

## Grundlagen, Leitfragen, Ziele

Zar Alexander I. bekannte sich zu überlieferten Werten. Nach eigenem Bekunden hörte er stets auf den Rat seiner Mutter und vermied nach Möglichkeit eine Konsultation mit Ärzten sowie die Einnahme verordneter Arzneien.<sup>1</sup> Der Anlass dieser kaiserlichen Ausweichmanöver war die gelehrte Medizin Europas, deren Vertreter in seinem Reich seit Jahrhunderten tätig waren, die dort aber erst seit einigen Jahrzehnten auf einer festen, institutionellen Grundlage stand. Hieran hatte die Bildungspolitik der Zaren-Dynastie maßgeblichen Anteil, vor allem Katharina II., die Großmutter Alexanders, die seiner Regierung in besonderer Weise als Vorbild diente. Als Ersatz für teure, aus dem westlichen Ausland berufene Heilkundige waren im Verlauf des 18. Jahrhunderts immer mehr Mediziner im Zarenreich ausgebildet und im Zivil- beziehungsweise Militärdienst eingesetzt worden. Während der Regentschaft Alexanders (1801–1825) öffneten nicht nur die medizinischen Fakultäten von fünf neu gegründeten Universitäten ihre Tore für zukünftige Ärzte, sondern als wichtigste zentrale Ausbildungsstätte die „Medizinisch-Chirurgische Akademie“ in den beiden Hauptstädten Petersburg und Moskau.<sup>2</sup> Der Regierung galt die institutionalisierte Medizin als ein Paradebeispiel dafür, wie sich nützliches Wissen im Zarenreich zur ertragreichen Blüte bringen lasse. Noch unter Zar Peter I. zu Beginn des 18. Jahrhunderts, hieß es in einem internen Bericht aus der Planungsphase der neuen Akademie,<sup>3</sup>

„war die medizinische Wissenschaft in Russland kaum bekannt. Doch auch während der Regentschaft dieses Monarchen waren ihre Erfolge gering wegen der damaligen Vorurteile des Volks und des Misstrauens gegenüber allem Ausländischen sowie aufgrund der unzureichenden Mittel zur systematischen Erkenntnis der Heilkunst, die den Lernenden nur praktisch unterrichtet wurde.

[...] Weil die Hauptaufgabe der Ärzte darin bestand, Kranke zu heilen und man für deren Nachversorgung Studenten verpflichtete, besaßen die einen nur sehr wenig Zeit, zu lehren, und die anderen, zu lernen. Dieses Hindernis war die Ursache, dass es nicht viele gelehrte Ärzte in Russland gab und dass man gezwungen war, sie aus dem Ausland zu rufen oder die Hiesigen zum Studium dorthin zu schicken, damit sie die höchsten medizinischen Grade erreichten.“

An dieser Einschätzung ist nicht nur bemerkenswert, wie selbstverständlich sie auch Alexander gegen sein privates Misstrauen zur Grundlage der zarischen Bildungspolitik machte. Er vollendete das Werk seiner Großmutter, das unter

- 1 N. V. Kuprijanov, *Istoričeskij očerk sostojanija mediciny v carstvovanije Aleksandra I*, in: *Protokoly zasedanij obščestva russkich vračej v S. Peterburge za 1877–1878*, SPb. 1878, hier Nr. 7 (16. 12. 1877), S. 145 f.
- 2 N. P. Ivanovskij, *Istorija Imperatorskoj Voenno-meditsinskoj (byvšej Mediko-chirurgičeskoj) Akademii za sto let*, SPb. 1898; P. I. Tichonov, *Medicina v Rossii v èpochu napoleonovskich vojn*, SPb. 1913, S. 4–15.
- 3 I. Gejm, *O sostojanii nauk v Rossii pod pokrovitel'stvom Pavla, M. 1799*; *Immediatsbericht des Direktors des MedKol*, 2. 7. 1795, in: *RGADA*, f. 16, op. 1, d. 322/6, l. 199–210ob, folgendes Zitat l. 199ob–200.

Peter I. mit der kriegsbedingt improvisierten Einrichtung von Hospitalschulen begonnen hatte und mit der Gründung der Universität Moskau (1755) kaum vorangekommen war: den Aufbau einer eigenständigen Medizinerbildung auf dem Niveau der europäischen akademischen Medizin. Von der Obrigkeit verlangte Bildungspatente waren zur Schlüsselqualifikation eines neuen Berufs geworden. Das von lizenzierten Ärzten repräsentierte Wissen, für das sich der Neologismus *medicina* durchgesetzt hatte, galt zum Jahrhundertende in einem populärwissenschaftlichen Sammelwerk bereits als Heilkunde [*vračebnaja nauka*] schlechthin.<sup>4</sup> Dies war ganz im Sinn des zitierten Berichts über die medikochirurgische Akademie. Aus seiner Sicht zeigte sich der entscheidende Einfluss der westeuropäischen Medizin nicht allein in einer verbesserten Praxis etwa der Wundversorgung und Medikationen, sondern in der Übertragung eines gelehrten Systems, das Russen inzwischen ebenso gut wie Ausländer beherrschten.

Was erklärt dieses Interesse an der Medizin Europas und die Schaffung eines neuen Berufs auf der Grundlage eines größtenteils importierten Wissens? War dies wirklich ein Neuanfang, wie es die offizielle Rhetorik suggerierte, oder wurde eine ältere Heilkunde verdrängt, überlagert oder aufgesogen? Was genau verbarg sich hinter dem Sammelbegriff „europäische“ oder „wissenschaftliche“ Medizin, und welche Auswirkungen besaßen die einzelnen unter diesem Etikett durchgeführten Neuerungen? Wo waren sie besonders sichtbar, wo blieben sie ohne Belang? Auf welche Widerstände traf der von oben eingeführte Wandel, welche Konflikte löste er aus? Wer außer Gesetzgeber, Medizinalbeamten und praktizierenden Ärzten war an dieser Entwicklung auf welche Weise beteiligt?

Solche Fragen nach der Wirkungsgeschichte der westeuropäischen Medizin stehen am Anfang dieses Buches. Es untersucht, wie sich im 18. Jahrhundert ein größtenteils neues medizinisches Wissen in Kultur und Gesellschaft des Zarenreichs einfügte. Dieser Prozess lässt sich exemplarisch als ein grundsätzlich beabsichtigter, aber nicht in allen Folgen steuerbarer Wissenstransfer erforschen. Zu bestimmen ist im Detail, welches Wissen als lohnendes Transfergut galt, in welcher Form es importiert wurde und auf welche Weise es sich in die bestehende Wissensordnung einfügte. Hierzu gehört auch die von Alexander I. angedeutete Frage der Bewertung durch die beteiligten oder

4 Art. „Vračebnaja nauka (Médicine, Medicina)“, in: Magazin natural’noj istorii, fiziki i chimii, ili Novoe sobranie materij, prinadležaščich k sim trech naukach [...], Bd. 4, M. 1788, S. 206–209. Zur Etymologie: N. A. Smirnov, Zapadnoe vlijanie na russkij jazyk v petrovskuju epochu, SPb. 1910, S. 192; J. Cracraft, The Petrine Revolution in Russian Culture, Cambridge, MA 2004, S. 450f. Ich benutze „Medizin“ im neutralen Sinn auch für die nichtoffizielle Heilkunde.

betroffenen Menschen.<sup>5</sup> Die Interessen der Initiatoren und Träger des Wissenstransfers einerseits, seine Folgen und Erfolge andererseits fielen stärker auseinander als es ein Blick auf die medizinischen Ausbildungsstätten und die Karrieren ihrer Absolventen zeigen kann.

1. *Themen und Thesen.* Mit dem medizinischen Wissenstransfer ins Zarenreich wird kein banaler Vorgang zum Thema gemacht. Schon gar nicht erklärt er sich von selbst aus dem wissenschaftlichen Fortschritt. Genau besehen handelt es sich bei dem Siegeszug der westlichen Medizin nur um die offizielle Lesart einer Entwicklung, die für die Mehrheit der Bevölkerung weitgehend bedeutungslos blieb. Ihre Bedenken lassen sich jedoch nur indirekt aus desinteressiertem Verhalten oder aus Spottversen schließen, während die zarische Medizinalverwaltung und Ärzteschaft sich schnell auch als wortmächtige Interpreten des eigenen Erfolgs etablierten. Bereits die ersten Rückblicke von Ärzten auf das eigene Wirken in Russland ließen eine stolze Selbsteinschätzung erkennen: Wenn auch ihre Macht gegen viele Krankheiten noch begrenzt geblieben sei, hätten sie gleichwohl die damals bestmöglichen Kenntnisse und Fähigkeiten besessen, nämlich wissenschaftliche Methoden und Einsichten. Ihrer Medizin habe die Zukunft gehört, die Gegenwart habe davon nur überzeugt und die Vergangenheit einer vorrationalen Medizin überwunden werden müssen. In solch einer „Geschichte der Fortschritte der [ärztlichen] Kunst und ihrer Priester, der wachsenden Bereicherungen der ersten und der Verirrungen und abermaligen Aufklärung der letztern [sic]“, war Platz zwar für manche Umwege und Irrtümer, aber nicht für die Rolle des Zweiflers, in der sich Alexander I. gefiel.<sup>6</sup>

Die Selbstbezeichnung als Priester mochte ironisch gemeint sein, sie trifft aber durchaus das Sendungsbewusstsein von Ärzten, die sich als Vorkämpfer nicht nur gegen Aberglauben und Wunderheiler sahen, sondern auch für eine bessere Gesellschaft. Aus dieser Sicht durfte die westliche Medizin allein für aufklärungsresistente Bauern ein Akzeptanzproblem darstellen, das aber durch weitere medizinische Errungenschaften leicht zu beheben sei.<sup>7</sup> Tatsächlich zählten die Landbewohner – im Zarenreich des 18. Jahrhunderts fast

5 Vgl. allgemein S. Nakayama, *Academic and Scientific Traditions in China, Japan, and the West*, Tokyo 1984, S. 193–200; J. Osterhammel, *Transferanalyse und Vergleich im Fernverhältnis*, in: H. Kaelble, J. Schriewer (Hrsg.), *Vergleich und Transfer. Komparatistik in den Sozial-, Geschichts- und Kulturwissenschaften*, Frankfurt 2003, S. 439–466, bes. S. 450–455. Zu den analytischen Implikationen des Transferbegriffs siehe hinten S. 23 f.

6 D. G. Balk, *Beiträge zur deutlichen Erkenntnis und gründlichen Heilung einiger am häufigsten herrschenden langwierigen Krankheiten. Ein Buch für Leidende, Aeltern und Erziehler bestimmt*, Mitau 1794, S. 403. Vgl. Anm. 21.

