bezüglich einer systematischen Dopingpraxis in der ehemaligen DDR fügten somit der organisierten Sportmedizin in der vereinigten Bundesrepublik nachhaltig Schaden zu:

„[S]o ist das Image der Sportmedizin in Deutschland schlechter denn je. Die Medien vermitteln leider erfolgreich den Eindruck, die Sportärzte beschäftigen sich ausschließlich mit

²⁷ Gleichwohl hielten einige Landesärztekammern in den alten Bundesländern auch nach dem Urteil zunächst am Verbot des „Facharztes“ fest. 2006 klage eine Fachärztin für Sportmedizin, die ihren Facharzt 1982 an der DHfK erworben hatte, vor dem Hessischen Landesarbeitsgericht um den Erhalt ihres Facharztstratus, den das Gericht im November 2006 anerkannte (Aktenzeichen 3 Sa 1074/05 in 2. Instanz) (DGSP, 2007, S. IX).

²⁸ Bemerkungen wie die des Gießener Sportmediziners Nowacki, die Sportmedizin müsse „aus den Negativschlagzeilen heraus“, um ein „ein anerkanntes Mitglied der großen medizinischen Familie“ werden zu können, finden sich vor 1990 relativ selten im Organ des DSÄB (Nowacki, 1989, S. 199).

²⁹ Riedel war von 1982 bis Herbst 1986 am Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes Kreischa Chefarzt des Bereiches Forschung sowie Verbandsarzt des DDR-Leichtathletikverbandes. Riedel hatte 1986 „Zur Wirkung von anabolen Steroiden auf die sportliche Leistungsentwicklung in den leichtathletischen Sprungdisziplinen“ promoviert und den „Einsatz der anabolen Steroide im Leistungssport“ als „legitimiert und human“ bezeichnet. Nach seiner Flucht war Riedel zunächst Mitarbeiter Heinz Liesens an der Universität Paderborn. Er arbeite auch an der 1987 durch das Bundesinstitut für Sportwissenschaft geförderten und politisch umstrittenen sogenannten „Regenerationsstudie“ mit (<http://www.cycling4fans.de/index.php?id=4476>).

Doping und anderen kriminellen Manipulationen [...] Ein schweres Stück (Aufklärungs) Arbeit wird es werden, das (ungerechte) schlechte Image der Sportmedizin zu verbessern“ (Schnell, 1993b, S. 327f.)

Bereits auf dem ersten gesamtdeutschen sportmedizinischen Symposium 1990 in Coburg standen die Themen Leistungsmanipulation, Doping im Spitzensport unter ärztlicher Mitwirkung und die sich hieraus ergebende „blutende Wunde“ für das Fach Sportmedizin im Zentrum der Diskussionen – ohne hierdurch „die Wende für eine gute Gegenwart und hoffnungsvolle Zukunft der Sportmedizin im seit dem 3. Oktober wiedervereinigten Deutschland“ zu erbringen (Nowacki, 2001, S. 9).

Die Dopingproblematik belastet die Entwicklung der Sportmedizin letztlich bis heute, sie kann als „ein deutlicher Indikator dafür [gesehen werden], warum die Sportmedizin sich nicht besser etablieren und ihre Anerkennung erhöhen konnte“ (Gering, 2016; S. 116; vgl. u. a. auch Geiger, 2007; Steinacker & Kindermann, 2007; Meyer & Mayer, 2017). Seit den 1990er-Jahren wurde die Sportmedizin in der Öffentlichkeit in hohem Maße mit Leistungsmedizin und damit mit Doping gleichgesetzt. 1999 bezeichnete der ehemalige DDR-Sportmediziner Erbach verbittert den nachhaltigen öffentlichen Diskurs über Doping als eine „Geschichtsaufarbeitung“ mithilfe von Strafprozessen, die bereits Kosten in Höhe von 150 Millionen DM verursacht hätten. Das „Beziehungspaar“ Doping und Sportmedizin werde in der „Öffentlichkeit immer wieder als Bedrohung von Ethik und Moral vorgeführt“, was dem Ansehen des Faches nicht zum „Aufstieg“ verhelfe (Erbach, 1999, S. 111). Dagegen sah der Gießener Sportmediziner Nowacki in einem Vortrag auf dem Medizinischen Fakultätentag 2000 die Verantwortung für diese Entwicklung nicht allein bei den ehemaligen DDR-Sportmedizinern, auch

„Sportärzte und Institute der BRD sind in diese vom ärztlich-ethischen Standpunkt nicht zu vertretende Grauzone involviert gewesen. So hat letztlich die leidige Doping-Problematik im letzten Jahrzehnt die ‚Abwehrhaltung‘ vieler Medizinischer Fakultäten und Kollegen gegen die Sportmedizin insgesamt verstärkt“ (Nowacki, 2000, S. 116).

Paradigmatisch für diesen Imageverlust auch der westdeutschen Sportmedizin waren die Enthüllungen über Dopingpraktiken an der Universität Freiburg, die über Jahrzehnte bundesweit neben Köln führend in der sportmedizinischen Forschung und Spitzensportbetreuung, somit ein „Aushängeschild“ westdeutscher Sportmedizin gewesen war (vgl. Nielsen, 2018). Die Enthüllungen waren zunächst mit den Namen der Sportmediziner Klümper und Keul, dann vor allem aber auch mit dem Team-Telekom-Dopingskandal 2007 verbunden (vgl. die diversen Gutachten der „Evaluierungskommission Freiburger Sportmedizin“ unter <https://www.uni-freiburg.de/universitaet/einzelgutachten>). 2012 benannte sich die „Rehabilitative und Präventive Sportmedizin“ des Universitätsklinikums in „Institut für Arbeits- und Bewegungsmedizin“ um und verabschiedete folgend Leitlinien, die „Überwachungs- und Transparenzregelungen“ beinhalten sollten. So sollte nunmehr die Dopingprävention stärker im Mittelpunkt sportmedizinischer Aktivitäten stehen sowie eine Kooperation mit externen Partnern in der Behandlung, Untersuchung und Betreuung von Sportlern nicht mehr stattfinden (Gulde, 2016).

Zwar endete die prozessrechtliche Ahndung von Dopingdelikten ehemaliger DDR-Sportmediziner mit ihrer Verjährung am 3. Oktober 2000 (Arndt, 2004, S. 327), die Dopingproblematik zog indes auch danach „Nachlesen, Schuldzuweisungen, Entschuldigungen, letztlich aber von Staats wegen [...] Ermittlungen und Strafverfolgung gegen im Leistungssport tätig gewesene Funktionäre, Trainer und Ärzte“ nach sich, die immer wieder durch „Verlautbarungen einiger Insider, den Publikationen oft fachfremder Autoren und durch Erklärungen vermeintlich geschädigter Athleten“ zusätzlich angefacht worden seien (Arndt, 2004, S. 327). Noch 2017 wurde die Dopingproblematik als einer der zentralen Gründe dafür gewertet, dass die Durchsetzung des Facharztstatus bis heute nicht gelungen sei:

„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).

5.2 Die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ seit 1990

Nach der Wiedervereinigung mussten die in der ehemaligen DDR tätigen Ärzte, die zuvor anderen Berufsausübungsbestimmungen unterlegen waren, in das System des bundesdeutschen Gesundheitswesens integriert werden. Hierzu wurde u. a. eine Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) notwendig. Betroffen von Veränderungen waren dabei nicht allein Weiterbildungsinhalte und -zeiten, es mussten auch grundsätzliche Beschlüsse über die Anerkennung oder Ablehnung einiger Fachgebiete gefällt werden, die in der DDR Facharztstatus besessen hatten. Zu diesen Gebieten zählte neben der Physiotherapie, der Anatomie und der Biochemie auch die Sportmedizin. Zu entscheiden galt es zum einen, ob diese grundsätzlich als Gebietsbezeichnung oder Teilgebietsbezeichnung bestehen bleiben und in die neue MWBO aufgenommen werden sollten, zum anderen war es zwingend notwendig, Übergangsregelungen zu schaffen, etwa für Ärzte, die ihre Weiterbildung zu DDR-Zeiten bereits begonnen, aber noch nicht abgeschlossen hatten. Auf dem Ärztetag 1991 wurden erste derartige Übergangsregelungen diskutiert, die die Ungleichheiten beheben sollten und zu einer „funktionsfähige[n] gesamtdeutschen Musterweiterbildungsordnung“ führen sollten. Im Rahmen von „Tendenzbeschlüssen“ sollten erste Wegweisungen für die anzustrebende Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorgegeben werden (Klade, 1991, S. 374 ff.).

Da die Sportmedizin eines der Fachgebiete darstellte, bei denen deutlich differente Weiterbildungen bestanden, zählte sie zu den Disziplinen, die nunmehr grundsätzlich neu eingeordnet werden mussten. Dies eröffnete nicht nur die Möglichkeit einer Einführung des Facharztes, sondern es stand zugleich auch die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ als westliche, aber auch in der DDR vergleichbar existente Variante einer fachlichen Anerkennung des Sportmediziners auf dem Prüfstand. Im Falle einer Aberkennung der Zusatzbezeichnung wäre die Sportmedizin auf den Stand Ende der 1960er-Jahre zurückgefallen. Dementsprechend agierte der DSÄB in der Folge auf zwei Ebenen, zum einen suchte man die Einführung des Facharztes zu propagieren, zugleich aber auch zu verhindern, dass man am Ende mit gänzlich leeren Händen, also auch ohne die bisherige Zusatzbezeichnung dastand. Das Idealziel war aus Sicht des DSÄB natürlich die Kombination beider Optionen:

„Die sportmedizinischen Gesellschaften in der Bundesrepublik und der DDR sollten sich gemeinsam intensiv dafür einsetzen, daß die Gebietsbezeichnung Sportmedizin und die Zusatzbezeichnung Sportmedizin im gesamtdeutschen Rahmen bestehen bleiben. Übergangsbestimmungen müssen gewährleisten, daß die bisherigen langjährigen Mitarbeiter der westdeutschen sportmedizinischen Einrichtungen die Gebietsbezeichnung führen können; den jüngeren müssen die Arbeitszeiten angerechnet werden“ (Böning, 1990, 111).

Wie gesehen zerschlugen sich die Hoffnungen auf die Übernahme des Facharztes für Sportmedizin auf die gesamte Bundesrepublik schnell, somit galt das Bemühen des DSÄB nunmehr dem Erhalt der Zusatzbezeichnung. Letztlich gelang es auch, den erreichten Status, zunächst im Rahmen der eingeführten Übergangsbestimmungen, zu erhalten (Schnell, 1993a, S. 274). Gezeigt hatte sich aber auch, dass die Position der Sportmedizin als Fachdisziplin nach wie vor fragil war, von den möglichen Zielen musste sich der DSÄB mit dem geringsten begnügen, dem Erhalt des Status quo.

Nicht zuletzt die Erkenntnis, dass selbst die Zusatzbezeichnung bei der Novellierung der MWBO zur Diskussion gestanden hatte, führte dazu, dass man seitens des DSÄB bemüht war, die

Qualität der sportmedizinischen Weiterbildung weiter zu erhöhen – wie es letztlich bereits Ende der 1980er-Jahre durch eine Weiterbildungskommission angestrebt worden war. Die dann anfangs der 1990er-Jahre erstellten Kriterien zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ unterschieden sich indes letztlich nur wenig von denen der Zeit vor der Wiedervereinigung, so waren im Bereich „Theorie und Praxis der Sportmedizin“ dieselben acht Kategorien samt Spezifizierungen wie im Jahr 1987 enthalten (DSÄB. Fort- und Weiterbildungsprogramm 1. Halbjahr 1993 (H. 33), S. 12).

1993 sahen die in drei Teile untergliederten Anforderungen für die Weiterbildung für die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ vor:

- eine zweijährige klinische Weiterbildung (die auf eine einjährige ganztägige Weiterbildung bei einem ermächtigten Arzt anrechenbar war)
- eine einjährige ganztägige Weiterbildung in einem sportmedizinischen Institut unter Leitung eines ermächtigten Arztes – oder hierzu alternativ:
- die Teilnahme an anerkannten Einführungskursen in Theorie und Praxis der Leibesübungen von insgesamt 120 Stunden³⁰

Die konkreten Ausführungsbestimmungen für den Teil A „Theorie und Praxis der Leibesübungen (Sportarten)“ beinhalteten, dass

- von den 120 Stunden 70 Stunden durch festgelegte Sportarten nachgewiesen werden mussten, 50 Stunden waren sportartspezifisch frei wählbar³¹; zudem durften
- maximal 40 Stunden innerhalb einer Sportartengruppe absolviert werden und
- mindestens 40 Stunden mussten in Praxis und mindestens 40 Stunden in Theorie belegt werden.

Bei den sportartbezogenen Kursveranstaltungen sollten die Bereiche Prävention und Rehabilitation sowie Leistungsanpassung und Rehabilitation praxisnah erarbeitet werden (DSÄB. Fort- und Weiterbildungsprogramm 1. Halbjahr 1993 (H. 33), S. 9).

Die Weiterbildungsveranstaltungen auf sportmedizinischem Gebiet („Theorie und Praxis der Sportmedizin (Teil B)“) wurden inhaltlich in acht Bereiche untergliedert, die folgende Kenntnisse vermitteln sollten:

- Grundlagen der Sportmedizin auf funktionell-anatomischem, sportphysiologischem und biochemischem Gebiet (Untersuchungsmethoden zur Bestimmung der körperlichen Leistungsfähigkeit wie Belastungs-EKG, Ergometrie, Spiroergometrie und Telemetrie)
- Belastbarkeit im Kindes- und Jugendalter (sportmedizinische Aspekte des Schulsports, des kompensatorischen Sportunterrichts, des Krafttrainings mit Jugendlichen, Minderbelastbarkeiten des Stütz- und Bewegungsapparates infolge Bindegewebsschwäche, Dysplasien und Formvarianten)

³⁰ Hierbei waren auch je nach Landesärztekammer während des Medizinstudiums absolvierte Kurse anrechenbar, einige Landesärztekammern lehnten dies jedoch ab (DSÄB. Fort- und Weiterbildungsprogramm 1. Halbjahr 1993 (H. 33), S. 9).

³¹ Die festgelegten Kategorien von insgesamt 70 Stunden waren aufgeteilt in: Mannschaftsspiele bzw. Rückschlagspiele (12 Stunden), Wintersport bzw. Freizeitsport (14), Turnen, Gymnastik oder Sonderschulturnen (10), Schwimmen bzw. Sport im Kindes- und Jugendalter (8), Sport zur Prävention bzw. zur Rehabilitation (14), Kampf- und Kraftsport bzw. Kraft- und Schnelligkeitstraining (6) sowie Leichtathletik (6) (DSÄB. Fort- und Weiterbildungsprogramm 1. Halbjahr 1993 (H. 33), S. 10).

- › Sportmedizinische Aspekte des Leistungssports (sportmedizinische Trainingswirkungen, Trainingsoptimierung, Trainings- und Wettkampfbetreuung im Hochleistungssport unter besonderer Berücksichtigung des Frauensports, Doping und Dopingkontrollen)
- › Praktische Aspekte der Sportmedizin (Gesundheitsuntersuchung, Betreuungssysteme, sportartspezifische Erste Hilfe, Belastungskontrollen im Sport)
- › Psychologische Problembereiche im Sport (psychische Belastungsreaktionen und psychologische Betreuung im Wettkampf, mentales und autogenes Training)
- › Prävention und Rehabilitation in der Sportmedizin (Präventivtraining, Alterssport, Belastungsgrenzen und Fehlbelastungssymptomatik)
- › Probleme des Halte- und Bewegungsapparates beim Sport unter Berücksichtigung der Biomechanik und Bewegungslehre (Grundlage der allgemeinen und speziellen Sporttraumatologie, Sportmassage, Sportorthopädie mit Schäden und Verletzungen sowie Überlastungsreaktionen am Bewegungsapparat)
- › Grundlagen der Sportpädagogik unter freizeitsportlichem Aspekt

Auch hier war die Teilnahme im Umfang von 120 Stunden nachzuweisen, davon waren 65 Stunden durch die aufgeführten acht Kategorien festgelegt, von denen jede Kategorie mit mindestens acht und maximal mit 40 Stunden absolviert werden musste. Die sportmedizinischen Inhalte der übrigen 55 Stunden waren frei wählbar (DSÄB. Fort- und Weiterbildungsprogramm 1. Halbjahr 1993 (H. 33), S. 12).

Der letzte Teil C sah schließlich eine „Einjährige sportärztliche Tätigkeit“ in einem Sportverein oder Sportverband vor, bei der mindestens ein Jahr lang pro Woche zwei Stunden abzuleisten waren, insgesamt mindestens 90 Stunden pro Jahr. In dem Verein sollten zudem ein oder mehrere Sportarten betrieben werden, die ein „systematisches Training der motorischen Hauptbeanspruchungsformen Koordination, Kraft und Ausdauer“ erfordern wie Leichtathletik, Fußball, Schwimmen oder Radsport. Erfolgte die sportärztliche Betreuung in einer Sportart, die dieser Vorgabe nicht entsprach, so musste die Betreuung einer zusätzlichen Sportart über ein Jahr nachgewiesen werden. Zudem musste sich die Betreuung auf mindestens drei Gruppen von Sportlern beziehen, dies konnten etwa „Leistungs-, Breiten-, Rehabilitationssportler, Kinder, Jugendliche, Frauen, Männer, Senioren“ sein (DSÄB. Fort- und Weiterbildungsprogramm 1. Halbjahr 1993 (H. 33), S. 13).

1993 wurde erneut eine Ad-hoc-Kommission zur Überarbeitung des Curriculums der Zusatzweiterbildung eingesetzt, um die Bedingungen und damit die Qualität der Weiterbildung zu erhöhen. Diskutiert wurde hier vor allem eine Anhebung der Stundenzahlen auf 360 bis 500 Stunden, da sich gezeigt habe, dass ein Zeitkontingent von 240 Stunden nicht zur Vermittlung des Stoffes ausreiche (Schnell, 1993a, S. 273):

„Das Curriculum wird voraussichtlich ab Herbst 1993 im Deutschen Sportärztesbund und seinen Landesverbänden diskutiert werden, die Verabschiedung im Jahre 1994 erfolgen. 1995 soll dann ein Antrag auf Änderung der Bedingungen und der Ausführungsbestimmungen zur Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘ an den Deutschen Ärztetag gestellt werden. Dieser entscheidet endgültig“ (Schnell, 1993a, S. 273).

Indes kam es weder zu dieser Erhöhung der Stundenzahl noch zu größeren inhaltlichen Änderungen. Die folgenden Jahre bis 2003 waren vorwiegend von Absichtserklärungen, Diskussionen

über die Qualität der Weiterbildung sowie auch Schuldzuweisungen an die Ärztekammern geprägt. So wurde 1995 die Rückläufigkeit der Teilnehmerzahlen in den Kursen als Argument dafür herangezogen, sowohl aufgrund der Imageprobleme der Sportmedizin als auch der wachsenden Bedeutung von Prävention im Gesundheitssektor die Bezeichnung der Zusatzweiterbildung so zu ändern, dass zukünftig der Begriff „Prävention“ enthalten sei. Zudem wurde erneut die verbindliche Einführung einer Prüfung in der MBWO für alle Zusatzbezeichnungen gefordert (Rieh & Ritthaler, 1995, S. 388-391).

Der DSÄB passt sich dieser Entwicklung insofern an, als er sich 1999 in „Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention“ (DGSP) umbenannte. Hierbei spielte vorrangig der Aspekt einer verstärkten Herausstellung des zentralen Begriffes der Prävention eine Rolle. Letztlich begünstigte aber wohl auch das Imageproblem infolge der öffentlichen Verbindung von Sportmedizin mit Doping diese Entscheidung. Indem die Prävention nunmehr Bestandteil der Namensgebung war, differenzierte (und distanzierte) sich der Verband zudem noch deutlicher von den Sportmedizinern, die im Spitzensport tätig waren.

Zunehmend wurden auch die Ärztekammern für Missstände verantwortlich gemacht. So forderte der DSÄB-Weiterbildungsbeauftragte Schnell 1997 eine Vereinheitlichung der WBO auf Bundesebene, da die unterschiedlichen Verfahrensweisen durch die Landesärztekammern immer wieder zu Problemen führten (DSÄB, 1997, S. 304). 2000 kritisierte Schnell erneut die Unbeweglichkeit der Ärztekammern, die sich bisher der Zustimmung einer an die Weiterbildung angeschlossenen „Pflicht-Fortbildung [...], die derjenigen, die in der DDR praktiziert wurde, ähnelt“, verweigert hätten. Zudem habe die geplante „Neuordnung der Muster-Weiterbildungsordnung“ dazu geführt, dass vom DSÄB geplante Veränderungen in den Durchführungsbestimmungen nicht umgesetzt hätten werden können (Schnell, 2000, S. 317).

Grundlegend änderte sich bis zur Jahrtausendwende somit kaum etwas am Status der Sportmedizin, was letztlich auch Auswirkungen auf die Zahlen der Teilnehmer an den Weiterbildungsveranstaltungen hatte. 2002 wurde erneut das „Dasein als Orchideenfach“ beklagt, die Sportmedizin gelte innerhalb der Ärzteschaft nach wie vor als verzichtbar und nicht als „richtiges medizinisches Fachgebiet“ (Böning, 2002, S. 201).

Die dann 2003 von der Bundesärztekammer novellierte (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) verankerte die Sportmedizin im Abschnitt C der Zusatz-Weiterbildungen und hob hierbei die Prävention und Rehabilitation als zentrale, aber auch deutlich im Kontext zum Sport stehende Merkmale hervor:

„Die Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin umfasst, in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz, die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Sportschäden und Sportverletzungen sowie die Untersuchung des Einflusses von Bewegung, Bewegungsmangel, Training und Sport auf den gesunden und kranken Menschen. [...] Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Sportmedizin nach Ableitung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses“ (Bundesärztekammer, 2003, S. 198).

Auf Grundlage dieser Revision der Weiterbildungsordnung erstellte die Ad-hoc-Kommission „Umsetzung der WBO in den Bundesländern“ dann gemeinsam mit dem Deutschen Ärztetag eine (Muster-)Weiterbildungsordnung für die Sportmedizin, die zunächst nicht durch alle Landesärztekammern umgesetzt wurde. Zudem wurde den Ärzten, die die Weiterbildung vor dem Stichtag der Einführung der neuen Ordnung begonnen hatten, eine, je nach Ärztekammer, zwei- bis vierjährige Übergangsphase eingeräumt, in der sie nach der alten Weiterbildungsordnung ihre Qualifikation erwerben konnten. Ein zentrales Element der novellierten MBWO war die vorgesehene Einführung einer Abschlussprüfung, die damit auch in der (Muster-)Weiterbildungsordnung für die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ verankert wurde. Die „Durchführungsbestimmungen“ veränderten sich

hinsichtlich der Stundenzahlen sowie der Kategorien, in denen Kurse besucht werden mussten, dagegen nicht, die deutlichste Neuerung neben der Prüfung war die, dass nunmehr nicht mehr allein die Approbation zur Teilnahme an der Fortbildung ausreichte, sondern auch eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung notwendig war.³² Die Weiterbildungszeit betrug 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Sportmedizin in einer sportmedizinischen Einrichtung. Diese war anteilig ersetzbar durch 240 Stunden Kurs-Weiterbildung in der Sportmedizin sowie 120 Stunden sportärztlicher Tätigkeit in einem Sportverein oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung innerhalb von mindestens 12 Monaten (Bundesärztekammer, 2003, S. 198).

Innerhalb der Weiterbildung sollte der „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten“ in

- › sportmedizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- › den allgemeinen und sportmedizinisch relevanten Grundlagen des Sports,
- › den physiologischen und ernährungsphysiologischen Grundlagen der Sportmedizin,
- › den sportmedizinischen Aspekten der einzelnen Sportarten einschließlich geschlechtsspezifischer Besonderheiten,
- › den sportmedizinischen Aspekten des Breiten- und Freizeitsports, des Leistungs- und Hochleistungssport, des Behinderten- und Alterssports,
- › den psychologischen Problemen des Sports,
- › der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie einschließlich der Doping-Problematik,
- › der sportmedizinischen Prävention und Rehabilitation,
- › der sportlichen Belastbarkeit im Kindes- und Jugendalter,
- › den gesundheitlichen Belastungen des Haltungs- und Bewegungsapparates beim Sport und
- › der Sportpädagogik gewährleistet werden (Bundesärztekammer, 2003, S. 198).³³

2011 wurde in einem Beschlussantrag auf dem Deutschen Ärztetage gefordert, auch Fachärztinnen und -ärzten für Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ zu ermöglichen. Insbesondere die Arbeitsmedizin habe eine eindeutig

³² Diese Pflicht einer Facharztanerkennung wurde indes nicht von allen Landesärztekammern übernommen, so ist bis heute in Bayern sowie bei der Ärztekammer Nordrhein der Facharzt keine Voraussetzung für den Erwerb der „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ (<http://www.dgsp.de/seite/278037/weiterbildung.html>). Als Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung gelten Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie (Muster-Logbuch, 2011, S. 6). Die häufigsten Fachrichtungen mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin sind Orthopädie und Innere Medizin sowie Allgemeinmedizin. Vgl. hierzu auch das Ergebnis der Umfrage von Windgaßen (2019, S. 77).

³³ Seit dem Jahr 2014 ist es zudem möglich, „im Rahmen des Kongresses [der DGSP], Weiterbildungsstunden für die Zusatzbezeichnung Sportmedizin erwerben zu können“ (Nieß, 2014, S. 175).

präventive Ausrichtung mit dem Ziel der Gesundheitsvorsorge, der Gesundheitserhaltung und -förderung am Arbeitsplatz wie auch die Förderung sportlicher Aktivität und Bewegung. Somit solle die MWBO dahingehend erweitert werden, „dass der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin an die Voraussetzung ‚Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen‘ gebunden ist“ (Deutscher Ärztetag, 2011, S. 77). Dieser, letztlich nicht umgesetzte,³⁴ Beschlussantrag hätte dazu geführt, dass zum einen mehr Fachärzte die Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ hätten absolvieren können, zugleich aber auch dazu, dass die DGSP den alleinigen Zugriff auf die Sportmedizin verloren hätte. Er belegt letztlich auch, dass die Prävention keineswegs mehr eine Domäne der Sportmedizin wie noch in den 1960er-Jahren darstellt, sondern auch von anderen Disziplinen in der Medizin repräsentiert wird.

Aktuell entsprechen die grundsätzlichen Bedingungen für die Erlangung der „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ weitgehend denen von 2003. Als Voraussetzungen gelten eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung, zudem 240 Stunden Kurs-Weiterbildung in Sportmedizin und 120 Stunden sportärztliche Tätigkeit in einem Sportverein oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung innerhalb von mindestens 12 Monaten. Die Vereinsbetreuung kann während der Kursweiterbildung absolviert werden. Die 240 Stunden Kurs-Weiterbildung sind anteilig ersetzbar durch eine ganztägige Weiterbildung von 12 Monaten bei einem Weiterbildungsbeauftragten in einer sportmedizinischen Einrichtung. Es erfolgt eine obligatorische Abschlussprüfung bei der zuständigen Landesärztekammer. Die Bedingungen für die Anerkennung der ganztägigen Weiterbildung und für die einjährige sportärztliche Tätigkeit im Sportverein sind detailliert vorgeschrieben, wobei auf regionale Unterschiede im Anerkennungsprozess je nach zuständiger Landesärztekammer hingewiesen wird (<http://www.dgsp.de/seite/278037/weiterbildung.html>).

Demgegenüber wurden die Inhalte wie auch die Nachweisverfahren deutlich differenziert und damit die Erlangung der Zusatzbezeichnung erschwert: „Sie war damals [2000] ganz einfach, viel unkomplizierter als heute, man musste lediglich einen 240-Stunden-Kurs absolvieren“ (Mader, 2017, S. 56).

Zur Vereinfachung der in §8 der aktuellen MWBO geforderten Dokumentation der Weiterbildung wurden für jedes Fachgebiet (Muster-)Logbücher erstellt. Diese Formulare sind obligater Bestandteil des Antrags auf Zulassung zur Prüfung bei der jeweiligen Ärztekammer. Hierzu müssen die Logbücher ausgefüllt und handschriftlich unterschrieben bei der zuständigen Ärztekammer eingereicht werden ((Muster-Logbuch, 2011). Im (Muster-)Logbuch müssen alle absolvierten Weiterbildungsinhalte handschriftlich nachgehalten werden. Die hierbei nachzuweisenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechen denen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung von 2003 (Muster-Logbuch, 2011, S. 4; Bundesärztekammer, 2003, S. 198).

Des Weiteren müssen die Teilnehmer der Weiterbildung, sofern dies nicht bereits Bestandteil der Facharzt-Weiterbildung war, Kenntnisse in grundlegenden Themenbereichen ärztlicher Tätigkeit nachweisen wie ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen, Qualitätsmanagement, Gesprächsführung, psychosomatische Grundlagen, Befunddokumentation, labortechnisch gestützte Nachweisverfahren, medizinische Notfallsituationen, Grundlagen der Pharmakotherapie, Schmerztherapie, psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit, gesundheitsökonomische Auswirkungen ärztlichen Handelns oder Strukturen des Gesundheitswesens (Muster-Logbuch, 2011, S. 3).

Ergänzend zu den Logbüchern gibt es Kursbücher. Bei den (Muster-)Kursbüchern handelt es sich um methodische Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalte sowie Lernziele für die in der jeweiligen Zusatz-Weiterbildung geforderten Kurse nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung und den (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (Muster-Kursbuch, 2011). Das (Muster-)Kursbuch

³⁴ In der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung werden die Qualifikationen „Arbeitsmedizin“ und „Öffentliches Gesundheitswesen“ nicht unter den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung aufgeführt, die als Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ gelten.

Sportmedizin gibt detailliert Aufschluss über den Ablauf und die Inhalte der Weiterbildungskurse. Grundsätzlich kann die Kurs-Weiterbildung mittels theoretischer sowie mittels praktischer Veranstaltungen durchgeführt werden, wobei dem häufig kritisierten „Freizeitcharakter“ der Weiterbildung dadurch entgegengewirkt wird, dass explizit festgestellt wird: „Ein „systematisches körperliches Training der Teilnehmenden, Wettkämpfe, Freizeitaktivitäten und Besichtigungstouren zählen nicht zur Weiterbildung, sondern zu den Pausen, d.h. werden nicht auf die Kurs-Stunden angerechnet“ (Muster-Kursbuch, 2011, S. 5). Wie zuvor umfasst die Kurs-Weiterbildung 240 Stunden, die sich in 120 Stunden „Theorie und Praxis der Sportmedizin“ und 120 Stunden „Theorie und Praxis sportmedizinischer Aspekte des Sports“ aufgliedern (Muster-Kursbuch, 2011, S. 6).

Auch die Bereiche der Weiterbildung sind nunmehr gegenüber früheren Durchführungsbestimmungen dezidierter:

A) Biologische Grundlagen der Sportmedizin (20 Unterrichtseinheiten [UE])

Anatomische und physiologische Grundlagen. Allgemeine und sportartspezifische Belastungen im Sport. Beanspruchung und Anpassung von Funktionssystemen und Organen u. a. (10 UE)

Körperliche Leistungsfähigkeit und ihre Beurteilung in Abhängigkeit von Lebensalter, Geschlecht und sportlicher Aktivität u. a. (5 UE)

Übung und Training. Ermüdung, Erholung u. a. (5 UE)

B) Motorik, Stütz- und Bewegungsapparat (30 UE)

Anatomische und physiologische Grundlagen des Stütz- und Bewegungsapparates, Untersuchungsgang u. a. (5 UE)

Funktionelle Beeinträchtigungen, Krankheiten u. a. (10 UE)

Schäden sowie Verletzungen und deren Verhütung u. a. (5 UE)

Rehabilitation von Schäden und Krankheiten u. a. (5 UE)

Behandlung und Sporttauglichkeit bei Schäden und Krankheiten, phys. Therapie, Tapes u. a. (5 UE)

C) Ernährung, Pharmaka, Dopingproblematik, Umwelt (10 UE)

Physiologie der Ernährung, gesunde, sportgerechte Ernährung, Substitution Pharmaka, Medikamentenmissbrauch, Dopingproblematik und Dopingnachweise (7 UE)

Umwelteinflüsse, Temperatur, Höhe, Tiefe (3 UE)

D) Sinnesorgane, Nasen-Rachenraum, Haut (5 UE)

Gesichts-, Hör-, Gleichgewichtssinn, Nasenrachenraum, Kiefer, Zähne, Haut u. a. (5 UE)

E) Herz-Kreislaufsystem, Atemapparat, Blut und blutbildende Organe (20 UE)

Herz-Kreislaufsystem und Atmung I: Physiologie, Funktionsanpassung u. a. (5 UE)

Herz-Kreislaufsystem und Atmung II: Schäden, Therapie u. a. (10 UE)

Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit, Prävention durch Sport, Blut- und blutbildende Organe u. a. (5 UE)

- F) Verdauungsapparat, Stoffwechsel, Wasser-Elektrolyt- Haushalt, Niere und harnableitende Wege, Hormone, Immunsystem, Infektionen, Tumore (15 UE)

Stoffwechsel, Verdauungsapparat, Nieren und harnableitende Wege u. a. (5 UE)

Wasser-, Elektrolyt-, Säure-Basen-Haushalt u. a. (5 UE)

Hormonelle Systeme, Immunsystem, Infektionen, Tumor-Erkrankungen u. a. (5 UE)

Lebensalter und Geschlecht (10 UE)

Sportmedizinische Aspekte des Sportes mit Kindern (5 UE)

Sportmedizinische Aspekte des Breiten- und Leistungssports im Bereich des Sportes gesunder Männer und Frauen (5 UE)

- G) Nervensystem und Psyche (5 UE)

Sportmedizinische Problematik des peripheren und Zentral-Nervensystems (einschl. des vegetativen Nervensystems) im und durch Sport, Trainings- und Anpassungsvorgänge u.a. (5 UE)

- H) Ethik, Geschichte, Recht, Politik, Organisation der Sportmedizin und des Sports (5 UE)

„Ethische, historische, rechtliche, sozial- und gesundheitspolitische sowie organisatorische Aspekte der Sportmedizin und des Sportes“ (5 UE) (Muster-Kursbuch, 2011, S. 8 f.).

Anhand dieser zu absolvierenden Blöcke sollen die Kursteilnehmer Faktenwissen, Handlungs- und Begründungswissen sowie Handlungskompetenz in diesen Bereichen erlangen:

„[...] die biologischen Determinanten von Bewegung in seinen vielfältigen Erscheinungsformen und seinen Wechselwirkungen mit dem gesunden und kranken Organismus darstellen können. [...] die individuelle Interaktion zwischen dem Sporttreibenden und dem Sport abschätzen und erklären können und die Möglichkeiten und Grenzen in der Reaktion und Adaptation des Organismus beurteilen können. [...] Techniken und Verfahren anwenden können, um beim gesunden und kranken Sporttreibenden jeden Alters Leistungs- und Belastungsfähigkeit zu ermitteln und individuumsbezogene Beratungskompetenz für Sporttreibende mit unterschiedlichen Intentionen, Zielsetzungen oder Indikationen“ (Muster-Kursbuch, 2011, S. 12).

Die 120 Stunden zur „Theorie und Praxis der sportmedizinischen Aspekte des Sports“ sind in neun Blöcke eingeteilt und umfassen:

- › Allgemeine sportmedizinisch relevante Grundlagen des Sports
- › Sportmedizinische Aspekte des Turnens, der Gymnastik, des Wasserspringens, des Tanzes
- › Sportmedizinische Aspekte der Sportspiele und des Freizeitsports
- › Sportmedizinische Aspekte des Wassersports (Schwimmen, Tauchen, Bootssport)
- › Sportmedizinische Aspekte des Kraft- und des Kampfsports sowie der Rückschlagspiele
- › Sportmedizinische Aspekte des Behinderten-, Rehabilitations- und Seniorensports
- › Sportmedizinische Aspekte der Leichtathletik
- › Sportmedizinische Aspekte des Winter-, Berg- und Radsports sowie des Wanderns
- › Sportmedizinische Aspekte des Reit-, Flug-, Schieß-, Golfsports, der Akrobatik u. a. (Muster-Kursbuch, 2011, S. 10 f.).

Die Teilnehmer werden auch hier in den genannten drei Kompetenzbereichen geschult, um „einen Überblick über den Sport in seiner Vielfältigkeit, seinen Determinanten und möglichen Einsatzfeldern und deren sportmedizinische Grundlagen“ zu erhalten, außerdem „die individuelle Interaktion zwischen dem Sporttreibenden und dem Sport erfassen und erklären können“ sowie „Beratungskompetenz entwickeln, das heißt konkrete Handlungsanweisungen individuumsbezogen formulieren“ zu können (Muster-Kursbuch, 2011, S. 24).

Die sportmedizinische Weiterbildung hat somit insbesondere seit der Jahrtausendwende durch eine Ausweitung, Verschärfung und Präzisierung der Kriterien zur Erlangung der „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ an Qualität gewonnen, vor allem die Inhalte der sportmedizinischen Weiterbildung wurden seit der Wiedervereinigung, insbesondere nach 2003, weiterentwickelt und ausdifferenziert. Zugleich blieben die Prävention und Rehabilitation zentrale Bereiche der sportmedizinischen Weiterbildung. Unverkennbar ist, dass die Qualitätszunahme der Weiterbildung eng an Maßnahmen der Bundesärztekammer zur Qualitätssteigerung der Weiterbildungen allgemein geknüpft war. Dennoch steht die Weiterbildung nach wie vor in der Diskussion. So stießen sowohl die Prüfungen als auch insbesondere die in den meisten Ländern verankerte Voraussetzung eines Facharztes auf Kritik, sodass die DGSP beim Deutschen Ärztetag beantragt hat, den Facharzt nicht mehr vorzuschreiben (Schnell, 2016, S. 317).³⁵

5.3 Die Aufnahme in die Ärztliche Approbationsordnung seit der Wiedervereinigung

Auch nach der Wiedervereinigung blieb der DSÄB darum bemüht, die Sportmedizin in der Ärztlichen Approbationsordnung zu verankern. Ausgehend von der Erkenntnis, dass der „Versuch, eine sehr bescheidene sportmedizinische Ausbildung in den klinischen Abschnitt des Studiums einzufügen, [...] wieder einmal gescheitert“ sei (Böning, 1990, S. 111) und die „Vermittlung sportmedizinischen

³⁵ Diese Thematik der Verknüpfung von Facharzt und Weiterbildung wurde bereits 2004 in grundsätzlicher Perspektive auf dem 107. Deutschen Ärztetag diskutiert, da, so die Argumentation der Gegner dieser Regelung, eine Kopplung aller Qualifikationen (Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen) an eine Facharztweiterbildung gleichzusetzen wäre mit einer Abwertung der Approbation (Deutscher Ärztetag, 2004).

Wissens im ärztlichen Bereich [...] der Weiterbildung vorbehalten“ bleibe (Kommission „Gesundheit“ des Bundesausschusses für Wissenschaft, Bildung und Gesundheit des DSB, 1990, S. 250), suchte man noch während der Verhandlungen um einen Zusammenschluss der beiden Sportärztebünde neue Initiativen hierzu in die Wege zu leiten, erneut teilweise in bewusster Kooperation mit dem DSB. Die Kommission „Gesundheit“ des Bundesausschusses für Wissenschaft, Bildung und Gesundheit des DSB erklärte 1990, dass das „akzeptierte System der Weiterbildung im Fach Sportmedizin [...] angesichts der wachsenden Bedeutung des Sports und des großen Interesses der Ärzteschaft einer Weiterentwicklung“ bedürfe und stellte hierzu einen Katalog an Forderungen auf, an deren erster Stelle die Aufnahme in die Approbationsordnung stand: „(1) Die Sportmedizin muß in den Ausbildungskatalog der Universitäten, d.h. in die Prüfungs- und Approbationsordnung aufgenommen werden“ (Kommission „Gesundheit“ des Bundesausschusses für Wissenschaft, Bildung und Gesundheit des DSB, 1990, S. 250).

In den 1990er-Jahren intensivierte der DSÄB seine Anstrengungen zwar, u.a. auch durch die Einrichtung einer Kommission „Approbationsordnung“, zugleich zeigte sich, dass die Sportmedizin als Fach innerhalb der Humanwissenschaften nicht nur keine Zunahme an Akzeptanz erfuhr, sondern im Gegenteil an Relevanz verlor. Dies hatte zweifelsohne zum einen damit zu tun, dass – wie ja bereits der Bundesrats-Ausschuss in seinem ablehnenden Gutachten hervorgehoben hatte (vgl. 4.4.1) – das zentrale Argument des DSÄB hinsichtlich des Stellenwertes der Sportmedizin, das der Förderung der Gesundheit durch Prävention, in den 1990er-Jahren mehr und mehr zu einem Aspekt wurde, der von allen patientenorientierten Fachdisziplinen in den Vordergrund gestellt wurde. Den Status eines „Hüters der Volksgesundheit“ hatte die Sportmedizin schon lange verloren. Hinzu kam zum anderen, dass im Zuge der Aufdeckung der Dopingpraktiken sowohl in der ehemaligen DDR als auch im internationalen wie nationalen Spitzensport der öffentliche Imageverlust der Sportmedizin fast dramatisch zunahm. Beide Entwicklungen trugen dazu bei, dass statt der Sportmedizin andere, politisch unbelastete Disziplinen, die sich ebenfalls der Prävention und der Rehabilitation verschrieben hatten, nunmehr gegenüber der Sportmedizin den Vorzug erhielten. So wurde der Facharzt für Arbeitsmedizin als klassisches ärztliches Fachgebiet der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation eingeführt. Die vollständige Anerkennung des Bereiches Arbeitsmedizin durch die Einführung eines Facharztes für Arbeitsmedizin wurde seitens des DSÄB aufgrund der zur Sportmedizin analogen Tätigkeitsfelder als „problematisch“ gesehen (Felten, 1993, S. 183). 1993 wurde zudem durch den Ärztetag im Rahmen der Novellierung der Weiterbildungsordnung „urplötzlich“ und gegen den Widerstand des DSÄB, der dies als „Affront“ wertete, der Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin eingeführt, „der sehr stark in den Tätigkeitsbereich der traumatologisch tätigen Sportmedizin hineinwirkt“ (Schnell, 1993b, S. 327).

Nicht zuletzt diese beiden Maßnahmen, die zwar von einer Aufwertung der Prävention und Rehabilitation in den Humanwissenschaften zeugten, aber aus DSÄB-Sicht zulasten der Sportmedizin erfolgten, führten dem DSÄB die zunehmende Relevanz der von der Sportmedizin vertretenen Themen vor Augen, zugleich verwiesen sie aber auch auf den Bedeutungsverlust der Sportmedizin. Aufrufe im DSÄB-Organ, dass die „schon bisher überaus verdienstvollen wie nachhaltigen Bemühungen vieler Beteiligter [...] umgehend wieder aufgenommen und verstärkt fortgeführt werden sollten, [da] die Aufnahme des Fachgebietes ‚Sportmedizin‘ in die ärztliche Approbationsordnung [...] unabdingbar“ sei, zeugen nicht zuletzt von einer gewissen Hilflosigkeit, da sie inhaltlich redundant waren (Felten, 1993, S. 183).

Ein zentraler Akteur im Bestreben einer fachlichen Aufwertung der Sportmedizin in den 1990er-Jahren war der DSÄB-Präsident Wildor Hollmann. Hollmann, Leiter des Kölner „Instituts für Sportmedizin und Kreislaufforschung“, war ein über die Sportmedizin hinaus renommierter und mehrfach ausgezeichnete Kardiologe und in vielen politischen und fachlichen Gremien vertreten, u.a. bis 1992 als Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Wenngleich er über eine „Ablehnung der Sportmedizin auf verschiedenen politischen Ebenen“ berichtete, gelang es ihm und dem DSÄB dennoch, die Frage einer Aufnahme der Sportmedizin in die Approbations-

ordnung zumindest in der Diskussion zu halten. Mitte der 1990er-Jahre schienen die anhaltenden Bemühungen dann auch tatsächlich Früchte zu tragen. Der damalige Bundesgesundheitsminister Seehofer sah „in einem Gespräch mit Prof. Hollmann [...] eine realistische Möglichkeit“ zur Aufnahme der Sportmedizin in die ÄAppo (DSÄB, 1994, S. 216), der zuständige Ministerialdirektor im Bundesgesundheitsministerium, Rudolf Grupp, habe daraufhin „dem Sportärztebund zugesagt, das Anliegen zu prüfen und gegebenenfalls die Sportmedizin in den Kanon der Wahlpflichtfächer aufzunehmen“ (o.V., 1994, o.S.). 1995 wurde dann in der „Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin“ verkündet, seitens des Gesundheitsministeriums liege eine schriftliche Mitteilung vor, dass in dem im Oktober 1995 vorliegenden Referentenentwurf des Ministeriums für eine novellierte Approbationsordnung die Sportmedizin unter den derzeit 39 Wahlpflichtfächern berücksichtigt werden solle (DSÄB, 1994a, S. 216; Rieh & Ritthaler, 1995, S. 387). Auf dem 1995 stattfindenden 34. Deutschen Sportärztekongress wurde – geradezu euphorisch – bekanntgegeben, das Bundesministerium für Gesundheit habe die Bedeutung der Sportmedizin vor allem in Prävention und Rehabilitation erkannt und setze sich aktiv für „die beiden großen Ziele des DSÄB“ ein: die Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung und die Einführung des Facharztes für Sportmedizin – wengleich die Entscheidung hierüber letztlich bei der Ärzteschaft liege (Künstlinger, 1995, S. 550).

Tatsächlich erwiesen sich die diesbezüglichen Hoffnungen erneut als verfrüht. Das zentrale Thema der Ärztetage 1996 und 1997 war nicht so sehr die Frage der Erweiterung der Approbationsordnung durch neue fachliche Inhalte, sondern die Umsetzung einer seit Langem diskutierten praxisnäheren Ausbildung während des Medizinstudiums. Im Mittelpunkt stand auf den Ärztetagen 1996 und 1997 die Reform der Approbationsordnung etwa durch die Abschaffung der AiP-Zeit, um einen deutlicheren Praxisbezug in der Ausbildung zu erreichen – über Sportmedizin wurde nicht debattiert (Deutscher Ärztetag, 1996, bes. S. 70; 1997). Auch im darauffolgenden Jahr findet sich auf dem 100. Deutschen Ärztetag kein Hinweis auf die Sportmedizin. Es wurde weiterhin die Reform des Medizinstudiums grundsätzlich gefordert und die Abschaffung des AiP im Speziellen (Deutscher Ärztetag, 1997).

Auch erneute Initiativen des DSÄB bzw. ihres Präsidenten Hollmann blieben erfolglos. Hollmann erkundigte sich vor dem Ärztetag 1998 bei der Bundesärztekammer, „ob der DSÄB zu seiner Positionstärkung zusätzliche Einlassungen nachreichen soll, oder welche anderen Maßnahmen dem Erreichen des Zieles dienlich sein könnten“ (DSÄB, 1997, S. 303). Die Mitglieder des DSÄB wurden zudem aufgefordert, „nach ihren Möglichkeiten zu intervenieren“, damit die Aufnahme der Sportmedizin in die ÄAppO im Jahr 1998 erfolge (DSÄB, 1997, S. 303).³⁶ In den Beschlussprotokollen der Deutschen Ärztetage aus den Jahren 1998 und 1999 findet sich allerdings erneut kein Hinweis auf die Sportmedizin, selbst nicht auf die Ärztliche Approbationsordnung im Allgemeinen (Deutscher Ärztetag, 1998; 1999). Ebenso wenig findet die Sportmedizin im Beschlussprotokoll des Jahres 2000 Erwähnung, das erneut die Forderung einer Novellierung der Approbationsordnung zum Zwecke der Qualitätsverbesserung in den Mittelpunkt stellte (Deutscher Ärztetag, 2000, S. 5 f.).

Die Aufnahme der Sportmedizin in die ÄAppo scheiterte letztlich auch an verschiedenen Auffassungen zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und dem Medizinischen Fakultätentag als Interessenvertretung der medizinischen Hochschulfakultäten:

„Es ist nicht möglich gewesen, eine Übereinstimmung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Deutschen Medizinischen Fakultätentag zu erzielen. Zwei die Sport-

³⁶ Letztlich war es indes nicht allein der DSÄB, der von einer Aufnahme der Sportmedizin in die novellierte ÄAppo ausging. Auf der Konferenz der Sportreferenten der Bundesländer im Februar 1998 in Hamburg stellte die Frage der Aufnahme der Sportmedizin einen Tagesordnungspunkt dar (TOP 12). Diesbezüglich wurde bekanntgegeben, dass die Sportmedizin „im gegenwärtigen Gesetzentwurf [...] enthalten sei“, in den „Ausschüssen sei die Sportmedizin nicht mehr strittig“ und in der Kommentierung als „Kernfach“ angegeben (Protokoll der Sportreferentenkonferenz am 19./20.2.1998 in Hamburg, S. 12; BArch B106/165599).

medizin enthaltende Entwürfe divergierenden Inhaltes sind für eine zu erarbeitende Stellungnahme an die Bund-Länder-Kommission zurückgegeben worden; bis Ende des Jahres 1997 soll auf der Basis dieser Stellungnahme ein endgültiger Referentenentwurf vorliegen, welcher im Laufe des Jahres 1998 diskutiert wird“ (DSÄB, 1997, S. 303).

Letztlich verzögerte sich die Verabschiedung der Gesetzesnovelle auch durch die Bundestagswahl im September 1998 (Protokoll Sportreferentenkonferenz am 4./5.6.1998 in Oldenburg, TOP 12; BArch B106/165599). In der ablaufenden Legislaturperiode wurde 1997 zunächst eine modellhafte Umsetzung der Inhalte der neuen Approbationsordnung beschlossen, die auch die Sportmedizin berücksichtigte, an ausgewählten Universitäten, was frühestens zum Wintersemester 1998/1999 möglich sei. Eine Entscheidung bezüglich einer bundesweiten Änderung sei nicht vor dem Jahr 2000 zu erwarten (DSÄB, 1997, S. 303). 1999 gab der neue Verbandspräsident, der Freiburger Universitätsmediziner Josef Keul, dann bekannt, dass „die Fortschreibung und die Erneuerung der Approbationsordnung allerdings zurückgestellt worden [ist], so dass die offenen Fragen zur Einbringung der Sportmedizin in die Approbationsordnung erst wieder im nächsten Jahrhundert aktuell bearbeitet werden können“ (Keul, 1999, S. 209; vgl. auch Nowacki, 2000, S. 119 f.). Keul plädierte aber für weitere Bemühungen unter Einbeziehung der Politik. Die Bedeutsamkeit des Faches, „welches für die Volksgesundheit sowohl im Bereich der Prävention als auch der Rehabilitation grundlegende Arbeiten geschaffen und neue Wege aufgezeigt hat“, erfordere dies. Diese Erkenntnisse, so Keul, müssten bereits den Medizinstudenten durch Vorlesungen vermittelt werden, damit sie in der zukünftigen praktischen Tätigkeit als Arzt einen entsprechenden Stellenwert erlangten. Zudem würde eine „Aufnahme in die Approbationsordnung [...] auch die Schaffung eines Facharztes für Sportmedizin wesentlich erleichtern“. Die Einführung neuer Facharztqualifikationsmöglichkeiten seit der Wiedervereinigung hätten es zwar erschwert, den Facharzt für Sportmedizin durchzusetzen, andererseits sei die grundsätzliche Diskussion über Anzahl und Art der möglichen Facharztweiterbildungen auch eine Chance für die Sportmedizin, sich in diese Diskussion wieder und weiterhin einzubringen und ihre Notwendigkeit argumentativ darzulegen (Keul, 1999, S. 209).

Letztlich gelang es der Sportmedizin nach der Jahrtausendwende, einen ersten Erfolg hinsichtlich ihrer Bemühungen zur Aufwertung des Faches im Medizinstudium zu erreichen. Im Rahmen der modellhaften Umsetzung der Approbationsordnung hatte die medizinische Fakultät der Universität Tübingen Sportmedizin als Wahlpflichtfach eingeführt: „Dieses ‚Tübinger Modell‘ wird bereits jetzt von einer ganzen Reihe Fakultäten ebenfalls favorisiert“ (DGSP, 2000, S. 221).

Tübinger Klinische Specials (TuKliS)
Tübinger Curricula Klinische Forschung (TuKliF)

SS 2000

„Sportmedizin in Theorie und Praxis für Studierende der Medizin“

3 SWS

1 SWS Seminar und sportpraktische Aktivität als Gruppenarbeit
 2 SWS Praktische Umsetzung

Im Kontext der neuen Approbationsordnung als Wahlpflichtveranstaltung
 30 Stunden werden für die Zusatzbezeichnung Sportmedizin bescheinigt

Inhalte:

Exercise Physiology, sportmedizinische Prävention und Rehabilitation, sportmedizinische Untersuchungsmethoden, Ernährung und körperliche Leistungsfähigkeit, spezielle Probleme des Jugend-, Kinder- und Alterssports, spezielle Probleme des Frauensports

Leitung und Organisation:
 Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Hermann DICKHUTH

Am Unterricht beteiligte Abteilungen:
 Abt. Sportmedizin der Medizinischen Klinik – Kinderklinik –
 Orthopädische Klinik – BG-Unfallklinik – Institut für Sportwissenschaft

Abb. 2.5 Das „Modell Tübingen“ (Nowacki, 2000, S. 120)

Nachdem seit den 1960er-Jahren Bestrebungen im Gange waren, die Sportmedizin im Medizinstudium zu verankern, war diese somit zu diesem Zeitpunkt zumindest in einem Modellversuch an einem Standort in der Bundesrepublik in die Approbationsordnung integriert. Die Hoffnungen der DGSP beruhten nun auf der flächendeckenden Einführung:

„Der jetzigen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt wünschen wir, dass es ihr noch im Jahr 2002 gelingen möge, die Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO, Bundesratsdrucksache 1040/97 vom 19. Dezember 1997), die vom Bundesrat bisher noch nicht genehmigt ist und in der die Sportmedizin als Wahlpflichtveranstaltung aufgenommen wurde, Gesetz werden zu lassen. Dies wäre eine bescheidene Hoffnung für eine positive Zukunft der Deutschen Sportmedizin im präventiven, kurativen und rehabilitativen Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland“ (Nowacki, 2001, S. 9).

2002 wurde, nachdem die bereits im Jahr 1997 gefertigte Änderungsvorlage der Approbationsordnung vom Bundestag beschlossen worden war, die Sportmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte als Wahlpflichtfach integriert. Sie zählte damit ab dem Wintersemester 2003/2004 zu den Wahlfächern des Medizinstudiums (Steinacker, 2002, S. 5; DGSP, 2002, S. 155; Dickhuth, 2002, S. 305):

„Bis zum ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und bis zum Beginn des Praktischen Jahres ist jeweils ein Wahlfach abzuleisten. Für den Ersten Abschnitt kann aus den hierfür angebotenen Wahlfächern der Universität frei gewählt werden, für den Zweiten Abschnitt können ein in der Anlage 3 zu dieser Verordnung genanntes Stoffgebiet oder Teile davon gewählt werden, soweit sie von der Universität angeboten werden. Die Leistungen im Wahlfach werden benotet. Die Note wird jeweils in das Zeugnis nach dem Muster der Anlage 12 zu dieser Verordnung aufgenommen, ohne bei der Gesamtnotenbildung berücksichtigt zu werden“ (DGSP, 2002, S. 155).

Zudem wurden sportmedizinische Inhalte in Form von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Querschnittsbereichen „Prävention, Gesundheitsförderung“ sowie „Rehabilitation, Physikalische Medizin“ verankert, die im Studium zwischen dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und dem Praktischen Jahr absolviert werden müssen. Diese Neuerung ermöglichte aus Sicht der DGSP „der Sportmedizin nun auch eine stärkere Anbindung an das Medizinstudium und damit an die medizinische Fakultät“ (DGSP, 2002, S. 155). Symptomatisch für die über Jahre gehegten, immer wieder enttäuschten und dann zumindest in Teilen verwirklichten Hoffnungen war die Reaktion des DGSP-Mitglieds Böning:

„Als letzte Hoffnung blieb die geplante Novellierung der Approbationsordnung. Der Entwurf, der seit 1997 in den Schubladen des Bundesgesundheitsministeriums schlummerte, enthielt eine Liste mit Wahlfächern, in denen man einen für die Zulassung zum zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung nötigen Schein machen kann. Dabei war Sport- und Bewegungsmedizin. Außerdem waren vor dem Praktischen Jahr Leistungsnachweise in Querschnittsbereichen vorgesehen, die sportmedizinische Anteile enthalten [...]. Im Jahr 2001 kündigte die neue Gesundheitsministerin Schmidt an, dass sie die Novelle vor den Wahlen durchbringen wolle. Endlich einigten sich die Länder, und am 26. April 2002 kam es zur Abstimmung im Bundesrat. Vom Medizinhistoriker der Freien Universität Berlin erfuhr ich, dass die Novelle mit 52 Änderungen angenommen worden war. Er mailte mir die umfangreichen Unterlagen. [...] Schließlich fand ich den vollen Text: Bewegungsmedizin war gestrichen, aber Sportmedizin stand noch da! Ein Stein fiel mir vom Herzen“ (Böning, 2002, S. 201).

Der DGSP-Präsident Dickhuth sah vor allem die hierdurch gelegte Grundlage einer sportmedizinischen Vorbildung von angehenden Ärzten:

„Durch die zukünftige Etablierung der Sportmedizin als Wahl-(pflicht)fach und Querschnittsbereich wird diese Basis [einer sportmedizinisch ausgebildeten Ärzteschaft] verbreitert und stabilisiert und kann deshalb in ihrer Bedeutung gar nicht überschätzt werden“ (Dickhuth, 2002, S. 305).

Zur Gewährleistung der Etablierung der Sportmedizin an den Hochschulen forderte Dickhuth eine enge Vernetzung mit den Medizinischen Fakultäten; aber auch die Zusammenarbeit mit der Sportwissenschaft solle bestehen bleiben sowie der Wissenstransfer zwischen Sport und Medizin ausgebaut werden. Dennoch war aus Sicht Dickhuths die Anbindung an die Medizin wichtiger als die zur Sportwissenschaft. Hierzu müssten die Qualitätsanforderungen der Hochschulen und die Standards der Medizinischen Fakultäten berücksichtigt werden, was in der Vergangenheit nicht immer der Fall gewesen sei (Dickhuth, 2002, S. 306). Der ehemalige Lehrstuhlinhaber für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin an der TU München, Dieter Jeschke, betonte die positive Entwicklung des Faches Sportmedizin, das sich vom „Orchideenfach“ weiterentwickelt und sich nun einen festen Platz in der deutschen „Universitätslandschaft“ erarbeitet habe. Die Sportmedizin habe sich ein eigenständiges Profil erworben, indem sie an den unterschiedlichen Standorten Forschung betrieben habe, die grundlegend, anwendungsbezogen und klinisch sei. Zudem erfülle die Sportmedizin durch die verpflichtende Lehre im Sportstudium und im Medizinstudium wie auch durch ärztliche Dienstleitungen ihre Verpflichtungen, die spezifisch in den Bereichen Leistungssport, Breitensport und Rehabilitationssport lägen (Jeschke, 2003, S. 101).

Im Zuge der zunehmenden Debatten um die verstärkte Berücksichtigung der Prävention etwa durch eine entsprechende Gesetzgebung ergingen auch vonseiten der DGSP erneut Forderungen, die Sportmedizin über den Wahlpflichtbereich hinaus noch stärker im Medizinstudium zu verankern. Im Jahr 2013 wurde dann auf dem Deutschen Ärztetag über Prävention debattiert. Es wurde festgestellt, dass diese im Sinne eines „Rezeptes für Bewegung“ im Gesundheitswesen mehr Beachtung finden müsse, etwa durch „verhaltenspräventive Kursangebote“. Die Bundesregierung wurde aufgefordert, Aspekte einer präventiven Gesundheitsvorsorge, vor allem auch hinsichtlich einer Einbeziehung der Krankenkassen, in einem „Präventionsgesetz“ zu verankern. Präventionsmaßnahmen sollten regional angepasst und erarbeitet werden. Zwar wurden die Ärztekammern und die Landessportbünde in diesem Zusammenhang als Akteure benannt, ebenso Institutionen, die in das Thema Gesunderhaltung integriert werden könnten, es müsse zudem geprüft werden, „inwieweit – in Kooperation mit Ärzten – noch stärker als bisher Betriebe, Schulen und andere gesellschaftliche Einrichtungen einzu beziehen sind“. Die Sportmedizin indes wurde, ebenso wie Ärzte mit sportmedizinischer Weiterbildung, an keiner Stelle erwähnt (Deutscher Ärztetag, 2013, S. 237 ff., Zitat S. 240)

Auch im darauffolgenden Jahr war die Prävention ein Thema des Deutschen Ärztetages, dieses Mal auch mit Bezug auf die ärztliche Approbationsordnung. Es wurde im Rahmen der medizinischen Ausbildung eine Stärkung entsprechender ärztlicher Kompetenzen gefordert sowie, als Folgerung hieraus, auch eine entsprechende Einführung von „Vergütungsstrukturen“ für Präventionsleistungen. Zur Erreichung dieser „kompetenzorientierten Ziele“ bedürfe es einer

„Stärkung ärztlicher Zuständigkeiten zur Erkennung von Risikofaktoren und Ressourcen, zur Gesundheitsberatung und motivierenden Gesprächsführung sowie der Vernetzung mit anderen präventionsrelevanten Angeboten und Einrichtungen. Zur Stärkung entsprechender Kompetenzen soll die bestehende strukturierte curriculare Fortbildung ‚Gesundheitsförderung und Prävention‘ der Bundesärztekammer möglichst flächendeckend angeboten werden. Zudem soll Prävention in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) und

in der Weiterbildungsordnung weiter konkretisiert und in den entsprechenden Prüfungen stärker berücksichtigt werden [...] Darüber hinaus sind Vergütungsstrukturen über die Versorgungssektoren hinweg zu schaffen, die die Durchführung der Primärprävention und die Vernetzung mit anderen Angeboten und Einrichtungen angemessen fördern [...] Die Qualitätssicherung und begleitende Evaluation von Präventionsmaßnahmen sowie die Präventionsforschung müssen ausgebaut werden“ (Deutscher Ärztetag, 2014, S. 108).³⁷

Zudem wurde auf dem Ärztetag 2014 erneut die Einführung eines Präventionsgesetzes durch die Bundesregierung gefordert. In dem Zusammenhang wurde insbesondere auf die Bedeutung der Arbeitsmedizin eingegangen, die eine „Lotsenfunktion“ in der Prävention habe. Die „Arbeitsmedizin und die betriebliche Versorgung müssen als zentrale Säule der Gesundheitsvorsorge in Deutschland erhalten und ausgebaut werden“, es müsse zudem zu interdisziplinärer Zusammenarbeit von „kurativer und präventiver Medizin“ kommen (Deutscher Ärztetag, 2014, S. 118). Auch im darauffolgenden Jahr bestimmt diese Thematik mit Blick auf die Involvierung der Ärzteschaft die Diskussion:

„Ein Präventionsgesetz, dass die Ärzteschaft nur am Rande beteiligen will, ist ein Gesetz für Institutionen und nicht für die Menschen in Deutschland. Niemand wird eine Feuerwehr schaffen, wobei die Feuerwehrleute fehlen! Die Begründung findet sich in sich selbst. Es muss mit deutlichen Worten den Verantwortlichen klar gemacht werden, dass Prävention nicht substituiert und nicht ohne Ärzte umgesetzt werden kann“ (Deutscher Ärztetag, 2015, S. 33).

Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ trat dann am 25. Juli 2015 in Kraft (Präventionsgesetz, 2015). Ein Schwerpunkt des Gesetzes war die Einbeziehung der Krankenkassen in die Prävention: „Die Krankenkassen und Pflegekassen sollen jährlich mehr als 500 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen mit insgesamt mindestens rund 300 Mio. Euro jährlich“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Die Debatten um eine Aufwertung der Prävention im Gesundheitswesen bis hin zum Präventionsgesetz erfolgten – erneut – ohne konkreten Einbezug der Sportmedizin, die sich selbst als Wegbereiter der Präventionsmedizin sah (Steinacker, 2015, S. 315f.). Wie bereits 20 Jahre zuvor, als präventions- und rehabilitationsorientierte Disziplinen wie die Arbeitsmedizin den Vorrang vor der Sportmedizin erhielten, schien es so, als ob die Sportmedizin zu einem Zeitpunkt, als die Prävention sich von einem abstrakten Feld medizinischer Aus- und Weiterbildung zu einem konkreten Handlungsfeld ärztlicher Praxis mit entsprechender Honorierung wandelte, an diesem Prozess kaum beteiligt werden sollte.

Die Reaktion der DGSP bestand zunächst darin, erneut einen Bedeutungszuwachs ihrer Disziplin im Rahmen der Approbationsordnung einzufordern – ausgehend von der berechtigten Erkenntnis, dass hier die Basis für eine größere Anerkennung und Einflussnahme liege. Nur wenn das „Fach Sport- und Bewegungsmedizin zentraler und mit einem größeren Anteil in die Curricula der medizinischen Fakultäten wie auch in die klinische Forschung integriert wird“ (Reer, 2011, S. 114), könne die Sportmedizin zu einem „wichtige[n] Motor und Movers werden. Dabei hoffen wir auf die Unterstützung von Ärzte- und Sportverbänden, Ministerien, Hochschulen und Behörden. Ziel muss es sein, das Fach Sportmedizin als Pflichtfach in die Approbationsordnung aufzunehmen“ (Löllgen, 2012b, S. 183). Dennoch blieben Initiativen zur Umsetzung dieser Vorgaben in den letzten Jahren weitge-

³⁷ Konkret wurde die Bereitstellung technischer Instrumentarien für die Praxen zur Erfassung des Gesundheitszustandes der Patienten im Sinne der Vorbeugung gefordert in Hinblick auf Ernährungs- und Bewegungsstatus, Suchtmittelkonsum, psychische und soziale Belastungsfaktoren, zur Erfassung der subjektiven Risikobewertung und Änderungsmotivation auf Seiten des Patienten sowie die Erstellung strukturierter Informationen über qualifizierte Beratungs- oder Kursangebote und frühe Hilfen (Deutscher Ärztetag, 2014, S. 108).

hend aus. In den Beschlussprotokollen des Ärztetages bis 2017 wird die Sportmedizin nur am Rande thematisiert, offenbar wurden geplante Anträge der DGSP in Bezug auf die Aufnahme der Sportmedizin in die ärztliche Approbationsordnung häufig gar nicht erst eingereicht. Demgegenüber findet der Bereich Prävention, allerdings nicht zwingend im Zusammenhang mit sportärztlicher Tätigkeit, zunehmend Erwähnung (vgl. Deutscher Ärztetag, 2014-2017).

Innerhalb der geltenden Approbationsordnung für Ärzte 2002 (Approbationsordnung für Ärzte, 2002, Anlage 3 (zu § 2 Abs. 8 Satz 2)) findet die Sportmedizin aktuell ihren Platz zwischen den Wahlfächern, sowie, indirekt, innerhalb der Querschnittsbereiche. In der Prüfung im Bereich „Physik für Mediziner und Physiologie“ sind ebenfalls die Sportmedizin tangierende Kenntnisse nachzuweisen:

„Zell- und Gewebephysiologie, Funktionsweisen des Herz-Kreislauf-Systems, Atmungssystems, Verdauungssystems, Ausscheidungssystems, endokrinen Systems, Fortpflanzungssystems, zentralen und peripheren Nervensystems (einschließlich der Sinne), Muskel-Skelettsystems, Blut-Lymph-Systeme und des Abwehrsystems des Menschen. Zusammenwirken der Systeme. Adaptive Mechanismen. Lebensaltersabhängige Besonderheiten. Angewandte Physiologie einschließlich Ernährungs-, Sport-, Arbeits- und Umweltphysiologie“ (Approbationsordnung für Ärzte, 2002, Anlage 10 (zu § 23 Abs. 2 Satz 2, § 41 Abs. 2 Nr. 9) Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung).

Die seit den 1960er-Jahren nachvollziehbaren Bemühungen um eine Verankerung der Sportmedizin innerhalb der Approbationsordnung als Basis einer allgemeinen Aufwertung der Sportmedizin waren somit in Teilen erfolgreich. Zugleich belegen gerade die Debatten um eine stärkere Beachtung der Prävention bis hin zu einer expliziten Verankerung in der Approbationsordnung sowie im Gesundheitswesen, die allesamt mehr oder weniger ohne Beteiligung der Sportmedizin bzw. der DGSP stattfanden, erneut den Bedeutungsverlust, den die Sportmedizin seit den 1950er- und 1960er-Jahren in diesem für sie zentralen Themenbereich erfahren hatte. Auch hier spielte ohne Frage der Imageverlust durch die Verknüpfung der Sportmedizin mit Leistungssport und damit Dopingpraktiken eine gewichtige Rolle. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass andere Fachdisziplinen wie die Arbeitsmedizin, die vergleichbare Themen vertritt, deutlich mehr von dieser Beachtung der Prävention profitierte. Die letztlich größte Zielsetzung der Sportmedizin, die Durchsetzung eines Facharztes für Sportmedizin, stand angesichts dieser Entwicklung vor immensen Schwierigkeiten.

5.4 Initiativen für einen Facharzt für Sportmedizin nach 1990

5.4.1 Zwischen Hoffnung und Resignation: die Debatten um den Facharzt in den 1990er-Jahren

Die Wiedervereinigung und der sich daran anschließende Zusammenschluss der beiden Sportärztebünde entfachte die Diskussion um die Einführung des Facharztes für Sportmedizin in der Bundesrepublik erneut. Das Vorhandensein eines derartigen Status in der ehemaligen DDR weckte – kurzzeitig und vergebens – bei westdeutschen Sportmedizinern die Hoffnungen auf eine bundesweite Einführung im Zuge der Anpassungsprozesse im Gesundheitswesen 1990. Nach 1990 erhoben die ehemaligen Sportärzte der DDR Ansprüche auf die Beibehaltung ihres Facharztstatus, zugleich sahen sich die Sportärzte aus dem Westen mit den Unterschieden in den Qualifikationen im Vergleich zu ihren Kollegen aus der ehemaligen DDR konfrontiert (Böning, 1990, S. 111; zur Facharztausbildung in der DDR vgl. Rehmann, 2018). Die ehemaligen DDR-Sportmediziner, die den Weg in den DSÄB gefunden hatten, ließen an ihrem Willen, die in der DDR erlangte Qualifikation nicht so ohne Weiteres aufzugeben, von Beginn an keinen Zweifel:

„Die Gebietsbezeichnung ‚Facharzt für Sportmedizin‘ muß sich in den historischen Stunden der deutschen Vereinigung dem drohenden Untergang entgegenstellen. Zwar gibt es keinerlei ernsthaften Zweifel mehr ob der Existenzberechtigung des Faches, die Forderung nach Einführung des Gebietes in die bundesdeutsche Approbationsordnung – auch auf dem Kongress wiederholt gestellt und bekräftigt – wartet jedoch noch auf ihre Realisierung“ (Dimanski, 1990, S. 391).

Auf der einen Seite wurden in den Diskussionsbeiträgen ab 1990 die Veränderungen im Gesundheitswesen mit der Hinwendung zur Prävention grundsätzlich als günstige Voraussetzung für die Einführung eines Facharztes gesehen (Hollmann, 1991b; 1992; Bringmann, 1991), die Sportmedizin wurde als ein Leistungsträger für „grundsätzliche strategische Richtungen in der Gesundheitsförderung“ postuliert (Schüler, 1990, S. 194), sie sei „der ideale Partner für eine breitangelegte Präventivmedizin im Sinne der Gesunderhaltung und Leistungsförderung vom Kindes- bis zum hohen Alter“ (DSÄB, 1992, S. 30). Auf der anderen Seite überwog bei vielen Sportmedizinern angesichts der Entwicklungen der frühen 1990er-Jahre – die Aberkennung des Facharztstatus der ehemaligen DDR-Sportmediziner, die fehlende Aufnahme der Sportmedizin in den Pflichtfachbereich des Medizinstudiums, die Aufwertung anderer thematisch verwandter Disziplinen wie die Arbeitsmedizin – eine eher resignative Skepsis, die sich in der Auffassung widerspiegelte, dass die Vorstellung eines „in freier Praxis niedergelassenen ‚Arztes für Sportmedizin‘“ eine „Illusion“ sei (Dimanski, 1990, S. 391). Auch der DSB, bei vielen Initiativen einer Stärkung der Sportmedizin Kooperationspartner des DSÄB, sah die Chancen auf Verwirklichung des Facharztes eher negativ:

„(5) Die Frage, ob in Zukunft ein Facharzt für Sportmedizin, wie beispielsweise in der DDR oder in Italien, angestrebt werden sollte, muß bisher eher zurückhaltend beantwortet werden, da in der Bundesrepublik Deutschland von anderen inhaltlichen und organisatorischen Voraussetzungen auszugehen ist“ (Kommission „Gesundheit“ des Bundesausschusses für Wissenschaft, Bildung und Gesundheit des DSB, 1990, S. 250).

Verstärkt erfolgten nunmehr auch Schuldzuweisungen, die Ausdruck der Resignation waren: „Widerstände verschiedener Institutionen“ (DSÄB, 1993, S. 274) trügen Mitschuld an den Misserfolgen, vor allem die Bundesärztekammer lasse es – im Grunde bis heute – an Unterstützung mangeln (Hollmann, 2016, S. 339 f.), sie verweigere sich der notwendigen und sinnvollen Einführung des Facharztes aus rein (standes-)politischen Gründen:

„Sowohl die zu erwartende Veränderung der Altersstruktur als auch die ins Haus stehende Gesundheitsreform verlangen zwingend eine stärkere Hinwendung des Mediziners zur Prävention. Deshalb gibt es für mich nur einen logischen Grund, weshalb der Facharzt für Sportmedizin nicht in den Fächerkanon der Ärztekammer aufgenommen wurde: Lobbyismus“ (Badtke, 1992, S. 531; vgl. ebenso Hoffmann, 1992, S. 562).

Als der Deutsche Ärztetag 1992 eine Änderung der Weiterbildungsordnung diskutierte, die für 41 Gebiete und Schwerpunkte das Führen einer Facharztbezeichnung vorsah, darunter der Sportmedizin themennahe Bereiche wie die Physikalische Rehabilitation, wurde zum einen „mit Unverständnis zur Kenntnis“ genommen, dass die Sportmedizin erneut keine Beachtung gefunden habe (Gabriel, 1993, S. 283), dies wurde aber auch als Beleg dafür genommen, „dass die Zusatzweiterbildung Sportmedizin den neuen Gegebenheiten [eines präventiv orientierten Gesundheitswesens] nicht mehr voll gerecht“ werde (DSÄB, 1993, S. 274 f.). Als Zeichen eines wachsenden Bedeutungsverlustes der Sportmedizin wurden auch die Abschaffung sportmedizinischer Lehrstühle und unbesetzte Professuren für Sportmedizin, die zudem in den neuen Bundesländern ersatzlos gestrichen worden seien, gewertet (Gabriel, 1993, S. 283). Vor allem die Lehrstuhlinhaber waren es, die sich sowohl für die Aufnahme

der Sportmedizin in die Approbationsordnung als auch den Facharzt ausgesprochen und dies gegenüber der Bundesregierung und der Bundesärztekammer eingefordert hatten (Nowacki, 2000, S. 120).

Die Delegiertenversammlung des DSÄB beschloss die unverzügliche Einrichtung einer Arbeitsgruppe, die dann im November 1992 als Ad-hoc-Kommission „Facharzt für Sportmedizin“ etabliert wurde, um „Versäumtes nachzuholen und auf einen bereits fahrenden Zug vielleicht noch im letzten Moment aufzuspringen“ (Gabriel, 1993, S. 283).³⁸ DSÄB-Präsident Hollmann warb zudem beim Dachverband der medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands, der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF), dessen Mitglied der DSÄB seit 1988 war (<http://www.awmf.org/fachgesellschaften/mitgliedsgesellschaften/visitenkarte/fg/deutsche-gesellschaft-fuer-sportmedizin-und-praevention-dgsp.html>), um Unterstützung für den Facharzt (Hoffmann, 1994, S. 34). 1996 befürwortete die AWMF dann auch die Aufnahme der Sportmedizin als „obligates Prüfungsfach“ der Approbationsordnung (Nowacki, 2000, S. 120).

Auch die herrschende Regelung des Gesundheitswesens, die dem Facharzt kaum Einkommensmöglichkeiten biete, wurde als Begründung herangezogen. Die Frage der Finanzierung beziehungsweise der Kostenerstattung für sportärztliche Leistungen müsse zunächst geklärt werden (Dimanski, 1990, S. 391). Es mangle an einer „Einbindung in das Gesundheitswesen mit kassenärztlicher Abrechenbarkeit der entsprechenden Leistungen“ (Hoffmann, 1992, S. 562). Bevor dies nicht geschehe, sei erklärlich, warum

„vom Deutschen Ärztetag nur dasjenige Gebiet anerkannt wird, dessen alleinige Ausübung als Facharzt zu einer standesgemäßen Ernährung führt. Entsprechend ist die Sportmedizin in unserem Gesellschaftssystem nur eine Zusatzbezeichnung“ (Hoffmann, 1992, S. 563).

Die Diskussionen innerhalb des DSÄB kreisten zudem um alternative Wege, den unterschiedlichen Ansprüchen von Sportmedizinern gerecht zu werden. Als Vorbild einer nach Bedarf differenzierten Qualifikation wurde die Arbeitsmedizin gesehen. Hier gab es sowohl eine „Zusatzbezeichnung ‚Betriebsmedizin‘“ als auch eine Gebietsbezeichnung „Facharzt Arbeitsmedizin“ (Böning, 1990, S. 111; Deutscher Ärztetag, 2004). Eine solche Zweiteilung sei für die Sportmedizin ebenfalls denkbar. Die Verfechter einer solch diversifizierten Qualifikation waren insbesondere daran interessiert, mit einer Einführung des Facharztes die „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ nicht aufgeben zu müssen, wie es die Bundesärztekammer in den Verhandlungen angedroht hatte (Schnell, 2016, S. 339). Der Nutzen der Zusatzbezeichnung wurde vor allem in einer flächendeckenden sportmedizinischen Betreuung im Breiten- und Gesundheitssport gesehen. Hierfür sei kein Facharzt notwendig, dieser werde aufgrund des längeren Weiterbildungsweges von vielen Hausärzten auch gar nicht angestrebt. Der Facharzt sei als „qualifizierender Abschluß für die hauptamtlichen Tätigkeiten an den sportmedizinischen Einrichtungen, der sie als Fachleute ausweist und eine systematische und vertiefende Weiterbildung sichert“, dagegen dringend erforderlich. Nur die Existenz von Fachärzten und damit der Sportmedizin als eigenständiger Fachdisziplin führe in der Humanmedizin wie auch der Öffentlichkeit zu fachlicher Anerkennung (Böning, 1990, S. 111).

Dieser Gedanke einer „Zweiteilung“ sportmedizinischer Weiterbildung orientierte sich fraglos an der Realität sportmedizinischer Tätigkeit. Während für die breite Masse der Verbandsmitglieder wie die niedergelassenen Hausärzte der Facharztstatus kaum eine Rolle spielte – nicht zuletzt deshalb, da diese zur Erlangung der Zusatzbezeichnung bereits über einen solchen verfügen mussten –, stellte er für die „hauptamtlichen“, in Kliniken, Hochschulen oder im Leistungssport tätigen Sportmediziner ein aus ihrer Sicht unabdingbares Qualitätssiegel dar, weshalb auch gerade diese hauptamtlichen Sportmediziner bis heute am vehementesten für den Facharzt kämpfen. Die bezweckte Zweiteilung berücksichtigte damit die Teilung der Sportmedizin in Präventionsmediziner und Leistungsmediziner. Zugleich war dieser Ansatz aber auch problembeladen. Der Anteil der „hauptamtlichen“ Sport-

³⁸ Die Mitglieder der Ad-hoc-Kommission waren die Sportmediziner Rieckert, Badtke, Clasing, Gabriel und Steinacker.

mediziner innerhalb der DGSP war und ist überaus gering, und unter diesem geringen Anteil befinden sich wiederum zahlreiche der Leistungsmedizin und nicht der Präventionsmedizin verpflichtete Mediziner. Insofern konterkarierte diese Gedankenführung diejenige Argumentation, die über Jahrzehnte seitens des Verbandes als Begründung zur Einführung des Facharztes geführt worden war, die einer Stärkung der Prävention. Wenn nunmehr für die gesundheitsorientiert-präventive Sportmedizin entgegen vorheriger Aussagen die „Zusatzbezeichnung“ als ausreichend betrachtet wurde, war es im Grunde den Ärztekammern und der Politik kaum vermittelbar, warum für die wenigen Sportmediziner, die im Leistungssport, in der Forschung oder in anderen Bereichen hauptamtlicher Beschäftigung tätig waren, eigens ein Facharzt geschaffen werden sollte.

Zunehmend suchte man seit den 1990er-Jahren auch, auf die europäische Ebene zu verweisen. Es wurde auf die ungleiche Wertigkeit des Fachgebietes innerhalb Europas verwiesen, auf unterschiedlich hohe Ausbildungsanforderungen in Inhalt und Dauer sowie auf die unterschiedlichen Anerkennungen der Sportmedizin in den europäischen Ländern. Gefordert wurde eine Harmonisierung und Angleichung der Berufsfelder, vor allem der medizinischen Heilberufe und des völkerverbindenden Sports innerhalb der EU (Felten, 1993, S. 183). Nicht zuletzt diese in den 1990er-Jahren zunehmenden Initiativen auf europäischer Ebene, die 1997 als europäische Vereinigung der Sportmediziner gegründete „European Federation of Sports Medicine“ (EFSMA) mit ihrer Zielsetzung, einen Facharzt Sportmedizin innerhalb der Europäischen Vereinigung der Fachärzte („European Union of Medical Specialists“, UEMS) durchzusetzen (Lindner, 2012, S. 7-8), wirkte hier vorbildhaft,³⁹ trugen dazu bei, seitens des DSÄB den Facharzt in Deutschland weiter zu verfolgen (Hollmann, 1991a, S. 126; Felten, 1993, S. 195; Keul, 1999, S. 208; Dickhuth, 2002, S. 306; Scharhag, 2014, S. 265 ff.).

Der DSÄB intendierte nunmehr, den Präventionsaspekt noch stärker in die Diskussion um den Facharzt einbinden, indem diese bereits in der Facharztbezeichnung auftauchen sollte:

„Der Facharzt-Status für die Sportmedizin bzw. Sportmedizin, Prävention und Rehabilitation würde auch die Bedeutung der schon lange als sinnvoll anerkannten Prävention und ihrer Repräsentation und täglichen Umsetzung in der Sportmedizin untermauern“ (Hoffmann, 1994, S. 34).

Ähnlich der Aufnahme in die Approbationsordnung schien der DSÄB auf diesem Weg immer wieder Fortschritte zu machen, so 1994, als Hollmann „mit Dr. Hoppe als Vertreter der Bundesärztekammer Konsens hinsichtlich der Möglichkeit der Schaffung eines Facharztes für ‚Sport- und Präventiv-Medizin‘ parallel zur Weiterführung der Zusatzbezeichnung Sportmedizin“ erzielte (DSÄB, 1994a, S. 216). 1996 beantragte der DSÄB beim Deutschen Ärztetag dann erneut die Einführung des Facharztes. Die Einschätzung des DSÄB bezüglich der Einführung war zum einen optimistisch: „Der Facharzt Sportmedizin wird 1996 auf der Tagesordnung des Deutschen Ärztetages erscheinen, die Chancen scheinen für eine Aufnahme gut zu sein“ (DSÄB, 1996, S. 34). Zum anderen sah man indes die nach wie vor bestehenden Probleme der Konkurrenz zu anderen Fachdisziplinen sowie der mangelnden Einkommensmöglichkeiten eines Facharztes auch in Abhängigkeit vom Versorgungsbedarf in der Bevölkerung: „Einfluß für die Entscheidung zum Facharzt Sportmedizin kann nur noch genommen werden über die Kassen/KV und die Ärztekammern“ (DSÄB, 1996, S. 34). Dennoch war der Antrag dem DSÄB so wichtig, dass er einen ebenfalls für den Ärztetag 1996 vorgesehenen Antrag auf Änderungen in Bezug auf die Zusatzbezeichnung kurzfristig zurückzog, da bei „gleichzeitiger Einbringung der beiden Anträge [...] zu befürchten [wäre], daß beide Anträge vermengt und somit abgelehnt würden“ (Rieh & Ritthaler, 1995, S. 388).

³⁹ Seit 2007 existiert ein „Mini-Curriculum“ für Sportmediziner, das aus einer vierjährigen Zusatzausbildung nach dem Medizinstudium besteht und das zu einer einheitlichen Ausbildung von Sportärzten in Europa beitragen soll. Wenn zwei Fünftel aller europäischen Länder für die Einführung eines Facharztes für Sportmedizin votieren, könnte dieser Facharzt seitens der UEMS eingeführt werden. Allerdings wäre auch dies für die einzelnen Länder nicht zwingend verpflichtend.

Letztlich erbrachte auch diese Strategie keinen Erfolg, weder 1996 noch in den folgenden Jahren ergingen durch den Deutschen Ärztetag Beschlüsse hinsichtlich der Einführung eines Facharztes für Sportmedizin. Zwar blieb das Thema Facharzt innerhalb des DSÄB ein Thema (Bringmann, 1997, S. 138), zunehmend wurde gegen Ende der 1990er-Jahre jedoch der Imageverlust der Sportmedizin aufgrund der Dopingskandale als Begründung für eine zunehmend unwahrscheinlich empfundene Facharztanerkennung angeführt. Die Sportmedizin werde wie ein „wurmstichiger Apfel“ betrachtet, der „entsorgt“ werden müsse (Erbach, 1999, S. 118). Die Aufarbeitung der Dopingproblematik, damit auch des Umstands, dass die öffentliche Meinung über das Fach auch nach den vielen Jahren der Bemühungen um eine Etablierung noch immer „einseitig“ sei (Braumann, 2005, S. 183), überlagerte nunmehr zum Teil sogar die Initiativen des DSÄB in allen Bereichen, der Weiterbildung, der Approbationsordnung wie auch des Facharztes (DSÄB, 1997, S. 303; Erbach, 1999, S. 111; Keul, 1999, S. 209). 2009 befasste sich sogar der Deutsche Ärztetag als Folge des Telekom-Dopingskandals mit der Dopingthematik und erhöhte damit den Druck auf die DGSP, sich mit diesem Thema kritisch zu befassen:

„Der Deutsche Ärztetag verurteilt jegliches Doping zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen bei sportlichen Wettkämpfen sowie im Freizeit- und Breitensport. Darunter fällt auch die Verordnung von Dopingmitteln zur Verbesserung eines Trainingserfolgs, der nicht unmittelbar auf die Teilnahme an Wettkämpfen gerichtet ist (z. B. Muskelaufbau beim Bodybuilding)“ (Deutscher Ärztetag, 2006, S. 74f.).

Konkret wurde darauf verwiesen, dass es unvereinbar mit dem ärztlichen Ethos sei, „Risiken und schwere Schäden für die Gesundheit von Sportlern bis hin zur Todesfolge durch Doping in Kauf zu nehmen“. Ärzte, die sich aktiv an Dopingpraktiken beteiligten, sollten entsprechend des im Arzneimittelgesetz vorgesehenen rechtlichen Rahmens belangt und in schweren Fällen sollten berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden. Die primäre Verpflichtung der Sportler betreuenden Ärzte sei es, die Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Sponsoren und Sportverbände wurden aufgefordert, „Maßnahmen zu ergreifen, um für Sportmediziner die Unabhängigkeit ärztlicher Berufsausübung jederzeit zu gewährleisten“ (Deutscher Ärztetag, 2009, S. 74 f.).

Es waren vor allem ehemalige DDR-Sportmediziner, die diese „einseitige“ Betrachtungsweise der DDR-Sportmedizin vehement verurteilten und stattdessen die mangelnde Anerkennung der Sportmedizin auch darauf zurückführten, dass die sich mit der Wiedervereinigung ergebenden Möglichkeiten „mit einer beispiellosen Arroganz und Ignoranz einfach verworfen“ worden seien (Gottschalk, 2007, S. 202 f.). Nach der Wiedervereinigung seien die geeigneten Grundlagen vorhanden gewesen, der Sportmedizin zu einem verbesserten Status zu verhelfen, der letztlich auch die Chance für einen im präventiven Bereich des Gesundheitswesens tätigen Facharzt für Sportmedizin geboten hätte. Eine Chance sei vertan worden, das in 30 Jahren entwickelte und ausgebaute sportmedizinische System der DDR mit all den gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnissen in der gesamten Bundesrepublik zu etablieren. Die Folge sei ein „Stillstand in der Entwicklung der sportmedizinischen Forschung und in der Überführung ihrer Ergebnisse“ gewesen (Erbach, 1999, S. 111).

Einer der führenden ehemaligen DDR-Sportmediziner, Ernest Strauzenberg, räumte zwar ein, dass um 1990 die Bedeutung sportlicher Aktivität in der Prävention in Westdeutschland noch nicht in diesem Maße verbreitet gewesen sei, der „vorbeugende Gesundheitsschutz“ habe noch kein großes Thema dargestellt. Auch dies habe zur Aberkennung des Facharztes der ehemaligen DDR-Sportmediziner beigetragen. Zugleich warf er dem Sportärztebund vor, dass es mit der Bedeutungszunahme der Prävention seit den 1990er-Jahren der Sportmedizin nicht in vollem Umfang gelungen sei, an dieser Entwicklung zu partizipieren. Sie habe nicht den Status inne, den sie benötige, um „auf einem wichtigen Gebiet ihrer Kompetenz“ wirksam werden zu können: „Es ist unübersehbar, dass die Sportmedizin sich in den zentralen Bereichen Prävention und Rehabilitation noch nicht als kompetenter Partner mit einem spezifischen Wirkungsbereich [...] durchsetzen konnte“ (Strauzenberg & Gurtler, 2005, S. 151 f.).

5.4.2 Namensänderung und Debatten um die Zukunft der Sportmedizin

Die gesundheitspolitische Hinwendung zur Prävention, die nach der Jahrtausendwende erneut an Relevanz zunahm und zu einer stärkeren Beachtung präventionsmedizinischer Maßnahmen im Gesundheitswesen führte, wirkte sich auch auf die Verbandspolitik des DSÄB aus. Ungeachtet der Ankündigung der Bundesärztekammer, „die Zahl der Facharztbezeichnungen möglichst“ verringern zu wollen (Böning, 2002, S. 201), wurde nunmehr auf die verbesserte Ausgangslage verwiesen, da sich in den letzten Jahren der Gedanke durchgesetzt habe, dass Sport in Gesunderhaltung und Prävention eine maßgebliche Rolle spiele. Die Gesundheitspolitik habe sich neu geordnet und in diesem Zuge „die Prävention in ihrer Förderung durch Krankenkassen aktiviert“ (Künstlinger, 2001, S. 28), konkret habe „der Gesetzgeber mit der Neufassung § 20 SGB V die gesetzlichen Krankenkassen damit beauftragt, Leistungen zu primärer Prävention anzubieten“ (Strauzenberg & Gurtler, 2005, S. 151 f.).

Die DGSP suchte der damit verbundenen Entwicklung einer zunehmenden Konkurrenz auf dem Gebiet sportmedizinischer Beratung und Betreuung durch andere Anbieter Rechnung zu tragen. So beschloss das Präsidium der DGSP im Jahr 2000 „die Gründung der Kommission ‚Fitness-Studios‘, welche die Aufgabe hat, ein Curriculum für die qualifizierte sportärztliche Weiterbildung zu entwerfen und weitere ärztliche und sportwissenschaftliche Aufgaben zu übernehmen“ (DGSP, 2000, S. 221 f.).

In diesem Kontext einer nochmaligen Bedeutungszunahme der Prävention erfolgte 1999 die Namensänderung des Deutschen Sportärztekundes (DSÄB) in „Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention“ (DGSP) (<http://www.dgsp.de/seite/277060/geschichte.html>). Durch die Namensänderung seien Erwartungen der Sportmedizin gegenüber, die sich auf Sinnmuster des Sports wie Gesundheit und gesundes Leben beziehen, eingelöst worden (Grupe, 2003, S. 6) – letztlich hinkte der Verband damit indes einer Entwicklung hinterher, die Jahre zuvor begonnen hatte.

Dennoch wirkte auch diese nunmehr bereits in der Namensgebung verankerte Fokussierung auf Prävention in gewisser Weise als Auslöser neuer Initiativen zur Aufwertung der Sportmedizin. Maßgebend waren hier Aufrufe wie der des Saarbrücker Universitätsmediziners Kindermann (2000, S. 116): „Es gilt, das Erbe der deutschen Sportmedizin nicht nur zu bewahren und zu verwalten, sondern unser Fach so zu etablieren, dass jedem klar sein muss, wenn es die Sportmedizin nicht gäbe, müsste sie erfunden werden.“ Die zukünftigen Aufgaben wurden analog den Forderungen der vergangenen Jahrzehnte gesehen:

„Die bessere Etablierung der Sportmedizin in der neuen Approbationsordnung, Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem DSB, [...] Facharztwesen, eine Verbesserung der Wissenschaftsförderung an den Hochschulen, die Etablierung der Sportmedizin an den Universitäten und die Dopingbekämpfung“ (Künstlinger, 2001, S. 28).

Nach dem misslungenen Versuch 1996 unternahm die DGSP 2000 einen erneuten, wiederum nicht erfolgreichen Anlauf, beim Deutschen Ärztetag den Facharzt für Sportmedizin zu beantragen. Zudem wurde nunmehr zeitgleich ein Antrag auf eine Aufstockung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ gestellt, indem die Weiterbildungsordnung insgesamt umstrukturiert werden sollte (DGSP, 2000, S. 220). Das erneute Scheitern führte innerhalb des Verbandes zu sich über die folgenden Jahre erstreckenden Diskussionen über die Zukunft der Sportmedizin – die im Kern ein hohes Maß an Redundanz zu den Debatten der 1990er-Jahre, aber auch der Jahrzehnte davor aufwiesen. Sie waren zunächst durch das Beharren auf der Wichtigkeit der Sportmedizin gerade in der Prävention gekennzeichnet, offenbarten zugleich aber auch ein deutliches Maß an kritischer Reflexion aufgrund der Erkenntnis, dass die im Präventionsbereich geschaffenen Tätigkeitsfelder häufig an der Sportmedizin vorbeigingen. Die Ambivalenz zwischen der eigenen wahrgenommenen Expertise und der mangelnden Anerkennung dieser wurde ein ständiger Topos der Diskussionsbeiträge. Obwohl deutlich

erkennbar sei, dass das Fach eigene Methoden, Kenntnisse, Problemstellungen und Ziele habe, die ihre „Spezifität und ihr Alleinstellungsmerkmal“ ausmachten, müssten die Sportmediziner dennoch weiterhin um Arbeitsfelder in der Prävention und Rehabilitation im Gesamtgefüge des Gesundheitssystems kämpfen (Gabriel, 2007, S. 381). Das Fach würde nach wie vor nicht nur innerhalb der Ärzteschaft, sondern auch vonseiten der Patienten wie auch der Politik nicht in voller Gänze anerkannt und respektiert (Braumann, 2005, S. 183). Die defizitäre Lage an den Hochschulen war für den Universitätsmediziner Kindermann ein zwingendes Problem:

„Will die Sportmedizin an den Universitäten überleben, brauchen wir mehr denn je an den wissenschaftlichen Grundlagen ausgerichtetes Fach. [...] Dabei wird an den Hochschulen auch zunehmend die Frage gestellt werden, was brauchen wir unbedingt und was können wir uns nicht mehr leisten. Die Sportmedizin hat bekanntermaßen diesbezüglich nicht die besten Karten, was sicherlich zum Teil daran liegt, dass viele nur wenig über unser Fach wissen. Ich möchte prophezeien, dass die Überlebenschance universitärer sportmedizinischer Einrichtungen zukünftig in wesentlichem Maß von deren wissenschaftlichem Output bestimmt werden“ (Kindermann, 2000, S. 116)

Es wurde immer wieder darauf verwiesen, dass das Geschäft mit Sport und Gesundheit hierzulande zwar boome, aber Sportärzte damit erstaunlich wenig zu tun hätten. Selbst an den Universitäten kämpfte die Sportmedizin gegen Kürzungen und Einschränkungen sowie den Abbau sportmedizinischer Professuren. Notwendig sei daher eine Verstärkung der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wie den Ärztekammern und Krankenkassen (Böning, 2000, S. 285). Demgegenüber sah der Sportmediziner Predel die Entwicklung der Sportmedizin zwischen Prävention einerseits und Leistungssport andererseits als ein Spannungsfeld, das als „Innovationsmotor“ für die Sportmedizin genutzt werden müsse. Es sei notwendig, sich sowohl im wissenschaftlichen Bereich als auch in der klinischen Umsetzung weiterzuentwickeln, die Sportmedizin müsse, und hier insbesondere aus den Erkenntnissen der präventiv orientierten Grundlagenforschung, „interdisziplinär und flexibel agieren“ (Predel, 2007, S. 9). Der DGSP-Präsident Dickhuth verwies ebenfalls auf die neuen Betätigungsfelder für viele praktisch tätige niedergelassene Ärzte in den Bereichen Prävention und Rehabilitation infolge der Neufassung des § 20 SGB, aber auch des demografischen Wandels. Wie auch sein Amtsvorgänger Keul (1999) forderte er, die Sportmedizin müsse mehr Profil zeigen, etwa durch eine deutlichere Abgrenzung zur Sportwissenschaft oder dem DSB, um so zu verdeutlichen, dass Sportmediziner über die größte Erfahrung im Umgang mit sportmedizinischen Inhalten verfügten (Dickhuth, 2000, S. 188).

Der Ulmer Universitätsmediziner Steinacker plädierte dagegen nach dem Scheitern des erneuten Anlaufs auf Durchsetzung eines Facharztes 2000 dafür, statt der Forderung nach einem Facharzt für Sportmedizin, der offenbar nicht durchsetzbar sei, solle der Fokus auf eine Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten, wie zum Beispiel der Kardiologie und Orthopädie, im Sinne des Präventionsgedankens gerichtet werden, um so Arbeitsfelder zu kreieren, die Berufschancen für junge Ärzte eröffneten: „Wenn traditionelle innerärztliche Widerstände nicht überwunden werden können, sollten wir für Teilgebiete in der Inneren Medizin und im chirurgisch-orthopädischen Fachgebiet werben. Die Zusatzbezeichnung wird für die Zukunft nicht genügen“ (Steinacker, 2000, S. 4). Die Zielvorgabe, ein „attraktiver Partner für die anderen Fachgesellschaften zu sein“, wurde in den folgenden Jahren intensiviert (Reer, 2011, S. 113). Ein weiterer Schritt in diese Richtung einer Interaktion mit anderen Fachdisziplinen stellen die jüngsten – auch auf europäischer Ebene betriebenen – Initiativen zur Einführung einer „Zusatzqualifikation ‚Sportkardiologie‘“ in Kooperation zwischen der DGSP und der „Deutschen Gesellschaft für Kardiologie“ dar, bei der sowohl der Facharzt für Kardiologie als auch die „Zusatzqualifikation ‚Sportmedizin‘“ Voraussetzung sein sollen (Scharhag, 2017, S. 135 f.). Im Kontext des Telekom-Skandals 2007 sah Steinacker dann vorrangig die Notwendigkeit eines Klärungs- und Selbstreinigungsprozesses, da „das zurückliegende Jahr 2007 [...] für die Deutsche Sport-

medizin ein sehr bitteres [war], zuallererst, was die Erkenntnisse über die Arbeit von manchen Ärzten im Spitzensport, zum Weiteren, was das Medienecho und die Darstellung unserer Anliegen in der Öffentlichkeit anging“ (Steinacker, 2008, S. 3).

Dennoch blieb die Hoffnung auf die fachliche Aufwertung virulent. 2011 äußerte der Saarbrücker Universitätsmediziner Jürgen Scharhag anlässlich einer Festrede bei einer Preisverleihung des DOSB die „Hoffnung, dass wir es bis 2018 schaffen, einen Facharzt für Sportmedizin zu etablieren. Denn für das Medikament ‚Sport und körperliche Aktivität‘ fehlen in Deutschland immer noch ausreichend Experten, die dieses richtig verordnen können“ (DOSB, 2011, S. 24). Ein Jahr später, 2012, wurde indes seitens der DGSP konstatiert, dass auch in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Facharztanerkennung der Sportmedizin keine weitere Entwicklung stattgefunden habe. Die „wiederholt aufgeworfene und diskutierte Frage der Schaffung eines ‚Facharztes für Sportmedizin‘ wird immer wieder abschlägig beschieden“ (Arndt, 2012, S. 70). Auch der fehlende Anschluss an die europäische Entwicklung wurde erneut beklagt, während „in mittlerweile mehr als 40 % der Mitgliedsstaaten der EU ein Facharzt für Sportmedizin“ existiere, drohe der deutschen Sportmedizin die „Zweitklassigkeit“:

„Doch leider scheinen wir in den letzten Jahren bereits auf europäischer Ebene den Anschluss zu verlieren. Berücksichtigt man die Entwicklungen der Sportmedizin in unseren europäischen Nachbarstaaten, droht der deutschen Sportmedizin innerhalb der EU die Zweitklassigkeit – besitzen doch mittlerweile 15 von 28 Mitgliedsstaaten der EU einen Facharzt für Sportmedizin. In Deutschland halten wir an der Zusatzbezeichnung Sportmedizin fest. Der in der ehemaligen DDR 1963 eingeführte Facharzt für Sportmedizin mit fünfjähriger Weiterbildung und abschließender Facharztprüfung fiel 1990 der Wende zum Opfer – trotz Einführungen neuer Fachärzte sowie Bemühungen einer Arbeitsgruppe der DGSP mit Beantragung der Einführung des Facharztes für Sportmedizin beim Deutschen Ärztetag 2000“ (Scharhag, 2014, S. 265).

Aus berufspolitischer Sicht sei in der Bundesrepublik bei der „Fülle an Fachärzten, Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen“ ein Facharzt für Sportmedizin nicht zwingend notwendig, dies stelle sich jedoch aus fachlicher Sicht grundsätzlich anders dar. Das „Medikament Bewegung“ könne in Zeiten von Bewegungsmangel und Zivilisationskrankheiten ausschließlich durch eine qualifizierte sport- und bewegungsmedizinische Ausbildung und Expertise korrekt verordnet werden. Themen wie Gesunderhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit durch Bewegung und Sport sowie durch Präventionsmaßnahmen sportmedizinischer Art seien an der Tagesordnung, somit sei die Sportmedizin „nicht mehr nur Medizin für Sportler, sondern mittlerweile auch Bewegungsmedizin für Patienten“ (Scharhag, 2014, S. 265):

„Um Patienten, aber auch Sportlern, auf sport- und bewegungsmedizinischem Gebiet weiterhin gerecht werden zu können, bedarf es bei der zunehmenden Komplexität der Erkrankungen und Therapien einer entsprechenden klinischen und sportmedizinischen Ausbildung. Für eine qualifizierte Facharztausbildung in der Sportmedizin ist ein strukturiertes Curriculum mit Abdeckung der relevanten medizinischen Gebiete unabdingbar“ (Scharhag, 2014, S. 265f).

Somit sei es zwingend notwendig, „eine zeitnahe ernsthafte Diskussion über die Einführung des Facharztes für Sportmedizin“ zu führen. Dies sei man „unseren Patienten und Sportlern, aber auch unserem medizinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs“ aufgrund der zunehmenden Evidenz der Bedeutsamkeit des Sportes und der Bewegung für die Gesundheit schuldig. Deutschland drohe den Status als „Pionierland der Sportmedizin“ zu verlieren (Scharhag, 2014, S. 266).

Mit Äußerungen wie der von Scharhag zur präventiven Funktion der Sportmedizin als Abwehr von „Zivilisationskrankheiten“ oder der des derzeitigen DGSP-Präsidenten Braumann (2016, S. 46), er hoffe, dass die zentrale Bedeutung der Sportmedizin im Rahmen der Prävention, aber auch innerhalb der „Therapie typischer chronischer Krankheiten“ stärker in den Blickpunkt gerate, fokussiert die Sportmedizin auf Themenfelder, die der Verband seit seiner (Wieder-)Gründung 1950 stets propagierte: die Prävention und die Rehabilitation.

Letztlich bleibt zu konstatieren, dass die durch die Neuordnung des Gesundheitswesens mit einer verstärkten Akzentuierung der Gesundheitsprävention ergebenden Möglichkeiten für medizinische Dienstleistungen in diesem Bereich für die Sportmedizin nur in geringem Maß positive Auswirkungen hatten. Anlässlich der Debatten um den „Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen“ auf dem Ärztetag 2006 wurden hinsichtlich der Leistungen der medizinischen Versorgung, die „über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ hinausgehen, die sportmedizinischen Untersuchungen explizit auch als zukünftig nicht zum Leistungsumfang der Krankenkassen gehörig ausgeschlossen:

„Hinzu kommen empfehlenswerte ärztliche Leistungen, die wie z.B. reise- oder sportmedizinische Untersuchungen oder ein jährlicher Check-up nie zum Leistungsumfang der GKV gehört haben und auch in Zukunft kaum zum Leistungsumfang einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung zählen werden“ (Deutscher Ärztetag, 2006, S. 38).

Die „Steigerung der finanziellen Attraktivität des Faches Sportmedizin durch Schaffung der Abrechenbarkeit sportmedizinischer Leistungen mit den Krankenkassen“ sowie das „Erstellen eines systematischen Leistungskataloges für sportmedizinische Leistungen nach den GOÄ- und IGeL-Richtlinien“ wurde nach der Jahrtausendwende als existenziell für den Weiterbestand der Sportmedizin gesehen (Reer, 2011, S. 113). 2013 gelang es der DGSP, „mit einigen gesetzlichen Krankenkassen Verträge über die Erstattung von sportmedizinischen Leistungen abzuschließen“, sodass Behandlungen und Beratungen mit sportmedizinischen Bezug und durch qualifizierte Sportmediziner bezuschusst werden. Wenngleich dies als ein „Meilenstein“ nach Jahrzehnten erfolgloser Versuche, derartige Übereinkünfte zu erwirken, bezeichnet wurde (Reer, 2013, S. 1), eröffnete dies indes keineswegs ein festes Berufsfeld für Sportmediziner, wie 2017 der Hausarzt Mader bestätigte: „Diese Weiterbildung sollte man nur machen, wenn man großes Interesse am Sport und am Sportler an sich hat. Sie lediglich aus Marketinggründen zu absolvieren, um sie aufs Schild schreiben zu können, lohnt sich keineswegs“ (Mader, 2017, S. 58).⁴⁰ Diese berufsständige Ungewissheit wurde seitens der DGSP auch als Problem für die Heranziehung von Nachwuchs akzentuiert:

„Im Vergleich zu anderen klinischen Disziplinen ist der Weg in eine dauerhafte, schwerpunktmäßig wissenschaftliche Tätigkeit in der Sportmedizin aufgrund des fehlenden Facharztstatus mit einigen Besonderheiten verbunden“ (<http://dgsp.de/sportmedizin-nachwuchs.php>).“

Auch der ehemalige Vize-Präsident der DGSP, Klaus Völker, sah in dem Umstand, dass es immer noch keine „eigenen Ziffern“ für sportmedizinische Leistungen gebe und infolgedessen auch keinerlei finanzieller Anreiz für Ärzte bestehe, ein zentrales Problem der Sportmedizin. Es seien somit lediglich Imagegründe oder persönliche Überzeugungen („Überzeugungstäter“), die Ärzte dazu brächten, die sportmedizinische Weiterbildung zu absolvieren (Völker, 2016). Diese Ansicht wird auch durch eine Umfrage unter Ärzten mit Zusatzqualifikation von 2019 bestätigt, von denen die meisten als hauptsächliche Motivation des Erwerbs der Zusatzqualifikation die eigene sportliche Vergangen-

⁴⁰ Vgl. auch die Aussage des Internisten Stefan Ziegler, der angibt, er könne durch den Titel Sportmedizin nicht mehr bei den Krankenkassen abrechnen, als es jetzt schon möglich sei (<https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-weiterbildungs-coach-fachaerzte-1571/a/facharztcheck-sportmedizin-26504.htm?p=all>).

heit oder eine enge Verbundenheit zum Sportangaben. Einen finanziellen Nutzen sahen dagegen nur sehr wenige Sportärzte, mehr als ein Viertel gab sogar an, dass der Erwerb der Zusatzqualifikationen keinerlei Vor- oder sogar Nachteile erbracht habe (Windgaßen, 2019, S. 36 f., 61-64).⁴¹

Einen weiteren Rückschlag im Bestreben nach Anerkennung bedeutete der Beschluss des Deutschen Ärztetags 2013, die „Rehabilitation“ in die fachärztliche Weiterbildung der Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden und Unfallchirurgen sowie der Neurologen aufzunehmen, da im Medizinstudium bisher keine fundierten rehabilitationsmedizinischen Kenntnisse vermittelt würden und die Patientinnen und Patienten „im System der sozialen Sicherheit“ nicht optimal im Bereich Rehabilitation beraten würden (Deutscher Ärztetag, 2013, S. 110). 2015 wurde zudem auf dem 118. Deutschen Ärztetag darüber diskutiert, im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) „eine Zusatz-Weiterbildung und/oder berufsbegleitende Weiterbildung Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und einzubringen“. Dies wurde als notwendig erachtet, da die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung durch nationale und internationale politische Entscheidungen „zu einem fachlich differenzierten und professionell ausgestalteten Versorgungsbereich im Gesundheitssystem“ würden. Somit sei es gesundheitspolitisch von Nutzen, mit einer entsprechenden Zusatz-Weiterbildung „die ärztliche Kompetenz in diesem Tätigkeitsfeld zu positionieren und wirksam zur Geltung zu bringen“ (Deutscher Ärztetag, 2015, S. 110). Erneut spielte die Sportmedizin in diesen Überlegungen keine Rolle. Die deutsche Sportmedizin befindet sich somit aktuell in derselben Lage wie in den Jahrzehnten zuvor, womöglich sogar in einer schlechteren Ausgangslage: „Auf dem Weg zur Facharztanerkennung waren wir schon einmal weiter als heute“ (Meyer & Mayer, 2017, S. 3).

6 Die Sportmedizin im Geflecht öffentlicher Aufgaben am Beispiel der sportärztlichen Untersuchungen

Die bisherige Darstellung fokussierte auf die Bemühungen der organisierten Sportmedizin, ihren fachlichen Status zu optimieren. Es wurde herausgestellt, dass dies seitens des Verbandes als primäre Aufgabe im Sinne einer Interessenvertretung seiner Mitglieder gesehen wurde. Die fachliche Anerkennung wurde stets auch als Grundlage einer beruflichen Perspektive für Sportmediziner betrachtet. Immer wieder wurde herausgestellt, dass es aufgrund der fragilen Stellung der Sportmedizin innerhalb der Medizinwissenschaft kaum möglich sei, allein durch eine sportmedizinische Tätigkeit die Existenz zu bestreiten. Dies galt insbesondere für die Mehrheit der Verbandsmitglieder, die als niedergelassene Hausärzte mit „Zusatzbezeichnung ‚Sportmedizin‘“ aus dieser Weiterbildung kaum ökonomische Vorteile erzielen konnten. Erst seit einigen Jahren bezuschussen aufgrund von Vereinbarungen einzelne Krankenkassen sportmedizinische Dienstleistungen. Diese über Jahrzehnte fragile Stellung der Sportmedizin an Hochschulen, medizinischen Einrichtungen und vor allem im öffentlichen Gesundheitswesen führt dazu, dass es kaum möglich ist, bestimmte Berufsfelder und damit feste Zuordnungen für Sportmediziner zu identifizieren. Neben den wenigen Lehrstuhlinhabern bzw. an Hochschulen als Sportmediziner tätigen Ärzten konnten Sportmediziner in Rehabilitationseinrichtungen und vor allem in Institutionalisierungen des staatlich geförderten Leistungssports wie Bundesleistungszentren oder Olympiastützpunkten arbeiten, wobei auch dies aufgrund der engen Verknüpfung von Forschung und Betreuung häufig von an Hochschul- bzw. Forschungseinrichtungen tätigen Sportmedizinern gewährleistet wurde. Das Berufsbild des Sportmediziners ist somit bis heute eher desperat und es ist nahezu unmöglich, das „Berufsbild Sportmediziner“ konkludent seit den 1950er-Jahren nachzuzeichnen.

⁴¹ Explizit als Nachteile gaben einige Ärzte an, Patienten würden sie „die Möglichkeit des Sportarztes in der alltäglichen Praxis überschätzen und zu viel Zeit des Arztes in Anspruch nehmen, oder aber den Anspruch haben, eine sportmedizinische Vollversorgung zu erhalten, deren Kosten von der Kasse übernommen würden.“ Auch würden ältere Patienten von dem Titel abgeschreckt werden oder der Sportmediziner mit einem Orthopäden gleichgesetzt (Windgaßen, 2019; S. 64).

Der Vergleich mit der Sportmedizin der DDR, in der Sportmediziner nicht allein aufgrund des seit 1963 existenten Facharztstatus deutlich bessere Berufsperspektiven besaßen, zeigt, dass ein großer Teil der DDR-Sportmediziner in dem staatlich geführten System der sportmedizinischen Betreuung und Untersuchung Beschäftigung fand. Der „Sportmedizinische Dienst“ (SMD) der DDR stellte ein „zentral geleitete[s] staatliche[s] System sportmedizinischer Betreuung“ dar (Arndt, 2004, S. 322). Ende 1953 wurde dieses System auf Anordnung des Ministeriums für Gesundheitswesen zunächst auf regionaler Ebene etabliert, es sollte in den 223 Kreisen und 15 Bezirken der DDR mindestens eine Beratungsstelle als Sportärztliche Kreis- bzw. Hauptberatungsstelle eingerichtet werden. Seit 1956 wurden im Rahmen eines Lehrgangsystems „Sportärzte“ ausgebildet, die dann, zunächst häufig ehrenamtlich oder in bezahlter Nebentätigkeit, in den sportärztlichen Beratungsstellen tätig wurden. 1963 wurde dann der „Sportmedizinische Dienst“ als „nachgeordnete selbstständige Einrichtung des Staatlichen Komitees für Körperkultur und Sport beim Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik“ (Rehmann, 2018, S. 8) etabliert, wodurch die sportmedizinische Betreuung nunmehr zentral organisiert war. Die Hauptberatungsstellen differenzierten sich in einen Bereich Leistungssport und einen Bereich allgemeine sportmedizinische Betreuung für den Freizeit- und Erholungssport. „Die sportmedizinische Betreuung beinhaltete dabei vornehmlich die Durchführung von Sporttauglichkeitsuntersuchungen, Schulsportbefreiungen, laufenden Gesundheitskontrollen, prophylaktischen und therapeutischen sowie sporthygienischen Maßnahmen“ (Rehmann, 2018, S. 10). Zunehmend wurden hauptamtliche Ärzte beschäftigt, deren Zahl dadurch zunahm. Bis 1977 hatten etwa 300 Ärzte die 1963 eingeführte Weiterbildung zum Facharzt für Sportmedizin absolviert, von denen die meisten im SMD arbeiteten. Bei seiner Auflösung nach der Wiedervereinigung 1990 waren im SMD etwa 1.800 Kräfte angestellt, darunter 350 Sportärzte (Arndt, 2004, S. 323, 326).

Dieser Sportmedizinische Dienst als ein flächendeckendes System sportmedizinischer Beratung und Untersuchung für die DDR-Bevölkerung basierte letztlich auf Traditionen, die in die 1920er-Jahre zurückgingen (vgl. 2). Insofern ist es wenig überraschend, dass Initiativen zur Etablierung eines derartigen Systems nach 1950 auch von der westdeutschen Sportmedizin als einer der ersten Legitimationsansätze ausgingen. Wie in kaum einem anderen Bereich lassen sich anhand der sportmedizinischen Beratung und Untersuchung Versuche des westdeutschen Sportärztebundes nachvollziehen, als sozialpolitischer Akteur zu agieren und damit letztlich auch den Verbandsmitgliedern ein Tätigkeitsfeld zu kreieren.

6.1 Anfänge der sportmedizinischen Beratung und Untersuchung in den 1950er- und 1960er-Jahren⁴²

Eine der bereits in den 1950er-Jahren begonnenen Interaktionen zwischen den drei Akteuren Staat, DSB und DSÄB waren die sportärztlichen Beratungen und Untersuchungen als ein Indikator für die Etablierung sportärztlicher Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen. Die sportärztliche Beratung stellte neben der Rehabilitation der Kriegsversehrten das primäre Aktionsfeld der Sportmedizin der Nachkriegszeit dar. Bereits in der Zeit der Weimarer Republik existierten derartige Beratungsstellen, 1924 soll es 25 davon in Deutschland, vorrangig in den größeren Städten, gegeben haben, die entweder in „Kooperation mit kommunalen Einrichtungen“ wie kommunalen Sportämtern und Gesundheitsämtern oder „an Universitäten und wissenschaftlichen Einrichtungen“ betrieben wurden. 1928 existierten in Preußen allein bereits 149 derartige Einrichtungen (Brinkschulte, 2002, S. 157 f.; Kopp, 1980, S. 46).

Mit der Einrichtung sportärztlicher Beratungsstellen nach Kriegsende griff die westdeutsche Sportmedizin somit auf eine bereits zuvor etablierte Form sportmedizinischer Aktivität im Geflecht

⁴² Der Abschnitt 6.1 stellt eine Synopse des ausführlichen Beitrages in Nielsen, 2016a, S. 169-182, dar. Dort auch alle Quellen- und Literaturnachweise.

öffentlicher Aufgabenwahrnehmung zurück. Begünstigend wirkte sich aus, dass sportärztliche Beratung in allen westdeutschen Ländern aufgrund entsprechender Gesetze aus den 1930er-Jahren zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens zählte. Auf Grundlage dieser nach wie vor gültigen Gesetzesvorlagen erließen in den Jahren nach 1949 die westdeutschen Landesregierungen entsprechende Richtlinien zur Einrichtung derartiger Beratungsstellen, wobei diese, wie zuvor, teilweise an Universitäten und teilweise in kommunalen Gesundheits- oder Sportämtern beheimatet waren. In der ursprünglichen Konzeption des DSÄB war eine flächendeckende Einrichtung sportärztlicher Untersuchungsstellen für die gesamte sporttreibende Bevölkerung vorgesehen. Zu den Aufgaben der Beratungsstellen zählten die Überwachung der Gesundheit der Sportler, die Warnung vor unsachgemäßem oder übertriebenem Sporttreiben, die Einweisung in individuell gesundheitlich geeignete Sportarten nach „Sporttypen“, die frühzeitige Erkennung von Sportschäden, Erste-Hilfe-Leistungen sowie die ärztliche Beratung von Sportvereinen und Einrichtungen. Der DSÄB sah die Beratungsstellen als Rekrutierungsfeld für zukünftige Sportmediziner: „Es wird von besonderem Wert sein, die Sportberatungsstelle dazu zu benutzen, interessierte, besonders junge Ärzte, zur sportärztlichen Tätigkeit zu entwickeln“ (Hoske, 1950a, S. 25).

Bereits in den 1960er-Jahren hatte sich indes herausgestellt, dass diese Intention einer umfassenden Betreuung aufgrund des Mangels an geeigneten Sportmedizinern, der Frage der Finanzierung dieser Untersuchungen wie auch letztlich aufgrund mangelnden Interesses zahlreicher Sportler nicht umzusetzen war. 1961 hatten erst sechs von 22 Sportfachverbänden bundesweite „Bestimmungen über sportärztliche Untersuchungen“, vor allem für Jugendliche, in ihren Satzungen verankert. Die anfangs von DSÄB verfolgte Intention einer die gesamte Bundesbevölkerung erfassende sportmedizinischen Betreuung, die auch in einigen Erlassen der Landesministerien zum Ausdruck kam, konnte somit weder in den 1950er-Jahren noch später umgesetzt werden. Relativ schnell verständigte sich der DSÄB mit dem DSB und den an der Finanzierung beteiligten Ländern und Kommunen darauf, primär die vereinsgebundene Sportjugend in das Zentrum der Bemühungen um eine regelmäßige sportärztliche Untersuchung zu stellen. Die Fokussierung auf die Jugend wurde bereits 1953 in den „Richtlinien für die sportärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen“ (Mallwitz, 1953, S. 19-23) deutlich. Weitere Vereinbarungen, etwa die Einführung eines Gesundheitspasses als Voraussetzung zur Teilnahme am Wettkampfsport, erfolgten im Verlauf der 1960er-Jahre mit Landessportbünden und einigen Fachverbänden. Dennoch kam es auch in den 1960er-Jahren nicht zu einer bundesweit einheitlichen Regelung eines Untersuchungswesens. Stattdessen erfolgten Verortung, Finanzierung sowie Durchführung der Untersuchung der jugendlichen Sportler von Bundesland zu Bundesland, häufig auch von Kommune zu Kommune, unterschiedlich. So waren beileibe nicht alle kommunalen Untersuchungsstellen durch „bewährte Sportärzte“ besetzt, im ländlichen Bereich funktionierte die sportärztliche Untersuchung allein auf der Basis ehrenamtlicher Arbeit von Ärzten. Während in West-Berlin die Finanzierung der Untersuchungen allein durch die Senatsverwaltung für das Gesundheitswesen erfolgte, teilten sich in Nordrhein-Westfalen das Land und der Landessportbund die Kosten, in Niedersachsen wurden die Kosten zu je einem Drittel vom Landessportbund, dem Sozialministerium und den Kommunen getragen, in Bayern lehnte das Innenministerium noch 1961 eine Beteiligung des Landes ab.

Insgesamt wurde somit die sportärztliche Beratung und Untersuchung in den 1950er- und 1960er-Jahren zwar zu einer Domäne der Sportmedizin. Zugleich ist jedoch auch unübersehbar, dass viele der ursprünglichen Erwartungen wie die einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung, der Rekrutierung zahlreicher Sportmediziner, denen zudem ein festes Aufgabenfeld im öffentlichen Dienst entstehen sollte, nicht erfüllt wurden. Die Verbreitung der sportmedizinischen Beratung erfolgte zudem uneinheitlich und teilweise in differenten Organisationsstrukturen. Nicht zuletzt die Vorbehalte gerade derjenigen Adressaten, auf die sich die Beratungsangebote schnell konzentrierten, die Vereine mit Jugendabteilungen, erwiesen sich als hinderlich bei der Durchsetzung einer einheitlichen, verbindlichen sportärztlichen Beratung und Untersuchung.

6.2 Sportmedizinische Beratung und Untersuchung seit 1970

Mit Anbruch der 1970er-Jahre ergab sich für die Sportmedizin eine veränderte Situation, die auch Auswirkungen auf die sportärztliche Untersuchung hatte. Der sportpolitische Paradigmenwechsel hin zu einer staatlichen Inanspruchnahme des Spitzensports im Sinne nationaler Repräsentation (vgl. 4.1) wirkte sich dahingehend auf die sportärztliche Untersuchung aus, dass diese sich nunmehr deutlich expliziter in zwei Bereiche aufgliederte: die staatlich geförderte und von der Sportmedizin eingeforderte Untersuchung der Leistungssportler sowie die sportmedizinische Untersuchung der nicht unmittelbar in den Leistungssport involvierten Jugendlichen in den Sportvereinen.

Die sportmedizinische Betreuung der Leistungsathleten des A-, B- und C-Kaders sollte, so die Intention des DSB, BA-L und der Bundesregierung, deutlich verbessert werden. Hierzu wurden Untersuchungsstellen eingerichtet bzw. bereits bestehende wie in Berlin, Freiburg, Hamburg oder Köln/Leverkusen besser ausgestattet, um eine adäquate und regelmäßige Versorgung der Athleten zu gewährleisten (Schreiben BISp an BMI, SK I 1 vom 11.1.1973; BArch B274/55). 1970 förderte die Bundesregierung die sportmedizinischen Untersuchungen im Leistungssport erstmals mit 100.000 DM (Schreiben DSB an BMI vom 11.11.1971, Anlage 6 zum Antrag des Deutschen Sportbundes vom 10.3.1969; BArch B322/275). Demgegenüber blieb die Situation der sportmedizinischen Betreuung der jugendlichen Sporttreibenden abseits der Leistungskader auch nach 1970 different. Während die Untersuchung der Leistungssportler auf Bundesebene und auf Grundlage eines erstmals 1971 vom BA-L konzipierten bundesweit einheitlichen Untersuchungssystems (Baron, Bierbaum, Böhmer, Lachenicht, Martin & Nowacki, 1971; Kopp, 1980, S. 63-66) zentralisiert wurde, bildeten die Grundlage für die Untersuchung der Nicht-Leistungssportler – wie in den Jahrzehnten zuvor – meist Vereinbarungen zwischen Landes- und Ortssportmedizinbünden, den Landes- bzw. Ortsbünden des DSB sowie den Ländern und Kommunen. Maßgeblich für die Entwicklung der sportmedizinischen Untersuchungen seit den 1970er-Jahren waren somit die Regelungen bzw. Richtlinien, die zwischen den beteiligten Akteuren entwickelt worden waren. Dennoch ist, wie folgend zu sehen sein wird, unverkennbar, dass die verstärkte Einführung sportmedizinischer Untersuchungen im Leistungssport zu Beginn der 1970er-Jahre auch einen deutlichen Input auf die Initiativen zur Verbesserung der Betreuung der nicht in den Leistungssport involvierten Jugendlichen hatte.

In Berlin, das bereits in den 1950er-Jahren ein umfassendes System sportärztlicher Untersuchungsstellen eingeführt hatte, wurden im April 1967 „Richtlinien des Berliner Sportärztesbundes über die Durchführung der sportärztlichen Untersuchungen der Bezirksberatungsstellen“ erlassen. Die Untersuchungen wurden hierbei differenziert in „Volluntersuchungen“, „Beratungen“ sowie „Untersuchungen in Sport- und Schwimmhallen“ (Richtlinien des Berliner Sportärztesbundes über die Durchführung der sportärztlichen Untersuchungen der Bezirksberatungsstellen, 6.4.1967; BArch B322/778). Im Juli 1972 wurden diese Richtlinien erneuert, zugleich wurde in diesem Jahr, „um die sportärztliche Arbeit in Berlin einheitlich zu regeln“, zwischen dem Land Berlin (Senator für Arbeit, Gesundheit und Umweltschutz) und dem Berliner Sportärztesbund ein auf fünf Jahre mit Verlängerung um jeweils ein Jahr gültiger Vertrag über die sportmedizinischen Untersuchungen geschlossen. Hiernach waren die Hauptberatungsstelle sowie die 12 Bezirksberatungsstellen für die Untersuchungen zuständig. Die Hauptberatungsstelle unterstand der Fachaufsicht der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und war damit „eine Einrichtung des Landes Berlin“, die auch von diesem unterhalten wurde. Die Bezirksberatungsstellen dagegen waren Einrichtungen des Berliner Sportärztesbundes, die Räumlichkeiten und die Ausstattung sollte von den Bezirksämtern bereitgestellt werden (Vertrag vom 17. Juli 1972; BArch B322/778). In den als Anlage beigefügten Richtlinien wurden die Untersuchungen „im Dienste der Volksgesundheit“ spezifiziert. So wurde die „Förderung der sportärztlichen Arbeit“ als Aufgabe des für das Gesundheitswesen zuständigen Senators festgelegt, der diese in Koordination mit dem Berliner Sportärztesbund sowie den für das Schulwesen und den Sport zuständigen Senatoren, dem Landessportbund und dem Institut für Leistungsmedizin wahrnehmen sollte. Die Hauptberatungsstelle war für die „speziellen Untersuchungen“ sowie die Sichtung aller Untersuchungen verant-

wortlich. Dem Sportärztebund wurde auferlegt, unter Mitwirkung des „Instituts für Leistungsmedizin, präventive und rehabilitative Sportmedizin“ und der Hauptberatungsstelle für die Aus- und Fortbildung von Sportärzten zu sorgen. Die Bezirksberatungsstellen sollten der „gesamten Bevölkerung des Bezirks, insbesondere den Sportwarten, Trainern und Jugendleitern der Vereine zur Verfügung stehen“. Sie hatten sechs Aufgaben, die sportärztliche Untersuchung und Beratung, die Förderung und Durchführung gesundheitserzieherischer Maßnahmen durch Aufklärung in Vorträgen und Schriften, die Beratung der Sportvereine und Dienststellen des Bezirks in allen sportärztlichen Fragen, die Trainingsüberwachung und Wettkampfbetreuung, die Förderung der sportmedizinischen wissenschaftlichen Forschung in Zusammenarbeit mit dem Institut für Leistungsmedizin sowie die Erstellung eines Monatsberichts. Für die Untersuchungen wurde den Ärzten eine „Vergütung“ gezahlt (Richtlinien für die sportärztliche Arbeit in der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle Berlin und den Sportärztlichen Bezirksberatungsstellen, 17.7.1972; BArch B322/778).

Eine derartige, von der Landesregierung geförderte Form der Kooperation zwischen öffentlicher Hand, organisiertem Sport und Sportmedizin wie in Berlin existierte in den anderen bundesdeutschen Ländern nach 1970 kaum. Die enge Kooperation hatte ihren Ursprung in den 1950er-Jahren, als unter dem damaligen Vorsitzenden sowohl des West-Berliner Sportärztebundes als auch des Berliner Landessportbundes, Wilhelm Rautmann, das Untersuchungssystem für die sporttreibende Bevölkerung installiert worden war (vgl. Nielsen, 2016a, S. 142). In anderen Bundesländern basierten die sportmedizinischen Untersuchungen in der Regel ebenfalls auf vertraglichen Regelungen, die meist in den 1960er-Jahren ihren Ursprung hatten. In Nordrhein-Westfalen etwa wurde 1975 die Vereinbarung zwischen dem Innenministerium und dem Landessportbund aus dem Jahr 1964 erneuert, die die Durchführung der Untersuchungen dem LSB übertrug, während das Land diese durch Zuwendungen an den LSB förderte. In Hessen oblag die Zuständigkeit für die sportmedizinischen Untersuchungen dem Sozialministerium bzw. dessen Ressort für Gesundheit, Sport und Freizeit. Träger der Hauptberatungsstelle sowie der Nebenstelle an der Landessportschule in Frankfurt a. M. war das Land, die übrigen Untersuchungsstellen unterstanden den Stadt- bzw. Kreisgesundheitsämtern. Maßnahmen zur Förderung sportmedizinischer Untersuchungen erfolgten hier seit den späten 1960er-Jahren vorrangig in Zusammenhang mit gesundheitspolitischen Initiativen wie dem „Aktionsprogramm Sport in Schule und Verein“ von 1969 oder dem „Aktionsprogramm Sport und Gesundheit“ von 1976. Die sportmedizinischen Untersuchungen waren legislativ in Förderrichtlinien des Sozialministeriums verankert. Der Kreis der zu Untersuchenden wurde hierbei im Verlauf der 1970er-Jahre allmählich erweitert, wobei die Betreuung von leistungssportorientierten Jugendlichen stets im Zentrum stand (Kopp, 1980, S. 69-79).

Auch in anderen Bundesländern wurde die sportmedizinische Untersuchung Jugendlicher in den 1970er-Jahren zunächst vorrangig auf den Leistungssport bezogen. So wurden 1973 in Rheinland-Pfalz durch das zuständige Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Richtlinien erlassen, die sich primär auf Angehörige der Landesleistungsklassen sowie Schüler und Jugendliche aus Fördergruppen des LSB bezogen. Der für die Umsetzung verantwortliche LSB ließ in den 1970er-Jahren vorrangig die 450 D-Kaderangehörigen untersuchen, die Untersuchungsstellen befanden sich meist in Kliniken und Krankenhäusern. In Baden-Württemberg existierten bis 1973 nur die beiden Untersuchungszentren in Freiburg und Heidelberg für Kaderangehörige. 1973 wurde ein „Struktur- und Funktionsplan für die Sportmedizin“ erstellt, der ebenfalls primär auf die Landesleistungsklassen abstellte und den Aufbau weiterer Untersuchungsstellen vorsah. Im Unterschied zu anderen Bundesländern sollten die Universitäten und nicht Gesundheitsämter die sportmedizinische Betreuung gewährleisten, Untersuchungsstellen wurden somit nur in Universitätskliniken eingerichtet, bis 1976 außer in Freiburg und Heidelberg auch in Tübingen (Institut für Sportmedizin) und Ulm. In anderen Bundesländern wie Schleswig-Holstein gab es dagegen nur rudimentäre Regularien, hier waren die Kreissportverbände für die sportmedizinischen Untersuchungen zuständig, die in Zusammenarbeit mit den kommunalen Sportämtern und dem Landessportärztebund durchgeführt wurden, die Finanzierung erfolgte hier durch Zuschüsse der Kommunen (Kopp, 1980, S. 69-79).

In den meisten Bundesländern fokussierte sich die sportärztliche Untersuchung in den 1970er-Jahren somit auf die Jugend. Der maßgebliche Akteur seitens des DSÄB war hierbei der „Arbeitskreis für Jugendfragen“, seitens des organisierten Sports die „Deutsche Sportjugend“. Anlässlich einer Sitzung des Arbeitskreises für Jugendfragen des DSÄB im Dezember 1969, an dem sowohl Vertreter der elf Landesbünde als auch Mitglieder des Arbeitsausschusses der Deutschen Sportjugend sowie die Landesjugendleiter und -leiterinnen der Landesverbände der DSJ teilnahmen, wurden Maßnahmen zu einer Intensivierung der Kooperation zwischen DSÄB und DSJ beschlossen, um nach „vielversprechenden Ansätzen in den Jahren 1966 und 1967“ zu konkreten „Arbeitsgrundlagen“ zu gelangen. Neben einer „Verbesserung und Vermehrung der sportärztlichen Untersuchungen von Jugendlichen“ beschloss man weitere Maßnahmen zur Intensivierung der Zusammenarbeit, so die Entsendung eines Sportarztes in die Landesjugendausschüsse sowie eines Vertreters des DSÄB-Arbeitskreises zu DSJ-Tagungen, die Delegation von Mitgliedern des Arbeitskreises in die DSJ-Fachausschüsse und eine „Jugendleiterausstellung aus sportmedizinischer Sicht“.

Auf der Sitzung wurde auch der jeweilige Stand der Zusammenarbeit zwischen den Landesjugendärzten und den Sportvereinen nicht zuletzt im Hinblick auf die Untersuchung der Jugendlichen diskutiert. In der Gesamtheit offenbarten die Berichte aus zehn Landesbünden (der Landesbund Saar legte keinen Bericht vor) ein eher desolates Bild sowohl in Bezug auf eine generelle Zusammenarbeit als auch hinsichtlich der Untersuchungen. Vier Landesjugendärzte gaben an, dass gar keine Kooperation erfolge, vier berichteten von einer teilweisen Zusammenarbeit, und nur zwei bezeichneten die Zusammenarbeit als „sehr gut“. Damit korrelierend war auch die Situation des Untersuchungssystems. Die beiden Landesbünde, die eine enge Kooperation mit dem DSJ unterhielten, dies waren Bremen und Niedersachsen, gaben auch an, dass regelmäßige sportärztliche Untersuchungen durchgeführt würden. Ebenfalls gute Bedingungen herrschten nach Angaben der Landesjugendärzte in Berlin – wo allerdings keinerlei Zusammenarbeit mit der DSJ bestand – mit seinen insgesamt 13 Untersuchungsstellen, in Nordrhein-Westfalen, wo in drei Haupt- und neun weiteren Untersuchungsstellen sowie auf Kreisebene durch einzelne Sportärzte Untersuchungen angeboten würden, sowie in Schleswig-Holstein. Hier gab es allerdings nur in Kiel drei zentrale Untersuchungsstellen, ansonsten würden Untersuchungen durch die „Initiative einzelner Kollegen“ durchgeführt.⁴³ In den anderen Ländern wurden häufig nur die Leistungssportler untersucht wie in Baden-Württemberg und Hessen,⁴⁴ oder sie fanden weitgehend unorganisiert „auf Initiative einzelner Kollegen“ (Württemberg) statt (Protokoll über die 40. Tagung des Arbeitskreises für Jugendfragen des Deutschen Sportärztebundes e. V. vom 29.4.1972, 9 Uhr, bis zum 30.4.1972, 13 Uhr in Dortmund; BArch B322/782).

Wie wenig sich im Zeitraum von nahezu zehn Jahren hinsichtlich einer Untersuchung der in Vereinen sporttreibenden Jugend getan hatte, offenbart ein Vergleich mit einer Sitzung vom Juli 1962, an der dieselben Organisationen beteiligt waren und in der hinsichtlich der sportärztlichen Untersuchung die „Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen Sportarzt und Jugendleiter“ als unabdingbar gesehen wurde (Zusammenfassung des Gesprächs beider Fachausschüsse der DSJ, für Lehrarbeit und Jugendgesundheit mit Vertretern des Jugendausschusses des Deutschen Sportärztebundes am 26. Mai 1962 in der Jugend- und Sportleiterschule in Ruit, BArch B322/778). Auch das Protokoll einer Sitzung des Gesundheitsausschusses der DSJ im April 1962, in der die „Notwendigkeit der sportärztlichen Untersuchung“ insbesondere für Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr festgestellt worden war, belegte, dass die 1962 gehegten Ambitionen auch 1972 kaum umgesetzt worden waren (Anlage zum Protokoll der Sitzung des Gesundheitsausschusses der Deutschen Sportjugend am 26. April 1961 in Frankfurt/Main; BArch B322/778).

⁴³ 1976 gab das Gesundheitsamt Kiel an, dass in den 15 Kreis- und kreisfreien Städten jeweils eine Untersuchungsstelle existiere (Kopp, 1980, S. 80).

⁴⁴ Im Kontext mit den verschiedenen sportbezogenen Aktionsprogrammen des hessischen Sozialministeriums erhöhte sich die Zahl der sportmedizinischen Untersuchungsstellen in Hessen deutlich. Hatte es 1967 nur eine (Bad Nauheim) und 1970 acht gegeben, so stieg die Zahl bis 1977 auf 42, wodurch statistisch auf eine Untersuchungsstelle knapp 132.000 Einwohner kamen, ein Wert, dem nur Berlin mit ca. 138.000 Einwohner pro Untersuchungsstelle im bundesweiten Vergleich nahekam (Kopp, 1980, S. 76 f.).

Das Resümee der Diskussion in der Sitzung 1972 lautete dementsprechend, dass sowohl die generelle Zusammenarbeit zwischen DSÄB und DSJ verbesserungswürdig sei und dass „außer in den Stadtstaaten Berlin und Bremen die sportärztlichen Untersuchungen im ganzen noch unbefriedigend sind“. Es müsse angestrebt werden, dass „alle Jugendlichen, die in Vereinen Sport treiben, in einem Intervall von 1-2 Jahren regelmäßig untersucht werden“ (DSÄB – Arbeitskreis für Jugendfragen: Protokoll über die Sitzung des Arbeitskreises für Jugendfragen des Deutschen Sportärztebundes vom 14.12.1969 in Frankfurt/M.; BArch B322/778) – eine Forderung, die so vom DSÄB seit den 1950er-Jahren artikuliert worden war. 1972 schlug der Arbeitskreis für Jugendfragen des DSÄB vor, dass bundesweit Untersuchungen bei „Vereinseintritt“, „Beginn des Wettkampfsports“ und bei „Wettkampfsportlern in 1-2 jährigem Abstand je nach Sportart“ vorzunehmen seien (Protokoll über die 40. Tagung des Arbeitskreises für Jugendfragen des Deutschen Sportärztebundes e. V. vom 29.4.1972, 9 Uhr, bis zum 30.4.1972, 13 Uhr in Dortmund; BArch B322/782).

Der zweite Vorsitzende der DSJ, Hans Hansen, regte weitergehend die Erarbeitung eines Fragebogens an, der an die Fachverbände und Vereine mit Jugendabteilungen verschickt werden sollte, um fundiertere Informationen zu erlangen (DSÄB – Arbeitskreis für Jugendfragen: Protokoll über die Sitzung des Arbeitskreises für Jugendfragen des Deutschen Sportärztebundes vom 14.12.1969 in Frankfurt/M.; BArch B322/778). Ab 1972 lagen Ergebnisse dieser Befragung vor, die das disparate Bild sportärztlicher Untersuchung schon allein dadurch manifestierten, dass die meisten der Befragten nur rudimentäre Angaben machten. Zudem machten die „unterschiedlichen Bestimmungen in den einzelnen Fachverbänden“ Schlussfolgerungen schwierig (Protokoll über die 40. Tagung des Arbeitskreises für Jugendfragen des Deutschen Sportärztebundes e. V. vom 29.4.1972, 9 Uhr, bis zum 30.4.1972, 13 Uhr in Dortmund; BArch B322/782). So gab etwa der Landessportbund Niedersachsen lediglich an, dass eine sportärztliche Pflichtuntersuchung im Verband existiere, wobei für die meisten Sportarten eine zweijährige Untersuchung verpflichtend sei. Die Kosten der Untersuchungen würden jeweils anteilig vom LSB Niedersachsen, dem Land und den kommunalen Kreis- bzw. Stadtverwaltungen übernommen (Umfrage zur sportärztlichen Betreuung Jugendlicher außerhalb des C-Kaders in den Verbänden der DSJ; BArch B322/778). Der Badische Sportbund antwortete erst im März 1973, wobei man gar nicht erst den Bogen ausfüllte, sondern in einem Begleitschreiben die Situation schilderte. Diese bestand darin, dass es keine regelmäßigen Untersuchungen gebe, die Vereine indes durch ein „Merkblatt“ auf die generelle Möglichkeit hingewiesen worden seien. 1972 seien „etwa 1000 Sportler“ – teils in Praxen, teils in Sportstätten – untersucht worden, über das Alter könne keine Angabe gemacht werden. Allerdings sei in den „Rahmenrichtlinien“ an Jugendliche unter 18 Jahren gedacht. Fachverbände wie für Fußball oder Schwimmen, die in ihren Satzungen die Bescheinigung einer Untersuchung vorsähen, würden „teilweise“ das Angebot wahrnehmen. Den als Ablage beigefügten, von dem Freiburger Sportmediziner Josef Keul im Namen des Südbadischen Sportärzterverbandes verfassten „Rahmenrichtlinien für sportärztliche Untersuchungen“ ist deutlich zu entnehmen, dass eine flächendeckende Versorgung der sporttreibenden Jugend durch den Sportärzterverband wegen der „begrenzten Mittel“ gar nicht möglich sei. Die knappen Mittel führten dazu, dass selbst bei der „Beurteilung des Trainings- und Leistungsstandes von Spitzensportlern“ „solchen Anforderungen nur bedingt nachgekommen werden“ könne. Grundsätzlich würde in den Richtlinien zwischen einer „einfachen Reihenuntersuchung“, die vom Verein organisiert werden müsse und für die der Arzt fünf DM erhalte, und der genannten Beurteilung von Spitzensportlern unterschieden (Schreiben Badischer Sportbund an die DSJ – FA-sportliche Jugendarbeit vom 3.3.1973; Anlage Rahmenrichtlinien für sportmedizinische Untersuchungen; BArch B322/782).

Nicht zuletzt diese eher ernüchternden Resultate führten dazu, dass der Vorsitzende des Arbeitskreises für Jugendfragen des DSÄB, der Berliner Sportmediziner Rolf Jeske, an den Vorsitzenden der DSJ Fritz Mevert im Oktober 1972 schrieb und das „bedauerlich tiefe Niveau“ der sportärztlichen Untersuchungen insbesondere abseits der „Stadt-Staaten“ beklagte, dies „obwohl viele maßgebende Stellen die Notwendigkeit dieser Untersuchungen zum Wohl unserer Jugend anerkennen“. Jeske verwies darauf, dass der DSÄB-Arbeitskreis seit 1968 intensiv auf diese Untersuchungen dränge

und hierfür u. a. im September 1971 einen „bundeseinheitlichen Untersuchungsbogen für Jugendliche (außer dem C-Kader)“ vorgelegt hätte. Manko aus seiner Sicht sei sowohl die mangelnde Zahl qualifizierter Sportärzte als auch geeigneter Untersuchungsstellen, vor allem aber auch die Frage der ausreichenden Honorierung der Untersuchungen, ohne die nicht genügend Sportärzte für diese Aufgabe gewonnen werden könnten. Jeske forderte Mevert auf, mit den „entsprechenden Ministerien“ in Kontakt zu treten, um eine solche Finanzierung zu gewährleisten. Den finanziellen Aufwand für genügend „Meßplätze (ein Platz auf 100.000 Einwohner)“, bestehend aus „Ergometer, Tachometer, Spirometer, Herzfrequenz-Meßgerät und Zubehör“ bezifferte Jeske auf 2.800 – 3.000 DM, bei notwendigen 600 Meßplätzen bundesweit seien dies 1,8 Mio. DM, zu denen noch weitere 300.000 DM für Mobiliar kämen – eine Summe, die der Arbeitskreis „für relativ gering“ hielt (Schreiben Jeske an Mevert vom 6.10.1972; BArch B322/782).

Ebenfalls 1972 legte der DSÄB-Arbeitsausschuss für sportliche Jugendarbeit als Vorlage eine „Resolution zur sportärztlichen Versorgung der Sportjugend“ vor. Hierin wurde konstatiert, dass sich die Situation der Untersuchung jugendlicher Hochleistungssportler durch die verstärkten Bemühungen von BA-L und DSÄB unter finanzieller Unterstützung durch das BMI verbessert habe, man aber „weit davon entfernt sei, eine zufriedenstellende Regelung auch für die jugendlichen Sportvereinsmitglieder insgesamt zu erreichen“. Die Resolution benannte vier Maßnahmen als „erforderlich“: die Einführung eines Standardprogramms für die Erstuntersuchung bei Beginn eines „intensiven Trainingsprozesses“, spätestens im 14. Lebensjahr; jährliche Kontrolluntersuchungen; die „Einrichtung entsprechender Betreuungs(Untersuchungs-)stellen“ – als Zielvorgabe wurde eine Untersuchungseinheit pro 3.000 jugendlicher Vereinssportler angestrebt –; sowie eine standardisierte Mindestausstattung dieser Untersuchungsstellen. Darüber hinausgehend forderte der DSÄB in „Abstimmung mit dem DSB“ den „Ausbau der sportärztlichen Ausbildung über die Zusatzbezeichnung ‚Sportarzt‘ zur fachärztlichen Ausbildung“ sowie die „Einrichtung von Lehr- und Forschungsstätten in Verbindung entsprechender Hochschullehrstellen mit zugehörigen Personalstellen, Sach- und Raummitteln“ (Vorlage zur Sitzung des Arbeitsausschusses am 15.1.1972 – Resolution zur sportärztlichen Versorgung der Sportjugend vom 10.1972; BArch B322/778).

Letztlich hatten die vonseiten des organisierten Sports wie des DSÄB ergehenden Initiativen kaum konkrete Auswirkungen. Das sich seit den 1950er-Jahren etablierte System unterschiedlicher Förderung und Durchführung derartiger Beratungen und Untersuchungen durch ehrenamtliches, kommunales und ländliches Engagement verhinderte jedes Bemühen um eine Vereinheitlichung. Ebenso ins Gewicht fällt, dass zahlreiche Verbände, Vereine und selbst einzelne Sportlerinnen und Sportler die Untersuchungen eher als hinderlich sahen.

Befragungen stellten auch in den folgenden Jahren ein Mittel dar, um Informationen über den Zustand der sportmedizinischen Untersuchung jugendlicher Sporttreibender zu erhalten. Letztlich spiegelte dies die Situation einer uneinheitlichen Betreuung wider, für die keine generellen, sondern nur individuell geprägte Aussagen getroffen werden konnten. Im März 1976 teilte etwa der Deutsche Fechter Bund auf eine Anfrage der DSJ mit, dass „bereits vor einigen Jahren“ ein Beschluss gefasst worden sei, Schüler und Jugendliche „nur mit einem Gesundheitspass an Wettkämpfen und Turnieren“ teilnehmen zu lassen. Zugleich wurden aber auch Probleme dieser Untersuchung mitgeteilt, die zum einen darin lägen, dass vielfach nicht kontrollierbar „Gefälligkeitsatteste“ ausgestellt würden, zum anderen, dass den „untersuchenden Ärzten [...] die besonderen sportartspezifischen Belastungsprobleme“ nicht bekannt seien. Zudem sei es fragwürdig, ob eine rein klinische Untersuchung ausreiche, um Belastungsschäden frühzeitig zu erkennen. In der Quintessenz kritisierte der Fechterbund, dass Beratungsstellen fehlten, die von „der personellen Besetzung her geeignet sind, vor Aufnahme eines fachspezifischen Leistungstrainings ärztlich beratend zu wirken“, was letztlich dazu führe, dass „unser System der Pflicht zum Gesundheitszeugnis mehr der ‚Gewissensberuhigung‘ dient und weniger der der sportgesundheitlichen Effizienz“ (Schreiben Deutscher Fechter Bund an DSJ vom 8.6.1976; BArch B322/782).

Den Umstand, dass es vielfach nach wie vor keine qualifizierten Sportärzte seien, die die Untersuchungen vornähmen, sprach auch der Landessportbund Nordrhein-Westfalen an: „Die Zahl der

Untersuchungsstellen ist nicht genau bekannt, da in der Regel frei praktizierende Ärzte die sportärztlichen Untersuchungen durchführen.“ Nur in „einigen Großstädten und größeren Gemeinden“ gebe es Untersuchungsstellen bzw. -zentren. Die untersuchenden Ärzte seien nicht nur Allgemeinmediziner, sondern auch Orthopäden oder Kinderärzte, die beim LSB NRW eine „Arztkennziffer“ beantragen könnten, um die Untersuchungen dann über den LSB beim Land Nordrhein-Westfalen abzurechnen. Eine Kooperation mit dem Arbeitskreis für Jugendfragen der DSJ existiere in keiner Weise (Schreiben Landessportbund NRW an DSJ ohne Datum (1977); BArch B322/782). Der Badische Sportbund hingegen gab an, dass die mit fünf DM vergüteten Untersuchungen von den im „Sportärztebund Nordbaden zusammengeschlossenen Ärzte[n]“ durchgeführt würden, indes beschränke sich die Untersuchung fast ausschließlich auf Jugendliche, die „eine leistungsmäßige Sporttauglichkeit feststellen“ lassen wollten, von „Freizeitsportlern“ werde dieses Angebot kaum genutzt (Schreiben Badischer Sportbund an DSJ, ohne Datum (1977); BArch B322/782). Selbst in Berlin, wo das Untersuchungssystem am besten organisiert war, wurde eine „Ausweitung der sportärztlichen Beratung“ in den Bezirken als dringend notwendig erachtet. Der Berliner Sportärztebund, der die Beratung der Jugendlichen in allen Bezirken gewährleiste, sei dazu personell in der Lage, auch die Finanzierung sei möglich. Dagegen fehlten geeignete Untersuchungsräume, da durch den „Eigenbedarf der Bezirksämter“ die Untersuchungszeiten ständig eingeschränkt würden. Zudem stellte der zuständige Jugendreferent des Senats heraus, dass Überlegungen „im parlamentarischen Raum“, in den Bezirken Planstellen für beamtete Sportärzte zu schaffen, zurückzuweisen seien: „Das Berufsbild des ‚Sportarztes‘ muß erhalten bleiben. Der größte Teil der Ärzte hat sich aus Idealismus und Liebe zum Sport als ‚Sportarzt‘ zur Verfügung gestellt. Dem Berliner Sportärztebund gehören z. Z. 210 Mitglieder an. [...] Dies [die Schaffung beamteter Stellen] ist nicht erforderlich und würde das (offiziell nicht existierende) Berufsbild des ‚Sportarztes‘ zerstören“ (M. Nippe: Sportmedizinische Forderungen im Sportplan Berlin, hier: Interpretation und derzeitiger Beratungsstand; 5.5.1976; BArch B322/782).

Der Bremer Landessportbund vermeldete 1977, dass seit 1919 „[r]egelmäßige sportärztliche Untersuchungen“ stattfänden, momentan gebe es fünf Untersuchungsstellen, die alle vom Bremer Sportärztebund unterhalten würden, demzufolge auch die Untersuchungen durch dessen Mitglieder zweimal wöchentlich angeboten würden. Drei davon verfügten über eine „Ergometrie-Meßanlage“, eine „Spiro-Ergometrie“ würde in Kürze in Betrieb genommen. Untersucht würden hauptsächlich die Mitglieder des Bremer LSB auf Aufforderung des Vereines oder Fachverbandes. Die Kosten würden von der „Stadtgemeinde Bremen“ übernommen. Die Nachfrage sei groß, es fehlte allerdings an Ärzten, um eine Ausweitung des Untersuchungsangebots vorzunehmen (Schreiben 1. Vorsitzender Dr. Ulrich des Bremer LSB an DSJ vom 1.7.1977; BArch B322/782).

Generell zeigt sich, dass sich bis Ende der 1970er-Jahre die Situation nur geringfügig geändert hatte. Vor allem in den Stadtstaaten wie Berlin oder Bremen war die Versorgungslage besser, wenn auch keineswegs eine umfassende Betreuung aller Sporttreibenden, selbst der Jugendlichen nicht, gewährleistet werden konnte. In den Flächenstaaten differierte die sportmedizinische Betreuung erheblich, meist war nur in den Groß- und größeren Städten ein regelmäßiges Angebot vorhanden. So hatte das flächenmäßig kleinere Hessen mit 41 Beratungs- und Untersuchungsstellen die meisten aller Bundesländer, wohingegen in Baden-Württemberg, aber auch in Rheinland-Pfalz, ein akuter Mangel an Untersuchungsstellen herrschte (vgl. Abb. 6). Paradigmatisch für die Situation des sportmedizinischen Betreuungswesens ist ein Antwortschreiben der „Sportjugend Rheinland-Pfalz“ an die DSJ, in dem konstatiert wurde, dass die zugesandten Fragebögen „nur teilweise und mangelhaft“ beantwortet werden könnten, da die regionalen Landesbünde Rheinhessen und Rheinland keinerlei Angaben machen könnten. Lediglich der dritte Landesbund Pfalz habe Zahlen vorlegen können: „Die Sportjugend Rheinland-Pfalz sieht sich personell weder in der Lage, intensivere Ermittlungen anzustellen noch die Angelegenheit zur Zeit voranzutreiben“ (Schreiben Sportjugend Rheinland-Pfalz an DSJ vom 17.3.1978; BArch B322/782).

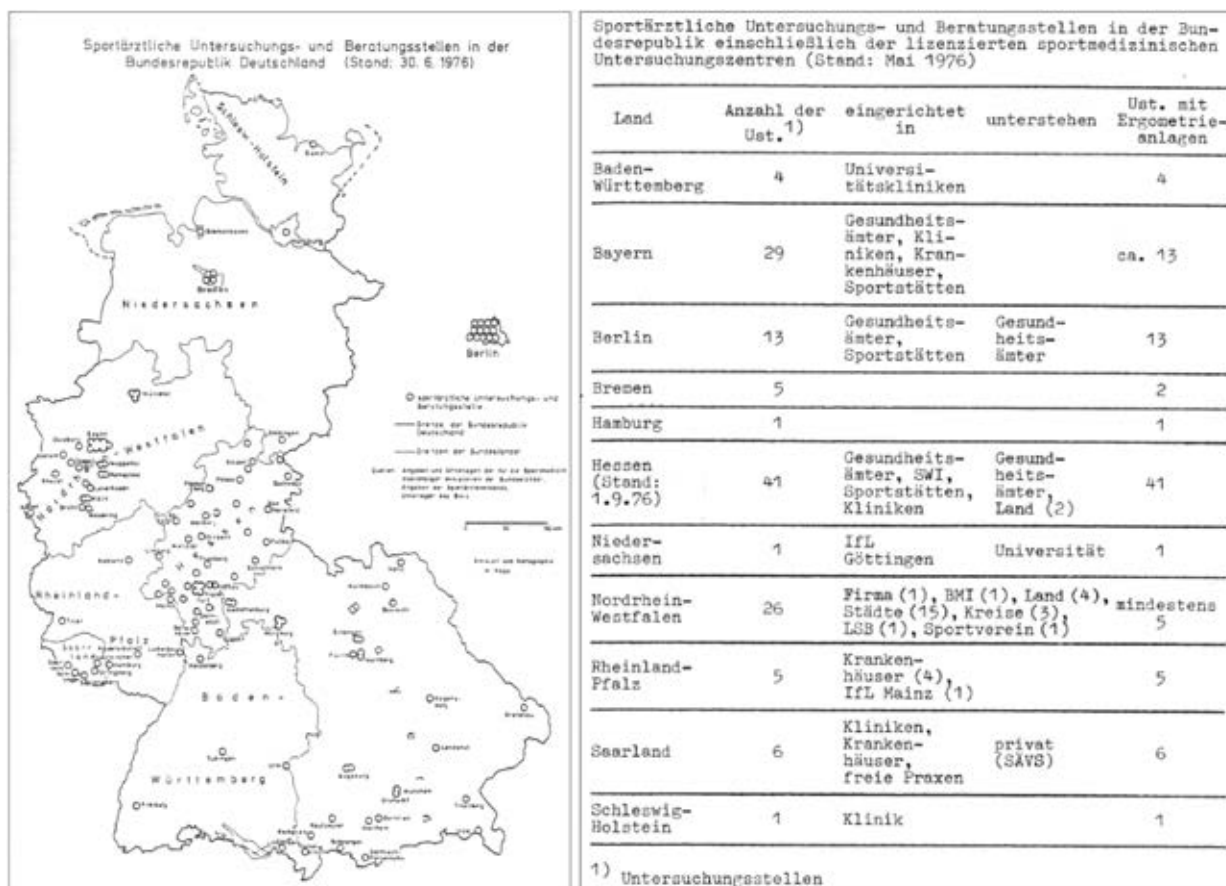


Abb. 2.6 Sportärztliche Untersuchungs- und Beratungsstellen in der Bundesrepublik 1976 (Kopp, 1980, S. 81, 197)

Vielfach war in den Richtlinien für sportmedizinische Untersuchungen verankert, dass diese nur von Sportmedizinern, also Mitgliedern des DSÄB, vorgenommen werden sollte – so etwa in den Richtlinien des Sportbundes Pfalz –, häufig mangelte es indes an Ärzten, zudem war die Frage der Finanzierung häufig unklar. Während die eher positive Situation in Berlin und Bremen auch darauf zurückzuführen war, dass dort die Verwaltung die Kosten übernahm, ergab sich in vielen anderen Ländern eine variable Mischfinanzierung durch das Land, die Kommunen und den regionalen Sportbund. Nur in Berlin und Hessen wurde die apparative Ausstattung der Untersuchungsstellen vom Land übernommen (Protokoll über die 40. Tagung des Arbeitskreises für Jugendfragen des Deutschen Sportärztebundes e. V. vom 29.4.1972, 9 Uhr, bis zum 30.4.1972, 13 Uhr in Dortmund; BArch B322/782). Im Landessportbund Pfalz erfolgte die Bezahlung ausschließlich durch den Sportbund, dies allerdings auch nicht in voller Höhe, ein Restbetrag der in der Regel fünf DM von einer DM musste von den Vereinen oder Fachverbänden, die ihre Mitglieder zur Untersuchung geschickt hatten, übernommen werden. Sportärztliche Betreuungen von Sportveranstaltungen gingen vollständig zu Lasten des ausrichtenden Vereins oder Verbandes (Richtlinien für sportärztliche Untersuchungen im Bereich des Sportbundes Pfalz, ohne Datum (ca. 1977); BArch B322/782). Eine flächendeckende Betreuung scheiterte zudem bereits daran, dass im gesamten Bereich des Sportbundes nur zwei Beratungsstellen mit insgesamt acht Sportmedizinern vorhanden seien, eine in der Unfallklinik Kaiserslautern-Oggersheim und eine in einer Privatpraxis. Diese acht Ärzte seien für eine Gesamtzahl von 161.768 jugendlichen Sportvereinsmitgliedern bis 25 Jahre zuständig. Die Untersuchungen auf Sporttauglichkeit würden von 45 Sportärzten in Privatpraxen gewährleistet, im Jahr 1976 hätten insgesamt 4.000 Reihenuntersuchungen stattgefunden (Schreiben Sportjugend Pfalz/Sportbund Pfalz an DSJ, ohne Datum (ca. 1977), BArch B322/782).

Tabelle 15:
Sportärztliche Untersuchungen in den Bundesländern in den Jahren 1974 und 1975

Land	sportärztliche Untersuchungen 1974	1975	zentrale Dokumentation
Baden (Süd)	400 (D-K ¹)	450 (D-K ¹) (I.-III. Quartal)	
Bayern			bisher keine
Berlin	ca. 20 000	ca. 20 000	Hauptberatungsstelle Berlin
Bremen	4 000 - 5 000	ca. 4 300 110 (D-K ¹)	
Hamburg	3 746	4 051	Sportbund (HSB)
Hessen	9 191 (ergänzt Untersuchung)	11 581	Sozialministerium, teilweise HZD
Niedersachsen	71 871	91 095	LSB Niedersachsen
Nordrhein-Westfalen	169 383	161 053	LSB NRW und LDS NRW
Rheinland-Pfalz		3 000 - 4 000 ca. 450 (D-K ¹)	
Saarland	15 000		Sportärzteverband
Schleswig-Holstein			bisher keine
Württemberg	ca. 20 000	ca. 20 000	Sportarzt des WLSB

1) = D-Kaderuntersuchungen

Abb. 2.7 Sportärztliche Untersuchungen nach Bundesländern 1974/75 (Kopp, 1980, S. 138)

Auf Basis der Befragungen der Vorjahre sowie einer erneuten Erhebung erstellt im August 1976 der „Fachausschuss für sportliche Jugendarbeit“ des DSB eine Übersicht über die „Auflagen zur sportmedizinischen Untersuchung Jugendlicher jenseits der Leistungskader“, getrennt nach Fachverbänden. Für 40 Fachverbände sollten hierbei Angaben zu „Verankerung der Auflagen“, „Zielgruppe“, „Turnus“, „Untersuchungsort-/Person“, „Art der Untersuchung“ und „Bescheinigung“ vorgenommen werden. Es zeigte sich, dass zum einen nur die wenigsten Fachverbände überhaupt derartige Auflagen besaßen und nur bei einigen davon dezidiertere Angaben nach den einzelnen Aspekten vorgenommen werden konnten. Gar keine Auflagen hatten bzw. keine Angaben hierzu machten 21 der 40 Verbände.⁴⁵ Es waren vor allem die größeren, mitgliederreichen Verbände wie der DLV, der DFB, der DS(schwimm)V, der DS(ki)V, der DTB, der DRV, auch der DHB, die Auflagen hatten, zudem die meisten der Kampfsportarten betreibenden Verbände wie der Amateur-Box-Verband, der Fechter-Bund, der Judo-Bund und der Ringer-Bund. Hier offenbarten sich auch die deutlichsten Unterschiede hinsichtlich der Stringenz der Auflagen. Während etwa im DHB und im DFB eher von einer „Soll“-Auflage bzw. von einer mangelnden bundeseinheitlichen Regelung auszugehen war – häufig war etwa die Untersuchung nur bei der Teilnahme an Wettkämpfen verpflichtend –, waren es bei den Kampfsportverbänden in der Regel „Pflicht“-Auflagen, die die sportmedizinische Untersuchung unabdingbar vor Beginn der Ausübung der Sportart machten und die dementsprechend in einer Bescheinigung nachzuweisen war (Übersicht FA Intern, 08/76; BArch B322/782).

