

EINLEITUNG

„Der menschliche Leib ist von Natur sterblich. Krankheiten können daher nicht ausbleiben. Warum wird der Mensch erst dem Arzte unterworfen, wenn er erkrankt, und nicht, wenn er gesund ist? Weil nicht nur die Krankheit, weil schon der Arzt ein Übel ist. Durch eine ärztliche Kuratel wäre das Leben als ein Übel und der menschliche Leib als Objekt der Behandlung für Medizinalkollegien anerkannt. Ist der Tod nicht wünschenswerter als ein Leben, das bloße Präventivmaßregel gegen den Tod? Gehört freie Bewegung nicht auch zum Leben? Was ist jede Krankheit als in seiner Freiheit gehemmtes Leben?“¹

Karl Marx (1842)

I. THEMEN, LEITFRAGEN UND ZIELE

Anfang des sogenannten „kurzen“ 20. Jahrhunderts ging ein Gespenst um in Europa – das Gespenst der „Sowjet-Medizin“. In den 1920ern, während der „Krise“ der Medizin, hat es die Ärzte der Weimarer Republik in Anhänger der „Sozialisierung“ und die der „Freiheit“ ihres Berufs gespalten.² Später, während der 1930er-Jahre, tauchte es in Übersee auf, um auch dortige Ärztekontroversen zu befeuern. Vor dem Hintergrund der US-amerikanischen Reformbestrebungen des New Deal fand die „Sowjet-Medizin“ glühende Anhänger wie erbitterte Gegner. Als umstrittener Exportartikel wurde die „Sowjet-Medizin“ in den Staaten des Ostblocks dann ab 1945 installiert und prägte fortan die westlichen sozialpolitischen Diskurse der Nachkriegszeit maßgeblich. Sie bot sich als positives Gegenbild immer dann an, wenn medizin- und modernisierungskritische Bewegungen aller Couleur in Abwehr der „professionellen Autarkie“ oder der „Macht der Pharmaindustrie“, der „Medikalisierung“ oder „Kommerzialisierung“ des Arztberufs eine Neuausrichtung der Gesundheitsfürsorge einforderten.³

Nach dem Zerfall der UdSSR verwandelte sich das Faszinosum der „Sowjet-Medizin“ schließlich in einen kollektiven Gedächtnisort, der Projektionsfläche für positive wie negative Zuschreibungen wurde und es bis heute noch ist. In der Bundesrepublik etwa reicht die Bandbreite erinnerungskultureller Imaginationen von dem furchteinflößenden Phantasma eines „roten Frankenstein“, der lebende Kampfmaschinen züchten wollte, bis hin zu „ostalgitisch“ verklärten Polikliniken der guten alten DDR.⁴ Jüngst wurde das „Gespenst“ in den USA während der politischen Auseinandersetzungen um das sogenannte Obamacare wieder gesichtet, dessen Befürworter sich als Bolschewiken beschimpfen lassen mussten.

Ungeachtet ihrer systematischen Bedeutung für ein tieferes Verständnis der Kulturgeschichte der Gesundheit im 20. Jahrhundert erweist sich die „Sowjet-Medizin“ jedoch auch innerhalb der professionellen Geschichtsschreibung noch immer als legendenhafte, um nicht zu sagen gespenstische Schablone. Zwar existiert bereits eine schier endlose Zahl an vor und nach dem Zerfall der Sowjetunion im Osten wie im Westen erschienenen Darstellungen zum sowjetischen Gesundheitssystem. Doch selbst das akademische Interesse am Thema wurde bislang maßgeblich durch ideologisch stark verzerrte Rezeptionsmuster überformt. Auf dem Höhepunkt des Stalinschen Terrors glaubte der Medizinhistoriker Henry E. Sigerist (1891–1957) auf seiner Studienreise Milch und Honig über Russland fließen gesehen zu haben und huldigte dem sowjetsozialistischen Modell der Gesundheitsversorgung als Krönung und Vollendung der Geschichte der Medizin schlechthin:

„All that has been achieved so far in five thousand years of medical history, represents the first epoch: the period of curative medicine. Now a new era, the period of preventive medicine, has begun in the Soviet Union. [...] Since I have studied the Soviet Union, I know that there is a future for mankind; that whatever may happen to the Western world, there is a future for human civilization. And I know, in addition, that our highest medical ambitions are not utopian but may some day be realized.“⁵

Der aufgrund seiner Studien über die Heilkunde der klassischen Antike vielbeachtete Hamburger Ordinarius für Medizingeschichte Charles Lichtenthaeler (1915–1993) glaubte hingegen selbst noch 1987, sein „hippokratisches“ Ideal der Medizin gegen den Bolschewismus im Gesundheitswesen verteidigen zu müssen:

„Den ‚Reißbrettstrategen‘ unter den Gewerkschaftlern, Politikern, Journalisten und östlich gerichteten Studenten ist der jetzige Pluralismus in der Krankenbetreuung ein Gräuel. Sie wollen Ordnung – Ordnung durch *Verstaatlichung*. [...] Einer anonymen Institution also, einem Abstraktum, dem Staat, verleihen diese weltfremden Ideologen jene humanen Züge, die sie an ihrem leibhaftigen Nächsten nicht mehr wahrnehmen können oder wollen. Der Arzt hat nicht mehr der Diener seiner Patienten zu sein, nach christlichem und bürgerlichem Ethos, sondern Diener der Gesellschaft; Lenin heißt der neue Gott!“⁶

Zwar gehören nach der methodisch-theoretischen Neuorientierung der Medizingeschichte jüngster Zeit derartige Eskapaden aus welcher politischen Richtung auch immer nicht mehr zu ihrem fachkulturellen Duktus. In der Substanz gab es bisher aber allenfalls bescheidende Fortschritte. In Studien zum sowjetischen Gesundheitswesen zeigt sich vornehmlich eine Geschichte der Institutionen und Lebenswege – geschrieben häufig in apologetischer oder diskreditierender Absicht. Die meisten Autoren argumentieren allerdings nicht mehr normativ. Mangels Alternative halten sie sich mit eigenen Deutungen und Wertungen dann aber ganz zurück und konzentrieren sich auf unverfängliche Schilderung „harter Fakten“, häufig auf kürzere Zeitabschnitte einzelner medizinischer Karrieren oder gesundheitspolitischer Konjunkturen beschränkt. Theoriegeleitete kultur- und strukturgeschichtliche Gesamtdarstellungen, die dem Phänomen der „Sowjet-Medizin“ Prägnanz und Konturschärfe hätten verleihen können, fehlen hingegen vollständig.