7 Vgl. aus der medizinischen Ratgeberliteratur: Ch. I. Rost, *Derevenskoj vračebnik, ili Legkoj sposob pol'zovat'sja nedostatočnymi ljudjam ot vsjakich boleznej prostymi ili domašnjimi veščami, ne imeja nadobnosti v lekarstvach aptekarskich*, M. 1793; *Derevenskoe zerkalo ili Obščnarodnaja kniga, sočinenaja ne tol'ko, čtoby čitat' ee, no čtoby po nej ispol'njat'*, Bd. 2, SPb. 1798, S. 6 f.

neunzig Prozent der Bevölkerung – nicht unmittelbar zur Zielgruppe der wissenschaftlich ausgebildeten Ärzte. Wie auch immer man daher ihre Leistungsfähigkeit misst – die Reichweite der aus Europa importierten Medizin und ihrer Praktiker musste im frühneuzeitlichen Russland ebenso eingeschränkt bleiben wie der autokratische Herrschaftsanspruch selbst. Noch zu Beginn des nächsten Säkulums gab es Krankenhäuser allenfalls auf Gouvernementebe- oder für Militärangehörige; einer Bevölkerung von etwa 40 Millionen standen insgesamt 1.519 Ärzte im Zivil- oder Militärdienst gegenüber.<sup>8</sup> Mit der rudimentären Institutionalisierung war nicht nur für spätere Medizinhistoriker eine einfache Erklärung für den Rückstand der medizinischen Versorgung gefunden, sondern auch die Medizinalpolitik als Grundvoraussetzung für das Wirken vor allem prominenter Ärzte und ihrer Ideen in den Vordergrund gestellt. So wenig sich das medizinische Denken im Jahrhundert der Aufklärung auf eine einfache Formel fortlaufender Verbesserungen bringen ließ – der Fortschritt schien schon allein deswegen in Gang gekommen zu sein, weil die Zahl der lizenzierten Ärzte und der medizinischen Einrichtungen wuchs.<sup>9</sup>

Diese Sicht beschreibt die Verankerung neuer Institutionen als Zwischenergebnis auf dem Weg des Fortschritts in ein modernes Gesundheitssystem – eine Perspektive, die für Medizinhistoriker die längste Zeit prägend war.<sup>10</sup> Argumentiert man indes nicht mit dem (gewünschten) Resultat, sondern untersucht den Transferprozess selbst, lassen sich schnell zwei Gegenthesen formulieren. Zum einen ist daran zu erinnern, dass die Wissenschaft der fachschulischen Mediziner darin bestand, Krankheiten trefflich diagnostizieren und klassifizieren zu können – dass ihre therapeutischen Erfolge aber keineswegs bahnbrechend waren und keinen Verzicht auf die seit Jahrhunderten gewohnheitsmäßig verordneten Schröpf- und Brechkuren, Aderlässe oder persönliche Rezepturen bedeuteten. Es war nicht leicht, aus dieser Gemengelage einen Konsens über Definitionen oder Therapien herzustellen oder, für Kranke, ein geeignetes Angebot zu wählen. Wirksame Hilfe fand sich zudem ebenso oft bei medizinischen Laien. Daher muss die Frage nach der Grundlage des stolzen ärztlichen Selbstverständnisses neu gestellt werden. Der Anachronismus bleibt ohne Erklärungskraft, der von der Medizin des 18. Jahrhunderts nur die wenigen Vorläufer einer „besseren“, das heißt der modernen, klinischen

8 A. G. Safonov, Art. „Bol'nica“, in: B. V. Petrovskij (Red.), *BMÉ*, Bd. 3, S. 298–306, hier S. 299; N. V. Kruglikov, Art. „Gospital' voennyj“, ebd., Bd. 6, S. 379–382, hier S. 379, *Otčet Ministerstva Vnutrennich Del za 1803 g.*, o. O. 1804, hier S. 135.

9 In der Tradition zuletzt: H. E. Müller-Dietz, *Ärzte zwischen Deutschland und Russland. Lebensbilder zur Geschichte der medizinischen Wechselbeziehungen*, Stuttgart 1995; M. B. Mirskij, *Medicina Rossii XVI–XIX veka*, M. 1996. Zum Forschungsstand vgl. hinten S. 16f.

10 Zum Forschungsstand vgl. J. W. Leavitt, *Medicine in Context: A Review Essay of the History of Medicine*, in: *AHR* 95.1990, S. 1471–1485; G. Brieger, *The Historiography of Medicine*, in: *CEHM*, S. 24–44; N. Paul, T. Schlich, Einführung, in: Dies., *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt 1998, S. 9–21; W. U. Eckart, R. Jütte, *Medizingeschichte. Eine Einführung*, Köln 2007.

Medizin gelten lässt.<sup>11</sup> Der Wissenstransfer etablierte eine neue, aber nicht unstrittig bessere Heilkunde.

Zum anderen erfolgte, wie gerade das Beispiel der Bauern zeigt, die Verbreitung dieser Kenntnisse und Methoden in einem sozial wie politisch eng begrenzten Rahmen und durch kulturelle Filter. Von der neuen Medizin erwarteten die russischen Importeure ja gerade mehr als beliebig einsetzbares Handlungswissen; bereits in den Petrinischen Hospitalschulen ging es auch darum, neue Grundlagen der Wissensproduktion zu legen. Ärzte waren offiziell ernannte Träger dieser Kenntnisse und Fähigkeiten und damit Repräsentanten einer neuen elitären Wissensordnung. Daher war die europäische Medizin von außen durchaus, ungeachtet aller strittigen Grundsatzfragen, als Einheit zu erkennen. In auffälliger Weise traf dies für Migranten aus dem Ausland zu, die zunächst wenig über ihr Gastland wussten und dessen Sprache kaum ausreichend beherrschten. Doch auch Ärzte russischer Herkunft wurden zum Träger eines für Laien uneinsichtigen Wissens – wobei Misstrauen weniger aus befremdlichen Diagnosen und unbekanntem Arzneien erwuchs als aus den unterschiedlichen Bedeutungskontexten: aus dem Sinn, der Krankheiten zugeschrieben wurde oder aus den Prämissen, welches Wissen überhaupt als akzeptabel gelten konnte. Die Medizin kann als besonders aussagekräftiges Beispiel für die Aufwertung eines professionell organisierten, typographisch verbreiteten und reproduzierbaren Wissens innerhalb der russischen Kultur gelten – und damit auch für die Integration in die frühneuzeitliche „Wissensgesellschaft“.<sup>12</sup>

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Ergebnisse des medizinischen Wissenstransfers in einem anderen Licht. Er begründete, erstens, eine neue, dem Anspruch nach rationale Wissenskultur zunächst für Experten und gebildete Laien, in der es um mehr ging als nur um Standards medizinischer Hilfe und Ausbildung. Solches Anwendungswissen ließ sich offenbar nicht beliebig aus seinem ursprünglichen Entstehungs- und Wirkungskontext lösen, wenn es in Russland dauerhaft verfügbar, das heißt reproduzierbar sein sollte. Mit transferiert wurden gleichzeitig säkulare Natur- und Körpervorstellungen sowie rationale Verfahren zur Herstellung beziehungsweise Kriterien zur Beurteilung von Wissen. Der instrumentelle Nutzen, der von der fremden Medizin in der Versorgung von Kriegsverletzten, in der Seuchenprävention oder in der Medizinalverwaltung erwartet wurde, bleibt unbestritten. Aber damit ist, so meine Ausgangsvermutung, der Wissenstransfer nicht hinreichend erfasst. Deswegen wird in dieser Arbeit das transferierte Wissen umfassender als bislang üblich definiert.

11 Diese Kritik zugespitzt bei G. Williams, *The Age of Agony: The Art of Healing, 1700–1800*, Chicago 1975. Einordnend: Eckart/Jütte, *Medizingeschichte*, S. 27 f.

12 Als Überblick: P. Burke, *Papier und Marktgeschichte. Die Geburt der Wissensgesellschaft*, Berlin 2001. Zum (hier allerdings auf die spätere Neuzeit zugespitzten) Begriff: M. Szöllösi-Janze, *Wissensgesellschaft in Deutschland: Überlegungen zur Neubestimmung der deutschen Zeitgeschichte über Verwissenschaftlichungsprozesse*, in: GG 30.2004, S. 277–313, hier S. 279–281.

Ebenso wenig genügt, zweitens, die auffällig enge Verbindung der ausländischen Mediziner mit der zarischen Zentralgewalt als Erklärung. Die Obrigkeit bestimmte ohne jeden Zweifel nicht nur die Richtung und Intensität des Transfers, sondern bis in die Gegenwart auch den Charakter der medizinischen Profession in Russland. In dieser Eigenschaft findet die Autokratie auch auf den folgenden Seiten besondere Beachtung. Aber die Motive sind auch hier nicht allein in den im engeren Sinn medizinischen Kenntnissen der neuen Experten zu sehen. Sie verkörperten zugleich das Prestige eines stärker als je zuvor nach Europa geöffneten Russland und trugen als überdurchschnittlich qualifizierte Beamte zur forcierten Staatsbildung im Inneren des Riesenreichs bei.

Drittens schließlich ist der Transfer nicht allein an den Arbeitsstellen der Mediziner zu untersuchen. Sicher schuf das Augenfällige die Grundlagen: die Forschungen der Akademie der Wissenschaften, die zunehmenden medizinischen Übersetzungen und Publikationen, die im Verlauf des 18. Jahrhunderts gegründeten Krankenhäuser und Ausbildungsschulen, die Quarantänestationen und Amtsärzte in der Provinz. Doch gleichzeitig fällt auf, dass in dem zitierten Sendungsbewusstsein von Medizinern ihre Abhängigkeit vom wichtigsten Arbeitgeber – also den Armeen, Flotten und Behörden des Zarenreichs – kaschiert wurde und Verdienste im Dienste der Menschheit im Vordergrund standen. Die ärztliche Selbstversicherung wies damit über die offiziellen Kanäle des Transfers hinaus. Es lohnt sich, diesem Blick über die befestigten und gründlich erkundeten Ufer hinaus zu folgen.