⁴⁵ Dies waren der Badminton-Verband, der Basketball-Bund, der Bob- und Schlittensportverband, der Eissportverband, der Gewichtheber-Bundesverband, der Golf-Verband, der Hockeybund, der Kanu-Verband, der Rasenkraftsport-Verband, die Reiterliche Vereinigung, der Rugby-Verband, der Schachbund, der Schützenbund, der Segler-Verband, der Skibob-Verband, der Sportfischer-Verband, der Tanzsport-Verband, der Turnerbund, der Verband für Modernen Fünfkampf, der Volleyball-Verband und der Wasserski-Verband (Übersicht FA Intern, 08/76; BArch B322/782).

Die Befragung der Fachverbände offenbarte, dass die Problematik der sportmedizinischen Untersuchung der jugendlichen Sporttreibenden in gleichen Maße durch fehlende institutionelle, personelle und finanzielle Möglichkeiten wie auch durch ein Desinteresse der Sportfachverbände selbst verursacht wurde. Hinzu kam die bei den Beteiligten verbreitete Annahme, dass die von den „sportlichen Spitzenverbänden“ zwingend vorgeschriebenen sportmedizinischen Untersuchungen „fast mehr eine Schutzklausel für den Verband als eine gesundheitliche Absicherung für den Jugendlichen bedeutet“ (Sportmedizinische Untersuchungen Jugendlicher in Hessen, hier: Durchführung von Untersuchungen an Jugendlichen der Klassen 5, 7 und 9 der Oetzberg-Schule, 6111 Oetzberg-Lengfeld, Antragsbegründung der DSJ und der Sportärztlichen Hauptstelle des Landes Hessen vom 31.8.1982; BArch B322/796).

Interaktionen mit der Politik und dem DSB

Der DSÄB, die DSJ wie auch diejenigen Fachverbände, die derartige Untersuchungen bereits etabliert hatten, suchten zu einer bundeseinheitlichen Lösung zu gelangen, indem sie auch die Politik zu involvieren versuchten. Auf einem „Hearing Sportmedizinische Untersuchungen Jugendlicher jenseits der Leistungskader“ im April 1978, an dem Vertreter des DLV (Manfred Steinbach), des DRV (Claus Heß), des Arbeitskreises für Jugendfragen des DSÄB (Rolf Jeske), der DSJ (Vorsitzende Erika Dienstl, Referent für Sportliche Jugendarbeit Wolfram Ochs), des BMI, der BVA, des Deutschen Städtetages, der Deutschen Sporthilfe sowie verschiedener mit Sport und Gesundheit befasster Landesministerien teilnahmen, wurde die Notwendigkeit der Untersuchungen u. a. durch Ausführungen der Sportmediziner Harald Mellerowicz und Manfred Steinbach begründet. Im Zentrum stand ein „vom Deutschen Sportärztebund und der Deutschen Sportjugend geplante[s] Untersuchungssystem und seiner Kosten“. Die Grundlage des Systems bildete ein Forderungskatalog, der vorsah, dass „[j]eder Jugendliche, der einem Sportverein beitrifft, [...] die Möglichkeit zu einer kostenfreien sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung“ erhalte, jeder Jugendliche „von Beginn der Wettkampftätigkeit an“ untersucht werde, die Untersuchungen durch „qualifizierte Untersuchungsbögen abgesichert“ seien, die Vorsorgeuntersuchungen möglichst, die wettkampfverbundenen Untersuchungen zwingend von einem anerkannten Sportarzt durchzuführen seien und dass zur Sicherstellung der Untersuchungen für je 100.000 Einwohner „die Einrichtung einer sportärztlichen Untersuchungsstelle mit einer Mindestausstattung“ erforderlich sei (Anlage Forderungen zur sportmedizinischen Versorgung zum Hearing „Sportmedizinische Untersuchungen Jugendlicher jenseits der Leistungskader“ am 27.4.1978 in Frankfurt; vgl. auch Teilnehmerliste am Hearing und Ablaufplan; BArch B322/796).

Zur Durchsetzung ihrer Interessen suchten DSJ und DSÄB auch Kooperationspartner wie die Deutsche Sportkonferenz oder den Deutschen Städtetag, der einen Unterausschuss im Sportausschuss gebildet hatte, um sich mit der Thematik zu befassen. Die Frage der Erweiterung der sportmedizinischen Betreuung und Untersuchung – sowohl im Breiten- als auch im Spitzensport – stand sowohl auf der Tagesordnung der V. Vollversammlung der Deutschen Sportkonferenz im Juni 1973, der VII. Vollversammlung im Oktober 1974 (Protokoll der VII. Vollversammlung der Deutschen Sportkonferenz am 18. Oktober 1974 in Bonn, Bundeshaus; BArch B322/351) als auch auf der VIII. Vollversammlung im Juni 1975 (Anlage 1: VIII. Vollversammlung der Deutschen Sportkonferenz am 6.6.1975 in Mainz; BArch B322/351). Im Kern ist unverkennbar, dass sich etwa die in der Eröffnungsrede des Bundesinnenministers Werner Maihofer als Vorsitzenden der Sportkonferenz als „Aktiva“ der Arbeit hervorgehobene „Erweiterung der sportmedizinischen Betreuung vor allem auf dem Gebiet der sportmedizinischen Untersuchungsstellen“ vorrangig auf die Untersuchung der Leistungssportler bezog. In seiner in diesem Zusammenhang genannten Antwort auf eine „Kleine Anfrage“ des Bundestages rekurrierte Maihofer primär auf die vom Bund geförderte Ausweitung der Untersuchung der Spitzensportler – die Untersuchung für Nicht-Leistungssportler fand nur dahingehend Erwähnung, dass „einige sportmedizinische Untersuchungsstellen [...] auch die Aufgabe übernommen [haben], Sportler niedrigerer Leistungsklassen zu untersuchen“. Die Untersuchungsstellen in Gießen und Frankfurt hätten etwa im Jahre 1974 „neben der Untersuchung von Spitzensportlern

insgesamt rd. 1300 Untersuchungen von Schülern aus Sportleistungszügen und von Vereinssportlern im Rahmen einer Untersuchungsreihe des Hessischen Sozialministeriums durchgeführt“ (Deutscher Bundestag, 1975, S. 6).

Letztlich zielte auch die erste „Empfehlung“ der Sportkonferenz vom 22. Juni 1973 vorrangig auf den Leistungssport ab. In ihr wurden die „Spitzenfachverbände“ aufgefordert, „die Untersuchungszentren im Zusammenwirken mit dem Deutschen Sportbund (Bundesausschuß Leistungssport) aufgrund von jährlichen Kapazitätsplanungen für die sportmedizinische Betreuung der A-, B- und C-Kader optimal auszunutzen“. Der Bundesregierung und dem DSB wurde eine verbesserte „personelle und apparative Ausstattung“ der Zentren vorgeschlagen, den Landesregierungen und Landessportbünden die Einrichtung eines „über das jeweilige Bundesland verteilte[n] Netz[es]“ solcher. Die „berufsständigen Organisationen der Sportärzte“ sollten Maßnahmen wie die „Entwicklung leistungsdiagnostischer Test[s]“, vor allem aber die „Aus- und Weiterbildung von Sportmedizinern“ – auch durch die Einrichtung von Lehrstühlen mit Promotionsrecht – und die „Gewinnung interessierter Mediziner in der Tätigkeit der Sportmedizin“ ergreifen. Erst ganz am Ende der Empfehlung wurden „Tauglichkeitsuntersuchungen im Schulsport“ thematisiert, die allerdings ebenfalls „in Richtung auf eine differenzierte Leistungsprüfung“ gehen sollten (Empfehlung der Deutschen Sportkonferenz vom 22.6.1973, zitiert nach: MittDST 672/73 vom 6.11.73: Sportmedizinische Untersuchungen; BArch B322/351).

Eine deutlichere Ausrichtung auf den Breitensport wiesen dagegen die Initiativen des Deutschen Städtetages auf. Im Dezember 1973 verkündete der Städtetag, der Sportausschuss habe, der Empfehlung der Deutschen Sportkonferenz vom Juni 1973 folgend, allen Mitgliedsstädten die Empfehlung zur Einrichtung sportmedizinischer Untersuchungsstellen „zur Beachtung mitgeteilt“ (Schreiben des Deutschen Städtetages an den Präsidenten der Deutschen Sportkonferenz vom 19.12.1973; BArch B322/351). In einer Pressemitteilung vom 6. November 1973 betonte der Städtetag, „Sportmedizinische Untersuchungen dürfen nicht nur vorwiegend den Spitzensportlern zugute kommen. Auch für den Breitensport haben sie eine zunehmende Bedeutung. Wer Sport treibt [...] muß wissen, was er sich gesundheitlich zumuten darf“ (MittDST 672/73 vom 6.11.73: Sportmedizinische Untersuchungen; BArch B322/351). 1977 kam der Sportausschuss des Städtetages zu dem Schluss, dass „die entsprechende Versorgung der Spitzensportler [...] mittlerweile gut geregelt“ sei, für die sportmedizinische Versorgung der „Breiten- und Freizeitsportler, getrennt nach Altersklassen“ dagegen „entsprechende Überlegungen“ notwendig seien. Der Sportausschuss forderte die Möglichkeit einer Untersuchung für jeden Sporttreibenden, zunächst nur als „Grobuntersuchung“, die nur bei Feststellung von Mängeln eine gründlichere Untersuchung erforderlich mache. Dies sei vor allem deshalb sinnvoll, da diese „Feinuntersuchung“ in das „bestehende medizinische Versorgungssystem“ passe und dann „per Überweisungsschein“ durch die Krankenkassen übernommen werde. Hinsichtlich einer Durchsetzung eines Untersuchungssystems ging man zunächst von der Bereitschaft des einzelnen Sporttreibenden aus, der zunächst „für eine derartige Untersuchungspraxis“ motiviert werden müsse, etwa durch eine Plakataktion des DSB (Aktenvermerk betr. Arbeitstagung der Deutschen Sportjugend mit den Jugendleitungen der Landessportbünde am 4. Juni 1977, hier: TOP 3: Sportmedizinische Untersuchungen jenseits der Leistungskader vom 7.6.1977; BArch B322/796).

Die DSJ suchte auch das DSB-Präsidium selbst stärker zu involvieren, indem man um Unterstützung durch den DSB auf politischer Ebene ersuchte. Hierbei zeigten sich auch die unterschiedlichen Prämissen im Umgang mit der Thematik zwischen DSB und DSJ. In einer Unterredung der DSJ und der Jugendleitungen der Landessportbünde mit dem DSB-Präsidiumsmitglied Palm argumentierte dieser – entgegen der Intentionen des DSJ – man müsse eine „Gesamtstrategie entwickeln, bei der auch die Untersuchung der erwachsenen Sporttreibenden“ mit einbezogen werde. Das Argument des DSJ-Vertreters Ochs, dies würde die Kosten derart in die Höhe treiben, dass das „Gesamtunternehmen utopisch“ werde, wollte Palm nicht gelten lassen, stattdessen sah er sogar die größere Notwendigkeit einer Untersuchung der Erwachsenen, weil die Jugendlichen „ja ohnehin weniger gefähr-

det seien“. Die involvierten Jugendleitungen der Landessportbünde, die eine Interaktion mit dem DSB für notwendig erachteten, schlugen schließlich als Kompromiss vor, zunächst mit den Untersuchungen der Jugendlichen „den Anfang zu machen und später [...] den Erwachsenenbereich nachzuschieben“ (Aktenvermerk betr. Arbeitstagung der Deutschen Sportjugend mit den Jugendleitungen der Landessportbünde am 4. Juni 1977, hier: TOP 3: Sportmedizinische Untersuchungen jenseits der Leistungskader vom 7.6.1977; BArch B322/796).

In den 1980er-Jahren zeitigten die in den 1970er-Jahren auf verschiedenen, auch sportpolitischen Ebenen intensivierten Bemühungen um eine sportmedizinische Untersuchung durchaus kleinere Ergebnisse, die sich etwa in Ansätzen um eine Vereinheitlichung eines Untersuchungssystems zeigten. So wurden im Kontext eines vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit angeregten „Gesamtprojektes ‚Vorsorgeuntersuchung sporttreibender Bürger‘“ die sportmedizinische Untersuchung ein Thema. Im März 1980 teilte der am Projekt beteiligte Leiter der in der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim angesiedelten „Sportärztlichen Hauptberatungsstelle des Landes Hessen“, Prof. Dieter Böhmer, mit, dass sich auf Anregung des Ministeriums nunmehr die sportmedizinischen Institute der Universitäten Frankfurt, Freiburg, Kiel, Köln, Saarbrücken und Tübingen zu einer „Arbeitsgemeinschaft“ zusammengeschlossen hätten, um „ein aussagekräftiges, praktikables Untersuchungssystem für alle sporttreibenden Bürger und solche, die (wieder) mit Sport beginnen wollen, zu schaffen“. Das Untersuchungssystem sollte nicht allein die Sporttauglichkeit der Untersuchten feststellen, sondern darüber hinaus dazu beitragen, Erkenntnisse über den „Einfluß von Breitensportlichen Aktivitäten auf die Gesundheit zu erfassen“ und „Risikofaktoren für die Gesundheit [...] durch unkontrolliertes Sporttreiben“ zu identifizieren. Dieser Anspruch führe im Grunde auf die frühen sportmedizinischen Forschungen zur Volksgesundheit zurück, es sei zwar „gesichert“, dass „durch regelmäßige freizeitsportliche Aktivitäten die körperliche Leistungsfähigkeit“ zunehme, über den „präventiven Nutzen des Breiten- und Freizeitsports“ lägen dagegen nur „in Einzelfällen ausreichende Informationen vor“, die nicht ausreichten, „Grundlage allgemeiner Empfehlungen“ zu sein. Das „Projekt“ verbinde somit den Vorsorgeaspekt für den einzelnen Sportwilligen mit einem allgemeinen Forschungsansatz, der zunächst „breit angelegt“ sein müsse, um zu allgemeingültigen Rückschlüssen zu gelangen. Im Folgenden legte Böhmer einen dezidierten „Projektaufbau“ für drei Jahre vor, der anhand von ca. 3.500 Probanden verschiedener Altersstufen und verschiedener Provenienz (Schule/Universität, Sportvereine, freie Sportgruppen, Behörden) wissenschaftliche Erkenntnisse generieren solle, die dann zu „statistisch abgesicherten Inhalten des zu erstellenden Untersuchungsbogens“ führen und somit die Grundlage eines wissenschaftlich fundierten Untersuchungssystems schaffen sollten (Schreiben Böhmer an Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit vom 20.3.1980; BArch B322/796).

Diese graduelle Verlagerung des Problems der sportmedizinischen Untersuchung in einen Komplex wissenschaftlicher Forschung für die Volksgesundheit offenbart zwei Dinge: Zum einen zeigte sich, dass es den Protagonisten der Initiativen der 1970er-Jahre durchaus gelungen war, die Politik für ihr Anliegen zu interessieren. Zum anderen zeigt sich aber auch zugleich, dass der ursprüngliche Ansatz einer Ausweitung des Untersuchungssystems vorrangig für jugendliche Sportvereinsmitglieder wenig erfolgreich verlaufen war. Es war weder gelungen, bei den Fachverbänden oder den Vereinen eine durchgängige Bereitschaft zu erzielen, derartige Untersuchungen verpflichtend zu machen, noch bei den maßgeblichen Stellen, die finanziellen Mittel für die Ausweitung des Untersuchungswesens zu erreichen. Somit suchte man – unter Rückgriff auf bereits in den 1950er- und 1960er-Jahren erfolgreiche Initiativen zur Förderung der Volksgesundheit – die Durchsetzung sportmedizinischer Beratung und -untersuchung in einen größeren Gesamtkontext einer allgemeinen Gesundheitsförderung der Bevölkerung zu bringen, um auf diese Weise einen Fortschritt zu erlangen.

Grundlage dieser Projektförderung war das erwähnte Hearing im Jahr 1978 gewesen, in dem der Gedanke eines einheitlichen Untersuchungssystems nach wissenschaftlich fundierten Grund-

sätzen vor politischen Entscheidungsträgern in den Raum gestellt worden war. Im Vorfeld war seitens des DSÄB und des DSJ „ein bundeseinheitliches Untersuchungssystem bis in die Details hinein (Untersuchungsbögen, Qualifikation der Mediziner, Ausstattung der Untersuchungsstellen, Einbeziehung anderer Gesundheitsuntersuchungen für Heranwachsende, Kostenanfall) entwickelt“ worden. Die beteiligten Vertreter der Bundes- und Landesministerien, der Krankenkassen, der Sportverbände, der Hochschulinstitute und der medizinischen Standesorganisationen stimmten darin überein, „sowohl im Hinblick auf die beklagte Situation als auch unter dem Gesichtspunkt, hier zum Schutz der Jugendlichen Abhilfe zu schaffen“, aktiv werden zu müssen. Als Probleme wurden die „Zuständigkeit der Länder für alle unterhalb der Bundeskader angesiedelten Untersuchungssysteme, die bei der in den Ländern herrschenden Meinungsvielfalt eine Fülle inhaltlich unterschiedlicher und sich teilweise diametral gegenüberstehender Ansätze im Laufe der zurückliegenden Jahre hervorgebracht hatte“, sowie die „Lösung der Kostenfrage“ angesehen. Somit wurde zunächst vereinbart, zunächst „modellartig“ Jugenduntersuchungen durchzuführen, diese auszuwerten, um „danach noch einmal bezüglich einer bundeseinheitlichen Einführung zu diskutieren“ (Sportmedizinische Untersuchungen Jugendlicher in Hessen, hier: Durchführung von Untersuchungen an Jugendlichen der Klassen 5, 7 und 9 der Otzberg-Schule, 6111 Otzberg-Lengfeld, Antragsbegründung der DSJ und der Sportärztlichen Hauptstelle des Landes Hessen vom 31.8.1982; BArch B322/796).

Dieser Modellversuch erfolgte schließlich auf mehreren Ebenen und unter Beteiligung verschiedener Akteure zu einzelnen Untersuchungsreihen. Auf Basis eines bereits im Mai 1977 ergangenen Erlasses (IV C 2- 990/24) des Hessischen Kultusministers führte die DSJ gemeinsam mit der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle des Landes Hessen einen Modellversuch durch, in dem „die Jugenduntersuchungen des Projekts – der räumlichen Nähe der DSJ und der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle des Landes Hessen, beide in Frankfurt/M. angesiedelt, wegen – in Hessen durchgeführt“ werden sollten. Zur Erlangung repräsentativer, später bundesweit nutzbarer Ergebnisse sollten Jugendliche und Kinder sowohl aus städtischen als auch ländlichen Gebieten als Probanden dienen. Durchgeführt wurden nach einer von der Frankfurter Hauptberatungsstelle entwickelten „Standard-Erhebung“ sportmotorische Tests, die Koordinationsfähigkeit, Ausdauer etc. testen sollten, sowie sportmedizinische Untersuchungen (Ergometrie mit Elektrokardiogramm, Untersuchung des Haltungs- und Bewegungsapparates und des Herzens, Blutentnahme). Die Projektverantwortlichen waren neben dem Leiter der Hauptberatungsstelle und Lehrstuhlinhaber für Sportmedizin an der Goethe-Universität Dieter Böhmer die in der Hauptberatungsstelle tätigen Sportmediziner. Ein Teil des Modellversuchs mit Jugendlichen stellte die Durchführung von Untersuchungen von Jugendlichen der Klassen 5, 7 und 9 der Otzberg-Schule im Oktober 1982 dar. Insgesamt 102 Schülerinnen und Schüler unterzogen sich, nach schriftlicher Einwilligung der Eltern bei den Minderjährigen, dem geschilderten Test bzw. der Untersuchung, die erhobenen Daten wurden anschließend am Institut für medizinische Dokumentation der Universität Frankfurt ausgewertet (Sportmedizinische Untersuchungen Jugendlicher in Hessen, hier: Durchführung von Untersuchungen an Jugendlichen der Klassen 5, 7 und 9 der Otzberg-Schule, 6111 Otzberg-Lengfeld, Antragsbegründung der DSJ und der Sportärztlichen Hauptstelle des Landes Hessen vom 31.8.1982; BArch B322/796).

Derartige Initiativen zur Einführung einer sportmedizinischen Untersuchung sporttreibender Jugendlicher abseits des Leistungssports resultierten schlussendlich dennoch nicht in ein bundesweit einheitliches System. Selbst im Leistungssport war das Untersuchungssystem anfangs noch optimierbar. Ende der 1970er-Jahre war die Betreuung und Untersuchung von Leistungssportlern der A-, B- und C-Kader zwar bundesweit durch Untersuchungszentren gewährleistet, allerdings existierten nach wie vor keine sportartspezifischen, auf die Belastungen und Gefährdungen unterschiedlicher Sportarten ausgerichteten Untersuchungen (Kopp, 1980, S. 191). Diese sportartspezifischen Untersuchungen wurden seit den 1980er-Jahren nach und nach eingeführt, der DOSB schreibt heute eine „vor Eintritt in den Bundeskader (A-, B-, C-Kader), spätestens ab dem D-Kader, [...] verpflichtende und nach standardisierten Vorgaben durchgeführte Eingangsuntersuchung unter Verantwortung der

Bundesländer“ vor. Ab dem C-Bundeskader sind jährliche sportmedizinische Untersuchungen „nach entsprechenden Vorgaben eines sportmedizinischen Untersuchungsbogens und nach Spezifik der betriebenen Sportart“ in lizenzierten Untersuchungszentren verpflichtend (Schöckel, 2016, S. 60). Die meisten Landesverbände haben zudem auch für Leistungssportler in den Landeskadern derartige Untersuchungen verankert. Der Hessische Landesportbund etwa verpflichtet Sportler der hessischen D- und D/C-Kader, sich einmal jährlich einer sportmedizinischen Grunduntersuchung zu unterziehen, bei E-Kader-Nachwuchssportlern ist dies bereits nur fakultativ (<https://www.landessportbund-hessen.de/geschaeftsfelder/leistungssport/sportmedizin/>).

Im Breiten- und Freizeitsport führte das Zusammenkommen verschiedener Probleme in der Umsetzung dazu, dass ein einheitliches und umfassendes Untersuchungssystem bis heute nicht existiert. Diese waren das Fehlen bundesweit einheitlicher Richtlinien für die sportmedizinische Untersuchung, damit verbunden die Frage der Finanzierung der Untersuchungen, die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt war und ist, das Fehlen einer ausreichenden Zahl sportärztlicher Beratungs- und Untersuchungsstellen, ein Mangel an sportärztlich ausgebildeten Medizinern, aber auch eine unzureichende Fort- und Weiterbildung von Ärzten in diesem Bereich. Letztlich waren und sind es indes auch in hohem Maße die Sportverbände und -vereine selbst, die sich einer Einführung sportmedizinischer Untersuchungen häufig verweigern. Der Hessische Landesportbund verweist bei „Nicht-Kadersportlern“ lediglich darauf, dass „eine sportmedizinische Untersuchung interessant sein“ könnte (<https://www.landessportbund-hessen.de/geschaeftsfelder/leistungssport/sportmedizin/>). Der langjährige Weiterbildungsbeauftragte und Vizepräsident des deutschen Sportärzterverbandes Dieter Schnell verwies 2016 darauf, wie schwierig es sei, „Sportvereine dazu zu bringen, den Arzt an die Sportler ranzulassen“. Der durch den Berliner Sportmediziner Ruhemann bereits 1950 artikuliert Leitsatz, dass jeder Sportverein einen Sportarzt haben solle, sei allein schon am Desinteresse der Vereine gescheitert, die sich von Sportärzten nicht vorschreiben lassen wollten, was sie machen sollten. Selbst die feste Etablierung von Verbandsärzten sei nicht umsetzbar (Schnell, 2016, S. 328). Sportmedizinische Untersuchungen von Breiten- und Freizeitsportlern werden heute durch niedergelassene Ärzte – meist mit Zusatzbezeichnung Sportmedizin – durchgeführt, wobei das Problem besteht, dass diese „Leistung [...] normalerweise nicht zum Pflichtkatalog der gesetzlichen Krankenkassen [gehört], sondern [...] oft als privat zu zahlende IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) berechnet“ wird. Mittlerweile bezuschussen indes viele Krankenkassen die Untersuchungen zu einem Teil.

Auch die Hoffnungen und Ansätze einer (strukturell veränderten) Aufrechterhaltung des Sportmedizinischen Dienstes nach der Wiedervereinigung (Arndt, 2004, S. 326), eventuell sogar die einer Übernahme einiger Strukturen in den alten Bundesländern, zerschlugen sich mit der Auflösung des Sportmedizinischen Dienstes 1990 schnell. Vorrangig waren hierfür finanzielle Aspekte ausschlaggebend, die Aufrechterhaltung oder sogar Ausweitung dieses Systems selbst unter strukturellen Veränderungen und mit weniger Personal hätte einen großen finanziellen Aufwand bedeutet, den die Länder nicht zu tragen gewillt waren (Arndt, 2004, S. 326). Dies stellte letztlich auch den deutlichsten Unterschied beider Systeme sportmedizinischer Untersuchung dar: Während der SMD ein staatlich-zentralistisch gelenktes System war, war die sportmedizinische Beratung und Untersuchung in der föderalistischen Bundesrepublik abseits des (Hoch-)Leistungssports eine Aufgabe der Bundesländer, sodass es im Grunde nie zu einer einheitlichen Lösung kommen konnte.

Das Aufgabenfeld „sportmedizinische Beratungen und Untersuchungen“ belegt, dass es kaum möglich ist, ein „Berufsbild“ des Sportmediziners zu identifizieren. Während in der DDR das staatliche Untersuchungssystem einem großen Teil weitergebildeter Sportärzte eine fachlich adäquate Berufsausübung ermöglichte, ist es für die Bundesrepublik schwierig, überhaupt Aussagen hinsichtlich des Anteils von Sportmedizinern an derartigen Untersuchungen zu treffen, da es weder ein bundeseinheitliches Untersuchungssystem gibt noch eine Verpflichtung, diese Untersuchungen durch qualifizierte Sportmediziner durchführen zu lassen. Die sportmedizini-

schen Untersuchungen finden bis heute in einem Geflecht aus Ehrenamtlichkeit, fallweise gering vergüteter und durch niedergelassene Ärzte wahrgenommener Dienstleistung statt. Gerade weil die sportmedizinische Beratung und Untersuchung eine über Jahrzehnte postulierte sportmedizinische Aufgabenstellung darstellte, belegt die Situation die Fragilität eines Berufsbildes Sportmedizin.

7 Schlussbetrachtung

Die Entwicklung des Verbandes der Sportmediziner, des DSÄB bzw. ab 1999 der DGSP, ist von zwei prägenden Zäsuren gekennzeichnet, von denen die erste um das Jahr 1970 von zentraler Bedeutung für die weitere Entwicklung der Sportmedizin in der Bundesrepublik Deutschland war. Dem Paradigmenwechsel von einer vorrangig gesundheitlich-präventiv orientierten zu einer leistungssportorientierten Sportpolitik folgten die beiden Akteure Staat und organisierter Sport in ausgeprägterem Maße als weite Teile der Sportmedizin. Dies galt insbesondere für den DSÄB, der seine Prämissen nach 1970 nach wie vor in den Bereichen der Prävention und Rehabilitation sah. Die nach 1970 deutlich zu verzeichnende Trennung der Sportmedizin in eine leistungssportorientierte und eine präventionsorientierte Ausrichtung wirkte sich auf verschiedenen Ebenen auf die Entwicklung der Sportmedizin aus. Diese Entwicklung stand und steht bis heute im Zusammenhang mit gesellschaftlichen, politischen und sportpolitischen Entwicklungen, da die Sportmedizin keine medizinische Disziplin sui generis darstellt und somit mehr als etablierte Fachdisziplinen der Medizin von Entscheidungen und Einflussnahmen verschiedener Akteure abhängig ist. Die Anforderungen von Staat, Sport und Gesellschaft an sie und deren Umsetzung durch Sportmediziner entscheiden in hohem Maße über ihre Legitimation. Die Wertigkeit der Sportmedizin ist stets verbunden mit Fragen gesundheitspolitischer, berufspolitischer, sportpolitischer, fachwissenschaftlicher sowie gesellschaftlicher Art, letztlich bestimmten und bestimmen immer wieder auch medial-öffentliche Diskurse das Image der Sportmedizin. Paradigmatisch ist hier das medial-öffentliche Bild der Sportmedizin als einer Leistungssport-Medizin, während tatsächlich der Anteil der im Leistungssport tätigen Sportmediziner im Verhältnis zur Gesamtmitgliederzahl des Verbandes verschwindend gering ist.

Insgesamt ergibt sich in der historischen Entwicklung ein ambivalentes Bild der deutschen Sportmedizin. Die „Sportmedizin“ ist aufgrund einer fachlichen Verankerung, die nicht mit der etablierten humanmedizinischen Disziplinen vergleichbar ist, als eher instabile, von äußeren Rahmenbedingungen abhängige soziale Konstruktion zu sehen. Die während ihrer gesamten Entwicklung zentrale Legitimationsfrage beeinflusste stets die Verbandspolitik, sie entschied über Veränderungsmaßnahmen ebenso wie über die politisch-öffentliche Wahrnehmung der Sportmedizin.

Die immer wieder in Konjunktoren erkennbaren Versuche, der Sportmedizin innerhalb der Medizinwissenschaft – sei es durch einen Facharztstatus oder zumindest die Verankerung sportmedizinischer Inhalte im Curriculum der Arztausbildung – Bedeutung zu verleihen, sind Ausdruck dieses Legitimationsdilemmas. Die Bemühungen, eine konsistente Identität der Sportmedizin zu erlangen sowie damit verbunden ihre politische und gesellschaftliche Legitimität zu stärken, waren nur in Ansätzen erfolgreich. Zu den Erfolgen zählen die fachliche Anerkennung einer Weiterbildung zur „Zusatzqualifikation ‚Sportmedizin‘“, die indes kaum berufspraktische Konsequenzen hatte, sowie die Aufnahme sportmedizinischer Inhalte in die Approbationsordnung 2002. Vor allem der immer wieder seitens der Sportmedizin postulierte und auch als Argument gegen einen in seinem Aufgabenspektrum limitierten Facharzt verwendete „Querschnittcharakter“ der Sportmedizin belegt zum einen die mangelnde fachliche Zuordnung, zum anderen das Fehlen eines berufsständigen Alleinstellungsmerkmals. Prävention ist mittlerweile Allgemeingut in der Humanmedizin, Bewegung als „Medikament“ ein gesellschaftlich anerkannter Topos. Die Sportmedizin war an dieser Entwicklung hin zu einer Präventionsmedizin zunehmend weniger beteiligt, von ihr profitierten Disziplinen, die analoge The-

menfelder besetzen wie die Sportmedizin, zum Beispiel die Arbeitsmedizin oder die Hygiene- und Umweltmedizin.

Die vom Verband präferierte präventive Ausrichtung der Sportmedizin stieß im Lauf der Zeit auf gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die es der Sportmedizin erschwerten, diese als Argument einer Aufwertung der Disziplin ins Feld zu führen. So hatte die Sportmedizin bereits in der zweiten Hälfte der 1960er-Jahre die ihr von Staat und Sport zugeordnete Funktion einer wissenschaftlichen Fundamentierung der präventiven Wirkung von Sport auf die Gesundheit in hohem Maß erfüllt, sie verlor in der Folge ihre Deutungshoheit in diesem Bereich an andere, etablierte medizinische Disziplinen. Die Argumentation der Ausschüsse des Bundesrates 1989, die Sportmedizin sei ein zu kleines Fach, um allein dieses wichtige Themenfeld zu besetzen, sowie die Verweise des Bundesgesundheitsministeriums, die Prävention sei bereits hinreichend und mit zunehmender Beachtung in die medizinische Ausbildung integriert, belegen diesen Verlust der Deutungshoheit. Die ohne konkrete Erwähnung der Sportmedizin verlaufenden Diskussionen über eine Aufwertung der Prävention im Gesundheitswesen bis hin zur Integration präventiver Maßnahmen in die Leistungen der Krankenkassen und schließlich die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes 2015 zeigen, dass für die Prävention die Sportmedizin nicht mehr notwendig erschien. Die Umbenennung des DSÄB in DGSP 1999 stellt hier einen – letztlich eher rhetorischen – Versuch dar, an einer Entwicklung zu partizipieren, die längst losgelöst von der Disziplin erfolgte. Jahrzehnte zuvor war es die sich konstituierende Sportmedizin gewesen, die die Idee der Prävention in die moderne, naturwissenschaftliche Medizin getragen hatte.

Auch das zum Teil unzureichende Engagement der Gesamtsportärzteschaft wirkte sich im Anerkennungsprozess negativ aus. Gerade die Sportmediziner im Verband, die am vehementesten für eine Aufwertung der Sportmedizin an den Hochschulen und innerhalb der Humanmedizin durch einen Facharzt warben, waren diejenigen, die, wie Keul oder Kindermann, an Hochschulen und damit häufig auch im Leistungssportbereich tätig waren. Dies führte zu der befremdlichen Tatsache, dass sich eher leistungssportorientierte Mediziner für die Aufwertung der Sportmedizin aussprachen und dies in der Erkenntnis, dass die Präventionsmedizin innerhalb der Humanmedizin einen deutlich höheren Stellenwert als die sehr spezifisch orientierte Leistungs(sport)medizin einnimmt, größtenteils mit gesundheitspolitischen Argumenten. Wenn also der DSÄB als Interessenvertretung der Sportmediziner derartige Initiativen startete, blieb fraglich, inwieweit der Berufsverband überhaupt die Interessen der Mehrheit der in Hausarztpraxen sportärztlich tätigen Verbandsmitglieder vertrat.⁴⁶ Auch die immer wieder und bis heute erkennbare Ambivalenz der Sichtweisen dürfte eine Rolle gespielt haben, dass Initiativen zur Aufwertung der Sportmedizin in Konjunkturen und mit mäßiger Durchschlagskraft erfolgten. Dem vorgebrachten Argument, die Ärztekammern wie auch die Politik hätten sich einer Aufwertung der Sportmedizin verweigert, ist hier zu entgegnen, dass dieses Bemühen um Aufwertung auch vonseiten der Sportmedizin bzw. des Verbandes selbst kaum konsequent und stringent erfolgte.

Ein weiterer Aspekt, der eine fachliche Anerkennung seitens der Ärztekammern bzw. der Humanmedizin beeinträchtigt haben dürfte, war und ist die in der Entwicklung fluktuierende Positionierung der Sportmedizin zwischen Medizin- und Sportwissenschaft. Vor allem in den ersten beiden Jahrzehnten nach Wiedergründung des Verbandes stand die Sportmedizin in enger Interaktion mit dem organisierten Sport, erst mit den späten 1960er-Jahren erfolgte eine deutlichere Anbindung an medizinische Standesorganisationen und damit eine zunehmende Verortung der Sportmedizin innerhalb

⁴⁶ In diesem Kontext gilt es auch zu erwähnen, dass es nach offiziellen Angaben in Deutschland ca. 15.000 Ärzte gibt, die die „Zusatzqualifikation ‚Sportmedizin‘“ erworben haben. Die DGSP hat dagegen nach eigenen Angaben nur ca. 9.000 Mitglieder. Die „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF) gibt für ihre Mitgliedsgesellschaft DGSP sogar nur einen aktuellen Mitgliederbestand von 7.938 an (<https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-weiterbildungs-coach-fachaezte-1571/a/facharztcheck-sportmedizin-26504.htm?p=all>; <http://www.dgsp.de/seite/277054/dgsp-dachverband.html>; <http://www.awmf.org/fachgesellschaften/mitgliedsgesellschaften/visitenkarte/fg/deutsche-gesellschaft-fuer-sportmedizin-und-praevention-dgsp.html>).

der Humanmedizin. Der frühere DGSP-Präsident Dickhuth benannte noch um die Jahrtausendwende die mangelhafte Berücksichtigung von Standards der medizinischen Fakultäten wie auch die nach wie vor zu große Nähe zum DSB als Gründe einer mangelnden fachlichen Anerkennung (Dickhuth, 2000, S. 188; 2002, S. 306). Dennoch besteht die Ambivalenz der Zuordnung bis heute, deutlich wird sie darin, dass nur 12 der 29 Lehrstühle für Sportmedizin in Deutschland unmittelbar medizinischen Fakultäten zugeordnet sind, die meisten dagegen der Sportwissenschaft (<http://www.dgsp.de/seite/278041/sportmedizin-in-dt..html>; vgl. auch Nowacki, 2000, S. 123). Diese Ambivalenz wird ebenso in der sportmedizinischen Weiterbildung deutlich. Von 1950 an war das Selbstbild des Sportmediziners in entscheidendem Maße von eigenem aktiven Sporttreiben geprägt, nur ein selbst sportlich Aktiver, so das Credo, verfüge über die Expertise, sportmedizinisch beratend tätig zu sein. Somit ist bis heute die Teilnahme an sportpraktischen Kursen ein zentraler Bestandteil sportmedizinischer Weiterbildung. Die – durch entsprechende Berichte und Selbstaussagen von Lehrgangsteilnehmern gestützte – Wahrnehmung, dass bei den Weiterbildungskursen weniger medizinische Weiterbildung, sondern aktive Freizeitgestaltung stattfindet, begleitet die Sicht auf die sportmedizinische Weiterbildung. Die explizite Aufnahme des Passus in das Muster-Kursbuch, dass „systematisches körperliches Training der Teilnehmenden, Wettkämpfe, Freizeitaktivitäten und Besichtigungstouren [...] nicht zur Weiterbildung, sondern zu den Pausen“ (Muster-Kursbuch, 2011, S. 5) zählen und somit auch nicht angerechnet würden, basiert auf derartigen Annahmen.

Grundlegend für die Fragilität der Disziplin erscheint zudem die unzureichend geklärte Ambivalenz zwischen Prävention und Leistung, die sich auch innerhalb des Verbandes zeigt. Mit der Herausbildung einer staatlich geförderten Leistungsmedizin seit den 1970er-Jahren in der Bundesrepublik hatte sich die Divergenz von Teilinteressen und Teilidentitäten in der Sportärzteschaft manifestiert. Der Begriff der Leistungsmedizin hat seit den 1970er-Jahren einen terminologischen Wandel erfahren. Leistung wird nicht mehr, wie es etwa Reindell in den 1960er-Jahren tat, als Ausdruck allgemeiner körperlicher Leistungsfähigkeit und hier vor allem ihrer Grenzen verstanden, sondern als eng mit dem Spitzensport verknüpftes Element einer medizinisch möglichen Steigerung menschlicher Potenziale. Der Sportmedizin ist es nicht gelungen, die teilweisen Widersprüche zwischen Präventions- und Leistungs(sport)medizin aufzulösen. Mit dem Aufkommen des von Staat und organisiertem Sport propagierten Leistungssports verlor die präventive Sportmedizin einen ihrer wesentlichen und traditionellen Aufgabenbereiche, den der Rolle als „Wächter des Sports“, als „Mahner“ vor Übertreibung und sportlichem Exzess. Gerade diese Rolle stellte eine Grundlage sportmedizinischer Tätigkeit innerhalb der Strukturen des Sports dar, die Anleitung eines gesundheitlich förderlichen Sporttreibens unter medizinischer Überwachung. Dieser Rolle sind wohl die meisten Sportmediziner nach wie vor verpflichtet – was wiederum dazu führt, dass Sportmediziner innerhalb der Strukturen des Leistungs-, aber auch des Breitensports nur wenig verankert sind. Die Aussagen von Sportmedizinern, welche Widerstände ihnen seitens des organisierten Sports bis hinein in den Breitensport bis heute entgegenschlagen, belegen, wie schwierig es für die Sportmedizin ist, in ihrer ureigenen Domäne, der Beratung der Sporttreibenden, Fuß zu fassen. Dies spiegelt sich auch in der sportmedizinischen Beratung und Untersuchung wider, die von den Sportverbänden und -vereinen abseits des Spitzensports häufig eher als Hindernis denn als Notwendigkeit gesehen wird. Zudem wird der Sportmedizin sowohl im Leistungssport durch die Aktiven bzw. die Verbände und Vereine (vgl. Becker, 2018) als auch im Breitensport etwa im kurativen Bereich keine Expertise per se zuerkannt, die nicht auch oder sogar besser von anderen Fachärzten zu erbringen wäre. Bereits 1951 verwies der Sportmediziner Sasse darauf, dass ein Chirurg Sportverletzungen besser behandeln könne als ein Sportarzt (Sasse, 1951, S. 9). Daran hat sich bis heute nichts geändert. Aussagen wie die des Hausarztes Mader, dass die erworbene „Zusatzqualifikation“ lediglich dazu beitrage, dass Patienten lieber ihn statt eines Orthopäden besuchten, da die Wartezeit kürzer sei (Mader, 2007, S. 56), zeigen die letztlich geringe fachpraktische Relevanz der Zusatzqualifikation. Dies spiegelt sich auch in einer Umfrage unter Ärzten mit Zusatzqualifikation von 2019 wider. 93 % der 69 an der Umfrage teilnehmenden Ärzte gaben an, dass der Anteil sportmedizinischer IGeL-Leistungen lediglich zwischen

0-10% ihrer Gesamttätigkeit liege; dabei gab jeder zweite Sportarzt einen Wert zwischen 0 bis 5% an. Zudem war die Mehrheit (74%) der Auffassung, die Zusatzqualifikation habe zu keiner Veränderung der Patientenzahl geführt. Jeder vierte Sportarzt (27%) sah in dem Erwerb der Zusatzqualifikation keinerlei Vorteile und lediglich 5 der 69 befragten Ärzte machten einen finanziellen Vorteil infolge der Zusatzqualifikation aus (Windgaßen, 2019, S. 49, 61 f., 79).

Der Widerspruch zwischen Prävention und Leistung kulminiert letztlich in der Dopingproblematik, die für die Sportmedizin ein Imageproblem immensen Ausmaßes zur Folge hatte – dies ungeachtet der Tatsache, dass nur wenige Verbandsmitglieder mit Doping zu tun haben. Die Dopingproblematik ist nicht allein ein öffentlich-mediales Problem, sie wirkt deutlich in die Sport- und Gesundheitspolitik hinein. Der Umstand, dass eine langjährige und systematische Förderung illegitimer Praktiken der Leistungssteigerung gerade an der neben Köln renommiertesten und in ihrer Forschung staatlich subventionierten universitären sportmedizinischen Einrichtung in Freiburg betrieben wurde, hat das Bild der Sportmedizin als akademischer Fachdisziplin zweifelsohne beschädigt. Das Dopingdilemma bedingt ein Imageproblem, das die Sportmedizin spätestens seit den 1990er-Jahren belastet und das zu einer Minderung des Ansehens der Sportmedizin in Politik, Gesellschaft, Medien und Wissenschaft beigetragen hat. Die Dopingproblematik bewirkte somit eine De-Legitimierung der um Legitimation bemühten Disziplin. Dem Verband ist es über Jahrzehnte kaum gelungen, dieses Bild einer „Dopingmedizin“ zu korrigieren, sich wirksam und glaubwürdig mit dem Dopingthema auseinanderzusetzen und sich hinreichend von Dopingpraktiken einzelner Sportärzte abzugrenzen.

Die Lösung der Dopingproblematik, eine eindeutigere – nicht allein verbale – Abgrenzung von Dopingpraktiken, scheint aus aktueller Sicht eine grundlegende Voraussetzung dafür zu sein, der Sportmedizin zu einem besseren Image und damit der Option einer fachlichen Aufwertung zu verhelfen. In diesem Kontext müsste zudem eine deutlichere Klärung des Verhältnisses zwischen „Leistungs(sport)medizin“ und „Präventivmedizin“ vollzogen werden, da beide Ausrichtungen in Teilen konträr sind und damit zum diffusen Bild der Sportmedizin beitragen. Letztlich gelingt es dem Verband offenbar auch nicht, innerhalb der Präventionsmedizin das postulierte Alleinstellungsmerkmal einer Expertise im Bereich von Sport und Bewegung zu belegen. Die in diesem Kontext stehenden sportpraktischen Kurse in der sportmedizinischen Weiterbildung, die diese Expertise stärken sollen, dürften eher dazu beitragen, die sportmedizinische Weiterbildung in der Sichtweise (nicht nur) vieler anderer Mediziner als qualitativ unzureichend zu kennzeichnen. Die ambivalente Ausrichtung der Sportmedizin spiegelt sich auch im Verhältnis zwischen der akademischen Sportmedizin auf der einen und der Alltagssportmedizin auf der anderen Seite wider. Die diskutierte Lösung einer „Zweigleisigkeit“ der Sportmedizin, die mit dem Facharztstatus ausgestattete Universitätsmediziner und mit der „Zusatzbezeichnung“ ausgestattete Hausärzte vorsieht, scheint zwar auf den ersten Blick sinnvoll, da sie die unterschiedlichen beruflichen Bedürfnisse berücksichtigt, dürfte indes angesichts des geringen Teils von an Hochschulen tätigen Sportmedizinern kaum als Argument zur Einführung eines Facharztes wirksam sein.

In Erkenntnis der Redundanz und Erfolglosigkeit der Argumentation haben einige Sportmediziner wie Scharhag die europäische Ebene ins Spiel gebracht. Da in einigen europäischen Staaten bereits ein Facharzt für Sportmedizin existiere, müssten auch und gerade die deutschen Sportmediziner eine aktive Gestaltungsrolle hin zur Einführung des Facharztes auf gesamteuropäischer Ebene einnehmen. Letztlich bleibt es indes fraglich, ob die Durchsetzung eines Facharztes, der bei vielen Verbandsmitgliedern auf Ablehnung oder Desinteresse stößt, in absehbarer Zeit möglich ist. Hierfür wäre, neben einer einheitlichen, von der Sportärzteschaft getragenen Positionierung, eine klare fachliche Abgrenzung zu anderen Medizindisziplinen nötig, die zum einen mit der Aufgabe des „Querschnittcharakters“ und damit einer entsprechenden Minimierung des Aufgabenspektrums verbunden wäre, zum zweiten mit einer Klärung der Zielrichtung der Sportmedizin zwischen Prävention und Leistungsmedizin und zum dritten im Bereich der von der DGSP nach wie vor propagierten Prä-

vention auf das Problem der inhaltlichen Analogie mit vielen anderen patientenorientierten Gebieten der Humanmedizin stößt. Vergleiche mit Ländern, in denen ein Facharzt für Sportmedizin existiert, verweisen zudem darauf, dass die dortigen Sportmediziner häufig im professionellen (Hoch-) Leistungssport und weniger in der Gesundheitsprävention tätig sind.⁴⁷ Zudem müssten sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen dahingehend verändern, dass sportmedizinische Leistungen deutlich mehr als momentan zum Katalog kassenärztlicher Leistungen zählen, damit der Facharzt für Sportmedizin sich ökonomisch trägt.

Sinnvoller erscheinen somit momentan dahingehende Initiativen, die Sportmedizin als relevante Kraft im Zusammenspiel mit etablierten medizinischen Fachdisziplinen auf den Gebieten Gesundheitsförderung und Prävention durch körperliche Aktivität zu positionieren. Die Bildung von interdisziplinären „Arbeitsgruppen“ und Kooperationsgemeinschaften etwa mit der Kardiologie, der Neurologie oder der Orthopädie soll dazu beitragen, die gesundheitspolitische Bedeutung der Sportmedizin mit ihrer Expertise im Bereich des Sports in das Bewusstsein zu bringen und somit auf diesem Weg auch das Negativeimage zu minimieren. Die DGSP strebt hier an, ein „attraktiver Partner für die anderen Fachgesellschaften zu sein“ (Reer, 2011, S. 113). Diese Zielrichtung würde auch der Prämisse einer Präventionsmedizin entsprechen. Die Ausrichtung der leistungssportorientierten Sportmedizin, die sowohl vom Verband wie auch dem größten Teil seiner Mitglieder nur wenig repräsentiert wird als auch maßgeblich das Imageproblem der Sportmedizin bedingt, scheint demgegenüber als zu spezifisch und zudem durch die Verfehlungen einiger Sportmediziner als zu belastet, um als alleiniges Aufgabenfeld der Sportmedizin innerhalb der Humanmedizin zu reüssieren.

8 Quellen und Literatur

Archive

BISp-Archiv: Ordner Fachausschuss Medizin 1; Ordner Fachausschuss Medizin 2; Ordner Daten Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle; Ordner Projekte 1984, 1985, 1986, 1987, 1988.

Bundesarchiv Koblenz: Bestand B106, B186, B274, B322, DQ 1, DR 5.

DOSB-Archiv: Bestand 1.79, 193, 521, 2562, 2652.

Privatarchiv Dr. Dieter Schnell: Fort- und Weiterbildungs-Programme des DSÄB 1977, 1979, 1987, 1993; der DGSP 2006-2008.

Quellen und Literatur

Aaken, R. van (1952). Der Arzt des Gesunden. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 3(12), 149-151.

Approbationsordnung (1989). Siebte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 21. Dezember 1989. Bundesgesetzblatt Teil I, 1989, Nr. 62 vom 30.12.1989, 2549-2560. Letzter Zugriff am 20.2.1018 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl189s2549.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl189s2549.pdf%27%5D_1521729858158.

Approbationsordnung für Ärzte (2002). Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405). , Zuletzt geändert durch Art. 5 G v. 17.7.2017 I 2581. Letzter Zugriff am 20.2.1018 unter https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html.

Arndt, K.-H. (2004). Entwicklung, Wirken und Ende des Sportmedizinischen Dienstes der ehemaligen DDR. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 55(12), 322-329.

Arndt, K.-H. (2012). 100 Jahre deutsche Sportmedizin: Sportmedizin im Wandel – Wandel durch Sportmedizin. Gera: Dr.-Haus-Verlag.

⁴⁷ Vgl. beispielhaft das Interview mit dem deutschen Mannschaftsarzt des FC Chelsea, Sascha Nieper (<http://www.spiegel.de/sport/fussball/interview-mit-chelsea-arzt-die-englische-sportmedizin-ist-professioneller-a-376970.html>).

- Arndt, K.-H., Löllgen, H. & Schnell, D. (2012). Entwicklung der deutschen Sportmedizin im Westen 1945 bis 1990. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 63(11), 318.
- Badtke, G. (1992). Zwei Jahre danach. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 43(11), 531.
- Bannekoh, A. (1964). Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette an Herrn Dr. med. E. Goßner. *Der Sportarzt*, 15(4), 117.
- Baron, D. K., Bierbaum, U., Böhmer, D., Lachenicht, S., Martin, D. & Nowacki, P. E. (1971). Bundesausschuß zur Förderung des Leistungssports, Arbeitsgruppe sportmedizinische Untersuchungen der wissenschaftlichen Kommission. Das neue System der sportmedizinischen Untersuchungen für den Spitzensport in der Bundesrepublik. *Sportarzt & Sportmedizin*, 22(5), 106-110.
- Bayerischer Sportärzterverband (1975). Bedingungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. *Sportarzt & Sportmedizin*, 26(7), 159-160.
- Becker, C. (2018). Die bundesdeutsche Leistungsmedizin im Spannungsfeld von Leistung und Gesundheit, Doping und Anti-Doping seit Anfang der 1970er-Jahre. Manuskript. Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Geschichte der deutschen Sportmedizin seit dem Ende des 19. Jahrhunderts – zur Genese einer medizinischen Disziplin zwischen Gesundheitsprävention und Leistungssport“. Institut für Sportwissenschaft, WWU Münster.
- Birke, A. M. (1998). *Nation ohne Haus. Deutschland 1945-1961*. Berlin: Siedler.
- Bonnekoh, A. (1964). Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette an Herrn Dr. med. E. Goßner. *Der Sportarzt* 15(4), 117.
- Böning, D. (1990). Editorial. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 41(4), 111.
- Böning, D. (2000). Sportmedizin an der Universität – quo vadis? *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 51(9), 285.
- Böning, D. (2002). Ein Schritt nach vorn. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 53(7/8), 201.
- Bösl, E. (2016). Bundesdeutsche Behindertenpolitik im „Jahrzehnt der Rehabilitation“ – Umbrüche und Kontinuitäten um 1970. In G. Lingelbach & A. Waldschmidt (Hrsg.), *Kontinuität, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte* (S. 82-115). Frankfurt a. M.: Campus.
- Braumann, K.-M. (2005). Sport- und Bewegungsmedizin 2005. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 56(7/8), 183-184.
- Braumann, K.-M. (2016). Die Geschichte der deutschen Sportmedizin – Anmerkungen aus der Sicht eines involvierten und interessierten Zeitgenossen. In M. Krüger (Hrsg.), *Sportmedizin in Deutschland: Historische Facetten – Ein Werkstattbericht* (S. 37-47). Hildesheim: Arete.
- Bringmann, W. (1990). Ethik in der Sportmedizin. *Medizin und Sport*, 30(6), 161.
- Bringmann, W. (1991). Prävention – eine Aufgabe der Sportmedizin. *Medizin und Sport*, 31(2), 33.
- Bringmann, W. (1997). Sportmedizin in den neuen Bundesländern – eine Bestandsaufnahme. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 48(4), 138.
- Brinkschulte, E. (2003). *Körperertüchtigung(en) – Sportmedizin zwischen Leistungsoptimierung und Gesundheitsförderung 1895-1933*, Habil., Universität Berlin.
- Bundesärztekammer (1992). (Muster-)Weiterbildungsordnung. Nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO_1992/11MWBO1.pdf.
- Bundesärztekammer (2003). (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 28.06.2013. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2015). (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23.10.2015. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf.
- Bundesgesetzblatt (1989). *Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1989, Teil I, Nr. 62: Siebte Ordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte*. Vom 21. Dezember 1989. Letzter Zugriff am

- 11.12.2017 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl189s2549.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl189s2549.pdf%27%5D__1519635864868.
- Bundesministerium für Gesundheit (2018). Glossar: Präventionsgesetz. Letzter Zugriff am 21.1.2018 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz/?L=0>.
- Bundesrat (1989). Drucksache 632/1/89 vom 11.12.1989: Empfehlungen der Ausschüsse zur „Siebten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/brd/1989/D632+1+89.pdf>.
- Bundesrat Protokoll 608 (1989). Stenographischer Bericht 608. Sitzung, 21.12.1989. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter https://www.bundesrat.de/SharedDocs/downloads/DE/plenarprotokolle/1989/Plenarprotokoll-608.pdf;jsessionid=E133260E9BDB9846364AC98638A03BA0.1_cid349?__blob=publicationFile&v=2.
- BVerfG (2000). Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 09. März 2000 - 1 BvR 1662/97 - Rn. (1-34). Abrufbar unter http://www.bverfg.de/e/rk20000309_1bvr166297.html.
- Court, J. (2008). Deutsche Sportwissenschaft in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Band 1: Die Vorgeschichte 1900-1918. Münster: LIT.
- Court, J. (2014). Deutsche Sportwissenschaft in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Band 2: Die Deutsche Hochschule für Leibesübungen 1919-1925. Münster: LIT.
- Daume, W. (1954a). Der Sport – der Arzt – der Sportarzt. Sportmedizin, 5(9), 129.
- Daume, W. (1954b). Vorwort. Der Sportarzt – Hüter des Sports. In Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1954). Sportmedizin und Gesundheitserziehung. Sportärztlicher Berater für Turn- und Sportvereine (Band 4 der Schriftenreihe des Deutschen Sportbundes, S. 2-6). Frankfurt/Main: Limpert.
- Daume, W. (1958/1973). Der Sport wird sein, was wir aus ihm machen. Bericht des Präsidenten beim 4. Bundes-tag des DSB am 17. Oktober 1958 in Hamburg. In Deutscher Sportbund (Hrsg.), Willi Daume – Deutscher Sport 1952-1972. München: Pro Sport.
- De Werth, C. (1969). Bericht über die I. Sportmedizinischen Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärztesbundes e. V. (I. Wassersportlehrgang) vom 8. bis 21. September 1968. Sportarzt & Sportmedizin, 20(3), S. 118-125.
- Deutscher Ärztetag (1996). Beschlussprotokoll des 99. Deutschen Ärztetages vom 04.-08. Juni 1996 in Köln. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Beschlussprotokoll_99_DAEt_Koeln.pdf.
- Deutscher Ärztetag (1997). Beschlussprotokoll des 100. Deutschen Ärztetages vom 27.-30. Mai 1997 in Eisenach. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Beschlussprotokoll_100_DAEt_Eisenach_1997.pdf.
- Deutscher Ärztetag (1998). Beschlussprotokoll des 101. Deutschen Ärztetages 1998. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/101-daet-1998/>.
- Deutscher Ärztetag (1999). Beschlussprotokoll des 102. Deutschen Ärztetages 1999. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/102-daet-1999/>.
- Deutscher Ärztetag (2000). Beschlussprotokoll des 103. Deutschen Ärztetages vom 09.-12. Mai 2000 in Köln. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Bproto.pdf.
- Deutscher Ärztetag (2004). Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18. bis 21.05.2004 in Bremen. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Beschluesse107.pdf.
- Deutscher Ärztetag (2006). Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. bis 26.05.2006 in Magdeburg. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Beschluss109DAET.pdf.

- Deutscher Ärztetag (2009). Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages in Mainz vom 19. bis 22.05.2009. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/112DAETBeschlussprotokoll20090901.pdf.
- Deutscher Ärztetag (2011). Beschlussprotokoll des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel vom 31.05. bis 03.06.2011. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/114Beschlussprotokoll20110704.pdf.
- Deutscher Ärztetag (2013). Beschlussprotokoll des 116. Deutschen Ärztetages in Hannover vom 28. bis 31.05.2013. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/116DAETBeschlussprotokollfinal20130604LZ.pdf.
- Deutscher Ärztetag (2014). Beschlussprotokoll des 117. Deutschen Ärztetages in Düsseldorf vom 27.05. bis 30.05.2014. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/117.DAeT_Beschlussprotokoll.pdf.
- Deutscher Ärztetag (2015). Beschlussprotokoll des 118. Deutschen Ärztetages in Frankfurt am Main vom 12. bis 15.05.2016. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf.
- Deutscher Ärztetag (2016). Beschlussprotokoll des 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg vom 24. bis 27.05.2016. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAETBeschlussprotokoll20160603.pdf.
- Deutscher Ärztetag (2017). Beschlussprotokoll des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg vom 23. bis 26.05.2017. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf.
- Deutscher Bundestag (1956). Drucksache Nr. 02/2477 zu vom 18.06.1956. Schriftlicher Bericht des Haushaltsausschusses (18. Ausschuß) zum Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Rechnungsjahr 1956 (Haushaltsgesetz 1956). Letzter Zugriff am 06.11.2015 unter dipbt.bundestag.de/doc/btp/02/024/0202477zu.pdf.
- Deutscher Bundestag (1975). Drucksache 7/3412: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Büchner (Speyer), Collet, Metzger, Dr. Müller-Emmert, Dr. Penner, Scheffler, Wende, Wrede, Dr. Schmitt-Vockenhausen, Schirmer, Mischnick, Schmidt (Kempten) und der Fraktionen der SPD, FDP – Drucksache 7/2984 – betr. sportmedizinische Betreuung der Spitzensportler, vom 21.3.1975. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/034/0703412.pdf>.
- DGSP (2000). Delegiertenversammlung der DGSP am 13. Mai 2000 in Frankfurt/M. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 51(6), 220-222.
- DGSP (2002). Sportmedizin endlich in der Approbationsordnung verankert. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 53(5), 155.
- DGSP (2007). Anerkennung des in der DDR erworbenen Facharztes für Sportmedizin. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 58(3), IX.
- DGSP (2009). Satzung. Letzter Zugriff am 23.9.2017 unter http://daten2.verwaltungsportal.de/dateien/seitengenerator/satzung_dgsp-2009.pdf
- Dickhuth, H.-H. (2000). Einführung in die Sport- und Leistungsmedizin (= Sport und Sportunterricht, Bd. 16). Schorndorf: Hofmann.
- Dickhuth, H.-H. (2002). Die Situation der Sportmedizin an deutschen Universitäten. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 53(11), 305-306.
- Dickhuth, H.-H. (2005). Sportmedizin in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 48(8), 848-853.
- Diem, C. (1950). Sportärztliche Lehrgänge. 1. Sporthochschule Köln, Müngersdorf, Stadion. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(1/2), 32.

- Dimanski, G. (1990). Am Rande eines historischen Kongresses: Gedanken eines Facharztes für Sportmedizin aus Sachsen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 41(11), 391.
- Dinçkal, N. (2013). *Sportlandschaften. Sport, Raum und (Massen-)Kultur in Deutschland 1880-1930*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- DOSB (Hrsg.) (2011). *Dokumentation der Festakademie. Verleihung des DOSB-Wissenschaftspreises 2009/2010*. Frankfurt a. M.
- DSÄB (1954). Wünsche und Anregungen des Deutschen Sportärztebundes an den Deutschen Sportbund. *Sportmedizin*, 5(7), 93-94.
- DSÄB (1962). Richtlinien zur Anerkennung als Sportarzt. *Der Sportarzt*, 13(10), 346-347.
- DSÄB (1967). Sportarztanerkennung. *Sportarzt und Sportmedizin*, 18(9), 391.
- DSÄB (1974). Richtlinien für die Landesverbände zum Erwerb des Sportärztdiploms des Deutschen Sportärztebundes e.V. *Sportarzt und Sportmedizin*, 25(12), 286-287.
- DSÄB (1976). Führen der Bezeichnung „Sportarzt“ unstatthaft. *Sportarzt und Sportmedizin*, 27(11), 287.
- DSÄB (1979a). Auslaufende Übergangsbestimmungen der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ in NRW. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 30(2), 62.
- DSÄB (1979b). Neue Fassung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 30(8), 266.
- DSÄB (1981). Bedingungen der einjährigen praktischen sportärztlichen Tätigkeit in einem Sportverein oder Sportverband. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 32(11), 311.
- DSÄB (1986). Ärztliche Approbationsordnung. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 37(6), 193.
- DSÄB (1989). Sportmedizin im Entwurf zur neuen Approbationsordnung. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 40(8), 301.
- DSÄB (1991). Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. med. Dieter Schnell. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 42(3), 124.
- DSÄB (1992). *Zur Sportmedizin in Deutschland 1992*. Heidelberg.
- DSÄB (1993). Delegiertenversammlung des Deutschen Sportärztebundes am 24.04.1993 in Frankfurt am Main. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 44(6), 274 ff.
- DSÄB (1994a). Delegiertenversammlung des Deutschen Sportärztebundes. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 45(5), 214-218.
- DSÄB (1994b). Curriculum der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 45(9), 368-371.
- DSÄB (1996). Delegiertenversammlung. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 47(1), 30-34.
- DSÄB (1997). Aus dem Ergebnisprotokoll der Delegiertenversammlung des Deutschen Sportärztebundes am 16. April 1997 in Heidelberg. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 48(7/8), 303-305.
- DSÄB & GSM der DDR (1990). Protokoll über die 1. offizielle Sitzung der Präsidenten des Deutschen Sportärztebundes und der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR zur Ziel- und Aufgabenstellung einer deutsch-deutschen Kommission auf dem Gebiet der Sportmedizin am 26.1.1990 in Köln. *Medizin und Sport*, 30(3), 93.
- Düntzer, E. (1952). Sportärzte-Lehrgang in Köln. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 3(9), 105-106.
- Eckart, W. U. & Jütte, R. (2014). *Medizingeschichte. Eine Einführung* (2., überarb. u. erg. Aufl.). Köln u. a.: Böhlau.
- Einigungsvertrag (1990). Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands (Einigungsvertrag). Anlage I Kap X D II Anlage I Kapitel X Sachgebiet D – Gesundheitspolitik Abschnitt II. Letzter Zugriff am 12.12.2017 unter https://www.gesetze-im-internet.de/einigvtr/anlage_i_kap_x_d_ii.html.

- Erbach, G. (1999). Gesundheit erhalten und Leistungsfähigkeit fördern war das grundlegende Anliegen der Sportmedizin in der DDR. *Medizin und Gesellschaft*, 5(23/34), 111-119.
- Felten, R. (1993). Zu einigen Fragen des „state of the art“ in der Deutschen Sportmedizin. Gedanken auf der Grundlage einer Sektions-Diskussion. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 44(5), 183 u. 195.
- Fischbach, G. (1963). Der praktische Arzt in seiner Sprechstunde als Sportarzt. *Der Sportarzt*, 14(8), 171-176.
- Franke-Knoop, (o. V.) (1966). Bericht über den Ski-Lehrgang in Neu-Astenberg. *Sportarzt & Sportmedizin*, 17(3), 130-131.
- Friedrich, F. (1960). 10 Jahre Skikurse. *Der Sportarzt*, 11(11), 279-280.
- Gabriel, H. (1993). Gedanken zur Perspektive des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Sportmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 44(7), 283-311.
- Gabriel, H. (2007). Ethik und Sportmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 58(11), 381-382.
- Geiger, L.V. (2007). Die Dopinglüge. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 58(11), 383.
- Gering, J. (2016). Die Sportarztausbildung in Deutschland von 1950 bis in die Gegenwart. Masterarbeit Sportwissenschaft WWU Münster.
- Goßner, E. (1960). 8. Internationaler Fortbildungslehrgang für praktische Medizin der Bundesärztekammer in Grado. *Der Sportarzt*, 11(5), 129-131.
- Goßner, E. (1961a). Grado 1960. *Der Sportarzt*, 12(1), 23-24.
- Goßner, E. (1961b). Bericht über die Fortbildungstage in Grado 1961. *Der Sportarzt*, 12(8), S. 229.
- Goßner, E. (1962c). Sportmedizinische Aufgaben. *Der Sportarzt*, 13(11), 385-387.
- Goßner, E. (1963a). Sportärztliches Seminar in Davos. Bericht vom XI. Internationalen Fortbildungskongress der Bundesärztekammer. *Der Sportarzt*, 14(7), 149-152.
- Goßner, E. (1963b). Erfahrungsbericht über das sportärztliche Seminar in Grado vom 27.5. bis 8.6.1963. *Der Sportarzt*, 14(9), 218.
- Goßner, E. (1963c). Delegiertenversammlung Münster 29.9.1963. Tagesordnung Punkt 4. Bericht des 3. Vizepräsidenten. *Der Sportarzt*, 14(12), 285-286.
- Goßner, E. (1963d). Dr. Goßner auf der großen Senatssitzung der Bundesärztekammer im Bundesgesundheitsministerium. Punkt 1: Bericht über die Fortbildungsarbeit. *Der Sportarzt*, 14(12), 287-288.
- Goßner, E. (1964). Niederschrift über die Delegierten-Versammlung des Deutschen Sportärztebundes am 29. September 1963, Münster. *Sportarzt und Sportmedizin*, 15(3), 85-87.
- Goßner, E. (1965a). Tätigkeitsbericht des 3. Vizepräsidenten. *Sportarzt & Sportmedizin*, 16(1), 31-32.
- Goßner, E. (1965b). I. International College of Sportmedicine. *Der Sportarzt*, 16(1), 33-37.
- Goßner, E. (1965c). Bericht über die Delegiertenversammlung des Deutschen Sportärztebundes e.V. am 21./22. November 1964 in Berlin-Wannsee. *Sportarzt & Sportmedizin*, 16(3), 107-110.
- Gottschalk, K. (2007). Der Beitrag der DHfK zur Ausbildung von Fachärzten für Sportmedizin. In G. Lehmann, L. Kalb, N. Rogalski, D. Schröter & G. Wonneberger (Hrsg.), *Deutsche Hochschule für Körperkultur Leipzig 1950 – 1990 – Entwicklung, Funktion, Arbeitsweise* (S. 193-204). Aachen: Meyer & Meyer.
- Grebe, H. (1959). Bericht über das sportärztliche Seminar in Davos im Rahmen des Fortbildungskurses für prakt. Medizin. *Der Sportarzt*, 10(4), 98-99.
- Grebe, H. (1962). Sportärztliches Seminar Grado 1962. *Der Sportarzt*, 13(11), 385.
- Greiner, E. & Arndt, K.-H. (2004). Der erste deutsche Sportärztekongress 1912 – Programm für ein Jahrhundert. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 55(12), 310-314.
- Groher, W. (1990). Entwicklungstendenzen der Sportmedizin aus der Sicht eines Orthopäden. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 41(6), 195.
- Grupe, O. (2003). Über den gewandelten Sinn des Sports und neue Aufgaben in der Sportmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 54(1), 6-11.

- Gulde, G. (2016). Ein neues Sportkonzept. Nach Dopingskandal: Andere Leitlinien bei der Uniklinik Freiburg. Badische Zeitung vom 4. August 2016. Letzter Zugriff am 22.1.2018 unter <http://www.badische-zeitung.de/sonstige-sportarten/ein-neues-sportkonzept-125699625.html>.
- Hartmann, K. O. (1965a). Bericht über den 1. Wassersportlehrgang des D.S.Ä.B. im Oktober 1964 am Chiemsee. *Sportarzt & Sportmedizin*, 16(3), S. 113-114.
- Hartmann, K. O. (1965b). Bericht über den 2. Wassersportlehrgang des Deutschen Sportärztebundes vom 4.-15.10.1965 in der Yachtschule Gollenshausen/Chiemsee. *Sportarzt & Sportmedizin*, 16(12), 464-466.
- Heiß, F. (1950a). Übersichtsreferat über die sportärztliche Arbeit. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(6/7), 154-155.
- Heiß, F. (1950b). Gründung des Deutschen Sportärzte-Bundes. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(6/7), 166-167.
- Heiß, F. (1950c). Rundschreiben an die Vorstände der Landessportverbände. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(8), 191.
- Heiß, F. (1978). Sportmedizin im Wandel der Zeiten. 50 Jahre internationaler Sportärzteverband (FIMS). *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 29(7), 190-196.
- Hoberman, J. (1993). The reunification of German Sports Medicine. 1989-1992. *Quest*, 45, 277-285.
- Hoffmann, G. (1992). Sportmedizin: gestern – heute – morgen. Symposium „80 Jahre organisierte Sportmedizin“ des Deutschen Sportärztebundes. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 43(11), 554-563.
- Hoffmann, G. (1994). Delegiertenversammlung des Deutschen Sportärztebundes am 13.11.1993 in Frankfurt am Main. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 45(1), 30-35.
- Hollmann, W. (1983). Vergleichende Betrachtung der Sportmedizin in der Sowjetunion, der DDR und der Bundesrepublik Deutschland. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 34(3), 67-86.
- Hollmann, W. (1987). 75 Jahre organisierte deutsche Sportmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 38 (Sonderheft), 4-8.
- Hollmann, W. (1989). Sportmedizin im Entwurf zur 7. Novelle der ärztlichen Approbationsordnung. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 40(10), 347.
- Hollmann, W. (1990). Sportmedizin vom Bundesrat aus der Novelle zur ärztlichen Approbationsordnung gestrichen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 41(1), 3.
- Hollmann, W. (1991a). Gedanken zur Wiedervereinigung der beiden deutschen Sportärzteverbände. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 42(3), 125-127.
- Hollmann, W. (1991b). Prävention – ein neuer Trend? Für die Sportmedizin seit langem eine Hauptaufgabe. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 42(9), 379.
- Hollmann, W. (1992). Sport als Präventivmedizin im Aufwind. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 43(5), 195.
- Hollmann, W. (1993). Entwicklung der Sportmedizin in Deutschland. In K. Tittel, K.-H. Arndt & W. Hollmann (Hrsg.), *Sportmedizin: gestern – heute – morgen. Jubiläumssymposium des Deutschen Sportärztebundes, Oberhof vom 25.-27. September 1992* (S. 21-31). Leipzig, Berlin, Heidelberg: Barth.
- Hollmann, W. (2002). Sportmedizin. In G. Bäuml, J. Court & W. Hollmann (Hrsg.), *Sportmedizin und Sportwissenschaft. Historisch-systematische Facetten* (S. 21-132). Sankt Augustin: Academia.
- Hollmann (2016). Öffentliches Zeitzeugengespräch über Sportmedizin im Rahmen des Workshops zur Geschichte der deutschen Sportmedizin am 25. Mai 2016 (Teilnehmer Michael Krüger, Wildor Hollmann, Dieter Schnell und Dirk Clasing). In Krüger, M. (Hrsg.) (2016). *Sportmedizin in Deutschland: Historische Facetten – Ein Werkstattbericht* (S. 315-343). Hildesheim: Arete.
- Hollmann, W. & Klaus, E.J. (1966). Die Sportmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. *Sportarzt & Sportmedizin*, 17(6), 246-249.
- Hollmann, W. & Rost, R. (1992). Sportmedizin – Aufgaben, Geschichte, Forschung und Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 89(55), 117-121.

- Hollmann, W. & Tittel, K. (2008). Geschichte der deutschen Sportmedizin. Leipzig: Druckhaus Gera.
- Hoske, H. (1950a). Sportärztliche Beratungsstellen. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 1(1/2), 25-26.
- Hoske, H. (1950b). Leibesübungen als Mittel der sozialen Arbeit. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 1(4), 87-90.
- Jeschke, D. (1977). Ergebnisse einer Umfrage in der Sportärzteschaft Württemberg e. V. zur Verbesserung der sportmedizinischen Aus- und Weiterbildung. *Sportarzt & Sportmedizin*, 28(1), 31-32.
- Jeschke, D. (2003). Rück- und Ausblick auf die Sportmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 54(4), 101.
- Jeschke, D. & Bernett, P. (1990). Sport und Medizin, Pro und Contra. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 41(8), 267.
- John, S. (1966). XXX. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztesbundes (Friedrichkurs). *Sportarzt & Sportmedizin*, 17(5), 228-231.
- Jüngst, B.-K. (1987b). Ausbildung in der Sportmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 38(11), 472.
- Keul, J. (1999). Ziele und Persönlichkeit des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. Interview mit Prof. Dr. J. Keul, Freiburg. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 50(6), 208-210.
- Kindermann, W. (1987). Editorial. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 38(10) (Sonderheft 75 Jahre organisierte deutsche Sportmedizin 1912-1987), 3.
- Kindermann, W. (2000). Sportmedizin – Schulmedizin oder Erfahrungsmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 51(4), 116.
- Klade, H. (1991). Ein Hauptthema beim Deutschen Ärztetag 1991: Weiterbildung. Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer erforderlich – Tendenzbeschlüsse zu einer Novellierung der Weiterbildungsordnung erwartet. *Deutsches Ärzteblatt*, 88(6), 374-376.
- Klaus, E. J. (1959). Entwicklung und Organisation der sportärztlichen Tätigkeit in Deutschland. *Der Sportarzt*, 10(1), 15-20.
- Koch, A. (1950). Gibt es sportärztliche Aufgaben? Ist eine Sportorganisation notwendig? *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 1(3), 61-62.
- Koch, A. (1954). Der Präsident des Deutschen Sportärztesbundes zum Kongreß 1954. *Sportmedizin*, 5(9), 129.
- Koch, A. (1961). Fachsportärzte. Offizielle Mitteilungen des Deutschen Sportärztesbundes. *Der Sportarzt*, 12(11), 351-353.
- Koch, A., Hoske, H. & Hamacher, J. M. (1954). Weshalb überhaupt Sport? In DSB (Hrsg.), *Sportmedizin und Gesundheitserziehung. Sportärztlicher Berater für Turn- und Sportvereine* (Bd. 4 der Schriftenreihe des Deutschen Sportbundes, S. 18-29). Frankfurt a. M.: Limpert.
- Kochner, G. (1951). Bayerischer Sportärztesbund. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 2(3/4), 88.
- Kohlrausch, W. (1957). Bericht über den 6. Sportärztelehrgang in Freudenstadt. *Sportmedizin*, 8(9), 262.
- Kohlrausch, W. (1964). Zur Frage der Sportarztanerkennung. *Der Sportarzt*, 15(1), 18.
- Kommission „Gesundheit“ des Bundesausschusses für Wissenschaft, Bildung und Gesundheit des Deutschen Sportbundes (1990). Die sportmedizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung. Eine Erklärung des DSB. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 41(7), 248-253.
- Kopp, M. (1980). Analyse der sportmedizinischen Untersuchungssysteme in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Beitrag zur Beurteilung, zum Verständnis und zur Verbesserung des gegenwärtigen Standes der sportärztlichen Untersuchung und Betreuung im Schul-, Breiten- und Leistungssport der Bundesrepublik Deutschland. Päd. Diss. Universität Gießen.
- Krüger, M. (2013). Forschungsantrag beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft: „Geschichte der deutschen Sportmedizin seit dem Ende des 19. Jahrhunderts – Genese einer medizinischen

- Disziplin zwischen Gesundheitsprävention und Leistungssport“. 7. März 2013, Institut für Sportwissenschaft, WWU Münster.
- Künstlinger, U. (1995). Sportärzte im Streit mit der Regierung? Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 46(10), 550.
- Künstlinger, U. (2001). 50 Jahre Wiedergründung des DSÄB (heute DGSP). 23.11.2000 in Hannover. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 52(1), 28.
- Labisch, A. & Tennstedt, F. (1991). Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871-1945). In T. Elkeles, J.-U. Niehoff & R. Rosenbrock (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990. Berlin: Edition Sigma, S. 13-28.
- Langenfeld, H. (1988). Auf dem Wege zur Sportwissenschaft: Mediziner und Leibesübungen im 19. Jahrhundert. Stadion 14 (1), 125-148.
- Lehmann, G., Kalb, L., Rogalski, N., Schröter, D. & Wonneberger, G (2017). Vorwort. In G. Lehmann, L. Kalb, N. Rogalski, D. Schröter & G. Wonneberger (Hrsg.), Deutsche Hochschule für Körperkultur Leipzig 1950-1990 – Entwicklung, Funktion, Arbeitsweise (S. 9-12). Aachen: Meyer & Meyer.
- Lindner, G. (2012). Sportmedizin in der Hausarztpraxis. Med. Diss, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen.
- Löllgen, H. (2012a). Sportmedizin im Wandel – Wandel durch Sportmedizin. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 63(2), 27-29.
- Löllgen, H. (2012b). 43. Deutscher Sportärztekongress in Berlin. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 63(7/8), 183.
- Lübke, H. (1966). Grußwort des Bundespräsidenten der Bundesrepublik Deutschland Dr. h. c. Heinrich Lübke zum XVI. Weltkongreß für Sportmedizin in Hannover. Sportarzt & Sportmedizin, 17(6), 239.
- Mader, F. (2017). Interview mit Dr. Frederik Mader zur Zusatzbezeichnung Sportmedizin. Der Allgemeinarzt, 39(11), S. 56-58.
- Mallwitz, A. (1950). Der Sportarzt an Hochschulinstituten für Leibesübungen. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(5), 131-132.
- Mallwitz, A. (1953). Handbuch des Deutschen Sportärztebundes e.V. Freiburg im Breisgau: Richard Tries.
- Mallwitz, A. & Wildt, C. (1950). Geleitwort. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(1/2), 1-2.
- Mellerowicz, H. (1954). Berliner Sportärztebund e. V. Sportärzte-Lehrgang 1954. Sportmedizin, 5(2), 31.
- Mevert, F. (2002). 50 Jahre Deutscher Sportbund. Geschichte – Entwicklung – Persönlichkeiten (2., erw. u. überarb. Auflage). Frankfurt/M.: Schors.
- Meyer, T. & Mayer, F. (2017). Deutsche Sportmedizin in der Krise – Ursachen und Lösungen. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 68(1), 3-4.
- Muster-Kursbuch (2011). (Muster-)Kursbuch Sportmedizin. Methodische Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalte für den Weiterbildungskurs zum Inhalt der Zusatz-Weiterbildung „Sportmedizin“ gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003, Stand 21.10.2011, hrsg. von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. Berlin. Letzter Abruf am 20.2.2018 unter http://daten2.verwaltungsportal.de/dateien/seitengenerator/1_mkb-sportmedizin_stand-21-10-2011.pdf.
- Muster-Logbuch (2011). (Muster-)Logbuch. Dokumentation der Weiterbildung gemäß (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) über die Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin, hrsg. von der Bundesärztekammer. Letzter Aufruf am 20.2.2018 unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ZWB_Sportmedizin.pdf.
- Neuffer, N. (1959). Zum Geleit. Der Sportarzt, 10(1), 1.

- Nielsen, S. (2016a). Die deutsche Sportmedizin nach 1945 – Legitimationsansätze einer Querschnittsdisziplin. In: M. Krüger (Hrsg.): Sportmedizin in Deutschland: Historische Facetten – Ein Werkstattbericht (S. 137-196). Hildesheim: Arete.
- Nielsen, S. (2016b). „Die tatsächliche Forschung ist das Wichtigste“ – das Kuratorium für sportmedizinische Forschung 1955-1970. In: M. Krüger (Hrsg.): Sportmedizin in Deutschland: Historische Facetten – Ein Werkstattbericht (S. 249-306). Hildesheim: Arete.
- Nielsen, S. (2018). Das Bundesinstitut für Sportwissenschaft und die sportmedizinische Forschung seit 1970. Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Geschichte der deutschen Sportmedizin seit dem Ende des 19. Jahrhunderts – zur Genese einer medizinischen Disziplin zwischen Gesundheitsprävention und Leistungssport“ (Teil II). Institut für Sportwissenschaft, WWU Münster.
- Nieß, A. (2014). 45. Deutscher Sportärztekongress in Frankfurt. Sportmedizin – das Fach, das sich bewegt. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 65(7-8), 175.
- Nöcker, J. (1955). Gemeinsame Arbeit der Sportärzte in West- und Ostdeutschland. Ein Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sportmedizin aus Leipzig. Sportmedizin, 6(1), 10.
- Nowacki, P.E. (1989). Zur Situation der Sportmedizin! Gedanken – Sorgen – Hoffnungen. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 40(6), 199.
- Nowacki, P.E. (2000). Sportmedizinische/sportwissenschaftliche Lehre für Studierende der Medizin. In Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland: Protokoll 61. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag 22. – 24. Juni 2000 in Erlangen (TOP 6, S. 111-124).
- Nowacki, P.E. (2001). Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der deutschen Sportmedizin. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 52(7/8), 9.
- o.V. (1953). Sportärzte-Lehrgang, Köln 1953. Sportmedizin, 4(10), 168.
- o.V. (1960). Zusammenarbeit des gegenwärtigen amtierenden Präsidiums des Deutschen Sportbundes mit anderen Organisationen. Der Sportarzt, 11(9), 231-234.
- o.V. (1982). Minister-Empfehlung: Sportmedizin in der Approbationsordnung. Deutsches Ärzteblatt, 79(9), 23.
- o.V. (1994). Sportmedizin in die Ausbildungsordnung aufnehmen. Deutsches Ärzteblatt, 91(25/26), o.S.
- Pelling, W. (1950). Die große sportärztliche Aufgabe. Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung, 1(1/2), 19-20.
- Pelling, W. (1955). Der Sportarzt im Dienst der Krankheitsverhütung. Sportmedizin, 6(6), 2-6.
- Petter, W. (1978). Hypothesen über Einstellungen der Ärzteschaft und deren Wirkungen auf den Sport. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 29(7), 188-190.
- Predel, G. (2007). Aktuelles zum 40. Deutschen Sportärztekongress 27.-29.9.2007 in Köln. Grußwort. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 58(3), IX.
- Präventionsgesetz (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Vom 17. Juli 2015. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015, Teil I Nr. 31, S. 1368-1379. Letzter Zugriff am 13.1.2018 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1521628242564.
- Raken, G. (1988). Zur Diskussion ... über das Thema: „Ausbildung in der Sportmedizin“. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 39(3), 104-106.
- Reer, R. (2011). Quo vadis, DGSP? Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 62(5), 113-115.
- Reer, R. (2013). Leitkongress mit vielen Themen. Der 44. Deutsche Sportärztekongress findet vom 6. bis 7. September 2013 in Frankfurt am Main statt. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 64(5), 1.
- Rehmann, L. (2018). Die Entwicklung der Sportmedizin in der DDR. Manuskript. Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Geschichte der deutschen Sportmedizin seit dem Ende des 19. Jahr-

- hundreds – zur Genese einer medizinischen Disziplin zwischen Gesundheitsprävention und Leistungssport“. Institut für Sportwissenschaft, WWU Münster.
- Reindell, H (1963). Bericht des Präsidenten anlässlich der Delegiertenversammlung am 17./18.11.1962. *Der Sportarzt*, 14(3), 61-62.
- Rieh & Ritthaler. (1995). Delegiertenversammlung des DSÄB. am 13.5.95 in Frankfurt. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 46(7/8), 386-393.
- Riha, O. (2013). *Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin* (2., überarb. Aufl.). Bern: Huber
- Rohleder, O. (1951). Sportarztanerkennung. *Leibesübungen Sportarzt – Erziehung*, 2(3/4), 86-87.
- Roth, P. (1989). Die Situation der Weiterbildung im Bereich der Sportmedizin ist unbefriedigend. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 40(2), 64-67.
- Ruhemann, W. (1950a). Der Sport in Berlin. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 1(1/2), 18-19.
- Ruhemann, W. (1950b). Berliner Sportärztebund. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 1(4), 105.
- Ruhemann, W. (1952). Skikurs auf Bundesebene. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 3(12), 157.
- Ruhemann, W. (1954). Einführung. In *Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1954). Sportmedizin und Gesundheitserziehung. Sportärztlicher Berater für Turn- und Sportvereine (Band 4 der Schriftenreihe des Deutschen Sportbundes, S. 7-12)*. Frankfurt/Main: Limpert.
- Sasse, R. (1951). Um den Sportarzt. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 2(1), 9-10.
- Sassen, (o. V.) (1961). Bundeslehrgang zur Fortbildung von Ärzten und Sportleitern des Deutschen Versehrtenverbandes. *Der Sportarzt*, 12(7), 198.
- Schäfer, J. H. (2003). Ministerialrat Dr. med. Arthur Mallwitz (1880-1968). Ein Leben für den Sport, Sportmedizin und Gesundheitsvorsorge. Eine Aufarbeitung seines Nachlasses, Diss., Universität Bonn.
- Scharhag, J. (2014). Facharzt für Sportmedizin? *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 65(10), 265-266.
- Scharhag J. (2017). Zusatzqualifikation „Sportkardiologie“. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 68(6), 135-136.
- Schild, F. (1950). Sportärztliche Betreuung tut not! *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 1(5), 135-136.
- Schlund, S. (2016). Funktionswandel des westdeutschen Behindertensports zwischen therapeutischer Heilmaßnahme und selbstbestimmtem Freizeitverhalten (1945-1990). In G. Lingelbach & A. Waldschmidt (Hrsg.), *Kontinuität, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte* (S. 262-288). Frankfurt a. M.: Campus.
- Schnell, D. (1979a). Bedingungen der sportmedizinischen Weiterbildung für das Diplom des Deutschen Sportärztebundes und die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 30(7), 230.
- Schnell, D. (1979b). Richtlinien zum Erwerb des Diploms des Deutschen Sportärztebundes (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin) e.V. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 30(9), 311-312.
- Schnell, D. (1988a). Fehler bei der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 39(8), 334.
- Schnell, D. (1988b). Bundesweite Änderung der Weiterbildungsordnung. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 39(11), 470.
- Schnell, D. (1989a). Erwiderung auf den Leserbrief von Dr. Roth. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 40(2), 67.
- Schnell, D. (1989b). Zum Thema „Sportweiterbildung in der Sportmedizin“. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 40(6), 232.
- Schnell, D. (1991). Anerkennung sportmedizinischer Weiterbildung in der ehemaligen DDR. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 42(4), 178-179.
- Schnell, D. (1993a). Änderung der Weiterbildungsrichtlinien. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 44(6), 273-274.

- Schnell, D. (1993b). Sportmedizin im Gegenwind. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 44(8), 327-328.
- Schnell, D. (2000). 50 Jahre sportmedizinische Weiter- und Fortbildung in Deutschland. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 51(10), 317.
- Schnell, D. (2013). Nachruf. Am 10. April 2013 verstarb Dr. Paul Schloemann. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 64(5), 2.
- Schnell, D. (2016). Öffentliches Zeitzeugengespräch über Sportmedizin im Rahmen des Workshops zur Geschichte der deutschen Sportmedizin am 25. Mai 2016 (Teilnehmer Michael Krüger, Wildor Hollmann, Dieter Schnell und Dirk Clasing). In Krüger, M. (Hrsg.) (2016). *Sportmedizin in Deutschland: Historische Facetten – Ein Werkstattbericht* (S. 315-343). Hildesheim: Arete.
- Schöckel, Y. (2016). Die Etablierung der Sportmedizin im Leistungssport am Beispiel der Leichtathletik. Masterarbeit WWU Münster.
- Schüler, K.-P. (1990). Der Facharzt für Sportmedizin. Altlast oder Wechsel auf die Zukunft! *Medizin und Sport*, 30(7), 193-194.
- Schwarz, G. (1969). 10 Jahre „sportmedizinische Ausbildung“ an der Universität Göttingen. Beispiel eines optimalen Department-Systems. *Sportarzt und Sportmedizin*, 20(4), 131-145.
- Seip, E. (1962a). Sportärztelehrgang des Sportärztebundes Nordrhein im Herbst 1961. *Der Sportarzt*, 13(1), S. 26.
- Seip, E. (1962b). Sportärztelehrgang des Sportärztebundes Nordrhein im Sommer 1962. *Der Sportarzt*, 13(10), S. 351 f.
- Simon, G. (1989). Editorial. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 40(8), 275.
- Singler, A. & Treutlein, G. (2014). Herbert Reindell als Röntgenologe, Kardiologe und Sportmediziner: Wissenschaftliche Schwerpunkte, Engagement im Sport und Haltungen zum Dopingproblem (Evaluierungskommission Freiburger Sportmedizin – Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; unter Mitarbeit von L. Heitner). Manuskript. Zugriff am 29. Oktober 2015.
- Spitzer, G. (1998). Doping in der DDR. Ein historischer Überblick zu einer konspirativen Praxis. *Genese – Verantwortung – Gefahren*. Köln: Sport und Buch Strauss.
- Sportärztebund Niedersachsen (1970). Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. *Sportarzt und Sportmedizin*, 21(2), 48.
- Sportärztebund Nordrhein (2018). Statut der Akademie für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin. Letzter Zugriff am 2.1.2018 unter <https://www.sportaerztebund.de/fort-und-weiterbildung/akademie>.
- Sportärztebund Westfalen (1953). Bericht über die Ausbildung und Fortbildung im Jahre 1952. *Sportmedizin*, 4(4), 62.
- Sportausschuss (1976). Überarbeitetes Protokoll der öffentlichen Informationssitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 17. März 1976, Bonn-Bundeshaus. Tagesordnung: ‚Stand der Sportwissenschaft und der Sportmedizin in der Bundesrepublik Deutschland‘. Informationen des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, MS.
- Steinacker, M. (2000). Die Zukunft der Sport- und Präventivmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 51(1), 4-5.
- Steinacker, M. (2002). Die deutsche Sportmedizin und die Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 53(1), 5.
- Steinacker, M. (2008). Die Zukunft der Sportmedizin. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 59(1), 3-4.
- Steinacker, M. (2015). Prävention und Autonomie – Gedanken zum neuen Präventionsgesetz. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 66(12), 315-316.
- Steinacker, M. & Kindermann, W. (2007). Unser Anti-Dopingsystem muss einfacher und besser werden! *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 58(6), 151-152.

- Strauzenberg, S. E. & Gurtler, H. (2005). Die Sportmedizin der DRR. Eine eigenständige Fachrichtung der klinischen Medizin. Ein Zeitzeugenbericht führender Sportmedizinerinnen und Sportmediziner der DDR aus den Jahren 1945 bis 1990. Dresden: Saxonia.
- Thomsen, W. (1955). Sportarzt und präventive Medizin. *Sportmedizin*, 6(7), 97-99.
- Tietz, C. J. (1964a). Das Abkommen und der Fünfjahresplan. *Sportarzt und Sportmedizin*, 15(5), 161-162.
- Tietz, C. J. (1964b). Die sportärztliche Betreuung in Nordrhein-Westfalen. *Sportarzt und Sportmedizin*, 15(6), 196-200.
- Vögele, J. (2014). Vom epidemiologischen Übergang zur emotionalen Epidemiologie. Zugänge zur Seuchengeschichte. In M. Thießen (Hrsg.), *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (Historische Zeitschrift, Beihefte N. F. 64, S. 29-49). München: De Gruyter Oldenbourg.
- Völbel, (o. Vorname). Sportärztebund Rheinland-Pfalz. *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 2(2), 51.
- Völker, K. (2016). Zeitzeugengespräch mit Prof. Dr. Klaus Völker über Sportmedizin im Kontext des BISp-Forschungsprojektes zur „Geschichte der Sportmedizin“. Tonaufnahme IfS WWU Münster.
- Vollmer, P. (1950). Warum eigentlich Sportärzte? *Leibesübungen – Sportarzt – Erziehung*, 1(1/2), 6.
- Wedemeyer-Kolwe, B. (2011). Vom „Versehrtenturnen“ zum Deutschen Behindertensportverband (DBS): eine Geschichte des deutschen Behindertensports. Hildesheim: Arete.
- Windgaßen, S. (2019). Sportmedizin in der Praxis – eine Umfrage zur beruflichen Tätigkeit von Sportärzten. Masterarbeit. Institut für Sportwissenschaft, WWU Münster.
- Zander, H. (1959). Bericht über den Sportarztwochenendlehrgang an der Sportschule Hennef vom 25.-26. Oktober 1958. *Der Sportarzt*, 10(2), 50-51.
- Zander, H. (1961). Bericht über den Fortbildungslehrgang für Sportärzte in der Sportschule Hennef/Sieg vom 18. bis 19. Februar 1961. *Der Sportarzt*, 12(3), 80.

Christian Becker

Die bundesdeutsche Leistungsmedizin im Spannungsfeld von Leistung und Gesundheit, Doping und Anti-Doping seit Anfang der 1970er-Jahre

1 Einleitung

Im ersten Projektabschnitt wurde vor allem der Frage nachgegangen, mit welchen Argumenten und Zielen die Sportmedizin in der jungen Bundesrepublik den Leistungssport als Betätigungsfeld für sich reklamierte und besetzte. Es konnte gezeigt werden, dass die Sportmedizin den ursprünglich in einem deutlich weiteren Kontext verwendeten Begriff der Leistungsmedizin auf den Bereich der Medizin für und im Leistungssport reduzierte und als Tätigkeitsfeld für sich in Anspruch nahm. Verbunden waren damit vor allem Tätigkeiten und Funktionen in den Feldern der sportmedizinischen Forschung, Untersuchung und Betreuung. Dieses Engagement ist unter den Prozessen der Differenzierung und Professionalisierung einer um Legitimation ringenden Disziplin zu sehen und einzuordnen.¹

Als Konsequenz aus dem verstärkten Engagement im Leistungssport vertiefte sich die Ausdifferenzierung zwischen dem weitaus größeren Teil der Sportmediziner, die in den Bereichen Prävention und Rehabilitation tätig waren, und denjenigen, die mit einer überproportional großen öffentlichen Wahrnehmung und Aufmerksamkeit sportmedizinische Aufgaben im Leistungssport übernahmen.²

Der Prozess der Etablierung der Leistungsmedizin im bundesdeutschen Hochleistungssport erreichte Mitte der 1970er-Jahre seinen ersten Höhepunkt – zumindest hinsichtlich der Anerkennung und Wertschätzung. Er wurde zum einen dadurch begünstigt und forciert, dass sich der internationale Leistungssport ab den 1960er-Jahren mit einer ungeheuren Dynamik intensiverte mit einem immer dichteren und umfangreicheren Wettkampfkalender und steigenden Belastungen für die Athleten. Zum anderen erfuhr der Leistungssport in diesem Zeitraum auch eine enorme außersportliche Aufwertung, die hier nur schlagwortartig mit den Schlagworten Professionalisierung, Kommerzialisierung und Politisierung umschrieben werden soll. Letztere stand wiederum im Zusammenhang mit der Ost-West-Systemkonkurrenz, die zwischen den beiden deutschen Staaten in besonderer Weise auch im Sport ausgetragen wurde.

Ein verstärktes Engagement der Sportmedizin im Leistungssport war vor diesem Hintergrund nicht nur akzeptiert, sondern wurde von Staat und Sport eingefordert, ohne dass dies immer zu einer konfliktfreien Zusammenarbeit geführt hätte. Unstrittig erschien jedoch, dass die Sportmedizin einen einzigartigen, von keiner anderen Disziplin zu leistenden Beitrag für die Entwicklung des Hochleistungssports in der Bundesrepublik und damit auch für die internationale Reputation des bundesdeutschen Sports beisteuern konnte.

Bei dieser Bestandsaufnahme bis Mitte der 1970er-Jahre darf allerdings nicht übersehen werden, dass es auf der konkreten Praxisebene noch immer große Defizite zum Beispiel im sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystem und im Zusammenwirken von Sportärzten mit Athleten und Trainern gab, die nicht zuletzt aus Vorbehalten gegen die sportmedizinische Expertise und ihre Übertragbarkeit auf Trainings- und Wettkampfalltag resultierten. Für die im Leistungssport involvierten Sportmediziner blieb zudem das Problem, dass ihre zeitlich immer umfassendere Tätigkeit weitgehend ehrenamtlicher Natur war, was ihren Status z. B. gegenüber den nun hauptamtlichen Bundestrainern nicht stärkte und auch kein Ausdruck der Wertschätzung durch den organisierten Sport war.

Den Kernpunkt für die Etablierung der Leistungsmedizin bildeten die sportmedizinischen Untersuchungszentren, in denen die ab 1971 für Kader-Athleten obligatorischen sportmedizinischen Untersuchungen stattfanden. Hier sollte, so die Hoffnung der Sportmediziner, ein Arzt-Athleten-Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, welches es schrittweise ermöglichen sollte, sportmedizinisches Knowhow und Personal auch im Trainingsalltag zu verankern. Doch zeigten sich von Anfang an Mängel in Ausrichtung, Auslastung und Akzeptanz.

¹ Zum ersten Projektabschnitt Becker 2016.

² Selbstverständlich waren Sportmediziner schon seit jeher an sportlichen Höchstleistungen interessiert, sei auf der Basis eines wissenschaftlichen Interesses an leistungsphysiologischen Fragen oder in Nachfolge einer eigenen sportlichen Karriere. Neu war nun jedoch, dass damit begonnen wurde, ein System der sportmedizinischen Begleitung aufzubauen.

Nichtsdestotrotz stellte die Phase bis Mitte der 1970er-Jahre für die Leistungsmedizin gewissermaßen eine Aufstiegs- und Erfolgsgeschichte dar, während für die weiteren Zeitabschnitte, die im Folgenden näher beleuchtet werden sollen, eher Krisen und Defizite eine Rolle spielten. Dies soll auf drei Ebenen untersucht und dargestellt werden:

Erstens für die Ebene des sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystem, zweitens für den Status der Leistungsmedizin in Politik und Staat und drittens für die Rolle von Sportmedizinern für Doping und Anti-Doping und den daraus resultierenden Rückwirkungen auf die Sportmedizin selbst.

1.1 Quellen und Literatur

Bildeten für den ersten Projektabschnitt insbesondere Akten aus dem organisierten Sport (DSB und NOK), die im DOSB-Archiv verwahrt sind, eine wichtige Grundlage für Forschung und Darstellung, wurde für diesen Bericht vor allem auf Bestände des Bundes zurückgegriffen.

Für die Weiterentwicklung des sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystems geben die Akten des Bundesministeriums des Innern, die im Bundesarchiv unter der Bestandssignatur B 106 geführt werden, wichtige Aufschlüsse. Da das Untersuchungs- und Betreuungssystem für die Athleten der Kader A–C weitgehend aus staatlichen Mitteln finanziert wurde und wird, hat das für den Spitzensport zuständige Bundesinnenministerium ein vitales Interesse, über Ausgestaltung und Auslastung dieses Systems informiert zu sein und es gegebenenfalls zu modifizieren und an die Entwicklungen des Leistungssportsystems anzupassen. Die entsprechenden Akten des BMI spiegeln sehr gut die erkannten Defizite des Untersuchungs- und Betreuungssystems und die Versuche, diese zu beheben, wider. Zum Ausdruck kommen so auch die in Teilen widerstreitenden Interessen von Bund, Sportorganisation und Sportmedizin.

Für den zweiten großen Abschnitt dieses Berichts, „Die Leistungsmedizin in Politik und Sport“, stellen Bundestagsdrucksachen und Akten des Parlamentsarchiv zentrale Quellen dar. Zu den herangezogenen Bundestagsdrucksachen zählen Wortprotokolle von Bundestagsitzungen, in denen die Sportmedizin allerdings nur äußerst selten thematisiert wurde, Kleine sowie Große Parlamentarische Anfragen mit Bezügen zur Sportmedizin und deren Beantwortung durch die Bundesregierung. Die Sportberichte der Bundesregierung, die ab Anfang der 1970er-Jahre einmal pro Legislaturperiode erstellt wurden, liefern u. a. wertvolle statistische Daten zur Förderung der Leistungsmedizin durch den Bund.

Im Parlamentsarchiv konnten die Protokolle der Sportausschusssitzungen bis einschließlich der vorletzten Legislaturperiode eingesehen werden. Den Protokollen beigefügt sind anlassbezogen zudem Anträge und Dokumente zur Unterrichtung der Ausschussmitglieder, die über die Wortprotokolle hinausweisen. Die Protokolle des Sportausschusses umfassen auch die öffentlichen und nicht öffentlichen Anhörungen von Experten, die bei bestimmten Sachfragen auch aus der Sportmedizin stammten.

Die Bearbeitung des letzten Abschnitts, „Die Rolle der Leistungsmedizin in Doping und Anti-Doping“, fußt zum einen auf den mittlerweile der Öffentlichkeit zugänglich gemachten Berichten der beiden Untersuchungskommissionen zur Aufklärung der Verstrickungen der Freiburger Sportmedizin in Dopingvorgänge. Zu dem Komplex der Freiburger Sportmedizin wurden keine eigenen Quellenstudien betrieben, aber selbstverständlich die Ergebnisse der beiden Kommissionen und deren Interpretation kritisch hinterfragt und in den Kontext unseres Projekt-Zusammenhangs gestellt. Für den Umgang der Sportmedizin mit den Dopingenthüllungen bildeten die entsprechenden Veröffentlichungen und Resolutionen in dem Verbandsorgan „Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin“ sowie die Äußerungen von führenden Sportmedizinern zum Beispiel bei Anhörungen vor dem Sportausschuss eine zentrale Quellenbasis. Zum Thema „Doping“ konnte insgesamt auf das Münsteraner Teilprojekt „Doping in Deutschland von 1950 bis heute aus historisch-soziologischer Sicht im Kontext

ethischer Legitimation“, dessen Ergebnisse in Krüger et al. (2014) veröffentlicht wurden, und der u. a. aus diesem Projekt hervorgegangenen Dissertation „Doping als Konstruktion“ von Marcel Reinold zurückgegriffen werden. Ohnehin sollte mit diesem Projekt keine weitere Geschichte des Dopings in Deutschland geschrieben werden, sondern hauptsächlich beleuchtet werden, wie sich die Sportmedizinerschaft ihrer Verantwortung für Doping und Anti-Doping gestellt hat.

2 Weiterentwicklungen des sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystems

2.1 Das sportmedizinische Untersuchungs- und Betreuungssystem bis Mitte der 1980er-Jahre

Ausgelöst durch die negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitszustand der westdeutschen Olympiamannschaft 1968 in Mexiko hatte der DSB 1970/71, in Zusammenarbeit mit der Sportmedizin und weitgehend finanziert vom Bund³, damit begonnen, ein sportmedizinisches Untersuchungs- und Betreuungssystem zu installieren. Wie das System im Idealfall aussehen und funktionieren sollte, zeigt Abb. 1:

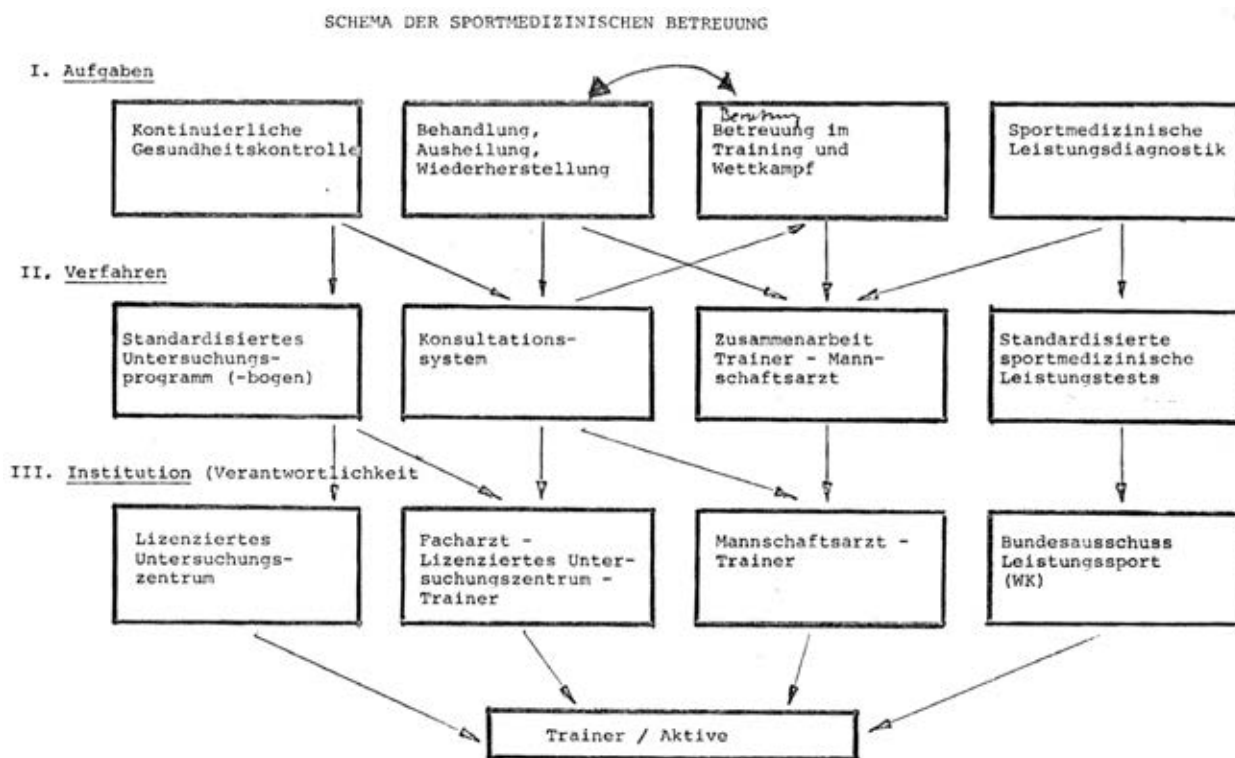


Abb. 3.1 Schema der sportmedizinischen Betreuung (ohne Datum; ca. 1974/75), Bundesarchiv B 106/17491

³ Zur Finanzierung durch Bundesmittel vgl. das Unterkapitel „2.2 Finanzierung der Leistungsmedizin durch den Bund“; während der Bund aufgrund seiner Verpflichtungen für den Leistungssport die Untersuchungen für die A- bis C-Kader-Athleten finanzierte, war die Betreuung der D-Kader-Sport – hauptsächlich Nachwuchsathleten – Ländersache.

Die vier zentralen Aufgabenbereiche lauteten Gesundheitskontrolle, Behandlung und Wiederherstellung, Betreuung im Training und Wettkampf sowie sportmedizinische Leistungsdiagnostik. Bei der Bewältigung dieser Aufgaben sollten in verschiedenen systematisierten Verfahren Untersuchungszentren, Fachärzte, Mannschafts- und Verbandsärzte, Sportmediziner, Wissenschaftler im BA-L und Trainer zusammenarbeiten. Der Output sollte dann Trainern und Athleten zugutekommen.

Den Kern des Systems bildeten zunächst die Gesundheitsuntersuchungen, die in hierfür lizenzierten Zentren – zumeist mit Anbindung an universitäre sportmedizinische Einrichtungen – durchgeführt wurden. Diese Untersuchungen waren am Anfang ausschließlich auf Gesundheit und Tauglichkeit ausgerichtet. Hieran entzündete sich allerdings rasch Kritik von Trainern und Athleten, die die Untersuchungen zudem als zu unspezifisch und praxisfern empfanden.

Daraufhin wurden die zweimal jährlich vorgesehenen Untersuchungen gesplittet: Während eine Untersuchung weiterhin der reinen gesundheitlichen Kontrolle diene, sollte die zweite leistungsdiagnostische Erkenntnisse zutage bringen. Je nach Belastungsparametern der Sportart waren diese leistungsdiagnostischen Untersuchungen eher internistisch-physiologisch oder eher orthopädisch ausgerichtet.

Trotz dieser Differenzierungen, die ab 1978 griffen, und obwohl die Fachverbände die Untersuchungen als obligatorisch für Kaderathleten erklärt hatten, kam es weder zu einer nennenswerten Ausweitung der Untersuchungszahlen noch verstummte die Kritik an der Basis, da auch die neu eingeführten leistungsdiagnostischen Tests weiterhin als zu unspezifisch angesehen und ihre Ergebnisse als wenig nützlich für die Trainingssteuerung betrachtet wurden.

Immer wieder finden sich in den Quellen Hinweise darauf, dass die Untersuchungsstellen nicht ausgelastet waren, sodass die Stiftung Deutsche Sporthilfe in Abstimmung mit dem BMI beschloss, „ihre Förderungsleistungen in Zukunft davon abhängig zu machen, daß sich die Sportler sportmedizinisch untersuchen lassen“⁴, was jedoch zunächst keine wesentliche Besserung erbrachte.⁵

Auch die Bemühungen des BISp, die bei den sportmedizinischen Untersuchungen gewonnenen Daten zentral zu erfassen, zu verarbeiten und den Trainern und Ärzten zur Verfügung zu stellen, stießen auf wenig Interesse, da eine mangelnde Vergleichbarkeit der Ergebnisse beklagt wurde. Innerhalb der Sportmedizin schließlich wurde darüber gestritten, ob die leistungsdiagnostischen Untersuchungen im Labor oder im Feld durchgeführt werden sollten. Für Ersteres sprachen die Genauigkeit und Wiederholbarkeit der Untersuchung, für Letzteres die größere Praxisnähe.

Ihrem Ziel, über die leistungsdiagnostischen Untersuchungen steuernd ins Training eingreifen zu können und zusammen mit Trainern und Athleten ein „Vertrauensdreieck“⁶ aufbauen zu können, kamen die Leistungsmediziner in dieser Phase auf jeden Fall kaum näher.

Als noch größere „Baustelle“ erwies sich der Aufbau eines Betreuungssystems im alltäglichen Training. Im Zentrum der sportmedizinischen Betreuung der Kaderathleten sollten eigentlich die Verbandsärzte stehen. Sie sollten die sportmedizinischen Maßnahmen koordinieren und steuern. Außerhalb der zentralen Trainingslager und der großen Wettkämpfe hatten sie jedoch nur selten Zugang und Kontakt zu den Athleten, die bei Verletzungen ohnehin eher die Leistungen ihrer Haus- und Fachärzte in Anspruch nahmen als die Verbandsärzte zu konsultieren.

⁴ Zweiter Sportbericht der Bundesregierung vom 23.9.1973, Bundestags-Drucksache 7/1040.

⁵ Vgl. z. B. den Dritten Sportbericht der Bundesregierung vom 22.1.1976, Bundestags-Drucksache 7/4609: „Z. Z. werden nicht alle Möglichkeiten des bestehenden Betreuungssystems von den Sportorganisationen ausgeschöpft. Dies gilt insbesondere für die Nutzung der sportmedizinischen Untersuchungsstellen. Das Zusammenspiel der Untersuchungsstellen mit den Sportorganisationen, den Trainern, den Verbandsärzten und nicht zuletzt den Hochleistungssportlern muß weiter ausgebaut werden.“

⁶ Der Sportmediziner und langjährige Verbandsarzt Dirk Clasing konstatierte 1982 zwar: „Der Kontakt zwischen Arzt und Trainer ist besser geworden. Beide haben voneinander gelernt. Man beginnt eine gemeinsame Sprache zu sprechen.“ Er gab aber auch zu: „Trotzdem bleiben zahlreiche Wünsche offen, da das Betreuungssystem in vielen Fällen nur bei zentralen Maßnahmen funktioniert und der Bereich des täglichen Trainings im Stützpunkt als ‚unterversorgt‘ anzusehen ist.“ (Clasing 1982, S. 23)

Immer wieder finden sich in den Quellen Hinweise darauf, dass nicht die zuständigen Verbands- oder Stützpunktärzte aufgesucht wurden, sondern „die ärztliche Betreuung entweder privat oder vorwiegend im orthopädischen Bereich und dann oft mit Krankenschein erfolgte“.⁷

In einem Papier zur Vorstandssitzung des BA-L am 21.1.1985 wird dieses Problem näher beschrieben:

„Die Behandlung mittlerer und schwerer Verletzungen ist in unserem Betreuungssystem bisher im allgemeinen der alleinigen Eigeninitiative von Sportlern und Trainern überlassen. In den meisten Fällen werden von den Sportlern häufige und weite Reisen zu Behandlungen bei einem Arzt ihres Vertrauens unternommen.“⁸

Dies habe aber auch negative Folgen für die Durchführung des Rehabilitationstrainings, da aufgrund der Entfernung des Arztes das Aufbautraining lediglich „auf der Basis von allgemeinen Hinweisen des Arztes vorgenommen“ werde könne, was den Trainer überfordere, sodass eine Trainingsanpassung unterbliebe.⁹

Die aufgezeigten Mängel schlugen sich auch weiterhin in einem hohen Verletzungsgrad nieder. Für die Olympischen Spiele 1984 in Los Angeles konstatierte der Orthopäde Krahl, der selbst als Olympiarzt vor Ort gewesen war, gemäß Protokoll der Sportausschusssitzung vom 24. Oktober 1984:

„Besonders schlecht sei der Zustand der Leichtathletikmannschaft gewesen, in der nur 20 Prozent völlig unverletzt geblieben seien. (...) Während im internistischen Bereich (...) Probleme der Herz-Kreislauf-Belastung sehr gut in den Griff genommen worden seien, trage nunmehr die Orthopädie und Traumatologie die Hauptlast.“

Er führte den schlechten gesundheitlichen Zustand der bundesdeutschen Mannschaft auch auf die Ehrenamtlichkeit der Sportärzte und strukturelle Hindernisse zurück:

„Hierbei spiele auch das Problem eine Rolle, daß die meisten Sportmediziner die Betreuung der Verbände und in den Stützpunkten nebenher betrieben. (...) Die Einbindung der Ärzte in die Verbände sei noch sehr unterschiedlich, ebenso wie ihr Einfluß auf Planung und Termingestaltung. Sicherlich sei der Einfluß der Vereinsärzte größer als der der Verbandsärzte.“¹⁰

Auch der DSB konzidierte in seinem „Perspektivplan für den Spitzensport“ 1985, dass Defizite „vor allem im personellen Bereich bei der Lösung der zunehmenden orthopädisch-traumatologischen Probleme im Spitzensport“ bestünden:

„Die Athleten haben es schwer, in ihrer unmittelbaren Trainingsumgebung im Falle der Verletzung eine fachkundige Behandlung zu erhalten, die auf die sportspezifischen Besonderheiten der Therapie und Rehabilitation eingerichtet ist. (...) Die regelmäßige physiotherapeutische und ärztliche Betreuung ist nur teilweise gesichert, da es nicht möglich ist, sie an jedem Trainingsort bereitzuhalten.“¹¹

⁷ Protokoll der Sitzung BA-L, Wissenschaftliche Kommission vom 4.4.1983; in: Bundesarchiv B 106/174191.

⁸ Vorlage zur Vorstandssitzung; in: Bundesarchiv B 106/174191.

⁹ Vorlage zur Vorstandssitzung; in: Bundesarchiv B 106/174191.

¹⁰ Parlamentsarchiv Berlin, Kurzprotokoll der Sportausschusssitzung vom 24.10.1984.

¹¹ Parlamentsarchiv Berlin, Sportausschuss, Ausschussdrucksache 85, Perspektivplan für den Spitzensport. Der Mangel an qualifizierten Sportärzten blieb ein großes Problem. Der BA-L-Vorsitzende Heinz Fallak wies 1988 vor dem Sportausschuss auf die „Defizite bei der Sportmedizin, bei der professionellen Beschäftigung von Ärzten, Physiotherapeuten und Biomechanikern“ hin. Da er einer Änderung der Approbationsordnung keine Chancen gab, „müsse der Versuch unternommen werden, über die berufsständigen Organisationen der Ärzteschaft und über den Deutschen Sportärztebund das, was an Fortbildung schon geschehe, qualitativ zu verbessern und dabei an die Erteilung von Lizenzen zu denken. (...) Es genüge

Als weiteres Problem und zugleich als Folge der ungenügenden Koordinierung der sportmedizinischen Betreuung wurde bereits zwei Jahre vor dem Tod Birgit Dressels in einer Vorstandsvorlage des BA-L die Parallelbehandlung durch mehrere Ärzte ohne Rückkopplung erkannt:

„Das Recht der freien Arztwahl, gepaart mit dem verständlichen Drang der Spitzensportler, möglichst schnell, unter Ausnutzung aller Möglichkeiten und manchmal auch unter Zurückstellung langfristiger Prioritäten, wieder sportlich einsatzbereit zu sein, führt oft zu unkoordinierter Behandlung der Sportler durch mehrere Ärzte.“¹²

Im BMI wurden diese Defizite ebenfalls registriert, sie aber vor allem dem BA-L angelastet. So heißt es in einem internen Vermerk vom 16. April 1987:

„Die sportärztliche Betreuung der deutschen Spitzenathleten erscheint verbesserungsbefähigt. Es ist z. B. wenig bekannt, wo die Athleten sich schwergewichtig behandeln lassen und warum bestimmte Ärzte gewählt werden. Auch das ‚Zusammenspiel‘ von Hausarzt und Sportarzt ist wenig durchsichtig. (...) M. E. gibt es beim BA-L insoweit kein brauchbares Konzept.“¹³

Anlass für den internen Vermerk war möglicherweise der Tod Birgit Dressels wenige Tage zuvor. Zumindest heißt es im selben Papier: „Aktualität hat das Thema auch durch den Tod der Leichtathletin Dressel erhalten.“

2.2 Neukonzeptionierungen des sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystems

Der Tod Birgit Dressels¹⁴ war nicht ursächlich dafür, das sportmedizinische Untersuchungs- und Betreuungssystem auf den Prüfstand zu stellen. Bereits seit der Analyse der Olympischen Spiele von 1984 liefen entsprechende Planungen, die vor allem die sportmedizinische Trainingsbetreuung verbessern sollten. Aber die Umstände von Dressels Tod führten zumindest zu einem gestiegenen Interesse des Innenministeriums an diesen Prozessen. Anfang Mai 1987 informierte das zuständige Referat im BMI den Innenminister über die „Sportärztliche Betreuung der Spitzensportler“ und warnte:

„Durch den Tod von Birgit Dressel ist die sportmedizinische Versorgung der Athleten wieder in den Vordergrund gerückt worden. (...) Es ist nicht auszuschließen, daß nach Vorlage des Obduktionsbefundes zum Tode von Birgit Dressel die sportmedizinische Betreuung der deutschen Spitzenathleten ‚politisiert‘ wird.“¹⁵

Nach wie vor sei Tatsache, „daß häufig mehrere Ärzte gleichzeitig einen Athleten betreuen, z. B. neben den genannten sportmedizinischen Untersuchungen konsultiert der Athlet zusätzlich die akkreditierten Mannschafts- und Verbandsärzte, den Hausarzt und nicht selten noch einen Spezialisten.“ Der DSB habe hierzu „bisher kein Konzept vorgelegt“.¹⁶ Es bestünde aber die Hoffnung, dass sich die ärztliche Betreuung durch den Aufbau der Olympiastützpunkte verbessern werde.

nicht, wenn ein Arzt auf seinem Praxis-Schild ‚Arzt für Sportmedizin‘ schreibe. Er müsse es auch tatsächlich sein.“ Parlamentsarchiv Berlin, Kurzprotokoll der Sportausschusssitzung vom 9.11.1988.

¹² Vorlage zur Vorstandssitzung; in: Bundesarchiv B 106/174191.

¹³ „Betr. Sportärztliche Betreuung der Spitzensportler“, 16.4.1987; in: Bundesarchiv B 106/189980.

¹⁴ Zum „Fall Dressel“ Krüger et al. 2014, S. 117 ff. und den Abschnitt „3.3 Vom Umgang der Sportmedizin mit Dopingenthüllungen“ in diesem Bericht.

¹⁵ Referat SM 1 an Herrn Minister, 7.5.1987; in: Bundesarchiv B 106/189980.

¹⁶ Referat SM 1 an Herrn Minister, 7.5.1987; in: Bundesarchiv B 106/189980.

Um tragfähige Konzepte für eine Verbesserung der Betreuung zu entwickeln, führte das BMI in der Folgezeit Gespräche mit der Stiftung Deutsche Sporthilfe und bat führende bundesdeutsche Sportmediziner in gleichlautenden Schreiben, „bis Ende Juni Ihre Vorstellungen für eine Optimierung der medizinischen Betreuung der Spitzenathleten mitzuteilen“.¹⁷

Zu den angeschriebenen Sportmedizinern, die um Vorschläge gebeten wurden, zählten u.a. Wildor Hollmann, Joseph Keul, Winfried Kindermann, Heinz Liesen und – das überrascht aufgrund des gerade erst zurückliegende Todes von Birgit Dressel, der doch eigentlich der Anlass für eine Neubetrachtung war – Armin Klümper. Die Sportmediziner antworteten jeweils in mehrseitigen Briefen. Einig waren sie sich darin, dass eine bessere sportmedizinische Betreuung vor allem von mehr Geld für Personal und Apparaturen abhängig sei. Joseph Keul errechnete gar einen Mehraufwand von ca. 3,65 Mio. DM pro Jahr für eine adäquate personelle Ausstattung. Er plädierte dabei für die hauptamtliche Anstellung von Ärzten als „Bundesärzte“ analog zu den Bundestrainern.¹⁸

Auffällig ist, dass mehrere Sportmediziner in ihren Antworten auf die bessere Ausstattung der Sportmedizin in der DDR verweisen. Auch der Hinweis auf die zu geringe Zahl an qualifizierten, gut ausgebildeten Sportärzten war Konsens und wurde in den Zusammenhang gestellt, dass Sportmedizin nicht Bestandteil der Approbationsordnung der Ärzte ist. Klümper folgerte diesbezüglich:

„Für die Sportmedizin gilt, niemand kann und darf Professionalismus erwarten, wenn Ausbildung und Vorbildung lückenhaft und planlos erfolgen, die spätere Tätigkeit vor Ort einer hobbymäßigen Freizeitgestaltung ähnelt.“¹⁹

Konzeptionell boten die Überlegungen der Sportmediziner über die Forderung nach mehr Mitteln hinaus wenig Neues oder Originelles. Klümper betonte die Bedeutung, bereits D-Kader-Athleten eingehend gesundheitlich zu untersuchen, da ansonsten Schädigungen und Verletzungen im höheren Wettkampfsalter vorprogrammiert seien.²⁰

Unterschiedliche Auffassungen bestanden unter den Sportmedizinern hinsichtlich der Relevanz des Dopingproblems. Während Liesen es als „permanent aufgebauscht“ charakterisierte,²¹ bezeichnete Kindermann das Problem als ungelöst, was „bei Sportlern zu einer Zweiklassengesellschaft geführt“ habe:

„Die Grundsatzklärung des DSB zum Spitzensport besteht zwar, andererseits muß aber auch deutlich gesagt werden, daß viele, auch Funktionäre, die Augen vor den Realitäten verschließen. Der Sportmediziner steht zwischen den Fronten.“²²

Dies war wohl als eindeutiger Hinweis zu verstehen, dass es im bundesdeutschen Sport nach wie vor eine Dopingpraxis gab, von der die Sportmediziner auch Kenntnis hatten und die sie für sich als Dilemma empfanden. Es ist aus den Akten nicht zu erkennen, ob und wie dieser Hinweis „zwischen den Zeilen“ vom BMI aufgegriffen wurde und es zum Beispiel Nachfragen an Kindermann gab.

Hollmann ging in seinem Antwortschreiben an das BMI nicht auf Fragen des Dopings ein. Stattdessen plädierte er grundsätzlich für drei Maßnahmen zum gesundheitlichen Schutz der Athle-

¹⁷ Schreiben des Referats SM 1 im BMI vom 25.5.1987; in: Bundesarchiv B 106/189980.

¹⁸ Keul an das BMI, 13.6.1987; in: Bundesarchiv B 106/189980.

¹⁹ Klümper an das BMI, 30.6.1987; in: Bundesarchiv B 106/189980.

²⁰ Klümper an das BMI, 30.6.1987; in: Bundesarchiv B 106/189980.

²¹ Liesen an BMI, 16.7.1987, in: Bundesarchiv B 106/189980. Es folgt die bekannte sportmedizinische Argumentationslinie: „Es [das Dopingproblem] würde nach meiner Erfahrung verschwindend klein sein, wenn durch konstruktive, sportmedizinische Trainingsbetreuung dem Athleten wirklich geholfen würde. Er käme dann nicht immer wieder in eine ‚Ratlosigkeit‘ und ‚Verzweiflung‘ (durch fehlende Trainingsanpassung, Übertraining usw.), die ihn – alleingelassen – zu dem einen oder anderen unerlaubten Mittel greifen läßt, das ihm meist nur schadet.“ Vgl. hierzu auch das Kapitel „3. Die Rolle der Sportmedizin in Doping und Anti-Doping“.

²² Kindermann an das BMI, 15.6.1987, in: Bundesarchiv B 106/189980.

ten: Regeländerungen, drastische Heraufsetzung des Mindestalters sowie Verminderung der Anzahl der Wettkämpfe.

Eine wesentliche Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung wurde, das zeigen auch die Antwortbriefe der Sportmediziner, mit den Olympiastützpunkten verknüpft. Sie wurden seit den Olympischen Spielen 1984 in Los Angeles, bei denen, wie oben gezeigt, wiederum ein relativ hoher Verletzungsstand innerhalb der bundesdeutschen Mannschaft aufgefallen war, geplant und nahmen dann Ende der 1980er-Jahre ihren Betrieb auf.²³ Sie sollten eng verzahnt werden mit den bestehenden sportmedizinischen Untersuchungszentren und sonstigen sportmedizinischen Einrichtungen an Universitäten und Krankenhäusern sowie mit niedergelassenen Fachärzten.²⁴ Die Olympiastützpunkte sollten vor allem eine bessere medizinische Versorgung im Trainingsalltag und in Phasen der Rehabilitation sowie des Wiederaufbautrainings gewährleisten. Außerdem erhofften sich Politik und Sport von ihnen eine bessere Steuerung der sportmedizinischen Maßnahmen am Athleten, der sich bis dahin weitgehend unkontrolliert an den verschiedensten Stellen hatte behandeln lassen.²⁵

2.3 Defizitanalyse und Überarbeitung des Systems in den 1990er-Jahren

Während Athletenbefragungen durchaus eine Zufriedenheit mit der sportmedizinischen Betreuung an den Olympiastützpunkten ergaben,²⁶ erwiesen sich andere an die Olympiastützpunkte gerichteten Hoffnungen zum Teil als Trugschluss. In einer Sitzung der Arbeitsgruppe Sportmedizin wies der Direktor des BA-L Manfred Löcken 1990 darauf hin, dass mit Einrichtung der Stützpunkte „die Reibungspunkte eher größer geworden sind“.²⁷ Im März 1995 legte das Bundesinstitut für Sportwissenschaft dem BMI dann ein internes Strategiepapier „Sportmedizinisches Untersuchungs- und Betreuungssystem im Hochleistungssport“ vor, das die – zum Teil altbekannten – Defizite des bestehenden Systems breit thematisierte:²⁸

Die sportmedizinischen Untersuchungen seien nicht ausreichend ausgewogen „zwischen sportartübergreifenden und auf die sportartspezifische Belastung bezogenen Untersuchungsinhalten“. Es gäbe weder ein standardisiertes noch ein sportartbezogenes Vorgehen. In den einzelnen Untersuchungszentren würden sehr unterschiedliche Programme und Schwerpunkte realisiert, sodass keine Vergleichbarkeit gegeben sei. Die Untersuchungsangebote würden zudem sehr unterschiedlich genutzt: von manchen Athleten gar nicht, von anderen mehrfach im Jahr. Die Verbände würden hierzu auch keine einheitlichen Vorgaben machen. Es existiere keinerlei Abstimmung zwischen den einzelnen Untersuchungsinstanzen, sodass es zu überflüssigen Doppeluntersuchungen käme. Gleiches gelte für die Behandlungsebene: „Die Steuerung der medizinischen Behandlung eines

²³ Zur Einrichtung der Olympiastützpunkte ausführlich Spranger 1988.

²⁴ Zu den Zielen der Olympiastützpunkte und ihrer Verzahnung mit anderen Einrichtungen aus sportmedizinischer Sicht Keul 1987.

²⁵ Zu den Erwartungen der Politik vgl. auch den Siebten Sportbericht der Bundesregierung, Drucksache 11/8459, vom 22.11.1990: „Mit der finanziellen Hilfe der Bundesregierung wird die sportärztliche und physiotherapeutische Betreuung der Hochleistungssportler bei Wettkämpfen und zentralen Lehrgängen gewährleistet. In den Olympiastützpunkten sollen diese Betreuungsmaßnahmen noch weiter ausgebaut werden. Dies gilt insbesondere für das Training an den Olympiastützpunkten, bei denen neben den Trainingsmaßnahmen vor allem die sportmedizinischen und physiotherapeutischen Dienste optimiert und koordiniert werden sollen. Eine gewisse Schwierigkeit besteht allerdings darin, für diese Aufgaben geeignete, d. h. im Leistungssport erfahrene Ärzte und Physiotherapeuten zu gewinnen.“

²⁶ Vgl. Emrich 1996 und Emrich, Fröhlich & Pitsch 2006. Beide Befragungen ergaben allerdings auch, dass die Athleten weiterhin stark auf Leistungen außerhalb der Olympiastützpunkte zurückgriffen, wenn ein entsprechendes Vertrauensverhältnis bestand bzw. strukturell-organisatorische Gründe (Zeit, Entfernung, Ablauf etc.) dafür sprachen.

²⁷ Protokoll Bundesausschuss Leistungssport, Beirat der Wissenschaftler, Arbeitsgruppe Sportmedizin, Protokoll der Sitzung vom 19.6.1990; in: Bundesarchiv B 106/174191.

²⁸ Alle Zitate im Folgenden nach: System der sportmedizinischen Betreuung im Spitzensport; in: Bundesarchiv B 106/174191.

Athleten/einer Athleten durch jeweils nur einen verantwortlichen Arzt“ sei nicht gesichert – ein Punkt, der spätestens seit dem „Fall Dressel“ als unbedingt verbesserungsbedürftig erschien.

Auch im Bereich der sportmedizinischen Betreuung in Training und Wettkampf sei festzustellen, dass der „einzelne Arzt nicht immer umfassend über die an verschiedenen Orten durchgeführten zurückliegenden Untersuchungen, Leistungsdiagnosen, Befunde oder Behandlungen informiert wird bzw. sich im Bedarfsfall kurzfristig informieren kann“, zumal keine entsprechende Datenbank existierte. Bei der sportmedizinischen Leistungsdiagnostik schließlich sei nicht gesichert, dass die „durchgeführten Maßnahmen (...) in ein Konzept der komplexen Leistungsdiagnostik eingebunden“ seien.

Als Abhilfen schlug das BISp im Strategiepapier u. a. vor, die Datenerfassung zu verbessern, die Rolle der Verbandsärzte als koordinierende Ärzte zu stärken sowie einen Athletenpass einzuführen.

Dass das System aber nicht nur strukturelle Schwächen aufwies, sondern auch wirtschaftliche Einzelinteressen bezüglich der Abrechnung begünstigte, deutete ein internes Schreiben im BMI vom 25. April 1995 an. Danach gebe es die Erkenntnis, „daß DSB/BAL offensichtlich das bestehende System, das die ‚Herrgötter der Sportmedizin‘ begünstigt, ungeachtet der gravierenden Schwächen nicht ändern will“.²⁹

Und weiter heißt es in dem internen Schreiben des BMI:

„Die Sonderinteressen auf diesem Gebiet sind offenkundig so gravierend, daß eine ständige BMI-Mitwirkung notwendig ist, um das sportpolitische Ziel einer effektiven und wirtschaftlichen sportmedizinischen Betreuung zu unterstreichen und zu überwachen.“

Welche und wessen Sonderinteressen gemeint waren, wird in dem Papier nicht näher ausgeführt. Offenbar gab es aber unter den sportmedizinischen Untersuchungszentren und den dort untersuchenden Ärzten starke Beharrungskräfte, an dem bestehenden System möglichst wenig zu ändern, da sie als Einrichtung oder Person von den pauschalen Abrechnungen pro Untersuchungsfall profitierten.

Auch in einem internen Papier des BISp zwei Jahre später wird der Verdacht geäußert, „daß sich das sportmedizinische Untersuchungssystem zu einem ‚Selbstbedienungsladen‘ für einige wenige Untersuchungszentren entwickeln könnte, ohne daß eine Qualitätskontrolle von außen möglich ist“.³⁰ Erschwerend käme hinzu, dass es keinen nachvollziehbaren Kriterienkatalog für die Lizenzierung der Untersuchungszentren gäbe. Die Lizenzvergabe durch die AG Sportmedizin des DSB/BL, in der zudem Sportmediziner saßen, die federführend in bestehenden Untersuchungszentren tätig waren, sei daher höchst subjektiv.

Der Reformbedarf des sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystems war unverkennbar. Das BMI versuchte, den Prozess der Erneuerung zu koordinieren, und brachte DSB, BISp, Sportmediziner und Vertreter der Olympiastützpunkte an einen Tisch.³¹ Dieser „Runde Tisch“ sollte neue Richtlinien für ein modifiziertes System ausarbeiten, das möglichst schon zum 1.1.1998 in Kraft treten sollte. Hierbei übergangen fühlte sich Joseph Keul, der nicht zur Besprechung eingeladen worden war und daraufhin verärgert an das BMI schrieb:

„Sie werden verstehen, daß ich äußerst betroffen bin, daß nunmehr trotz der bereits vorausgehend geleisteten Arbeit zu einem Strategiegespräch eingeladen wird und ich selbst dabei nicht gehört werde.“³²

²⁹ Sportmedizinisches Untersuchungssystem und Ausbau des Sportwissenschaftlichen Verbundsystems, internes Schreiben vom 25.4.1995; in: Bundesarchiv B 106/174191.

³⁰ Beiblatt zur Problemliste vom 12.3.1997; in: Bundesarchiv B 106/174191.

³¹ Vgl. 1. Beratung „Sportmedizinisches Untersuchungs- und Betreuungssystems“, 16.7.1997; in: Bundesarchiv B 106/174191.

³² Keul an Ministerialrat Dr. Hünefeld, 22.7.1997, in: Bundesarchiv B 106/174191.

Dass Keul nicht zum „Runden Tisch“ eingeladen worden war, mag damit zusammenhängen, dass man ihm, als einem langjährigen Profiteur des bisherigen Systems, nicht mehr zutraute, an Veränderungen konstruktiv mitzuwirken. Für diese Interpretation spricht, dass sich das BMI vom federführenden DSB auflisten ließ, welche Zahlungen aus dem vom Bund finanzierten Budget „Sportmedizinische Untersuchungen“ in den Jahren 1980 bis 1996 an das Untersuchungszentrum Freiburg geleistet worden waren. Hier wurde dann nochmals differenziert nach Ausgaben für Prof. Keul und Prof. Klümper. Dabei ergab sich, dass alleine an Keul pro Jahr in der Regel deutlich über 200.000 DM für sportmedizinische Untersuchungen flossen. Das entsprach in etwa einem Sechstel des gesamten Haushaltsansatzes für die jährlichen sportmedizinischen Untersuchungen.³³ Deutlich im Schatten Keuls stand zumindest in diesem Punkt Klümper, der im Schnitt für rund 100.000 DM im Jahr sportmedizinische Untersuchungen über Bundesmittel abrechnete.³⁴

Das ursprüngliche Vorhaben, das sportmedizinische Untersuchungssystem bis zum 1. Januar 1998 zu überarbeiten, scheiterte. Das modifizierte System (s. Abb. 2) trat schließlich ein Jahr später, zum 1. Januar 1999 in Kraft, ohne dass die Änderungen revolutionär gewesen wären. Den Schwerpunkt bildeten nach wie vor die jährlichen Gesundheitsuntersuchungen in einem lizenzierten sportmedizinischen Untersuchungszentrum des DSB. Diese Untersuchungen wurden durch Bundesmittel über ein entsprechendes Projekt beim DSB finanziert. Neu waren vor allem stärkere Differenzierungen nach Sportarten und Sportartengruppen beim Leistungsumfang der jährlichen Gesundheitsuntersuchungen. Dies entsprach einer alten Forderung aus dem Sport, diente jetzt aber auch der Kostenersparnis in dem Sinne, dass auf für die jeweilige Sportart unnötige Untersuchungsparameter verzichtet werden sollte. Zudem waren leistungsphysiologische Untersuchungen jetzt nur noch über die Gesundheitsuntersuchungen abrechenbar, während der gesamte Komplex der sportmedizinischen Trainings- und Leistungssteuerung den Olympiastützpunkten zugeschlagen wurde und aus deren Haushalt bestritten werden sollte.³⁵ Die Olympiastützpunkte wurden so zum zentralen Ort für Leistungsphysiologie sowie die sportmedizinische Trainingssteuerung. Auch die sportmedizinische Betreuung, Behandlung und Beratung sollte vorzugsweise in den Olympiastützpunkten bzw. bei deren Kooperationspartnern stattfinden. Zentrale Maßnahmen sollten zwischen Olympiastützpunkt, Spitzenverband und Verbandsarzt koordiniert werden und sich in die Jahresplanung der Verbände einfügen. Die letzte Stufe bildeten Sondermaßnahmen wie Regenerations- und Höhentrainingslager, die wiederum über Projektmittel des BMI abgerechnet werden konnten.

Und schließlich wurde ein transparenteres Lizenzierungsverfahren mit definierten Kriterien für die „Sportmedizinischen Untersuchungszentren“ beschlossen, um die bisherige Willkür, die auch genutzt werden konnte, um etablierte Standorte zu schützen und zu bevorzugen, einzudämmen. Die Entscheidung über die Lizenzierung verblieb jedoch beim DSB.³⁶

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die lang verhandelten Veränderungen keinen großen Wurf darstellten und die vorhandenen Probleme des sportmedizinischen Betreuungs- und Untersuchungssystems in der Praxis nur bedingt beheben konnten. Vor allem die Abstimmung und Einbindung der Verbandsärzte in die Gesamtkonzeption der sportmedizinischen Betreuung blieb problematisch. Einzig die Differenzierung bereits der Gesundheitsuntersuchungen nach sportartspezifischen Belastungen bildete eine inhaltliche Neuausrichtung. Die anderen genannten Punkte waren eher bürokratischer Natur und dienten einer klareren Zuordnung der Kosten mit dem Ziel einer höheren Wirtschaftlichkeit.

³³ Zum entsprechenden Ansatz im Bundeshaushalt siehe die Tabelle weiter unten.

³⁴ DSB an BMI, Projekt 8203, Sportmedizinische Untersuchungen, Zahlungen nach Freiburg, 19.9.1997, in: Bundesarchiv B 106/174191.

³⁵ Sportmedizinisches Untersuchungs- und Betreuungssystem im Spitzensport (ab 1. Januar 1999); in: Bundesarchiv B 106/174191.

³⁶ Voraussetzungen zur Anerkennung als lizenziertes „Sportmedizinisches Untersuchungszentrum des DSB“; in: Bundesarchiv B 106/174191.

Sportmedizinisches Untersuchungs- und Betreuungssystem im Spitzensport

Maßnahme	Berechtigte Athleten	Durchführung (Institution/Person)	Häufigkeit	Finanzierung über	Verantwortlich für die Zuweisung	Besonderheiten
Eingangsuntersuchung	D-Kader	Lizenziertes UZ im Auftrag der Länder	1-mal	Land	LSB	In der Verantwortung der Länder!
Jährliche Gesundheitsuntersuchung	Bundeskaderathleten (entsprechend den definierten Kategorien)	Lizenziertes "sportmedizinisches UZ des DSB"	1-mal pro Jahr	DSB/BL über Projektmittel des BMI	Spitzenverband	evtl. Zusatzuntersuchungen
Leistungsphysiologie/ Trainingssteuerung	definierter Bundeskaderkreis		nach Bedarf	eine LD evtl. über BL-Projekt (s. rechts ->)	OSP	eine LD pro Jahr evtl. im Rahmen der jährl. Gesundheitsuntersuchung
		OSP/Kooperationspartner des OSPs		OSP-Haushalt		
		Verbandsarzt evtl. OSP		OSP-Haushalt und/oder Jahresplanung der Vb.	OSP + Spitzenverband	
		Verbandsarzt + evtl. Unterstützung durch OSP		Jahresplanung der Verbände		
Betreuung/Behandlung/Beratung	Bundeskaderathleten		nach Bedarf		OSP	
		OSP/Kooperationspartner des OSPs (BL/LZ für nichtolympische Sportarten)		OSP-Haushalt (LZ für nichtolympische Sportarten), Krankenkasse		
		Verbandsarzt/Sportphysiotherapeut evtl. OSP		Jahresplanung der Verbände	OSP + Spitzenverband	
		Verbandsarzt/Sportphysiotherapeut				
Sonderprojekte im Rahmen von Zentr. Maßnahmen (Höhentraining/-ketten, Regeneration, Hitzeadaptation u.a.)	Bundeskaderathleten	Verbandsarzt/ Kooperationspartner	nach Bedarf	DSB/BL über Projektmittel des BMI (auf Antrag)	Spitzenverband	Antrag im Vorjahr stellen!

Abb. 3.2 Das sportmedizinische Untersuchungs- und Betreuungssystem ab 1999. Quelle: Bundesarchiv B 106/174191

3 Die Leistungsmedizin in Politik und Staat

Wie bereits angedeutet, übernahm das BMI weitgehende finanzielle Verpflichtungen für das sportmedizinische Untersuchungs- und Betreuungssystem. Damit wurden die Leistungen der Sportmedizin für den Spitzensport, dessen Förderung als Form der nationalen Repräsentanz der Bundesrepublik bekanntlich Aufgabe des Bundes ist, anerkannt. Allerdings stellte die Sportmedizin im Untersuchungszeitraum sowohl in finanzieller, haushälterischer Hinsicht als auch als sportpolitischer Gegenstand nur ein randständiges Thema dar. Grundsätzliche Fragen der Sportmedizin wurden im Untersuchungsverlauf zudem von der Doping-Problematik überlagert und dominiert. So erhält man in der Online-Datenbank des Deutschen Bundestages, die sämtliche parlamentarische Vorgänge wie Bundestagsreden, Kleine und Große Anfragen sowie sonstige Bundestagsdrucksachen umfasst, für den Suchbegriff „Sportmedizin“ über alle erfassten Legislaturperioden hinweg 270 Treffer, während der Suchbegriff „Doping“ 629 Einträge ausspielt (Stand: Februar 2018). Bei einer weiteren Differenzierung der Suchergebnisse „Sportmedizin“ ergibt sich, dass sich die Mehrzahl der Dokumente vor allem der jüngeren Legislaturperioden auf Aspekte der Prävention bezieht, während Fragen der Leistungsmedizin nur vereinzelt thematisiert werden.

Nichtsdestotrotz geben die entsprechenden Bundestags- und Sportausschusssitzungen, die Parlamentarischen Anfragen und deren Beantwortungen durch die Bundesregierung sowie die Sportberichte der Bundesregierung einen Eindruck davon, welche Rolle(n) der Leistungsmedizin im Untersuchungszeitraum von Politik und Staat beigemessen wurde, welche Schwerpunkte politisch erwünscht waren und welche Defizite gesehen und angesprochen wurden. Zudem erlauben sie Aufschlüsse über Stellenwert und Standing der Leistungsmedizin im politischen Raum.

3.1 Reden über Sportmedizin: Parlamentarische Vorgänge zur Leistungsmedizin

Am 1. Dezember 1967 war erstmals Sportpolitik Gegenstand einer Bundestagsdebatte. Bei dieser Gelegenheit stellte der zuständige Bundesinnenminister Paul Lücke – sicherlich auch vor dem Hintergrund der erfolgreichen Olympia-Bewerbung – die sportpolitischen Auffassungen und Richtlinien der Bundesregierung dar. In seiner Rede ging er auch auf die Sportmedizin ein. Er verwahrte sich gegen die „medizinischen und psychologischen Manipulationen“ im Sport:

„Die sportliche Höchstleistung darf nicht chemisch und medizinisch konstruiert werden. Sportmediziner, Sportpädagogen und Soziologen tragen hier die Verantwortung, daß die Grenze zwischen der zulässigen Hilfe und unzulässiger Manipulation beachtet wird.“³⁷

Zugleich forderte Lücke, „daß unsere Hochleistungssportler durch laufende ärztliche Kontrolluntersuchungen in fachlich gut geleiteten und technisch gut ausgerüsteten Untersuchungsstellen betreut werden.“³⁸

Der Hinweis auf Formen der Manipulationen von sportlichen Leistungen mag für diesen frühen Zeitpunkt überraschend erscheinen, ist aber damit zu erklären, dass Doping durchaus ab Mitte der 1960er-Jahre in der bundesdeutschen Öffentlichkeit diskutiert wurde.³⁹ Erstaunlicher ist da die Forderung nach einem sportmedizinischen Kontroll- und Untersuchungssystem, dessen Grundzüge 1967 noch nicht zu erkennen waren. Die Schaffung und Ausgestaltung eines solchen Systems wurde dann jedoch zu einer politischen Kernforderung an den Sport und die Sportmedizin mit entsprechenden finanziellen Verpflichtungen des Bundes. Regelmäßige, obligatorische Gesundheitsuntersuchungen bildeten – wie oben gezeigt – den Kern der systematischen sportmedizinischen Leistungen für die Athleten, zumal sich diese leichter implementieren und reglementieren ließen als eher offene und fakultative Formen der sportmedizinischen Unterstützung im und außerhalb des Trainingssalltags.

Unterstützung und Ausgestaltung der Sportmedizin blieben im politischen Raum zunächst umstritten: Als im Juni 1968 der Bundestag über Fragen der Allgemeinmedizin debattierte, ging der Abgeordnete Kubitzka (FDP) in seinem Redebeitrag auch auf die Sportmedizin ein und kritisierte die „unzureichende institutionelle und finanzielle Lage der deutschen Sportmedizin“. Explizit bezog er sich dabei auf die mangelhafte sportmedizinische Ausbildung und Forschung an den Universitäten. Folgen seien ein Mangel an sportmedizinisch ausgebildeten Ärzten und ein geringes Interesse an den Ergebnissen der Sportmedizin.⁴⁰

Andere Redner gingen in dieser Bundestagsdebatte unmittelbar auf das „Memorandum über Sportmedizin“ ein, welches der Deutsche Sportärztebund 1967 auch für die politische Lobbyarbeit erstellt hatte. Die Abgeordneten konzidierten, dass Aufgabenbereich und Zielsetzung der Sportmedizin „teilweise bei den Regierungen des Bundes und der Länder und auch in den Kreisen der Ärzteschaft noch unbekannt“⁴¹ seien und forderten u. a. eine bessere Verankerung der Sportmedizin im Medizinstudium mit obligatorischen Vorlesungen und Praktika. Eine weitere Forderung zielte auf eine Ausweitung der sportärztlichen Dokumentation.⁴² Erkennbar ist, dass die Sportmedizin bzw. der Deutsche Sportärztebund mit seinen Forderungen und Wünschen zu diesem Zeitpunkt in der Politik durchaus Gehör fand.

In einer umfangreichen Stellungnahme des Bundesministers des Innern an den Deutschen

³⁷ Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 139. Sitzung, 1.12.1967, S. 7050.

³⁸ Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 139. Sitzung, 1.12.1967, S. 7050.

³⁹ Vgl. hierzu Krüger et al. 2014, S. 62 ff. Schon damals gab es erste Überlegungen zu einem Anti-Doping-Gesetz.

⁴⁰ Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 183. Sitzung, 26.6.1968, S. 9941.

⁴¹ Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 183. Sitzung, 26.6.1968, S. 9943.

⁴² Während die sportmedizinische Dokumentation mit der Einrichtung des BISP von der dortigen Dokumentationsabteilung in Angriff genommen wurde, fordern Sportmediziner bis heute eine stärkere Berücksichtigung von sportmedizinischen Anteilen im Medizinstudium bis hin zur Aufnahme in die Approbationsordnung.

Bundestag zur „Sportförderung“ vom August 1970 – zugleich der erste, wenn auch noch nicht so benannte Sportbericht der Bundesregierung – wurde die Übernahme der Kosten für die sportmedizinischen Untersuchungen der Leistungssportler bestätigt.⁴³ Von nun an stellte die Finanzierung der Untersuchung von Kaderathleten die primäre Verpflichtung dar, die der Bund in der Sportmedizin übernahm.⁴⁴ Vor dem Sportausschuss des Deutschen Bundestages bestätigte Ministerialrat Groß 1973 explizit, dass „der Bund für die sportmedizinische Untersuchung der Spitzensportler eine eindeutige Finanzierungszuständigkeit besitze.“⁴⁵

Auch Fortbildungsmaßnahmen des Deutschen Sportärztebundes wurden vom Bund bezuschusst.⁴⁶ Ziel dieser Förderung sei die „Weiterbildung der meist nicht hauptberuflich in der Sportmedizin tätigen ehrenamtlichen Verbandsärzte im Sinne einer sportart-spezifischen medizinischen Qualifizierung.“⁴⁷

Die Frage der Fort- und Weiterbildung von Sportärzten blieb dem Bund erhalten und war 1971 auch Anlass für eine Parlamentarische Anfrage an das Innenministerium. Bundesinnenminister Hans-Dietrich Genscher verwies in seiner Antwort allerdings darauf, dass der Bund aufgrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern keine Möglichkeit der „unmittelbaren Einflußnahme auf die Weiterbildungsmaßnahmen für Sportmediziner“ habe. Die Regierung unterstütze die Fortbildung von Sportärzten aber u. a. durch die Vergabe von Forschungsmitteln an „Sportmedizinische Forschungszentren“, die Arbeit des Bundesinstituts für Sportwissenschaft (hier v.a. die Curriculum-Forschung) und direkte Zuwendungen an den Deutschen Sportärztebund für entsprechende Maßnahmen.⁴⁸

Erst 1974/75 war die Leistungsmedizin erneut Thema eines parlamentarischen Vorgangs. Anlass war eine Kleine Anfrage von einzelnen Abgeordneten und den Fraktionen von SPD und FDP zur „sportmedizinischen Betreuung der Spitzensportler“. Anfrage und deren Beantwortung durch die Regierung geben einen Einblick in die Funktion und Bedeutung, die der Leistungsmedizin zugewiesen wurden. Die Bundesregierung verwies zunächst wiederum auf das sportmedizinische Untersuchungssystem für Kaderathleten, welches mithilfe von gezielten Zuwendungen der Bundesregierung seit 1971 aufgebaut wurde, während noch bei den Olympischen Spielen 1968 die Mehrheit der Olympiateilnehmer „nicht sportmedizinisch untersucht worden“ sei.⁴⁹ Konzidiert wurde allerdings, dass die Möglichkeiten des Systems nicht ausgeschöpft werden würden. Ein besonderes Problem läge „in der Sicherstellung ausreichender sportärztlicher Fürsorgemaßnahmen außerhalb des Trainings- und Wettkampfbetriebs“. Ziel müsse daher sein, „die notwendige begleitende Betreuung zum täglichen Training zu gewährleisten“. Die Bundesregierung habe daher die meisten Bundesleistungszentren „mit den erforderlichen sportmedizinischen Einrichtungen ausgestattet“. Zuwendungen an die Fachverbände wolle man an die Bedingung knüpfen, „daß aus den bereitgestellten Mitteln vorrangig die Teilnahme an den sportmedizinischen Untersuchungen“ sichergestellt würde.⁵⁰ Dem Bundesinstitut für Sportwissenschaft wies die Bundesregierung in ihrer Antwort eine „Leitfunktion“ bei der sportmedizinischen Betreuung und Information bei. Dies gelte auch für die wissenschaftliche Nutzbar-

⁴³ Der Bundesminister des Innern, Betr.: Sportförderung, Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, 28.8.1970, Bundestags-Drucksache VI/1122. Das entsprechende Untersuchungssystem war 1970 allerdings noch im Aufbau begriffen und wurde in diesem Jahr vom Bund erstmalig mit 100.000 DM gefördert.

⁴⁴ Zum jeweiligen Haushaltsansatz im Zeitverlauf siehe „2.2 Zahlen für die Sportmedizin: Bundesmittel für die Leistungsmedizin“.

⁴⁵ Parlamentsarchiv Berlin, Kurzprotokoll der 7. Sitzung des Sportausschusses, 17.10.1973.

⁴⁶ So 1969 mit 50.000 DM, 1970 mit 60.000 DM und 1973 mit 80.000 DM ; vgl. Deutscher Bundestag, 1. Sonderausschuß für Sport und Olympische Spiele, Ausschußdrucksache VI/17, 5.10.1970 und den Zweiten Sportbericht der Bundesregierung von 1973.

⁴⁷ Parlamentsarchiv Berlin, Kurzprotokoll der 7. Sitzung des Sportausschusses, 17.10.1973.

⁴⁸ Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, 146. Sitzung, 22.10.1971.

⁴⁹ Bundestags-Drucksache 7/3412.

⁵⁰ In der Praxis ist allerdings kein Fall bekannt, in dem einem Verband Mittel gekürzt wurden, weil er entsprechende Sollzahlen bei den sportmedizinischen Untersuchungen seiner Athleten nicht erreicht hätte.

machung von sportmedizinischen Erkenntnissen.⁵¹ Untersuchung, Betreuung und Forschung lautete der Dreiklang der sportmedizinischen Leistungen für den Spitzensport, für die der Bund bereit war, auch finanziell einzutreten.

Im März 1976 fand vor dem Sportausschuss des Deutschen Bundestages die öffentliche Anhörung „Stand der Sportwissenschaft und der Sportmedizin in der Bundesrepublik Deutschland“ statt, die von den Vertretern der Sportmedizin dominiert wurde. Wildor Hollmann, Joseph Keul und Herbert Reindell nutzen diese Möglichkeit ausgiebig, um die Leistungen der Sportmedizin vor den Parlamentariern darzustellen und zugleich eine bessere Ausstattung und Förderung einzufordern. Zur Sprache kamen aber auch Defizite beim Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Trainingspraxis und bei der Annahme des Untersuchungssystems durch die Leistungssportler. Keul verwies in diesem Zusammenhang darauf,

„daß das System der ärztlichen Versorgung erst fünf Jahre alt ist. 1971 wurde erstmals vonseiten des Bundes damit begonnen, die Einzelathleten zu überwachen. Vorher ging das alles nur auf freiwilliger Basis. Seit 1971 ist diese Möglichkeit erst gegeben und wir dürfen nicht vergessen, daß die Athleten da anfänglich auch noch nicht mitgemacht haben. Daß ihnen zum Teil die Einsicht fehlte.“⁵²

Diese Anhörung im März 1976, bei der geladene Sportmediziner ausgiebig Lobbyarbeit in eigener Sache betreiben konnten, ohne mit kritischen Nachfragen konfrontiert zu werden, bildete den vorläufigen Höhepunkt der Wahrnehmung und Akzeptanz der Leistungsmedizin im politischen Raum. Als ein knappes halbes Jahr später die Manipulationsversuche innerhalb der bundesdeutschen Olympiamannschaft bei den Spielen in Montreal bekannt wurden, veränderte sich das politische Klima für die Sportmedizin in der Bundesrepublik. Ab nun wurde das Wirken der Leistungsmediziner kritischer beäugt und sportmedizinische Unterstützungsleistungen wurden schneller als zuvor mit Manipulationen oder gar Doping in Verbindung gebracht. Die Zeiten, in denen die Politik die Nähe zur Sportmedizin gesucht hatte und diese unwidersprochen für sich in Anspruch nehmen konnte, für die gesamte Sportwissenschaft zu sprechen, waren aufgrund der Beteiligung einzelner Sportärzte an den zumindest sportethisch fragwürdigen Vorgängen in Montreal vorbei.

Offen wurde nun im Parlament von „Fehlentwicklungen im bundesdeutschen Sport“ gesprochen, die auch die Sportmedizin betrafen. Die Bundesregierung verwies in ihrer Antwort auf eine entsprechende Anfrage des Abgeordneten Dr. Müller-Emmert, dass sie als Reaktion jede Maßnahme der Verbände begrüße, „die den gesundheitlichen Schutz der Leistungssportler verbessert.“⁵³ Hier war bereits in Ansätzen die Argumentation zu erkennen, die den bundesdeutschen Leistungssport in den folgenden Jahren bestimmen sollte und von den führenden Leistungsmedizinern gerne aufgegriffen wurde: Eine verbesserte sportmedizinische Betreuung sei der beste Schutz vor unerlaubten pharmakologischen Versuchungen und wahre zugleich die Chancengleichheit sauberer Athleten im internationalen Wettbewerb.

Diese Argumentation griffen die Sportmediziner in der öffentlichen „Anhörung von Sachverständigen zum Thema leistungsbeeinflussende und leistungsfördernde Maßnahmen im Hochleistungssport“ vor dem Sportausschuss am 28.9.1977, die eigentlich die Montrealer Vorfälle aufklären und erforderliche Konsequenzen aufzeigen sollte, gerne auf.⁵⁴ Offenbar bestand in diesem Punkt

⁵¹ Zur Bedeutung des Bundesinstituts für die sportmedizinische Forschung und die dran geknüpften Erwartungen bezüglich eines Transfers in die Trainingspraxis vgl. den Bericht von Stefan Nielsen „Das Bundesinstitut für Sportwissenschaft und die sportmedizinische Forschungsförderung seit 1970“.

⁵² Überarbeitetes Protokoll der öffentlichen Informationssitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 17. März 1976, Bonn-Bundeshaus. Tagesordnung: „Stand der Sportwissenschaft und der Sportmedizin in der Bundesrepublik Deutschland“, S. 106

⁵³ Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, 19. Sitzung, 18.3.1977, S. 1155.

⁵⁴ Zur Anhörung im Detail siehe den Abschnitt 3. „Die Rolle der Leistungsmedizin für Doping und Anti-Doping“ weiter unten.

Konsens mit dem BMI, denn in der nicht öffentlichen Auswertung des Hearings im Sportausschuss wenige Wochen später betonte Ministerialdirektor Schaible, „daß vermehrte Anstrengungen bei der medizinischen und physiotherapeutischen Betreuung der Spitzenathleten während des Trainings und Wettkampfes notwendig seien.“ Die beste Gewähr gegen Doping sei, „die ärztliche Betreuung zu intensivieren und damit zu vermeiden, daß der Athlet sich die ihm vielversprechend erscheinenden Medikamente, auf welche Wege auch immer, beschaffe und ohne Kontrolle einnehme.“ Leider würden jedoch die sportmedizinischen Untersuchungen zu wenig angenommen. Auch „wiederholte Hinweise des Ministeriums, daß die Durchführung dieser Untersuchungen ein Erfordernis für die weitere Bezuschussung der Verbandsarbeit sei, hätten wenig gefruchtet.“ Das Hearing und die Gespräche mit den Verbänden hätten die Notwendigkeit erkennen lassen, „auf sportmedizinischem und physiotherapeutischem Gebiet die Fördermaßnahmen zu verstärken, das Verhältnis zwischen Arzt und Athlet zu festigen und damit die Athleten vor jedem gesundheitlichen Schaden zu bewahren.“⁵⁵

Die Verstärkung der sportmedizinischen Betreuung erwies sich jedoch nicht nur aufgrund der Vorbehalte unter den Athleten als schwierig, sondern auch deswegen, weil es zu wenige Sportärzte gab, die bereit waren, ehrenamtlich im Leistungssport tätig zu sein. So erklärte Bundesinnenminister Gerhard Baum im Deutschen Bundestag, dass es nicht am Willen mangle, aber schlicht am Vorhandensein geeigneter Ärzte: „Sportärzte, die sich für diese Aufgabe zur Verfügung stellen, sind rar.“⁵⁶

Nach Montreal 1976 wurde Doping eindeutig zu dem Thema, was die Politik in der Sportmedizin am meisten beschäftigte. Dies betraf sowohl die Sportmedizin im eigenen Land als die in der DDR. Ausgelöst durch Presseberichte wurde 1979 aus dem Parlament eine Kleine Anfrage zur „Leistungssportförderung und Dopingmißbrauch in der DDR“ gestellt und die Bundesregierung gefragt, welche Kenntnisse ihr hierzu vorlägen und was sie über Doping in der Bundesrepublik wisse. Laut Antwort der Bundesregierung hätte sie keine Erkenntnisse zum Doping in der DDR, die über die Medienberichte hinausgingen und ihr lägen auch keine „Angaben über die Beteiligung von Ärzten und Trainern“ an positiven Dopingfällen von bundesdeutschen Athleten vor.⁵⁷

Neben Doping gerieten Anfang der 1980er-Jahre zwei neue sportmedizinische Themenkomplexe in den Fokus der Politik: Zum einen die sportmedizinische Betreuung im Breiten- und Freizeitsport, zum anderen die physiologischen und orthopädischen Belastungen im Leistungssport von Kindern und Jugendlichen. Beide Themen fielen jedoch nicht unmittelbar in die Zuständigkeit des Bundes.⁵⁸ Dies galt auch – wie oben bereits dargestellt – für die Aus- und Weiterbildung von Sportärzten sowie die Aufnahme der Sportmedizin in die Approbationsordnung für Mediziner, die ebenfalls Teil einer Kleinen Anfrage im Bundestag waren.⁵⁹

Die internationalen Entwicklungen des Hochleistungssports, die hier grob mit wachsenden Trainingsumfängen, einem dichteren Wettkampfkalender und einem geringeren Einstiegsalter gekennzeichnet werden sollen, und die damit einhergehenden erhöhten physischen wie psychischen Belastungen führten zumindest in offenen Gesellschaften in den 1980er-Jahren zu einer Diskussion über die Zukunft des Spitzensports, die in der Bundesrepublik unter der Überschrift „Humaner Leistungssport“ bzw. „Humanität im Leistungssport“ ausgetragen wurde. Als mehrheitsfähig in Politik, Sport und Gesellschaft erwies sich dabei eine Position, die bereits in der Grundsatzerklärung von 1977 angelegt gewesen war: Sie beinhaltete das grundsätzliche Bekenntnis zum Leistungssport und damit auch die Beteiligung bundesdeutscher Athleten an internationalen Wettkämpfen bis hin zu den sportlichen Großereignissen. Gleichzeitig sollten aber Staat und Sport für eine bestmögliche soziale und gesundheitliche Betreuung der Leistungssportler sorgen. Eine zentrale Rolle für

⁵⁵ Deutscher Bundestag, Sportausschuß, Kurzprotokoll der Sitzung vom 19.10.1977.