Auch die vorliegende Studie erhebt nicht den Anspruch, diese Forschungslücke gänzlich zu schließen. Ihren spezifischen Untersuchungsgegenstand bilden die kulturell-normativen Voraussetzungen und Strukturen der sowjetischen Medizin mit

dem Fokus auf „Ethos“ und „Antlitz“ beziehungsweise professionellen Habitus des sowjetischen Arztes. So versucht der Verfasser durch eine Fokussierung auf die Erziehung zum Arzt und berufsethische Verhaltensnormierung in der medizinischen Praxis die Tiefenstruktur der medialen Ordnung der UdSSR *in toto* sichtbar zu machen und grundlegende Erkenntnisse über ihre historische Ortsbestimmung zu gewinnen.

Medizin ist praktische Wissenschaft, ihre normativen und theoretischen Wissensbestände, Ethos und Logos, sind in Form eines gemeinsamen Handlungswissens eng miteinander verwoben. Technisches Wissen und Können wird niemals an sich angewandt, sondern stets vor dem Hintergrund bestimmter handlungsleitender und sinnverleihender Haltungen und Gebote, die wiederum selbst erst in einer kognitiven „Stützkonzeption der Wirklichkeit“ ihre gesellschaftliche Objektivation erfahren.⁷ In der Medizin realisiert sich diese Verwobenheit von Ethos und Techne in einer ganz besonderen Weise, da der Krankheitsbegriff selbst sich streng genommen als deontologische Wertidee erweist.⁸

Indem sie erkenntnis- und handlungsleitende Konzepte und Kontexte der ärztlichen Praxis aufeinander bezieht, vermag die Historiografie der Medizinethik thematisch und methodisch die Schlüsselposition an der Schnittstelle zwischen Ideen-, Kultur- und Sozialgeschichte der Medizin einzunehmen. Damit bildet sie einen gewinnbringenden Untersuchungsgegenstand und ermöglicht einen methodischen Zugriff, der besonders geeignet ist, übergreifende Zusammenhänge offenzulegen. Von dieser Standortbestimmung der ethischen Kultur der Medizin als Forschungsgegenstand ausgehend, verfolgt die vorliegende Arbeit vier Untersuchungsebenen:

1. *Ethikgeschichte i. e. S.* Das grundlegende Erkenntnisinteresse der Studie liegt darin, die professionelle Identität des Arztes, ärztliche Grundwerte und Verhaltensformen und die mit ihnen verknüpften sozialen Rollenerwartungen an Ärzte sowie verschiedene Methoden, die Übernahme und Erfüllung der Arztrolle zu sichern, in ihrem historischen Wandel von den Jahren nach der Oktoberrevolution bis zur Selbstauflösung der Sowjetunion zu rekonstruieren. Dementsprechend dient hier ein systematisch-entwicklungsgeschichtlicher Ansatz als methodische Grundlage. Auf einer Metaebene richtet sich das Augenmerk aber unter Rückgriff auf moralsoziologische Modelle systemtheoretischer Provenienz auf jene funktionalen Äquivalente (verschiedene Möglichkeiten) ärztlicher Verhaltenskontrolle in ihrer historischen Sukzession, auf welche sich die Gesamtnormativität der Medizin gemäß den jeweiligen politischen Bedingungen stützte. Deren Spannweite erstreckte sich von den juristischen Lenkungsmechanismen über die Psychotechnik und Disziplinar-macht bis hin zu ethisch-moralischen Techniken der Selbstbindung und ökonomisch-materiellen Stimuli des erwünschten Verhaltens.

2. *Ideengeschichte.* Diese Untersuchungsebene verfolgt das Arbeitsziel, im Rahmen eines ideen- und konzeptionsgeschichtlichen Ansatzes Beziehungen zwischen ethisch-deontologischen Wertideen, Grundsätzen der marxistischen Moralphilosophie sowie Therapie- und Krankheitskonzepten der sowjetischen Biomedizin aufzuzeigen. So werden u. a. die Umgangsformen mit der ärztlichen Schweige- und Aufklärungspflicht in ihrer Beziehung zu den fachmedizinischen Wissensbeständen um Prävention und Suggestion untersucht. Als paradigmatische Klammer

zwischen Faktum und Votum, Denken und Wollen innerhalb der sowjetischen Medizin fungierten diesbezüglich in erster Linie die Lehren Ivan P. Pavlovs (1849–1936) an, deren zentrale Rolle für die sowjetische Medizinethik hier als eine zentrale Ausgangsthese der Arbeit postuliert und einer genaueren Analyse zu unterziehen sein wird. Die wichtigste Herausforderung wird dabei sein, nicht in homogenisierende Beschreibungsmuster zu verfallen, wie sie in vielen Kollektivbiographien zu finden sind. Vielmehr soll es darum gehen, die dem medizinischen/ärztlichen Feld wie jedem sozialen Raum konstitutive intraprofessionelle Differenzstruktur in ihren Grundtendenzen und Spannungslinien aufzuzeigen. Selbstverständlich wird nicht der Anspruch erhoben, alle möglichen Auffassungen und „feinen Unterschiede“ darzustellen.

3. *Kulturgeschichte*. Auf dieser Ebene gilt es, die Rekonstruktion der Axiologie des sowjetischen Gesundheitssystems mit Hilfe ihrer kulturgeschichtlichen Kontextualisierung in Hinblick auf wechselnde politisch-ideologische Konjunkturen, Kollektivsymbole, Leitästhetiken und Rationalitätsasymmetrien der sowjetischen Gesellschaft zu erweitern. Zwei soziokulturellen Grundmustern, die Erziehung zum Arzt und ärztliche Praxis unsichtbar lenkten, kommt dabei besondere Beachtung zu: dem zukunftsgerichteten Zeitbegriff des Kommunismus und der integralistischen Weltanschauung. Mit dem ersten Kulturmuster ist die Futuritätssemantik des Plans, des Fortschritts und des Neuen Menschen anvisiert, über die sich jene sozialistische „Erwartungsgesellschaft“ formieren konnte, die aus dem Triumph des Morgens über das Gestern ihre Identität bezog.⁹ Das Kulturmuster der integralistischen Weltanschauung wird mit Stefan Plaggenborg als Bestreben gefasst, alles Besondere, Disparate, Lokale und Partikuläre durch rationale Ordnung, Systematik, Erwartungssicherheit und Übersichtlichkeit „eindimensional“ einzuebnen.¹⁰

Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich Phänomene identifizieren lassen, die dafür sprechen, dass beide soziokulturellen Grundmuster den Umgang mit Theorie und Ethik der Medizin in der UdSSR wesentlich geprägt haben. Dazu dient u. a. die Analyse, auf welche Weise sich die medizinischen *Heterochronien*¹¹ Vorbeugung, Prophylaxe und Prävention in den kulturellen Zeitstil der sozialistischen „Erwartungsgesellschaft“ integrierten. Dass das *esprit simpliste* der integralistischen Weltanschauung den Umwälzungen des medikalen Feldes der UdSSR auf organisatorischer Ebene etwa im Rahmen der strengen Zentralisierung des Gesundheitswesens in einer Behörde ihr unverwechselbares Gepräge gab, scheint evident zu sein. Spiegelten sich die integralistische Weltanschauung und Ästhetik klarer Linien und offener Horizonte aber auch in der zeitgenössischen Wahrnehmung der ärztlichen Standesethik wider? Die Untersuchung geht diesbezüglich der These nach, dass die angestammte Standesethik der Ärzte in diesem kulturellen Klima den Anschein einer naturwüchsigen Grauzone niedriger Rationalitätsdichte erhielt, während sich die ärztliche Tugend der Schweigsamkeit, ihr Herzstück, zur Kodifikation vernunftwidriger Intransparenz schlechthin entwickelte. Vom Konzept der integralistischen Weltanschauung ausgehend sind solche Zusammenhänge anhand der oben genannten Quellenkorpora näher zu betrachten.

4. *Gesellschafts- und Modernisierungsgeschichte*. Ein viertes und zentrales Anliegen besteht schließlich darin, gewonnene Erkenntnisse im umfassenderen Re-

ferenzhorizont der Modernisierungstheorie zur spezifischen Konstellation einer „anderen Moderne“, wie sie sich in dem Weltanschauungsregime Sowjetunion idealtypisch realisierte, in Beziehung zu setzen. Das Hauptinteresse gilt hier deshalb den Wechselbeziehungen und Spannungen zwischen Medizin und Politik. Auf dieser Ebene will die Analyse nicht einfach medizinethische Diskurse rekonstruieren, sondern in den Worten Reinhart Kosellecks „Strukturen artikulieren, die durch sie hindurchscheinen“¹². In der Medizinhistoriografie der letzten Jahrzehnte etablierte sich im Hinblick auf derartige Makroanalysen ein methodologisch-begrifflicher Interpretations- und Orientierungsrahmen entlang der Schlüsselkonzepte Medikalisierung und Medikalkultur, ärztliche Handlungsautonomie und Professionalisierung, Disziplinierung und Biopolitik. Die Integration der Geschichte der sowjetischen Medizin in eine übergreifende Kulturgeschichte der Gesundheit erfordert es somit, sie mit diesem theoretischen Instrumentarium beschreibbar zu machen. Den zentralen Quellenkorpus bildet hier wertbezogene verhaltensnormierende und handlungsbegründende Ärzteliteratur, die hinsichtlich ihrer Themen, Leitwerte, Verhaltensempfehlungen, „Begriffspersonen“, normativen Implikaten, narrativen Strukturen und Genrekonventionen analysiert werden soll. Aber auch andere Dokumente wie Zeitungsartikel, Gesetzestexte, Essays, Romane, Tagebücher, allgemeinverständliche Sachprosaerwerke oder Filme werden zur Rekonstruktion des „Antlitzes“ des sowjetischen Arztes im historischen Wandel hinzugezogen.

Mit der vierten Untersuchungsebene ist zugleich eine weitere allgemeine Erkenntnisfrage der vorliegenden Studie formuliert. Wie „modern“ war das sowjetische Gesundheitssystem? Diese Frage berührt gleichzeitig ärztliche Paradigmen, Konzepte, Denkstile und Diskurse, die den Dreh- und Angelpunkt desjenigen gesundheitspolitischen Grundkonflikts ausmachten, an dem sich die Auseinandersetzungen um das Ethos und Antlitz des Arztes neuen Typs in der UdSSR entzündeten. Es war, so die Arbeitsthese, der Dauerkonflikt um die gesamtgesellschaftliche Funktionalität der Medizin. Um die Kursrichtung dieser Arbeit gleich offenzulegen, folgen einige theoretische Vorüberlegungen zu dieser Problematik im nächsten Abschnitt.

II. ZUR KONZEPTUALISIERUNG DIESER ARBEIT

Das Janusgesicht der Medizin

Die Frage nach der Verortung des sowjetischen Medizinsystems in der Geschichte der Moderne führt zu diffizilen Anschlussfragen nach den Maßstäben und Kriterien der medizinischen Modernität, ja der Modernität schlechthin.¹³ Damit ist eine geschichtstheoretische Dauerdebatte angesprochen, in der bis heute keine Einigkeit besteht. Zwei Denkmuster sind dabei im Wesentlichen zu unterscheiden. Unter dem Primat der strukturellen Perspektive wird zum einen die Moderne aus der Talcott Parsonsschen Optik der funktionalen Differenzierung und Herausbildung autonomer Funktionskomplexe her betrachtet und mit einer demokratischen Gesellschaftsordnung assoziiert. In der zweiten Denktradition erhält den Vorzug jedoch das

„Ordnen und Systematisieren der Wirklichkeit, um sie berechenbar und beherrschbar zu machen“¹⁴, und somit der Prozess der Rationalisierung als eigentlicher Kern und Motor der sozialen Evolution. Diesem von Max Weber inspirierten „prometheischen“ Modernitätsverständnis schlossen sich namhafte Theoretiker von Michel Foucault¹⁵ bis Anthony Giddens¹⁶ oder Zygmunt Bauman an, der die Modernisierung als „a long march to the prison“¹⁷ schlechthin definierte.

Bei genauem Hinsehen findet sich in der Geschichtsschreibung der Medizin für diese Zweideutigkeit des Modernisierungskonzepts ein Korrelat, indem auch hier zwei unterschiedliche Denktraditionen erkennbar sind. Der Anschaulichkeit und Einfachheit halber sollen diese Denktraditionen hier an zwei historiographischen Stereotypengestalten festgemacht werden. Nennen wir sie den „Parsonsschen“ und den „Foucaultschen“ Arzt.

Der Parsonssche Arzt: Talcott Parsons beschrieb und erklärte die professionstypische Formung der Arztpersönlichkeit auf der Basis seines bekannten Strukturmodells des „professionellen Komplexes“¹⁸ als Ergebnis und Krönung eines langwierigen Ringens um die Lösung der historischen Leitaufgabe der Moderne, wissensbasierte Kulturtechniken zur Promotion des gesellschaftlichen Zentralwertes Gesundheit zu implementieren. Für die Erfüllung dieser Aufgabe war es erforderlich, den spezifischen Habitus eines autonom in persönlicher Verantwortung handelnden Sachverständigen zu etablieren.