Jenseits ihrer amtlichen Wirkungsstätten traf die westeuropäische Medizin – anders als die meisten der zu Beginn des 18. Jahrhunderts nach okzidentalem Vorbild in Russland aufgebauten Wissenschaften – auf eine starke traditionelle Konkurrenz: die zahlenmäßig überlegene und therapeutisch mitnichten erfolglose „Volkmedizin“.<sup>13</sup> Die bislang in der Forschung akzeptierte Grenze zwischen einer überlegenen, gelehrten Medizin und einer primitiven russischen Volksheilkunst war ein polemisches Konstrukt der akademischen Heiler. Sie unterstrichen damit ihren Anspruch auf Wissenschaftlichkeit – und reduzierten eine Vielfalt anderer Praktiken auf einen pejorativen Begriff. Dennoch übernahmen auch gelehrte Ärzte Therapien und Arzneien von man-

13 Vgl. V.V. Birjukovič, *Narodnaja medicina*, in: *Russkaja mysl'* 1893 (4), S. 67–82, hier S. 69–71; sowie die oberflächliche, aus der Sicht des medizinischen Fortschritts verfasste Skizze von N. Decker, *Medizinische Volksaufklärung in Rußland – vom Dorfspiegel bis zu Majakovskijs Rosta-Fenster*, in: E. Strauss (Hrsg.), *Dilettanten und Wissenschaft. Zur Geschichte und Aktualität eines wechselvollen Verhältnisses*, Amsterdam 1996, S. 83–94. Weiter hierzu: hinten Kapitel 6.

chem der verachteten Amateurheiler.<sup>14</sup> Worin bestanden dann aber die Vorzüge oder auch nur die Fremdheit der neuen Medizin?

Nicht weniger wichtig als die Rivalität zwischen approbierten Ärzten und Laienmedizin war das Verhältnis von Heilkundigen zu Kranken und Gesunden, in dem immer auch grundsätzliche Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit zwischen Ärzten und Patienten verhandelt wurden. Es versteht sich, dass hierfür der unmittelbare Kontakt und die therapeutische Umsetzung von Lehrbuchwissen nicht das einzig mögliche Kommunikationsverhältnis darstellte.<sup>15</sup> Für solche über die engere Medizingeschichte hinausgehende Zusammenhänge hat die jüngere Forschung den Begriff der medikalen Kultur geprägt.<sup>16</sup> Sie berücksichtigt nicht nur reguläre und irreguläre Heiler mitsamt ihrer Klientel, sondern neben der im engeren Sinn medizinischen Tätigkeit auch die Orientierungsfunktion, die Heilkundige im Umgang mit Erkrankungen und Schmerzen, Sterben und Tod ausübten. An das, ausführlicher noch zu erläuternde, Konzept der medikalen Kultur ist anzuknüpfen, um anstelle der Geschichte einzelner Mediziner und medizinischer Einrichtungen zu einer Geschichte der Medizin im Zarenreich zu gelangen.

Die oben skizzierte Einschätzung, dass Skepsis gegenüber der von oben veränderten russischen Medikalkultur nur eine Folge von Unwissen und geographischer Distanz sei, ist plausibel, wenn man von einer klaren Überlegenheit der neuen Medizin ausgeht und der überkommenen Heilkunst den Status medizinischen Wissens abspricht. Diese aus Medizinersicht verständliche Deutung entsprach aber nicht immer den Erfahrungen und Vorstellungen der Zeitgenossen. Das lässt sich gerade für die Bevölkerungsminderheit zeigen, die am kaiserlichen Hof oder in einem Hospital der Marine, als Beamter oder Gutsbesitzer mit Ärzten in Kontakt trat. Anekdotische Begegnungen mit so unfähigen wie geldgierigen Medizinern gehörten über das 18. Jahrhundert hinaus zu den Topoi von Lebenserinnerungen wie der satirischen Literatur. Nur weil Ärzte studiert hätten – hieß es in einer ausführlicheren Polemik – meinten sie, jede Krankheit verstehen zu können und allein behandeln zu müssen. Allzu oft aber bleibe der versprochene Erfolg aus, und ebenso häufig würden Gesunde erst infolge einer ärztlichen Kur dahinsiechen, während andererseits

14 Vgl. E. Wolff, Volkskundliche Gesundheitsforschung. Medikalkultur- und „Volksmedizin“-Forschung, in: R. W. Brednich (Hrsg.), Grundriß der Volkskunde, Berlin 32001, S. 617–635; sowie die entsprechenden Überlegungen zu Deutschland von M. Stolberg, Probleme und Perspektiven einer Geschichte der Volksmedizin, in: T. Schnalke, C. Wiesemann (Hrsg.), Die Grenzen des Anderen. Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive, Köln 1998, S. 49–73, bes. 50–54, 60f.; E. Wolff, Volksmedizin, Volksarzneibücher, in: EMed, S. 1454–1458.

15 Am Beispiel von Belletristik und Publizistik: K. A. Bogdanov, Vrači, pacienty, čitateli. Patografičeskie teksty russkoj kul'tury XVIII–XIX vekov, M. 2005.

16 Vgl. V. Roelcke, Medikale Kultur: Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung eines kulturwissenschaftlichen Konzepts in der Medizingeschichte, in: Paul/Schlich (Hrsg.), Medizingeschichte, S. 45–68; sowie die in Anm. 73 genannte Literatur.

die meisten Kranken auch ohne medizinische Hilfe genäsen.<sup>17</sup> Gesetzt also selbst den Fall, dass Alexander I. mit seiner eingangs erwähnten Antipathie nur kokettierte, bediente er damit dennoch ein Klischee, das er offenbar in seiner Umgebung als bekannt voraussetzen konnte. Und er folgte nicht nur dem Rat seiner Mutter, sondern einmal mehr dem bewunderten Beispiel seiner Großmutter Katharina, die sich selbstherrschaftlich über manchen medizinischen Rat hinweg gesetzt hatte. An ihrem Hof gehörte der Spott über Ärzte zu einem guten Tischgespräch.<sup>18</sup>

Nichtsdestotrotz haben Alexander I. und Katharina II. wie alle Romanovs vor ihnen durchweg akademisch ausgebildete Mediziner als Leibärzte und auf die anderen hohen Posten im Medizinalwesen des Reichs berufen. Bereits 1721 war verbindlich festgelegt worden, dass alle Heilkundigen, die im Zarenreich tätig werden wollten, ihre Befähigung vor einer offiziellen Kommission unter Beweis stellen mussten.<sup>19</sup> In diesen Examina wurden theoretische und praktische Kenntnisse der westlichen Medizin durch entsprechend ausgebildete Ärzte abgefragt. Angesichts des chronischen Geldmangels der zarischen Regierung einerseits, der hohen Kosten andererseits, welche die Anwerbung, Ausbildung und Anstellung von Ärzten verursachten, stellt sich die Frage um so dringender, welche Ziele hinter dieser Medizinalpolitik standen und welche Ergebnisse sie zeitigte. Bislang hat der Wissenstransfer selber als hinreichender Beleg für seinen Erfolg gegolten und der akademische Ursprung der importierten Medizin als Begründung genügt. Doch diese Lesart übernimmt nicht nur die Selbsteinschätzung gelehrter Mediziner, deren naturphilosophische Bildung seit dem Mittelalter ein zentrales Distinktionskriterium war;<sup>20</sup> letztlich wird argumentiert, dass Russland schon deswegen der westlichen Medizin bedurfte, weil es sie dort bislang nicht in angemessener Form gegeben hätte. Bereits in den ersten Rückblicken wird die Geschichte der westlichen

17 V.I. Pokrovskij, Smertodavy (vračı) v russkoj satiričeskoj literature XVIII veka, in: Čtenija v Imperatorskom obščestve istorii i drevnostej rossijskich 3.1907 (otel 2/2), S. 1–24; G.N. Teplov, Razsuždenie o vračebnoj nauke, kotoruju nazývajú doktorstvom, SPb. 1774. Vgl. auch Bogdanov, Vračı, pacienty, čitateli, S. 26–32. Bedauernd hierzu aus Ärztesicht: I. E. Djad'kovskij, O nastojatel'noj neobchodimosti v naše vremja izučeniya mediciny vsem prosvješčennym ljudjam, osobenno bogatym, in: Učenyje zapiski Moskovskogo universiteta 1.1833 (3), S. 321–333, hier S. 325.

18 A. G. Bobrinskij, Dnevnik Grafa Bobrinskogo, vedennyj v kadetskom korpuse i vo vremja putešestvija po Rossii i za graniceju, in: RA 15.1877, Nr. 10, S. 116–165, hier S. 127.

19 B. A. Nachapetov, Lejb-mediki rossijskich imperatorov, in: Voprosy istorii 2000 (1), S. 102–114; Ob učreždenii Kollegii Medicinskoj [...], 14. 8. 1721, in: PSZ, Bd. 6, Nr. 3.811.

20 R. French, *Medicine before Science. The Rational and Learned Doctor from the Middle Ages to the Enlightenment*, Cambridge 2003.



Medizin im Zarenreich nicht nur als erfolgreicher Verdrängungswettbewerb verklärt, sondern gleich als völliger Neubeginn präsentiert.<sup>21</sup>

Es kann aber schon methodisch nicht überzeugen, die vermeintliche Hegemonie der westlichen Medizin aus den eigenen Maßstäben zu erklären. Diese eng mit dem medizinischen Selbstverständnis des 19. und frühen 20. Jahrhunderts verbundene Interpretation war typisch nicht nur für die damals entstehende Medizingeschichtsschreibung, sondern überhaupt für die ältere Wissensgeschichte.<sup>22</sup> Dieses Pauschalurteil wird weder der medialen Vielfalt des 18. Jahrhunderts gerecht noch dem gegenwärtigen Diskussionsniveau unter Wissenschaftshistorikern, die den Wissenschaftsbegriff konsequent relativiert haben.<sup>23</sup> Anstelle einer Vorgeschichte der Gegenwart stehen hier eine historische Vielfalt von Wissensformen und das konkrete Wirken ihrer Anhänger im Vordergrund. Dass deren Wissen ein besonderes Vertrauen und Prestige genoss, wird in der Tradition der Wissenssoziologie nicht mehr mit seiner Wahrheit erklärt, sondern mit der Gesellschaft, die dieses Wissen hervorgebracht hatte.<sup>24</sup>

Aus solchen Überlegungen folgt für die russische Medizingeschichte des 18. Jahrhunderts zweierlei. Erstens: Wenn Ärzte ihre Wissenschaftlichkeit herausstellten, hatte dies mehr mit Statusdenken und abendländischer Naturphilosophie als mit dem Objektivitätsanspruch disziplinär organisierter Berufswissenschaftler späterer Zeiten zu tun. Als Wissenschaft [*nauka*] galt im Russischen noch am Ende des 18. Jahrhunderts Spezialwissen aller Art, sei es Astronomie oder die Fähigkeit zu reiten.<sup>25</sup> Wissenschaftlichkeit bedurfte demnach selbst erst einer besonderen Begründung, bevor sie im russischen Kontext medizinisches Wissen aufzuwerten vermochte. Zweitens wird hier eine mehrfache Differenzierung vorgeschlagen. Statt die Medizin oder die medizinischen Systeme der Zeit anhand der gängigen Theorie- und Lehrbücher zu untersuchen, scheint es sinnvoller, Teilbereiche herauszugreifen, in denen sich konkrete Wirkungswege verfolgen lassen. Hierfür bieten sich eher als die damaligen Ordnungssysteme der Nosologie oder Physiologie die häufiger popularisierte

21 P.M. Gofman, *Kratkaja istorija vračebnago iskusstva*, SPb. 1789, S.28, 123f., 164; W.M. Richter; *Geschichte der Medicin in Rußland*, 3 Bde., M. 1813/17 [ND Berlin 1965], hier Bd.3, S. 7f.; G. Lefevre, *Sketch of the Origin and Present State of Medicine, and of Medical Institutions, in Russia*, in: *British and Foreign Medical Review* 1.1836, S. 597–606, hier: S. 597; M. Heine, *Fragmente aus der Geschichte der Medicin in Rußland*, SPb. 1848, S.25.