⁵⁶ Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, 181. Sitzung, 19.10.1979, S. 14274.

⁵⁷ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur „Leistungssportförderung und Dopingmißbrauch in der DDR“, Bundestags-Drucksache 8/2850, 14.5.1979.

⁵⁸ Vgl. auch die Antwort der Bundesregierung, Sportmedizinische Betreuung im Breiten- und Freizeitsport, Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, Bundestags-Drucksache 8/4376, 3.7.1980.

⁵⁹ Antwort der Bundesregierung, Sportmedizin, Deutscher Bundestag, 9. Wahlperiode, Bundestags-Drucksache 9/502, 25.5.1981.

den Schutz der Athleten kam der Idee des „humanen Leistungssports“, also der sportmedizinischen Begleitung zu.

Dieses Idealbild des bundesdeutschen Sports – der mündige Athlet verpflichtet sich selbstbestimmt dem Leistungssport, trägt auf diese Weise zur Repräsentanz des Staates bei, der ihn dafür bestmöglich sozial und gesundheitlich absichert – wurde durch den Tod Birgit Dressels am 12. April 1987, an dem auch Sportärzte einen Anteil hatten, nachhaltig erschüttert.

Diese Erschütterungen erfassten auch die Politik. So stellte die SPD schon wenige Wochen nach dem Tod Dressels eine Anfrage, welche Konsequenzen die Bundesregierung aus diesem Fall ziehen würde. In seiner Antwort verwies der Parlamentarische Staatssekretär Pfeiffer auf eine Stärkung der sportmedizinischen Unterstützung:

„Die Bundesregierung steht in permanentem Gedankenaustausch mit den Sportorganisationen über die Ausgestaltung des sportmedizinischen Betreuungssystems der Spitzensportler. Das gilt insbesondere für die Bemühungen, die sportmedizinische Betreuung im Zusammenhang mit dem Aufbau eines Systems von Olympiastützpunkten weiter zu verbessern.“⁶⁰

In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage „Humanität im Leistungssport“ von Bundestagsabgeordneten mehrerer Fraktionen vom Juni 1987 hob die Bundesregierung auf die „Finanzierung der sportmedizinischen Beratung und Betreuung der Hochleistungssportler“ als eine der „Schwerpunktaufgaben der Sportförderung der Bundesregierung“ ab. Das BMI habe dem DSB im Jahr 1986 rund 2 Mio. DM für sportmedizinische Untersuchungen zur Verfügung gestellt. Die Fachverbände hätten von der Bundesregierung zusätzlich 2,4 Mio DM für die sportmedizinische Betreuung erhalten. Auch in dieser Antwort wurde der Erwartung Ausdruck gegeben, dass mithilfe der Olympiastützpunkte zukünftig die sportmedizinischen und physiotherapeutischen Dienste optimiert und besser koordiniert werden könnten:

„Hierfür stellt die Bundesregierung für 1987 zusätzlich zu dem bereits erwähnten Betrag von 3,2 Mio. DM weitere 1,4 Mio. DM bereit. Eine besondere Schwierigkeit besteht allerdings darin, für diese Aufgaben geeignete sportmedizinisch ausgebildete Ärzte und Physiotherapeuten zu gewinnen. Die wünschenswerte ständige Betreuung des einzelnen Athleten bei Training, Wettkampf und Behandlung nach Verletzungen durch ein und denselben Arzt wird aufgrund der freien Arztwahl unterlaufen. Trotz eines entsprechenden Angebots am Trainingsort suchen Spitzensportler nicht selten Ärzte ihres Vertrauens in weit entfernt gelegenen sportmedizinischen Standorten auf.“⁶¹

Beide hier angesprochenen Probleme – die zu geringe Zahl an geeigneten Ärzten und die mangelnde Bindung der Athleten an ihre Stützpunkt- und Verbandsärzte – waren keineswegs neu und blieben, wie oben in Abschnitt 1.3 „Defizitanalyse und Überarbeitung des Systems in den 1990er-Jahren“ gezeigt, der Leistungsmedizin auch in den folgenden Jahrzehnten erhalten.

Noch vor der großen öffentlichen Anhörung „Humanität im Leistungssport“⁶², die eine Reaktion auf den „Fall Dressel“ war, berichtete im September Bundesinnenminister Zimmermann vor dem Sportausschuss über die „Sportförderung des Bundes“. Auch Zimmermann betrachtete eine bessere sportmedizinische Betreuung, die er mit den Olympiastützpunkten verknüpfte, als einen Beitrag zur „Humanisierung des Leistungssports“, enthielt sich aber trotzdem nicht eines Seitenhiebs auf die bisherige sportmedizinische Praxis:

⁶⁰ Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Bundestags-Drucksache 11/346.

⁶¹ Antwort der Bundesregierung, Humanität im Leistungssport, Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Bundestags-Drucksache 11/506, 23.6.1987.

⁶² Hierzu weiter unten Abschnitt 3.1 „Leistungsmedizin zwischen Gesunderhaltung und Leistungsmaximierung“.

„Der Untersuchungsbericht der Staatsanwaltschaft zum Tode von Birgit Dressel habe, wenn er auch keinen Schuldvorwurf erbracht habe, auf vieles aufmerksam gemacht, was man nicht hinnehmen könne und dürfe.“⁶³

Ohnehin blieb der Innenminister kritisch gegenüber der Rolle der Sportmedizin beim Doping. So betonte er im November 1988 vor dem Sportausschuss, dass die „Dopingfrage (...) ein Schlüsselproblem der ärztlichen Fürsorge“ sei und sich ein Athlet „niemals alleine dopen“ könne, sondern immer „die Mitwirkung des Arztes“ dabei „erforderlich“ sei.⁶⁴

Neben einer verbesserten Betreuung versprach sich die Bundesregierung von der sportmedizinischen Forschung einen Anti-Doping-Effekt. So erklärte der Parlamentarische Staatssekretär Spranger im November 1987 auf eine entsprechende Anfrage, dass sich die Bundesregierung dafür einsetzen werde, die Haushaltsmittel des BISp für die sportmedizinische Forschung im Hochleistungssport in den kommenden Jahren weiter anzuheben:

„Forschungsaktivitäten sind nach Überzeugung der Bundesregierung geeignet, einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung der Hochleistungssportler zu leisten und gleichzeitig einer unzulässigen medizinischen Manipulation des Athleten entgegenzuwirken.“⁶⁵

Selbst eine Aufnahme der Sportmedizin als Pflichtfach in die Approbationsordnung für Ärzte wurde nun in den Kontext der Dopingbekämpfung bzw. -aufklärung gestellt:

„Fragen des humanen Leistungssports gehören zu den Gegenständen einer solchen Ausbildung, aber auch der ärztlichen Fortbildung. Aus der Diskussion um einen humanen Leistungssport ragen unter gesundheitlichen Aspekten insbesondere Fragen des Dopings und des Medikamentenmißbrauchs hervor“⁶⁶.

Ob eine bessere sportmedizinische Betreuung geeignet sei, Doping zu bekämpfen, war in der Politik umstritten. Zumindest die Fraktion „Die Grünen“ lehnten in einer Bundestagsdebatte über einen Entschließungsantrag „Maßnahmen zum Doping im Sport“ im März 1988 eine intensivere sportmedizinische Betreuung ab, da „unter dem Deckmantel der Prävention und der Substitution eine pharmakologische Dauerbehandlung“ stattfände: „Der Glaube, mit mehr Medizin weniger Doping zu erreichen, ist ein fataler Irrglaube. Denn wer verabreicht den Sportlern die Wundermittel?“⁶⁷ Der Spitzensport und „seine Medizinmänner“ seien nicht bereit, die biologischen Grenzen der Leistungsfähigkeit anzuerkennen.

Die CDU vertrat in der Bundestagssitzung die gegenteilige Position, mahnte aber die Sportmediziner, die Athleten in Fragen des Medikamentengebrauchs „verantwortungsvoll [zu] beraten“ und warnte:

„Wir dürfen es nicht zu Verhältnissen kommen lassen, bei denen Sportler vor ihren Ärzten geschützt werden müssen. Der Arzt muß in diesen Fragen ein wahrer Vertrauensarzt sein. Dieser Arzt darf nicht nur geben, sondern er muß auch in der Lage sein, Medikamente zu versagen“⁶⁸.

⁶³ Parlamentsarchiv Berlin, Sportausschuss, Kurzprotokoll der Sitzung, 16.9.1987.

⁶⁴ Parlamentsarchiv Berlin, Sportausschuss, Kurzprotokoll der Sitzung vom 9.11.1988.

⁶⁵ Bundestags-Drucksache 11/1116.

⁶⁶ Antwort der Bundesregierung, Stand und Förderung der Sportwissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestags-Drucksache 11/1893, 25.2.1988.

⁶⁷ Zitiert nach: Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Sitzung vom 3.3.1988

⁶⁸ Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Sitzung vom 3.3.1988

Auch die SPD setzte auf Betreuung und Beratung und sah die Sportmedizin in der Pflicht:

„Die Sportmedizin ist es, die dafür sorgen muß, daß durch ausreichende und fachgerechte Betreuung der Athletinnen und Athleten, z.B. bei der Trainingssteuerung, der Gedanke an das Doping überflüssig wird. (...) Durch Ausweitung der ärztlichen Betreuung (...) schon im Kinder- und Jugendbereich, durch Langzeituntersuchungen über die Folgeschäden und durch intensive Betreuung in den Leistungszentren und Olympiastützpunkten wäre manches auf dem Dopingsektor vermeidbar.“⁶⁹

Doch die Zeitläufte überholten auch in diesem Punkt die Politik und verlangten, die Frage, ob ein Mehr an sportmedizinischer Betreuung ein wirksamer Schutz gegen Doping sei, neu zu beantworten. Nachdem sich im Herbst 1989 die Medienberichte über Doping in Ost- wie Westdeutschland gehäuft hatten, sah sich die Bundesregierung im Rahmen einer Großen Anfrage zur „Entwicklung und Förderung des Spitzensports“ mit folgender Teilfrage konfrontiert:

„Ist die Bundesregierung bereit, gegenüber den Standesorganisationen der Ärzte darauf hinzuwirken, daß es klare Verhaltensweisen für die Tätigkeit von Medizinern im Bereich des Spitzensports gibt, damit die zunehmenden Zweifel an der Seriosität einzelner Mediziner im Spitzensport beseitigt werden?“⁷⁰

Die Bundesregierung ging in ihrer Antwort nicht auf die „zunehmenden Zweifel an der Seriosität einzelner Mediziner im Spitzensport“ ein, sondern betonte die Gemeinsamkeiten zwischen Bund und Sportmedizin:

„Die Bundesregierung sieht sich durch die Ärzteschaft, insbesondere auch durch die Auffassung der Sportmediziner und der Sportorganisationen, in ihrer kompromißlosen Haltung in Fragen des Dopings und des humanen Leistungssports bestätigt. In ihren Äußerungen hebt die Bundesregierung diese gemeinsame Haltung deutlich hervor. Alle Bemühungen der Ärzte und Sportärzte bei der Durchsetzung optimaler sportmedizinischer Betreuung der Sportler werden nachdrücklich unterstützt.“⁷¹

Nochmals wurde also der Schulterschluss mit den Sportmedizinern gesucht. Stattdessen wurde den Medien eine Schuld an dem negativen Image der Sportmedizin zugewiesen:

„Die Bundesregierung hat allerdings auch Anlaß zur Sorge wegen einer in der Öffentlichkeit häufig undifferenzierten und nicht immer hinreichend sachkundigen Diskussion des Doping-Problems mit der Folge, daß der Eindruck entstehen kann, die Erbringung sportlicher Höchstleistungen setze Doping voraus und es gäbe Anlaß zu zunehmenden Zweifeln an der Seriosität einzelner Mediziner im Spitzensport.“⁷²

Eigene Versäumnisse oder Fehlverhalten der Ärzte wurden noch nicht eingestanden. Aus Sicht der Bundesregierung bildete eine Optimierung der sportmedizinischen Betreuung weiterhin den Hebel, um Sportler (und Ärzte?) von Manipulationen abzuhalten.

Die Medienveröffentlichungen zum Doping der folgenden Monate sowie die Ergebnisse der „Reiter“- und der „Richtofen-Kommission“⁷³, die auch die westdeutsche Sportmedizin belasteten,

⁶⁹ Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Sitzung vom 3.3.1988

⁷⁰ Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Bundestags-Drucksache 11/5784, 23.11.1989.

⁷¹ Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Bundestags-Drucksache 11/5784, 23.11.1989.

⁷² Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Bundestags-Drucksache 11/5784, 23.11.1989.

⁷³ Zu den beiden Kommissionen Abschnitt 3.1 „Leistungsmedizin zwischen Gesunderhaltung und Leistungsmaximierung“.

sorgten dann jedoch für Entfremdung und Distanzierung der Politik von der Sportmedizin. Weitere Anhörungen sowohl zu Doping-Themen als auch zu anderen Fragen des Leistungssports fanden nun in der Regel ohne Beteiligung von Leistungsmedizinern statt. Lediglich bei der öffentlichen Anhörung „Risiken durch erhöhte Belastung im Training und Wettbewerb für Kinder und heranwachsende Jugendliche“ im Februar 1996 waren mit Hartmut Krahl, Wildor Hollmann und Heinz Lohrer Sportmediziner geladen.⁷⁴

Selbst als im April 2007 im Sportausschuss des Deutschen Bundestages die „Vernetzung der Arbeit im Bereich der Sportwissenschaften und im Bereich der Sportmedizin“ besprochen wurde, war die Sportmedizin lediglich durch den Präsidenten der DGSP Herbert Löllgen vertreten. Er nutzte die Gelegenheit zwar, um für eine Ausweitung der sportmedizinischen „Spitzenforschung“ und eine engere Vernetzung mit den Sportwissenschaften zu werben, von einer bevorzugten Stellung der Sportmedizin konnte aber nicht mehr gesprochen werden.

Zu den Sportausschusssitzungen, in denen in regelmäßigen Abständen die Doping-Problematik diskutiert wurde, wurden nun keine Sportmediziner mehr eingeladen.⁷⁵ Stattdessen durften Juristen, Kriminologen, Biochemiker und Sportpädagogen darlegen, wie sie sich die Prävention, Kontrolle, Eindämmung und Sanktionierung von Doping vorstellten. Zum einen hatte sich das politische Interesse zu einer gesetzgeberischen Lösung des Dopings verschoben, zum anderen traute man der Sportmedizin offenbar auch nicht mehr zu, einen konstruktiven Beitrag zum Anti-Doping leisten zu können, waren doch einzelne Sportmediziner durch ihre Beteiligung an Manipulationen Teil des Problems geworden.

Sportmedizinische Expertise war in den 2000er-Jahre im Sportausschuss somit nur noch in Fragen von Prävention und Rehabilitation gefragt. Selbst bei einer Anhörung zur „Augenblicklichen Situation und Perspektiven des Spitzensports in Deutschland“ im Jahr 2002, in den 1970er- und 1980er-Jahren noch ein von der Sportmedizin besetztes Thema, wurde auf das Knowhow der Sportmediziner verzichtet.

3.2 Zahlen für die Sportmedizin: Bundesmittel für die Leistungsmedizin

Der Bund übernahm, wie bereits mehrfach angesprochen, finanzielle Verpflichtungen für die sportmedizinische Unterstützung und Begleitung des Leistungssports. Auskunft über Art, Umfang und Begründung dieser Leistungen geben neben den Bundeshaushaltsplänen die sogenannten Sportberichte der Bundesregierung, die seit Anfang der 1970er-Jahre in der Regel einmal pro Legislaturperiode veröffentlicht wurden.

Bereits im Ersten Sportbericht von 1970 findet die Finanzierung der „medizinischen Betreuung der Sportler“ als eigener Unterpunkt Erwähnung. Begründet wird die Finanzierung, für die 1970 erstmalig 100.000 DM bereitgestellt wurden⁷⁶, damit, dass der Bund im „Rahmen der Förderung des Spitzensports (...) auch für eine ausreichende medizinische Betreuung der Spitzensportler Sorge zu tragen“ habe. Diese Betreuung sei künftig zu verbessern,

„da die Gegebenheiten des Hochleistungssports zu steigenden physischen Anforderungen an die Sportler und damit zu höherer Verletzungsgefahr sowie zur Gefahr allgemeiner körperlicher Überbeanspruchung führen. Es ist daher notwendig, daß die Spitzensportler über die Beratung und Betreuung bei Wettkampf und Training hinaus regelmäßig in geeigneten

⁷⁴ Lohrer wies bei der Anhörung u. a. darauf hin, dass die ehrenamtliche sportmedizinische Betreuung in den Verbänden sehr unterschiedlich gehandhabt werde und auch keine einheitlichen Konzepte existierten. (Parlamentsarchiv Berlin, Sitzung Sportausschuss, 7.2.1996)

⁷⁵ Beispielsweise fand die öffentliche Anhörung zum Thema „Doping“ des Sportausschusses am 27.9.2006 ohne einen Sportmediziner statt.

⁷⁶ Dies betraf Mittel für die Einrichtung und den Betrieb der sportmedizinischen Untersuchungsstellen.

Untersuchungsstellen mit ausreichender apparativer und personeller Ausstattung eingehend untersucht werden. Die Bundesregierung ist daher zusammen mit dem Bundesauschuß zur Förderung des Leistungssports des Deutschen Sportbundes und den Ländern bemüht, die ärztlichen Untersuchungen der Spitzensportler sowie von Leistungssportlern, die in den Förderungsbereich der Länder fallen, einheitlich zu organisieren. Es ist vorgesehen, die erforderliche Anzahl von Untersuchungsstellen einzurichten und ihre sachliche und personelle Ausstattung zu standardisieren.“⁷⁷

Im Zweiten Sportbericht⁷⁸ findet die sportmedizinische Förderung unter dem Punkt „Sportärztliche Versorgung der Hochleistungssportler“ Erwähnung. Neben den Untersuchungen selbst wurden nun auch die anfallenden Fahrkosten der Sportler für die Untersuchungen erstattet. Aber auch ohne diese Kosten waren für das Haushaltsjahr 1973 über eine Million DM für die sportmedizinischen Untersuchungen vorgesehen, da „Mittel für eine gute apparative Ausstattung der Untersuchungsstellen bereitgestellt und Kosten für die Beschäftigung von Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal übernommen“ wurden. Ziel war es, die Qualität und damit auch die Akzeptanz der Untersuchungen zu erhöhen.

Die Finanzierung der sportmedizinischen Untersuchungen blieb die Hauptaufgabe des Bundes. Zwar konnten auch besondere trainings- und wettkampfbegleitende Maßnahmen sowie sportärztliche Fortbildungen auf Antrag bezuschusst werden, doch bestand hierauf kein Anspruch. Ab den 1980er-Jahren mussten die Bundesstützpunkte und dann die Olympiastützpunkte derartige Maßnahmen aus ihren Haushalten finanzieren. Hier waren auch Ärzte und Masseure auf Honorarbasis tätig.⁷⁹

Der Sechste Sportbericht von 1986 enthält erstmals konkrete Angaben zu den Bundesmitteln, die „für die gesundheitliche Betreuung im Rahmen von Training und Wettkampf (Reisekosten, Honorare, Sachkosten etc.)“ aufgewandt wurden. Damit waren zentrale Trainingslager, Länderkämpfe sowie sportliche Großereignisse von Deutschen Meisterschaften bis Olympischen Spielen gemeint. Für 1986 waren hierfür rund 2,4 Mio. DM vorgesehen, davon rund 1,2 Mio. DM für zentrale Maßnahmen (Wettkämpfe und Lehrgänge) und ca. 0,4 Mio. DM für die Betreuung im Stützpunkttraining.⁸⁰ Damit lagen die Aufwendungen etwa um halbe Million DM höher als diejenigen für die Untersuchungen der Kaderathleten, die für 1986 mit 1,84 Mio. DM angesetzt waren.

Als ungelöstes Problem galt die sportmedizinische Versorgung außerhalb von Training und Wettkampf, die nicht unmittelbar vom Bund finanziert wurde. Gerade in diesem Punkt sollte die Einrichtung der Olympiastützpunkte, quasi in einer Leitfunktion für die Athleten, eine Besserung bringen. Die Finanzierung dieser sportmedizinischen Leistungen musste aber aus den Haushalten der Olympiastützpunkte erfolgen.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum lassen sich lediglich die Zuwendungen des Bundes für das sportmedizinische Untersuchungssystem komplett nachvollziehen, da die anderen erwähnten Leistungen nicht kontinuierlich aufgeführt sind. Bei der Analyse der Aufwendungen für das sportmedizinische Untersuchungssystem im Zeitverlauf (Abb. 3) ergibt sich der überraschende Befund, dass die Ausgaben relativ konstant blieben und keineswegs kontinuierlich stiegen, noch nicht einmal im Rahmen der Teuerungsrate. Es ist definitiv kein kontinuierlicher Anstieg der Zahlungen zu verzeichnen, was angesichts der mehrmaligen Ankündigungen des Bundes, das sportmedizinische Untersuchungs- und Betreuungssystem im Sinne eines besseren Schutzes der Athleten ausbauen zu wollen, zu erwarten gewesen wäre.

⁷⁷ Der Bundesminister des Innern, Betr.: Sportförderung, Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, Bundestags-Drucksache VI/1122, 28.8.1970.

⁷⁸ Zweiter Sportbericht vom 23.9.1973, Bundestags-Drucksache 7/1040.

⁷⁹ Fünfter Sportbericht vom 1.9.1982, Bundestags-Drucksache 9/1945.

⁸⁰ Sechster Sportbericht vom 22.10.1986, Bundestags-Drucksache 10/6241.

Da die Aufwendungen des Bundes weitgehend als Fallpauschalen für Untersuchungen gezahlt wurden, liegt der Schluss nahe, dass es zu keiner nennenswerten Zunahme der Untersuchungen und damit einer besseren Auslastung der Untersuchungszentren im Verlauf gekommen ist.⁸¹ Darauf lassen auch die wiederkehrenden Andeutungen in den Sportberichten der Bundesregierung, dass die Akzeptanz der sportmedizinischen Untersuchungszentren unter den Athleten noch ausbaufähig sei, schließen. Für das Jahr 2009 wird im Zwölften Sportbericht eine Untersuchungsquote von 53 Prozent genannt; d.h. lediglich etwas über die Hälfte der Kaderathleten nahm die obligatorischen Untersuchungen auch wahr.⁸²

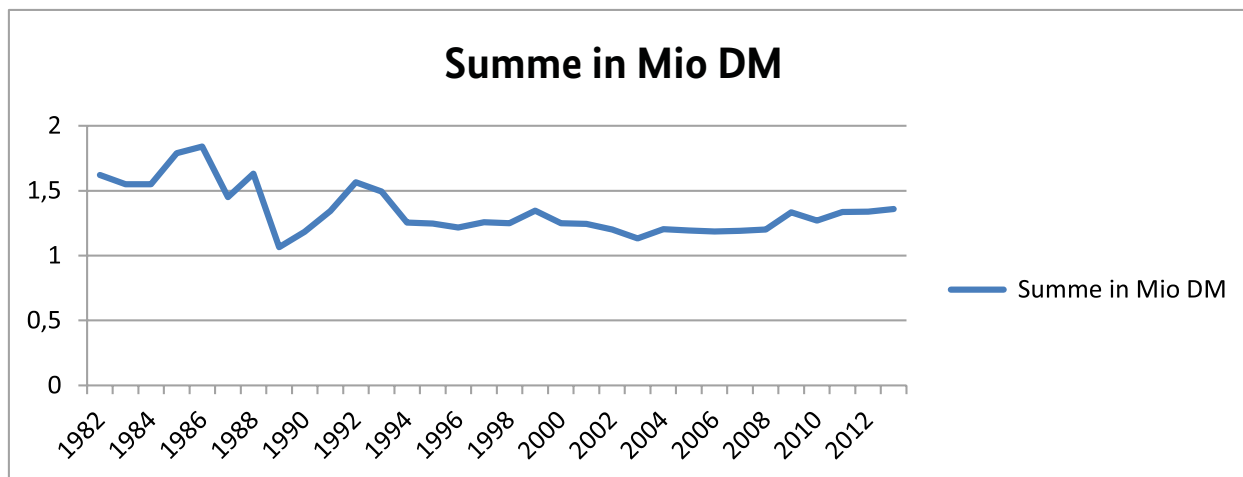


Abb. 3.3 Aufwendungen des Bundes für das sportmedizinische Untersuchungssystem (Quellen: 6.–13. Sportbericht der Bundesregierung; Zahlenangaben der Jahre 2002–2013 von Euro in DM umgerechnet)

4 Die Rolle der Leistungsmedizin in Doping und Anti-Doping

Doping ist mittlerweile zu einer Schicksalsfrage für die Sportmedizin geworden. Bei jedem neuen Dopingfall wird umgehend die Frage nach der Verantwortung der Sportmedizin gestellt. Und jede weitere Beteiligung eines Sportmediziners an einer unerlaubten pharmakologischen Leistungsbeeinflussung verdunkelt die Sichtweise auf die Disziplin als Ganzes und bestätigt das manifestierte öffentliche Bild einer skrupellosen, ausschließlich auf leistungssportlichen Erfolg und materiellen Gewinn orientierten Kaste, die sämtliche Bindung an den ärztlichen Ethos verloren hat. Dies war ein schleichender Prozess, der vor allem mit den Doping-Enthüllungen im Zuge der Wiedervereinigung Fahrt aufgenommen hatte und mit dem Nachweis des langjährigen systematischen Dopings durch Freiburger Sportmediziner im Team Telekom kulminierte. Die Landesorganisation der deutschen Sportmediziner befindet sich daher in diesem Punkt bereits seit längerem in einem permanenten Verteidigungs- und Rechtfertigungsmodus und reagiert auf Anschuldigungen, indem sie sie ignoriert oder pflichtschuldig auf Resolutionen verweist, die ihren strikten Anti-Doping-Kurs belegen sollen.

Doping bzw. das Maß an Glaubwürdigkeit im Kampf gegen unerlaubte Leistungssteigerungen bestimmt das öffentliche Image der Sportmedizin. Die nachvollziehbaren und auch inhaltlich

⁸¹ Die eingesehenen Quellen enthalten keine Reihen zu den Untersuchungszahlen im Verlauf. In einem Papier des BMI aus dem Jahr 1998 findet sich ein Hinweis auf „jährlich ca. 3.200 Grunduntersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen), ca. 2.500 leistungsdiagnostische Untersuchungen und zusätzliche physiologische Trainingssteuerungen“. 19. Sitzung des Bundesvorstandes Leistungssport am 5. Mai 1998 in Frankfurt; in: Bundesarchiv B 106/174191.

⁸² Zwölfter Sportbericht vom 3.9.2010, Bundestags-Drucksache 17/2880.

gerechtfertigten Bemühungen der sportmedizinischen Interessensvertretung, den Fokus in der allgemeinen Rezeption weg vom Leistungssport wieder hin zum ursprünglichen Anliegen der Prävention zu rücken⁸³, verfangen jedoch nur bedingt. Zu stark ist die öffentliche Wahrnehmung der Sportmedizin auf das Engagement im Leistungssport beschränkt, das dann wiederum schnell mit illegalen Leistungssteigerungen assoziiert ist.

Der Ansehensverlust traf die Sportmedizin als Disziplin umso stärker, als dass sie bis in die 1970er-Jahre hinein nicht nur das beste politische Standing innerhalb der Sportwissenschaft hatte, sondern auch mit gewisser Berechtigung auf eine Vorreiterrolle beim Anti-Doping in den 1960er-Jahren verweisen konnte.

Es war nie Intention des Projekts „Geschichte der deutschen Sportmedizin“, die einzelnen Fälle, in denen bundesdeutsche Sportmediziner aktiv an Doping beteiligt waren, darzustellen, zu analysieren und zu bewerten. Vielmehr soll im Sinne des Projektantrages den Fragen nachgegangen werden, ob und wie sich die bundesdeutsche Sportmedizin dem Zielkonflikt „Gesundheitsschutz versus Leistungsmaximierung“ stellte und wie die ab Mitte der 1970er-Jahre in wiederkehrenden Konjunkturen und Erregungsschleifen geführten Dopingdiskussionen und -verdächtigungen neben dem Ansehen auch das Selbstverständnis in Frage stellte. Zu fragen ist schließlich auch, inwieweit der öffentliche Dopingdiskurs das Engagement der Sportmedizin im Leistungssport insgesamt verändert hat.

Für eine quellengesättigte Aufarbeitung der Dopinggeschichte in der Bundesrepublik sei auf die aus dem BISp-Projekt „Doping in Deutschland von 1950 bis heute aus historisch-soziologischer Sicht im Kontext ethischer Legitimation“ hervorgegangenen Veröffentlichungen der Münsteraner und Berliner Forschungsgruppen verwiesen, insbesondere auf Krüger et al. (2014) sowie Spitzer et al. (2013). In diesen Publikationen wird auch ausführlicher auf die konkreten Anteile der Sportmedizin und einzelner ihrer Akteure an Doping und Anti-Doping eingegangen.

4.1 Sportmedizin zwischen Gesunderhaltung und Leistungsmaximierung: Entwicklungslinien

Die Rolle der Sportmedizin im Zusammenhang von Doping und Anti-Doping ist bis heute ambivalent. Reinold hat sich in seiner Dissertation (2016) intensiv mit der Genese und den Ursachen dieser Ambivalenz auseinandergesetzt. Er zeigt, wie sich im Zusammenhang des sich dynamisch entwickelnden Leistungssports ab den 1960er-Jahren die Schwerpunkte der Sportmedizin verschoben. Die leistungsphysiologische Athletenbetreuung trat neben die therapeutischen und präventiven Funktionen der Sportmedizin und verdrängte diese in ihrer Bedeutung. Zugleich zeichnete sich zunehmend ab, dass das Ziel der Leistungsmaximierung mit dem der Gesunderhaltung kaum vereinbar war, auch wenn der nach außen propagierte Anspruch weiterhin lautete, beide Ziele harmonisieren zu wollen.

Sportmediziner, die sich im Leistungssport engagierten, gerieten nun aber zunehmend in ein grundlegendes Dilemma aufgrund der widersprüchlichen Anforderungen, mit denen sie konfrontiert waren. Dass der sportliche Erfolg der von ihnen betreuten Athleten – zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung – zum alleinigen Maßstab für die Qualität ihrer Arbeit wurde, verschärfte diesen Konflikt.

Der Zielkonflikt zwischen Gesundheit und Leistung spiegelt sich brennglasartig in der Ambivalenz der Sportmedizin zwischen Dopingbekämpfung und pharmakologischer Leistungsoptimierung wider – und dies diskursiv sogar auf verschiedenen Argumentationslinien. So konnte das Engagement im Leistungssport gerade auch damit begründet werden, für Chancengleichheit zu sorgen und den Einsatz von Pharmaka unnötig erscheinen zu lassen. Ja, selbst eine sportmedizinisch abgesicherte Gabe von Pharmaka, mit der der Grenzbereich zum Doping überschritten wurde, wurde bis zu

⁸³ In diesem Kontext ist vermutlich auch die Umbenennung des Deutschen Sportärztesbundes in Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention zu sehen, die 1999 erfolgte.

einem gewissen Zeitpunkt mit dem Schutz der Athletengesundheit legitimiert. Diskursiv wurden auf diese Weise die zunehmend offensichtlich werdenden Unvereinbarkeiten und Differenzen zwischen den Zielperspektiven Leistung und Gesundheit wieder eingeebnet. Der Anspruch der im Leistungssport tätigen Sportmediziner lautete daher auch, zum Wohle des Athleten als dessen Dienstleister beide Ziele miteinander in Einklang bringen zu können.

Bis in die 1970er-Jahre hatte die Sportmedizin nahezu die alleinige Deutungshoheit darüber besessen, die Grenzen zwischen erlaubter und unerlaubter Leistungssteigerung zu definieren. Neben der Intention (Gesundheitsschutz im Sinne von Verletzungsprophylaxe, schnellerer Rehabilitation, Regeneration und Substitution von übermäßig verbrauchten Nährstoffen u.Ä. versus Erzielung eines „unfairen“ Leistungsvorteils) galten aus sportmedizinischer Sicht als Kriterien für Akzeptanz bzw. Ablehnung des Einsatzes von Pharmaka vorrangig die leistungssteigernde Wirksamkeit einerseits und das Ausmaß der unerwünschten gesundheitsschädigenden Nebenwirkungen andererseits.

So lässt sich auch erklären, dass ein Teil der bundesdeutschen Leistungsmediziner noch bis 1977 die Verabreichung von Anabolika, die zu diesem Zeitpunkt vom IOC bereits sanktioniert waren, an erwachsene männliche Athleten befürwortete, für Frauen und Jugendliche hingegen ablehnte. Erst der Kongress des Deutschen Sportärztesbundes in Kiel 1977 brachte in dieser Frage einen einheitlichen Anti-Doping-Beschluss zutage.⁸⁴ Doch beruhte dieser wohl weniger auf einer durchgehenden inneren Einsicht bzw. einem inhaltlichen sportmedizinischen Konsens als auf der Akzeptanz einer äußeren Notwendigkeit, denn zunehmend drohte die uneindeutige Position zum Einsatz von Anabolika die Sportmedizin zu isolieren.

Zugleich konnte sich die Sportmedizin mit einer gewissen Glaubwürdigkeit, wie Krüger et al. (2014, S. 49 ff.) zeigen, lange Zeit als Speerspitze des Anti-Dopings darstellen und war in dieser Frage auch der erste Ansprechpartnerin für die Politik noch vor dem Deutschen Sportbund oder anderen sportwissenschaftlichen Disziplinen. Der Sportmedizin oblag daher bis Mitte der 1970er-Jahre nicht nur die Definition des Dopings, sondern auch dessen Bekämpfung. Zwar zeichneten sich bereits rund um die Zuständigkeiten für die Doping-Kontrolle bei den Olympischen Spielen 1972 in München erste Konkurrenten in diesem Feld ab, aber erst die Bemühungen insbesondere der internationalen Sportverbände um einheitliche Doping-Regularien und dann vor allem die „hausgemachte“ Vertrauenskrise aufgrund der zumindest ethisch fragwürdigen Manipulationsversuche innerhalb der bundesdeutschen Mannschaft (Stichwort „Kolbe-Spritze“ und „Luftklistier“) bei den Olympischen Spielen 1976, in die auch Sportmediziner verwickelt waren, minderten erstmals nachhaltig Einfluss und Ansehen der Sportmedizin im Anti-Doping.

Hatte die Sportmedizin in Fragen des Anti-Dopings bis dahin eine führende Stellung besessen, wurde diese Position nun von der Politik infrage gestellt. War bislang in der Politik im Kontext von Doping und Anti-Doping vor allem die Expertise von Sportmedizinern gefragt gewesen, interessierte jetzt eher die Meinung von Juristen und Sportpädagogen zu Möglichkeiten der Sanktionierung und Prävention. Dass in die sog. Dreier-Kommission des Deutschen Sportbundes, die die Vorfälle von Montreal aufarbeiten und die erforderlichen Konsequenzen für den bundesdeutschen Sport in die Wege leiten sollte, kein Sportmediziner berufen worden war, war zudem ein erster eindeutiger Fingerzeig dafür, dass auch im Bereich des Sportverbandswesens der Sportmedizin die Lösung der Doping-Problematik nicht mehr vorbehaltlos zugestanden wurde.

Darüber hinaus etablierte sich mit der biochemisch fundierten Dopinganalytik eine eigene wissenschaftliche Disziplin, die mit der Sportmedizin beim Anti-Doping konkurrierte und Aufgaben übertragen bekam, die zuvor von Sportmedizinern geleistet worden waren. Diese Konkurrenz war mithin nicht nur standespolitischer Natur, sondern hatte auch sehr konkrete Auswirkungen

⁸⁴ Hierzu der Zeitzeugenbericht mit 30 Jahren Abstand von Hollmann (2007). Hollmann als damals bereits einer der prominentesten Sportmediziner der Bundesrepublik hatte in der Frage des Dopings lange Zeit zwischen den verschiedenen Positionen changiert. Auf der einen Seite lehnte er öffentlich die Gabe von Pharmaka zum Zwecke der Leistungssteigerung ab, gleichzeitig beschäftigte er an seinem Institut den 1974 aus der DDR geflohenen Sportmediziner Alois Mader, einem expliziten Befürworter der Anabolikaverabreichung an Hochleistungssportler.

auf die finanzielle, materielle und personelle Ausstattung. Ihren Niederschlag fand die Konkurrenz auch im Bundeshaushalt, in dem 1979 erstmals die Mittel für die Sportmedizin und die Dopinganalytik getrennt als eigene Positionen ausgewiesen wurden. Zuvor war die Dopinganalytik noch unter Sportmedizin subsummiert gewesen.⁸⁵

Diese nun auch formale Differenzierung zwischen Sportmedizin und Dopinganalytik erfolgte in einer Phase, in der der Anteil der Sportmedizin an staatlichen Forschungsmitteln ohnehin rückläufig war, da das zuständige Bundesinstitut für Sportwissenschaft zunehmend auch andere Disziplinen der sich ausdifferenzierenden Sportwissenschaft förderte.⁸⁶

Die neue Konkurrenzsituation insbesondere gegenüber der biochemischen Dopinganalytik, die oben angeführte Vertrauenskrise nach den Ereignissen bei den Olympischen Spielen 1976 und nicht zuletzt die Tatsache, dass die internationalen Fachverbände sowie das IOC nun ihre Anstrengungen intensivierten, einheitliche Anti-Doping-Regularien und Sanktionen im Weltsport zu etablieren, was auf den nationalen Sport rückwirkte, erforderten von der bundesdeutschen Sportmedizin neue Legitimationsstrategien, um das eigene Engagement im Leistungssport als bedeutsam und als förderungswürdig erscheinen zu lassen. Argumentativ bestand die Lösung darin, eine intensive sportmedizinische Betreuung, Beratung und Aufklärung als die beste Form des Anti-Dopings zu propagieren.

In dieser Argumentation wusste sich die Sportmedizin durchaus mit dem DSB und den Spitzensportlern einig und konnte auf deren Unterstützung setzen. Auch wenn in der „Dreier-Kommission“ des DSB kein Sportmediziner gesessen hatte, so bekräftigte die aus der Arbeit der Kommission resultierende Grundsatzerklärung des deutschen Sports von 1977 doch die zentrale Funktion der Sportmedizin im Leistungssport:

„Die ärztliche-medizinische Betreuung des Athleten ist unerlässlich. Er bedarf der regelmäßigen ärztlichen Beratung, Überwachung und Kontrolle in Training und Wettkampf. Ohne dies ist er gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt, die er selbst oft gar nicht erkennen kann. Die ärztliche Betreuung hat darauf abzielen, seine Gesundheit zu sichern oder aber sie wiederherzustellen, wo sie eingeschränkt ist“⁸⁷.

Interessant ist hier allerdings der ausschließliche Bezug auf Gesundheit, Prävention und Rehabilitation. Der Aspekt der Leistung, zum Beispiel der Beitrag der Leistungsmedizin für die Trainingssteuerung, wird zumindest nicht explizit erwähnt. Die Grundsatzerklärung stellte für die Sportmedizin nichtdestotrotz nicht nur eine Aufforderung dar, ihr bisheriges Engagement im leistungssportlichen System aufrechtzuerhalten. Zugleich bot sie der Sportmedizin den Bezug, um Ansprüche auf eine verbesserte personelle, apparative und finanzielle Ausstattung zu stellen.⁸⁸

Umso mehr galt dies für eine Entschließung des DSB von 1983, mit der die 1977er-Grundsatzerklärung bekräftigt und zugleich ausdrücklich gefordert wurde, die „Forschungstätigkeit auf dem Gebiet tatsächlich oder vermeintlich leistungsfördernder Medikamente zu verstärken“⁸⁹.

Die Leistungsmedizin war nun sowohl in der Forschung als auch in der Praxis „auf dem Platz“ wieder voll umfänglich im bundesdeutschen Sportsystem etabliert. Im Hintergrund schwelte allerdings weiterhin der Streit, wer das bessere Anti-Doping leiste: die Sportmedizin oder die Doping-

⁸⁵ Hierzu ausführlich Krüger et al. 2014, S. 121 ff..

⁸⁶ Hierzu der Bericht von Stefan Nielsen „Das Bundesinstitut für Sportwissenschaft und die sportmedizinische Forschungsförderung seit 1970“.

⁸⁷ Grundsatzerklärung für den Spitzensport, vom Hauptausschuss des Deutschen Sportbundes am 11.6.1977 beschlossen.

⁸⁸ Auch der „Beirat der Aktiven“ forderte in seiner „Stellungnahme zur Grundsatzerklärung“ eine „Ausweitung und Verbesserung der sportärztlichen Versorgung“. Zudem wurde betont, dass der Antidoping-Grundsatz „nicht zu Lasten der Leistungssportler bei der therapeutischen Notwendigkeit einer Verabreichung von Medikamenten gehen“ dürfe. In: Bundesarchiv B 106/174191.

⁸⁹ Zu den Folgen vgl. den Bericht von Stefan Nielsen „Das Bundesinstitut für Sportwissenschaft und die sportmedizinische Forschungsförderung seit 1970“, S. 92 ff.

analytik. Für die Sportmedizin galt es daher unverändert, ihre Leistungen zugleich als Anti-Doping-Maßnahmen erscheinen zu lassen. Auch die im Nachhinein bis in den Bundestag diskutierte „Testosteron“- bzw. „Regenerationsstudie“ an mehreren sportmedizinischen Standorten lief in der Rechtfertigung unter Dopingprävention, „um in diesem Feld die Sportmedizin gegenüber der Dopinganalytik besser in Stellung zu bringen und mit mehr Forschungsmitteln auszustatten.“⁹⁰

Das Konkurrenzverhältnis zwischen der Leistungsmedizin und einem außerhalb der Sportmedizin angesiedelten Anti-Doping ging im Übrigen so weit, dass mit Joseph Keul einer der führenden deutschen Sportmediziner noch im Januar 1990 bei einer gemeinsamen Sitzung des Vorstands und des Leitungsstabs des BA-L gegen das Pilot-Projekt „Trainingskontrollen“ mit dem Verweis auf die unzureichende Ausstattung der Sportmedizin argumentierte:

„Im Jahr 1989 war der Betrag für die medizinische Betreuung um DM 100.000 zugunsten des Doping-Pilot-Projekts gekürzt worden mit der Folge, daß im Dezember 1989 keine Kosten mehr für die sportmedizinischen Untersuchungen übernommen werden konnten. Bei der ohnehin nicht ausreichenden medizinischen Versorgung unserer Spitzensportler muß auf dieses Mißverhältnis hingewiesen werden, da eindeutig im Leistungssport Erkrankungen und Überlastungsschäden und damit Gefahren schwerer gesundheitlicher Schäden bestehen, während bisher Folgeschäden durch die anabolen Steroide – um die bei den Trainingsuntersuchungen und im Wettkampf ausschließlich geht – nicht nachgewiesen werden konnten.“⁹¹

Der Tod Birgit Dressels 1987, die nach der jahrelangen Verabreichung von verschiedensten Pharmaka, an der auch Sportärzte beteiligt gewesen waren, an einem „Multi-Organ-Versagen“ verstorben war, beschädigte die Stellung der Sportmedizin im Leistungssportsystem zunächst nicht nachhaltig. Das Bemühen der Sportmedizin, möglichst schnell die Deutungshoheit über die Ursachen von Dressels Tod zu gewinnen und damit einem drohenden Reputationsverlust vorzubeugen, verfiel erfolgreich.⁹²

Einschneidender und für das Image weitaus gefährlicher waren dann die Enthüllungen über die flächendeckenden und staatlich verordneten Doping-Praktiken der ostdeutschen Sportmedizin, in deren Zuge nach dem Zusammenbruch der DDR auch die Rolle von westdeutschen Sportmedizinern im „Kalten Krieg auf der Aschenbahn“ in den Blick geriet. Veröffentlichungen insbesondere in den Nachrichtenmagazinen „Spiegel“ und „Stern“ sowie das 1991 in erste Auflage erschienene Buch „Doping-Dokumente“ von Brigitte Berendonk verwiesen auf die Vergabe und Einnahme von Dopingmitteln im bundesdeutschen Sport zum Teil auch unter Beteiligung von Ärzten.⁹³ Auch die Tatsache, dass mit Alois Mader⁹⁴ 1974 und Hartmut Riedel⁹⁵ 1987 zwei dopingbelastete, aus der DDR

⁹⁰ Reinold 2016, S. 302.

⁹¹ BA-L, Sitzung Pilot-Projekt „Trainingskontrollen“, in: DOSB-Archiv, Nr. 2859, BA-L Protokolle 1988–1990.

⁹² Ausführlicher hierzu Abschnitt 3.3 „Vom Umgang der Sportmedizin mit Dopingenthüllungen“.

⁹³ Ausführlich mit Belegen und Zitaten Krüger et al. 2014, S. 153 ff.

⁹⁴ Alois Mader war bis zu seiner Flucht Arzt an der Sportmedizinischen Hauptberatungsstelle in Halle gewesen. Nach seiner Flucht wurde er Mitarbeiter von Wildor Hollmann an der Deutschen Sporthochschule in Köln, wo er 1987 eine Professur für Sportmedizin erhielt. Mader verfügte über umfangreiches Wissen zum Anabolika-Einsatz im DDR-Sport, was er nach seiner Flucht auf Vorträgen und bei Tagungen an westdeutsche Sportmediziner und Trainer weitergab. Er war auch verantwortlich für den Einsatz der sog. „Kolbe-Spritze“ bei den Olympischen Spielen 1976 in Montreal. Sein Verständnis als Sportmediziner lautete: „Der Sportmediziner ist nicht dazu da, den Sportler daran zu hindern, Spitzenleistungen zu erzielen, sondern zu fördern, dass der Sportler auf schnellstem Wege und mit dem geringsten Risiko seine Höchstleistungen erreicht“ (zitiert nach Meier, Reinold & Rose 2012). In einer Monografie aus dem Jahr 2015 spricht Mader im Rückblick von einer „ideologisch motivierte(n) Anabolika-Hysterie“ und verweist darauf, dass selbst im dopingverseuchten Body-Building Anabolika weniger gefährlich seien „als das Autofahren im normalen Straßenverkehr“ (Mader 2015, S. 346 ff.).

⁹⁵ Riedel floh 1987 in die Bundesrepublik, nachdem er in der DDR Chefarzt des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa für den Bereich Forschung gewesen war und als Verbandsarzt für Leichtathletik fungiert hatte. Riedel hatte in der DDR umfangreich zur Wirkung von anabolen Steroiden geforscht. In der Bundesrepublik konnte er schnell beruflich Fuß fassen: zunächst als Mitarbeiter von Heinz Liesen an der Universität Paderborn und dann als C3-Professor an der Universität Bayreuth. Insbesondere letzteres sorgte für Aufsehen, da Riedel keine Habilitationsschrift vorlegen konnte. Seine Berufung erfolgte auf Empfehlung von Wildor Hollmann und Joseph Keul und wurde von Rolf Andresen, zur damaligen Zeit Lehrstuhlinhaber in Bayreuth, entscheidend befördert. Ein Jahr später wurde Andresen Direktor des Bundesausschusses Leistungssport.

geflohene Sportmediziner schnell und ohne größere Bedenken – sowie im Falle Riedels sogar ohne Vorliegen der formalen Voraussetzungen – Aufnahme in der bundesdeutschen Sportmedizin und der Hochschullandschaft gefunden hatten, warf nun Fragen auf. Gleiches galt für die schnelle Vereinigung der Sportmedizin Ost und West, die unmittelbar nach dem Mauerfall in die Wege geleitet wurde und ebenso wie die Integration der ostdeutschen Sportärzte in das bundesdeutsche Sportsystem weitgehend geräuschlos verlief. Es blieb der Eindruck, dass es der bundesdeutschen Sportmedizin wie auch dem organisierten Sport vor allem darum gegangen war, ostdeutsches Fachwissen jeglicher Couleur abzugreifen und für den Hochleistungssport in der Bundesrepublik nutzbar zu machen.

Die beiden hauptsächlich wegen der DDR-Doping-Vergangenheit ins Leben gerufenen Untersuchungskommissionen, nach ihren Leitern „Reiter“ und „Richthofen“ benannt, gingen in ihren Abschlussberichten auch auf die Beteiligung der Sportmedizin an Doping im bundesdeutschen Sport ein.

Die von DSB und NOK eingesetzte, unabhängige „Reiter-Kommission“ konstatierte dabei ein klares Fehlverhalten innerhalb der bundesdeutschen Sportmedizin:

„Obwohl es unwahrscheinlich ist, daß Sportmediziner Dopingprobleme nicht gesehen haben, mangelte es auch bei dieser Gruppe im Umfeld des Athleten an weiterreichenden Impulsen gegen das Doping. Vielfach herrschte die Meinung vor ‚hier ist nichts zu machen‘, ‚ich will davon nichts wissen‘. Es ist wahrscheinlich, daß in einigen Fällen entgegen jeder gültigen medizinischen Indikation Anabolika und andere Dopingmittel auch von Sportärzten verschrieben bzw. eingesetzt worden sind. Hieran waren nicht nur Sportärzte mit niedrigem Spezialwissen beteiligt. In einigen Fällen wurden Schein-Indikationen für den Einsatz von Anabolika herangezogen, wie ‚Substitution in der Regenerationsphase‘ oder ‚Förderung der Heilung bei Sportverletzungen‘. Die Aufklärung der Sportler durch Sportärzte über die gesundheitlichen und medizinischen Aspekte des Doping waren unzureichend. Sie war in der Regel auf einige lokale, meist persönliche Initiativen beschränkt.“⁹⁶

Täterschaft, Mitwisserschaft, Ignoranz und mangelnde Aufklärung der Sportler waren also die Hauptanschuldigungen, die die „Reiter-Kommission“ erhob. Ihre Handlungsempfehlungen lauteten:

1. Schaffung eines Regelwerkes für die ärztliche Betreuung von Sportlern unter dem besonderen Aspekt der Vermeidung von Dopingfällen, wie z. B.:
 - Strenge Dokumentation der applizierten Medikamente für jeden Sportler in der Hand eines Arztes nach einer sorgfältigen Anamnese,
 - Vervollständigung der Inspektion, Untersuchung und Dokumentation bezüglich Doping (Dopingverdachtssymptomliste), möglichst durch einen Arzt über einen längeren Zeitraum.
2. Nicht nur leistungs-, sondern auch geschlechts- und altersspezifische Betreuung von Sportlern durch entsprechend ausgebildete Ärzte.
3. Ärztliche Nachsorge auch nach Aufgabe des Leistungssports.“

Diese Forderungen, sicherlich auch eine Konsequenz aus dem „Fall Dressel“, stießen keineswegs nicht auf Ablehnung unter den Sportmedizinern, wurde doch damit ihre grundsätzliche Position im Leistungssport nicht infrage gestellt, sondern eher aufgewertet.

⁹⁶ Bericht der Unabhängigen Dopingkommission, in: Carl und Liselott Diem-Archiv, Nachlass A. Kirsch, Mappe 115.

Die „Richthofen-Kommission“ als ad-hoc-Kommission zur Beratung in aktuellen Doping-Fragen lud auch Sportmediziner, darunter Joseph Keul, zur Befragung vor.⁹⁷ In dem Abschlussbericht der Kommission spielt die bundesdeutsche Sportmedizin allerdings eine geringe Rolle. Lediglich die umstrittene „Testosteron“-Studie, die in ihrer Intention – Doping- oder Anti-Doping-Forschung – nicht eindeutig zugeordnet werden kann, findet Erwähnung. Auch fehlen eindeutige Empfehlungen für den Umgang mit der Sportmedizin.

In den 1990er- und 2000er-Jahren schreckten immer wieder einzelne Dopingfälle und -skandale auch unter Beteiligung bundesdeutscher Athleten vornehmlich in der Leichtathletik und im Radsport die Öffentlichkeit auf. Zu nennen sind zum Beispiel die Vorgänge um die Trainingsgruppe von Thomas Springstein, die Weitspringerin Susen Tiedke, die Fälle der Ausdauerläufer Dieter Baumann, Damian Kallabis und Stephane Franke, des Skilangläufers Johann Mühlegg (auch wenn er zum Zeitpunkt seiner positiven Proben bereits für Spanien startete) sowie die Affäre um Jan Ullrich und das Team Telekom, das in Freiburg medizinisch betreut wurde. Diese Skandale sorgten für kurzzeitige Erregungspotenziale, bevor wieder zur Tagesordnung zurückgekehrt wurde. Grundsätzliche Auseinandersetzungen wurden hingegen über die Aufarbeitung der Dopingvergangenheit in Ost und West geführt sowie über die Frage, ob ein Anti-Doping-Gesetz bzw. insgesamt eine stärkere Intervention des Staats erforderlich sei, da der Sport alleine mit der Lösung der Doping-Problematik offensichtlich überfordert war.

In diese Diskussionen war die Sportmedizin als Fach nur am Rande beteiligt, zumal eine Beteiligung an Doping nur einzelnen devianten Sportärzten nachgewiesen werden konnte. Bis ins Mark traf sie dann allerdings Veröffentlichungen zur Rolle der Freiburger Universitätssportmedizin beim Doping im Team Telekom und Erkenntnisse der daraufhin eingesetzten Untersuchungskommissionen.

4.2 Die Freiburger Sportmedizin

Den folgenden Ausführungen zur Freiburger Sportmedizin liegen keine eigenen Quellenstudien zugrunde. Sie basieren vielmehr auf den bislang der Öffentlichkeit zugänglich gemachten Berichten der beiden Untersuchungskommissionen, die vom Universitätsklinikum bzw. der Universität Freiburg zur Aufklärung der Vorwürfe gegen Mitarbeiter der Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin einberufen worden waren. Im Zuge der Untersuchungen wurde der Fokus auch auf Armin Klümper erweitert, der zwar kein Mitarbeiter der Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin gewesen war, aber als Leiter der sporttraumatologischen Einrichtung innerhalb der radiologischen Abteilung der Unfallchirurgie der Universität Freiburg die sportmedizinischen Aktivitäten Freiburgs im Leistungssport maßgeblich geprägt hat.

Der Standort Freiburg wurde bereits in den 1970er-Jahren mit Doping-Aktivitäten in Verbindung gebracht, ohne dass diesen näher nachgegangen worden wäre. Insbesondere die beiden prominentesten Vertreter der Freiburger Sportmedizin, Joseph Keul und Armin Klümper, umgab stets der Ruf, im Grenzbereich zu verbotenen Mitteln der Leistungssteigerung zu arbeiten. Klümper geriet zwar nach dem Tode der von ihm behandelten Mehrkämpferin Birgit Dressel kurzzeitig unter Druck, allerdings ohne unmittelbare negative Konsequenzen für ihn. Beide, Klümper und Keul, wurden in den Medienenthüllungen ab 1990 und von Brigitte Berendonk in ihrem Buch „Doping-Dokumente“ schwer belastet, sodass Keul ins Visier der „Richthofen-Kommission“ geriet. Doch auch diese Anschuldigungen führen zu keinen, zum Beispiel universitätsinternen, Untersuchungen.

Erst schwerwiegende Vorwürfe 2007 insbesondere im „Spiegel“ gegen Ärzte der Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin an der Universität Freiburg, die seit vielen Jahren in die Betreuung von Radsportlern des Profi-Radrennstalls Team Telekom involviert waren, veranlassten

⁹⁷ Zur Vorladung Keuls: Singler & Treutlein 2015, S. 279 f.

das Universitätsklinikum Freiburg, eine Expertenkommission zur Überprüfung der Anschuldigungen einzurichten. Schon unmittelbar nach Einberufung der Expertenkommission gaben zwei Freiburger Ärzte zu, in den 1990er-Jahren EPO an Radsportler verabreicht zu haben.

Diese Expertenkommission legte 2009 ihren Abschlussbericht nach der Anhörung von 77 Personen, darunter Mitarbeitern der Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin, Radrennfahrern und Mitarbeitern des Team Telekom und des Team T-Mobile, vor.⁹⁸ Im Bericht wird EPO-Doping am Standort Universitätsklinikum Freiburg beginnend im Januar 1995 bis 2007 bestätigt. Auch die Verabreichung von Cortisonpräparaten, Wachstumshormonen, Testosteron sowie Eigenbluttransfusionen konnten über einen längeren Zeitraum rekonstruiert werden. Keul konnte keine unmittelbare Beteiligung an Doping-Aktivitäten nachgewiesen werden, wohl aber eine mangelnde Aufsichtspflicht. Dies galt, zumindest in finanzieller Sicht, auch für die Verwaltung des Universitätsklinikums. Das Ganze ergab ein „geschlossenes System“ „inklusive Datenmanipulationen und dem Anlegen von Akten fiktiver Personen“⁹⁹.

Als Konsequenz aus den Dopingaktivitäten von Ärzten des Universitätsklinikums forderten die Gutachter vor allem eine klare, auch personelle Trennung der Tätigkeiten im Rahmen der universitären Verpflichtungen und der externen Betreuung bei Wettkämpfen und Trainingslagern.

Kurz nach dieser sog. kleinen Kommission, die sich mit der Aufarbeitung des Dopings vorwiegend im Team Telekom und den dafür verantwortlichen Freiburger Ärzten beschäftigen sollte, wurde eine zweite Kommission, die „Evaluierungskommission“, von der Universität Freiburg eingesetzt. Ihr oblag es – auch wenn der genaue Auftrag im inhaltlichen Ausmaß und vor allem zeitlichen Umfang umstritten ist –, die Sportmedizin am Freiburger Universitätsklinikums ab den 1970er-Jahren vor dem Hintergrund der Doping-Problematik zu untersuchen. Bis heute sind noch nicht alle Berichte der Evaluierungskommission freigegeben und veröffentlicht.

Die bislang zugänglichen Berichte befassen sich neben finanziellen und strafrechtlichen Aspekten¹⁰⁰ sowie dem Versuch einer wissenschaftlichen Einordnung der sportmedizinischen Veröffentlichungen mit Blick auf die Doping-Problematik an der Freiburger Universität¹⁰¹ vor allem mit dem Wirken der drei Sportmediziner, die den Standort Freiburg zumindest in der Außenwirkung in den letzten 60 Jahren am stärksten geprägt haben: Herbert Reindell¹⁰², Joseph Keul¹⁰³ und Armin Klümper¹⁰⁴.

Während sich für Herbert Reindell, dem Nestor der bundesdeutschen Sportmedizin, keine Indizien finden, dass er Dopinghandlungen aktiv unterstützt, gefördert oder gar getätigt hätte, sehen Singler/Treutlein, die für einen Großteil der Untersuchungsberichte verantwortlich zeichnen, eine unausgesprochene Doping-Arbeitsteilung zwischen Keul und Klümper, obwohl beide ab den 1980er-Jahren in einer innigen Feindschaft miteinander verbunden waren: Während Keul die Aufgabe des „Verharmlosers, Beschwichtigers, Vertuschers und Imagemanagers“¹⁰⁵ zukam, der eloquent und charmant in der Öffentlichkeit die gesundheitlichen Folgen des Doping kleinredete oder gar negierte, war Klümper für Singler und Treutlein die „Bad Bank des westdeutschen Sports, in die (fast) alle dopingkontaminierten Handlungs- und Wissenszertifikate seiner Kooperationspartner ausdelegiert werden konnten“¹⁰⁶. Dabei habe die Bedeutung Klümpers, der unter den Athleten den Ruf eines „Gurus“ genoss und von ihnen mehrheitlich gegen Anschuldigungen stets in Schutz genommen wurde, nach

⁹⁸ Schäfer, Schänzer & Schwabe 2009.

⁹⁹ Siegmund-Schultze, N. 2009.

¹⁰⁰ Schöch 2016.

¹⁰¹ Jelkmann 2008/13.

¹⁰² Singler & Treutlein 2014.

¹⁰³ Singler & Treutlein 2015.

¹⁰⁴ Singler & Treutlein 2017.

¹⁰⁵ Singler & Treutlein 2015, S. 40.

¹⁰⁶ Singler & Treutlein 2017, S. 432. Es gibt bei Singler & Treutlein auch einzelne Hinweise darauf, dass die Arbeitsteilung so weit ging, dass in Keuls Abteilung diejenigen Athleten, die parallel von Klümper Dopingmittel erhielten, gesundheitlich auf unerwünschte Nebenerwirkungen überprüft wurden und anschließend neue Dosierungsempfehlungen erhielten.

der Grundsatzerklärung von 1977 sogar noch zugenommen. Nachweislich verschaffte Klümper mit Blankorezepten und Scheinindikationen Athleten Zugang zu Anabolika und anderen Dopingpräparaten. Er entwickelte für den Bund Deutscher Radfahrer ein Dopingprogramm und unterließ hier wie wohl auch in den meisten anderen Fällen eine Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken.

In Bezug auf die Aufsicht über das Wirken Klümpers, der aus seinen Affinitäten zu Formen der medizinisch-pharmakologischen Leistungssteigerung wenig Hehl gemacht hat, sprechen Singler und Treutlein von einem „breiten institutionellen Stillhalten“¹⁰⁷ sowie einem „System organisierter Unverantwortlichkeit“¹⁰⁸ und nennen hier die Landesregierung Baden-Württembergs, Strafverfolgungsbehörden und Krankenkassen, die dem Abrechnungsbetrug Klümpers nicht systematisch nachgegangen wären, sowie den Deutschen Sportbund und das Nationale Olympische Komitee, die trotz entsprechender Hinweise aus Sportlerkreisen Klümper weiter gestützt und eingesetzt hätten. Singler und Treutlein stellen die Frage, ob die illegalen Handlungen Klümpers nicht sogar vielmehr „brauchbar“ und „erwünscht“ gewesen seien: „Er verbürgte sportliche Leistungen, die in der Leistungsgesellschaft BRD hochgradig erwünscht waren und zur nationalen Repräsentation beitragen sollten.“¹⁰⁹

Klümpers „hohe Innovationsbereitschaft als Sportmediziner“¹¹⁰ hätte andere entlastet, die von den Erfolgen der von Klümper sportmedizinisch betreuten Athleten profitieren konnten, ohne sich selbst unmittelbar schuldig zu machen.

Beide Freiburger Untersuchungskommissionen belegen auf mehreren tausend Seiten Berichten jahrelange Doping-Aktivitäten unter Beteiligung von Sportmedizinern der Universität Freiburg. Dabei identifizieren sie verschiedene Formen und Grade der Beteiligung: von der unmittelbaren Verabreichung von Doping-Präparaten und die Anwendung verbotener Methoden über deren Verschreibung bis hin zur Vertuschung, Duldung, Verharmlosung und Rechtfertigung solcher Aktivitäten. Diese akribische Rekonstruktion ist in ihren Details bemerkenswert und wäre auch für andere sportmedizinische Zentren wünschenswert. Singler und Treutlein unterliegen allerdings der Versuchung, ihre Einzelfunde hypothetisch zu erweitern und hochzurechnen, offensichtliche – möglicherweise auch von interessierter Stelle herbeigeführte Lücken in der Quellenlage – mit weitgehenden Vermutungen zu schließen und auf dieser Basis das Bild einer Verschwörungsgemeinschaft aus Politik, Sport, Wissenschaft und Medizin zu zeichnen, der sie ein systematisches, teils auch flächendeckendes Doping unterstellen. Sie sprechen daher auch von einem „Dopingsystem der Bundesrepublik Deutschland, in dem Freiburg und durch die hohe aktive Komponente insbesondere Klümper eine zentrale Rolle spielten“¹¹¹. Da ihnen aber die Bedeutung dieser Kennzeichnung vor allem auch in der Analogie zum „systematischen Doping in der DDR“ bewusst ist, versuchen sie, die Begriffe „System“ und „systematisch“ neu zu füllen, indem sie auch Leistungsanreize und -vorgaben, Formen des Wegschauens und der Ignoranz sowie die Untätigkeit von Aufsichtsbehörden als Bedingungen des systematischen Dopings in der Bundesrepublik bezeichnen.

Hier stellen sich jedoch mehrere Fragen: Erstens ist zu fragen, wie stellvertretend die Freiburger Vorgänge für andere bundesdeutsche Standorte sind und ob hier wirklich Züge einer systematischen Arbeitsteilung innerhalb der bundesdeutschen Leistungsmedizin zu erkennen sind. Zweitens lassen die Freiburger Ergebnisse bislang vor allem für den Bereich des Radsports – und zwar sowohl auf Profi- wie auch auf Amateurebene – gesteuertes Doping auf einer Ebene eines Verbandes bzw. einer Sportart nachvollziehbar erscheinen. Inwieweit dies auch für andere Verbände und Sportarten gilt, bleibt noch unklar. Noch ist davon auszugehen, dass die Erfolge Klümpers als Wissen unter Athleten und Trainern weitergegeben wurden und eine Nachfrage nach seinen Behandlungsmethoden erzeugt wurde, die gar nicht von einer höheren Stelle koordiniert werden musste. Und drit-

¹⁰⁷ Singler & Treutlein 2017, S. 425.

¹⁰⁸ Singler & Treutlein 2017, S. 432.

¹⁰⁹ Singler & Treutlein 2017, S. 429.

¹¹⁰ Singler & Treutlein 2017, S. 432.

¹¹¹ Singler & Treutlein 2017, S. 426.

tens schließlich bleiben in den Freiburger Darstellungen vor allem die Bezüge und Verbindungen zwischen Sport- und Politiksystem eher vage und spekulativ. Die in diesem Zusammenhang gerne und häufig zitierten sinngemäßen Aussagen von Politikern, dass sie sich Medaillen für das Land wünschen, reichen m. E. nicht dafür aus, von einer Aufforderung zum Doping zu sprechen.

Kennzeichnend für die alte Bundesrepublik war wohl vor allem, dass Doping in Netzwerken stattfand. Diese konnten sich wie in Freiburg um Sportmediziner drehen. In deren Zentrum konnte aber auch wie im Beispiel Hamm ein Trainer stehen. Für die Sportmedizin als Fach ist es allerdings überaus bedenklich, dass sich immer wieder Mediziner fanden, die diesen Netzwerken – nicht zuletzt gemeinsam mit Apothekern – Unterstützungsleistungen gewährten, die mit ihrem medizinischen Ethos in keiner Weise zu vereinbaren waren.¹¹² Dieser Anfälligkeit vorzubeugen und die aus ihr resultierenden Handlungen zu sanktionieren wären zentrale Aufgaben der Standesorganisation.

Nicht im Fokus der Doping-Untersuchungen stand der Leiter der Freiburger Sportmedizin der Jahre 2001 bis 2012 und langjährige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention Hans-Hermann Dickhuth. Er wurde ausdrücklich von sämtlichen Doping-Vorwürfen freigesprochen. Als Nebenprodukt bzw. in diesem Fall als Kollateralschaden der Untersuchungskommission ergaben sich jedoch handfeste Plagiatsvorwürfe gegen Dickhuth, die schließlich in der Aberkennung seiner Habilitation mündeten. Da auch andere Sportmediziner der Freiburger Universität in den Verdacht des Plagiats gerieten, verfestigte sich in der Öffentlichkeit das Bild einer Sportmedizin, die sich über wissenschaftliche Standards und ethische Grenzen hinwegsetzt – und zwar sowohl im sportpraktischen Handeln als auch im Wissenschaftsbetrieb.

4.3 Vom Umgang der Sportmedizin mit Dopingenthüllungen

Grundsätzlich sind zwei Formen der Reaktionen aus der Sportmedizin auf entdeckte Dopingvergehen auf unterschiedlichen Ebenen zu differenzieren: Zum einen gibt es zumeist Stellungnahmen und Resolutionen der Standesvertretung, also dem Deutschen Sportärztebund und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, in zumeist unmittelbarer zeitlicher Nähe zu den Dopingskandalen. Zum anderen lässt sich beobachten, dass einzelne Sportmediziner, die nicht für die Gesamtheit der Sportmedizin sprachen, aber aufgrund ihrer Prominenz besonderes Gehör fanden, Legitimationsstrategien entwickelten, um zwar nicht das Geschehene unmittelbar zu rechtfertigen, aber zumindest das leistungssportliche Engagement der Sportmedizin zu legitimieren.

Oben ist bereits angedeutet worden, dass es bis 1977 unter den in der Leistungsmedizin tätigen Sportärzten eine ernstzunehmende Fraktion gab, die zum Beispiel die Abgabe von Anabolika an männliche Erwachsene befürwortete und dabei Studien, die die schädlichen Nebenwirkungen herausstrichen, eher ignorierten. Wie Reinold¹¹³ gezeigt hat, gab es durchaus wissenschaftliche Gründe anabole Steroide kontrovers zu beurteilen und standen die bundesdeutschen Sportmediziner, die eine ärztlich kontrollierte Verabreichung dieser Substanzen an männliche Athleten für vertretbar hielten, auch international keineswegs isoliert da. Im Unterschied zu anderen Ländern gelang es aber prominenten Sportmedizinern in der Bundesrepublik, wie Singler schreibt, die „These von einem unter bestimmten Bedingungen gefahrlos möglichen Doping [...] weit über den fachmedizinischen Diskurs hinaus in sportpolitische Debatten“ einzubringen und zu tradieren.¹¹⁴ Da eine Selbstmedika-

¹¹² Der Pharmazeut Simon Krivec hat in seiner Dissertation „Die Anwendung von anabolen-androgenen Steroiden in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1960 bis 1988 unter besonderer Berücksichtigung der Leichtathletik“ (2017) anhand von Zeitzeugen Hinweise darauf gefunden, dass die Beschaffung von Dopingmitteln im angegebenen Zeitraum für Athleten dank der Mithilfe von willigen Ärzten und Apothekern eher unproblematisch war. In unserem Kontext von besonderem Interesse ist, dass sich zumindest in den 1970er-Jahren die Athleten sportmedizinische Expertise nicht primär bei Verbandsärzten und anderen Sportärzten, sondern bei ihrem Hausarzt oder niedergelassenen Fachärzten eingeholt haben und von diesen auch mit Rezepten für Anabolika und anderen leistungssteigernden Mittel versorgt wurden.

¹¹³ Reinold 2016, S. 147 ff.

¹¹⁴ Singler 2012, S. 125.

tion der Sportler strikt abgelehnt wurde, konnte bei einer Dosierung und Anwendung unter der Aufsicht des Arztes das Bild eines Sportmediziners, der die ihm anvertrauten Athleten vor Schädigungen der Gesundheit schützt, aufrechterhalten bleiben.¹¹⁵

Nach den Vorfällen bei den Olympischen Spielen 1976 in Montreal, dem Kieler Sportärztekongress sowie der Grundsatzklärung von 1977 ließ sich eine solche Position zumindest offen nicht mehr vertreten. Erforderlich war daher eine Neupositionierung, mit der aber zugleich der Stellenwert der Sportmedizin im Leistungssport untermauert werden musste. Für eine zentrale Argumentationslinie bereitete die Grundsatzklärung mit ihrer Forderung nach einer intensiven „ärztlich-medizinischen Betreuung“ der Sportler den Boden. Wie uneinheitlich diese Aufgabe allerdings unter den Sportmedizinern selbst interpretiert wurde, offenbarte die „Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zum Thema leistungsbeeinflussende und leistungsfördernde Maßnahmen im Hochleistungssport“¹¹⁶, zu der der Sportausschuss des Deutschen Bundestages im September 1977 neben Sportlern und Sportfunktionären auch die führenden Leistungsmediziner geladen hatte.

Während der „Nestor“ der bundesdeutschen Sportmedizin und vielfache Olympiarzt Herbert Reindell es aus „ärztlich-ethischer Sicht“ ablehnte, „biologisch die letzten Anpassungsmöglichkeiten zu erschöpfen“ und Medikamente an Gesunde zu verschreiben, sahen Wildor Hollmann und der aus der DDR geflohene Sportmediziner Alois Mader das Gesundheitsrisiko nicht in der Verabreichung von Pharmaka, sondern darin, den Athleten mit der „Grenzbelastung Hochleistungssport“ alleine zu lassen. Mader wörtlich:

„Man kann nicht sagen, daß der Sport in Grenzbelastungen für den Menschen völlig unbedenklich ist. Das stimmt nicht. Das erweisen die Erfahrungen, die in der DDR gesammelt worden sind. Die Athleten haben von einer gewissen Belastung an Beschwerden. Es kommt zu Störungen. Dem kann man nachhelfen, indem man sie medizinisch beseitigt. Aber wenn man das unterläßt und den Menschen solchen Grenzbelastungen aussetzt, nehmen die Schäden zu. Nur werden sie in der Bundesrepublik leider, so muß ich sagen, nicht kontrolliert.“

Und weiter:

„Man darf den Schwarzen Peter nicht immer bei den Medizinern sehen, weil sie manipulieren. Das Problem steckt in der sportlichen Leistung selbst. Je höher sie kommt, desto schwieriger wird es rein ethisch.“

Hollmann bezeichnete das Hochleistungstraining in der Anhörung gar als die „größte Manipulation“, „welche der Körper eines gesunden Menschen erfahren kann“. Veränderungen und Steigerungen, die durch pharmakologische Maßnahmen erzielt werden könnten, wären im Verhältnis hierzu gering.

In den Stellungnahmen Maders und Hollmanns wird das Bemühen klar, die Rolle des Arztes als desjenigen, der den Körper des Athleten vor den gesundheitlichen Extrembelastungen und den „Manipulationen“ des Leistungssports schützt, hervorzuheben. Zugleich werden die Risiken des Hochleistungssports an sich höher bewertet als diejenigen einer ärztlich gestützten pharmakologischen Begleitung. Folgerichtig positioniert Hollmann sich und andere Leistungsmediziner in der Auseinandersetzung um die Verabreichung von Pharmaka wie folgt:

¹¹⁵ Dazu Singler: „Unterschieden wurde relativ willkürlich in einer vertretbare Nutzung durch ärztliche Verabreichung bzw. ärztliche ‚Kontrolle‘ und einen nicht vertretbaren Missbrauch durch Selbstmedikation.“ (Singler 2012, S. 123)

¹¹⁶ Das komplette Wortprotokoll in: Parlamentsarchiv Berlin, Sportausschuss, Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zum Thema leistungsbeeinflussende und leistungsfördernde Maßnahmen im Hochleistungssport, 28.9.1977.

„Wir sind gegen eine generelle Ablehnung aller nicht gesundheitsgefährdenden chemischen und physikalischen Maßnahmen – es gibt ja viele weitere chemische und physikalische Maßnahmen –, da sie in manchen Fällen sogar einen Gesundheitsschutz beinhalten und in anderen wissenschaftlich entwickelten Ländern als selbstverständlich zur Förderung des Leistungssportlers eingesetzt werden.“

Eine Gegenposition nahm der aus der DDR geflüchtete Gießener Sportmediziner Paul Nowacki, ebenfalls Olympiarzt und Betreuer der Ruder-Nationalmannschaft, ein. Er sprach bei der Anhörung vor dem Sportausschuss verärgert von einer „Abflachung der Diskussion“ und einer „unterschwellig heraushörbaren zunehmenden Befürwortung einer Manipulation“, die die Basis der organisierten Sportmedizin ablehne: „Wir als Sportärzte stehen fest hinter der Grundsatzerklärung des Deutschen Sportbundes.“

In der Folge setzte sich im Konsens mit der Politik und dem organisierten Sport eine Position durch, in der eine – nicht weiter spezifizierte oder reglementierte – intensive sportmedizinische Betreuung als eine geeignete Form der „Dopingpräventionsstrategie“¹¹⁷ ausgegeben wurde. Dies war nicht nur der „professionsadäquate Problemlösungsansatz“ der Sportmedizin im Anti-Doping-Kampf, sondern war zugleich als ein Statement gegen die als einseitig wahrgenommene Fixierung auf Sanktionen, Kontrollen und Analysen, wie sie von der biochemischen „Konkurrenz“, die das Dopingkontrolllabor Manfred Donikes repräsentierte, vertreten wurde, zu verstehen.¹¹⁸

Weitere Argumentationsmuster, die aber auch unter den Leistungsmedizinern, die einen breiten Einsatz von Medikamenten befürworteten, umstritten waren, zielten auf Regeneration und Substitution mithilfe der medizinisch-pharmakologischen Unterstützung.¹¹⁹ In dieser Vorstellung erscheint der Körper des Athleten als durch Training und Wettkampf übermäßig belastet, ausgezehrt und mangelhaft und daher substituitionsbedürftig. Dieser außergewöhnliche, einem Krankheitsverlauf ähnliche Bedarf legitimiere die Abgabe von Medikamenten an Hochleistungssportler zu ihrer Gesunderhaltung.

Die Frage, inwieweit der Athletenkörper als krank und gefährdet oder als gesund betrachtet werden sollte und daher eine von außen zugeführte Substitution gerechtfertigt sei, war u. a. die Rechtfertigung für die in ihren Intentionen umstrittene Regenerationsstudie in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre. Sie schwelte auch im Hintergrund der Bewertung des Todes der Siebenkämpferin Birgit Dressel 1987, die von zahlreichen Ärzten, darunter auch Armin Klümper, umfangreich mit Medikamenten versorgt worden war.

In ersten Reaktionen wiesen Klümper und andere jegliche Mitschuld der Sportmedizin an dem Tode Dressels von sich und sahen die Todesursachen in einer falschen Behandlung im Universitätsklinikum Mainz an den letzten beiden Lebenstagen Dressels bzw. in einer generellen Medikamentenunverträglichkeit der Sportlerin.¹²⁰

Nicht zuletzt ausgelöst durch den Tod Birgit Dressels fand am 14. Oktober 1987 im Deutschen Bundestag die öffentliche Anhörung „Humanität im Spitzensport“¹²¹ vor dem Sportausschuss statt. Als Sachverständige geladen waren unter anderen die Sportmediziner Wildor Hollmann, Heinz Lie-

¹¹⁷ Reinold 2016, S. 296.

¹¹⁸ Reinold 2016, 296: „Sportmediziner konnten sich im Feld der Dopingbekämpfung künftig eher dann ins Spiel bringen, wenn es ihnen gelang, professionsadäquate eigene Problemlösungsansätze alternativ bzw. ergänzen zu Kontrollen zu entwickeln und zu plausibilisieren. Eine verbesserte sportmedizinische Betreuung als Dopingpräventionsstrategie war ein solcher Ansatz.“

¹¹⁹ Singler bezeichnet arg zugespitzt Regeneration und Substitution als „ständige Metaboliten des einstigen Liberalisierungsdiskurses.“ (Singler 2012, S. 129)

¹²⁰ Hierzu Krüger et. 2014, S. 117 und Meier, Reinold & Rose 2012.

¹²¹ Die besondere Bedeutung, die der Bundestag bzw. der Sportausschuss dieser Anhörung beimaß, zeigt sich darin, dass das Referat Öffentlichkeitsarbeit des Deutschen Bundestages die stenographische Mitschrift 1988 in Buchform mit ISBN herausgab, was eine rare Ausnahme darstellte. Im Folgenden zitiert mit Deutscher Bundestag 1988.

sen, Joseph Keul und Wilfried Kindermann. Als Themenblock 3 wurde die „medizinische, psychologische und pharmakologische Beeinflussung im Leistungssport“ behandelt.

Auf den Fall Dressel angesprochen betonte Liesen, dass ihr Tod „gar nichts mit der Sportmedizin zu tun“ habe, sondern es sich um ein „klinisches Problem der Behandlung eines Patienten“ gehandelt habe: „In diesem Bereich, in dem es kritisch wurde, haben gar keine Sportmediziner die Finger im Spiel gehabt.“¹²²

Liesen, ein überzeugter Anhänger der Substitutionsthese, verdeutlichte zudem, dass seines Erachtens der Sportmediziner möglichst viel Freiheiten bei der medizinischen Unterstützung der Sportler haben müsse:

„Es müßte aus meiner Sicht heraus gefordert werden, daß alle optimalen Möglichkeiten einer sportmedizinischen Betreuung einer Athletin trotz Dopingliste möglich sind.“¹²³

Joseph Keul stimmte zwar mit Liesen nicht in der Frage der Testosteron-Substitution überein, bemühte sich aber auch, die Bedeutung der sportmedizinischen Betreuung herauszustreichen und zugleich das Dopingproblem kleinzureden:

„Die gesamte Dopingproblematik wird im Grunde genommen völlig überbewertet. Wir haben einen enormen Rückgang der gesamten Dopingfälle zu verzeichnen. (...) Über der Problematik einzelner Dopingfälle vergessen wir etwas ganz Entscheidendes, nämlich eine besser und stetig ausgebaute ärztliche Versorgung unserer Spitzensportler (...) und was manchmal hinter der gesamten Dopinganalytik zurücksteht, ist der bessere Ausbau der sportärztlichen Versorgung unserer Spitzenathleten.“¹²⁴

Diese Aussage Keuls entsprach dem Grundtenor der bundesdeutschen Leistungsmediziner: Der „Fall Dressel“ wurde und sollte auch nicht zum Anlass genommen werden, die sportmedizinische Betreuung zu hinterfragen, sondern sie zu verstärken und besser zu koordinieren. Entsprechende Hoffnungen wurden an die Einrichtung der Olympiastützpunkte geknüpft. Hierzu Meier, Reinold und Rose (2012):

„Im Nachhinein erstaunt die offensive Weise, mit der der Fall Dressel zum Anlass genommen wurde, die in der Grundsatzerklärung 1977 verankerte und der Version von 1983 bekräftigte Linie der sportmedizinischen Athletenbetreuung weiter zu forcieren, um zusätzliche finanzielle Mittel und Infrastruktur für den Spitzensport zu akquirieren. Diese sportpolitische Leitlinie fügte sich auch in das nach den Olympischen Spielen 1984 angeregte Konzept der Olympiastützpunkte, welche die vermeintlich ungenügende sportmedizinische, trainingsphysiologische und physiotherapeutische Athletenbetreuung in den Leistungszentren und Bundesstützpunkten überwinden sollten.“

Auf Dopingenthüllungen, die auch Sportmediziner betrafen, reagierten der Deutsche Sportärztebund und die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention in der Regel mit Stellungnahmen, in denen Doping pauschal abgelehnt und verurteilt wurde. Über das Bekenntnis zu einem dopingfreien Sport hinaus fand jedoch kaum eine Auseinandersetzung zum Beispiel mit strukturellen Begebenheiten, die Dopingaktivitäten von Sportmedizinern begünstigen, statt. Eventuelles Fehlverhalten der Ärzte erscheint in den Stellungnahmen daher als singulär und individuell deviant.

¹²² Deutscher Bundestag 1988, S. 104.

¹²³ Deutscher Bundestag 1988, S. 90. Liesen verstärkte diese Aussage im Verlauf der Anhörung: „Als Sportmediziner (...) muß ich die Fähigkeit und die Möglichkeit haben, alle Möglichkeiten der Medizin zu nutzen und anzuwenden.“ (Deutscher Bundestag 1988, S. 91)

¹²⁴ Deutscher Bundestag 1988, S. 96 f.

Beispielhaft sei aus der Reaktion auf die ersten Enthüllungen zur Beteiligung von Freiburger Sportmedizinern am langjährigen Doping im Team Telekom unter der Überschrift „Ein Rückschlag für die Sportmedizin?“ zitiert:

„Die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) betont, dass alle Manipulationen im Sinne von Doping abgelehnt werden, auch angesichts der aktuellen Vorgänge um das Team Telekom. (...) Aus medizinischer Sicht ist Doping potentiell gesundheitlich gefährlich. Doping widerspricht der ärztlichen Aufgabe der Gesunderhaltung, der Berufsordnung sowie der Berufsauffassung des Arztes. Auch die Duldung des Dopings, die eigenständige Einnahme verbotener Substanzen gegen eine ärztliche Aufklärung, wird eindeutig abgelehnt. (...) Eine aktive Dopingtätigkeit ist mit der Mitgliedschaft in unserer Gesellschaft unvereinbar.“¹²⁵

Zugleich verwehrt sich der Autor, der damalige Präsident der DGSP Herbert Löllgen, gegen Pauschalverurteilungen von Sportärzten, da nur ein sehr kleiner Teil der über 10.000 deutschen Sportärzte betroffen seien. Als Gegenmaßnahmen sollten ein Ehrenkodex und Verhaltensregeln für Sportmediziner erarbeitet werden.

Neben Trainern, Politik, Medien, Zuschauern und Sponsoren nimmt Löllgen vor allem die Sportler in die Pflicht. Sie seien „voll verantwortlich für das, was (ihnen) verabreicht“ werde und sollten härter bestraft werden.¹²⁶ Inwieweit Sportärzte sich selbst „schuldig“ machen, wird von Löllgen nicht thematisiert. Seine Sorgen kreisen vor allem um das Image des Faches:

„Die Tatsache, dass Ärzte an Dopingeinnahmen beteiligt waren, hat dem Ansehen der Sportmedizin erheblichen Schaden zugefügt. Dies gilt es aufzuarbeiten und für die Zukunft mit entsprechenden Maßnahmen vorzubeugen.“¹²⁷

Die Ausführungen Löllgens sind charakteristisch für eine verbreitete Haltung der Interessensvertretung der Sportmediziner: Auf der einen Seite erfolgt ein eindeutiges und wiederkehrendes Bekenntnis zu einem dopingfreien Sport, zum anderen scheint das Interesse weniger an einer Aufklärung der konkreten Verfehlungen von Sportärzten und der strukturellen Gefährdungen, die mit einem Engagement der Sportmedizin im Leistungssport verbunden sind, zu liegen, als daran, das Ansehen der Sportmedizin als Ganzes zu wahren. Auch die Frage, ob, wann und in welchem Ausmaß innerhalb der Mitgliedsorganisation, ihrer Gliederungen oder an den sportmedizinischen Instituten Kenntnis von Doping-Vergehen vorlagen oder zumindest hätten vorliegen können, wird nicht aufgeworfen.

Auf potenzielle Gefährdungen für Sportärzte wiesen ebenfalls als Reaktion auf den Telekom-Skandal die beiden langjährigen Verbandsärzte Jürgen Steinacker und Wilfried Kindermann hin:

„Was treibt einen Arzt dazu, Sportler beim Dopen zu unterstützen? (...) Mann muss sich bei gesundheitlichen Problemen durchsetzen können und darf sich nicht zu Leistungsmanipulationen verleiten lassen. Ärzte, die ausschließlich im Spitzensport tätig sind, haben es schwerer, ihre Unabhängigkeit zu bewahren und sich nicht vereinnahmen zu lassen. (...) Spitzensportmedizin hat es mit einem besonderen Klientel zu tun, darf aber keine medizinische Exklusivität für sich in Anspruch nehmen.“¹²⁸

¹²⁵ Löllgen 2007, S. 149.

¹²⁶ Löllgen 2007, S. 149.

¹²⁷ Löllgen 2007, S. 150.

¹²⁸ Steinacker & Kindermann 2007, S. 151.

Sie forderten die Ehrenamtlichkeit der sportärztlichen Tätigkeit und deren Entkoppelung vom sportlichen Erfolg:

„Sollten Ärzte an Erfolgsprämien beteiligt werden? Ein klares Nein! Wir sollten unsere Integrität nicht aus ökonomischen Gründen aufs Spiel setzen. Es ist guter Brauch, ohne Honorar bei Olympia unsere Athleten zu betreuen. Dabei sollte es auch bleiben.“¹²⁹

Dies ist sicherlich ein hehrer Ansatz, der aber allenfalls für den olympischen und nicht-olympischen Sport innerhalb der Fachverbände des DOSB durchgesetzt werden kann. Im Bereich des hochprofessionellen Sports, in dem sich Clubs und Einzelsportler Ärzte auf Honorar- oder sogar Angestelltenbasis leisten und eine Erfolgsorientierung selbstverständlich ist, wird diese Beschränkung nicht greifen.

In einer Stellungnahme der Hochschullehrer der deutschen Sportmedizin und des Wissenschaftsrates der DGSP von 2011 auf erste Ergebnisse des Forschungsprojekts „Geschichte des Dopings in der Bundesrepublik Deutschland“ werden weitere Argumentationsmuster sichtbar: Zum einen wird nochmals betont, „dass die ärztliche Betreuung von Leistungssportlern nur ein Teil der Aufgaben der Sportmedizin ist“, zum anderen wird darauf verwiesen, „dass im Leistungssport auch Trainingskonzepte entwickelt werden, welche in Bewegungsprogramme zur Prävention, Therapie und Rehabilitation verschiedenster Krankheiten einfließen.“¹³⁰

Der Verweis auf den geringen Anteil derjenigen Sportmediziner, die im Leistungssport engagiert sind, zählte ebenso zu den Standardargumenten wie der auf den Transfer von medizinischen Erkenntnissen aus der Leistungsmedizin in die Präventions- und Rehabilitationsmedizin.

Der Wissenschaftsrat der DGSP konzidiert allerdings, dass beim Engagement im Leistungssport ein „Konflikt zwischen Tätigkeiten im Anti-Doping-Bereich einerseits und der Betreuung von Leistungssportlern andererseits entstehen kann.“¹³¹

Die Ankündigung, eine „Conflict of Interest Policy“ erarbeiten zu wollen, ist Bestandteil dieser Stellungnahme des Wissenschaftsrates der DGSP. Bereits 2009 hatte die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer eine ausführliche Stellungnahme zum Thema „Doping und ärztliche Ethik“ abgegeben hatte, in der u. a. eine „Reorganisation der ärztlichen Betreuung von Sportlern“ gefordert worden war.¹³²

Welche „Conflicts of Interest“ sich beim Engagement von Ärzten im Leistungssport ergeben und wie sie vermieden werden können, skizzierte 2013 der Tübinger Sportmediziner Heiko Striegel, der mittlerweile auch als Mannschaftsarzt beim VfB Stuttgart¹³³ fungiert:

„Die Leistungssportbetreuung einerseits und die Forschungstätigkeit im Bereich von Verfahren zum Nachweis von Dopingsubstanzen andererseits, schließen sich sicherlich gegenseitig aus. Gleiches gilt für die Spitzensportbetreuung und die Erforschung von Nebenwirkungen unter gleichzeitiger Gabe von Dopingsubstanzen. (...) Interessenskonflikte können entstehen, wenn der Spitzensportler betreuende Mediziner gleichzeitig administrative Anti-Doping Tätigkeiten ausübt, beispielsweise als Mitglied in einer Anti-Doping Kommission.“¹³⁴

¹²⁹ Steinacker & Kindermann 2007, S. 151.

¹³⁰ Wissenschaftsrat der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention 2011, S. 343.

¹³¹ Wissenschaftsrat der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention 2011, S. 343.

¹³² Bundesärztekammer 2009.

¹³³ Auf der Homepage des VfB Stuttgart wird beim Porträt Striegels als dessen größter sportlicher Erfolg aufgeführt: „Deutscher Meister 2007“ – gemeint ist die Bundesligameisterschaft des VfB-Profilfußballer!

¹³⁴ Striegel 2013, S. 72.

Die Beachtung solcher Interessenskonflikte hätte die Diskussionen rund um die sog. „Regenerationsstudie“ in den 1980er-Jahren, als u. a. verbandlich engagierte Sportmediziner wie Keul und Liesen zur Wirkung von Testosteron forschten und der Verdacht der Dopingforschung aufkam, entschärft. Letztendlich werden derartige Entflechtungen von Forschung und Anwendung, Sportlerbetreuung und institutioneller Anti-Doping-Tätigkeit vermutlich nur entweder auf einer freiwillig vereinbarten Basis oder über die Ausschreibung von Projekten, Stellen und Honorartätigkeiten erfolgen können. Weitergehende einschränkende Bestimmungen dürften berufsrechtlich nicht haltbar sein. Auch ohne eine Möglichkeit der Sanktionierung wäre es m.E. dringend geboten, dass die DGSP eine solche Liste der „unerwünschten“ Doppeltätigkeiten für seine Mitglieder erstellt, alleine um für mögliche Interessenskonflikte zu sensibilisieren.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Das Engagement im Leistungssport, das beweist der Blick in die Vergangenheit in besonderem Maße, ist für die Sportmedizin Chance und Risiko zugleich. Es ist eine Chance, weil für die Sportmedizin im Leistungssport wie wohl in keinem anderen Aufgabenbereich die Möglichkeit besteht, öffentlichkeitswirksam ihre Fähigkeiten zu präsentieren und Politik und Gesellschaft von der eigenen Bedeutung zu überzeugen. Die über viele Jahre vom Nachwuchsathleten bis zum Olympiasieger sportmedizinisch begleitete Karriere, die durch sportmedizinische Expertise verfeinerte Trainingssteuerung, die mit Hilfe von sportmedizinischem Wissen verbesserte Technik, die „Wunderheilung“ von Verletzungen innerhalb kürzester Zeit oder die erfolgreiche Rehabilitation und Therapie nach schweren, vermeintlich irreversiblen Verletzungen und Schädigungen, die früher das Karriereende bedeutet hätten – die Anerkennung und Bewunderung ist dem handelnden Sportmediziner gewiss und ein wenig Ruhm und Glanz fallen auch für sein Fach ab. Das Engagement im Leistungssport, das hat dieser Bericht gezeigt, erleichtert den Zugang zur Politik und öffentlichen Geldern.

Aber eben diese Anerkennung, häufig zusammen mit einer sehr engen Bindung an den betreuten Athleten und seine Erfolge, birgt offenbar immer noch das Risiko, Grenzen auszuloten und gegebenenfalls zu überschreiten, die ethisch oder sportrechtlich gesetzt sind. Und im Falle einer Enttarnung des missbräuchlich handelnden Arztes leidet wiederum das Image des gesamten Faches ebenso wie es im Erfolgsfall profitiert.

Unstrittig ist, dass sich Sportmediziner, die sich im Leistungssport engagieren, zwangsläufig in ein Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Leistung begeben, dessen Ambivalenzen sich nicht in jedem Fall auf Antrieb erkennen und schon gar nicht harmonisieren lassen. Auch wenn die oben zitierte Aussage Wildor Hollmanns, dass der Hochleistungssport die „größte Manipulation“ sei, „welche der Körper eines gesunden Menschen erfahren kann“ in dem speziellen Kontext interessengeleitet war, muss konstatiert werden, dass es nicht zuletzt aufgrund der Entwicklungen des modernen Spitzensports Belastungen in Training und Wettkampf bzw. in einer Häufigkeit gibt, die vor allem für den Stütz- und Bewegungsapparat „ungesund“ sind und bleibende Schäden verursachen können. Insofern hat die Bedeutung der Sportmedizin als Bewahrerin von Gesundheit im Leistungssport eher noch zugenommen, sodass ein Ausstieg aus dem Spitzensport schon aus diesem Grunde keine Option ist. Moderner Leistungssport ist ohne eine kontinuierliche sportmedizinische Begleitung schwer vorstellbar. Diese Rolle anzunehmen, hieße aber u. a. auch, sich sportpolitisch stärker in den nationalen wie internationalen Verbänden einzubringen und z. B. auf eine Entzerrung des Wettkampfkalenders zu drängen statt alles dafür zu tun, damit der betreute Athlet trotz der Belastungen im Extrembereich das Wettkampffahr komplett bestreiten kann.

Wie der Bericht gezeigt hat, hatte die Sportmedizin bis in die Mitte der 1970er-Jahre ein gutes Standing in Sport und Politik und fand dort mit ihren Anliegen im Vergleich zu anderen sportwissenschaftlichen Disziplinen überproportional Gehör. Belastet mit Manipulations- und Dopingvorwür-

fen sowie nachweisbaren Dopingfällen unter Beteiligung von Ärzten hat das Image der Sportmedizin mittlerweile so weit gelitten, dass sie keine erkennbare sportpolitische Größe mehr darstellt und sich im Leistungssport komplett auf eine Dienstleistungsfunktion zurückgezogen hat.

Bezeichnend für den derzeitigen sportpolitischen Stellenwert ist, dass in dem gemeinsam von BMI, Kultusministerkonferenz und DOSB verfassten Strategiepapier zur „Neustrukturierung des Leistungssports und der Spitzensportförderung“¹³⁵, dessen Umsetzung tief in die Struktur des bundesdeutschen Leistungssports eingreift, die Rolle der Sportmedizin so gut wie keine Erwähnung findet und die DGSP als Institution offenbar auch nicht an der Ausarbeitung und Beratung dieses Papiers beteiligt war, zumindest nicht als Kooperationspartner oder Beratungsinstanz genannt wird.

Das gegenwärtig eher negative Image der Leistungsmedizin hat nicht nur mit der tatsächlichen Dopingbeteiligung zu tun, sondern auch mit der Art und Weise, wie einst der Deutsche Sportärztebund und nun die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention mit Dopingfällen umgeht. Es fehlt zumeist nicht an schnellen Distanzierungen und Bekenntnissen zu einem dopingfreien Sport; es mangelt aber an einem sichtbaren Willen zur Auseinandersetzung mit eigenen Strukturen und Werten, die Doping begünstigen, und an überzeugenden Strategien und strukturellen Eingriffen, die einen Missbrauch erschweren. Dies betrifft Maßnahmen zur Stärkung der ethischen Grundlagen der Sportmedizin, aber zur Wirksamkeit der „Compliance“ innerhalb der Zunft der Sportmediziner.

Im Untersuchungszeitraum erschien der Umgang mit Doping innerhalb der Standesorganisation häufig taktischer Natur. Sei es, dass öffentliche Gelder mit der Begründung, eine optimale sportmedizinische Betreuung sei der beste Schutz gegen Doping eingeworben wurden; sei es, dass versucht wurde, Sportmedizin gegen Dopinganalytik auszuspielen; sei es, dass stets von Einzeltätern gesprochen wurde, die selbstverständlich nicht (wie könnten sie auch?) die Sportmedizin repräsentieren.

Erforderlich erscheint daher, nicht nur eine „Conflict of Interest Policy“ zu entwickeln und die eigenen Mitglieder daran zu binden, sondern auch noch einmal aus ärztlich-ethischer Warte das sportmedizinische Handeln im Leistungssport in möglichst konkreten Fällen durchzuspielen und die Grenzen der dem ärztlichen Ethos entsprechenden Leistungsmaximierung zu definieren. Die „Ethischen Richtlinien für Ärzte in der Sportmedizin“ abgeleitet aus der Lissaboner Deklaration des Weltärztebundes von 1981 können hierfür eine erste Orientierung bieten.¹³⁶ Angesichts der dem Leistungssport immanenten Entwicklungen nach einem „Schneller, Höher, Weiter“ ist absehbar, dass Doping mit ärztlicher Hilfe zwar das markanteste Problem für das sportmedizinische Engagement im Sport darstellt, aber bereits unterhalb dieser Schwelle zahlreiche, aus ärztlich-ethischer Sicht fragwürdige Verhaltensweisen „drohen“, die einer Klärung bedürfen, auch um das Fach als Ganzes zusammenzuhalten und nicht die im Untersuchungszeitraum zu beobachtende Trennung in Präventions-, Rehabilitations- und Leistungsmediziner weiter zu forcieren.

6 Quellen und Literatur

- Becker, C. (2016). Leistungsmedizin in der bundesdeutschen Sportmedizin. In: M. Krüger (Hrsg.): Sportmedizin in Deutschland: Historische Facetten – Ein Werkstattbericht (S. 197–224). Hildesheim: Arete.
- Berendonk, B. (1991). Doping-Dokumente: von der Forschung zum Betrug. Berlin: Springer.
- BMI/Sportministerkonferenz/DOSB (2016). Neustrukturierung des Leistungssports und der Spitzensportförderung. Gemeinsames Konzept des Bundesministeriums des Innern und des Deutschen Olympischen Sportbundes unter Mitwirkung der Sportministerkonferenz

¹³⁵ BMI, Kultusministerkonferenz & DOSB 2016.

¹³⁶ Abb. 2. Das sportmedizinische Untersuchungs- und Betreuungssystem ab 1999. Quelle: Bundesarchiv B 106/174191. Zu den Ethischen Richtlinien de Marées, Jeschke & Weicker 1988.

- Bundesärztekammer (2009). Doping und ärztliche Ethik. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt, 106, 8, A360–A364.
- Clasing, D. (1982). Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft der Verbandsärzte des DSB. In Das Betreuungssystem im modernen Hochleistungssport. Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. med. Otto-Karl Sperling, herausgegeben von Loecken, M., & Dietze, R. (S. 20–24). Münster: Philippka.
- Deutscher Bundestag (1988). Humanität im Spitzensport. Öffentliche Anhörung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 14. Oktober 1987. Bonn: Deutscher Bundestag.
- DOSB (2010). Sportmedizinische Konzeption. Frankfurt/M.
- Emrich E., Fröhlich M. & Pitsch W. (2006). Medizinische Betreuungsleistung an den Olympiastützpunkten aus Athletenperspektive. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 57, 1, 19–26.
- Emrich, E. (1996). Die sportmedizinische Betreuung an Olympiastützpunkten aus Athletensicht. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 47, 201–210.
- Hollmann, W. (2007). 30 Jahre danach – Anti-Doping-Symposium des Deutschen Sportärztebundes 1977 in Kiel. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 58, 10, 349.
- Jelkmann, W. (2008/2013). Evaluierung der Veröffentlichungen aus der Abteilung für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Freiburg im Zeitraum 1973–2006.
- Keul, J. (1987). Olympia-Stützpunkte: Anforderungen an den wissenschaftlichen Service. Leistungssport 17, 1987, Heft 1, S. 9–11.
- Kindermann, W. & Steinacker, J.M. (2007). Unser Anti-Dopingsystem muss einfacher und besser werden! Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 58, 6, 151–152.
- Kindermann, W. (2012). Die deutsche Sportmedizin und der Leistungssport – ein historischer Rückblick. In Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 63, S. 268–269.
- Krivec, S. (2017). Die Anwendung von anabolen-androgenen Steroiden im Leistungssport der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1960 bis 1988 unter besonderer Berücksichtigung der Leichtathletik. Berlin: Logos.
- Krüger, M., Becker, C., Nielsen, S. & Reinold, M. (2014). Doping und Anti-Doping in der Bundesrepublik Deutschland 1950 bis 2007. Genese – Strukturen – Politik. Hildesheim: Arete.
- Löllgen, H. (2007). Ein Rückschlag für die Sportmedizin? Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 58, 6, 149–150.
- Mader, A. (2015). Die Chimäre des Dopings und die Irrealität der Trainingswissenschaft. Das deutsche Hochleistungssportsystem als Staatsreligion oder Warum deutsche Sportler nicht mehr so erfolgreich sind, wie sie sein könnten. Berlin: Buchwerkstatt.
- Marées, H. de; Jeschke, D.; Weicker, A. (1988). Ethische Aspekte der Sportmedizin. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 39, 9, S. 384–386
- Meier, E., Reinold, M. & Rose, A. (2012). Dopingskandale in der alten Bundesrepublik. Öffentlicher Diskurs und sportpolitische Reaktionen. Deutschlandarchiv 5/2012 (hier zitiert nach der Online-Publikation unter: www.bpb.de/geschichte/zeitgeschichte/deutschlandarchiv/137402/dopingskandale-in-der-alten-bundesrepublik?p=all; Abrufdatum: 21.02.2018)
- Reinold, M. (2016). Doping als Konstruktion. Eine Kulturgeschichte der Anti-Doping-Politik. Bielefeld: Transcript.
- Schäfer H.J., Schänzer, W. & Schwabe, U. (2009). Abschlussbericht der Expertenkommission zur Aufklärung von Dopingvorwürfen gegenüber Ärzten der Abteilung Sportmedizin des Universitätsklinikums Freiburg.
- Schöch, H. (2016). Finanzielle und strafrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Dopingproblematik in der Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin und in der Sporttraumatologischen Spezialambulanz des Universitätsklinikums Freiburg.
- Siegmund-Schultze, N. (2009). Doping: Der ärztliche Faktor. Deutsches Ärzteblatt 106, 21, A-1033.

- Singler, A. (2012). Der Traum vom Ende der Ermüdung: Medizinische Dopingdiskurse im Kontext moderner Risikoentwicklungen. In A. Borkenhagen/E. Brähler (Hrsg.). *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive*. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 113–133.
- Singler, A. (2015). Doping beim Team Telekom/T-Mobile: Wissenschaftliches Gutachten zu systematischen Manipulationen im Profiradsport mit Unterstützung Freiburger Sportmediziner. Unter Mitarbeit von Lisa Heitner.
- Singler, A. (2017). Systematische Manipulationen im Radsport und Fußball: Wissenschaftliches Gutachten zu neuen Erkenntnissen zum Doping in der Bundesrepublik Deutschland im Zusammenhang mit dem Wirken von Armin Klümper.
- Singler, A. & Treutlein, G. (2014). Herbert Reindell als Röntgenologe, Kardiologe und Sportmediziner: Wissenschaftliche Schwerpunkte, Engagement im Sport und Haltungen zum Dopingproblem (Evaluierungskommission Freiburger Sportmedizin – Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Unter Mitarbeit von L. Heitner.
- 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. Unter Mitarbeit von L. Heitner.
- Singler, A. & Treutlein, G. (2017). Armin Klümper und das bundesdeutsche Dopingproblem: Strukturelle Voraussetzungen für illegitime Manipulationen, politische Unterstützung und institutionelles Versagen. Unter Mitarbeit von Lisa Heitner.
- Spitzer, G. (Hrsg.). (2013). *Doping in Deutschland: Geschichte, Recht, Ethik. 1950–1972*. Köln: Strauß.
- Spitzer, G., Eggers, E., Schnell, H.J. & Wisniewska, Y. (Hrsg.). (2013). *Siegen um jeden Preis. Doping in Deutschland: Geschichte, Recht, Ethik 1972–1990*. Göttingen: Die Werkstatt.
- Spranger, C.-D. (1988). Olympiastützpunkte. Eine neue Dimension für den deutschen Spitzensport. *Leistungssport* 18, 1988, Heft 4, S. 5–7.
- Steinacker, J.M. (2013). Medienhype zum Doping in Deutschland. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 64, 10, 286.
- Striegel, H. (2013). Die ärztliche Sportlerbetreuung im Kontext der Dopingproblematik. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 64, 3, 71–72.
- Wissenschaftsrat der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (2011). Doping im Leistungssport in Westdeutschland. Stellungnahme der Hochschullehrer der deutschen Sportmedizin und des Wissenschaftsrates der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP). *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 62, 11, 343–344.

Lukas Rehmann

Die Entwicklung der Sportmedizin in der DDR

1 Einleitung

Im ersten Projektabschnitt wurde das Geflecht von gesellschaftspolitischen Ansprüchen an die Sportmedizin in der DDR sowie ihr fachliches Selbstverständnis in den 1950er-Jahren untersucht und beleuchtet. Die Ausgangsthese war, dass die Sportmedizin sich primär als medizinwissenschaftliche Disziplin verstand, jedoch aufgrund ihrer engen Anlehnung an den Sport, seine Institutionen und deren Entwicklung stark von sportwissenschaftlichen, sportpädagogischen und sportpolitischen Fragestellungen beeinflusst wurde.

Es konnte gezeigt werden, dass in den 1950er-Jahren ein System flächendeckender sportmedizinischer Betreuung für die gesamte sporttreibende Bevölkerung in die Wege geleitet wurde, doch die von unterschiedlicher Seite gestellten Ansprüche und definierten Ziele an die Sportmedizin standen meist im Widerspruch zu den realen Bedingungen ihrer Umsetzung. Die sportmedizinische Betreuung sollte im Rahmen des Aufbaus eines prophylaktisch ausgerichteten Gesundheitswesens in der DDR durch das Ministerium für Gesundheitswesen zentral organisiert werden. Jedoch entwickelten sich parallel weitere Strukturen sportmedizinischer Betreuung, die nicht ausschließlich unter staatlicher Obhut standen, z. B. in den Sportverbänden. Die Sportmedizin wurde in der DDR in den 1950er-Jahren primär als medizinwissenschaftliche Disziplin verstanden. Mit dem ständig wachsenden Anspruch des Sports an die Sportmedizin begann jedoch eine immer stärkere Anlehnung der Sportmedizin an den Sport und seine Entwicklung.

Der nachfolgende Text versteht sich als Weiterführung des ersten Projektabschnittes und untersucht demnach die Entwicklung der Sportmedizin in der DDR ab den 1960er-Jahren.

Ab 1960 traten in der DDR eine Reihe von Maßnahmen in Kraft, die die sportmedizinische Landschaft bis in die 1980er-Jahre verändern sollte. Es entstand ein staatlich geleitetes, komplexes System sportärztlicher Betreuung mit zahlreichen Institutionen, das untereinander weit verzweigt war. Ursachen, Verlauf und Probleme der institutionellen Ausdifferenzierung der Sportmedizin in der DDR stellen die zentrale Untersuchungsperspektive dieses Textes dar. Im Rahmen dessen wird die Entwicklung der einzelnen sportmedizinischen Institutionen, deren Struktur und Aufgabenstellungen im zeitlichen Verlauf analysiert.

Die Sportmedizin konnte sich in der DDR als eigenständige klinische Fachdisziplin mit eigener Facharztordnung etablieren. Der zweite Schwerpunkt der Untersuchung liegt demnach auf der Entwicklung der Sportmedizin als fachlicher Disziplin im Kontext ihrer Einordnung innerhalb der klinischen Medizin. Dabei steht zum einen die Analyse der Facharztordnung der DDR im Fokus, insbesondere unter der Frage nach fachspezifischen Inhalten der Sportmedizin. Zum anderen wird auf die Etablierung der Sportmedizin an den Universitäten eingegangen.

Ein dritter Schwerpunkt liegt auf der Analyse der Inhalte der sportmedizinischen Betreuung in Bezug auf verschiedene gesellschaftliche Gruppen und Bereiche (sporttreibende Bevölkerung, Leistungssportler, Nachwuchssportler, Schüler und Versehrte). Dabei steht die Frage nach einer inneren Funktionsdifferenzierung der Sportmedizin im Mittelpunkt.

2 Quellenlage

Die Quellenlage bietet für dieses Forschungsvorhaben eine sehr gute Basis. Das Bundesarchiv stellt das zivile staatliche sowie militärische Archivgut des Staatsapparates der DDR, seiner Vorläufer in der Sowjetischen Besatzungszone sowie der Parteien, Massenorganisationen und gesellschaftlichen Organisationen in physischer und zum Teil auch in digitaler Form zur Verfügung. Zudem wurden Unterlagen aus privaten Nachlässen (z. B. des Sportmediziners Heinz Eckart) sowie audiovisuelle Quellen ergänzt. Im Rahmen des Projekts konnte nahezu der komplette Bestand der im Bundesarchiv vorliegenden Quellen zum Thema „Sportmedizin in der DDR“ gesichtet und ausgewertet werden.

Der vorliegende Forschungsbericht bezieht sich auf die Analyse zentraler Dokumente zu allen relevanten sportmedizinischen Institutionen der DDR: *Ministerium für Gesundheitswesen, Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, Staatssekretariat für Körperkultur und Sport, Wissenschaftlich-Methodischer Rat, Sektion Sportmedizin, Sportmedizinischer Dienst, Sportmedizinische Hauptberatungsstellen, Sportmedizinische Kreisberatungsstellen, Zentralinstitut Kreischa, Deutscher Turn- und Sportbund, Ärztekommision, Sportclubs, Deutsche Hochschule für Körperkultur und Sport, Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport, Komitee für gesunde Lebensweise.*

Die Dokumente reichen von normativen Quellen (Gesetze, Anordnungen, Durchführungsbestimmungen, Statute) bis hin zu deskriptiven Quellen (Protokolle verschiedener Gremien, Berichte, Briefe und Notizen).

Im Unterschied zur Quellenlage zur Sportmedizin in der Bundesrepublik nimmt die Materialdichte für die DDR im Zeitverlauf stark zu, insbesondere ab den 1960er-Jahren. Dies verdeutlicht allein die Recherche im Online-Findbuch des Bundesarchivs unter dem Begriff „Sportmedizin“. Während die Suche für die 1950er-Jahre 92 Treffer ergibt, ergeben sich für die 1960er-Jahre 259 und für die 1970er-Jahre 324 Treffer. Dieses Ergebnis ist zum einen auf die institutionelle Ausweitung der Sportmedizin, zum anderen auf den Ausbau eines detaillierten Berichtssystems, durch das innerhalb des zentralistisch ausgerichteten Staatswesens die Partei- und Staatsführung umfassende Informationen über die Lage in der DDR erhalten sollte, zurückzuführen. Erst für die 1980er Jahre nimmt die Trefferquote wieder ab (248 Treffer).

Größere Lücken bestehen bei den sogenannten Verschlussachen, bei Dokumenten einer bestimmten Geheimhaltungsstufe. Sie wurden zum Teil schon zu Zeiten der DDR, verstärkt an ihrem Ende, vernichtet. Aufgrund dieser Schieflage können überdies fundierte Aussagen zur Relation von Prävention, Rehabilitation und Leistungsmedizin innerhalb der Sportmedizin kaum gemacht werden. Bemerkenswert ist, dass der Bestand des Bundesarchivs nahezu keinerlei Überlieferungen zum Bereich Doping/Unterstützende Mittel aufweist.

Die Unterlagen des Ministeriums für Staatssicherheit (MfS) werden nach dem Stasi-Unterlagengesetz (StUG) von der Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR (BStU) aufbewahrt. Da in der DDR das MfS sowohl Verfolgungs- als auch Überwachungsinstrument war, lassen sich außer den Akten über verfolgte Personen auch Lageberichte über Stimmungen in der Bevölkerung sowie detaillierte Beobachtungen aller Lebensbereiche finden, so auch für die Sportmedizin. Die Stasi-Akten bieten zudem eine Möglichkeit, Lücken des Quellenbestands des Bundesarchivs aufzufüllen, vermögen sie jedoch nicht vollständig zu schließen. Die Bereitstellung themenrelevanter Informationen aus den Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes stößt aktuell auf strukturelle Hindernisse. Die Bearbeitungszeit des BStU für Anträge auf Akteneinsicht liegt derzeit bei über zwei Jahren, sodass eine Berücksichtigung dieser Quellen innerhalb des Projektzeitraums unwahrscheinlich ist. Gleichwohl kann auf einen kleinen Bestand an Stasi-Akten aus einem dem von der Münsteraner Forschergruppe um Michael Krüger durchgeführten BISp-Forschungsprojekt zur Geschichte des Dopings in Deutschland zurückgegriffen werden.

Neben den Beständen des Bundesarchivs konnte eine Vielzahl an offiziellen wie auch geheimen Fachveröffentlichungen aus dem Bereich der Sportmedizin der DDR, die in den Beständen von Universitätsbibliotheken sowie bei Privatpersonen vorliegen, analysiert werden. Dabei bezieht sich der Bericht einerseits auf Aufsätze der wissenschaftlichen Zeitschriften *Medizin und Sport, Theorie und Praxis der Körperkultur* sowie *Theorie und Praxis des Leistungssports*, in denen regelmäßig sportmedizinische Forschungsergebnisse veröffentlicht wurden, andererseits auf sportmedizinische Lehrbücher.

3 Die Institutionalisierung der Sportmedizin in der DDR

Im folgenden Abschnitt werden Ursachen, Verlauf und Probleme der institutionellen Ausdifferenzierung der Sportmedizin in der DDR dargestellt. Ab 1960 traten in der DDR eine Reihe von Maßnahmen in Kraft, die die sportmedizinische Landschaft bis in die 1980er-Jahre verändern sollte. Es entstand ein staatlich geleitetes, komplexes System sportärztlicher Betreuung mit zahlreichen Institutionen (s. Abb. 1). Ziel des Kapitels ist es, die Entwicklung der dort aufgezeigten Institutionen, ihre Struktur und Funktion sowie ihre Verknüpfungen mit anderen Institutionen zu rekonstruieren.

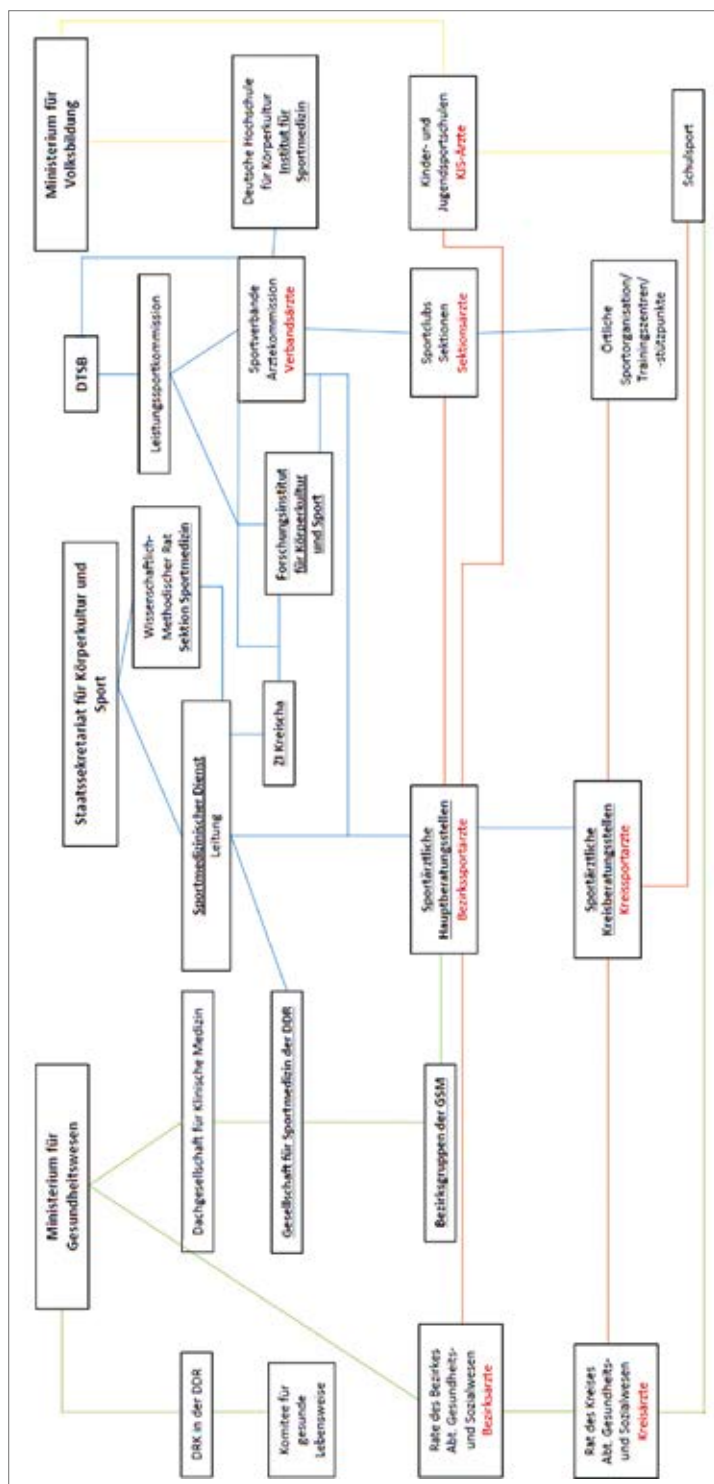


Abb. 4.1 Struktur der Sportmedizin in der DDR ab 1974

3.1 Die Sektion Sportmedizin im Wissenschaftlich-Methodischen Rat (WMR)

Wesentliche Impulse bei der Neustrukturierung der Sportmedizin seit 1960 erfuhre die Sportmedizin aus dem Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport (SKS). Am 23. März 1961 erhielt das SKS ein neues Statut, das ihm den Status eines Sportministeriums verlieh. Mit diesem neuen Statut konstituierte sich auch der ihm nachstehende *Wissenschaftlich-methodische Rat (WMR) und seine Sektion Sportmedizin neu* (s. Abb. 2).¹

Die Sektion Sportmedizin wurde als ein beratendes Organ des Vorsitzenden des Staatlichen Komitees für Körperkultur in allen wissenschaftlich-medizinischen Fragen konzipiert und war gleichzeitig eine *sogenannte Problemkommission für Sportmedizin im Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft und Gesundheitswesen der DDR*.²

Die Sektion Sportmedizin hatte alle Bereiche des Sports auf medizinisch-wissenschaftlichem Gebiet zu beraten. Dies beinhaltete die Planung und Koordinierung der sportmedizinischen Forschung für den Bereich des Sports als auch des Gesundheitswesens der DDR. Darunter fiel die Festlegung von Forschungsaufgaben entsprechend den Perspektivplänen, die Begutachtung der wissenschaftlichen Arbeit, Prüfung von Lehr- und Fachbüchern, Lehrplänen, Programmen und weiteren Materialien wissenschaftlich-methodischen Charakters sowie die Förderung der internationalen Beziehungen auf dem Gebiet der Sportmedizin als auch die Herstellung von Kontakten in die Bundesrepublik. Die Leitung der Sektion bestand aus dem Vorsitzenden, drei Stellvertretern und dem wissenschaftlichen Sekretär. Die Stellvertreter wurden je einem Aufgabengebiet zugeteilt: Kaderaus- und Weiterbildung, Forschung, nationale und internationale Verbindungen.³ Die Stellvertreterpositionen sollten im weiteren Verlauf durch je einen Vertreter des Sportmedizinischen Dienstes, die Präsidenten der Gesellschaft für Sportmedizin und des Instituts für Sportmedizin⁴ besetzt werden. Zudem wurden in der Sektion Sportmedizin entsprechend ihrer Aufgabenstellung Arbeitsgruppen gegründet. Sie bestanden aus einem Leiter und in der Regel vier bis sechs Mitgliedern.⁵

1961 bis 1966 existierten die Arbeitsgruppen (Leiter jeweils in Klammern)

- › Forschung (Strauzenberg)
- › Dokumentation (Tittel)
- › Volkssport und Popularisierung (Bürger)
- › Jugend- und Schulsport (Grimm)
- › Standardisierung von Untersuchungsmethoden (Frucht)

1966 bis 1970 existierten die Arbeitsgruppen

- › Forschung (Tittel)
- › Jugend- und Schulsport (Schnölling)

¹ Statut des Wissenschaftlich-Methodischen Rats des Staatssekretariats für Körperkultur und Sport (BArch DR 5 1738).

² Geschäftsordnung der Sektion Sportmedizin des Wissenschaftlich-Methodischen Rats des Staatssekretariats für Körperkultur und Sport (BArch DR 1738).

³ Ebd.

⁴ Das Institut für Sportmedizin der DHfK wurde als zentrales Leitinstitut für die sportmedizinische Forschung konzipiert. (vgl. hierzu 3.3).

⁵ Geschäftsordnung der Sektion Sportmedizin des Wissenschaftlich-Methodischen Rats des Staatssekretariats für Körperkultur und Sport (BArch DR 1738).

- Volkssport (Kabisch)
- Kaderaus- und Weiterbildung (Strauzenberg)
- Technische Ausrüstung (Kipke, Linke)⁶

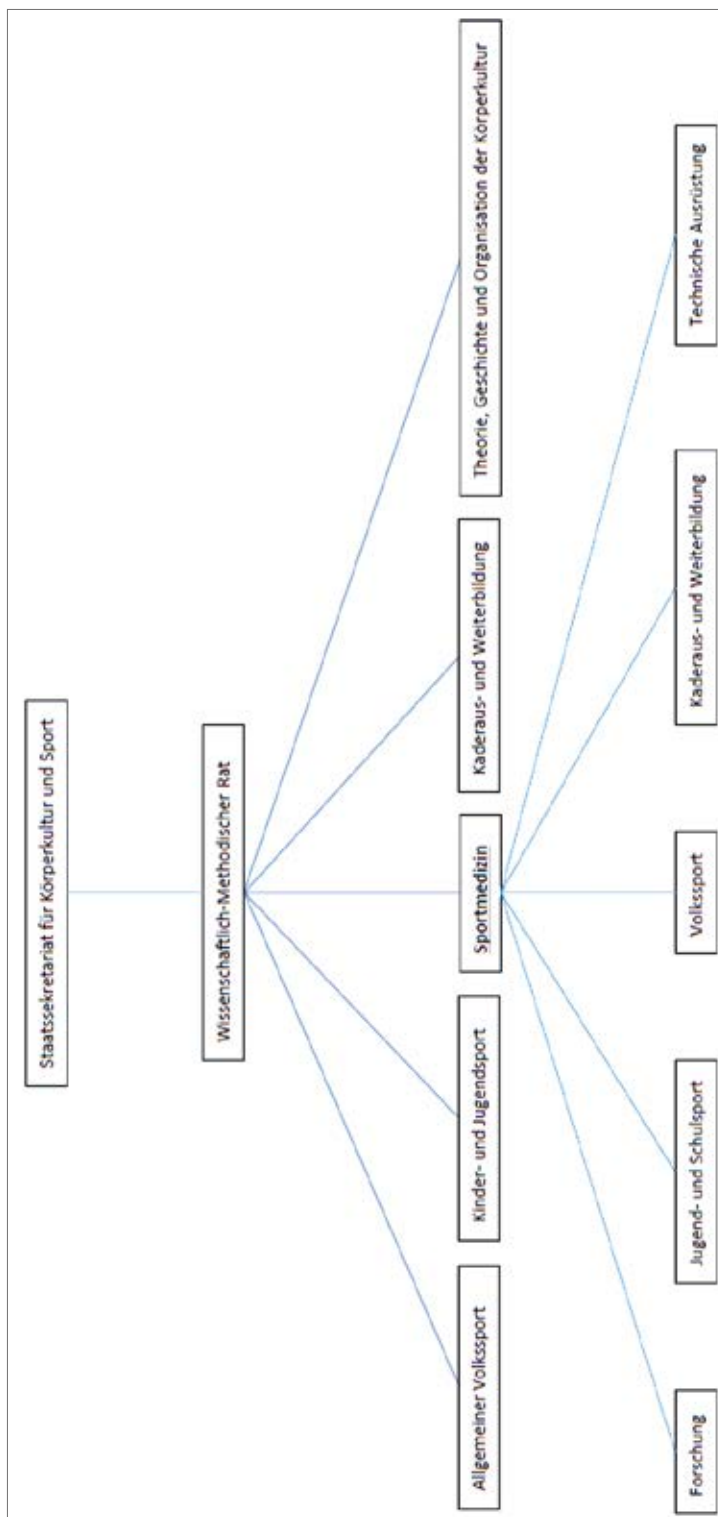


Abb. 4.2 Struktur des Wissenschaftlich-Methodischen Rates ab 1966.

⁶ Vgl. Strauzenberg (2005), S. 16.

Nachdem der Staatsratsvorsitzende Walter Ulbricht am 24. Juni 1962, durch den Präsidenten des DTSB Manfred Ewald inspiriert, die Geheimhaltung von Trainingserkenntnissen im Leistungssport angeordnet hatte, fanden Beratungen solcher Fragen ausschließlich in der Sektion Leistungssport des WMR statt. Ab Ende 1965 wurden trotz Vorbehalten einiger prominenter Sportmediziner (u. a. Ernest Strauzenberg) Fragen bezüglich des Leistungssports sowohl aus dem Arbeitsspektrum der Sektion Sportmedizin als auch der Gesellschaft für Sportmedizin ausgeschlossen.⁷

3.2 Der Sportmedizinische Dienst der DDR (SMD)

3.2.1 Der Beschluss über die Reorganisation der Sportmedizin in der DDR

Die medizinische Betreuung der Sportler in der DDR hatte sich seit 1953 in verschiedenen Bereichen und Organisationsformen unterschiedlich entwickelt. Das Ministerium für Gesundheitswesen spannte ein Netz von sportärztlichen Beratungsstellen in den Bezirken und Kreisen der DDR, deren Aufgabe im Wesentlichen in der Betreuung der Wettkampfsportler und in der Durchführung der gesetzlich festgelegten ärztlichen Kontrolle aller Sporttreibenden bestand. Zur Betreuung der Leistungssportler unter den sportspezifischen Bedingungen wurden durch den *Deutschen Turn- und Sportbund der DDR (DTSB) Ärzte für die Sportclubs und Sportverbände eingesetzt. Durch den medizinischen Dienst des Ministeriums des Inneren und dem Ministerium für Nationale Verteidigung wurden für ihre zugehörigen Sportclubs (Dynamo und Vorwärts) eigene sportmedizinische Beratungs- und Betreuungssysteme geschaffen. Das Ministerium für Volksbildung setzte in den Kinder- und Jugendsportschulen Sportärzte für die Betreuung des leistungssportlichen Nachwuchses ein. Das Staatliche Komitee für Körperkultur und Sport (SKS) gründete 1961 das Institut für Sportmedizin an der DHfK als wissenschaftliches Zentrum für Lehre, Forschung und Rehabilitation.*⁸

Anlässlich der Durchführung des VI. Parteitages der SED (15.–21. Januar 1963) beriet die Leitung des Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport und des Ministeriums für Gesundheitswesen über die Lage im Bereich der Sportmedizin und beauftragte in der Folge eine Arbeitsgruppe von Medizinern, Sportwissenschaftlern und Staatsfunktionären des Ministeriums für Gesundheitswesen und des Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport, die aktuelle Situation der Sportmedizin in der DDR zu analysieren und Vorschläge zur Verbesserung auszuarbeiten.⁹ Die Arbeitsgruppe stand unter der Leitung von Rudi Reimann, dem damaligen Stellvertreter des Staatssekretärs für Körperkultur und Sport. Der Arbeitsgruppe gehörten weiter an: Günther Herde, Mitarbeiter im SKS, sowie Irmgard Müller und A. Wagner als Vertreter des *Ministeriums für Gesundheitswesen (MfGW)*.¹⁰

In ihrem Bericht stellte die Arbeitsgruppe fest, dass durch die strukturell bedingte Zersplitterung der sportmedizinischen Arbeit sowohl die einheitliche Führung als auch eine straffe staatliche Leitung verhindert würden, die für eine ideale Entwicklung der Sportmedizin notwendig wären.¹¹ Darüber hinaus bliebe im Bereich des Ministeriums für Gesundheitswesen die Entwicklung der Sportmedizin hinter der vorrangigen Aufgabe der Sicherung der ambulanten und stationären medizinischen Betreuung der Bevölkerung zurück. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandene materielle und personelle Basis entspräche nicht den Erfordernissen einer flächendeckenden sportmedizinischen Betreuung der gesamten sporttreibenden Bevölkerung, die bereits Anfang der 1950er-Jahre seitens der DDR-Regierung gefordert worden war¹² und nehme deshalb ungenügenden Einfluss auf die Entwicklung von Körperkultur und Sport, die Gesundheitserziehung der Jugend und der Bevölkerung

⁷ Ebd.

⁸ Beschluss über die Reorganisation der Sportmedizin 1963 (BArch DR 5 3213).

⁹ Beschluss über die Reorganisation der Sportmedizin 1963 (BArch DR 5 3213).

¹⁰ Ebd.

¹¹ Bericht der Arbeitsgruppe über den Stand der Sportmedizin in der DDR bis 1962 (ohne Datum) (BArch DR 5 3213).

¹² Vgl. hierzu Rehmann (2017), S. 225–248.

sowie auf prophylaktische Gesundheitsmaßnahmen.¹³ Die bestehenden sportärztlichen Beratungsstellen seien auf ihre Aufgaben, den Leistungssport aktiv zu fördern, unzureichend vorbereitet. Ihre Tätigkeit beschränkte sich lediglich auf die Durchführung von Gesundheitskontrollen und Heilmaßnahmen, ohne die biologische Entwicklung der Sportler aus medizinischer Sicht mitzugestalten. Zudem seien Forschung und Lehre an den Universitäten und Hochschulen sowie in den staatlichen Forschungsplänen und Ausbildungsprogrammen kaum berücksichtigt worden. Dieser Missstand wirke sich auf die gesamte Sportwissenschaft aus, die von der aktiven Mitwirkung der Sportmedizin bei der Grundlagenforschung und Trainingsgestaltung abhängig sei. Gerade beim Leistungssport könnten nur gute Ergebnisse erzielt werden, wenn Sportmethodiker und Sportmediziner zusammenarbeiteten.¹⁴

Zur Überwindung der vorhandenen Disproportionen und zur optimierten Ausnutzung der vorhandenen Möglichkeiten hielt es die Arbeitsgruppe für notwendig, die gesamte sportmedizinische Betreuung in einem einheitlichen Organisationssystem zusammenzufassen, das eine straffe staatliche Leitung ermögliche und unter Wahrung der Komplexität der Sportwissenschaft die Sportmedizin enger als bisher mit den gesellschaftswissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Disziplinen verbinde. Auf dieser Grundlage wurde vorgeschlagen, einen einheitlichen, zentral geleiteten *Sportmedizinischen Dienst (SMD) zu bilden, der dem Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport zu unterstellen sei, das auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen für das Gesundheitswesen der DDR die Mitarbeit der Sportmedizin bei der Lösung der Aufgaben im Bereich Körperkultur und Sport gewährleiste. Die sportärztlichen Hauptberatungsstellen in den Bezirken sollten dabei zu Zentren der Betreuung der Nationalmannschaften und des Olympiakaders und ihres Nachwuchses entwickelt werden und das medizinische Personal übernahm in den Hauptberatungsstellen die sportmedizinische Betreuung der Sportklubs, Kinder- und Jugendsportschulen und der Trainingsstätten in ihrem Bereich. In den sportärztlichen Beratungsstellen in den Kreisen sollte die sportmedizinische Betreuung der gesamten sporttreibenden Bevölkerung verortet und Körperkultur und Sport als Mittel des vorbeugenden Gesundheitsschutzes sowie als Bestandteil einer gesunden Lebensführung propagiert werden.*¹⁵

Die Vorschläge der Arbeitsgruppe wurden den Stellvertretern der Vorsitzenden der Räte der Bezirke, den Bezirkssportärzten, den Clubleitern, den Verantwortlichen für Leistungssport der Bezirksvorstände des DTSB und den Verbandstrainern sowie bei Kreissportärztetagungen in mehreren Bezirken, bei Lehrgängen von Sportärzten an der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung und vor Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin in der DDR erläutert und zur Diskussion gestellt.¹⁶

Im Rahmen dessen gab es eine Anzahl von Äußerungen, die sich gegen die Bildung des Dienstes beim Staatlichen Komitee richteten. Es wurden Befürchtungen geäußert, der Sportmedizinische Dienst bekäme „Kaderschwierigkeiten“ in dem Sinne, dass nicht genügend medizinisches Personal zur Besetzung der Stellen und zur Erledigung der Aufgaben akquiriert werden könnte. Zudem wurde besonders das Argument einer Abspaltung der Sportmedizin vom Gesundheitswesen ins Feld geführt und damit verbunden auf die „Gefahr der wissenschaftlichen Isolierung und Reduzierung der Sportmedizin auf den (Leistungs-)Sport“ verwiesen.¹⁷

Trotz dieser Vorbehalte beschloss der Ministerrat am 14. Juni 1963, mit Wirkung zum 1. September 1963, „zur Verbesserung der sportmedizinischen Kontrolle der Bevölkerung“ *den Sportmedizinischen Dienst als eine zentrale Einrichtung beim Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport zu bilden.*¹⁸

¹³ Ebd.

¹⁴ Bericht der Arbeitsgruppe über den Stand der Sportmedizin in der DDR bis 1962 (ohne Datum) (BArch DR 5 3213).

¹⁵ Entwurf über die Bildung eines Sportmedizinischen Dienstes in der DDR (BArch DR 5 3213).

¹⁶ Brief Reimann an die Bezirkssportärzte der Sportmedizinischen Hauptberatungsstellen der DDR (BArch DR 5 3213).

¹⁷ Bericht der Arbeitsgruppe über den Stand der Sportmedizin in der DDR bis 1962 (ohne Datum) (BArch DR 5 3213).

¹⁸ Ministerratsbeschlusses vom 14.6.1963 über die Bildung des Sportmedizinischen Dienstes der DDR (BArch DR 5 2312).

3.2.2 Gründung des SMD

„Zur sportmedizinischen Betreuung und Kontrolle der sporttreibenden Bevölkerung, zur umfassenden medizinischen Volksaufklärung über den Wert von Körperkultur und Sport zur Stärkung der Gesundheit und Erhöhung der Leistungsfähigkeit wird mit Wirkung vom 1. September 1963 der Sportmedizinische Dienst gebildet.“¹⁹

Mit diesem Beschluss des Ministerrats wurden die bis dahin bestehenden sportmedizinischen Einrichtungen und Kräfte aus der regionalen Verantwortung, d. h. aus der Verantwortung der Kreise und Bezirke, herausgelöst, zu einer eigenständigen flächendeckenden Gesundheitseinrichtung, dem *Sportmedizinischen Dienst der DDR, zusammengeschlossen und personell und fachlich zentral geleitet. Der SMD übernahm dabei alle in der DDR bereits existierenden sportmedizinischen Einrichtungen (Sportmedizinische Haupt- und Kreisberatungsstellen), das bisher auf dem Gebiet der Sportmedizin tätige Personal sowie das Vermögen und den „Haushalt“ (die Gesamtheit der Geldmittel) der Sportmedizin der DDR.*²⁰

Der Sportmedizinische Dienst wurde als eine nachgeordnete selbstständige Einrichtung dem Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport beim Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik zugeordnet. Er hatte seinen Sitz Berlin. Trotz der organisatorischen Eingliederung in das SKS galten im SMD die gesetzlichen Bestimmungen des staatlichen Gesundheitswesens. Dem Ministerium für Gesundheitswesen oblag dabei die *fachliche Anleitung und Aufsicht des SMD in der Durchführung des Allgemeinen Gesundheitsschutzes.*²¹

3.2.3 Aufgaben des SMD

Dem Statut entsprechend war der Sportmedizinische Dienst „eine medizinische Einrichtung zur sportmedizinischen Betreuung und Kontrolle der sporttreibenden Bevölkerung“ und sollte dazu beitragen, dass „Körperkultur und Sport als Mittel zur Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie als Bestandteil einer gesunden Lebensführung immer stärker wirksam werden.“ Die sportmedizinische Betreuung und Kontrolle bezog sich dabei auf drei Ebenen:

1. Eine allgemeine sportmedizinische Grundbetreuung. Dazu zählte die Organisation der medizinischen Betreuung von Sportveranstaltungen in Zusammenarbeit mit den Organen des Deutschen Roten Kreuzes, des Deutschen Turn- und Sportbundes und der Hygieneinspektion sowie die Mitwirkung aus sportmedizinischer Sicht bei der methodischen Anleitung der Organe des Feriendienstes des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes und der staatlichen Organe des Gesundheitswesens für die sportliche Betätigung der Urlauber und Kurpatienten in den Ferienheimen und Kureinrichtungen. Die sportmedizinische Betreuung beinhaltete dabei vornehmlich die Durchführung von Sporttauglichkeitsuntersuchungen, Schulsportbefreiungen, laufenden Gesundheitskontrollen, prophylaktischen und therapeutischen sowie sporthygienischen Maßnahmen.²²
2. Eine sportmedizinische Spezialbetreuung für Leistungs- und Spitzensportler der Sportverbände des Deutschen Turn- und Sportbundes.
3. Eine hochspezialisierte sportmedizinische Betreuung für die komplexe Leistungsdiagnostik im Spitzensport und für erkrankte und verletzte Leistungssportler.

¹⁹ Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963 (BArch DR 5 2312).

²⁰ Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963 (BArch DR 5 2312).

²¹ Ebd.

²² Ebd.

Neben den sportmedizinischen Betreuungs- und Kontrollaufgaben war der SMD für die Bearbeitung von sportmedizinischen Themen im Rahmen der staatlichen Forschungspläne und die Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Rahmen der medizinischen Volksaufklärung über den „Wert von Körperkultur und Sport für die Stärkung der Gesundheit und die Steigerung der Leistungsfähigkeit“ verantwortlich, dies mit dem Ziel, „immer breitere Kreise der Bevölkerung, insbesondere alle Kinder und Jugendlichen für eine regelmäßige sportliche Betätigung und eine gesunde Lebensführung zu gewinnen.“²³

Zur Lösung seiner Aufgaben arbeitete der Sportmedizinische Dienst mit den Organen des Staatsapparates und gesellschaftlichen Organisationen, insbesondere mit den staatlichen Organen des Gesundheitswesens, den Vorständen des Deutschen Turn- und Sportbundes und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin in der DDR zusammen.²⁴

3.2.4 Struktur der Leitung des SMD

Direktor des SMD

Der Direktor war als staatlicher Einzelleiter für die einheitliche politische, fachliche, wissenschaftliche, ökonomische und organisatorische Leitung des SMD verantwortlich und dem Staatssekretär für Körperkultur und Sport gegenüber rechenschaftspflichtig.²⁵ Er trug die volle Verantwortung für die Durchführung der Beschlüsse von Partei und Regierung und hatte unter Führung der Parteiorganisation gemeinsam mit den gesellschaftlichen Organisationen die Hauptaufgaben des SMD zu sichern. Er traf im Rahmen der vorgegebenen Führungsgrößen die erforderlichen Entscheidungen. Dabei stützte er sich auf wissenschaftlich fundierte Analysen, Prognosen und andere Informationen der Abteilungen. In seiner Leitungstätigkeit wurde er durch den 1. Stellvertreter und Generalsekretär und durch die jeweiligen Stellvertreter der verschiedenen Abteilungen des SMD unterstützt.²⁶ Zudem unterstanden dem Direktor die jeweiligen Leiter

- › des Zentralinstituts des Sportmedizinischen Dienstes Kreischa (ab 1969)
- › der Sportärztlichen Hauptberatungsstellen der Bezirke
- › der Ärztekommisionen der Sportverbände
- › der Abteilungen Sportmedizin der Sportschulen
- › der sportmedizinischen Einrichtungen der bewaffneten Organe (entsprechend spezifischer Vereinbarungen)

Erster Stellvertreter des Direktors und Generalsekretär des SMD

Der Generalsekretär war ständiger Stellvertreter des Direktors des SMD. Im Auftrag des Direktors des SMD war er verantwortlich für die Sicherung einer planmäßigen und systematischen politisch-ideologischen Arbeit im SMD sowie die Durchführung von Anleitungs- und Kontrollmaßnahmen bei der Realisierung der Beschlüsse und Weisungen. Dazu erarbeitete er Analysen, Berichte und Entscheidungsvorschläge in Fragen der Wirksamkeit der Einrichtungen des SMD. Primär ging es dabei um Erarbeitung und Vervollkommnung von Erziehungs-, Aus- und Weiterbildungsprogrammen sowie Anleitung und Kontrolle der Leiter der Ausbildungseinrichtungen.²⁷

²³ Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963 (BArch DR 5 2312).

²⁴ Ebd.

²⁵ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

²⁶ Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963 (BArch DR 5 2312).

²⁷ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

Ihm unterstanden unmittelbar

- › der Leiter der Organisation/Inspektionsabteilung
- › Kaderleiter²⁸

Zudem war es für die politische Anleitung bei der Herausgabe der Zeitschrift *Medizin und Sport, die Anleitung des Chefredakteurs sowie für die Kontrolle der Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich*.²⁹ Die Stelle des Generalsekretärs im SMD wurde erst 1974 geschaffen, im Zuge der zentralistischen Bestrebungen der SED zur politisch-ideologischen Kontrolle gesellschaftlicher Institutionen und Organe.

Stellvertreter des Direktors und Chefarzt für Leistungssport

Der Chefarzt für Leistungssport war für die Durchführung der politischen und fachlichen Aufgaben der sportmedizinischen Betreuung im Leistungssport (Förderstufe I und II) mit dem Ziel der Erfüllung der Leistungsaufträge der olympischen Sportverbände des DTSB sowie der Mitwirkung bei der inhaltlichen Orientierung für die sportmedizinische Betreuung der Sportler der Förderstufe I verantwortlich.³⁰ Dazu erarbeitete er Grundlagendokumente, Konzeptionen, Programme und Aufgabenstellungen für die einheitliche Leitung der sportmedizinischen Betreuung des Leistungssports (z.B. die sportmedizinischen Verbandsprogramme) und sicherte ihre Durchführung.³¹ Zur Erarbeitung zentraler Programme für die Leistungsdiagnostik, der Mitwirkung bei der Gestaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebes sowie der gesundheitlichen Betreuung in Prophylaxe, Therapie, Rehabilitation und Metaphylaxe arbeitete er unmittelbar mit den olympischen Sportverbänden des DTSB zusammen. Dabei war er auch für die Vorbereitung und Durchführung der sportmedizinischen Betreuung bei international bedeutsamen Wettkämpfen der olympischen Sportverbände verantwortlich.³²

Stellvertreter des Direktors und Chefarzt für Wissenschaftsentwicklung

Der Chefarzt für Wissenschaftsentwicklung war für die Lösung der politischen und wissenschaftlichen Aufgabe der Forschung in der Sportmedizin der DDR und deren Entwicklung im Interesse einer „unmittelbaren Praxiswirksamkeit“ verantwortlich. Dies bedeutete, dass die Forschung vor allem anwendungsbezogen, auf eine bestimmte sportmedizinische Problemstellung bezogen sein sollte. Er erarbeitete Grundsatzmaterialien zur Wissenschaftsentwicklung und sollte die Entwicklung des wissenschaftlichen Lebens entsprechend den Schwerpunkten des Leistungssports fördern. Ein wesentlicher Schwerpunkt lag im Bereich der Fertigung von Sportgeräten und -anlagen.³³

Stellvertreter des Direktors und Chefarzt für Allgemeine Sportmedizinische Betreuung

Das Aufgabengebiet des Chefarztes für die Allgemeine Sportmedizinische Betreuung lag in der Lösung der politischen und fachlichen Aufgaben der sportmedizinischen Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung, insbesondere des Schulsports, des allgemeinen Übungs-, Trainings- und Wettkampfbetriebs sowie des Freizeit- und Erholungssports. Dies beinhaltete die Organisation der sportmedizinischen Betreuung von zentralen Großveranstaltungen des Sports und der Spartakadenbewegung.³⁴ Er wurde als Unterstützer der Gesundheitserziehung der Bevölkerung verstanden

²⁸ Ebd.

²⁹ Ebd.

³⁰ Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963 (BArch DR 5 2312).

³¹ Ebd.

³² Ebd.

³³ Ebd.

³⁴ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

und war in diesem Sinne verantwortlich für die Propagierung und Anwendung von Sport in Prophylaxe, Therapie, Rehabilitation und Metaphylaxe. In diesem Kontext hatte er die inhaltlichen Aufgaben für die allgemeine Betreuung und Anwendung sportmedizinischer Erkenntnisse im Bereich des Gesundheitswesens zu definieren und durchzusetzen.³⁵ Dabei ging es vornehmlich um Konzeptionen und Aufgabenstellungen für die einheitliche Durchführung sportmedizinischer Kontrollen in den verantwortlichen Einrichtungen. Zudem war er für die Zusammenarbeit mit den nicht olympischen Sportverbänden des DTSB verantwortlich sowie für die Koordinierung und Durchführung der sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Förderstufe I, entsprechend der Leistungsaufträge der olympischen Sportverbände.³⁶

Stellvertreter des Direktors für Ökonomie und Planung

Der Stellvertreter des Direktors für Ökonomie und Planung war für die personelle, finanzielle und materielle Entwicklung des Sportmedizinischen Dienstes verantwortlich. Er erarbeitete Kosten-, Kader- und Materialanalysen. Durch ihn wurden auch pharmazeutische Präparate, Anlagen und Geräte beschafft.³⁷

Kaderleiter

Der Kaderleiter unterstand dem Direktor und war in der politischen und organisatorischen Anleitung und Kontrolle dem Generalsekretär zugeordnet. Er war für den Bereich der Weiterbildung im SMD verantwortlich. Er hatte Kaderprogramme und Kaderentwicklungspläne zu erarbeiten. Dabei entstanden diverse Kaderanalysen, Kaderstatistiken, Arbeitskräfteanalysen sowie Analysen über politische, fachliche und altersmäßige Zusammensetzung des Kaderbestandes des SMD mit Schlussfolgerungen für die aufgabenbezogene Weiterbildung.³⁸

Leiter der Abteilung Organisation/Inspektion

Der Leiter der Abteilung Organisation/Inspektion war für die Erarbeitung und Vervollkommnung von Führungskonzeptionen zur Durchführung der politischen und organisatorischen Arbeit sowie für die Sicherung einer hohen Leistungsfähigkeit aller Einrichtungen des SMD, bei der Durchführung der Beschlüsse von Partei und Regierung unter Beachtung der Schwerpunktaufgaben des Leistungssports sowie für die Vorbereitung und Durchführung von komplexen Operativeinsätzen zur Kontrolle und Unterstützung der Hauptaufgaben des SMD unter Einbeziehung von Mitarbeitern der diesbezüglichen Bereiche verantwortlich.³⁹

³⁵ Ebd.

³⁶ Ebd.

³⁷ Ebd.

³⁸ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

³⁹ Ebd.

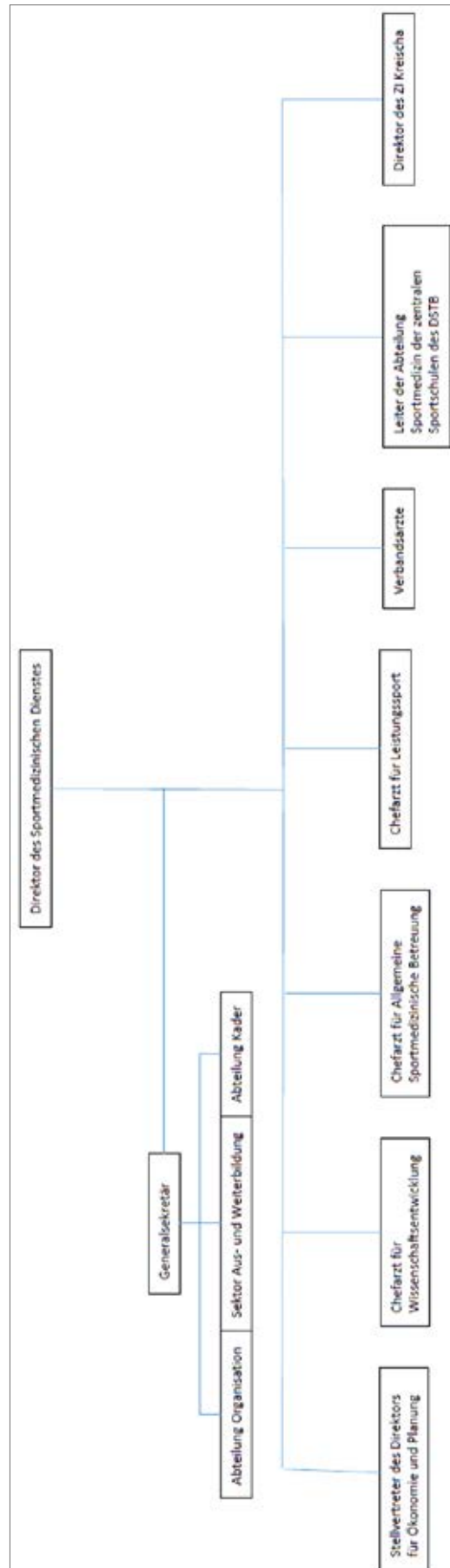


Abb. 4.3 Struktur der Leitung des SMD ab 1974

3.2.5 Sportärztliche Hauptberatungsstellen (SHB)

Die Sportärztlichen Hauptberatungsstellen (SHB) waren Einrichtungen des Leistungssports und übernahmen die Betreuung der Leistungssportler in der Förderstufe II und III, wurden aber auch bei der Klärung gesundheitlicher Probleme bei Sportlern der Förderstufe I sowie die Durchführung der Aufnahmeuntersuchung bei Sportlern der Förderstufe I zur KJS mit einbezogen. In den SHB wurden die sogenannten *dezentralen leistungsphysiologischen Untersuchungen* nach zentral vorgegebenen Untersuchungsprogrammen für von Sportverbänden ausgewählte Kaderkreise bzw. Sportler durchgeführt. Gleichzeitig waren die SHB auch Forschungsstellen, an denen die zentral bestätigten sportmedizinischen Forschungsthemen bearbeitet wurden. Zudem waren sie Ausbildungsstätten von Ärzten zum Facharzt für Sportmedizin.⁴⁰

In jedem der 15 Bezirke der DDR war der Bezirkssportarzt für die sportmedizinischen Betreuungsaufgaben seines Territoriums verantwortlich. Er war gleichzeitig Leiter der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle. Der Bezirkssportarzt war für die Leitung des SMD im Bezirk verantwortlich und damit für die Durchführung der Beschlüsse von Partei und Regierung. Er unterstand direkt dem Direktor des SMD bzw. war ihm gegenüber rechenschaftspflichtig. Er war in seiner Einrichtung für die Erarbeitung und Erfüllung des Teiles Leistungssport der *5-Jahres-* bzw. der *Volkswirtschaftspläne* des Sportmedizinischen Dienstes des Bezirkes verantwortlich. Dies umfasste die Planung und Leitung der sportmedizinischen Arbeit im Leistungssport in den Sportclubs und den KJS, die Entwicklung wissenschaftlicher Kapazitäten zur Realisierung von Forschungsvorhaben des Leistungssports entsprechend der vorgegebenen Forschungsthemen sowie die Weiterbildung aller Mitarbeiter der Einrichtungen, nicht zuletzt der Facharztkandidaten für Sportmedizin.⁴¹

Die innere Struktur der Sportärztlichen Hauptberatungsstellen sollte mit Gründung des SMD nach einheitlichen Prinzipien neu gestaltet werden. Dabei dienten die Sportärztlichen Hauptberatungsstellen Berlin, Jena und Dynamo Berlin als Vorbild. In den Territorien, in denen größere Sportclubs zu betreuen waren, wurden in den SHB Abteilungen für Clubbetreuung, für funktionelle Diagnostik und für ambulante sportmedizinische Betreuung geschaffen.⁴² In den Bezirken, in denen keine Clubs zu betreuen waren, wurde der Schwerpunkt der Arbeit in diesen Einrichtungen auf die Betreuung der KJS-Sportler und die Unterstützung der sportmedizinischen Betreuung der Sportler in den Trainingszentren und Trainingsstützpunkten gerichtet.⁴³

3.2.5.1 Personelle Struktur der SHB

Stellvertreter des Bezirkssportarztes für Leistungssport

Der Stellvertreter des Bezirkssportarztes für Leistungssport war gleichzeitig Leiter der Abteilung Clubbetreuung in der SHB und verantwortlich für die politischen und fachlichen Aufgaben der Betreuung des Leistungssports in der DDR (Förderstufe II und III). Die Erfüllung der Leistungsaufträge der Sportclubs des DTSB in den olympischen Sportarten stand dabei im Zentrum. Zudem wirkte er bei der inhaltlichen Orientierung für die sportmedizinische Betreuung der Förderstufe I mit. Des Weiteren bildete er die Schnittstelle des SMD mit der Leitung der Sportclubs und den Direktoren der KJS. Er war dabei für die Durchsetzung der zentralen sportmedizinischen Programme, Methoden und Standards sowie Weisungen für die Leistungsdiagnostik, der Mitgestaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebs verantwortlich.⁴⁴

⁴⁰ Vorlage für die Dienstbesprechung des Staatssekretariats am 19.11.1973. (Konzeption für die weitere Entwicklung des SMD bis 1980) (BArch DR 5 2312).

⁴¹ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

⁴² Bericht über den Stand der Einbeziehung der sportmedizinischen Einrichtung in die Olympiavorbereitung 1963 (BArch DR 5 3213).

⁴³ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082)

⁴⁴ Ebd.

Stellvertreter des Bezirkssportarztes für allgemeine sportmedizinische Betreuung

Der Stellvertreter des Bezirkssportarztes und Leiter der Abteilung allgemeine sportmedizinische Betreuung war für die politischen und fachlichen Aufgaben der sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Förderstufe I verantwortlich, mit dem Ziel der Erfüllung der Leistungsaufträge der Leitungen des DTSB. Zudem war er für die Organisation der sportmedizinischen Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung, insbesondere des Schul-, Hochschul- und Lehrlingssports, des allgemeinen Übungs-, Trainings- und Wettkampfbetriebes des DTSB sowie des Freizeit- und Erholungssports zuständig. Gleichzeitig arbeitete er mit den staatlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen und unterstützte diese bei der Anwendung sportmedizinischer Erkenntnisse im Bereich Prophylaxe, Therapie. Zudem organisierte er die Kreissportärztetagen in den jeweiligen Bezirken.⁴⁵

Wissenschaftlicher Mitarbeiter für Organisation/Kader

Der Wissenschaftliche Mitarbeiter für Organisation/Kader war verantwortlich für die planmäßige und systematische politisch-ideologische Arbeit. Er erarbeitete Analysen, Berichte und Entscheidungsvorschläge zu Fragen der Wirksamkeit der einzelnen Abteilungen und Einrichtungen, führte kaderpolitische Aufgaben durch und war für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig.⁴⁶

3.2.5.2 Abteilungen der SHB

Innerhalb der SHB wurden je nach Struktur des Sports in den Bezirken verschiedene Abteilungen ausgebildet:

Abteilung Clubbetreuung

In dieser Abteilung wurde durch den Stellvertreter des Bezirkssportarztes für Leistungssport die sektionsärztliche Betreuung der Leistungssportler nach dem Hausarztprinzip organisiert.⁴⁷

Dies beinhaltete die Einflussnahme auf die Belastungsgestaltung der Leistungssportler auf der Grundlage ärztlicher Beobachtungs- und Untersuchungsergebnisse, die Beratung der Trainer und der Clubleitungen in sportmedizinischen und sporthygienischen Fragen sowie sporthygienischer Überwachung der Internate, Trainings- und Wettkampfstätten. Entsprechend der im Bezirk zu betreuenden Sportclubs – außer den Fußballclubs – waren in einer SHB eine oder mehrere Abteilungen Clubbetreuung zu schaffen. Dieser Abteilung gehörten alle Sektionsärzte und KJS-Ärzte an.⁴⁸

Programmatisch war die ärztliche Tätigkeit auf den langfristigen Leistungsaufbau der Sportler ausgerichtet und verfolgte das Grundprinzip: „Gesundheit erhalten, Leistungsfähigkeit fördern, Disharmonien erkennen (und beseitigen), Regenerationsprozesse beschleunigen.“⁴⁹ Durch regelmäßige Sektionsvisiten und Trainingshospitationen sowie Grund- und Kontrolluntersuchungen wurde insbesondere Einfluss auf die Belastbarkeit und Wiederherstellungsprozesse der trainierenden Sportler genommen. Die inhaltliche Gestaltung der sportmedizinischen Betreuung vollzog sich nach Vorgaben, die in den sportmedizinischen Verbandsprogrammen festgelegt waren (siehe Punkt 5.6).⁵⁰

Unter Berücksichtigung der wachsenden Bedeutung des Kinder- und Nachwuchssports der Förderstufe II wurde in vielen Bezirken, in denen neben dem *Sportclubs* (SC) größere oder mehrere *Kinder- und Jugendsportschulen* (KJS) bestanden, innerhalb der Clubbetreuung ein Sektor Kinder- und Nachwuchssport geschaffen (Leipzig, Berlin, Halle, Karl-Marx-Stadt, Rostock, Magdeburg und

⁴⁵ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

⁴⁶ Ebd.

⁴⁷ Aufgaben des Sektionsarztes (ohne Datum) (BArch DR 5 1834).

⁴⁸ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

⁴⁹ Bericht über den Stand der sportmedizinische Arbeit an der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle Rostock (BArch DR 5 2132).

⁵⁰ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

Dresden).⁵¹ Für die SHB Leipzig mit zwei Sportclubs, aber nur einer KJS, wurde der Leiter der Abteilung Kinder- und Nachwuchssport direkt dem Leiter der SHB unterstellt. Der Sektionsleiter für Kinder- und Nachwuchssport bzw. der KJS-Arzt hatte seinen Sitz an der KJS. Er leitete die gesundheitliche Kontrolle aller Schüler und koordinierte die regelmäßige Sprechstundentätigkeit an den Schulen. Er sicherte die schulhygienischen Belange und nahm Einfluss auf die Ernährungs- und Trainingsgestaltung der Schüler. Er kontrollierte die Einhaltung der Bestimmungen im Rahmen des Jugendgesundheitsschutzes und war verantwortlich für die Information der Kreissportärzte über sportmedizinische Auswahlkriterien für die KJS-Aufnahme.⁵² Er unterstützte die sportmedizinische Betreuung der Sportler der Förderstufe I in Vorbereitung ihrer Aufnahme in die Förderstufe I bzw. Förderstufe II.