Als augenfälligster Charakterzug dieses Arztes zeigt sich eine an Autarkie grenzende Entsagung an die Versuchungen der außermedizinischen Welt. Dieses Ethos kommt zum einen im Prinzip der „funktionalen Spezifität“ zum Tragen. Der Parsonssche Arzt versteht sich demnach als reiner Körperexperte: „A professional man is held to be ‚an authority‘ only in his own field.“¹⁹ Es ist für ihn Ehrensache, sich von nichtmedizinischen Angelegenheiten fernzuhalten. Dabei heißt sein Motto: nicht reden – handeln. Zum anderen findet diese selbstbeherrschte Haltung im Prinzip der „affektiven Neutralität“ ihren Ausdruck. Dieser Arzt wahrt eine emotionale Distanz gegenüber seinem Patienten.

Obwohl der struktur-funktionalistische Ansatz Parsons mittlerweile als überholt gilt und sich eine differenzierte Betrachtungsweise und Unterscheidung zwischen einer angelsächsischen marktorientierten Form der Professionalisierung („aus eigener Kraft“) und einem kontinentaleuropäischen, durch starke Staatsanlehnung gekennzeichneten Modell der Professionalisierung („von oben“) durchsetzen konnte²⁰, trägt eine ganze Reihe medizinhistorischer und medizinsoziologischer Untersuchungen jüngerer Datums unverkennbar die Handschrift von Parsons.²¹ Eine direkte Nachfolge dieses Modells tritt Luhmann an, dessen Theorieansatz mit dem Parsonsschen im Punkt der „funktionalen Spezifität“ völlig übereinstimmt: „Nur Krankheit ist für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen.“²²

Der Grad der politischen Abstinenz und Verweigerung kristallisiert in dieser Perspektive zum Richtmaß der Professionalität und Modernität der jeweiligen medizinischen Ordnung. So findet der Soziologe und Historiker Ulrich Oevermann den Kern der genuin ärztlichen Haltung insbesondere in einer auf „Integrität der je partikulären Lebenspraxis gegenüber der umgebenden politischen Vergemeinschaft-

tung“ gerichteten Professionslogik. Diese Indifferenz ergebe sich notwendigerweise aus der Arztrolle in deren gesellschaftlichen Sonderfunktion der „stellvertretenden Krisenbewältigung“.²³ „In seiner Rolle obliegt dem Arzt eine verminderte gesellschaftliche Verantwortung als vergleichsweise in seiner Rolle als Bürger“, betont Urban Wiesing.²⁴ Auf systemtheoretischer Grundlage ziehen Rudolf Stichweh und Werner Vogd in diesem Punkt ähnliche Schlüsse.²⁵ Den spezifischen Ort der Medizin in der modernen Gesellschaftsarchitektur markiert Vogd wie folgt:

„Mit der fortschreitenden funktionalen Differenzierung schiebt sich nun die ärztliche Profession – gleichsam als dritter Stand – zwischen Staat und Wirtschaft und betont nun den Klientenbezug, also die Verantwortlichkeit gegenüber dem individuellen Klienten auch gegen den staatlichen Durchgriff.“²⁶

Aufgrund dieser Distanz zu Politik spricht der Soziologe der Medizin als Funktionssystem jegliche gesamtgesellschaftliche Rationalität ab.²⁷ Der professionelle Arzt verhält sich gegenüber kollektiven Rationalitäten indifferent. Stattdessen definiert er sich im Hinblick auf die zwei eng fokussierten Attribute: individuelle Handlungsethik und Einzelfallorientierung. So stehe er laut Vogd politischen Einheitssemantiken grundsätzlich skeptisch gegenüber.²⁸ Als solche gelten beispielsweise Präventionsprogramme, die nicht dem medizinischen, sondern dem politischen System zuzuordnen sind.²⁹ Kurzum, der Parsonssche Arzt repräsentiert, in den Worten Niklas Luhmanns, ein „System des Umgangs mit Krankheit“ und nicht ein „System der Herstellung von Gesundheit“.³⁰

Der Foucaultsche Arzt. Ein diametral entgegengesetztes Narrativ transportiert das in der Medizinhistoriographie gegenwärtig weitaus präsentere Foucaultsche Arztbild. Sein Habitus ist i. d. R. durch zwei Beschreibungskategorien – Medikalisierung und Biopolitik – geformt. Den Begriff der Medikalisierung begleiten zwei markante Spannungslinien: Einerseits visiert er den Prozess der Verschiebung der Kräfteverhältnisse zwischen irregulären und approbierten Heilern auf dem Gesundheitsmarkt, welcher zugunsten der Letzteren ausfiel, und zielt somit auf die wachsende Monopolisierung der Medikalkultur durch die offizielle Schulmedizin in der Vergangenheit.³¹ Andererseits bezeichnet er in Foucaultscher Tradition mit entlarvendem Gestus eine Form der sozialen Kontrolle mit Hilfe einer zunehmenden Imprägnierung aller Lebensbereiche und Diskurse (einschließlich Reinlichkeitsvorstellungen, Sexualität, Geburt, Kindererziehung, Ernährung, geistige Störung) durch medizinische Deutungsmuster, Handlungsimperative und Wertvorstellungen.³² In den so medikalisierten Subjekten manifestiert sich die von Foucault in anderen Kontexten als „disziplinierende Technologie des Körpers“ definierte Disziplinarmacht in ihrer verinnerlichten Form.³³ Aus dieser Perspektive fungiert die Medikalisierung als Wiege des modernen Subjekts, welches die für komplexe Gesellschaften nötige Selbstbeherrschung aufbringen muss. Es bildete sich heraus, indem sich über die Vermittlung, Aneignung und Verinnerlichung hygienischer Körperpraktiken ein Übergang vom Fremdzwang zu den privaten Techniken des Selbst vollzog.³⁴

Bei einem Verständnis der Medikalisierung als Technik der äußeren und inneren Menschenführung (Machttechnologie und Selbsttechnologie) kommt der Einbeziehung des menschlichen Lebens in die Kalküle der politischen Macht und de-

ren Zweckbündnisse mit der Ärzteschaft in absolutistischen Regimen³⁵ und modernen Imperien und Diktaturen³⁶ eine herausragende Stellung zu. Die Semantik der Medikalisierung legt nahe, die Ärzte würden im repressiven Gespann der Staats- und Medizingewalt aufgrund ihrer professionellen Interessen und Ambitionen den aktiveren Part übernehmen.³⁷ Diese Deutung der Hypermedikalisierung trieb der gesellschaftskritische Theologe Ivan Illich in Kampfvokabeln wie „diagnostischer Imperialismus“, „pharmazeutische Invasion“ oder „äskulapianische totalitäre Macht“ beispielhaft auf die Spitze.³⁸