22 Kritisch hierzu: B. Malinowski, *Magie, Wissenschaft und Religion*, in: Ders., *Magie, Wissenschaft und Religion. Und andere Schriften*, Frankfurt 1983, S. 3–74, hier S. 3.

23 Vgl. mit den entsprechenden Literaturangaben: Paul/Schlich, *Einführung: Medizingeschichte*; L. Daston, *The Historicity of Science*, in: G. W. Most (Hrsg.), *Historicization – Historisierung*, Göttingen 2001, S. 201–221.

24 B. Latour, *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Cambridge, MA 1987; S. Shapin, *A Social History of Truth. Civility and Science in Seventeenth-Century England*, Chicago 1994; D. A. Aleksandrov, *The Historical Anthropology of Science in Russia*, in: *Russian Studies in History* 34.1995, S. 62–91.

25 Art. „Nauka“, in: *SRJaVV* 14, S. 87f.; *SAR* 3, S. 1246.

Anatomie an, aber mehr noch die medizinische Praxis zum Beispiel in der Seuchenbekämpfung, der Krankheitsprävention oder der Geburtskunde. Dies lenkt den Blick zugleich weg von den Karrieren der Ärzte im Rangsystem des medizinischen Dienstes auf ihr Handeln im alltäglichen sozialen Umfeld, das sich mutmaßlich von der offiziellen Rolle und der Selbstdarstellung unterschied. Auch der Umgang mit alternativen medikalen Konzepten stellt einen weiterführenden Analyseansatz dar. Kann von einer Verdrängung populärer Heilkünste keine Rede sein, bleibt die Frage, wie sich die parallelen medikalen Kulturen arrangierten. Damit ist wieder ein unmittelbarer Bezug zur Politik hergestellt, konnten doch Ärzte ohne die Obrigkeit weder ihre Therapievorstellungen noch die beruflichen Interessen verwirklichen. Die Regierung hatte die institutionellen und materiellen Voraussetzungen für den Wissenstransfer geschaffen. Medizinisches Wissen war kein neutrales Wissen, das durch seine schiere Existenz Krankheiten verschwinden ließ, es wurde gezielt und selektiv eingesetzt und besaß oft andere als die beabsichtigten Wirkungen. Schon deswegen sind die politischen Zielvorgaben nicht bereits mit ihrer Umsetzung zu verwechseln, und auch die von Ärzten wie Medizinalbeamten gepflegte Rhetorik des medizinischen Fortschritts ist auf ihren programmatischen Gehalt zu prüfen. Andererseits darf der kritische Blick auf die Etablierung der akademischen Ärzte auch keine slavophile Aufwertung der irregulären Heiler bedeuten, wie sie die ethnographische Entdeckung dieser Tradition im späten 19. und im späten 20. Jahrhundert auch hervorgebracht hat.<sup>26</sup> Es ist keineswegs ausgemacht, dass Laienheiler im Durchschnitt die wirksameren Therapien und das größere Vertrauen besaßen. Mein Ziel ist es nicht, ihr Wissen als unverfälschte Heilkunst einer politisch kompromittierten europäischen Medizin gegenüberzustellen. Ebenso wenig geht es darum, die bisherige Geschichtsschreibung zum Thema zu dekonstruieren, indem die westliche Medizin als Randerscheinung und ihre Praktiker als ohnmächtig, wenn nicht überflüssig entlarvt werden.

2. *Forschungsstand und Forschungsfragen.* Die Geschichte der Medizin im Zarenreich des 18. Jahrhunderts ist nicht mehr als, aber auch nicht ohne eine traditionelle Geschichte der Ausbildungs-, Stellen- und Dienstpläne zu schreiben. Im Wesentlichen bieten sich vier Verfahren an. 1. Die klassische Vorgehensweise ist, nach den pathologischen Konzepten und Behandlungsmethoden zu fragen, nach ihrer Angemessenheit und „Modernität“, sowie nach der Begabung und dem Improvisationstalent von Ärzten.<sup>27</sup> Diese im engeren Sinn medizingeschichtlichen Darstellungen folgen durchaus nicht notwendig dem simplen Schema: große Ideen – große Ärzte – große Erfolge, aber sie stellen weiterhin die Innenansicht und den Wissenszuwachs der medizinischen Disziplin in den Vordergrund. Gegenüber den theoretischen, therapeutischen und

26 Vgl. etwa M. Sterligov (Red.), *Russkoe koldovstvo, vedovstvo, znacharstvo*, M. 1997.

27 Z.B. E.H. Ackerknecht, *Kurze Geschichte der Medizin*, Stuttgart <sup>7</sup>1992; W.U. Eckart, *Geschichte der Medizin*, Berlin <sup>4</sup>2001.

didaktischen Standards blieben die sozialen- und kulturellen Auswirkungen der Medizin untergewichtet. Gleichwohl ist diese Perspektive auf die handelnden und heilenden Ärzte schon deswegen unabdingbar, weil die disziplinären und darüber hinausgehenden Netzwerke die Grundlage für die Entstehung und den Erhalt von Wissensparadigmen bildeten sowie für ihre Verflechtung mit der westeuropäischen Wissenschaftskultur.

2. Vor allem nach den Trägern dieses Wissens sowie den Umständen und Folgen seiner Anwendung fragt die Sozialgeschichte der Medizin.<sup>28</sup> Sie untersucht nicht wissenschaftliche Theorien und obrigkeitliche Verlautbarungen, sondern strukturelle Zusammenhänge wie ökonomische Interessen, sozialpolitische Strategien und (quantifizierbare) Konsequenzen, wie sie in der gesellschaftlichen Ungleichheit von Krankheit und Tod sichtbar wurden oder in dem Machtverhältnis von Gesundheitseinrichtungen, medizinischem Personal und (potenziellen) Patienten. Die Stärke dieser Herangehensweise ist darin zu sehen, dass sie die Medizin in Bezug zum politischen Wandel – vor allem zur Entstehung des modernen Staates – und zu sozialen Prozessen setzt – wie der Professionalisierung des Arztberufs oder Krankheitsmustern innerhalb sozialer Gruppen. Nachteilig wirkt sich dagegen die erkenntnisleitende Kritik an den Gesundheitssystemen und ärztlicher Interessenpolitik des 19. und 20. Jahrhunderts für die Untersuchung früherer Zeiten aus, die leicht zur Vorgeschichte gerinnen. In diesem schematischen Vorgehen hat sich eine Affinität zu älteren Modernisierungstheorien erhalten.

3. Den Aufstieg des bürokratisch organisierten Machtstaates setzt auch eine dritte Forschungsströmung voraus, der es aber weniger um Institutionen und soziale Gruppen geht als um deren Einfluss über den medizinischen Diskurs einer Zeit. Vor allem Michel Foucault hat die These aufgestellt und zugespitzt, dass die Medizin im 18. Jahrhundert zu einem Instrument der sozialen Kontrolle und (Selbst)disziplinierung geworden sei.<sup>29</sup> Zum einen sei das Verhältnis zwischen Ärzten und Behandelten neu gestaltet worden; diese seien jetzt als Patienten im Wortsinn, als Krankheitsfälle, als Träger von abstrakt definierten Krankheiten therapiert worden und nicht mehr als Personen mit je individuell zu behandelnden Erkrankungen. Zum anderen habe sich das Verhältnis der Menschen zu ihren Körpern geändert, die zum Medium eines neuen, im Sinn der Mediziner aufgeklärten Gesundheitsverhaltens geworden seien. So fragwürdig sowohl die Quellengrundlage als auch die Übertragbarkeit dieser auf die französische Geschichte pointierten Thesen geblieben ist,

28 A. Wear (Hrsg.), *Medicine in Society. Historical Essays*, Cambridge 1982; R. Jütte, *Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methoden – Ziele*, in: *MedGG* 9.1990, S. 149–164; D. Porter, *The Mission of the Social History of Medicine. A Historical View*, in: *Social History of Medicine* 8.1995, S. 345–359.

29 Vgl. M. Foucault, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt 1999; C. Jones, R. Porter (Hrsg.), *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*, London 1994; P. Sarasin, *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*, Frankfurt 2001.

sie haben zweifellos den Blick von Historikern dafür geschärft, dass Medizingeschichte nicht die Geschichte von etwas Naturgegebenem ist.

4. In der neueren Medizingeschichte sind nur noch wenige der wechselseitigen Vorwürfe präsent, die vor zwei, drei Jahrzehnten gegen eine ärztefixierte Ideengeschichte, eine fortschrittsgläubige Sozialgeschichte oder eine abgehobene Diskursgeschichte erhoben wurden. Das derzeit am häufigsten benutzte Forschungsetikett – das der Kulturgeschichte – täuscht modisch eine Konformität vor, hinter der sich eine eklektizistische Praxis verbirgt.<sup>30</sup> Wenn jedoch nach der Kontextualisierung von Medizin gefragt ist, werden immer häufiger Modelle aus der medizinischen Anthropologie oder Ethnomedizin herangezogen. Sie verstärken einen Trend, auch Medizingeschichte „von unten“ zu schreiben, das heißt die Kranken mit ihrer Wahrnehmung ebenso einzubeziehen wie die Ärzte mit ihren Definitionen, und über die sozialen Grundlagen medizinischer Professionalität die Praxis des Heilens nicht zu vergessen.<sup>31</sup> Die anthropologische Grundannahme ist, dass alle menschlichen Gesellschaften Deutungen von Krankheit und Gesundheit vornehmen sowie Experten bestimmen, die für Erklärungen und Therapien zuständig sind. Folglich muss beziehungsweise musste sich die westliche Medizin mit ihrer Ausbreitung über die Welt stets mit älteren Heilkundigen und mit lebensweltlichen Deutungen von Krankheit und Gesundheit auseinandersetzen.<sup>32</sup> Dies galt uneingeschränkt auch für das Zarenreich des 18. Jahrhunderts. In medizinisch-anthropologischen Forschungen steht die innere Logik von Krankheitsvorstellungen im Vordergrund, nicht deren Angemessenheit im biomedizinischen Sinn. Der medizinische Fortschritt, der in den drei anderen Richtungen zumindest ein implizites Thema ist, wird nicht nur uninteressant, sondern für kontingent erklärt. Haben die Disziplin- und Sozialgeschichte der Medizin deren Gegenwartzustand trotz aller Kritik als Ausgangspunkt akzeptiert, leitet

30 Vgl. W. Blécour, C. Osborne, (Hrsg.), *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Modern and Early Modern Europe*, Basingstoke 2004; F. Huisman, J. H. Warner (Hrsg.), *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, Baltimore 2004.