Zur schnellstmöglichen Klärung gesundheitlicher Probleme, die zu Trainingsausfall oder Leistungsabfall führten, wurde vom Abteilungsleiter Clubbetreuung (auch Stellvertreter Leistungssport) ein sogenanntes ärztliches Konzilium zusammengeführt. Es entschied gemeinsam mit den betreffenden Sportlern und Trainern über medizinische Sofortmaßnahmen, Rehabilitation bzw. Änderungen in den Trainingsplänen.⁵³

Abteilung Funktionelle Diagnostik

Die ärztliche Mitwirkung bei der Trainings- und Belastungsgestaltung erforderte den Aufbau einer umfassenden sportmedizinischen Leistungsdiagnostik. Durch diese Abteilung sollte „der wissenschaftliche Vorlauf“, eine Vorbereitung und Orientierung auf dem Gebiet der Funktionsdiagnostik durch die Ausarbeitung bzw. Weiterentwicklung von speziellen funktionsdiagnostischen Untersuchungsverfahren gegeben werden. Dies beinhaltete die Erarbeitung von weiterführenden Fragestellungen auf dem Gebiet der Funktionsdiagnostik bzw. die Beratung und Unterstützung von Forschungsvorhaben in diesem Bereich. Durch die Abteilung wurde die dezentrale oder zentrale Funktionsdiagnostik in Zusammenarbeit mit den KJS- und Sektionsärzten organisiert und durchgeführt, das gewonnene Untersuchungsmaterial ausgewertet und die KJS- und Sektionsärzte sowie Trainer bei der Interpretation der Ergebnisse beraten und unterstützt.⁵⁴

In der 2. Hälfte der 1950er-Jahre und Anfang der 1960er-Jahre wurden zunächst einfache Leistungsprüfverfahren bzw. Regulationsprüfungen wie Schellong-Test, Pressdruckversuche oder Kletterstufen (Kaltenbach, Klepzig, Ruffier, Master, Hettinger) durchgeführt. Danach begann der Aufbau der Fahrradergometrie und Spiroergometrie. Auf einem wirbelstromgebremsten Fahrradergometer und dem Spirolyt-Gerät fanden Einschätzungen der körperlichen Leistungsfähigkeit für Leistungs- und Volkssportler, Studenten und Patienten statt. In Rostock wurden in Zusammenarbeit mit der kardiologischen Abteilung der Universität Rostock abgewandelte Funktionstests zur Aufdeckung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. Einschätzungen der kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit vor Operationen durchgeführt.⁵⁵ Damit spielte die Fahrradergometrie sowohl für den Sport als auch für den Bereich der präventiven, kurativen und rehabilitativen Medizin eine wesentliche Rolle.

In den folgenden Jahren entwickelte sich die Ergometrie in Form von Spezialergometern mit entsprechenden Programmen weiter: Laufbandergometer, Ruder- und Kanu-Ergometer, Schwimm-Ergometer. Als Parameter standen für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einzelner Funktionssysteme zur Verfügung:

⁵¹ Hauptaufgaben des Bezirkssportarztes und Chefarztes der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle, seiner Stellvertreter sowie des Wiss. Mitarbeiters für Org./Kader 1974 (BArch DR 5 2082).

⁵² Jahresberichterstattung über die Arbeit des SMD des Bezirkes Leipzig 1966 (BArch DR 5 178).

⁵³ Bericht über den Stand der sportmedizinische Arbeit an der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle Rostock (BArch DR 5 2132).

⁵⁴ Hauptaufgaben des Bezirkssportarztes und Chefarztes der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle, seiner Stellvertreter sowie des Wiss. Mitarbeiters für Org./Kader 1974 (BArch DR 5 2082).

⁵⁵ Bericht über den Stand der sportmedizinische Arbeit an der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle Rostock (BArch DR 5 2132).

- › Ø O²-Aufnahme, CO²-Abgabe
- › Ø Relative O²-Aufnahme, respiratorischer Quotient
- › Ø O²-Puls und Atemäquivalent
- › Ø Herzfrequenz- und EKG-Überwachung
- › Ø Laktatleistungskurve

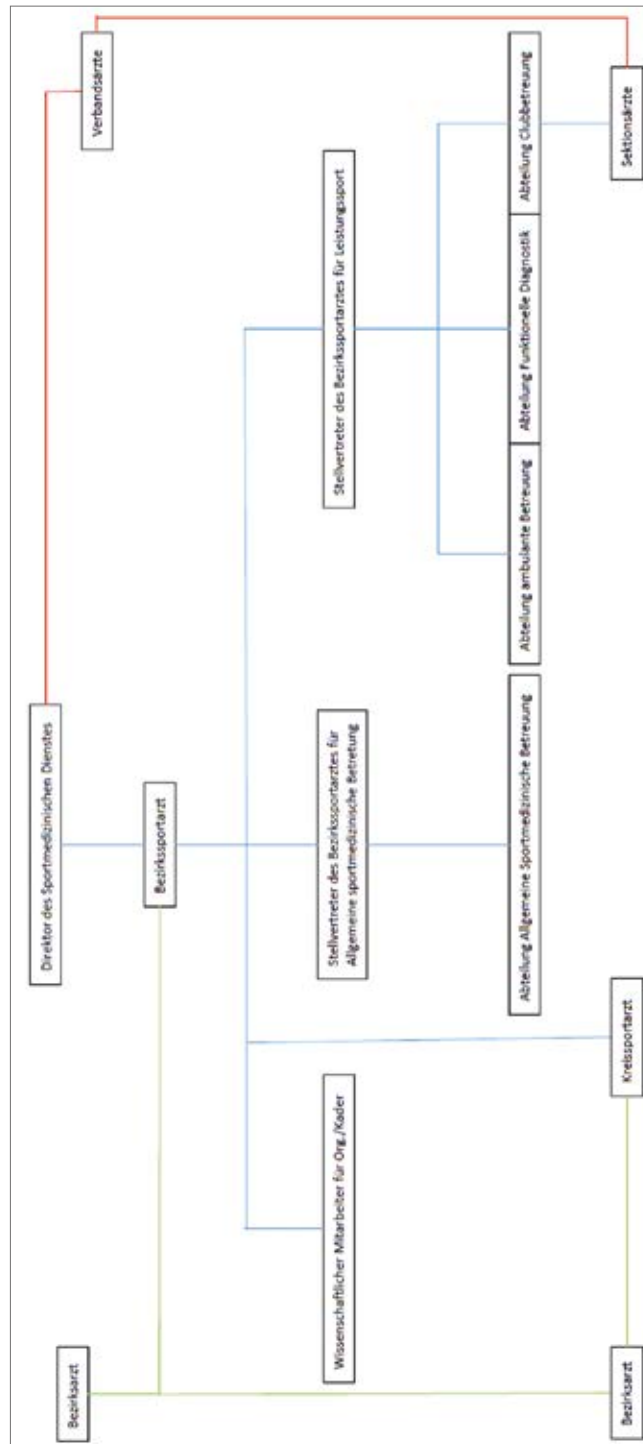


Abb. 4.4 Exemplarische Struktur des SMD in den Bezirken ab 1974

Neben der leistungsdiagnostischen Arbeit war es gleichzeitig die Aufgabe eines biochemischen Laboratoriums, die klinisch-chemischen und hämatologischen Untersuchungen zur Gesundheitskontrolle der Sportler durchzuführen. Beide Aufgaben verlangten ein einsatzfähiges biochemisches Labor.⁵⁶

Abteilung ambulante Betreuung

Das Potenzial der Ambulanz stand vorrangig für die gesundheitliche Betreuung der Leistungssportler in den Bezirken zur Verfügung. Dazu sollte eine tägliche *sportärztliche Sofortsprechstunde* in der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle durch einen Facharzt für Sportmedizin eingeführt werden. Daneben gab es auch Sprechstunden der Fachgebiete Traumatologie, Innere Medizin, HNO, Gynäkologie und Kinderheilkunde. Die Aufgabe eines Pädiaters konnten von einem KJS-Arzt wahrgenommen werden. Zur Abteilung Ambulante Betreuung gehörten auch die Röntgendiagnostik und Physiotherapie sowie ein Zahnarzt. Die ambulante Betreuung musste unter Beachtung der bis in die Abendstunden reichenden Trainingszeiten der Leistungssportler mindestens über zwölf Stunden am Tag voll arbeitsbereit sein.⁵⁷

Einen zentralen Aufgabenbereich im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung der Sportler hatte in der Abteilung Ambulanz der Bereich Physiotherapie. Bereits Ende der 1960er- und Anfang der 1970er-Jahre kamen dort regelmäßige physiotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung.⁵⁸

In Zusammenarbeit mit dem Kreissportarzt fanden in der Abteilung auch weitere gesundheitliche Kontrollen und Behandlungen für den Schul- und Studentensport, dem Vereins- bzw. Volkssport sowie dem Wettkampfsport (ärztliche Betreuung von Sportveranstaltungen) statt. Darüber hinaus übernahmen die Mitarbeiter der Ambulanz die medizinische Betreuung der Angestellten des Sportclubs, der Sportstätten sowie der Mitarbeiter der SHB.⁵⁹

3.2.6 Sportärztliche Kreisberatungsstellen und sportärztliche Beratungsstellen in den Kreisen

Die Sportärztlichen Kreisberatungsstellen bzw. sportärztlichen Beratungsstellen in den Kreisen wurden zur Erfüllung der Aufgaben des Sportmedizinischen Dienstes in den Territorien eingerichtet. Auch sie waren Einrichtungen des Sportmedizinischen Dienstes und wurden zentral geleitet. Sie arbeiteten territorial auf der Grundlage zentraler Beschlüsse und Weisungen. Sitz der Sportärztlichen Kreisberatungsstelle war die jeweilige Kreisstadt. Der Sitz weiterer Sportärztlicher Beratungsstellen in den Kreisen wurde auf der Grundlage der politischen Gliederung des Kreisgebietes durch den zuständigen Bezirkssportarzt in Übereinstimmung mit dem Direktor des Sportmedizinischen Dienstes festgelegt.⁶⁰

Diensträume mussten durch den Rat des Kreises zur Verfügung gestellt werden. Die personelle Besetzung sowie die materielle Ausstattung der Sportärztlichen Kreisberatungsstellen und Sportärztlichen Beratungsstellen in den Kreisen erfolgten auf der Grundlage der Stellenpläne sowie des *Ausstattungsnormativ des Sportmedizinischen Dienstes für Sportärztliche Kreisberatungsstellen* und wurden durch den Bezirkssportarzt realisiert. Nebenamtlich tätige Kreissportärzte nutzten gemäß dem Statut des Sportmedizinischen Dienstes Einrichtungen des örtlichen Gesundheitswesens mit deren Ausstattung und technischen Hilfsmitteln. Das hierfür erforderliche mittlere medizinische Personal wurde über die Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Kreises zur Verfügung gestellt.⁶¹

⁵⁶ Ebd.

⁵⁷ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

⁵⁸ Hauptaufgaben des Bezirkssportarztes und Chefarztes der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle, seiner Stellvertreter sowie des Wiss. Mitarbeiters für Org./Kader 1974 (BArch DR 5 2082).

⁵⁹ Ebd.

⁶⁰ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

⁶¹ Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963 (BArch DR 5 2312).

Der Kreissportarzt war verantwortlich für die Planung, Leitung und Realisierung der sportmedizinischen Arbeit im Kreis und war Leiter der Sportärztlichen Kreisberatungsstelle. Er war dem Bezirkssportarzt unterstellt und diesem rechenschaftspflichtig. Diese wiederum waren dem jeweiligen Kreissportarzt unterstellt und gegenüber den Mitarbeitern in ihrer Beratungsstelle weisungsbefugt. Grundlegendes Planungs- und Leitungsinstrument für die gesamte sportmedizinische Arbeit im Kreis war die jeweilige volkswirtschaftliche Aufgabenstellung, die Teil des Volkswirtschafts- und Haushaltsplanes der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle des Bezirkes war. Zur Lösung seiner Leitungs- und Planungsaufgaben strebte der Kreissportarzt eine Zusammenarbeit vor allem mit dem DTSB-Kreisvorstand, der Kreisnachwuchskommission, den Abteilungen Jugendfragen, Körperkultur und Sport, Gesundheits- und Sozialwesen und Volksbildung beim Rat des Kreises sowie mit den gesellschaftlichen Organisationen im Kreis hinsichtlich der Planung und Durchsetzung der sportmedizinischen Betreuung an.

Zu den zentralen Aufgaben der Kreisberatungsstellen gehörte die Sicherung der sportmedizinischen Betreuung und Kontrolle der Kinder und Jugendlichen in den Trainingszentren und -stützpunkten mit dem Ziel der Erfüllung der Leistungsaufträge der Leitung des DTSB. Zudem war er für die sportmedizinische Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung, insbesondere des Schul-, Hochschul- und Lehrlingssports (Schulportbefreiung), des allgemeinen Übungs- und Trainingsbetriebes des DTSB (Tauglichkeitsuntersuchung), des Freizeit- und Erholungssports unter Einbeziehung anderer Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens verantwortlich sowie für die sportmedizinische Kontrolle und Betreuung bei sportlichen Großveranstaltungen in dem jeweiligen Kreis (Spartakiaden, Turn- und Sportfeste). Dazu zählte auch die Unterstützung der örtlichen Organe und Institutionen beim Aufbau von Sportanlagen.⁶²

Der Umfang der Betreuungsaufgaben ergab sich aus der Anzahl der aktiven Sportler des Kreises, der Anzahl der Schüler, Berufsschüler und Studenten, der Anzahl der Trainierenden in den Trainingszentren und der Anzahl der zu betreuenden Sportveranstaltungen im Kreis.

3.2.7 Verbandsärzte des DTSB

Die Verbandsärzte wurden in Übereinstimmung mit dem Präsidium des Sportverbandes durch den Direktor des Sportmedizinischen Dienstes eingesetzt. Alle hauptamtlichen Verbandsärzte waren für ihre Gesamttätigkeit dem Direktor des SMD disziplinarisch unterstellt. Die nebenamtlichen und ehrenamtlichen Verbandsärzte waren in ihrer Verbandsarztfunktion dem Direktor des SMD voll rechenschaftspflichtig. Sein Arbeitsorgan war die Ärztekommision, der als ständige Mitglieder die Disziplingruppenärzte, der jeweilige Mannschaftsarzt und der für die medizinische Forschung verantwortliche Arzt des Forschungskollektivs angehörten. Zudem war der Verbandsarzt Mitglied des Präsidiums des jeweiligen Sportverbandes und seines Büros.⁶³

Zur Sicherung einer Zusammenarbeit mit den Führungsgremien des Verbandes, mit dem wissenschaftlichen Zentrum und der verbandsspezifischen Forschung sowie einer engen praktischen Tätigkeit, verbunden mit einem optimalen Kontakt zu Sportlern und Trainern, war der Sitz des Verbandsarztes entweder an einer Sportschule des DTSB, an der vorwiegend die Trainingslager des Verbandes durchgeführt wurden, an einer zentralen Forschungseinrichtung, an der die „zentrale komplexe Leistungsdiagnostik“ oder die verbandsspezifische Forschung durchgeführt wurde, oder an einer SHB mit einer leistungsstarken Clubsektion.⁶⁴

Die Verbandsärzte waren für die politische und fachliche Leitung und Planung der sportmedizinischen Aufgaben des Sportverbandes in Zusammenarbeit mit der Verbandsleitung verantwortlich. Die Vorbereitung und Sicherung der Durchführung der sportmedizinischen Betreuung der Olympia- und Nationalkader vor und bei Wettkämpfen im In- und Ausland war dabei zentral. Dazu wurden

⁶² Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963 (BArch DR 5 2312).

⁶³ Anweisung über die Stellung des Verbandsarztes 15.09.1975 (BArch DR 5 2082).

⁶⁴ Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963 (BArch DR 5 2312).

verbandsspezifische sportmedizinische Programme erarbeitet mit dem Ziel, Leistungsaufträge der Leitungen des DTSB zu erfüllen bzw. die Wirksamkeit der Sportmedizin bei der Trainings- und Wettkampfgestaltung in enger Zusammenarbeit mit den Verbandstrainern zu erhöhen. Dazu zählte auch die regelmäßige Erarbeitung von Analysen und Einschätzungen über die Durchführung von sportartspezifischen sportmedizinischen Aufgaben sowie die Erarbeitung von Maßnahmen zur weiteren Leistungsentwicklung (z. B. die Mitarbeit bei den Rahmentrainingsplänen). Neben der Leistungsentwicklung war auch die gesundheitliche Betreuung der Leistungssportler des Verbandes in Prophylaxe, Therapie, Metaphylaxe und Rehabilitation ein Aufgabenfeld des Verbandsarztes. Zur Verallgemeinerung und Durchsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde eine Zusammenarbeit mit zentralen Forschungsgruppen des Verbandes und den Wissenschaftlichen Zentren eingefordert. Den Verbandsärzten unterstanden die jeweiligen Sektionsärzte des Verbandes.⁶⁵

3.2.8 Sektionsärzte des DTSB

Die Sektionsärzte gehörten gleichzeitig der jeweiligen Abteilung Clubbetreuung der Sportmedizinischen Hauptberatungsstelle im jeweiligen Bezirk an. Sie waren für die sportmedizinische Betreuung der Sportler in den Sportclubs nach dem „Hausarztprinzip“ verantwortlich. Das Hausarzt-Prinzip bedeutet, dass die Erstbehandlung der Sportler immer vom jeweiligen Sektionsarzt erfolgen musste. Dieser konnte dann gegebenenfalls Überweisungen zum Spezialisten ausstellen.

Die Sektionsärzte beteiligten sich bei der Erarbeitung der „Individuellen Trainingspläne“ und hospitierten beim Training des Athleten. Zudem gab der Sektionsarzt regelmäßig Sprechstunden. Er war angehalten, Fachärzte anderer Disziplinen zu konsultieren.⁶⁶

Er war im Rahmen seiner Funktion befugt, selbstständig zu entscheiden, stand allerdings unter Beobachtung und Weisung des Abteilungsleiters des Clubs bzw. des Verbandsarztes. Zudem war er für die Anleitung der Physiotherapeuten in seiner Sektion verantwortlich.⁶⁷

Alle Sektionen der Sportclubs sollten mit mindestens einem hauptamtlichen Sektionsarzt besetzt werden. Viele Ausbildungskandidaten zum Facharzt für Sportmedizin wurden im dritten Ausbildungsjahr für diese Tätigkeit gewonnen. Aus Mangel an personellen Ressourcen wurden zunächst medaillenintensive Sportarten mit einem hauptamtlichen Sektionsarzt versehen. Ausschlaggebend waren die Zielstellung der Sektionen im Rahmen der Erfüllung der Aufgabenstellung des DDR-Leistungssports, der Entwicklungsstand der Regelung und Steuerung des Trainings mithilfe leistungsphysiologischer Parameter in der entsprechenden Sportart, der Umfang der für die Regelung und Steuerung des Trainings benötigten sportmedizinischen Arbeitskapazität und nicht zuletzt die Anzahl der in einer Sektion trainierenden Sportler. Aus diesem Grund wurden vorrangig die Sektionen der Sportarten Schwimmen, Rudern, Leichtathletik, Turnen, Ringen, Fußball, Boxen, Kanu, Gewichtheben, Skilauf, Eisschnelllauf, Eiskunstlauf, Handball und Volleyball mit hauptamtlichen Sektionsärzten besetzt.⁶⁸

Leiter der Abteilung Sportmedizin der zentralen Sportschulen des DTSB

In den zentralen Sportschulen des DTSB wurden hauptamtliche Leiter der Abteilung Sportmedizin eingesetzt. Der Leiter der Abteilung Sportmedizin der zentralen Sportschulen des DTSB war dem Direktor des SMD direkt unterstellt.⁶⁹

Im Auftrag des Direktors des SMD hatte der Leiter der Abteilung Sportmedizin die „politischen und fachlichen Aufgaben der Sportmedizin in enger Zusammenarbeit mit dem Direktor der Schulleitung und den Verbandsärzten zu lösen“. Dies beinhaltete die Sicherung der sportmedizinischen Betreuung

⁶⁵ Anweisung über die Stellung des Verbandsarztes 15.09.1975 (BArch DR 5 2082).

⁶⁶ Aufgaben des Sektionsarztes (ohne Datum) (BArch DR 5 1834).

⁶⁷ Ebd.

⁶⁸ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

⁶⁹ Ebd.

mit dem Ziel der Erfüllung der Leistungsaufträge der jeweiligen Sportverbände. Konkret bedeutete dies die aktive Mitwirkung bei der Trainingsgestaltung, die Durchführung der Leistungsdiagnostik entsprechend der zentralen sportartspezifischen Programme und den Hinweisen der Verbandsärzte, die Sicherung der Arbeitsbedingungen für zentrale Forschungskollektive sowie die Übernahme von wissenschaftlichen Teilaufgaben.⁷⁰

3.2.9 Leiter der sportmedizinischen Bereiche in den bewaffneten Organen

Leitende Ärzte der Sportmedizin der ASV Vorwärts und der SV Dynamo

Die leitenden Ärzte der Sportmedizin waren verantwortlich für die Organisation und Durchführung der sportmedizinischen Betreuung der Sportler des ASV und des SV Dynamo. Sie unterstanden der fachlichen Weisung des Direktors des SMD. Die leitenden Sportärzte übten dem Charakter nach die Funktion von Bezirkssportärzten aus. Sie hatten die einheitliche Durchsetzung der politischen, fachlichen, wissenschaftlichen, ökonomischen und organisatorischen Aufgaben der Sportmedizin entsprechend der Leitungen ihrer Dienstvorgesetzten unter Berücksichtigung der Weisungen des Direktors des SMD zu sichern. Die leitenden Ärzte waren für die politische und fachliche Erziehung, Aus- und Weiterbildung der Kader verantwortlich und delegierten die Kader zu entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen einschließlich des SMD.⁷¹

Leitender Arzt der Sportmedizin der GST

Zur Sicherung der einheitlichen Durchsetzung der politischen und fachlichen Aufgaben der Sportmedizin in der GST wurde ein hauptamtlicher leitender Arzt eingesetzt. Er hatte im Auftrage des Direktors des SMD die Leitung und Planung der Gesamtentwicklung der sportmedizinischen Arbeit der GST mit dem Ziel der Erfüllung der Leistungsaufträge zu sichern.⁷²

3.2.10 Statistiken

Tab. 4.1 Anzahl der Beschäftigten im SMD nach Berufsstand⁷³

	1981	1985
Gesamt	1663	1860
Medizinische Hochschulkader	–	533
Medizinische Hochschulkader mit Facharzt	439	447
Facharzt für Sportmedizin	–	261
Sonstige Hochschulkader	81	89
Sektionsärzte hauptamtlich	57	64
Physiotherapeuten	151	191
MTA	175	175
Schwester	340	364
Raumpflege	75	–
Ökonomie	96	–
Technik	17	–
Sonst.	289	134

⁷⁰ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

⁷¹ Ebd.

⁷² Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

⁷³ Kaderanalyse des SMD 1981-1985 (von 1986) (BArch DR 5 3212).

Tab. 4.2 Anzahl der Beschäftigten des SMD nach Strukturbereich⁷⁴

Leitung des SMD	1981	1985
Gesamt	70	74
Bereich Direktor	6	8
Bereich Organisation	10	4
Bereich Leistungssport I	17	20
Bereich Leistungssport II	6	5
Bereich Wissenschaftsentwicklung	6	12
Bereich Allgemeine sportmedizinische Betreuung	14	19

Sportärztliche Hauptberatungsstellen in den Bezirken	1981	1985
Gesamt	1251	1452
Bereich Bezirkssportarzt	63	61
Abteilung Clubbetreuung	132	241
Abteilung Funktionsdiagnostik	166	194
Abteilung Ambulanz	251	234
Forschung	9	14
Allgemeine Sportmedizinische Betreuung	426	515
Abteilung Ökonomie	121	110
Ärzte in Weiterbildung	61	83
EDV-Technik	22	–

3.3 Das Institut für Sportmedizin an der DHfK (ISM)

Am 18. Oktober 1960 beschloss das Politbüro des ZK der SED Maßnahmen zur Verbesserung der Sportwissenschaft und der Arbeit an der Deutschen Hochschule für Körperkultur, die im Zuge dessen dem SKS unterstellt wurde. Der Stand der Sportwissenschaft und Sportmedizin in der DDR wurde im Vergleich zu internationalen Entwicklungen analysiert und es wurden bestehende Mängel vor allem im Bereich der sportmedizinischen Forschung herausgearbeitet. Diesem Missstand sollte u. a. durch die Einsetzung eines „zentralen Leitinstituts für wissenschaftliche Fragen innerhalb der Sportmedizin“, dem *Institut für Sportmedizin der DHfK (ISM)*, begegnet werden.⁷⁵

Die Grundsteinlegung für das Institut erfolgte am 01. November 1961, am 13. Januar 1965 wurde der Neubau eingeweiht. Zu den Aufgaben des Instituts zählte die Durchführung der wissenschaftlichen Forschung hinsichtlich aktueller sportmedizinischer Probleme und die Koordinierung und Orientierung der wissenschaftlichen Arbeit der Sportmedizin *aller* Einrichtungen und Organisationen. Gleichzeitig war es für die Unterweisung der Sportstudenten der DHfK in den naturwissenschaftlich-medizinischen Disziplinen verantwortlich sowie für die Kontrolle der Lehrtätigkeit der Lehrstühle für Sportmedizin und der Lehrbeauftragten an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten. Dazu zählten auch medizinische Akademien und andere Lehrinstitute, in denen sportbiologische und sportmedizinische Unterweisungen für Sportstudenten und Medizinstudenten erfolgten. Auch die Ausbildung von „Spezialisten für die Sportmedizin“ auf dem Wege einer Aspirantur bzw. der

⁷⁴ Ebd.

⁷⁵ Bericht des Ministeriums für Gesundheitswesen und des Staatssekretariats für Hoch- und Fachschulwesen über die Arbeit auf dem Gebiet der Sportmedizin, April 1960 (BArch DY 12 3390).

obligatorischen Weiterbildung zur Erhöhung der Qualifikation aller sportmedizinisch tätigen Ärzte der DDR fand im Kontext des ISM statt.⁷⁶

Zwar war das ISM durch als Abteilung der DHfK organisatorisch dem Staatssekretariat für Körperkultur und Sport nachgeordnet, jedoch wurde eine Anleitung durch das Ministerium für Gesundheitswesen immer wieder deutlich, nicht zuletzt in der Eröffnungsrede des stellvertretenden Ministers für Gesundheitswesen Dr. M. Gehring: „Es genügt (...) nicht mehr zu sagen, ja es ist sogar zu wenig, wenn wir Ärzte im Sport einen Helfer bei der Lösung unserer Aufgaben sehen. Sport und Gesundheitswesen sind Bundesgenossen.“⁷⁷

An der Spitze des Instituts stand der Direktor, der vom Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport bestätigt wurde. Dem Direktor unterstanden Stellvertreter: erster Stellvertreter für die Forschung, zweiter Stellvertreter für die Lehre, dritter Stellvertreter und Chefarzt des Sportmedizinischen Dienstes. Der erste kommissarische Direktor des Instituts war Prof. Dr. Rolf Emmrich, ab 1963 war dies Prof. Dr. med. habil. G. Brüscke. Im Jahr 1965 übernahm der inzwischen für das Fach Anatomie habilitierte Kurt Tittel das Direktorat.⁷⁸

Das ISM setzte sich aus zwei Komplexen zusammen, zum einen aus der Abteilung Anatomie, der Abteilung Biochemie und der Abteilung Physiologie und Hygiene, die ihren Sitz an der DHfK in Leipzig hatten, zum anderen aus einer Außenstelle, dem sogenannten *Sportmedizinischen Rehabilitationszentrum der DHfK* in Kreischa mit seiner Abteilung Rehabilitation und dem internen Krankenhaus, welches im Juli 1962 unter dem damaligen Chefarzt Dr. S. Israel eingeweiht worden war. Es hatte die Aufgabe, den SMD bei der Betreuung und Wiederherstellung verletzter Sportler zu unterstützen. Durch die Spezialisierung der Ausbildung der Hochschulkader des mittleren medizinischen Personals und des Fachpersonals wurden die wissenschaftliche Arbeit und sportärztliche Kontrolle der Außenstelle in Kreischa auf Ausdauersportarten und technische Sportarten gelenkt. Dadurch sollte die sportärztliche Arbeit optimiert werden, die in der Vorbereitung des Olympia-Kaders für 1968 wirksam werden sollte.⁷⁹ In Kreischa wurden folgende Abteilungen gebildet:⁸⁰

- › Abteilung für internistische Rehabilitation
- › Abteilung orthopädische Rehabilitation
- › Abteilung sportmedizinische Konditionierung

Die Sportärztliche Hauptberatungsstelle Leipzig sollte in Zusammenarbeit mit dem ISM auf den Kinder- und Jugendsport und Leistungssport fokussieren, nachdem die Ambulanz der Sportstudenten der DHfK über den Bezirksarzt durch einen Betriebsarzt und eine Sanitätsstelle übernommen worden war.⁸¹

Planung und Organisation der wissenschaftlichen Arbeit

Im Zuge der Förderung der Sportwissenschaft durch Partei und Regierung war die systematische wissenschaftliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Sportmedizin durch Planung und Organisation aller auf diesem Gebiet eingesetzten Kapazitäten zur „unaufschiebbaren Forderung“ geworden.⁸² Die Voraussetzungen einer planmäßigen und für die Praxis und Theorie wirkungsvollen wissenschaftlichen Arbeit im Bereich der Sportmedizin lagen zunächst in einer „gründlichen Analyse des eigenen und

⁷⁶ Statut des Instituts für Sportmedizin der DHfK, 1961 (BArch DR 5 978).

⁷⁷ Vgl. Strauzenberg (2005), S. 38.

⁷⁸ Brigadeeinsatz am Institut für Sportmedizin der DHfK. Bd. II (BArch DR 5 1141).

⁷⁹ Institut für Sportmedizin der DHfK. Pläne, Berichte und Protokolle (BArch DR 5 978).

⁸⁰ Ebd.

⁸¹ Ebd.

⁸² Statut des Instituts für Sportmedizin der DHfK, 1961 (BArch DR 5 978).

internationalen Leistungsstandes, [der] Einschätzung der personellen und materiellen Möglichkeiten und deren Entwicklung, internationale[r] Kooperation und ein[em] langfristige[n] Programm für mehrere Jahre.“⁸³ In der Anfangsphase der Arbeit am Institut war deshalb für die sukzessive Entwicklung und Profilierung der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter der Erfahrungsaustausch mit anderen Institutionen wichtig. Im Zuge dessen fanden mehrwöchige Studienreisen an sportmedizinische und sportwissenschaftliche Institute der Sowjetunion statt.

Entsprechend der Funktion des Instituts für Sportmedizin als Leitinstitut der gesamten sportmedizinischen Forschung in der DDR ergab sich die Konsequenz, dass die genaue wissenschaftliche Formulierung der Forschungsthemen der sportmedizinischen Dispensaires⁸⁴ in Absprache mit den dort tätigen Mitarbeitern durch das Institut für Sportmedizin festgelegt wurde. Jede sportmedizinische Beratungsstelle sollte einen Teil des wissenschaftlichen Gesamthemas der Sportmedizin bearbeiten.⁸⁵ Dadurch sollte erreicht werden:

- › die Erweiterung der wissenschaftlichen Kapazität des Instituts,
- › die Hebung des wissenschaftlichen Niveaus aller Dispensaires,
- › eine verbesserte Kaderentwicklung in den Beratungsstellen, indem die Möglichkeiten für Promotions- und Habilitationsverfahren eingeräumt wurden,
- › die Verbesserung der praktischen Arbeit durch die ständige Anwendung der auf dem Gebiet der Sportmedizin erreichten Ergebnisse in allen Bereichen der Körperkultur (Kinder- und Jugendsport, Volkssport, Leistungssport usw.),
- › die optimale Nutzung der personellen und materiellen Voraussetzungen der gesamten sportmedizinischen Forschungskapazität bei der Lösung von Forschungsproblemen.⁸⁶

Thematik der wissenschaftlichen Arbeit

Um die wissenschaftliche Arbeit der Sportmedizin auf eine Hauptrichtung festzulegen, die gleichzeitig für die Arbeit in der Praxis eine ausschlaggebende Bedeutung hatte, stand die Arbeitsrichtung der Sportmedizin am ISM in den 1960er-Jahren unter der Gesamtkonzeption einer „Anpassung des menschlichen Organismus an körperliche Belastung“ (besonders im Bereich Kinder- und Jugendsport, Leistungssport für Optimale Trainingsbelastung).⁸⁷

Dabei galten die Verknüpfung von Theorie und Praxis, die Orientierung auf Schwerpunkte, die straffe zentrale Leitung und die Bearbeitung der Probleme durch *sozialistische Forschungskollektive* als unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Forschung. Aufgrund des in ungenügender Anzahl und Qualifikation ausgebildeten und erfahrenen Personals (Sportärzte und medizinisches Hilfspersonal) war eine Begrenzung auf wenige Forschungsthemen erforderlich. Die fehlende Forschungskapazität wurde vorerst durch umfassende und aktuelle Literaturrecherche und Kooperationen mit den Instituten für Sportmedizin in den sozialistischen Ländern aufzufangen und zu überbrücken versucht. Ein besonderer Fokus lag auf der Erarbeitung von Bibliographien sowie einer

⁸³ Schriftwechsel mit der DHfK und anderen unterstellten Einrichtungen des Staatlichen Komitees. Bericht über Entwicklung der Sportmedizin (BArch DR 5 1206).

⁸⁴ Als Dispensaire wurde im Gesundheitswesen der DDR eine in den 1950er Jahren aus dem sowjetischen Gesundheitswesen übernommene Methode der ambulanten Behandlung (in den Polikliniken) bezeichnet, welche die frühzeitige und vollständige Erfassung aller von einer bestimmten Krankheit, die Frühbehandlung aller Erkrankten sowie die Nachsorge und Rehabilitation umfasste.

⁸⁵ Entwicklung des Wissenschaftsbereiches Naturwissenschaften/Sportmedizin der DHfK. Stellungnahme (BArch DR 5 1747).

⁸⁶ Ebd.

⁸⁷ Brigadeinsatz am Institut für Sportmedizin der DHfK. Bd. III (BArch DR 5 1153).

sportmedizinischen Dokumentation, um eine umfassende Kenntnis des internationalen Niveaus auf den verschiedenen medizinischen Gebieten zu erlangen und hierdurch Fehlinvestitionen in der Forschungsarbeit zu vermeiden.⁸⁸ Die wissenschaftliche Arbeit konzentrierte sich auf folgende Felder:

Die methodische Vervollkommnung der sportärztlichen Kontrolle (hinsichtlich der Rationalisierung des sportlichen Hochleistungstrainings und der allgemeinen Sporthygiene)⁸⁹, spezifisch eine

- › Erarbeitung von Komplex-Methoden für die Dispensaires-Betreuung und Beobachtung des Olympia- und Nationalkaders (z. B. Karteikarten)
- › Erarbeitung einheitlicher Untersuchungsmethoden für die Sporttreibenden (Schüler, Jugendliche, Erwachsene im Bereich des Volkssportes; obligatorische und fakultative Körpererziehung)
- › Vervollkommnung der führenden Methoden sportärztlicher Untersuchungen und Tests vor, während und nach sportlicher Belastung (wie z. B. EKG, Elektromikroskopie, Röntgenaufnahme, Blutdruckmessung, Phonocardiographie)
- › Erarbeitung und Entwicklung neuer biochemischer Methoden (Objektivierung und Bewertung der angewandten Tests)

Die Untersuchung von Erkrankungen und Verletzungen bei Sportlern (Prophylaxe, Therapie, Rehabilitation unter systematischer sportlicher und Arbeitsbelastung, Gesundheitserziehung)⁹⁰, speziell von

- › Erkrankungen und Verletzungen bei Olympia- und Nachwuchskadern
- › Besonderheiten des Krankheitsverlaufes bei Sportlern (Rheumatismus, Allergien, Cholezystismus)
- › Praepathologie und Pathologie bei unrationeller sportlicher Betätigung (z. B. Übertraining)

Die medizinische Begründung von Körperkultur und Sport bei Kindern und Jugendlichen⁹¹, speziell der

- › Besonderheiten der Entwicklung und des funktionellen Zustandes des Herzgefäßsystems und des Atemapparates bei Kindern in Vorpubertät und Pubertät in Verbindung mit sportlicher Betätigung
- › Belastungsnormen für Kinder und Jugendliche (und entsprechender biologischer Kriterien) bei der Ausübung verschiedener Sportarten.
- › Körperliche Entwicklung und Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die regelmäßig Sport treiben

⁸⁸ Brigadeinsatz am Institut für Sportmedizin der DHfK. Bd. III (BArch DR 5 1153).

⁸⁹ Schriftwechsel mit der DHfK und anderen unterstellten Einrichtungen des Staatlichen Komitees. Bericht über Entwicklung der Sportmedizin (BArch DR 5 1206).

⁹⁰ Brigadeinsatz am Institut für Sportmedizin der DHfK. Bd. III (BArch DR 5 1153).

⁹¹ Brigadeinsatz am Institut für Sportmedizin der DHfK. Bd. III (BArch DR 5 1153).

Biochemische Untersuchungen über Muskelstoffwechsel⁹², speziell

- › Untersuchungen zum Kreatin- bzw. Kreatinstoffwechsel und die Weiterführung der Untersuchungen in Richtung Beziehungen zu anderen Stoffwechselgebieten, desgleichen zu elektrodiagnostischen Befunden. Dadurch sollten Parameter zwischen physiologischen und biochemischen Tests gefunden und die Ergebnisse somit objektiviert werden.
- › Nutzenanwendung der gewonnenen Ergebnisse in der Praxis

Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens

Das Institut für Sportmedizin leitete alle in den Bezirken und Kreisen, Sportvereinigungen und Sportclubs eingesetzten Sportärzte und alle in den Schulen und im Volkssport sportärztlich tätigen Mediziner über Methoden der Diagnose und der Tests, deren Aussagewert und Besonderheiten an. Dazu wurden mit der Zeit verschiedene Materialien und Programme erarbeitet, beispielsweise eine Zusammenstellung der methodischen Hilfsmittel für die Sportärzte (Hauptberatungsstellen, Sport-schulen, Sportclubs) sowie Ausarbeitungen von Materialien über medizinische Hilfsmittel für Ärzte des allgemeinen Gesundheitswesens (Schulärzte, Kinderärzte, Kliniker, Allgemeinpraktiker usw.) oder über medizinische Hilfsmittel hinsichtlich der Anwendung von Körperübungen als Heilmittel (Heilgymnastik, Krankengymnastik).⁹³

Bis Anfang 1969 konnte das ISM mit seinen verantwortlichen Leitern, gemessen an den Erwartungen, nur einen ungenügenden Beitrag für die Wissenschaftsentwicklung in der klinischen Sportmedizin und in der Nachwuchsentwicklung für die Sportmedizin leisten.⁹⁴ Publikationen über die Forschungsarbeit stammten in dieser Zeit fast ausnahmslos aus der angeschlossenen Rehabilitationseinrichtung in Kreischa, die in *Medizin und Sport, Theorie und Praxis der Körperkultur* und in der *Wissenschaftlichen Zeitschrift der Deutschen Hochschule für Körperkultur* veröffentlicht wurden.⁹⁵

Zudem wurden Mitte der 1960er-Jahre durch die neu erstellten „Grundthesen für biologisch-medizinische Forschungen auf dem Gebiet des Leistungssports am Institut für Sportmedizin“ neue Schlüsselprobleme formuliert.⁹⁶ Dadurch sollte sich schon vor den Olympischen Spielen in Mexiko-Stadt 1968 die Hinwendung des Institutes für Sportmedizin zum Leistungssport vollziehen, und damit eine gewisse Abkehr der Sportmedizin von der präventiven und klinischen Ausrichtung außerhalb des Leistungssports. Die reale Entwicklung der Sportmedizin an der DHfK und seinem Institut für Sportmedizin entsprach allerdings kaum dieser Vorgabe. Daher wurde langfristig eine neue Struktur für die wissenschaftliche Arbeit der Sportmedizin mit der Eingliederung des ISM in das neu zu gründende *Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport* (FKS) vorbereitet, die am 24. April 1969 durch zentrale Entscheidungen vollzogen wurde.

Die verbliebenen Bereiche, als *Wissenschaftsbereich Sportmedizin/Naturwissenschaften* zusammengefasst, sicherten weiterhin den Lehrbetrieb an der DHfK. In Bezug auf die sportmedizinische Forschung wurde unter der Leitung von F. Beuker die *Arbeitsgruppe Freizeit- und Erholungssport* gegründet.⁹⁷

Der Name des ISM existierte innerhalb der *Sportmedizinischen Schriftenreihe des Instituts für Sportmedizin* der DHfK weiter. Seit 1967 wurden 29 Monografien im J.A Barth-Verlag in Leipzig publiziert.⁹⁸

⁹² Schriftwechsel mit der DHfK und anderen unterstellten Einrichtungen des Staatlichen Komitees. Bericht über Entwicklung der Sportmedizin (BArch DR 5 1206).

⁹³ Brigadeinsatz am Institut für Sportmedizin der DHfK. Bd. III (BArch DR 5 1153).

⁹⁴ Bericht des Sportmedizinischen Diensts (SMD) über Erfüllung des Planjahres, 1967 (BArch DR 5 1206).

⁹⁵ Vgl. hierzu *Medizin und Sport, Theorie und Praxis der Körperkultur und Wissenschaftlichen Zeitschrift der Deutschen Hochschule für Körperkultur* 1962-1969.

⁹⁶ Grundthesen für biologisch-medizinische Forschungen auf dem Gebiet des Leistungssports, 1965 (BArch DR 5 1062).

⁹⁷ Entwicklung des Wissenschaftsbereiches Naturwissenschaften/Sportmedizin der DHfK. Stellungnahme (DR 5 1747).

⁹⁸ Vgl. hierzu *Sportmedizinische Schriftenreihe des Instituts für Sportmedizin der DHfK* 1967-1993.

3.4 Das Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport in Leipzig (FKS)

In der totalitär regierten und nach internationaler Reputation strebenden DDR spielten staatliche Prestigefragen und eine leistungssportliche Orientierung der Sportpolitik zunehmend eine dominierende Rolle. Im Zuge dessen gewann die Sportmedizin ab Mitte der 1960er-Jahre für den Bereich Leistungssport an Relevanz, die sich in einer gezielten Inanspruchnahme der Sportmedizin in Vorbereitung auf Olympische Spiele und anderer internationaler Wettkämpfe äußern sollte. Dies führte ab Anfang der 1970er-Jahre zu einem erheblichen Ausbau der sportmedizinischen Betreuungskapazitäten für den Leistungssport.

In Beschlüssen des Politbüros wurden vermehrt konkrete materielle und personelle Maßnahmen in Bezug auf den Leistungssport gefordert. Der Politbürobeschluss vom 08. April 1969 über „die weitere Entwicklung des Leistungssports bis zu den Olympischen Spielen 1972“ definierte neue Zielsetzungen des Leistungssports und war Grundlage struktureller Veränderungen auch in der Sportmedizin. Im Zuge dieses Beschlusses wurde die Leistungssportkommission der DDR gegründet. In dieser Kommission stand der DTSB-Präsident an der Spitze. Zudem gehörten der Kommission weitere Mitarbeiter der Abteilung Sport im Zentralkomitee, der Vizepräsidenten des DTSB, drei Vertreter des Staatssekretariats für Körperkultur und Sport, der Direktor des Forschungsinstituts für Körperkultur und Sport und des *Sportmedizinischen Dienstes* sowie Mitglieder des *Zentralrates der Freien Deutschen Jugend* und der *Gesellschaft für Sport und Technik* an.⁹⁹

In Bezug auf den Leistungssportbeschluss wurden am 24. April 1969 wesentliche Teile des Instituts für Sportmedizin in das neugegründete Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport (FKS) eingegliedert. Das FKS war dem Staatssekretariat für Körperkultur und Sport nachgeordnet.¹⁰⁰

Der erste Verantwortliche für die Sportmedizin am Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport wurde der ehemalige stellvertretende Leiter des Instituts für Sportmedizin, Prof. L. Pickenhain (Neurophysiologe). Pickenhain war auch an der organisatorischen Vorbereitung der Eingliederung des Instituts für Sportmedizin sowie an der Übernahme ausgewählter Mitarbeiter und Forschungsrichtungen in das Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport beteiligt (so blieb beispielsweise der Direktor des ISM, Kurt Tittel, weiterhin an der DHfK).

Das Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport in Leipzig wurde als ein Forschungszentrum für die Entwicklung des Leistungssports in der DDR und Hauptträger der Leistungssportforschung zur Untersuchung der Prozesse und Bedingungen der Entwicklung sportlicher Spitzenleistungen gegründet. Die Erwartung an die Leistung des Instituts waren hoch, sollte es doch zur Realisierung der politischen Zielstellung des Leistungssports der DDR in der Leistungssportforschung „Pionier- und Spitzenleistungen“ vollbringen. Dabei trug es die Hauptverantwortung bei der Generierung neuer praktikabler und wissenschaftlicher Erkenntnisse für den Leistungssport.¹⁰¹

Im Forschungsinstitut wurde nach den Beschlüssen und Richtlinien der Leistungssportkommission der DDR gearbeitet. Dabei sollten in Verwirklichung der Aufträge der Leistungssportkommission der DDR gewährleistet werden, dass die Leistungssportforschung und die sportwissenschaftliche Arbeit im Prozess der Entwicklung sportlicher Spitzenleistungen wirksam wurde.¹⁰² Dazu wurden im Forschungsinstitut Prognosen zur Entwicklung des Leistungssports und seiner wesentlichen Teilbereiche und Teilprozesse erstellt, mit dem Ziel auf ausgewählten Gebieten einen langfristigen Erkenntnisvorsprung zu schaffen, der es gestattete, den Leistungssport der DDR weiterzuentwickeln und ihn damit auf Weltniveau zu bringen.¹⁰³ Nach einer kurzen Zeit der Profilierung war die Tätigkeit im Institut auf die Ausarbeitung von wissenschaftlichen Grundlagen sowie neue

⁹⁹ Bestätigung der Grundlinie der Entwicklung des Leistungssports in der DDR bis 1980. (BArch SdM 1286)

¹⁰⁰ Statut des Forschungsinstituts für Körperkultur und Sport 01.12.1970 (BArch DR 5 2867).

¹⁰¹ Entwicklungskonzeption des Forschungsinstituts für Körperkultur und Sport (FKS) für den Zeitraum 1973–1976 (BArch DR 5 2867).

¹⁰² Statut des Forschungsinstituts für Körperkultur und Sport 01.12.1970 (BArch DR 5 2867).

¹⁰³ Ebd.

Erkenntnisse und systemwirksame Lösungen zur Gestaltung der Trainings- und Wettkampfsysteme, einschließlich der komplexen Leistungsdiagnostik in olympischen Sportarten und ihre Überführung in den Trainingsprozess ausgerichtet. Gleichzeitig wurden im FKS wissenschaftliche Grundlagen des Talentauswahlsystems geschaffen, die erforderlichen Eignungskriterien und Auswahlkennziffern erarbeitet und zu geschlossenen Auswahlssystemen erhoben, die in Verbindung mit der wissenschaftlichen Trainingsgestaltung eine hohe Wirksamkeit gewährleisten sollten.¹⁰⁴

Die Arbeit am FKS wurde durch themenbezogen gebildete interdisziplinäre Forschungsgruppen gestaltet, die zeitgebundene Forschungsaufträge, angepasst an die Olympia-Zyklen, bearbeiteten. Die Struktur des FKS war mit vier Stellvertreterbereichen, vier Forschungsbereichen für Sportarten (technisch-akrobatische Sportarten, Ausdauersportarten, Schnell-, Maximalkraft-Sportarten und Zweikampfsportarten) mit drei bis vier sportartspezifischen Forschungsgruppen, drei Abteilungen (A = Elektronische Datenverarbeitung, B = Technik/Entwicklung und C = Sportmedizin), einem Zentrum für Wissenschaftsinformation, je einem Direktorat für Kader und Qualifizierung, Ökonomie sowie Wissenschaftsorganisation sehr komplex. Die dort tätigen Oberärzte der Forschungsbereiche und die Forschungsgruppenärzte als Fachärzte für Sportmedizin in den Sportartengruppen unterstanden disziplinarisch einem Trainingsmethodiker. Sie waren als Fachärzte für Sportmedizin interdisziplinären bzw. disziplinären Forschungskollektiven der Sportartengruppen und Forschungsgruppen zugeordnet. Nach Spitzer (2004) wirkte die Sportmedizin ab Mitte der 1970er-Jahre relativ eigenständig in der Leistungsdiagnostik, Belastungssteuerung, Sportartenbetreuung und Rehabilitation.¹⁰⁵ Die Zahl der am FKS beschäftigten Sportmediziner (Fachärzte für Sportmedizin und Weiterbildungsassistenten) nahm bis 1990 auf etwa 40 zu. In der Abteilung Endokrinologie (Dopingforschung), geleitet von einem Biologen, wirkte dagegen nur ein Arzt.

Die Aktivitäten am FKS unterstanden strengster Geheimhaltung. Alle Mitarbeiter des FKS waren vertraglich zur Verschwiegenheit über die vertraulichen Vorgänge verpflichtet. Diese Schweige- und Geheimhaltungspflicht bestand auch nach der Auflösung des Arbeitsverhältnisses.¹⁰⁶ Daraus ergeben sich für die historische Analyse der sportmedizinischen Arbeit am FKS Probleme, die unter dem Punkt „Quellenlage“ bereits erläutert wurden.

3.5 Das Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa (ZI)

Das Zentralinstitut des SMD in Kreischa bei Dresden (ZI Kreischa) ging am 01. April 1969 aus dem *Sportmedizinischen Rehabilitationszentrum der DHfK* hervor, das am 23. Juli 1962 gegründet worden war. Bis zum 31. März 1968 war dieses Rehabilitationszentrum eine Außenstelle des *Instituts für Sportmedizin der DHfK* und unterstand seinem damaligen Direktor Prof. Dr. Gerhard Brüscke. Das Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa wurde zu einem medizinischen Zentrum für den Leistungssport, welches durch eine qualifizierte wissenschaftliche und praktische sportmedizinische Arbeit zur Entwicklung sportlicher Höchstleistungen und damit zur Erfüllung der dem Leistungssport der DDR gestellten Ziele dienen sollte.¹⁰⁷ Das Institut wurde durch den Direktor geleitet. Er war der Leistungssportkommission der DDR und dem Staatssekretariat für Körperkultur und Sport rechenschaftspflichtig. Das ZI Kreischa bestand auf Basis der hochschulrechtlichen Bestimmungen. Der WMR gab dem ZI Empfehlungen. Das ZI in Kreischa war direkt dem Chefarzt des SMD unterstellt. Die Verantwortung für die Einhaltung und Durchsetzung der gesellschaftlichen Bestimmungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die Wahrnehmung der ärztlichen Dienstaufsichtspflicht und die Verantwortung für die Facharztausbildung wurden am ZI Kreischa gesondert festgelegt und dem

¹⁰⁴ Entwicklungskonzeption des Forschungsinstituts für Körperkultur und Sport (FKS) für den Zeitraum 1973–1976 (BArch DR 5 2867).

¹⁰⁵ Vgl. Spitzer, G. (2004).

¹⁰⁶ Statut des Forschungsinstituts für Körperkultur und Sport 01.12.1970 (BArch DR 5 2867).

¹⁰⁷ Statut des Zentralinstituts des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa, 1969 (BArch DR 5 2909).

Direktor übertragen. Alle Mitarbeiter des ZI waren diesbezüglich zur Verschwiegenheit über vertrauliche Vorgänge verpflichtet. Diese Schweige- und Geheimhaltungspflicht bestand auch nach der Auflösung des Arbeitsverhältnisses.¹⁰⁸

Im ZI wurden National-, Olympia- und Nachwuchskader aller Sportarten nach Verletzungen und Erkrankungen bzw. Leistungsrückgang zur schnellsten Wiederherstellung der Wettkampffähigkeit behandelt. Im ZI lief auch die Aus- und Weiterbildung der im SMD im Bereich des Leistungssports tätigen medizinischen Kader sowie der Köche der Zentralen Trainingsstätten des DTSB, der Sportclubs und der KJS. Die medizinischen Fachkräfte des ZI arbeiteten aktiv in den Sportverbänden des DTSB, speziell in den Sportärztekommisionen und Wissenschaftlichen Zentren mit. Die Mitarbeit war Bestandteil ihrer dienstlichen Tätigkeit. Das dem ZI angeschlossene Krankenhaus übernahm die internistische Versorgung der Leistungssportler.¹⁰⁹

Die Mitarbeiter des ZI hatten auch entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aktiv Einfluss auf die Trainingsgestaltung der Olympia-, National- und Nachwuchskader aus sportmedizinischer Sicht zu nehmen. Sie sollten in enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Zentren der Sportverbände des DTSB, den Verbands- und Auswahltrainern und den Verbandsärzten durch „komplexe und progressive Beeinflussung des Trainings und der Trainingsprogramme“ die Vorbereitung von sportlichen Höchstleistungen unterstützen.¹¹⁰

Im ZI wurden die zentral bestätigten Forschungsthemen zur Vervollkommnung der Trainingsgestaltung und zur Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit bearbeitet sowie neue sportmedizinische Testmethoden entwickelt. Ein wesentlicher Schwerpunkt war die Ausrichtung der wissenschaftlichen Arbeit des Instituts auf die Thematik „Wiederherstellung nach hohen Trainingsbelastungen“. „Dieses Forschungsthema erwies sich im Verlauf der Arbeiten als ein fundamentaler Ansatz für die Trainingssteuerung und Mobilisierung individueller Leistungsreserven“, wie Strauzenberg feststellte.¹¹¹

Die zur unmittelbaren Vorbereitung auf die XIX. Olympischen Sommerspiele in Mexiko-Stadt in Angriff genommenen Untersuchungen über die Auswirkungen von sportlichem Training in Höhen wurden nach der Umwandlung des ZI fortgesetzt. Die Forschungen veranschaulichten, dass Trainingsaufenthalte in Höhen von 2000 bis 2500 Metern Anpassungsprozesse des Körpers zur Folge hatten, die eine gewisse Zeit vorhaltende Leistungssteigerungen bei spezifischen Anforderungen in Normalhöhe bewirkten. Das Höhentraining wurde daher zunehmend international in der sportlichen Vorbereitung auf große internationale Wettkämpfe integriert. Im Staatsgebiet der DDR fehlten allerdings entsprechende Höhenlagen. Abhilfe sollte das Institut für Luftfahrtmedizin in Königsbrück bei Dresden bzw. Interflug in Berlin-Schönefeld schaffen. Dort waren Unterdruckkammern vorhanden, die für Höhentauglichkeitsbeurteilungen genutzt wurden. Unter der Leitung Strauzenbergs konnten diese für ein Experimentaltraining in simulierter Höhe in ausgewählten Sportarten genutzt werden.¹¹²

Durch den Ausbau des Leistungssportsystems der DDR wurde den Leitern der bisherigen Arbeitsbereiche mehr Verantwortung übertragen. Die Zahl der dort tätigen Mitarbeiter stieg stetig an. Strukturell wurde das ZI zwischen 1971 und 1972 diesen Veränderungen angepasst. Die Abteilung Rehabilitation wurde zu einem selbständigen Bereich (Leitung Dr. Weber) mit einer Abteilung für internistische (Leitung Dr. Käßner, Dr. Schneider) und einer Abteilung für traumatologische Rehabilitation (Leitung Dr. Stohr, Dr. Müller) erweitert. Die Abteilungen Sportartspezifische Kontrolle (Leitung Dr. Donath), Leistungsdiagnostik (Leitung Dr. Lehnert) mit der Kardiologie, Spiroergometrie und dem biochemischen Labor sowie die Abteilung Forschung (Leitung Dr. Zerbes) wurden ebenfalls

¹⁰⁸ Ebd.

¹⁰⁹ Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa. Aufgaben und Arbeitsweise Bd. VII „Arbeitscharakteristik und Funktionspläne“ (BArch DR 5 2911).

¹¹⁰ Statut des Zentralinstituts des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa, 1969 (BArch DR 5 2909).

¹¹¹ Vgl. Strauzenberg (2005), S. 93.

¹¹² Ebd.

zu selbständigen Bereichen ausgebaut. Im Jahr 1971 wurde auch eine besondere Dopinglaborabteilung unter Dr. Clausnitzer geschaffen, die ab 1976 nicht mehr dem Institutsdirektor, sondern dem Direktor des SMD unmittelbar unterstand. 1978 wurde ein 1975 begonnener Neubau für dieses Labor eröffnet, das später den Status eines international anerkannten Dopinglabors erhielt (1978 wurde es beim Internationalen Olympischen Komitee akkreditiert).¹¹³

Im Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes wurden schon seit 1965 Dopinganalysen durchgeführt.¹¹⁴ Die Entwicklung der Methodik führte dabei von papier- über dünnschicht- und gaschromatographischen Trennverfahren bis hin zur computergesteuerten massenspektrometrischen Analytik. Der Pharmaka-Nachweis erfolgt grundsätzlich über eine Screeninganalyse, für Stimulanzien durch die Gaschromatographie mit N-FID, für anabole Steroide durch die gekoppelte Gaschromatographie/Massenspektrometrie. Bei einem positiven Screening-Befund erfolgte die Bestätigungsanalyse grundsätzlich mithilfe der Massenspektrometrie.¹¹⁵

Da das Doping-Kontrolllabor unter Dr. Clausnitzer 1971 aus dem biochemischen Labor ausgeklammert worden war, wurde das biochemische Labor (Dr. Fabian) komplettiert und als Leitlabor des SMD ausgebaut. Es war deshalb zuständig für die Kontrolle des Labors der SHB des SMD und führte auch jährliche „Ringversuche“ in allen Labors im Bereich SMD durch. Als neue weitere zusätzliche Einheit wurde die Abteilung Weiterbildung (Leitung Tassler) gegründet, die dem Direktor direkt unterstand.¹¹⁶

Die Kooperation der Bereiche untereinander wurde über deren Leiter geregelt. Probleme bei der Zusammenarbeit waren in den wöchentlichen Leiterbesprechungen mit dem Direktor zu klären.

Nach den Olympischen Spielen in München wurde die Jahresplanung des ZI vollends an die jeweiligen Olympiazyklen angepasst. 1974 begannen zusätzliche Aktivitäten für die olympischen Sportarten in Vorbereitung der Olympischen Spiele 1976 in Montreal. Dazu gehörten neben vermehrten Trainingsaufenthalten von Spitzensportlern im ZI auch spezielle Trainerlehrgänge, um neueste Erkenntnisse zur Steigerung der Belastungsverträglichkeit durch Unterstützung der Wiederherstellungsprozesse nach hohen Trainingsintensitäten zu vermitteln.¹¹⁷

Schwerpunkte für die wissenschaftliche Arbeit ab 1979 in den Forschungsgruppen bildeten folgende exemplarisch ausgewählte Themen, die in den jeweiligen Forschungskonzeptionen präzisiert wurden: Erhöhung der Belastungsverträglichkeit; Überprüfung von Wiederherstellungsmaßnahmen auf die Wettkampf-Rhythmisierung; Erprobung neuer Belastungsmodelle zur Steigerung der Trainingseffektivität. Die Ergebnisse wurden hinsichtlich ihrer Verallgemeinerungsfähigkeit und Übertragbarkeit in die Leistungssportpraxis überprüft. Die Forschungsgruppe Binde- und Stützgewebe untersuchte bindegewebsschädigende Bewegungsabläufe und Trainingsmittel und leitete daraus Erkenntnisse bezüglich diagnostischer Verfahren zur Früherkennung ab, aus denen Behandlungsempfehlungen für die schnelle Wiederherstellung erkrankter und verletzter Sportler in den Sportarten Rudern, Gerätturnen und Leichtathletik/Sprung hervorgingen. Die Forschungsgruppe Ernährung vervollkommnete Ernährungsrichtlinien für Leistungssportler zur Komplettierung der Aussagen zum Eiweißstatus, zur Wirkung neuer Reduktionskostformen in der Gewichtsklassenstrategie. Eine neue Forschungsgruppe Gesundheitliche Betreuung befasste sich mit dem Forschungsthema Immunologie. Die Diagnose immunologischer Defizite (T-Lymphozyten und Makrophagendepression) nach hochintensiven und langandauernden Belastungen führte zu einer Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik in Cottbus und der Militärmedizinischen Akademie in Bad Saarow. In den Sportarten Marathon/Gehen und Biathlon wurde die Forschung zur weiteren

¹¹³ Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa. Aufgaben und Arbeitsweise Bd. VII „Arbeitscharakteristik und Funktionspläne“ (BArch DR 5 2911).

¹¹⁴ Vgl. Clausnitzer (1982), S. 251.

¹¹⁵ Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa. Aufgaben und Arbeitsweise Bd. IX, Dopingkontrolllabor (BArch DR 5 3246).

¹¹⁶ Ebd.

¹¹⁷ Vgl. Strauzenberg (2005), S. 93.

Aufklärung der Leistungsstrukturen zur Optimierung des Trainings fortgeführt. Sie erstreckten sich auf die Objektivierung der Wirkung spezieller Trainingsmittel und Methoden und deren Umsetzung bei der individuellen Regelung des Trainings.¹¹⁸ Das Institut wurde 1991 von einer westdeutschen GmbH übernommen und schrittweise zu einem Rehakomplex mit über 1000 Betten ausgebaut.

Tab. 4.3 Beschäftigte am Zentralinstitut des SMD Kreischa¹¹⁹

	1986	1981
Gesamt	334	342
Direktor	17	16
Clubbetreuung	54	38
Forschung	21	21
Rehabilitation	37	38
Leistungsdiagnostik	35	68
Dopingkontrolllabor	16	14
Informationsverarbeitung	16	-
Krankenhaus	39	42
Ökonomie	96	97
Ärzte in Weiterbildung	3	8

3.6 Die Gesellschaft für Sportmedizin der DDR (GSM)

„Die ständig wachsenden Aufgaben bei der weiteren Entwicklung von Körperkultur und Sport und des Gesundheitsschutzes in der DDR erfordern eine enge, zielstrebige Zusammenarbeit aller in Lehre, Forschung und Praxis auf dem Gebiet der Sportmedizin tätigen Wissenschaftler und Ärzte zum Wohl und zum Nutzen unserer sozialistischen Gesellschaft.“¹²⁰

Von dieser Prämisse ausgehend und in dem Bestreben, damit einen Beitrag „zur allseitigen Stärkung der DDR“ zu leisten, schlossen sich Sportärzte sowie andere an der Weiterentwicklung der Sportmedizin interessierten Ärzte und Wissenschaftler aller Fachgebiete der Medizin und deren Grenzgebiete Mitte der 1950er-Jahren zur *Gesellschaft für Sportmedizin der Deutschen Demokratischen Republik (GSM)* zusammen.¹²¹ Diesen Namen trug die GSM allerdings erst seit 1969, sie ging aus der am 14./15. November 1954 in Leipzig konstituierten *Arbeitsgemeinschaft für Sportmedizin (AGSM)* hervor, die 1956 in *Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Sportmedizin*, 1958 in *Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin der DDR* und schließlich 1969 in *Gesellschaft für Sportmedizin der DDR* umbenannt wurde. Die GSM war eine selbstständige Organisation im Rahmen der Gesellschaft für klinische Medizin der DDR. Der Sitz der Gesellschaft befand sich in Ost-Berlin.¹²²

¹¹⁸ Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa. Aufgaben und Arbeitsweise Bd. V, „Probleme der Forschungs- und Entwicklungsarbeit mit Schlussfolgerungen“ (BArch DR 5 1996)

¹¹⁹ Kaderanalyse des SMD 1981-1985 (von 1986) (BArch DR 5 3212).

¹²⁰ Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981 (BArch DR 5 1455).

¹²¹ Ebd.

¹²² Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981 (BArch DR 5 1455).

3.6.1 Aufgaben der GSM

Die GSM stellte sich zum Ziel, die Entwicklung der sozialistischen Körperkultur und des Sports sowie des sozialistischen Gesundheitsschutzes durch die sportmedizinische Arbeit in Wissenschaft und Praxis zu fördern. Dazu sollten alle auf dem Gebiet der Sportmedizin tätigen Wissenschaftler, Ärzte sowie weitere am Gegenstand der Sportmedizin interessierte Personen anderer Wissenschaftsdisziplinen in der GSM zusammengeführt werden. Ihre Hauptaufgaben bestanden darin, einerseits den wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch und Meinungsstreit zu fördern und zu entwickeln, andererseits die Weiter- und Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der Sportmedizin zu unterstützen. Dabei galt es, neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu verallgemeinern und in der Praxis anzuwenden.¹²³

Aus dieser Zielstellung wurden konkrete Aufgaben der GSM definiert, die im Statut der GSM vermerkt wurden:¹²⁴

- › Gewinnung breiter Kreise der Ärzte und Wissenschaftler aller Fachgebiete der Medizin und deren Grenzgebiete sowie der Sportwissenschaft für die aktive Unterstützung und Durchsetzung der Aufgaben der Sportmedizin
- › Pflege eines breiten wissenschaftlichen Erfahrungsaustausches und Meinungsstreits
- › Mitarbeit bei der zielgerichteten Anwendung der Körperkultur und des Sportes in der Prophylaxe, Therapie, Rehabilitation und Metaphylaxe
- › Unterstützung der Gesundheitserziehung durch eine breite populärwissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Körperkultur und des Sportes für die Erhaltung der Gesundheit und Erhöhung der Leistungsfähigkeit sowie Gewinnung der Bürger für eine regelmäßige sportliche Betätigung
- › Mitwirkung bei der Vorbereitung von Grundsatzmaterialien für die weitere Entwicklung der Sportmedizin sowie die Unterstützung der sportwissenschaftlichen und -medizinischen Lehre, Forschung und Praxis
- › Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Gremien der DDR
- › Zusammenarbeit mit anderen medizinischen und sportwissenschaftlichen Disziplinen mit dem Ziel, sportmedizinisches Gedankengut in anderen Fachgebieten wirksam werden zu lassen und die Erkenntnisse dieser Disziplinen für die Sportmedizin zu nutzen
- › Durchführung wissenschaftlicher Veranstaltungen auf dem Gebiet der Sportmedizin und Unterstützung wissenschaftlicher Veranstaltungen anderer sportwissenschaftlicher und medizinischer Gremien
- › Weiterentwicklung des Erfahrungsaustauschs mit den sportmedizinischen Gesellschaften anderer Länder, insbesondere der Sowjetunion und anderer sozialistischer Staaten sowie internationale Vertretung
- › Anleitung, Unterstützung und Kontrolle der Arbeit der Bezirksgruppen der Gesellschaft

¹²³ Rechenschaftsbericht der Gesellschaft für Sportmedizin 1969-1970 (BArch DR 5 1849).

¹²⁴ Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981 (BArch DR 5 1455).

- › Beratung und Unterstützung bei der Auswahl und Besetzung leitender Funktionen im Bereich der Sportmedizin
- › Zusammenarbeit mit staatlichen Organen und Einrichtungen gesellschaftlichen Organisationen der DDR

3.6.2 Struktur der GSM

Die Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR gliederte sich in ordentliche und außerordentliche Mitglieder. Ordentliches Mitglied der Gesellschaft konnte jeder Arzt und Zahnarzt sowie Angehörige anderer Wissenschaftsdisziplinen mit Hochschulabschluss werden. Außerordentliche Mitglieder der Gesellschaft konnten medizinische und andere Fachschulkader werden, die durch ihre Tätigkeit der Arbeit der Gesellschaft nahestanden und sich für ihre Ziele einsetzten. Die außerordentliche Mitgliedschaft wurde auch sportmedizinisch interessierten Studenten der klinischen Semester auf Antrag gewährt. Der Aufnahmeantrag musste von zwei ordentlichen Mitgliedern befürwortet werden. Über die Aufnahme eines Mitgliedes entschied der Vorstand nach Empfehlung der zuständigen Bezirksgruppe. Wurde im Fall einer Ablehnung Einspruch erhoben, entschied endgültig die Mitgliederversammlung.¹²⁵

In Anerkennung der Verdienste auf den Gebieten der Sportmedizin und der Sportwissenschaft wurden „verdiente Persönlichkeiten und hervorragende Wissenschaftler“ des In- und Auslandes zu Ehrenmitgliedern der GSM ernannt. (z. B. Prof. Arno Arnold, Prof. Max Bürger, Prof. Ernst Jokl oder Prof. Sergej-Michailow Iwanow).¹²⁶

Die ordentlichen Mitglieder hatten in allen Angelegenheiten der Gesellschaft Stimmrecht. Sie wurden angehalten, an den Veranstaltungen der Gesellschaft teilzunehmen und in den für die einzelnen Interessengebiete gebildeten Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgruppen mitzuarbeiten.

Das höchste Organ der Gesellschaft war die Mitgliederversammlung. Sie entschied in allen grundsätzlichen Angelegenheiten der Gesellschaft und definierte die Hauptaufgaben für die weiteren Planungsperioden. Sie nahm den Arbeitsbericht des Vorstandes und der Revisionskommission entgegen und wählte den neuen Vorstand und die Mitglieder der Revisionskommission. Die ordnungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung war beschlussfähig. Sie entschied mit einfacher Stimmenmehrheit. Die Mitgliederversammlung fand mindestens alle zwei Jahre statt. Außerordentliche Mitgliederversammlungen wurden vom Vorstand oder auf Verlangen von 10 % der Mitglieder einberufen.¹²⁷

Der Vorstand der GSM war das ständige Arbeitsorgan der Gesellschaft und nahm in der Zeit zwischen den Mitgliederversammlungen die Aufgaben der Gesellschaft wahr. Seine Arbeitsweise wurde durch festgelegte Arbeitsprinzipien geregelt. Dem Vorstand der GSM oblagen insbesondere die Beratung von Grundsatzfragen der Sportmedizin und die Entgegennahme von Berichten des Büros des Vorstandes, der Bezirksgruppen, Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgruppen sowie die Verantwortung für die Tätigkeit der Gesellschaft gegenüber den staatlichen Organen, gesellschaftlichen Organisationen und der Gesellschaft für klinische Medizin der DDR. Der Vorstand der GSM legte auch den Jahresarbeitsplan fest und bestimmte auf dieser Grundlage die gesamte Organisation der Arbeit der Gesellschaft.¹²⁸

Der Vorstand wurde von der Mitgliederversammlung mit einfacher Stimmenmehrheit gewählt. Er bestand aus dem Präsidenten, den zwei Vizepräsidenten, dem Sekretär, dem Schatzmeister sowie weiteren Vorstandsmitgliedern. Die Wahl des Vorstandes erfolgte auf die Dauer von vier Jahren. Die Wiederwahl war zulässig. Die Vorstandssitzungen wurden vom Präsidenten einberufen.

¹²⁵ Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981 (BArch DR 5 1455).

¹²⁶ Ehrenmitglieder der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1985 (BArch DR 5 1457).

¹²⁷ Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981 (BArch DR 5 1455).

¹²⁸ Arbeitsprinzipien des Vorstandes der GSM, 1975 (BArch DR 5 1826).

Die geforderte enge Zusammenarbeit mit der Sektion Sportmedizin des Wissenschaftlich-Methodischen Rats im Staatssekretariat für Körperkultur und Sport war durch die Einbindung des Präsidenten der GSM in den Vorstand der Sektion gegeben.¹²⁹ Demnach unterstand der Präsident der GSM als verantwortliches Mitglied einer Sektion des WMR der Weisungsbefugnis des SKS. Die GSM war gehalten, organisatorische, inhaltliche und personelle Fragen mit dem Ministerium für Gesundheitswesen und dem Präsidium der Dachgesellschaft für Klinische Medizin abzustimmen, bedurfte von da an auch in jedem Falle des Placets des SKS.¹³⁰

Zudem gab es eine Revisionskommission in der GSM. Sie kontrollierte die Einhaltung des Statuts, der Beschlüsse sowie die Erfüllung der von der Gesellschaft abgeschlossenen Vereinbarungen und prüfte mindestens einmal jährlich die Verwendung der finanziellen Mittel sowie die Kassenführung. Über die Ergebnisse berichtete sie der Mitgliederversammlung.¹³¹

Die Gesellschaft gliederte sich territorial in Bezirksgruppen. Sie arbeiteten auf der Grundlage des Statuts der Gesellschaft und einer durch den Vorstand bestätigten Arbeitsordnung.

Der Vorstand hatte das Recht, zur Lösung bestimmter Aufgaben ständige Arbeitsgemeinschaften und zeitweilige Arbeitsgruppen zu bilden und für diese jeweils einen Leiter einzusetzen. Die Tätigkeit dieser Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgruppen erfolgte auf der Grundlage der vom Vorstand bestätigten Arbeitspläne. Die Vorsitzenden der Bezirksgruppen sowie die Leiter der Arbeitsgemeinschaften und -gruppen erstatteten dem Vorstand über die geleistete Arbeit mindestens einmal jährlich oder auf Anforderung Bericht. Sie konnten zu Sitzungen des Vorstandes hinzugezogen werden.¹³²

Die Veranstaltungen der Gesellschaft, der Bezirksgruppen, der Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgruppen dienten der Präsentation der wissenschaftlichen Arbeit ihrer Mitglieder und daneben der Vermittlung des Standes der neuesten Forschungsergebnisse des In- und Auslandes sowie der Fortbildung ihrer Mitglieder. Veranstaltungen der Bezirksgruppen sowie Arbeitsgemeinschaften und Arbeitsgruppen waren mit dem Vorstand der Gesellschaft zentral abzustimmen. Die Planung, Vorbereitung und Durchführung von zentralen wissenschaftlichen Veranstaltungen erfolgte nach Beratung im Vorstand sowie nach Abstimmung mit den zuständigen staatlichen Organen und gesellschaftlichen Organisationen.¹³³

Die Mittel der Gesellschaft setzten sich aus den Anteilen der Mitgliedsbeiträge und sonstigen Zuwendungen zusammen. Von den Beiträgen mussten 12% an die Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR abgeführt werden. Die Beitragshöhe wurde von der Mitgliederversammlung festgelegt. Das Vermögen wurde durch Schatzmeister verwaltet. Der jährlich zu entrichtende Mitgliedsbeitrag betrug für ordentliche Mitglieder 25,00 M, für außerordentliche Mitglieder 10,00 M, Studenten zahlten keinen Beitrag.¹³⁴

Das offizielle Organ der Gesellschaft war die Zeitschrift *Medizin und Sport*. Am 01. März 1961 erschien das erste Exemplar unter dem Chefredakteur Dr. Kurt Franke. Die Vorbereitungen der GSM dafür begannen mit Unterstützung des Vorsitzenden des Staatlichen Komitees für Körperkultur und Sport und der Arbeitsgruppe Sportmedizin des Ministeriums für Gesundheitswesen schon im Herbst 1959. Zunächst erschienen sechs, ab 1969 zwölf Ausgaben jährlich.¹³⁵

Von der GSM wurden Preise und Auszeichnungen für den Bereich Sportmedizin verliehen:

- Preis der GSM ab 1977 für hervorragende Nachwuchswissenschaftler (z. B. Klaus Gottschalk)

¹²⁹ Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981 (BArch DR 5 1455).

¹³⁰ Arbeitsprinzipien des Vorstandes der GSM, 1975 (BArch DR 5 1826).

¹³¹ Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981 (BArch DR 5 1455).

¹³² Arbeitsprinzipien des Vorstandes der GSM, 1975 (BArch DR 5 1826).

¹³³ Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981 (BArch DR 5 1455).

¹³⁴ Ebd.

¹³⁵ Zeitschrift *Medizin und Sport* (BArch DR 5 1589).

- › Ehrenurkunde der GSM ab 1973 für langjährige Verdienste (z. B. Dr. W. Schneider)
- › Ehrenplakette der GSM ab 1973 (z. B. Dr. E. Müller)¹³⁶

3.6.3 Internationale Verbindungen der GSM

Die Gesellschaft für Sportmedizin funktionierte in der DDR als sportmedizinische Lobby und trug vor allem in den 1960er-Jahren zum Prozess der Professionalisierung und Ausdifferenzierung der Sportmedizin als neue medizinische Fachdisziplin und damit zur Verbreitung medizinischer Deutungsmuster im Bereich des Sports bei.¹³⁷ Dabei pflegte sie eine Zusammenarbeit mit staatlichen Organen und Einrichtungen, insbesondere mit dem Gesundheitswesen, der Körperkultur und des Sportes sowie mit gesellschaftlichen Organisationen, vor allem mit dem DTSB der DDR.

Ein wesentliches Aufgabengebiet der GSM war auch die Pflege von internationalen Beziehungen. Die GSM war der institutionelle Anknüpfungspunkt der DDR für internationale Verbindungen auf dem Gebiet der Sportmedizin, in den 1950er-Jahren vor allem in Bezug auf die Bundesrepublik.¹³⁸ Auf der Ebene der Sportmedizin waren Ärzte beider Teile Deutschlands bis weit in die 1950er-Jahre hinein auf der Grundlage gemeinsamer, gesamtdeutscher Traditionen durch grenzüberschreitende Netzwerke und einen wissenschaftlichen Dialog miteinander verbunden. Die Möglichkeiten des Wissenschaftsaustauschs unterlagen jedoch stark der Entwicklung der politischen Beziehungen zwischen der Bundesrepublik und der DDR. Bis 1957 war das Ziel der Einheit der deutschen Wissenschaft vor allem mit der damaligen DDR-Staatsdoktrin der Wiedervereinigung kompatibel.¹³⁹ Innerhalb des Ministeriums für Gesundheitswesen nahm man demnach den wissenschaftlichen Austausch zunächst wohlwollend zur Kenntnis,¹⁴⁰ was sich in den folgenden Jahren aber änderte.

Mit dem Abbruch der deutsch-deutschen Beziehungen ab 1957 richtete der GSM-Vorstand seine internationalen Bestrebungen mit Unterstützung des Staatlichen Komitees darauf, als gleichberechtigtes Mitglied in die Weltorganisationen der Sportmedizin (FIMS) anerkannt zu werden.

Am 4. Oktober 1964 wurde im Rat der Delegierten der FIMS in Tokio zum dritten Mal der Aufnahmeantrag der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin in der DDR behandelt und mit 14:13 Stimmen bei einer Stimmenthaltung abgelehnt. Die Aufnahme der GSM der DDR in die FIMS scheiterte aus Sicht der DDR-Vertreter an der Gegenstimme des Vertreters der BRD.¹⁴¹ So wurde berichtet: „Die Vertreter der DDR erhielten keine Gelegenheit, den eigenen Standpunkt in der Generalversammlung darzulegen. Die Interessen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin in der DDR wurden deshalb von den Delegierten der UdSSR und der CSSR vertreten. Die Ablehnung des Antrages ist im Wesentlichen auf das Auftreten der westdeutschen Vertreter zurückzuführen, die das internationale Gremium durch ihre Anmaßung des Alleinvertretungsrechtes täuschten.“¹⁴²

In der Folge wertete der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin in der DDR in Verbindung mit den staatlichen Organen die Ergebnisse von Tokio aus und wies in einer Erklärung insbesondere die „anmaßende Haltung“ der westdeutschen Vertreter öffentlich zurück.¹⁴³

Zwei Jahre später sollte schließlich ein erneuter Versuch zur Aufnahme folgen, im Rahmen des Weltkongresses der FIMS in Hannover. Dazu wurden seitens der DDR-Sportmedizin einige Vorbereitungen getroffen. Zum einen sollten die ostdeutschen Teilnehmer während des Kongresses als Diplomaten der Sportmedizin der DDR auftreten und zur Anerkennung der der DDR-Sportmedizin

¹³⁶ Ehrenmitglieder der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1985 (BArch DR 5 1457).

¹³⁷ Rechenschaftsbericht der Gesellschaft für Sportmedizin 1969-1970 (BArch DR 5 1849).

¹³⁸ BArch DQ 1 3294.

¹³⁹ Lemke (2001) S. 429.

¹⁴⁰ BArch DQ 1 4225.

¹⁴¹ Bemühungen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin der DDR um Aufnahme in die FIMS 1964. BD I (BArch DR 5 1847).

¹⁴² Ebd.

¹⁴³ Ebd.

beitragen. Dazu wurde unter Sportärzten der DDR eine klare ideologische Position verbreitet, die insbesondere den Standpunkt der DDR zum westdeutschen Sportärzdebund beinhaltete. Die Zusammenkünfte der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin in der DDR sowie Aussprachen im Sportmedizinischen Dienst bzw. im Institut für Sportmedizin an der DHfK wurden dazu genutzt.

Zum anderen wurde in der Presse sowie im Funk und Fernsehen der DDR mehr als bisher Werbung für die DDR-Sportmedizin betrieben, indem über Erfolge der Arbeit der Sportmedizin, insbesondere der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin, berichtet wurde (Leistungssportprobleme wurden dabei nicht behandelt), in der Überzeugung, dass dies auch im Ausland wahrgenommen würde. Dazu bereitete die GSM Informationsmaterial vor. In diesem Material wurde die staatliche Förderung der Sportmedizin durch Schaffung sportmedizinischer Einrichtungen – insbesondere des Sportmedizinischen Dienstes (gemäß Statut) – herausgestellt und konkret über sportmedizinische Fragen des Volkssportes und des Kinder- und Jugendsports berichtet. Gleichzeitig wurden die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der DDR (staatliche Anerkennung als Sportarzt, Facharzt für Sportmedizin) aufgezeigt.¹⁴⁴

Auf dem Weltkongress der FIMS in Hannover wurde dem Antrag auf Mitgliedschaft ohne Gegenstimme, bei Enthaltung des Vertreters des Deutschen Sportärzdebundes der BRD, zugestimmt.¹⁴⁵ In der Folge wurde 1972 Ernest Strauzenberg als Mitglied der FIMS-Exekutive berufen und 1973 in Lausanne zum Vorsitzenden der Wissenschaftskommission der FIMS gewählt. Auch Kurt Tittel wurde 1980 in die Exekutive der FIMS gewählt. Strauzenberg und Tittel wurden für ihre Arbeit mit der *Gold-Medaille*, der höchsten Auszeichnung der FIMS geehrt. Beide waren seit 1972 auch zu Mitgliedern der *Commission Internationale d'Education Physique et du Sport* berufen worden (CIEPS), deren Tagungen zumeist anlässlich der Sportwissenschaftlichen Konferenzen im Zusammenhang mit Olympischen Spielen stattfanden.

3.6.4 Neuausrichtung der GSM

Ab 1965 wurden die Gesellschaft für Sportmedizin sowie die Sektion Sportmedizin im Wissenschaftlich-Methodischen Rat des Staatssekretariats für Körperkultur und Sport offiziell von der Behandlung aller Leistungssportfragen ausgeklammert. Die GSM fokussierte sich daraufhin auf Themen der Prävention und Rehabilitation. Der überwiegende Teil der Kongresse und Arbeitstagungen der GSM widmete sich präventiv orientierten Themenbereichen.¹⁴⁶ Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf diesem Gebiet wurde durch Kooperationsverträge u.a. mit der Gesellschaft für Arbeitshygiene aktiv betrieben. Schon ab den 1960er-Jahren, verstärkt Anfang der 1970er-Jahre, wurden Bezirksgruppen der GSM eingerichtet, die in Zusammenarbeit mit Bezirksvereinigungen anderer Fachrichtungen der Medizin Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Prävention abhielten.¹⁴⁷

Die Beteiligung an der Gesundheitserziehung der Bevölkerung unter Akzentuierung der Prävention (Prophylaxe) durch Propagierung geeigneter gesundheitssportlicher Aktivitäten und der Etablierung eines Gesundheitstrainings wurden zu zentralen Aspekten der Aufgabenprofile der GSM. Dabei verschob sich der Fokus von der reinen Aufklärung durch Vermittlung medizinischen Gesundheitswissens Anfang der 1970er-Jahre hin zu einer akzentuierten Überzeugungsarbeit und Bewusstseins-schärfung durch *Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung*.

¹⁴⁴ Maßnahmeplan für die politisch-ideologische Vorbereitung für den XVI. Weltkongress für Sportmedizin der FIMS in Hannover vom 11.-16. Juni 1966 (BArch DR 5 1129).

¹⁴⁵ Bericht über die Teilnahme einer Delegation der DDR am XVI. Weltkongress für Sportmedizin der FIMS in Hannover vom 11.-16. Juni 1966 (BArch DR 5 1786).

¹⁴⁶ Tätigkeit der Gesellschaft. Bd. III Symposien und Jahrestagungen (BArch DR 5 1849).

¹⁴⁷ Rechenschaftsbericht der Gesellschaft für Sportmedizin 1969-1970 (BArch DR 5 1849). Tagungen der GSM: 1978 in Magdeburg (Der Beitrag der Sportmedizin für die Gesunderhaltung und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung der DDR), 1986 in Leipzig (Sport in der Prävention und Therapie), oder 1988 in Dresden (Sport in der Prävention und Therapie und Rehabilitation von Verletzungen und Erkrankungen der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten).

Diese sollten „jene bildenden und erzieherischen Maßnahmen in der sozialistischen Gesellschaft [umfassen], die auf die Erhöhung der persönlichen und gesellschaftlichen Verantwortung für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise der Bürger und für die gesundheitsfördernde Gestaltung der Umwelt der Menschen gerichtet sind. Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung sind Bestandteil der politisch-ideologischen und kulturell-erzieherischen Arbeit und haben das bewußte Handeln des Einzelnen und der Kollektive zur Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit zum Ziel. Sie orientieren sich an den Bedürfnissen der Gesellschaft.“¹⁴⁸

Aus sportmedizinischer Sicht beinhaltete die *Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung* einerseits die Popularisierung von Richtlinien für eine vollwertige Ernährung der Bevölkerung in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, körperlicher Belastung und Körpergewicht. Eine richtige Ernährung galt in dem Zusammenhang als eine Grundbedingung für die Gesundheitsförderung und für die Steigerung der Leistungsfähigkeit, während Ernährungsfehler das Entstehen und Fortschreiten vieler Krankheiten begünstigten und die Lebenserwartung und Leistungsfähigkeit minderten. Die für die gesellschaftliche Praxis propagierten Maßnahmen zur Förderung der gesunden Ernährung richteten sich insbesondere auf die Regulierung der Kalorienzufuhr entsprechend dem Kalorienbedarf durch abwechslungsreiche, vollwertige Kost.¹⁴⁹

Andererseits wurde der Zusammenhang zwischen regelmäßigem Üben und Trainieren und der Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit verdeutlicht, mit dem Ziel, eine passive Einstellung der Bevölkerung zur Bewegung und zu körperlichen Belastungen zu überwinden. Dabei sollte die Bedeutung der sportlichen Betätigung und der Körperübungen, des Hauttrainings, der Entspannung und der aktiven Erholung als Mittel der Prophylaxe, Therapie, Metaphylaxe und Rehabilitation durch das Gesundheits- und Sozialwesen, das Kur- und Bäderwesen sowie das Erholungswesen umfassend propagiert werden.¹⁵⁰ In diesem Rahmen setzte sich die GSM besonders für die Propagierung von „Beispielaktivitäten“ und für die weitere wissenschaftliche Fundierung von Standpunkten zum „Gesundheitstraining“ sowie zur Sporttherapie und deren Realisierung ein. In Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen der Medizin und Hygiene organisierte die GSM flächendeckend auf lokaler Ebene Tagungen, Aufklärungs- und Weiterbildungsveranstaltungen, die den Zusammenhang von sportlicher Aktivität, gesunder Ernährung und Gesundheit thematisierten.¹⁵¹ Zudem etablierte die GSM ab Mitte der 1960er-Jahre zahlreiche ambulante Herzsportgruppen und Dialyse-Sportgruppen, insbesondere in Berlin, Leipzig, Magdeburg und Rostock (erste Herzsportgruppe 1964 in Zwickau unter Prof. Straube, bis 1980 ca. 300 weitere Gruppen in der DDR).

In den 1980er-Jahren bemühte sich die GSM um die Etablierung eines Fachphysiotherapeuten für Sportmedizin. Dazu konstituierte sich innerhalb der Gesellschaft am 28. August 1981 eine Arbeitsgemeinschaft für Sportphysiotherapeuten unter der Leiterin Dr. Gerda Bönsch, Wissenschaftlicher Leiter war Prof. Dr. Kurt Tittel. Der Fachphysiotherapeut für Sportmedizin wurde für die sportmedizinischen Betreuungsanforderungen entsprechend einem durch das Ministerium für Gesundheitswesen bestätigtem Weiterbildungsprogramm und als Berufsbild anerkannt.¹⁵²

Am 27. Oktober 1989 wurde schließlich eine Arbeitsgemeinschaft *Frauensportmedizin* bei der GSM gegründet, unter Leitung von Dr. sc. med. D. Ullrich, Chefarzt der Frauenklinik im Klinikum Dessau, die sich mit leistungsphysiologischen Aspekten der trainierenden Frau (seit 1980 auch eine Forschungsgruppe am FKS) unter besonderer Berücksichtigung endokriner Regulationen bei der Anwendung von hormonalen Kontrazeptiva widmete. Eine Zusammenstellung der Forschungsergebnisse wurde auszugsweise beim Ersten Gesamtdeutschen Sportmedizinischen Symposium“ Ende Juni 1990 in Coburg vorgetragen.

¹⁴⁸ Über die Funktion und Aufgaben der Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung, aus: Grundsätze und Schwerpunkte der Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung in der DDR (10. Juni 1972), VuM Nr. 10.

¹⁴⁹ Ebd.

¹⁵⁰ Über die Funktion und Aufgaben der Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung, aus: Grundsätze und Schwerpunkte der Gesundheitspropaganda und Gesundheitserziehung in der DDR (10. Juni 1972), VuM Nr. 10.

¹⁵¹ Rechenschaftsbericht der Gesellschaft für Sportmedizin 1969-1970 (BArch DR 5 1849).

¹⁵² Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sportphysiotherapeuten in der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR (BArch DR 5 1461).

3.6.5 Mitgliederstatistik der GSM

Jahr	Mitglieder
1962	398
1965	439
1970	622
1975	655
1978	853
1979	911
1980	942
1981	1064
1982	1116
1983	1129
1984	1177
1985	1208

3.7 Zwischenfazit

In der DDR entstand ein staatlich geleitetes, komplexes System sportärztlicher Betreuung mit zahlreichen Institutionen, die untereinander weit verzweigt waren, und das im zeitlichen Verlauf stetig ausgebaut und den veränderten Anforderungen an die Sportmedizin angepasst wurde. Gleichwohl nicht immer nachvollzogen werden konnte, inwieweit dabei Norm und reale Umsetzung auseinander gingen, wird der hohe Stellenwert der Sportmedizin in der DDR deutlich.

Mit der Gründung des Sportmedizinischen Dienstes ging die Verantwortung für die sportärztliche Betreuung auf eine staatlich zentralgeleitete Organisationsstruktur über. Damit wurde der Bereich der sportärztlichen Betreuung aus der Zuständigkeit des MfGW herausgelöst und dem Staatssekretariat für Körperkultur und Sport nachgeordnet. Damit fand die Sportmedizin ihren institutionellen Ort innerhalb des Sportsystems der DDR. Die Gründung des SMD führte zu einer erheblichen Verbesserung der materiellen und personellen Situation der Sportmedizin in der DDR.

Die wachsende Bedeutung des Leistungssports führte ab Anfang der 1970er-Jahre zu einem institutionellen Ausbau der Forschungs- und Betreuungskapazitäten für den Leistungssport, vor allem in den Sportärztlichen Hauptberatungsstellen. In Beschlüssen des Politbüros wurden diesbezüglich vermehrt konkrete materielle und personelle Maßnahmen gefordert. Die wissenschaftliche Arbeit der Sportmedizin erhielt mit der Eingliederung des Instituts für Sportmedizin in das neu gegründete Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport (FKS) eine neue Struktur. Das Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa wurde zu einem medizinischen Zentrum für die hochspezialisierte Betreuung und für die komplexe Leistungsdiagnostik im Spitzensport und für erkrankte und verletzte Leistungssportler. Gleichzeitig blieb der Bereich der allgemeinen sportmedizinischen Betreuung in den sportärztlichen Beratungsstellen in quantitativer Hinsicht der umfassendste.

Die stetig wachsende Gesellschaft für Sportmedizin wurde offiziell von der Behandlung aller Leistungssportfragen ausgeklammert. Sie entwickelte sich zum institutionellen Anknüpfungspunkt der DDR für internationale Verbindungen auf dem Gebiet der Sportmedizin, nicht zuletzt durch ihre Aufnahme in der FIMS.

4 Die Etablierung der Sportmedizin als eigenständige Fachdisziplin

Durch den *Beschluss über die Reorganisation der Sportmedizin in der DDR* wurden Anfang der 1960er-Jahre innerhalb sehr kurzer Zeit gesellschaftliche, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen geschaffen, die es möglich machten, ein eigenständiges Berufsbild Sportmedizin zu etablieren. Im folgenden Textabschnitt wird die Entwicklung der Sportmedizin als fachliche Disziplin im Kontext ihrer Einordnung innerhalb der klinischen Medizin dargestellt. Dabei steht zum einen die Analyse der Facharztordnung der DDR im Fokus, insbesondere unter der Frage nach fachspezifischen Inhalten der Sportmedizin. Zum anderen wird auf die Etablierung der Sportmedizin an den Universitäten eingegangen.

4.1 Facharzt für Sportmedizin

Am 1. August 1963 wurde die Einrichtung des Facharztes für Sportmedizin durch das Ministerium für Gesundheitswesen verfügt. Damit wurde die Fachrichtung Sportmedizin als eigenständige Disziplin der Klinischen Medizin gesetzlich zugelassen, nachdem die erste Facharzt-Weiterbildungsordnung von der GSM und der Sektion Sportmedizin erarbeitet worden war. Die Weiterbildungsordnung musste die Beurteilung durch die Sektion Kaderaus- und Weiterbildung des SKS durchlaufen, ehe sie in Abstimmung mit dem Ministerium für Gesundheitswesen vom Staatssekretär für SKS genehmigt wurde. Anpassungen der Weiterbildungsordnung erfolgten 1965, 1972 und 1980.¹⁵³

Gegenstand der Fachrichtung Sportmedizin sollten „die medizinisch-biologischen Aspekte der Reaktion des menschlichen Organismus und seiner Funktionssysteme auf sportliche Belastung, die wissenschaftliche und praktische Umsetzung dieser gesetzmäßigen Beziehungen mit dem Ziel der Entwicklung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit und insbesondere der sportlichen Leistungsfähigkeit“ sein.¹⁵⁴ Zur Aufgabe der Fachrichtung Sportmedizin gehörte ebenso der Einsatz der Mittel und Methoden von Körperkultur und Sport für die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit und Lebensfreude.¹⁵⁵

Der Tätigkeitsbereich des Facharzt für Sportmedizin sollte demnach sowohl in der praktischen sportmedizinischen Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung im Freizeit- und Erholungssport, im Kinder- und Jugendsport, im Übungs-, Trainings- und Wettkampfbetrieb sowie im Leistungssport als auch in den Bereichen der Lehre liegen. Dabei sollte er eng mit Vertretern anderer klinischer und theoretischer medizinischer Fachrichtungen und Fachgebiete sowie der Sportwissenschaft und der Sportpraxis zusammenarbeiten. Für die Lösung dieser spezifischen Aufgaben sollte der Facharzt für Sportmedizin Kenntnisse in der medizinischen Diagnostik, Prophylaxe, Therapie, Metaphylaxe und Rehabilitation, ein fachbezogenes Wissen aus Bereichen der Leistungsphysiologie und der Biochemie sowie grundlegende Kenntnisse in den Disziplinen der Sportwissenschaft erwerben.

Die sportmedizinischen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die während der Ausbildung vermittelt wurden, betrafen:

- die Struktur und Funktionsweise sowie das Zusammenwirken der Organe und Funktionssysteme unter dem Einfluss sportlicher Belastung und den Zusammenhang zwischen dem planmäßigen Prozess des Trainings und der Anpassung des Organismus an den Trainingsreiz unter Berücksichtigung des Alters, des Geschlechts und der primären Leistungsfähigkeit

¹⁵³ Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979 (BArch DR 506 123).

¹⁵⁴ Ebd.

¹⁵⁵ Ebd.

- › die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des menschlichen Organismus und seiner leistungsbestimmenden Funktionssysteme durch Anwendung ausgewählter Methoden der Funktionsdiagnostik und ihre Einbeziehung bei der Gestaltung der sportlichen Betätigung
- › die Früherkennung von Funktionseinschränkungen und sich anbahnender Gesundheitsstörungen, die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen für die Leistungs- und Belastungsfähigkeit und die Festlegung wirksamer Maßnahmen zur Überwindung der Störungen
- › die Anwendung dieses Wissens und Könnens in der sportmedizinischen Betreuung der Sporttreibenden, die aktive Einflussnahme auf die Belastungsgestaltung und Leistungsentwicklung unter Berücksichtigung individueller Besonderheiten
- › die Anwendung sportmedizinischer Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Körperkultur und Sport auf den Gebieten der Prophylaxe, Therapie, Rehabilitation und Metaphylaxe.

4.1.1 Spezielle Kenntnisse der Fachrichtung Sportmedizin

Ehe der Schritt zur Zulassung einer neuen Fachrichtung im Bereich der Klinischen Medizin erfolgen konnte, war der Nachweis zu erbringen, dass die Aufgaben des neuen Fachgebietes nicht durch ein bestehendes Fach oder dessen Erweiterung zu lösen waren. In der Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Sportmedizin wurden diese wie folgt definiert:

1. Kenntnisse und Fertigkeiten über die Beurteilung leistungsdiagnostischer Untersuchungen zur Erfassung und Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die aktive Umsetzung der Ergebnisse in die Übungs-, Trainings- und Wettkampfpraxis mit dem Ziel der Leistungsentwicklung.¹⁵⁶ Hierzu zählten:
 - die Feststellung von Eignung und Belastbarkeit
 - die Methoden zur Erfassung der allgemeinen und speziellen physischen Leistungsfähigkeit
 - die Methoden der Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Halte-, Stütz- und Bewegungsapparates
 - die Methoden zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des kardiorespiratorischen Systems
 - die Methoden zur Erfassung der Leistungsfähigkeit des Stoffwechsels
 - die Funktionsdiagnostik des zentralen Nervensystem und neuromuskulären Systems
2. Kenntnisse und Fertigkeiten in Bezug auf die sportgerechte allgemeine und spezielle gesundheitliche Betreuung bei der Ausübung von Körperkultur und Sport einschließlich der schnellen Wiederherstellung nach aufgetretenen Verletzungen und Erkrankungen.¹⁵⁷

¹⁵⁶ Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979 (BArch DR 506 123).

¹⁵⁷ Ebd.

Unter allgemeiner gesundheitlicher Betreuung wurde die regelmäßige sportmedizinische Gesundheitskontrolle (Anamnese, klinische und paraklinische Untersuchung, Befunddokumentation) verstanden.¹⁵⁸ Hierzu zählten:

- Maßnahmen der allgemeinen und speziellen Prophylaxe (Physioprohylaxe, Impfungen, medikamentöse Maßnahmen)
- hygienische Anforderungen an die Lebensweise der Sportler (Körperhygiene, Hygiene der Unterkunft, Kleiderhygiene, Sportstättenhygiene, Sportgerätehygiene, Sexualhygiene)
- Gesundheitserziehung
- sportgerechtes Tages- und Lebensregime

Die spezielle gesundheitliche Betreuung umfasste¹⁵⁹

- fachgerechte Diagnostik und Therapie erkrankter bzw. verletzter Sportler auf der Grundlage anwendungsbereiter Kenntnisse und Fertigkeiten aus klinischen Fachrichtungen und Fachgebieten (vorrangig Traumatologie, Orthopädie, Chirurgie, Innere Medizin)
- Maßnahmen zur schnellen Wiedereingliederung der Sportler in den Trainingsprozess nach Verletzungen und Erkrankungen einschließlich Zusammenarbeit mit dem Trainer bei der Erarbeitung von speziellen Trainingsplänen entsprechend dem Gesundheits- und Leistungszustand des Sportlers und beim Rehabilitationstraining
- sportmedizinische Besonderheiten des Einsatzes physiotherapeutischer Verfahren bei Verletzungen und Erkrankungen
- Prophylaxe und Therapie von Verletzungen, Erkrankungen und Fehlbelastungsschäden unter sportartspezifischen Gesichtspunkten.

3. Kenntnisse und Erfahrungen zur aktiven Mitarbeit bei der Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastungsverträglichkeit einschließlich der Mitwirkung an der Trainings- und Wettkampfgestaltung.¹⁶⁰ Hierzu zählten:

- Beschleunigung der Wiederherstellungsvorgänge nach sportlicher Belastung durch trainingsmethodische Einflussnahme (aktive Erholung, Ausgleichsübungen, allgemeines und spezifisches Kompensationstraining, Rhythmus von Belastung und Erholung)
- Maßnahmen der Physioprohylaxe zur Beschleunigung der Wiederherstellung und Erhöhung der Belastungsverträglichkeit (aktive Bewegungstherapie als Einzel- oder Gruppenübung, Anwendung der Hydro-, Balneo-, Thermo-, Elektrotherapie und Sauna sowie der verschiedenen Massageformen unter Einschluss der Selbstbehandlungsmöglichkeiten)

¹⁵⁸ Ebd.

¹⁵⁹ Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979 (BArch DR 506 123).

¹⁶⁰ Ebd.

- sportgerechte Ernährung (Beratung beim Aufstellen von Speiseplänen, Kontrolle der Nahrungszubereitung und -ausgabe, Zwischenmahlzeiten, belastungsadäquate Substitution)
 - Anwendung psychoregulativer Verfahren
 - aktive Einflussnahme auf die Belastungsgestaltung und Leistungsentwicklung unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und tätigkeitsspezifischer Besonderheiten
 - formende aktive Mitarbeit bei der Gestaltung des Trainings und der Wettkämpfe
 - Formen und Methoden der Prophylaxe des Entlastungssyndroms und des Abtrainierens.
4. Kenntnisse über den Einsatz der Mittel und Methoden von Körperkultur und Sport zur Erhaltung und Festigung der Gesundheit und Entwicklung der Leistungsfähigkeit aller Bürger sowie ihre Anwendung in der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation verschiedener Erkrankungen.¹⁶¹ Hierzu zählten:
- die Bedeutung von Körperkultur und Sport im Rahmen der Gesundheitserziehung und Gesundheitspropaganda
 - Beurteilung der Belastbarkeit der Menschen im höheren Lebensalter
 - Gesundheitstraining
 - Indikation, Kontraindikation und Dosierung von Körperübungen zur Primärprävention und gezielter Prophylaxe bei Vorhandensein von Risikofaktoren bzw. prämorbidem Zuständen
 - Formen und Indikationen des Ausgleichssportes gegenüber einseitigen berufsspezifischen Belastungen
 - Indikation, Kontraindikation und Dosierung von Sporttherapie bei Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie die Nachbehandlung internistischer und chirurgischer Erkrankungen.

Neben speziellen Kenntnissen und Aufgaben beinhaltete die Fachrichtung Sportmedizin auch Kenntnisse aus anderen Fachrichtungen:

¹⁶¹ Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979 (BArch DR 506 123).

4.1.2 Kenntnisse aus anderen Fachrichtungen

1. Vertiefung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Inneren Medizin unter dem besonderen Aspekt der sportmedizinischen Betreuung und der Disponibilität für die allgemeine ärztliche Versorgung.¹⁶² Hierzu zählten:
 - Vertiefung der klinischen Untersuchungstechnik
 - Beherrschung der Indikation zu klinisch bedeutsamen Laboruntersuchungen und der Bewertung der Befunde
 - Beherrschung der klinischen Diagnostik, Kenntnis der gebräuchlichen labordiagnostischen und apparativen diagnostischen Maßnahmen
 - Überblick über die hochspezialisierte Diagnostik häufiger und wichtiger innerer Krankheiten aus der Sicht notwendiger Indikationsstellung bei erkrankten Sportlern
 - Indikation und orientierende Beurteilung von Röntgenaufnahmen der Nebenhöhlen, des Thorax, des Verdauungstraktes und der Nieren und ableitenden Harnwege
 - Indikation und Kontrollindikation der medikamentösen Therapie unter besonderer Berücksichtigung der oben aufgeführten Erkrankungen einschließlich Pharmakodynamik sowie Wirkungen und Nebenwirkungen wichtiger Arzneimittel
 - Therapie und Rehabilitation innerer Krankheiten mit sportmedizinischen Methoden unter besonderer Berücksichtigung von kardiovaskulären Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane und funktionelle Störungen
2. Vertiefung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in ausgewählten Gebieten der Chirurgie, Traumatologie, Orthopädie unter dem besonderen Aspekt der sportmedizinischen Betreuung und der Disponibilität für die allgemeine ärztliche Versorgung.¹⁶³ Hierzu zählten:
 - Beherrschung chirurgisch-orthopädischer Untersuchungsmethoden
 - Beherrschung der Indikation zu klinisch bedeutsamen Laboruntersuchungen und der Bewertung der Befunde, Indikation und orientierende Beurteilung von Röntgenaufnahmen des Skeletts und der Weichteile
 - Beherrschung einfacher therapeutischer Techniken
 - Beherrschung der Diagnostik und Erstbehandlung sowie Kenntnisse der speziellen Therapie häufiger und wichtiger chirurgischer Erkrankungen, Verletzungen sowie Schäden und Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich prophylaktischer und rehabilitativer Maßnahmen

¹⁶² Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979 (BArch DR 506 123).

¹⁶³ Ebd.

3. Der Erwerb von Grundkenntnissen in ausgewählten Disziplinen der Sportwissenschaft. Hierzu zählten:
- Theorie und Geschichte der Körperkultur (Körperkultur und Sport als gesellschaftliche Erscheinung, Grundlinien der Entwicklung der sozialistischen Körperkultur in der DDR, Entwicklungstendenzen im Wintersport)
 - Leitung und Planung der sozialistischen Körperkultur, Leitung und Organisation des DDR-Sports, rationelle Gestaltung der Leitungsprozesse, Anforderungen an den sozialistischen Leiter, Aufgaben, Stellung und Organisation des Sportmedizinischen Dienstes)
 - Sportpädagogik (Ziel, Inhalt und Methoden der kommunistischen Erziehung in den Sportgruppen und Mannschaften)
 - Sportpsychologie (Persönlichkeit und sportliche Leistung, die Rolle psychischer Komponenten für die körperliche und sportliche Leistungsfähigkeit, psychoregulative Verfahren)
 - Biomechanik (Gegenstand und Aufgaben, biomechanische Untersuchungsmethoden und Verfahren zur Ermittlung biomechanisch darstellbarer Elemente der Leistungsstruktur)
 - Aneignung von vertieften Kenntnissen der allgemeinen Theorie und Methodik des Trainings
 - Erwerb von ausgewählten Kenntnissen der speziellen Trainingslehre einer Sportart

4.1.3 Weiterbildung zum Facharzt für Sportmedizin

Zur fachlichen und methodischen Anleitung und Koordinierung der Weiterbildung in der jeweiligen Fachrichtung wurden bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR zentrale Fachkommissionen und bei den Räten der Bezirke, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, Bezirksfachkommissionen entsprechend dem Bedarf gebildet. In den Fachkommissionen wurden die Hochschullehrer der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, Hochschullehrer der Medizinischen Akademien und der Bereich Medizin der Universitäten, Vertreter der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften sowie erfahrene, wissenschaftlich befähigte Fachärzte der medizinischen Praxis wirksam.¹⁶⁴ Die Weiterbildungs- und Prüfungsstandards für die Sportmedizin wurden durch die 1964 einberufene Zentrale Facharztkommission Sportmedizin der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR festgelegt und weiter ausgearbeitet.¹⁶⁵ Erster Vorsitzender wurde der Internist und Sportmediziner OMR Dr. K. Häntzschel. Mitglieder waren die Sportmediziner und Internisten S. E. Strauzenberg und R. Dietrich, der Chirurg G. Welsch, der Anatom K. Tittel, der Physiologe M. Paerisch, der Orthopäde H.-G. Ehricht und der Psychologe P. Kunath.¹⁶⁶ Die jeweiligen Weiterbildungsleiter waren die Leiter der Kliniken, Institutionen und Abteilungen stationärer und ambulanter Einrichtungen des Gesundheitswesens, die als Weiterbildungseinrichtungen in der jeweiligen Fachrichtung zugelassen waren. Für die Sportmedizin in DDR waren dies die Deutsche Hochschule für Körperkultur, das Forschungs-

¹⁶⁴ Anordnung über die Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte - Facharzt-/Fachzahnarztordnung - vom 11. August 1978.

¹⁶⁵ Aufstellung über die Zusammensetzung der neu zu berufenden ZFK Sportmedizin 1964 (BArch DR 5 1).

¹⁶⁶ Ebd.

institut für Körperkultur und Sport (ab 1969), das Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa sowie die Sportmedizinischen Hauptberatungsstellen in den Bezirken.¹⁶⁷

Die Weiterbildungsleiter waren dafür verantwortlich, dass die Weiterbildung in Theorie und Praxis nach dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand erfolgte.

Allgemein richtete sich die Dauer der Weiterbildung zu einem Facharzt nach dem Stand der erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechend dem Bildungsprogramm der jeweiligen Fachrichtung. Die Weiterbildung war für alle Fachrichtungen frühestens nach vier Jahren und spätestens nach fünf Jahren mit einem Kolloquium abzuschließen.¹⁶⁸ Für die Weiterbildung zum Facharzt für Sportmedizin legte das erste erlassene Bildungsprogramm eine Ausbildungsdauer von vier Jahren fest.¹⁶⁹ Der vierjährige Ausbildungsgang beinhaltete neben der neunmonatigen praktischen sportärztlichen Tätigkeit im Institut für Sportmedizin der DHfK oder einer Hauptberatungsstelle des SMD einen Kurs über einen Zeitraum von drei Monaten zur Erfassung der „wesentlichsten sportmethodischen und sportpädagogischen Fragen“ und den grundlegenden Inhalten und maßgeblichen Trainingsprinzipien der wichtigsten Sportdisziplinen. Hinzu kamen ein Jahr Ausbildung in Innerer Medizin, hierbei lag der Fokus insbesondere auf der allgemeinen Diagnostik und Therapie sowie der Funktionsdiagnostik im Bereich der Herz-Kreislauf- und Lungenfunktion. Dem schloss sich ein Jahr in der Sporttraumatologie unter den Themenschwerpunkten Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der Sportverletzungen und -schäden des Jugendlichen und Erwachsenen sowie ein Jahr in der Physiologie, wo die Ausbildung unter besonderer Berücksichtigung der Physiologie der körperlichen Leistungsfähigkeit stattfand, an.¹⁷⁰ Dazu waren außerdem sportwissenschaftliche und sportpädagogische Theoriekurse an der DHfK zu absolvieren. Die finale Prüfung zum Facharzt hatte die Abfrage von Zusammenhängen und Behandlungsvorschlägen in konkreten, den Sport und die Gesundheit betreffenden Situationen oder Maßnahmen aus den Bereichen Prävention und Rehabilitation zum Schwerpunkt.¹⁷¹

Im Jahr 1968 wurde die Weiterbildungsordnung im Rahmen der Hochschulreform auf fünf Jahre verlängert und die Anpassung der Aus- und Weiterbildung von Fachärzten im Sinne einer „Steigerung prophylaktischer Maßnahmen“ und der Ausbau der interdisziplinären Forschung gefordert. Dies wurde in einer weiter überarbeiteten Fassung von 1971/72 berücksichtigt. Zudem wurden entsprechend der weiteren Entwicklung neuer Mess-, Untersuchungs- und Analysemethoden sowie neuen fachspezifischen Erkenntnissen wesentliche Neuerungen auf diagnostischem und apparativem Gebiet eingeführt und das Curriculum für die Facharztweiterbildung und die Prüfungsstandards zum Fachartztkolloquium den veränderten Bedingungen angepasst. Zudem wurden auf politisch-ideologischer Ebene bestimmte Persönlichkeitsmerkmale des Sportarztes eingefordert. Die letzte überarbeitete Fassung trat 1981 in Kraft. Sie berücksichtigte wiederum Fortschritte in der apparativen Labordiagnostik.

Grundsätzlich gestaltete sich die Weiterbildung wie folgt:

Die Weiterbildung schloss sich an das Studium der Medizin an und wurde in der beruflichen Tätigkeit unter fachärztlicher Anleitung durchgeführt.

Erstes Jahr

Das erste Jahr der Weiterbildung fand grundsätzlich an einer sportmedizinischen Weiterbildungseinrichtung statt. Diese war entweder zugehörig zum SMD, anderen Wissenschaftseinrichtungen des Sports, Universitäten oder bewaffneten Organen. Im Vordergrund stand die Vermittlung von Grundkenntnissen der Fachrichtung samt der Wechselwirkungen zum Sport. Außerdem war die Teilnahme

¹⁶⁷ Ebd.

¹⁶⁸ Anordnung über die Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte - Facharzt-/Fachzahnarztordnung, 11. August 1978.

¹⁶⁹ Lehrprogramme von Instituten und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ausbildung zum Facharzt für Sportmedizin (BArch DQ 1 6522).

¹⁷⁰ Vgl. Hollmann & Tittel (2008), S. 100.

¹⁷¹ Ebd.

am ersten Lehrgang im Bereich der Sportwissenschaft an der DHfK verpflichtend. Hier bezogen sich die Inhalte auf das tätigkeitsbezogene Erlernen von sportwissenschaftlichen Grundkenntnissen in drei Lehrgängen à vier beziehungsweise zwei Wochen mit 130 Unterrichtsstunden, zuzüglich 13 Stunden Theorie sportwissenschaftlicher Themen aus dem Einführungslehrgang Sportmedizin am ZI Kreischa sowie ein zweiter Lehrgang à 72 Stunden.¹⁷²

Im Curriculum waren festgelegt:

- › 20 Stunden Theorie und Geschichte der Körperkultur/Sportpolitik
- › 8 Stunden Leitung und Planung des Sports
- › 10 Stunden Sportpädagogik
- › 15 Stunden Sportpsychologie
- › 3 Stunden Biomechanik
- › 26 Stunden Allgemeine Theorie und Methodik des sportlichen Trainings (zzgl. fünf Stunden in Kreischa) sowie
- › 54 Stunden Theorie und Methodik des Trainings der Sportarten (zzgl. 72 Stunden des zweiten Lehrgangs zur Theorie und Methodik als sportart-spezifische Fachvertiefung¹⁷³

Zweites Jahr

Im zweiten Jahr verändert sich der Schwerpunkt der Weiterbildung. Die praktische Weiterbildung fand in einer klinischen Einrichtung zum Beispiel im Fachbereich Orthopädie, Traumatologie oder Innere Medizin statt. Das Ziel war die Erlangung der Befähigung zu klinischer Diagnostik und die „Erfassung der klinischen Therapieabläufe“. Zudem fand die Fortführung der theoretischen Weiterbildung an einem Tag in der Woche an einer sportmedizinischen Weiterbildungseinrichtung statt. Dies konnte die sogenannte „sektionsärztliche Tätigkeit im Sportverein [oder eine] allgemeine sportärztliche Sprechstunde u. v. a.“¹⁷⁴ Pflicht für die Absolvierung der Inneren Medizin waren drei Monate in einer Aufnahmestation, einer kardiologischen Abteilung und in der poliklinischen Ambulanz; für die traumatologische Weiterbildung mussten drei Monate auf einer Unfallstation, einer traumatologischen Klinik und einer orthopädischen Poliklinik abgeleistet werden. Hinzu kam ein 14-tägiger Lehrgang am Ende des zweiten Weiterbildungsjahres zur manuellen Therapie/Chiropraxis.¹⁷⁵

Drittes Jahr

Im dritten Jahr folgten dann die weitere Fachprofilierung an der sportmedizinischen Weiterbildungseinrichtung sowie ein Lehrgang zur sportmedizinischen Betreuung am ZI in Kreischa. Inhaltlich wurde sich unter anderem mit den Trends in der nationalen und internationalen Sportentwicklung, mit „neuesten Wissenschafts- und Forschungsergebnissen, relevanten Methoden in der Funktions- und Leistungsdiagnostik, neuen Therapieverfahren und sportgerechter Ernährung“ auseinandergesetzt.¹⁷⁶

¹⁷² Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979 (BArch DR 506 123). Vgl. Gottschalk 2007, 197 ff.

¹⁷³ Vgl. Gottschalk 2007, 197 ff.

¹⁷⁴ Vgl. Ebd.

¹⁷⁵ Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979 (BArch DR 506 123). Vgl. Gottschalk 2007, 197 ff.

¹⁷⁶ Ebd.

Viertes Jahr

Im sich anschließenden Jahr begann der zweite Lehrgang Sportwissenschaft an der DHfK zur Vertiefung des bereits erworbenen Wissens. Das Lernziel war es, die „spezielle Theorie und Methodik des Trainings in einer Sportart [zu] systematisieren, erweitern, festigen und vertiefen.“¹⁷⁷ Die Zuordnung zu einer Sportart, die idealerweise die der zukünftigen Betreuungsarbeit war, wurde durch „die Weiterbildungseinrichtung unter Berücksichtigung der vorgesehenen sektionsärztlichen Tätigkeit veranlasst.“¹⁷⁸

Fünftes Jahr

Das letzte Jahr dient der Erweiterung der wissenschaftlichen Qualifikation durch das Arbeiten in einer theoretisch-experimentellen Fachrichtung wie Physiologie, Biochemie etc. oder in einer „dem späteren Einsatz dienlichen klinischen Einrichtung“, wie beispielweise Pädiatrie oder Gynäkologie.¹⁷⁹

Es waren grundsätzlich Belege zu Leistungsnachweisen vorzulegen. Dazu zählte ein jährliches Zwischenkolloquium, die erfolgreiche Teilnahme an den sportwissenschaftlichen Lehrgängen, zudem die erfolgreiche Teilnahme an den Kursen Einführung in die Sportmedizin, Manuelle Therapie und Sportmedizinische Betreuung. Außerdem mussten in den ersten vier Jahren Teilnahmebelege für Weiterbildungsveranstaltungen im staatlichen Gesundheits- und Sozialwesen vorgelegt werden. Schließlich mussten von jedem Facharztwärter fünf Fachgutachten im Laufe der Weiterbildungszeit verfasst werden.¹⁸⁰

4.1.4 Absolventenvermittlung

Der Minister für Gesundheitswesen legte für einen Fünfjahrplanzeitraum zur Erreichung der vorgesehenen Zahl an Ärzten und Zahnärzten Orientierungsziffern über die Vermittlung von Absolventen für die zentralen staatlichen Organe, für die Bezirke (örtlich geleitetes Gesundheitswesen) sowie für Gesundheitseinrichtungen, die dem Ministerium für Gesundheitswesen unterstellt waren, fest. Sie waren Grundlage für die Planung der Entwicklung des Kaderbestandes in den jeweiligen Fachrichtungen, Leistungsbereichen und Einrichtungen der medizinischen Betreuung. Die Kommissionen für Absolventenvermittlung der medizinischen Hochschulbereiche koordinierten unter Verantwortung der Rektoren der Medizinischen Akademien bzw. der Prorektoren der medizinischen Bereiche der Universitäten die Maßnahmen zur langfristigen Vorbereitung der Absolventen auf ihren Berufseinsatz unter Einbeziehung der Hochschullehrer, der gesellschaftlichen Organisationen, der medizinischen Hochschulbereiche und der zentralen staatlichen Organe und der Räte der Bezirke.¹⁸¹ Im Falle der Sportmedizin waren diese der SMD, das FKS und die DHfK. Studierende sollten bereits in den ersten Studienjahren auf der Grundlage der vom Ministerium für Gesundheitswesen erarbeiteten Orientierung mit den Schwerpunktfachrichtungen vertraut gemacht und für diese interessiert werden.¹⁸²

Für die Absolventenvermittlung legte der Minister für Gesundheitswesen auf der Grundlage der vom Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen ermittelten Anzahl der Studenten des 4. Studienjahres der Medizin die jährlichen Vorgaben für den Einsatz der Absolventen fest und übergab sie den Leitern der zentralen staatlichen Organe, den Bezirksärzten und den Leitern der unterstellten Einrichtungen des Ministeriums für Gesundheitswesen. Zudem wurden die Einsatzwünsche der Studenten der Medizin des 4. Studienjahres erfasst und zahlenmäßig zusammengefasst nach

¹⁷⁷ Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979 (BArch DR 506 123). Vgl. Gottschalk 2007, 197 ff.

¹⁷⁸ Ebd.

¹⁷⁹ Ebd.

¹⁸⁰ Ebd.

¹⁸¹ Anweisung über die Vorbereitung und Durchführung des Berufseinsatzes der Hochschulabsolventen der Grundstudienrichtung Medizin, 12.04.1978.

¹⁸² Weisung zur Auswahl und Gewinnung der Hochschulabsolventen der Grundstudienrichtung Medizin sowie zur Weiterbildung zum Facharzt für Sportmedizin.

Bezirken und Fachrichtungen dem Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen übergeben.¹⁸³ Bei den Einsatzwünschen der Studenten mussten die gewünschte Fachrichtung und der favorisierte Bezirk sowie darüber hinaus zwei weitere in Betracht kommende Fachrichtungen und zwei weitere Bezirke genannt werden. Des Weiteren waren besondere soziale Gründe anzuführen, die beim Einsatz Berücksichtigung finden sollten. Das MfGW erarbeitete auf Grundlage dessen den Plan für die Vermittlung der Absolventen, aufgeschlüsselt nach Fachrichtungen, Bezirken und Hochschulen und übergab diesen dem Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen. Die Kommissionen führten gemeinsam mit Vertretern zentraler sportmedizinischer Organe auf Grundlage des Planes für die Vermittlung die Einsatzgespräche. Im Ergebnis des Gesprächs wurde für jeden Absolventen ein Einsatzbeschluss gefasst, der Grundlage für den Abschluss eines Arbeitsvertrages war.¹⁸⁴

Mit dem stetigen institutionellen Ausbau der Sportmedizin entstand gleichzeitig ein wachsender Bedarf an Sportärzten zur Besetzung hauptamtlicher und zum Teil leitender Positionen in bereits vorhandenen oder perspektivisch zu schaffenden Einrichtungen der Sportmedizin. Durch die Einrichtung von sportärztlichen Kreisberatungsstellen und hauptamtlichen Stellen für Kreissportärzte, den Ausbau von sportärztlichen Hauptberatungsstellen in den Bezirken und Leistungssportzentren und die Anstellung von hauptamtlichen Sportärzten für die Sportverbände und Sportclubs sowie in den wissenschaftlichen Instituten, Kliniken und Kureinrichtungen wurde Sportärzten in der DDR eine berufliche Perspektive geboten.¹⁸⁵

Ein wesentliches Problem lag allerdings in der Besetzung dieser Planstellen mit Fachärzten für Sportmedizin. Im Jahre 1986 waren von den 447 medizinischen Hochschulkadern im SMD mit einer abgeschlossenen Facharztqualifikation lediglich 58,4% Facharzt für Sportmedizin.¹⁸⁶

In einem Brief an den Staatssekretär für Körperkultur und Sport Günter Erbach spricht der Direktor des SMD Hannemann von einer „über die Jahre mangelhafte(n) Erfüllung bei der Gewinnung von Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Sportmedizin.“ Weiter führt er aus, dass eine „Gewinnung von Fachärzten anderer medizinischer Disziplinen für diese berufliche Tätigkeit bisher völlig gescheitert“ sei.¹⁸⁷

4.2 Anerkennung zum Sportarzt

Aufgrund des sehr hohen Bedarfs an sportmedizinischer Expertise bei Fragen der Sporttauglichkeit, der Betreuung von Breitensportgruppen sowie bei der Mitwirkung der bewegungs- und sporttherapeutischen Behandlung in Kliniken anderer Fachrichtungen der Medizin und der gleichzeitig zu geringen Absolventenzahl von Fachärzten für Sportmedizin war die Aufrechterhaltung der Weiterbildungskurse für die Zusatzbezeichnung Sportarzt unerlässlich. Mit der Anordnung über die staatliche Anerkennung zu der Zusatzbezeichnung Sportarzt wurde in der DDR schon 1956 eine einheitliche gesetzliche Grundlage für die bis dahin ungeordnete Weiterbildung auf dem Gebiet der Sportmedizin und der damit verbundenen Anerkennung als Sportarzt geschaffen.¹⁸⁸ Die erste Überarbeitung der Anerkennungsordnung fand im Jahr 1965, die zweite 1967 und die letzte am 1971 statt.¹⁸⁹

¹⁸³ Anweisung über die Vorbereitung und Durchführung des Berufseinsatzes der Hochschulabsolventen der Grundstudienrichtung Medizin 12.04.1978.

¹⁸⁴ Anweisung über die Vorbereitung und Durchführung des Berufseinsatzes der Hochschulabsolventen der Grundstudienrichtung Medizin 12.04.1978

¹⁸⁵ Zuarbeit zur Einschätzung der Entwicklung der Sportmedizin zwischen dem X. und XI. Parteitag der SED und zur Ableitung und Schlußfolgerungen für die weitere Tätigkeit von 1986-90 (BArch DR 5 1734)

¹⁸⁶ Kaderanalyse des SMD 1981-1985 (1986) (BArch DR 5 2134)

¹⁸⁷ Brief Hannemann an Erbach 1986 bzgl. Kaderanalyse des SMD 1980-1985 (BArch DR 5 2134)

¹⁸⁸ Anordnung über die staatliche Anerkennung zu der Zusatzbezeichnung Sportarzt, 18.12.1956 (BArch DQ 1 1688).

¹⁸⁹ Anweisung Nr. 1 über die staatliche Anerkennung als Sportarzt vom 1. Dezember 1971 (BArch 506 140).

Nach der jüngsten Anordnung erhielten Ärzte aller Fachrichtungen die Möglichkeit einer funktionsbezogenen Spezialisierung zum Sportarzt mit staatlicher Anerkennung. Die staatliche Anerkennung berechnete zur Führung der Bezeichnung Sportarzt. Die Weiterbildung erfolgte in einem sechswöchigen Weiterbildungslehrgang in je drei Abschnitten und war innerhalb von drei Jahren abzuschließen. Ferner hatte der Arzt während der Weiterbildung zum Sportarzt in Übereinstimmung mit dem Bezirkssportarzt eine mindestens zwölfmonatige sportmedizinische Betreuungstätigkeit aufzunehmen. Die inhaltliche Gestaltung und Organisation des in der Verantwortung der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung liegenden Lehrganges oblag dem Sportmedizinischen Dienst.¹⁹⁰

Die staatliche Anerkennung als Sportarzt hatte, gerechnet vom Tag der Ausstellung, eine Gültigkeitsdauer von fünf Jahren. Sie wurde um jeweils weitere fünf Jahre verlängert, wenn die Teilnahme an jährlich mindestens einer sportmedizinischen Weiterbildungsveranstaltung nachgewiesen werden konnte. Als Weiterbildungsveranstaltungen zählten die Jahrestagungen der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, wissenschaftliche Tagungen der Bezirksgruppen der Gesellschaft für Sportmedizin sowie Seminare, Symposien, Lehrgänge des SMD oder des Lehrstuhls für Sportmedizin der Akademie für ärztliche Fortbildung.¹⁹¹

Die anerkannten Sportärzte wurden ausschließlich in der allgemeinen sportmedizinischen Betreuung eingesetzt. Sie übernahmen keine Aufgaben im Leistungssport.

4.3 Sportmedizin an den Universitäten und Hochschulen

Die Einführung der Facharzttrichtung Sportmedizin war nach den Vorstellungen in der GSM ein wichtiger Schritt zur Anerkennung der Sportmedizin als gleichberechtigtes Fach der klinischen Medizin. Darüber hinaus entstand immer wieder der Gedanke, die Sportmedizin in die Ausbildung von Medizinstudenten durch eine obligatorische sportmedizinische Vorlesung einzubeziehen sowie ordentliche Lehrstühle für Sportmedizin an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten und Medizinischen Akademien einzusetzen.

Seit 1949 gab es an den Instituten für Körpererziehung der Universitäten und in geringerem Ausmaß an den Sportschulen der *Demokratischen Sportbewegung* eine sportbiologische Ausbildung der Sportstudenten und der Sportorganisatoren (Übungsleiter, Instruktoren, Funktionäre), die nach verschiedenen individuellen Programmen der Lehrbeauftragten erteilt wurden. Die Qualifizierung von vollapprobierten Ärzten auf sportmedizinischem Gebiet erfolgte seit etwa 1950 bei einzelnen Interessierten durch Selbststudium und vereinzelt durch sportmedizinische Konferenzen.

Bereits 1950 war von Arno Arnold unter dem Postulat „Jeder Arzt – ein Sportarzt“ Sportmedizin als Pflicht- und Prüfungsfach im Medizinstudium für unabdingbar gehalten worden. Er forderte, dass „die Sportmedizin in den Ausbildungsplan unserer Medizinstudenten aufgenommen werden muß und daß sie Pflicht- und Prüfungsfach wird. Dazu ist notwendig, daß dann Vorlesungen über Sportphysiologie, Sportmedizin, Sportverletzungen und Sportschäden gehalten werden und ein Praktikum der sportärztlichen Untersuchung durchgeführt wird.“¹⁹² Trotz vielen weiterer Bemühungen der GSM gelang es der Sportmedizin in der DDR zunächst kaum, Zugang zum Bereich Medizin der Universitäten zu finden.

Gegen Ende der 1950er-Jahre wurden schließlich fakultative Vorlesungen Sportmedizin oder sportbezogene Themen im Rahmen anderer Fächer an den sechs Medizinischen Universitäts-Fakultäten der DDR (Rostock, Greifswald, Berlin, Halle, Leipzig und Jena) und den drei Medizinischen Akademien (Erfurt, Dresden und Magdeburg) angeboten und wahrgenommen.

An der Akademie für ärztliche Fortbildung in Berlin-Lichtenberg 1967 wurde ein Lehrstuhl für Sportmedizin eingerichtet, dessen Inhaber (Ernest Strauzenberg, ab 1985 Kurt Tittel) für die Wei-

¹⁹⁰ Anordnung über die Staatliche Anerkennung als Sportarzt vom 15.04.1971 (GBl. 1971, Teil II, Nr. 47) (BArch 506 140).

¹⁹¹ Ebd.

¹⁹² Vgl. Arnold (1956), S. 18 f.

terbildung zum Facharzt für Sportmedizin verantwortlich war. Zu keiner Zeit war jedoch ein Hochschullehrer aus dem Fachgebiet der Sportmedizin Mitglied einer medizinischen Fakultät, mit Ausnahme von Kurt Tittel, der als Direktor des Instituts für Sportmedizin und als Dekan der Fakultät für Naturwissenschaften und Sportmedizin der DHfK der medizinischen Fakultät Leipzig angehörte. Sportmedizinische Abteilungen an Universitäten und Pädagogischen Hochschulen konstituierten sich im Rahmen der Sportlehrerausbildung und der Betreuung des Studentensports. Leitorgan für inhaltliche und personelle Entwicklungen dieser Abteilungen war die Arbeitsgruppe Sportmedizin, in der die Leiter der sportmedizinischen Einrichtungen des Hochschulwesens zusammentraten. Die Arbeitsgruppe war der zentralen Fachkommission Sportmedizin nachgeordnet, die im Verantwortungsbereich der Ministerien für Volksbildung und Hochschulwesen gegründet wurde.

1967 wurde auch die sogenannte *Komplexvorlesung* an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten und den Medizinischen Akademien durch das Hochschulministerium eingeführt. Mit ihr flossen sportmedizinische Lehrgegenstände und -inhalte in das Medizinstudium ein.¹⁹³

Um die medizinische Wissenschaftsdisziplin noch weiter zu entwickeln, machte die Fachkommission Sportmedizin der Arbeitsgruppe Wissenschaft im Jahr 1978 Lösungsvorschläge für das Hochschulwesen der DDR.¹⁹⁴ Allerdings vergingen noch rund zehn Jahre, bis die Sportmedizin im Rahmen „der Einführung des interdisziplinären Lehrkomplexes (IDK), Kriterien der Arbeits- und Leistungsfähigkeit“ im letzten Semester des Medizinstudiums ihren festen Platz im Curriculum des Medizinstudiums der DDR erhielt.¹⁹⁵ Im Oktober 1987 hatte der Minister für das Hochschulwesen in der DDR eine Entwicklungskonzeption Sportmedizin an den Universitäten bestätigt.¹⁹⁶ Im Zuge dessen konnte Strauzenberg selbst zum Ende der 1980er-Jahre das *Lehrprogramm Sportmedizin* realisieren. Es enthielt:

- › 12 Stunden angewandte Physiologie und Pathophysiologie des Sports
- › 16 Stunden lehrmethodische Unterweisungen in der obligatorischen Lehrveranstaltung Sport für Medizinstudenten
- › 4 Stunden im IDK Arbeits- und Leistungsfähigkeit

4.4 Zwischenfazit

Am 1. August 1963 wurde die Einrichtung des Facharztes für Sportmedizin durch das Ministerium für Gesundheitswesen verfügt. Damit wurde die Fachrichtung Sportmedizin als eigenständige Disziplin der Klinischen Medizin gesetzlich zugelassen. Der Tätigkeitsbereich des Facharztes für Sportmedizin sollte demnach sowohl in der praktischen sportmedizinischen Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung im Freizeit- und Erholungssport, im Kinder- und Jugendsport, im Übungs-, Trainings- und Wettkampfbetrieb sowie im Leistungssport als auch in den Bereichen der Lehre liegen. Die Sportmedizin wurde primär als medizin-wissenschaftliche Disziplin verstanden, jedoch aufgrund ihrer engen Anlehnung an den Sport und dessen Entwicklung stark von sportwissenschaftlichen Fragestellungen beeinflusst.

Ehe der Schritt zur Zulassung einer neuen Fachrichtung im Bereich der Klinischen Medizin erfolgen konnte, war der Nachweis zu erbringen, dass die Aufgaben des neuen Fachgebietes nicht durch ein bestehendes Fach oder dessen Erweiterung zu lösen waren. Die fachspezifischen Aufgaben der Sportmedizin lagen in der Beurteilung leistungsdiagnostischer Untersuchungen zur Erfassung

¹⁹³ Vgl. Strauzenberg (2005), S. 137.

¹⁹⁴ Vgl. ebd.

¹⁹⁵ Vgl. Arndt (2012), S. 341.

¹⁹⁶ Vgl. Strauzenberg (2005), S. 138.

und Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen durch den Sport, der Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastungsverträglichkeit und der Erhaltung und Festigung der Gesundheit und Entwicklung der Leistungsfähigkeit durch Sport.

Die Einführung der Facharzttrichtung Sportmedizin war ein wesentlicher Schritt zur Anerkennung der Sportmedizin als gleichberechtigtes Fach der klinischen Medizin. Gleichwohl wurde sportmedizinischen Inhalten erst am Ende der 1980er Jahre ein Platz im Curriculum des Medizinstudiums zugestanden.

5 Die Ebenen der sportmedizinischen Betreuung

Im Folgenden werden die Inhalte der sportmedizinischen Betreuung in Bezug auf verschiedene gesellschaftliche Gruppen und Bereiche (sporttreibende Bevölkerung, Leistungssportler, Nachwuchssportler, Schüler und Versehrte) analysiert. Dabei steht die Frage nach einer inneren Funktionsdifferenzierung der Sportmedizin im Mittelpunkt bzw. ob und inwiefern sich die sportmedizinische Betreuung in den jeweiligen Bereichen unterschied.

5.1 Allgemeine sportmedizinische Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung

Im Rahmen des „sozialistischen Gesundheitsschutzes der Bevölkerung“ sollte jedem Bürger die Möglichkeit gegeben werden, die für seine Sportausübung erforderliche sportmedizinische Beratung und Betreuung in Anspruch zu nehmen. Zu dieser sportmedizinischen Betreuung der sporttreibenden Bürger wurden alle Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens entsprechend ihrer fachlichen Profilierung und staatlichen Zuordnung verpflichtet. Die sportmedizinische Betreuung war unentgeltlich. Der Sportmedizinische Dienst war verantwortlich für die Organisation der sportmedizinischen Betreuung und die inhaltliche Anleitung der daran beteiligten Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens in den Territorien.¹⁹⁷

Sporttreibende, die am Übungs-, Trainings- und Wettkampfbetrieb des DTSB der DDR, den Sektionen der Sportgemeinschaften oder anderer gesellschaftlicher Organisationen teilnahmen oder teilnehmen wollten, wurden unter Beachtung ihrer Sportart bzw. der entsprechenden sportlichen Belastungen in der Leistungsklasse und der Altersbesonderheiten differenziert und nach den durch den Direktor des Sportmedizinischen Dienstes festgelegten Untersuchungsrichtlinien sportmedizinisch betreut. Danach wurden sportmedizinisch untersucht:

- › Sportler bei Aufnahme des regelmäßigen Übungs-, Trainings- und Wettkampfsports
- › alle Sportler sowie Rettungsschwimmer des DRK der DDR
- › Boxsportler alle 6 Monate
- › Sportler aller anderen Sportarten, die Ausweis- und Lizenzfahrer des ADMV der DDR, die Bergunfallhelfer alle 12 Monate¹⁹⁸

¹⁹⁷ Vereinbarung über die weitere Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung der Sporttreibenden Bevölkerung, 1. November 1979.

¹⁹⁸ Ebd.

Wurden sportmedizinische Beratungen in kürzeren Zeiträumen erforderlich, mussten diese darüber hinaus gewährleistet werden. Die sportmedizinische Betreuung der in den Sportclubs, Kinder- und Jugendsportschulen sowie in den Trainingszentren und -stützpunkten des DTSB der DDR trainierenden Sportler erfolgte durch den Sportmedizinischen Dienst nach den entsprechenden Festlegungen und Richtlinien. DDR-Bürger, die im Rahmen des Freizeit- und Erholungssportes Körperkultur und Sport zur Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit individuell, in der Familie oder in Kollektiven innerhalb der Betriebe, gesellschaftlichen Institutionen, den Zentren für aktive Erholung und Gesundheitssport oder unter Anleitung der Sportgemeinschaften des DTSB der DDR ausüben wollten, konnten sich vor Aufnahme der Sportausübung durch die für sie zuständige Gesundheitseinrichtung (z. B. Sportmedizinische Beratungsstellen) über die für sie zweckmäßigste Form und Gestaltung des Gesundheitstrainings beraten lassen. Weitere sportmedizinische Beratungen und Kontrollen wurden durch die gleichen Einrichtungen innerhalb der regelmäßigen Gesundheitskontrollen der Bürger wahrgenommen. Die an einer obligatorischen Form der Sportausübung in Bildungseinrichtungen sowie die am Dienstsport oder am Sport innerhalb der militärischen oder vormilitärischen Ausbildung teilnehmenden Bürger wurden innerhalb der durchzuführenden regelmäßigen Gesundheitskontrollen, jedoch mindestens jährlich, durch die dafür zuständigen Gesundheitseinrichtungen auf ihre Sporttauglichkeit untersucht. Für die Beurteilung der Sporttauglichkeit wurden auch Ergebnisse anderer Reihenuntersuchungen, Untersuchungen der Berufstauglichkeit u. ä. genutzt, wenn diese nicht länger als sechs Monate zurücklagen.¹⁹⁹

Der SMD war verantwortlich für die einheitliche Koordinierung der Gesundheitseinrichtungen in den Territorien, die mit der Lösung von Aufgaben der sportmedizinischen Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung beauftragt wurde (siehe SMD). Ausnahmen bildeten zum Beispiel der Medizinische Dienst des Verkehrswesens, der entsprechend seiner spezifischen Aufgabenstellung für die sportmedizinische Betreuung der Sporttreibenden verantwortlich war, die Mitarbeiter des Verkehrswesens waren und im Übung-, Trainings- und Wettkampfbetrieb des DTSB der DDR erfasst wurden, bzw. die medizinische Betreuung der Motor-, Segelflug- und Fallschirmsportler der GST, die nach gesonderten Vereinbarungen der zuständigen Leiter der zentralen Staatsorgane im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden der GST erfolgte.²⁰⁰

Jede sportmedizinische Beratung und ihr Ergebnis wurden, soweit dafür keine gesonderte Kartei geführt wurde, in der medizinischen Dokumentation mit dem Vermerk „Sportmedizinische Betreuung“ besonders ausgewiesen. Bei allen am Wettkampfsport teilnehmenden Sportlern wurde bei den entsprechend durchgeführten sportmedizinischen Untersuchungen außerdem die Tauglichkeit für die betreffende Sportart im Sportausweis bzw. Startbuch als „Wettkampf tauglich“ bestätigt. Sporttreibende, bei denen eine zeitlich begrenzte oder prinzipielle Untauglichkeit für die Teilnahme am Wettkampfsport der einzelnen Disziplinen festgestellt wurde, erhielten keine Eintragung in den Sportausweis bzw. in das Startbuch. Diese Sporttreibenden konnten durch Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens dem Sportmedizinischen Dienst entsprechend zur weiteren sportärztlichen Beurteilung überwiesen werden.²⁰¹

Grundlage der sportmedizinischen Untersuchung war „die sportmedizinische Untersuchungsrichtlinie zur Beurteilung der Tauglichkeit für die Teilnahme am Wettkampfsystem DTSB der DDR.“²⁰² Ziel der Tauglichkeitsuntersuchung für die Teilnahme am Wettkampfsystem des DTSB der DDR war es, durch eine sogenannte Siebttestuntersuchung die für den Wettkampfsport erforderliche Gesundheit und erhöhte Belastbarkeit der Sportler festzustellen. Die Beurteilung der Wettkampftauglichkeit

¹⁹⁹ Vereinbarung über die weitere Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung der Sporttreibenden Bevölkerung, 1. November 1979 (BArch DR 1908).

²⁰⁰ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD, 1974 (BArch DR 5 2082).

²⁰¹ Vereinbarung über die weitere Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung der Sporttreibenden Bevölkerung, 1. November 1979 (BArch DR 1908).

²⁰² Sportmedizinische Untersuchungsrichtlinie zur Beurteilung der Tauglichkeit für die Teilnahme am Wettkampfsystem DTSB der DDR, 01.01.1980 (BArch DR 1908).

orientierte sich einerseits an der Erhebung einer Anamnese zur Feststellung von Krankheiten, die eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit bedingten, sowie andererseits der Untersuchung der sportlichen Entwicklung zur Feststellung des wöchentlichen Trainingsumfanges, der Trainingsintensität und möglicher Beschwerden. Die Untersuchung umfasste:

Allgemeine klinische Untersuchung:

- › Bestimmung der Körperhöhe
- › Bestimmung des Körpergewichtes
- › Bestimmung des Pulses
- › Messung des Blutdruckes
- › Beurteilung der Haut und sichtbaren Schleimhäute
- › Beurteilung des Kopfes: Beweglichkeit, Druck- und Klopfempfindlichkeit
- › Beurteilung der Augen: Visusbestimmung
- › Beurteilung der Ohren; bei Schwimmsportlern Beurteilung der Trommelfelle
- › Mundhöhle: Beurteilung des Gebisses, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut
- › Beurteilung der Halsorgane, Tonsillen und Rachen, Schilddrüse, Lymphknoten
- › Beurteilung der Brustorgane: Lunge, Lungengrenzen, Klopfeschall, Atemgeräusch, Atemkursion, Kontrolle der Volksröntgenuntersuchung
- › Herz: Aktion, Töne, Größe (perkutorisch)
- › Beurteilung der Bauorgane: Bauchdecke, Leber, Milz, Nierenlager, Bruchpforten
- › Beurteilung der Wirbelsäule und der Extremitäten: Deformitäten, Beweglichkeit, Haltung, Klopfeschmerz
- › Beurteilung des ZNS anhand des Reflexverhaltens

Paraklinische Untersuchung:

- › Urin: Eiweiß (qualitativ), Zucker (qualitativ)
- › EKG: bei Sportlern ab 40. Lebensjahr alle 2 Jahre
- › bei Sportlern, die bei Aufnahme des Wettkampfsports länger als fünf Jahre keinen Sport mehr getrieben haben²⁰³

²⁰³ Sportmedizinische Untersuchungsrichtlinie zur Beurteilung der Tauglichkeit für die Teilnahme am Wettkampfsystem DTSB der DDR, 01.01.1980 (BArch DR 1908).

Weitergehende Untersuchungen, insbesondere fachärztliche Begutachtungen, wurden nach Erfordernis auf Basis der Anamnese, der klinischen Untersuchung oder bei Verdacht auf erhebliche Einschränkung der sportlichen Belastbarkeit veranlasst. Die Tauglichkeit für die Teilnahme am Wettkampfsystem des DTSB in einer Sportart wurde als gegeben angesehen, wenn mindestens drei Monate in der Sportart trainiert wurde, bei der Ausübung der Sportart keine Beschwerden auftraten und keine wesentlichen Abweichungen von den Normwerten der klinischen und paraklinischen Untersuchungen bestanden. Die Wettkampftauglichkeit für eine Sportart wurde im Sportausweis bzw. Startbuch bestätigt. Bestand Tauglichkeit für den Übungs- und Trainingsbetrieb in einer Sportart, jedoch keine Tauglichkeit für die Teilnahme am Wettkampfsystem des DTSB oder bestand generelle Sportuntauglichkeit, wurde dementsprechend keine Bestätigung im Sportausweis bzw. Startbuch vorgenommen. Bei besonderen Fragen der Sporttauglichkeit wurde der Kreissportarzt zu Rate gezogen.²⁰⁴

5.2 Sicherung des Gesundheitsschutzes bei Massen- und Sportveranstaltungen

Das Ministerium für Gesundheitswesen und die für die Leitung des Gesundheitswesens zuständigen staatlichen Organe in den Bezirken und Kreisen übten die staatliche Aufsicht über alle Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der Hygiene bei Massenveranstaltungen aller Art aus. Bei Veranstaltungen in den Bezirken bzw. Kreisen war für den Einsatz sowie für die fachliche Anleitung und Kontrolle der Leiter des für die staatliche Leitung des Gesundheitswesens zuständigen Organs im Bezirk bzw. Kreis und bei zentralen Veranstaltungen der Minister für Gesundheitswesen oder ein von ihm benannter Vertreter des Ministeriums für Gesundheitswesen verantwortlich.²⁰⁵ Bei allen Massenveranstaltungen, die „*nicht Massenveranstaltungen des Sports*“ waren, oblag die Gesamtleitung in der Vorbereitung, Koordinierung und Durchführung der notwendigen gesundheitlichen und hygienischen Maßnahmen, je nach Bedeutung der Veranstaltung, dem Ministerium für Gesundheitswesen unmittelbar oder dem für die Leitung des Gesundheitswesens zuständigen staatlichen Organ im Bezirk oder Kreis. Bei *Massenveranstaltungen des Sports* oblag die Gesamtleitung dem Sportmedizinischen Dienst.²⁰⁶

5.3 Sportmedizinische Betreuung des Kinder- und Jugendsports

Der Kreissportarzt war in seinem Territorium medizinischer Berater und Begutachter für die Sportlehrer in Fragen der richtigen Belastungsgestaltung im Sportunterricht. In enger Zusammenarbeit mit den Ärzten des Jugendgesundheitschutzes wurde die ärztliche Überwachung der Schüler bei sportlichen Betätigungen organisiert. Dazu wurde zwischen dem Minister für Gesundheitswesen und dem Vorsitzenden des Staatlichen Komitees für Körperkultur und Sport beim Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik in Übereinstimmung mit dem Minister für Volksbildung und dem Präsidenten des Deutschen Turn- und Sportbundes die Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Beratungsstellen des Jugendgesundheitschutzes und des SMD getroffen. Bei der Organisation und Durchführung der Maßnahmen ergaben sich für die beiden Bereiche entsprechend ihrer unterschiedlichen Aufgabenstellung im Einzelnen verschiedene Verantwortlichkeiten.²⁰⁷

²⁰⁴ Sportmedizinische Untersuchungsrichtlinie zur Beurteilung der Tauglichkeit für die Teilnahme am Wettkampfsystem DTSB der DDR, 01.01.1980 (BArch DR 1908).

²⁰⁵ Gemeinsame Vereinbarung (MfGe, SKS, DTSB, DRK) zur Sicherung des Gesundheitsschutzes bei Massen- und Sportveranstaltungen, 02.11.1964 (VuM MfGe Nr. 1/64 und 11/66, S. 1 und 91).

²⁰⁶ Ebd.

²⁰⁷ Vereinbarung des SKS mit dem MfGe zur Sicherung der ärztlichen Betreuung im Kinder- und Jugendsport, 14.03.1968: (VuM MfGe 1968, Nr. 9, 87).

Körpererziehung im Vorschulalter:

Dem Kreisjugendarzt oblag die ärztliche Betreuung der Kinder bei der körperlichen Betätigung in den Einrichtungen der Vorschulerziehung, die Unterstützung der Organe der Volksbildung bei der Organisation einer regelmäßigen körperlichen Betätigung der Vorschulkinder, die Unterstützung bei der Weiterbildung der Vorschulerzieher sowie die Überweisung von Kindern an den Kreissportarzt, bei denen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung festgestellt wurde, dass eine Teilnahme an der schulischen Körpererziehung voraussichtlich nur beschränkt oder gar nicht möglich war, damit der Kreissportarzt den Umfang der noch bestehenden Sporttauglichkeit und geeignete Körperübungen festlegen konnte. Der Kreissportarzt nahm zudem Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung von Lehr- und Übungsprogrammen und des Kinderturnens in den Einrichtungen der Volksbildung, die ärztliche Betreuung der Kleinkindergruppen des Deutschen Turn- und Sportbundes sowie auf die Ausbildung von Übungsleitern und er sollte bei der Weiterbildung der Vorschulerzieher mitwirken.²⁰⁸

Schulische Körpererziehung in der DDR:

Der Kreisjugendarzt hatte in diesem Rahmen die Schulsportstätten medizinisch zu überwachen. Zudem war er für die Durchsetzung der schulhygienischen Mindestanforderungen und die Einhaltung der Regeln der allgemeinen Körperhygiene (z.B. Tragen von Sportkleidung, Körperreinigung nach dem Sport) in Zusammenarbeit mit dem Leiter der Schule und der Kreis-Hygieneinspektion verantwortlich. Darunter fiel auch die Eingliederung des Schulsports in den Tages-Unterrichtsablauf – Doppelstunden sollten nach Bestimmung des Ministeriums für Volksbildung vermieden werden. Dem Kreissportarzt oblag die Überwachung der korrekten Einhaltung der in den Lehrplänen für den Sportunterricht festgelegten physischen Belastungsanforderungen. Dazu hatte er regelmäßig in Verbindung mit dem Kreisturnrat im Sportunterricht zu hospitieren. Im Rahmen der schulischen Körpererziehung war er auch für die Organisation und Kontrolle der Einhaltung der Anordnung über die Befreiung vom Sportunterricht in den Lehranstalten sowie die Dokumentation und Auswertung aller im Kreis ausgestellten Atteste für Schulsportbefreiungen verantwortlich.²⁰⁹

Schon 1956 wurde durch das Ministerium für Gesundheitswesen festgelegt, dass länger dauernde Befreiungen vom Sportunterricht nur durch sportmedizinisch erfahrene Ärzte vorgenommen werden konnten und damit zur Aufgabe der Kreissportärzte wurde. Mit Gründung des SMD wurde diesem durch die 1964 erlassene *Anordnung über die Befreiung vom Sportunterricht in Schulen, Hochschulen und anderen Lehranstalten* der staatliche Auftrag erteilt, Schulsportbefreiungen, die vier Wochen im Schul- oder Studienjahr überschritten, fachspezifisch zu begutachten und zu definieren, in welchem Umfang der Schüler weiterhin am Unterricht teilnehmen konnte.²¹⁰ Ziel dieser Anordnung war es, die Anzahl der Befreiungen vom Sportunterricht zu senken und möglichst alle Schüler, auch unter körperlichen Einschränkungen, regelmäßig am Sportunterricht der allgemeinbildenden Schulen, Berufs- und Fachschulen teilnehmen zu lassen, um so eine körperliche Grundausbildung der Schüler zu garantieren. Zur Ausstellung des Attestes wurden einheitliche Befreiungsformulare verwendet. Jährlich fand eine zentrale statistische Auswertung der Sportbefreiungen statt.²¹¹

Sportliche Betätigung der Schuljugend in den freiwilligen Formen

Der Freizeitsport diente der körperlichen Vervollkommnung der Kinder und Jugendlichen entsprechend ihrer persönlichen Neigungen, um die körperliche Grundausbildung zu verbessern und Gesundheit und Leistungsfähigkeit über eine lange Zeit zu erhalten. Der Kreisjugendarzt sollte im Sinne der *sozialistischen Gesundheitserziehung* Werbung bei Elternversammlungen und in persönlichen Gesprächen für die sportliche Betätigung der Kinder und Jugendlichen in Schulsportgemein-

²⁰⁸ Ebd.

²⁰⁹ Vereinbarung des SKS mit dem MfGe zur Sicherung der ärztlichen Betreuung im Kinder- und Jugendsport, 14.03.1968: (VuM MfGe 1968, Nr. 9, 87).

²¹⁰ Anordnung über die Befreiung vom Sportunterricht in Schulen, Hochschulen und anderen Lehranstalten, 1964.

²¹¹ Anordnung über die Befreiung vom Sportunterricht in Schulen, Hochschulen und anderen Lehranstalten, 1964.

schaften, Trainingszentren und Sportgemeinschaften in der Freizeit betreiben. Der Kreissportarzt war dabei für die gesundheitliche Überwachung der in den Schulsportgemeinschaften, Trainingszentren und Sportgemeinschaften sporttreibenden Kinder- und Jugendlichen verantwortlich. Er nahm sportärztlichen Einfluss auf die Trainings- und Wettkampfgestaltung und war für die Eignungsuntersuchung für bestimmte Sportarten verantwortlich. Zudem oblag ihm die Anleitung der Übungsleiter im Kinder- und Jugendsport sowie der Werbung für die außerunterrichtliche sportliche Betätigung der Kinder und Jugendlichen.²¹²

Im Rahmen der Kooperation wurden der Bezirkssportarzt und Bezirksjugendarzt verpflichtet, die in ihrer Tätigkeit auftretende Probleme des Jugendgesundheitssschutzes einerseits sowie der Körperkultur und des Sports andererseits gemeinsam zu beraten und einer Lösung zuzuführen. Zu den regelmäßig stattfindenden Kreissportärztetagungen waren mindestens einmal im Jahr die Kreisjugendärzte, Kreisturnräte und Vorsitzende der Kreisvorstände des DTSB einzuladen, um mit ihnen spezielle Probleme des Kinder- und Jugendsports zu beraten. Jugendärzten war auf Wunsch die Teilnahme an den Lehrgängen der Deutschen Akademie für Ärztliche Fortbildung zum Erwerb der staatlichen Anerkennung Sportarzt vorrangig zu ermöglichen. Bei der Erarbeitung von Lehrmaterialien für die Körpererziehung und sportlicher Betätigung im Kindes- und Jugendalter wurde den entsprechenden staatlichen und gesellschaftlichen Organen empfohlen, sich zur Lösung medizinischer Fragestellungen an die Sektion Sportmedizin des Wissenschaftlich Methodischen Rates beim Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport zu wenden, die entsprechende Vorschläge erarbeiten sollte und diese nach Abstimmung mit der der sogenannten *Problemkommission Gesundheit der jungen Generation der Hauptproblemkommission Pädiatrie* zur Annahme empfahl.

5.4 Einheitliche Sichtung und Auswahl (ESA)

Seit den 1950er-Jahren hatte sich das Fördersystem Leistungssport in der DDR in drei Stufen ausdifferenziert – die Trainingszentren (Förderstufe I), die Kinder- und Jugendsportschulen (Förderstufe II) und die Sportclubs (Förderstufe III). Der Nachwuchs für das Fördersystem blieb nicht dem individuellen Engagement von Kindern, Eltern und Trainern überlassen, sondern war Ergebnis eines flächendeckend praktizierten, verwissenschaftlichen Selektionsverfahrens.

In den 1950er- und 1960er-Jahren war die Talentsichtung noch durch Trainer des DTSB in Kooperation mit Sportlehrern an den Schulen abgedeckt. Im Rahmen der ersten Spartakiade im Jahr 1965 wurden dann jedoch in mehreren Bezirken Kinder von Mitarbeitern des Instituts für Sportmedizin der Deutschen Hochschule für Körperkultur (DHfK) vermessen und gewogen. In diesen Untersuchungen lag das Erkenntnisinteresse der Sportmediziner besonders auf dem Zusammenhang zwischen der körperlichen Entwicklung der Heranwachsenden und den gesetzten Leistungsnormen. Um die so gewonnenen Erkenntnisse systematisch bei der Talentsuche nutzen zu können, vereinbarte das Ministerium für Volksbildung zusammen mit dem DTSB und dem SMD im Jahre 1973 die *Einheitliche Sichtung und Auswahl für die Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR (ESA)*.²¹³ In der Folge sollten aus allen Schulkindern der DDR besonders talentierte und sportartgeeignete Heranwachsende herausgefiltert und anschließend in das gestufte Trainingssystem einbezogen werden. Wesentlicher Bestandteil dieser Selektion war die Erhebung anthropometrischer Daten mittels standardisierter Untersuchungsbögen, die durch den Sportmedizinischen Dienst konzipiert wurden. Anhand der erhobenen Daten wurden die Heranwachsenden einer bestimmten *Körperbaumerkmalgruppe* zugeordnet, woraus anschließend die individuelle Eignung für eine spezifische Sportart hergeleitet wurde. Überdurchschnittlich große Kinder galten besonders geeignet für die Sportarten

²¹² Vereinbarung des SKS mit dem MfGe zur Sicherung der ärztlichen Betreuung im Kinder- und Jugendsport, 14.03.1968: (VuM MfGe 1968, Nr. 9, 87).

²¹³ Bundesvorstand des DTSB, Die Einheitliche Sichtung und Auswahl für die Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR. Internes Arbeitsmaterial, Berlin 1973 (BArch DY 12 578).

Rudern, Volleyball, Handball sowie die Wurf-, Stoß- und Sprungdisziplinen der Leichtathletik, auffällig kleine und leichte Schülerinnen und Schüler für Sportarten mit Gewichtsklassen wie Boxen, Ringen oder Gewichtheben. Grundlage dafür war die sportmedizinische Annahme, „dass anhand der Kennzeichnung des Körperbautyps bestimmte funktionelle und psychische Reaktionsweisen und damit auch bestimmte sportliche Leistungen voraussagbar“ waren.²¹⁴ Neben den Körperbaumerkmalen wurde vor allem das Niveau der konditionellen und koordinativen Fähigkeiten ermittelt und die Kinder wurden entwicklungsphysiologisch beurteilt. Nach der Sichtung erfolgten erste Belastungsproben in den Sportgemeinschaften. Die übriggebliebenen Talente wurden zu einer sportartspezifischen Feinauswahl an ein Trainingszentrum bzw. einen Trainingsstützpunkt geladen. Dort wurden sie erneut vermessen und mussten weitere sportmedizinische Tests absolvieren. Die Ergebnisse wurden in Punkte umgerechnet, die über die weitere leistungssportliche Eignung des Kindes entschieden. Bei Eignung waren die nächsten Stufen – entsprechend der Kaderpyramide – die Delegation in eine Kinder- und Jugendsportschule (KJS) und weiterführend in einen Sportclub.²¹⁵

5.5 Sportmedizinische Betreuung in den Trainingszentren und -stützpunkten

In der Durchführung der Beschlüsse über die weitere Entwicklung von Körperkultur und Sport, insbesondere des Kinder- und Jugendsports, kam der Entwicklung der Trainingszentren und -stützpunkte des Deutschen Turn- und Sportbundes der DDR und der Gesellschaft für Sport und Technik besondere Bedeutung zu.²¹⁶

Die Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR bildeten die erste Stufe zur Förderung sportlich geeigneter Kinder und Jugendlicher für eine leistungssportliche Entwicklung. In ihnen wurden in einem in der Regel drei bis vier Jahre dauernden Erziehungs- und Ausbildungsprozess aus der Gesamtheit der sporttreibenden Kinder und Jugendlichen ausgewählte Sportler auf der Basis eines vielseitigen, sportartgerichteten Grundlagentrainings für ein weiterführendes Training in einer Kinder- und Jugendsportschule bzw. einem Sportklub vorbereitet.²¹⁷

Die dringlicher werdende Überzeugung, das zum Erreichen guter sportlicher Leistungen erforderliche Training verlange von allen Trainierenden eine stabile Gesundheit und hohe Belastungsverträglichkeit, bekam dadurch Ausdruck. Deshalb sollten Sportärzte eine kontinuierliche gesundheitliche Kontrolle aller den Trainingszentren und Trainingsstützpunkten des DTSB angehörenden Kinder und Jugendlichen sichern und bei der Durchsetzung der Trainingspläne mitwirken.²¹⁸ Die sportmedizinische Betreuung war damit integrativer Bestandteil des leistungssportlichen Trainings der Förderstufe I. Der Schwerpunkt der sportmedizinischen Betreuung war neben der gesundheitlichen Auswahl und Kontrolle der in der Förderstufe I trainierenden Kader insbesondere auf solche sportmedizinische Maßnahmen gerichtet, die der Durchsetzung der Zielstellungen des sportlichen Trainings in den Trainingszentren und -stützpunkten, der Sicherung einer sportlichen Grundausbildung und des nahtlosen Überganges talentierter Sportler in das weiterführende Training der Förderstufe II dienten.²¹⁹

Die sportmedizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen in den Trainingszentren und -stützpunkten erfolgte schrittweise. Dazu wurde die Durchführung von mindestens zwei Grunduntersuchungen jährlich bei Sportlern der Trainingszentren und vorerst einer jährlichen sportmedizinischen Untersuchung im Trainingsstützpunkt festgelegt sowie die Durchführung von ein bis drei

²¹⁴ Vgl. Badtke (1987), S. 409.

²¹⁵ Vgl. Teichler (1999), S. 90.

²¹⁶ Richtlinien zur sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²¹⁷ Arbeitsrichtlinien für die Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 23.06.1971 (BArch DR 5 1613).

²¹⁸ Richtlinien zur sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²¹⁹ Ebd.

Trainingshospitationen vierteljährlich. Gleichzeitig wurden die Übungsleiter und Trainer bei der Belastungsgestaltung unterstützt und beraten. Neben der Behandlung im Erkrankungs- oder Verletzungsfall wirkte der Sportarzt bei der Aufklärung der Eltern über den „gesundheitlichen Wert des regelmäßigen Trainings“ mit.²²⁰

Die Organisation und Sicherung der sportmedizinischen Betreuung in der Förderstufe I oblag dem Sportmedizinischen Dienst und wurde auf Kreisebene durchgesetzt. Die Gesamtverantwortung dafür trug der zuständige Kreissportarzt. Die Leitung und Planung der sportmedizinischen Betreuung durch die Kreissportärzte hatte auf der Grundlage der von der Leitung des Sportmedizinischen Dienstes dafür festgelegten Richtlinien und Weisungen zu erfolgen und stand unter der Kontrolle der Bezirkssportärzte, die auch die personelle und materiell-technische Basis sowie die ständige politisch-ideologische, fachliche und sportartspezifische Anleitung zu sichern hatten. Dazu war der Aufbau der Sportärztlichen Beratungsstellen in den Kreisen, unter Berücksichtigung der territorialen Gegebenheiten und der vom DTSB gestellten Aufgaben, eine wichtige Bedingung.²²¹

Die Trainingszentren der SV Dynamo, der ASV Vorwärts und der Gesellschaft für Sport und Technik wurden durch eigenes medizinisches Personal betreut. Der Sportmedizinische Dienst übernahm die sportmedizinische Betreuung dort, wo eine sportmedizinische Betreuung durch medizinisches Personal dieser Organisationen nicht möglich war und eine entsprechende Vereinbarung mit dem Sportmedizinischen Dienst zur Übernahme der Betreuung abgeschlossen wurde.