Anders konnotiert ist jedoch der Begriff der Biopolitik, mit dem Foucault den „Eintritt des Lebens und seiner Mechanismen in den Bereich der bewussten Kalküle“³⁹ fasste. Nach Foucaults These avancierte die Sicherung und Steigerung des Lebens zur zentralen Funktion des modernen Staates. Im Horizont dieser These präsentiert sich die Medizin als Instrument der Ausweitung der politischen Kontrollmacht nicht bloß auf den individuellen Körper, sondern auf die Gattung Mensch⁴⁰ oder in der Lesart Giorgio Agambens auf das „nackte Leben“ selbst.⁴¹ Sie ist ein Medium, durch das die Regierung ihren freien, reinigenden Blick auf die eigenen Bürger massenkonstituierend wirft. Im Hinblick auf die oben festgestellte Aversion des autonomen „Parsonsschen Arztes“ gegenüber hygienepolitischen Maßnahmen und Zielen fällt eine Transformation besonders ins Auge, die Foucault zufolge mit der Politisierung der Medizin am Ausgang des 18. Jahrhunderts einherging:

„Die Medizin darf nicht mehr bloß die Gesamtheit der therapeutischen Techniken und des dazu erforderlichen Wissens sein; sie wird auch eine Erkenntnis des gesunden Menschen einschließen, d. h. sowohl eine Erfahrung des nichtkranken Menschen wie eine Definition des Modellmenschen.“⁴²

Diese Medizin untersteht demzufolge nicht dem Primat der invasivmedizinischen Einzelfalllogik und richtet sich nicht auf die Problemvorgaben und Leistungserwartungen konkreter Hilfesuchender. Vielmehr entsteht ein Funktionskomplex, operierend in den kollektiven und numerischen Kategorien Nation und Rasse, Norm und Normalverteilung, dessen Bezugsproblem die „Volksgesundheit“ bildet.⁴³ Zudem besitzen darin nicht mehr Gegenwart und Abwarten des Schadenseintritts oberste Priorität, sondern die Zukunft – eine ungewisse Zukunft, die je nach politischer Färbung als Utopie des neuen Menschen oder Bedrohungsszenario der Entartung und Degeneration dessen Gegenwartspraxis instruiert. Im Gegensatz zu seinem Parsonsschen Kollegen hüllt sich der Foucaultsche Arzt ungern in Schweigen. Die Wahrheit des uneingeschränkt freien Blicks der Medizin soll nicht einfach erkundet, sie muss laut verkündet werden. Damit inkorporiert der Foucaultsche Arzt in seinem Habitus eine Funktionsausrichtung des Medizinsystems, das in Luhmanns Worten „nicht auf das Heilen von Krankheiten, sondern auf das Herstellen von Gesundheit abstellt“⁴⁴.

Auch wenn Foucault selbst dieses Konzept abgesehen von einigen Randbemerkungen⁴⁵ nicht systematisch auf die Diktaturen des 20. Jahrhunderts anwandte, wurde dieser Schritt dennoch später in mehreren Analysen der Medizin im NS-Staat⁴⁶ und in der Sowjetunion⁴⁷ vollzogen. Zweifellos atmet der Foucaultsche Arzt

in der Diktatur den Geist der Moderne, jedoch einer anderen als der von Parsons postulierten.

Der medizinische und der medizinale Code

Die oben als Janusgesicht der Medizin apostrophierte historische Konfiguration scheint zwei dichotome Meistererzählungen zu präsentieren. Beim genaueren Hinsehen reflektiert sie in Wirklichkeit divergente Forschungsperspektiven auf zwei komplementäre Seiten ein- und desselben historischen Entwicklungsprozesses. Im Kern geht es dabei um einen strukturgeschichtlichen Paradigmenwechsel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, der folgende Eckpunkte aufweist: In der Vormoderne galt Kranksein als ein lebensweltlich verankerter und durch das Alltagswissen des Laien definierter Gegenstandsbereich, der unter dem Primat der akuten Hilfe stand.⁴⁸ Die Verbürgerlichung der Gesellschaft und das Aufkommen des Merkantilismus schufen jedoch die Voraussetzungen dafür, dass die Frage nach der Gesundheit zur Staatsräson avancierte, da sie die Arbeitskraft des Bürgers und die Kampffähigkeit des Soldaten sicherte.⁴⁹ Unter den Bedingungen des aufgeklärten Absolutismus betrat das Medizinalwesen das medikale Feld hauptsächlich in Gestalt der medizinischen Polizei und hygienischen Aufklärung – besorgt zuerst hauptsächlich um die Seuchenbekämpfung und später auch um das, was heute als Verhältnis- und Verhaltensprophylaxe bekannt ist –, um unter dem Label des „Allgemeinwohls“ zum wichtigsten Instrument staatlicher Rationalisierungsbestrebungen zu werden. Diese zielten auf eine radikale Umwälzung in der Lebensführung der Bevölkerung und die Formung eines kultivierten Subjekts, in dessen habituellem Kontinuum keine Grenze zwischen Prophylaxe und Enthaltbarkeit, Reinlichkeit und Höflichkeit, Etikette und Moral mehr bestand.⁵⁰

Unter diesen Bedingungen erschien die medikale Kultur zweigeteilt: Einer Schulmedizin, die sich maßgeblich über hygienepolitisches Handeln – und damit Disziplinarmacht und Biopolitik – definierte und institutionell fast ausschließlich auf die öffentliche Gesundheitsfürsorge (Stadtärzte) und Gesundheitsaufsicht (Medizinalbeamte) beschränkte, stand eine Armee irregulärer Heiler gegenüber, die nach wie vor das eigentliche Heilgeschäft der akuten Hilfe für die Massenbevölkerung durchführten.⁵¹ Zwar hat es bereits früh auch privatärztliche Praxis in den urbanen Zentren gegeben, diese blieb jedoch auf die Behandlung sozialer Oberschichten beschränkt und damit eine Randerscheinung.⁵²