31 R. Porter, *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, in: *Theory and Society* 14.1985, S. 175–198; A. Abbott, *The Order of Professionalization: An Empirical Analysis*, in: *Work and Occupations* 18.1991, S. 355–384, hier S. 355 f.; M. Stolberg, *Körpergeschichte und Medizingeschichte*, in: R. Bröer (Hrsg.), *Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne*, Pfaffenweiler 1999, S. 87–95.

32 Gemeint ist eigentlich eine Anthropologie der Medizin im Unterschied zu einer vergleichenden Anatomie, Physiologie etc. D. Landy (Hrsg.), *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*, New York 1977; Mit der neueren Literatur: T. Lux, *Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie, Medical Anthropology*, in: Ders. (Hrsg.), *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin, Medizinethnologie, Medical Anthropology*, Berlin 2003, S. 10–30; R. Pool, W. Geissler, *Medical Anthropology*, Berkshire 2005.

die Medizinanthropologie ihren Innovationsanspruch auch aus einem methodischen Relativismus ab.<sup>33</sup>

Die Grundannahmen dieser Fragestellungen sind sicherlich nicht alle untereinander kompatibel, sie stecken aber vier, sich wie konzentrische Kreise weitende Untersuchungsebenen ab: die soziale Gruppe der „europäischen“ Ärzte und ihre Expertise; die obrigkeitliche Medizinalpolitik und ihre Folgen; der zeitgenössische Diskurs über Krankheit und Gesundheit; die Wirkungsmöglichkeiten und Grenzen medizinischer Praxis. Die vier Ebenen sollen die folgende Analyse strukturieren. Es geht nicht darum, die Widersprüche der Ansätze in einem übergreifenden medizingeschichtlichen Modell für das Zarenreich aufzuheben; vielmehr werden sie für eine transfergeschichtliche Fragestellung instrumentalisiert. Bislang sind aus dieser Sicht überhaupt nur die ersten beiden der vier genannten Forschungsstrategien systematisch verfolgt worden; sämtliche Überblicksdarstellungen orientieren sich an Biographien sowie der politischen Chronologie.<sup>34</sup> Ob eine Sozial- oder Disziplinierungsgeschichte der russischen Medizin noch geschrieben wird, scheint fraglich; die Anhänger der Modernisierung wie die Foucaults gelten als diskreditiert, weil sie angeblich Russland nur als Reich der Rückständigkeit wahrnehmen beziehungsweise die Macht des Disziplinierungsdiskurses überschätzen.<sup>35</sup> Sozialhistoriker haben in der Regel die russische Medizingeschichte des 18. Jahrhunderts nur marginal behandelt.<sup>36</sup> Die wohl wichtigste Ausnahme bildet der amerikanische Historiker John Alexander mit seinen Arbeiten zur Seuchenpolitik insbesondere der Katharinazeit; diese Arbeiten hat Martin Dinges im historischen Vergleich und unter Rückgriff auf Konzepte sozialer Disziplinierung weitergeführt. Insgesamt aber liegt der Schwerpunkt von sozialhistorischen Forschungen zur Medizin im Zarenreich eindeutig auf dessen letzten Jahrzehnten.<sup>37</sup> Dies gilt auch für die

33 Programmatisch bereits: P. Wright, A. Treacher, Introduction, in: Dies., *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh 1982, S. 1–22; Eckart/Jütte, *Medizingeschichte*, 175–177, 261–264.

34 Beginnend mit V. Džunkovskij, *Kratkoe obozrenie vračebnoj nauki v Rossii s drevnejšich do nynešnich vremen*, in: *Vseobščij žurnal vračebnoj nauki* 1811 (1), S. 1–31; (2), S. 1–44; (3), S. 1–69 und Dr. von Embden, *An Historical Sketch of Medicine in the Russian Empire, from the Earliest Period to the Present Time*, in: *Edinburgh Medical and Surgical Journal* 13.1817, S. 455–465. Vgl. Anm. 9 und J. Stahnke, *Synopsis zur neueren Medizingeschichte Rußlands*, in: *Medizinhistorisches Journal* 15.1980, S. 120–153.

35 L. Engelstein, *Combined Underdevelopment: Discipline and the Law in Imperial and Soviet Russia*, in: *AHR* 98.1993, S. 338–353, hier S. 343.

36 Vgl. J.M. Hartley, *A Social History of the Russian Empire 1650–1825*, London 1999; B.N. Mironov, *Social'naja istorija Rossii*, 2 Bde., SPb. 1999.

37 J.T. Alexander, *The Bubonic Plague in Early Modern Russia. Public Health and Urban Disaster*, Oxford 2003; M. Dinges, *Kann man medizinische Aufklärung importieren? Kulturelle Probleme um deutsche Ärzte in Rußland in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts*, in: M. Beer, D. Dahlmann (Hrsg.), *Migration nach Ost- und Südosteuropa vom 18. bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart 1999, S. 209–234; S. Gross Solomon, J.F. Hutchinson (Hrsg.), *Health and Society in Revolutionary Russia*, Bloomington 1990; C. Henze, *Disease, Health Care and Government in Late Imperial Russia*, Abingdon 2010.

medizinische Anthropologie, deren Rezeption für die russische Geschichte erst begonnen hat.<sup>38</sup> Aber für die ersten beiden genannten Untersuchungsebenen kann an eine Vielzahl von Arbeiten angeknüpft werden.

Mediziner haben den Großteil dieser Abhandlungen in der erwähnten Tradition ärztlicher Selbstdarstellung verfasst. Ebenso wie Juristen das kanonische und römische Recht lernten, hieß es beispielsweise 1879 programmatisch in einer Ärztezeitung, müssten auch Mediziner ihre Geschichte kennen. Dies sollte nicht nur das Selbstbewusstsein des medizinischen Nachwuchses stärken, sondern der Öffentlichkeit die bleibenden Verdienste von Ärzten in Erinnerung rufen und zugleich die Gelehrsamkeit ihres Berufes unterstreichen.<sup>39</sup> Was damals zweifellos die Bedeutung der Landärzte in den neuen Selbstverwaltungsorganen (*Zemstvo*) auf Provinzebene herausstellen sollte, ging jedoch darin nicht auf. In den letzten Jahrzehnten der Zarenzeit entstand eine Vielzahl medizingeschichtlicher Studien: teils kleinere Arbeiten aus konkretem Anlass, die etwa Parallelen zwischen der Moskauer Pest von 1771 und aktuellen Seuchengefahren zogen,<sup>40</sup> teils Überblicke zu einzelnen Epochen, die noch heute als Referenzdarstellungen gelten können. Zum Ende der Zarenzeit war die Medizingeschichte als ein akademisches Fach etabliert, dessen Hauptinteresse anfangs der vorpetrinischen Zeit galt.<sup>41</sup>

Was das 18. Jahrhundert angeht, war unter Medizinhistorikern lange Zeit unumstritten, dass sich erst dank der Reformen Peters I. eine rationale Medizin im Zarenreich durchgesetzt habe. Zwar sei Russland bereits im 17. Jahrhundert mit der Anwerbung von ausländischen Mediziner „auf den breiten Weg des Fortschritts“ eingeschwenkt, doch erst der große Reformzar habe mit seiner Medizinalpolitik die notwendigen strukturellen Bedingungen geschaffen.<sup>42</sup> Die Deutung wurde rasch auch von westlichen Darstellungen aufgegriffen und mit dem Mythos um einen tatkräftigen Peter verwoben: Der Zar, der eigenhändig seine Mitmenschen zur Ader ließ und mit Begeisterung von

38 Vgl. Bogdanov, *Vrači, pacienty, čitateli*; A. Afanas'eva, *Historiography of Russian Imperial Medicine: The Case of the Kazakh Steppe*, in: A. Digby u. a. (Hrsg.), *Crossing Colonial Historiographies of Medicine*, Cambridge 2010; D. V. Michel', *Medicinskaja antropologija: čto èto takoe?*, <http://www.countries.ru/library/antropology/medant.htm>, 10. 10. 2009.

39 Ja. L., *Znaem li my istoriju mediciny?*, in: *Vračebnye vedomosti*, Nr. 323, 29. 3. 1879, S. 285–287.

40 V. V. Markovnikov, *Po povodu èpidemii (čuma v Rossii v 1769–1771 gg.)*, in: *Russkie Vedomosti*, Nr. 7, 9. 1. 1879, S. 1 f.; Nr. 10, 12. 1. 1879, S. 1 f.; Nr. 13, 15. 1. 1879, S. 1 f.

41 Vgl. insbesondere die Arbeiten von Ja. A. Čistovič, Ju. M. Lachtin, N. Ja. Novombergskij und L. F. Zmeev. Als Fazit: I. Ljubimenko, *Vračebnoe i lekarstvennoe delo v Moskovskom gosudarstve*, in: *Russkij istoričeskij žurnal* 1917, Nr. 3/4, S. 3–36, bes. S. 4.

42 M. Ju. Lachtin, *Medicina i vrači v Moskovskom gosudarstve*, M. 1906, S. 10 (Zitat); N. Ju. Kumberg, *Medicina v staroj (dopetrovskoj) Rusi*, in: *Vračebnaja gazeta* 16. 1909, Nr. 3, S. 73–82, hier S. 75 f.; Ja. A. Čistovič, *Istorija pervych medicinskich škol v Rossii*, SPb. 1883, S. 3; N. V. Kuprijanov, *Istorija mediciny Rossii v carstvovanii Petra Velikogo*, SPb. 1872, S. 5 f.; *Pamjat' Petra Velikogo v russkoj mediciny*, in: *Sovremennaja medicina*, Nr. 20, 3. 6. 1872, S. 305–308, hier S. 306.