Das Ministerium für Gesundheitswesen sicherte durch die Tätigkeit der Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen in den Räten der Bezirke und Kreise die Bereitstellung der zur sportmedizinischen Betreuung der Förderstufe erforderlichen Labor- und Röntgenkapazität und unterstützte den SMD beim Aufbau der geplanten Sportärztlichen Beratungsstellen in den Territorien, insbesondere bei der Gewinnung des medizinischen Personals durch die Kreisärzte und der Schaffung der räumlichen Voraussetzungen. Gleichzeitig stellte das MfGW Mitarbeiter des örtlichen staatlichen Gesundheitswesens unter Anleitung des Kreissportarztes dort zur Lösung von Teilaufgaben bereit, wo die Möglichkeit der Einrichtung von Sportärztlichen Beratungsstellen der Kreise zunächst nicht bestand.²²²

Die festgelegten Maßnahmen sportmedizinische Betreuung in der Förderstufe I umfassten

- › die sportmedizinische Eignungsuntersuchung zu Beginn des Trainingsprozesses
- › halbjährliche sportmedizinische Kontrolluntersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten während der einzelnen Trainingsjahre zur Beurteilung der körperlichen und gesundheitlichen Entwicklung, der körperlichen Früh- und Spätentwicklung und der altersadäquaten Entwicklung der körperlichen und sportlichen Leistungsfähigkeit sowie der möglichen körperlichen Finalgrößen
- › sportmedizinische Beobachtungen und Kontrollen während des sportlichen Trainings in den Übungsgruppen der Trainingszentren und -stützpunkten in Form von zwei sportmedizinischen Trainingshospitationen in jedem Trainingshalbjahr mit dem Ziel der schnelleren Entwicklung sportlicher Grundlagen unter Beachtung des biologischen Reifegrades der Trainierenden
- › sportmedizinische Voruntersuchung und Mitverantwortung bei der Auswahl der für die Förderstufe II vorgesehenen Kader

²²⁰ Ebd.

²²¹ Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD 1974 (BArch DR 5 2082).

²²² Richtlinien zur sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

- › sportmedizinische Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung von Trainingslagern im Kreisgebiet
- › Sicherung von Maßnahmen zur schnellen Wiedereingliederung erkrankter oder verletzter Sportler in den Trainingsprozess sowie Einflussnahme auf eine bestmögliche Behandlung im Erkrankungs- oder Verletzungsfall.²²³

Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes, der körperlichen Eignung und zur Einschätzung der körperlichen und sportlichen Entwicklung während des Trainingsprozesses waren für alle Angehörigen der Trainingszentren und -stützpunkte aller Sportarten und in Verbindung mit dem zweiten Auswahlschritt der ESA sportmedizinische A-Untersuchungen durchzuführen. Diese Untersuchung durch den Kreissportarzt orientierte sich an den jeweiligen Sportarten und war zeitlich festgelegt:²²⁴

- › Turnen, Leistungsgymnastik und Wasserspringen vor Beginn der 1. Klasse, in den Monaten März bis Juni
- › Schwimmen am Ende der 1. Klasse, in den Monaten März bis Juni
- › Fußball am Beginn der 3. Klasse, in den Monaten September bis Oktober
- › Leichtathletik und Skilauf/Biathlon am Beginn der 4. Klasse, in den Monaten September bis Oktober
- › alle anderen Sportarten am Ende des Vorbereitungstrainings am Ende der 4. Klasse, in den Monaten Mai bis Juli

Zusätzlich war

- › im 1. Trainingsjahr eine B-Untersuchung²²⁵ (April, Mai)
- › im 2. Trainingsjahr eine A-Untersuchung und eine B-Untersuchung
- › im 3. Trainingsjahr und allen weiteren Jahren eine A- und B-Untersuchung

durchzuführen.²²⁶

In jeder Übungsgruppe der einzelnen Trainingszentren und -stützpunkte in jedem Trainingsjahr waren jeweils zwei Trainingshospitationen in den Monaten September bis Januar und zwei Trainingshospitationen in den Monaten Februar bis Juli durchzuführen.²²⁷

²²³ Richtlinien zur sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²²⁴ Richtlinie für die Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²²⁵ Die A-Untersuchung diene zur vorläufigen sportärztlichen Zustimmung zur Aufnahme des Trainings, die B-Untersuchung diene zur Beurteilung der gesundheitlichen, körperlichen und sportartgerichteten Eignung.

²²⁶ Richtlinie für die Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²²⁷ Richtlinien zur sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

A-Untersuchung

Die A-Untersuchung diente einerseits vor Beginn des ersten Trainingsjahres zur Beurteilung der Gesundheit und des körperlichen Entwicklungsstandes und zur vorläufigen sportärztlichen Zustimmung zur Aufnahme des Trainings in einem Trainingszentrum oder -stützpunkt. Andererseits wurde sie in allen Trainingsjahren zur Kontrolle des Gesundheitszustandes und der altersadäquaten Entwicklung sowie der sportärztlichen Beurteilung der weiteren Eignung für die betriebene Sportart durchgeführt und bei einer Nachaufnahme in ein laufendes Trainingsjahr zur Beurteilung der Gesundheit und des körperlichen Entwicklungsstandes und der vorläufigen sportärztlichen Zustimmung zur Einbeziehung in das Training eines Trainingszentrums oder -stützpunktes.²²⁸

Die A-Untersuchung beinhaltete:

Anamnese:

- › Eigenanamnese
- › Familienanamnese
- › sportliche Anamnese
- › Kontrolle des vollständigen Impfschutzes
- › Bestimmung der Körperhöhe
- › Bestimmung des Körpergewichtes
- › Bestimmung des Pulses
- › Bestimmung des Blutdruckes
- › Beurteilung der Haut und sichtbarer Schleimhäute
- › Beurteilung des Kopfes
- › Beweglichkeit
- › Druck- und Klopfempfindlichkeit, besonders Nervenaustrittspunkt und Nasennebenhöhlen
- › Augen: Beurteilung des Visus
- › Ohren: Beurteilung der Hörfähigkeit (5 m Flüstersprache), beim Schwimmsport: Beurteilung der Trommelfelle
- › Mundhöhle: Beurteilung des Gebisses, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut
- › Beurteilung der Halsorgane

²²⁸ Richtlinie für die Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

- › Beurteilung der Brustorgane Lunge, Herz
- › Beurteilung der Bauchorgane
- › Beurteilung der Wirbelsäule und Extremitäten
- › Beurteilung des zentralen Nervensystems anhand des Reflexverhaltens

Im zweiten Trainingsjahr wurde die A-Untersuchung um Laboruntersuchungen des Urins und des Bluts, im dritten Trainingsjahr durch die Erstellung eines EKG, eine Röntgenuntersuchung sowie die Erhebung anthropometrischer Daten erweitert.²²⁹

B-Untersuchung

Die B-Untersuchung diente im 1. Trainingsjahr zur Erfassung wesentlicher Parameter zur Beurteilung der gesundheitlichen, körperlichen und sportartgerichteten Eignung bzw. zur sportärztlichen Beurteilung der körperlichen und sportlichen Leistungspotenzen und zur endgültigen sportärztlichen Zustimmung zum leistungssportlichen Training in der Förderstufe I. In den weiteren Trainingsjahren wurde sie zur Kontrolle der gesundheitlichen und körperlichen Entwicklung unter den Bedingungen des sportartgerichteten Grundlagentrainings, der sportärztlichen Beurteilung der körperlichen und sportlichen Leistungspotenzen für die betriebene Sportart sowie der sportärztlichen Beurteilung der weiteren Eignung für die betriebene Sportart und der sportärztlichen Zustimmung zur Weiterführung des leistungssportlichen Trainings in der Förderstufe I durchgeführt.²³⁰

Die B-Untersuchung beinhaltete:

Anamnese:

- › Eigenanamnese
- › Familienanamnese
- › sportliche Anamnese
- › Kontrolle des vollständigen Impfschutzes

Erhebung anthropometrischer Werte

- › Bestimmung der Körperhöhe
- › Bestimmung des Körpergewichtes
- › Bestimmung der Schulterbreite
- › Bestimmung der Beckenstachelbreite
- › Bestimmung des Unterarmumfanges rechts (nur bei Jungen)

²²⁹ Richtlinie für die Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²³⁰ Richtlinie für die Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

- › Bestimmung des Oberschenkelumfanges rechts (nur bei Mädchen)
- › Ermittlung des Körperbauentwicklungsindex (KEI)
- › Ermittlung des Körperbauentwicklungsalters (KEA)

Zudem beinhaltet die B-Untersuchung die

- › Bestimmung der Vitalkapazität
- › Bestimmung des Pulses
- › Bestimmung des Blutdruckes
- › Beurteilung der Haut und sichtbaren Schleimhäute
- › Beurteilung des Kopfes
- › Beurteilung der Halsorgane
- › Beurteilung der Brustorgane Lunge, Herz
- › Beurteilung der Bauchorgane
- › Beurteilung der Wirbelsäule und Extremitäten
- › Beurteilung des ZNS anhand des Reflexverhaltens

Im ersten Trainingsjahr wurde die B-Untersuchung durch eine Laboruntersuchung des Urins und des Bluts, durch die Erstellung eines EKG und eine Röntgenuntersuchung ergänzt. Im dritten Trainingsjahr wurde eine Ergometrie für KJS-Kandidaten in Ausdauersportarten durchgeführt, die die Ermittlung der Wattleistung, die Beurteilung der Erholung nach Ausbelastung und die Schätzung des Sauerstoffpulses beinhaltete.²³¹

Sportmedizinische Trainingshospitationen für alle Sportarten

Die Trainingshospitation durch den Sportarzt sollte der sportmedizinischen Beobachtung und Kontrolle während des Trainings zur Unterstützung des Übungsleiters bei der Gestaltung des Trainings auf der Grundlage der Trainingskonzeptionen dienen. Dabei sollte gezielt Einfluss auf die Einhaltung (sport-)hygienischer Maßnahmen einschließlich der Grundnormen der gesunden Lebensführung durch den Sportarzt genommen werden. In jeder Übungsgruppe waren in jedem Trainingshalbjahr jeweils zwei sportmedizinische Trainingshospitationen durchzuführen. Jede Hospitation musste sich über die Dauer einer Trainingseinheit erstrecken. Inhaltlich gestaltete sich die Trainingshospitation zum einen aus der Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes der Übungsgruppe. Darunter fielen die Feststellung der Trainingsausfälle aufgrund von Erkrankung oder Verletzung, die Ermittlung von gehäuft auftretenden Erkrankungen oder Verletzungen bei einzelnen Sportlern sowie in der gesamten Übungsgruppe. Besonders stand dabei die Kontrolle von Sportlern nach längerem Trainingsausfall im Fokus. Zum anderen war die Beurteilung der Trainingsgestaltung aus sportmedizinischer

²³¹ Richtlinie für die Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

Sicht hinsichtlich der Umsetzung der Trainingskonzeptionen, Gestaltung der Belastung und Erholung sowie der Auslastung der Trainingszeit ein zentraler Aspekt der Trainingshospitation.²³²

Zudem wurden durch den Sportarzt die Trainingsbedingungen beurteilt. Darunter fielen die Beschaffenheit der Sportstätte, Lichtverhältnisse, Temperaturbedingungen, allgemeine Sauberkeit, Umkleieräume, Sanitärhygiene sowie die Erste-Hilfe-Ausrüstung.²³³

Im Anschluss an die Hospitation erfolgte die Auswertung sportmedizinischer Untersuchungen mit dem jeweiligen Übungsleiter, bei der sportmedizinische Empfehlungen zur Trainingsgestaltung zur Trainingsfähigkeit einzelner Sportler sowie zur Verbesserung der Trainingsbedingungen ausgesprochen werden sollten.²³⁴

Sportmedizinische Kriterien der Untauglichkeit für das Training der Förderstufe I

Die Kriterien für die Aufnahme eines Trainings und den Verbleib in einem Trainingszentrum oder -stützpunkt waren ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der späteren Anforderungen und sportlichen Zielstellungen der Förderstufe II und III zu prüfen. Sportmedizinisch wurde zwischen der absoluten Untauglichkeit und der relativen Untauglichkeit unterschieden. Bei relativer Untauglichkeit war die Aufnahme in Förderstufe 2 ausgeschlossen, wenn eine Veränderung eines Befundes während des Trainings in den TZ nicht erreicht oder die sportartspezifischen Anforderungen nicht erfüllt werden konnten. Für die Förderstufe I bestand damit eine begrenzte Eignung, wenn durch die Behandlung während des Trainings eine Besserung eines bestehenden Befundes möglich wurde oder bei sportartspezifischer Nichteignung volle Eignung in einer anderen Sportart bestand.²³⁵

Kriterien der absoluten Untauglichkeit:

- › chronische Erkrankungen
- › organische Herzerkrankungen
- › Stoffwechselkrankheiten
- › wesentliche Anomalien und stärkere Formfehler der Extremitäten
- › funktionell bedeutsame Bewegungseinschränkungen der großen Gelenke
- › Spondylolisthesis
- › angeborene Hüftluxation
- › alle Anfallsleiden
- › Taubheit
- › Intelligenzdefekte
- › Boxen: Einäugigkeit oder Minderung der Sehschärfe unter 0,1
- › Skoliose über 10°

²³² Richtlinien zur sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²³³ Ebd.

²³⁴ Sportmedizinische Kriterien der Untauglichkeit für das Training der Förderstufe I, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²³⁵ Ebd.

Kriterien der relativen Untauglichkeit

- › fehlender Pockenimpfschutz
- › Bettnässer
- › hochgradige Schwerhörigkeit
- › hochgradige Minderung der Sehschärfe oder Einschränkung des Gesichtsfeldes
- › Einäugigkeit (oder Minderung der Sehschärfe eines Auges unter 0,1)
- › Struma mit Beengung der Trachea
- › Asthma bronchiale
- › leichtere Formfehler der Wirbelsäule (Skoliosen zwischen 5 und 10°)
- › Spondylose
- › juvenile Osteochondrosen (Verlaufskontrollen)
- › WPW-Syndrom
- › Ekzeme
- › langdauernde Anämien²³⁶

5.6 Sportmedizinische Betreuung der Leistungssportler

Im Zuge der Auswertung der sportmedizinischen Betreuung der Olympischen Spiele 1960 in Rom wurden innerhalb des Sportmedizinischen Dienstes der DDR (SMD) konkrete Vorschläge für die sportmedizinische Betreuung der Kader-Athleten in der Vorbereitung auf Olympische Spiele erarbeitet. Dabei entstand das Konzept der direkten sportmedizinischen Betreuung durch den lokal verantwortlichen Sportarzt in den jeweiligen Sportclubs nach dem Hausarztprinzip. In der Praxis sollte dieses Prinzip zu einer permanenten sportmedizinischen Kontrolle der Athleten führen, gleichzeitig wurde dadurch deren freie Arztwahl verboten. Zwischen 1970 und 1980 wurden im ZI Kreischa in Zusammenarbeit mit den Ärztekommisionen der Sportverbände sportmedizinische Verbandsprogramme für alle olympischen Disziplinen ausgearbeitet und in der Sportpraxis geprüft.²³⁷ Sie stellten verbindliche Richtlinien für die sportmedizinische Betreuung der Leistungssportler der einzelnen Förderstufen dar, angepasst an die jeweilige sportliche Disziplin.²³⁸ In den zentralen Sportleitungen stellte sich in den 1970er-Jahren eine Aufgeschlossenheit gegenüber den sportmedizinischen Programmen ein. Sie wurden bis 1981 von allen Präsidenten der Sportverbände übernommen. Die Programme wurden 1985 und in Ansätzen 1988 aktualisiert.²³⁹ Inhaltlich wurden dabei die Einflussmöglichkeiten der Sportmedizin auf die Trainingsgestaltung und Leistungsentwicklung herausgearbeitet.

²³⁶ Sportmedizinische Kriterien der Untauglichkeit für das Training der Förderstufe I, 1.09.1977 (BArch DR 5 1613).

²³⁷ Vgl. Strauzenberg (2005), S. 120 f.

²³⁸ Vgl. ebd.

²³⁹ Vgl. ebd.

Damit wurden gleichzeitig die Leitungen der Sportverbände und ihre Sektionen verpflichtet, die den jeweiligen Sportarten und Disziplinen angepassten Betreuungsprogramme gemeinsam mit dem Verbandsarzt bzw. den Sektionsärzten zu kontrollieren. Die Programme bezogen sich nicht nur auf rein medizinische Aspekte. Sie beinhalteten auch Verpflichtungen in Bezug auf Lebensführung, Verhalten und sozialer Gesichtspunkte der Athleten. Die Verbandsprogramme waren Ergebnis langjähriger Bemühungen um eine verbindlich geregelte Zusammenarbeit zwischen Sportverbänden und Sportmedizinern.²⁴⁰

Die Hauptaufgabe der Sportärzte im Trainingsbetrieb lag in der permanenten Kontrolle der physiologischen Werte der Athletinnen und Athleten. Dabei wurde jede Trainingseinheit auf Protokollformularen dokumentiert. Diese Trainingsprotokolle sollten durch Zahlenkodierung möglichst jede körperliche Übung und jeden körperlichen Zustand der Athleten quantitativ registrieren. Anhand computergespeicherter Vergleichswerte wurde der augenblickliche Leistungs- und Gesundheitszustand festgestellt und in eine künftige Wettkampfleistung hochgerechnet, um zu überwachen, ob die physisch mögliche Höchstleistung erbracht wurde oder nicht. Sanktionen sollten dabei sicherstellen, dass die Normen für Körper und Bewegungsvollzug eingehalten wurden. Durch die tägliche Anfertigung der Trainingsprotokolle sollten die Trainingsprozesse wissenschaftlich und planmäßig gestaltbar werden. Die sportliche Ausübung wurde einer konkreten Zeitplanung unterzogen. Rhythmen wurden festgesetzt und Regelungen der Wiederholungszyklen bestimmt. Der Trainingsprozess wurde zergliedert. Angestrebt wurde letztlich ein optimales, individualisiertes Training normierter Fertigkeiten des Körpers zur maximalen Ausschöpfung seiner Möglichkeiten, bei dem der Leistungs- und Gesundheitszustand der Körper der Athletinnen und Athleten permanent sichtbar gemacht werden sollte.²⁴¹

5.7 Sportmedizinische Betreuung der Versehrtensportler

In der DDR setzte sich der Deutsche Verband für Versehrtensport (DVfV) zum Ziel, versehrte Bürger der DDR, besonders Kinder und Jugendliche, für eine regelmäßige sportliche Betätigung zu gewinnen. Die Sportausübung im DVfV unterschied sich durch spezielle Übungs-, Trainings- und Wettkampfsysteme von der therapeutischen Anwendung des Sports und dem nicht organisierten Sport für Kranke und Versehrte.²⁴² Alle versehrten Mitglieder wurden dazu in den Sektionen Versehrtensport vereint, die Bestandteil der Sportgemeinschaften des DTSB der DDR waren. Die Sektionen untergliederten sich in die Sportgruppen Hörgeschädigte, Körperbehinderte und Sehgeschädigte sowie nach Sportarten und Arbeiten auf Grundlage der Beschlüsse des DTSB und des DVfV der DDR.²⁴³

Die Sicherung der regelmäßigen sportmedizinischen Kontrolle der Versehrtensportler war Aufgabe des SMD und wurde von den Kreisberatungsstellen des SMD wahrgenommen. Die Ärztekommision nahm als Organ des Präsidiums des DVfV alle Fragen der Organisation des Gesundheits- und Unfallschutzes sowie die Klärung genereller medizinischer Fragen wahr. Der Verbandsarzt war Vorsitzender der Ärztekommision und vertrat im DVfV alle Belange des Sportmedizinischen Dienstes. Die Ärztekommision arbeitete mit den Organen des Gesundheitswesens, der Volksbildung und den medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften für Sportmedizin, Orthopädie, Rehabilitation, Hals-Nasen-Ohren- und Augenheilkunde zusammen. Zur Sicherung der sportmedizinischen Betreuung in den Kreisen durch die Einrichtungen des Sportmedizinischen Dienstes sollte für jeden Bezirk

²⁴⁰ Vgl. hierzu: Sportmedizinische Verbandsprogramme, 1978 BD. I-XXI (BArch DR 5 186-205).

²⁴¹ Vgl. hierzu: Sportmedizinische Verbandsprogramme, 1978 BD. I-XXI (BArch DR 5 186-205).

²⁴² Vereinbarung über die weitere Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung der Sporttreibenden Bevölkerung, 1. November 1979 (BArch DR 1908).

²⁴³ Ebd.

durch den zuständigen Bezirkssportarzt ein verantwortlicher Arzt für Versehrten-sport benannt werden, der Mitglied der erweiterten Ärztekommision des DVfV war.²⁴⁴

Grundprinzip jeder sportärztlichen Untersuchung war die Festlegung der potenziellen Sportausübung im Hinblick auf den „bestehenden Schaden“, des möglichen Übungsumfanges in der Ausdauer, Schnelligkeit, Kraft und Geschicklichkeit sowie spezieller Maßnahmen, die vor oder nach den Übungen erforderlich waren. Die Feststellung der *Versehrten-sporttauglichkeit* bei der Erstuntersuchung vor Aufnahme des Übungsbetriebes und die Wiederholungsuntersuchungen nach zwölf Monaten verliefen ebenfalls nach einem festgelegten Untersuchungsgang.²⁴⁵

Die Anamnese umfasste:

- › Bestimmung von Größe und Gewicht
- › Beurteilung des Körperbaus
- › Bestimmung der Atembreite (Ausatmen, Einatmen)
- › Messung des Ruhepulses
- › Messung des Ruheblutdruckes
- › Bestimmung der Vitalkapazität
- › Beurteilung der Kopforgane (Augen, Ohren)
- › Beurteilung der Halsorgane (Tonsillen)
- › Klinische Untersuchung von Herz und Lunge
- › Klinische Untersuchung der Wirbelsäule
- › Klinische Untersuchung der Bauchorgane
- › Beurteilung der Beweglichkeit der Extremitäten
- › Untersuchung der Funktionsfähigkeit des ZNS

Paraklinische Untersuchung:

- › Urin: Eiweiß (qualitativ), Zucker (qualitativ)
- › EKG: bei Sportlern ab 40. Lebensjahr alle 2 Jahre

Zur Ermittlung der sportlichen Entwicklung des Patienten wurden verschiedene Tests durchgeführt, u. a. Kreislaufbelastungstests:

Stufentest (modifiziert nach Ruffier), Stufenhöhe: 30 cm, Belastungsdauer: 2 Min. (mit jeweils 30 Besteigungen pro Minute).

²⁴⁴ Vereinbarung über die weitere Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung der Sporttreibenden Bevölkerung, 1. November 1979 (BArch DR 1908).

²⁴⁵ Ebd.

Bei Sehgeschädigten wurde stattdessen ein Kniebeugetest (30 Kniebeugen in 2 Minuten), bei Körperbehinderten mit Amputationen, Gelenkversteifungen oder Paresen ein Rumpf- bzw. Beinhebetest (15 x Heben der Beine aus dem Liegen in Rückenlage bzw. Heben des Rückens oder des Rumpfes aus der Liegelage in 2 Minuten) durchgeführt.²⁴⁶

Bei Hörgeschädigten wurde ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, bei Sehgeschädigten ein Facharzt für Augenheilkunde, bei Körperbehinderten mit Dauerschäden der zuständige Arzt für Versehrtensport für spezielle Untersuchungen herangezogen. Jede bei Erst- oder Wiederholungsuntersuchungen festgestellte Sportuntauglichkeit war zudem innerhalb einer Woche schriftlich dem verantwortlichen Arzt für Versehrtensport des Bezirkes mitzuteilen. Er traf – wie auch in Zweifelsfällen – die endgültige Entscheidung nach Einholung fachärztlicher Gutachten. Die untersuchten Sportler wurden auf Grundlage dessen in verschiedene Klassen (1-12) eingeteilt.²⁴⁷

5.8 Zwischenfazit

Die sportmedizinische Betreuung in der DDR bezog sich in der DDR auf verschiedene gesellschaftliche Gruppen und Bereiche (sporttreibende Bevölkerung, Leistungssportler, Nachwuchssportler, Schüler und Versehrte).

Grundsätzlich lag der Schwerpunkt der sportmedizinischen Arbeit auf allen Betreuungsebenen in der Beurteilung leistungsdiagnostischer Untersuchungen zur Erfassung und Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Im Bereich der allgemeinen sportmedizinischen Grundbetreuung bedeutete dies vornehmlich die Durchführung von Sporttauglichkeitsuntersuchungen und Gesundheitskontrollen, um die erforderliche Gesundheit und erhöhte Belastbarkeit für eine Sportausübung (Freizeit-, Wettkampf- oder Schulsport) festzustellen bzw. um über die zweckmäßigste Form und Gestaltung des Gesundheitstrainings zu beraten, mit dem Ziel der Erhaltung und Festigung der Gesundheit.

Auf der Ebene der sportmedizinischen Spezialbetreuung für Leistungs- und Spitzensportler der Sportverbände des Deutschen Turn- und Sportbundes zielten die leistungsdiagnostischen Untersuchungen im Kinder- und Jugendsport auf die Feststellung der körperlichen Gesundheit und Belastbarkeit in Bezug auf eine sportartgerichtete Eignung und Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig diente die Leistungsdiagnostik zur Kontrolle des Trainingsprozesses, sowohl im Kinder- und Jugendbereich als auch bei den Leistungssportlern in den Sportverbänden, um letztendlich die körperliche und damit die sportliche Leistungsfähigkeit und Belastungsverträglichkeit zu erhöhen.

6 Impuls: Sportmedizin und Doping

Das Dopingsystem der DDR war ein pharmakologisches Experiment großen Ausmaßes, ein „Großversuch [...] von der Anlage her und was die Probandenzahl betrifft“, in den Funktionäre, Trainer, Sportwissenschaftler und vor allem Sportärzte involviert waren.²⁴⁸ Gezielt wurde auf eine massive Veränderung des menschlichen Körpers, vor allem durch die Vergabe des vom VEB Jenapharm hergestellten Oral Turinabol, ein Steroid, das den Aufbau von Muskelmasse fördert. Das Medikament war ursprünglich für die Unterstützung von Heilungen nach schweren Verletzungen und Operationen entwickelt worden, unter anderem wurde es bei Knochenschwund verschrieben. Im DDR-Leistungssport kam es zum Einsatz, um die Körper der Athletinnen und Athleten zu opti-

²⁴⁶ Vereinbarung über die weitere Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung der Sporttreibenden Bevölkerung, 1. November 1979 (BArch DR 1908).

²⁴⁷ Ebd.

²⁴⁸ So der Verbandsarzt der DDR-Gewichtheber Hans-Henning Lathan, zitiert nach: Berendonk (1992), S. 189.

mieren, ihre natürlichen Leistungsgrenzen zu verschieben und letztendlich sportliche Höchstleistung zu fördern.²⁴⁹

Der Sportmediziner Manfred Höppner, stellvertretender Leiter des Sportmedizinischen Dienstes der DDR, resümierte 1977 den „Stand der Anwendung von unterstützenden Mitteln“ wie folgt: „Den Hauptteil unter den bisher angewandten Präparaten haben die anabolen Hormone, auch als anabole Steroide bezeichnet. Sie wurden im DDR-Leistungssport seit 1966 angewandt. Insbesondere in verstärktem Maße während der Vorbereitungen der Olympischen Spiele 1972 und 1976. Gegenwärtig werden sie in allen olympischen Sportarten mit Ausnahme von Segeln und Turnen (weiblich) bei fast allen Kadern der Kaderkreise I und II bzw. A und B, d. h. bei allen Nationalmannschaftskadern der Sportverbände angewandt. [...] In Sportarten mit meßbaren Leistungen lässt sich diese Tatsache durch Meter, Sekunden oder Kilogramm eindeutig nachweisen.“²⁵⁰

Auch Minderjährige wurden unter Anwendung der Legende der Verabreichung von Vitaminen ohne ihr Wissen gedopt. Bei Schwimmerinnen konnte Doping schon mit 13 bis 14 Jahren einsetzen. Insgesamt sollen vom Doping zwischen 10.000 und 12.000 Sportler betroffen gewesen sein.

Die Verabreichung von sogenannten „unterstützenden Mitteln“ zielte nicht nur auf die sofortige Nutzbarkeit der Ergebnisse in sportlichen Wettkämpfen, sondern auch auf die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen des Dopings. An den Athleten wurden gleichzeitig Tests vorgenommen, die das Doping perfektionieren sollten. Etwa 25 % der Anabolika waren Experimentalsubstanzen, deren Wirkung und Spätfolgen bis zum Ende der DDR unbekannt blieben. Die Erforschung des Dopings wurde als *Komplex 08-Plan Nr. Zf. 14.25* in den Staatsplan Wissenschaft und Technik aufgenommen. Der Doping-Komplex unterlag größter Geheimhaltung und war nur einem sehr kleinen Kreis damit befasster Mitarbeiter bekannt. Die Koordinierung und Kontrolle dieser Maßnahmen oblag der Abteilung Leistungssport II bei der Leitung des Sportmedizinischen Dienstes der DDR. Ein Großteil der Dopingforschung fand am FKS und am ZI Kreischa statt.²⁵¹

Der Druck auf die Sportler, sich dem Doping zu beugen, war groß. Wer sich standhaft gegen das Doping entschied und zur Wehr setzte, löste eine Kaskade von Verdächtigungen und Sanktionen gegen sich aus und lief sogar Gefahr, als Staatsfeind betrachtet zu werden. Sportärzte des Sportmedizinischen Dienstes standen zwar unter keinem direkten Zwang, die von den Sportverbänden festgelegten Maßnahmen für ausgewählte Sportlerinnen und Sportler durchzuführen. Doch wer sich verweigerte – sei es durch Berufung auf das ärztliche Ethos oder auch nur durch das Bestehen auf eine ordnungsgemäße Dokumentation bezüglich der „unterstützenden Mittel“ – wurde für den Einsatz im Leistungssport als ungeeignet beurteilt. Abstellung in andere Tätigkeiten, Karriereknick, Ausschluss von Auslandseinsätzen konnten die Folge sein.²⁵²

7 Zusammenfassung

Ab 1960 begann in der DDR eine Reihe von Maßnahmen in Kraft zu treten, die die sportmedizinische Landschaft bis in die 1980er-Jahre verändern sollten. Wesentliche Impulse erhielt die Sportmedizin dabei aus dem Staatlichen Komitee für Körperkultur und Sport (SKS).

Am 23. März 1961 erhielt das SKS ein neues Statut, das ihm den Status eines Sportministeriums verlieh. Mit diesem neuen Statut konstituierte sich auch der ihm nachstehende Wissenschaftlich-Methodische Rat (WMR) und seine Sektion Sportmedizin neu. Die Sektion Sportmedizin hatte alle Bereiche des Sports auf medizinisch-wissenschaftlichem Gebiet zu beraten. Dies beinhaltete die Pla-

²⁴⁹ Vgl. Latzel (2007), S. 14.

²⁵⁰ Treffbericht IM Technik (Manfred Höppner) vom 3. März 1977, (BStU MfS ZAA 637/79).

²⁵¹ Vgl. Reinhart (2010), S. 79.

²⁵² Vgl. Arndt (2004), S. 328.

nung und Koordinierung der sportmedizinischen Forschung für den Bereich des Sports als auch des Gesundheitswesens der DDR.

Am 01. August 1963 wurde die Etablierung des Facharztes für Sportmedizin durch das MfGW verfügt. Damit wurde die Fachrichtung Sportmedizin als eigenständige Disziplin der klinischen Medizin gesetzlich zugelassen. Die Weiterbildungs- und Prüfungsstandards wurden durch die 1964 berufene Zentrale Facharztcommission Sportmedizin der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR festgelegt und weiter ausgearbeitet. Entsprechend der Entwicklung neuer Mess-, Untersuchungs- und Analysemethoden sowie neuer fachspezifischer Erkenntnisse wurden das Curriculum für die Facharztweiterbildung und die Prüfungsstandards zum Facharztkolloquium den veränderten Bedingungen angepasst. Das erste Programm definierte eine Ausbildungsdauer von vier Jahren, die 1968, im Rahmen der Hochschulreform, auf fünf Jahre verlängert wurde.

In einer weiter überarbeiteten Fassung von 1971/72 wurden wesentliche Neuerungen im diagnostischen und apparativen Bereich eingeführt sowie auf politisch-ideologischer Ebene bestimmte Persönlichkeitsmerkmale des Sportarztes eingefordert. Die letzte Fassung trat 1981 in Kraft. Sie berücksichtigte wiederum Fortschritte in der apparativen Labordiagnostik. Zudem kristallisierte sich dabei ein erhöhter politisch-ideologischer sowie militärmedizinischer Anspruch an die Sportmedizin heraus.

Die ersten Facharztanerkennungen erfolgten 1964 für Personen, die sich seit mehr als fünf Jahren in der Sportmedizin verdient gemacht hatten und eine andere Facharztanerkennung besaßen (z. B. Kurt Tittel).

Die Einführung der Facharzttrichtung Sportmedizin war nach den Vorstellungen der GSM ein wichtiger Schritt zur Anerkennung der Sportmedizin als gleichberechtigtes Fach der klinischen Medizin. Darüber hinaus entstand der Gedanke, die Sportmedizin in die Ausbildung von Medizinstudenten durch eine obligatorische sportmedizinische Vorlesung einzubeziehen sowie ordentliche Lehrstühle für Sportmedizin an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten und Medizinischen Akademien einzusetzen. Trotz der Bemühungen der GSM gelang es der Sportmedizin in der DDR nicht, Zugang zum Bereich „Medizin“ der Universitäten zu finden. Erst ab Ende der 1980er-Jahre mit der Einführung des interdisziplinären Lehrkomplexes (IDK) *Kriterien der Arbeits- und Leistungsfähigkeit* im letzten Semester des Medizinstudiums fanden sportmedizinische Inhalte einen Platz im obligatorischen Lehrprogramm des Medizinstudiums in der DDR.

An der Akademie für ärztliche Fortbildung in Berlin-Lichtenberg wurde 1967 ein Lehrstuhl für Sportmedizin eingerichtet, dessen Inhaber (Ernest Strauzenberg, ab 1985 Kurt Tittel) für die Weiterbildung zum Facharzt für Sportmedizin verantwortlich war. Zu keiner Zeit war jedoch ein Hochschullehrer aus dem Fachgebiet der Sportmedizin Mitglied einer medizinischen Fakultät, mit Ausnahme von Kurt Tittel, der als Direktor des Instituts für Sportmedizin und als Dekan der Fakultät für Naturwissenschaften und Sportmedizin der DHfK der medizinischen Fakultät Leipzig angehörte. Sportmedizinische Abteilungen an Universitäten und Pädagogischen Hochschulen konstituierten sich im Rahmen der Sportlehrerausbildung und der Betreuung des Studentensports. Leitorgan für inhaltliche und personelle Entwicklungen dieser Abteilungen war die Arbeitsgruppe Sportmedizin, in der die Leiter der sportmedizinischen Einrichtungen des Hochschulwesens zusammentraten. Die Arbeitsgruppe war der zentralen Fachkommission Sport nachgeordnet, die im Verantwortungsbereich der Ministerien für Volksbildung und Hochschulwesen gegründet wurde.

Zeitgleich mit der Einrichtung des Facharztes für Sportmedizin erfolgte am 01. September 1963 die Gründung des Sportmedizinischen Dienstes der DDR (SMD). Der SMD war organisatorisch und inhaltlich verantwortlich für die medizinische Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung. Dazu zählten sowohl die Betreuung der Leistungssportler im Training und Wettkampf als auch die unentgeltliche Durchführung von allgemeinen Sporttauglichkeitsuntersuchungen, die Schulsportbefreiungen und laufende Gesundheitskontrollen sowie die Kontrolle der prophylaktischen, therapeuti-

schen und sporthygienischen Maßnahmen für die sporttreibende Bevölkerung. In Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Volksbildung und dem Ministerium für Hochschulwesen hatte der SMD auch Schulärzte und Jugendärzte methodisch anzuleiten. Gleichzeitig wurde die freie Arztwahl für Leistungssportler, einschließlich der Schüler der Kinder- und Jugendsportschulen, abgeschafft. Mit der Gründung des SMD wurde der Bereich der sportärztlichen Betreuung aus der Zuständigkeit des MfGW herausgelöst und dem Staatssekretariat für Körperkultur und Sport nachgeordnet. Die Gründung des SMD führte zu einer erheblichen Verbesserung der materiellen und personellen Situation der Sportmedizin in der DDR. Dabei waren die Einrichtung von sportärztlichen Kreisberatungsstellen und zum Teil hauptamtlichen Kreissportärzten, der Bau von meist gut ausgerüsteten Hauptberatungsstellen in den Bezirken und Leistungssportzentren und die Anstellung von hauptamtlichen Verbandsärzten für die Sportverbände wesentliche Errungenschaften für die sportmedizinische Betreuung und praxisorientierte Forschung.

In der totalitär regierten und nach internationaler Reputation strebenden DDR spielten staatliche Prestigefragen und eine leistungssportliche Orientierung der Sportpolitik zunehmend eine dominierende Rolle. Im Zuge dessen gewann die Sportmedizin ab Mitte der 1960er-Jahre für den Bereich Leistungssport an Relevanz, die sich in einer gezielten Inanspruchnahme der Sportmedizin in Vorbereitung auf Olympische Spiele und anderer internationaler Wettkämpfe äußern sollte. Dies führte ab Anfang der 1970er-Jahre zu einem erheblichen Ausbau der sportmedizinischen Betreuungskapazitäten für den Leistungssport (vgl. Institutionalisierung).

In Beschlüssen des Politbüros wurden diesbezüglich vermehrt konkrete materielle und personelle Maßnahmen gefordert.

Der Vorstand der GSM gründete zur Auswertung der sportmedizinischen Betreuung der Olympischen Spiele 1960 in Rom eine Arbeitsgruppe Leistungssport, die konkrete Vorschläge für die sportmedizinische Betreuung der Kader-Athleten in der Vorbereitung auf Olympische Spiele erarbeitete, im Zuge dessen die Idee der direkten sportmedizinischen Betreuung durch den lokal verantwortlichen Sportarzt entstand. Dieses Konzept wurde durch die Einsetzung von Sektionsärzten in den Sportclubs umgesetzt. Die Sektionsärzte waren für die sportmedizinische Betreuung der Sportler in den Sportclubs nach einem „Hausarztprinzip“ verantwortlich. Sie unterstanden dem jeweiligen Verbandsarzt, beteiligten sich maßgebend bei der Erarbeitung der „Individuellen Trainingspläne“ und hospitierten regelmäßig beim Training des Athleten.

Der Politbürobeschluss vom 08. April 1969 über „die weitere Entwicklung des Leistungssports bis zu den Olympischen Spielen 1972“ definierte neue Zielsetzungen des Leistungssports und war Grundlage für strukturelle Veränderungen auch in der Sportmedizin. Im Zuge dieses Beschlusses wurde die Leistungssportkommission der DDR gegründet, in der auch der Direktor des SMD Mitglied war.

Am 24. April 1969 wurden wesentliche Teile des Instituts für Sportmedizin in das neugegründete Forschungsinstitut für Körperkultur und Sport (FKS) eingegliedert, dessen Aufgabenstellung als Leitinstitut für Leistungssportforschung ebenfalls auf den Leistungssportbeschluss zurückzuführen war. Die Arbeit am FKS wurde über thematisch zusammengesetzte interdisziplinäre Forschungsgruppen gestaltet, die zeitgebundene Forschungsaufträge, angepasst an die Olympia-Zyklen, bearbeiteten. Ab Mitte der 1970er-Jahre leistete die Sportmedizin dabei vor allem ihren Beitrag in der Leistungsdiagnostik, Belastungssteuerung und der Regeneration.

Die Notwendigkeit der fachgerechten Behandlung verletzter Sportler des Leistungsbereichs führte gleichzeitig zur engen Kooperation des FKS mit spezialisierten Einrichtungen des stationären Gesundheitswesens (beispielsweise mit der unfallchirurgischen Abteilung unter Leitung von Kurt Franke in Berlin-Pankow).

Auch das Zentralinstitut des SMD in Kreischa sollte im Auftrag der Leistungssportkommission

wissenschaftliche Grundlagen sowie neue Erkenntnisse und systemwirksame Lösungen zur Gestaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebes schaffen. In einer speziellen traumatologischen Abteilung (J. Weber und H. Brenke) fand die funktionelle Nachbehandlung und sportliche Rehabilitation verletzter und erkrankter Sportler der Leistungsspitze statt. Zwischen 1970 und 1980 wurden im ZI Kreischka in Zusammenarbeit mit den Ärztekommisionen der Sportverbände sportmedizinische Verbandsprogramme für alle olympischen Disziplinen ausgearbeitet und in der Sportpraxis geprüft. Sie stellten verbindliche Richtlinien für die sportmedizinische Betreuung der Leistungssportler der einzelnen Förderstufen dar, angepasst an die jeweilige sportliche Disziplin. Die Programme wurden 1985 und in Ansätzen 1988 aktualisiert.

Inhaltlich wurden dabei die Einflussmöglichkeiten der Sportmedizin auf die Trainingsgestaltung und Leistungsentwicklung herausgearbeitet. Allerdings bezogen sich die Programme nicht nur auf rein medizinische Aspekte. Sie beinhalteten auch Verpflichtungen in Bezug auf Lebensführung, Verhalten und Beachtung sozialer Gesichtspunkte der Athleten. Die Verbandsprogramme waren Ergebnis langjähriger Bemühungen um eine verbindlich geregelte Zusammenarbeit zwischen Sportverbänden und den Sportmedizinern.

Durch die Aufstellung der „Prinzipien der gesundheitlichen Betreuung der Sportler der Trainingszentren und Trainingsstützpunkten des DTSB der DDR“ im Jahr 1971 bzw. 1974 kam den Kreisberatungsstellen des Sportmedizinischen Dienstes die medizinische Verantwortung für Kinder und Jugendliche zu, u. a. bei der Sichtung und Auswahl von Talenten im Sport (ESA) sowie der Betreuung der in den Trainingszentren (TZ) aufgenommenen Nachwuchssportler. Der Sportarzt in den Beratungsstellen hatte für jedes Kind festzustellen, ob die nötige gesundheitliche Voraussetzung zur Bewältigung der geforderten Trainingsbelastung, die körperlichen Voraussetzungen für die jeweilige Sportart sowie allgemeine biologische Voraussetzungen bestanden, um das jeweilige Potenzial des Athleten im Training voll auszuschöpfen. Zur einheitlichen Gestaltung der sportmedizinischen Kontrolle und Dokumentation wurde im SMD ein anthropometrischer Informationsbogen entwickelt.

Die DDR-Sportmedizin besaß einen klaren politischen Auftrag, welcher dem Ideal der Forschungsfreiheit widersprach. Außerdem war sie von Staats wegen auch in die Dopingforschung und Dopingpraxis eingebunden, ebenso wie die pharmazeutische Industrie der DDR. Dieser Bereich unterlag größter Geheimhaltung und war lange Zeit nur einem sehr kleinen Kreis damit befasster Mitarbeiter bekannt. Die Koordinierung und Kontrolle dieser Maßnahmen oblag der Abt. Leistungssport II bei der Leitung des SMD.

Folge der staatlich verordneten Abschottung und Geheimhaltung war allerdings eine ständig größer werdende Isolierung von Teilen der Sportmedizin. Es entwickelte sich nicht nur zwischen den medizinischen Hochschuleinrichtungen sowie dem allgemeinen Gesundheitswesen einerseits und dem SMD andererseits eine wachsende Kluft, sondern auch innerhalb der Bereiche Leistungssport und allgemeiner sportmedizinischer Betreuung innerhalb des SMD. Zwar kam der spezialisierten sportmedizinischen Betreuung der Leistungssportler in der DDR aus qualitativer Sicht absolute Priorität zu, jedoch erforderte der Bereich der allgemeinen sportmedizinischen Betreuung der Bevölkerung aus quantitativer Sicht wesentlich mehr Ressourcen.

Die GSM sowie die Sektion SM wurden, letztendlich auf Bestreben von Manfred Ewald, von der Behandlung sportmedizinischer Leistungssportfragen ausgeklammert. Folglich vertrat die GSM nicht mehr die Gesamtheit des Fachs Sportmedizin. Sie fokussierte sich daraufhin auf Themen der Prävention und Rehabilitation.

Die Beteiligung an der Gesundheitserziehung der Bevölkerung unter Akzentuierung der Prävention (Prophylaxe) durch Propagierung geeigneter gesundheitssportlicher Aktivitäten und der Etablierung eines Gesundheitstrainings wurden zu zentralen Aspekten des Aufgabenprofils der GSM. Der überwiegende Teil der Kongresse und Arbeitstagungen der GSM widmete sich präventiv orientierten Themenbereichen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf diesem Gebiet wurde durch

Kooperationsverträge u.a. mit der Gesellschaft für Arbeitshygiene aktiv betrieben. Schon ab den 1960er-Jahren, verstärkt Anfang der 1970er-Jahre, wurden Bezirksgruppen der GSM eingerichtet, die in Zusammenarbeit mit Bezirksvereinigungen anderer Fachrichtungen der Medizin Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Prävention abhielten.

Parallel etablierte die GSM ab den 1970er-Jahren zahlreiche ambulante Herzsportgruppen, insbesondere in Berlin, Leipzig, Magdeburg und Rostock.

Anfang der 1980er-Jahre wurde das Berufsbild des Fachphysiotherapeuten für Sportmedizin durch das MfGW anerkannt. Auch innerhalb der GSM bestand seit dem 01. September 1981 die Arbeitsgemeinschaft für Physiotherapeuten. Weiterbildungen erfolgten kontinuierlich, sodass nahezu alle im SMD tätigen Physiotherapeuten diese Qualifikation erwarben.

Am 31. Dezember 1990 wurden alle staatlichen sportmedizinischen Strukturen der DDR abgewickelt bzw. erheblich verkleinert. Die Auflösung des SMD als zentrale Institution erfolgte Ende des Jahres 1990 auf Grund einer Anordnung des Bundesfinanzministeriums. Zuletzt (1990) waren im SMD etwa 1800 Mitarbeiter angestellt, davon rund 270 Fachärzte für Sportmedizin.

Die Sportmedizin konnte sich in der DDR zu einer eigenständigen medizinischen Fachdisziplin mit eigener Approbation zum Facharzt, einer institutionellen Infrastruktur und einem disziplinspezifischen Korpus an wissenschaftlichem Wissen ausdifferenzieren. Sie gewann zunächst im Kontext der sozialistischen Gesundheitspolitik an Bedeutung, in dem die Sportmedizin ihren gesellschaftlichen Auftrag als Element des Gesundheitswesens der DDR zu erfüllen hatte, ab den 1960er-Jahren primär im Kontext der Sportpolitik, in dem sie als struktureller Baustein für die Leistungsfähigkeit des Hochleistungssports, vor der Folie der offenen Systemkonkurrenz beider deutscher Staaten und damit als Werkzeug der ideologischen und außenpolitischen Auseinandersetzung im Kalten Krieg fungieren sollte.

Die Sportmedizin nahm im Rahmen der DDR-Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle bei der Lösung gesundheitlicher Problemstellungen ein. Auf Grundlage sportmedizinischen Wissens sowie durch die Initiative sportmedizinischer Institutionen wurden verschiedene Maßnahmen in der DDR eingeleitet, die dazu beitragen sollten, die Gesundheit des Einzelnen wie der Bevölkerung zu verbessern. Ziel war es – einerseits durch eine flächendeckende sportmedizinische Betreuung und Kontrolle sowie andererseits durch eine intensive Gesundheitsaufklärung und -erziehung –, Bürger zu formen, die rationale und moralisch richtige Entscheidungen treffen und letztlich auch den Staat – durch »Volks Gesundheit« – positiv beeinflussen sollten.

Neben diesem wichtigen und weiten Wirkungsfeld kam der Sportmedizin im Bereich des Leistungssports immer mehr an Bedeutung zu. Zwar beschränken sich sportmedizinische Maßnahmen in diesem gesellschaftlichen Bereich auf eine relativ kleine Gruppe der Bevölkerung, doch sollte gerade der Leistungssport durch seine politische Instrumentalisierung in die gesamte Bevölkerung ausstrahlen. Mit der Anknüpfung innen- und außenpolitischer Ziele an sportliche Erfolge im Zuge der Ost-West-Auseinandersetzung und des Kalten Krieges wandte die Partei- und Sportführung einen Großteil ihrer Ressourcen auf, um den Leistungssport zu fördern und die Erfolge der DDR-Athletinnen und -Athleten im Weltmaßstab zu halten und auszubauen. Im Zuge dessen gewann die Sportmedizin für den Bereich Leistungssport an Relevanz. Die stärkere Konzentration auf den Leistungssport führte zu einem erheblichen Ausbau der sportmedizinischen Betreuungskapazitäten in diesem Bereich und einer Schwerpunktverlagerung der sportmedizinischen Praxis hin zur Leistungsoptimierung der AthletInnen. Die Hinwendung zum Leistungssport bewirkte, dass die Grenze zwischen therapeutischer Betreuung der Athleten und Athletinnen und einer Optimierung ihrer Leistungsfähigkeit diffus wurde, dies auch durch Mittel und Methoden, die mit dem in der Verfassung verankerten Recht auf Gesundheit der Bürgerin oder des Bürgers der DDR nur schwer oder gar nicht mehr zu vereinbaren waren. Im Sport allgemein und speziell in der Sportmedizin kam dem Leistungssport materiell und personell absolute Priorität zu. Gleichzeitig wurde an den internationalen, vor allem den olympischen, Erfolgen bzw. Misserfolgen letztlich Nutzen und Effektivität der Sportmedizin gemessen

Die Sportmedizin wurde in der DDR als medizinwissenschaftliche klinische Disziplin verstanden, jedoch wurde sie, aufgrund ihrer engen Anlehnung an den Sport und dessen Entwicklung, stark von sportwissenschaftlichen Fragestellungen beeinflusst. Ihre Ausdifferenzierung vollzog sich demnach vor dem Hintergrund zweier komplementärer Entwicklungen. Zum einen stand die Konstituierung der Sportmedizin als Fachdisziplin im Zusammenhang mit der Entwicklung der Medizin der DDR und dem ihr zugrundeliegenden Präventionsgedanken. Zum anderen war die Sportmedizin nicht von der Entwicklung des Sports und dessen sukzessiver Fokussierung auf den Bereich des Leistungssports zu trennen und fand in diesem Bereich ihre institutionelle Verortung.

8 Quellen und Literatur

Quellen

- BArch DR 5 1 Aufstellung über die Zusammensetzung der neu zu berufenden ZFK Sportmedizin 1964.
- BArch DR 5 178 Jahresberichterstattung über die Arbeit des SMD des Bezirkes Leipzig 1966.
- BArch DR 5 186-205 Sportmedizinische Verbandsprogramme, 1978 BD. I-XXI.
- BArch DR 5 978 Institut für Sportmedizin der DHfK. Pläne, Berichte und Protokolle.
- BArch DR 5 978 Statut des Instituts für Sportmedizin der DHfK, 1961.
- BArch DR 5 1062 Grundthesen für biologisch - medizinische Forschungen auf dem Gebiet des Leistungssports, 1965.
- BArch DR 5 1129 Maßnahmeplan für die politisch-ideologische Vorbereitung für den XVI. Weltkongress für Sportmedizin der FIMS in Hannover vom 11. - 16. Juni 1966.
- BArch DR 5 1141 Brigadeeinsatz am Institut für Sportmedizin der DHfK. Bd. II.
- BArch DR 5 1206 Bericht des Sportmedizinischen Diensts (SMD) über Erfüllung des Planjahres, 1967.
- BArch DR 5 1206 Schriftwechsel mit der DHfK und anderen unterstellten Einrichtungen des Staatlichen Komitees. Bericht über Entwicklung der Sportmedizin.
- BArch DR 5 1455 Statut der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1981.
- BArch DR 5 1457 Ehrenmitglieder der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, 1985.
- BArch DR 5 1461 Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sportphysiotherapeuten in der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR.
- BArch DR 5 1613 Richtlinie für die Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen in den Trainingszentren und -stützpunkten des DTSB der DDR, 1.09.1977.
- BArch DR 5 1613 Arbeitsrichtlinien für die Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 23.06.1971.
- BArch DR 5 1613 Richtlinien zur sportmedizinischen Betreuung der Sportler der Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR, 1.09.1977.
- BArch DR 5 1613 Sportmedizinische Kriterien der Untauglichkeit für das Training der Förderstufe I, 1.09.1977.
- BArch DR 5 1734 Zuarbeit zur Einschätzung der Entwicklung der Sportmedizin zwischen dem X. und XI. Parteitag der SED und zur Ableitung und Schlußfolgerungen für die weitere Tätigkeit von 1986 - 90.
- BArch DR 5 1738 Statut des Wissenschaftlich-Methodischen Rats des Staatssekretariats für Körperkultur und Sport.
- BArch DR 5 1738 Geschäftsordnung der Sektion Sportmedizin des Wissenschaftlich-Methodischen Rats des Staatssekretariats für Körperkultur und Sport.
- BArch DR 5 1747 Entwicklung des Wissenschaftsbereiches Naturwissenschaften/Sportmedizin der DHfK. Stellungnahme.

- BArch DR 5 1786 Bericht über die Teilnahme einer Delegation der DDR am XVI. Weltkongress für Sportmedizin der FIMS in Hannover vom 11. - 16. Juni 1966.
- BArch DR 5 1826 Arbeitsprinzipien des Vorstandes der GSM, 1975.
- BArch DR 5 1834 Aufgaben des Sektionsarztes (ohne Datum).
- BArch DR 5 1847 Bemühungen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin der DDR um Aufnahme in die FIMS 1964. Bd. I.
- BArch DR 5 1849 Rechenschaftsbericht der Gesellschaft für Sportmedizin 1969-1970.
- BArch DR 5 1849 Tätigkeit der Gesellschaft. Bd. III Symposien und Jahrestagungen.
- BArch DR 5 1908 Sportmedizinische Untersuchungsrichtlinie zur Beurteilung der Tauglichkeit für die Teilnahme am Wettkampfsystem DTSB der DDR, 01.01.1980.
- BArch DR 5 1908 Vereinbarung über die weitere Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung der Sporttreibenden Bevölkerung, 1. November 1979.
- BArch DR 5 1996 Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa. Aufgaben und Arbeitsweise Bd. V, „Probleme der Forschungs- und Entwicklungsarbeit mit Schlussfolgerungen“.
- BArch DR 5 2082 Anweisung über die Stellung des Verbandsarztes 15.09.1975.
- BArch DR 5 2082 Hauptaufgaben des Bezirkssportarztes und Chefarztes der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle, seiner Stellvertreter sowie des Wiss. Mitarbeiters für Org./Kader 1974.
- BArch DR 5 2082 Vervollkommnung der Aufgaben und Struktur des SMD, 1974.
- BArch DR 5 2132 Bericht über den Stand der sportmedizinischen Arbeit an der Sportärztlichen Hauptberatungsstelle Rostock.
- BArch DR 5 2134 Brief Hannemann an Erbach 1986 bzgl. Kaderanalyse des SMD 1980-1985.
- BArch DR 5 2312 Anordnung über das Statut des Sportmedizinischen Dienstes vom 10. September 1963.
- BArch DR 5 2312 Ministerratsbeschluss vom 14.6.1963 über die Bildung des Sportmedizinischen Dienstes der DDR.
- BArch DR 5 2312 Vorlage für die Dienstbesprechung des Staatssekretariats am 19.11.1973. (Konzeption für die weitere Entwicklung des SMD bis 1980).
- BArch DR 5 2867 Entwicklungskonzeption des Forschungsinstituts für Körperkultur und Sport (FKS) für den Zeitraum 1973-1976.
- BArch DR 5 2867 Statut des Forschungsinstituts für Körperkultur und Sport 01.12.1970.
- BArch DR 5 2909 Statut des Zentralinstituts des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa, 1969.
- BArch DR 5 2911 Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa. Aufgaben und Arbeitsweise Bd. VII „Arbeitscharakteristik und Funktionspläne“.
- BArch DR 5 3212 Kaderanalyse des SMD 1981-1985 (von 1986).
- BArch DR 5 3213 Beschluss über die Reorganisation der Sportmedizin, 1963.
- BArch DR 5 3213 Bericht der Arbeitsgruppe über den Stand der Sportmedizin in der DDR bis 1962 (ohne Datum).
- BArch DR 5 3213 Entwurf über die Bildung eines Sportmedizinischen Dienstes in der DDR.
- BArch DR 5 3213 Brief Reimann an die Bezirkssportärzte der Sportmedizinischen Hauptberatungsstellen der DDR.
- BArch DR 5 3213 Bericht über den Stand der Einbeziehung der sportmedizinischen Einrichtung in die Olympiavorbereitung 1963.
- BArch DR 5 3246 Zentralinstitut des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa. Aufgaben und Arbeitsweise Bd. IX, Dopingkontrolllabor.
- BArch DR 506 123 Bildungsprogramm Facharzt für Sportmedizin, 8. Mai 1979.
- BArch 506 140 Anweisung Nr. 1 über die staatliche Anerkennung als Sportarzt vom 1. Dezember 1971.
- BArch 506 140 Anordnung über die Staatliche Anerkennung als Sportarzt vom 15.04.1971.
- BArch DQ 1 6522 Lehrprogramme von Instituten und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ausbildung zum Facharzt für Sportmedizin.

- BArch DQ 1 1688 Anordnung über die staatliche Anerkennung zu der Zusatzbezeichnung Sportarzt, 18.12.1956.
- BArch DY 12 578 Bundesvorstand des DTSB, Die Einheitliche Sichtung und Auswahl für die Trainingszentren und Trainingsstützpunkte des DTSB der DDR. Internes Arbeitsmaterial, Berlin 1973.
- BArch DY 12 3390 Bericht des Ministeriums für Gesundheitswesen und des Staatssekretariats für Hoch- und Fachschulwesen über die Arbeit auf dem Gebiet der Sportmedizin, April 1960.
- BArch SdM 1286 Bestätigung der Grundlinie der Entwicklung des Leistungssports in der DDR bis 1980.
- BStU MfS ZA A 637/79 Treffbericht IM Technik (Manfred Höppner) vom 3. März 1977.
- VuM MfGe Nr. 1/64 Gemeinsame Vereinbarung (MfGe, SKS, DTSB, DRK) zur Sicherung des Gesundheitsschutzes bei Massen- und Sportveranstaltungen, 02.11.1964.
- VuM MfGe, Nr. 9/ 87 Vereinbarung des SKS mit dem MfGe zur Sicherung der ärztlichen Betreuung im Kinder- und Jugendsport, 14.03.1968.
- VuM MfGe Nr. 10 Über die Funktion und Aufgaben der Gesundheitspropaganda und Gesundheits-erziehung, aus: Grundsätze und Schwerpunkte der Gesundheitspropaganda und Gesundheits-erziehung in der DDR, 10. Juni 1972).

Literatur

- Arndt, K.-H. (2004). Entwicklung und Wirken des Sportmedizinischen Dienstes der ehemaligen DDR. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 55(12), 322-329.
- Arnold, A. (1956). Lehrbuch der Sportmedizin. Leipzig.
- Badtke, G. (1987). Sportmedizinische Grundlagen der Körpererziehung und des sportlichen Trainings, Leipzig.
- Berendonk, B. (1992). Doping: Von der Forschung zum Betrug. Reinbek bei Hamburg.
- Erbach, G. et al. (Hrsg.) (1972). Kleine Enzyklopädie Körperkultur und Sport (4., neu bearb. Aufl.). Leipzig.
- Latzel, K. (2009). Staatsdoping: Der VEB Jenapharm im Sportsystem der DDR. Köln.
- Reinhart, K. (2010). „Wir wollten einfach unser Ding machen“. DDR-Sportler zwischen Fremdbestimmung und Selbstverwirklichung, Frankfurt am Main.
- Rehmann, L. (2017). Die Anfänge der Sportmedizin in der DDR. In: M. Krüger, Michael (Hrsg.), Sportmedizin in Deutschland. Historische Facetten (S. 225-248). Hildesheim: Arete.
- Spitzer, G. (2004). Doping in der DDR. Ein historischer Überblick zu einer konspirativen Praxis, Köln.
- Strauzenberg, S. E. (2005). Die Sportmedizin der DDR. Eine eigenständige Fachrichtung der klinischen Medizin. Dresden.
- Teichler, H. J. (1999). Nachwuchsleistungssportler. In: Ders. (Hrsg.), Das Leistungssportsystem der DDR in den 80er Jahren und im Prozess der Wende (S. 88-93). Schorndorf: Hofmann.

Stefan Nielsen

Das Bundesinstitut für Sportwissenschaft und die sportmedizinische Forschungsförderung seit 1970

Vorbemerkung

Der nachfolgende Text über die Entwicklung der sportmedizinischen Forschungsförderung durch das 1970 gegründete Bundesinstitut für Sportwissenschaft fokussiert hauptsächlich auf den Zeitraum zwischen 1970 und 1990. Für diesen Zeitraum lag ausreichend Quellenmaterial in Form von Sitzungsprotokollen, Schriftwechseln, Anträgen etc. vor. Dieses ermöglichte dezidierte Aussagen zur Entwicklung der Förderung sportwissenschaftlicher und insbesondere sportmedizinischer Projekte nach der Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft 1970.

Die vorhandenen Daten für den Zeitraum 1990-2015 wurden in eine eigene Forschungsdatenbank eingepflegt, um entsprechende Auswertungen vornehmen zu können. Die in diesem Teil des Berichts getroffenen Aussagen für die Zeit nach 1990 sind primär statistischer Natur und beruhen auf den vom Bundesinstitut zur Verfügung gestellten Projektdaten über die seit 1990 geförderten sportmedizinischen Projekte (insbes. Projekttitel, Forschungsnehmer, Standort, Laufzeit). Die Validität dieser Daten konnte aufgrund fehlender weiterer Quellen nicht überprüft werden. Durch die fortlaufende Aktualisierung der Bestände des Bundesarchivs kann dies jedoch zukünftig möglich sein.

1 Einleitung

1955 nahm eine kontinuierliche sportmedizinische Forschung in der Bundesrepublik Deutschland mit der Gründung des „Kuratoriums für sportmedizinische Forschung“ ihren Anfang. Das Kuratorium war nach langwierigen Verhandlungen zwischen dem Bundesinnenministerium, dem Deutschen Sportbund DSB und dem Deutschen Sportärztebund DSÄB bzw. sportmedizinischen Einrichtungen an Universitäten als eingetragener Verein in Anbindung an den Deutschen Sportbund entstanden. Die zunächst von BMI, DSB-Präsident Daume und dem Rektor der Sporthochschule Köln Diem verfolgte Idee einer zentralen Forschungseinrichtung, eines „Bundesinstituts“, wurde zu dieser Zeit noch verworfen. Hauptsächlich finanzieller Förderer war das Bundesinnenministerium, das jährlich Mittel bereitstellte, die der DSB an die Forschungseinrichtungen verteilte. Über die Vergabe der Forschungsmittel an die Antragsteller befand ein „Wissenschaftliches Direktorium“, dem die führenden Sportmediziner der 1950er-Jahre angehörten.

Zentrale Aufgabenstellung war die sogenannte Grundlagenforschung „zum Besten des Volkes und insbesondere der Jugend“. Die Stärkung der „Volksgesundheit“ einer kriegs- und zivilisationsgeschädigten Bevölkerung stand im Mittelpunkt. Diese stark sozialpolitisch geprägte Zielrichtung stand in deutlicher Übereinstimmung mit der vom DSB zu dieser Zeit verfolgten Sportpolitik. Der DSB propagierte in „bewusster Abkehr vom Sport zur Zeit des Nationalsozialismus“ (Krüger, Becker, Nielsen & Reinold, 2014, S. 31) die Politik eines staatsfernen, autonomen Sporttreibens. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit dem „gleichgeschalteten“ und leistungsbezogenen NS-Sport suchte der Verband seine Legitimationsgrundlagen in Staat und Gesellschaft vor allem darin, den Beitrag des Sports für die Gesundheitsförderung der Bevölkerung herauszustellen. Der DSB fokussierte damit auf die gleichen Aufgabenstellungen, die auch der Deutsche Sportärztebund in den frühen 1950er-Jahren vertrat (Krüger et al., 2014, S. 35-37). Die Annäherung zwischen DSB und DSÄB vollzog sich somit mit einer gewissen Zwangsläufigkeit. Sowohl aus Sicht der Sportmedizin selbst als auch aus der des DSB war die wissenschaftliche Untermauerung eines gesundheitlichen Wertes von Leibesübungen eine zentrale Legitimationsgrundlage sowohl des Wertes von Sport an sich als auch der Sportmedizin als Wissenschaft.

Für den 1950 gegründeten DSÄB waren mit dem Kuratorium zwei Erwartungen verbunden: Zum einen sollte die Forschung zur grundsätzlichen Legitimation der Sportmedizin in Staat und Gesellschaft beitragen, zum anderen den Weg zu einer Ausweitung der Sportmedizin an den Universitäten durch die Einrichtung von Lehrstühlen bereiten, was als Grundlage eines Wiedererstar-

kens der bis 1933 als weltweit führend geltenden Sportmedizin gesehen wurde. Während die erste Annahme sich durchaus bewahrheitete, weil es der Sportmedizin gelang, in den 1950er- und 1960er-Jahren eine Deutungshoheit auf dem Gebiet der Abwehr der als sozialpolitisches Problem identifizierten „Zivilisationskrankheiten“ zu erlangen, war dies hinsichtlich einer Aufwertung der Sportmedizin als akademischer Wissenschaft mit entsprechenden Lehrstühlen weniger der Fall. Dies hing letztlich auch damit zusammen, dass die Universitäten und Medizinischen Fakultäten von sich aus keine Anstrengungen unternahmen und auch keine Veranlassung dazu sahen, sportmedizinische Forschungseinrichtungen zu etablieren, sondern höchstens sportmedizinische Untersuchungsstellen wie in Münster (Nielsen, 2016a, S. 250). Von Beginn an kristallisierten sich zwei Zentren sportwissenschaftlicher Forschung heraus: Freiburg, wo der Internist Herbert Reindell 1956 als erster – und für längere Zeit einziger – Wissenschaftler ein „Extraordinariat für Arbeitsphysiologie und Sportmedizin“ erhielt, und Köln, wo 1958 Wildor Hollmann das „Institut für Sportmedizin und Kreislauforschung“ gründete. 1963 kam mit dem „Institut für Leistungsmedizin, präventive und rehabilitative Sportmedizin“ in Berlin, das von Harald Mellerowicz geleitet wurde, ein weiteres Forschungsinstitut hinzu. Diese drei Forschungseinrichtungen dominierten über die folgenden 15 Jahre die sportmedizinische Forschung in der Bundesrepublik.

In der Existenzzeit des Kuratoriums 1955 bis 1970 wurden 432 häufig in Teilprojekte untergliederte Forschungsanträge bewilligt, hiervon gingen 105 Projekte an Freiburg, 112 Projekte an Köln und ebenfalls 112 Projekte an Berlin (Datenbank Sportmedizinprojekte 1955-1970). Insgesamt wurden somit in diesen 15 Jahren 76% aller Projekte an eines dieser drei Forschungszentren vergeben. In gleichem Maße wirkte sich diese Dominanz auch auf die Verteilung der Fördermittel aus. Freiburg, Köln und Berlin erhielten mehr als zwei Drittel der Gesamtförderung. Die Präsenz dieser drei Einrichtungen verhinderte eine Ausweitung der Forschung an anderen sportmedizinischen Einrichtungen. Im Laufe der Zeit führte die vorrangige Förderung dieser drei Zentren im Gegenteil zu einer zunehmenden Manifestation des Status quo, da die mittels der Forschungsmittel ermöglichte Geräte- und Personalausstattung dazu beitrug, dass umfangreichere Forschungsvorhaben möglich waren. Der quantitative Vorsprung resultierte letztlich in einem qualitativen Vorsprung hinsichtlich der Effizienz und Aussagekraft der Forschung. An keinem anderen Standort sportwissenschaftlicher Forschung wurden in diesem Zeitraum so qualitativ hochwertige Forschungsergebnisse generiert wie in Freiburg, Köln und Berlin, an anderen Hochschulen fand dagegen die sportmedizinische Forschung abseits sportmedizinischer Untersuchungsstellen nur wenig Beachtung (vgl. hierzu Nielsen, 2016a; Heermann, 2018).

Ein mit dem geringen Bestand sportmedizinischer Forschungseinrichtungen in der Bundesrepublik der 1950er- und 1960er-Jahre ebenfalls verbundenes Problem stellte das der Identität von Antragstellern und -nehmern dar. In jedem Förderjahr wurde der überwiegende Teil der Forschungsmittel an Antragsteller vergeben, die selbst im über die Forschungsförderung entscheidenden Wissenschaftlichen Direktorium saßen. Der sich hieraus ergebenden Kritik eines „Wirtschaftens in die eigene Tasche“ (BArch B322/160), die bereits 1959 im DSB-Präsidium thematisiert wurde, wurde seitens des Kuratoriums entgegengehalten, dass die Zahl der qualifizierten Sportmediziner zu gering sei, um dies zu vermeiden (Protokoll Sitzung Kuratorium vom 26.02.1959; BArch B322/160).

Während die Zentralisierung der Forschung auf wenige Institute für das Bundesinnenministerium als Hauptförderer kein wirkliches Problem darstellte – im Gegenteil war von Beginn an seitens des Staates die Herausbildung von Forschungszentren die Erwartung –, so ergaben sich im Laufe der Existenz des Kuratoriums Probleme hinsichtlich der rechtlichen Stellung und der Arbeitsweise, die zu wachsender Kritik seitens des BMI führte. Anfangs stellte die Forschungsförderung in der Form eines an den DSB angegliederten Fördervereins für das BMI einen sinnvollen Kompromiss dar, weil der sozialpolitisch relevante Aspekt einer Vermeidung von „Zivilisationskrankheiten“ als kostengünstigere Variante ausgelagert wurde, aber zugleich durch die Projektförderung der sportmedizinischen Forschung Beachtung geschenkt werden konnte. Zunehmend traten die damit verbundenen Defizite mehr und mehr zutage. Bereits 1959 bezeichnete der DSB-Generalsekretär von Mengden die

Anbindung an den DSB als Förderverein als „Provisorium“ und verwies auf die dadurch entstehenden Probleme etwa einer unzureichenden rechtlichen Absicherung der über beträchtliche Fördergelder entscheidenden Gutachter. Der Dreieckscharakter der Konstruktion „Kuratorium“ mit dem BMI als Geldgeber, den Sportmedizinern als Empfänger und dem DSB als Mittler, der sowohl für die Mittelverteilung als auch die Verwendungsnachweise zuständig war, führte wiederholt zu Unstimmigkeiten auf allen Seiten. Die Ausweitung des Forschungsauftrags 1963 durch die Hinzunahme der sportpädagogischen Forschung führte zur Umbenennung des Vereins in „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“ sowie zur Etablierung zweier Gutachtergremien, die nunmehr die Bezeichnung Kuratorium für sportmedizinische bzw. sportpädagogische Forschung trugen. Der Verwaltungsaufwand zur Bearbeitung und Auswahl von Forschungsförderanträgen vergrößerte sich erheblich.

Letztlich war es aber vor allem die Vergabepolitik seitens des Kuratoriums, die zu wachsender Kritik durch das BMI führte. Wiederholt mahnte das BMI eine inkohärente Förderpolitik ohne Schwerpunktsetzungen und langfristige Forschungsplanung an. Auch die Vergabe thematisch weitgehend identischer Projekte an verschiedene Standorte führte zu Kritik. Paradigmatisch hierfür war etwa die Forschung über das in den 1960er-Jahren an Popularität gewinnende Intervalltraining, über das gleichzeitig an mehreren Standorten geforscht wurde.

Das Ende des Kuratoriums bzw. Zentralkomitees stand schließlich in enger Verbindung mit einem sportpolitischen Paradigmenwechsel, der sowohl die Förderpolitik des Staates betraf als auch die Ausrichtung der sportwissenschaftlichen und insbesondere der sportmedizinischen Forschung.

2 Neuorientierung sportwissenschaftlicher Forschung: auf dem Weg zum Bundesinstitut für Sportwissenschaft

2.1 Die Hinwendung zur Leistungssportförderung in den 1960er-Jahren als Ausgangspunkt der Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft

Während in den 1950er-Jahren sowohl der DSB als auch der DSÄB ihre Aktivitäten vorrangig auf den Breitensport im Sinne einer allgemeinen Hebung der Volksgesundheit durch Sport ausrichteten, wurde der (olympische) Leistungssport in den 1960er-Jahren allmählich zu einem weiteren Feld einer Kooperation zwischen beiden Verbänden. Bereits 1960 sind erste institutionalisierte Strukturen hinsichtlich einer Einbindung der Sportmedizin in die Vorbereitung und Durchführung der Olympischen Spiele erkennbar. Die Hinwendung des DSB zum Leistungssport – die keineswegs eine gleichzeitige Abkehr von den Prämissen der Volksgesundheit bedeutete – wurde durch die Gründung eines an das NOK angelehnten und aus Bundesmitteln bezuschussten „Ausschusses zur wissenschaftlichen und methodischen Förderung des Leistungssports“ 1961 nach den Olympischen Spielen 1960 in Squaw Valley und Rom erkennbar. Das Abschneiden der bundesdeutschen Athleten bei diesen Olympischen Spielen hatte, so DSB-Präsident Daume, „die Notwendigkeit einer zentralen Leistungsförderung“ erkennbar gemacht (Hauptausschuss 1965, S. 13; DOSB-Archiv Bestand 2652). Am 29. Januar 1965 wurde dann auf Vorschlag Daumes vom DSB-Präsidium die Etablierung des „Bundesausschusses für Leistungssport“ (BA-L) als Organ des DSB beschlossen. Daume verwies nunmehr auf die bestehende Verantwortung des DSB, nicht nur den Breitensport zu fördern, sondern auch die Leistungsfähigkeit bei Wettbewerben wie den Olympischen Spielen zu gewährleisten.

Die Hinwendung Daumes und des DSB zu einem leistungsorientierten Sporttreiben steht in engem Kontext mit einer zeitgleich erfolgenden Aufwertung des Spitzensports als Mittel nationaler Repräsentation seitens der Politik. Bereits im Hinblick auf die Sommerspiele in Tokio 1964 war im Rahmen der Debatten das Thema der „Endkampfchance“ zur Sprache gekommen, nur Athleten, die eine solche besäßen, sollten nominiert werden (Protokoll NOK-Präsidialsitzung, 07.12.1963, S. 4;

DOSB-Archiv Bestand 2136). Am 8. April 1967 verabschiedete der DSB-Hauptausschuss eine „Resolution“, die die Abkehr von bisherigen sportpolitischen Prinzipien manifestierte:

„Sport und Leistung gehören unabdingbar zusammen. In der ‚Charta des Deutschen Sports‘ haben sich die im Deutschen Sportbund zusammengeschlossenen Turn- und Sportverbände zu dieser Auffassung bekannt und sich zur nachdrücklichen gemeinsamen Förderung des Leistungssports verpflichtet. [...] Die sportliche Höchstleistung ist heute ein bedeutender Faktor internationaler Repräsentanz“ (Resolution des Hauptausschusses des Deutschen Sportbundes am 8. April 1967, S. 1; BArch B322/431).

In diese sportpolitische Neuausrichtung war die bundesdeutsche Sportmedizin maßgeblich involviert. Die Leitung des BA-L wurde dem Sportmediziner Josef Nöcker übertragen, der 1959 aus der DDR geflüchtet war. Er war Olympiaarzt der DDR bei den Olympischen Spielen von Melbourne 1956. Die rasche Aufnahme und Integration von Nöcker in die westdeutsche Sportmedizin ist auch ein Hinweis darauf, wie eng die Verbindungen der Sportärzte in Ost- und Westdeutschland vor und auch noch nach dem Mauerbau von 1961 waren. Als Vertreter des DSÄB befand sich zudem Herbert Reindell im Ausschuss (Hauptausschuss 1965, S. 14-18, 21, und Ergebnisprotokoll NOK-Hauptversammlung, 15.05.1965; DOSB-Archiv Bestand 2652). Im Vorfeld der Olympischen Spiele von 1968 nahm die Zusammenarbeit zwischen organisiertem Sport und Sportmedizin an Intensität zu. Die Spiele von 1968 können als die ersten Spiele gesehen werden, die unter einer systematischen Einbeziehung medizinischer Erkenntnisse über Leistungssport vorbereitet wurden. Reindell wurde auf Vorschlag des BA-L zum offiziellen „Olympia-Arzt“ für Mexiko-City ernannt (Ergebnisprotokoll NOK-Präsidialsitzung, 26.04.1968, TOP 2, S. 4; DOSB-Archiv Bestand 2136).

Dennoch bedeutete diese Hinwendung eines Teils der Sportmedizin zum leistungsorientierten Sport keineswegs eine völlige Abkehr von den bis dahin die Rolle der Sportmedizin prägenden Maximen einer Prävention und Rehabilitation (vgl. hierzu Nielsen, 2016b, S. 137-196). 1961 gab der DSÄB auf einer gemeinsamen Tagung mit dem DSB zwar die grundsätzliche Bereitschaft zur Mitarbeit der Sportmedizin auch im Leistungssport bekannt, schränkte zugleich aber auch ein: „Wir bejahen den Rekord, sehen ihn aber nicht als das Ziel unserer Arbeit, wir unterstützen ihn jedoch bei all denen, die ihn freiwillig anstreben“ (Der Sportarzt, 12(11), S. 351). Auch noch 1965 konstatierte man nach Kontroversen mit dem DSB hinsichtlich der „Programmgestaltung“ in der gemeinsamen Zusammenarbeit: „Der DSB fühlt sich dem Leistungssport verantwortlich, während der Deutsche Sportärztebund auch andere Aufgaben hat“ (Goßner, 1965, S. 108). Letztlich war es so, dass der Hinwendung der Sportmedizin zum Leistungssport als neuem Tätigkeitsfeld nur ein geringer Teil der Sportmediziner zu folgen vermochte – von denen zudem einige, wie der damalige DSÄB-Präsident, BA-L-Vertreter und Olympiaarzt Reindell, beide Richtungen verfolgten. Hier manifestierte sich erstmals eine Spaltung der (bundes-)deutschen Sportmedizin, die bis zum heutigen Tag andauert. Nicht ohne Grund betonte noch 2005 der damalige Präsident des Sportärztebundes Dickhuth, dass nur zwei bis drei Prozent der Sportmediziner im Bereich des Leistungssports tätig seien (Dickhuth, 2005, S. 848).

Für die Forschungsförderung bedeutete die Hinwendung zum Leistungssport einen „Paradigmenwechsel“¹, der die sportmedizinische Forschung sowohl in ihren Strukturen als auch inhalt-

¹ Der Begriff des „Paradigmas“ geht auf den Physiker Thomas S. Kuhn zurück, der 1962 in der „Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ den revolutionären Charakter wissenschaftlichen Fortschritts betonte, der zur endgültigen Aufgabe einer Theorie und der Entstehung einer neuen führe. Als Paradigma bezeichnete Kuhn die – kaum exakt zu definierende – Struktur wissenschaftstheoretischer Annahmen und Gesetze sowie deren Techniken in der Anwendung. Das Paradigma begründet somit den Standard innerhalb einer Wissenschaft und erst die Existenz eines Paradigmas wiederum begründet Wissenschaftlichkeit. Das Infragestellen der Annahmen, Gesetze und Verhaltensweisen führe zu einer Krise, aus der eine „neue Wissenschaft“ auf Grundlage eines neuen Paradigmas hervorgehe, es komme somit zu einem Paradigmenwechsel. Dieser eng an wissenschaftliche Strukturen anknüpfende Begriff des Paradigmenwechsels wurde in der Folge aus seiner ursprünglichen Kernaussage gelöst und über die Wissenschaft hinaus für grundlegende Umbrüche in anderen lebensweltlichen Zusammenhängen genutzt.

lich entscheidend beeinflusste und dessen Ursachen und Verlauf daher einer näheren Betrachtung bedürfen.

2.2 Die Rolle der Sportmedizin in den Planungen der Bundesregierung

Die Hinwendung des DSB sowie von Staat und Politik zum Leistungssport hatte zunächst keine unmittelbaren konkreten Auswirkungen auf die öffentliche Förderung der Sportmedizin. Das dem DSB angegliederte „Kuratorium für sportmedizinische Forschung“ und seine Aufgabenstellung einer auf die Volkswohlfahrt bezogenen Grundlagenforschung blieben zunächst davon unberührt. Indes war unverkennbar, dass die Sportmedizin nun quasi parallel zwei Forschungsaufträge zu verfolgen hatte: erstens den einer gesundheitsorientierten Grundlagenforschung, und zweitens den einer leistungsbezogenen Zweckforschung. Die damit verbundene Zweiteilung einer Forschungsförderung, die Grundlagenforschung wurde durch das Kuratorium, die Zweckforschung zunächst vorrangig durch den BA-L gefördert, musste über kurz oder lang zu einem Umdenken und einer Neuorientierung aufseiten der Bundesregierung führen. Dies geschah vor allem vor dem Hintergrund, dass beide Forschungsrichtungen zwar durch den Bund hauptsächlich finanziell getragen, aber vom DSB institutionell verantwortet wurden. Die Mitsprachemöglichkeit des Staates war also begrenzt. Diese Staats- und Politikferne gegenüber dem Sport entsprach der damals herrschenden Ideologie der Trennung von Sport und Staat.

Der Zeitpunkt des Umdenkens war spätestens 1966 mit der Vergabe der Olympischen Spiele an die Bundesrepublik Deutschland durch das IOC gekommen. Hatten die Bundesregierung bzw. das für Sport zuständige Bundesinnenministerium bis dahin den Sport vorrangig und in Einklang mit den Vorstellungen des DSB subsidiär unterstützt, setzten nunmehr Überlegungen einer verstärkten staatlichen Beteiligung und Mitbestimmung im (Leistungs-)Sport ein, die zu „Zentralisierungs- und Konzentrationsprozessen in der Leistungssportförderung“ führten (Balbier, 2007, S. 131). Sport wurde von nun an als Instrument staatlicher Repräsentation gesehen – dies nicht zuletzt im Kontext der Konkurrenz zur DDR und ihrer Sportpolitik. Die „Politisierung des Sports“ setzte in der zweiten Hälfte somit auch in der Bundesrepublik Deutschland ein, und vor allem die Olympischen Spiele wurden hierbei zum Paradigma einer nationalstaatlichen Inanspruchnahme des Sports.

In die Planungen einer zentralen Steuerung der Leistungssportförderung war auch die sportmedizinische Forschung involviert, die ihre Bedeutung für Erfolge im Leistungssport in den 1960er-Jahren nachgewiesen hatte. Mit der Aufwertung des Leistungssports verbunden war seitens der Politik die Forderung nach der Schaffung eines „stabilen wissenschaftlichen Unterbau[s]“ (Balbier, 2007, S. 134) durch die Einrichtung neuer Lehrstühle für Sportwissenschaft, und hier insbesondere für Sportmedizin, ebenso wie die nach einer gezielteren Förderung sportwissenschaftlicher, primär sportmedizinischer Forschung. Die vom „Zentralkomitee für Forschung auf dem Gebiete des Sports“ betriebenen Forschungen entsprachen nicht mehr länger den Erwartungen von Politik und Regierung, die im Hinblick auf München 1972 eine stärker auf den Leistungssport bezogene „Zweckforschung“ intendierten. Im September 1968 konkretisierte das BMI seine Vorstellungen hinsichtlich einer veränderten Forschungsförderung durch die Einforderung einer „Grundkonzeption“ sportwissenschaftlicher Forschung. Erbeten wurde nun die „Erstellung eines Schwerpunktprogramms im Bereich der Forschung“ als Grundlage der weiteren Finanzplanung des Bundes. Die sich auf alle Bereiche des Sports beziehende

„Schwerpunktbildung [soll] gleichzeitig die Forschungsförderung wirksamer gestalten, die gegenüber den anderen Bundesaufgaben vorrangig verstärkt werden soll. Es ist daher auch für den Bereich der sportwissenschaftlichen Forschung die Aufstellung eines klaren Schwerpunktprogramms für die nächsten fünf Jahre und nach Möglichkeit auch eine Feststellung der nach diesem Zeitraum bestehenden vorrangigen Forschungsaufgaben erforderlich. [...]“

[D]er Bund [muss] sich künftig mehr als bisher auf die Forschung für die Zwecke des Spitzensports mit dem Schwergewicht bei der Zweckforschung konzentrieren [...]. Das Schwerpunktprogramm für die Forschungsförderung des Bundes soll daher in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Bedürfnisse des Spitzensports erstellt werden“ (Schreiben BMI an DSB, 26.09.1968; BArch B274/91).

Im Januar 1969 legte das Kuratorium für sportmedizinische Forschung schließlich ein „Schwerpunktprogramm“ für die zukünftige sportmedizinische Forschung vor, das zum einen deutlich machte, dass man den Erwartungen des Hauptförderers BMI zu entsprechen gedachte, zum anderen aber auch ebenso deutlich machte, dass dieses „Entsprechen“ keineswegs eine völlige Abkehr bisheriger Ziele beinhaltete. Entsprechend den Vorgaben des BMI manifestierte das Programm eine grundsätzliche Abkehr von der Grundlagen- und eine Hinwendung zur Zweckforschung. Zugleich zeigte sich aber auch, dass die in der Forschung tätigen Sportmediziner keineswegs gewillt waren, die gesundheitsbezogene Grundlagenforschung gänzlich aufzugeben. Man betonte die „zentrale Position [der Sportmedizin] im wissenschaftlich fundierten und geförderten Leistungssport“, verwies aber auch darauf, dass „gleichzeitig eine zusätzliche Fundamentierung des Breiten- und sogenannten ‚Gesundheitssports‘“ weiterhin wichtig sei (Schwerpunktprogramm für die sportmedizinische Forschung, Januar 1969; BArch B322/581; vgl. zum Programm Nielsen, 2016a, S. 298-300).

2.3 Sport als Mittel staatlicher Repräsentation: sportpolitische Initiativen der Bundesregierung

Mit der Vergabe der Olympischen Spiele an die Stadt München und damit auch an die Bundesrepublik als Staat setzte innerhalb der Bundesregierung eine strukturelle Neuausrichtung der Sportpolitik ein. Bereits 1966 wandelte das BMI als eine der ersten von zahlreichen Initiativen zu einer Aufwertung und Zentralisierung staatlicher Sportförderung das bisherige „Sportreferat“ in eine „Sportabteilung“ um, deren formaler Titel „Abteilung Sport und Angelegenheiten der Kulturpflege“ lautete. Leiter der Abteilung war der bisherige Sportreferent Ministerialdirigent Dr. Cornelius von Hovora. Die Abteilung untergliederte sich in zwei Unterabteilungen, „SK I Sport“ und „SK II Angelegenheiten der Kulturpflege“. Von Hovora war zugleich auch der Leiter der Unterabteilung SK I Sport, die sich wiederum in fünf Referate untergliederte:

- SK I 1: Allgemeine Fragen des Sports, Deutscher Sportbund (Ministerialrat Franz Kroppenstedt)
- SK I 2: Olympische Spiele 1972 (Ministerialrat Rudolf Schmitz)
- SK I 3: Sportförderungsmaßnahmen (Regierungsdirektor Dr. Gerhard Groß)
- SK I 4: Sportstättenbau (Ministerialrat Dr. ing. Rudolf Michel)
- SK I 5: Gesamtdeutsche und internationale Angelegenheiten des Sports (Organisationsübersicht der Abteilung Sport und Angelegenheiten der Kulturpflege/Die öffentliche Sportverwaltung; BArch B322/694).

In den folgenden Jahren wurde die Sportabteilung wiederholt umstrukturiert, wobei eine noch deutlichere Leistungssportorientierung durch Ausweitung der Referate erkennbar wird. So bestand die nunmehrige „Abteilung S Sport“ 1977 aus acht Referaten, wovon vier (S2-S5) explizit für Angelegenheiten im Zusammenhang mit dem (Hoch-)Leistungssport zuständig waren: „Gesamtplanung

und Koordinierung des Leistungssports“, „Förderung der Bundesfachverbände im Bereich des Leistungssports“, „Talentförderung, Bundestrainer“ und „Allgemeine wissenschaftliche Angelegenheiten bei der Förderung des Hochleistungssports (Protokoll über die 16. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 20.5.1977 in Frankfurt – Anlage 7: Geschäftsverteilungsplan des Bundesministeriums des Innern; TOP 7; BArch B274/66 u. 144).

War dies noch vorrangig eine verwaltungstechnische Umstrukturierungsmaßnahme als Grundlage weiterer Initiativen, so suchte das Bundesinnenministerium in den folgenden Jahren, die Einflussnahme auf den Sport und die Sportförderung auch gegen die Interessen des organisierten Sports zu verstärken.

Die politische Aufwertung des Sports und das damit verbundene Umdenken in Bezug gerade auf den Leistungssport, nicht zuletzt aber auch die Erwartungen, die hierbei insbesondere an die Sportmedizin gestellt wurden, wurde anlässlich der „Großen Sportdebatte“ in der 139. Sitzung des Deutschen Bundestages am 1. Dezember 1967 deutlich (DB-Plenarprotokoll Nr.: 05/139). Bereits der Eröffnungsredner, der CDU-Abgeordnete Wörner, gab den Tenor der folgenden Debatte vor. Zunächst ging es in Wörners Rede, den sportpolitischen Maximen der 1950er- und 1960er-Jahre folgend, um den Wert des Sportes für die Volksgesundheit allgemein sowie vor allem um die Förderung des Schulsports. Wörner forderte hier eine Aufwertung des Sports durch die Einrichtung von Lehrstühlen für Leibeserziehung und vor allem von Lehrstühlen für Sportmedizin. Er nahm hierbei explizit Bezug auf das „Memorandum über ‚Sportmedizin‘“ (DOSB-Archiv, Bestand 193), das der Deutsche Sportärztebund im Vorfeld der Sitzung an das BMI, den DSB sowie die Bundestagsparteien versandt hatte und in dem er zu einer verstärkten Beachtung und Förderung der Sportmedizin in verschiedenen, auch sozialpolitisch relevanten Bereichen wie dem Schulsport, aber auch in der universitären Lehre und Forschung, aufgefordert hatte. Ebenso betonte Wörner das seit Gründung der Bundesrepublik herrschende Prinzip der Subsidiarität des Sports:

„Darum sind wir jedem Dirigismus abhold, und wie glauben auch nicht, dass wir ein Sportministerium brauchen. Solange und soweit die deutsche Sportbewegung die ihr gestellten Aufgaben frei und aus eigener Initiative bewältigen kann, werden wir sie dabei unterstützen“ (DB-Plenarprotokoll Nr.: 05/139, S. 7039).

Entsprach dies weitgehend den bisher vonseiten der Politik wie auch des organisierten Sports propagierten Maximen, so zeugten die folgenden Einlassungen von dem sich anbahnenden Wandel, davon, dass Sport keineswegs mehr „kein Mittel der Außenpolitik“ sei:

„Lassen Sie mich noch etwas zum Leistungssport sagen. Was wir für den Leistungssport in der Bundesrepublik tun, reicht nicht aus. Ich will es gar nicht vergleichen mit den enormen Anstrengungen, die der Ostblock unternimmt, ich will es auch nicht vergleichen mit dem, was Frankreich unternommen hat. Ich möchte Ihnen sagen, daß es jedenfalls falsch ist, wenn man in unserem Volk gelegentlich einen Gegensatz herauskristallisieren will [...]: hier Breitensport, hier Leistungssport. Es gibt diesen Gegensatz nicht. Es gibt keine Spitze ohne hinreichende Breite, und es gibt keine Breite ohne eine Spitze. Wir brauchen Leitbilder für die jungen Menschen, und der Spitzensportler ist das Leitbild, das sie haben. Ganz abgesehen davon: den Sport können Sie nicht der Idee des Kampfes, des Wettbewerbs, der Leistung berauben; davon lebt er schließlich. [...] Wollen wir doch zugeben: wir lassen unsere Spitzensportler in internationalen Wettbewerben auftreten, dort konkurrieren sie mit den Sportlern anderer Länder, da spielt der Gedanke der nationalen Repräsentanz eine Rolle, ob wir das wollen oder nicht, ob uns das gefällt oder nicht. Wenn aber dieser Gedanke eine Rolle spielt – und keiner kann das bestreiten –, dann müssen wir, wenn wir unsere Sportler in diese Konkurrenzen schicken, ihnen die gleichen Startbedingungen bieten. Das heißt nicht, daß wir alles mitmachen können, was im Osten gemacht wird. Es gibt für uns gewisse Grenzen. Der

Mensch steht für uns höher als der Rekord. Aber diese Grenzen sind noch nicht erreicht, noch lange nicht erreicht“ (DB-Plenarprotokoll Nr. 05/139, S. 7039f.)

Auch die nachfolgenden Redner arbeiteten sich von der Herausstellung der förderlichen Rolle der Leibesübungen für die Volksgesundheit zur Bedeutung des Leistungssports vor – wobei hier der Gedanke einer Zentralisation und Konzentration der Fördermaßnahmen einen zentralen Aspekt darstellte:

„Erst die Zentralisation aller fördernden Maßnahmen für den Spitzensport, aus der Kooperation der Fachverbände auf dem Gebiet der Forschungs- und Lehrarbeit und aus der Konzentration der Tätigkeit der Bundestrainer wird jene Höchstleistung erwachsen, die wir dringend benötigen, um in der Spitze des Weltsports zu bleiben“ (DB-Plenarprotokoll Nr. 05/139, S. 7042f),

so der FDP-Abgeordnete Kubitzka. Kubitzkas Rede kulminierte schließlich in der Aufforderung an die Bundesregierung, „im Einvernehmen mit dem Deutschen Sportbund ein **allgemeines Zentrum für Leistungsförderung** zu errichten“ (DB-Plenarprotokoll Nr. 05/139, S. 7043; hier wie folgend alle Hervorhebungen im Original). Der SPD-Vertreter Dr. Müller kritisierte den unzureichenden Stand der Sportmedizin in der akademischen Lehre und Forschung, er forderte zudem eine sportmedizinische Ausbildung der Ärzte, die mit jungen Menschen zu tun haben, etwa der Schulärzte. Hinsichtlich der „Frage der **Koordinierung der ganzen Sportpolitik**“ lehnte er ein eigenes Sportministerium oder ein „Bundesamt für Sport“ zwar ab, forderte aber,

„daß auf der Ebene der Bundesregierung eine Stelle geschaffen werden müßte, wo all die Erfahrungen aus Sportmedizin, Pädagogik, Soziologie, Psychologie usw. zusammengefaßt werden, um diese Erkenntnisse im Wert nach dem Subsidiaritätsprinzip den Vereinen und den einzelnen Organisationen zugute kommen zu lassen“ (DB-Plenarprotokoll Nr. 05/139, S. 7047).

In Reaktion auf die weitgehend übereinstimmenden Forderungen der verschiedenen Fraktionen stellte Bundesinnenminister Paul Lücke (CDU) die Vorstellungen der Bundesregierung zum Sport dar. Auch er hob zunächst den Wert des Sports im Kampf gegen Zivilisationsschäden hervor, betonte zugleich, in Abkehr von „kommunistisch regierten Ländern“, in denen Sport „Mittel der Politik“ sei, gehe die Bundesregierung von der „Freiheit des Sports“ aus. Dennoch wollte auch er sich nicht der Einsicht verschließen, dass „heute der Sport im internationalen Raum auch ein **Mittel nationaler Repräsentanz**“ sei und dass dies „auch in der Sportpolitik Berücksichtigung finden müsse“. Neben der Förderung des Breitensports sei somit der Leistungs- und Hochleistungssport von zentraler Bedeutung:

„Der Hochleistungssport ist eine gesunde Weiterentwicklung des Breiten- und Leistungssports. Ich meine, daß beide einander bedingen und ergänzen. Aus dieser Auffassung leitet sich unsere Feststellung ab, daß bei uns der Sport dem Menschen zu dienen hat. Kein nationales Prestigedenken kann und sollte uns von diesem Grundsatz abbringen. Ist die gezeigte Höchstleistung nur noch ein Produkt von medizinischen und psychologischen Manipulationen, so müssen wir und sollten wir das energisch als Mißbrauch des Sports bezeichnen. Die sportliche Höchstleistung darf nicht chemisch und medizinisch konstruiert werden“ (DB-Plenarprotokoll Nr.: 05/139, S. 7049f.).

Aus dieser Auffassung heraus leitete Lücke Forderungen an die Sportmediziner, Sportpädagogen und -soziologen ab, die Grenze zwischen zulässiger „Hilfe“ und unzulässiger „Manipulation“ zu

beachten, Hochleistungssportler sollten regelmäßig sportmedizinisch betreut und untersucht werden: „Der Hochleistungssport als Mittel der Erziehung und des Ansporns für alle Leistungsklassen verdient die volle Unterstützung des Staates“ (DB-Plenarprotokoll Nr.: 05/139 f, S. 7050).

Im Zentrum seiner Rede stand dann die Einrichtung einer „Institution, die Praxis und Theorie miteinander verbindet“, um so die Erkenntnisse der Sportwissenschaft in das moderne Training im Breiten- und Hochleistungssport gezielt einzubringen:

„Die Bundesregierung prüft die Möglichkeit zur Schaffung einer solchen zentralen Stelle, in der die angewandte Sportwissenschaft ebenso wie die Praxis beheimatet sein sollen. Ich sehe die Aufgabe dieser Einrichtung, die ich zunächst einmal mit einem Arbeitstitel „Bundeszentrale für Sport“ nennen möchte, in fünf Komplexen: angewandte Sportwissenschaft und ihre Übertragung in eine praktisch-methodische Trainingskonzeption für Leistungs- und Breitensport; Erarbeitung von gemeinsamen Schulungsrichtlinien für die einzelnen Trainingszentren; Dokumentation über die weltweiten Erkenntnisse der Sportwissenschaft für Leistungs- und Breitensport; [...] Trainerschulung; Mitwirkung bei der methodischen Entwicklung und Planung des Sportstättenbaus. Diese Einrichtung, [...], die eine wirksame Hilfe für den deutschen Sport darstellen wird, sollte gemeinsam [...] von den Spitzenorganisationen des deutschen Sports und dem Bund getragen werden. Ich würde es von mir aus sehr begrüßen, wenn sich darüber hinaus auch die Länder beteiligen“ (DB-Plenarprotokoll Nr.: 05/139, S. 7050f).

Indes solle die vorgesehene „Bundeszentrale“ nicht der Ort wissenschaftlicher Grundlagenforschung sein. Die sportwissenschaftliche Forschung solle an den Hochschulen und Universitäten betrieben werden und der Ausbau dieser Forschung sei aus Sicht der Bundesregierung noch unzureichend, „am ehesten [ist] noch die von meinem Hause geförderte Sportmedizin“ entwickelt (DB-Plenarprotokoll Nr. 05/139, S. 7051).

2.4 Zentralisierung der Sportförderung: die „Bundeszentrale für Sport“

Mit der in Lückes Rede angekündigten „Bundeszentrale“, deren Errichtung durch einen Bundeskabinettsbeschluss befürwortet wurde (Studie zur Errichtung einer Bundeszentrale für Sport, S. 2; BArch B322/27), wurde die Intention der Bundesregierung, sich deutlich aktiver als zuvor insbesondere im Spitzensport zu engagieren, konkretisiert. Gleichwohl Lücke wiederholt die Kooperation mit dem organisierten Sport betonte und auf die nicht vorhandene „staatsrechtliche Zuständigkeitsverteilung“ im Sport verwies, zeigte diese Initiative, dass der Staat ein größeres Mitspracherecht bei der Förderung des Sports beanspruchte und vor allem Erwartungen im Hinblick auf die neue Rolle des Spitzensports als Mittel staatlicher Repräsentation an den Sport und vor allem, wie die Beiträge fast aller Redner gezeigt hatten, an die Sportmedizin stellte.

Am 5. Juni 1968 legte die Sportabteilung des BMI eine als „Arbeitsstudie“ bezeichnete Konzeption der „Bundeszentrale für Sport“ vor, die als Grundlage für die Verhandlungen mit dem DSB dienen sollte. In einem ersten Teil wurde die „Notwendigkeit der Errichtung einer Bundeszentrale für Sport“ dargelegt, in einem zweiten Teil dann in sieben Unterpunkten deren vorgesehene Struktur, aufgliedert nach Aufgaben, Rechtsnatur, Ordnung der Bundes- und Leistungszentren, Organisation, Personal- und Raumbedarf, Aufbau sowie Standort.

Die Notwendigkeit einer Zentralinstanz für den Sport wurde in der Studie „einerseits aus den Bedürfnissen des modernen Trainings, andererseits aus der Struktur und der Aufgabenstellung der deutschen wissenschaftlichen Hochschulen“ abgeleitet. Die sportwissenschaftliche Forschung sei wie jede Forschung zum einen „zweckfrei“ und deren Erkenntnisse somit „großen Teils ohne Bezug auf die augenblicklichen Anforderungen der Praxis“; zum anderen erfolge die Forschung in den einzel-

nen Instituten unkoordiniert, wodurch „Doppelforschung“ oder Forschungslücken begünstigt würden. Das „Zentralkomitee für Forschung auf dem Gebiete des Sports“ habe zwar positive Versuche einer Koordinierung der Forschung unternommen, die letztlich aber nur eingeschränkt erfolgreich gewesen seien, da es die Struktur der Forschung in der Bundesrepublik nicht verändern könne. Aus Sicht der Trainingslehre sei es zudem so, dass sportwissenschaftliche Grundlagenforschung und das Training von Hochleistungssportlern organisatorisch getrennt seien. Ersteres werde an den Universitäten geleistet, Letzteres durch den Deutschen Sportbund bzw. den BA-L und die Bundesfachverbände. Unabdingbar sei indes, dass für ein modernes Training die dafür Verantwortlichen auf die Erkenntnisse sportwissenschaftlicher Forschung zurückgreifen könnten, diese lägen jedoch unstrukturiert und für die Praxis meist nicht verwertbar vor. Notwendig sei somit eine „Transformation“ der wissenschaftlichen Erkenntnisse in eine „praktisch-methodische Trainingskonzeption“, was weder die Sportorganisationen noch die Trainer leisten könnten. Der DSB habe auf dieses Problem bereits durch die Gründung des Bundesausschusses Leistungssport reagiert. Infolge der Ehrenamtlichkeit seiner Übungsleiter und Trainer seien die Wirkungsmöglichkeiten indes beschränkt. Aus dieser Situationsbeschreibung leitete die Studie die Notwendigkeit der Bundeszentrale ab:

„Ihre Aufgabe liegt darin, die Verbindung zwischen sportwissenschaftlicher Grundlagenforschung und der Sportpraxis herzustellen. Damit ist gleichzeitig die Antwort auf Mißdeutungen gegeben. Die Bundeszentrale wird keine Behörde mit der Aufgabe sein, organisatorische Probleme der Sportorganisation zu lösen. Durch ihre Errichtung wird die Eigenständigkeit und die Organisationsstruktur der Sportverbände nicht berührt. Mit der Bundeszentrale erhält die deutsche Sportbewegung vielmehr ein Instrumentarium, dessen sie sich bedienen kann. Die Bundeszentrale soll der freien Sportbewegung unter Vermeidung amtlicher Regie jenes Maß an staatlicher Unterstützung anbieten, deren der Sport zur Erfüllung seiner gesellschaftspolitischen Aufgaben bedarf.

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Errichtung der geplanten Einrichtung bestehen nicht. Die Förderung bundeszentraler Maßnahmen im Bereich des Sports gehört zu den unbestrittenen Zuständigkeiten des Bundes. Gleiches gilt auch für die Sportdokumentation und die Methodenlehre des Sportstättenbaus, die als Hilfsfunktion für die Arbeit der Bundeszentrale notwendig sind“ (Studie zur Errichtung einer Bundeszentrale für Sport, S. 3f.; BArch B322/27).

Auf vier Seiten wurden sodann die „Aufgaben“ der Bundeszentrale verankert, die Fokussierung auf den Leistungssport wird hierbei in allen Bereichen deutlich, so durch die „Erarbeitung einer praktisch-methodischen Trainingskonzeption für die in der Bundesrepublik ausgeübten und organisierten Sportarten“, die „auf verschiedene Weise der Praxis zugänglich gemacht werden“ solle. Selbst der Bereich des Breitensports war auf den Leistungsaspekt fokussiert, da die dort einzusetzenden Trainingsmethoden auf den Leistungs- und Hochleistungssport abzustellen seien und somit der Heranführung an den Spitzensport dienen. Die Heranführung weiterer Bevölkerungsschichten wie Familien oder leistungsschwächerer und untrainierter Menschen an den Breitensport dagegen wurde als „methodisches Problem“ eher am Rande thematisiert. Der Bund sei für die Durchführung des Breitensports für die Bevölkerung ohnehin nicht zuständig (Studie zur Errichtung einer Bundeszentrale für Sport, S. 5-8; BArch B322/27).

Der Anspruch der Bundesregierung, wesentlich stärker als zuvor beim „Zentralkomitee für Forschung auf dem Gebiet des Sports“ Mitsprache zu erhalten, wurde nicht nur in der paritätischen Besetzung der Mitgliederversammlung wie auch des Vorstandes durch Bund und DSB sowie im Vorschlagsrecht für den Direktorenposten durch den Bund deutlich, sondern auch explizit in der „Rechtsnatur“ des Zentralinstituts. Dieses sollte nicht als „organisatorischer Bestandteil bestehender Körperschaften oder Organisationen“ verwirklicht werden, sondern als selbstständige Institution „mit öffentlich-rechtlichem Charakter“ und zwar entweder als öffentlich-rechtliche Körperschaft

oder als Anstalt des öffentlichen Rechts. Präferiert wurde die Option einer Körperschaft unter Beteiligung des Bundes, der Länder, des DSB sowie der kommunalen Spitzenverbände (Studie zur Errichtung einer Bundeszentrale für Sport, S. 17 f.; BArch, B322/27).

Der Konzentration der Spitzensportförderung diene auch die Vorgabe, die bestehenden Trainingszentren der Bundeszentrale organisatorisch anzugliedern, wobei besonders wichtig sei, dass ein Trainingszentrum für mehrere Sportarten nutzbar sei. Die ebenfalls der Bundeszentrale anzugliedernden Leistungszentren sollten vorrangig der sportmedizinischen Betreuung dienen, hier waren in der Studie zunächst drei solcher Zentren (Nord, Süd, West) vorgesehen (Studie zur Errichtung einer Bundeszentrale für Sport, S. 12-17; BArch B322/27).

Die vorgesehene Organisationsstruktur bestand aus Vorstand, Mitgliederversammlung und Ausschüssen („Beiräte“) sowie einer Aufgliederung in Abteilungen und Referate. Vorgesehen waren fünf Abteilungen, für die allgemeine Verwaltung, die Trainingslehre, die Sportmedizin, die Dokumentation sowie den Sportstättenbau. Die Abteilung „C Sportmedizin“ untergliederte sich in drei Referate: C1 Grundsatzfragen der angewandten Sportmedizin, Forschungsaufträge, Dienst- und Fachaufsichten für Leistungszentren; C2 sportmedizinische Grundlagen der Trainingslehre und sportmedizinische Betreuung der Hochleistungssportler; C3 sportmedizinische Sonderprobleme des Frauen-, Jugend- und Breitensports (Studie zur Errichtung einer Bundeszentrale für Sport, S. 17-21; BArch B322/27). Als Finanzbedarf wurden 1,9 Millionen DM jährlich für Personalausgaben sowie für Sachausgaben für das erste Jahr 1,8 Millionen – davon 650.000 DM zur Förderung der Sportwissenschaft – veranschlagt. Hinzu kamen Baukosten für die Errichtung eines Verwaltungsgebäudes in Höhe von 5 bis 6 Millionen DM (Studie zur Errichtung einer Bundeszentrale für Sport, S. 28-30; BArch B322/27).

Bereits bei dieser ersten Perspektivstudie einer staatlich subventionierten Zentralinstanz ist nicht nur die Hinwendung zum Leistungssport, sondern auch die unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Bereiche erkennbar. Vor allem die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Trainingslehre als auch Planung und Bau von Sportstätten als elementare Grundlagen eines zentralisierten Leistungssports wurden dezidiert behandelt, wohingegen die Bereiche der Dokumentation und des Breitensports sehr viel kürzer und allgemeiner abgehandelt wurden. Es zeigt sich zudem, dass die Konzeption bereits in hohem Maße der des späteren „Bundesinstituts für Sportwissenschaft“ entsprach.

2.5 Auf dem Weg zum „Bundesinstitut“: Verteilungskämpfe um die Neukonzeption der (Leistungs-) Sportförderung zwischen BMI und DSB

Von der angestrebten Umorientierung der bundesdeutschen Sportpolitik war der DSB als Hauptträger des frei organisierten Sports in hohem Maße betroffen. Die Haltung des DSB schwankte hierbei zwischen dem Erkennen einer Chance, den Sport stärker in das gesellschaftspolitische Bewusstsein zu bringen und hierdurch auch mehr staatliche Förderung zu erlangen, und den Befürchtungen, die Autonomie über den Sport zumindest in Teilen an den Staat abtreten zu müssen, dessen plötzliches und teilweise fast aktionistisch wirkendes Engagement man mit Argwohn betrachtete.

Noch 1965 hatte Daume Befürchtungen verstärkter staatlicher Einflussnahme anlässlich der Etablierung des Bundesausschusses für Leistungssport (BA-L) als eine weitere vom Staat geförderte DSB-Einrichtung zurückgewiesen: „An der freiheitlichen Ordnung der deutschen Turn- und Sportbewegung darf und wird nicht gerüttelt werden! Weder beabsichtigt die Regierung, in die Selbstverwaltung des Sports einzugreifen, noch beabsichtigen DSB oder NOK, die Zuständigkeit der Fachverbände zu beeinträchtigen“ (Hauptausschuss 1965, S. 14; DOSB-Archiv Bestand 2652).

Die dann am 5. Juni 1968 dem DSB vorgelegte „Arbeitsstudie“ einer „Bundeszentrale für Sport“ rief seitens des DSB massive Abwehrreaktionen hervor, man fürchtete mit deren Verwirklichung genau diese Eingriffe des Staates in die Autonomie des Sports. Fünf Tage nach Eintreffen der Studie beim DSB erbat der DSB-Generalsekretär Gieseler Stellungnahmen zur Studie von führenden DSB-Funktionären. In seiner Stellungnahme räumte der vorrangig für den Breitensport zuständige Jürgen

Palm zwar ein, dass es durchaus Gründe gebe, die einige der in der Konzeption des BMI genannten Funktionen der Bundeszentrale als wünschenswert erscheinen ließen. Es gebe indes keinen Grund für die Errichtung einer „Bundeszentrale“ selbst:

„Die sogenannte Bundeszentrale kann zur größten Gefahr für die – in langen Jahrzehnten errungene – Einheit in der Vielfalt des Sports werden. Sie wäre das Ende eines geschichtlichen Prozesses, in dem sich die Turn- und Sportbewegung in einer gemeinsamen Organisation [...] zusammenfand. Die unter dem Gesichtspunkt der Leistungsfähigkeit notwendigerweise einsetzende Differenzierung der Funktionen des Sports auf der Bundesebene bedarf eines gemeinsamen Überbaus. Das ist der DSB. Er ist die Bundeszentrale. Es wäre fatal, eine zweite Zentrale daneben zu setzen“ (Aktennotiz von J. Palm vom 1.7.1968: Überlegungen zum Plan einer Bundeszentrale; BArch B322/27).

Palm benannte fünf Gründe, die gegen die Bundeszentrale sprächen, so werde die Unabhängigkeit des Sports an der Spitze aufgehoben, was auch Auswirkungen auf die kommunale Ebene hätte. Durch ihre Zustimmung konzedere die freie Turn- und Sportbewegung, dass sie die „notwenige Koordinierung“ nicht aus eigener Kraft schaffe. Eine Bundeszentrale bedeute weiter „den Beginn eines Parkinsonismus im Sport: die Verbeamtung und personelle Verplanung steht im krassen Widerspruch zu den bescheidenen bisherigen Arbeitsbedingungen“. Der DSB werde einer Reihe für ihn entscheidender Funktionen beraubt, die „Bundeszentrale entnimmt ihm fünf tragende Abteilungen (Leistungssport, Breitensport, Zweiter Weg, Teile eines Beirats, Übungsstättenbau)“. Schließlich verlöre der DSB auch seine „leitenden Angestellten, da die Bundeszentrale bisher für eine Sportverwaltung außergewöhnliche Gehaltsangebote macht“. Als Gegenvorschlag legte Palm nahe, im Rahmen des geplanten (DSB-), „Hauses des Sports“ zwei neue Bereiche inhaltlich wie räumlich einzurichten: eine „Forschungsstelle des Zentralkomitees“ mit den Aufgaben Dokumentation, Forschungsaufträge, Stipendien, Carl-Diem-Preis etc. sowie eine „Akademie des Deutschen Sports“, die für die Trainerfortbildung, den Führungsnachwuchs, für ein „Modell Lehrgänge“ und die Ausrichtung von Studientagungen und Begegnungstagungen zuständig sei (Aktennotiz von J. Palm vom 1.7.1968: Überlegungen zum Plan einer Bundeszentrale; BArch B322/27).

Palms Argumente gingen in eine siebenseitige Vorlage ein, die die Geschäftsstelle von DSB und NOK als Diskussionsgrundlage für die Sitzung des DSB-Präsidiums am 6. Juli 1968 entwarf. Gleich anfangs wurden die grundlegenden Befürchtungen des DSB eines, nicht zuletzt finanziellen, Bedeutungsverlustes des DSB akzentuiert:

„Man darf wohl von der Annahme ausgehen, dass durch die BfS auch die Abteilung ‚Sport‘ im BMI, die heute schon 25 Mitarbeiter aufweist, eine weitere Ausdehnung, die Organisation der Leistung in den freien Sportorganisationen erhebliche Veränderungen und der Sport selbst auf Bundesebene gewisse finanzielle Einschränkungen erfährt“ (Vorlage für Punkt 4) der Tagesordnung – Bundeszentrale für Sport, Geschäftsstelle DSB/NOK, S. 1; BArch B322/27).

Die Vorlage listete in sieben Punkten „Widersprüche, unbewiesene Behauptungen und Fehleinschätzungen“ der Studie auf. Fehleinschätzungen lägen vor allem immer dann vor, wenn das bisherige Wirken seitens des DSB im Kuratorium, beim Sportstättenbau, in den Leistungs- und Trainingszentren mit der nicht belegbaren Behauptung konterkariert werde, dass solche Gemeinschaftsaufgaben durch eine zentrale Bundeseinrichtung besser bewerkstelligt werden könnten. Wenngleich „im Detail [...] manche Wahrheit“ stecke, sei bereits die prinzipielle Ausgangslage der Studie falsch,

„weil sie allein von institutionellen und staatlichen Absichten ausgeht, alles nur von verfassungsmäßigen Kompetenzen des Bundes betrachtet und organisch zusammengewachsene,

recht erfolgreich wirkende Einrichtungen des DSB und seiner Mitgliederorganisationen fast vollständig ignoriert“ (Vorlage für Punkt 4) der Tagesordnung – Bundeszentrale für Sport, Geschäftsstelle DSB/NOK, S. 2f.; BArch B322/27).

Die wahre „Zentrale“ des Sports sei der DSB, nicht eine „teure unaufhaltsam weiter wachsende, aber nur mittelprächtigt arbeitende [...] ‚Mammutbehörde‘“, in der

„jede freie Initiative abgetötet und staatliche Reglementierungen an die Stelle treten würde[n], wo heute mit ebenso viel wissenschaftlichem Interesse wie echter Freude an der guten Sache des Sports großartige Persönlichkeiten ehrenamtlich tätig sind, Persönlichkeiten, die sich keine Stunde lang von irgendeinem staatlichen Apparat dirigieren lassen“ (Vorlage für Punkt 4) der Tagesordnung – Bundeszentrale für Sport, Geschäftsstelle DSB/NOK, S. 3; BArch B322/27).

Zwar seien eine „Konzentration in einer Reihe von Fragen der wissenschaftlichen Forschung“ und damit auch eine verbesserte finanzielle Förderung notwendig, die Koordination dessen könne indes allein bei der Turn- und Sportbewegung beheimatet sein und keineswegs beim Staat, da es sonst unweigerlich zu Kompetenzreibereien komme. Den Ansätzen einer „Verstaatlichung“ des Sports gelte es sich frühzeitig zu erwehren, „denn haben Abgeordnete u. a. m. erst einmal Interesse an (und Platz in) der Bundeszentrale bekommen, ist die weitere Entwicklung nicht mehr aufzuhalten“. Letztlich kam man zu dem Schluss: „Die BfS in dieser Form ist aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen, da sie unabwendbar zu staatsgelenktem Sport führen muß“ (Vorlage für Punkt 4) der Tagesordnung – Bundeszentrale für Sport, Geschäftsstelle DSB/NOK, S. 4; BArch B322/27).

Der DSB nutzte den Vorstoß des BMI und die damit einhergehende Aufwertung des Sports aber auch, um seinerseits Forderungen nach einer verbesserten Förderung des Sports zu stellen. Ausgehend von der Prämisse, dass die Studie in dieser Hinsicht richtig liege, gelte es innerhalb der Turn- und Sportbewegung „auf allen Ebenen“ eine Koordinierung zu erreichen,

„um die bei unserer föderalistischen Struktur entstehenden dezentralisierten Einzelwirkungen auch wieder im Kernpunkt zusammenzufassen, alle fördernden Maßnahmen in Verbindung mit Bund, Ländern und Gemeinden so zu konzentrieren, daß sie in Organisation und Verwaltung höchstmögliche Wirkung abwerfen, die Kooperation der Mitgliedsorganisationen des DSB insbesondere im Spitzensport ideell und materiell zu verbessern und in einigen speziellen Fragen gezieltere politische und finanzielle Hilfe des Staates zu erhalten [...]“ (Vorlage für Punkt 4) der Tagesordnung – Bundeszentrale für Sport, Geschäftsstelle DSB/NOK, S. 5; BArch B322/27).

Letztlich rekurrierte die DSB-Vorlage auf dieselben Schwerpunkte wie die BMI-Studie, nur mit dem Unterschied, dass dies vorrangig als Aufgabe bzw. Verantwortungsbereich des organisierten Sports gesehen wurde, bei dem der Staat nur fördernd mitwirken sollte: „Für eine solche Aktion benötigt der Sport die verstärkte finanzielle Förderung des Bundes im Konzept einer mittelfristigen Finanzplanung und die Partnerschaft des Staates, aber nicht sein Regiment!“ (Vorlage für Punkt 4) der Tagesordnung – Bundeszentrale für Sport, Geschäftsstelle DSB/NOK, S. 5; BArch B322/27). Als „Gegenvorschlag“ zur Studie des BMI wurde die Einsetzung einer Kommission des DSB angeregt, um notwendige Maßnahmenvorschläge zur Koordinierung des Sports zu entwerfen, die vorrangig die drei Aspekte Forschung, Dokumentation und Akademie für Trainerausbildung in den Blick nehmen sollte. Die einzelnen Maßnahmen sollten aus Sicht des DSB in getrennten Einrichtungen und in enger Anlehnung an bestehende Stätten verwirklicht werden. Hinsichtlich der Forschung sollte das „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“ darin aufgehen. „Der Grundsatz

muß sein: Keine fachliche Frage ohne den Sport, keine finanzielle ohne Beteiligung der öffentlichen Hände (soweit die beteiligt sind“) (Vorlage für Punkt 4) der Tagesordnung – Bundeszentrale für Sport, Geschäftsstelle DSB/NOK, S. 7; BArch B322/27).

In der Folge erarbeitete die eingesetzte „Koordinierungs-Kommission“ eine Konzeption für die Koordination der Sportförderung im Verhältnis von Sport und Staat. Mitglieder dieser Kommission waren u. a. der Vorsitzende des DSB-Wissenschaftsausschusses Prälat Willy Bokler, der Sportpädagoge Franz Lotz, die Sportmediziner und -funktionäre Josef Nöcker und Max Danz sowie der DSB-Vizepräsident und nordrhein-westfälische Innenminister Willi Weyer (Schreiben Karl-Heinz Gieseler an die Mitglieder der Koordinierungs-Kommission vom 21.2.1969; BArch B322/694). Explizit wurde bei den Beratungen immer wieder auf das drohende Bundesinstitut Bezug genommen. Auf einer Sitzung des Deutschen Sportbeirats am 22./23. November 1968 in Hannover hieß es hierzu:

„Eine Gegen-Konzeption des DSB ist dringend nötig. Sie bedarf der Zustimmung der Mitgliedsverbände. Es muß ein Programm ähnlich der ‚Charta‘ sein. In spätestens zwei Jahren sollte es vorliegen. Der Entwurf des BMI ist als Anregung anzuerkennen; der des DFB darf nicht nur ein Gegen-Entwurf, sondern er muß konstruktiv sein. Eine staatliche Bundeszentrale für Sport würde eine Zementierung der Mittelvergabe bewirken, da der Staat viel stärker als der freie Sport an feste Vorschriften gebunden ist. [...] Eine engere Zusammenarbeit mit dem Staat erscheint denkbar, nicht aber eine extreme Lösung wie die vom BMI geplante Zentrale. [...] Das Mittelfeld zwischen Sport und Staat ist auszubauen und dabei sorgfältig zu überlegen, auf welchen Gebieten eine Annäherung akzeptiert werden kann“ (Sport und Staat. Auszug aus dem Protokoll der Vollversammlung des Deutschen Sportbeirates am 22./23.11.1968; BArch B322/27).

Einen derartigen „Gegen-Entwurf“ legte kurze Zeit später DSB-Generalsekretär Gieseler mit dem Titel „Koordinierungsprogramm 1969 für den Sport“ vor.² Hierin stellten die BMI-Studie und die aus Sicht des DSB damit verbundenen Gefahren für die Unabhängigkeit des frei organisierten Sports den Ausgangspunkt dar. Als „Diskussionspunkte“ stellte Gieseler zehn Punkte vor, die einem Anspruch des Staates an Mitsprache im Sport entgegenstünden. So vertrete der DSB als „zuständige bundeszentrale Stelle“ die Interessen der Turn- und Sportbewegung gegenüber Staat, Gemeinden und Öffentlichkeit, er koordiniere alle „überfachlichen Fragen – insbesondere die der Förderung des Leistungssports – zum Bund“ und leite die „Koordination zur Länder- und kommunalen Ebenen“. Die vom Bund für „zentrale Maßnahmen“ auf dem Gebiet des Sports fließenden Mittel – insbesondere auch die für den Leistungssport – sollten vom DSB nach gemeinsam von Bund und DSB aufgestellten Richtlinien verteilt und verantwortet werden. Die Errichtung neuer Leistungs-, Trainings- und Forschungszentren auf Bundesebene sollte gemeinsam von DSB, Fachverbänden und BMI geplant werden. Die Neuanstellung hauptamtlicher, vom Bund vollständig finanzierter Trainer sollte auf Vorschlag des Fachverbandes in Absprache mit dem BMI durch den DSB erfolgen. In Hinblick auf die Olympischen Spiele 1972 sollten zudem die Möglichkeiten des Bundesausschusses für Leistungssport (BA-L) organisatorisch und personell erweitert werden. Eine Aufwertung der Sportmedizin forderte das Programm im Kontext der Vorgaben an die Länder im Bereich von Hochschullehre und Schule, es sollten Lehrstühle insbesondere für Sportpädagogik und Sportmedizin eingerichtet werden.

Im sechsten Punkt ging Gieseler konkret auf die Forschung und damit auch auf die sportmedizinische Forschung ein:

² Am 22. November 1968 hatte Gieseler einen ersten Entwurf (K. H. Gieseler: Koordinierungsprogramm 1968 für den Leistungssport, BArch B322/27) vorgelegt, der primär auf dem Spitzensport fokussierte. Eine Stellungnahme der „Abteilung Sportbeirat“ des DSB führte dazu, dass Gieseler einen zweiten, überarbeiteten Entwurf vorlegte, der auch den Breiten- und Freizeit-, aber auch den Schulsport als „Grundlagenforschung“ stärker berücksichtigte.

„6. Für eine umfassende Forschung auf dem Gebiete des Sports [...] ist das ‚Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports e. V.‘ (ggf. als Körperschaft des öffentlichen Rechts) in langfristiger Planung finanziell besser auszustatten, mit gezielteren Aufträgen des Leistungs-, Breiten-, Freizeit- und Schulsports zu versehen, stärker an die einschlägigen Forschungsstätten der Universitäten, Max-Planck-Institute u. a. m. heranzuführen und das ZK selbst in seiner organisatorischen Form und personellen Besetzung neu zu überdenken“ (K. H. Gieseler: Koordinierungsprogramm 1969 für den Sport, S. 5; BArch B322/27).

Weiter wurde eine Ausweitung des Zentralkomitees auf vier „Sektionen“ vorgeschlagen, neben die bereits bestehenden Kuratorien für die sportmedizinische und die pädagogische Forschung sollten ein Kuratorium für sporttechnische Forschung³ und eines für Dokumentation und Information treten. Ebenso sollte eine andere Lösung für die Geschäftsführung des Zentralkomitees, die bislang vom DSB „mit erledigt“ werde, gesucht werden. Abschließend forderte das Programm „für die vertrauensvolle Partnerschaft zwischen Sport und Staat sowie die Erleichterung der gemeinsamen Aufgaben“ einen „kompetenzmäßig sauber abgegrenzten und sportgerechten Verwaltungsaufbau auf allen staatlichen und kommunalen Ebenen“ sowie „gesetzliche Regelungen der Sportförderung“ (K. H. Gieseler: Koordinierungsprogramm 1969 für den Sport, S. 9; BArch B322/27).

In den in den Jahren 1968/69 erfolgenden „Koordinierungsgesprächen“ zwischen Vertretern des DSB und des BMI wurden wiederholt die unterschiedlichen Standpunkte deutlich, beide Seiten suchten ihre Interessen – nicht zuletzt durch gegenseitige Schuldzuweisungen – durchzusetzen. Die Verhandlungen fokussierten auf die Probleme, die sowohl seitens des DSB als auch des BMI als dringlich angesehen worden waren: die Zentralisierung und praktische Nutzbarmachung der Forschung, die verbesserte Steuerung des Sportstättenbaus auch in Hinblick auf Trainings- und Leistungszentren sowie die Dokumentation wissenschaftlicher Erkenntnisse aus dem In- und Ausland. Damit waren die drei Schwerpunkte akzentuiert, die die weiteren Gespräche dominierten und die letztlich zur Entstehung des „Bundesinstituts für Sportwissenschaft“ im Jahr 1970 führten. Waren somit die Rahmenbedingungen deutlich, so wurde um die konkrete Umsetzung hart gerungen. Der DSB beharrte auf seiner Position, dass die „Lösung der sportfachlichen Fragen auch im Leistungssport dem DSB und den in ihm zusammengeschlossenen Sportverbänden aufgegeben ist“ und äußerte seine „Erwartung“, dass „dringend nötige sportwissenschaftliche Einrichtungen (der Dokumentation, Information und Forschung) mit bundeszentraler Koordination vom Staat“ gewährleistet würden. Er erklärte vor allem, dass „angesichts dieser Aufgabenteilung zwischen Staat und Sport eine ‚Bundeszentrale für Sport‘ in der vom BMI vorgelegten Konzeption nicht erforderlich“ sei. Das BMI verwies seinerseits darauf, dass die vorgelegte Planung zur „Bundeszentrale“ keineswegs „fixiert“ sei, „[d]ie ursprüngliche Form und der Name sind nicht mehr auf dem Tisch“. Es werde allerdings „erwartet, daß der DSB und seine Verbände auf dem sportpraktischen Sektor bald zu – der allgemeinen Entwicklung angepaßten – wirksamen, praktikablen Lösungen kommen“ (Ergebnisprotokoll der Sitzung am 27.1.1969; BArch B322/694).

Dennoch kam man abseits rhetorischer Schuldzuweisungen zu ersten gemeinsamen Zielsetzungen, die darin bestanden, dass eine „Zentralstelle für Dokumentation und Information auf dem Gebiete des Sports und der Leibeserziehung umgehend als bundeszentrale Maßnahme“ zu errichten sei, „das Institut für Sportstättenbau aus dem DSB heraus in ein staatliches Institut der Forschung und Beratung überführt“ werden solle und die „sportwissenschaftliche Forschung im Rahmen einer langfristigen Planung finanziell erheblich besser ausgestattet“ werden solle. Hinsichtlich der Umsetzung bestand Einigkeit in den Punkten, dass die „Dokumentation, Information und Bibliographie [...] in einer vom Bund zu finanzierenden Zentralstelle“ zusammengeführt werden sollten, die in Köln

³ Damit war das Institut für Sportstättenbau des DSB gemeint, das dem „Lehrstuhl einer Hochschule zugeordnet“ werden sollte und dem dann ein Kuratorium als „3. Sektion“ des Zentralkomitees vorangestellt werden sollte (K. H. Gieseler: Koordinierungsprogramm 1969 für den Sport, S. 5; BArch B322/27).

ansässig, aber nicht in eine Hochschule integriert sein sollte. Forschung und Beratung im Übungsstättenbau sollten „in einem Institut mit einheitlicher bundesweiter Wirkung“ zusammengefasst sein, dass vom Bund mitfinanziert werden sollte (Ergebnisprotokoll der Sitzung am 27.1.1969; BArch B322/694; Hervorhebungen im Original). Bei der Frage der Forschungsförderung zeigten sich ganz offenbar die größten Differenzen zwischen den Verhandlungspartnern, es wurde ersichtlich, dass der DSB nicht ohne Weiteres bereit war, neben dem Sportstättenbau auch die vom „Zentralkomitee“ verantwortete Forschung abzugeben. Hier wurde im zunächst nur vereinbart, dass „es sich nur um die Schaffung einer Clearingstelle mit dem Ziel des optimalen Effektes der vom Bund bisher gegebenen und zukünftig erheblich zu erhöhenden Mittel handeln“ könne. Das BMI sollte „unter Beteiligung aller zuständigen und interessierten Stellen eine Vorlage für eine solche Leit- und Koordinationsstelle erstellen“ (Ergebnisprotokoll der Sitzung am 27.1.1969; BArch B322/694).

Dem DSB war es somit gelungen, den Plan einer „Bundeszentrale“ vorerst zu Fall zu bringen – ohne dass dies indes ein grundsätzliches Abweichen des BMI von seiner Linie bedeutete. Der Vorsitzende des Innenausschusses des Deutschen Bundestages, Hermann Schmidt-Vockenhausen (SPD), äußerte hierzu im Mai 1969, man habe darauf verzichtet, „den Handlungsspielraum der Partner dadurch einzuengen, daß schon zu Beginn der Verhandlungsrunden mit dem DSB von der Parlaments- oder Regierungsseite auf eine bestimmte Namensgebung gedrängt wird“ (sid-Meldung vom 8.5.1969; BArch B322/694). Mit anderen Worten hieß dies: Das BMI verzichtete auf den Titel „Bundeszentrale“, aber nicht auf die damit verbundenen Inhalte.

Im März 1969 kam es auf einer weiteren Konferenz zwischen DSB und BMI zu einer ersten grundsätzlichen Einigung, die zunächst darin bestand, eine „öffentlich-rechtliche, bundeszentrale Einrichtung“ (BArch B322/694) zu schaffen, die vollständig aus Bundesmitteln finanziert werden sollte. Am 16. Juli 1969 wurde in einem weiteren Treffen zur „Fortsetzung der Koordinierungsgespräche des BMI und DSB über zentrale Maßnahmen zur Förderung des Leistungssports“ im Düsseldorfer Innenministerium die Planung eines „Zentralinstituts“ unter dem Titel „Bundesinstitut für Dokumentation, Sportstättenbau und angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ konkretisiert. Waren die Planungen für die Dokumentation (Abteilung I) sowie den Sportstättenbau (Abteilung II) weitgehend manifest, hieß es in Bezug auf die „Konzeption für die Abteilung III Angewandte Wissenschaften (Forschung)“, diese werde „entsprechend der Vorlage bestätigt, sofern aus der für Spezialfragen eingesetzten Arbeitsgruppe nicht noch Ergänzungen empfohlen werden“. Weiter wurden auch der Ort des Instituts, Köln, die Trägerschaft durch das BMI sowie der rechtliche Status festgelegt. Das Bundesinstitut sollte zunächst, „um den Arbeitsbeginn möglichst schnell sicherzustellen“ auf dem „Weg des Erlasses als unselbständige Anstalt“ errichtet werden, es werde daran gedacht, „es später in eine öffentlich-rechtliche Anstalt umzuwandeln“. Auch die organisatorische Führungsstruktur wurde vereinbart, sie bestand aus Direktorium sowie drei Fachbeiräten, die im Einvernehmen mit dem DSB vom BMI berufen werden sollten. Dem Direktorium sollten die Vorsitzenden der drei Fachbeiräte, ein Vertreter des DSB und der vom BMI berufene Geschäftsführende Direktor angehören, der Vorsitzende des Direktoriums sollte aus ihrer Mitte gewählt werden. Die fertig gestellte Vorlage sollte bis Ende August 1969 dem Bundesinnenminister und dem DSB-Präsidium zur Genehmigung vorgelegt werden, als Zeitpunkt der offiziellen Ankündigung der Einrichtung war Anfang September vorgesehen. Auch wenn diese Terminvorgabe wohl nicht zuletzt aufgrund der bevorstehenden Bundestagswahl im Oktober 1969 verfrüht war, ging die weitere Planung danach schnell.

Am 1. August 1969 legte die gemeinsame Kommission aus Vertretern des Bundesministers des Innern und des Deutschen Sportbundes „nach eingehenden Beratungen“ ein „Arbeitspapier“ vor, in dem die Aufgaben des „Bundesinstituts für Dokumentation und angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“⁴ verankert waren. Hierin wurde zunächst allgemein festgelegt, dass das Institut „Sportdokumentation und -information sowie Aufgaben aus dem Bereich der angewandten

⁴ Bereits hier wurden eine alternative Bezeichnung benannt: Bundesinstitut für Sportwissenschaften (Dokumentation, angewandte Wissenschaften, Sportstättenbau) (Bundesinstitut für Dokumentation und angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports (Arbeitspapier II); BArch B322/530 und 772).

Wissenschaften auf dem Gebiet des Sports“ zusammenfassen sollte. Das Land Nordrhein-Westfalen erklärte seine Bereitschaft, die an der DSHS Köln und der Universität Münster „bestehenden Dokumentationsstellen für Leistungssport und für Sportmedizin in das Bundesinstitut“ zu überführen (vgl. auch Heermann, 2018). Gleichfalls sollten „im Einvernehmen mit dem DSB [...] das zum Deutschen Sportbund gehörige Institut für Sportstättenbau eingegliedert“ werden sowie das Bundesinstitut die „Aufgaben des Zentralkomitees für die Forschung auf dem Gebiete des Sports übernehmen“. Die drei Aufgabenbereiche wurden folgend im Einzelnen spezifiziert, so wurde die „Erfassung aller wissenschaftlichen Erkenntnisse des In- und Auslandes“ als erforderlich dafür betrachtet, „um die Sportpraxis und andere interessierte Stellen laufend mit dem theoretischen Material zu versorgen“. Die Dokumentation sei eine „wichtige Voraussetzung für die Sportförderung des Bundes und die Arbeit der Abteilung Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports des Bundesinstituts sowie des Bundesausschusses zur Förderung des Leistungssports des DSB“. Für das vom DSB übernommene Institut für Sportstättenbau wurde eine „Konzentration und Intensivierung der wissenschaftlichen Arbeit“ angestrebt, indem Forschungsaufträge vergeben und ausgewertet würden. Zudem sollte das Bundesinstitut an der „Entwicklung von Planungsgrundlagen unter Berücksichtigung der Raumordnung“ beitragen sowie bei der Erstellung von Sportanlagen technisch beratend und gutachterlich tätig werden. Hinsichtlich der „Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ wurde eine „Weiterentwicklung des Sports“ auf der Grundlage wissenschaftlicher Arbeiten auf verschiedenen Gebieten (Medizin, Pädagogik, Psychologie, Soziologie usw.) intendiert: „Dies gilt ganz besonders für den Hochleistungssport.“ Eine Förderung des Leistungssports durch den Bund basiere auf den durch wissenschaftliche Studien geschaffenen Grundlagen. Zwar wurde eingeschränkt, dass die Forschung aufgrund der „verfassungsrechtlich garantierten Freiheit der Forschung in ihrer Aufgabenstellung und Arbeit frei“ sei, indes erforderten „die Bedürfnisse der Sportpraxis [...] eine gewisse Planung und Koordinierung der Arbeit“. Diese sei bisher durch das „Zentralkomitee“ gewährleistet worden, die „erforderliche Ausdehnung der Forschungen“ ließ es zweckmäßig erscheinen, „die Aufgaben des Zentralkomitees in das Bundesinstitut zu integrieren“. Es wurde eine enge Kooperation des Bundesinstituts mit dem Bundesausschuss zur Förderung des Leistungssports bzw. dessen wissenschaftlicher Kommission angestrebt, die dem Transfer der Forschung in die Praxis dienen sollte. Der BA-L sollte die Ergebnisse der Forschung „für die Sportpraxis (Trainingslehre) nutzbar“ machen, andererseits sollte er auch „aufgrund der Erfahrungen der Sportpraxis wissenschaftliche Fragen an das Bundesinstitut heran[tragen]“. Dem Institut erwachsen vier Aufgaben im Forschungsbereich: „Planung und Koordinierung der wissenschaftlichen Zweckforschung [...] insbesondere in den Bereichen Medizin und Biologie, der Pädagogik, der Psychologie, der Soziologie sowie der Bewegungs- und Trainingslehre“, die „Erteilung von entsprechenden Forschungsaufträgen“, die „Auswertung der Forschungsergebnisse in den genannten Bereichen“ sowie die „Zusammenarbeit mit dem Bundesausschuß zur Förderung des Leistungssports des DSB und mit allen sportwissenschaftlichen Einrichtungen des In- und Auslandes“ (Bundesinstitut für Dokumentation und angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports (Arbeitspapier II); BArch B322/530 und 772).

Als „Rechtsnatur“ wurde in dem Arbeitspapier eine öffentlich-rechtliche Anstalt, die eines Errichtungsgesetzes bedürfe, in Betracht gezogen, indes sollte zunächst, damit ein schneller Beginn erreicht werden könne, „die Form einer unselbständigen Anstalt gewählt werden“. Die Finanzierung solle durch den Bund erfolgen. In dem Arbeitspapier wurde zudem die Organisationsstruktur, bestehend aus Direktorium, Geschäftsführenden Direktor und drei Fachbeiräten, festgelegt. Als Standort wurde Köln vorgesehen, „um eine enge Verbindung zur Deutschen Sporthochschule herzustellen“. Das Bundesinstitut sollte die Anlagen der DSH mitbenutzen können und Angehörige des Instituts auch Lehraufträge an der DSH erhalten können. Der „Aufbau der Abteilungen Dokumentation und Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ sollte noch im Jahr 1969 beginnen, die Übernahme des Instituts für Sportstättenbau war für 1970 vorgesehen (Bundesinstitut für Dokumentation und angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports (Arbeitspapier II); BArch B322/530 und 772).

Letztlich hatte der DSB damit auch die Forschungsförderung und damit das „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiet des Sports“ als seine Domäne aufgegeben. Am 14. November 1969 beschäftigte sich das „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiet des Sports“ in einer ganztägigen Sitzung ausschließlich mit dem Thema „Integrierung des Zentralkomitees und seiner beiden Kuratorien in das geplante ‚Bundesinstitut für Sportwissenschaft‘“.⁵ Die Aufgabe des Bundesinstituts wurde von den Tagungsteilnehmern so gesehen:

„Im Bereich der Sportwissenschaft soll das Bundesinstitut Forschungsvorhaben anregen, veranlassen (Auftragsforschung), koordinieren und die Durchführung der von ihm geförderten Untersuchungen überprüfen. Eigene Forschungen des Bundesinstituts sind nicht vorgesehen, aber eine enge Verbindung der administrativen Koordinierung zur wissenschaftlichen Forschung ist von Beginn an notwendig. Das läßt sich durch eine gezielte Personalpolitik erreichen (Gewinnung hervorragender Wissenschaftler für die ehrenamtlichen Gremien und für die Verwaltung) [...]“ (BArch B322/581).

Am 27. November 1969 unterrichtete der neuernannte Bundesinnenminister Genscher schließlich den Bundestag über die Planung eines „Bundesinstituts“:

„In meinem Bericht vom 9. April 1969⁶ [...] hatte ich mitgeteilt, daß im Einvernehmen mit dem Deutschen Sportbund die Errichtung eines Bundesinstituts für Sportdokumentation und bestimmte Aufgaben aus dem Bereich der Sportwissenschaften und des Sportstättenbaus vorgesehen ist. Inzwischen hat eine Kommission aus Vertretern des Deutschen Sportbundes und meines Hauses konkrete Vorschläge zur Aufgabenstellung, Struktur und Arbeitsweise des Instituts vorgelegt. Das Präsidium des Deutschen Sportbundes und ich haben dem Beratungsergebnis der Kommission zugestimmt. Es ist vorgesehen, in Kürze nach Beteiligung der zuständigen Ressorts einen Beschluss des Bundeskabinetts über die Errichtung des Instituts herbeizuführen. Das Institut soll 1970 seine Arbeit aufnehmen. Das Bundesinstitut dient dem Ziel, die bisher über verschiedene Einrichtungen laufenden Fördermaßnahmen auf dem Gebiete der Sportwissenschaften zusammenzufassen. Hierdurch solle es ermöglicht werden, der Förderung eine nach den Bedürfnissen der Sportpraxis ausgerichtete Gesamtplanung zugrunde zu legen und die sportwissenschaftliche Arbeit des Instituts dadurch wirkungsvoller zu gestalten“ (BT-Drucksache VI/109, S. 4).

Neben der Dokumentation und dem Sportstättenbau benannte Genscher auch die Aufgabe im Bereich der Forschung:

„Im Bereich der angewandten Sportwissenschaften soll das Institut vor allem eine Verbesserung der Planung, Koordinierung und Auswertung der Zweckforschung für den Leistungssport bewirken. Das Institut wird dafür sorgen, daß die Forschungen den jeweiligen Bedürfnissen des Sports entsprechen und daß die Forschungsergebnisse möglichst schnell der Sportpraxis zur Verfügung stehen. Hierzu bedarf es vor allem einer guten Zusammenar-

⁵ Teilnehmer waren für den DSB dessen Präsident Willi Daume, Generalsekretär Karl-Heinz Gieseler sowie der für die Forschungsförderung zuständige Reinhold Vorreih, für das BMI zwei Vertreter der „Abteilung Sport“, Franz Kroppenstedt und Detlef Flotho, sowie für das Bundesgesundheitsministerium Josef Stralau. Die Vertreter des Kuratoriums für sportmedizinische Forschung waren Knipping, Reindell, Hackenbroch, Hollmann, von Herrath, Klaus und Keul. Die sportpädagogische Forschung wurde u. a. vertreten durch Franz Lotz, zugleich auch Vorsitzender des Deutschen Sportbeirats, Inge Heuser, Ludwig Mester und Hermann Röhrs.

⁶ Zu diesem Zeitpunkt war Genscher noch gar nicht Innenminister, sondern Ernst Benda (CDU). Genscher wurde erst nach der Bundestagswahl 1969, bei der die sozialliberale Koalition unter Willy Brandt die CDU-geführte Regierung unter Kiesinger ablöste, am 22.10.1969 als Innenminister berufen.

beit mit dem Bundesausschuß für Leistungssport des Deutschen Sportbundes und mit allen sportwissenschaftlichen Einrichtungen des In- und Auslandes“ (BT-Drucksache VI/109, S. 4).

Nachdem am 15. Dezember 1969 die von der gemeinsamen Kommission aus DSB und BMI vorgelegte Konzeption durch Innenminister Genscher und DSB-Vizepräsident Weyer „in Form einer Absichtserklärung“ bekannt gegeben worden war (Vorlage zur 75. Sitzung des Präsidiums des DSB am 10.1.1970 in Frankfurt/Main – Zu Punkt 12 a) der Tagesordnung: ÜBER DIE GRÜNDUNG DES BUNDESINSTITUTS FÜR SPORTWISSENSCHAFT; BArch B322/530), legte Genscher am 18. Dezember 1969 den Termin für die offizielle Gründung des Bundesinstituts auf den 1. Juli 1970 fest. Die erzielte Übereinkunft zwischen DSB und dem Bund sei, so Genscher, ein „wesentliche[r] Meilenstein in der Sportförderung der Bundesrepublik Deutschland“. DSB-Vizepräsident Weyer begrüßte insbesondere die „klare Abgrenzung der Kompetenzen zwischen Staat und Sport“. Genscher kündigte den Kabinettsbeschluss zur Errichtung für Januar 1970 an, ebenso würden in diesem Monat zwischen DSB und BMI die sachlichen und personellen Fragen entschieden (H.-D. Krebs (sid): Bund trägt Kosten – Grünes Licht für Sportwissenschaft, vom 15.12.1969; BArch B322/773).

Tatsächlich wurde das Institut – nicht zuletzt aufgrund von Problemen bei der Besetzung der leitenden Funktionen, die keineswegs im Januar 1970 abgeschlossen war – dann erst am 1. Oktober 1970 gegründet (vgl. „Das Bundesinstitut für Sportwissenschaft“).

Auch wenn die Zentralisierung der Sportförderung durchaus in Einklang mit den – notgedrungen erfolgten – Überlegungen des DSB stand, kann die Planung des Bundesinstituts als Zugeständnis des DSB an die Bundesregierung, von deren Fördermitteln der organisierte Sport abhängig war, und somit als Erfolg der Politik gesehen werden. Letztlich lässt sich konstatieren, dass sich das „Bundesinstitut“ vorrangig in der Namensgebung von der zuvor intendierten „Bundeszentrale“, gegen die der DSB anfangs so heftig opponiert hatte, unterschied. Balbiers These, in keinem Punkt hätten sich „die Grundsätze der bundesdeutschen Planungseuphorie im Sport“ so deutlich manifestiert wie bei der Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, ist sicherlich zuzustimmen (Balbier, 2007, S. 186).

Die Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft bedeutete einen grundlegenden Wandel in der Sportpolitik der Bundesregierung nach Gründung der Bundesrepublik – sie war aber auch in großen Teilen von äußeren Umständen wie der Vergabe der Olympischen Spiele 1972 und der damit verbundenen Aufwertung des Sports als Mittel nationaler Repräsentanz gerade im Kontext der Konfrontation mit der DDR und ihrer Sportpolitik gesteuert. Dies führte in der Konsequenz zu fast aktionistisch-euphorisierten Handlungen und vor allem zu vorrangig auf die Spiele 1972 fokussierten Erwartungen gerade – wie die Zitate aus der „Großen Sportdebatte“ 1967 zeigen – gegenüber der Sportmedizin. Diese waren indes in der Folge kaum in so kurzer Zeit zu erfüllen und sie legten sich demzufolge, wie zu zeigen sein wird, nach 1972 schnell wieder. Diese von Erwartungen auf ein bestimmtes Ereignis und weniger von langfristiger Planungsstrategie bestimmte „Planungseuphorie“ bedeutete letztlich für das neugegründete Bundesinstitut eine Hypothek, deren Folgen noch über Jahre die Entwicklung prägten.

2.6 Weitere sportpolitische Maßnahmen des Bundes

2.6.1 Erhöhung der Bundesmittel für den Leistungssport

Die Planung der Einrichtung einer zentralen Institution zur Förderung des Leistungssports war von weiteren Maßnahmen der Bundesregierung zur Sportförderung begleitet, die vorrangig im Kontext mit den Spielen 1972 zu sehen sind. Hinzu zählte zunächst die Erhöhung der für den Sport zur Verfügung gestellten Bundesmittel. Diese kamen primär dem 1969 neu organisierten „Bundesausschuss zur Förderung des Leistungssports“ zugute, dem „für die Entwicklung des Spitzensports in der Bundesrepublik besondere Bedeutung“ beigemessen wurde (BT-Drucksache VI/1122, S. 2). Für 1971 wurden dem BA-L 590.000 DM in Aussicht gestellt, die zum größten Teil für „Medizinische Beratungen Spitzensportler“ (250.000 DM), für Lehrgänge für Trainer (41.000 DM) sowie Test- und Förderlehrgänge für die Fachverbände (56.000 DM) verausgabt wurden (Schreiben DSB an BMI vom 11.11.1971; BArch B322/275). Ebenso wurden Mittel für die Anstellung weiterer hauptamtlicher Bundestrainer (1970: 2,6 Millionen DM gegenüber 1,4 Mio. 1969 und 775.000 DM 1967; BArch B322/275) sowie für die bestehenden bzw. geplanten Zentraleinrichtungen (Institut für Sportstättenbau, Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports, Forschungs- und Leistungszentren) in größerem Umfang bereitgestellt. Hatten die dem DSB zur Verfügung gestellten Zuwendungen des Bundes 1960 bei 125.000 DM gelegen, so lagen sie seit 1966 jeweils über einer halben Million DM und beliefen sich für das Jahr 1970 erstmals mit 1,09 Mio. DM auf über eine Million (BT-Drucksache VI/1122, S. 3 und 7).

Den Sportstättenbau subventionierte die Bundesregierung seit Mitte der 1960er-Jahre ebenso in deutlich erhöhtem Umfang. Bereits 1967 wurden hierfür 45,8 Mio. DM bereitgestellt, in den folgenden Jahren bis 1970 jährlich zwischen 35 und 37 Millionen. Auch der geplante Neubau des „Hauses des Sports“ in Frankfurt als zentrale Verwaltungseinrichtung des DSB als Dachverband des in Vereinen und Verbänden organisierten Sports wurde durch Bundeszuschüsse subventioniert. Dem bundesdeutschen NOK wurden für die Olympischen Spiele 1972 knapp 2,7 Mio. DM zur Verfügung gestellt, in gleichem Maße erhöhten sich auch Zuschüsse an die Bundesfachverbände des Sports. Hatten sie für den Bereich „Wettkampfprogramme“ in den Jahren 1967 und 1968 bei 1,7 Mio. DM gelegen, so stiegen sie in den Jahren 1969 und 1970 auf ca. 3,3 Mio. DM. Ebenso wurde der Bau von, neben den 13 bestehenden, fünf weiteren Bundesleistungszentren in Bonn (Fechten), Frankfurt (Radsport), Köln (Schwimmen), Lippstadt (Kanuslalom) und Warendorf (Moderner Fünfkampf) gefördert, drei weitere Zentren in Hannover, Heidelberg und Köln waren zudem geplant (BT-Drucksache VI/1122, S. 3-6).

An diesen steigenden Fördermaßnahmen partizipierte die Sportwissenschaft allgemein, in besonderem Maße aber die Sportmedizin als wichtiger Baustein der Spitzensportförderung. Der DSÄB selbst als Berufsverband der Sportärzte erhielt einen jährlichen Förderbetrag, der sich 1970 auf 10.000 DM belief (Aktenvermerk Besprechung Abt. Sport und Finanzausschuß des DSB am 9.4.1970; BArch B32/275). Die Fördermittel für die sportmedizinische Forschung innerhalb des „Zentralkomitees“ erhöhten sich zwischen 1967 und 1970 von 242.000 DM auf 416.000 DM, für 1971 waren 639.000 DM vorgesehen. Insgesamt belief sich die Förderung der Sportwissenschaft 1970 auf 1,421 Mio. DM (BArch B322/582; BT-Drucksache VI/1122, S. 8). Ein weiterer, die Sportmedizin involvierender Schwerpunkt wurde die medizinische Betreuung der Leistungssportler, die „künftig zu verbessern“ sei. Hierzu sollten Untersuchungsstellen eingerichtet bzw. bereits bestehende (Berlin, Freiburg, Hamburg, Köln/Leverkusen) besser ausgestattet werden, um eine adäquate und regelmäßige Versorgung der Athleten zu gewährleisten (Schreiben BISP an BMI, SK I 1 vom 11.1.1973; BArch B274/55). Die Existenz einer Untersuchungsstelle für Leistungssportler erwies sich auch für die sportmedizinische Forschungsförderung von Vorteil. Nicht ohne Grund waren in Freiburg, Köln und Berlin auch derartige Untersuchungseinrichtungen etabliert worden. 1971 benannte das BMI auf eine entsprechende Anfrage des CSU-Bundestagsabgeordneten Riedl nach dem Stand der sportmedizinischen Forschung und Lehre in der Bundesrepublik vier Orte als „Sportmedizinische Forschungszentren“: Berlin, Frei-

burg, Hamburg, Köln-Leverkusen (Schreiben BMI, SK I 1 an Riedl vom 20.10.1971; BArch B274/55). 1970 förderte die Bundesregierung die sportmedizinischen Untersuchungen erstmals mit 100.000 DM (Schreiben DSB an BMI vom 11.11.1971, Anlage 6 zum Antrag des Deutschen Sportbundes vom 10.3.1969; BArch B322/275).

Die gestiegenen Ausgaben für den (Spitzen-)Sport offenbarte die Finanzplanung für die Jahre 1970 bis 1974, die auch die Mittel für das neue Bundesinstitut für Sportwissenschaft berücksichtigte:

Tab. 5.1 Finanzplanung des Bundes für den Sport

Zweck	1970	1971	1972	1973	1974
Zentrale Maßnahmen auf dem Gebiete des Sports	17,4	18,6	20,8	19,8	20,8
Förderung des Baues von Sportstätten	33,0	36,0	36,0	36,0	36,0
Zuschüsse zum Bau von Fußballstadien aus Anlaß der Fußballweltmeisterschaft 1974	4,0	10,0	13,0*	20,0	–
Bundesinstitut für Sportwissenschaft	0,46	4,441	5,2	5,8	5,4

* Die Summe sollte durch Fortschreibung auf 16,0 Millionen DM erhöht werden, sodass insgesamt 50 Millionen DM für den Stadionbau zur Verfügung stehen sollten. Abgaben jeweils in Mio. DM; BT-Drucksache VI/1122, S. 8.

Der Großteil dieser Fördersummen war dem (Hoch-)Leistungssport gewidmet. Dies zeigt eine Aufstellung der für 1971 aus dem Haushaltstitel für „Zentrale Maßnahmen auf dem Gebiete des Sports“ vorgesehenen Beträge, die an die Spitzensportverbände verteilt wurden. Den vom BA-L betreuten 27 Spitzenverbänden wurden insgesamt 12,058 Mio. DM zur Verfügung gestellt, die am höchsten geförderten Verbände waren der Deutsche Leichtathletik-Verband mit 1,8 Mio. DM, der Deutsche Schwimmverband mit 1,017 Mio. DM, der Deutsche Skiverband mit 1,096 Mio. DM und der Deutsche Ruderverband mit 872.340 DM (Schreiben DSV an Bundesinnenminister Genscher vom 31.3.1971; BArch B322/275).

Analog zu den bereits seit 1968/69 gegenüber dem „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“ eingeforderten langfristigen Planungen der sportwissenschaftlichen Forschung insistierte das BMI auf einer „langfristigen Konzeption der Sportförderung auf Bundesebene“ generell. Zunächst war dies mit den anstehenden Olympischen Spielen 1972 verknüpft. Die Bundesregierung installierte hierfür einen „Sonderausschuß für Sport und Olympische Spiele“. Am 4. Februar 1970 schrieb der Leiter der Abteilung Sport des BMI von Hovora an DSB-Präsident Daume und forderte unter Berufung auf Innenminister Genscher die Erarbeitung einer derartigen Konzeption in Zusammenarbeit von BMI und DSB – explizit darauf verweisend, dass durch „ein derartiges Zusammenwirken [...] selbstverständlich die bestehenden Zuständigkeiten nicht berührt“ würden. Die Zuständigkeiten des Bundes lägen primär im Bereich der Forschungsförderung und des Sportstättenbaus für den Spitzensport, die „zentrale Sportförderung“ sei dagegen Sache des frei organisierten Sports. Hier könne der Bund nur subsidiär wirken, etwa durch finanzielle Hilfen. Kernpunkte der Konzeption sollten sein: Forschungs- und Leistungszentren, Grundsätze über die Aufstellung der Schulungs- und Wettkampfprogramme, Trainer, sportärztliche Betreuung, Ausstattung von Untersuchungszentren, zentrale Förderung des Breitensports, Förderung des Sports in Entwicklungsländern und Finanzplanung. Weiter sollte die Konzeption mit den Ländern als weiteren Trägern der Sportförderung abgestimmt werden (Schreiben v. Hovora, BMI SK I 1 an Willi Daume vom 4.2.1970; BArch B322/275).

In der Folge legte der DSB entsprechende langfristige Konzeptionen für die Sportförderung vor, etwa im Juni 1970 eine für den Bereich „Wissenschaft und Bildung“. Diese beruhte in Teilen auf dem Status quo, in anderen auf bekannten Forderungen des DSB. So wurde eine „Förderung von Forschungsvorhaben gemäß den Schwerpunktprogrammen des Zentralkomitees für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“ von 1969 gefordert, die „laufend den gegenwärtigen Entwicklungen anzu-

passen“ seien. Zudem wiederholte der DSB seine Forderung nach der Einrichtung von Lehrstühlen für Sport sowie einer Erarbeitung „bundeseinheitlicher Bestimmungen für den Schulsport in Anlehnung an die Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates“ (Entwurf Langfristige Konzeption der Sportförderung auf Bundesebene – Anregungen für den Bereich Wissenschaft und Bildung, vom 26.6.1970; BArch B322/275).

2.6.2 Die Etablierung der „Deutschen Sportkonferenz“ als Koordinierungsgremium für den Sport

Die enger werdende Bindung des DSB an den Staat zeigte sich auf politischer Ebene auch durch Initiativen zur Errichtung eines gemeinsamen Beratungsgremiums. Anlässlich eines Hearings des Innenausschusses des Bundestages am 23. Januar 1969, in dem auch über die „Koordination zwischen Staat und Sport“ diskutiert wurde, empfahl DSB-Präsident Daume der Bundesregierung dringend die Schaffung eines „Koordinations-Komitees zwischen Regierung, Parlament und kommunalen Spitzenverbänden“. Bundesinnenminister Benda verkündete, dass im BMI bereits die Etablierung eines internen Sportbeirates geplant sei, der ihm beratend zur Seite stehe. Dieser „Beirat“ wurde unabhängig von weiteren Verhandlungen eines Koordinierungsgremiums von Sport und öffentlicher Hand installiert. Am 14. Mai 1969 verkündete Benda, daß ein vierzehnköpfiger Sportbeirat auf ehrenamtlicher Basis gegründet worden sei. Die Mitglieder setzten sich zusammen aus dem Vorstand des BA-L, aus Aktiven wie Dr. Reiner Klimke, einem Vertreter des NOK sowie als „Vertreter der Sportwissenschaft Dr. Josef Keul“ (FAZ vom 29.5.1969; BArch B322/694). Das DSB-Präsidium reagierte auf die Ankündigung Bendas höchst verärgert, da ihm gegenüber seitens des BMI signalisiert worden sei, dass zunächst die Etablierung eines gemeinsamen Sportbeirates angestrebt sei. Man fühle sich überrumpelt (Vorlage zur Sitzung des Präsidiums des DSB am 14.6.1969 in Feldafing, S. 4; BArch B322/694).

Die SPD-Bundestagsfraktion legte am 5. Februar 1969 einen Antrag zur Schaffung eines „Deutschen Sportbeirates“ vor, in dem neben Vertretern des Bundes, des Bundestages, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände auch, „als gleichberechtigte, autonome Partner bei paritätischer Besetzung“, Vertreter des DSB sitzen sollten. Aufgaben des „Sportbeirates“ sollten sein:

- a) Koordination aller Maßnahmen, die eine Zusammenarbeit zwischen Staat und Sport erfordern;
- b) Empfehlungen für die Zweckbestimmung und Zuweisung öffentlicher Mittel für die Sportförderung;
- c) Bestimmung und Ausgestaltung der Trainings- und Leistungszentren, die möglichst den Hochschulen zugeordnet werden sollen;
- d) Zentrale für nationale und internationale Dokumentation, Information und Forschung für den Sport, besonders für Sportmedizin und Sportpädagogik;
- e) zentrale Einrichtung für Forschung und Beratung zu allen grundsätzlichen Fragen des Sportstättenbaus [...];
- f) Sicherung der Anstellung einer ausreichenden Zahl von hauptamtlichen Bundestrainern, die vom DSB im Zusammenwirken mit seinen Verbänden ausgewählt, angestellt und beschäftigt werden;
- g) enge Zusammenarbeit mit der Ständigen Konferenz der Kultusminister in allen Fragen, für die die Zuständigkeit der Länder gegeben ist, insbesondere in Hinblick auf den Sport an Schulen und Hochschulen“ (BT-Drucksache V/3804).

Der Antrag wurde in der Sitzung des Deutschen Bundestages am 21. März 1969 diskutiert und anschließend im Innenausschuss des Bundestages beraten. Am 8. Mai 1969 erging ein Entschließungsantrag des Ausschusses, der nach Zustimmungsbeschluss des Deutschen Bundestages am 2. Juli 1969 der Bundesregierung vorgelegt wurde. In dem Beschlussantrag des Bundestages wurde die Bundesregierung aufgefordert, „unverzüglich Verhandlungen mit dem Deutschen Sportbund, den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden mit dem Ziel aufzunehmen, gemeinsam einen ‚Deutschen Sportrat‘ oder eine ‚Ständige Sportkonferenz‘ zu bilden“ (BT-Drucksache VI/109, S. 1). Am 27. November 1969 gab Bundesinnenminister Genscher bekannt, dass die Bundesregierung eine „Deutsche Sportkonferenz“ mit Vertretern des Sports, des Bundes, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände zu etablieren gedenke, Gespräche mit den Beteiligten über die Aufgaben würden geführt (BT-Drucksache VI/109, S. 4). Zur Umsetzung der Sportkonferenz wurde eine Arbeitskommission gebildet, die am 10. Dezember 1969 erstmals tagte (Errichtung eines Koordinierungsgremiums für den Sport: Deutsche Sportkonferenz, 1. Sitzung am 10.12.1969; BArch B322/694).