Ein Gedanke ist in diesem Zusammenhang besonders hervorzuheben: Staatliches Medizinalwesen und Laienmedizin konkurrierten nicht bloß als institutionell, sozial und epistemisch voneinander getrennte Angebote innerhalb ein und desselben gesellschaftlichen Bedarfssegments. Bereits die Bezugsprobleme, auf die sie primär zielten, unterschieden sich grundlegend: Der (*Volks*)gesundheit als politisches Problem stand *Krankheit* als private Sorge gegenüber. Um bei den oben eingeführten Bildern zu bleiben, betrat die gelehrte Medizin die historische Bühne in erster Linie in Foucaultscher Gestalt eines *medicus politicus*. Stattdessen verblieb die Funktion der stellvertretenden Krisenbewältigung für die breite Bevölkerung

weiterhin unter der Dominanz nichtakademischer Problembearbeiter: Für diese lebensweltlich verankerten, einzelfallorientierten Laienheiler galt grundsätzlich aber das, was mit Luhmann folgendermaßen paraphrasiert werden kann: Nur Krankheit ist für den Quacksalber instruktiv, die Gesundheit verschafft ihm keine Arbeit.

Grundlegend änderte sich diese Situation erst im 19. Jahrhundert, als die Revolutionierung der klinischen Praxis den Schulmedizinern einen Vorsprung bezüglich des therapeutischen Anwendungswissens gegenüber unzähligen Quacksalbern und Kurfuschern jener Zeit verschaffte. Erst jetzt wurde auch der medizinische Funktionskomplex der akuten Hilfe europaweit zur öffentlichen Institution. Innerhalb des sogenannten „ärztlichen Einheitsstandes“ wurde daher der Ausschluss der Chirurgie aus dem Kompetenzbereich der Medizin aufgehoben.⁵³ Multifunktionell ausgerichtete Hospitäler verwandelten sich in spezialisierte Krankenpflegeanstalten.⁵⁴ Ihren Gestaltungsanspruch als normierende, überwachende und überredende Kraft gab die Medizin damit aber keineswegs auf.⁵⁵ Das kollektivorientierte und öffentlich institutionalisierte gesundheitsbezogene Handeln hat sich stattdessen um ein am individuellen Krankheitsfall orientiertes Handeln der freipraktizierenden oder in Krankenhäusern angestellten Ärzte ergänzt.⁵⁶ Auf diese Weise verschob sich jene Grenze zwischen „Kurieren“ und „Staat machen“, welche zuvor eine Arbeitsteilung zwischen System und Laienwelt bedeutet hatte, in die Mitte der Schulmedizin selbst.

Diese Konfiguration in systemtheoretischer Terminologie zusammengefasst ergibt folgendes Bild: Im Verlauf der Moderne nimmt innerhalb der Schulmedizin der Anteil solcher Kommunikationen zu, die dem an der Leitunterscheidung *krank/gesund* orientierten System der Krankenbehandlung zuzuordnen sind. Somit akademisiert sich quasi der *medizinische Code*. Demgegenüber stehen medizin- und sanitätspolizeiliche sowie gerichtsärztliche Kommunikationsformen, die hier unter dem Begriff des *medizinischen Codes* zusammengefasst werden können. Ohne Zweifel war damit eine Codekonkurrenz vorprogrammiert, die sich zwangsläufig an der Frage nach dem grundlegenden Zeitschema des medizinischen Handelns entzünden musste, das heißt an der Frage, ob wiederherstellend-reaktives oder gestaltend-proaktives Handeln die oberste Priorität genieße.⁵⁷ Aus dieser Betrachtung ergibt sich eine Zuordnung der beiden oben porträtierten ärztlichen Prototypen der zentrifugalen beziehungsweise zentripetalen Dynamik der Moderne oder genauer der gesamtgesellschaftlichen (Foucaultscher Arzt) und funktional-spezifischen (Parsonsscher Arzt) Rationalität des Medizinsystems.

Empirisch-konkret lässt sich diese These an zentralen Streitthemen um das Selbstverständnis und die Ethik der Medizin, wie sie die Medizinhistoriografie reflektiert, verfolgen. Ganz besonders eignet sich dafür der Diskurs um Vorbeugung, Prophylaxe und Prävention, da in diesem Diskurs die Demarkationslinie zwischen dem Parsonsschen und Foucaultschen Geist der Medizin verhandelt wurde. Hier gipfelten letztlich paradigmatische Fachdebatten um Milieu oder Vererbung, Medizin als Heilkunst oder als Heilkunde, um die Kommerzialisierung oder Verstaatlichung des Gesundheitswesens usw. Darin lag und liegt bis heute die systematische Schlüsselposition und medizinethische Dauerbranz der Prophylaxe-Frage. Wie zu

zeigen sein wird, gilt diese Feststellung für die historische Einordnung des sowjetsozialistischen Projekts des Gesundheitswesens erst recht.

Das sowjetische Gesundheitssystem als Forschungsgegenstand

Zwei Beziehungachsen rückten bislang die Professionalisierungsgeschichten der Ärzteschaft in Deutschland und anderen Ländern unter Verwendung des Konzepts der medizinischen Kultur, Medikalkultur oder Medikalisierung ganz besonders in ihren Fokus: die zwischen Medizin und Staat und die zwischen Medizin und Laienwelt.⁵⁸ Arbeiten, die in diesem Forschungskontext bislang entstanden, haben der Medizinhistoriografie nicht nur neue Perspektiven eröffnet, sondern auch methodische Probleme aufgeworfen und im Laufe der Zeit gelöst. Um zu historisch korrekten Deutungen zu gelangen, wurden professions- und modernisierungstheoretische Annahmen auf vielfache Weise mit den empirischen Befunden in kritisch-historischer Perspektive abgeglichen und einer umfassenden Kontextualisierung unterzogen.⁵⁹

Beachtung finden wesentliche Differenzen zwischen einem angelsächsischen marktorientierten Modell der Professionalisierung und seiner kontinentaleuropäischen, politisch überformten Verlaufsvariante.⁶⁰ Nuancierter gestalten sich inzwischen die Sichtweisen auf die historische Einordnung der Professionen. So wurde dafür der wichtige Nachweis erbracht, dass sich Professionen nicht in ein lineares Modernisierungsschema einfügen lassen, sondern sich gerade über das Festhalten an vormodernen Leitwerten und Praktiken profilieren.⁶¹ Aufgrund dieser „soziologischen Ambivalenz“ definiert Rudolf Stichweh die klassischen Professionen auf systemtheoretischer Basis als „ein Phänomen des Übergangs von der ständischen Gesellschaft des alten Europas zur funktional differenzierten Gesellschaft der Moderne“.⁶² Des Weiteren wurde auf die Tendenz zu einer ahistorischen Ontologisierung der Dichotomie zwischen Ärzte- und Laienkultur, System und Lebenswelt aufmerksam gemacht.⁶³ Es wurde bemängelt, daß aus einer Verlegung des Fluchtpunktes der Forschung auf das jeweilige Systemaußen in einer Verblendung des Fachdiskurses gegenüber Binnendifferenzierungen innerhalb des betroffenen Systems selbst resultieren könne.⁶⁴