(mutmaßlich) kranken Zähnen befreite, galt geradezu als „creator of Russian medicine“ – als habe es vor ihm keine Heilkunst und nach ihm keine andere als die westeuropäische Medizin in Russland gegeben.<sup>43</sup> Dass diese über die Einführung der Zemstvo-Medizin hinaus ein Oberflächenphänomen und für die Bevölkerungsmehrheit unzugänglich blieb,<sup>44</sup> hat das Argument aus Sicht seiner Anhänger nicht entwertet. Die Interpretation erinnert an einen berühmten Aphorismus von Leibniz, der ein Bewunderer Peters und überzeugt war, dass dieser wie auf einer *tabula rasa* die Erneuerung Russlands planen und umsetzen konnte. In der Forschung ist dieses Klischee längst widerlegt und in den Zusammenhang von Neuerungen bereits des 17. Jahrhunderts und von Misserfolgen der Petrinischen Projekte gestellt worden.<sup>45</sup> In der Medizingeschichtsschreibung hat sich der Topos indes gehalten.<sup>46</sup> Die Gegenthese des vorrevolutionären Historikers Novombergskij ist eine Minderheitenposition geblieben: Keineswegs habe erst Peter I. begonnen, Ärzte in Russland auszubilden und Hospitäler als Dauereinrichtungen zu betreiben. Die Weichenstellung sei bereits im 17. Jahrhundert erfolgt. In immer mehr Armeeeinheiten hätten Ärzte dauerhaft Dienst getan, und erste Studenten seien auf westliche Universitäten geschickt worden. Konkrete Pläne, Heilkundige auch in Russland auszubilden, seien gerade in den ersten Regierungsjahren Peters nicht weiter verfolgt worden, so dass der als Reformautokrat bewunderte Herrscher während des Großen Nordischen Kriegs wieder gezwungen gewesen sei, Militärärzte für überhöhte Honorare anzuwerben.<sup>47</sup>

43 Lefevre, Sketch of the Origin and Present State of Medicine, S. 604; F. H. Garrison, Russian Medicine under the Old Regime, in: Bulletin of the New York Academy of Medicine 7.1931, S. 693–734, hier S. 698f., 703, Zitat S. 705; W. H. Gantt, Russian Medicine, New York 1937, S. 49f., 70.

44 L. F. Zmeev, Čtenija po vračebnoj istorii Rossii, SPb. 1896, S. 196, 250f.; E. A. Osipov u. a., Russkaja zemskaja medicina: Obzor razvitija zemskoj mediciny voobščee i otdel'no v Moskovskom gubernii [...], M. 1899, S. 171.

45 Zusammenfassend: M. Keller, Wegbereiter der Aufklärung: Gottfried Wilhelm Leibniz' Wirken für Peter den Großen und sein Reich, in: Dies. (Hrsg.), Russen und Russland aus deutscher Sicht. Bd. 1: 9.-17. Jahrhundert, München <sup>2</sup>1988, S. 391–413; D. C. Waugh, We Have Never Been Modern: Approaches to the Study of Russia in the Age of Peter the Great, in: JGO 49.2001, S. 321–345.

46 Vgl. J. T. Alexander, Medical Developments in Petrine Russia, in: CASS 8.1974, S. 198–221, hier S. 203–205, 217; Mirskij, Medicina Rossii, S. 51, 85f.; R. Beyer, Geschichte der anatomischen Nomenklatur in Rußland unter westeuropäischem Einfluß bis zur Zeit des Zaren Peter I. und seiner Erben, Med. Diss., Universität Halle-Wittenberg 1996, S. 37.

47 N. Ja. Novombergskij, Vračebnoe stroenie v dopetrovskoj Rusi, Tomsk 1907; Ders., Nekotorye spornye voprosy istorii vračebnogo dela v dopetrovskoj Rusi, SPb. 1903; ähnlich auch: I. L. Anikin, Estestvenno-naučnye vzgljady russkich lekarej XVII veka, in: Sovetskoe zdravoočranenie 9.1990, S. 75–77. Zum Forschungsstand: S. Dumschat, Ausländische Mediziner im Moskauer Rußland, Stuttgart 2006, bes. S. 43–59. Zu Novombergskij: A. Rustemeyer, Eine symmetrische Karriere. Der Historiker Nikolaj Novombergskij im Zarenreich und in der Sowjetunion, in: JGO 46.1998, S. 546–571.

Nicht aber um die Person Peters I. oder um eine Chronologie der Europäisierung Russlands geht es hier, sondern um einen qualitativen Wandel. Und im Kern hat auch Novombergskij die Zäsur nicht bestritten, die in der Medizingeschichte mit dem systematischen Transfer der westlichen Medizin verbunden wird. Obschon er die großzügigen Privilegien kritisierte, die manche der ausländischen Ärzte im Moskauer Russland genießen konnten,<sup>48</sup> griff Novombergskij zwar einzelne Migranten als selbstgefällige Kulturträger an, stellte aber an keiner Stelle die prinzipielle Überlegenheit ihrer Medizin in Frage. Ähnlich argumentierte später die sowjetische Forschung, wenn sie nach Intrigen und Netzwerken forschte, die zumal deutsche Ärzte in russischen Diensten gesponnen hätten, um die Karrieren des russischen Medizinernachwuchses zu verhindern. Die Übernahme westlicher Ausbildungsinhalte und -methoden galt dagegen als alternativlose Modernisierungsstrategie; die Gründung von Hospitälern und die Aufwertung akademischer Abschlüsse waren aus der Sicht entscheidende Wegmarken für Russlands Aufstieg zur Wissenschaftsmacht der Zukunft.<sup>49</sup> In medizinhistoriographischer Hinsicht stellt auch das Jahr 1917 keine Epochengrenze dar. Langfristig wichtiger als der mehrfache Umbruch des politischen Bezugsrahmens war sicher die Etablierung der Medizingeschichte als Disziplingeschichte, die von Ärzten für Medizinstudenten geschrieben wurde. Zwar änderten sich die Gewichtungen, und der zeitliche Fokus verlagerte sich auf das „vorrevolutionäre“ 19. Jahrhundert, aber die Grundperiodisierung blieb ebenso unverändert wie die Form der Darstellungen. Weiterhin wurden Institutionen der Forschung und Lehre sowie berühmte Männer und erfolgreiche Maßnahmen aufgelistet. In dieser Hinsicht war auch mit dem Untergang der Sowjetunion kein Paradigmenwechsel erforderlich.<sup>50</sup>

Seitens der Sozial- und Politikgeschichte der Medizin ist das 18. Jahrhundert vor allem als Vorgeschichte der Professionalisierung und Politisierung

48 N. Ja. Novombergskij, Čerty vračebnoj praktiki v Moskovskoj Rusi, SPb. 1904, S. 61 f., 76, 81.

49 Vgl. die Überblicke von M. K. Kuz'min, *Medicina v moskovskom gosudarstve, XVI–XVII v.*, M. 1978; P. E. Zabludovskij, *Medicina v period dvorjanskoj imperii (XVIII vek)*, M. 1955; Ders., *Istorija otečestvennoj mediciny*, M. 1960. Noch aufschlussreicher sind Spezialstudien wie G. A. Kolosov, *Medicinskij fakul'tet Moskovskogo universiteta XVIII veka*, in: *Sovetskaja klinika* 18.1932, Nr. 3, S. 127–139; S. M. Grombach, *Russkie vrači XVIII veka v bor'be s inostrannym zasiliem*, in: *Vračebnoe delo* 1948, Nr. 3, S. 263–266; B. D. Petrov, *Rol' russkich učennyh v medicine. XIV Meždunarodnyj kongress po istorii mediciny, Rim-Salerno*, M. 1954; A. G. Lušnikov, *Lekcii po istorii russkoj mediciny. Medicina XVIII stoletija*, M. 1956; G. M. Vajndrach, *Podvigi russkich vračej: Iz istorii bor'by s zaraznymi boleznjami*, M. 1959.

50 Programmatisch hierzu: A. P. Sergeev, *Očerki po istorii russkoj mediciny*, in: *Medicinskoe obozrenie Nižego Povolž'ja* 1925, Nr. 3/4, S. 63–69, Nr. 5/6, S. 70–86. Vgl. ferner P. Ja. Skorochodov, *Kratkij očerk istorii russkoj mediciny*, Leningrad 1926; I. A. Zinov'ev, *K istorii vyšego medicinskogo obrazovanija v Rossii*, M. 1962; V. A. Kovrigina u. a., *Medicina i zdravoočranenie*, in: *Očerki istorii russkoj kul'tury XVIII veka*, Bd. 3, M. 1988, S. 50–84; B. D. Petrov, *Očerki istorii otečestvennoj mediciny*, M. 1962; V. O. Samojlov, *Istorija rossijskoj mediciny*, M. 1997.



des Arztberufs in der ausgehenden Zarenzeit behandelt worden.<sup>51</sup> Lediglich einige Überblicksstudien zur Marinemedizin der Zeit oder über die Absolventen der Hospitalschulen liegen vor;<sup>52</sup> methodisch darüber hinausgehende Arbeiten fehlen. In den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg erschien stattdessen eine Reihe von biographischen Skizzen in sowjetpatriotischer Absicht, die das frühe Entwicklungspotenzial der russischen Medizin und die Marginalität westlicher Einflüsse betonten. Der rückläufige Anteil von ausländischen Medizinerinnen wurde zum Fortschrittsindikator.<sup>53</sup> Die westliche Forschung hat zwar auf die vaterländischen Akzente verzichtet, betrieb aber im Wesentlichen gleichfalls eine Geschichte der Institutionen, Theorien und Lebenswege. Vor allem die Karrieren von Ärzten aus (dem deutschsprachigen) Europa hat man wiederholt und bis in kleinste biographische Verästelungen untersucht.<sup>54</sup> Seit den 1990er-Jahren hat das Gegenrechnen von westlichen gegen russische Einflüsse seinen ideologischen Reiz zugunsten produktiver Beziehungsgeschichten verloren.<sup>55</sup> In der Regel hat man aber die lebhafteste Entwicklung der Wissenschafts- und Medizinhistoriographie der letzten Jahrzehnte kaum zur Kenntnis genommen, obwohl diese keineswegs von einer strukturharten Sozialgeschichte und schwammigen Kulturanthropologie dominiert wird. Vielmehr werden derzeit durchaus sogar wieder Biographien thematisiert – und in die Geschichte wissenschaftlicher Praxis oder Objektivität, des Habitus oder