Bis zur Verwirklichung der Sportkonferenz dauerte es beinahe ein Jahr. Am 28. August 1970 informierte Bundesinnenminister Genscher die Abgeordneten des Deutschen Bundestages darüber, dass die Beteiligten sich auf „eine Geschäftsführung und ein Arbeitsprogramm“ geeinigt hätten. Der Sportkonferenz sollten 64 Mitglieder, 32 aus dem Sport, eines vom Bund (der Bundesinnenminister), elf aus den Ländern, vier aus den kommunalen Spitzenverbänden und 16 aus den im Bundestag vertretenen Parteien angehören. Aufgabenbereiche sollten der Schulsport, der Breiten- und Leistungssport, die Sportwissenschaft, die Verwaltung des Sports sowie die Sportgesetzgebung sein (BT-Drucksache VI/1122).

In der Folge war die Deutsche Sportkonferenz (DSK) ein Beratungs- und Planungsorgan in Fragen des Sportes – dies sowohl auf Leistungs- als auch auf Breiten- bzw. Gesundheitssport bezogen. Der Unterausschuss Wissenschaft der Sportkonferenz forderte etwa 1972 einen Überblick über die sportwissenschaftliche Forschung in der Bundesrepublik beim BISp ein (Schreiben Rieder an SK I 1, BMI, vom 18.8.1972, BArch B274/55). 1973 empfahl die DSK dem Deutschen Wissenschaftsrat die Einrichtung von drei „Sonderforschungsbereichen für den Sport“, an den Universitäten Tübingen (Unterrichtsforschung am Institut Prof. O. Grupe), Frankfurt (Bewegungsforschung am Institut Prof. R. Ballreich) und München (Übungs- und Trainingsforschung am Institut Prof. Bernett) (Deutsche Sportkonferenz – Empfehlung V/2 22.6.1973 – Sonderforschungsbereiche für den Sport an Universitäten in der Bundesrepublik; BArch B274/65).

Letztlich zeigte sich indes rasch, dass die im Geflecht verschiedener Interessenlagen der Beteiligten verabschiedeten Beschlüsse der Sportkonferenz kaum konkrete Auswirkungen hatten, zudem häufig auch kaum realisier- bzw. finanzierbar waren. 1977 wurde die Ständige Konferenz der Sportminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (SMK), bei der keine Vertreter des Sports ständige Mitglieder waren, etabliert, die „insbesondere der Koordinierung der Sportförderung in den Ländern und der Wahrnehmung der Interessen der Länder im Bereich des Sports auf nationaler und internationaler Ebene“ dienen sollte (BT-Drucksache 10/6241, S. 10). Die Deutsche Sportkonferenz, die im 6. Sportbericht der Bundesregierung als „Angebot des Staates an den Sport, bestehende Probleme miteinander zu diskutieren und Lösungen zu finden“ (BT-Drucksache 10/6241, S. 11; Hervorhebung durch Autor) bezeichnet wurde, wurde 1985 aufgelöst. Im letzten Jahr ihres Bestehens 1984 hatte sie sich mit den „Themenbereichen ‚Sport und Umwelt‘, ‚Steuerfragen des Sports‘ sowie ‚Arbeitslosigkeit und Sport‘ befasst“ (BT-Drucksache 10/6241, S. 11).

2.7 Zwischenfazit

Die 1966 vom IOC beschlossene Vergabe der Olympischen Spiele 1972 an München setzte einen Prozess des Umdenkens in der Sportpolitik der Bundesregierung in Gang, der grundsätzlich eine deutlich gestiegene Bedeutung des Leistungssports mit sich brachte und in dessen Zentrum der Plan der

Errichtung einer „Bundesbehörde“ stand, die – so unverkennbar der politische Wille – dazu beitragen sollte, binnen weniger Jahre den bundesdeutschen Leistungssport in einen Zustand zu versetzen, der ihn international wettbewerbs- und vor allem gegenüber der DDR konkurrenzfähig machen sollte. Sport war damit, entgegen der offiziellen, von allen in den Sport involvierten Akteuren (Bund, Länder, DSB) sowie der Rhetorik der 1950er- und frühen 1960er-Jahre ein Mittel nationaler Repräsentation geworden. Ganz offenbar war die Kombination aus der Furcht vor einer Blamage der bundesdeutschen Olympioniken und der Hoffnung auf westdeutsche Planungseffizienz Antrieb für sportpolitische Maßnahmen, die noch einige Jahre zuvor kaum denkbar gewesen wären und die durchaus Elemente planwirtschaftlichen Handelns wie in den Ostblockstaaten aufwiesen.

Der damit einhergehende Versuch, sportlichen Erfolg, analog der DDR-Sportpolitik, als Element politischer Willensbildung plan- und steuerbar zu machen und hierfür eine „Zentrale“ zu dieser Planung und Steuerung zu etablieren, stellte zwangsläufig das fragile und in sich widersprüchliche System von „Autonomie“ und „Subsidiarität“ in Frage. Bereits vor diesem sportpolitischen Umbruch hatte sich gezeigt „dass Subsidiarität und Autonomie keine sich nur ergänzenden Prinzipien waren, sondern auch latent in Widerspruch zueinander stehen konnten“ (Krüger et. al, 2014, S. 33). Die Autonomie des Sports im Sinne einer „Eigenweltlichkeit“, in die der Staat nicht eingreifen sollte, stieß insbesondere da auf ihre Grenzen, wo der Sport bzw. die Sportverbände nicht in der Lage waren, ohne staatliche Unterstützung ihre Aufgaben wahrzunehmen. Dies galt insbesondere im Bereich des (Hoch-)Leistungssports, zu dessen effizienter Gestaltung die Eigenmittel der Sportverbände nicht ausreichten. Vor allem diese Erkenntnis war es, die den DSB und dessen Präsidenten Willi Daume zu aus ihrer Sicht weitreichenden Zugeständnissen an den Staat veranlassten. Wie sich nach Gründung des Bundesinstituts zeigen sollte, bedeutete dieses Zugeständnis jedoch nicht, dass man sich den neuen Gegebenheiten kampflos fügen wollte. Das zentrale Planungselement der neujustierten Sportförderpolitik, das Bundesinstitut, wurde in der Folge auch das Zentrum der Machtkämpfe zwischen DSB und Staat um die Hoheit im Sport.

Die Sportmedizin selbst profitierte zunächst von der Neuorientierung der Sportpolitik, da gerade ihr große Bedeutung im Bemühen um eine verbesserte Förderung des Leistungssports beigemessen wurde. Diese Beschränkung allein auf den Leistungssport, die sich in der Forschungsförderung durch die Betonung der „Zweckforschung“ ausdrückte, bedeutete zugleich aber auch eine Reduzierung der Aufgaben der Sportmedizin. Die noch in den 1950er- und 1960er-Jahren von Staat, Sport und Sportmedizin propagierte Präventions- und Rehabilitationsmedizin verlor nach 1970 an Relevanz und damit auch an staatlicher Unterstützung. Paradigmatisch hierfür ist nicht zuletzt die nachlassende Förderung eines Systems sportmedizinischer Betreuung der Bevölkerung durch Untersuchungsstellen oder Sportärzte in den Gesundheitsämtern. Diese, in der DDR durch die sportmedizinischen Untersuchungsstellen verfolgte Idee einer umfassenden Betreuung sporttreibender Jugendlicher und Erwachsener verlor aus Sicht des Staates an Relevanz und wurde somit auch nie umgesetzt.

3 Staatliche Sportförderung durch das Bundesinstitut für Sportwissenschaft

3.1 Die Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft im Interessenkonflikt von Staat und DSB

Das am 10. Oktober 1970 durch einen Erlass des Bundesinnenministers Genscher offiziell in der Rechtsform einer „nicht rechtsfähigen Bundesanstalt“ errichtete „Bundesinstitut für Sportwissenschaft“ (Erlaß über die Errichtung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft (BISp) vom 10. Oktober 1970; BArch B322/530) führte zunächst zu einer formalen Aufwertung der Sportwissenschaften insgesamt in der Bundesrepublik. Erstmals sollten bisher durch den frei organisierten Sport wahrgenommene Aufgaben in staatliche Aufsicht übergeleitet werden. Das Bundesinstitut war somit von der Idee her wesentlich mehr als die bisherige alleinige Fördereinrichtung für sportmedizinische Forschung. Es ist verbunden mit dem Wandlungsprozess einer Sportförderung in der Bundesrepublik Deutschland, der im Kern mit der Vergabe der Olympischen Spiele 1966 an München sowie nicht zuletzt auch mit der wachsenden „wissenschaftliche[n] Auseinandersetzung mit dem DDR-Sportsystem verknüpft“ war (Balbier, 2007, S. 186 f.). Die damit verbundene Intention einer staatlichen, systematisch-strukturierten Förderung des Spitzensports war aus Sicht der Bundesregierung in Form eines vom DSB verantworteten eingetragenen Fördervereins nicht mehr zu gewährleisten.

Die bei der Entstehung herrschende „Planungseuphorie“ in Kombination mit dem vor dem Hintergrund der Olympischen Spiele 1972 vorhandenen Zeitdruck führte dazu, dass, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, mit dem Bundesinstitut sowohl bei den Beteiligten als auch in der Öffentlichkeit Erwartungen geweckt wurden, die sich letztendlich kaum erfüllten. Außerdem war die Gründung vor allem durch Defizite konzeptioneller und struktureller Art gekennzeichnet, die man zunächst aus besagtem Zeitdruck auf später vertagte. Insbesondere die bei Gründung nur vage geklärte Verortung des BISp im Zuständigkeitsgeflecht für den Sport zwischen Bund, Ländern und organisiertem Sport führte zu fluktuierenden Standortbestimmungen hinsichtlich der Aufgaben und Kompetenzen und zu Konflikten zwischen den Akteuren – dies sowohl innerhalb der verschiedenen Interessengruppen in den BISp-Strukturen selbst als auch externer Art. Als problematisch sollte sich etwa erweisen, dass die Bundesregierung in den Verhandlungen mit dem um seine Unabhängigkeit ringenden DSB offene Fragen wie die Mitspracherechte, den Rechtsstatus des Instituts sowie auch Fragen der konkreten Aufgabenstellung – hier wurde etwa die Frage der eigenständigen Forschung durch die BISp-Mitarbeiter zu einem steten Konfliktpunkt – auf die Zeit nach der Gründung verlegt hatte. In vielfacher Hinsicht war das BISp im Oktober 1970 eine „unfertige“ Bundesbehörde: ohne festen Standort⁷, ohne Führungspersonal, ohne in wesentlichen Details festgelegte Kompetenzen. Als zusätzliches und zugleich größtes Problem der weiteren Entwicklung stellte sich allerdings schnell die Frage der Finanzierung sowohl des Instituts selbst als auch seiner Aufgaben dar. Der Gründungserlass des Bundesinnenministers war Ausdruck des Status quo aus den langwierigen und kontroversen Verhandlungen zwischen DSB und BMI. Er setzte lediglich Rahmenrichtlinien, die folgend ausdifferenzieren sein sollten. Dies wurde bereits bei den Aufgaben des Instituts deutlich, die gemäß § 2 des Erlasses in den Grundzügen festgelegt wurden:

⁷ Die Suche nach einem geeigneten Gebäude erwies sich als schwierig, im März 1971 wurde in der Presse ironisch konstatiert, dass für den Direktor „im Augenblick nicht einmal ein Stühlchen“ vorhanden sei. Der Bund mietete schließlich ein Gebäude in Köln-Lövenich an, dass, wie 1974 beklagt wurde, nicht ausreichend war, „um jedem Mitarbeiter einen ordnungsgemäßen Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen“. Der vom BMI 1972 angekündigte und planerisch vorbereitete Neubau auf dem Gelände der Sporthochschule Köln wurde wiederholt Thema von Besprechungen zwischen BISp, BMI und DSB. Tatsächlich wurde der Bau eines eigenen Institutsgebäudes bis 1985 nicht verwirklicht.

- „1. die wissenschaftliche Zweckforschung auf dem Gebiete des Sports, insbesondere in der Medizin, Pädagogik, Psychologie, Soziologie sowie Bewegungs- und Trainingslehre, vor allem durch Planung und Koordinierung sowie durch Veranlassung und Auswertung von Forschungsergebnissen zu fördern,
2. bei der Errichtung, dem Ausbau und der Unterhaltung bundeszentraler und bundeseigener Sportanlagen mitzuwirken sowie Konzeptionen für den Bau moderner Sportanlagen zu entwickeln, die Sportgeräte und sonstigen Ausrüstungen fortzuentwickeln, entsprechende Forschungen zu veranlassen und zu koordinieren, Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen auszuwerten.
3. eine bundeszentrale Dokumentation und Information auf dem Gebiete des Sports einzurichten“ (Erlaß über die Errichtung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft (BISp) Vom 10. Oktober 1970; BArch B322/530; vgl. auch Pressemitteilung des Bundesministeriums des Innern – Der Bundesinnenminister teilt mit, vom 23.10.1979;; BArch B322/773; sowie B322/772 als Entwurf).⁸

Die Aufgaben des neuen Bundesinstituts entsprachen somit den in den vorherigen Beratungen zwischen DSB und BMI festgelegten Arbeitsschwerpunkten. Sie unterschieden sich zudem kaum von denen, die bereits 1968 hinsichtlich der Koordinierungsaufgaben der „Bundeszentrale für Sport“ genannt worden waren. Das BISp erhielt somit nicht allein die Funktionszuweisungen, die das „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“ im Bereich der Forschungsförderung innegehabt hatte, sondern auch die des vormaligen DSB-Instituts für Sportstättenbau. Zudem wurden in der Einrichtung die beiden zuvor unabhängigen Dokumentationsstellen für Sportwissenschaft an der DSH Köln sowie für Sportmedizin an der Universität Münster im BISp zusammengeführt. Die Dokumentation sportwissenschaftlicher Literatur und Forschung ging letztlich auf den Sportmediziner Walter Arnold zurück, der an der Deutschen Hochschule für Körperkultur in Leipzig mit der Erstellung einer Literaturdokumentation nach dem Zweiten Weltkrieg begonnen hatte. Nicht zuletzt der DSÄB sah hierin eine wichtige Aufgabe zur Legitimierung des Sports wie der Sportmedizin, der Münsteraner Sportmediziner Emil Klaus war für diese sportmedizinische Dokumentation zuständig (vgl. auch Heermann, 2018). Noch vor der Zusammenlegung der verschiedenen Dokumentationsstellen innerhalb des BISp hatte es Initiativen sowohl auf nationaler wie internationaler Ebene zu einer „Zentralisierung“ gegeben, so war 1969 ein „Dokumentations- und Informations-Ring Sport“ entstanden, an dem neben Münster und Köln auch Dokumentationszentren aus Graz, Wien und Magglingen in der Schweiz beteiligt waren (Lachenicht, o. J.; S. 1 f.).

Hinsichtlich der Organisationsstruktur wurde im Erlass zwischen der Verwaltung und den ehrenamtlich tätigen Gremien unterschieden.

Gremien

Innerhalb der BISp-Strukturen waren zwei verschiedene Gremien vorgesehen. Das aus fünf Mitgliedern bestehende „Direktorium“ war als Planungs- und Kontrollinstanz vorgesehen. Es bestand aus „den Vorsitzenden der Fachbeiräte [...], einem vom Deutschen Sportbund für die Dauer von drei Jahren ernannten Vertreter und dem Geschäftsführenden Direktor“. Die Mitarbeit war ehrenamtlich, die Ernennung der Mitglieder oblag dem Bundesinnenminister. Die Aufgaben des Direktoriums waren:

⁸ Am 18. April 1971 wurde eine weitere Fassung des Erlasses, die inhaltlich weitgehend identisch war, vorgelegt (Erlaß über die Errichtung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft (BISp) vom 10. Oktober 1970 (GMBI 1970; S. 539) in der Fassung vom 18. April 1971 (GMBI 1971, S., 176); BArch B274/55).

- „1. Aufstellung des Forschungsprogramms,
2. Arbeitsplanung,
3. Empfehlungen für die Auswertung von Forschungsergebnissen,
4. Mitwirkung bei der Organisation des Bundesinstituts und bei der Aufstellung des Haushaltsvoranschlages,
5. Mitwirkung bei der Einstellung oder Entlassung des Geschäftsführenden Direktors und der Leiter der Fachbereiche und Arbeitsgruppen des Instituts (Erlaß über die Errichtung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft (BISp) vom 10. Oktober 1970; BArch B322/530).

Das Direktorium sollte sich eine Geschäftsordnung geben, die der Zustimmung des Bundesinnenministers bedurfte. Diese „Geschäftsordnung“ erhielt das Direktorium erst am 24. Juni 1971, sie basierte auf den im Gründungserlass festgelegten Aufgaben. Das Direktorium sollte gemäß der Geschäftsordnung „nach Bedarf“, jedoch mindestens zweimal jährlich tagen. Die Anwesenheit der Hälfte der Mitglieder reichte zur Beschlussfähigkeit, bei Abstimmungen galt die einfache Mehrheit, Stimmgleichheit bedeutete Ablehnung. Zudem waren Mitglieder, die persönlich in die Angelegenheit involviert waren, die zur Abstimmung stand, nicht stimmberechtigt. Das Direktorium selbst sah seine vorrangige Aufgabe in der Festlegung der Generallinie, nach der Forschungsprojekte vergeben werden sollten, Grundlage hierfür sollte ein „Schwerpunktprogramm“ sein, das erstmals im Jahr 1972 vorgelegt wurde (Niederschrift über die 2. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 29. Oktober 1971 in Frankfurt/M.; BArch B322/775 und B274/63).

Das erste, 1971 konstituierte Direktorium setzte sich folgendermaßen zusammen:

- Prof. Dr. Ommo Grupe – Vorsitzender des Direktoriums, Vorsitzender des Fachausschusses Sportpädagogik
- Prälat Willi Bokler – Stellvertretender Vorsitzender, vom Deutschen Sportbund benannter Vertreter
- Prof. Dr. Herbert Reindell – Vorsitzender des Fachbeirats Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports
- Hauptgeschäftsführer [der DOG] Gerd Abelbeck – Vorsitzender des Fachbeirats Sportstättenbau und Sportgeräte
- Prof. Liselott Diem – Vorsitzende des Fachbeirats Dokumentation und Information
- Dr. Hermann Rieder – Geschäftsführender Direktor des Bundesinstituts für Sportwissenschaft⁹

⁹ Zehn Jahre später war Grupe immer noch Direktoriumsvorsitzender, alle anderen Positionen waren neu besetzt worden, als Vertreter des DSB und der Fachbeiräte befanden sich nun die Professoren Heinemann (Vertreter DSB), Henrichs (Fachbeirat Dokumentation und Information), Gmelin (Fachbeirat Sport- und Freizeitanlagen) und Hollmann (Fachbeirat Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports) sowie der BISp-Direktor August Kirsch im Direktorium, 1982 ersetzte Josef Keul Hollmann (Vorschläge für die ab 1. August 1980 zu berufenden Fachbeiräte und -ausschüsse beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft; BArch B274/142; Organigramm des BISp 1982; BArch B274/68).

Das zweite Gremium bildeten die „Fachbeiräte“. Entsprechend der drei Aufgabenbereiche Forschung, Dokumentation und Sportstättenbau gab es drei Beiräte, für „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“, für „Sportstättenbau und Sportgeräte“ sowie für „Dokumentation und Information“. Ein Sonderfall bildete der Beirat für die Wissenschaft. Er wurde zunächst in zwei „Fachausschüsse“ unterteilt, einen für Medizin (anfangs zudem Biologie) sowie einen weiteren „für Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Bewegungs- und Trainingslehre“. Hiermit übernahm man die frühere Untergliederung des „Zentralausschusses für Forschung auf dem Gebiete des Sports“, dem ebenfalls zwei Beiräte (als „Kuratoren“) für Sportmedizin und Pädagogik angehört hatten. Zugleich offenbarte sich die nach wie vor bestehende Sonderstellung der Sportmedizin, die nicht allein von deren Vertretern, sondern auch seitens der Politik als herausragende Wissenschaftsdisziplin innerhalb der Sportwissenschaft betrachtet wurde und von der man sich – wie auch die Debatten im Vorfeld der Olympischen Spiele 1972 gezeigt hatten – in besonderem Maße Ergebnisse erwartete, die sich in konkrete Erfolge im Leistungssport ummünzen ließen. Wie die Direktoriums- waren die Mitglieder der Fachbeiräte ehrenamtlich für die Dauer von drei Jahren tätig. Ihre Berufung bedurfte der Zustimmung des Bundesinnenministers, die allerdings „im Einvernehmen mit dem Deutschen Sportbund“ erfolgen sollte (Erlaß über die Errichtung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft (BISp) Vom 10. Oktober 1970; BArch B322/530).

Die Fachbeiräte waren für die Beratung über die einzelnen Anträge sowie der vom BISp selbst erteilten Forschungsaufträge zuständig, die endgültige Entscheidung über die Vergabe oblag dem Bundesinstitut. Das „Verfahren der Behandlung von Forschungsanträgen“ orientierte sich hiermit bewusst am zuvor üblichen der Vorgängerorganisation. Als Neuerung gegenüber der vorherigen Förderpraxis wurde die neben der Bewilligung von Forschungsanträgen einzuführende Vergabe von Forschungsaufträgen durch das BISp gesehen. Sie sollte dazu beitragen, „Akzente zu setzen“, damit eine „Konzentration der Forschung“ zu erreichen. Der erste BISp-Direktor Rieder strebte sogar ein, letztlich nie umgesetztes, langfristiges Übergewicht dieser Auftragsforschung gegenüber der Antragsforschung an (Niederschrift über die 2. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 29. Oktober 1971 in Frankfurt/M.; BArch B322/775 und B274/63).

Die für die wissenschaftliche Forschung zuständigen Fachausschüsse des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ setzten sich aus Vertretern der jeweiligen Fachdisziplinen sowie für Sportangelegenheiten zuständiger Ministerien zusammen. 1971 waren im Fachausschuss Medizin folgende Personen vertreten:

Fachausschuss Medizin

- › Dr. Ilse Bausenwein (Sportärztliche Untersuchungs- und Beratungsstelle Nürnberg)
- › Prof. Dr. med. Herbert Groh (Med. Universitätsklinik, Köln)
- › Prof. Dr. Wildor Hollmann (Fachausschussvorsitzender; Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Köln)
- › Prof. Dr. Josef Keul (Med. Universitätsklinik Freiburg)
- › Prof. Dr. Josef Nöcker (Med. Klinik Leverkusen)
- › Prof. Dr. Herbert Reindell (Fachbeiratsvorsitzender; Med. Universitätsklinik Freiburg)
- › Prof. Dr. Hans Schobert (Orthopäd. Universitätsklinik Frankfurt-Niederrad)
- › Prof. Dr. Manfred Steinbach (Ministerialdirigent Hess. Sozialministerium Wiesbaden)

- › Prof. Dr. H. Stoboy (Institut für Leistungsmedizin Berlin)
- › Prof. Dr. Josef Stralau (Ministerialdirektor BMFG Bonn)

Eine erste größere Änderung in der Struktur der ehrenamtlichen Gremien des BISp ergab sich durch die am 23. Juni 1980 durch einen novellierten Errichtungserlass verwirklichte Hinzunahme eines Fachausschusses „Training (Trainings- und Bewegungslehre)“, sodass der Fachbereich „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ aus drei Ausschüssen bestand (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiet des Sports“ beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 23. Oktober 1980 in 5000 Köln 1, Hertzstraße 1; BArch B274/143 u. 147; Erlass in BArch B274/144). Der Fachausschuss „Medizin“ hatte sich zudem Mitte der 1980er-Jahre personell auf sechs Wissenschaftler verkleinert, aus dem ursprünglichen Ausschuss waren noch Hollmann als Vorsitzender, Keul sowie Stoboy vorhanden, neu hinzugekommen waren die Professoren Hartmut Krahl (Orthopädische Klinik Duisburg-Essen), Jürgen Stegemann (Physiologisches Institut der DSH Köln) und Helmut Weicker (Universität Heidelberg) (Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung – Entwurf: Stand Mai 1985; BArch B274/68).

Verwaltung

An der Spitze der Verwaltung des BISp stand der „hauptamtlich“ installierte Geschäftsführende Direktor. Er war für die Ausführung der Beschlüsse des Direktoriums, die Leitung und die rechtliche Vertretung des Bundesinstituts verantwortlich (§ 4 Errichtungserlass). Als erster Direktor wurde zum 1. April 1971 der Heidelberger Sportwissenschaftler Hermann Rieder bestellt.

Die Verwaltungsstruktur des Bundesinstituts untergliederte sich nach dem „Geschäftsverteilungsplan“ in die Bereiche „Verwaltung“ (V), „Fachbereich I Wissenschaftliche Forschung“ (W), „Fachbereich II Sport- und Freizeitanlagen“ (S) und „Fachbereich III Dokumentation“ (D). Der „Fachbereich I Wissenschaftliche Forschung“ war in die Fachgebiete Medizin, Biologie, Pädagogik, Trainingslehre, Bewegungslehre, Psychologie und Soziologie untergliedert (Geschäftsverteilungsplan des Bundesinstituts für Sportwissenschaft 1973; BArch B322/775; Organisationsplan vom 1.3.1973; BArch B322/268).

An dieser grundlegenden Struktur des Bundesinstituts, bestehend aus Verwaltung und ehrenamtlichen Gremien, änderte sich über Jahrzehnte hinweg nichts, Veränderungen erfolgten höchstens im Detail. 1983 war etwa der „Beauftragte für Dopinganalytik“, der keinem Fachbereich zugeordnet war, hinzugekommen (Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung – Entwurf: Stand Mai 1985: Abb. Organigramm des BISp; BArch B274/68). Auch das Organisationsgefüge der Verwaltung wurde im Laufe der Zeit verändert, so wurden bis heute die Fachbereiche I (Forschung) und II (Sportstätten) zu einem Fachbereich I „Forschung und Entwicklung“ zusammengelegt, zudem veränderten sich die Aufgabengebiete, etwa durch die Hinzunahme von „Dopingbekämpfung“ und „Behindertensport“. Der dritte Schwerpunkt des BISp, die Dokumentation und Information, ging im Fachbereich II „Wissenschaftliche Beratung“ auf und der frühere Bereich der „Verwaltung“ wurde zum Fachbereich III „Grundsatz und Controlling“ (https://www.bisp.de/DE/BISpImProfil/Organisation/organigramm_node.html).

3.2 Konzeptionelle Probleme der Gründung

Zwei der drei dem BISp zugewiesenen Arbeitsschwerpunkte stellten „Erbhöfe“ des DSB dar. Sowohl die Forschungsförderung als auch die Sportstättenplanung waren zuvor federführend vom DSB verantwortet worden, der dritte Bereich, die sportwissenschaftliche Dokumentation, war im Hochschulbereich verankert gewesen. Die langwierigen, von heftigen Abwehrbemühungen des DSB gegen eine „Verstaatlichung“ des Sports geprägten Verhandlungen zwischen BMI und DSB hatten gezeigt, wie

wenig der DSB bereit war, diese Zuständigkeiten aufzugeben. Den an den Gesprächen beteiligten Politikern musste bewusst sein, dass die Intention einer „Sportbehörde“ dem von allen Bundesregierungen bisher betonten Prinzip von „Autonomie“ und „Subsidiarität“ aus Sicht des DSB im Kern zuwiderlief und damit stete Konflikte mit dem organisierten Sport heraufbeschwor. Zugleich war ebenso deutlich, dass die Frage der verfassungsrechtlichen Zuständigkeit des Bundes sowohl hinsichtlich der Ausrichtung einer nur auf den Spitzensport gerichteten zweckgebundenen Forschung als auch hinsichtlich einer überwiegend an den Hochschulen wahrgenommenen „Auftragsforschung“ fragil war, da die Hochschulen in die Zuständigkeit der Bundesländer fielen.

3.2.1 Autonomie versus Fachaufsicht: die Machtkämpfe zwischen DSB und BMI um die Sportautonomie

Für den DSB bedeutete die Umstrukturierung der Sportförderung einen Bedeutungsverlust hinsichtlich seiner Zuständigkeiten und aus Sicht des Verbandes einen Eingriff des Staates in die Autonomie des Sports. DSB-Präsident Willi Daume beklagte, dass der Verlust der für den DSB „höchst bedeutsam[en]“ Forschungsförderung sowie der Zuständigkeit für den Sportstättenbau für den DSB „schweren Herzens“ hinzunehmen sei. Er verwies darauf, dass das vorherige „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“ „eines der Glanzlichter des DSB von in der ganzen wissenschaftlichen Welt höchstem Ansehen und von einzigartiger Fruchtbarkeit“ gewesen sei. Es seien „allein auf sportmedizinischem Gebiet [...] etwa vierhundert experimentell belegte Arbeiten teilweise höchsten wissenschaftlichen Ranges hervorgegangen, die die Sportmedizin der Bundesrepublik wieder an die internationale Spitze herangerückt haben“. Ebenso habe das „Institut für Sportstättenbau des Deutschen Sportbundes“ einen „großen internationalen Ruf“ (Schreiben Willi Daume an den Parlamentarischen Staatssekretär im BMI Wolfram Dorn vom 31.3.1970, S. 1; BArch B322/530 und 773).

Letztlich bezeichnete Daume das Bundesinstitut dennoch als begrüßenswerte Initiative, betonte hierbei jedoch die Mitspracherechte des DSB:

„Die Konzeption ist großartig: Das Bundesinstitut als gemeinsames Werk von Staat und Sport. Die Verwirklichung wird der Bundesregierung zur Ehre gereichen. Verstehen Sie [der BMI-Staatssekretär Dorn] aber auch, daß ich mich für den deutschen Sport verpflichtet fühle [...]. Die neue Einrichtung muss beiden Seiten gerecht werden, und nur so ist auch der Sache der Sportwissenschaften am besten zu dienen“ (Schreiben Willi Daume an den Parlamentarischen Staatssekretär im BMI Wolfram Dorn vom 31.3.1970, S. 3; BArch B322/530 und 773).

Daume suchte bereits in den Planungsgesprächen sowohl seine Vorstellungen hinsichtlich der Forschungsaufgaben einzubringen als auch einen völligen Verlust der Mitsprache seitens des DSB zu verhindern. So forderte er, die Grundlagenforschung nicht vollständig in den Hintergrund geraten zu lassen, indem das „Bundesinstitut seine Zuständigkeit für den Leistungssport nicht zu sehr herausstellen“ solle (BArch B322/581).

Die Grabenkämpfe zwischen BMI und DSB hörten mit der Gründung des BISp keineswegs auf – sie nahmen im Gegenteil phasenweise noch zu. Dazu bei trug u. a., dass mit Prälat Willy Bokler, dem Vorsitzenden des DSB-Wissenschaftsausschusses, und dem Tübinger Sportpädagogen Ommo Grupe, Mitglied des DSB-Sportbeirats, zwei einflussreiche und die Debatten prägende Vertreter in das Direktorium des Bundesinstituts berufen wurden, die sich beide die Unabhängigkeit des Instituts vom Staat auf die Fahne geschrieben hatten – wobei beide unterschiedliche Positionen einnahmen. Boklers Haltung war von einem tiefen, immer wieder zutage tretenden Misstrauen gegenüber allen staatlichen Eingriffsversuchen geprägt. In einem „Gedächtnisprotokoll“ zur 3. Sitzung des BISp-Direktoriums am 21. April 1971 äußerte der – nicht namentlich genannte – Protokollant, die Sitzung sei in „einer entspannten Atmosphäre“ verlaufen, „bestimmte Ressentiments gegen die Rechtsform und

ein gewisses Mißtrauen gegen dem Staat nach wie vor bei Prälat Bokler“ (Entwurf – Gedächtnisprotokoll zur 3. Sitzung des Direktoriums am 21. April 1972, 14 Uhr, in Frankfurt; BArch B274/64). Grupe hingegen vertrat eine „akademische“ Position, ihm ging es vorrangig darum, das BISp zu einem, nach seinen Worten, eigenständigen „Wissenschaftsinstitut“ und nicht einem staatshörigen „Wissenschaftsverwaltungsinstitut“ zu machen (Protokoll über die 16. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 20.5.1977 in Frankfurt; TOP 1 c); BArch B274/66 u. 144).

Die sich auch nach Gründung des BISp fortsetzenden Kontroversen zwischen dem DSB und dem BMI resultierten letztlich aus dem bei Gründung des BISp nur provisorisch geklärten Verhältnis zwischen Autonomie und staatlicher Fachaussicht. Die vermutlich seitens des Bundes vorhandenen Erwartungen, viele der offenen, dieses Verhältnis betreffenden Fragen würden sich im Laufe der Zeit von selbst erledigen, erfüllten sich kaum – zu sehr war der DSB daran interessiert, seine Positionen zu wahren.

3.2.1.1 Mitsprache beim Personal: die Besetzung des Direktorenpostens

Die Intention des DSB um Mitsprache zeigte sich bereits hinsichtlich der Frage der geeigneten Person zur Leitung des Bundesinstituts. Die Aussage von Bundesinnenminister Genscher, die Personalfragen im Januar 1970 geklärt zu haben (H.-D. Krebs (sid): Bund trägt Kosten – Grünes Licht für Sportwissenschaft, vom 15.12.1969; BArch B322/773), erwies sich ebenso als voreilig wie der geplante Arbeitsbeginn des Instituts im Oktober 1970. Daume bezeichnete im März 1970 die Frage der Stellenbesetzung als „meine erste Sorge“ (Schreiben Willi Daume an den Parlamentarischen Staatssekretär im BMI Wolfram Dorn vom 31.3.1970, S. 3; BArch B322/530 und 773). Für den Posten des Direktors schlug Daume entweder den Tübinger Sportpädagogen Ommo Grupe oder den Sportmediziner Josef Keul vor – wobei Grupe die von ihm präferierte Wahl war. Zur Herausstellung der Qualifikation Grupes betonte Daume dessen Berufung auf den Posten des Dekans der Philosophischen Fakultät der Universität Tübingen, „meines Wissens ist es das erste Mal, daß einem Sportpädagogen diese Ehre widerfährt“ (Schreiben Willi Daume an den Parlamentarischen Staatssekretär im BMI Wolfram Dorn vom 31.3.1970, S. 1; BArch B322/773).

Daume folgend legte der DSB-Bundesausschuss für Wissenschaft und Bildung unter Leitung Boklers im Juli 1970 einen „Berufungsvorschlag des DSB für die Stelle des Geschäftsführenden Direktors“ vor. Im Vorfeld hatte sich Bokler mehrfach vehement beim BMI darüber beschwert, dass der DSB aus der Entscheidung über die Berufung des Direktorenpostens ausgeklammert würde (Schreiben Boklers an Dorn vom 15. Mai, 22. und 29. Juni 1970; BArch B322/530).

Die Vorschlagsliste des DSB beinhaltete schließlich die Namen von vier Kandidaten in absteigender Präferenz:

- „Prof. Dr. O. Grupe, Universität Tübingen, an erster Stelle,
- Prof. Dr. H. Lenk, Universität Karlsruhe und
- Direktor Dr. H. Rieder, Universität Heidelberg, an zweiter Stelle,
- Dozent Dr. J. W. Keul, Universität Freiburg, an dritter Stelle“ (Anlage 1: Berufungsvorschlag des DSB für die Stelle des Geschäftsführenden Direktors des Instituts für Sportwissenschaft; BArch B322/530 und 773).

In der Begründung der Auswahl wurde darauf verwiesen, dass bei Grupe der „nicht unerhebliche Vorteil einer breiten Lagerung seiner Begabungen und Fächer“ vorliege, hinzu käme seine „Erfahrung mit den sport- und wissenschaftsorganisatorischen Voraussetzungen“. Für Lenk spräche im Grunde Ähnliches. Indes sah der Ausschuss dessen „Kontaktfähigkeit“ als „Schwäche dieses Kandi-

daten“. Gegen Keul wurde angeführt, dass er in seinem „Spezialfach Sportmedizin“ eine Kapazität sei, diese „starke Spezialisierung“ sei aber im Ausschuss „als Basis für zu schmal“ erachtet worden. Die Nennung Keuls an letzter Stelle war insofern überraschend, als der DSB diesen zunächst als vorrangig geeigneten Kandidaten ins Spiel gebracht hatte und auch Daume nur ihn neben Grupe genannt hatte (Schreiben Dorn an Bokler vom 24.6.1970; BArch B322/530). Letztlich zeugte diese Reihenfolge auch davon, dass man offenbar vonseiten des DSB nicht unbedingt einen Sportmediziner als Leiter präferierte, wohingegen die Sportmedizin zweifelsohne davon ausging, dass nur ein Vertreter ihrer Disziplin in Frage käme. Dass Keul nunmehr an letzter Stelle der Vorschlagsliste landete, kritisierte dieser dann auch in einem Schreiben an Bokler:

„Darüber hinaus muß ich es ablehnen, mit Institutionen zusammen zu arbeiten, die über meine Fähigkeiten urteilen, obwohl ihnen die Voraussetzungen dazu fehlen. Ich darf darauf hinweisen, daß die Kommission für Bildung und Wissenschaft bei der Erstellung der neuen Präferenzliste mich von der ersten auf die letzte Stelle gesetzt hat, in dieser Kommission jedoch kein Naturwissenschaftler und kein Mediziner war, der meine Arbeiten beurteilen kann“ (Schreiben Keul an Bokler vom 23.10.1970, S. 1; BArch B322/773).

Anfang September 1970 lud das BMI die in Frage kommenden Kandidaten zu Gesprächen ein, Mitte September 1970 waren Keul und Rieder die einzigen verbliebenen Kandidaten für den Direktorenposten (H.-D. Krebs (sid): Bundesinstitut ohne Leiter, vom 17.9.1970; BArch B322/773). Die letzte Ernennung Rieders zum Direktor durch das BMI lässt sich auch auf die Einschätzung des DSB-Ausschusses zurückführen, der zwar die geringe Zahl an Publikationen im Vergleich zu den anderen Kandidaten und die nicht vorhandene Habilitation als Defizite anführte, zugleich aber zu dem Schluss kam, dass man Rieder „für den dynamischsten, vielleicht auch problemnächsten aller Kandidaten“ halte (Anlage 1: *Berufungsvorschlag des DSB* für die Stelle des Geschäftsführenden Direktors des Instituts für Sportwissenschaft; BArch B322/530 und 773). Dass das BMI eher einen „Praktiker“ bevorzugte – Rieder war ehemaliger Speerwerfer und bis 1972 Bundestrainer für Speerwerfen – zeigte sich auch darin, dass der ursprüngliche Kandidat des BMI für den Direktorenposten der an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz tätige Sportwissenschaftler Berno Wischmann gewesen war, der den Posten indes im März 1970 abgelehnt hatte (H.-D. Krebs (sid): Bundesinstitut ohne Leiter, vom 17.9.1970; BArch B322/773). Wie auch Rieder verband Wischmann als ehemaliger Leichtathlet Theorie und Praxis in hohem Maße, er war Cheftrainer des DLV bei den Olympischen Spielen in Melbourne, Rom, Tokio und Mexiko gewesen¹⁰ und hatte zudem maßgeblich dazu beigetragen, dass sich Mainz seit den 1960er-Jahren zu einem Zentrum deutscher Leichtathletik entwickelt hatte.

Der Grund für das Ausscheiden des vom DSB und vor allem auch Daume präferierten Kandidaten Grupe lässt sich zum einen einem Schreiben Grupes an den BMI-Staatssekretär Dorn nach dem Entscheid für Rieder entnehmen. Grupe verwies hier auf das Gespräch mit ihm im BMI am 9. September 1970 und die von ihm hierbei vorgebrachten Vorstellungen bzw. Bedenken hinsichtlich der Konzeption des Bundesinstituts. Hierbei hatte er nach seiner Darstellung gefordert, dass die Mitarbeiter des Instituts nicht von „eigener Forschung“ ausgeschlossen werden dürften und kritisierte zudem die „hierarchische Gliederung“ mit einem Leiter an der Spitze. Stattdessen plädierte Grupe für eine „Art Department-System“, bei dem die Leitung unter den führenden Mitarbeitern „rotieren“ sollte, letztlich sollte ein „Kollegialsystem mit gleichberechtigten Mitarbeitern“ etabliert werden. Mit der vorgesehenen Struktur einer Verwaltungsbehörde gingen aus seiner Sicht Probleme hinsichtlich einer kooperativ und interdisziplinär angelegten „Sportforschung“ einher. Kooperation, Interdisziplinarität sowie kollegiale Entscheidungen über „Schwerpunkte, Projekte und Mittelvergabe“ würden behindert. Zudem sollten der Aufbau, die Struktur und die Planstellen an den jeweiligen „Stand der wissenschaftsorganisatorischen Diskussion“ angepasst werden – mithin flexibel sein. Grupes Vor-

¹⁰ Auch in München 1972 fungierte Wischmann als Bundestrainer.

stellung eines eher wissenschaftlichen Forschungsverbundes anstelle einer administrativen Behörde spiegelte sich schließlich auch darin wider, dass er eine enge Anbindung an die Universitäten und Hochschulen forderte, dies nicht nur „institutioneller Art“, sondern auch durch die Mitarbeiter selbst. Zudem müsste das Institut seinen Fokus über die bisherigen traditionellen Forschungsschwerpunkte und -disziplinen hinaus erweitern, „sich neu entwickelnden Forschungsdisziplinen“ wie Informatik, Psychiatrie oder Verhaltensforschung öffnen. Ebenso seien enge Anbindungen an die Deutsche Forschungsgemeinschaft und das Bundesministerium für Wissenschaft und Bildung wichtig, diesbezüglich sei bisher nichts unternommen worden (Schreiben Grupe an Staatssekretär Dorn vom 19.10.1970; BArch B322/530 und 773).

Grupes Vorstellungen eines wissenschaftsorientierten und flexiblen „Kollegialsystems“ dürften in deutlichem Widerspruch zu denen des BMI vom BISp als einer Verwaltungseinrichtung gestanden haben. Grupes Argumentation war letztlich zu „akademisch“ und zu zukunftsorientiert, sie entsprach nicht der Zweckorientierung einer auf München 1972 fokussierten praktischen Umsetzung von Forschungsergebnissen in den Leistungssport. Zuletzt wies Grupe in seinem Schreiben an Dorn noch darauf hin, dass er ohnehin nur zur Übernahme des Direktorenposten bereit gewesen wäre, wenn die „Behandlung der [durch den DSB erstellten Vorschlags-]Liste durch das Bundesministerium des Innern analog zu der in Berufungsverfahren angewandten Praxis erfolgt“ wäre. Dies sei ihm seitens des DSB und des BMI zugesichert worden, dann aber nicht erfolgt – zudem hätte das Gespräch gezeigt, dass es für ihn in diesem „zentralen Verhandlungspunkt“ keinen „Spielraum im Hinblick auf Struktur-, Sach- und Personalausstattung“ gegeben hätte, sodass damit seine Bewerbung hinfällig geworden sei (Schreiben Grupe an Staatssekretär Dorn vom 19.10.1970; BArch B322/773).¹¹

Gleichwohl gab Grupe während seines gesamten langjährigen Vorsitzes des Direktoriums seine Vorstellungen vom BISp als einem „Wissenschaftsinstitut“ nicht auf. 1977 forderte er gegenüber dem BMI im Rahmen von Planungsgesprächen über „weitere Perspektiven des BISp“ erneut eine Umstrukturierung der Leitungsebene durch eine „breitere Basis“ in der Führung, etwa durch wechselnde Geschäftsführung auf Zeit, die Einführung eines „kollegialen Führungsorgans aus drei Direktoren“ sowie eine Verstärkung der eigenen Forschungstätigkeit: „Die Bildung einer reinen Verwaltungsbehörde ist für die wissenschaftliche Forschung tödlich“ (Protokoll über die 16. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 20.5.1977 in Frankfurt, TOP 1 und 7; BArch B274/66 u. 144). Das BMI sagte zunächst eine Prüfung zu, im Dezember 1977 wurde dieser Vorschlag dann sowohl seitens des BMI-Vertreters Groß als auch des BISp-Direktors Kirsch als „der Sache abträglich“ bzw. „nicht dienlich“ verworfen (Protokoll über die 17. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 17./18.12.1977 in Köln; BArch B274/66 u. 144).

Letztlich steht auch zu vermuten, dass – wie es auch in der Presse gemutmaßt wurde – das Interesse Grupes und auch das des Sportphilosophen Hans Lenk an dem Posten „rein taktischer Art“ war. Die beiden renommierten Wissenschaftler seien auf der Berufsungsliste aufgetaucht, um „das neue Kind des Sportes und der Politik [...] auf[z]uwerten“ (Sport-Intern 9A vom 30.7.1970; BArch B322/773). Zu dieser Annahme trug auch eine Äußerung Lenks bei, er habe sich „überhaupt nicht beworben, im übrigen bin ich in Karlsruhe wertvoller“ (Sport-Intern vom 25.10.1970; S. 5; BArch B322/773). In diesem Zusammenhang wurden auch Zweifel daran geäußert, ob das Gehalt in Höhe von 3.500 DM überhaupt „attraktiv“ genug für einen Wechsel nach Köln sei. Nur im Falle Keuls ging man davon aus, dass dieser tatsächlich „gerne von Freiburg weggegangen“ wäre (Sport-Intern vom 25.10.1970; S. 5; BArch B322/773). Lenk selbst betonte in einem Schreiben an den Parlamentarischen Staatsse-

¹¹ Das Abweichen bei der Einladung der Kandidaten durch das BMI von der Reihenfolge auf der DSB-Vorschlagsliste kritisierte wiederholt auch der DSB. So schrieb Bokler an das BMI (Dr. von Köckritz, Abteilung Sport) und verwies darauf, dass es sonst „üblich“ sei, „bei Berufungen die Kandidaten in der Reihenfolge, in der sie vorgeschlagen sind, erhört und bescheidet“ würden (Schreiben Bokler an v. Köckritz vom 20.10.1970; BArch B322/530). Schließlich beschwerte sich auch der DSB-Wissenschaftsausschuss offiziell beim Parlamentarischen Staatssekretär des BMI Dorn über das Prozedere bei der Auswahl des Direktors, das „völlig unverständlich“ sei (Entwurf Deutscher Sportbund – Bundesausschuß für Wissenschaft und Bildung an Dorn, o. Datum; BArch B322/530).

ekretär Dorn, von „einer individuellen Bewerbung für diesen Posten [könne] keine Rede sein“. Er habe sich keineswegs selbst beworben, sondern sei vom DSB vorgeschlagen worden. Seine Ausführungen, weshalb er der Einladung zu einem Vorstellungsgespräch gefolgt sei, bestätigen einerseits die in der Presse geäußerten Vermutungen, andererseits, dass eine Annahme der Stelle nicht von vornherein ausgeschlossen war:

„Die stattgefundene Unterredung in Bonn habe ich daraufhin zum Anlaß genommen, um mir ein Bild über die Möglichkeiten zu machen, die mit dieser Stelle verbunden sind, und über eine eventuelle Aufstockung der Dotierung. Wie Sie in dem Gespräch deutlich gemerkt haben, erscheint mir die Position des Direktors bisher nach dem vorliegenden Satzungsentwurf noch als viel zu unselbständig und die Dotierung nicht als ausreichend, um wirklich attraktiv zu sein“ (Schreiben Lenk an Dorn vom 22.10.1970; BArch B322/530).

Das BMI setzte seinen offensichtlichen Wunschkandidaten Rieder – damit laut Presse „de[n] einzige[n] Außenseiter unter den vier Kandidaten“ (Sport-Intern vom 25.10.1970, S. 4; BArch B322/773) – auch gegen massive Einwände aus den Reihen der Sportmedizin durch, die einen Verlust an Einfluss fürchtete. DSÄB-Präsident Reindell hatte bereits bei den Planungsgesprächen darauf gedrängt, dass „[a]n der Spitze der Verwaltung [...] als geschäftsführender Direktor ein hervorragender Wissenschaftler stehen [muss], der in allen Bereichen der Wissenschaft ansprechbar und über deren gegenwärtigen Stand immer genau informiert ist und der auch wissenschaftliche Symposien vorbereiten kann“ (BArch B322/581). Reindell kritisierte dann auch die Berufung Rieders aufgrund dessen mangelnder wissenschaftlicher Reputation in einem Schreiben an Daume scharf:

„Sie wissen, daß ich im vergangenen Jahr Bedenken anmeldete, als die Pläne für das Bundesinstitut für Sportwissenschaften reiften. Ich glaubte, daß meine Bedenken unberechtigt seien, da ich erfuhr, daß es eine Anstalt werden sollte, die durch hohen wissenschaftlichen Rang vergleichbar dem von Universitätsinstituten, Forschungsanstalten der Max Planck-Gesellschaft u. a. [ist]. Sie wissen, daß mit der Besetzung von Herrn Dr. Rieder, der als Praktiker und Institutsleiter hervorragende Verdienste hat, jedoch unter Wissenschaftlern unbedeutend ist, die wissenschaftliche Entwicklung dieses Instituts nicht begründet werden kann. Damit wird dieses Institut als wissenschaftliche Anstalt abgewertet und ich räume ihm keine große Bedeutung für die Entwicklung der Sportwissenschaften ein. So erschien es Herrn Keul, der in diesem Semester zum Universitätsprofessor ernannt wird und dessen wissenschaftliche Anerkennung im In- und Ausland unbestritten ist, als eine Zumutung, daß sowohl Herr Dr. Rieder als auch Herr Prälat Bockler [sic!] ihm die Abteilung Wissenschaft in dem neu gegründeten Bundesinstitut anboten. Er empfand völlig zu Recht, daß die Tätigkeit eines qualifizierten Wissenschaftlers unter einem Praktiker ohne wesentliche wissenschaftliche Ausrichtung eine Abwertung der persönlichen Forschungstätigkeit bedeuten würde (Schreiben Reindell an Daume vom 23.10.1970, S. 1; BArch B32/773).

Reindell kündigte in dem Schreiben weiter an, dass er sich an den Präsidenten der Max-Planck-Gesellschaft Adolf Butenandt, Nobelpreisträger für Chemie, mit dem Antrag auf Einrichtung eines „Max-Planck-Instituts für Sportmedizin“ gewandt habe, um so die „deutsche Sportmedizin in ihren grundlegenden Forschungsarbeiten zu fördern und zu festigen“. Er bat hierbei Daume, „der vor 20 Jahren durch Weitsicht und Verständnis der deutschen Sportmedizin zu diesem Aufschwung und zu der internationalen Anerkennung verholfen“ habe, um seine Unterstützung (Schreiben Reindell an Daume vom 23.10.1970, S. 2; BArch B32/773).

Inwieweit dieser Vorstoß Reindells nur eine Drohgebärde darstellte, um den Einfluss der Sportmedizin innerhalb des Bundesinstituts zu stärken – oder ob es sich hierbei tatsächlich um einen kon-

kreten Versuch Reindells handelt, die sportmedizinische Forschung anderweitig unterzubringen, ist schwer zu beurteilen.¹² Dass die Sportmedizin letztlich dann doch bereit war, innerhalb des BISp mitzuwirken, zeigt die Besetzung des Fachausschusses Medizin mit zu dieser Zeit führenden deutschen Sportmedizinern, darunter auch Herbert Reindell. Die Mitgliedschaft Reindells resultierte nicht zuletzt aus der Initiative des DSB, der nach der Besetzung des Direktorenpostens mit Rieder Reindell bat, die deutsche Sportmedizin, die „in der Bundesrepublik durch ihr hohes internationales Ansehen, gleichsam als Schrittmacher, wesentlich dazu beigetragen hat, daß sich auch andere Wissenschaften immer intensiver mit dem Phänomen Sport auseinandersetzen“, angemessen zu vertreten. Der Vorsitzende des DSB-Wissenschaftsausschusses Bokler bat Reindell einerseits um Vorschläge zur Besetzung der Stelle des Referatsleiters:

„Nachdem sich das Bundesministerium des Innern für Herrn Dr. Rieder, den Psychologen, entschieden hat, halte ich es für dringend geboten, daß mit der Leitung der Abteilung für angewandte Wissenschaften des Sports (Forschung) ein Mediziner betraut wird, damit auch der naturwissenschaftliche Bereich der Sportwissenschaft in der hauptamtlichen Führung des Bundesinstituts angemessen berücksichtigt ist“ (Schreiben Bokler an Reindell vom 5.11.1970; BArch B322/530).

Zum anderen bat der DSB zugleich Reindell selbst um Mitarbeit im Fachausschuss Medizin des Wissenschaftsbeirats, die Reindell auch zusagte (Schreiben Reindell an Wolf, DSB, vom 3.11.1970; BArch B322/530). Offenbar hatte man auch seitens der Sportmedizin erkannt, dass eine Mitarbeit im BISp die Voraussetzung dafür war, Fördermittel für die Sportmedizin zu erlangen.

In gleicher Weise wie Reindell begründete Keul selbst die Ablehnung der ihm angebotenen Stelle des Abteilungsleiters für Wissenschaft im Bundesinstitut gegenüber Bokler (den er ebenfalls mit „Bockler“ anredete). Hierbei warf er Rieder nicht nur seine mangelnde Expertise vor, sondern auch, dass er kein Naturwissenschaftler oder gar Mediziner sei. Wie auch Reindell bezweifelte Keul zudem allein aufgrund der Besetzung des Direktorenpostens die wissenschaftliche Kompetenz und Effizienz des Bundesinstituts in der Gesamtheit:

„An dem Bundesinstitut für Sportwissenschaften eine Abteilung zu übernehmen halte ich für unannehmbar, da einige wesentliche Voraussetzungen nicht erfüllt sind und auch nicht erfüllt werden können. Ich habe in meiner bisherigen Laufbahn stets unter Wissenschaftlern als Vorgesetzte gearbeitet, die meine volle Anerkennung hatten. Bei meiner wissenschaftlich ausgerichteten Arbeit, die in 2 Büchern und über 120 wissenschaftlichen Veröffentlichungen in Fachzeitschriften des In- und Auslandes ihren Niederschlag gefunden haben und mit meiner jetzt im Wintersemester erfolgenden Ernennung zum Universitätsprofessor ist es für mich nicht möglich, unter einem Chef zu arbeiten, der nahezu keine wissenschaftliche Erfahrung hat sondern von der Praxis her kommt und demnach unter Wissenschaftlern nicht bekannt ist. Diese Überlegung wird sicherlich von jedem qualifizierten habilitierten Naturwissenschaftler angestellt, und ich kann mir nicht vorstellen, daß namhafte Persönlichkeiten für diese Position zu gewinnen wären. [...] Ich hatte die Vorstellung gehabt, daß eines der Ziele des Instituts sei, das Ansehen der Sportwissenschaften, worum wir uns seit jeh bemühen, zu mehren. Dies ist jedoch nur möglich, wenn das Institut durch ausreichend wissenschaftlich qualifizierte Mitarbeiter, wozu auch der Geschäftsführende Direktor gehört, eigene Forschungsarbeiten und die notwendigen Freiheiten verfügt. Ein solches Institut ist dann auch in der Lage, Universitäten und Forschungseinrichtungen zu gemeinsamen einheitlichen Forschungsprogrammen zu bewegen, da der Nachweis der eigenen

¹² Es existieren keine weiteren Archivunterlagen, die darüber Aufschluss geben. Auch das umfangreiche, auf der Auswertung persönlicher Unterlagen Reindells beruhende Gutachten von Singler und Treutlein über Reindell erwähnt diesbezüglich nichts (Singler & Treutlein, 2014).

wissenschaftlichen Befähigung dafür unabdingbare Voraussetzung ist. [...] Die Übernahme einer Abteilung im Bundesinstitut für Sportwissenschaften unter einem praktisch-pädagogisch ausgerichteten Direktor müsste ich als Abwertung meiner eigenen Forschungstätigkeit werten. [...] Meine Auffassung steht in völliger Übereinstimmung mit sämtlichen naturwissenschaftlich experimentell arbeitenden Forschern im Bereich des Sports, denen die jüngste Entwicklung ebenfalls sehr befremdlich erscheint“ (Schreiben Keul an Bokler vom 23.10.1970; S. 1-3; BArch B322/773).

An der jetzigen Situation trage, so der Vorwurf Keuls, der DSB bzw. sein Wissenschaftsausschuss Mitschuld. Es müsse bedacht werden, dass „von den mehr als 30 Direktoren der Institute für Leibesübungen sich nur einer habilitiert hat, was auf die wissenschaftliche Bedeutung dieser Institute“ hinweise: „Sie haben diese Entwicklung, daß das Bundesinstitut von dem Niveau der praktisch-pädagogischen Tätigkeit ausgeht, gewollt“. Wie Reindell brachte auch Keul den Gedanken der Gründung eines „eigenen selbständigen Forschungsinstituts für Medizin und Biologie im Sport“ hervor, räumte aber ein, dass dies „weder den Vorstellungen des DSB noch dem Bundesministerium des Innern entspricht und somit auch nicht verwirklicht werden kann“ (Schreiben Keul an Bokler vom 23.10.1970; S. 3; BArch B322/773).

Sowohl Grupes Einwände als auch die vehemente Kritik Reindells und Keuls an der Benennung Rieders und der damit von ihnen vorausgesetzten – nach Keul praktisch-pädagogisch orientierten – Richtung des Bundesinstituts offenbarten die diametralen Vorstellungen, die einerseits das BMI und andererseits die Sportwissenschaft mit der Sportmedizin an der Spitze von der Arbeit des Bundesinstituts hatten. Während das BMI rein zweckorientiert vor dem Hintergrund der anstehenden Olympischen Spiele 1972 möglichst kurzfristige praktische Erfolge im Spitzensport intendierte, sah die Sportwissenschaft hierin eine Chance, eine Forschungseinrichtung zu etablieren, die durch staatliche Förderung der Sportwissenschaft zu einem Aufschwung – auch und gerade durch die Einrichtung neuer Lehrstühle – innerhalb des Wissenschaftskanons verhelfen sollte. Das Bundesinstitut kann somit auch als ein Beispiel dafür gesehen werden, in welchem Maße akademisches und politisch-administratives Denken differieren kann.

Hermann Rieder blieb nur bis zum August 1973 Geschäftsführender Direktor des BISp. Er folgte einem Ruf auf einen Lehrstuhl für Sportwissenschaft an der Universität Heidelberg. Letztlich ist kaum zu klären, inwieweit Rieder mit den Bedingungen beim BISp unzufrieden war. Sein erster „Zweijahresbericht“ vom April 1973 lässt jedoch solche Schlussfolgerungen zu. Eindeutig zeigt sich, dass er eine Professur an einer Universität gegenüber dem Leitungsposten in einer Bundesbehörde bevorzugte. Rieder teilte dem BMI – ohne Angabe von Gründen – seinen Wechsel am 20. Februar 1973 mit und bat um Freigabe von seinem Posten zum 1. Mai 1973 (Schreiben Rieder an BMI vom 20.2.1973, BISp-Archiv B284/55). Letztlich erfolgte der Wechsel dann erst im August 1973.

Bei der Neubesetzung der Stelle ging das BMI – das sicher auch aus den Querelen bei der Erstbesetzung seine Erfahrungen gezogen hatte – anders vor als 1970. Am 6. April 1973 wurde die Stelle des Direktors öffentlich ausgeschrieben. Am 7. Juni 1973 wurde dann im Direktorium über die Bewerbungen beraten. Von den 15 eingegangenen Bewerbungen waren seitens des an den Beratungen beteiligten DSB zunächst acht aufgrund ihres sportwissenschaftlich-akademischen Backgrounds als geeignete Kandidaten gesehen worden,¹³ in der Direktoriumssitzung des BISp wurden dem Bundesinnenminister schließlich zwei Kandidaten „gleichrangig“ für die Besetzung vorgeschlagen: Gerhard Jörgensen und August Kirsch. Beide sollten zu Vorstellungsgesprächen in das BMI eingeladen

¹³ Prof. Dr. Rolf Andresen, Dr. Karl Viktor Baum, Prof. Dr. Herbert Haag, Prof. Dr. Gerhard Jörgensen, Studienprofessor Dr. August Kirsch, Prof. Dr. Horst Ueberhorst, Oberfeldarzt Dr. Erich Gebhardt und Prof. Dr. Hans Langenfeld. Die übrigen Bewerber waren Gymnasialdirektor Max Beutert, Oberstudienrätin Dr. Ursula Flesch, Dozent Dr. Kurt Hammerich, Obermedizinalrat Dr. Wolfram Jäger, Dr. F. Schennetten, Dr. Hüllemann und Josef Payer (BArch B322/773, 775 und B274/65).

werden, das Direktorium dann im Anschluss erneut über das Ergebnis der Gespräche beraten (Niederschrift über die 6. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 7. Juni 1973 im Bundesministerium des Innern, Bonn; BArch B322/775 und B274/65). Das BMI entschied sich schließlich für August Kirsch. Mit Kirsch erkor der BMI wie zuvor mit Rieder einen Praktiker, der eine enge Anbindung an den Leistungssport besaß. Der ehemalige Leichtathlet Kirsch war Dozent an der DSH Köln – 1975 wurde er zum Honorarprofessor ernannt –, vor allem jedoch als Funktionär vielfach in den Sport eingebunden. Kirsch fungierte seit 1970 als Präsident des DLV, war zudem Präsidiumsmitglied des Internationalen Leichtathletik-Verbandes (IAAF) sowie Mitglied im Bundesausschuss für Wissenschaft und Bildung des DSB (BArch B322/773; Übersicht Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp) vom 15.6.1978, S. 3; BArch B274/144).

Erfolgreicher als bei der Besetzung des Direktorenpostens verliefen die Bemühungen des DSB und Daumes bei der Wahl der Mitglieder der drei geplanten Fachbeiräte für die jeweiligen Aufgabebereiche Forschung, Sportstättenbau und Dokumentation/Information mitzuentcheiden. Bereits vor Gründung des Bundesinstituts war festgesetzt worden, die „Besetzung der drei Fachbeiräte [...] in Abstimmung mit dem DSB“ durch einen Personalausschuss vorzunehmen (BArch B322/581, 270 und 773). Im Juli 1970 legte der DSB-Wissenschaftsausschuss neben einer Vorschlagsliste für den Posten des Direktors auch eine für die Besetzung der Beiräte für Dokumentation, Sportstättenbau und den zweigeteilten Beirat für Wissenschaft vor. Die vom DSB vorgeschlagenen Wissenschaftler wurden in der Folge nahezu alle vom BMI in die Beiräte berufen (Vorschlagsliste des DSB vom 26.7.1970; BArch B322/530). Der DSB war auch in den folgenden Perioden bei der Wahl der Beirats- und Ausschussmitglieder als Zustimmungs- bzw. Vorschlagsinstanz beteiligt. Das BISp stellte eine Liste der potenziellen Kandidaten auf, die dann dem DSB zugeleitet wurde, der sie dann – mit eventuellen Korrekturen – dem BMI vorlegte, das die Mitglieder berief (vgl. etwa für 1984 Schreiben Kirsch an DSB-Generalsekretär Gieseler vom 6.6.1984; BArch B274/146).

3.2.1.2 Die Frage des Rechtsstatus

Die bei Gründung des Bundesinstituts nicht endgültig geklärte, sondern auf die Zeit nach der Gründung verschobene Frage des Rechtsstatus des Bundesinstituts entwickelte sich zu einem sich über Jahre hinziehenden Konfliktpunkt zwischen BMI und DSB. Im Vorfeld der Gründung, am 1. August und 15. Dezember 1969, wurde in gemeinsamen Verlautbarungen von BMI und DSB die Errichtung als selbständige öffentlich-rechtliche Körperschaft vorgesehen. Da es hierzu eines Gesetzes bedurfte, beschloss das BMI frühzeitig unter Verweis auf die erwünschte kurzfristige Arbeitsaufnahme des Instituts, dieses zunächst als nicht selbständige Anstalt zu etablieren, wodurch es der Abteilung Sport des BMI angegliedert wurde. Genscher verwies in einem Schreiben an den „Sonderausschuss für Sport und Olympische Spiele“ des Bundestages am 29. April 1970 darauf, dass diese Regelung „dem Ergebnis der Verhandlungen mit dem DSB entspricht“ (Anlage zu Punkt 5 der Tagesordnung: Informationsmaterial zur Frage der Rechtsform des Bundesinstituts; BArch B274/63). Dies sah man seitens des DSB indes völlig anders. Der DSB kritisierte diese Entscheidung scharf, da dadurch eine „Einbeziehung in den Geschäftsbereich des Bundesinnenministeriums des Innern“ erfolge, also eine zu starke Abhängigkeit des Instituts vom BMI. Noch vor der Gründung hatte DSB-Präsident Daume darum gebeten, den „Zustand der Unselbständigkeit bald durch ein Errichtungsgesetz“ zu beenden und dem Bundesinstitut den „autonomen Status als öffentlich-rechtliche Körperschaft“ zu verleihen. Nur so gelange es zu „Rang und Ansehen“ (Schreiben Willi Daume an den Parlamentarischen Staatssekretär im BMI Wolfram Dorn vom 31.3.1970, S. 2; BArch B322/773). Wiederholt verwies der DSB in der Planungsphase der BISp-Gründung darauf, von welcher hoher Bedeutung die rechtliche Unabhängigkeit für den Sportbund sei. Am 3. August 1970 wiederholte der seit dem 25. April 1970 als Nachfolger Daumes amtierende DSB-Präsident Wilhelm Kregel gegenüber dem BMI die Forderung des DSB nach einer unabhängigen öffentlich-rechtlichen Anstalt, er machte ebenso wie der Vorsitzende des Wissenschaftsausschusses Bokler deutlich, dass dies eine zentrale Forderung des DSB-Präsidiums

darstelle (Schreiben Kregel an Genscher vom 3.8.1970; BArch B322/530; Schreiben Bokler an von Hovora vom 6.5.1971, S. 1; BArch B322/773). Am 18. September 1970 teilte Staatssekretär Dorn dem DSB-Präsidenten Kregel die „endgültige Entscheidung“ des Bundesinnenministeriums mit, das Institut zunächst als unselbständige Anstalt zu errichten (Schreiben Dorn an Kregel vom 18.9.1970; BArch B322/530). Man werde dann, so das Versprechen, nach Arbeitsaufnahme prüfen, welche Rechtsform auf lange Sicht am geeignetsten erscheine (Schreiben von Hovora an DSB-Präsident Kregel vom 24.2.1971, S. 1; B322/773).

Dem DSB war dieses Versprechen offenbar zu vage. Unmittelbar vor der absehbaren Entscheidung des BMI für eine unselbständige Anstalt im September 1970 hatte das DSB-Präsidium deutlich gemacht, die Unselbständigkeit nur als Lösung für eine „befristete Aufbauperiode“ hinnehmen zu wollen (Entwurf Deutscher Sportbund – Präsidium – Beauftragter für Wissenschaft und Bildung an Dorn vom 16.9.1970; BArch B322/530). Bokler verwies im Oktober 1970 erneut auf die vorherige Abmachung zwischen DSB und BMI, die seitens des BMI gemachten „Absichtserklärungen“ einer späteren Umwandlung der unselbständigen in eine selbständige Einrichtung seien „nicht vertrauenserweckend“. Bokler drohte an, der DSB werde „immer wieder darauf zurückkommen“ und sich gegebenenfalls „auch an die Öffentlichkeit wenden“ (Schreiben Bokler an v. Köckritz vom 20.10.1970; BArch B322/530). In einem offiziellen Statement des Wissenschaftsausschusses warf dieser dem BMI vor, sich nicht an „gemeinsame Vereinbarungen zu halten“ und dass „andere als sachliche Gesichtspunkte“ dessen Entscheidungen herbeigeführt hätten. Selbst die Aufkündigung der gemeinsamen Zusammenarbeit wurde angedroht (Entwurf Deutscher Sportbund – Präsidium – Beauftragter für Wissenschaft und Bildung an Dorn vom 16.9.1970; BArch B322/530).

Am 13. Februar 1971 beschloss das DSB-Präsidium in einer Präsidialsitzung, die „Frage der Rechtsform“ durch die neu gegründete „Deutsche Sportkonferenz“ erörtern zu lassen – hierbei sollte Bokler die Konferenz „vor allem dafür [...] gewinnen, die Umwandlung des Instituts in eine öffentlich-rechtliche Anstalt zu unterstützen“ (Schreiben Bokler an von Hovora vom 6.5.1971; S. 2; BArch B322/773). Der Leiter der Abteilung Sport im BMI von Hovora reagierte auf diesen Vorstoß verärgert, er verwies gegenüber DSB-Präsident Kregel darauf, dass bereits „Überlegungen zu dieser Frage“ im BMI angestellt würden, an denen auch das Direktorium des BIsP, in dem ja auch der DSB einen Sitz habe, beteiligt sei: „Die in diesem Rahmen unter rein fachlichen Gesichtspunkten zu führende Diskussion sollte aber nicht durch eine – möglicherweise voreilige – Empfehlung der Deutschen Sportkonferenz, die ja erhebliche politische Auswirkungen hätte, präjudiziert werden“ (Schreiben von Hovora an DSB-Präsident Kregel vom 24.2.1971, S. 1; B322/773).

Die Streitigkeiten über den Rechtsstatus begleiteten die Arbeit des Instituts auch in den folgenden Jahren, im September 1972 forderte das DSB-Präsidium in einem Informationsgespräch mit Vertretern der Bundestagsparteien erneut die Umwandlung in eine selbständige, vom BMI unabhängige Einrichtung. Dies führte zu einer „heftigen Kontroverse“ (vgl. diverse Presseberichte in der Akte B322/773) zwischen dem DSB und dem Direktor des Bundesinstituts Rieder, der in einem Schreiben an Bundesinnenminister Genscher gegen die in dem vorgelegten DSB-Papier erhobenen Vorwürfe, das Bundesinstitut drohe „in der Administration des Bundesinnenministeriums zu verkümmern“, protestierte. Derartige „Thematiken von mittel- und langfristiger Dauer“ sollten nicht auf der Grundlage eines „emotionellen und unfachlichen Papiers während des Wahlkampfes“ diskutiert werden. Rieder kritisierte den DSB seinerseits:

„Insbesondere rechnen wir dabei auch auf die konstruktiven Vorschläge[n] und die Unterstützung durch den Sportbund selbst, der eine Reihe von Persönlichkeiten in die Mitarbeit des Bundesinstituts delegiert hat (Direktorium, Fachbeiräte), aber wohl noch zu keiner Synopse der sich ergebenden Teilaspekte gekommen ist“ (Schreiben Rieder an Ministerialrat Dr. Groß, BMI, vom 2.11.1972; BArch B322/773).

Die deutliche Reaktion Rieders basierte wohl nicht zuletzt darauf, dass sich das Bundesinstitut zu diesem Zeitpunkt in einer Situation unzureichender personeller Ausstattung und generell noch im Aufbau befand, was zu medialer Kritik hinsichtlich der bisherigen Erfolge in der Umsetzung seiner Aufgaben insbesondere im Bereich der Förderung des Leistungssports geführt hatte. Hierdurch ist letztlich auch die Reaktion des Vorsitzenden des Direktoriums Grupe erklärbar, der, obwohl Verfechter einer Selbstständigkeit, Rieder beisprang:

„Mir scheint es nicht sehr geschickt, diese Dinge im Augenblick zu diskutieren. Wir wollen vielmehr das Institut erst so ausbauen, daß es wirklich auf eigenen Füßen stehen kann. Die Selbstständigkeit ist dann Bestandteil unserer langfristigen Planung“ (FAZ vom 8.11.1972; S. 15: Kontroverse um Bundesinstitut; BArch B322/773).

Dass Rieders Kritik am DSB-Vorstoß eher dem Zeitpunkt und nicht dem Inhalt galt, zeigt sich darin, dass auch der erste Direktor des BISp wiederholt für eine Unabhängigkeit des Instituts plädierte. In seiner Eröffnungsrede der ersten Sitzung des Direktoriums 1971 bezeichnete er „die Unabhängigkeit sowohl von staatlichen Stellen, als auch von den Sportverbänden“ als „entscheidend für die künftige Arbeit des Bundesinstituts“. Ministerialrat von Hovora versicherte darauf, dass die „Befürchtung einer dirigistischen Einflußnahme des Staates auf die Freiheit der Forschung jeder Grundlage entbehre“ (Niederschrift über die 1. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 24. Juni 1971 in Bonn, BArch B322/775 und B274/63).

Im November 1972 bekräftigte Rieder seine Auffassung eines unabhängigen Status gegenüber dem BMI erneut, verbunden mit Forderungen für die Entwicklung des Instituts:

„Die Erfahrungen der zwei Jahre zeigen, daß die wissenschaftliche Entwicklung des Instituts durch eine Unabhängigkeit von den Tagesereignissen des BMI und auch des DSB am besten gewährleistet sein dürfte. Dies ist erreichbar durch klare Aufgabenformulierung, ausreichende Ausstattung, ständige Vorschläge aus beratenden Gremien und Diskussionen, sowie ein Minimum an Weisungen durch die vorgesetzte Behörde“ (Schreiben Rieder an Ministerialrat Dr. Groß, BMI, vom 2.11.1972; BArch B322/773).

Auch in seinem ersten „Zweijahresbericht“ im April 1973 warf Rieder die grundsätzliche Frage der Rechtsnatur und der mit dem herrschenden Status einer nachgeordneten Behörde verbundenen Probleme auf:

„Immer wieder wird die zweckmäßigste Rechtsform debattiert und es ist in der Tat eine entscheidende Frage, wohin die Funktion eines wissenschaftlichen Instituts, das gleichzeitig nachgeordnete Behörde ist, konzentriert wird“ (H. Rieder: Zweijahresbericht des BISp (Entwurf), Vorwort; BArch B322/773).

Dass das BMI mittlerweile von der gewählten Rechtsform nicht mehr abzurücken gedachte, zeigte die Antwort Bundesinnenminister Genschers auf eine, vom DSB initiierte, Anfrage des Bundestagsvizepräsidenten Schmitt-Vockenhausen an die Bundesregierung hinsichtlich der Rechtsform des Instituts:

„Diese Rechtsform ist die zweckmäßigste für die Aufbauphase des Instituts, die noch nicht abgeschlossen ist. Sie ermöglicht, notwendige Ergänzungen und Änderungen der Organisationsstruktur kurzfristig durch Organisationserlasse durchzuführen“ (zit. n. sid, Blatt 8, vom 10. November 1972; BArch B322/773).

Im Juni 1976 griff der Direktoriumsvorsitzende Grupe erneut die Frage der „Rechtsform des Instituts“ in der Direktoriumssitzung auf. Er kündigte an, „aufgrund der in der Vergangenheit durch das BMI dem DSB gegenüber gemachten Zusagen die Angelegenheit nochmals im DSB-Präsidium zur Sprache zu bringen“ (Protokoll über die 14. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 16./17. Juni 1976 in Travemünde, S. 2; BArch B274/66 u. 144). Einem von der BISp-Verwaltung im Vorfeld der folgenden 15. Sitzung an das Direktoriumsmitglied Reindell zugesandten „vertraulichen“ Brief lässt sich entnehmen, dass man seitens des BISp sowohl an einer baldigen Lösung des Problems interessiert als auch zu gewissen Zugeständnissen bereit war. In dem Schreiben wurde auf die frühere Zusage des BMI-Staatssekretärs Dorn verwiesen, das BISp „nach einer Übergangszeit in eine öffentlich rechtliche Anstalt“ umzuwandeln. Nach dem Verstreichen von sechs Jahren sei diese Frage des Rechtsstatus wiederholt – zuletzt im März 1976 beim sportwissenschaftlichen Hearing des Deutschen Bundestages – diskutiert worden. Das BMI habe sowohl bei dem Hearing wie auch in einem Gespräch u. a. zwischen Grupe und BMI-Staatssekretär Baum angedeutet, dass man eine Selbständigkeit des BISp „im Geschäftsbereich des BMI“ grundsätzlich als sinnvoll erachte, eine derartige Umwandlung in eine öffentlich-rechtliche Einrichtung indes eines Gesetzes bedürfe, das durch Bundestag und Bundesrat verabschiedet und an dessen Entstehung die Länder beteiligt werden müssten – was letztlich langwierige Verhandlungen bedinge. Das Direktorium, so die Bitte an Reindell, solle daher beschließen, dass die Rechtsabteilung des DSB mit dem BISp „Vorschläge für eine neue Rechtsform“ erarbeite (Schreiben BISp an Reindell, o. Datum: 15. Sitzung des Direktoriums des am 6. Okt. 1976 in München; BArch B274/66 u. 144; Hervorhebung im Original). Reindell indes fehlte bei der Sitzung, das Direktorium beschloss hinsichtlich der Frage der Rechtsnatur nur, „eine Prüfung aller für die Arbeit des BISp sachgerechten Rechtsformen“ vorzunehmen und diese auf der nächsten Sitzung vorzulegen, um auf dieser Basis einen Beschluss herbeizuführen, der dem DSB zugeleitet werden solle (Protokoll über die 15. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 6. Oktober 1976 in München, S. 3; BArch B274/66).

Bereits diese Entwicklung unter Verweis auf die Schwierigkeiten einer gesetzeskonformen Umwandlung des BISp in eine öffentlich-rechtliche Anstalt zeigt, dass man offenbar vor allem vonseiten des BISp selbst der Diskussion um die Rechtsnatur müde war und sich mit dem Status quo abgefunden hatte. Vollends deutlich wurde dies dann im März 1977, als eine vom BMI eingesetzte Arbeitsgruppe „Bundesinstitut für Sportwissenschaft“ unter Beteiligung von Vertretern des BISp (Kirsch, Verwaltungsleiter Körner), des DSB (Grupe, Lotz (beide zugleich Direktoriumsmitglieder), Andresen) sowie des BMI (Ministerialräte Schaible, Groß, Beyer) eine Besprechung hinsichtlich „Struktur und Aufbau des Bundesinstituts für Sportwissenschaft“ abhielt. Hinsichtlich der Frage der Rechtsnatur wurde hierbei abschließend lapidar festgestellt:

„Es bestand Einvernehmen, daß die Frage der Rechtsform des BISp nicht mehr erörterungsbedürftig ist. Die Vertreter des Direktoriums und des DSB zeigten volles Verständnis für die Auffassung von Herrn PSt Baum, daß jede denkbare Änderung der Rechtsform auf ganz erhebliche rechtliche Schwierigkeiten stoßen würde“ (Referat SM I 1 an den Innenminister betr. Struktur und Aufbau des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, 25.3.1977; BArch B274/66).

Der BISp-Verwaltungsleiter Körner rechtfertigte diesen Sinneswandel in der Direktoriumssitzung im Dezember 1977, indem er darauf verwies, dass sich in den letzten Jahren die unselbständige Rechtsform „durchaus bewährt“ habe und „[a]llein aus haushaltsrechtlichen Gründen [...] beibehalten“ werden solle, da das BISp „fest im Haushalt des BMI verankert“ sei (Protokoll über die 17. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 7. und 8.12.1977 in Köln; TOP 4b); BArch B274/66 u. 144). Letztlich schlossen sich auch die Direktoriumsmitglieder dieser Auffassung mehrheitlich an. Als 1980 anlässlich von Umstrukturierungen innerhalb des BISp auch der Rechtsstatus erneut zur Sprache kam, forderte der BMI-Vertreter Dellmann eindringlich, die bereits abgeschlossene Frage des Rechts-

staus nicht erneut aufzuwerfen, sie sei „für die Arbeitsfelder des Instituts“ auch nicht entscheidend, die Festlegung auf die Bundeskompetenz sei unabdingbar, sie ermögliche auch „ressortübergreifende Forschung“ sowie „Grundlagenforschung“. Es „gelte im Rahmen der Bundeskompetenz die Möglichkeiten zu nutzen, wie dies beim BISp bisher auch geschehen sei“. Auch andere Direktoriumsmitglieder, darunter der Sportmediziner Keul, hielten eine erneute Diskussion der Rechtsform für „nicht nutzbringend“, wichtiger sei die Frage der „Erhöhung der Geldmittel für die Forschung“ (Niederschrift über die 23. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 13. November 1980 in Köln, TOP 3; BArch B274/67 u. 144).

Obwohl der DSB auch in den folgenden Jahren die Unabhängigkeit des Instituts wiederholt einforderte – so etwa 1979/80 im Vorfeld der Novellierung des Errichtungserlasses (Vorlage Präsidiumssitzung des DSB vom 15.8.1979; Protokoll der 146. Sitzung des Präsidiums (DSB) vom 25.4.1980, Punkt 11) der TO; Schreiben Hauptpersonalrat des BMI an Personalrat des BISp vom 5.2.1980, BArch B274/144) – konnte er sich letztlich mit seiner Forderung nach einer Umwandlung des BISp nicht durchsetzen, bis zum heutigen Tag fungiert dieses als eine nicht rechtsfähige Bundesanstalt im Geschäftsbereich des Bundesministeriums des Innern. Der langjährige Vorsitzende des Direktoriums Ommo Grupe bewertete dies anlässlich seines Rückblickes auf „20 Jahre Bundesinstitut für Sportwissenschaft“ 1990 so:

„Das Bundesinstitut sollte eine selbständige Einrichtung werden, für die das Modell der Max-Planck-Institute beispielhaft erschien. Auch nach der Gründung des Bundesinstituts in seiner jetzigen Form 1970 hat der Deutsche Sportbund diese Forderung nach einer selbständigen Einrichtung nicht aufgegeben, und in den Anfangsjahren hat sich auch das Direktorium des Instituts dieser Forderung angeschlossen. [...] Es blieb allerdings bei der Diskussion und damit bei der Regelung, die der Errichtungserlass von 1970 festlegt. Mit dieser Regelung ist das Institut natürlich auch nur innerhalb der festgelegten Grenzen selbständig“ (Grupe, 1990/2002, S. 85f.).

3.2.1.3 Förderung des Leistungssports: BA-L versus BISp

Der Bundesausschuss zur Förderung des Leistungssports (BA-L) war im Zuge einer verstärkten Hinwendung zum Leistungssport „als zentrales Organ der Spitzensportverbände zur Planung und Koordinierung des Spitzensports mit dem Ziel verbesserter fachlicher, methodischer und wissenschaftlicher Unterstützung des Schulungsprozesses aller Sportarten“ 1965 durch den DSB etabliert worden. Eine der Aufgaben des BA-L war die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet des Hochleistungssports, hierzu wurde eine „Wissenschaftliche Kommission“ eingerichtet, in der sich führende Vertreter der Sportwissenschaft, vor allem der Sportmedizin, befanden. Damit ergab sich bereits mit der Gründung eine gewisse – personelle wie sachliche – Überschneidung mit dem zu dieser Zeit ebenfalls dem DSB angegliederten „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“. Diese war bis zur Gründung des Bundesinstituts dadurch gelöst worden, dass das Zentralkomitee für die „Grundlagenforschung“, der BA-L für die leistungssportorientierte „Zweckforschung“ zuständig sein sollte. Mit den veränderten Anforderungen an die vom BISp geförderte Forschung, die nun explizit der Zweckforschung gelten sollte, ergab sich ein absehbares Dilemma. Nunmehr existierten zwei Einrichtungen, eine des DSB und eine des BMI, die vergleichbare Vorgaben hatten. Bei der Planung des Bundesinstituts hatte man dahingehend eine Abgrenzung angestrebt, dass beschlossen worden war, dass eine enge Kooperation des Bundesinstituts mit dem Bundesausschuss zur Förderung des Leistungssports bzw. dessen wissenschaftlicher Kommission angestrebt werden sollte, die vorrangig dem Transfer der Forschung in die Praxis dienen sollte. Der BA-L sollte die Ergebnisse der vom BISp geförderten Forschung „für die Sportpraxis (Trainingslehre) nutzbar“ machen, andererseits sollte er auch „aufgrund der Erfahrungen der Sportpraxis wissenschaftliche Fragen an das

Bundesinstitut heran[tragen]“ (Bundesinstitut für Dokumentation und angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports (Arbeitspapier II); BArch B322/530 und 772). Diese auf den Bereich der Forschung und deren Transfer in die Praxis fokussierte Vorgabe wurde bis zur Gründung kaum konkretisiert, sodass Konflikte über Kompetenzen und Zuständigkeiten zwischen BA-L und BIsSp quasi vorprogrammiert waren. Für beide Einrichtungen war die Förderung des Leistungssports der zentrale Aufgabenbereich. Zuständigkeitskontroversen ergaben sich rasch insbesondere im Bereich der sportmedizinischen Betreuung und Untersuchung der Spitzensportler, aber auch der Durchführung, Auswertung und vor allem auch der Finanzierung sportmedizinisch angelegter Tests von Athleten. Bereits im April 1972 hatte das Direktorium des BIsSp gefordert, dass die hierfür benötigten „Mittel zentral beim Bundesinstitut zu veranschlagen sind“ (Niederschrift über die 3. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 21. April 1972 in Frankfurt; BArch B322/775 und B274/64). In einer gemeinsamen Sitzung von BA-L, BMI und BIsSp am 25. November 1972 verwies der BA-L hingegen darauf, dass man eine „Unterkommission Sportmedizin“ etabliert habe, die „die Gesamtverantwortung in der sportmedizinischen Betreuung behalten“ solle. Wenngleich nach Ansicht des BA-L Einigkeit darüber herrschte, dass der BA-L zu entscheiden habe, „wer‘, wo‘, wie‘, wann“ untersucht werde, blieb die Frage der Finanzierung der Untersuchungen strittig. Das BIsSp – und mit ihm das BMI, das diesem im Haushalt für 1973 die Mittel für die „Durchführung der sportmedizinischen Untersuchungen“ übertrug – vertrat den Standpunkt, die „finanzielle Abwicklung [solle] durch einen eigens dafür anzustellenden Referenten“, der beim BIsSp angestellt sein solle, erfolgen. Somit solle auch die gesamte finanzielle Abwicklung der Untersuchungen durch das BIsSp gewährleistet werden. Der BA-L hingegen forderte, der „Referent muss beim BA-L angestellt werden, da die Aufgaben der sportmedizinischen Betreuung des Spitzensports als Auftrag der Fachverbände *einheitlich* vom BA-L gelenkt werden müssen“ (DSB-Protokoll vom 4.12.1972: Bundesausschuss zur Förderung des Leistungssports – Wissenschaftliche Kommission, Sitzung am 25.11.1972, 10.00 – 16.00 Uhr, in Frankfurt, S. 2; BArch B322/773; Hervorhebung im Original). Zwar räumte BA-L-Direktor Helmut Meyer ein, dass eine Trennung zwischen Finanzierung und Durchführung durchaus möglich sei, dies aber nur bei einer „Kooperationsbereitschaft“, die er beim BIsSp nicht gegeben sehe (DSB-Protokoll vom 4.12.1972: Bundesausschuss zur Förderung des Leistungssports – Wissenschaftliche Kommission, Sitzung am 25.11.1972, 10.00 – 16.00 Uhr, in Frankfurt, S. 2; BArch B322/773).

1973 forderte der BIsSp-Direktor Rieder in einem Aktenvermerk dann mit Verweis auf die Finanzierungspraxis sogar die Überführung der Wissenschaftlichen Kommission des BA-L in die BIsSp-Strukturen:

„Es ist unter vielen Fachleuten klar geworden, daß die Aufgaben des BA-L, Wissenschaftliche Kommission, eigentlich in das BIsSp gehören. Aus historischen Gründen wurde der BA-L als erste Institution mit dieser Aufgabe konfrontiert ohne sie echt lösen zu können [...] Deshalb wäre zu überlegen, ob in einer Vereinbarung mit dem DSB diese Wissenschaftliche Kommission mit dem klaren Auftrag ‚Leistungssport‘ und ‚Förderung des Leistungssports der Verbände‘ an das BIsSp angeschlossen werden sollte und die Kommission als Fachbeirat dem BIsSp zugeordnet werden sollte. [...] Da der Haushalt über die Untersuchung von Spitzensportlern [...] dem BIsSp übertragen werden sollte, wäre eine Doppelgleisigkeit dadurch zu vermeiden“ (H. Rieder: Vermerk: Über den Stand der Arbeiten am Bundesinstitut für Sportwissenschaft vom 31.8.1973, S. 7; BArch B322/775).

Kontroversen hinsichtlich der Kompetenzen zwischen BIsSp und BA-L traten immer wieder zutage. Nicht zuletzt die Frage der Vertretung von BA-L-Mitarbeitern in den Gremiensitzungen des BIsSp und deren Mitspracherechte führte zu Diskussionen. Wiederholt beklagt wurde vonseiten des DSB, dass kein BA-L-Mitglied im Direktorium vorhanden sei und in den Fachausschüssen nur sporadisch als „Gast“ (Sitzung des Vorstandes des Bundesausschusses Leistungssport am 17.12.1979, Frank-

furt, Haus des Sports, TOP 8: Zusammenarbeit mit dem BISp; BArch B274/144). 1976 wurde erstmals im Direktorium über die Einrichtung einer vom BMI angeregten Arbeitsgruppe „Hochleistungssport“ diskutiert, das Direktorium empfahl die Einsetzung dieser Arbeitsgruppe in Abstimmung mit dem BA-L, dem NOK und anderen Gremien. Aufgabe der Arbeitsgruppe sollte die schnellere Umsetzung „von sportwissenschaftlichen Erkenntnissen, von Trainings- und Wettkampferfahrungen in die Sportpraxis“ sein (Protokoll über die 14. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 16./17. Juni 1976 in Travemünde, S. 5; BArch B274/66 u. 144). Dies berührte letztlich Aufgabenbereiche, die in der ursprünglichen Planung dem BA-L zugedacht waren, somit war die abwehrende Reaktion des DSB und BA-L kaum verwunderlich. Den Einwänden begegnete der BISp-Direktor Kirsch, indem er die „Bildung dieser Arbeitsgruppe als richtig“ bezeichnete, sie widme sich primär den „trainingsbegleitenden Maßnahmen“ (Protokoll über die 17. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 7. und 8.12.1977 in Köln; TOP 3; BArch B274/66 u. 144). Noch 1979 kam es innerhalb der Direktoriumssitzung zu Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Aufgaben dieser Arbeitsgruppe. Die anwesenden BA-L-Vertreter wie auch der DSB-Hauptgeschäftsführer verwiesen darauf, dass die beim BISp „federführend angelehnt[e] Gruppe“ nicht dafür zuständig sei, den Innenminister zu beraten, sondern als „unbürokratisch und partnerschaftlich“ zusammenarbeitendes Austauschgremium zwischen BISp, DSB und BA-L zur Förderung des Spitzensports gedacht sei. Kirsch verwies darauf, dass die Arbeitsgruppe sich „sehr bewährt“ und zum „Abbau gewisser Vorbehalte geführt habe und neue Ideen zur Förderung des Leistungssports entwickle“. Aufgabe des Gremiums sei, „dem Ministerium und dem Deutschen Sportbund bei seinen Überlegungen zur Förderung des Leistungssports Entscheidungshilfen“ zu geben (Protokoll über die 21. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 27. September 1979 in Köln; TOP 1; BArch B274/67 u. 144). Auch die Bildung eines eigenen Fachausschusses „Training“ 1980 innerhalb des BISp stieß zunächst beim BA-L auf Widerspruch, beschlossen wurde schließlich, dem BA-L dadurch entgegenzukommen, dass eine verbesserte Beteiligung des BA-L in den BISp-Gremien erreicht werden solle (Protokoll über die 20. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 5.4.1979 in Frankfurt; TOP 1 und 2; BArch B274/67). Letztlich stimmte der BA-L dann diesem Fachausschuss doch zu, der zum 1. Januar 1980 etabliert wurde (Protokoll über die 21. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 27. September 1979 in Köln; TOP 6; BArch B274/67 u. 144).

Die immer wieder auftretenden Kontroversen zwischen BISp/BMI und BA-L/DSB über Kompetenzen und Zuständigkeiten verwiesen erneut auf die bei Gründung des BISp kaum geklärte Problematik der Abgrenzung zwischen Autonomie des Sports und staatlicher Subsidiarität. Die Existenz zweier Einrichtungen, deren zentrale Aufgabenstellung die Förderung des Spitzensports war und von denen eine dem DSB, die andere dem BMI angliedert war, musste zwangsläufig das Verhältnis zwischen DSB und BMI zusätzlich belasten, da der DSB etwa in der Zuteilung der Mittel für die sportmedizinischen Untersuchungen an das BISp eine weitere Verringerung der dem frei organisierten Sport zugedachten Fördermittel sah. Die Debatten um die Beteiligung von BA-L-Vertretern an Gremiensitzungen des BISp sowie um die Einrichtung von mit Leistungssportaspekten befassten Arbeitsgruppen im BISp wirft zudem die Frage auf, inwieweit grundsätzlich Strukturen eines Wissenstransfers aus der Forschung in die Sportpraxis in der Interaktion zwischen BISp und BA-L herausgebildet wurden.

3.2.2 Forschungskoordination und Eigenforschung: die Problematik der Aufgaben und Kompetenzen des BISp

Bereits bei den Planungen zur Gründung des Bundesinstitutes für Sportwissenschaft war immer wieder seitens des BMI auf die Frage der verfassungsrechtlichen Zuständigkeit eingegangen worden, die mit Verweis auf die Bundeskompetenz in der Spitzensportförderung als unproblematisch bezeichnet worden war – ohne indes genauere Abgrenzungen vorzunehmen. Tatsächlich trat die Problematik der rechtlichen Zuständigkeit des BISp wiederholt zutage, dies vor allem hinsichtlich der Vergabe von Forschungsaufträgen an Hochschulen, die in die Länderkompetenz fielen, aber natürlich auch

in der Frage der Abgrenzung zwischen einer auf den Spitzen- oder den Breitensport abzielenden Forschungsförderung. Letztlich berührte die Frage der genauen Kompetenzen des BISp auch die Koordination der wissenschaftlichen Forschung, die sich außerhalb des Bereichs der Fachaufsicht des nur für den Spitzensport zuständigen Bundesinnenministeriums vollzog.

3.2.2.1 *Forschungskoordination*

Ein Aspekt, der maßgeblich zur Gründung des Instituts geführt hatte, war der Wunsch nach einer zentralen Koordination der sportwissenschaftlichen Forschung. In den Anfangsjahren wurde seitens des BISp bzw. dessen Gremien befürchtet, dass „das Institut von anderen finanzkräftigen Organisationen ausgespielt wird und am Institut vorbeigefördert wird“ (Niederschrift über die 5. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 11. April 1973 in Lövenich; BArch B322/775), das BISp somit eine zentrale Daseinsberechtigung verlieren könnte. Die Frage der hinreichenden Koordination von sportwissenschaftlichen Forschungsvorhaben innerhalb verschiedener Ministerien – hier insbesondere neben dem für den Sport zuständigen BMI die Forschungsförderung des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft, aber auch des Gesundheitsministeriums – zur Vermeidung von „Doppelförderungen“ wurde häufig in den Sitzungen des Direktoriums thematisiert. Hier spielte zudem auch die Beteiligung der Länder an Fördervorhaben eine Rolle. Rieder forderte im Dezember 1972, dass das BISp die Stelle sein müsse, „die einen umfassenden Überblick über alle im Bereich der Sportwissenschaft laufenden oder beantragten Projekte“ haben müsse. Hierfür sei, unter Federführung des BMI, die Einsetzung einer interministeriellen Arbeitsgruppe notwendig, die das „z.Zt. noch bestehende Nebeneinander von Fördermaßnahmen“ verhindern solle. Dass das BISp die „Möglichkeit zur Koordination“ besitze, sei, so der Direktoriumsvorsitzende Grupe, eine „Lebensfrage des BISp“. In einer „EntschlieÙung“ forderte das BISp-Direktorium schließlich das BMI auf,

„die Initiative zur Koordination sportwissenschaftlicher Forschungsvorhaben, soweit sie aus Bundesmitteln gefördert werden, auf interministerieller Basis zu ergreifen, zu prüfen, in welcher Form andere Stellen an dem Koordinationsprozeß beteiligt werden können und das Problem der Koordination in der Deutschen Sportkonferenz zu diskutieren“ (Niederschrift über die 4. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 15. Dezember 1972 in Lövenich; BArch B322/775).

Das BMI sollte die Koordination der beim BISp geförderten Projekte „in allen Stadien“ gewährleisten sowie den „Informationsaustausch mit den Ländern“ intensivieren. Sowohl die Bundesministerien als auch die der Länder begrüßten den Vorschlag des BISp, die zuständigen Bundes- und Länderministerien sagten zu, bis zum Herbst 1973 eine Übersicht über die geförderten Forschungen an das BMI zu leiten (Niederschrift über die 5. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 11. April 1973 in Lövenich; BArch B322/775). Tatsächlich kam es aber keineswegs zu einer uneingeschränkten Koordinierung sportwissenschaftlicher Forschung. Dies wurde nicht zuletzt im Zusammenhang mit einer vom Bundesforschungsministerium 1976 an die Universität Oldenburg (Prof. Dieckert) in Auftrag gegebenen Studie zu einem „Modellversuch ‚Neustrukturierung des Lehramtes Studiengang Sportwissenschaft mit der Zielsetzung Freizeitsport‘“ über 1,3 Mio. DM deutlich, die ohne Hinzuziehung von BISp und BMI erfolgt war und die, so der Vorwurf des BISp, „in keiner Relation zu übrigen Forschungsvorhaben, insbesondere zu den Mitteln, die dem BISp [...] bereitstehen“, vergeben worden sei (Protokoll über die 15. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 6. Oktober 1976 in München, S. 4; BArch B274/66). Das Direktorium des BISp erklärte hierzu, dass „derartige Vergabepaxen nicht akzeptiert werden“ könnten, das Projekt nach den Maßstäben der Fachbeiräte zudem nicht bewilligt worden wäre. Das Direktorium forderte das BISp auf, gegenüber dem BMI „kritisch [...] Stellung zu nehmen und hier insbesondere

die „mangelhaft[e]“ Forschungscoordination zu betonen (Protokoll über die 16. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 20.5.1977 in Frankfurt; TOP 6; BArch B274/66 u. 144). Im Juni 1977 schrieb der Direktoriumsvorsitzende Grupe an Innenminister Maihofer und bezeichnete diesen Vorfall als Paradigma einer „mangelhafte[n] Koordination der sportwissenschaftlichen Forschung innerhalb der Ressorts der Bundesregierung“ (Schreiben Grupe an Maihofer, Betr.: Koordination der sportwissenschaftlichen Forschung, vom 10.6.1977; BArch B274/144). Dass sportwissenschaftliche Forschungsvorhaben ohne Teilhabe des BISp durch staatliche Gelder gefördert werden, beklagte in der Sitzung des Fachbeirats für angewandte Forschung im November 1977 auch der Sportpädagoge Lotz (Niederschrift zur Sitzung des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiet des Sports“ vom 17. November 1977 im BISp, Köln, Top 5; BArch B274/143).

Die Effizienz der im Errichtungserlass bezweckten „Forschungscoordination“ durch das BISp wurde 1979 auch durch den DSB infrage gestellt. Das Problem sah man vor allem in der Anbindung des BISp an das BMI. In einer Vorlage zur Präsidiumssitzung des DSB wurde konstatiert, dass der Ansatz einer „Koordinierung aller sportwissenschaftlichen Forschungsvorhaben innerhalb der Bundesressorts“ durch das BISp, das damit „die Funktion einer zentralen Koordinierungsstelle aller Vorhaben“ einnehmen solle, nicht „zufriedenstellend gelungen“ sei:

„Die Forschungsförderung durch das Bundesinstitut erfolgt im wesentlichen auf dem Gebiet des Leistungssports, da das BMI für diesen Bereich seine Zuständigkeit ableitet. Dies bedeutet in der sportwissenschaftlichen Forschung eine Eingrenzung. Wenn das Bundesinstitut als Institution der gesamten Bundesregierung und nicht nur allein des BMI gesehen wird, wäre es durchaus denkbar, daß das Bundesinstitut auch Forschungsvorhaben dieser Ressorts mit übernimmt. Insbesondere auf den Gebieten des Gesundheitswesens, des Freizeit- und Breitensports, der Lehrerweiter- und -fortbildung auf dem sportlichen Sektor. Hier bedarf es keiner Umstrukturierung. Es genügt, wenn die einzelnen Ressorts das Bundesinstitut mit der Durchführung bestimmter Forschungsvorhaben beauftragen und die hierfür benötigten Mittel dem Bundesinstitut zur Eigenbewirtschaftung übertragen“ (Vorlage Präsidiumssitzung des DSB vom 15.8.1979; BArch B274/144).

Die Problematik der Forschungscoordination blieb ein ständig wiederkehrendes Thema innerhalb des BISp. Ungeachtet der Zusagen etwa des Bundesgesundheits- und des Bundesbildungsministeriums, Auskunft über Forschungsprojekte zu erteilen, stellte 1985 der BISp-Direktor Kirsch fest, dass das BISp „nur sporadisch“ an der Forschungsförderung durch das BMBW beteiligt werde. Das Institut sei nur bei zwei Projekten in die Entscheidung der Förderung eingebunden worden (Niederschrift über die 34. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 7. November 1985 in Köln, TOP 2; BArch B274/145).

3.2.2.2 *Eigenforschung und Forschungsaufträge*

Vorgesehen in der Planung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft waren sowohl die Vergabe gezielter Forschungsaufträge durch das BISp wie auch – als ungeklärte Option – die Möglichkeit eigener Forschungstätigkeit durch BISp-Mitarbeiter. Vor allem Letzteres war eine zentrale und immer wieder hervorgebrachte Forderung vieler Gremienmitglieder. Die Möglichkeit eigener Forschungstätigkeit wurde als Voraussetzung dafür gesehen, qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und dadurch den Rang des BISp zu erhöhen. Die eigene Forschungstätigkeit des BISp war jedoch von Beginn an durchaus umstritten. Im Vorfeld der Gründung war beschlossen worden, dass das Bundesinstitut zunächst keine eigene Forschung durchführen solle, sondern man erst „Erfahrungen mit dem Institut [...] sammeln“ solle, „bevor über eine Ausweitung zu einem Forschungsinstitut entschieden wird“

(Schreiben Dorn an Kregel vom 18.9.1970; BArch B322/530). Der BMI-Vertreter Bochmann unterteilte die weitere Entwicklung in drei Phasen: zunächst die Koordination der Forschung, danach die Festsetzung von Forschungsprioritäten und die Vergabe von Aufträgen und „dann in der dritten Phase auch eigene Forschung“ zu betreiben (Diskussionsgrundlage des Fachbereichs I (Wissenschaftliche Forschung): Problematik der Aufgabenstellung, 1970; BArch B274/64). Nach Gründung des Instituts wurde die Forderung nach einer „Eigenforschung“ ein ständiges Thema des Direktatoriums. Vor allem für dessen Vorsitzenden Grupe stellte dies, seiner Vorstellung des BISp als einer Forschungseinrichtung folgend, ein zentrales und immer wieder akzentuiertes Ziel dar. Bezüglich der Frage der Eigenforschung manifestierte sich indes die Problematik der Zuständigkeit. So vertrat der Wissenschaftsausschuss der Deutschen Sportkonferenz im November 1971 die „Auffassung [...], daß das BISp keine eigene Forschungstätigkeit ausüben dürfe, weil diese den Universitäten vorbehalten bleiben müsse. Das Bundesinstitut dürfe nicht in die Kompetenzen der Länder eingreifen“ (Der Bundesminister des Innern – Betr. Forschungstätigkeit des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, vom 15.3.1972; BArch B274/64). Das BMI argumentierte dagegen „aus verfassungsrechtlicher Sicht“ damit, dass das Grundgesetz nur die Freiheit von Forschung und Lehre gewährleiste, allerdings nicht „den Ort der Forschungs- und Lehrtätigkeit“ spezifiziere. Somit sei den Universitäten keineswegs „ein Monopol [...] auf Forschung“ gegeben, diese sei auch außerhalb der Universitäten nach dem Grundgesetz möglich und geschützt und damit auch dem Bundesinstitut „ohne Bedenken“ möglich. Dies gelte allerdings im Verhältnis Bund – Länder nur für die dem Bund obliegenden Kompetenzen wie den Spitzensport (Der Bundesminister des Innern – Betr. Forschungstätigkeit des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, vom 15.3.1972; BArch B274/64). Dem entsprechend war im Deutschen Bundestag 1971 beschlossen worden, dass das BISp sowohl Aufträge vergeben als auch Eigenforschung betreiben solle:

„Neben der Vergabe von Forschungsaufträgen ist grundsätzlich auch eine eigene Forschungstätigkeit des Bundesinstituts in Aussicht genommen. Voraussetzung ist jedoch, daß eine klare Abgrenzung zum Hochschulbereich getroffen wird, der in die ausschließliche Kompetenz der Länder fällt“ (BT-Drucksache VI/2728 vom 13.10.1971; vgl. auch die Diskussionsgrundlage des Fachbereichs I (Wissenschaftliche Forschung): Problematik der Aufgabenstellung; BArch B274/64).

Wenngleich das BMI als Aufsichtsbehörde somit die rechtliche Möglichkeit der Eigenforschung durchaus einräumte, verzögerte es zugleich deren Umsetzung. Letztlich verhinderten ohne Frage auch die finanzielle Lage und die damit verbundene Personalknappheit – und hier insbesondere die des wissenschaftlich qualifizierten Personals (vgl. „Finanzierung des wissenschaftlichen Personals“) – die Aufnahme eigener Forschung. Die anfangs noch vehement vonseiten des BISp aufgeworfene Frage einer Eigenforschung – Rieder hatte diese etwa 1971 und 1972 noch als eine „zentrale Aufgabe“ des BISp gesehen, als „ein Gradmesser des Erfolgs seiner Gründung“ bezeichnet (Protokoll der Sitzung des Fachbeirats für Angewandte Forschung auf dem Gebiete des Sports vom 19.2.1971; Besprechung der Berichterstatter des 1. Sonderausschusses für Sport und Olympische Spiele mit dem Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 15.3.1972 in Bonn, S. 4; BArch B274/64 (Zitat) – verblasste zusehends im Verlauf bereits der 1970er-Jahre.

Anders hingegen die vom BISp vergebenen „Forschungsaufträge“: Sie wurden als „Schwerpunkte“ einer im Forschungsprogramm des BISp verankerten Forschung gesehen. Forschungsaufträge sollten auf Anregung des BISp, des Direktoriums, der Fachbeiräte oder auch einzelner Wissenschaftler vergeben werden (Vorlage 1 – 1. Zum Thema Aufstellung des Forschungsprogramms (1971); BArch B274/63). Ihr Umfang machte bereits in den ersten Jahren zwischen 10 und 20% der Gesamtforschungsförderung des BISp aus (Haushaltsansätze für die Gewährung von Zuwendung des BISp im HAUSHALTSJAHR 1976; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Vielfach kamen

die Themenstellungen der in der Regel mehrjährigen Auftragsprojekte vom BMI bzw. dem Bundestagsparlament, die damit aktuellen Fragestellungen nachzukommen suchten. Dies betraf etwa die „Längsschnittstudie über die Auswirkungen des Kinder- und Jugendhochleistungssports unter psychologischen Gesichtspunkten (Kinderhochleistungssport)“, die der Tübinger Sportpsychologie Kaminski von 1973 bis 1980 durchführte (BArch B274/142, 143; Projektakte B274/176). Sie stieß nicht zuletzt deshalb auf reges Interesse, da es hier um die grundsätzliche ethische Frage ging, ob und inwieweit Kinder und Jugendliche in den Hochleistungssport involviert werden sollten und könnten. Mehrfach fanden hierzu Informationsveranstaltungen und Hearings statt, etwa im November 1978 und im Juli 1979 (Schreiben BISP-Verwaltung an die Mitglieder des Fachbeirates „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ vom 19.10.1978; BISP-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle; vgl. Projektakte B274/176). Ein weiteres von der Politik initiiertes Projekt, an dessen Finanzierung sich auch der Europarat beteiligte und das zur Bildung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe im BISP führte, war „Sport und Gewalt“ (1979-1988), das von mehreren Sportwissenschaftlern in Hannover durchgeführt wurde. 1981 legte die Projektgruppe ein erstes zusammenfassendes Gutachten vor (Schreiben BMI an BISP betr. Gewalt im Sport, hier: Einrichtung einer Arbeitsgruppe beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft; BArch B274/66; Protokoll über die 23. Sitzung des Direktoriums beim BISP am 13.11.1980 in Köln; TOP 3; BArch B274/67; vgl. Projektakte BArch B274/56).

Letztlich führte aber auch die Auftragsforschung zu Problemen, die sich aus der Frage der verfassungsrechtlichen Zuständigkeit ergaben. Der Bundesrechnungshof beanstandete am 29. März 1976 „aus kompetenzrechtlichen Gründen“ die Finanzierungszuständigkeit des Bundes für das BISP in Tätigkeitsbereichen wie der sportwissenschaftlichen Forschung, die im Hochschulbereich Länderangelegenheit sei. Die Bundesregierung verwies daraufhin auf einen „Spielraum der Bundeszuständigkeit aufgrund ressortzugehöriger Funktionen“ und dass die Forschungsergebnisse „der besonderen Aufgabenstellung der Bundesregierung zugute“ kämen. Somit sei die Zuständigkeit für „Forschungsaktivitäten aus dem Sachzusammenhang begründet, in dem Forschung vorrangig eine Hilfs- und Unterstützungsfunktion“ einnehme: „Mit dieser Funktion des BISP als Lieferant von Entscheidungshilfen lässt sich eine Bundeszuständigkeit unter dem Gesichtspunkt der ressortzugehörigen Funktionen begründen“ (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Schäuble u. a. betr. Forschungsförderung der Bundesregierung im Bereich der Sportwissenschaften, S. 5; BMI – Referat V I 1 Anlage: Überlegungen zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit einer „Anbindung“ der Trainerakademie Köln e.V. an das Bundesinstitut für Sportwissenschaft vom 9.8.1977, S. 3 f., zum Protokoll über die 17. Sitzung des Direktoriums beim BISP am 7. und 8.12.1977 in Köln; BArch B274/144).

1986 überprüfte der Bundesrechnungshof erneut die Arbeit des BISP, wobei die Frage der Kompetenz des Bundes bzw. dessen Begründung für die Forschungsförderung ebenfalls erneut eine zentrale Rolle spielte. Im Prüfungsbericht, der am 10. Februar 1986 dem BISP zugeht, kritisierte der Rechnungshof fünf Punkte, dabei wurde u. a. festgestellt:

„[...] 0.2 Die Forschungsaktivitäten des BISP sind nicht immer auf die Gewinnung von Entscheidungshilfen zur sachgerechten Erfüllung von Ressortaufgaben gerichtet, und es ist nicht erkennbar, in welcher Weise die Forschungsergebnisse für Ressortaufgaben verwendet werden. [...] 0.4 Das BISP betreut Vorhaben, für die es nicht zuständig ist. 0.5 Andererseits führt das BISP Arbeiten, für die es zuständig ist, nicht selbst aus, wie wir das für möglich halten, sondern überlässt sie Dritten“ (Schreiben Bundesrechnungshof an BISP vom 10.2.1986; BArch B274/146).

In der weiteren Darlegung kritisierte der Rechnungshof bereits die Bezeichnung des Instituts, da „Sportwissenschaft“ Ländersache sei, nur die Sportförderung „auf den bekannten Teilgebieten“ obliege dem Bund, somit sei das BISP ein „Institut zur Erforschung des Sports im Rahmen der Aufga-

benzuständigkeit des Bundes“. Hinsichtlich der Zusammensetzung des Direktoriums hegte das Gutachten „erhebliche rechtliche Bedenken [...]“. Da das BISp „nur im Wege der Ressortforschung tätig werden kann“ und dadurch „Entscheidungshilfen zur sachgerechten Erfüllung der Fachaufgaben des Ressorts“ bereitstellen solle, ergäben sich neben den rechtlichen auch fachliche Bedenken, „ob das Direktorium, der hauptamtliche Direktor eingeschlossen, beurteilen kann, was zur Erfüllung der Ressortaufgaben erforscht werden muß“ (Anlage zum Schreiben Bundesrechnungshof an BISp vom 10.2.1986; BArch B274/146). In der Sitzung des Direktoriums am 18. April 1986 verkündete der BMI-Vertreter, er beabsichtige, „die dem Errichtungserlaß zugrundeliegende Haltung des Bundesministeriums des Innern, die auch heute noch unverändert gilt, der Niederschrift des Bundesrechnungshofes entgegen[zuh]alten (Niederschrift über die 35. Sitzung des Direktoriums am 18. April 1986 in Würzburg, TOP 4; BArch B274/146). Letztlich blieb es dabei, dass das BISp Forschungsaufträge erteilte, eine Eigenforschung jedoch wurde nie umgesetzt.

3.3 Strukturelle Probleme: Finanzen und Personal

Neben die konzeptionellen traten strukturelle Probleme, die Auswirkungen auf die Arbeit des BISp hatten. Das zentrale Problem war hierbei das der wechselhaften Finanzierung, die letztlich von den Ansätzen des Bundeshaushaltes bzw. eventuellen Kürzungen durch den Haushaltsausschuss abhängig und damit nur sehr kurzfristig kalkulierbar war. Im Unterschied zur Vorgängerorganisation „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“, das als Verein auf der Basis ehrenamtlichen Engagements der Gremien fast die gesamten Fördermittel des Bundes auch der Forschung zukommen lassen konnte, war mit dem BISp eine Verwaltungsbehörde mit den entsprechenden diversifizierten Kosten entstanden. Zudem hatte das BISp nunmehr drei Aufgabenschwerpunkte. Die mit der Aufsplitterung der Finanzen verbundene Finanzierungsproblematik auf verschiedene Bereiche wurde in zwei Bereichen besonders deutlich: bei der Personalstruktur des BISp und bei der Forschungsförderung als zentraler Aufgabenstellung des Instituts.

3.3.1 Finanzierung der Forschung

1970 hatte die Bundesregierung in ihrer Finanzplanung für die Jahre 1971 bis 1974 für das neue Bundesinstitut Fördermittel zwischen 4,4 bis 5,8 Mio. DM jährlich eingeplant (BT-Drucksache VI/1122, S. 8). Diese Fördersummen betrafen indes die Gesamtförderung des Bundesinstituts inklusive der Verwaltungskosten, die Höhe der Förderung der wissenschaftlichen Forschung lag von Beginn an deutlich darunter. So lagen die Haushaltsansätze für die Forschung im selben Zeitraum zwischen 2 und 2,7 Mio. DM (BT-Drucksache 7/1040; S. 14; 7/4609, S. 21). Letztlich kam es im Zeitraum 1970 bis 1990 kaum zu Erhöhungen der Forschungsmittel des BISp, in den Jahren 1981 und 1982 wurden die Mittel sogar gekürzt und selbst 1989 lagen sie in der Gesamtheit noch unter denen des Jahres 1977. Zudem vergrößerte sich die Diskrepanz zwischen der Gesamtförderung des BISp und der Forschungsförderung im Zeitverlauf bis 1990.

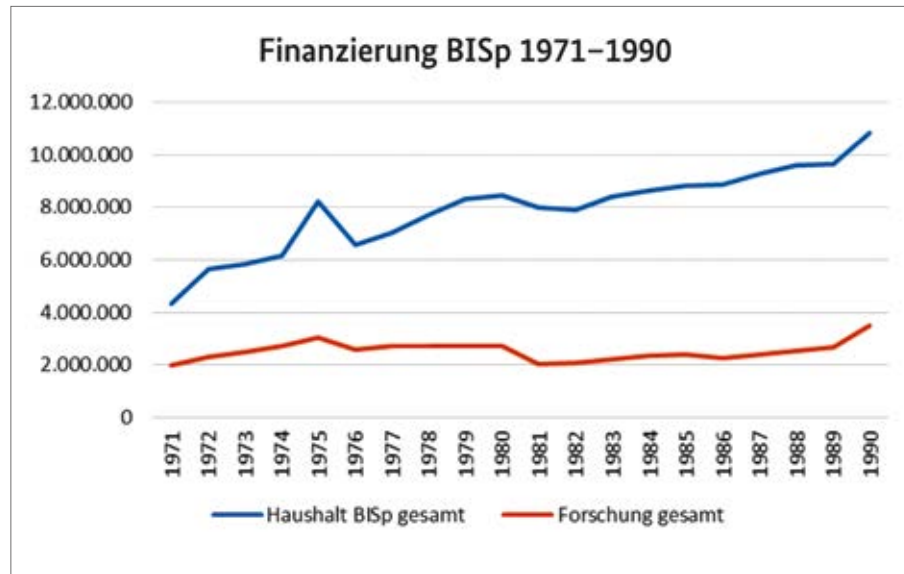


Abb. 5.1 Finanzierung des BISp gesamt und der Forschung nach Haushaltsansätzen 1971-1990 in DM (Quelle: Sportberichte der Bundesregierung)

Die hinter den ursprünglichen Erwartungen bleibende und zudem in der Höhe schwankende Forschungsförderung stellte ein Problem dar, das zu ständigen Beschwerden seitens der BISp-Verwaltung wie der Gremien gegenüber dem BMI führte. Im Februar 1972 forderte der BISp-Direktor Rieder vor dem Sportausschuss des Deutschen Bundestages eine Erhöhung des Budgets für die Forschung:

„Gleichzeitig müßten die Forschungsmittel für die Wissenschaft, Sportstättenbau und Dokumentation bis 1975 auf 3 Mio. angehoben werden“ (Vorlage zur Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 21.2.1972; BArch B322/775).

Im November 1972 bezeichnete Rieder „die Situation des Bundesinstituts“ dann aufgrund fehlender Haushaltsmittel des Bundes und daraus resultierender Personalknappheit und planerischer Perspektivlosigkeit als „bedenklich“. Das Fachbeiratsmitglied Stoboy nannte die Situation, dass seitens des Staates „wissenschaftliche Institutionen“ geschaffen würden, diese dann aber hinsichtlich der Konsequenzen auf „Fremdmittel verwiesen“ würden, „geradezu modern“. Der Beirat müsse dem BMI durch ein Votum verdeutlichen, dass dieses nun auch die Konsequenzen durch finanzielle Förderung tragen müsse (Anlage: Ausführlicher Diskussionsverlauf des Punktes 3 der Tagesordnung, S. 1; BArch B322/774). In der Konsequenz änderte sich indes kaum etwas, in einzelnen Jahren bewilligte das BMI lediglich zusätzliche Mittel, wie 1973 200.000 DM für die Neueinrichtung eines Doping-Zentrallabors, die Verbesserung der sportmedizinischen Untersuchungen sowie die Erarbeitung eines sportwissenschaftlichen Schwerpunktprogramms des BISp (Vorlage zur Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 21.2.1972; BArch B322/775).

Als schwierig für die Planung erwies sich vor allem auch, dass das BISp, das gegen Ende des Jahres (Oktober/November) über die Bewilligung der Forschungsanträge des Folgejahres entschied, nicht konkret wusste, wieviel Mittel tatsächlich zur Verfügung standen, da die Haushaltsberatungen im Haushaltsausschuss zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen waren (Niederschrift über die 28. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 21. Oktober 1982 in Köln, TOP 3; BArch B274/67 u. 145). In einem Schreiben an das Direktorium am 29. Oktober 1973 wies Rieder darauf hin, dass der Bundeshaushalt für 1974 frühestens im Januar 1974 verabschiedet werde und es „im Hinblick auf die z. Zt. betriebene Haushaltspolitik“ noch nicht absehbar sei, ob „die vor-

gesehenen Ansätze für das Haushaltsjahr 1974 tatsächlich zur Verfügung stehen werden“. Die Förderung selbst fortlaufender Projekte sei aufgrund der ungeklärten Höhe der Mittelzuweisung unsicher. Die neuen Forschungsanträge für 1974 sollten daher erst Mitte Januar durch den Fachbeirat für angewandte Wissenschaft begutachtet werden. Die Fortsetzungsanträge indes sollten durch das Direktorium begutachtet werden, wobei dieses nur dahingehend beraten solle, „welche Anträge überhaupt noch im Jahre 1974 fortgesetzt werden sollen“ (Schreiben Rieder an Mitglieder des Direktoriums vom 29.10.1973; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

In den Jahren 1981 und 1982 kam es zu einer deutlichen Kürzung der Forschungsmittel, hatte der Ansatz für 1980 noch bei 2,7 Mio. DM gelegen, so waren es 1981 nur noch 2,05 Mio. und 1982 2,07 Mio. DM. Der Direktoriumsvorsitzende Grupe nahm die Mittelkürzungen 1981 zum Anlass, um gegenüber Bundesinnenminister Baum erneut die Förderpolitik der Bundesregierung zu kritisieren. Er bezeichnete die „außerordentlich hohen Kürzungen“ als für die „Leistungsfähigkeit des Instituts besorgniserregend“ und in den Auswirkungen „außerordentlich gravierend“. Angesichts einer Kürzung für die sportwissenschaftliche Forschung von 26% – in der Summe von 850.000 DM, was allein der Höhe der vorgesehenen Förderung der sportmedizinischen Forschung entspräche – gegenüber 10% für alle Forschungsbereiche des Bundeshaushaltes stellte Grupe die „Sachkenntnis“ der Mitglieder des Haushaltsausschusses in Frage, die damit „Prioritätenentscheidungen mit langfristigen Wirken getroffen“ hätten. Damit stehe die Entwicklung der sich im Aufbau befindlichen Sportwissenschaft in der Bundesrepublik grundsätzlich in Frage. Die Finanzausstattung des Instituts sei „weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben, die mit seiner Errichtung verknüpft waren“ (Schreiben Grupe an Baum vom 7.7.1981; BArch B274/146).

Die Situation des BISp war im Februar 1982 einziges Thema in der 17. Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages. BISp-Direktor Kirsch stellte zunächst die Arbeit des BISp in den letzten zehn Jahren vor, in der „rund 50 Forschungsvorhaben“ im Gesamtumfang von 3 Mio. DM durchgeführt worden seien, die zu „320 Verankerungen in wesentlichen Normen, Planungsgrundlagen und Veröffentlichungen“ geführt hätten. Unmittelbar daran schloss er die Mittelkürzungen an, die eben diese Forschungsarbeit einschränkte. Kirsch verwies hierbei auf eine Aussage des Bundesinnenministers Baum aus seiner Ansprache zum 10-jährigen Jubiläum des BISp vom 13. November 1980, in der dieser nicht nur den „entscheidenden Anteil“ des BISp am „international hohen Stand der deutschen Sportwissenschaft“ hervorgehoben hatte, sondern auch eine Mittelkürzung für 1981 als „nicht zu befürchten“ bezeichnet hatte (Ansprache des Bundesministers des Innern, Gerhart Rudolf Baum anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 13. November 1980 in Köln; BArch B274/144). Demgegenüber seien dann aber doch erhebliche Mittelkürzungen von 33,2% durch den Haushaltsausschuss erfolgt, die 1981 allein den vorgesehenen Anteil der Förderung für die Sportmedizin ausgemacht hätten. Anhand verschiedener Tabellen belegte Kirsch u. a. die geringfügige Gesamtmittelaufstockung von 109.000 DM von 1981 zu 1983 sowie die zunehmende Diskrepanz zwischen Anträgen und Bewilligungen, die letztlich dazu führten, dass immer weniger Forschungsanträge auch gefördert werden könnten. Kirsch hob abschließend hervor, dass die aufgezeigten Probleme nicht allein „institutsintern“ seien, sondern die grundsätzliche Aufgabenstellung der sportwissenschaftlichen Einrichtungen in der Bundesrepublik, den Athleten wissenschaftlich fundierte Hilfestellung zu leisten, infrage stelle (Anlage 2 zu Protokoll: Bericht des Direktors des Bundesinstituts für Sportwissenschaft anlässlich der 17. Sitzung des Sportausschusses am 10.2.1982; BArch B274/67 u. 145). Am Ende der Debatte, die von einer grundsätzlichen Zustimmung der Abgeordneten aller Parteien zur Arbeit des BISp geprägt war, standen drei Ergebnisse:

*„Es besteht Einigkeit über die Bedeutung der Sportwissenschaft, die auch weiterhin eine Priorität bei der Bereitstellung von Mitteln behalten müsse.
Der Ausschuss nimmt mit Befriedigung zur Kenntnis, daß der Bundesminister des Innern*

bemüht ist, den Ansatz für 1983 für Sportförderungsmittel deutlich aufzustocken. Der Ausschuß werde hierbei die erforderliche Unterstützung gewähren.

Der Ausschuß gehe davon aus, daß ihm vom BISp eine Unterlage zur Verfügung gestellt wird mit Forschungsvorhaben, die die Dringlichkeit einer Mittelaufstockung unterstreichen“ (Kurzprotokoll 17. Sitzung des Sportausschusses am Mittwoch, dem 10. Februar 1982, 15.15 Uhr, Bonn-Bundeshaus; BArch B274/67 u. 145).

1983 betrug die Haushaltsmittel des BISp mit insgesamt 2,34 Mio. DM zwar mehr als im Vorjahr, sie genügten indes bei Weitem nicht zur Förderung aller positiv begutachteten Projekte.

Auch 1985 wurde im Direktorium das nach wie vor bestehende „grundsätzliche Problem der Forschungsförderung diskutiert, das darin bestehe, daß die Haushaltsansätze bei weitem nicht ausreichen, um eine gezielte und sinnvolle Forschungsförderung auf dem Gebiet der Sportwissenschaft zu betreiben“. Die „Schere zwischen den Haushaltsansätzen und dem Antragsvolumen“ werde jedes Jahr größer, „so daß viele qualifizierte und dringend notwendige Forschungsvorhaben nicht mehr durch das Bundesinstitut für Sportwissenschaft gefördert werden können“, wie Kirsch betonte. Er sprach auch das Problem an, dass viele Vorhaben „notwendigerweise“ über Jahre gefördert werden müssten, wodurch die „Förderungschancen von Neuanträgen“ gemindert würden. Dieser „bekannte Mißstand“ habe dazu geführt, dass „heute schon viele Forschungsanträge nicht mehr beim Bundesinstitut, sondern bei anderen Förderungsinstitutionen eingereicht“ würden, was dazu führe, dass das BISp „seiner Aufgabe, eine zentrale Forschungsförderungseinrichtung zu sein, immer weniger gerecht wird und seine Bedeutung als eine maßgebliche Forschungsförderungseinrichtung sich dadurch mindert“. In der Diskussion forderte Grupe eine „Größenordnung von ca. 4 Mio. DM“ für eine „verantwortungsvolle Forschungsförderung“. Das Direktoriumsmitglied Heinemann beklagte, dass die beim BISp eingehenden Anträge auf „einem unteren finanziellen Niveau“ und damit auch „auf einem gerade noch vertretbaren wissenschaftlichen Standard“ lägen. Keul kritisierte das Missverhältnis zwischen Verwaltungsaufwand zur Verteilung der Gelder und den dann verteilten Mitteln – und griff damit einer Kritik der späteren Evaluation des Wissenschaftsrates 2007 vor¹⁴ (Niederschrift über die 34. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 7. November 1985 in Köln, TOP 3; BArch B274/145).

1986 schrieb Grupe erneut an Bundesinnenminister Zimmermann. Nunmehr verwies er darauf, dass sich aufgrund der unzureichenden Förderung die Situation des BISp „mittlerweile so sehr verschlechtert“ habe, dass Direktorium und Fachausschüsse „eine erfolgreiche Wahrnehmung der dem Bundesinstitut zugewiesenen Aufgaben nicht mehr nur als behindert, sondern inzwischen sogar als bedroht“ ansehen würden. Den für 1986 vorgesehenen Mitteln in Höhe von insgesamt 2,755 Mio. DM stünden „qualifizierte Forschungsanträge in Höhe von DM 4.879.000, – gegenüber“, davon seien 1.82 Mio. DM bereits für laufende Projekte reserviert. Von 96 Anträgen hätten somit nur 66 bezuschusst werden können, der größte Teil der 30 unberücksichtigten Anträge sei als förderungswürdig beschieden worden, könne aber aus Geldmangel nicht gefördert werden. Grupe leitet aus dieser Gegenüberstellung ein von Jahr zu Jahr wachsendes „Mißverhältnis zwischen Forschungsbedarf und dessen finanzieller Realisierung“ ab, seit 1973 sei die „Schere“ stetig weiter geöffnet, die „rigorose Reduzierung des Haushaltsansatzes von 1981 um rund 33 % auf 2.260.000 DM ist nie mehr rückgängig gemacht worden [...]. Die geringen jährlichen Zuwächse bis zum Haushaltsansatz für das Jahr 1986 [...] fallen demgegenüber gar nicht mehr ins Gewicht.“ In der Konsequenz, so Grupe, führe dies zu mehreren bedenklichen Auswirkungen: Für „die Weiterentwicklung des Hochleistungssports wichtige und sogar unverzichtbare Forschungsvorhaben“ könnten nicht mehr durchgeführt werden. Anträge würden mittlerweile häufig bei anderen Fördereinrichtungen gestellt, wodurch das BISp seiner Aufgabe einer Koordination der Forschung ebenfalls nicht mehr genügen könne. Zudem würde die „qualifizierte Forschung“, die das BISp durch seine Gutachtergremien gewährleiste, „aufs Spiel gesetzt“. Die

¹⁴ Wissenschaftsrat, 2007.

Anträge würden aufgrund der geringen Fördermittel auf einem „unteren finanziellen Niveau“ und damit auch mit niedrigerer „wissenschaftlicher Qualität“ erfolgen. Wissenschaftlicher Nachwuchs würde häufiger aufgrund fehlender Stellen ausscheiden. Für den Hochleistungssport wichtige langjährige Längsschnittuntersuchungen seien kaum noch finanzierbar. Die wissenschaftlichen Aufgaben in den Bundesleistungszentren und Olympia-Stützpunkten seien zukünftig kaum wahrnehmbar, vor allem benötigte Geräte könnten nicht mehr angeschafft werden. All dies sei vor allem deshalb „besonders prekär“, weil mittlerweile an den Hochschulen verbesserte Infrastrukturen eine „konzentrierte sportwissenschaftliche Forschung“ erlauben würden. Grupe bat Zimmermann, die Mittelkürzungen rückgängig zu machen, was angesichts einer Summe in Höhe von 99,2 Mio. DM, die das BMI für die Sportförderung insgesamt zur Verfügung hat, durch Umschichtungen von Mitteln möglich sein sollte. Nur so sei es möglich, das „international anerkannt hohe Niveau der Sportwissenschaft“ zu halten und die Position des Leistungssports zu verbessern (Schreiben Grupe an Zimmermann vom 15.1.1986; BArch B274/146). Tatsächlich stimmte Zimmermann einer Erhöhung der Forschungsmittel um ca. 500.000 DM zu, wie in der Sitzung des Direktoriums im April 1986 bekannt gegeben wurde. Da jedoch der Bundesfinanzminister nur einen „Zuwachs von rd. 200.000, – DM“ akzeptiert hatte, wurde beschlossen, durch „die Unterstützung einiger Sportwissenschaftler“ zu gewinnen, die beim BMI auf die Aufrechterhaltung der zugesagten Mittelzuweisung drängen sollten (Niederschrift über die 35. Sitzung des Direktoriums am 18. April 1986 in Würzburg, TOP 5; BArch B274/146).

In keinem anderen der drei Aufgabenschwerpunkte schlug sich den Akten zufolge die Finanzierungsproblematik so deutlich nieder wie in der Forschungsförderung. Die stetig zunehmende Diskrepanz zwischen Antragsvolumina und zur Verfügung stehender Fördermittel, die in den 1980er-Jahren gegenüber den Summen in den 1970er-Jahren sogar rückläufig waren (vgl. Abb. 1), war ein ständiges Topos in den Gremiensitzungen, es führte in der Konsequenz ohne Zweifel auch dazu, dass die in den Schwerpunktprogrammen verankerten Forschungsschwerpunkte in Teilen nicht umgesetzt wurden, da infolge der seit den 1950er-Jahren nachzuvollziehenden Praxis einer vorrangigen Bewilligung von Fortsetzungsanträgen sowie von Anträgen etablierter Forschungseinrichtungen neue Forschungseinrichtungen mit neuen Ansätzen kaum zur Geltung kamen. Dies wurde zwar ebenfalls in den Gremiensitzungen thematisiert – dann aber mit dem Verweis darauf, dass die Mittelknappheit keine Neuorientierungen ermögliche. Welche konkreten Auswirkungen diese Finanzierungsproblematik auf die sportmedizinische Forschung hatte, soll in Teil III näher betrachtet werden.

3.3.2 Finanzierung des wissenschaftlichen Personals

Bei der Gründung im Oktober 1970 war das Institut personell noch nicht vollständig arbeitsfähig, viele Bereiche, so die „Fachgruppe wissenschaftliche Forschung“, befanden sich noch im Aufbau. Selbst der Direktorenposten war zu diesem Zeitpunkt nicht besetzt. Zwar gelang es relativ schnell, für die Aufsichtsgremien renommierte Wissenschaftler wie den DSÄB-Präsidenten Herbert Reindell als Vorsitzenden des Fachbeirates Wissenschaft zu gewinnen, sodass diese bis zum Frühjahr 1971 vollständig besetzt und dauerhaft arbeitsfähig waren.¹⁵ Die Besetzung der Verwaltungsstellen im wissenschaftlichen Bereich hingegen erwies sich als ein sich über Jahre hinweg erstreckendes Problem. Dies lag zum einen an den fehlenden Haushaltsmitteln, die in sehr viel geringerer Form als erwartet durch das BMI zur Verfügung gestellt wurde; es lag aber ebenso auch daran, dass es sich als schwierig erwies, wissenschaftlich qualifiziertes Personal anzuwerben. Nicht zuletzt die Vorbehalte vieler Sportwissenschaftler gegenüber dieser staatlichen Einrichtung wirkten sich hier aus. Einen wiederkehrenden Aspekt in diesem Zusammenhang stellte auch die Frage nach der Möglichkeit der BISp-Mitarbeiter zu eigenständiger Forschung dar – einer der Punkte, die bei der Gründung nicht geklärt, sondern

¹⁵ Die Einsetzung des Fachbeirats für den Sportstättenbau zog sich bis Ende März 1971 hin, sodass Ende 1970 zunächst neben dem Wissenschafts-Beirat nur der Beirat für Dokumentation, der von Lieselott Diem geleitet wurde, arbeitsfähig war (Sportkontakt Nr. 5, 5.3.1971, S. 7; BArch B322/773).

aufgeschoben worden waren. Die „Berufung qualifizierter Wissenschaftler“ zur Aufwertung des BISp hatte in den Verhandlungen eine der zentralen Forderungen des DSB dargestellt (Schreiben Kregel an Genscher vom 3.8.1970; BArch B322/530). Somit suchte das BMI auch in der ersten Ausschreibung im Oktober 1970 für die Positionen der Leiter der Forschungsreferate für Medizin/Biologie, Pädagogik/Trainingslehre und Psychologie/Soziologie explizit Bewerber aus den Bereichen Medizin, Pädagogik, Psychologie und Soziologie sowohl mit „Prädikatsexamen“ als auch dem Nachweis bisheriger wissenschaftlicher Tätigkeit (Ausschreibung vom 5.10.1970; BArch B322/530). Die Referatsleiterposten für Sportstätten und Dokumentation waren in gegenseitigem Einvernehmen zwischen BMI und DSB durch Lachenicht¹⁶ und Roskam¹⁷ ohne Ausschreibung besetzt worden (Schreiben Dorn an Kregel vom 28.08.1970 und Entwurf Deutscher Sportbund – Präsidium – Beauftragter für Wissenschaft und Bildung an Dorn vom 16.9.1970; BArch B322/530) –

Bereits unmittelbar nach Gründung des Instituts verwies der Vorsitzende der DSB-Wissenschaftskommission Bokler auf den problematischen Zusammenhang zwischen der unzureichenden Besoldung und der Bewerbung qualifizierter Wissenschaftler. Die „nicht ausreichend besoldeten Planstellen“ führten dazu, dass „die Berufung und Anstellung des Personal nicht so möglich [ist], wie es sich für ein wissenschaftliches Institut von Rang [...] geziemt“ (Schreiben Bokler an v. Köckritz vom 20.10.1970; BArch B322/530). Der Direktoriumsvorsitzende Grupe wies den BMI-Staatssekretär Dorn Mitte November 1970 darauf hin, dass der „Rückhalt, den das Bundesinstitut selber in den an den Universitäten etablierten sportwissenschaftlichen Disziplinen – bei deren mit wenigen Ausnahmen niedrigen Leistungsstand – hat, nur gering sein wird“. Er forderte Dorn dazu auf, das Bundesinstitut zu einer Einrichtung zu machen, die „für wenigstens einige der ohnehin wenigen in Deutschland bislang wissenschaftlich ausgewiesenen und ernstzunehmenden Sportwissenschaftler anziehend genug ist, andere Positionen dafür aufzugeben“ (Schreiben Grupe an Dorn vom 19.11.1970; BArch B322/773).

Anlässlich der ersten, konstituierenden Sitzung des Direktoriums des BISp am 24. Juli 1971 – damit mehr als ein halbes Jahr nach dessen Gründung – ließ sich bezüglich der Zukunft des BISp noch eine „Aufbruchsstimmung“ erkennen. Rieder betonte die Bedeutung des Instituts als „zentraler Institution für die Forschung“, das „durch Intensivierung und Konzentration der sportwissenschaftlichen Forschung dazu beitragen [wolle], den Anschluß an die internationale Forschung zu gewinnen“. Reindell als Vorsitzender des Fachbeirates für Angewandte Wissenschaft versicherte, dass im „Bereich der Medizin die Koordination der Forschungsprojekte und ihre Effektivität bereits gesichert seien“. Lediglich Liselott Diem als Vorsitzende des Fachbeirates Dokumentation bemängelte bereits zu diesem Zeitpunkt die unzureichende Personalsituation in der „Gruppe Dokumentation“ (Niederschrift über die 1. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 24. Juni 1971 in Bonn; BArch B322/775 und B274/55). Diese Anfangseuphorie schlug indes relativ rasch um, bereits auf der zweiten Direktoriumssitzung im Oktober 1971 wurde die „sehr schwierige Stellensituation im Jahre 1972“ erstmals zum beherrschenden Thema (Niederschrift über die 2. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 29. Oktober 1971 in Frankfurt/M.; BArch B322/775 und B274/55). Die Situation des BISp vor allem in Hinblick auf die Personalknappheit war in der Folge fast ständiger Gegenstand von Verlautbarungen des Direktors sowie von Debatten in den BISp-Gremien.

Im Mai 1971 legte Rieder auf Wunsch des BMI einen „Zwischenbericht über den Aufbauzustand des Bundesinstituts für Sportwissenschaft“ vor, in dem er neben den Aufgaben und der Organisa-

¹⁶ Der Diplom-Volkswirt Siegfried Lachenicht war seit dem 1. Januar 1970 im BISp tätig, davor hatte er in derselben Funktion wie im BISp die Abteilung Dokumentation im Carl-Diem-Institut an der DSH Köln geleitet (Übersicht Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp) vom 15.6.1978, S. 3; BArch B274/144).

¹⁷ Der Architekt und Diplom-Sportlehrer Frieder Roskam war vor seiner Tätigkeit im BISp seit dem 1. Januar 1971 Leiter des Instituts für Sportstättenbau des DSB gewesen, mit Sportstättenbau war er seit 1952 befasst, u. a. hatte er auch den Aufbau der Übungsstätten-Beratungsstelle an der DSH Köln mitverantwortet (Übersicht Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp) vom 15.6.1978; BArch B274/144).

tionstruktur des Instituts drei verschiedene Phasen in den kommenden Jahren unterschied: eine „Gründungsphase 1970/1971“, die abgeschlossen sei; eine „Aufbauphase 1972/1973“, die vor allem durch eine ausreichende Stellenbesetzung und den Neubau eines Institutsgebäudes gekennzeichnet sei, und eine „Ausbauphase 1974/1975“, die durch eine Ausweitung der (auch eigenen) Forschungstätigkeit und internationale Kontaktaufnahmen gekennzeichnet sei. Als größtes „aktuelles Problem“ bezeichnete Rieder die Besetzung der Stellen insbesondere im Medizinbereich auch aufgrund der Dotierung der Stellen (Zwischenbericht über den Aufbaustand des Bundesinstituts für Sportwissenschaft; BArch B274-55).

Im April 1972 schrieb Rieder an Innenminister Genscher zur „Lage des Bundesinstituts für Sportwissenschaft“ und monierte an erster Stelle, dass in den Haushaltsverhandlungen „leider keine der 25 Stellen, die nach intensiven Beratungen für 1973 beantragt wurden“, angesprochen worden sei. Dadurch sowie durch den Umstand, dass die für 1971 vorgesehenen 20 und die für 1971 vorgesehenen 23 Stellen durch Kabinettsbeschluss gestrichen worden seien, sei für das Institut „eine so ernste Lage, daß der Sinn der Gründung infrage gestellt“ sei, entstanden (Schreiben Rieder an Genscher vom 18. April 1972; BArch B274/64). Auf der dritten Sitzung des Direktoriums im April 1972 forderte der DOG-Hauptgeschäftsführer Abelbeck eine „Resolution“ an das BMI zu richten mit der Bitte um eine Unterredung über die Stellensituation. Rieder wie auch Diem und Bokler schlossen sich Abelbeck an, Bokler forderte zudem, den DSB mit in die Verhandlungen einzubeziehen, um die Position des BISp zu stärken, der damit für den gesamten Sport spreche. Dem Vertreter des BMI Groß gelang es schließlich mit der Behauptung, im Jahr 1973 sei mit zusätzlichen sieben bis zehn Stellen zu rechnen – was Abelbeck anzweifelte –, die Resolution hinauszuschieben und zunächst die weitere Entwicklung abzuwarten (Niederschrift über die 3. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 21. April 1972 in Frankfurt; BArch B322/775 und B274/64).

Im September 1972 suchte Rieder dann die Unterstützung des DSB gegenüber dem BMI. In einem „Zwischenbericht über den Stand unserer Bemühungen“ an den DSB-Präsidenten Kregel bat er diesen, das „Thema Bundesinstitut“ bei seinem nächsten Gespräch mit dem Bundesinnenminister vorzubringen. Rieder betonte die aus einer Sicht zentralen Punkte, die gegenüber dem BMI zur Sprache kommen sollten, dabei stand die unzureichende Personalsituation an erster Stelle:

„1.) Das Bundesinstitut ist lediglich gegründet worden, die Aufbauphase wurde nicht mehr entsprechend unterstützt. Die Anfangsstellenzahl von 35 hat sich im Laufe von 2 Jahren nicht erhöht und im Jahre 1973 sind keine weiteren Stellen zu erwarten. D.h., daß der Fachbereich Wissenschaft mit drei Referenten weiter jenes ungeheure Gebiet bearbeiten sollte, das beispielweise in der UdSSR für den Bereich Sportpsychologie allein von 150 ausgebildeten Psychologen bearbeitet wird“ (Schreiben Rieder an DSB-Präsident Kregel vom 19.9.1972; BArch B322/775).

Die Stagnation in der Entwicklung des Personalsektors bewirkte bei den Beteiligten sowohl zunehmend resignative als auch im Ton verschärfte Reaktionen. Als Rieder im November 1972, zwei Jahre nach Gründung des BISp, im Fachbeirat für angewandte Wissenschaften „die Situation des Bundesinstituts“ aufgrund fehlender Haushaltsmittel des Bundes und daraus resultierender Personalknappheit und planerischer Perspektivlosigkeit als „bedenklich“ charakterisierte, überwogen in der anschließenden Diskussion unter den Beiratsmitgliedern Skepsis und Enttäuschung über die bisherige Entwicklung des Bundesinstituts. Selbst Regierungsvertreter wie Stralau aus dem Bundesgesundheitsministerium und auch der BMI-Vertreter Groß bezeichneten die Situation als „düster“. Groß verwies darauf, dass „von Seiten des BMI und des Bundesinstituts verschiedene Auswege gesucht würden und konkrete Überlegungen angestellt würden“. Der Medizin-Fachausschuss-Vorsitzende Hollmann äußerte in Bezug auf den Fachbereich Wissenschaftliche Forschung die Befürchtung, dass die „ausgezeichnete[n] Referenten“, die dort tätig seien und die die „praktischen Träger des

gesamten Bundesinstituts darstellen“, aufgrund der Perspektivlosigkeit durch „fehlende Entwicklungsmöglichkeiten“ abwandern könnten. Er plädierte für ein an das BMI gerichtetes „Sondervotum“, „daß man erhebliche Befürchtungen hinsichtlich der Entwicklung des Bundesinstituts“ hege. Der Sportmediziner Nöcker brachte die allgemeine Frustration der Anwesenden auf den Punkt, als er an die ursprünglich groß angelegten Planungen einer „Zentrale für Wissenschaft“ erinnerte, die nunmehr zu einer Einrichtung verkommen sei, die durch Perspektivlosigkeit gekennzeichnet sei und in der „Kleinstprojekte“ gefördert würden:

„Diese Entwicklung, wenn ich den Anfangspunkt nehme, der ja ganz groß geplant war, in der Entstehung schon sehr viel kleiner war und jetzt überhaupt keine Aufwärtsentwicklung mehr sichtbar ist, sich kein Aufwärtstrend zeigt, ist etwas, was wir doch sehr beachten sollten“ (Anlage: Ausführlicher Diskussionsverlauf des Punktes 3 der Tagesordnung, S. 1; BArch B322/774; auch B274/64).

Der Freiburger Sportmediziner Josef Keul regte an, „Möglichkeiten auf[zu]zeigen, die dennoch aufgrund der jetzigen rechtlichen Schwierigkeiten durchzuführen sind, daß das Institut nicht noch mehr frustriert wird“. Er schlug vor, den Mitarbeitern, die „aus einem wissenschaftlichen Bereich kommen, Arbeitsurlaub“ zu gewähren, sodass sie „wieder integriert werden in die wissenschaftliche Fragestellung und somit auch als Kooperationszentrale selbst forschen und koordinieren“. Verlören diese den Kontakt zur Wissenschaft, seien sie in einigen Jahren „in ihrer Stellung als Referenten immer fragwürdiger“. Auch der Sportpädagoge Lotz forderte qualifiziertes Personal, dem eine „Laufbahnentwicklung“ in Aussicht gestellt werden müsse. Hans Lenk sah ebenfalls die unzureichende Möglichkeit der „eigenen wissenschaftlichen Forschung innerhalb des Fachbereichs I“, nur dadurch könnten die Referenten auf Dauer gehalten werden. Der Direktoriumsvorsitzende Grupe verwies schließlich darauf, dass diese Probleme seit nunmehr anderthalb Jahren diskutiert würden. Er betonte, dass das Direktorium sich für eine eigene Forschungstätigkeit der Referenten ausgesprochen habe, dies aber angesichts der „augenblicklichen schlechten personellen Situation“ schwierig sei. Somit sei auch eine personelle Aufstockung im Moment wichtiger als etwa die Frage der Rechtsform: „Im augenblicklichen Zeitpunkt dürfe man das BMI nicht aus der Verantwortung für diesen Geschäftsbereich [...] entlassen.“ Als Vertreter der Referenten nahm schließlich der Leiter des Referates für wissenschaftliche Forschung, Dr. Kock, Stellung. Er betonte, dass es den Referenten weniger um „finanzielle Belange“ gehe, sondern um „das verbrieftete Recht, selbst wissenschaftlich tätig (Forschung und Lehre) werden zu können“. Dies werde mit Verweis auf die noch nicht vorhandenen Voraussetzungen von den zuständigen Gremien immer wieder hinausgeschoben. Hierdurch „entgehen den Referenten nicht nur Chancen zur beruflichen Weiterbildung, sondern sie werden mit der Zeit als Gesprächspartner für andere Wissenschaftler mehr und mehr unglaubwürdig“. Dem BMI-Vertreter Groß blieb es am Ende vorbehalten, erneut Besserung in Aussicht zu stellen und der in allen Diskussionsbeiträgen unisono zum Ausdruck kommenden Auffassung, dass das Institut keine Entwicklungschancen habe, entgegenzutreten. Er räumte ein, „daß auf verschiedenen Sektoren (Stellensituation, Aufstockung bestimmter Titel, eigene wissenschaftliche Tätigkeit) die Situation unbefriedigend sei, daß man aber für das Jahr 1973 auf unbürokratischen Wegen Mittel und Möglichkeiten finden wird, die ungute Situation bis Ende 1973 zu überbrücken“. Für 1974 sah Groß dann „gute Entwicklungsmöglichkeiten“, letztlich sei die momentane negative Situation Ergebnis der Haushaltslage der letzten Jahre (Anlage: Ausführlicher Diskussionsverlauf des Punktes 3 der Tagesordnung, S. 1; BArch B322/774).

Ungeachtet derartiger wiederholter Zusagen von Vertretern des BMI, die Stellensituation mittel- und langfristig zu verbessern, änderte sich zunächst nur wenig. Anlässlich der Sitzung des Sportausschusses des Bundestages am 21. Februar 1973 nahm Rieder erneut zur problematischen Stellensituation Stellung. Ausgehend von einem Status von „35 Planstellen, 13 Hilfskräften mit Zeitverträgen“

und der Feststellung, dass die Bemühungen des BMI, im Haushalt für 1973 weitere 25 Planstellen einzubringen, erfolglos gewesen seien, kommt Rieder zu der Schlussfolgerung:

„Im Stufenplan der Entwicklung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft und in der Bauplanung für ein eigenes Gebäude ist eine Ausbaustufe vorgesehen, die maximal 120 Stellen betragen könnte. Diese Personalausstattung ist notwendig, um alle dem Institut obliegenden Aufgaben optimal zu erfüllen. Die kritische Stellenlage beeinträchtigt die Arbeit des Bundesinstituts insbesondere im wissenschaftlichen Bereich“ (Vorlage zur Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 21.2.1972; BArch B322/775).

Vorrangig sah Rieder die Probleme in der Forschungsentwicklung, wie er anschließend ausführte:

- „1. Die Koordination der sportwissenschaftlichen Forschung ist noch im Anfangsstadium. Sie muß durch verbesserte Information, aber auch aktivere Einwirkungsmöglichkeit gesichert werden und kann sinnvoll nur von einer Zentralstelle aus möglich werden. Entsprechende Bemühungen innerhalb der Bundesregierung und im Verhältnis zu den Ländern werden derzeit angestellt.
2. Das Institut darf sich nicht nur auf wissenschaftliches Management beschränken. Da die vorliegenden Probleme vorwiegend durch die noch nicht zureichende Personalausstattung begründet sind, müßte ein Stufenplan der Dringlichkeiten wie folgt aussehen:
1973 Ausbau des Bereiches Wissenschaftliche Forschung 3 Stellen sowie 4 weitere Stellen für Dokumentation und Sportstättenbau,
1974 18 Stellen für alle Bereiche des Instituts,
1975 15 weitere Stellen zur Erleichterung der ersten Ausbaustufe“ (Vorlage zur Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 21.2.1972; BArch B322/775).

Im März 1973 brachte das BISp die Probleme erneut vor den Sportausschuss des Deutschen Bundestages. Auch hier stand die „gegebene Stellensituation“ im Zentrum. In der Vorlage zur Sitzung griff man zum Mittel einer Zuspitzung der Situation. In der Vorlage wurde herausgestellt, dass von den sieben im Gründungserlass genannten „wissenschaftlichen Aufgabengebieten“ nur drei – Medizin, Pädagogik, Psychologie – „besetzt“ hätten werden können:

„Aufgaben aus den Gebieten der Biologie, Soziologie, Bewegungslehre und Trainingslehre wurden nur von Fall zu Fall durch die drei genannten Fachreferenten mit wahrgenommen. Infolgedessen konnten im Fachbereich Wissenschaftliche Forschung nicht einmal die Hälfte der Aufgaben bearbeitet werden, die der Errichtungserlaß vorsieht“ (BISp: Vorlage für die 3. Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 14. März 1973; BArch B274/64).

Folgend ging die Vorlage auf diese vier „nur von Fall zu Fall“ bearbeiteten Bereiche dezidierter ein, so hieß es zur Soziologie, diese werde „gegenwärtig durch kein Institut wahrgenommen und von den soziologischen Lehrstühlen nicht ausreichend als Aufgabenfeld gesehen“, zur Bewegungslehre, diese stehe in enger Beziehung zur Trainingslehre und Pädagogik, sei aber „von dort her [...] nicht zu bearbeiten“ (BISp: Vorlage für die 3. Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 14. März 1973; BArch B274/64).

Auch in seinem im April 1973 vorgelegten „Zweijahresbericht“ führte Rieder die „lange nicht so schnell und effektiv“ verlaufene Aufbauphase u. a. darauf zurück, daß „der leitende Stufenplan aller-

dings [...] weiterhin seiner Verwirklichung [harrt], was durch Stopp an Personalzuwachs seit 1970 (35 Stellen und 13 Zeitverträge) bedingt ist und zu einer Reihe von Provisorien, Überbrückungsmaßnahmen, zu Rückstellungen und Verzicht nötigte, die schnellstens überwunden werden müssen“ (H. Rieder: Zweijahresbericht des BISp (Entwurf), Vorwort; BArch B322/773 und B274/64).

Tatsächlich offenbart der Geschäftsverteilungsplan des BISp aus dem März 1973 die personellen Engpässe des BISp. Leiter der Verwaltung war der Regierungsdirektor Dr. Goeckel, im Bereich der Verwaltung waren nur für drei der fünf Fachgebiete zuständige Leiter vorhanden, die anderen beiden Fachgebiete waren unbesetzt. Der „Fachbereich I Wissenschaftliche Forschung“ war in die Fachgebiete Medizin, Biologie, Pädagogik, Trainingslehre, Bewegungslehre, Psychologie und Soziologie untergliedert. Gemäß dem Geschäftsverteilungsplan waren noch fast alle Referentenstellen und selbst die Stelle des Leiters des Fachbereichs unbesetzt. Nur die Bereiche Pädagogik (ORR Dr. Jost) und Psychologie (Dipl.-Psychologe Smieskol) hatten Referenten.¹⁸ Jost wurde übergangsweise die Zuständigkeit für die Trainingslehre, Smieskol die für die Soziologie mit übertragen (Geschäftsverteilungsplan des Bundesinstituts für Sportwissenschaft 1973; BArch B322/775; Organisationsplan vom 1.3.1973; BArch B322/268). Für die Stelle des Leiters für die „Wissenschaftliche Forschung“ war zunächst der Sportmediziner Paul Nowacki, der sich auf die Ausschreibung hin beworben hatte, von BMI und BISp-Direktor Rieder vorgesehen.¹⁹ Dieser trat die Stelle indes nicht an, einem Schreiben Rieders an Reindell lässt sich der Grund hierfür entnehmen: Nowacki hatte Forderungen nicht zuletzt hinsichtlich einer deutlichen Höherdotierung seiner Stelle an das BMI gestellt, die dort „mit einigem Unbehagen aufgenommen“ worden seien. Zudem war, entgegen der ursprünglichen Intention, die Stelle nicht als Beamtenstelle, wie Nowacki gefordert hatte, vorgesehen. Rieder sah in dieser Abstufung eine deutliche Verringerung der „Chancen, einen qualifizierten Mann für diesen Bereich und diesen Posten zu gewinnen“ (Schreiben BMI an Prälat Bokler vom 31.3.1971; BArch B32/268; Schreiben Rieder an Reindell vom 5.7.1971 (Zitat); BArch B274/55). Schließlich wurde der Mediziner Richard Felten am 1. November 1973 als neuer Fachbereichsleiter „Wissenschaftliche Forschung“ beim BISp eingestellt. Zuvor war Felten als Abteilungsleiter in der Kernforschungsanlage Jülich sowie als Leiter der Abteilung Medizin bei der Landesanstalt für Immissions- und Bodennutzungsschutz des Landes NRW in Essen tätig gewesen (Protokoll über die Direktoriumssitzung am 16. Nov. 1973 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft; BArch B274/144; Übersicht Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp) vom 15.6.1978, S. 2; BArch B274/144). Die Vakanz der Stelle des Referenten für Medizin/Biologie hatte sich durch den plötzlichen Tod des bisherigen Referenten Dr. med. Josef Kock ergeben (H. Rieder: Vermerk: Über den Stand der Arbeiten am Bundesinstitut für Sportwissenschaft vom 31.8.1973; BArch B322/775). Der Verlauf der Bemühungen um die Neubesetzung verdeutlicht die Problematik, tatsächlich qualifiziertes Personal zu finden. Bereits die Erstbesetzung der Stelle war überaus schwierig gewesen, insgesamt war die Stelle zwischen Ende 1970 und Anfang 1971 dreimal öffentlich ausgeschrieben gewesen, eingegangen waren insgesamt zwei Bewerbungen, zum 1. September 1971 war schließlich Kock eingestellt worden (Schreiben BMI an Prälat Bokler vom 11.8.1971; BArch B322/268). In der Direktoriumssitzung im April 1973 bat Rieder darum, die Stelle des Referenten für Medizin sowie weitere Stellen grundsätzlich an „nicht zu junge Wissenschaftler“ zu vergeben, um so dem Problem der „zu befürchtenden Fluktuation“ der Referenten entgegenzuwirken. Dies Problem potenzierte sich insbesondere dadurch, dass „bei der derzeitigen Stellensetzung den Referenten kein Raum für eigene Forschung gegeben sei“, möglich sei dies nur „in begrenztem Maße bei

¹⁸ Allerdings hatte sich der Referent für den Bereich Pädagogik auf eine Berufung nach Hamburg hin beworben, sodass auch diese Stelle neu ausgeschrieben werden musste (Niederschrift über die 5. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 11. April 1973 in Löwenich; BArch B322/775 und B274/64).

¹⁹ Offenbar war Nowacki auch mehr oder weniger der einzige Bewerber. Rieder gab in der Sitzung des Direktoriums im Dezember 1972 bekannt, dass sich für die Stelle des „Fachbereichsleiters Wissenschaft bisher nur ein Bewerber interessiert habe“ (Niederschrift über die 4. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 15. Dezember 1972 in Löwenich; BArch B322/775).

voller Besetzung des Fachbereiches W[issenschaft]“. Zudem wurde nunmehr auch die Finanzierung der Stelle fraglich, in den Haushaltsberatungen für das Jahr 1974 waren alle Ansätze des BMI für das BISp „zu Streitpunkten erklärt [worden], da der BMF [Bundesminister für Finanzen] keiner Erhöhung der Ansätze“ zustimmte (Niederschrift über die 5. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 11. April 1973 in Lövenich; BArch B322/775 und B274/64).

Die unzureichende Personaldecke des Bundesinstituts blieb auch nach dem Weggang Rieders als Direktor ein zentrales Problem des Bundesinstituts. In einem Gespräch zwischen dem DSB-Präsidium und dem damaligen Bundesinnenminister Genscher am 3. Dezember 1974 über den Stand der Sportpolitik stellte die personelle Besetzung des BISp einen Schwerpunkt dar. Der DSB verwies darauf, dass die bei der Gründung vorgesehenen 50 Planstellen von Beginn an auf 35 Stellen gekürzt worden seien, zudem kein „Jahresentwicklungsplan (Stufenplan)“ einer allmählichen Aufstockung der Personaldecke verabschiedet worden sei. Für das Haushaltsjahr 1975 sei „keine einzige Planstelle bewilligt“ worden, sodass in allen Tätigkeitsbereichen Personalmangel herrsche. Im Fachbereich der Wissenschaftlichen Forschung ergebe sich das „Kuriosum, dass hier ein Leiter und 7 Referenten [...] zur Verfügung stehen, aber keinerlei Hilfsreferenten oder Sachbearbeiter, so dass keinesfalls eine ordnungsgemäße Sachbearbeitung gewährleistet ist“. Man verwies seitens des DSB darauf, dass das BISp einen Stufenplan bis 1980 erstellt habe, der in der „Endausbaustufe“ 120 Mitarbeiter vorsehe.²⁰ Nur so könne „ein kontinuierlicher Aufbau des BISp gewährleistet werden“. 1977 verfügte das BISp über 53 Planstellen sowie über 14 weitere Mitarbeiter, die zum Teil aus Forschungsaufträgen bezahlt wurden (Anlage zum Entwurf und Entwurf eines Schreibens Grupes an Abgeordneten Tillmann, o. Datum (1982); Zeitleiste Neubau des BISp; BArch B274/66). 1983 waren es dann 55 – damit zwei weniger als noch 1982 –, davon 23 Beamtenstellen (BISp, Betr. 29. Sitzung des Direktoriums beim BISp, hier: TOP 4: Unterrichtung des Direktoriums über den Haushalt 1983; vom 28.2.1983; BArch B274/68).

Die Stelle des Referenten für Medizin wurde letztlich bis Anfang der 1990er-Jahre nicht neu besetzt – zunächst aufgrund des Mangels geeigneter Bewerber, dann aufgrund von Stellenstreichungen im Haushalt durch das BMI. 1977 wurde im Fachausschuss Medizin konstatiert, dass „nach ca. 60 vergeblichen Kontakten in den letzten Jahren mit anderen Bewerbern bzw. Interessenten“ nur vier Bewerbungen übriggeblieben seien, von denen zwei laut BMI aus Altersgründen nicht in Betracht kämen (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 13. Juni 1977 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Köln-Lövenich, TOP 8; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 1). Als 1981 die Stelle des Referenten für Medizin erneut ausgeschrieben werden sollte, trug man dem Umstand der Problematik einer adäquaten Besetzung durch einen Mediziner dadurch Rechnung, dass man im Fachbeirat beschloss: „Für die immer wieder zu besetzende Stelle eines Referenten für Medizin kommt ggf. auch ein Biologe in Betracht“ (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 22./23. Oktober 1981 in Köln; BArch B274/143 u. 147). Mittelkürzungen in den Jahren 1981 und 1982 führten dann aber dazu, dass die Stelle des Referenten für Medizin – wie auch andere frei werdende Stellen – nicht neu besetzt werden konnte (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 12. März 1982 in Köln; BArch B274/147; BISp-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle). 1983 wurde die Stelle im Haushalt des BMI ganz gestrichen, die Verantwortung für den Bereich wurde dem Leiter des Fachbereichs W Wissenschaftliche Forschung Richard Felten übertragen, der als Sportmediziner die erforderliche Qualifikation besaß (Niederschriften über die 29. und die 32. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 11. März 1983 in Köln, TOP 4, und am 25.1.1985 in Frankfurt/Main, TOP 4; BArch B274/68 u. 145).