Genau durch solche Dichotomien, Vereinfachungen und Vereinseitigungen sind aber häufig Studien gekennzeichnet, die sich mit der russischen oder sowjetischen Medizingeschichte bislang befasst haben. Im Hinblick auf die russischen Ärzte wurde dabei in der Regel ein homogenes, normativ überfrachtetes Bild vermittelt. So beschrieb Nancy Frieden die Professionalisierungsgeschichte der russischen Ärzteschaft als eine Geschichte des Scheiterns und der Abweichung von der Norm:

„Russian institutions had shaped physicians into a group different from medical professions in other lands. The most distinctive feature, a service ethos joined to public employment, had as its corollary the limited development of professional autonomy.“⁶⁵

Während sich die russische Geschichte des Ärztstandes damit nicht dem Parsonsschen „Normalverlauf“ fügt, scheint sie dem Foucaultschen Narrativ umso genauer

zu entsprechen. Generell wird der Medizin des Zarenreiches attestiert, dem politisch-administrativen Apparat besonders nahe zu stehen und von den öffentlichen Aufgaben und Ansprüchen überfrachtet zu sein.⁶⁶ Als Beleg wird gern die sogenannte Zemstvo-Medizin angeführt, was jedoch nicht stichhaltig ist, wie weiter unten noch zu zeigen ist (vgl. Kap. 1).

Für die postrevolutionäre Entwicklung bieten zahlreiche Autoren zwar in verschiedenen Diktionen ein im Endeffekt dennoch relativ einheitliches Bild: Mit dem Sieg des Roten Oktober soll demnach in Sowjetrußland derjenige Arzttypus eine *Carte blanche* erhalten haben, den wir oben als Foucaultschen Arzt bezeichnet haben. In seiner bolschewistischen Spielart erscheint er als skrupelloser Kollaborateur und williger Vollstrecker der Sowjetmacht, der mit Stahl, Strahl und Chemie für die Sache einer gewaltsamen Modernisierung und imperialen Medikalisierung des Landes ins Feld zieht.

„Control became a central issue of public health and took on particular importance in the Soviet Union. Divisions of public/private and political/cultural are much more delineated in liberal states (albeit blurred, as Foucauldian scholars have noted), but the Soviets stretched these boundaries still further. Soviet health programs were more thoroughly applied, more intense in their surveilling, and more radically conceived than anywhere else.“⁶⁷

Im bolschewistischen Großexperiment wird dem Arzt einhellig die Schlüsselrolle zugeschrieben, da doch die Schaffung des „Soviet body“ und der hygienischen Ordnung den Kern der sozialistischen Utopie ausgemacht habe.⁶⁸ Im Banner einer „Biopolitik des Unsichtbaren“ – als Bekämpfer von Seuchen, vormodernen Lebensweisen und angestammten Heilmethoden – ist er an den Rändern des Sowjetimperiums unterwegs, um kolonialistische Ambitionen der Zentralmacht durch die Oktroyierung normativen Körperwissens durchzusetzen.⁶⁹ Als forensischer oder demografischer Sachverständiger begibt er sich auf geheime Mission, um Spuren stalinistischen Terrors – Massenmorde oder „staatlich induzierte Krankheiten“, die Hungersnöte – zu vertuschen.⁷⁰ Zu seiner Höchstform läuft er aber auf dem Gebiet der biomedizinischen Forschung auf, und zwar in der diabolischen Gestalt eines „roten Frankenstein“. Über neurophysiologische Disziplindiskurse gelingt es ihm, ein reduktionistisches Menschenbild in die Gesellschaft zu lancieren, was nach Torsten Rüttings These der „Modernisierung Russlands, gekennzeichnet durch ihre extreme, von apokalyptischen Motiven begleitete und gewaltsame Beschleunigung“ einen mächtigen Impuls gibt.⁷¹ Kreuzungen zwischen Mensch und Affe zählen noch zu den bescheidensten seiner Experimente⁷², reichen doch seine hybriden Pläne bis hin zur Substitution des Gebärens durch „Knospung“ und zur gänzlichen Emanzipation des Menschen von der Vergänglichkeit des Körpers.⁷³ Peter Sloterdijk sieht im Roten Oktober eine „anthropotechnische Bewegung im sozialpolitischen Gewande“, die den Menschen „als grenzenlos plastischen Patienten der Veränderung, der immer nur gewinnen kann, wenn er sich grenzenlos operieren lässt“, betrachtete.⁷⁴ „Biopolitische Utopie“, dieses Etikett deklariert die politisch-imaginäre Dimension der bolschewistischen Vorstellung von unbegrenzter Formbarkeit der Natur und des Menschen schlechthin.⁷⁵

Für derartige Stereotypisierungen hatte die sowjetische Gesundheitspropaganda selbst eine steile Vorlage geliefert, stilisierte sie sich doch stets als jovial-

imperiales ehrgeiziges Projekt des Neuen Menschen (Abb. 0.1, 0.2). Ihre Rhetorik verströmte den Geist der szientistischen Eschatologie des Kommunismus, wie sie Maxim Gor'kij lapidar zusammenfasste: „Die Macht des Menschen über die Natur. Die planmäßige, organisierte Arbeit der sozialistischen Gesellschaft. Sieg über die Elemente, über Krankheit und Tod.“⁷⁶



Abb. 0.1 Buddhistischer Mönch Geljum in einer Poliklinik. Russland, Kalmykien/Bogačanosy 1928. Quelle: RGAKFD, Krasnogorsk Inv. Nr. 3-4002 č/b.

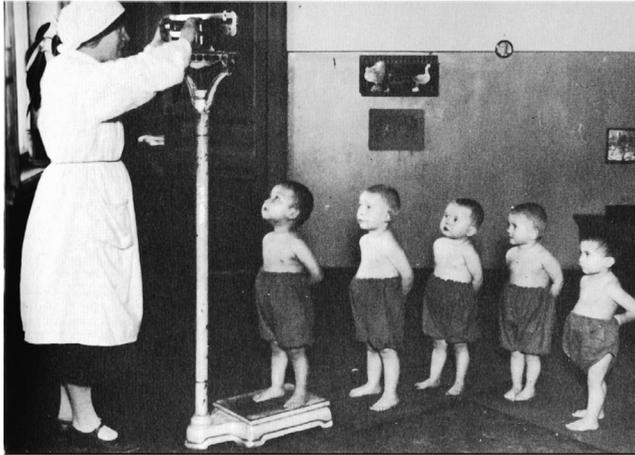


Abb. 0.2 Untersuchung von Kindern. Sovfoto.