- 51 L. Bulgakova, *The Profession of Physician in Tsarist Russia*, in: C. McClellan u. a. (Hrsg.), *Professionen im modernen Osteuropa*, Berlin 1995, S. 213–231; I. D. Strašun, *Russkaja obščestvennaja medicina v period meždu dvumja revoljucijami*, M. 1964.
- 52 Vgl. V. V. Kuprijanov, *K istorii medicinskoj služby na Russkom flote*, M. 1963; B. N. Palkin, *Russkie gospiťal'nye školy XVIII veka i ich vospitanniki*, M. 1959; A. G. Kacnel'bogen, *Obščestvennaja medicina v Rossii. Vtoraja polovina XVIII – načalo XIX veka*, Volgograd 1994.
- 53 I. D. Strašun, *Vydajuščijsja russkij vrač XVIII veka D. S. Samojlovič*, in: Ch. S. Koštojanc (Red.), *Trudy soveščanija po istorii estestvoznanija*, M. 1948, S. 341–350; M. A. Tikotin, P. A. Zagorskij i pervaja russkaja anatomičeskaja škola, M. 1950; V. V. Kuprijanov, M. K. Ščepin – doktor mediciny XVIII veka, M. 1953; Ders., K. I. Šein – doktor mediciny XVIII veka, M. 1953; A. G. Dučnikov, *Zamečatel'nyj vrač XVIII veka: F. G. Polikovskij*, in: *Fel'dšer i akušerka* 1953, Nr. 5, S. 41–45. Vgl. auch: W. Hryckovič, *Wybrane problemy metodologiczne historii medycyny w krajach dawnego ZSRR*, in: *Archiwum historii i filozofii medycyny* 59.1996, 349–354.
- 54 M. D. Grmek, *History of Medical Education in Russia*, in: C. D. O'Malley (Hrsg.), *History of Medical Education*, Berkeley 1970, S. 303–327; H. Müller-Dietz, *Ärzte im Russland des achtzehnten Jahrhunderts*, Esslingen 1973. Ferner: J. H. Appleby, *British Doctors in Russia, 1657–1807: Their Contribution to Anglo-Russian Medical and Natural History*, PhD Diss., University of East Anglia, Norwich 1979; R. Mumenthaler, „Keiner lebt in Armuth“. *Schweizer Ärzte im Zarenreich*, Zürich 1991; I. Kästner (Hrsg.), *Deutsch-russische Beziehungen in der Medizin des 18. und 19. Jahrhunderts*, Aachen 2000; Dies., R. Pfepper (Hrsg.), *Deutsche im Zarenreich und Russen in Deutschland: Naturforscher, Gelehrte, Ärzte und Wissenschaftler im 18. und 19. Jahrhundert*, Aachen 2004.
- 55 Forschungskritisch hierzu C. Scharf, Nachwort, in: Ders., H. Duchhardt (Hrsg.), *Interdisziplinarität und Internationalität. Wege und Formen der Rezeption der französischen und der britischen Aufklärung in Deutschland und in Rußland im 18. Jahrhundert*, Mainz 2004, S. 281–298.

der Lebenswelt von Naturforschern und Medizinern eingeordnet. Andererseits wenden Wissenschaftshistoriker solche Fragestellungen nach wie vor bevorzugt auf Westeuropa und Nordamerika an.<sup>56</sup>

Die Ursachen für das reziproke Desinteresse mögen im Thema oder in den Strukturen der Osteuropaforschung liegen; sie sind in jedem Fall Grund genug, einen Brückenschlag zu wagen. Auf der einen Seite lässt sich anhand der Ausbildungsinhalte, Absolventenzahlen und Ärztebiographien eine Zäsur konstatieren, die das 18. Jahrhundert für die Geschichte des Medizinerberufs im Zarenreich darstellte. Dieser Einschnitt war aber nie rein quantitativ begründet und konnte es angesichts der oben ausgeführten Zahlen auch gar nicht sein. Die gelehrte Medizin stellte einen qualitativ neuen Maßstab bereit, um Krankheit und Gesundheit zu definieren; darüber hinaus ist sie immer wieder als Indikator angeführt worden, um das Verhältnis Russlands zu Europa zu bestimmen. Doch die systematisch-rationale Produktion und Anwendung von Wissen, der sich auch die akademische Medizin verpflichtet wusste, kann zwar als ein Aushängeschild europäischer Wissenschaft und als ein Schlüsselmerkmal der Europäisierung gelten<sup>57</sup> – aber damit ist die Übernahme noch nicht erklärt. Es ist letztlich ein zirkuläres Argument, wenn dem Projekt der Europäisierung ein Erfolg aufgrund der Selbsteinschätzung der federführenden Elite bescheinigt wird, im Fall der Medizin von Studenten, Ärzten und Beamten.

Andererseits war Europäisierung im Zarenreich des 18. Jahrhunderts zunächst nur als elitäres Projekt angelegt und fest an die Entwicklung einer Funktionseleite gebunden, die Träger- und Zielgruppe zugleich war. Am Beispiel der Medizin lässt sich zeigen, dass solch eine Elite mit bestimmten, europäischen Kenntnissen und Fähigkeiten entstand, deren Dienstaufgabe aber mitnichten die Europäisierung der Gesamtbevölkerung war. In diesem Kontext entstand nicht einfach ein Klon westeuropäischer Medizin, sondern eine eigene medikale Kultur. Sie fügte sich zwar dank des kontinuierlichen (und bald auch bidirektionalen) Wissenstransfers fest in das Europa der Aufklärung ein, wies aber Besonderheiten und von vornherein begrenzte Wirkungsmöglichkeiten auf. Sie sind hier genauer zu untersuchen. Wenn für die gegenwärtige Generation der Wissenschaftshistoriker ein zentrales Thema die Kontextabhängigkeit des wissenschaftlichen Wissens ist, dann muss dies nicht nur in mikrogeschichtlichen Studien zu einem Labor oder einer wissenschaftlichen Schule gelten, sondern auch in transkultureller Perspektive für die Institutionen und Praktiken europäischer Medizin. Gleichzeitig relativiert der in Russland aufgegrif-

56 Vgl. außer der in Anm. 10 genannten Literatur: U. Daniel, *Kompendium Kulturgeschichte. Theorie, Praxis, Schlüsselwörter*, Frankfurt 2001, S. 361–379; A. Renner, *Wissenschaftstransfer ins Zarenreich des 18. Jahrhunderts. Bemerkungen zum Forschungsstand am Beispiel der Medizingeschichte*, in: JGO 53.2005, S. 64–85.

57 A. Brückner, *Die Aerzte in Russland bis zum Jahre 1800. Ein Beitrag zur Geschichte der Europäisierung Russlands*, SPb. 1887, S. 62; Allgemein hierzu: W. Schluchter, *Rationalität – das Spezifikum Europas?*, in: H. Joas, K. Wiegandt (Hrsg.), *Die kulturellen Werte Europas*, Frankfurt 2005, S. 237–264, bes. S. 251, 255.

fene und veränderte Begriff von europäischer Wissenschaft letztlich auch ein Element der Selbstdefinition und Abgrenzung Europas.

Mit dem größeren Kontext der Europäisierung ist die Medizingeschichte in ein thematisches Minenfeld der Historiographie gestellt, auf dem seit über zwei Jahrhunderten über den weltgeschichtlichen Sonderweg Russlands, seine Rückständigkeit oder Eigenzeit debattiert wird. Der Streit um die Dominanz westlicher oder die Originalität russischer Ideen ist unverändert eines der großen Themen der Geistesgeschichte. Doch solche Grundsatzfragen sind nicht meine Fragen.<sup>58</sup> Hier geht es um einen begrenzten Wissenstransfer von Europa ins Zarenreich, dem eine strukturelle, aber keine prinzipielle Ungleichheit zu Grunde lag und der sich aus dieser historischen Konstellation und den Maßnahmen zu ihrer Überwindung erklären lässt. Im Bereich der Medizin bedeutete Europa für Russland zunächst Konzepte und Praktiken aus dem Bereich der (akademisch) organisierten Wissenschaft, des modernen Staates und des Militärs. Der prägende Einfluss dieses konkreten Europas auf die medikale Kultur Russlands bleibt ebenso unbestritten wie das dort im 18. Jahrhundert rasch erreichte europäische Niveau medizinischer Forschung und Ausbildung. Doch spannender als die wiederholte Feststellung dieser Sachverhalte ist die Frage, wie sie entstanden und sich zueinander verhielten und ob die Wirkungsgeschichte der gelehrten Medizin Europas vorrangig in den von ihr geschaffenen und kontrollierten Bereichen zu untersuchen ist. Je genauer man hinsieht, desto stärker verwischt sich die Grenze zwischen europäischen und russischen Elementen.

3. *Grundbegriffe, Quellen und Aufbau der Untersuchung.* Medizinhistoriker haben zwar die Stationen und Repräsentanten des medizinischen Wissenstransfers nach Russland untersucht, aber auf ihre Kontextualisierung im Sinn der jüngeren Wissenschafts- beziehungsweise Medizingeschichte verzichtet. Letztere hat für diese Fragestellung zwei Standardlösungen mittlerer Reichweite anzubieten, deren Anwendbarkeit auf das Zarenreich des 18. Jahrhunderts vorab zu prüfen ist: zum einen eine Analyse der Institutionalisierung der gelehrten Medizin, gern schlagwortartig verkürzt als Medikalisierung bezeichnet; zum anderen die Diskursanalyse, um die Wirkungsmacht dieser Institutionen zumindest indirekt zu messen. Zusammenfassend lassen sich Diskurse und Institutionen ebenso wie das medizinische Fachwissen und seine Träger als Elemente einer medikalen Kultur untersuchen, in der zwar der westeuropäische Einfluss im 18. Jahrhundert als Kraft des Wandels, aber nicht der Dominanz ausgemacht werden kann. Die vier verwendeten Schlüsselbegriffe – Wissenstransfer, Medikalisierung, Diskurs, Medikalkultur – sind näher zu erläutern. Sie lassen sich jeweils einer der vorne (S. 15) skizzierten vier Untersuchungsebenen zuordnen. Dabei ist zu beachten, dass alle diese Begriffe Konstrukte sind, die für den Untersuchungsgegenstand anzupassen sind. Sie werden in

58 Vgl. jetzt auch A. V. Doronin (Hrsg.), „Vvodja nrawy i obyčaj Evropejskie v Evropejskom narode.“ K probleme adaptacii zapadnych idej i praktik v Rossijskoj imperii, M. 2008.

der Forschung kontroverser und tiefgründiger diskutiert als hier ausgeführt werden kann.

1. Unbestritten ist, dass zu Beginn des 18. Jahrhunderts in Russland ein politisch motivierter Transfer westeuropäischer Medizin mitsamt entsprechender Spezialisten und Institutionen, Methoden und Medien stattfand. Unklar ist, welche analytischen Implikationen der Transferbegriff besitzt und wie er den Untersuchungsrahmen um Sender und Empfänger absteckt. Wissenstransfer setzt hier nicht im Sinn der deutsch-französischen Kulturtransferforschung eine vielfältige, bislang nur übersehene Verbindung der Transferpartner voraus, sondern will an einem Beispiel nachzeichnen, wie die Verflechtung überhaupt erst entstand.<sup>59</sup> Einerseits ist von einer neuen, prägenden Ausgangssituation zu Beginn des Untersuchungszeitraums auszugehen mitsamt einer kulturellen Grenze, die wie ein Filter wirkte. Andererseits wird die wissenschaftsgeschichtliche Differenz zwischen Russland und Europa nicht zu einem apodiktischen Gegensatz erklärt, sondern, im Sinn einer transkulturellen Geschichte,<sup>60</sup> als ergebnisoffener Kommunikationsprozess untersucht. Der Wissenstransfer war anfangs von den Vorgaben der russischen Regierung dominiert – und nicht von medizinischen Kulturträgern als Missionare europäischer Zivilisation. Präziser (aber ungebräuchlich) wäre es, von einem Wissensimport als Kompromiss aus Angebot, Nachfrage und Kosten zu sprechen. Indem sich Sender und Empfänger wie Handelspartner annäherten, wandelte der Transferprozess seinen Charakter und wurde zum Wissensaustausch. Dieser Veränderung der Analyseeinheiten ist, gerade im Hinblick auf das apodiktische Begriffspaar Russland/Europa, ebenfalls Rechnung zu tragen.