²⁰ 120 Mitarbeiter hatte die Raumplanung ursprünglich vorgesehen, allerdings weigerte sich das BMI 1975, über einen derartigen Raumbedarf zu verhandeln, sondern nur noch über „52 + 10 Mitarbeiter“ (Anlage zum Entwurf und Entwurf eines Schreibens Grupes an Abgeordneten Tillmann, o. Datum (1982); Zeitleiste Neubau des BISp; BArch B274/66).

Das bei den Gründungsverhandlungen angestrebte Plansoll von 120 Stellen wurde letztlich nie auch nur annähernd erreicht, die mehr als 50 Stellen Mitte der 1980er-Jahren stellten stattdessen einen Höchststand dar. 2007 stellte das Evaluationsgutachten des Wissenschaftsrates dahingehend fest: „Das BISp verfügte im Jahr 2005 [...] über 30,5 grundfinanzierte Stellen, davon 23,5 für wissenschaftliches Personal, davon zwei unbesetzt. Die Stelle eines wissenschaftlichen Mitarbeiters war befristet besetzt. Drittmittelstellen stehen am BISp nicht zur Verfügung“ (Wissenschaftsrat, 2007, S. 6).

3.4 Zwischenfazit: Auswirkungen der konzeptionellen und strukturellen Defizite

Die cursorisch aufgezeigten Defizite des Bundesinstituts wirkten sich auf dessen Arbeit, letztlich auch auf die Motivation der beteiligten Mitarbeiter aus. Während Bundesinnenminister Genscher ungeachtet der sich bereits unmittelbar nach Gründung abzeichnenden Probleme im November 1971 ein erstes, überaus optimistisches Resümee zog:

„Das Bundesinstitut hat die wichtigsten der ihm gestellten Aufgaben in Angriff genommen. Die Bundesregierung wird daher in der Lage sein, im Rahmen ihres gesellschaftspolitischen Auftrags zur Förderung des Sports und der Sportorganisationen über finanzielle Zuwendungen hinaus entscheidende Erkenntnisse auf der Basis empirischer Forschung zur Verfügung zu stellen. Damit ist zugleich ein Anfang für eine stärkere Kooperation in der sportwissenschaftlichen Forschung in der Bundesrepublik gemacht“ (zit. n. SID XXI/1971, Blatt 3; BArch B274/63),

zeigen die Stellungnahmen zum Zustand des BISp seitens des Direktors und der Gremienmitglieder in den ersten Jahren einen Verlauf hin zu einer gewissen Resignation. Der Weggang Rieders nach zwei Jahren lässt sich auch als Zeichen dafür deuten, dass dieser eine Perspektivlosigkeit hinsichtlich der von ihm im Verlauf der zwei Jahre – meist ergebnislos – vorgebrachten Initiativen zu einer Verbesserung der finanziellen und personellen Situation, letztlich aber auch hinsichtlich einer Konkretisierung der Aufgaben und Kompetenzen erkannt hatte. In dem bereits erwähnten Schreiben Rieders an den DSB-Präsidenten Kregel vom September 1972 benannte Rieder als größte Defizite neben der unzureichenden Personalsituation die notwendige Aufstockung der Forschungsmittel, „um nicht nur kleinere Untersuchungen innerhalb der Sportwissenschaft starten zu können, sondern auch langfristige, wie Geräteentwicklung [...] oder auch Längsschnittuntersuchungen an Spitzensportlern, die sich über mehrere Jahre hinziehen“, vornehmen zu können. Rieder schloss mit der Forderung, „[n]ach diesen Spielen [München 1972] scheint mir die endgültige Förderung der Sportwissenschaft (und zwar ohne Vorbehalte) dringend notwendig, wenn sich der Abstand mit anderen Nationen nicht noch mehr vergrößern soll“ (Schreiben Rieder an DSB-Präsident Kregel vom 19.9.1972; BArch B322/775). Den anfänglichen Problemen hinsichtlich der Personalstruktur, der Abgrenzung von Zuständigkeiten sowie der raschen Umsetzung der Zweckforschung für den Hochleistungssport stellte Rieder Ende 1972 eher kleine Fortschritte gegenüber. Erste „positive Entwicklungen“ seien die „Einrichtung eines Zentrallabors für Forschung und Untersuchung auf dem Gebiete des Dopings“, die „Übernahme, Weiterpflege und Ausweitung des Datenpools GOLYM“, die „Verbesserung der Literaturdokumentation“ sowie „die Verbesserung der Personalsituation der lizenzierten sportmedizinischen Untersuchungsstellen“ (Schreiben Rieder an Ministerialrat Dr. Groß, BMI, vom 2.11.1972; BArch B322/773).

In seinem ersten, im April 1973 vorgelegten „Zweijahresbericht“ zog Rieder ebenfalls ein eher ernüchterndes Fazit eines noch nicht abgeschlossenen „Aufbaustadiums“:

„Eine erste Phase des Aufbaus ist vollzogen und sie verlief lange nicht so schnell und effektiv, wie die Beteiligten, der Bundesminister des Innern, der Deutsche Sportbund und die Sportwissenschaft, nicht zuletzt die Mitarbeiter des Instituts es in ihrem Gründungsoptimismus

geplant hatten. In vielen Bereichen sind wir ein erhebliches Stück vorangekommen, so in der Dokumentation, der Forschungsförderung, den internationalen Beziehungen. [...] Das Institut steht; der leitende Stufenplan allerdings harrt weiterhin seiner Verwirklichung, was durch Stopp an Personalzuwachs seit 1970 (35 Stellen und 13 Zeitverträge) bedingt ist und zu einer Reihe von Provisorien, Überbrückungsmaßnahmen, zu Rückstellungen und Verzicht nötigte, die schnellstens überwunden werden müssen. [...] Zwei Jahre Erfahrung und ein Vergleich im internationalen Raum bestätigt die Richtigkeit der sehr späten Gründung des Instituts. Trotz gewisser Mängel im jetzigen Aufbaustadium hat es in fast allen Teilbereichen große, nicht immer genutzte Möglichkeiten. [...] Langsam ist das Institut erst bekannt geworden. [...] Dennoch hat der zähflüssige Aufbau angesichts überzogener Erwartungen bei der Gründung viele kooperierende Stellen und Persönlichkeiten unzufrieden gelassen [...] Die fachlich-sachliche Arbeit steht im Vordergrund. Viele begonnene Einzelmaßnahmen werden sich Schritt für Schritt zu einem zusammenhängenden Bündel konstruktiver Gesamtförderung verdichten und sich auf die Struktur und das Niveau der Sportwissenschaft auswirken. [...] Insgesamt: Ein Institut der großen Möglichkeiten wartet auf einen deutlichen neuen Entwicklungsschub!“ (H. Rieder: Zweijahresbericht des BISP (Entwurf), Vorwort; BArch B322/773 und B274/64).

Die im „Vorwort“ des Berichts zutage tretende Fokussierung auf eine Einrichtung, die bisher wenig konkrete Erfolge vorzuweisen hat und zudem eines „Entwicklungsschubs“ seitens der Politik harrt, wird angesichts der nachfolgenden Darstellung der „geleisteten Arbeit“ deutlich. Fast entschuldigend verweist Rieder darauf, dass „Aufgabenkataloge, Wünsche und begonnene mittel- und längerfristige Initiativen [...] noch die Ergebnisse [überwiegen]. Viele eingeleitete Arbeiten werden sich erst in ein bis drei Jahren auswirken“ (H. Rieder: Zweijahresbericht des BISP (Entwurf), Vorwort; BArch B322/773 und B274/64). Deutlich wird nicht zuletzt, dass sich die allzu optimistische Hoffnung vieler Sportpolitiker, das Institut könne bereits im Vorfeld der Olympischen Spiele 1972 zu einem verbesserten Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Spitzensport beitragen, in keiner Weise erfüllen ließ. Entsprechende praxisorientierte Projekte – es wurde an anderer Stelle bereits erwähnt – wurden nicht über das BISP, sondern etwa durch den BA-L vergeben.

Anlässlich seines Abschieds als Geschäftsführender Direktor des BISP legte Rieder am 31. August 1973 einen „Vermerk: Über den Stand der Arbeiten am Bundesinstitut für Sportwissenschaft“ vor, der somit bereits im Titel den noch nicht abgeschlossenen Aufbau des Instituts betonte. Rieder führte hier eine Reihe von Defiziten an, die auch zwei Jahre nach Gründung des Instituts bestanden. So stagnierten die vom BISP in Auftrag gegebenen Projekte bzw. seien über das „Anfangsstadium“ nicht hinausgekommen. Weiter sei die Integration des Fachbereiches Sport- und Freizeitanlagen in das BISP „bisher unvollkommen gelungen“, der „gesamte Fachbereich“ führe „ein sehr intensives Eigenleben, was natürlich aus seiner Tradition und einer 15-jährigen Selbständigkeit als DSB-Institut verständlich“ sei. Hinsichtlich der Frage der eigenen Forschungstätigkeit sei diese zwar „grundsätzlich bejaht und organisatorisch lösbar“, indem „bei einer verstärkten Besetzung der Referentenstellen“ sich Verwaltungsentagement und wissenschaftliche Arbeit ablösten und es nicht zu „Interessenkollisionen von eigener Forschung und Mittelvergabe“ käme, umgesetzt sei diese Möglichkeit aber eben nicht. Die Auswahlkriterien der Mitglieder des Direktoriums und der Fachbeiräte sah Rieder ebenfalls als optimierbar an, nicht nur müssten deren Mitwirkung und Entscheidungskompetenzen genau abgegrenzt werden, es sei auch darauf zu achten, dass die einzelnen Fachbeiratsmitglieder über die entsprechenden Qualifikationen verfügten – zugleich dürfe die „Eigeninitiative des BISP“ nicht durch „langwierige Konsultationsverfahren“ gehemmt werden. Auch die Koordination der Forschungsförderung innerhalb der Bundesministerien müsse „verstärkt vorangetrieben“ werden. Das BISP müsse den Ministerien Vorschläge für Projekte unterbreiten und seine Beratungstätigkeit über dort geplante Projekte intensivieren (H. Rieder: Vermerk: Über den Stand der Arbeiten am Bundesinstitut für Sportwissenschaft vom 31.8.1973; BArch B322/775).

Auch wenn sich diese Fülle an ungelösten Problemen als längerfristige „Anfangsprobleme“ deuten lassen, lassen sie sich nahezu alle auf die über Jahrzehnte schwierige, seit den 1980er-Jahren sogar rückläufige Finanzierung des BISp zurückführen. Insofern überrascht es letztlich nicht, dass auch noch 1980 anlässlich der Vorlage eines neuen Errichtungserlasses für das BISp (Errichtungserlaß vom 23. Juni 1980; BArch B274/144) im Direktorium des BISp erneut über die Probleme des BISp nach zehn Jahren Existenz diskutiert wurde. Das Fazit seitens der Beteiligten fiel auch da eher negativ aus. Der DSB-Vertreter Gmelin kritisierte, die „Erwartungen, die an die Errichtung des BISp geknüpft waren, seien mit der Novellierung allerdings nicht erfüllt. Die verfassungsmäßigen Grenzen der Bundeszuständigkeit stünden möglicherweise dem Ziel entgegen, durch das BISp den Auf- und Ausbau der Sportwissenschaft hinreichend sicherzustellen.“ Grupe rekurrierte auf die Gespräche mit der Baum-Kommission“ 1977 und die aus seiner Sicht „nicht gelösten Probleme:

- „1. Die notwendige Verbesserung der Personal- und Haushaltslage des BISp;
2. die Notwendigkeit einer wissenschaftsorientierten Arbeit des Instituts, die sich nicht auf Forschungsmittelverwaltung beschränken dürfe; dies sei vor allem eine Frage der Struktur des Instituts und insoweit auch der Rechtsform;
3. die Absicherung der Tätigkeit des Instituts über den Bereich leistungsbezogener Forschung und Forschungsförderung hinaus;
4. die Notwendigkeit einer Koordination der Forschungsförderung aller Bundesressorts im Bereich der Sportwissenschaft“ (Niederschrift über die 23. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 13. November 1980 in Köln, TOP 3; BArch B274/67 u. 144).

Der BISp-Direktor Kirsch nutzte seine Ansprache zum 10-Jahres-Jubiläum, um deutlich auf die bestehenden Defizite eines „steckengebliebene[n] Institut[s] einschließlich aller Provisorien, Überbrückungsmaßnahmen, Rückstellungen und Verzichte, schwerpunktmäßig aufgezeigt an der Baumisere und der Personallage“ hinzuweisen (Schreiben Kirsch an Grupe, Betr.: Vorbereitung der 10-Jahresfeier; BArch B274/144). Damit traten im Prinzip nach zehnjähriger Existenz alle von Beginn an genannten Defizite erneut zutage. Die von Gremienvertretern wie Grupe erhoffte Entwicklung zu einer „Forschungseinrichtung“, zu einem Zentrum sportwissenschaftlicher akademischer Forschung hatte sich nicht allein aus seiner Sicht kaum verwirklicht.

4 Die Sportmedizin innerhalb des Bundesinstituts für Sportwissenschaft

Die Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft brachte für die Sportmedizin zunächst drei grundlegende Veränderungen gegenüber der bisherigen Forschungsförderung durch das Kuratorium für sportmedizinische Forschung:

- › die formale Überführung der Forschungsförderung in die öffentliche Hand,
- › die Schwerpunktverlagerung der Forschung weg von der Grundlagen- und hin zur zweckorientierten Leistungssportforschung,
- › eine Ausweitung der Forschungsförderung auf weitere Bereiche der Sportwissenschaft.

Alle drei Aspekte bedingten für die Sportmedizin auf verschiedenen Ebenen eine Umorientierung. So taten sich nicht allein die Sportmediziner, diese aber doch in besonderem Maße, schwer damit, sich der formalen „Fachaufsicht“ des BMI zu beugen. Hatte die Einflussnahme des Staates sich in der Zeit vor 1970 weitgehend darauf beschränkt, die Mittel für die sportmedizinische Forschung zur Verfügung zu stellen und abschließend deren korrekte Verwendung verwaltungstechnisch zu überprüfen, so bedeutete die Förderung durch eine Bundesbehörde eine neue Dimension, die darin bestand, dass der Staat bereits in die Grundlagen der Forschung einzugreifen drohte. Die immer wieder auftretende Kritik des BMI an der häufig unkoordinierten sportmedizinischen Forschung vor 1970 war einer der Gründe dafür gewesen, dass man nunmehr vonseiten des BMI verstärkt darauf drängte, mehr Einfluss auf die Forschung und ihre Schwerpunkte zu nehmen. Eines der Mittel hierzu stellte die neue Form der Auftragsforschung durch das BISp dar. Die hiermit verbundenen Projekte wurden meist auf Aufforderung des BMI durch das Bundesinstitut vergeben.

Mit dieser staatlichen „Fachaufsicht“ verbunden war zunächst übergreifend die Anforderung an die Sportmedizin, die zuvor im Zentrum stehende und vor allem von den führenden Protagonisten einer sportmedizinischen Forschung vertretene Grundlagenforschung im Dienste einer präventiven und rehabilitativen Gesundheitsfürsorge zugunsten einer auf den Spitzensport fokussierten Zweckforschung aufzugeben. Auch die Subsumierung der Sportmedizin in einen Kanon sportwissenschaftlicher Forschungsdisziplinen bedeutete für die Sportmediziner eine Umgewöhnung, die manche als Degradierung der über Jahrzehnte zentralen Rolle der Sportmedizin innerhalb der Sportwissenschaft ansahen.²¹ Bereits die Erweiterung der Forschungsförderung auf die Sportpädagogik 1963 war von der Sportmedizin skeptisch betrachtet worden, wobei man insbesondere eine Verknappung der Forschungsmittel befürchtet hatte.

Die Umstrukturierung der Förderung brachte zudem nicht nur eine Verlagerung der Förderinstitution. Damit verbunden waren auch finanzielle Konsequenzen. Das „Zentralkomitee“ war eine formal an den DSB angelehnte Fördereinrichtung gewesen, der Staat war „nur“ der Hauptgeldgeber. Hatten die Bundesmittel nicht für die Finanzierung aller vom Gutachtergremium als förderungswürdig eingestuften Projekte ausgereicht, war in der Regel der DSB durch Zuschüsse eingesprungen. So hatte in den ersten fünf Jahren 1955-1960 zwar der Anteil der BMI-Förderung bei über 80% des Gesamtetats gelegen. Dies bedeutet aber auch, dass bis zu 20% der Mittel zusätzlich vom DSB gestellt worden waren (Mengden, 1962, S. 24). Dieser Automatismus war mit der Umstrukturierung beendet. Das BMI war nun formal der einzige Geldgeber des BISp. Gleichwohl bestand etwa die Option, bestimmte, praxisorientierte Projekte durch den BA-L finanzieren zu lassen. So verwies der Fachausschuss Medizin wiederholt derartige Projekte an das BA-L. Spezifische Projekte waren zudem von vornherein als „Auftragsforschung“ des BA-L gekennzeichnet. Dennoch bedeutete dies eine Umstellung hinsichtlich der Projektbewilligung. Primär mussten die Gutachter nunmehr die Fördermittel des Bundes als Grundlage ihrer Empfehlungen nehmen, oder die Antragsteller mussten sich um andere Fördermöglichkeiten bemühen. Solche Probleme waren allerdings auch zu Zeiten des Kuratoriums bereits diskutiert, aber wenig erfolgreich gelöst worden (vgl. Nielsen, 2016a, S. 264).

4.1 Fachaufsicht contra akademische Freiheit von Forschung

Es zeigte sich schnell, dass die in den Gremien sitzenden Sportmediziner – und nicht allein diese – zunächst wenig Bereitschaft zeigten, sich etwaigen Vorgaben seitens des Staates hinsichtlich ihrer Forschungstätigkeit zu unterwerfen. Dies trat bereits bei der grundlegenden Konzeption der Neuausrichtung der Forschung auf eine anwendungsorientierte Zweckforschung zutage.

²¹ Vgl. dazu auch die von der Sportmedizin selbst propagierte Auffassung, dass die Sportmedizin erst zur Entstehung einer Sportwissenschaft geführt habe, Langenfeld, 1988.

4.1.1 Zweckforschung versus Grundlagenforschung: Rhetorik und Realität

Eine zentrale Aufgabe des BISp war die Förderung „zweckgebundener Forschung“, also von Forschungen, die einen praktischen Nutzen vorrangig in Bezug auf den Leistungssport erwarten ließen. Diese Neuausrichtung der Forschung schlug sich bereits in einem 1969 veröffentlichten, vom BMI zur „Grundkonzeption“ sportwissenschaftlicher Forschung eingeforderten „Schwerpunktprogramm“ des Kuratoriums für sportmedizinische Forschung nieder. Entsprechend den Vorgaben des BMI manifestierte das Programm eine Hinwendung zur Zweckforschung, zeigte zugleich aber auch, dass die in der Forschung tätigen Sportmediziner keineswegs gewillt waren, die Grundlagenforschung gänzlich aufzugeben. In dem Programm wurde einleitend betont, dass mit der Forschung „gleichzeitig eine zusätzliche Fundamentierung des Breiten- und sogenannten ‚Gesundheitssports‘“ intendiert sei, und die „zu erwartenden Resultate“ auch „Bedeutung für die gesamte Medizin hinsichtlich Prävention, Therapie und Rehabilitation“ besäßen (Schwerpunktprogramm für die sportmedizinische Forschung, Januar 1969; BArch 322/581).

Diese Haltung einer Wahrung grundlagenorientierter Forschung prägte auch das erste, 1972 vom Direktorium des BISp verabschiedete „Schwerpunktprogramm“ des Bundesinstituts. In dem Abschnitt über die Schwerpunkte der Sportmedizin, der unzweifelhaft maßgeblich aus der Feder des Kölner Sportmediziners Wildor Hollmann stammte²², wurde für die Sportmedizin der Paradigmenwechsel hin zu einer zweckorientierten Forschung betont – zugleich aber hinsichtlich der Frage „Zweck- oder Grundlagenforschung“ erneut eine gegenseitige Abhängigkeit herausgestellt:

„Die [sportmedizinische] Forschung war [in den letzten zwei Jahrzehnten] zum größten Teil Grundlagenforschung. [...] Künftig soll schwerpunktmäßig neben der weiteren Förderung der Grundlagenforschung die Zweckforschung auf allen Sektoren intensiviert werden. Wissenschaftlich gesehen ist allerdings eine scharfe Trennung zwischen Grundlagenforschung und Zweckforschung nicht haltbar. Beide Richtungen sind notwendig und müssen entsprechend unterstützt werden“ (Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Schwerpunktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung, November 1972, S. 7; BArch B322/773).

Der Einfluss von Sportmedizinern wie Reindell und Hollmann wird in dieser Aussage deutlich, die der präventiv ausgerichteten Grundlagenforschung in ihren Forschungen ein großes Gewicht zugemessen hatten (vgl. Nielsen, 2016a, S. 283-290). Die darauf im Programm folgende Darlegung des „Interesses der Medizin am Sport“ fokussierte ebenfalls auf die Grundlagenforschung. Während als erster „Hauptpunkt“ die „Untersuchung von Sportlern, besonders von Leistungssportlern“ herausgestellt wurde, war der zweite Punkt auf die „praktische und soziale Bedeutung“ des Sports ausgerichtet, wie sie seit 1950 von führenden Vertretern der Sportmedizin propagiert worden war:

„Die Medizin kann aufgrund der Erfahrungen aus dem Bereich des Sports geeignete Maßnahmen ableiten zur Prävention, Rehabilitation und Therapie des von ‚Zivilisationsschäden‘ bedrohten Menschen. Die Medizin möchte gegen diese den Sport therapeutisch, rehabilitativ und ganz besonders prophylaktisch einsetzen“ (Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Schwerpunktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung, November 1972, S. 7; BArch B322/773).

Unter die „Schwerpunkte“ der medizinischen Forschung wurde somit neben der „Trainingsforschung“ (Optimierung des Trainingsprozesses, Biochemie der Leistung und Anpassung) auch die „Gesundheitsforschung – kurative und präventive sportmedizinische Aspekte“ subsumiert. Hierbei

²² Dies legt nicht allein der Umstand nahe, dass der Abschnitt mit Hollmanns Definition der Sportmedizin von 1958 beginnt, sondern auch, dass viele der Formulierungen nahezu deckungsgleich mit vorherigen Ausführungen Hollmanns aus der Zeit des „Zentralkomitees“ sind.

wurden Leistungs- und Breiten- bzw. Gesundheitssport kombiniert, indem darauf verwiesen wurde, dass etwa Fragen der Grenzen der Belastungsfähigkeit „alle Altersstufen und Leistungsklassen“ betreffen (Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Schwerpunktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung, November 1972, S. 8; BArch B322/773).

Wenngleich die Schwerpunktsetzung insgesamt der Leistungsmedizin zugeordnet werden kann, ist dennoch unverkennbar, dass die Sportmediziner an der gesundheitsorientiert-präventiven Forschung festhalten wollten. Die Frage der Differenzierung zwischen sportmedizinischer Grundlagen- und Zweckforschung war deshalb mit der Gründung des BISp keineswegs endgültig geklärt – dies galt letztlich auch für die Leitung des BISp selbst.

Die Position von Reindell und Hollmann, dass die „Förderung der Grundlagenforschung (z. B. im Breiten- und Schulsport) [...] auf keinen Fall vernachlässigt“ werden sollte, zeigte sich auch in einer Stellungnahme des Geschäftsführenden Direktors des Bundesinstituts Rieder. Im Dezember 1970 hatte er darauf verwiesen, dass zwar eine Grundlagenforschung den „Bestimmungen der Verfassung“, die eine alleinige „Kompetenz des BMI für die Forschung im Leistungssport“ vorsehe, entgegenstehe, jedoch „der Erlaß zur Errichtung des Bundesinstituts viele Möglichkeiten“ offenlasse. Letzten Endes käme es auf die richtige Formulierung der Anträge an. Rieder konstatierte abschließend, dass eine „Unterscheidung zwischen Grundlagen- und Zweckforschung, wobei das Bundesinstitut nur für diese zuständig wäre, [...] nicht sachgemäß“ erscheine (H. Rieder: Stand der Vorbereitungen und die Arbeitsplanung, Dezember 1970; BArch B322/270).

1973 nahm Rieder zu dieser Frage erneut anlässlich einer „wissenschaftlichen Diskussion zum Verhältnis Spitzensport – Breitensport“ Stellung. Er stellte nunmehr fest, dass beide Bereiche in keinem „logischen Zusammenhang“ gesehen werden sollten, der Spitzensport sei das „Ergebnis langjähriger systematischer Aufbauarbeit“, die nur „durch sehr frühe Talentauslese und systematische Förderung“ möglich sei, der Breitensport dagegen sei eine „Form des Sports sui generis und nicht darauf angelegt, Zubringer für den Spitzensport zu sein“. Aufgabe des Staates sei es allerdings, „beide Richtungen in gleicher Intensität zu fördern“ (Schreiben Rieder an BMI vom 13.4.1973; BArch B274/55). Auch hier ließ Rieder somit der Grundlagenforschung Raum.

Die „Grundlagenforschung“ blieb auch danach ein Thema. Im Oktober 1974 beschloss das BISp-Direktorium, dem BMI zu empfehlen, in der Vorbemerkung zum Entwurf des Haushaltsplanes für 1975 bei den Ansätzen für das Bundesinstitut den Passus „insbesondere für den Leistungssport“ zu streichen, da das „BISp sportwissenschaftl. Forschung im Leistungs- wie auch im Breitensport betreibt“. Entsprechend habe das BMI selbst auf eine Anfrage im Deutschen Bundestag nach den Aufgaben des BISp geantwortet (Protokoll über die 10. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 25. Oktober 1974 in Gießen, S. 3; BArch B274/65 u. 144; BT-Drucksache 7 – 2592, S. 13 VII a) 1) (Anlage 2)). In der Sitzung des Direktoriums am 22. November 1974 stellte der für die „Wissenschaftliche Forschung“ zuständige Fachbereichsleiter Felten, ein Mediziner, heraus, dass im Jahr 1975 die Schwerpunkte der Arbeit „auf dem Gebiete des Breitensports, der Rehabilitation und der Traumatologie“ lägen (Protokoll über die 11. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 22. November 1974 in Lövenich; BArch B274/65 u. 144). Auch noch 1982 wurde im BISp-Direktorium hervorgehoben, dass eine alleinige Festlegung der Aufgaben des BISp auf den Hochleistungssport „weder in der Sache gerechtfertigt noch wünschenswert sei“ (Niederschrift über die 26. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 22. Januar 1982 in Duisburg; BArch B274/67 u. 145). Selbst im 1986 vorgelegten dritten „Schwerpunktprogramm“ des BISp wurde die Grundlagenforschung im Kontext einer Abwehr von Zivilisationsschäden zwar nicht mehr derart explizit herausgestellt wie anfangs der 1970er-Jahre, es wurde dennoch darauf verwiesen, dass es sich bei leistungsmedizinischer Forschung „sowohl um Grundlagenforschung als auch um angewandte Forschung“ handeln könne. Festgehalten wurde: „Auch künftig soll – neben der Beobachtung der Ergebnisse sportbezogener naturwissenschaftlicher Grundlagenforschung – angewandte medizinische Forschung besonders gefördert werden“ (Entwurf Schwerpunktprogramm, 3.1

Sportmedizin, Anlage zum Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 10. März 1983 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Als mit dem am 1. Januar 1989 in Kraft tretenden Gesundheitsreformgesetz in § 20 („Gesundheitsförderung, Krankenverhütung“) den gesetzlichen Krankenkassen auferlegt wurde, „auch im Rahmen der Prävention tätig zu werden“, wurde im Fachausschuss Medizin im Oktober 1989 erneut über Möglichkeiten einer gesundheitssportorientierten Forschung debattiert. Das Reformgesetz benannte als Präventionsmaßnahmen explizit „Aktivitäten, die z. B. mit oder auf der Basis von Modellen, wie sie auch von sportmedizinischen Instituten entwickelt werden, einsetzbar sind“ (Schreiben Dr. Gabriele Hundsdorfer, BMJJG, an Herrn Helmholtz, BISp, vom 6.12.1989; Anlage: § 20 Gesundheitsreformgesetz; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Der Ausschuss sah hierin eine Möglichkeit, „Projekte, die wissenschaftlich begleitet werden sollen oder müssen, [...] im diagnostischen und präventiven Bereich“ zu fördern“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 26. 10. 1989 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Trotz des Widerspruchs der Sportmediziner und des BISp gegen eine reine Zweckorientierung sportmedizinischer Forschung spielte die originäre Grundlagenforschung nach 1970 in der tatsächlichen Förderpraxis dann jedoch eine deutlich untergeordnete Rolle. Der Fachausschuss Medizin – in dem mit Reindell und Hollmann zwei Vertreter einer eher traditionell-präventiven Grundlagenforschung saßen – folgte von Beginn an den Erwartungen einer Bevorzugung zweckorientierter Forschungsvorhaben. Der überwiegende Teil der beantragten Forschungsvorhaben wiesen einen mehr oder weniger deutlichen Bezug zum Leistungssport auf (vgl. hierzu auch „Forschungsschwerpunkte“). Im ersten Förderjahr 1972 waren es sogar alle. In der Regel wurden vorrangig die leistungssportaffinen Anträge bewilligt. Ablehnungen resultierten in diesem Bereich eher aus fachlichen Erwägungen, etwa der, dass die Thematik hinreichend erforscht oder das Vorhaben zu komplex für eine Einzelforschung sei (BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Die Zweckorientierung stellte der Ausschuss in seinen Begründungen häufig auch explizit heraus, etwa 1989 bei einem Antrag des Essener Mediziners Krahl zur Analyse von Verletzungsfolgen und Überlastungsschäden beim Spitzensportler: „Der FA empfiehlt unter Berücksichtigung dieser Anwendungsforschung für den Spitzensportler eine Zuwendung in Höhe von 80.000 DM für Personalkosten“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 10. Oktober 1989 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Es muss zugleich betont werden, dass bereits die an das BISp gestellten Anträge meist zweckorientiert ausgerichtet bzw. formuliert waren. Die Antragsteller hatten sich also den Vorgaben angepasst. Die seltenen Forschungsanträge, die einer Grundlagenforschung ohne direkten Bezug zum Leistungssport verpflichtet waren, wurden dann auch häufig abgelehnt. So wurden dem Berliner Sportmediziner Mellerowicz zwei Vorhaben mit deutlichem Leistungsbezug bewilligt, das Vorhaben einer vergleichenden Untersuchung über die „absolute und relative Trainierbarkeit von 20- bis 30-jährigen und 50- bis 60-jährigen“ indes aufgrund der nicht eindeutigen leistungssportlichen Zuordnung abgelehnt. Das Ausschussmitglied Bausenwein begründete ihre Ablehnung eines weiteren Antrags damit, dass die „Konsequenz für die Praxis fehle“ (Stellungnahme Frau Dr. Bausenwein zu den Anträgen für 1973; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Die Ablehnung von Anträgen wie dem zu „Nutzen und Gefahren verschiedener Sportarten in der Frührehabilitation von Infarktkranken“ bzw. dem „Einsatz der Übungstherapie in der Nachbehandlung erfolgreich operierter Herzkranker“ erfolgte eindeutig: „Es wird empfohlen, diesen Antrag aus Gründen der Nichtzuständigkeit bezüglich der Forschungsthematik nicht zu unterstützen.“ 1978 wurde der Antrag des Konstanzer Sportmediziners Pette, der „Enzymaktivitäten des Energiestoffwechsels im elektrostimulierten Kaninchenmuskel“ untersuchen wollte, mit der Begründung abgelehnt, die hier vorliegende „Grundlagenforschung“ könne nicht gefördert werden. Aus den gleichen Gründen wurde ein weiterer Antrag des Kölner Sportmediziners Stang-Voss abgelehnt (Protokoll über die Sitzung des Fach-

ausschusses „Medizin“ am 23. und 24. November 1978 im BISp, Köln; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Die zunehmende Diskrepanz zwischen den Fördermitteln und den Antragsvolumina führte dazu, dass man seitens des Ausschusses bei der Begutachtung noch genauer hinsah. So wurde 1979 der Fortsetzungsantrag des Erlangerer Sportmediziners Hilmer einer „Langzeitstudie zum Langlauf“, der in den beiden Vorjahren gefördert worden war, nunmehr mit der Begründung, es handle sich um „eine auf den Breitensport bezogene Thematik“, abgelehnt (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 29. November 1979, Köln; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Die Ablehnung von Forschungsanträgen ohne Bezug zum Leistungssport traf, wie im Falle Mellerowicz, auch Antragsteller aus renommierten Forschungseinrichtungen. Dem Freiburger Sportmediziner Roskamm, der kardiologische Forschungen mit rehabilitativem Charakter durchführen wollte, wurde mitgeteilt, das BISp sei „für die Finanzierung derartiger Forschungsvorhaben nicht zuständig“ – auch wenn das Vorhaben grundsätzlich als „äußerst wertvoll“ zu beurteilen sei (Stellungnahme Prof. Hollmann zu den medizinischen Anträgen für das Jahr 1973; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

Die Maxime der Ablehnung gesundheitsorientierter Anträge galt, auch dies zeigen die Sitzungsprotokolle, indes nicht uneingeschränkt. Wie bereits zu Kuratoriumszeiten war letztlich auch entscheidend, von wem der Antrag kam. Vom Fachausschuss Medizin bewilligte Projektanträge mit deutlichem Grundlagenbezug stammten etwa von dem „Nestor“ der Sportmedizin Herbert Reindell. 1982 und 1983, also in einem Zeitraum, in dem aufgrund staatlicher Mittelkürzungen die Zahl der bewilligten Projekte insgesamt rückläufig war, befürwortete der Ausschuss die Förderung eines Forschungsprojektes Reindells zu „Sport- und Herzerkrankungen. Prophylaxe, Belastbarkeit und Therapie“ ohne Kürzungen in Höhe von jeweils 22.500 DM. Auch 1987 und 1989 wurden weitere Projekte Reindells über die „sportliche Belastbarkeit des gesunden und kranken Herzens“ bzw. die „sportliche Belastbarkeit des geschädigten Herzens“ mit jeweils 20.000 DM gefördert. 1988 wurde dagegen in derselben Sitzung, in der Reindells Antrag bewilligt wurde, ein Antrag eines Aachener Forschers zu „Sport nach Krebs“ zwar als „wichtig“ und „humanitär“ anerkannt, aufgrund der „nicht leistungssportbezogenen Zielsetzung“ jedoch als „außerhalb der Förderzuständigkeit (Hochleistungssport)“ abgelehnt (Protokolle über die Sitzungen des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 21. Oktober 1982, 20. Oktober 1983, 23. Oktober 1986 und 13. Oktober 1988 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Die zutage tretende deutliche Diskrepanz zwischen Rhetorik und Handeln der Vertreter der Sportmedizin innerhalb der BISp-Gremien lässt sich auch am Beispiel des Fachausschuss-Vorsitzenden Wildor Hollmann erkennen, der sich als (Mit-)Verfasser des „Schwerpunktprogramms“ 1972 deutlich zugunsten einer weiteren Beachtung der Grundlagenforschung ausgesprochen hatte. Hollmann hatte vor 1970 in seinem Kölner Institut eine gesundheitsorientierte Grundlagenforschung präferiert. Als Vorsitzender des Fachausschusses hatte er zudem wesentlichen Einfluss auf die Entscheidungen des Ausschusses. Der Vergleich der Stellungnahmen Hollmanns zu den Projektanträgen mit dem abschließenden Ergebnisprotokoll der Sitzung zeigt, dass nicht nur die grundsätzliche Bewilligung bzw. Ablehnung, sondern vielfach auch der Umfang der Kürzungen und die Begründungen aus Hollmanns Stellungnahme entnommen worden waren (vgl. etwa Stellungnahme Prof. Hollmann zu den medizinischen Anträgen für das Jahr 1973; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1; Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports, Fachausschuß Medizin, am 23. Nov. 1972; BArch B322/774). Somit wird angesichts der Vergabepaxis des Ausschusses deutlich, dass Hollmann in seiner Begutachtung ebenfalls der Zweckforschung den Vorzug einräumte. Ein Kuriosum, das gegen die Geschäftsordnung des Bundesinstituts verstieß, nach der Antrag stellende Gremienmitglieder nicht Mitsprache berechtigt waren, zeigte sich 1972, als Hollmann seinen eigenen Antrag begutachtete und ihn als förderungswürdig einstufte. Auffällig ist zudem, dass Hollmann genau die Kürzungen, die dann auch vorgenommen wurden, selbst vorschlug. Die Vermutung, dass Hollmann von vornherein den Antrag bewusst mit Posten, die für ihn verzichtbar waren, aufgestockt hatte, um Streichungen an anderer Stelle zu vermeiden, scheint plau-

sibel (Stellungnahme Prof. Hollmann zu dem medizinischen Anträgen für das Jahr 1973; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Zudem waren auch die Anträge Hollmanns seit 1970 überwiegend der anwendungsorientierten Forschung zuzurechnen. Nur wenige seiner Anträge lassen sich eher oder ganz einer gesundheitsorientierten „Grundlagenforschung“ zuordnen, wie 1974 zwei Projekte, die die Ausdauerbelastung bei älteren oder untrainierten Sporttreibenden in den Fokus nahmen (Forschungsanträge 1974 – medizinischer Bereich; BArch B322/775; Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses Medizin am 1. Februar 1974 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

In der Gesamtheit ist somit für den Zeitraum 1970 bis 1990 deutlich zu erkennen, dass die auf den (Hoch-)Leistungssport fokussierte, anwendungsorientierte Forschung ungeachtet der programmatischen Schwerpunktsetzung auch auf die Grundlagenforschung bevorzugt bewilligt wurde. Eine Förderung mehr breiten- und freizeitsportorientierter Forschung erfolgte stattdessen – dann allerdings meist nicht im Bereich der Sportmedizin – eher auf der Ebene der vom BISp vergebenen und meist durch das BMI initiierten Auftragsforschung. So förderte das BISp etwa als vom Institut selbst in Auftrag gegebene Forschung von 1973 bis 1976 die Auswirkungen von „Breitensport im Betrieb“ (Protokoll über die Direktoriumssitzung am 16. November 1973 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft; BArch B274/144; Haushaltsansätze für die Gewährung von Zuwendung des BISp im HAUSHALTSJAHR 1975; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Zudem begleitete das BISp auch freizeitsportorientierte Aktionen des DSB wie die im Januar 1983 gestartete Aktion „Trimming 130“, hier nahm man für sich in Anspruch, der Aktion „wissenschaftlich zugearbeitet“ zu haben (Niederschrift über die 29. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 11. März 1983 in Köln, TOP 1; BArch B274/68 u. 145). Letztlich ist in diesem Zusammenhang auch darauf zu verweisen, dass sich, wie der Vergleich der Schwerpunktprogramme 1972 und 1986 zeigt, das Verständnis des Begriffs „Grundlagenforschung“ ganz offenbar verändert hatte. Während im ersten Schwerpunktprogramm noch die Volksgesundheit respektive die Abwehr von „Zivilisationsschäden“ im Zentrum standen, war 1986 „Grundlagenforschung“ aus Sicht der Sportmedizin ein Aspekt der Leistungsmedizin, die zwar nicht primär anwendungsorientiert war, aber Grundlagen schuf, das Basiswissen zum Verständnis des Körpers des Leistungssportlers zu mehren.

4.1.2 Paradigma eines Interessenkonflikts zwischen BMI und Fachausschuss Medizin: Behinderten(leistungs)sport

Stellte die Positionierung der Sportmedizin gegen eine reine „Zweckforschung“ eine vorrangig rhetorische Anspruchshaltung dar, die zeigen sollte, dass man sich nicht ohne Weiteres die Ausrichtung der eigenen Forschungstätigkeit oktroyieren lassen wollte, so offenbarte sich der Konflikt zwischen staatlicher Fachaufsicht und akademischer Freiheit anhand immer wieder auftretender konträrer Debatten zu einzelnen Projekten oder Verfahrensabläufen zwischen den Vertretern des BMI und den Wissenschaftlern in den Gremiensitzungen des BISp. Die Inanspruchnahme akademischer Forschungsfreiheit gegenüber staatlicher Aufsicht lässt sich mitunter anhand eher sekundärer Dispute erkennen, so etwa an der heftigen Kritik des Sportmediziners Reindell an der Aufforderung des BMI-Vertreters im Direktorium 1979, dass die Zwei-Jahresberichte des BISp vor Drucklegung der Fachabteilung des BMI als Aufsichtsbehörde vorgelegt werden müssten. Reindell wies dies zurück, der wissenschaftliche Teil des Berichts bedürfe keiner „Billigung durch das BMI“, da sich wissenschaftliche Berichte „durch Kritik nach außen und Selbstkritik“ auszeichneten (Protokoll über die 21. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 27. September 1979 in Köln; TOP 1; BArch B274/67 u. 144). Mitunter führte dieser Interessenkonflikt aber auch zu Kontroversen, bei denen das Misstrauen der Sportmediziner gegen staatliche Einflussnahme zu einer fast reflexhaften Verweigerungshaltung führte, wie dies im Fall der Forschung im Bereich des Behindertensports in Ansätzen erkennbar wird.

Die bundesdeutsche Sportmedizin war nach Kriegsende zentral in die Betreuung und Rehabilitation von Kriegsgeschädigten involviert. Die „Versehrtenbetreuung“ stellte sogar ein maßgebliches Tätigkeitsfeld dar, in dem die Sportmedizin der Nachkriegszeit ihren sozialpolitischen Nutzen im Rahmen einer staatlich geförderten Behindertenbetreuung belegen konnte. Kennzeichnend für die frühen Initiativen von Sportärzten im (Kriegs-)Versehrten-sport war die Auffassung, dass primär rehabilitative Heilmaßnahmen zur Wiedererlangung der körperlichen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit dienen sollten. Die Wiedereingliederung der Versehrten in Gesellschaft und Beruf durch Leibesertüchtigung war das Ziel. Einem Sporttreiben innerhalb der Strukturen des organisierten Sports, das viele kriegsversehrte, ehemalige Sportler anstrebten, stand man dagegen – wie anfangs auch der DSB – skeptisch bis ablehnend gegenüber. In besonderem Maße galt dies für den Leistungssport, den die Mehrheit der in der Versehrtenbetreuung aktiven Sportmediziner ablehnte. Noch 1966 stellte der hessische Sportärztebund fest, dass zur Wiedereingliederung der Versehrten in die Gesellschaft der „Versehrten-sport“ ein wesentlicher Teil sei, „nicht als Hochleistungssport, sondern als Bemühen um Breitenarbeit“ (Glaeser, 1966, S. 37; vgl. auch Nielsen, 2016a, S. 182-191). Diese Position stellte die Fortsetzung der von dem Sportmediziner, Ehrenpräsidenten des DSÄB und „Bundesversehrten-sport-arzt“ Alfred Mallwitz bereits in den 1950er-Jahren vertretenen Haltung gegenüber dem Versehrten-sport dar.

Der Prämisse, dass Spitzenleistungen im Versehrten-sport eher abzulehnen seien, waren auch die in den BISp-Gremien vertretenen Sportmediziner mehrheitlich verpflichtet, deren Aufgabe es sein sollte, gerade für den Leistungssport anwendbare Forschung zu gewährleisten – was aus ihrer Sicht den Versehrten- oder Behindertensport ausschließen musste. In den 1970er-Jahren entwickelte sich ein Interessenkonflikt zwischen dem BMI und dem Fachausschuss Medizin, der zum einem in diesem Kontext unterschiedlicher Auffassungen über Behindertensport zu sehen ist, zum anderen aber auch in einer Verweigerungshaltung staatlichen Direktiven gegenüber. Das aufflammende Interesse des BMI am Behindertensport ist mit dem sozialpolitischen Wandel im Umgang mit behinderten Menschen in der Ära der sozialliberalen Koalition seit 1969 zu sehen, in dem Behindertensport zu einem „Element gesellschaftlicher Teilhabe“ (Schlund, 2016, S. 264; vgl. auch Bösl, 2016) wurde und dementsprechend auch staatlich gefördert werden sollte. Hierbei offenbarte sich eine sich verstärkende Tendenz, über das BISp auch Forschungen zunächst eher gesundheitspolitischer, dann aber auch leistungssportbezogener Ausrichtung im Behindertensport zu fördern.

1975 beriet der Fachausschuss Medizin über ein von dem Kölner Mediziner Kurt Alphons Jochheim im Auftrag des BMI erstelltes Exposé zum Behindertensport. Das BMI plante, in „Abstimmung und enger Zusammenarbeit mit dem BMJFG und dem BMA“, einen „ggf. auch mehrjährigen Forschungsauftrag zu erteilen“, der grundlegende Erkenntnisse zum Behindertensport als Basis weiterer Maßnahmen erbringen sollte. Während die im Exposé geäußerten „Auffassungen über Aufgaben und Ziele auf dem Gebiete der Behindertensport-Forschung, insbesondere auch über den Stellenwert des Sportes im Rahmen der Rehabilitation Behinderter“ von den Ausschussmitgliedern ausdrücklich begrüßt wurde, verwies man zugleich darauf, dass „z. Z. infolge der geringen zur Verfügung stehenden materiellen Voraussetzungen eine generelle Förderung des Sports im Rahmen von allgemeinen Rehabilitationsmaßnahmen“ nicht möglich sei. Zudem müsste eine Förderung des Behindertensports von der Sportpädagogik, Sportsoziologie und Sportpsychologie mitgetragen werden (Ergebnisniederschrift zur Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ vom 9. Mai 1975 in Köln-Lövenich, Bundesinstitut für Sportwissenschaft; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).²³

Letztlich wurde das durch das BISp geförderte „Pilotprojekt“ „Behindertensport und Rehabilitation“ am Institut für Rehabilitation und Behindertensport der DSH Köln zwischen 1976 und 1978

²³ Der Fachausschuss „Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Trainings- und Bewegungslehre“ sprach sich zwar für eine Bewilligung von Forschungsgeldern aus, betonte 1977 indes, die Bewilligung über das Jahr 1977 hinaus sei nur vorbehaltlich einer Aussage des BMI möglich, in welcher Form sich „BMJFG, BMA und BMBW [...] an der weiteren Finanzierung des Projektes beteiligen“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Trainings- und Bewegungslehre am 25. und 26.11.1976 im BISp, Köln; BISp-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle).

durchgeführt. Zielvorgabe war zunächst die Erstellung einer Dokumentation über medizinische Rehabilitation, es sollte

„Literatur zum Sport mit Behinderten im weitesten Sinne [...] gesichtet, gesammelt und bibliographisch ausgewertet; sich hieraus ergebende sportwissenschaftliche Forschungs[an]sätze und Forschungsthemen [...] formuliert [werden]. Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sollen den Behindertensport in seinen präventiven, therapeutischen, reedukativen und rehabilitativen Bemühungen unterstützen“ (<https://www.bisp-surf.de/Record/PU198204016485>).

Das Projekt war an der Schnittstelle zwischen Sportmedizin (Kurt-Alphons Jochheim) und Sportpädagogik (Paul van der Schoot) verortet, es wurde „grundsätzlich nur als ärztlich-pädagogische Gemeinschaftsaufgabe verstanden“, die „Aufgaben und Ziele“ in einer „Literatursammlung und ggf. Bibliographien“, der „Auswahl relevanter Veröffentlichungen und deren Dokumentation“ sowie in der „Formulierung von Forschungsthemen bzw. -ansätzen“ gesehen (Schreiben Jochheim/van der Schoot an Felten (BISp), Betr.: Forschungsvorhaben „Rehabilitation und Behindertensport“ vom 10.6.1977; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Das Projekt führte zur Publikation von zwei Bänden zu „Behindertensport und Rehabilitation“, von denen der zweite als Band 38 in der Schriftenreihe des BISp 1981 erschien (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 22./23. Oktober 1981 in Köln; BArch B274/143 u. 147; BISp-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle).

Auch nach Beginn des Projektes behielten die in den BISp-Gremien vertretenen Sportmediziner ihre eher ablehnende Haltung gegenüber einer Erforschung des Behindertensports bei. Rein-dell hob 1977 im Fachbeirat hervor, dass „der weite Bereich ‚Behindertensport‘ vornehmlich durch das Bundesministerium für Arbeit gefördert werden solle“, „Sportmittel könnten nur da eingesetzt werden, wo es sich unmittelbar um konkrete Forschungsfragen sportwissenschaftlicher Forschung dieses Gebietes handele“ (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiet des Sports“ vom 17. November 1977 im BISp, Köln, TOP 4; BArch B274/143). Auch im Fachausschuss Medizin wurde das Projekt weiterhin eher kritisch begleitet (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 13. Juni 1977 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Köln-Lövenich, TOP 3; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 1).

1979 wurde auf Anregung des BMI-Vertreters im Medizin-Fachausschuss, OAR Kösters, erneut über ein Forschungsprojekt, dieses Mal explizit im „Bereich des Hochleistungssports Behindert“, beraten. Die Ausschussmitglieder zeigten sich zwar grundsätzlich an der Thematik interessiert, da in diesem Bereich keine Untersuchungen vorlägen. Es sei deshalb zu überlegen, die „Initiative“ zu ergreifen. Zu einem Beschluss einer konkreten Bewilligung eines Forschungsvorhabens konnte man sich aber nicht durchringen. Stattdessen schlug der Ausschuss zunächst eine Informationsveranstaltung vor, an der neben den Ausschussteilnehmern auch die Sektion „Behindertensport“ des DSÄB, Vertreter des Behindertensport-Verbandes wie der Bundessportarzt Dr. Sluet, des DSB sowie Biomechaniker, Leistungsphysiologen, Neurologen, Psychiater, Psychologen und die Verfasser der Dokumentationsstudie Jochheim und van der Schoot teilnehmen sollten. Der Bundesregierung empfahl der Ausschuss angesichts „ungeklärter Fragen“ ausdrücklich zunächst Zurückhaltung zu wahren (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ im Fachbeirat „Wissenschaft“ am 23. und 24. Oktober 1980 im BISp sowie Vermerk vom 29. Oktober 1979 zur Sitzung, TOP 3, Köln; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Erst am 24. Juni 1981 fand anlässlich des Internationalen Jahres der Behinderten eine gemeinsame Sitzung des Fachausschusses Medizin mit Vertretern des Deutschen Behindertensport-Verbandes (DBS) und „geladenen Experten“ statt, bei der „medizinische Fragen zum Hochleistungssport Behindert“ erörtert wurden und auf der die Ausschussmitglieder grundsätzliche medizinische und ethische Bedenken vortrugen (Niederschrift

über die 25. Sitzung beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 22. Oktober 1981 in Köln, TOP 2; BArch B274/67 u. 145). Im Oktober 1982 befasste sich der Ausschuss erneut mit der Thematik und merkte an, dass außer einem „Kurzgutachten“ Jochheims noch keine weiteren Aussagen von Gutachtern vorlägen, auf deren Basis man zu positiven Stellungnahmen hätte gelangen können. Die größten Schwierigkeiten sahen die Ausschussmitglieder im „Wettkampfsystem“ bzw. dem Regelwerk, das „nach Möglichkeit“ mit „den medizinischen Anforderungen in Einklang gebracht werden“ solle. Die Maxime des Ausschusses lag hierbei darin, „übertriebene Darstellungen im Leistungssportlichen Bereich der Behinderten“ zu verhindern. Es gehe vor allem darum, „unerwünschte und extreme Belastungen erkennbar zu machen und die bestehende Problematik beim Sport der Körperbehinderten überhaupt aufzuzeigen“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiet des Sports“ am 21. Oktober 1982 im BISp, Köln; BArch B274/143 u. 147; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Die grundsätzlich skeptische Haltung des Ausschusses dem Behinderten(Leistungs-)sport gegenüber offenbarte sich auch bei der Begutachtung von Anträgen, die körperbehinderte Sportler in den Fokus nahmen. Als 1986 der Münsteraner Sportwissenschaftler Klaus Nicol einen Antrag zur „Adaption eines biomechanischen Modells der HAY-Technik eines einbeinigen Hochspringers und Ersatz des Modells in einer trainingsbegleitenden Maßnahme“ stellte, lehnte der Ausschuss diesen Antrag nicht nur deshalb ab, weil es sich eher um ein im Fachbereich „Trainingswissenschaft“ anzusiedelndes Projekt handle, sondern auch, weil „[a]us ärztlicher Sicht neben ethischen auch Fragen der sportmed. Betreuung im Behinderten-Leistungssport zu bedenken“ seien (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 23. Oktober 1986 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Letztlich konnte sich der Ausschuss indes den Weisungen des BMI nicht widersetzen. Bereits im Entwurf des dritten Schwerpunktprogramms der sportwissenschaftlichen Forschung wurde 1986 der „Behindertensport“ als Aufgabe sportmedizinischer Forschung akzentuiert. Zugleich traten aber auch die bekannten Vorbehalte zutage. So wurde Sport zwar als „ein Mittel der Therapie und Rehabilitation“, auch als „ein Feld der gesellschaftlichen Integration, in dem Behinderte ihre Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit unter Beweis stellen wollen“, anerkannt und auf den geringen Anteil sporttreibender behinderter Menschen verwiesen. Zugleich wurde aber explizit gesagt, dass damit „auch immer die Problematik verbunden [sei], die Belastungsgrenzen genau zu bestimmen, um mögliche zusätzliche Schäden zu verhindern“ (Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung – Entwurf: Stand Mai 1985, S. 27 f.; BArch B274/68).

1990 gab der BMI-Vertreter im Medizin-Ausschuss „klar zu verstehen, dass die Förderung des Behindertensports politischer Wille“ sei, nachdem die Ausschussmitglieder darauf rekurriert hatten, dass „[b]ezüglich Behindertensport [...] die Zuständigkeit für sportwissenschaftliche Fragestellungen beim BISp“ und eben nicht beim BMI liege. Daraus resultierte eine Direktive des BMI, dass die „aus dem Behindertensport vorliegenden Anträge [...] schwerpunktmäßig in den drei Fachausschüssen“ zu behandeln seien. Jeder Fachausschuss habe für das Forschungsjahr 1991 „von dem ihm zur Verfügung gestellten Etat 30.000,- für Behindertensport-Anträge zur Verfügung zu stellen“. Der Ausschussvorsitzende Hollmann stellte daraufhin fest, „daß angesichts einer zukünftig drohenden Gefahr weiterer Parzellierung von Forschungsmitteln Forschungsanträge medizinischer Art im Hinblick auf Behindertenleistungssport nur bis zu einer solchen Größenordnung behandelt werden können, wie es gemäß der hierfür zur Verfügung gestellten Summe gegeben sein kann“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 25. Oktober 1990 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Mit anderen Worten bedeutete dies, dass man den Direktiven des BMI Folge leisten würde, aber keine Behindertensport-Projekte über den vorgeschriebenen Fördermittelanteil hinaus zu bewilligen gedenke.

Die Vorgabe wurde letztlich auch so umgesetzt. 1990 bewilligte der Ausschuss – ohne große inhaltliche Diskussionen – zwei Projekte zum Behindertensport, wobei die Förderung sich durch entsprechende Kürzungen letztlich exakt auf die vorgegebenen 30.000 DM belief: 26.100 DM für ein Projekt des Herdecker Mediziners David über „Myographische und videotechnische Bewertung der Belastbarkeit cerebralparetisch behinderter Spitzensportler“ sowie 3.900 DM für ein Projekt über „Körpertemperaturverhalten bei Rollstuhlfahrern im Winter“ des Heidelberger Mediziners Grunze. Beide Antragsteller hatten erstmals Anträge eingereicht.²⁴

Im Verlauf der Diskussionen um eine Förderung sportmedizinischer Forschung im Bereich des Behindertensports seit 1975 wird deutlich, dass das BMI als Aufsichtsbehörde zwar seine Prämissen durchsetzen konnte, dass zugleich aber die Sportmediziner in den BISp-Gremien dieser Einflussnahme ablehnend gegenüberstanden. Letztlich hatte die deutliche Botschaft einer Bewilligung von Anträgen in genau der Höhe, die das BMI für den Behindertensport vorbehalten hatte, natürlich auch mit den knappen Mitteln insgesamt zu tun. Dennoch ist deutlich zu erkennen, dass man sich auch prinzipiell gegen jede Form von Einmischung zu verwahren gedachte.

In diesem Zusammenhang ist auch ein weiterer Antrag für das Forschungsjahr 1991 interessant. Neben den beiden dann mit 30.000 DM bewilligten Projekten war ein weiterer Antrag über 141.000 DM von dem Freiburger Sportmediziner Keul eingereicht worden („Metabolische und kardiozirkulatorische Adaptionen bei Leistungssporttreibenden Rollstuhlfahrern (Querschnittgelähmte und Amputierte); Leistungsdiagnostik und Trainingssteuerung, Leistungsfähigkeit und Gesundheitsgefährdung von Leistungssporttreibenden Rollstuhlfahrern“). Keul, Mitglied des Direktoriums wie des Fachausschusses Medizin, musste bewusst sein, dass, der Aussage Hollmanns einer Förderung in der Höhe der zur Verfügung gestellten Summe folgend, dieser Antrag in dieser Größenordnung kaum Erfolgsaussichten haben konnte. Zu vermuten ist daher, dass Keuls Antrag das BMI dazu bewegen sollte, zusätzliche Fördermittel zu bewilligen. Dass der Ausschuss den „Schwarzen Peter“ dem BMI zuschob, zeigte die Begründung der Ablehnung des Antrages: „Aufgrund der besonderen Thematik des Behindertensports und der nur begrenzt zu Verfügung stehenden Mittel wird der Vertreter des BMI vom FA ‚Medizin‘ gebeten, sich für dieses förderungswürdige Projekt um einen gesonderten Titel in der Größenordnung von DM 100.000,- zu bemühen“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 25. Oktober 1990 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Tatsächlich wurde das Projekt dann auch im Zeitraum 1991 bis 1996 gefördert (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015). Keul eröffnete damit der Freiburger Sportmedizin ein neues Forschungsfeld. Er selbst führte ab 1996 fünf weitere Projekte mit Behindertensportthematik durch. Zudem wurden an der Universität Freiburg in den 2000er-Jahren sieben weitere Projekte mit Behindertensportbezug durchgeführt (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015). Insgesamt blieb der Anteil geförderter sportmedizinischer Projekte mit Bezug zum Behindertensport indes gering. Zwischen 1990 und 2015 weist die Datenbank der sportmedizinischen Projekte unter 494 Projekten 48 (ca. 6%) auf, die mit Behindertensport verbunden werden können. Neben Freiburg mit 13 Projekten wurden jeweils sechs Projekte an der DSH Köln bzw. dem Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin sowie an der TU München durchgeführt, die weiteren Projekte verteilten sich auf 14 Forschungseinrichtungen (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015).

²⁴ Beantragt waren beim erstgenannten Projekt 90.385 DM und beim zweitgenannten 5.900 DM (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 25. Oktober 1990 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

4.2 Die sportmedizinische Forschungsförderung seit 1970

Mit der Gründung des BISp waren vonseiten der Bundesregierung insbesondere zwei Erwartungen hinsichtlich der sportwissenschaftlichen Forschung verbunden: die Hinwendung zu einer zweckorientierten Forschung sowie die Konzentration der Forschung innerhalb des Bundesinstituts, verbunden mit einem verbesserten Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis. Zugleich hatten die im Vorfeld der Gründung und während der Verhandlungen zwischen DSB und BMI zutage tretenden Prämissen verdeutlicht, dass aus Sicht der Bundesregierung der Sportmedizin in diesem Kontext eine besondere Bedeutung zukommen sollte. Diese spiegelte sich nicht zuletzt darin wider, dass die Sportmedizin einen eigenen Fachausschuss erhielt, während alle anderen Disziplinen durch einen zweiten Fachausschuss vertreten waren, in dem nunmehr neben Anträgen aus der Pädagogik auch welche aus den Bereichen Psychologie, Soziologie sowie Bewegungs- und Trainingslehre begutachtet wurden. Dies wiederum hatte natürlich auch unmittelbare Auswirkungen auf die finanzielle Förderung, die dem zweiten Fachausschuss zur Verteilung zgedachten Mittel mussten auf mehrere Disziplinen aufgeteilt werden, während die Mittel, die vom Fachausschuss Medizin verteilt wurden, allein der sportmedizinischen Forschung zugutekamen (vgl. etwa Haushaltsansätze für die Gewährung von Zuwendung des BISp im HAUSHALTSJAHR 1975; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

Ein zu Zeiten des Kuratoriums für sportmedizinische Forschung häufiger kritisiertes Phänomen, dass sich nur eine sehr geringe Zahl von Forschungszentren herausbildete, stellte für die Bundesregierung bzw. das BMI kein Problem dar. Im Gegenteil war man mit Blick auf die Konzentration der Forschung und einer zweckorientiert-leistungsbezogenen Forschung an der Existenz nur weniger, spezialisierter Forschungszentren interessiert. Nicht ohne Grund waren Freiburg, Köln oder Berlin nicht nur die am stärksten geförderten Forschungszentren, sondern auch Zentren der Leistungssportförderung durch die Einrichtung von Leistungszentren bzw. seit den 1980er-Jahren Olympiastützpunkten und deren sportmedizinischen Untersuchungsstellen.²⁵ Die Fokussierung auf wenige Standorte war also gewünscht.

Insofern kann es nicht überraschen, dass auch nach der Gründung des Bundesinstituts viele der Fördermechanismen erneut griffen, die bereits für die Zeit des Kuratoriums für sportmedizinische Forschung bzw. des Zentralkomitees auf dem Gebiete der Förderung sportmedizinischer Forschung charakteristisch waren (vgl. Nielsen, 2016a, S. 249-306):

- › Die bereits in der Zeit vor 1970 dominierenden Forschungszentren bleiben auch nach 1970 Freiburg und Köln an erster Stelle, gefolgt von Berlin.
- › Die über die Bewilligung entscheidenden Gutachter im Fachausschuss Medizin waren zudem überwiegend die, die auch die meisten und in der finanziellen Größenordnung höchstdotierten Anträge stellten.
- › Wie bereits zu Kuratoriumszeiten waren die beiden Forschungsstandorte Köln und Freiburg auch im Fachausschuss personell am stärksten vertreten, drei Ausschussmitglieder stammten aus Köln, mit Reindell und Keul waren die zu dieser Zeit wichtigsten Freiburger Sportmediziner Ausschussmitglieder.

²⁵ Freiburg hatte sich seit den 1950er-Jahren durch die Zusammenarbeit Reindells mit dem renommierten Leichtathletiktrainer und Direktor des Instituts für Leibesübungen in Freiburg, Woldemar Gerschler, ebenso zu einem Zentrum angewandter Sportmedizin entwickelt wie es in Köln durch die enge Anbindung der Sportmedizin an die Sporthochschule der Fall war. Das von Mellerowicz geleitete Berliner Institut trug den Bezug zur „Leistungsmedizin“ bereits im Titel; zudem agierte Mellerowicz auch als Betreuer von DLV-Mannschaften, war somit aktiv in den Spitzensport involviert (Nielsen, 2016a, S. 275, 305).

- › Ebenfalls wie vor 1970 handelte es sich bei den Forschungsanträgen sehr häufig um Projektweiterführungen bereits laufender Projekte, wodurch die Möglichkeit der Förderung neuer Anträge (und damit auch neuer Antragsteller) aufgrund der beschränkten Fördermittel gering war.

Allerdings lassen sich auch Entwicklungen erkennen, die die Kritik des BMI an der vorherigen Praxis des Bewilligungsverfahrens aufgriffen. Obwohl das BISp versuchte, die Vorgaben hinsichtlich einer Optimierung der Förderpraxis umzusetzen, führte auch dies dazu, dass sich der seit den 1950er- und 1960er-Jahren etablierte und hier dargestellte Status quo weiter verfestigte bzw. sogar verstärkte.

4.2.1 Herausbildung der Förderprämissen und -praktiken in den 1970er-Jahren

Angesichts der bei Gründung vorhandenen Defizite vor allem auch im personellen Bereich, die eine Arbeitsaufnahme zunächst verhinderte, war hinsichtlich des weiteren Verfahrens bei der Forschungsförderung bereits im Vorfeld der Gründung festgelegt worden, dass das Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports „seine Aufgaben weiter wahrnehmen solle“, bis das Bundesinstitut voll geschäftsfähig sei (BArch B322/581 und 270). Somit blieb in der Übergangsphase zum Bundesinstitut hinsichtlich der Bewilligungs- und Förderpraxis zunächst alles beim Alten. Nicht nur die Förderanträge für 1970, sondern auch die für 1971 wurden wie zuvor durch das Kuratorium für die sportmedizinische Forschung begutachtet und die hierfür vom BMI zur Verfügung gestellten Bundesmittel durch den DSB an die Antragssteller verteilt (BArch B322/270).²⁶

Es gelang infolge der verspäteten Arbeitsaufnahme des Bundesinstituts auch nicht, die Vergabe von zweckorientierten Forschungsvorhaben vor allem im Hinblick auf die Olympischen Spiele 1972 entsprechend der mit der BISp-Gründung intendierten Konzentration der Forschung umzusetzen. So vergab im Februar 1971 der Sanitätsausschuss beim Organisationskomitee für die Olympischen Spiele 1972 einen Forschungsauftrag zur Untersuchung der Olympiaathleten direkt und ohne Beteiligung des BISp (und auch nicht des Zentralkomitees) an den Hamburger Sportmediziner Ernst Gadermann. In der Presse wurde nicht nur hinterfragt, wie der Forschungstransfer an die Dokumentationsstelle des BISp gewährleistet werden solle, sondern es wurde auch darauf verwiesen, dass bereits seitens des BA-L Untersuchungsbögen für die sportmedizinische Untersuchung von Spitzensportlern vorlägen, die auf die elektronische Datenverarbeitung im Dokumentationszentrum abgestimmt seien. Die Kritik lautete, dass also genau das Gegenteil einer Konzentration der Forschung stattfinde (Sportkontakt Nr. 5, 5.3.1971, S. 7; BArch B322/773).

Gegen Ende des Jahres 1971 waren dann die Strukturen innerhalb des BISp so weit ausgebaut, dass die gesamte Forschungsförderung, beginnend mit dem Forschungsjahr 1972, nunmehr in die Hände des BISp übergang und das „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“ damit obsolet wurde. Dennoch übernahm das BISp zunächst bewusst – und unter deutlichem Verweis auf die „Freiheit der Forschung“ – die Vergabepraxis des Zentralkomitees:

„Die seit dem Bestehen des ‚Zentralkomitees für die Forschung auf dem Gebiete des Sports e.V.‘ übliche Abwicklung der Anträge auf Förderung von Forschungen aus allen Bereichen der Sportmedizin und Sportpädagogik soll beibehalten werden. Es muss trotz der Konzentrierung der Forschung auf Schwerpunkte innerhalb der einzelnen Gebiete gewährleistet

²⁶ Vgl. etwa den Antrag des Münsteraner Sportmediziners Emil Klaus für die Bewilligung von Mitteln für 1971 (Institut für Sportmedizin der Universität Münster, betr.: Antrag auf Mittel für die Sportmedizinische Forschung für das Rechnungsjahr 1971; B322/583) sowie den Verwendungsnachweis vom 10. Januar 1972 über die Forschungsmittel für 1971 an den DSB (Schreiben Institut für Sportmedizin der Universität Münster an die Geschäftsstelle des Deutschen Sportbundes, betr.: Kuratorium für die sportmedizinische Forschung e. V. Sportmedizinische Forschungsvorhaben 1971, vom 10.1.1972; BArch B322/270).

sein, daß interessante, hochqualitative und gut begründete Vorhaben aus Grenzgebieten gefördert werden, damit die Freiheit der Forschung nicht beschnitten wird“ (Vorlage 1 – 1. Zum Thema Aufstellung des Forschungsprogramms (1971); BArch B274/63).

In der Praxis sollte zunächst der zuständige BISp-Fachreferent den Antrag „bearbeiten“ und mit einer Stellungnahme des Instituts an die Mitglieder der Fachausschüsse weiterleiten. Der Fachausschussvorsitzende und der Fachbeiratsvorsitzende sollten dann eine zusammenfassende Stellungnahme abgeben, die nach Zustimmung des Direktoriums zur Bewilligung führen sollte (Vorlage 1 – 1. Zum Thema Aufstellung des Forschungsprogramms (1971); BArch B274/63).

4.2.1.1 Konsolidierung der etablierten Forschungszentren

Bereits die ersten Sitzungen des Fachausschusses Medizin ab 1971 zeigten, dass auch nach Arbeitsaufnahme des BISp die Forschungsförderung in denselben Bahnen wie zuvor verlief. Grundsätzlich war dies auch zu erwarten gewesen, da die Forschungszentren Freiburg, Köln und Berlin sich auch zu leistungssportlichen Zentren entwickelt hatten und damit auch die dort tätigen Sportmediziner die waren, die die anwendungsorientierte wissenschaftliche Forschung dominierten. Im Bestreben, dem Bundesinstitut bei seiner Gründung wissenschaftliche Relevanz zu verleihen, war es folgerichtig, Sportmediziner wie Reindell oder Hollmann nicht nur erneut bei der Vergabe von Forschungsaufträgen zu bevorzugen, sondern diese auch in die Gremien zu berufen, die über die Programmatik und Bewilligung der Forschung entschieden. Der Ablauf lässt sich beispielhaft anhand der Vergaben der ersten Jahre aufzeigen. Für das erste vom BISp betreute Forschungsjahr 1972 waren 23 sportmedizinische Förderanträge eingegangen, die sich in der Summe auf 1,4 Mio. DM beliefen. Fünf der 23 Anträge stammten von Kölner Sportmedizinern, drei stammten aus Freiburg und drei weitere aus dem dritten Forschungsstandort Berlin, fast die Hälfte (48%) der Anträge kam damit aus einem der drei Forschungszentren. Die in der Summe höchsten Anträge stammten von den Kölner Sportmedizinern Groh (185.300 DM) und Hollmann (183.070 DM) sowie von den Freiburger Sportmedizinern Reindell und Keul (218.160 DM). Gefördert wurden schließlich 21 der 23 Forschungsvorhaben, wobei nur vier Projektanträge nicht in der Fördersumme gekürzt wurden. Andere Projekte wurden teilweise in erheblichem Umfang gekürzt, so erhielt der Frankfurter Mediziner Böhmer, der 62.450 DM beantragt hatte, nur 6.000 DM bewilligt, der Würzburger Mediziner Schneider statt 117.900 DM 20.000 DM. Auch die Projektanträge Grohs, Hollmanns und Reindell/Keuls wurden gekürzt, dennoch erhielten Groh mit 100.000 DM, Hollmann mit 159.000 DM und Reindell und Keul mit 188.000 DM die höchsten Fördersummen. Insgesamt wurden 950.363 DM als Fördermittel bewilligt, sodass Groh, Hollmann und Reindell/Keul nahezu 50% der gesamten Fördermittel erhielten (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports Fachausschuß Medizin am 15. Nov. 1971; Aufstellung der Themen und finanziellen Mittel für das Forschungsjahr 1972 SPORTMEDIZIN; BArch B322/774 und BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).²⁷ Damit setzte sich nicht allein das Übergewicht der Forschungsstandorte Köln und Freiburg fort, sondern auch der Umstand, dass gerade die im Ausschuss für die Bewilligung zuständigen Mediziner auch die höchsten Förderbeträge erhielten. Die nach wie vor bestehende und nicht in Frage stehende Dominanz Kölns und Freiburgs als Forschungszentren offenbart sich nicht zuletzt anhand des Vergleichs mit anderen Standorten wie Münster, das mit dem Sportmediziner Emil Klaus in den ersten Jahren des Bestehens des „Kuratoriums für sportmedizinische Forschung“ noch als weiteres potenzielles Forschungszentrum gegolten hatte (Nielsen, 2016a, S. 271-276). Klaus stellte 1971 ebenfalls einen Antrag zu „Blutgasanalyse in den einzelnen Belastungsstufen und in den verschiedenen Ausdauer-

²⁷ Letztlich wurden 1972 indes nicht alle bewilligten Mittel auch abgerufen, sodass sich die Gesamtsumme der ausgezahlten Mittel auf 816.433,76 DM reduzierte. U.a. erhielten Reindell/Keul nur 139.200 statt 188.000 DM und auch Hollmanns Zuwendung reduzierte sich von 159.000 auf 122.410 DM (Aufstellung der Themen und finanziellen Mittel für das Forschungsjahr 1972 SPORTMEDIZIN; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

sportarten“. Zwar erhielt er 20.000 DM (38.500 DM waren beantragt) bewilligt, in der Begründung des Ausschusses wurde dies jedoch unter Vorbehalt gestellt:

„Die Antragsweise und die Themenstellung wurde von fast allen Mitgliedern kritisiert. Es wurde kurz die Gesamtsituation am Institut für Sportmedizin der Universität Münster diskutiert. Man kam zu der Auffassung, daß der Referent für Biologie/Medizin mit dem Institut in Kontakt treten soll und prüfen soll, ob eine Forschungsförderung angebracht sei“ (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports Fachausschuß Medizin am 15. Nov. 1971; BArch B322/774 und BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

Auch die nachfolgenden Münsteraner Mediziner wie Brüggemann, Jung, Zipf oder Matthias hatten große Schwierigkeiten, ihre Anträge durchzubringen. Inwieweit die in den Ablehnungen meist vorgebrachte Argumentation einer nicht hinreichenden wissenschaftlichen Qualifikation bzw. „Spezifizierung“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ im Fachbeirat „Wissenschaft“ am 23. und 24. Oktober 1980 im BISp, Köln; weitere Ablehnungen in den Protokollen 1981-1991; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2) begründet war, ist schwer zu entscheiden. Feststellbar ist jedoch, dass Münster als sportmedizinischer Forschungsstandort nach 1970 an Relevanz verlor.

Ähnliche Vorbehalte gegenüber dem Forschungsstandort wurden auch im Fall des – ebenfalls bereits zu Kuratoriumszeiten geförderten – Würzburger Antragstellers Schneider geäußert, auch hier „wurde über die allgemeine Situation der sportmedizinischen Forschung in Würzburg“ diskutiert. Die seit den 1950er- und 1960er-Jahren stetig gewachsene Diskrepanz zwischen renommierten Standorten wie Köln oder Freiburg und kleineren, schlechter ausgestatteten Einrichtungen wirkte sich bereits in diesem ersten Förderjahr des BISp aus.

Dasselbe Muster lässt sich bei der Vergabe der Förderungen für 1973 erkennen. Dieses Mal musste der Ausschuss über 37 Projektanträge befinden. Die hohe Zahl der Anträge führte dazu, dass BISp-Direktor Rieder den Ausschuss dazu aufforderte, „strengere wissenschaftliche Maßstäbe an die Vorhaben anzulegen“ (Niederschrift über die 4. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 15. Dezember 1972 in Lövenich; BArch B322/775). Acht der Anträge stammten von Mitgliedern des Fachausschusses selbst, von Ilse Bausenwein – der als einziger abgelehnt wurde –, Herbert Groh, Wildor Hollmann, Josef Nöcker, Josef Keul (2 Anträge), Herbert Reindell und H. Stoboy (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports, Fachausschuß Medizin, am 23. Nov. 1972; BArch B322/774). Erneut stammten die Anträge mit dem größten Finanzierungsumfang von Reindell/Keul (365.000 DM) und Hollmann (246.066 DM), beide reichten zudem wie im Jahr zuvor gleichzeitig mehrere Forschungsvorhaben als Teilprojekte ein. Bei Hollmann waren dies für 1972 sieben gewesen und für 1973 elf, bei Reindell/Keul neun bzw. 12 Forschungsvorhaben. Zwar wurden auch dieses Mal beide Anträge deutlich gekürzt, so wurden Hollmann nur 130.000 DM bewilligt, Reindell und Keul erhielten sogar nur knapp 50 % der Antragssumme, dennoch lagen die Fördersummen deutlich über denen der anderen Antragsteller.²⁸ Die Tendenz der Subsumierung einzelner Teilprojekte unter einem Schwerpunkt nahm im Verlauf der Jahre zu, Hollmann etwa reichte für 1983 einen Antrag über 24 Einzelvorhaben ein, für 1984 waren es dann 25 Einzelvorhaben, von denen allerdings acht durch den Fachausschuss gestrichen wurden. Keul reichte zwei Anträge mit zusammen 17 Einzelvorhaben ein, die mit 255.000 DM gefördert wurden. Angesichts der zunehmenden Untergliederung der Projekte in Teilprojekte forderte der Ausschuss, „künftig ein Aufgabenprogramm“ für die vom BISp geförderten Projekte vorzulegen, aus

²⁸ Anträge über 100.000 DM stellten 1972 zudem noch Groh, Mellerowicz (3 Forschungsvorhaben, 168.000 DM) sowie Nowacki (4 Forschungsvorhaben, 160.000 DM). Diese Anträge wurden ebenfalls gekürzt (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports, Fachausschuß Medizin, am 23. Nov. 1972; BArch B322/774).

dem die Zuordnung der einzelnen Teilprojekte zu einem Gesamtprojekt erkennbar sein sollte (Protokolle über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 21. Oktober 1982 und am 20. Oktober 1983 im BISp, Köln; BArch B274/143 u. 147; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Zunehmend beinhalteten die eingereichten Anträge auch Projektfortsetzungen. 1974 waren von neun Einzelprojekten Hollmanns zwei Fortsetzungen, bei Keul und Reindell war dies bereits bei der Hälfte der zehn Einzelprojekte der Fall. Zudem überstiegen die beantragten Fördersummen mit 211.708 DM bzw. 259.920 DM die der anderen Projektanträge deutlich, die nächsthöheren Antragssummen beliefen sich auf 67.500 DM des Berliner Mediziners Stoboy und 59.000 DM des Gießener Mediziners Nowacki (Forschungsanträge 1974 – medizinischer Bereich; BArch B322/775; Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses Medizin am 1. Februar 1974 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). 1975 erhielten die drei Standorte Köln, Freiburg und Berlin insgesamt 589.850 DM (Köln 188.000 DM, Freiburg 266.850 DM, Berlin 135.000 DM), somit gut 70% der Gesamtförderung (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses Medizin am 21. November 1974 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Lövenich; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

In den 1980er-Jahren wurde der Saarbrücker Sportmediziner Kindermann neben Hollmann und Keul ein weiterer Nutznießer der BISp-Forschungsförderung. Dies ist nicht zuletzt auch deshalb interessant, weil Kindermann – im Unterschied zu den meisten anderen der in der Förderung bevorzugten Wissenschaftler – in diesem Zeitraum keine Position innerhalb der BISp-Gremien innehatte. Kindermann war bis 1979 in Freiburg tätig und hatte dort bereits an 70 Projekten als Mitarbeiter Reindells und Keuls mitgewirkt. Er war somit bei seinem Wechsel auf den Lehrstuhl für Sportmedizin an die Universität Saarbrücken ein erfahrener Forscher. Kindermanns von 1979 bis 1991 fortlaufendes und ständig durch Teilprojekte²⁹ erweitertes Projekt unter dem Titel „Leistungsdiagnostik und sportartspezifische Bedingungen und Trainingsteuerung“ wurde in einem Maße gefördert, das zwar nicht an die Fördermittel der Kölner und Freiburger Forscher heranreichte³⁰, die Förderungen waren dennoch höher als bei anderen Forschungseinrichtungen. Saarbrücken entwickelte sich somit neben Freiburg, Köln und Berlin zu einem weiteren Zentrum sportmedizinischer Forschung. Wie auch Keul war Kindermann zudem seit dem Ende der 1980er-Jahre als Verbandsarzt (DLV/DFB) tätig und hatte somit eine enge Anbindung an den Leistungssport. Die Affinität einiger Sportmediziner, beginnend bereits bei Reindell und Mellerowicz als Olympiaärzte in den 1960er-Jahren, zum Spitzensport stellte ohne Zweifel ein weiteres Merkmal dar, das sich begünstigend auf die Forschungsförderung auswirkte, da ein Praxisbezug der Zweckforschung quasi vorausgesetzt wurde.

Seit den 1980er-Jahren nahm zwar die Zahl der Forschungseinrichtungen – zu denen neben Saarbrücken vor allem auch Heidelberg und Gießen zählten (vgl. „Forschungsschwerpunkte“) – in der Summe gegenüber den 1960- und frühen 1970er-Jahren zu, dennoch sorgte allein die bevorzugte Förderung von Fortsetzungsanträgen für eine Stagnation hinsichtlich einer Ausweitung der Forschungslandschaft. Zudem war nach wie vor die Mehrzahl der mit den höchsten Beträgen geförderten Sportmediziner auch Gremienmitglied, dies galt auch für einige der „neuen“ Antragsteller wie den Essener Sportmediziner Krahl oder den Kieler Sportmediziner Rieckert. Mit einer gewissen Zwangsläufigkeit wurden offenbar erfolgreiche, vom BISp geförderte Wissenschaftler auch in die Ausschüsse berufen (vgl. Protokolle über die Sitzungen des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 15. Oktober 1987 und 13. Oktober 1988 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Dem BISp war die damit verbundene – und etwa

²⁹ Das Projekt hatte Kindermann 1979 noch in Freiburg begonnen. Derartige Teilspezifizierungen bezogen sich etwa auf einzelne Sportarten wie Rudern, Eisschnelllauf, Schwimmen, Sport- und Mannschaftsspiele oder Langstreckenlauf oder aber Körpervorgänge wie Fettstoffwechsel, Herzfrequenz oder Hormonhaushalt (Datenbank Sportmedizin 1970-1990).

³⁰ Die Fördersummen waren 1979: 20.000 DM; 1980: 66.000 DM; 1981: 109.200 DM; 1982: 110.000 DM, 1983: 115.000 DM, 1984: 105.000 DM, 1985: 107.000 DM, 1986: 107.000 DM, 1987: 120.000 DM, 1988: 120.000 DM, 1989: 120.000 DM, 1990: 145.000 DM, 1991: 100.000 DM; vgl. Protokolle der Sitzungen des Fachausschusses Medizin im BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2.

1992 auch vom Bundesrechnungshof angemahnte (Protokoll der Sitzung des Bundesausschusses Leistungssport, Beirat der Wissenschaftler – Arbeitsgruppe Sportmedizin – am 15.09.1992, Frankfurt a. M.; DOSB-Archiv Bestand 547) – Problematik der Identität von Antragsteller und -begutachter durchaus bewusst. 1986 kam es seitens der BISP-Verwaltung zu der Anweisung, dass bei Antragstellungen von Ausschussmitgliedern diese ihren Antrag nicht in einem zusätzlichen Referat „aus Gründen der Gleichberechtigung abwesender Antragsteller“ vorstellen sollten (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 23. Oktober 1986 im BISP, Köln; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). 1990 wies der Ausschuss zudem explizit darauf hin, dass bei Fortsetzungsanträgen ein Zwischenbericht der bisherigen Ergebnisse unabdingbar sei und somit kein Automatismus einer Weiterführung von Projekten gegeben sein solle (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 25. Oktober 1990 im BISP, Köln; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Insgesamt wurden zwischen 1971 und 1990 844 sportmedizinische Projekte durch das BISP gefördert. 260 (= 31%) davon gingen an den Standort Freiburg, 281 (= 33%) an den Standort Köln und 63 (= 7,5%) an den Standort Berlin. Zusammen waren dies 604 Projekte, damit erhielten Freiburg, Köln oder Berlin 71,5% der Projekte (Datenbank Sportmedizin 1970-1990). Dies unterschied sich somit nur geringfügig von der Verteilung der Jahre 1955 bis 1970, als 76 % der Projekte an diese drei Standorte gegangen waren (Nielsen, 2016a, S. 271 f.). In gleichem Maße waren auch die bereits vor 1970 dominierenden Sportmediziner bzw. deren Nachfolger auch im Zeitraum 1970 bis 1990 präsent. Bei 231 (= 82,5%) der 281 Kölner Projekte war Wildor Hollmann an der Projektleitung beteiligt oder alleiniger Leiter. In Freiburg dagegen, wo Reindell noch bis 1970 zu 100% der Forschungsleiter gewesen war, ging die Forschungsleitung zunehmend auf Josef Keul über. Nur noch an 83 der 260 Projekte war Herbert Reindell beteiligt, an 237 dagegen Josef Keul – zu Beginn noch meist mit Reindell gemeinsam, später dann als alleiniger Antragsteller oder als Projektleiter. Lediglich an 23 der 260 Projekte war Keul somit gar nicht beteiligt, von diesen wiederum waren 18 Einzelprojekte Reindells. Insgesamt waren entweder Keul und/oder Reindell an 255 der 260 Freiburger Projekte beteiligt, damit an 98%.

Die Zunahme der Forschungsstandorte auf 27 bis 1990 gegenüber dem Zeitraum 1955 bis 1970 mit 16 Standorten (Nielsen, 2016a, S. 272, Abb. 2) wirkte sich somit kaum prozentual auf die Verteilung der Projekte aus. Die 24 Standorte neben Freiburg, Köln und Berlin erhielten nur 28,5% der Forschungsprojekte.³¹ Unter den weiteren Standorten lagen Heidelberg (mit den Sportmedizinern Cotta, Rompe und Weicker), Gießen (Nowacki) und Saarbrücken (Kindermann) mit 46, 36 bzw. 29 Projekten deutlich vorne, deren Projekte machten weitere 13% aus. Bei den anderen 21 Standorten, deren Anteil an der Gesamtzahl der Projekte zusammen nur noch 15,5% ausmachte, lag die Zahl der Projekte zwischen 1971 und 1990 stets unter 20, in den meisten Fällen (15 von 21) sogar bei oder unter zehn.

³¹ Unter gleicher statistischer Verteilung hätten somit die 13 Standorte außer den drei Zentren im Zeitraum 1955-1970 jeweils 1,7% der Projekte erhalten, die 24 Standorte außer den drei Zentren im Zeitraum 1971-1990 dagegen nur ca. 1,2%.

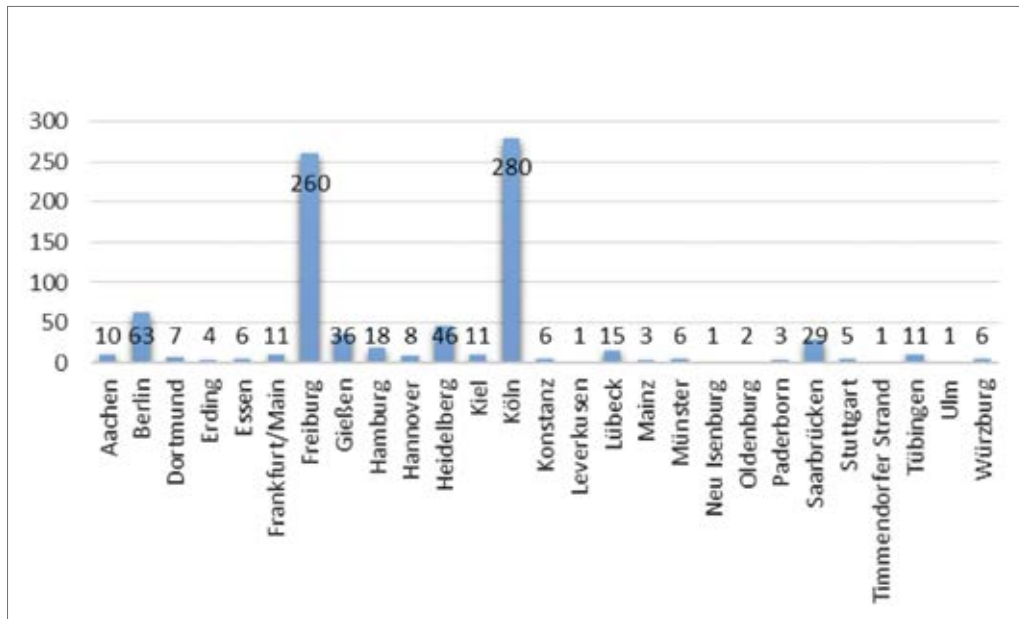


Abb. 5.2 Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 nach Standorten (Datenbank Sportmedizinprojekte 1971-1990)

Zwischen 1990 und 2015 wurden laut der durch das Bundesinstitut für Sportwissenschaft übermittelten Daten 494 sportmedizinische Projekte gefördert. Die Zahl der Forschungsstandorte nahm in diesem Zeitraum um drei auf 30 zu, kennzeichnend für diesen Zeitraum ist jedoch im Vergleich zum Zeitraum 1955 bis 1970, aber auch zum Zeitraum 1971-1990 an einigen Standorten eine Diversifikation der Forschung auf verschiedene Einrichtungen an einem Standort. Somit ist die bis 1990 durchaus mögliche Identität von Standort und Forschungseinrichtung in diesem Zeitraum nicht mehr uneingeschränkt, wenngleich dennoch für die meisten Orte, möglich. Vor allem bei den Einrichtungen mit wenigen Projekten bestanden noch derartige Identitäten³², aber in Großstädten wie Köln³³, München³⁴ oder Berlin³⁵ waren es nunmehr unterschiedliche, teilweise gar nicht der Sportwissenschaft bzw. -medizin sui generis verbundene Einrichtungen wie die Institute für Rechtsmedizin in Köln, Leipzig, München und Frankfurt mit insgesamt elf Projekten, die Forschungsgelder vom Bundesinstitut erhielten. Der grundlegendste Unterschied bestand jedoch in dem Zeitraum seit 1990 darin, dass die absolute Dominanz der drei Standorte Freiburg, Köln und Berlin in dieser Form nicht mehr existent war. Zwar erhielten Köln (76, 15,5 %) und Freiburg (51, 10,5 %) die meisten Projekte zugesprochen, zusammen machte dies indes nur noch ein Viertel (26 %) aller Projektverga-

³² Beispiele für diese Identität von Standort und Einrichtung wären die Orthopädie des Allgemeinen Krankenhauses Barmbek mit acht Projekten, der Arbeitsbereich Sportmedizin und Sportphysiologie des Instituts für Sportwissenschaft der Universität Bayreuth mit sechs Projekten (ein Projekt 1991 („Übertraining/zentrale Ermüdung: Indikatoren und diagnostische Kriterien beim Sportler insbesondere bei Ausdauerdisziplinen“) wurde durch den ehemaligen DDR-Sportmediziner Hartmut Riedel durchgeführt, der in der DDR maßgeblich in das staatliche Dopingsystem involviert gewesen war) oder der Arbeitsbereich des Instituts für Sportwissenschaft der Universität Bochum mit 28 Projekten (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015).

³³ Neben dem Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, das 44 Projekte von 76 durchführte, waren es andere Abteilungen in der DSHK wie die Institute für Trainings- und Bewegungslehre, für Biomechanik, für Rechtsmedizin, für Biochemie, für Wasser-, Winter- und Kampfsport, für Psychologie sowie das Klinikum und die Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin, die die anderen Projekte unter sich aufteilten (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015).

³⁴ Neben der Technischen Universität München – Klinikum rechts der Isar, Poliklinik für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin mit 12 Projekten waren die weiteren Einrichtungen: Technische Universität München, Zentralinstitut für Ernährungs- und Lebensmittelforschung, Lehrstuhl für Phytopathologie, Labor für Angewandte Biochemie; Medizinische Klinik Innenstadt (München), Arbeitsgruppe Neuroendokrinologie; Universität München, Institut für Rechtsmedizin; Technische Universität München, Fakultät für Sportwissenschaft, Lehrstuhl Sport und Gesundheitsförderung; Technische Universität München, Institut für Physiologie (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015).

³⁵ Abteilung Sportmedizin der Charité sowie Humboldt-Universität, Institut für Sportwissenschaft, Abt. Sportmedizin.

ben aus, unter Hinzuziehung Berlins, das gemeinsam mit Potsdam mit jeweils 24 Projekten (5 %) nur noch an fünfter Stelle lag, lag der Anteil der zuvor bedeutendsten Zentren bei ca. 31 %. Von den drei bis 1990 an Bedeutung gewinnenden Standorten Gießen, Heidelberg und Saarbrücken erhielt Gießen nur noch drei Projekte zugesprochen, auch Heidelberg (22, 4,5 %) und Saarbrücken (27, 5,5 %) fielen im Vergleich zu den übrigen Standorten zurück. Insgesamt kam es ab 1990 tatsächlich deutlich mehr zu der von der Sportmedizin lange Jahre erhofften und propagierten Zunahme an sportmedizinischer Forschung in unterschiedlichen, zumeist universitären Einrichtungen, die vor allem dadurch gekennzeichnet war, dass die Verteilung der Projekte homogener ausfiel als in den Jahren zuvor.

Die nähere Betrachtung zeigt weiter, dass die Vergabe der Projekte ganz offenbar häufig an die jeweiligen beantragenden Sportmediziner und deren Renommee als Forscher gebunden war, mit dem Ausscheiden renommierter Wissenschaftler wie Reindell und Keul in Freiburg, Hollmann in Köln und Nowacki in Gießen aus der Forschungsförderung ging auch der Anteil dieser Standorte an der Gesamtförderung zurück (vgl. „Forschungsschwerpunkte“). Die durch das BISp geförderte sportmedizinische Forschung blieb auch nach der Wiedervereinigung größtenteils auf die alten Bundesländer konzentriert, neben dem Dopinglabor Kreischa, das 4 dopingbezogene Forschungsaufträge durchführte, wurde sportmedizinische Forschung an der Humboldt-Universität Berlin (14 Projekte) bzw. der Charité (8), der Universität Potsdam mit 24 Projekten sowie an der Universität Leipzig (12), der Universität Jena (7), der Akademischen Akademie bzw. TU Dresden (7) und an der Orthopädischen Universitätsklinik Magdeburg (5) gefördert. Insgesamt lag der Anteil der 81 in den neuen Bundesländern (einschließlich Ost-Berlin) geförderten Projekte bei 16,5 % (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015).

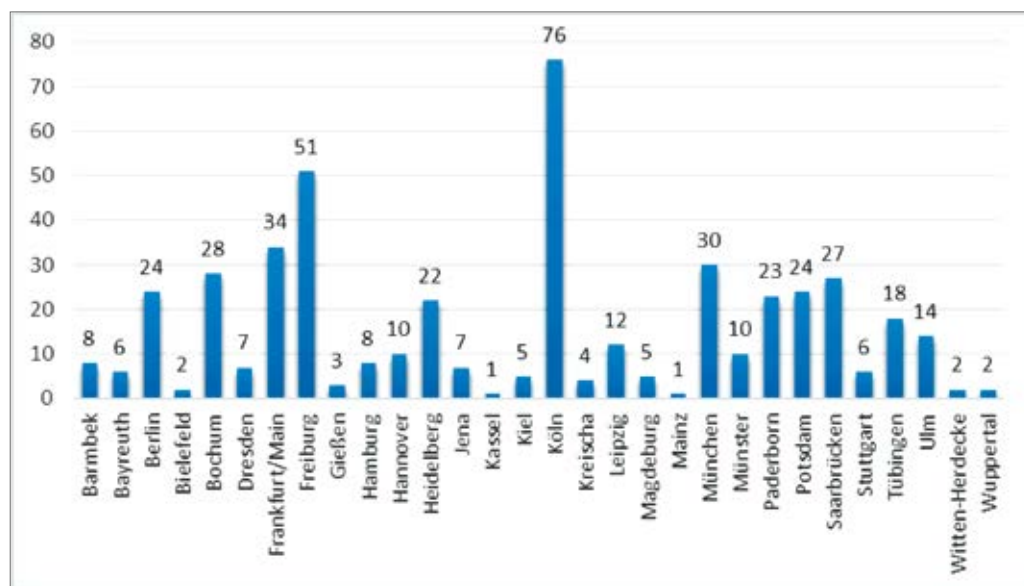


Abb. 5.3 Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 nach Standorten

4.2.1.2 Kriterien der Bewilligung

Sowohl die Vorgaben des BMI bei der Gründung des Bundesinstituts als auch – und dies letztlich in deutlicherem Ausmaß – die Mittelknappheit bei der Förderung der sportmedizinischen Projekte führten dazu, dass sich relativ schnell Kriterien für die Bewilligung herausbildeten, die bei der Begutachtung leitend waren oder zumindest sein sollten. Als zentrale Vorgabe seitens der Bundesregierung galt neben der Zweckorientierung die der „Konzentration“ der Forschung. Damit verbunden war zum einen die Erwartung, dass Projekte sportwissenschaftlicher Provenienz auch von anderen Auftraggebern als dem BMI unter Mitwirkung oder zumindest Kenntnisnahme des BISp vergeben werden

sollten, das BISp somit tatsächlich die gewünschte „Zentrale“ sportwissenschaftlicher Forschung sein sollte. Zum anderen war die Hoffnung, dass sich diese Konzentration der Forschung auch innerhalb der Forschungsförderung des BISp selbst bemerkbar machte, indem „Doppelforschung“ vermieden werden sollte. Gerade die teilweise unkoordinierte Forschungsförderung zu Zeiten des Kuratoriums für sportmedizinische Forschung, die dazu geführt hatte, dass gleiche oder thematisch ähnliche Forschungsvorhaben wie etwa zum Intervalltraining an verschiedenen Forschungsstätten gefördert worden waren, war ein zentraler Kritikpunkt gewesen. Bereits den ersten Bewilligungsverfahren des Fachausschusses Medizin lässt sich entnehmen, dass der Ausschuss bemüht war, derartige „Doppelforschung“ zu verhindern. Zugleich zeigt sich, dass damit die Tendenz verbunden war, dass bei inhaltsgleichen oder thematisch ähnlichen Anträgen diejenigen bevorzugt wurden, die von bereits etablierten Forschungseinrichtungen gestellt worden waren bzw. die dann nicht oder nur in geringem Umfang geförderten Antragsteller zur Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen aufgefordert wurden. Obwohl dieses Vorgehen sachlich zu begründen war, waren die etablierten Forschungseinrichtungen doch in der Regel personell und materiell besser ausgestattet. Deshalb trug auch dieser Aspekt in der Konsequenz dazu bei, diese Forschungseinrichtungen in ihrer Vorrangigkeit zu stärken. So wurde 1972 einem Antrag des Gießener Mediziners Wasmund zum „Problem der Belastung beim beidbeinigen Absprung“ zwar entsprochen, die Fördermittel wurden jedoch mit der Auflage, das Projekt in Kooperation mit der DSH Köln, die die „benötigten Apparaturen“ habe, von 43.950 auf 5.000 DM deutlich gekürzt. Einem Antrag auf die Messung und Wirkung von Dopingmitteln (Antragsteller waren die drei Aachener Mediziner Schweitzer, Waterloh und Weher) wurde nicht entsprochen, und stattdessen auf eine Zusammenarbeit mit Manfred Donike und dem Kölner Doping-Zentrallabor verwiesen. Auch dem Antragsteller Jung (Timmendorfer Strand), der langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen bei Sportlern durchführen wollte, wurde die Kontaktaufnahme mit Forschungsgruppen, die „ebenfalls diese Problematik bearbeiten“, auferlegt (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports, Fachausschuß Medizin, am 23. Nov. 1972; BArch B322/774). Auch in den Folgejahren wurden wiederholt Anträge abgelehnt, da bereits entsprechende Forschungen an einem anderen Standort durchgeführt würden oder dort eine bessere Ausstattung zur Durchführung vorhanden sei (vgl. Sitzungsprotokolle des Fachausschusses Medizin in BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

Zu einem weiteren Kriterium wurde die Streichung von Geräteanschaffungen in den Anträgen, was zu einer deutlichen Reduzierung der Fördermittel führte. Der Fachbeirats-Vorsitzende Reindell forderte bereits im April 1972 gegenüber dem Direktorium des BISp mit Verweis auf den Haushalt des Instituts eine Verschlinkung des Forschungsbereichs, indem in dem neuen „Schwerpunktprogramm“ des BISp der Schwerpunkt III in der Medizin, der die „Entwicklung, Einführung und Erprobung von Meßinstrumenten“ vorsah, gestrichen werden sollte. Reindells Argumentation war, dass die Geräte stets den größten Anteil am Finanzvolumen der Forschungsanträge ausmachten. Das Direktorium folgte Reindells Auffassung, betonte aber, dass die Förderung der Anschaffung von Gerätschaften innerhalb der Forschung nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden sollte. In Übereinstimmung mit Reindells Forderung setzte 1973 Hollmann als Vorsitzender des Fachausschusses Medizin die Vorgabe durch, dass Forschungseinrichtungen „Grundausrüstungen“ selbst zu finanzieren hätten (Stellungnahme Prof. Hollmann zu den medizinischen Anträgen für das Jahr 1973, S. 3; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). 1984 beschloss schließlich der „Fachbeirat für angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ explizit für alle sportwissenschaftlichen Bereiche, dass „Großgeräte“ nicht vom BISp gefördert werden sollten (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirates „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 18. Oktober 1981 in Köln; BISp-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle).

Die Förderpraxis im Fachausschuss Medizin zeigt, dass dementsprechend Anträge, die die Anschaffung von Gerätschaften beinhalteten, mit Verweis auf die Vereinbarung, derartige Anschaffungen nicht durch das BISp zu fördern, entweder abgelehnt oder um die Summen für die Geräte – und

dadurch meist erheblich – gekürzt wurden. So wurde 1971 ein Antrag des Frankfurter Sportmediziners Dieter Böhmer, der die Anschaffung eines Messwagens zur Untersuchung von Elektrolytveränderungen „im Serum und Urin“ beantragt hatte, von 62.450 auf 6.000 DM gekürzt, da „ein mobiler Meßwagen [...] für biomechanische Meßzwecke“ beim BISp selbst angeschafft werden solle. Böhmer wurde zudem vom Ausschuss für weitere Untersuchungen an das Freiburger Institut verwiesen, die die nötigen Geräte hätten bzw. anschaffen wollten (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports, Fachausschuß Medizin, am 23. Nov. 1972; BArch B322/774). Auf der Sitzung des Fachausschusses Medizin am 21. November 1974 rekurrierte der Berliner Sportmediziner Stoboy erneut darauf, Anträgen die Förderung zu versagen, die „im Grunde darauf abzielen, den Antragstellern die Beschaffung von Geräten und die Einstellung von Personal zu ermöglichen. Die vorliegenden Anträge sollten hierauf besonders streng überprüft werden“. Der Antrag des Münsteraner Sportmediziners Schmidt wurde dann auch mit der Begründung abgelehnt, er diene allein der Ausstattung seines Instituts mit „Grundausrüstung“, und es seien keine sport-spezifischen Fragestellungen erkennbar (Protokoll über die Fachbeiratssitzung am 21. November 1974 „Angewandte Wissenschaft“ im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, 5023 Lövenich; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Auch bei den 16 Anträgen, die für 1975 bewilligt wurden, wurden Kosten für Geräte und, als zweite Option einer Mitteleinsparung, Personal gekürzt bzw. gestrichen, gerade diese beiden Kürzungsansätze führten dazu, dass relativ viele Projekte grundsätzlich gefördert werden konnten, dies aber zum Teil nur mit gegenüber der Antragstellung erheblich verminderten Fördersummen (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses Medizin am 21. November 1974 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Lövenich; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

Obwohl die Argumentation Reindells und Hollmanns schlüssig war und die Kürzung der Geräteanschaffungen sowie von Personalkosten die Finanzvolumina deutlich senkten, lässt sich dies auch als Versuch bewerten, die Vorrangstellung der beiden Standorte Freiburg und Köln, die nicht zuletzt aus dem Vorhandensein entsprechender Forschungsgeräte resultierte, gegenüber anderen Standorten zu manifestieren. Eine Alternative wäre die engere Zusammenarbeit mit Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken an entsprechenden Standorten gewesen. Obwohl auch die renommierteren Forscher von diesen Kürzungen selbst betroffen waren, Reindell und Keul wurde etwa 1972 mitgeteilt, dass die „hauptamtlich in Forschungsprogrammen tätigen Mitarbeiter zum größten Teil vom Träger der Forschungsinstitution selbst bezahlt werden“ sollten (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports, Fachausschuß Medizin, am 23. Nov. 1972; BArch B322/774), zeigt sich dennoch, dass Geräteanschaffungen beinhaltende Anträge der etablierten Forschungszentren nicht mit derselben Konsequenz wie die anderer Einrichtungen abgelehnt bzw. gekürzt wurden. So wurde 1974 dem Freiburger Sportmediziner Keul die Anschaffung eines „medizinischen Meßwagens“ – der einzige Antragspunkt – in Höhe von 16.800 DM bewilligt (Forschungsanträge 1974 – medizinischer Bereich; BArch B322/775; Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses Medizin am 1. Februar 1974 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

Aufgrund der sich verstärkenden Mittelknappheit gegen Ende der 1970er-Jahre kam ein weiteres Bewilligungskriterium hinzu: Zu erbringende „Vorleistungen“ bei Neuanträgen in Form des Nachweises der wissenschaftlichen Qualifikation bzw. der Forschungserfahrung in der Thematik durch Publikationen o.ä. wurden zu einer grundsätzlichen Bedingung, wodurch Wissenschaftlern ohne Forschungserfahrung der Zugang zu Fördermitteln erschwert wurde, wie zahlreiche Ablehnungen derartiger Anträge in den 1980er-Jahren zeigen (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirates „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 22. und 23. Oktober 1981 im BISp, Köln; BArch B274/147; BISp-Archiv; weitere Protokolle im Ordner Fachausschuss Medizin 2). 1978 wurde der Antrag des Münsteraner Orthopäden Brüggemann abgelehnt, da dieser keine Nachweise durch Publikationen erbringen hatte können, dass er auf dem „beantragten Gebiet“ („Der Einfluß des Langstreckenlaufes auf den menschlichen Fuß“) bisher erfolgreich geforscht habe (Pro-

tokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 23. und 24. November 1978 im BISp, Köln; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). In gleichen Maße wurde das bereits zu Kuratoriumszeiten geltende Instrument mangelnden Nachweises in Form von Publikationen (Nielsen, 20016a, S. 267) als Ablehnungsgrund reanimiert. 1978 wurde der (Fortsetzungs-)Antrag des Freiburger Sportmediziners Armin Klümper zu sporttraumatologischen Problemen abgelehnt, da Klümper keine der ihm auferlegten Bedingungen (Zwischenbericht, Publikationsnachweis) erfüllt hatte; ebenso der Antrag des Aachener Mediziners Waterloh, da dessen bisherige Forschungen „keine einschlägigen Ergebnisse“ erkennen ließen (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 23. und 24. November 1978 im BISp, Köln; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Die Vorlage von Zwischenberichten bei Fortsetzungsanträgen stellte ein immer wieder herausgestelltes Kriterium dar. Letztlich zeigte sich indes auch hier, dass innerhalb des Ausschusses die bisherige Verfahrensweise einer Bevorzugung etablierter (und/oder im Ausschuss sitzender) Antragsteller beibehalten wurde. So wurde ein 1991 Antrag Keuls, obwohl er (zum wiederholten Mal) keinen Zwischenbericht für seinen Fortsetzungsantrag vorgelegt hatte, bewilligt. Auch weitere Fortsetzungsanträge wie die von dem Kölner Mediziner Rost und dem Saarbrücker Mediziner Kindermann wurde bewilligt, obwohl auch hier die Zwischenberichte fehlten und dies entsprechend angemahnt worden war (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 17. Oktober 1991 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

4.2.2 Verteilungskämpfe als Reaktionen auf die Zunahme der Diskrepanz zwischen Antrags- und Bewilligungsvolumen

Ab der Mitte der 1970er-Jahre zeichnete sich ab, dass sich die Diskrepanz zwischen den Antragsvolumina und den vom BMI zur Verfügung gestellten Mitteln für die Forschung stetig zu vergrößern drohte. Insgesamt wurden in den ersten drei Jahren 1971 bis 1973 64 Projekte im Fachbereich Medizin gefördert, 1971 25, 1972 16 und 1973 23. In diesen ersten Jahren war der Anteil der aus Mittelknappheit nicht geförderten Projekte noch gering, zudem lag der Anteil der Sportmedizin an der Gesamtforschungsförderung über dem Durchschnitt.³⁶ Bereits 1975 lag das Verhältnis zwischen Antrags- und Bewilligungsvolumen in der Sportmedizin bei 2:1. Im Bereich Sportmedizin waren 25 Anträge im Gesamtvolumen von 1.754.591 DM eingegangen, die zur Verfügung stehende Fördersumme betrug dagegen nur 880.000 DM.³⁷ Zwar waren in diesem Jahr für die „Gewährung von Zuwendungen“ 2,7 Millionen DM im Haushaltsansatz vorgesehen, infolge von Abzügen für „evtl. Tarif- und Kostenerhöhungen“, eine einzurechnende 20%-ige Haushaltssperre sowie für vier vom BISp erteilte Forschungsaufträge in Höhe von 423.000 DM³⁸ verblieben für die Förderung neuer bzw. die Fortsetzung laufender Projekte in allen Bereichen nur noch 1.467 Mio. DM (Haushaltsansätze für die Gewährung von Zuwendung des BISp im HAUSHALTSJAHR 1975; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Ent-

³⁶ Allerdings stammten die drei Projekte in diesem Zeitraum, deren Gesamtvolumen über 250.000 DM betrug, alle nicht aus der Medizin. Insgesamt machte die wissenschaftliche Projektförderung den mit Abstand größten Posten im BISp-Haushalt aus, für Projekte im Fachbereich Sport- und Freizeitanlagen wurden im selben Zeitraum insgesamt 600.000 DM bewilligt (Vorlage zur Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 21.2.1972; BArch B322/775).

³⁷ Dies war in den anderen Disziplinen indes ebenso der Fall. Auch im Bereich Sportpädagogik bestand 1975 eine eklatante Diskrepanz von 1.546.783 DM zu 587.000 DM. Die Zahl der Anträge im „geisteswissenschaftlichen Bereich“, die vom Fachausschuss Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Bewegungs- und Trainingslehre“ begutachtet wurden, stieg im Vergleich zu den Jahren vor Gründung des BISp stetig, für 1975 waren insgesamt 45 Anträge eingereicht worden, von denen dann 26 als förderungswürdig begutachtet wurden. Das BISp sah hierin ein Zeichen für die „Differenzierung der Sportwissenschaft“ (BISp-Informationen: Forschungsförderung durch das BISp in 1975; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

³⁸ Diese vier Auftragsforschungen lagen alle außerhalb der Sportmedizin. Es handelte sich um die Projekte „Kinderhochleistungssport“ (Kaminski, 76.000 DM), „Sport im Betrieb“ (Scherhorn, 57.000 DM), „Soziologie des Sportvereins (Linde, 75.000 DM) sowie „Sport im Strafvollzug“ (Neumann; 40.000 DM) (Haushaltsansätze für die Gewährung von Zuwendung des BISp im HAUSHALTSJAHR 1975; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Diese vier Forschungsaufträge schlugen auch im Haushalt für 1976 mit insgesamt 186.065 DM zu Buche (Haushaltsansätze für die Gewährung von Zuwendung des BISp im HAUSHALTSJAHR 1976; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

sprechend der Diskrepanz zwischen der Höhe der beantragten Projektmittel und der zur Verfügung stehenden Mittel gelangte der Ausschuss schließlich mittels Ablehnungen und Kürzungen zu einer Bewilligungssumme von 836.850 DM, mit der 16 Projekte gefördert wurden (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses Medizin am 21. November 1974 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Lövenich; BISP-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Für 1976 waren dann seitens des BMI 2,6 Mio. DM Fördermittel vorgesehen, davon verblieben für die Sportmedizin knapp 904.000 DM. Für die Doping-Analytik waren 120.000 DM, für die Dokumentation 160.000 DM und für die „allgem. Sportwissenschaft“, also die Disziplinen außer der Sportmedizin, 710.131 DM vorgesehen, sodass die Sportmedizin zwar die höchste Fördersumme zugewiesen bekam, diese machte aber erneut nur etwa die Hälfte des Antragsvolumens aus (Haushaltsansätze für die Gewährung von Zuwendung des BISP im HAUSHALTSJAHR 1976; BISP-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Insgesamt lagen dem Fachausschuss Medizin 24 Förderanträge mit 61 Einzelprojekten vor, 18 Anträge mit 43 Einzelprojekten wurden – in der Regel gekürzt – mit insgesamt 846.290 DM als förderungswürdig angesehen (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 14. November 1975 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Köln-Lövenich; BArch B274/143; BISP-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Der Haushaltsansatz für das Jahr 1977 belief sich auf 2,7 Mio. DM, der Sportmedizin standen davon 855.974 DM zur Verfügung, eingegangen waren indes insgesamt 31 Forschungsanträge mit 71 Einzelprojekten in einem Gesamtvolumen von 1,63 Mio. DM (Haushaltsansätze für die Gewährung von Zuwendungen des BISP im Haushaltsjahr 1977; BISP-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Für 1978 lag der Haushaltsansatz bei 913.659 DM, dem Fachausschuss lagen jedoch Anträge für die Sportmedizin im Umfang von über 2 Mio. DM vor – in dieser Größenordnung lagen auch die Antragsvolumina der Folgejahre. Demgegenüber sanken die Fördermittel des Bundes insgesamt in den frühen 1980er-Jahren. Aufgrund der schlechten Haushaltslage beschloss der Haushaltsausschuss des Bundestages für 1982 eine Mittelkürzung von 2,8 Mio. auf 2,05 Mio. DM (Schreiben Verwaltung des BISP an Fachbereichsleiter vom 14.5.1981; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Das Direktorium des BISP nahm diese Kürzung auf seiner Sitzung am 8. Mai 1981 „mit Bestürzung zur Kenntnis“, die „Entwicklung der Sportwissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland [erleide] einen erheblichen Rückschlag“ (Niederschrift über die 24. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 8. Mai 1981 in Baden-Baden; BArch B274/145; BISP-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle). Der BMI-Vertreter Dellmann verkündete in der Direktoriumssitzung bei der Diskussion des Haushalts, es könnten „keinerlei Aussagen gemacht werden, [...] wie die Entwicklung in Zukunft verlaufen wird“ (Niederschrift über die 25. Sitzung beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 22. Oktober 1981 in Köln, TOP 32 BArch B274/67 u. 145). Als Reaktion beschloss das BISP, für das Förderjahr 1983 nur „vorläufige Bewilligungsbescheide“ auszustellen, da man eine erneute Mittelkürzung fürchtete, die dann auch eintrat. 1983 stand für die vom Medizin-Fachausschuss in einer Gesamthöhe von 1,215 Mio. DM bewilligten Projekte eine Fördersumme in Höhe von 810.000 DM zur Verfügung (Mittelverteilung 1983 – Anlage zur Niederschrift über die 28. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 21. Oktober 1982 in Köln; BArch B274/67 u. 145; Übersicht Mittelverteilung 1983; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Die „angespannte Haushaltslage“ wurde damit in den 1980er-Jahren der primäre Grund für die Ablehnung oder zumindest Kürzung von Forschungsvorhaben, die an sich vom Ausschuss für förderungswürdig erachtet wurden. Symptomatisch für die Situation zu dieser Zeit ist etwa der Versuch des Heidelberger Universitäts-Mediziners Weicker, bereits im Vorfeld der Antragstellung bei dem Ausschussvorsitzenden Hollmann Unterstützung zu erhalten, indem er ihm sein Vorhaben „zur kritischen Durchsicht“ schickte. Hollmann äußerte sich hierzu so: „Sachlich kann der Antrag nur unterstützt werden. Realistisch ist jedoch, daß partout kein Geld vorhanden ist“ (Schreiben Hollmann an Felten (BISP) vom 8.7.1981; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).³⁹

³⁹ Im Jahr darauf hatte Weicker indes Erfolg mit seinem Antrag (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 21. Oktober 1982 im BISP, Köln; BArch B274/143 u. 147; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Auch in den Folgejahren bis 1990 erreichte die Gesamtförderung der Forschung nicht mehr den Stand von 2,7 Mio. DM wie zu Ende der 1970er-Jahre (vgl. Abb. 1), wodurch auch der Anteil der Sportmedizin an der Förderung stagnierte. 1985 etwa betrug die Fördersumme 840.000 DM, lag damit nur 30.000 DM über der des Jahres 1983. Zu einer deutlichen Erhöhung der Gesamtförderung des BISp im Forschungsbereich kam es erst ab 1990, als 3,05 Mio. DM und 1991 sogar 4,05 Mio. DM im Haushaltsplan angesetzt waren. Damit stieg auch der Anteil, den die sportmedizinischen Forschungsprojekte erhielten, schon 1989 lag er bei 960.000 DM und 1990 bei 1,2 Mio. DM. Die Problematik eines Missverhältnisses zwischen Antragsvolumen und Fördervolumen begleitete das BISp dennoch auch noch fast 20 Jahre nach seiner Gründung, wenngleich sich die Diskrepanz nunmehr leicht verringerte. Eingereicht waren für 1989 22 Anträge im Gesamtvolumen von 1,8 Mio. DM, für 1990 dann 26 Anträge über 1,75 Mio. DM (Protokolle über die Sitzungen des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 13. Oktober 1988 und 26.10.1989 im BISp, Köln; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

4.2.2.1 Externe Verteilungskämpfe gegenüber den anderen Disziplinen

Die fortwährende Mittelknappheit insbesondere im Bereich der Forschungsförderung führte mit einer gewissen Zwangsläufigkeit zu Verteilungskämpfen um diese Mittel zwischen den einzelnen geförderten sportwissenschaftlichen Disziplinen, selbst zu solchen zwischen den Vertretern einer sportmedizinischen Forschung (vgl. „Interne Verteilungskämpfe“). In den Jahren 1955 bis 1963 war allein die sportmedizinische Forschung durch das BMI sowie ergänzend durch den DSB finanziell gefördert worden. 1963 wurde auch die Sportpädagogik in die Förderung integriert, um die schulische Leibeserziehung sowohl aus medizinischer als auch pädagogischer Sicht determinieren zu können (Nielsen, 2016a, S. 290-293). Bereits diese Ausweitung des Forschungsauftrags traf aufseiten der Sportmedizin auf Kritik, da man vor allem eine Verringerung der Fördermittel befürchtete. Mit der Gründung des Bundesinstituts erweiterte sich der Aufgabenbereich nochmals. Nicht nur traten neben die Forschungsförderung mit dem Sportstättenbau und der sportwissenschaftlichen Dokumentation zwei neue Aufgabenbereiche in den Fokus, auch die Forschung wurde um weitere sportwissenschaftliche Teildisziplinen erweitert.

Bereits im Vorfeld der Gründung hatte die Sportmedizin gegen die Planungen opponiert und suchte ihr dann zumindest eine herausgehobene Stellung in der Struktur des Instituts zu verschaffen. DSÄB-Präsident Reindell drohte noch im Monat der offiziellen Gründung des BISp mit der Gründung eines „Max-Planck-Instituts für Sportmedizin“, um so die „deutsche Sportmedizin in ihren grundlegenden Forschungsarbeiten zu fördern und zu festigen“ (Schreiben Reindell an Daume vom 23.10.1970, S. 2; BArch B32/773). Es ist unverkennbar, dass die Sportmedizin um ihre Vorrangstellung in der Sportwissenschaft besorgt war. Als das BMI in Absprache mit dem DSB einen Sportpädagogen und nicht den von Reindell und anderen Sportmedizinern in Stellung gebrachten Josef Keul zum Direktor des Instituts erkor, stieß auch dies auf heftige Widerstände. Keul ging in seiner Stellungnahme so weit, dass er nicht nur die wissenschaftliche Qualifikation Rieders in fast schon brüskierender Weise in Frage stellte und eine Mitarbeit in den BISp-Gremien ablehnte, er nutzte seine Ablehnung einer Mitarbeit auch, die wissenschaftliche Qualität der bundesdeutschen Sportwissenschaft generell anzuzweifeln: [...] von den mehr als 30 Direktoren der Institute für Leibesübungen [hat] sich nur einer habilitiert [...], was auf die wissenschaftliche Bedeutung dieser Institute hinweist“. Sein Versuch einer Abqualifizierung der Sportwissenschaft abseits der Sportmedizin hatte schließlich auch noch den DSB, der an der Berufung Rieders mitgewirkt hatte, zum Ziel: „Sie haben diese Entwicklung, daß das Bundesinstitut von dem Niveau der praktisch-pädagogischen Tätigkeit ausgeht, gewollt (Schreiben Keul an Bokler vom 23.10.1970; S. 3; BArch B322/773).

Letztlich fügte man sich jedoch schnell den neu geschaffenen Realitäten, um nicht den Anschluss an die staatliche Forschungsförderung zu verlieren. Die neue Zielsetzung war, durch die Mitarbeit in den BISp-Gremien die Interessen der Sportmedizin zu wahren. Hieraus erklärt sich die

Bereitschaft Reindells, den wichtigen Vorsitz des „Fachbeirats für angewandte Forschung auf dem Gebiet des Sports“ zu übernehmen und auch Keul war schnell zur Mitarbeit im Fachausschuss Medizin bereit, 1980 wurde er dann sogar in das für die Schwerpunktplanung verantwortliche Direktorium berufen.

Die in den Gremien des BISp vertretenen Sportmediziner suchten in der Folge nicht nur mit ihren eigenen Forschungseinrichtungen von der Forschungsförderung zu profitieren, sondern auch, die Stellung der Sportmedizin insgesamt gegenüber den anderen Teildisziplinen zu stärken. Dies stellte eine neue Situation für die einzelnen Sportmediziner dar, sie mussten nicht nur intern um Mittel kämpfen, sondern auch die Förderung der Sportmedizin im Vergleich zu den übrigen Disziplinen im Auge haben. Relevanz erhielt dies vor allem dadurch, dass die anfangs erwartete deutliche Zunahme an Forschungsmitteln durch das BMI ausblieb. Die hierbei unter den Vertretern der verschiedenen sportwissenschaftlichen Disziplinen zutage tretenden Verteilungskämpfe hinsichtlich der Fördergelder wurde von keiner Disziplin mit solcher Vehemenz geführt wie der Sportmedizin. Als der BISp-Direktor Rieder in der ersten Sitzung des Fachausschusses Medizin am 27. März 1971 dazu aufforderte „einen gewissen finanziellen Spielraum für weitere dringliche Anträge zu schaffen, die keinen Aufschub duldeten“, hielt Reindell dem entgegen, dass die Mittel für die sportmedizinische Forschung keinesfalls gekürzt werden dürften, da „gerade auf diesem Gebiet bereits Herausragendes geleistet worden sei“ und hier ein künftiger „Rückschlag“ unbedingt zu vermeiden sei (BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Reindell war es auch, der die von vielen Sportwissenschaftlern und dem DSB geforderte Möglichkeit der Eigenforschung der BISp-Referenten eher ablehnte, er äußerte explizit die Befürchtung, dass es zu einer „Zersplitterung der Mittel“ komme, die auf „Kosten der Forschungsmittel für andere Institutionen“ gehe und „im Interesse der Forschung abzulehnen“ sei (Niederschrift über die 3. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 21. April 1972 in Frankfurt; BArch B322/775 und B274/64).

Reindell nutzte seine Position als Vorsitzender des Fachbeirates für Forschung auch, als im Mai 1975 auf Vorschlag Hollmanns ein „Memorandum“ der Mitglieder des Beirats für angewandte Forschung an das BMI aufgesetzt wurde, in dem auf die unzureichende Förderung der bundesdeutschen Forschung verwiesen werden sollte (Protokoll über die Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports am 9. Mai 1975 im BISp in Lövenich – TOP 3a; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). In dem von Reindell unterschriebenen, vierseitigen „Memorandum“, das letztlich die sportwissenschaftliche Forschung insgesamt, die „in vielen Lebensbereichen unserer Gesellschaft zu einem mitgestaltenden Faktor“ geworden sei, thematisierte, stand die Sportmedizin eindeutig im Mittelpunkt. Während die übrigen Bereiche der Sportwissenschaft wie Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Geschichte, Trainings- und Bewegungslehre nur kurz als „neue“ Elemente der Sportwissenschaft erwähnt wurden, wurde die Sportmedizin in ihren Schwerpunkten und Verästelungen explizit als Kernwissenschaft herausgestellt und daraus auch ihr besonderer Finanzierungsbedarf abgeleitet: „Soll beispielsweise in der Sportmedizin auch nur der Standard 1970 gehalten werden, so bedarf es heute allein schon aus Gründen der technischen Entwicklung einer wesentlich größeren Mittelbereitstellung selbst für einen im Vergleich zu 1970 unveränderten Forschungsauftrag“ (Memorandum des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ zur weiteren Förderung der Forschung auf dem Gebiete der Sportwissenschaft, vom 28.5.1975; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

Nachdem die Haushaltsansätze des BMI auch für die Forschungsjahre 1977 und 1978 keine Steigerung der Förderung versprachen, nahm der Fachausschuss Medizin das wachsende Missverhältnis in der Forschungsförderung zum Anlass, in seiner November-Sitzung 1976 vehement die „Disproportionalität zwischen den Anforderungen [...], die seitens des Staates und darüber hinaus auch der Sportverbände an die Sportmedizin gestellt werden und den hierfür zur Verfügung gestellten Mitteln“ zu beklagen und auf die zentrale Rolle der Sportmedizin für eine effektive Betreuung des Spitzensports zu verweisen:

„Da nach Meinung von Experten die gesamte weitere Entwicklung des Leistungssports weitgehend von der Sportmedizin abhängt, ist kaum zu verstehen, daß die erforderlichen Mittel für die gerade im Jahr 1976 stark gewachsenen Lehrstühle auf dem Gebiet der Sportmedizin fehlen“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 25. November 1976 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Köln-Lövenich; BArch B274/143; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 1).⁴⁰

Die „gesellschaftliche Bedeutung und [die] Öffentlichkeitswertung, welche der Medizin im Rahmen des Sportes“ zukomme, stand auch in einer Denkschrift der beiden Gremienvertreter Reindell und Hollmann an die Verwaltung des BISP im Mittelpunkt. Reindell und Hollmann verwiesen darauf, dass bis 1963 nur die sportmedizinische Forschung gefördert worden sei, danach seien die medizinischen und die geisteswissenschaftlichen Projekte im Verhältnis 5 zu 1 gefördert worden, danach auf Empfehlung der Max-Planck-Gesellschaft im Verhältnis 3:1, dann 2:1. Hollmann und Reindell verwiesen zudem darauf, dass dieses Verhältnis „den Grundrichtlinien der DFG“ entspreche. Im BISP sei indes tatsächlich – insbesondere unter Einbeziehung der Auftragsforschung – das Verhältnis von 1:1 zur Praxis geworden. Dies sei zwar für die Geisteswissenschaften erfreulich, für die Sportmedizin bedeute dies jedoch eine Stagnation, unter Einbeziehung der Inflationsquote von 12 % in den vergangenen drei Jahren sogar einen Rückschritt. Zur „Erfüllung der ihr gestellten Aufgabe“ bedürfe die Sportmedizin einer Forschungsförderung in Höhe von ca. 2 Mio. DM jährlich (Schreiben Reindell und Hollmann an das Direktorium des BISP vom 24.11.1978, Anlage zum Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 23. und 24. November 1978 im BISP, Köln; BArch B274/66, 143, BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Die Behauptung einer DFG-Quotierung von 2:1 überprüfte der BISP-Verwaltungsleiter Körner und teilte BISP-Direktor Kirsch daraufhin mit, dass es bei der DFG „keine Quotierung“ gebe, sondern die Qualität entscheide: „Gute Anträge werden [...] bewilligt, schlechte abgelehnt“ (Vermerk Körner an Herrn Prof. Kirsch vom 9.1.1979; BArch B274/66 u. 144).⁴¹ Im Mai 1979 befasste sich schließlich auch das Direktorium mit der „Denkschrift“ und stellte lapidar fest, dass die Kürzungen alle Bereiche betreffen und die Sportmedizin „im Verhältnis zu anderen Bereichen [...] gut gefördert“ worden sei. Auch die Sportmediziner sollten sich bemühen, anderweitig Fördermittel einzutreiben, eine partielle Erhöhung der Mittel sei ausgeschlossen (Protokoll über die 20. Sitzung des Direktoriums beim BISP am 5. April 1979 in Frankfurt; TOP 5; BArch B274/67 u. 144).

Im März 1979 mahnte Hollmann bei Bundesinnenminister Baum erneut eine Erhöhung der Forschungsmittel für die Sportmedizin an. Er verwies auf die „Erweiterung des Forschungskatalogs“ für die Sportmedizin und hier insbesondere auf die „Präventivmedizin und die rehabilitative Medizin“, „die in forschersicher Hinsicht maßgeblich von der Sportmedizin geprägt“ worden seien. Hollmann forderte erneut eine Förderung der Sportmedizin in Höhe von 2 Mio. DM, um dem „tatsächlichen sportmedizinischen Forschungsbedarf von heute gerecht zu werden“ (Schreiben Hollmann an Baum vom 5.3.1979; BArch B274/66). Baum lehnte diese Erhöhung mit Verweis auf die Haushaltslage des Bundes ab (Schreiben Baum an Hollmann vom 10. Mai 1979; BArch B274/66; auch BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Diese „2 Mio. DM“ wurden nachfolgend zu einer Wegmarke, die immer wieder in Debatten und Diskussionen auftauchte.

⁴⁰ Die Bewilligungspraxis der Förderanträge zeigt indes, dass sich die vom Ausschuss herausgestellte Zunahme an Lehrstühlen und damit potenziellen Forschungseinrichtungen in den Jahren nach 1976 kaum hinsichtlich einer Ausweitung der Forschungsstandorte auswirkte. Gerade Anträge neuer Antragsteller wurden vom Fachausschuss häufig wegen fehlender Wissenschaftlichkeit abgelehnt (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses Medizin am 21. November 1974 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Lövenich; BISP-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1).

⁴¹ Zudem ist auch die Aussage einer Quotierung von 5 zu 1 ab 1963 in Zweifel zu ziehen, die Auswertung der Fördersummen zwischen 1963 und 1970 zeigt eher eine Verteilung im Verhältnis 3 zu 1 zugunsten der Sportmedizin (Nielsen, 2016a, S. 293).

Im Dezember 1979 war es dann der Freiburger Sportmediziner Josef Keul, der sich direkt beim Leiter der Sportabteilung im BMI Ministerialdirektor Schaible über die unzureichende Förderung beschwerte. Er fokussierte insbesondere auf das zunehmende Missverhältnis zwischen der Förderung der geisteswissenschaftlichen und der sportmedizinischen Forschungsförderung. Keul argumentierte, dass von den seit Jahren unverändert angesetzten 2,7 Mio. DM Gesamtförderungsmitteln bereits im Vorfeld 330.000 DM für die Dokumentation, „die mit originärer Forschung nichts zu tun hat“ abgezogen würden, zudem für „Forschungsanträge, die angeblich von Ihrem Hause gewünscht werden“, weitere 980.000 DM, davon nur 66.000 DM für eine medizinische Studie. Letztlich verblieben für die sportmedizinische Forschung somit nur noch „670.000 DM für die gesamte Bundesrepublik“ plus der 66.000 DM für die Auftragsstudie:

„Somit werden derzeit für die geisteswissenschaftlichen [...] Arbeitsrichtungen, Auftragsforschung und zu vergebende Mittel zusammengefaßt 1.500.000 DM ausgegeben, während für die Sportmedizin nur noch 736.000 DM zur Verfügung stehen“ (Schreiben Keul an Schaible, BMI, vom 6.12.1979; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Keul verwies weiter darauf, dass in den letzten Jahren der Bund vermehrt die „Sport- und Trainingsstätten ausgebaut“ habe, während im Unterschied in der DDR „vorrangig die medizinisch leistungsphysiologischen Grundlagen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit vorwärts getrieben wurden“, und die DDR hierdurch „wesentliche Fortschritte“ erzielt habe. Gerade deshalb müssten die „sportmedizinisch leistungsphysiologischen Untersuchungen als eigene Titel ausgewiesen werden“ (Schreiben Keul an Schaible, BMI, vom 6.12.1979; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Das BMI, das mit Verweis auf die angespannte Finanzsituation eine Erhöhung der Mittelzuweisungen strikt ausschloss, bemerkte in der Antwort an Keul, es falle auf, dass „immer wieder die geisteswissenschaftlichen Aufträge und Anträge einer besonders kritischen Überlegung seitens der Mediziner ausgesetzt sind. Das Bundesinstitut ist nunmal ein Bundesinstitut für die Sportwissenschaft und nicht allein für die Sportmedizin“. Zudem verwies man darauf, dass gerade die Sportmedizin am wenigsten Grund zu klagen habe, da sich das BMI stets bemüht habe, den Anforderungen der Sportmedizin zu genügen. So seien die Mittel für die Dopinganalytik aus dem Forschungsetat ausgegliedert worden, zudem habe das BMI häufiger durch „Nach- und Umbewilligungen“ die Forschungsmittel erhöht und es stünden dem BA-L durch Bundesmittel weitere 1,6 Mio. DM für sportmedizinische Untersuchungen und 100.000 DM für Weiterbildungen zur Verfügung (Antwortschreiben vom 19.12.1979; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Die zu Beginn der 1980er-Jahre rückläufigen Fördermittel führten innerhalb der BISp-Gremien zu einer verstärkten disziplinären Abgrenzung innerhalb der Sportwissenschaft, die vor allem vonseiten der Sportmedizin vorangetrieben wurde. Auf der Sitzung des Fachbeirates für angewandte Wissenschaften im März 1981 gaben die Sportmediziner Keul und Hollmann Stellungnahmen zum „Begriff der Sportwissenschaft“ ab, denen sich eine Debatte über „integrative bzw. desintegrative Tendenzen einzelner Fachdisziplinen innerhalb der Sportwissenschaft“ anschloss. Angesprochen wurden hierbei Fragen wie die der „Hemmung oder Förderung der einzelwissenschaftlichen Entwicklung durch die Integration in die Sportwissenschaft“, nach der „zutreffende[n] Charakterisierung der einzelnen Wissenschaftsdisziplin“, der „Anbindung an Mutterwissenschaften“ wie des „Verhältnis[ses] der Mutterwissenschaften zu den sportwissenschaftlichen Teildisziplinen“, der Möglichkeiten, „Probleme im Sport durch Mutterwissenschaften oder Sportwissenschaft“ zu lösen, nach „Fehlentwicklungen innerhalb der Sportwissenschaft“, der „Kooperationsbereitschaft zwischen Einzeldisziplinen zur Lösung anstehender Probleme“ und des „Einfluß[es] ideologischer Strömungen auf Teilgebiete der Sportwissenschaft“. Unverkennbar wurde im Rahmen der Debatte, bereits aufgrund der Provenienz der beiden die Debatte auslösenden Referenten, die skeptische Haltung der Sportmedizin gegenüber den anderen sportwissenschaftlichen Teildisziplinen, deren Beiträge zur Wissenschaftlichkeit man

zum Teil infrage stellte (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirates „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiet des Sports“ beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 12. März 1981 in Köln; BArch B274/147; BISP-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle).

Ein zusätzliches rotes Tuch stellte für die Sportmediziner die Auftragsforschung dar, die überwiegend mehrjährige und kostenaufwendige Langzeitstudien umfasste und für die das BISP jährlich einen Anteil der Forschungsförderung reservierte. Der Fachausschuss Medizin kritisierte die zunehmende „Auftragsforschung“ durch das BISP, da sie „offenbar eine steigende Zahl von aktuellen Forschungsproblemen behindert“. Vor allem dadurch, dass es sich hier „durchweg um mehrjährige Projekte handelt“, würde die Antragsforschung „in einer nicht mehr zu vertretenden Weise“ gemindert. Auf der Sitzung des Fachausschusses Medizin im November 1979 wurde die schwierige Finanzlage beklagt, „bedingt insbesondere durch das hohe Volumen der Forschungsaufträge mit vorwiegend nichtmedizinischer Thematik“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 29. November 1979, Köln; BArch B274/143; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Einen Monat später, im Dezember 1979, forderte Keul das BMI konkret auf, die Auftragsforschung zu reduzieren, zumal „es höchst zweifelhaft ist, inwieweit diesen Arbeiten überhaupt Forschung zugrundeliegt bzw. für den Leistungssport daraus Nutzen entsteht (Schreiben Keul an Schaible, BMI, vom 6.12.1979; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). In Reaktion auf diese stete Kritik betonte BISP-Direktor Kirsch 1980, die Anwesenheit des Direktors oder auch des Direktoriumsvorsitzenden bei den Fachausschusssitzungen sei schon deshalb notwendig, um „Verständnis und Aufgeschlossenheit für etwaige vom BISP zu vergebende Forschungsaufträge zu erhalten“. Gerade die Sitzungen des Fachausschusses „Medizin“ hätten gezeigt, dass „eine eingehende Unterrichtung der Mitglieder [...] über die Aktivitäten des BISP dringend notwendig“ sei (Protokoll über die 22. Sitzung des Direktoriums beim BISP am 18. März 1980 in Köln; TOP 1; BArch B274/67).

Letztlich hatten die wiederholten Beschwerden der Sportmediziner zumindest insofern Erfolg, als dass sich die Verteilung der Mittel für die Sportmedizin günstiger vollzog, wenngleich eine generelle Erhöhung der Forschungsmittel seitens des BMI ausblieb. Mittlerweile existierten seit 1980 zudem drei Fachbereiche, da die in ihrer Bedeutung ständig zunehmende „Trainings- und Bewegungslehre“ zu einem eigenen Fachbereich gemacht worden war, sodass sich die Verteilung der gleichbleibenden Forschungsmittel nunmehr auf drei statt zwei Bereiche erstreckte (Protokoll der Eröffnungssitzung am 23./34.10.1980; BISP-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle). 1982 beschloss das Direktorium, dass der Bereich Sportmedizin ab 1983 50% der Mittel erhalten solle, die Trainings- und Bewegungslehre ca. 1/3 und der Bereich „Pädagogik/Psychologie/Soziologie“ nur noch ca. 1/6 (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirates „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 22./23. Oktober 1981 in Köln; BArch B274/143 u. 147; BISP-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle; Niederschrift über die 25. Sitzung beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 22. Oktober 1981 in Köln, Anlage 3 Mittelverteilung 1982; BArch B274/67 u. 145). Somit erhöhte sich zwar der Anteil der Sportmedizin an der Gesamtförderung, infolge der Haushaltskürzungen hatte dies aber kaum konkrete Auswirkungen.

4.2.2.2 *Interne Verteilungskämpfe: Sportmedizin versus Dopinganalytik*

Waren die Bemühungen der im BISP vertretenen Sportmediziner um mehr Mittelzuweisungen zumeist primär gegen die anderen sportwissenschaftlichen Disziplinen ausgerichtet, so stellte die anfangs der Sportmedizin subsumierte Dopinganalytik einen Sonderfall insofern dar, als hier interne Verteilungskämpfe ausgefochten wurden, die weit über die übliche Konkurrenz der Forschungsstandorte hinausging.

Bereits im Rahmen der Diskussionen um das erste Schwerpunktprogramm 1972 forderte der Fachbeirats-Vorsitzende Reindell, den Schwerpunkt V der Dopinguntersuchungen, die „nicht der

Forschung, sondern der Praxis zuzurechnen seien“, zu streichen. In dieser Frage stieß Reindell indes auf den Widerstand insbesondere des BMI-Vertreters Groß. Groß verwies darauf, dass das Belassen des Schwerpunktes die „Haushaltsverhandlungen über den Ankauf der Dopinggeräte vom Organisationskomitee für die Olympischen Spiele erleichtern“ würde, zudem würden hierfür „außerplanmäßige Mittel zur Verfügung gestellt“, sodass die Forschungsmittel des BISp nicht geschmälert würden. Letztlich einigte sich man darauf, den „Punkt V aus der Überschrift ‚Forschungsschwerpunkte‘“ herauszunehmen und unter eine neue Überschrift „Sonstige Schwerpunkte“ zu fassen (Niederschrift über die 3. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 21. April 1972 in Frankfurt; BArch B322/775 und B274/64).

Die Dopinganalytik, deren – nicht unbeträchtliche – Finanzierung bis 1978 aus dem Gesamtat für die sportmedizinische Forschung bestritten wurde, stellte in den folgenden Jahren ein maßgebliches Angriffsziel der in den Gremien vertretenen Sportmediziner dar. Als der Leiter des Kölner Dopinglabors Donike 1972 189.929 DM für Dopingforschungen beantragte, bewilligte der Ausschuss hierfür nur 42.500 DM, da „nur ein Teil des Antrags echte Forschungsbezüge aufweist“. Die restlichen Kosten seien „praktisch die Unterhaltskosten des Zentrallabors für Doping-Analytik und -Forschung“. Hierfür solle „versucht werden, ab 1974 vonseiten des Bundes einen eigenen Titel einzurichten, aus dem der Etat für den Unterhalt des Zentrallabors für Doping-Analytik und -Forschung bestritten werden kann“ (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports, Fachausschuß Medizin, am 23. Nov. 1972; BArch B322/774). Einer Finanzierung des Doping-Zentrallabors durch Fördermittel des BISp widersprach auch der Leiter des BISp-Referates Medizin, der Mediziner Dr. Kock. In einem Schreiben an Direktor Rieder vom 23. Oktober 1972 verwies er insbesondere auf „haushaltsrechtliche Gründe“, die dagegen stünden, da im Labor zu zwei Dritteln Routinearbeit und nur zu einem Drittel Forschungsarbeit erfolge. Er schlug daher vor, dass das BISp nur 30% aus Forschungsmitteln übernehme und die restlichen 70% aus DSB-Mitteln bestritten werden sollten (Schreiben Dr. Kock an Direktor Rieder vom 23.10.1972; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). 1975 wurde ein Antrag Donikes vom Fachausschuss dann ganz abgelehnt, da mittlerweile ein „Zuwendungsvertrag“ zwischen Donike und dem BMI vom Februar 1975 vorliege, der die Dopinguntersuchungen als spezifisches Interesse des Bundes festsetze, die damit auch gesondert vom BMI getragen werden sollten. Wohl nicht zuletzt aufgrund der steten Diskussionen in den Gremien entschied das BMI dann 1979, die Dopinganalytik in einem eigenen Haushaltstitel mit fixem Budget zu verankern. Im Haushaltsplan 1979 wurde ein Titel „Dopinganalytik“ über 400.000 DM geschaffen, der unabhängig von den Fördermitteln für das BISp war (Protokoll über die 19. Sitzung des Direktoriums beim BISp am 24. November 1978 in Köln; TOP 4; BArch B274/66 u. 144). 1982 wurde der Ansatz für die Dopinganalytik auf 450.000 DM, 1983 und 1984 auf 600.000 DM, darunter 200.000 DM für die Anschaffung neuer Geräte, und 1985 auf 460.000 DM angehoben (Niederschrift über die 32. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 25.1.1985 in Frankfurt/Main, TOP 4; BArch B274/68 u. 145).

Ungeachtet dieser Ausgliederung blieb die Dopinganalytik ein steter Kritikpunkt von Sportmedizinern. Neben die reinen finanziellen Verteilungskämpfe trat hierbei auch eine „fachliche Auseinandersetzung zwischen der sportmedizinischen Forschung [...] und der Dopinganalytik“ (Krüger et al., 2014, S. 123). Der Wortführer in dieser speziellen Konkurrenzsituation war Josef Keul, Mitglied des Fachausschusses Medizin sowie seit 1980 des Direktoriums des BISp und derjenige Mediziner, der sich bis in die späten 1970er-Jahre für eine Liberalisierung der Verwendung von leistungssteigernden Pharmaka, insbesondere Anabolika, aus therapeutischen Gründen eingesetzt hatte und auch danach eine eher ambivalente Haltung zum Anti-Doping einnahm.⁴² Wiederholt opponierte Keul gegen Donike und dessen Dopinganalyse-Labor, insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion der von Donike propagierten Aufnahme von Testosteron auf die Dopingliste des IOC (vgl. hierzu Krüger et al.,

⁴² Zu Keul vgl. das Gutachten von Singler und Treutlein, 2015.

2014; S. 123, mit Quellenverweisen in FN 91). Im Juni 1982 stellte Keul in einem für das BISp erstellten „Grundsatzpapier“ zum Doping und dessen Bekämpfung, das die Basis einer Stellungnahme des BISp gegenüber dem DSB sein sollte, die Effizienz der Dopingbekämpfung allein durch die Dopinganalytik infrage, stattdessen gehe es um einen „ganzheitlich[en]“ Ansatz, etwa durch „Betreuungsmaßnahmen durch entsprechend geschulte und verantwortliche Ärzte“:

„Will die Bundesregierung [...] dem Doping Einhaltung gebieten, dann müssen außer der Doping-Analytik auch andere Gebiete sinnvoll und erfolgreich mit angegangen werden, denn eine Weiterentwicklung der Doping-Analytik mit noch größerem apparativen Aufwand, mit noch höherer Genauigkeit der Bestimmung, mit noch schnellerer Auswertung bringt uns der Lösung dieser Fragestellung nicht nahe“ (Grundsatzpapier „Maßnahmen zur Verhinderung des Dopings“ vom 19.6.1982; CuLDA, Nachlass Kirsch, Ordner Doping 86; zit. n. Krüger et al., 2014, S. 124).

Die versuchte Grenzziehung Keuls zur Dopinganalytik wurde erneut in der Direktoriumssitzung im Dezember 1983 deutlich, als es zu einem Disput zwischen Donike und Keul durch „teilweise unterschiedliche Auffassungen zur Dopinganalytik, insbesondere zu deren Ausdehnung auf ‚neue Substanzen‘ und zu Problemen der Grenzwertbestimmung zulässiger Konzentrationen bei Wirkstoffen“, kam. Keul vertrat den Standpunkt, die Dopinganalytik weise eine „unzureichende Fachdiskussion“ zu anderen Disziplinen auf. Das Direktorium beschloss die Einsetzung einer „Kleinen Arbeitsgruppe ‚Dopingfragen‘“, die am 27. März 1984 eine erste Sitzung abhielt (Niederschriften über die 30. und die 31. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 1./2. Dezember 1983 in Frankfurt/Main und am 26. März 1984 in Köln, TOP 1; BArch B274/68 u. 145; Ordner 0415/05 Kleine Arbeitsgruppe Dopingfragen, 1.-14. Sitzung 1984-1992). In der Arbeitsgruppe wurden folgend vor allem Fragen hinsichtlich einer medizinischen Bewertung von Medikamenten und Substanzen diskutiert (Ordner 0415/05 Kleine Arbeitsgruppe Dopingfragen, 1.-14. Sitzung 1984-1992).

Die Abwehrhaltung der Sportmedizin unter Führung Keuls gegenüber der Dopinganalytik vor dem Hintergrund einer befürchteten Ausweitung und damit zunehmenden finanziellen Förderung kulminierte in einer Stellungnahme des BISp-Direktoriums zur „Grundsatzerklärung für den Spitzensport“ des DSB von 1977. Seit Anfang der 1980er-Jahre diskutierte das DSB-Präsidium über eine Novellierung dieser Grundsatzerklärung in Form einer „Fortschreibung der Grundsatzerklärung“, die insbesondere auch den Aspekt „Kinder im Leistungssport“ in den Fokus rücken sollte (Mitteilung der BISp-Geschäftsführung an die Mitglieder des Direktoriums vom 12.10.1982). Der DSB erbat hierfür auch eine Stellungnahme des BISp. Diese gab das Direktorium schließlich im Juni 1983 ab, in der zunächst keine direkte Notwendigkeit für eine grundsätzlich neue Grundsatzerklärung gesehen wurde. Zugleich ergriff man die Gelegenheit, die Position der Sportmedizin im Anti-Doping gegenüber der Dopinganalytik zu schärfen. Unter „Folgerungen und Maßnahmen“ wurde seitens des Direktoriums – der Einfluss Keuls wird deutlich – gefordert, neben der Dopinganalyse „auch die anderen Maßnahmen pädagogischer, medizinisch-ärztlicher, trainingswissenschaftlicher, psychologischer und soziologischer Art konsequent“ zu verstärken. Eine Weiterentwicklung allein der Dopinganalytik erhöhe zwar die Wirksamkeit von Kontrollen, bedeute aber keine Beeinflussung des Athleten „in seinem sozialen Umfeld und in seiner Grundhaltung“. Daher müssten „andere Maßnahmen“ ergriffen werden, etwa Schriften, die über die Folgen der unerlaubten Leistungsbeeinflussung informierten, durch Fortbildungsveranstaltungen für Athleten, Trainer, Betreuer und Ärzte, verstärkte Beratung der Fachverbände und schließlich die „Intensivierung der Forschungstätigkeit auf dem Gebiet tatsächlicher oder vermeintlicher leistungsfördernder Medikamente“.

Insbesondere dieser vierte Punkt diene dazu, die Sportmedizin in Abgrenzung zur Dopinganalytik als maßgeblichen Träger einer effizienten – und damit entsprechend zu fördernden – Dopingforschung herauszustellen. Dies wurde auch in der weiteren Darstellung deutlich, die die Defizite auf diesem Gebiet herausstrich:

„Viele Substanzen werden eingenommen, obwohl deren Wirksamkeit höchst unwahrscheinlich ist, während für andere gesichert ist, daß sie eine Leistungsverbesserung nicht bewirken. Eine Korrektur falscher Vorstellungen kann nur auf Grundlage experimenteller Untersuchungen erfolgen. Daher sollten nicht nur gesonderte Mittel für die Doping-Analytik, sondern zusätzliche Mittel für wissenschaftliche Arbeiten gestellt werden. Auch sollte die wiederholt geäußerte Vermutung geprüft werden, daß medikamentöse Hilfen bei Hochleistungssportlern notwendig seien, um Funktionsstörungen und eventuelle krankhafte Veränderungen als Trainingsfolge abzuwenden. Auch wenn solche Aussagen in ihren Grundzügen nach heutigem Wissensstand nicht akzeptiert werden können, müssen sie doch in ihren Einzelbereichen untersucht und widerlegt werden, damit Unsicherheiten bei Athleten, Trainern und praktizierenden Ärzten beseitigt werden“ (Stellungnahme des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft zur Grundsatzerklärung für den Spitzensport, Juni 1983; BArch B274/146).

Die Stellungnahme hatte erheblichen Einfluss auf die schließlich vom DSB-Hauptausschuss am 3. Dezember 1983 verabschiedete EntschlieÙung „Für einen humanen Spitzensport“ zur Grundsatzerklärung, die dazu führte, dass DSB und NOK in der Folge die „Selbstverantwortung aller beteiligten Athleten, Trainer, Ärzte, Betreuer und Funktionäre“ gegenüber den Kontrollen, die zwar „erforderlich“, aber nicht „vollständig und lückenlos“ zu gewährleisten seien, verstärkt in den Vordergrund der Dopingbekämpfung rückte (Beschluss des Hauptausschusses des DSB; CuLDA, Nachlass Kirsch, Ordner Doping 86; zit. n. Krüger et al., 2014, S. 125). In der Einführung zur „EntschlieÙung“ verwies der Direktoriumsvorsitzende Grupe auf die „ausführliche Stellungnahme“ des BISp-Direktoriums, die „auf der Grundlage eines Diskussionspapiers seines Mitgliedes Prof. Keul“ entstanden sei und die „auf die Kosten für Kontrollen, Aufwand für technische und gerätemäßige Entwicklung“ sowie „auf das Problem der Verselbständigung des Kontrollsystems aufmerksam gemacht und auf die oft mangelnde Aufklärung von Athleten und Trainern hingewiesen“ habe (Einführung zur EntschlieÙung des DSB-Hauptausschusses zur Grundsatzerklärung für den Spitzensport am 3.12.1983 in Frankfurt, S. 10; CuLDA, Nachlass Kirsch, Ordner Doping 86; zit. n. Krüger et al., 2014, S. 125). In der EntschlieÙung selbst wurde, unter Bezugnahme auf Punkt 4 der Stellungnahme des Direktoriums, darauf verwiesen, dass das BISp „die Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der tatsächlich oder vermeintlich leistungsfördernden Medikamente verstärken wird“ (Für einen humanen Spitzensport. EntschlieÙung des Hauptausschusses des DSB zur ‚Grundsatzerklärung für den Spitzensport‘ am 3.12.1983; in: DSB, 1986, S. 224).

4.2.3 Forschungsschwerpunkte

Mit der Entstehung des Bundesinstituts waren zwei übergeordnete Prämissen der sportmedizinischen Forschung in Abkehr der Förderpraxis vor 1970 verbunden: die Hinwendung zur Zweckforschung und die stärkere Konzentration der Forschung auf bestimmte, an den Erfordernissen des Leistungssports orientierte Schwerpunkte, womit u. a. die zu Kuratoriumszeiten häufig kritisierte „Doppelförderung“ vermieden werden sollte. Für die Identifizierung dieser Forschungsschwerpunkte sollte qua Gründungserlass in erster Linie das Direktorium verantwortlich zeichnen, das in regelmäßigen „Schwerpunktprogrammen“ die grundlegenden Forschungsrichtungen vorgeben sollte, von denen sich wiederum die Fachausschüsse bei der Bewilligung von Anträgen leiten lassen sollte.

Für die erste Phase der sportmedizinischen Forschungsförderung von 1955 bis 1970 ist herausgearbeitet worden, dass der Großteil der Forschungen in den drei Zentren Freiburg, Köln und Berlin stattfand und dass hier auch in qualitativer Hinsicht die bei der Gründung intendierte „Grundlagenforschung“, die der Allgemeinheit zugutekommen und die Bedeutung von Sporttreiben für die Volksgesundheit belegen sollte, nirgendwo in diesem Ausmaß wie in Freiburg, Köln und Berlin gewährleistet wurde. Gleichwohl die meisten Forschungen bis 1970 dem Bereich von Prävention

und Rehabilitation zuzurechnen sind, wurden insbesondere die Studien Reindells und Hollmanns zu Herz und Kreislauf und zur Auswirkung von Bewegung auf die Gesundheit in allen Altersstufen dem Anspruch der Kreierung von „Grundlagenwissen“ in der wissenschaftlichen Bewertung von Bewegung und Sport gerecht (Nielsen, 2016a, S. 283-290).

Wie sich bereits anhand der Analyse der Begutachtung der Forschungsanträge in den Sitzungen des Fachausschusses Medizin gezeigt hat, achtete dieser von Beginn an darauf, der Prämisse einer „Zweckforschung“ gerecht zu werden, wiederholt wurden Anträge mit der Begründung, es handle sich vorrangig um „Grundlagenforschung“, abgelehnt. War damit formal der ersten Zielvorgabe einer Fokussierung auf die Zweckforschung genüge getan, so galt es den zweiten Aspekt der Forschungskonzentration sowie der damit verbundenen Herausbildung anwendungsbezogener Forschungsschwerpunkte stetig neu zu erarbeiten. Folgend soll in zwei Schritten versucht werden, sich dieser Problematik anzunähern, indem zum einen die „Schwerpunktprogramme“ des BISp in Bezug auf die sportmedizinische Forschung diskutiert werden. In einem zweiten Schritt sollen dann anhand der Forschungsanträge insbesondere der vor allem bis 1990 nach wie vor dominanten Zentren Freiburg, Köln und Berlin sowie in Ergänzung der drei sich nach 1970 herausbildenden weiteren Zentren Heidelberg, Gießen und Saarbrücken Schwerpunkte der Forschungen dieser sechs Standorte, die fast 85 % der Gesamtförderung zwischen 1971 und 1990 umfassten, herausgearbeitet werden.⁴³

4.2.3.1 Die Schwerpunktprogramme 1972, 1976 und 1986

Im November 1972 legte das BISp-Direktorium ein erstes „Schwerpunktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung“ vor, das die Grundsätze der Forschungsförderung verankern sollte. Weitere Schwerpunktprogramme wurden dann 1976 und 1986 vorgelegt. Vor allem die Ausarbeitung des Programmes von 1986 zog sich über Jahre hin.

Ausgangspunkt des Schwerpunktprogramms 1972 stellte die Herausstellung einer Interdisziplinarität der Sportwissenschaft dar: „Das Schwerpunktprogramm versucht durch die Herausstellung interdisziplinärer Bereiche die Erfordernisse der Sportwissenschaft als einer Querschnittswissenschaft zu charakterisieren, ohne daß damit verbundene Probleme übersehen würden“ (Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Schwerpunktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung, November 1972, S. 5; BArch B322/773). Als „interdisziplinäre Forschungsbereiche“ wurden erkannt:

„Trainingsforschung (Optimierung, Beanspruchung und Belastung, Adaption, Tests, Methoden, adäquate Sportstätten und Geräte),

Sportcurriculare Forschung (Lernziele, Lerninhalte, Sportgruppen, Trainer-Lehrerausbildungskonzepte, Effektivitätskontrollen, vergleichende Untersuchungen, Methoden, Sportstättenbedarf und -ausstattung),

Forschungen im Bereich des Sportstättenbaus und der Sportgeräte (Regional- und Stadtplanung, Bauentwurf, Bauphysik und Bauchemie, Bau- und Gerätekonzeption, Wirtschaftlichkeit, pädagogische, soziologische, medizinische Einflußfaktoren, Unfallverhütung, Haftpflichtfragen),

Bewegungsforschung (Strukturanalysen, mentales Training, neurophysiologische und neuropsychologische Aspekte, Ontogenese der Motorik, Verbalisierung, Lernprobleme, Methoden),

Sozialverhalten im Sport (Sozialstrukturen, soziodynamische Vorgänge, Kommunikation, Sozialisationsprozesse, Prophylaxe und Hygiene, Kleingruppenforschung, benutzerfreundliche Sportstätten, Untersuchungsmethoden)“ (Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Schwer-

⁴³ Diese Analyse muss zwangsläufig auf die Projekttitel beschränkt bleiben, da sowohl im BISp-Archiv als auch im Bundesarchiv Koblenz nur ein überaus geringer Teil sportmedizinischer Projektakten einsehbar war. Dies impliziert natürlich die Problematik, dass die Titel nur beschränkt Einblick in die tatsächlichen Forschungsabläufe erlauben.

punktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung, November 1972, S. 6; BArch B322/773).

Ausgehend von diesem Geflecht interdisziplinärer Ansätze definierte das Programm darauf aufbauend die fachwissenschaftlichen Schwerpunkte der beiden anwendungsbezogenen Bereiche der Forschung (Medizin sowie Pädagogik/Psychologie).

Unter einer, bereits erwähnten, Akzentuierung einer nach wie vor wichtigen Grundlagenforschung bzw. der gegenseitigen Bedingtheit beider Forschungsrichtungen, wurden die „Begründung“, die „Hauptpunkte“ und die „Schwerpunkte“ der medizinischen Forschung dargestellt. Differenziert wurde in der „Begründung“ der Forschung zunächst in die beiden grundlegenden Bereiche „physiologisch-biochemisch-internistischer Sektor“ sowie „morphologisch-biomechanisch-orthopädischer Sektor“. In der bisherigen Forschung, die „zum größten Teil Grundlagenforschung“ gewesen sei, sei vor allem der erste Sektor bearbeitet worden, daher bestehe im zweiten Sektor der morphologisch-biomechanisch-orthopädischen Forschung noch Nachholbedarf „in der Grundlagenforschung“, besonders in der „Orthopädie, Biomechanik, Elektrophysiologie und in der histologisch-biochemisch ausgerichteten experimentellen Morphologie“ (Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Schwerpunktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung, November 1972, S. 6; BArch B322/773). Die Unhaltbarkeit einer wissenschaftlichen Trennung zwischen Grundlagen- und Zweckforschung, da sich beide gegenseitig bedingen, sollte dann anhand der „Hauptpunkte“ des Interesses der Sportmedizin deutlich werden:

- › die ärztliche Behandlung des Sportlers bei Verletzungen und Erkrankungen (kurative Sportmedizin),
- › die mehrfache jährliche Untersuchung des Leistungs- und Spitzensportlers sowie des Jugend- und Alterssportlers (präventive Sportmedizin),
- › die exakte Objektivierung des Trainingszustandes zur qualitativ und quantitativ individuell angepassten Trainingsprogrammierung (Training als Gegenstand der Sportmedizin),
- › die Mithilfe an der Entwicklung optimaler Trainingsmethoden (Sportmedizin als Trainingsforschung im Dienste der Trainingslehre.

Aus diesen Hauptpunkten werden zwei Hauptinteressen der Sportmedizin abgeleitet, Einblicke in die „Anpassungsfähigkeit des menschlichen Organismus (Grenzen der Belastungsfähigkeit)“ sowie, im praktisch-sozialen Sinn, die Ableitung geeigneter „Maßnahmen zur Prävention, Rehabilitation und Therapie des von ‚Zivilisationsschäden‘ bedrohten Menschen“ (Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Schwerpunktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung, November 1972, S. 7; BArch B322/773).

Die Forschungs- „Schwerpunkte“ wurden schließlich in sechs Bereiche untergliedert:

1. „Trainingsforschung“, etwa bezüglich Fragen der Optimierung des Trainingsprozesses, der Biochemie der Leistung und Anpassung oder der richtigen Ernährung,
2. „Gesundheitsforschung – kurative und präventive sportmedizinische Aspekte“, etwa Fragen der Grenzen der Belastungsfähigkeit, der „alle Altersstufen und Leistungsklassen“ impliziere, oder der Entstehung, Behandlung und Verhütung von Sportverletzungen und Sportschäden am Bewegungsapparat von Leistungssportlern,

3. „Einführung und Erprobung neuer Meß- und Untersuchungsmethoden [...] zur Verbesserung der medizinischen Beratung und Betreuung der Leistungssporttreibenden“;
4. „Bearbeitung von grundlegenden biomechanischen Problemen“;
5. „Bearbeitung von pharmakologischen Fragen im Sport“ wie Dopinganalyseverfahren, Pharmakokinetik von Dopingmitteln, Untersuchungen über den leistungssteigernden Effekt von Präparaten sowohl unter leistungsmäßigen als auch gesundheitlichen Aspekten
6. „Bearbeitung von Fragen zur Reizwirkung durch veränderte Umweltbedingungen (Hypoxie und Klima)“, besonders von höhenphysiologischen Fragen in Bezug auf den Trainingsprozess (Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Schwerpunktprogramm für die Förderung der sportwissenschaftlichen Forschung, November 1972, S. 7 f.; BArch B322/773).⁴⁴

Bereits vier Jahre später folgte 1976 ein zweites Schwerpunktprogramm, in dem explizit darauf verwiesen wurde, dass dieses Programm hauptsächlich der „Ergänzung und Revision“ des vorherigen Programmes diene und „die im ersten Schwerpunktprogramm aufgeführten Forschungsfelder kontinuierlich fortzuentwickeln und durch neuerkannte zu ergänzen“ suche. Zentral sollte hierbei eine „Prioritätenliste“ sein, die „bei der Mittelvergabe als Orientierungshilfe hinzugezogen werden muß“ (Anhang 6: Zweites Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft; BT-Drucksache 7/4609, S. 66).