Quelle: Sigerist, H. E.: *Socialized Medicine in the Soviet Union*, New York 1937, S. 224.

Es hat also tatsächlich den Anschein, als könnte der Foucaultsche Arzt die Bühne der sowjetrussischen Medizin für sich allein erobert haben. Ein quellenkritischer Historiker mag sich aber fragen, ob eine Diskursgeschichte, allein basierend auf phantasmatischer Ebene solcher zumeist literarischer Selbstinszenierungen, methodisch befriedigen kann. Werden hier nicht allzu voreilig ideologische und diskursive Realitätskonstruktionen, öffentliche und veröffentlichte Meinung gleichgesetzt? Gewiss reflektieren die oben angeführten Bilder des biopolitischen Arztes jenes utopisch-avantgardistische Denken der 1920er-Jahre, das für die frühsowjetische Kultur tatsächlich prägend war und sich damals vor allem im literarisch-künstlerischen Milieu in der allgemeinen Forderung zuspitzte, die soziale Revolution durch eine „naturale“ zu transzendieren.⁷⁷ Dabei stellt sich die Frage aber, wie der von oben eingeleitete Kulturwandel aufgenommen wurde. Auf welche Widerstände traf er? Welche Konflikte löste er aus? Welche Brechungseffekte hat das medizinische Feld auf ihn ausgeübt?

Der 1955 geschriebene und erst 33 Jahre später in der Sowjetunion erschienene Roman Boris L. Pasternaks (1890–1960) *Doktor Živago* liefert nur das markanteste Exempel eines medizinischen Gegenphantasmas aus der Nachkriegszeit.⁷⁸ Um eine fast autark mitten in der Brandung der Historie wirkende Romanfigur zu zeichnen, verlieh ihr Pasternak nicht zufällig den Beruf und die Berufung des Arztes. Nach der Romanhandlung stirbt der „bürgerliche“ Doktor Živago im Jahr der „großen Umwälzung“ 1929. Verschwindet dieser Prototyp aber wirklich spurlos aus dem medizinischen Diskurs und ärztlichen Ethos der UdSSR?

Schon der flüchtige Blick in die öffentlichen und internen fachmedizinischen Diskussionen erhärtet die Vermutung, dass dies nicht der Fall war und der Kontrollanspruch des Staates gegenüber den Ärzten und reale Möglichkeiten, ihn auszuüben, weit auseinanderlagen. Während der oben umrissene Prototyp des Arzt-Biopolitikers propagandistisches Wunschbild blieb, schien gerade dessen unbequemer

Antipode die gesellschaftliche Außenwahrnehmung der Medizin bis in die Nachkriegszeit weiterhin zu bestimmen. Die Reichweite derartiger Widerstände ist im Verlauf dieser Arbeit noch genauer zu prüfen. Viele Indizien verweisen jedenfalls auf die Grenzen der politischen Herrschaftsausübung mittels der Medizin und sprechen für die Annahme, dass sich die sowjetische Ärzteschaft, als kollektiver Akteur insgesamt, im Kontrast zu ihren „selbstgleichschalteten“ Kollegen im NS-Staat und eher vergleichbar mit der Situation der Ärzte in der DDR⁷⁹, als relativ sperriges, erratisches Objekt für politische Fremdeingriffe erwies.

Daraus leitet sich eine weitere Arbeitsthese dieser Arbeit ab: Die in zwei prototypischen Berufsrollen konkretisierte Dichotomie medizinhistorischer Beschreibungen lässt sich als heuristischer Schlüssel für die historische Rekonstruktion betrachten. Pointiert kann die sowjetische Entwicklung als Zweikampf des „Foucaultschen“ und „Parsonsschen“ Arztes bildlich beschrieben werden.

III. LEITBEGRIFFE UND METHODEN

Das medizinische Feld

Die formulierte Arbeitsthese vom Zweikampf des „Foucaultschen“ und „Parsonsschen“ Arztes führt nun zur Anschlussfrage nach der bestgeeigneten Methode, das vorausgesetzte Spannungsverhältnis zu erfassen. Mit welchem Ansatz ließen sich Binnenstrukturen, begriffen als komplexes Beziehungsgefüge widersprüchlicher Dispositionen interagierender Akteure innerhalb des medizinischen Praxisfeldes, analysieren? Als probate methodisch-theoretische Praxis für derartige Feinanalysen hat sich in der Forschung die Theorie des sozialen Raumes von Pierre Bourdieu bewährt, die aufgrund ihrer Isomorphie mit der Systemtheorie Luhmanns auch in Kombination mit dieser angewandt werden kann.⁸⁰

Im Mittelpunkt dieses methodischen Zugriffs steht das Konzept des sozialen Feldes, dem hier *mutatis mutandis* der systematische Ort des Luhmannschen Funktionssystems zukommt. Nach Bourdieu bietet sich mit der Raummetapher des Feldes ein heuristisches Modell an, um Handlungsspielräume innerhalb des jeweiligen eigenlogischen Wirklichkeitsbereichs zu beschreiben.⁸¹ Dabei geht er von der gesellschaftstheoretischen Prämisse aus, dass die Struktur dieser Handlungsspielräume aus einem polaren Spannungsverhältnis zwischen dem heteronomen und autonomen Ordnungsprinzip resultiert. In der bürgerlichen Gesellschaft realisiert sich diese polare Spannung typischerweise als widersprüchliche Disposition zwischen ökonomischem Profitinteresse (heteronom) und orthodoxem Systemidealismus (autonom). In der wissenschaftlichen Forschung etwa entwickeln sich polare Felddominanten wie „reine“ (autonome) und angewandte (heteronome) Forschung. In der Kunst scheiden sich die Geister an einer „reinen“ oder „kommerziellen“ Ästhetik.⁸² Dabei fungieren diese Subfelder als kondensierte Symboladressen einer dezidiert moralischen Kommunikation, die im jeweiligen Feld stattfindet und sich an den Grundfragen um den Sinn und Zweck der feldspezifischen Tätigkeit entzündet. Soziale Akteure, die bestimmte Feldpositionen einnehmen, inkorporieren diese