Hinsichtlich der Aufgaben der Sportmedizin wurde erneut die Notwendigkeit einer verstärkten Beachtung der „biomechanisch-orthopädischen Fragestellungen“ gegenüber den traditionellen physiologisch-biochemisch-internistisch ausgerichteten Forschung konstatiert – wie auch erneut die Untrennbarkeit von Grundlagen- und Zweckforschung:

„Da es sich bei der Sportmedizin um eine Querschnittswissenschaft handelt, erstreckt sich der Einzugsbereich vorwiegend auf die klassischen medizinischen Disziplinen: Innere Medizin, insbesondere Kardiologie, Physiologie und Biochemie; Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie; funktionelle Anatomie und Biomechanik. Die sportmedizinische Forschung der Bundesrepublik hat sich bisher vorwiegend in Richtung der folgenden Disziplinen entwickelt: Leistungsmedizin im Sinne physiologischer, biochemischer und internistischer Parameter; Orthopädie, Biomechanik und physikalische Therapie. Es handelt sich sowohl um Grundlagenforschung wie um angewandte Forschung. Wenn ursprünglich auch der physiologisch-biochemisch-internistische Bereich überwog, so zeigt sich in neuerer Zeit ein steigendes Interesse an biomechanisch-orthopädischen Fragestellungen. Dies gilt besonders für spezielle Fragen der Traumatologie, der Langzeitschädigungen sowie bestimmter biomechanischer Parameter, die durch besondere Untersuchungstechniken gewonnen werden, z. B. Enzymforschung (Muskelbiopsie). Auch künftig muß neben weiterer Förderung sportbezogener medizinischer Grundlagenforschung der Förderung angewandter Forschung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Eine scharfe Trennung zwischen beiden Richtungen ist weder ratsam noch wissenschaftlich haltbar; beide sind notwendig und sollen im Rahmen sportmedizinischer Forschungsförderung entsprechend unterstützt werden. Zwischen der Sportmedizin als einem Teilaspekt der Sportwissenschaft sowie den genannten klassischen Disziplinen der Medizin bestehen im präventiven, rehabilitativen und kura-

⁴⁴ Nach Intervention des Fachbeiratvorsitzenden für Angewandte Forschung, Reindell, an den Schwerpunkten 3 und 5 wurden diese nachfolgend in der im Programm vorliegenden Form herausgenommen, sodass das Programm bereits bei seinem Erscheinen in Teilen schon Makulatur war.

tiven Bereich nachhaltige wechselseitige Beziehungen und Interessen“ (Anhang 6: Zweites Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft; BT-Drucksache 7/4609, S. 68 f.).

Folgend differenziert das Programm drei medizinische Bereiche, die „Präventive Sportmedizin“, die „Trainingsbegleitende und trainingsoptimierende Sportmedizin“ sowie die „Kurative Sportmedizin“. Wie im ersten Programm werden als Hauptinteressen der Sportmedizin „Adaptionsvorgänge“ des „menschlichen Organismus unter extremen Belastungsbedingungen (Vita-maxima-Problem)“ sowie erneut „Zivilisationsschäden“ und deren Vermeidung artikuliert.

Neu hinzugekommen ist 1972 als dritter Aspekt „Behinderte“, der allerdings primär als spezifische Erweiterung des zweiten sozialmedizinischen Punktes gesehen werden kann, da es ausschließlich um „Sport als Therapie im Bereich der gesamten Medizin“ geht, um

„die Rehabilitation, also die optimale Wiedereingliederung Behinderter (Alte, chronisch Kranke, Verletzte und Versehrte) entsprechend der individuellen Schädigung und der erreichbaren Anpassung an ihre jetzige soziale Umwelt. Die weittragende sozialmedizinische Bedeutung dieser Aufgabe ist erst in den letzten Jahren voll erfaßt worden. Um so mehr kann der Sport, dessen wiederherstellende und reintegrierende Wirkung nicht nur im naturwissenschaftlich Meßbaren zu sehen ist, zur reparativen und integrativen Rehabilitation maßgeblich beitragen“ (Anhang 6: Zweites Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft; BT-Drucksache 7/4609, S. 69).

Die Aufnahme dieses Aspektes, die ohne Zweifel im Kontext mit einer sozialpolitischen Aufwertung des Behindertensports durch die sozialliberale Koalition steht, ist insbesondere deshalb auffällig, weil dieser Punkt ohne Frage außerhalb des eigentlichen Auftrages des Bundesinstituts einer auf den Leistungssport bezogenen Zweckforschung steht. Noch erstaunlicher ist, dass die abschließend aufgeführten „Schwerpunkte“ der sportmedizinischen Forschung deutlicher als im ersten Programm die Grundlagenforschung im Sinne einer an der allgemeinen Volksgesundheit orientierten Forschung herausstellen. Die vier Schwerpunkte bilden „Leistungsmedizin“, „Präventive Sportmedizin im Dienste der gesamten Heilkunde“, „Kurative Sportmedizin“ und „Rehabilitative Sportmedizin“. Nur im ersten Schwerpunkt, der Leistungsmedizin, wird die Zweckorientierung eindeutig, hierunter subsumiert sind „Sportmedizinische Untersuchungen zur Vorsorge beim Leistungssportler, zur trainingsbegleitenden Kontrolle, zur Objektivierung des jeweiligen Trainingszustandes“, „Physiologische und biochemische Grundlagen der Belastungsgrenzen, des Leistungsverhaltens, der Anpassung, Ermüdung und Erholung; Probleme der Hypoxie- und Klimawirkungen, Ernährungseinflüsse, Fragen der Leistungsbeeinflussung durch Pharmaka“, „Mitwirkung an der Erstellung individueller und sportartspezifischer Trainingsprogramme mit dem Ziel der Leistungsoptimierung“ sowie „Doping, Pharmakokinetik und Bewertung von Dopingmitteln“. Insbesondere der zweite Punkt der präventiven Sportmedizin hebt dagegen nunmehr eindeutig auf die Grundlagenforschung ab:

„2.1 Bewegung als notwendiges Mittel zur Funktionserhaltung und Leistungsförderung des menschlichen Organismus: Breitensport („Sport für alle“) als Vorbeugung gegen Krankheit, gegen Funktionseinbußen und Athrophien infolge Immobilisation oder einseitiger Beanspruchung, gegen die Folgen degenerativer Herz-Kreislauf-Veränderungen und gegen sonstige Zivilisationsschäden durch technisierte Umwelt und mechanisiertes Arbeitsleben.

2.2 Pflege und Aufrechterhaltung vitaler Funktionen bis ins Senium durch rechtzeitige Anwendung dosierter Bewegungskonzepte für den älteren Menschen. Nutzbarmachung

sportmedizinischer Erfahrungen für die Altersforschung (Gerontologie) und die Alterstherapie (Geriatric).

2.3 Mitwirkung bei der Aufklärung des Entstehens und bei Maßnahmen zur Verhütung von Verletzungen und Schäden im Sport; Gesundheitserziehung“ (Anhang 6: Zweites Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft; BT-Drucksache 7/4609, S. 69 f.).

Auch die beiden Punkte der kurativen wie der rehabilitativen Sportmedizin stellen nicht mehr in dem Maß wie zuvor den Leistungssport in den Fokus, so wird bei der kurativen Sportmedizin, die sich mit Fragen der Therapie, der Beratung, der Erfassung von Langzeitschäden und verschiedenen Trainingsformen für therapeutische Maßnahmen befassen, kein einziges Mal eine explizite Verbindung zum Spitzensport hergestellt, und bei der rehabilitativen Sportmedizin etwa auf die Möglichkeit der Übertragung sportmedizinischer Erkenntnisse „auf die Rehabilitation der Behinderten mit dem Ziel optimaler Wiedereingliederung in die soziale Umwelt“ verwiesen (Anhang 6: Zweites Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft; BT-Drucksache 7/4609, S. 70).

Erst mit dem dritten (und letzten) „Schwerpunktprogramm“ 1986 ist tatsächlich eine deutlichere Hinwendung zum Leistungssport erkennbar. Im Unterschied zu den beiden vorherigen Programmen zog sich die Erstellung des dritten Schwerpunktprogramms über mehrere Jahre ab 1983 und sich ständig verändernde Entwürfe hin, die letztlich auch die Problematik einer Akzentuierung von Forschungsschwerpunkten im Kontext mit den Erwartungen seitens der Bundesregierung zeigte. 1982 diskutierte der Fachbeirat für angewandte Wissenschaften angesichts des neu zu entwerfenden Schwerpunktprogramms grundsätzliche Fragen der Förderung. Man beschloss hierbei, dass das BISP „stärker noch als bisher“ Prioritäten festzulegen habe, um ausgehend von Problemen „spezifische Forschungsaufgaben“ zu benennen und darüber hinaus „Organisationsformen“ zu finden, „über die solche Forschungsergebnisse wieder an die komplexe Praxis zurückgegeben werden“ können (Ergebnisniederschrift der Sitzung des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 12. Oktober 1982 in Köln; BISP-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle). Bereits im ersten Entwurf von 1983 wurde daher die „notwendige unmittelbare Umsetzung sportmedizinischer Forschungsergebnisse in die Sportpraxis [...] im Hochleistungssport“ als wichtige „Tendenz in der Forschungsentwicklung in der Leistungsmedizin“ herausgestellt. Als „Bearbeitungsschwerpunkte“ wurden nunmehr die „umfassende sportmedizinische Betreuung gerade des Leistungssportlers“ durch „sportmedizinische Untersuchung und Behandlung, aber auch sportartspezifische Beratung des Athleten im Sinne der Regeneration und Rehabilitation“ erkannt, zu den Zielen zählte hier die „Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Athleten“ (Entwurf Schwerpunktprogramm, 3.1 Sportmedizin, Anlage zum Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 10. März 1983 im BISP, Köln; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Zugleich sollten auch neue Forschungsperspektiven insbesondere im Bereich der „interdisziplinären Forschung“ aufgezeigt werden. Als mögliche Forschungsfelder wurden hier sowohl leistungssportbezogene Thematiken wie Training, Talentförderung, diagnostische Verfahren oder Bewegung, aber auch Breitensportorientierte Felder wie „Sport für alle“ oder das Sozialverhalten im Sport thematisiert. In einer „Thematische[n] Prioritätenliste aller Fachbereiche“ dominierten die „Leistung und Leistungs-optimierung“ sowie die „Regeneration durch Training/Pschohygiene“, aber als dritter Schwerpunkt wurde auch „Sport als präventive oder therapeutische Maßnahme“, etwa bei Herzkranken, benannt (Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung – Entwurf: Stand Juli 1983, S. 6 f.; BArch B274/68).

In einem weiteren Entwurf vom März 1984 wurden als allgemeine Schwerpunkte der Forschungsförderung des BISp die „Grundlegenden Untersuchungen zum Hochleistungstraining“ sowie die „Steuerung und Regelung des Trainings im Hochleistungssport“ an erster Stelle genannt (Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung – Entwurf: März 1984, S. 2 f.; BArch B274/68).

Der dann im Mai 1985 als Resultat der Diskussionen vorgelegte Endentwurf des Schwerpunktprogramms hatte eine deutlich andere Strukturierung als die vorherigen Programme, indem die einzelnen Fachbereiche nicht mehr gesondert aufgenommen waren, sondern übergreifende Schwerpunkte innerhalb des Bereichs „Angewandte Forschung“ gebildet wurden, die die von Beginn an propagierte, aber zuvor nur wenig umgesetzte Interdisziplinarität der Forschung herausstreichen sollte. Mit dem neuen Programm solle versucht werden,

„zum besseren Verständnis der gesellschaftlichen Relevanz Themen mit sportpolitisch praktischer Bedeutung zu formulieren, die in den meisten Fällen von mehreren sportwissenschaftlichen Teildisziplinen zu bearbeiten sind. Damit wird zugleich ein Hinweis auf die notwendige Zusammenarbeit der Teildisziplinen sowohl im Sinne der jeweiligen Ergänzung der Perspektiven als auch im Sinne der jeweiligen Ergänzung der Interdisziplinarität für ein Gesamtverständnis sportwissenschaftlicher Problemstellungen gegeben“ (Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung – Entwurf: Mai 1985, S. 2; BArch B274/68).

Insgesamt wurden 18 derartige Schwerpunkte identifiziert, von denen einige in höherem Maße als andere Domänen der Sportmedizin beinhalteten. So beinhaltete der Schwerpunkt „Gesundheitsvorsorge und sportmedizinische Betreuung im Leistungssport“ mit der Zielvorgabe der Erhaltung der „Gesundheit und Leistungsfähigkeit“ des Athleten wesentliche Aspekte der Aufgabenstellungen der sportmedizinischen Forschung, andere Punkte wie die „Grundlegenden Untersuchungen zum Hochleistungstraining“ nahmen die Sportpsychologie und die Trainingslehre mit auf, ebenso Fragen zur „Steuerung und Regelung des Trainings im Hochleistungssport“ oder Untersuchungen zum Bewegungslernen oder zur motorischen und sportlichen Entwicklung. Überwiegend sportmedizinische Fragen betrafen drei am Ende gesondert aufgeführte Aspekte: „Frauen im Leistungssport“, „Sport für Ältere“ und „Behindertensport“. Auch die beiden letztgenannten Schwerpunkte wurden mit einem Leistungsbezug versehen, indem auf die steigende Bedeutung des Seniorenwettkampfsports sowie des Leistungssports behinderter Menschen Bezug genommen wurde (Schwerpunktprogramm der sportwissenschaftlichen Forschung – Entwurf: Mai 1985; BArch B274/68).

Mit dieser Umstrukturierung des letzten vorgelegten Schwerpunktprogramms suchte das BISp der Maßgabe einer verstärkt miteinander interdisziplinär verflochtenen sportwissenschaftlichen Forschung Rechnung zu tragen, mit der Akzentuierung grundsätzlicher Untersuchungsbereiche, die dann nach Bedarf mit konkreten Aufgaben verbunden werden konnten, entfiel die Notwendigkeit weiterer Programme. Folgerichtig wurde einleitend auch darauf verwiesen, dass die „jeweiligen Überschriften in der Regel Daueraufgaben“ benannten. Zugleich bedeutete diese Akzentuierung genereller Themenkomplexe in ihrer Vielzahl und damit -deutigkeit eine noch stärkere Offenheit sportmedizinischer Forschung, da letztlich – mit wenigen Ausnahmen wie dem Frauenleistungssport oder dem Behindertensport – keine konkreten, sondern nur übergeordnete Themenfelder angeschnitten wurden. Dies galt auch für die beiden vorherigen Programme. So hatte das 1969 noch vom Kuratorium für sportmedizinische Forschung vorgelegte „Schwerpunktprogramm“ deutlich konkretere Forschungsfragen akzentuiert als dies in allen drei Programmen des Direktoriums der Fall war (vgl. Nielsen, 2016a, S. 298-300).

4.2.3.2 Die sportmedizinische Forschung unter besonderer Berücksichtigung der sechs zentralen Standorte

Die drei Schwerpunktprogramme bildeten in ihren Ausführungen letztlich nur grobe Rahmenbedingungen für sportmedizinische Forschungsthematiken ab, zudem ist insbesondere für die ersten beiden zu konstatieren, dass sie der Grundlagenforschung nach wie vor einen hohen Stellenwert einräumen, der sich zumindest bei der Begutachtung der Forschungsanträge durch den Fachausschuss Medizin keineswegs in entsprechenden Bewilligungen niederschlug. Im Gegenteil konnte festgestellt werden, dass wiederholt Anträge mit dem Verweis auf die „Grundlagenforschung“ abgelehnt wurden.

Insofern lassen sich hinsichtlich der Frage, inwieweit durch das BISp Forschungsprojekte gefördert wurden, die in Kontext mit spezifischen Fragestellungen der jeweiligen Schwerpunktprogramme standen, kaum weiterführende Erkenntnisse gewinnen, da diese Programme kaum Ansatzpunkte zur Prüfung bieten, die über allgemeine Zielsetzungen hinausgehen. Grundsätzlich sind es somit vorrangig diese übergeordneten Zielsetzungen in den Schwerpunktprogrammen, die folgend bei der Diskussion der Forschungsschwerpunkte hinsichtlich ihrer Umsetzung mit in den Blick genommen werden sollen:

1. Die vor allem in den Programmen 1972 und 1976 deutlich akzentuierte Hinzunahme einer mehr „morphologisch-biomechanisch-orthopädischen“ Forschung zur zuvor eher „physiologisch-biochemisch-internistischen Forschung“
2. Entsprechend dem Schwerpunktprogramm 1986 eine Zunahme an Untersuchungen zum Frauensport, zum Alterssport und zum Behindertensport⁴⁵

Die Datenbank der Sportmedizinprojekte der Jahre 1971 bis 1990 weist 844 Projekte auf.⁴⁶ Da in der Regel bei der Bewilligung der häufig, insbesondere bei den Forschungszentren, in Einzelprojekte unterteilten Projektanträge nur das Gesamtprojekt mit der Gesamtfördersumme aufgenommen wurde, würde eine Aufgliederung in Einzelprojekte pro Antragsteller bzw. Einrichtung zu einer deutlich höheren Zahl an Einzelprojekten führen.⁴⁷ Wie bereits gesehen (vgl. Abb. 3), gingen 31 % (260) der geförderten Projekte dieses Zeitraums an den Standort Freiburg, 33 % (281) an den Standort Köln und 7,5 % (63) an den Standort Berlin. Diese drei Standorte erhielten somit 71,5 % (604) aller Projekte und blieben damit wie im Zeitraum 1955-1970 die dominierenden Forschungseinrichtungen. Die Ausweitung der Zahl der geförderten Forschungseinrichtungen von 16 im Zeitraum 1955-1970 auf 27 im Zeitraum 1971-1990 hatte somit nur geringe Auswirkungen auf eine homogenere Verteilung der Forschungsbewilligungen, während die Zahl der Standorte um 70 % zunahm, ging der Anteil der Projekte der drei Zentren Freiburg, Köln und Berlin nur um 6,5 % zurück. Als neu hinzukommende Forschungsstandorte wurden Heidelberg, Gießen und Saarbrücken mit 46, 36 bzw. 29 Projekten identifiziert, die Projekte dieser drei Standorte machten weitere 13 % aus, während der Anteil der übrigen 21 Standorte zusammen nur noch bei 15,5 % lag.

Die erste Prämisse bei der Neuorientierung der Forschungsförderung durch die Bundesregierung war die einer am Leistungssport orientierten und für diesen anwendbaren Zweckforschung. Bereits bei der Diskussion der Entwicklung der Forschung bis 1990 war konstatiert worden, dass schon bei der Antragstellung die meisten Sportmediziner sich dieser Neuausrichtung fügten und somit auch – ungeachtet der deutlichen Herausstellung auch der Grundlagenforschung in den

⁴⁵ Letzteres wurde bereits in dem Abschnitt „Paradigma eines Interessenkonflikts zwischen BMI und Fachausschuss Medizin: Behinderten(leistungs)sport“ ausführlich thematisiert und soll hier nur kurz im Ergebnis referiert werden.

⁴⁶ Quelle für alle hier und folgend gemachten Angaben zu Forschungsprojekten: Datenbank Sportmedizinprojekte 1971-1990 und Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015.

⁴⁷ Dies ist allerdings technisch nicht umsetzbar, da auch die Sitzungsprotokolle nicht in allen Fällen Aufschluss über die jeweiligen Teilprojekte geben.

Schwerpunktprogrammen 1972 und 1976 – die überwiegende Mehrzahl der bewilligten Anträge der Zweckforschung zurechenbar war. Diese Tendenz zeigt sich bereits bei der Verwendung von Begriffen in den Projekttiteln, die Leistungssport implizierten. 290 der 844 Projekttitel beinhalten einen mit Leistungssport verbundenen Begriff wie Hochleistungssport(-ler), Spitzensport(-ler), Leistungssport(-ler), Wettkampf etc. Die Vermutung liegt nahe, dass durch den eindeutigen Hinweis im Titel der Anwendungsbezug herausgestrichen und damit die Chancen auf eine Bewilligung erhöht werden sollten. Noch deutlicher offenbart die in der Projektdatenbank vorgenommene Kategorisierung (4. Kategorie, vgl. Franken, 2016, S. 310 f.) nach „Leistungsmedizin“, „Präventionsmedizin“ oder „Rehabilitationsmedizin“ den Wandel von der Grundlagen- zur Zweckforschung: 765 Projekte, damit 91 %, konnten der Leistungsmedizin zugeordnet werden, 43 der Präventionsmedizin und 36 der Rehabilitationsmedizin.

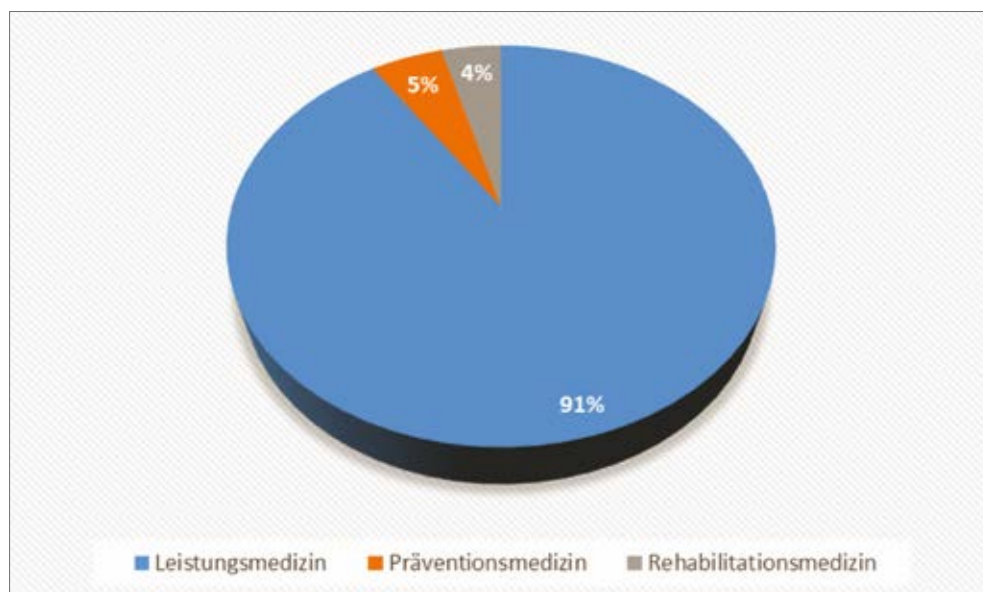


Abb. 5.4 Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 zwischen Leistungs-, Präventions- und Rehabilitationsmedizin⁴⁸

Die eindeutige Dominanz von leistungsbezogenen Projekten setzt sich auch im Zeitraum von 1990 bis 2015, als durch das Bundesinstitut weitere 494 sportmedizinische Projekte gefördert wurden⁴⁹, fort. 424 der Projekte können der Leistungsmedizin zugerechnet werden. Der mit 11 % höhere Anteil an Forschungen in der Präventionsmedizin zeigt bei näherer Betrachtung der Projekte, dass diese größtenteils ebenfalls eher auf den Spitzensport orientiert sind, vorrangig handelt es sich um Studien zur Prävention vor Verletzungen und nicht mehr wie zuvor um eine auf die Volksgesundheit gerichtete Präventionsmedizin (Abb. 5). Dies bestätigt die Vermutung einer Definitionsverschiebung des Begriffes der „Grundlagenforschung“ hin zu auf die Leistungsmedizin bezogenen Erkenntnissen.

⁴⁸ Hier wie folgend Basis aller Grafiken: Datenbank Sportmedizinprojekte 1971-1990 und 1990-2015.

⁴⁹ Die Erhebung dieser Projekte basiert ausschließlich auf den vom Bundesinstitut zur Verfügung gestellten Daten, die neben den Basisangaben zu Projektleitung, Titel, Laufzeit zum Teil (seit 2000) ergänzende Angaben zu Finanzierung, Theorie- und Themenfeldern, Formen der Zusammenarbeit enthält. Bereits in 1990 (bei einigen sogar noch davor) begonnene Projekte wurden in der Datenbank 1990-2015 verortet, wenn es sich um über das Jahr 1990 hinausgeführte Projekte handelt oder die Bewilligung zwar für 1990 erfolgte, der Projektbeginn sich aber verzögerte. Insgesamt handelt es sich um 19 Projekte, deren Beginn vor 1991 lag. (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015).

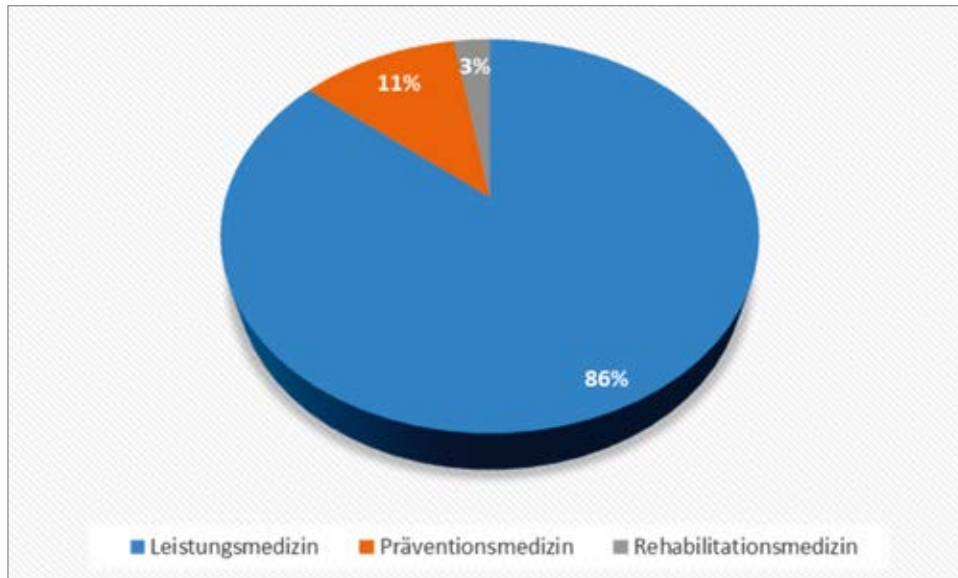


Abb. 5.5 Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 zwischen Leistungs-, Präventions- und Rehabilitationsmedizin

In der Zeit vor Gründung des BISp hatte der Schwerpunkt der Forschung eindeutig auf einer physiologisch-biochemisch-internistischen Grundlagenforschung gelegen, wie auch im ersten und zweiten Schwerpunktprogramm explizit hervorgehoben wurde. Mit dem Übergang zur zweckorientierten, an den Bedürfnissen des Leistungssports ausgerichteten Forschung sollte auch eine Ausweitung des Forschungsschwerpunkts auf eine morphologisch-biomechanisch-orthopädische Forschung erfolgen, die vor allem im Bereich der Trainingswissenschaft neue Erkenntnisse hinsichtlich von Verletzungsrisiken und -vermeidung, geeigneten Trainingsformen etc. erbringen sollte. Diese Hinwendung zu einer biomechanisch-orthopädischen Sportmedizin wurde bereits im ersten Schwerpunktprogramm 1972 verankert, sie wurde in den folgenden Programmen erneut akzentuiert und dann vor allem in den 1980er-Jahren durch die Sporttraumatologie verstärkt.

Die Auswertung der 844 in die Datenbank aufgenommenen Projekte aller Standorte zeigt indes, dass sich nur 56 der 844 Projekte (= 7 %) im Zeitraum 1971-1990 eindeutig dieser Richtung zuordnen lassen, weitere vier untersuchten biomechanische Fragestellungen. Demgegenüber lassen sich 615 Projekte (= 73 %) anhand der primär vorgenommenen Kategorisierung⁵⁰ der Biochemie, Physiologie, Kardiologie, Endokrinologie und damit der klassischen physiologisch-biochemisch-internistischen Forschung zuordnen.

⁵⁰ Die Kategorisierung des medizinischen Zuordnung der jeweiligen Forschung erfolgte aus den Angaben im Forschungsantrag und der vorgenommenen Zuordnung durch das BISp, ergänzt durch den Facharztstatus des (Haupt-)Antragstellers sowie die Betitelung des Projektes (vgl. Franken, 2016, S. 309). Für diejenigen Zuordnungen, die aufgrund teilweise interdisziplinär angelegter Vorhaben in einigen Fällen mehrere Zuordnungen nötig machten, wurde die zentrale Zuordnung herangezogen. Letztlich beinhaltet diese Zuordnung natürlich gewisse Unsicherheiten, da gerade die Überschneidung im interdisziplinären Sinne zu Abweichungen führen kann. Die tendenzielle Möglichkeit einer abweichenden Schwerpunktsetzung in der Zuordnung zeigt sich z.B. angesichts der Zuordnung, die der Fachausschuss hinsichtlich der für 1972 bewilligten Projekte 1971 vorlegte, in dieser „Übersicht“ wurden die einzelnen Projekte den im Programm genannten Forschungsbereichen „Physiologie“ (10 Projekte), „Biochemie“ (7 Projekte) und „Morphologie/Biomechanik“ (7 Projekte) zugeordnet (Übersicht über die Sportwissenschaftliche Forschung in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin für den Fachbereich MEDIZIN; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Die Auswertung anhand der Datenbank ergab indes nur 5 dem Bereich Morphologie/Biomechanik zuzuordnende Projekte.

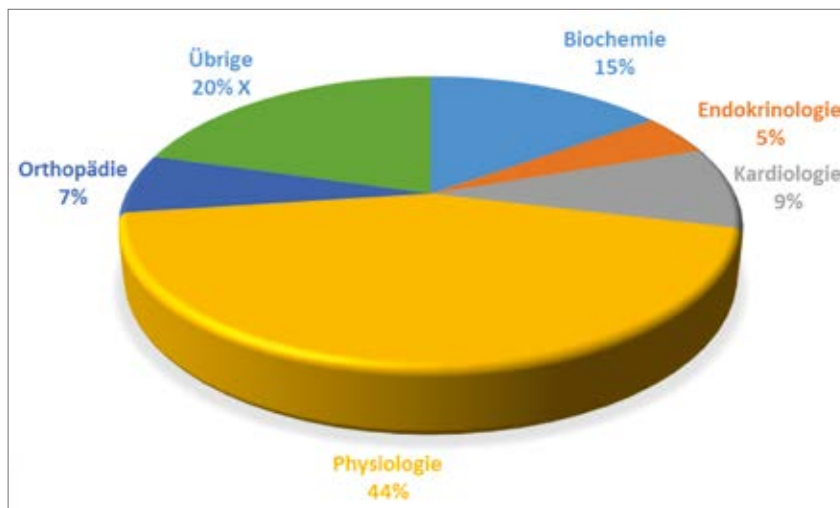


Abb. 5.6 Zuordnung der Forschungsprojekte 1971-1990 nach den wichtigsten medizinischen Kategorien
 X: „Übrige“ meint insbes. Neurologie, Dopinganalyse, Pharmakologie, Immunologie, Psychologie, Radiologie

Es zeigt sich somit, dass der Anteil morphologisch-biomechanisch-orthopädisch ausgerichteter Forschung in diesem Zeitraum nur gering war. Er beschränkte sich zudem auf acht der 27 Forschungseinrichtungen, wobei Köln und Heidelberg hieran 66% Anteil hatten.

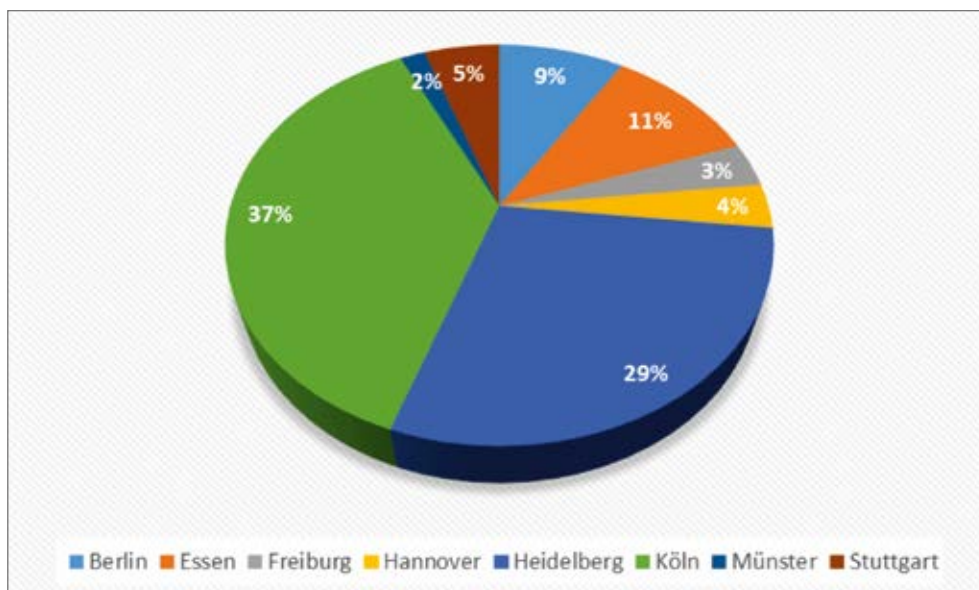


Abb. 5.7 Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 mit der Zuordnung Orthopädie nach Standorten

Es lässt sich auch keineswegs eine stete Zunahme von Projekten im Bereich der Orthopädie erkennen, die meisten Projekte pro Forschungsjahr wurden 1972 und 1978 durchgeführt.

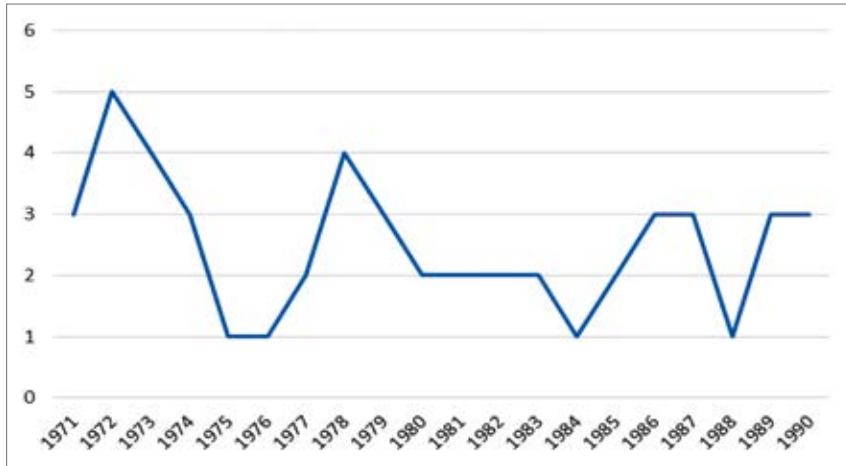


Abb. 5.8 Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 mit der Zuordnung Orthopädie nach Forschungsjahren

Auch unter Einbeziehung gewisser Schwankungen in der Zuordnung der einzelnen Projekte aufgrund der Unterteilung in potenziell anders zuordenbare Teilprojekte oder der Interdisziplinarität von Projekten ist die Tendenz einer bis 1990 deutlich wahrnehmbaren Dominanz der physiologisch-biochemisch-internistischen Forschung unübersehbar. Die in den Schwerpunktprogrammen – und auch in den Sitzungen von Fachbeirat und -ausschuss – propagierte Stärkung des morphologisch-biomechanisch-orthopädisch Forschungszweiges fand in den ersten 20 Jahren des Bestehens des BISp kaum eine entsprechende Umsetzung.

Hinsichtlich der Differenzierung zwischen der physiologisch-biochemisch-internistischen und der morphologisch-biomechanisch-orthopädischen Forschung zeigt sich weiter, dass auch im Zeitraum 1990 bis 2015 insgesamt 311 der 494 Projekte vorrangig der ersten Forschungsrichtung zugerechnet werden können, dagegen nur 28 (= 6%) dem Bereich der morphologisch-biomechanisch-orthopädischen Forschung. Die prozentuale Zunahme der „übrigen“ Forschungskategorien weist auf die stärkere Diversifizierung sportmedizinischer Forschung hin, so wurden 34 Projekte mit Bezug zur „Dopinganalytik“ gefördert, u.a. elf an Kölner Einrichtungen, vor allem am Institut für Biochemie der DSHK (Wilhelm Schänzer, 6 Projekte) sowie drei am Institut für Dopinganalytik und Sportbiochemie Kreischa (Rudolf Müller).

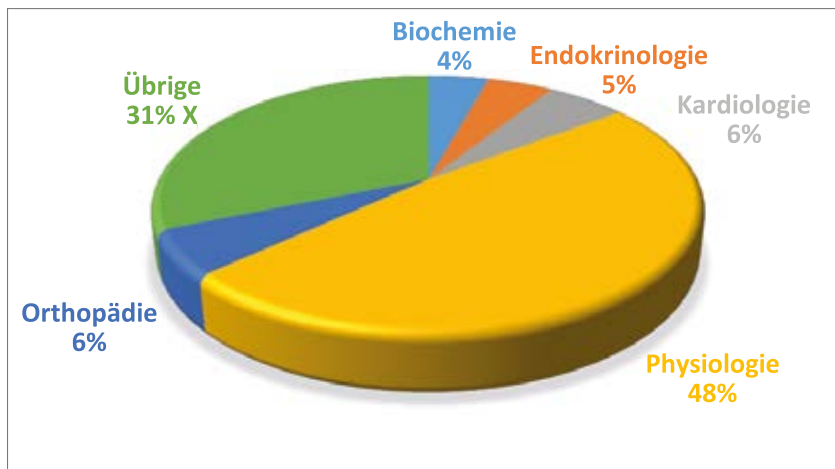


Abb. 5.9 Zuordnung der Forschungsprojekte 1990-2015 nach den wichtigsten medizinischen Kategorien
X: „Übrige“ meint insbes. Dopinganalytik, Humangenetik, Pharmakologie, Immunologie, Psychologie, Radiologie

Der Anteil morphologisch-biomechanisch-orthopädischer Forschung nahm somit auch nach 1990 nicht zu, sondern ging sogar um einen Prozentpunkt gegenüber dem Zeitraum 1971 bis 1990 zurück. Auffällig ist dagegen, dass sich dieser Forschungszweig stärker auf die einzelnen Standorte verteilte und dass Köln und Heidelberg nicht mehr die Zentren waren, sondern die meisten Projekte an das Sportmedizinische Institut an der Universität Frankfurt (Heinz Lohrer) gingen.

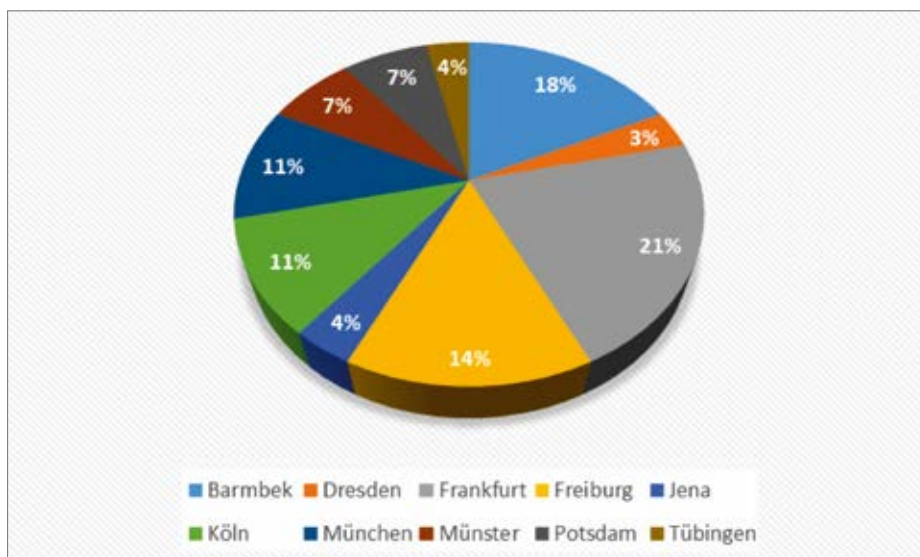


Abb. 5.10 Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 mit der Zuordnung Orthopädie nach Standorten

Die Verteilung nach Jahren zeigt, dass nie mehr als drei Projekte pro Jahr gefördert wurden, vor allem nach der Jahrtausendwende ging der Anteil zurück.

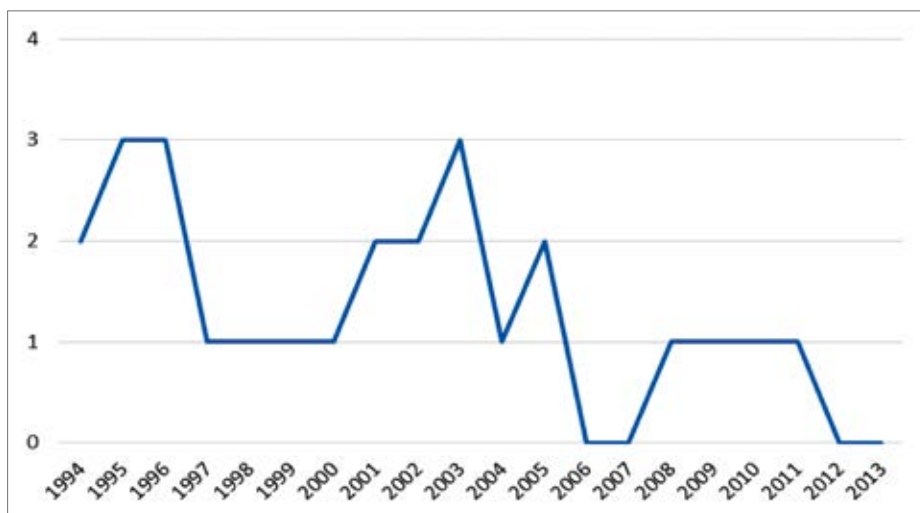


Abb. 5.11 Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 mit der Zuordnung Orthopädie nach Forschungsjahren

Die Frage einer Anwendungsorientierung in der Forschung stellt sich auch dahingehend, ob die sportmedizinischen Forschungen eher sportartenübergreifend an generellen Fragestellungen interessiert waren, oder ob es spezifische Forschungen zu einzelnen Sportarten(-gattungen) gab – und, falls ja, welche dann im Mittelpunkt standen? In der Datenbank wurde hierfür als 3. Kategorie nach der Sportart oder einem sportartübergreifenden Bezug gefragt. Es zeigt sich, dass mit 702 der weitaus größte

Teil der 844 Projekte im Zeitraum 1971 bis 1990 keine sportartspezifischen Fragestellungen bzw. Probleme verfolgte, sondern sportartübergreifende Thematiken in den Blick nahm. Unter den restlichen 142 Projekten dominierten die leichtathletischen Disziplinen mit 43, gefolgt von den Ballsportarten mit 23 sowie dem Rudersport und dem Wintersport mit jeweils 14 Projekten. Während häufiger mehrere Einzelsportarten innerhalb einer Gattung wie Ballsport (Fußball, Handball, Volleyball, Basketball etc.) untersucht wurden, untersuchten elf Projekte sportmedizinische Fragestellungen durch den Vergleich verschiedener Sportarten, etwa Hollmann 1976: „Untersuchungen über Stoffwechselverhalten bei maximaler und submaximaler Intensität (20 Sekunden bis 30 Minuten Dauer) zur Beurteilung des Trainingszustandes in Laufdisziplinen/Schwimmen/Rudern/Hockey/Fußball“.

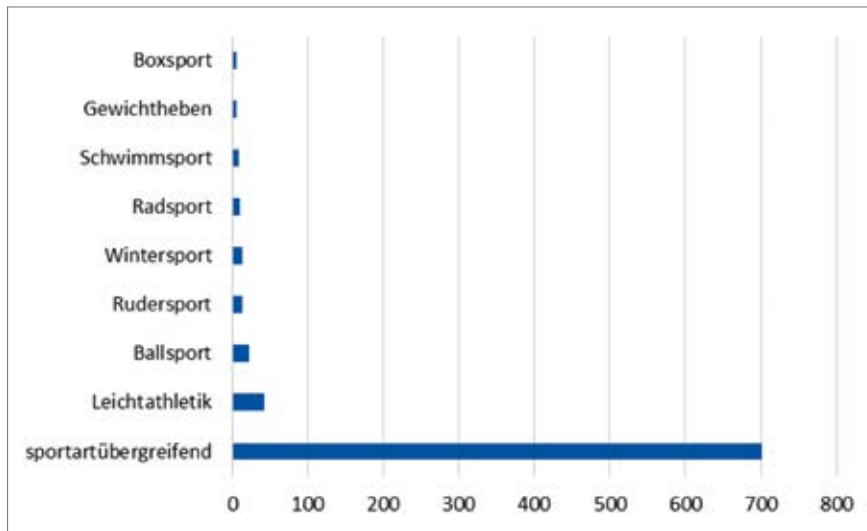


Abb. 5.12 Verteilung der Forschungsprojekte 1971-1990 nach den am häufigsten untersuchten Sportarten bzw. -gattungen

Ein vergleichbares Bild ergibt sich auch bei der Betrachtung des Zeitraums 1990 bis 2015, auch hier waren die weitaus meisten Untersuchungen sportartübergreifend angelegt, die Verteilung nach Sportarten bzw. -gattungen gleicht ebenso der des vorherigen Zeitraums mit der Ausnahme einer Zunahme an Untersuchungen zu Behindertensportarten wie Rollstuhlsport oder Blindensport. Vergleichende Untersuchungen mehrerer Sportarten wurden zehnmal in diesem Zeitraum vorgenommen.

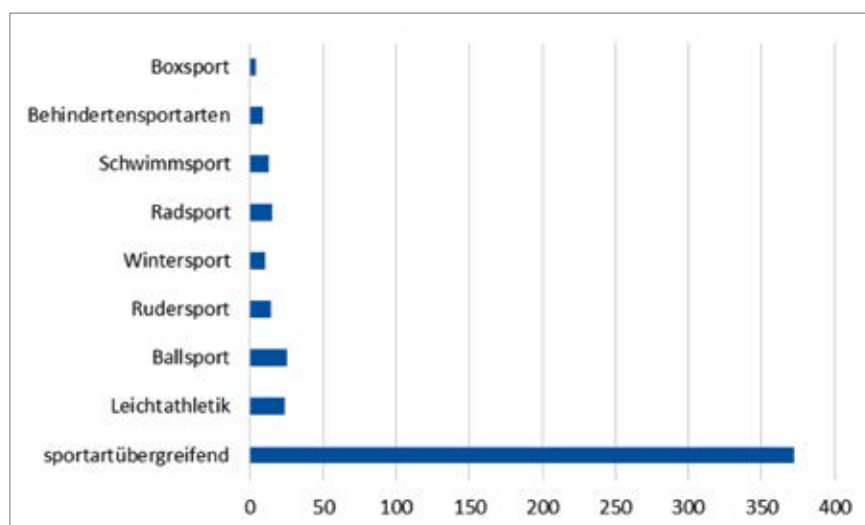


Abb. 5.13 Verteilung der Forschungsprojekte 1990-2015 nach den am häufigsten untersuchten Sportarten bzw. -gattungen

Innerhalb der Diskussionen der BIsP-Gremien, dann auch im letzten Schwerpunktprogramm 1986, wurden spezifische Forschungsschwerpunkte artikuliert. Ein solcher war zunächst die Frage des Leistungssporttreibens von Kindern und Jugendlichen, hier standen nicht nur Aspekte der Talentsichtung (nach DDR-Vorbild), sondern vor allem auch der Gefahren im Mittelpunkt des Interesses. Dieses Problem wurde letztlich auch von der Politik forciert, das über mehrere Jahre laufende Projekt unter Leitung des Sportpsychologen Kaminski in den 1970er-Jahren („Längsschnittstudie über die Auswirkungen des Kinder- und Jugendhochleistungssports unter psychologischen Gesichtspunkten (Kinderhochleistungssport)“, 1973-1980; BArch B274/142, 143) wurde vor diesem Hintergrund durch die Bundesregierung über das BIsP in Auftrag gegeben. 44 Projekte mit Bezug zur Kinder- und Jugendmedizin wurden durch das BIsP gefördert, die meisten davon (33) in den 1970er-Jahren. Der überwiegende Teil hiervon hatte Aspekte der Talentauswahl, der geeigneten Förderung, spezifischer Trainingsinhalte und Belastungen in Anpassung an den Organismus des Heranwachsenden zum Thema, einige standen auch an der Schnittstelle zu einer bzw. widmeten sich vorrangig der potenziellen Gefährdungsproblematik.

Mit dem Schwerpunktprogramm 1986 wurde der Frauensport in den Fokus gerückt, die bereits 1983 eingerichtete Arbeitsgruppe „Hochleistungssport der Frau“ sollte dazu beitragen, „Defizite an Forschungen im Bereich des Frauensports abzubauen“ (Fachbereich Wissenschaftliche Forschung – Referat Psychologie/Trainingslehre: Notiz für die Sitzung des Direktoriums, O. Datum; BArch B274/145). Die Fragestellungen der 21 Projekte mit Bezug zum Frauensport, die mehrheitlich (17) in den 1980er-Jahren stattfanden, waren denen des Sporttreibens der Kinder und Jugendlichen (mitunter wurden beide Aspekte auch verknüpft) vergleichbar, es ging häufig um Fragen des Einflusses des Leistungssportes auf den weiblichen Organismus, wie beispielhaft 1989 durch Hollmann („Untersuchungen über den Einfluss von Hochleistungstraining auf den weiblichen Organismus“). Über vier Jahre, 1983 bis 1986, forschte der Tübinger Sportmediziner Wurster über „Hormonelle und klinische Untersuchungen über den Einfluss von sportlichen Maximalleistungen auf das endokrine System von Leistungssportlerinnen der Leichtathletik“, zwei weitere Jahre (1987-88) zum „Pilotprojekt“ „Gynäkologische Betreuung von Spitzensportlerinnen“ und ebenfalls zwei Jahre (1989-90) über die „Erforschung und Erarbeitung von Therapiekonzepten zur Vermeidung von Stressfrakturen bei Hochleistungssportlerinnen als Auswirkung supprimierter Sexualsteroid“. Insgesamt standen damit aus sportmedizinischer Sicht – und die Protokolle der AG „Hochleistungssport der Frau“ bestätigen dies (B274/94) – spezifische organische und hormonelle Probleme, denen leistungssporttreibende Frauen ausgesetzt sind, im Mittelpunkt. Entsprechend der Vorgabe einer Zweckforschung schlug auch der 1986 postulierte Ansatz einer verstärkten Erforschung des Wettkampfsports älterer Menschen bis 1990 kaum in Projekte um, tatsächlich stellten – meist als Vergleichsstudien mit jüngeren Probanden – Studien zum Sporttreiben Älterer eine Fortführung der bereits vor 1970 angelegten Forschungen Hollmanns dar, zwischen 1974 und 1984 hatten acht Projekte derartige Untersuchungen zur Grundlage („Untersuchungen über die anaerobe Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Trainierbarkeit älterer Leistungssportler“, 1983-84). Wie bereits ausgeführt, blieb auch der Anteil geförderter sportmedizinischer Projekte mit Bezug zum Behindertensport gering und fand bis 1990 so gut wie gar nicht statt.

Gemessen daran, dass Untersuchungen speziell zum Frauen-, Alten- und Behindertensport explizit als spezifische Vorgaben im Schwerpunktprogramm 1986 aufgenommen worden waren, wäre eine Zunahme dieser Aspekte in der Zeit ab 1990 zu erwarten. Tatsächlich weist die Datenbank in der entsprechenden Kategorie nur 15 Projekte mit direktem Bezug zum Frauensport auf. Forschungen mit dem Schwerpunkt auf ältere (Leistungs-)Sportler wurden gar nicht eigenständig kategorisiert oder verschlagwortet, sodass zu vermuten ist, dass der Anteil verschwindend gering ist. Demgegenüber nahm ab 1990 der Anteil an Untersuchungen zum Sporttreiben behinderter Menschen, die davor kaum stattgefunden hatten, zu. Allerdings blieb der Anteil geförderter sportmedizinischer Projekte mit Bezug zum Behindertensport eher gering, zwischen 1990 und 2015 weist die Datenbank der sportmedizinischen Projekte unter 494 sportmedizinischen Projekten 48 (ca. 6%)

auf, die mit Behindertensport verbunden werden können. Neben Freiburg mit 13 Projekten wurden jeweils sechs Projekte an der DSH Köln bzw. dem Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin sowie an der TU München durchgeführt, die weiteren Projekte verteilten sich auf 14 Forschungseinrichtungen⁵¹ (Datenbank Sportmedizinprojekte 1990-2015). Prozentual gesehen nahm auch der Anteil der der Kinder- und Jugendmedizin zuordenbaren Projekte ab, elf von 494 Projekten, damit 2,3 %, hatten speziell Heranwachsende im Fokus, wobei sowohl Belastungsprobleme („Häufigkeit von lumbalen Rückenschmerzen und Auffälligkeiten im MRT bei adoleszenten Leistungssportlern“, K.P. Günther, Dresden, 2005) als auch spezifische Trainingsmethodiken („Erstellung einer wissenschaftlichen Expertise zum Krafttraining im Nachwuchsleistungssport“, U. Hartmann, Leipzig, 2010) untersucht wurden.

Ein weiterer Aspekt, der im ersten Schwerpunktprogramm 1972 noch als eigener Schwerpunkt 5 herausgestellt, dann nach Intervention Reindells abgeschwächt worden war, war die Forschung über leistungssteigernde Pharmaka. Bereits im 1969 vom Kuratorium für sportmedizinische Forschung entworfenen Schwerpunktprogramm wurden „Untersuchungen über den leistungssteigernden Effekt von Präparaten (Doping)“ als ein zukünftiger Forschungspunkt angeführt. Aufgabe der Sportmedizin sollte es hier sein, die sich ständig erweiternden „Möglichkeiten zur Steigerung des körperlichen Leistungsvermögens [...] nicht nur [durch] unphysiologische, sondern auch physiologische Formen der Leistungsverbesserung“ sowohl unter „leistungsmäßigen als auch [...] gesundheitlichen Gesichtspunkten“ zu prüfen (Schwerpunktprogramm für die sportmedizinische Forschung, Januar 1969; BArch 322/581). Insgesamt war der Anteil der sportmedizinischen Projekte, die sich mit diesem Thema befassten, jedoch eher gering. Im Zeitraum 1971 bis 1990 galten 12 der 844 Projekte der Dopinganalytik, 14 weitere beschäftigten sich mit pharmakologischen Fragestellungen. 1978 lehnte der Fachausschuss Medizin einen Projektantrag des Kölner Sportmediziners Skipka über den „Einfluß von Aldosteron auf die aerobe und anaerobe Ausdauer bei Leistungssportlern“ mit der Begründung ab: „Das BISp unterstützt bis auf weiteres grundsätzlich keine Untersuchungen über den Einfluß chemischer Substanzen auf Leistungssportler“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 23. und 24. November 1978 im BISp, Köln; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Die zunehmende Fokussierung der Sportmedizin auf Dopingfragen in den 1980er-Jahren resultierte letztlich 1985 in dem vom BISp als Auftragsstudie geplanten Forschungsvorhaben „Untersuchungen zur Regeneration bei Hochleistungssportlern“, das als multizentrische Studie durch „vier Arbeitskreise (Freiburg: Prof. Keul, Prof. Kley; Heidelberg: Prof. Weicker; Köln: Prof. Hollmann, Prof. Liesen und Saarbrücken: Prof. Kindermann)“ mit 100.000 DM Fördersumme durchgeführt werden sollte. Ein Projekt unter Beteiligung von vier Forschungseinrichtungen war ein Novum. Es manifestierte sowohl die Bedeutung dieses Vorhabens als auch, in der Wahl der Teilnehmer, die Dominanz der „alten“ Forschungszentren Freiburg und Köln sowie Heidelbergs und Saarbrückens als „neue“ Forschungszentren. In die zweijährige Vorbereitung des Projektvorhabens waren sowohl federführend die Arbeitsgruppe „Hochleistungssport“ als auch die Arbeitsgruppe „Dopingfragen“ des BISp involviert, mit der Ausarbeitung des Projektentwurfs wurde schließlich Josef Keul beauftragt (BISp-Archiv Ordner 0408/1 Forschungsauftrag „Regeneration“ W 1.1 1986-1990). Zur Begründung dieses Projekts wurde hervorgehoben, „[n]ach jahrelanger Vermutung, daß das wohl stärkste Androgen Testosteron unmittelbaren Einfluß auf die Regenerationszeit des Athleten hat, gibt es hierzu bisher keine objektive und umfassende wissenschaftliche Aussage“. Explizit wurde zudem hervorgehoben, „[d]ie geplante Studie ist nur auf Regeneration und nicht auf Leistungssteigerung ausgerichtet“. Probanden sollten männliche Sportler bis 40 Jahre „aus den Disziplinen Triathlon, Radfahren und Joggen mit einem Trainingseinsatz von ca. 100 Kilometer pro Woche“ sein. Im Fachausschuss sprachen

⁵¹ Berlin (1), Bochum (1), Frankfurt (2), Göttingen (1), Hannover (2), Leipzig (3), Magdeburg (3), Mainz (1), Münster (1), Paderborn (1), Potsdam (1), Tübingen (1), Witten-Herdecke (1), Wuppertal (2).

sich schließlich sechs Mitglieder für die Studie aus, zwei enthielten sich⁵² (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 24. Oktober 1985 im BISP, Köln; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

Das Projekt wurde, gefördert von BMI, DSB und NOK, als „das wissenschaftlich und politisch umstrittenste Forschungsprojekt in der Geschichte der deutschen Sportmedizin“ (Krüger et al., 2014, S. 125) in den Jahren 1986 bis 1990 an drei Forschungseinrichtungen mit jeweiligen Teilprojekten durchgeführt: Freiburg (Keul), Saarbrücken (Kindermann) und Köln/Paderborn.⁵³

Das Projekt führte bereits unmittelbar nach Beendigung zu Kontroversen, so stellte die SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag im November 1991 eine „Kleine Anfrage“ an die Bundesregierung, ob die Studie tatsächlich nur der Erforschung des Testosterons gedient habe, oder nicht vielmehr als „willkommene Gelegenheit [...], um ‚Doping-Forschung‘ auch in der Bundesrepublik Deutschland zu intensivieren“? (Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Willfried Penner u. a.: Beteiligung und Finanzierung des Bundes an Forschungsprojekten, in denen Testosteron-Versuche mit Sportlern vorgenommen wurden. Deutscher Bundestag – Drucksache 12/1519 vom 8.11.91; S. 2, abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/12/015/1201519.pdf>). Die Bundesregierung negierte diese Kritik und verwies darauf, dass „‚Doping-Forschung‘ eindeutig nicht das Ziel der Forschungsarbeit“ gewesen sei und die Bundesregierung „seit jeher mit Nachdruck die Auffassung vertreten [hat], daß der Leistungssport von Doping und anderen Manipulationen frei bleiben muß“ (Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Willfried Penner u. a. Deutscher Bundestag – Drucksache 12/1781 vom 11.12.91, S. 2, 7; abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/12/017/1201781.pdf>).

Über die bis 1990 geförderte Regenerationsstudie hinaus nahm im Zeitraum 1990 bis 2015 der Anteil von mit „Dopinganalytik“ verknüpften Projekten zu, 37 der 494 Projekte, damit 7,5 %, lassen sich der „Dopinganalytik“ zuweisen, weitere 13 Projekte (= 2,6 %) der „Pharmakologie“.

4.2.3.3 Forschungsschwerpunkte der Zentren

Freiburg: 178 der 260 zwischen 1971 und 1990 erfassten Forschungsprojekte sind den Bereichen der Physiologie, Biochemie bzw. Endokrinologie zuzuordnen, damit dem Sektor der physiologisch-biochemisch-internistischen Forschung. In der ersten Hälfte der 1970er-Jahre war der Projektleiter meist noch Reindell, teilweise bereits zusammen mit Keul. Ab der Mitte der 1970er-Jahre wurde Keul zunehmend zum Hauptantragsteller. An 83 der 260 Projekte war Herbert Reindell beteiligt, an 237 dagegen Josef Keul – zu Beginn noch meist mit Reindell gemeinsam, später dann als alleiniger Antragsteller oder Projektleiter. Insgesamt waren entweder Keul oder Reindell an 255 der 260 Freiburger Projekte beteiligt, damit an 98 %. Schwerpunkte waren Untersuchungen zum Krafttraining, zur körperlichen Leistungsfähigkeit bzw. der Regenerationsfähigkeit des Organismus, zu Kreislauf- und Stoffwechselregulationsprozessen und zu den Einflüssen verschiedener Trainingsformen auf diese Prozesse sowie zur hormonellen Regulation bei Belastung. Spezifische Präferenzen für einzelne Sportarten oder -gattungen sind nicht nachweisbar, 240 der 260 Projekte waren sportartübergreifend angelegt. Die vor 1970 von Reindell betriebenen Forschungen zum Herzen bzw. Kreislauf fanden zwar

⁵² Wer der Ausschussmitglieder sich enthielt, ist nicht vermerkt, zu vermuten ist, dass dies an der Studie beteiligte Ausschussmitglieder waren, wobei wieder interessant ist, dass drei beteiligte Wissenschaftler (Hollmann, Keul und Weicker) auch Ausschussmitglieder waren (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ des Fachbeirats „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 24. Oktober 1985 im BISP, Köln; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2).

⁵³ Der Leiter des Instituts für Kreislauforschung und Sportmedizin Köln Hollmann war der ursprüngliche Projektleiter, durchgeführt wurde das Projekt dann von seinem Mitarbeiter Heinz Liesen, der 1987 an die Universität Paderborn wechselte und dort die Projektstudien durchführte (BISP-Archiv Ordner 0408/1 Forschungsauftrag „Regeneration“ W 1.1 1986-1990). Der Heidelberger Mediziner Weicker war an der Projektdurchführung nicht mehr beteiligt. Zu den Teilprojekten vgl. zusammenfassend Deutscher Bundestag – Drucksache 12/1781 vom 11.12.91, S. 3-5; abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/12/017/1201781.pdf>. Zum Verlauf und zur Bewertung des Projektes im Einzelnen vgl. Krüger et al., 2014, S. 125-134.

auch noch statt, 31 Projekte stehen mit der Kardiologie in Zusammenhang, sie waren aber nicht mehr so dominant wie zuvor. Im Unterschied zu den kardiologischen Untersuchungen Keuls, die deutlich einen Bezug zum Leistungssport aufwiesen („Hämodynamik und Herzgröße beim jugendlichen Spitzensportler“, 1974; „Trainingsbegleitende und sportartspezifische Untersuchungen: Arbeitsweise des Herzens“, 1980), wiesen die 15 zwischen 1971 und 1990 unter Leitung Reindells durchgeführten Projekte durchaus einen Bezug zur Grundlagenforschung auf, vor allem die in den 1980er-Jahren über mehrere Jahre geförderten Projekte „Sport und Herzkrankungen. Prophylaxe, Belastbarkeit und Therapie“ (1979-1984) sowie „Die sportliche Belastbarkeit des geschädigten Herzens“ (1988-1990) stehen in deutlichem Bezug zu Forschungen Reindells vor 1970. Zwei von Keul 1985 und 1987 geleitete Projekte beschäftigten sich explizit mit der Wirkung von Steroiden („Hormonale und kardiozirkulatorische Adaptation: Untersuchungen über die Wirkung von Testosteron und anabolen Steroiden auf den Immunstatus des Menschen“ (1985); „Metabolische und kardiozirkulatorische Adaptation: Anabolen Steroiden wurden wiederholt ein günstiger Einfluss auf den Immunstatus zugeordnet, ohne dass es dafür Befunde gab. Untersuchungen an Sporttreibenden sollen diese Befunde erhärten oder widerlegen“ (1987)).⁵⁴

21 der 260 Projekte befassten sich mit Fragen des Sporttreibens von Kindern und Jugendlichen. Diese wurden allesamt mit Ausnahme des ersten Projektes 1973 („Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Talentsuche für den Hochleistungssport“) von Keul geleitet, beginnend bereits bei Kleinkindern („Untersuchungen 3- bis 5jähriger Kinder eines Sportkindergartens bezüglich zusätzlicher Belastungen“, 1976).

In der Gesamtheit überwog bis 1990 demnach eindeutig die physiologisch-biochemisch-internistische Forschung. Die Hinwendung zu biomechanisch-orthopädischen Fragestellungen, insbesondere zu speziellen Fragen der Traumatologie, ist für Freiburg bis 1990 nur sehr schwach ausgeprägt nachvollziehbar. Die in den Schwerpunktprogrammen apostrophierte Intention, gerade diesen Bereich stärker zu fördern, ist somit in Bezug auf einen der beiden zentralen und meistgeförderten Standorte nicht belegbar. Zwar erfuhr die Sporttraumatologie innerhalb des Fachausschusses Medizin zunehmende Wertschätzung, 1984 wurde sogar beschlossen, einen zweiten Experten in den Fachausschuss zu berufen, auch die Frage ausreichender „sportorthopädisch-traumatologischer Untersuchungscentren“ wurde aufgeworfen (Niederschrift über die 32. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 25.1.1985 in Frankfurt/Main, TOP 5; BArch B274/68 u. 145). Obwohl indes in Freiburg mit Armin Klümper, seit 1977 Leiter der Sporttraumatologie innerhalb der radiologischen Abteilung für Unfallchirurgie der Universität Freiburg, ein Spezialist hierfür vorhanden war, führte dieser nur zwei Projekte zu „Sporttraumatologischen Problemen“ 1978 und 1980 durch. Dies mag damit zusammenhängen, dass sich Klümper innerhalb der Sportmedizin keines besonders hohen Ansehens erfreute (vgl. Treutlein, 2011). Deutlich wurden diese Vorbehalte nicht zuletzt, als Klümper 1980 eine Fortsetzung seines Projektes zu „Sporttraumatologischen Problemen“ beantragte, was abgelehnt wurde. In der Begründung verwies der Fachausschuss Klümper an den BA-L (Protokoll über die Sitzungen des Fachausschusses „Medizin“ im Fachbeirat „Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports“ am 23. und 24. Oktober 1980 im BISP, Köln; BArch B274/143 u. 147; BISP-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 2). Klümper beschwerte sich über die Ablehnung beim BISP. Er verwies „mit Bestürzung und Erstaunen“ darauf, dass an seinem Institut in den vergangenen drei Jahren grundlegende Forschungen zu Gebieten durchgeführt worden seien, für die keinerlei „brauchbare Voruntersuchungen Dritter“ vorgelegen hätten. Seine Arbeiten würden somit „Grundlagenwissen im Rahmen der Sporttraumatologie schlechthin“ schaffen. Die Sporttraumatologie sei ein zwar „junger Zweig der Sportmedizin, aber wohl kaum weniger wichtig als Kardiologie oder Biochemie“, die „Absicherung des Bewegungsapparates gegen sportbedingte Schäden“ sei eine Voraussetzung für erfolgreichen Hochleistungssport. Es sei somit „paradox und fast schon maka-

⁵⁴ Keul hatte zuvor bereits Projekte mit Bezug zu pharmakologischen Fragestellungen (z. B. „Diätische und pharmakologische Leistungsbeeinflussung“, 1977) durchgeführt (Datenbank Sportmedizinprojekte 1971-1990).

ber“, wenn „von allen zuständigen Seiten darauf hingewiesen wird, wie immens der Nachholbedarf der Sporttraumatologie“ sei, zugleich aber die Mittel für Stellen und Forschung gestrichen würden (Schreiben Klümper an Stocklasa, BISp, vom 25. November 1980; BArch B274/147; BISp-Archiv, Ordner Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle).

Zu diesem Schreiben, das den Unterlagen der folgenden Sitzung des Fachbeirates für angewandte Wissenschaften vom 12. März 1981 beigelegt war, nahm der Heidelberger Orthopäde Prof. Gerhard Rompe dem BISp-Direktor Kirsch gegenüber im Juni 1981 Stellung. Rompe hatte wohl vor allem Klümpers Behauptung, seine Klinik sei die „erste universitätsgebundene Einrichtung dieser Art überhaupt“, verärgert. Rompe bezeichnete „schon die Behandlungszahlen“, die Klümper als Beleg für die Wichtigkeit der Sporttraumatologie angegeben hatte, als „abenteuerlich“. Diese, so Rompe, ließen vermuten, dass Klümper „seinem Arbeitgeber für die Tätigkeiten, für die er besoldet wird, vermutlich garnicht zur Verfügung stehen kann“. Rompe errechnete aus den Angaben Klümpers einen „Durchlauf von 52 Patienten pro Tag, und bei jedem Patienten werden pro Tag 3,5 Leistungen vollbracht“, selbst bei Einrechnung der Wochenenden seien es immer noch täglich 35 Patienten. Wenngleich er Klümpers Argumentation der Bedeutung der Traumatologie teile, bestritt Rompe, dass dieser „Grundlagenwissen“ hierzu publiziert habe, stattdessen seien ihm entsprechende Publikationen Klümpers nicht bekannt. Weiter zweifelte er Klümpers Aussage, bestehende Wissenslücken könnten allein durch die Orthopädie nicht geschlossen werden, mit Verweis auf eigene sowie von Publikationen anderer Kollegen nicht nur aus Heidelberg an. Nach Rompe sprach das Schreiben Klümpers in der Summe „mehr gegen als für die persönliche und/oder wissenschaftliche Qualifikation des Autors“ (Schreiben Rompe an Kirsch vom 12.6.1981; BArch B274/147). In Kirschs Antwortschreiben, dem er inhaltlich „wenig hinzuzufügen“ sah, verwies dieser darauf, dass es sich „hier um eine Sammlung von Argumenten zur Durchbringung seiner finanziellen Vorstellungen“ gehandelt habe, die „finanziellen Probleme von Herrn Klümper“ seien mittlerweile „auf andere Weise“ gelöst worden.⁵⁵

Nach 1990 erfolgte im Zuge einer Homogenisierung der Forschungsförderung ein Rückgang des Anteils der Freiburger Projekte an der Gesamtförderung. Der lange Zeit die Freiburger Sportmedizin dominierende Herbert Reindell war 1990 verstorben, sein Nachfolger Josef Keul verstarb im Jahr 2000, sodass er im Zeitraum 1990 bis 1998 nur noch an neun der 51 Freiburger Projekte Anteil hatte. Die Freiburger Forschungen wurden von Sportmedizinern und Sportwissenschaftlern wie Dickhuth, Gollhofer, Schmid oder Berg fortgesetzt, wobei nach wie vor der Anteil der internistischen Forschung mit 40 von 51 Projekten (= 80%) hoch blieb. Nur drei Projekte standen in direktem Bezug zu orthopädischen Fragestellungen.

Köln: Die Forschung am Standort Köln wurde maßgeblich vom Institut für Sportmedizin und Kreislaufforschung unter dessen Leiter Wildor Hollmann dominiert. 231 der 281 Projekte (82,5%) zwischen 1971 und 1990 wurden von Hollmann geleitet oder mitgeleitet. Wenig überraschend standen auch hier die Forschungen im Bereich der physiologisch-biochemisch-internistischen Forschung im Zentrum, 178 dieser 231 Projekte lassen sich der Physiologie, Kardiologie, Biochemie oder Endokrinologie zuordnen, unter den gesamten 281 Projekten waren dies 195.⁵⁶ Wie in Freiburg hatte die überwiegende Zahl der geförderten Projekte einen deutlichen Bezug zum Leistungssport. Allerdings befanden sich unter den 15 von Hollmann geleiteten Projekten im Bereich Kardiologie auch solche mit Grundlagencharakter („Untersuchungen über den Einfluss eines qualitativ und quantitativ unterschiedlichen Trainings auf Herzinfarktgeschädigte“, 1977; „Einfluss definierten Trainings auf metabolische und kardiopulmonale Parameter bei insulinpflichtigen und nicht insulinpflichtigen Diabetikern“, 1977). In der Regel waren die Projekte sportartübergreifend ausgerichtet, bezogen sich somit auf allgemeine Fragen von Stoffwechsel, körperlicher Leistungsfähigkeit, Regeneration etc.

⁵⁵ Kirsch bezieht sich damit auf die finanziellen Zuschüsse durch BMI und zu je 20 % durch das Land Baden-Württemberg und die Stadt Freiburg, die es Klümper ermöglichten, 1982 eine „Sporttraumatologische Spezialambulanz“ in Mooswald zur Betreuung von Spitzensportlern zu eröffnen (Treutlein, 2011; S. 3).

⁵⁶ Zwischen 1971 und 1974 fielen weitere elf Projekte an die Kölner Dopinganalytik (Donike), bevor diese eine getrennte Finanzierung durch das BISp erfuhr.

Der Anteil biomechanisch-orthopädischer Forschung – vor allem durch die Orthopäden Groh und Schneider – war am Standort Köln zwar deutlich höher als in Freiburg und im Gesamtvergleich aller 27 Standorte sogar am höchsten (vgl. Abb. 7), mit insgesamt 21 von 281 der Orthopädie zuordbaren Projekten (= 7,5 %) war der Anteil indes immer noch gering. Auch für Köln lässt sich somit konstatieren, dass die in der Programmatik geforderte Wende hin zu biomechanisch-orthopädischen Fragestellungen kaum nachvollziehbar ist.

Wie auch in Freiburg fanden frühzeitig, ab 1971, erste Forschungsprojekte statt, die sich mit Fragen von Sport- oder Leistungssporttreiben von Kindern und Jugendlichen beschäftigten („Untersuchungen über die Trainierbarkeit der Ausdauerleistungsfähigkeit beim Kinde im Alter von 6 bis 10 Jahren“, 1973), alle zehn Projekte wurden von Hollmann geleitet. Nur ein Projekt befasste sich spezifisch mit Frauenleistungssport („Untersuchungen zur Trainingssteuerung in den leichtathletischen Laufdisziplinen Langsprint, Mittelstrecke und Langstrecke der Frauen“, 1983).

Speziell pharmakologischen Aspekten widmeten sich sieben Projekte, der Leiter war stets Hollmann, die den Einfluss „chemischer Körper“ bzw. von „Medikamenten“ auf die Leistungsfähigkeit untersuchten. Eine explizite Nennung von Begriffen wie „Steroiden“ oder „Anabolika“ findet sich bei keinem Projektantrag im Titel.

Im Zeitraum 1990 bis 2015 nahm auch der Anteil des Standortes Köln an der BISP-geförderten Forschung ab. Grundsätzlich blieb das Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin mit 44 von 76 Projekten am Standort Köln dominierend, der zuvor hier für den größten Teil der Projekte verantwortliche Wildor Hollmann war ab 1990 aber nur noch an zehn der 44 Projekte beteiligt. 52 von 76 Projekten lassen sich der internistischen Forschung zurechnen und drei der orthopädischen.

Berlin: Gegenüber den beiden Zentren Freiburg und Köln fällt Berlin mit 63 Projekten bereits deutlich zurück. In den 1970er-Jahren war der Leiter des Instituts für Leistungsmedizin, präventive und rehabilitative Sportmedizin, der Internist Harald Mellerowicz, bei 28 Projekte Antragsteller. Diese waren im Bereich der Physiologie, Kardiologie oder Biochemie zu verorten, die einzige Ausnahme war 1972 ein Projekt Mellerowicz' zu „Untersuchungen über den Nachweis von anabolen Steroiden“. Viele seiner Projekte schlossen sich den Forschungen der Zeit vor 1970 an, etwa hinsichtlich der Auswirkungen körperlichen Trainings auf die Leistungsfähigkeit des Körpers und hier spezifisch des Herzens und des Kreislaufs. Die Untersuchungen bezogen sich häufiger auf Trainierte verschiedener Altersstufen, wobei vereinzelt auch bei Mellerowicz weniger leistungssportbezogene Fragestellungen im Blickpunkt standen wie 1977 „Trainingswirkungen (Quantität und Qualität) bei Herzinfarkt-Rehabilitanten“. Insgesamt fanden auch in Berlin die meisten Projekte im physiologisch-biochemisch-internistischen Kontext statt, 55 der 63 Projekte sind der Physiologie, Kardiologie, Biochemie oder Endokrinologie zuordbar. Neben Mellerowicz war insbesondere Stoboy von der Sportmedizin der FU Berlin in diesem Bereich aktiv, er führte 19 Projekte mit physiologisch-biochemischen Fragestellungen durch. Der Anteil der der Orthopädie zuordenbaren Projekte war in Berlin dementsprechend gering, nur drei derartige Projekte wurden in der ersten Hälfte der 1970er-Jahre durch Groher und Hünerberg durchgeführt. Auch im Standort Berlin dominierte somit bis 1990 eindeutig die physiologisch-biochemisch-internistische Forschung.

Nach 1990 ging auch der prozentuale Anteil des Standortes Berlin an der Projektforschung zurück, vor allem jedoch wechselte die sportmedizinische Forschung im Zeitraum 1990-2015 an die Universitätsmedizin der Humboldt-Universität bzw. der Charité, wo 22 der 24 Projekte durchgeführt wurden. Der langjährige Leiter des Berliner Instituts für Leistungsmedizin, Harald Mellerowicz, 1996 verstorben, spielte nach 1990 keine Rolle bei der Forschungsvergabe mehr, das Institut für Leistungsmedizin, präventive und rehabilitative Sportmedizin führte 1993-1996 unter Leitung Rolf-Dieter Krauses nur noch ein durch das BISP gefördertes Projekt durch. 19 der 24 Projekte waren internistisch ausgerichtet, ein Projekt mit deutlichem Bezug zur Orthopädie lässt sich für die Zeit nach 1990 nicht nachweisen.

Heidelberg: In Heidelberg wurden zwischen 1971 und 1990 46 Forschungsprojekte durchgeführt, nach Freiburg, Köln und Berlin damit die meisten in allen 27 Standorten. 29 dieser 46 Projekte

fallen in die Kategorien Physiologie, Kardiologie, Biochemie oder Endokrinologie, 19 davon standen unter der Leitung des Internisten Weicker. Demgegenüber war der prozentuale Anteil von 35 % (16 von 46 Projekten) von Untersuchungen mit Bezug zur Orthopädie, die von den Orthopäden Cotta oder Rompe ab 1971 durchgeführt wurden, deutlich höher als in den anderen Standorten. Nicht zuletzt dieser größere Anteil an Studien im Sektor der biomechanisch-orthopädischen Forschung kann als eine Erklärung für die Entstehung des Forschungsstandortes Heidelberg mit der Orthopädie als qualitativem Merkmal dienen. Gemeinsam mit Köln (21 Projekte) fanden in Heidelberg die meisten Forschungen mit Bezug zur Orthopädie im Zeitraum 1971 bis 1990 unter allen Forschungsstandorten statt (vgl. Abb. 7). Nicht ohne Grund hatte Rompe 1981 gegenüber dem BISP-Direktor Kirsch mit Bezug auf Klümpers Behauptung, die Freiburger Sporttraumatologie sei in traumatologischen Fragestellungen führend, auf die Erkenntnisse Heidelbergs verwiesen (Schreiben Rompe an Kirsch vom 12.6.1981; BArch B274/147).

Die orthopädisch orientierte Forschung brach ab 1990 indes ein, weder Rompe noch Cotta leiteten in diesem Zeitraum Projekte. Unter den 22 geförderten Projekten waren nunmehr 19 mit internistisch-physiologischer Ausrichtung.

Gießen: In Gießen wurden 36 Projekte zwischen 1971 und 1990 durchgeführt. Der zentrale Akteur war Paul Nowacki, der als Internist zunächst bis 1973 in Lübeck tätig war und 1973 auf den Lehrstuhl für Sportmedizin an die Justus-Liebig-Universität Gießen berufen worden war. Neben seiner Lehr- und Forschungstätigkeit betreute Nowacki als Sportmediziner Spitzenathleten, er war Mannschaftsarzt des Ruderverbandes, der bundesdeutschen Olympia-Auswahl von 1972 sowie der Fußballnationalmannschaften von 1974 bis 1984. Mit drei Ausnahmen war Nowacki zwischen 1973 und 1989 Leiter aller Gießener Forschungsprojekte. Entsprechend seines Fachgebiets waren diese Projekte – wie auch die drei ohne seine Beteiligung – alle im internistisch-physiologischen Bereich verortet. Nicht alle wiesen indes ungeachtet der engen Bindung Nowackis an den Leistungssport einen eindeutigen Bezug zum Spitzensport auf, so forschte Nowacki etwa zur „Leistungsentwicklung untrainierter männlicher und weiblicher Normalpersonen im Breiten- und Gesundheitssport“ (1974) oder zu „Kardiologischen und pulmonologischen Untersuchungen an Herzinfarktpatienten“ (1976). Das Spektrum der Forschungen war zudem relativ breit gestreut und umfasste Fragen von Belastungen, Trainierbarkeit und Talentsuche von Schulkindern und Jugendlichen, auch von Mädchen und Frauen, ebenso wie spezifisch sportartspezifische Themen, die nicht allein das Rudern, sondern auch Ballett, Handball, Langlauf, Faustball oder Skilauf betrafen. Die Gießener Forschungen wichen mit ihrer Fokussierung auf spezielle Probleme einzelner Sportarten vom gängigen Muster einer sportartübergreifenden Forschung ab.

Der vor 1990 vorrangig von Paul Nowacki geprägte Standort Gießen spielte ab 1990 in der BISP-geförderten Forschung nur noch eine untergeordnete Rolle, Nowacki selbst leitete ab 1990 kein Projekt mehr.

Saarbrücken: In Saarbrücken wurden 29 Projekte zwischen 1971 und 1990 durchgeführt, diese sind ausschließlich mit dem Namen eines Wissenschaftlers verbunden, Wilfried Kindermann. Kindermann war bis 1979 in Freiburg tätig und hatte dort bereits an 70 Projekten als Mitarbeiter Keuls mitgewirkt. Er war somit bei seinem Wechsel auf den Lehrstuhl für Sportmedizin an die Universität Saarbrücken ein erfahrener Forscher. Kindermann leitete von 1979 – in diesem Jahr noch in Freiburg – bis 1991 das Projekt „Leistungsdiagnostik unter sportartspezifischen Bedingungen und Trainingssteuerung“ als anwendungsorientiertes und durch Spezifizierungen auf einzelne Sportarten wie Rudern, Eisschnelllauf, Schwimmen, Sport- und Mannschaftsspiele oder Langstreckenlauf, aber auch sportartübergreifend auf Körpervorgänge wie Fettstoffwechsel, Herzfrequenz oder Hormonhaushalt beim Leistungssportler fortgeführtes Projekt durch. Seine Forschungen lagen somit ebenfalls alle im Bereich der internistisch-leistungsphysiologische Sportmedizin, Kindermann war Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. Gleichwohl die stets gleiche Betitelung des Projekts die Vermutung nahelegt, dass in Saarbrücken ein hohes Maß an thematischer Forschungskonzentration vorlag, das sich in den anderen Forschungsstandorten so eindeutig nicht erkennen lässt, deutet die wech-

selnde Spezifizierung anhand der Projekttitelerweiterungen darauf hin, dass keine grundlegenden Unterschiede zu den übrigen physiologisch-biochemisch-internistisch dominierten Einrichtungen bestand. Wie auch im Falle Nowackis in Gießen lässt sich allerdings eine stärkere Bezugnahme auf einzelne Sportarten herausstellen.

Ab 1990 war der 2008 emeritierte Wilfrid Kindermann bis 2006 an 17 der 27 am Institut für Sport- und Präventivmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführten Projekte beteiligt, danach führten andere Sportmediziner wie Tim Meyer die Forschung fort, auch hier blieb die internistisch orientierte Forschung dominant, spezifisch orthopädische Projekte wurden nicht durchgeführt.

4.3 Zwischenfazit

In der Gesamtbetrachtung zeigt sich, dass insbesondere in den ersten 20 Jahren nach 1970 zahlreiche der bereits vor Gründung des BISp vorhandenen Strukturen in der Forschungsförderung Bestand hatten. Nach wie vor waren es die beiden Zentren Freiburg und Köln mit Reindell – zunehmend ergänzt durch Keul – und Hollmann an der Spitze, die ihre Dominanz aufrechterhalten konnten. Auch Berlin wahrte seine herausgehobene Stellung im Vergleich der Standorte. Als zusätzliche Forschungseinrichtungen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an Projektbewilligungen kristallisierten sich die sportmedizinischen Institute in Heidelberg – hier nicht zuletzt im Bereich der Orthopädie –, Gießen und Saarbrücken heraus. Bei den beiden letzten Standorten war die Projektvergabe mit jeweils einem Sportmediziner verknüpft, in Gießen mit Paul Nowacki, in Saarbrücken mit Wilfried Kindermann. Zwar nahm die Zahl der geförderten Standorte mit 27 gegenüber 16 vor 1990 um 70% zu, die Dominanz der drei etablierten Zentren, die 71,5% der Forschungen durchführten, führte indes dazu, dass die meisten der neu hin zukommenden Einrichtungen nur sehr wenige Projekte erhielten. Die Vorrangigkeit der Zentren hatte indes eine weitere Folge: Die Forschungsleiter Reindell (Freiburg), Hollmann (Köln) und Mellerowicz (Berlin) waren Internisten bzw. Kardiologen, sodass die dort durchgeführte Forschung eine deutlich internistisch-physiologisch orientierte Komponente innehatte – was letztlich auch der Tradition der deutschen Sportmedizin entsprach. Diese internistisch-physiologische Forschung wurde nunmehr allerdings entsprechend der Vorgabe einer Zweckgebundenheit mehr auf Praxisbezug ausgerichtet. Die in allen drei Schwerpunktprogrammen 1972, 1976, 1986, in denen das Direktorium des BISp die Leitlinien der Forschungen festlegen sollte, propagierte verstärkte Beachtung der biomechanisch-orthopädischen Forschung wurde dagegen über den gesamten Zeitraum 1971 bis 2015 nur in deutlich geringerem Umfang gefördert – wenngleich die Bedeutung der orthopädisch-traumatologischen Forschung gerade in ihren Praxisbezug durchaus von den Gremienvertretern der Sportmedizin betont wurde. Die Heidelberger Sportmedizin mit den beiden Orthopäden Rompe und Cotta entwickelte sich hier zeitweise zu einem Zentrum dieser orthopädischen Forschung, nach 1990 wurde dies indes nicht fortgesetzt. Der Freiburger Sportmediziner Klümper, der 1982 eine sporttraumatologische Spezialpraxis etablierte, hatte hingegen kaum Anteil an der BISp-geförderten Forschung.

Damit verbunden ist die Frage einer weiteren Konsequenz, die eine Prämisse bei der BISp-Gründung dargestellt hatte: die der Forschungskonzentration und Vermeidung von Doppelforschung. Letztlich ist es schwierig, anhand der zahlreichen Einzelprojekte tatsächlich zu beurteilen, inwieweit thematisch-inhaltlich ähnliche Fragestellungen vermieden wurden, dennoch deuten die Durchsicht der Projekte sowie die deutliche internistische Ausrichtung vor allem der Forschungszentren darauf hin, dass zumindest die Vermutung einer gewissen Analogie der Forschungsschwerpunkte) nach wie vor vorhanden war. Gerade die zwar vorhandenen, aber letztlich doch eher seltenen Projektablehnungen seitens des Fachausschusses Medizin aufgrund einer „Doppelforschung“ bezogen sich fast ausschließlich auf die „kleinen“ Forschungsstandorte, die nur einen geringen Teil der Gesamtforschung wahrnahmen – Ablehnungen aus diesem Grund gegenüber den Forschungszentren wie Frei-

burg oder Köln mit dieser Begründung wiesen die Ausschussprotokolle dagegen so gut wie nie auf. Vor allem zeigt sich auch, dass es kaum spezifische Schwerpunkte – wie auch immer diese konkret ausgesehen haben könnten – gab, sondern, wie noch 2007 der Wissenschaftsrat in seiner Evaluation des BISp kritisierte, häufig punktuell Detailfragen nachgegangen wurde.

Eine weitere zentrale Vorgabe, die des Praxisbezugs und damit der Anwendbarkeit der Forschungsergebnisse im Leistungssport ist ebenso schwierig nachweisbar. Gerade dieser – in den Jahren zuvor wenig erfolgte – „Transfer“ wissenschaftlicher Ergebnisse war ein zentrales Anliegen seitens der Politik bei der Errichtung des Bundesinstituts gewesen. Eine Annäherung an die Frage, inwieweit dieser Forschungstransfer tatsächlich stattfand, erlauben die wiederholten Diskussionen innerhalb des BISp, wie eine Vermittlung der Forschungsergebnisse nach außen und damit in die Praxis ermöglicht werden könnte (vgl. etwa Niederschrift über die 5. Sitzung des Direktoriums des Bundesinstituts für Sportwissenschaft am 11. April 1973 in Lövenich; BArch B322/775). Im Februar 1977 schrieb BISp-Direktor Kirsch an den Leiter des Forschungsreferats Felten, dass bei einer Umfrage der Zeitschrift „Sportunterricht“, das „mit am weitesten verbreitete Blatt in der Sportlehrer- und Trainerschaft“, ein „deutliches Defizit an medizinischen Beiträgen festgestellt“ worden sei. Kirch regte an, „Überlegungen“ anzustellen, „in welcher Weise wir geeignete Übersichtsreferate über neuere sportmedizinische Erkenntnisse an die Leser herantragen“ könnten (Schreiben Kirsch an Felten vom 22.2.1977; BISp-Archiv, Ordner Fachausschuss Medizin 1). Der Vertreter des BMI im Fachausschuss Medizin, Ministerialrat Groß, verwies in der Sitzung des Fachausschusses im Juni 1977 auf „die Notwendigkeit, daß Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeiten aus welchem Sachgebiet auch immer künftighin allgemein verständlicher publiziert werden“ müssten. Der Ausschuss teilte diese Auffassung, indem alle Beteiligten es „als erforderlich [ansahen], daß in dem für Lehrer, Trainer u. a. bestimmten Fachzeitschriften sportwissenschaftliche Erkenntnisse praxisnäher als bisher darzustellen“ seien. Dies gelte „insbesondere auch für sportmedizinische Arbeiten und Übersichtsreferate, für die gerade in diesen Fachblättern ein ausgesprochenes Defizit“ bestehe, zugleich aber „das Interesse eben dieses Leserkreises an geeigneten und verständlichen sportmedizinischen Abhandlungen ausgesprochen groß“ sei: „Hier sollte seitens der Sportmedizin einem echten Informationsbedürfnis nachgekommen werden.“

Darüber hinaus beschloss der Ausschuss die Herausgabe eines Bandes „Sportmedizin“ in der BISp-Schriftenreihe „Quellen, Texte, Dokumente zur Sportwissenschaft“, in der grundlegende Arbeiten der letzten 20 Jahre veröffentlicht werden sollten (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 13. Juni 1977 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Köln-Lövenich, TOP 7; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 1). Die grundsätzliche Frage der Transparenz wissenschaftlicher Forschungsergebnisse wurde auch in der Frage des Freiburger Sportmediziners Keuls nach der Dokumentation von Projekten im BISp aufgeworfen, bei der nach seiner Auffassung „trotz großen Einsatzes bisher nur ein relativ geringer Effekt erreicht werde“ (Protokoll über die Sitzung des Fachausschusses „Medizin“ am 13. Juni 1977 im Bundesinstitut für Sportwissenschaft, Köln-Lövenich, TOP 6; BArch B274/143; BISp-Archiv; Ordner Fachausschuss Medizin 1). Die Frage des Forschungstransfers wurde auch noch danach aufgeworfen, in der 17. Sitzung des Sportausschusses des Bundestages legte BISp-Direktor Kirsch ausführlich die Bemühungen des BISp dar, die Arbeit und die Forschungsergebnisse des BISp der Öffentlichkeit, dem Sport und der Politik durch Publikationen deutlich zu machen (Anlage 2 zum Protokoll der 17. Sitzung des Sportausschusses am Mittwoch, dem 10. Februar 1982, 15.15 Uhr, Bonn-Bundeshaus; BArch B274/145), 1982 legte das BISp hierzu eine „Zusammenstellung der Publikationen aus den Forschungsprojekten des Bundesinstituts für Sportwissenschaft (1971-1980)“ vor (Niederschrift über die 28. Sitzung des Direktoriums beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft am 21. Oktober 1982 in Köln, TOP 1; BArch B274/67 u. 145).

In der Phase der Förderung sportmedizinischer Projekte nach der Wiedervereinigung sind deutliche Veränderungen in der Förderpraxis erkennbar, die sich vorrangig in einer Diversifizierung und Homogenisierung niederschlugen. Die absolute Dominanz weniger Zentren mit etwa zwei Drit-

teln aller Forschungsprojekte verschwand zusehends. Zwar war die absolute Zahl der Forschungsstandorte mit 30 nur wenig größer als im Zeitraum 1971 bis 1990 mit 27, indes erhielten diese Standorte nunmehr in erhöhtem Maße Projekte zugesprochen, sodass die Verteilung der Forschungsgelder homogener wurde. Verstärkt wurde dies auch dadurch, dass an einigen Orten mehr Forschungseinrichtungen und damit auch unterschiedliche Wissenschaftler gefördert wurden, sodass von einer breiter angelegten Forschung gesprochen werden kann.

5 Schlussbetrachtung

Das Bundesinstitut für Sportwissenschaft wurde 1970 als eine von mehreren Maßnahmen zum Zweck der nationalen Aufwertung und Förderung des Leistungssports gegründet. Es stand im Zentrum der Anstrengungen, den Spitzensport unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse deutlich stärker als zuvor zu fördern. Damit eingehend erfolgte im Zuge einer Politisierung des Sports, der Inanspruchnahme von Sport als Mittel nationaler Repräsentation, ein politischer Wandlungsprozess, den man als sportpolitischen Paradigmenwechsel bezeichnen kann. Obwohl die Auflösung der bisherigen, durch einen dem DSB angegliederten Förderverein gewährleisteten, Form der Förderung sportwissenschaftlicher Forschung letztlich aufgrund dessen fragiler Konstruktion im Dreieck von Staat, organisiertem Sport und Sportwissenschaft langfristig unausweichlich war, stand die Gründung des BISp unverkennbar im Zeichen der 1966 erfolgten Vergabe der Olympischen Spiele 1972 an München. Die Vergabe kann als Initialzündung eines ansonsten vermutlich deutlich langsamer verlaufenden Prozesses einer Umstrukturierung der staatlichen Sportförderung gesehen werden. Vor allem die angesichts des Abschneidens bei vorherigen Olympischen Spielen durchaus begründete Befürchtung, die bundesdeutschen Olympiateilnehmer könnten gegen die DDR-Sportler nicht bestehen, bewirkte ein radikales Umdenken in Bezug auf den Leistungssport, das sich, wie die „Große Sportdebatte“ des Deutschen Bundestages 1969 zeigte, quer durch alle politischen Lager zog. In der Folge führte die Entscheidung des IOC zu einer „Planungseuphorie“ (Balbier), die von mitunter aktionistischen Planungen und irrationalen Erwartungen begleitet war, an deren Ende eine wettbewerbsfähige bundesdeutsche Olympiiauswahl stehen sollte. Der dadurch entstehende Zeitdruck, binnen weniger Jahre den Leistungssport auf eine neue Ebene zu heben, führte dazu, dass bei der Planung des Bundesinstituts die Lösung zahlreicher Probleme auf die Zeit nach der Gründung verschoben wurde, was für die Entwicklung des Bundesinstituts deutliche und langanhaltende Folgen hatte.

Offenbar hatte man seitens der Verantwortlichen das grundlegende, aber zu erwartende Problem der Beziehungskrise zum organisierten Sport verkannt, das mit dieser staatlichen Sportpolitik verbunden war. Seit Gründung der Bundesrepublik war es die Maxime staatlichen Handelns gewesen, dem frei organisierten Sport die Verantwortung für die Ausgestaltung des Sports im Rahmen seiner „Autonomie“ zu überlassen und bestenfalls „subsidiär“, also finanziell unterstützend, zu dessen Erfolg beizutragen. Der Hauptträger des frei organisierten Sports, der Deutsche Sportbund, hatte sich in den 20 Jahren seit Gründung der Bundesrepublik zu einem mitgliederstarken, einflussreichen und selbstbewussten Interessenvertreter entwickelt, der sorgsam auf die Wahrung seiner Interessen achtete. Die mit den Planungen einer Bundesbehörde für Sport verbundene Abwehrhaltung des DSB war somit kaum überraschend. Sie resultierte sowohl aus der Sorge um den Verlust von Einfluss und Mitsprache als auch aus Bedenken wegen drohender finanzieller Einbußen. Das Gefühl des Verlustes gleich zwei der „Erbhöfe“ des DSB, den Sportstättenbau und die Forschungsförderung, konnten die wiederholten rhetorischen Versprechungen, man wolle partnerschaftlich agieren und sich nur soweit nötig in die Belange des Sports einmischen, kaum aufwiegen. Vor allem der nicht endgültig geklärte Rechtsstatus des Bundesinstituts führte in der Folge über einen Zeitraum von 20 Jahren zu Kontroversen zwischen DSB und BMI.

Der DSB war zudem nicht der einzige Opponent, der stets bemüht war, seine Interessen gegenüber dem Staat durchzusetzen. In gleichem Maße waren es auch die in den BISp-Gremien vertretenen Wissenschaftler – und hier vor allem die Sportmediziner –, die in einer „Fachaufsicht“ des BMI eine Einschränkung ihrer akademischen Freiheit sahen und jede Einflussnahme seitens des Staates auf ihre Forschung ablehnten. Die in den ersten beiden Schwerpunktprogrammen deutlich erkennbare Intention der Sportmedizin, die „Grundlagenforschung“ derart explizit herauszustellen, zeigt den unbedingten Willen, sich die Forschungsaufgaben nicht oktroyieren zu lassen – auch wenn diese Verweigerung letztlich nur rhetorischer Art blieb. Ein Interessenkonflikt kristallisierte sich ebenso bei dem neu geschaffenen Instrument der „Auftragsforschung“ heraus, bei der durch das BMI oder das Bundestagsparlament in der Regel langjährige Forschungsvorhaben vergeben wurden, die das Budget der Auftragsforschung beeinträchtigten. Obwohl auch die mit der Auftragsforschung vergebenen Mittel letztlich den universitären Forschungseinrichtungen zugutekamen, stieß allein die Tatsache, dass diese Forschung vom Staat ausging und nicht der Initiative aus der Wissenschaft entsprang, auf Ablehnung. Die bei Gründung des BISp von Wissenschaftlern wie Ommo Grupe vorhandene Hoffnung auf Errichtung einer „Forschungsstelle“, die die Sportwissenschaft in ihrer Entwicklung allgemein voranbringen sollte, zerschlug sich schnell. Auch dies sorgte für Frustration bei den in den Gremien vertretenen Wissenschaftlern.

Ein drittes Problem, mit dem sich das Bundesinstitut in seiner Aufbauphase konfrontiert sah und das im Vorfeld nicht eindeutig geklärt worden war, war das seiner verfassungsrechtlichen Stellung. Nicht ohne Grund hatten die Verfasser des Grundgesetzes nach den Erfahrungen eines vom Staat instrumentalisierten Sports darauf geachtet, den Einfluss des Staates (nicht nur) auf den Sport so gering wie möglich zu halten und diesen in das bundesdeutsche föderale System einzubinden. Letztlich war die Bundesregierung allein für die Förderung des Spitzensports zuständig. Die Abgrenzung dessen, was genau dem Spitzensport zugutekommen sollte, gestaltete sich jedoch grundsätzlich schwierig; dies nicht allein im Bereich der Forschung, deren Durchführung überwiegend an den in die Länderzuständigkeit fallenden Hochschulen erfolgte, sondern etwa auch beim Sportstättenbau, der überwiegend Angelegenheit der Länder und/oder der Kommunen war und nur im Bereich von Bundesleistungszentren oder Olympiastützpunkten dem Bund oblag. Bereits die in den Planungen immer wieder hervorgehobene verfassungsrechtliche Unbedenklichkeit zeugt davon, dass man sich aufseiten des BMI der Problematik bewusst war. Die wiederholte Kritik etwa des Bundesrechnungshofes an der Aufgabenerfüllung des BISp belegt, dass die Abgrenzungsproblematik eben auch in der Praxis virulent war.

Als größtes, alle anderen Kontroversen überragendes und letztlich diese auch verstärkendes Problem erwies sich schließlich die Finanzierung durch Mittel aus dem Bundeshaushalt. Ein zentraler Aspekt in diesem Kontext war, dass man einen in der Verwaltung „schlanken“, durch ehrenamtliche Gremienarbeit geprägten Förderverein durch eine Behörde ersetzt hatte, die in ungleich höherem Ausmaß die staatlichen Fördermittel allein für die Aufrechterhaltung der Verwaltungstätigkeiten benötigte. Noch 2007 kritisierte der Wissenschaftsrat „das eklatante Missverhältnis zwischen Forschungsfördermitteln und Verwaltungsaufwendungen“ (Wissenschaftsrat, 2007, S. 8). Bereits mehr oder weniger unmittelbar nach Gründung des Instituts nahm die Diskrepanz zwischen Verwaltungsausgaben und den Mitteln für die Förderung der Wissenschaft zu. Es handelte sich um eine systembedingte Folge, da die laufenden Verwaltungsausgaben nicht in dem Maße gekürzt werden konnten wie die jährlich neu zu bewilligenden und damit nicht festgelegten Forschungsmittel. Kürzungen im Haushalt wirkten sich damit zunächst immer im Bereich der Aufgabengestaltung des BISp aus. Hinzu kam, dass im Unterschied zum Kuratorium, dessen Forschungen aus DSB-Mitteln subsidiär unterstützt worden waren, nunmehr allein die im Bundeshaushalt veranschlagten Fördermittel bei der Aufgabenerfüllung zu berücksichtigen waren. Dies führte u. a. dazu, dass die im letzten Drittel eines Jahres für das Folgejahr zu bewilligenden Projekte stets unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Kürzung der Bundesmittel durch den Haushaltsausschuss standen. Zudem wurde von Jahr zu Jahr die Höhe der Fördermittel neu festgelegt, was einer langfristigen und strukturierten Planung zuwi-

derlief. Die vom Wissenschaftsrat 2007 bemängelte Vergabe bevorzugt „kleinteiliger“, an Detailfragen orientierter Projekte hat hierin auch seinen Ursprung (Wissenschaftsrat, 2007, S. 7). Bereits anfangs der 1970er-Jahre verwies der damalige BISP-Direktor Rieder darauf, dass es angesichts der Finanzierungsunsicherheit nahezu unmöglich sei, langfristige Längsschnittstudien zu vergeben (Schreiben Rieder an DSB-Präsident Kregel vom 19.9.1972; BArch B322/775). Es ist spekulativ, inwieweit die anfangs zugesagte Eigenständigkeit des Bundesinstituts als öffentlich-rechtliche Anstalt, damit nicht in das Verwaltungsgefüge des BMI integriert, dazu geführt hätte, dass diese Anstalt mit einem festen Etat ausgestattet worden wäre, der zu mehr Planungssicherheit geführt hätte. Ebenso hypothetisch bleibt die Frage, ob die bei den Gründungsplanungen zunächst zurückgestellte Verselbständigung des BISP dazu geführt hätte, die gewünschte Zentrale für sportwissenschaftliche Forschung zu werden, über die Forschungsvorhaben auch anderer Ministerien oder Förderinstitutionen hätten abgewickelt werden können. Die Diskrepanz zwischen Verwaltungsaufwand und Mitteln für die konkrete Aufgabengestaltung hatte indes noch einen weiteren Effekt. Da die Verwaltungsmitarbeiter mit dem Direktor an der Spitze natürlich ebenso wie die anderen Beteiligten um die Wahrung ihrer Interessen bemüht waren, erwuchs in ihnen ein weiterer Akteur, der in die Verteilungskämpfe um Mittel eintrat.

In der Konsequenz befanden sich somit in den Gremien des BISP mit dem Direktorium an der Spitze Vertreter verschiedener, sich häufig widersprechender Interessen: die Vertreter des DSB, die Wissenschaftler, die BISP-Mitarbeiter und die Vertreter des BMI. Nicht ohne Grund zeugen die Sitzungsprotokolle der Gremien der ersten 20 Jahre in erster Linie von Verteilungskämpfen um Geld und Einfluss und weniger von der Lösung konkreter Sachfragen. Kennzeichnend hierbei ist eine deutliche Tendenz einer Resignation und Frustration unter den Beteiligten, die sich auf allen Seiten wohl auch auf die Motivation niederschlug. Rieder gab nach nur zwei Jahren seinen Posten als Direktor wieder auf. Die stete Personalknappheit des BISP selbst in leitenden Referentenpositionen ist letztlich auch darauf zurückzuführen, dass es kaum gelang, die bei vielen Wissenschaftlern vorhandenen Vorbehalte gegen diese „Staatsbehörde“ zu mindern. Hier spielt auch der Umstand eine Rolle, dass es nicht gelang, die anfangs zugesagte Möglichkeit einer „Eigenforschung“ der BISP-Mitarbeiter durchzusetzen – eine weitere der bei Gründung vertragten und dann nicht umgesetzten Zielsetzungen. Die vorherrschende Frustration, die zu häufigen Fluktuationen im angestellten Personal wie bei den ehrenamtlich Tätigen führte, drückte paradigmatisch der Sportmediziner Nöcker aus: „Diese Entwicklung, wenn ich den Anfangspunkt nehme, der ja ganz groß geplant war, in der Entstehung schon sehr viel kleiner war und jetzt überhaupt keine Aufwärtsentwicklung mehr sichtbar ist, sich kein Aufwärtstrend zeigt, ist etwas, was wir doch sehr beachten sollten“ (Ergebnisprotokoll der Sitzung des Fachbeirates Angewandte Wissenschaften auf dem Gebiete des Sports, Fachausschuß Medizin, am 23. Nov. 1972, Anlage: Ausführlicher Diskussionsverlauf des Punktes 3 der Tagesordnung, S. 1; BArch B322/774; auch B274/64).

Für die Sportmedizin ergab sich mit der Gründung des Bundesinstituts eine ambivalente Situation. Auf der einen Seite ist unverkennbar, dass die bundesdeutsche Sportmedizin wohl zu keinem anderen Zeitpunkt eine derartig herausgehobene Stellung als gesellschaftspolitischer Akteur innehatte wie Ende der 1960er-Jahre. Ihre sozialpolitische Relevanz hatte sie mit der Beweisführung des Wertes von Körperertüchtigung für die Gesundheit erbracht, ihre sportpolitische Relevanz durch erste wissenschaftliche Beiträge im Spitzensport, vor allem anlässlich der Olympischen Spiele 1968. Wie nicht zuletzt die Sportdebatte im Bundestag 1969 gezeigt hatte, in der die Bedeutung der Sportmedizin für die angestrebten Ziele einer Leistungsoptimierung im Spitzensport von allen Rednern betont wurde, beruhten die Hoffnungen auf ein erfolgreiches Abschneiden der bundesdeutschen Sportler in internationalen Wettbewerben in besonderem Maße auf der Sportmedizin. Dieser Aufwertung ihrer Position stand indes die Erkenntnis gegenüber, dass sich mit der Gründung des Bundesinstituts die Verteilung der Forschungsmittel deutlich mehr diversifizierte als zu Zeiten des Kuratoriums. Die Bemühungen führender Sportmediziner mit dem DSÄB-Präsidenten Reindell an der Spitze sowohl bei der Besetzung des Direktorenpostens wie bei der Mittelverteilung ihre Interessen gegen

alle anderen Mitbewerber durchzusetzen, zeigen, wie sehr die Sportmedizin in dieser für sie neuen und ungewohnten Situation bemüht war, die ihr nach eigener Auffassung zustehende Position eines „Primus inter Pares“ zu verteidigen. Keine andere Wissenschaftsdisziplin suchte in dem Ausmaß wie die Sportmedizin ihre Interessen zu wahren. Dies reichte hin bis zu einer wiederholten bewussten Herabstufung der Wissenschaftlichkeit anderer Disziplinen. Insbesondere der im Verlauf der 1970er-Jahre an Einfluss gewinnende Josef Keul stand für diese Haltung. Letztlich gelang es der Sportmedizin tatsächlich, eine Vorrangigkeit gegenüber den anderen Disziplinen zu erreichen. Dies begann bereits damit, dass bei der Bildung der Fachausschüsse die Sportmedizin einen eigenen Ausschuss erhielt und die anderen Disziplinen sich einen zweiten teilen mussten und führte schließlich auch dazu, dass der Sportmedizin angesichts immer knapper werdender Mittel ein Förderanteil von 50 % der Mittel zugestanden wurde.

Bei der sportmedizinischen Forschung war der größte Wandel gegenüber dem Zeitraum 1955 bis 1970 der, dass nunmehr statt der Grundlagen- die Zweckforschung im Mittelpunkt stand. Ungeachtet des rhetorischen Beharrens auf einer Grundlagenforschung ist eindeutig, dass die überwiegende Mehrheit der Forschungsanträge bereits unmittelbar nach Gründung des BISp leistungsorientiert war; d. h. dazu beitragen sollte, den Leistungs- und Spitzensport in Westdeutschland zu fördern. Dies zeigt sich bereits bei der Formulierung der Anträge durch die Antragssteller und setzt sich bei der Bewilligung fort, bei der die wenigen Anträge, die der Grundlagenforschung verbunden waren, häufiger abgelehnt wurden. Nur renommierte Wissenschaftler wie Reindell konnten auch solche, eher grundlagenorientierte Anträge im Fachausschuss Medizin durchbringen. Zugleich zeigt sich aber auch, dass sich im Laufe der Jahre die Definition von Grundlagenforschung verschob. War diese vor 1970 noch mit einer gesundheitsorientiert auf die Bekämpfung von „Zivilisationskrankheiten“ ausgerichteten Forschung verbunden, so wurden in den 1980er-Jahren vermehrt körperliche „Grundlagen“ im Kontext des Leistungssports untersucht. Zugleich ist auch zu vermuten, dass die gesundheitsorientierte Grundlagenforschung, die primär den Nutzen des Sports für die Volksgesundheit herausstellen sollte, bereits im Zeitraum 1955 bis 1970 insbesondere durch die Studien Hollmanns und Reindells ihre Aufgabe weitgehend erfüllt hatte.

Stellte die Hinwendung zur Zweckforschung den am deutlichsten erkennbaren Wandel in der Forschung dar, so zeigte die Auswertung der Projekte, dass nicht nur bis 1990, sondern letztlich bis 2015 die klassische physiologisch-internistische Forschung dominierte. Dies ist insofern erstaunlich, als bereits mit dem ersten vom Direktorium des BISp verabschiedeten Schwerpunktprogramm 1972 die Hinzunahme einer mehr biomechanisch-orthopädisch ausgerichteten Forschung, die bisher selbst in der Grundlagenforschung vernachlässigt worden sei, explizit gefordert wurde. Tatsächlich war der Anteil dieser Forschungsrichtung indes gering. In Heidelberg entstand ein einziges neues Zentrum sportmedizinischer Forschung, das zu einem größeren Teil biomechanisch-orthopädische Forschung betrieb. Den höchsten Anteil gemessen an der Gesamtforschung eines Standortes in diesem Bereich hatte eines der beiden dominierenden Zentren, Köln, während in dem anderen Zentrum, Freiburg, bis 1990 nur zwei Projekte mit einer eindeutigen Zuordnung zur Orthopädie durchgeführt wurden. Dies hing zweifelsohne auch mit der Person des dort tätigen Sporttraumatologen Klümper zusammen, der in der Sportmedizin und damit auch im Fachausschuss wenig Resonanz erfuhr.

Vor allem im Zeitraum bis 1990 änderte sich an der Vergabepraxis des Fachausschusses nur wenig. Bereits mit Arbeitsaufnahme des Fachausschusses war festgelegt worden, dass die Regularien des Kuratoriums beibehalten werden sollten. Bis 1990 blieben somit Freiburg, Köln und Berlin die dominierenden Forschungsstandorte, dies nicht zuletzt deshalb, weil sich diese bereits vor 1970 auch zu Zentren des Leistungssports entwickelt hatten, sodass man dort dem Paradigmenwechsel zur leistungsorientierten Zweckforschung vorgegriffen hatte. Reindell und Mellerowicz waren zudem Olympiaärzte, hatten sich somit eine Position innerhalb der Strukturen des Spitzensports geschaffen. Die bereits für den Zeitraum 1955 bis 1970 konstatierten Mechanismen einer bevorzugten Förderung der Forschungszentren, die der Identität von Antragsteller und -bewilliger im Fachausschuss und die der Praxis von bevorzugt bewilligten Fortsetzungsanträgen griffen auch im Zeitraum 1970 bis 1990. Nach

wie vor war die Projektvergabe stark an einzelne Persönlichkeiten gebunden, dies zeigen neben der Verbindung von Hollmann und Köln sowie Reindell – bzw. Keul als dessen Nachfolger – und Freiburg die beiden „neuen“ Zentren Gießen und Saarbrücken, wo mit Nowacki und Kindermann ebenfalls zwei Wissenschaftler die Forschung dominierten. Erst nach der Wiedervereinigung lässt sich eine Homogenisierung und damit Ausweitung der sportmedizinischen Forschung erkennen, die sich in zweifacher Hinsicht auswirkte: 1. Obwohl sich die absolute Zahl der Forschungsstandorte kaum vergrößerte – von 27 bis 1990 auf 30 bis 2015 – verteilten sich die bewilligten Projekte nunmehr gleichförmiger auf diese Standorte, der Anteil Freiburgs, Kölns und Berlins an der Gesamtforschung ging damit deutlich zurück. 2. Zumindest an einigen Standorten diversifizierte sich die Forschung zudem auf mehrere Einrichtungen, sodass sich die zuvor deutlich gewordene Identität von Standort und Forschungsinstitut nicht mehr so eindeutig zeigte. Besonders deutlich wird dies am Beispiel Berlin, wo zuvor das von Mellerowicz geleitete „Institut für Leistungsmedizin, präventive und rehabilitative Medizin“ die Forschung dominiert hatte, während nach 1990 die meisten Projekte durch die Universitätsklinik Berlin bzw. die Charité geleistet wurde.

Die generelle Finanzierungsproblematik des BISp schlug sich natürlich auch im Bereich der sportmedizinischen Forschung nieder, wenngleich diese, ungeachtet der steten Klagen der Sportmediziner, den größten Anteil der Forschungsmittel erhielt. Wie bereits zu Zeiten des Kuratoriums sind einige der konstatierten Entwicklungen auch dadurch erklärbar, etwa der geringe Zuwachs an Forschungen außerhalb der Zentren bis 1990. Die anfangs angesichts der „Planungseuphorie“ wohl in dieser Form von keinem der beteiligten Wissenschaftler erwartete Verknappung der Fördermittel, die in den 1980er-Jahren sogar noch zunahm, führte im Fachausschuss dazu, dass mittels verschiedener Ansätze versucht wurde, die Bewilligungskriterien zu verschärfen. So sachlogisch begründbar diese Kriterien waren, so sehr trugen sie zu einer Manifestation des Status quo bei der Vergabe der Projekte bei. Der Entschluss, keine Mittel mehr für aufwendige Geräteanschaffungen zu bewilligen, führte dazu, dass gerade die etablierten Zentren, die über diese notwendigen Geräte verfügten, bei der Bewilligung bevorzugt wurden. Ebenso verhinderte der Beschluss der verstärkten Beachtung des Nachweises von Forschungserfahrung dazu, dass junge Nachwuchswissenschaftler zumindest als Hauptantragssteller kaum zum Zuge kamen. Letztlich führte die Mittelknappheit auch zu durchaus berechtigten Sorgen der Gremienmitglieder, dass infolge der geringen Fördersummen die Qualität der Forschung leide und die Sportwissenschaft dadurch an Renommee verlieren könne: Während das BISp finanziell unaufwendige Kleinprojekte fördere, gingen die großen, finanzaufwendigen und damit wissenschaftlich bedeutenderen an andere Förderinstitutionen mit mehr Mitteln. Hinzu kam, dass die DFG und medizinische Forschungsförderinstitutionen sportmedizinische Grundlagenforschung förderten, die nicht von der Sportmedizin, sondern von anderen medizinischen Abteilungen in medizinischen Fakultäten ausging. Dies stellte eine ab den 1990er-Jahren erkennbare neue Entwicklung dar, die sich darin zeigt, dass auch andere Fachrichtungen der Medizin sich mit Sport und Bewegung befassen und ihre Fördermittel anderweitig beantragten.

Mit der Gründung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft waren drei grundsätzliche Erwartungen seitens der Bundesregierung verbunden: 1. die Hinwendung zur leistungssportorientierten Zweckforschung, 2. eine „Konzentration“ der Forschung sowohl nach außen, indem das BISp als „Zentrale“ aller sportwissenschaftlicher Forschung dienen sollte, als auch nach innen durch die Vermeidung von „Doppelforschung“ sowie 3. die Verbesserung des Forschungstransfers durch die schnelle und effektive Weiterleitung der Forschungsergebnisse in die Praxis.

Während sich in den ersten 20 Jahren nach Etablierung des BISp die Hinwendung zur Zweckforschung wie dargestellt weitgehend vollzog, blieb die Umsetzung der beiden anderen Erwartungen zumindest zweifelhaft. Mehrfach wurde vonseiten der BISp-Gremien und -verwaltung darüber geklagt, dass vor allem die Anbindung an das BMI dazu beitrage, dass Forschungsaufträge mit sportwissenschaftlichen Fragestellungen aus anderen Förderinstitutionen am BISp vorbeigingen. Selbst vom BMI wurden mit Sportthematiken verbundene Projekte ohne BISp-Beteiligung gefördert.

Die bis 1990 fortbestehende Dominanz der wenigen Forschungszentren mit den gleichen Wissenschaftlern, die bereits vor 1970 die Forschungstendenzen bestimmt hatten, legt die Vermutung nahe, dass diese auch ihre spezifischen Forschungsinteressen wahrten. Inwieweit dies zu solchen Doppelforschungen führte, wie sie zu Kuratoriumszeiten bemängelt worden waren, müsste angesichts der einzelnen Projekte genauer nachvollzogen werden. Fest steht, dass die postulierte Vermeidung von Doppelforschung in der Regel dazu führte, dass die kleineren Forschungseinrichtungen den Kürzeren zogen, ihre Anträge wurden im Zweifel abgelehnt. Inwieweit schließlich der Forschungstransfer in die Praxis klappte, ist ebenso schwer überprüfbar. Die Machtkämpfe des BISp mit dem BA-L, über den dieser Forschungstransfer erfolgen sollte, über Finanzmittel und Mitsprache deuten zumindest darauf hin, dass keine uneingeschränkt einvernehmliche Zusammenarbeit stattfand. Ebenso zeigen die Diskussionen in den BISp-Gremien über die Möglichkeiten und Formen einer Vermittlung von Forschungsergebnissen an die Öffentlichkeit, dass um Transfermöglichkeiten auch nach Gründung des BISp gerungen wurde.

In Bezug auf die der Etablierung folgenden ersten 20 Jahre der Existenz des BISp ergibt sich ein ambivalentes Bild, welches angesichts der bis 1990 anhaltenden Kontroversen über bei der Gründung nicht hinreichend geklärte Sachverhalte fast bis zum Ende als „Aufbauphase“ gekennzeichnet werden kann. Maßgeblichen Anteil an der langwierigen Aufbauphase des BISp hatte wohl auch die Tatsache, dass das Institut im Zuge der Olympia-Euphorie vor 1972 geplant gewesen war. Im Laufe zäher Verhandlungen zwischen den Partnern sowie wegen planerischer Defizite und nicht zuletzt dadurch, dass das Institut bis zum Stattfinden der Spiele kaum in Erscheinung treten konnte, hatte sich diese Dynamik rasch gelegt. Der Bund konnte nun zwar das Institut nicht mehr ad acta legen, realisierte das Projekt aber doch mit deutlich geringerer Begeisterung und damit auch finanziellem Engagement. Die beim „Kuratorium für sportmedizinische Forschung“ bzw. der Nachfolgeorganisation „Zentralkomitee für die Forschung auf dem Gebiete des Sports“ mit Berechtigung kritisierten Defizite wurden beim Bundesinstitut durch andere Defizite ersetzt. Statt eines schlanken und damit auch angesichts steigender Erwartungen an die sportwissenschaftliche Forschung überforderten ehrenamtlich geprägten Fördervereins wurde eine Behörde etabliert, deren Verwaltungsaufwand mehr Mittel als die Aufgabenerfüllung verschlang. Die rechtlichen und praktischen Probleme einer Fördereinrichtung für Sport an der Schnittstelle zwischen Autonomie, Subsidiarität und – als neuer dritter Aspekt – Fachaufsicht wurden im Rahmen der „Planungseuphorie“ entweder übersehen oder negiert. Sie erwiesen sich in der Folge jedoch als Belastung. Letztlich waren es gerade die unterschiedlichen Interessenlagen, die eine effektive Zusammenarbeit verhinderten. Die seinerzeitigen „Verteilungskämpfe“ innerhalb der BISp-Strukturen zwischen den verschiedenen sportwissenschaftlichen Disziplinen, zwischen Verwaltung und Gremien, zwischen den verschiedenen Aufgabenbereichen dominierten die Entwicklung des Bundesinstituts und überlagerten häufig die Wahrnehmung der eigentlichen Aufgaben. Selbst mit der Gründung verbundene zentrale Erwartungen konnten so nicht vollends umgesetzt werden. Und wie das 2007 erstellte Evaluierungsgutachten des Wissenschaftsrates nahelegt, blieben einige der Probleme bis in die jüngste Vergangenheit existent. Dies gilt besonders für die Diskrepanz zwischen Verwaltungskosten und Fördermitteln und die mangelnde Planung einer kohärent-langfristigen Forschungsstrategie mit entsprechenden Schwerpunkten. Auch die neu geschaffene und in ihrer Gewichtung nicht festgelegte Ambivalenz zwischen einer Antrags- und Auftragsforschung, die Rieder anfangs als eigentlichen Schwerpunkt sah, hinterlässt ein eher zwiespältiges Bild.

Nicht zuletzt die Kritik des Wissenschaftsrates führte zu organisatorischen und vor allem inhaltlichen Neustrukturierungen innerhalb des Bundesinstituts. Strukturell kam es zu einer Anpassung der internen Organisationsstruktur durch drei Fachbereiche (Forschung und Entwicklung, Wissenschaftliche Beratung, Grundsatz und Controlling), wodurch auch Aspekte der Prozess- und Qualitätssicherung stärker gewährleistet werden sollten. Von zentraler Bedeutung für die zukünftige Forschungsförderung und dessen Transfer in den Leistungssport sollte eine „strategische Neuaus-

richtung mit der Zielsetzung einer zukünftig verstärkt schwerpunktbildenden, problemorientierten Forschungsförderung des BISp“ sein. Es sollten „zukünftig eher große, mehrdisziplinäre Projekte mit innerer programmatischer Struktur oder alternativ kleine, aber innerhalb eines spezifischen Problembereiches stark vernetzte Maßnahmen unterstützt werden“ (Neumann & Horn, 2007/08, S. 73). Im Mittelpunkt der Neuausrichtung der Forschungsförderung stand zum einen das 2008 verabschiedete „Langfristige strategische Forschungsprogramm für das Wissenschaftliche Verbundsystem im Leistungssport 2008 bis 2016“ (https://www.bisp.de/SharedDocs/Downloads/Publikationen/sonstige_Publikationen_Ratgeber/Forschungsprogramm_WVL.pdf?__blob=publicationFile&v=1)⁵⁷, das zu einer „kurz- und mittelfristigen Optimierung der wissenschaftlichen Unterstützung des Leistungssports“ und zur Verbesserung der „Transparenz in der Forschungsförderung“ sowie „effiziente[r] und effektive[r] Kooperationsformen zwischen Forschung und Praxis wie auch für Verbundprojekte innerhalb der Forschung“ beitragen sollte und für dessen Umsetzung es zu einer Mittelaufstockung kam (Neumann & Horn, 2007/08, S. 75). Auf Grundlage dieses Programmes kam es ab 2008 zur Ausschreibung mehrjähriger Forschungsvorhaben (vgl. für die ersten acht Projekte Neumann & Quade, 2008/09). 2007 wurde zum anderen durch das BISp ein neues Schwerpunktprogramm verabschiedet, das, ausgehend von acht identifizierten Problembereichen, 31 spezifische Themenfelder benennt, „in denen der Kenntnisstand nicht hinreichend erscheint“. Diesen Themenfeldern wurden im Programm 147 Forschungsinhalte zugeordnet, „unter denen zum Zweck der ganzheitlichen wissenschaftlichen Unterstützung des Spitzensports die aktuellen und zukünftigen kurz-, mittel- und langfristig zu bearbeitenden Forschungsfördermaßnahmen des BISp einzuordnen sind“ (Neumann & Horn, 2007/08, S. 78).

Nur ein Gedankenspiel ist, was geschehen wäre, hätte man das BISp tatsächlich als die anfangs diskutierte unabhängige, von Staat und auch den Ländern geförderte Forschungseinrichtung geschaffen – eventuell sogar in der von Grupe intendierten Form, in der auch Eigenforschung innerhalb dieses Instituts möglich gewesen wäre. Nicht mehr wie beim „Zentralkomitee“ in Anbindung an den DSB, aber auch nicht dem BMI angegliedert. Viele der Diskussionen und vor allem der die Diskussionen prägenden Vorbehalte der Beteiligten wären damit wohl ausgeblieben: die Vorbehalte des DSB gegenüber einer „Verstaatlichung“ des Sports, die Vorbehalte der Wissenschaftler gegenüber einer vom Staat beeinträchtigten Freiheit der Forschung. Mit einer Beteiligung der Länder wäre sogar eine offenere Forschung auch in Bereichen, die verfassungsrechtlich nicht dem Staat zustehen, möglich gewesen. Zu klären gewesen wäre hier vorrangig die Frage der Abgrenzung zur Forschung an den Hochschulen bzw. von Verfahrensweisen einer gegenseitigen Interaktion.

⁵⁷ Das Programm wurde vom 2006 etablierten Strategieausschuss des WVL erstellt, dem neben dem BISp Vertreter des BMI, des DOSB, der Bundessportfachverbände, des Instituts für Forschung und Entwicklung von Sportgeräten (FES), des Instituts für angewandte Trainingswissenschaft (IAT), der Olympiastützpunkte, der Trainerakademie Köln des DOSB sowie wissenschaftlicher Einrichtungen angehören (https://www.bisp.de/SharedDocs/Downloads/Publikationen/sonstige_Publikationen_Ratgeber/Forschungsprogramm_WVL.pdf?__blob=publicationFile&v=1, S. 3).

6 Quellen und Literatur

Archive

BISp-Archiv: Ordner Fachausschuss Medizin 1; Ordner Fachausschuss Medizin 2; Ordner Daten Projekte 1976, 1977, 1978, 1979, Protokolle; Ordner Projekte 1984, 1985, 1986, 1987, 1988.

Bundesarchiv Koblenz: Bestand B274 (Bundesinstitut für Sportwissenschaft) und B322 (Deutscher Sportbund).

Quellen und Literatur

Bösl, E. (2016). Bundesdeutsche Behindertenpolitik im „Jahrzehnt der Rehabilitation“ – Umbrüche und Kontinuitäten um 1970. In G. Lingelbach & A. Waldschmidt (Hrsg.), *Kontinuität, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte* (S. 82-115). Frankfurt a. M.: Campus.

Balbier, U. A. (2007). *Kalter Krieg auf der Aschenbahn. Der deutsch-deutsche Sport 1950-1972. Eine politische Geschichte*. Paderborn u. a.: Schöningh.

Daume, W. (1954). Vorwort. In *Deutscher Sportbund* (Hrsg.) (1954). *Sportmedizin und Gesundheits-erziehung. Sportärztlicher Berater für Turn- und Sportvereine* (Band 4 der Schriftenreihe des Deutschen Sportbundes, S. 2-6). Frankfurt/Main: Limpert.

Deutscher Bundestag (1967). Plenarprotokoll Nr.: 05/139 vom 01.12.1967 – Deutscher Bundestag, 5. Wahlperiode, 139. Sitzung. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/05/05139.pdf>.

Deutscher Bundestag (1969). Drucksache VI/109: Der Bundesminister des Innern an den Herrn Präsidenten des Deutschen Bundestages – Betr. Sportförderung – Bezug: Beschluß des Deutschen Bundestages vom 2. Juli 1969 – Drucksache V/4543 (zu II.). Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/06/001/0600109.pdf>.

Deutscher Bundestag (1969). Drucksache V/3804: Antrag der Fraktion der SPD betr. Deutscher Sportbeirat vom 5.2.1969. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/05/038/0503804.pdf>.

Deutscher Bundestag (1969). 5. Wahlperiode. 223. Sitzung. Bonn, den 21. März 1969. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/05/05223.pdf>.

Deutscher Bundestag (1970). Drucksache VI/1122: Der Bundesminister des Innern an den Herrn Präsidenten des Deutschen Bundestages – Betr. Sportförderung – Bezug: Beschluß des Deutschen Bundestages vom 6. Mai 1970 – Drucksache VI/717. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/06/011/0601122.pdf>.

Deutscher Bundestag (1973). Drucksache 7/1040: Sportbericht der Bundesregierung, vom 26.09.1973. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/010/0701040.pdf>.

Deutscher Bundestag (1976). Drucksache 7/4609: Dritter Sportbericht der Bundesregierung, vom 22.1.1976. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/046/0704609.pdf>.

Deutscher Bundestag (1978). Drucksache 8/2033: Viertes Sportbericht der Bundesregierung, vom 3.8.1978. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/08/020/0802033.pdf>.

Deutscher Bundestag (1982). Drucksache 9/1945: Fünfter Sportbericht der Bundesregierung, vom 1.9.1982. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/09/019/0901945.pdf>.

Deutscher Bundestag (1986). Drucksache 10/6241: Sechster Sportbericht der Bundesregierung, vom 22.10.1986. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/10/062/1006241.pdf>.

- Deutscher Bundestag (1990). Drucksache 11/8459: Siebter Sportbericht der Bundesregierung, vom 22.11.1990. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/084/1108459.pdf>.
- Deutscher Bundestag (1995). Drucksache 13/1114: Achter Sportbericht der Bundesregierung, vom 12.4.1995. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/011/1301114.pdf>.
- Deutscher Bundestag (1999). Drucksache 14/1859: Neunter Sportbericht der Bundesregierung, vom 26.10.1999. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/018/1401859.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2002). Drucksache 14/9517: Zehnter Sportbericht der Bundesregierung, vom 20.6.2002. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/095/1409517.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2006). Drucksache 16/3756: Elfter Sportbericht der Bundesregierung, vom 4.12.2006. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/16/037/1603750.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2010). Drucksache 17/2880: Zwölfter Sportbericht der Bundesregierung, vom 3.9.2010. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/028/1702880.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2014). Drucksache 18/3523: Dreizehnter Sportbericht der Bundesregierung, vom 5.12.2014. Letzter Zugriff am 11.12.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/035/1803523.pdf>.
- Deutscher Sportbund (Hrsg.) (1986). Bericht des Präsidiums 1982-1986. Frankfurt.
- Dickhuth, H. H. (2005). Sportmedizin in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 48(8), 848-853.
- Glaeser, J. (1966). Hessischer Sportärzte- und Hessischer Versehrten-Sportärzte-Verband. Sportarzt und Sportmedizin, 17(1), 37-38.
- Goßner, E. (1965). Bericht über die Delegiertenversammlung des Deutschen Sportärztebundes e. V. am 21./22. November 1964 in Berlin-Wannsee. Sportarzt und Sportmedizin, 16(3), 107-110.
- Grupe, O. (1990/2002). Zu Geschichte, Entwicklung und Aufgabenstellung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft. Vortrag anlässlich des Symposiums zum 20jährigen Bestehen des BISp am 26. September 1990 in Köln. Abdruck in: Bundesinstitut für Sportwissenschaft (Hrsg.). 30 Jahre Bundesinstitut für Sportwissenschaft. Dokumentation der Festveranstaltung „30 Jahre BISp – 25 Jahre dvs“ am 19. November 2001 in Bonn (Red. Wolfgang Hartmann). Bonn 2002.
- Heermann, J. W. (2018). Die Geschichte der Sportmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster. Masterarbeit. Institut für Sportwissenschaft, WWU Münster.
- Krüger, M., Becker, C., Nielsen, S. & Reinold, M. (2014). Doping und Anti-Doping in der Bundesrepublik Deutschland 1950 bis 2007. Genese – Strukturen – Politik. Hildesheim: Arete.
- Lachenicht, Siegfried (o.J.). Zentrale Dokumentation und Information auf dem Gebiete des Sports. BArch B322/530.
- Langenfeld, H. (1988). Auf dem Wege zur Sportwissenschaft: Mediziner und Leibesübungen im 19. Jahrhundert. Stadion 14(1), 125-148.
- Mengden, G. v. (1962). Beiträge zur Geschichte des Deutschen Sportbundes. In Deutscher Sportbund (Hrsg.), Jahrbuch des Sports 1959-1962 (S. 11-36). Niederhausen/Taunus: Schors.
- Neumann, G. & Horn, A. (2008). Neue Wege der Forschungs- und Projektförderung zur Optimierung der wissenschaftlichen Unterstützung des Spitzensports in Deutschland. In: BISp (Hrsg.), BISp-Report 2007/08. Bilanz und Perspektiven (S. 71-89). Bonn.
- Neumann, G. & Quade, K. (2009). BISp-Forschungsprojekte im WVL: Umsetzung des langfristigen strategischen Forschungsprogramms für das Wissenschaftliche Verbundsystem im Leistungssport In: BISp (Hrsg.), BISp-Report 2008/09. Bilanz und Perspektiven (S. 27-33). Bonn

- Nielsen, S. (2016a). „Die tatsächliche Forschung ist das Wichtigste“ – das Kuratorium für sportmedizinische Forschung 1955-1970. In: M. Krüger (Hrsg.), Sportmedizin in Deutschland: Historische Facetten – Ein Werkstattbericht (S. 249-306). Hildesheim: Arete.
- Nielsen, S. (2016b). Die deutsche Sportmedizin nach 1945 – Legitimationsansätze einer Querschnittsdisziplin. In: M. Krüger (Hrsg.), Sportmedizin in Deutschland: Historische Facetten – Ein Werkstattbericht (S. 137-196). Hildesheim: Arete.
- Schlund, S. (2016). Funktionswandel des westdeutschen Behindertensports zwischen therapeutischer Heilmaßnahme und selbstbestimmtem Freizeitverhalten (1945-1990). In G. Lingelbach & A. Waldschmidt (Hrsg.), Kontinuität, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte (S. 262-288). Frankfurt a. M.: Campus.
- Singler, A. & Treutlein, G. (2014). Herbert Reindell als Röntgenologe, Kardiologe und Sportmediziner: Wissenschaftliche Schwerpunkte, Engagement im Sport und Haltungen zum Dopingproblem (Evaluierungskommission Freiburger Sportmedizin – Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; unter Mitarbeit von L. Heitner). Manuskript. Zugriff am 29. Oktober 2015.
- 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; unter Mitarbeit von L. Heitner). Manuskript. Zugriff am 19. Dezember 2017 unter <https://www.uni-freiburg.de/universitaet/einzelgutachten/gutachten-joseph-keul-01-02-2017.pdf>.
- Treutlein, G. (2011). Prof. Dr. Armin Klümper: Das Gesicht der Freiburger Sportmedizin – Aufstieg und Niedergang eines „Außenseiters“. Zugriff am 11.12.2017 unter <https://www.uni-freiburg.de/universitaet/einzelgutachten/symposium-freiburg-2011-treutlein.pdf>.
- Treutlein, G. (2016). Zusatz zum Reindell-Gutachten. Einzelgutachten der „Evaluierungskommission Freiburger Sportmedizin“. Manuskript. Zugriff am 29. Oktober 2015 unter http://www.uni-freiburg.de/universitaet/einzelgutachten/gutachten_reindell_zusatz.pdf.
- Wissenschaftsrat (2007). Wissenschaftspolitische Stellungnahme zum Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp), Bonn. Berlin. Zugriff am 11.12.2017 unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7696-07.pdf>.
- Wissenschaftsrat (2013). Umsetzung der Empfehlungen aus der zurückliegenden Evaluation des Bundesinstituts (BISp), Bonn. Mainz. Zugriff am 11.12.2017 unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3443-13.pdf>.

Schriftenreihe des Bundesinstituts für Sportwissenschaften im SPORTVERLAG Strauß

Band 2009,01

Stahl, Silvester
Selbstorganisation von Migranten im deutschen Vereinssport.
Ein Forschungsbericht zu Formen, Ursachen und Wirkungen. 148
Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-510-5 € 16,80

Band 2009,02

Kämpfe, Astrid
Homo Sportivus Oeconomicus. Intrinsische und extrinsische
Motivation im Verlauf von Spitzensportkarrieren. 403 Seiten, 21
cm, kt.
978-3-86884-511-2 € 28,80

Band 2010,01

Schmieg, Peter / Voriskova, Sarka / Marquardt, Gesine / Glasow,
Nadine
Bauliche Voraussetzungen für den paralympischen Sport.
Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesinstituts für Sportwis-
senschaft Bonn. 304 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-512-9 € 24,80

Band 2010,02

Faude, Oliver / Wegmann, Melissa / Krieg, Anne / Meyer, Tim
Kälteapplikationen im Spitzensport. Eine Bestandsaufnahme der
wissenschaftlichen Evidenz. 144 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-513-6 € 15,80

Band 2010,03

Fahrig, Stephan
**Zur Interaktionsproblematik im Riemenzweier der Sportart
Rudern.** 174 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-514-3 € 17,80

Band 2011,01

Schlesiger, Günter
Sportplätze. Sportfreianlagen: Planung - Bau - Ausstattung -
Pflege. 324 Seiten, 29,7 cm, kt.
978-3-86884-515-0 € 58,00

Band 2011,02

Wirth, Klaus
Exzentrisches Krafttraining. Auswirkungen auf unterschiedliche
Maximal- und Schnellkraftparameter. 714 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-516-7 € 42,80

Band 2011,03

Braun, Sebastian
Ehrenamtliches und freiwilliges Engagement im Sport. Sportbe-
zogene Sonderauswertung der Freiwilligensurveys von 1999, 2004
und 2009. 80 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-517-4 € 12,80

Band 2011,04

Ott, Peter
Planung und Bau von Tanzsportanlagen. Eine Orientierungshilfe
des Bundesinstituts für Sportwissenschaft. 52 Seiten, 29,7 cm, kt.
978-3-86884-518-1 € 21,80

Band 2011,05

Wyns, Bernhard
Betreibermodelle öffentlicher Bäder. Wirkung von Betreibermo-
dellen auf die Betriebsführung, Personalwirtschaft und Sport-
nachfrage. 490 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-519-8 € 58,00

Band 2011,06

Krause, Daniel
**Zur Darstellungsperspektive von Bildschirminstruktion und
-feedback beim visuomotorischen Imitationslernen.** Laborex-
perimentelle Untersuchungen zu den Effekten verschiedener
Faktoren im Kontext der Darstellungsperspektivenauswahl:
Bild-Bewegungsebenen-Disparität, Modell-Betrachter-Disparität,
Perspektivenanzahl und Selbstkontrolle. 386 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-520-4 € 29,80

Band 2012,01

Wirth, Klaus / Schlumberger, Andreas / Zawieja, Martin / Hart-
mann, Hagen
Krafttraining im Leistungssport. Theoretische und praktische
Grundlagen für Trainer und Athleten. 148 Seiten, 30 cm, kt. 2.,
korr. Aufl. 2013.
978-3-86884-521-1 € 29,80

Band 2012,02

Kalbe, Ute / Krüger, Oliver / Wachtendorf, Volker / Berger,
Wolfgang
**Umweltverträglichkeit von Kunststoff- und Kunststoffrasenbe-
lägen auf Sportfreianlagen.** Erfassung von potentiellen Schad-
stoffen bei Sportböden auf Kunststoffbasis (Kunststoff- und
Kunststoffrasenbeläge) auf Sportfreianlagen, unter Berücksichti-
gung von Alterungs- und Verschleißprozessen. 302 S., 21 cm, kt.
978-3-86884-522-8 € 34,80

Band 2013,01

Daumann, Frank / Römmelt, Benedikt
Qualitätsmanagement im Bundessportfachverband. Quali-
tätsrelevante Stakeholder in Bundessportfachverbänden - Eine
qualitative Studie als Basis für die Implementierung eines Quali-
tätsmanagementsystems. 536 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-523-5 € 36,00

Band 2013,02

Stadtmann, Tobias
**Optimierung von Talentselektion und Nachwuchsförderung
im Deutschen Basketball Bund aus trainingswissenschaftlicher
Sicht.** 428 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-524-2 € 39,80

Band 2013,03

Braun, Sebastian
Freiwilliges Engagement von Jugendlichen im Sport. Eine empi-
rische Untersuchung auf Basis der Freiwilligensurveys von 1999
bis 2009. 108 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-525-9 € 12,80

Band 2014,01

Zastrow, Hilke / Schlapkohl, Nele / Raab, Markus
**DeMaTra - Ein Messplatztraining für taktische Kompetenzen im
Handball.** 164 Seiten, 21 cm, kt.
978-3-86884-526-6 € 24,80

Band 2014,02

Radtke, Sabine / Doll-Tepper, Gudrun

Nachwuchsgewinnung und -förderung im paralympischen Sport. Ein internationaler Systemvergleich unter Berücksichtigung der Athleten-, Trainer- und Funktionärspektive. 392 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-527-3 € 38,80

Band 2014,03

Kleinert, Jens

Toolbox Beziehungsarbeit: Zur Beziehungsqualität in der sportpsychologischen Betreuung. Beitrag Qualitätssicherung in der Sportpsychologie. 68 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-528-0 € 21,80

Band 2014,04

Brand, Ralf u.a.

Leitfaden zur Qualitätssicherung für die sportpsychologische Betreuung im Leistungssport. Beitrag Qualitätssicherung in der Sportpsychologie. 96 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-529-7 € 28,80

Band 2015,01

Eßig, Natalie / Lindner, Sara / Magdolen, Simone / Siegmund, Loni

Leitfaden Nachhaltiger Sportstättenbau – Kriterien für den Neubau nachhaltiger Sporthallen. 424 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-530-3 € 49,80

Band 2015,02

Gerland, Bernd Paul

Der Yips – eine erlernte Störung motorischer Leistungsvollzüge? Phänomenanalyse und Interventionsmöglichkeiten am Beispiel des Putt-Yips im Golf. 210 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-531-0 € 42,80

Band 2016,01

Braun, Sebastian

Ehrenamtliches und freiwilliges Engagement von Älteren im Sport. Sportbezogene Sonderauswertung der Freiwilligensurveys von 1999, 2004 und 2009. 72 Seiten, 30 cm, kt.978-3-86884-532-7 **vergriffen****Band 2016,02**

Linz, Lothar / Ohlert, Jeannine

Sportpsychologische Verbandskonzeption des Deutschen Handballbundes 2016–2020. 64 Seiten, 30 cm, kt.978-3-86884-533-4 **vergriffen****Band 2016,03**

Klietsch, Heiko

Mediengerechte Sportanlagen. Mediale Raum-/Flächen- und Ausstattungsprogramme in Stadien und Arenen aus dem Bereich des Fernsehens, der Mess- und Kommunikationstechnik. 472 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-534-1 € 56,80

Band 2016,04

Killing, Wolfgang / Böttcher, Jörg / Keil, Jan-Gerrit

Sportwissenschaftliche Aspekte des Hochsprungs. 2. korr. Aufl. 2017. 300 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-535-8 € 49,00

Band 2016,05

Kalbe, Ute / Susset, Bernd / Bandow, Nicole

Umweltverträglichkeit von Kunststoffbelägen auf Sportfreianlagen. Modellierung der Stofffreisetzung aus Sportböden auf Kunststoffbasis zur Bewertung der Boden- und Grundwasserverträglichkeit. 428 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-536-5 € 49,80

Band 2016,06

Hohmann, Andreas / Singh, Ajit / Voigt, Lenard

Konzepte erfolgreichen Nachwuchstrainings (KerN). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Langfristiger Leistungsaufbau im Nachwuchsleistungssport“. 336 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-537-2 € 49,80

Band 2016,07

Kellmann, Michael / Kölling, Sarah / Hitzschke, Brit

Das Akutmaß und die Kurzskaala zur Erfassung von Erholung und Beanspruchung im Sport. Manual. 124 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-538-9 € 33,00

Band 2017,01

Hohmann, Andreas / Pietzonka, Micha

Techniktraining zur Entwicklung der Spielfähigkeit im Fußball, Handball und Basketball. 568 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-539-6 € 59,00

Band 2017,02

Breuer, Christoph / Wicker, Pamela / Orłowski, Johannes

Bundes- und mischfinanzierte Trainer im Sport – Standortbedingungen und Migrationsanalyse. 176 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-540-2 € 19,80

Band 2017,03

Leistner, Philip / Koehler, Mark

Verbesserung der akustischen Eigenschaften von Sporthallenböden. 116 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-541-9 € 19,80

Band 2017,04

Weber, Christoph

Theoretische und praktische Leistungsdiagnostik im Goalball. 204 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-542-6 € 39,80

Band 2017,05

Loffing, Florian / Neugebauer, Judith / Hagemann, Jörg / Schorer, Jörg

Eye-Tracking im Spitzensport – Validität, Grenzen und Möglichkeiten. 136 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-543-3 € 29,80

Band 2019,01Daumann, Frank (Projektleitung) / Heinze, Robin / Kümpel, Jeremias / Barth, Michael / Diethold, Sascha-Gregor
Quality Performance Measurement in National Sport-Governing Bodies. 396 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-544-0 € 39,80

Band 2019,02

Killing, Wolfgang

Evaluation sportwissenschaftlicher Unterstützungsleistungen im Spitzensport am Beispiel der Leichtathletik. 242 Seiten, 30 cm, kt.

978-3-86884-545-7 € 49,80

Publikationen ohne Band-Nummerierung

Beckmann, Jürgen / Wenhold, Franziska

Handlungsorientierung im Sport. Manual zur Handlungsorientierung im Sport (HOSP). 1. Aufl. 2009. 48 Seiten, 29,7 cm, kt.

978-3-86884-508-2 € 16,00

Behringer, Michael / Heede, Andreas vom / Mester, Joachim

Krafttraining im Nachwuchsleistungssport unter besonderer Berücksichtigung von Diagnostik, Trainierbarkeit und Trainingsmethodik. Wissenschaftliche Expertise des BISP, Band II. 1. Aufl. 2010. 194 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-487-0 € 17,80

Brand, Ralf / Ehrlenspiel, Felix / Graf, Karla

Wettkampf-Angst-Inventar (WAI). Manual zur komprehensiven Eingangsdagnostik von Wettkampfangst, Wettkampfangstlichkeit und Angstbewältigungsmodus im Sport. 1. Aufl. 2009. 150 Seiten, 29,7 cm, kt.

978-3-86884-491-7 € 26,80

Brejcha-Richter, Stanislav / Hillenbach, Elke / Klein, Klaus / Kukowka, Dorothea

40 Jahre Bundesinstitut für Sportwissenschaft. Bilanz und Ausblick. Dokumentation der Festveranstaltung. 1. Aufl. 2011. 64 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-455-9 € 12,00

Breuer, Christoph (Hrsg.)

Sportentwicklungsbericht 2007/2008. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. 1. Aufl. 2009. 740 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-500-6 € 48,00

Breuer, Christoph (Hrsg.)

Sportentwicklungsbericht 2009/2010. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. 1. Aufl. 2011. 596 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-456-6 € 38,80

Breuer, Christoph (Hrsg.)

Sportentwicklungsbericht 2011/2012. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. 1. Aufl. 2013. 902 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-463-4 vergriffen

Breuer, Christoph (Hrsg.)

Sportentwicklungsbericht 2013/2014. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. 1. Aufl. 2015. 864 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-581-5 € 48,80

Breuer, Christoph (Hrsg.)

Sportentwicklungsbericht 2015/2016. Bd. I. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. 1. Aufl. 2017. 830 Seiten, zahlr. z.T. farb. Abb. und Tab., 21 cm, kt.

978-3-86884-595-2 € 48,00

Breuer, Christoph (Hrsg.)

Sportentwicklungsbericht 2015/2016. Bd. II. Weiterführende Strukturanalysen. 1. Aufl. 2017. 648 Seiten, zahlr. z.T. farb. Abb. und Tab., 21 cm, kt.

978-3-86884-596-9 € 48,00

Breuer, Christoph (Hrsg.)

Sportverbände, Sportvereine und ausgewählte Sportarten. Weiterführende Analysen der Sportentwicklungsberichte. 1. Aufl. 2013. 452 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-580-8 € 34,80

Breuer, Christoph / Feiler, Svenja

Sportentwicklungsbericht 2011/2012. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. Kurzfassung. 1. Aufl. 2013. 54 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-464-1 € 12,00

Breuer, Christoph / Feiler, Svenja

Sport Development Report 2013/2014. Analysis of the situation of sports clubs in Germany. Abbreviated Version. 1. Aufl. 2015. 42 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-583-9 € 14,00

Breuer, Christoph / Feiler, Svenja

Sportentwicklungsbericht 2013/2014. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. Kurzfassung. 1. Aufl. 2015. 46 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-582-2 € 12,00

Breuer, Christoph / Feiler, Svenja

Sport Development Report 2015/2016. Analysis of the situation of sports clubs in Germany. Abbreviated Version. 1. Aufl. 2017. 40 Seiten, 11 z.T. farb. Abb. 18 Tab. 21 cm, kt.

978-3-86884-586-0 € 14,00

Breuer, Christoph / Feiler, Svenja

Sportentwicklungsbericht 2015/2016. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland. Kurzfassung. 1. Aufl. 2017. 40 Seiten, 11 z.T. farb. Abb. 18 Tab. 21 cm, kt.

978-3-86884-585-3 € 12,00

Breuer, Christoph / Hallmann, Kirstin

Die gesellschaftliche Relevanz des Spitzensports in Deutschland. 1. Aufl. 2012. 48 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-467-2 € 12,00

Breuer, Christoph / Hallmann, Kirstin / Ilgner, Michael

Akzeptanz des Spitzensports in Deutschland – Zum Wandel der Wahrnehmung durch Bevölkerung und Athleten. 1. Aufl. 2017. 52 Seiten, 7 farb. Abb. 21 Tab. 21 cm, kt.

978-3-86884-584-6 vergriffen

Breuer, Christoph / Hallmann, Kirstin / Ilgner, Michael

Erfolgsfaktoren der Athletenförderung in Deutschland. 1. Aufl. 2015. 86 S. 17 Abb. 17 Tab. 21 cm.

978-3-86884-594-5 € 14,80

Breuer, Christoph / Wicker, Pamela

Zur Situation der Sportarten in Deutschland. Eine Analyse der Sportvereine in Deutschland auf Basis der Sportentwicklungsberichte. 1. Aufl. 2011. 384 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-460-3 € 28,40

Breuer, Christoph / Wicker, Pamela

Sportökonomische Analyse der Lebenssituation von Spitzensportlern in Deutschland. 1. Aufl. 2010. 58 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-477-1 € 12,00

Bundesinstitut für Sportwissenschaft (Hrsg.)

BISP-Handreichung zur Expertise Krafttraining im Nachwuchsleistungssport. Zusammenfassung der wissenschaftlichen Expertisen des BISP erstellt durch die Arbeitsgruppen Ruhr-Universität Bochum, Universität Leipzig, Deutsche Sporthochschule Köln 1. Aufl. 2010. 46 Seiten, 21 cm, kt.

978-3-86884-488-7 vergriffen

Elbe, Anne-Marie / Wenhold, Franziska / Beckmann, Jürgen

Fragebogen zur Leistungsorientierung im Sport. Sport Orientati- on Questionnaire (SOQ). 1. Aufl. 2009. 44 Seiten, 29,7 cm, kt.

978-3-86884-493-1 € 16,00

- Eskau, Andrea (Red.)
Nachwuchsrekrutierung und Nachwuchsförderung im Leistungssport der Menschen mit Behinderungen. BISp-Arbeitsstagung. Bonn, 14. / 15. Mai. 1. Aufl. 2009. 202 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-507-5 € 24,00
- Eskau, Andrea (Red.)
Regenerationsmanagement und Sporttechnologie im Leistungssport der Menschen mit Behinderungen. 1. Aufl. 2013. 92 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-590-7 € 18,00
- Ferrauti, Alexander u.a.
Basketball Talente. Leitlinien und Empfehlungen auf dem Weg zur Spitze. 1. Aufl. 2015. 38 Seiten, 10,5 x 30 cm, kt.
 978-3-86884-591-4 vergriffen
- Gänsslen, Axel / Schmehl, Ingo
Leichtes Schädel-Hirn-Trauma im Sport. Handlungsempfehlungen. 1. Aufl. 2015. 44 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-593-8 € 9,80
- Hahn, Andreas u.a. (Hrsg.)
Biomechanische Leistungsdiagnostik im Schwimmen. Erfahrungen im Leistungssport und Ableitungen für die Ausbildung von Studierenden. Beiträge zum dvs-Symposium Schwimmen 10.–12.09.2009 in Leipzig. 1. Aufl. 2010. 188 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-489-4 € 18,00
- Hartmann, Ulrich u.a.
Krafttraining im Nachwuchsleistungssport unter besonderer Berücksichtigung von Ontogenese, biologischen Mechanismen und Terminologie. Wissenschaftliche Expertise des BISp, Band I. 1. Aufl. 2010. 312 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-486-3 € 23,80
- Hillenbach, Elke (Red.)
BISp-Jahrbuch. Forschungsförderung 2011/12. 1. Aufl. 2012. 174 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-462-7 € 28,00
- Hillenbach, Elke (Red.)
BISp-Jahrbuch. Forschungsförderung 2014/15. 1. Aufl. 2016. 262 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-632-4 € 28,00
- Hillenbach, Elke (Red.)
BISp-Jahrbuch. Forschungsförderung 2015/16. 1. Aufl. 2017. 226 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-633-1 € 28,00
- Hillenbach, Elke (Red.)
BISp-Jahrbuch. Forschungsförderung 2016/17. 1. Aufl. 2018. 368 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-634-8 € 48,00
- Horn, Andrea / Neumann, Gabriele (Hrsg.)
BISp-Ratgeber Projektförderung. Von der Idee zum erfolgreichen Projekt. Möglichkeiten und Wege der Projektförderung beim Bundesinstitut für Sportwissenschaft. 2. Aufl. 2009. 60 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-482-5 € 12,00
- Kellmann, Michael / Weidig, Thorsten
Pausenverhaltensfragebogen (PVF) – Manual. 1. Aufl. 2010. 94 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-485-6 € 16,00
- Killing, Wolfgang / Hommel, Helmar
Bundestrainerforum „DLV-Kältekonzferenz“ 06.–07.12.2008 in Mainz. 1. Aufl. 2009. 76 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-496-2 € 14,80
- Killing, Wolfgang / Hommel, Helmar
Bundestrainerforum „DLV-Kraftkonzferenz“ 15.–16.11.2008 in Potsdam. 1. Aufl. 2009. 172 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-495-5 vergriffen
- Klein, Klaus / Koch, Thomas / Palmen, Michael / Weinke, Irina (Red.)
BISp-Report 2009/10. Bilanz und Perspektiven. 1. Aufl. 2010. 130 Seiten, 30 cm, kt.
 978-3-86884-471-9 € 14,80
- Klein, Klaus / Koch, Thomas / Palmen, Michael / Koch, Irina (Red.)
BISp-Report 2010/11. Bilanz und Perspektiven. 1. Aufl. 2012. 126 Seiten, 30 cm, kt.
 978-3-86884-468-9 € 14,80
- Klein, Klaus / Palmen, Michael / Stell, Sabine / Streppelhoff, Robin (Red.)
BISp-Report 2012. Bilanz und Perspektiven. 1. Aufl. 2013. 86 Seiten, 30 cm, kt.
 978-3-86884-570-9 € 19,80
- Klein, Klaus u.a. (Red.)
BISp-Report 2014/15. Bilanz und Perspektiven. 1. Aufl. 2015. 102 Seiten, 30 cm, kt.
 978-3-86884-572-3 € 19,80
- Klein, Klaus u.a. (Red.)
BISp-Report 2015/16. Bilanz und Perspektiven. 1. Aufl. 2016. 110 Seiten, 30 cm, kt.
 978-3-86884-573-0 € 8,60
- Klein, Klaus u.a. (Red.)
BISp-Report 2016/17. Bilanz und Perspektiven. 1. Aufl. 2017. 172 Seiten, 30 cm, kt.
 978-3-86884-574-7 € 16,80
- Meyer, Tim / Ferrauti, Alexander / Kellmann, Michael / Pfeiffer, Mark
Regenerationsmanagement im Spitzensport. REGman – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen. 1. Aufl. 2016. 122 Seiten, 30 cm, kt.
 978-3-86884-589-1 € 32,50
- Muckenhaupt, Manfred (Hrsg.)
Wissen im Hochleistungssport. Perspektiven und Innovationen. Veröffentlichung anlässlich des Internationalen Symposiums Informations- und Wissensmanagement im Hochleistungssport 24. Juni – 26. Juni 2010 Heinrich-Fabri-Institut Blaubeuren. 1. Aufl. 2011. 180 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-475-7 € 26,00
- Müller, Elena (Red.)
Top-Forschung für den Sport. BISp-Symposium. Bonn, 15. April 2010. 1. Aufl. 2011. 154 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-474-0 € 24,00
- Neumann, Gabriele (Hrsg.)
Sportpsychologische Betreuung des deutschen Olympia- & Paralympicteams 2008. Erfolgsbilanzen-Erfahrungsberichte-Perspektiven. 1. Aufl. 2009. 156 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-492-4 € 28,80

- Neumann, Gabriele (Red.)
Talentdiagnose und Talentprognose im Nachwuchsleistungssport. 2. BISp-Symposium: Theorie trifft Praxis. 1. Aufl. 2009. 444 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-497-9 **vergriffen**
- Neumann, Gabriele / Stehle, Peter (Hrsg.)
Fußball interdisziplinär. Zur Optimierung der Prävention, Rehabilitation und Wiederverletzungsprophylaxe von Knie- und Sprunggelenksverletzungen. 1. Aufl. 2009. 86 Seiten, 29 cm, kt.
 978-3-86884-490-0 **vergriffen**
- Pilz, Gunter A. / Behn, Sabine / Harzer, Erika / Lynen von Berg, Heinz / Selmer, N.
Rechtsextremismus im Sport. In Deutschland und im internationalen Vergleich. 2. ergänzte Aufl. 2014. 204 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-506-8 **€ 28,00**
- Quade, Karl / Rebel, Mirjam / Müller, Elena (Red.)
Volleyball. BISp-geförderte Forschungsprojekte der Jahre 2005 bis 2009. 1. Aufl. 2009. 142 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-483-2 **vergriffen**
- Shakhlina, Larissa J. G.
Medizinisch-biologische Grundlagen des sportlichen Trainings von Frauen. 1. Aufl. 2010. 302 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-479-5 **€ 24,50**
- Stehle, Peter (Hrsg.)
BISp-Expertise: „Sensomotorisches Training – Propriozeptives Training“ Band I. 1. Aufl. 2009. 128 Seiten, 21 cm, kt.
 78-3-86884-498-6 **€ 19,80**
- Stehle, Peter (Hrsg.)
BISp-Expertise: „Sensomotorisches Training – Propriozeptives Training“ Band II. 1. Aufl. 2009. 96 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-499-3 **€ 16,80**
- Stoll, Oliver / Achter, Mathias / Jerichow, Mareike
Vom Anforderungsprofil zur Intervention. Eine Expertise zu einem langfristigen sportpsychologischen Beratungs- und Betreuungskonzept für den Deutschen Schwimm-Verband e.V. (DSV). 1. Aufl. 2010. 82 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-473-3 **€ 22,80**
- Weidig, Thorsten
Erfolgsfaktor Trainer. Das Trainerverhalten in Spiel- und Wettkampfpausen auf dem Prüfstand. 1. Aufl. 2010. 194 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-478-8 **€ 18,80**
- Wenhold, Franziska / Elbe, Anne-Marie / Beckmann, Jürgen
Fragebogen zum Leistungsmotiv im Sport. Achievement Motives Scale-Sport (AMS-Sport). 1. Aufl. 2009. 58 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-494-8 **€ 16,00**
- Wenhold, Franziska / Elbe, Anne-Marie / Beckmann, Jürgen
Volitionale Komponenten im Sport. Fragebogen zur Erfassung volitionaler Komponenten im Sport (VKS). 1. Aufl. 2009. 50 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-509-9 **€ 16,00**
- Wetterich, Jörg / Eckl, Stefan / Schabert, Wolfgang
Grundlagen zur Weiterentwicklung von Sportanlagen. 1. Aufl. 2009. 326 Seiten, 21 cm, kt.
 978-3-86884-505-1 **€ 28,90**
- Wippert, P.- M. / Brückner, M. / Fließner, M.
Der Nationale Dopingpräventionsplan: eine Potentialeinschätzung. Forschungsbericht zur Evaluation des NDPP. 1. Aufl. 2014. 150 Seiten, 29,7 cm, kt.
 978-3-86884-592-1 **€ 38,00**

Dr. Michael Krüger ist Professor für Sportwissenschaft mit den Schwerpunkten Sportpädagogik und Sportgeschichte am Institut für Sportwissenschaft der WWU Münster. Er ist Autor zahlreicher Publikationen sowie Lehr- und Handbücher und leitete u. a. BISp-Projekte zur Geschichte des Dopings sowie zur Geschichte der Sportmedizin.

Christian Becker ist Sporthistoriker und Verleger. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Zeitgeschichte des Sports. Von ihm stammt u. a. der Text-Bild-Band „1968 im Sport“. Er ist Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des Niedersächsischen Instituts für Sportgeschichte.

Dr. Stefan Nielsen ist Historiker mit Schwerpunkten in der Neueren Geschichte und Sportgeschichte. Er war Mitarbeiter in mehreren BISp-Forschungsprojekten zur Sportgeschichte.

Lukas Rehmann ist Doktorand im Arbeitsbereich Sportpädagogik & Sportgeschichte am Institut für Sportwissenschaft der WWU Münster.

Der Band fasst die Ergebnisse eines mehrjährigen Forschungsprojekts zur Geschichte der Sportmedizin in Deutschland zusammen. Die Forschungen beruhen auf der Auswertung bisher unbekannter Originalquellen. Der Schwerpunkt lag auf der Entwicklung der Sportmedizin in Ost- und Westdeutschland nach 1945. Die Geschichte der Sportmedizin in der DDR wurde erstmals im Gesamtzusammenhang dargestellt. Für die Bundesrepublik wurde die Rolle und Bedeutung des Bundesinstituts für Sportwissenschaft für die Entwicklung der Sportmedizin im Speziellen untersucht.

ISBN: 978-3-86884-546-4

SPORTVERLAG *Strauß*
Neuhaus 12 · 53940 Hellenthal
info@sportverlag-strauss.de
www.sportverlag-strauss.de