Der Transferbegriff zielt darauf, die biographie- und disziplingeschichtlichen Ergebnisse der bisherigen Forschung zu verbinden und zu vertiefen. Mit Hilfe einer eigens hierfür angelegten Datenbank werden die Karrieremuster und Schriften nicht nur der prominenten ausländischen Ärzte erfasst. Zusammen mit ihren russischen Kollegen und einer unbekanntem Zahl nichtmedizinischer Autoren stellten Mediziner aus der zweiten Reihe die Mehrheit der

59 M. Espagne, *Les transferts culturels franco-allemands*, Paris 1999. Vgl. auch die Diskussion mit Espagne u. a.: „Kulturtransfer“. Europäische Geschichte gegen den Strich nationaler Mythen (Podiumsdiskussion in den „Wiener Vorlesungen“), in: W. Schmale (Hrsg.), *Kulturtransfer. Kulturelle Praxis im 16. Jahrhundert*, Wien 2003, S. 13–38; J. Paulmann, *Internationaler Vergleich und interkultureller Transfer. Zwei Forschungsansätze zur europäischen Geschichte des 18. und 19. Jahrhunderts*, in: *HZ* 267.1998, S. 649–685; M. G. Ash, *Wissens- und Wissenschaftstransfer. Einführende Bemerkungen*, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 29.2006, S. 181–189.

60 Vgl. eine fortlaufende, allerdings meist unter dem Schlagwort des Transnationalen geführte Debatte: <http://geschichte-transnational.clio-online.net> sowie M. Werner, B. Zimmermann, *Vergleich, Transfer, Verflechtung. Der Ansatz der Histoire croisée und die Herausforderung des Transnationalen*, in: *GG* 28.2002, S. 607–636, bes. S. 612–617; J. Osterhammel, *Transkulturell vergleichende Geschichtswissenschaft*, in: Ders., *Geschichtswissenschaft jenseits des Nationalstaats*, Göttingen 2001, S. 11–45; P. Burke, *Kultureller Austausch*, in: Ders., *Kultureller Austausch*, Frankfurt 2000, S. 7–40, hier S. 23 f., 28–34.

medikalen Wissensmultiplikatoren. Insbesondere die russische Ratgeber- und Zeitschriftenliteratur der medizinischen Aufklärung ist in diesem Zusammenhang bislang nicht ausgewertet worden. Hier ging es nicht um esoterisches Fachwissen, sondern mit konkreten Vorschlägen immer auch um Grundsätzliches – um die Rolle des Arztes und von Kranken, um Körpervorstellungen und die Bedeutung von Krankheiten. Allerdings ist stets zwischen dem Wissen zu unterscheiden, das verfügbar war, dem Importierten sowie dem letztendlich Rezipierten und situativ Angewandten beziehungsweise Abgewandelten. Schon infolge dieses mehrfachen Selektionsprozesses stellte das medizinische Wissen in Russland nicht einfach das Duplikat eines Vorbildes dar. Das für nützlich befundene Fachwissen war nicht isoliert, gewissermaßen in Rohform zu übernehmen. Ärzte vernetzten sich auch im Zarenreich in einem „Denkkollektiv“, das einerseits in die europäische Gelehrtenrepublik eingebunden war, sich andererseits um Resonanz in einer entstehenden Laienöffentlichkeit des Zarenreichs bemühte.<sup>61</sup> Denn außerhalb des medizinischen Denkkollektivs blieb dessen Wissen ansonsten unbekannt.

2. Jenseits der Inhalte war der medizinische Wissenstransfer ein sozialer Prozess. Dies lässt sich zunächst an dem von oben ins Leben gerufenen medizinischen Berufsfeld untersuchen, in dem die verbindliche Deutung von Krankheit wie Gesundheit beansprucht und die Verteilung dieses Monopols geregelt wurde. Das in der Medizinhistoriographie verbreitete Modell einer Professionalisierung des akademisch fundierten Arztberufes nach westeuropäisch-angelsächsischem Vorbild<sup>62</sup> wird den Umständen der russischen Geschichte nur unter Vorbehalten gerecht – berufliche Autonomie und Marktbeherrschung waren unvereinbar mit Autokratie und Leibeigenschaftssystem. Dennoch ist bemerkenswert, dass eine Sozialgruppe fachschulisch ausgebildeter Mediziner viel früher und eindeutiger als andere Spezialisten identifizierbar war – der berufsmäßige Wissenschaftler war beispielsweise in Russland wie andernorts ein Produkt des späteren 19. Jahrhunderts.<sup>63</sup> Angesichts der obrigkeitlichen Rückendeckung, die der Arztberuf im Zarenreich besaß, scheint es nahe liegend, auf das Modell der Medikalisierung zurückzugreifen. Bezeichnete der Begriff ursprünglich einen Index, der das Verhältnis von regulären Heilkundigen und entsprechenden Einrichtungen zur Bevölkerungszahl ausdrückte, hat sich eine qualitative Lesart des Konzepts durchgesetzt. Es thematisiert am Beispiel der

61 L. Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv [1935], Frankfurt <sup>6</sup>2006, S. 54 f., 131–141; Wright/Treacher, Introduction, S. 10 f.

62 Grundsätzlich: E. Freidson, Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge, New York 1970; zusammenfassend: J. C. Burnham, How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History, London 1998, Kapitel 3–5, passim; flexibel: P. Bourdieu, The Specificity of the Scientific Field and the Social Conditions of the Progress of Reason, in: Social Science Information 14.1975 (6), S. 19–47.

63 Vgl. W. A. Vucinich, Science in Russian Culture. A History to 1860, Stanford 1963, Kapitel 8; L. Daston, Die Kultur der wissenschaftlichen Objektivität, in: M. Hagner (Hrsg.), Ansichten der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt 2001, S. 137–158, hier S. 153–155.

Medizin nichts weniger als den Zusammenhang von Wissen und Macht. Medikalisierung meint in diesem Sinn den wachsenden Einfluss der offiziellen, akademischen Medizin. Sie habe, so die Grundthese, mit Hilfe einer staatlichen Medizinalverwaltung einerseits, eines von Medizinern allerdings nur bedingt kontrollierbaren Gesundheitsdiskurses andererseits ihre Expertise in neuen Institutionen (wie dem „modernen“ Hospital) verankert und autoritative Zuständigkeit für immer neue Themen (wie den Wahnsinn) beansprucht. Dieses Konzept ist aus der französischen und deutschen Geschichte des 19. Jahrhunderts abgeleitet und zur Kritik an der Übermedikalisierung der Gegenwart zugespitzt worden.<sup>64</sup> Es ist wie das Professionalisierungsmodell nur unter klaren Vorbehalten auf das unterregierte Zarenreich des 18. Jahrhunderts übertragbar. Doch besitzt der Medikalisierungsbegriff den Vorzug, Medizin weder als zeitloses Feld von Zuständigkeiten noch als neutrales Gut zu behandeln. Medikalisierung verweist auf den größeren und zeitübergreifenden Kontext der sozialen Kontrolle, die zu steigern zweifellos ein Leitmotiv autokratischer Politik von Peter I. und seinen Nachfolgerinnen war. Das Ziel war, durch rationale Vorschriften die Lebensführung möglichst vieler Untertanen auf das von der Regierung bestimmte Allgemeinwohl auszurichten. Ein entsprechender Regelungsanspruch für den Umgang mit Krankheit und Gesundheit der Bevölkerung wurde auch im Zarenreich unter dem zeitgenössischen Schlagwort der medizinischen „Policey“<sup>65</sup> bekannt und lässt sich auch aus den für diese Untersuchungsebene ausgewerteten Verwaltungs- und Personalakten der Medizinalbehörden herauslesen.<sup>66</sup> Die Frage bleibt indes, ob und vom wem diese Politik jenseits der Verordnungen umgesetzt beziehungsweise verändert wurde und welche, aktive oder passive, Rolle darin die Zielgruppe spielte.

Wenn Ärzte im Zarenreich zunächst zur Effizienzsteigerung in den Streitkräften eingestellt wurden, dann war ihre Aufgabe nicht nur, Verwundete schnell wieder einsatzfähig zu machen, sondern auch, disziplinierend das Verhalten von Gesunden zu beeinflussen, insbesondere um der Verbreitung ansteckender Krankheiten entgegenzuwirken. Schon die Diagnose einer Krankheit

64 M. Foucault, *La politique de la santé au XVIII<sup>e</sup> siècle*, in: Ders. u. a. (Hrsg.), *Les machines à guerir. Aux origines de l'hospital moderne*, Paris 1976, S. 11–21; O. Keel, *The Politics of Health and the Institutionalization of Clinical Practices in Europe in the Second Half of the Eighteenth Century*, in: W.F. Bynum, *William Hunter and the Eighteenth-Century Medical World*, Cambridge 1985, S. 207–256; F. Loetz, „Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750–1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung, in: W.U. Eckart, R. Jütte (Hrsg.), *Das europäische Gesundheitssystem. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive*, Stuttgart 1994, S. 123–161; P. Conrad, *Medicalization and Social Control*, in: *Annual Review of Sociology* 18.1992, S. 209–232; I. Illich, *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens* [1977], München 41995.

65 Zum Begriff zuletzt: P.E. Carroll, *Medical Police and the History of Public Health*, in: *MH* 46.2002, S. 461–494; B. von Wahrig, W. Sohn (Hrsg.), *Zwischen Aufklärung, Policey und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens (1750–1850)*, Berlin 2003.

66 RGADA, v. a. f. 16 [Vnutrennee upravlenie], f. 344 [Medicinskaja kolegija], f. 346 [Medicinskaja kanceljarija].

enthielt immer auch eine Deutung, die mit einer Sanktionierung oder Stigmatisierung einhergehen konnte. Und auch die Behandlung sollte möglichst nach den Vorstellungen des Arztes erfolgen, verlangte also vom Patienten die Übernahme einer verordneten Rolle. Dies setzte freilich eine gewisse Kooperation der Kranken voraus – die Verwandlung von Fremdzwang in Selbstzwang. Ebendiesen Anpassungsprozess meint der Begriff der Sozialkontrolle, kein starres, verordnetes Normengefüge.<sup>67</sup> Dies trifft erst recht für den zivilen Bereich zu, in dem Ärzte oft nur indirekt, publizistisch für ein verändertes Gesundheitsverhalten werben konnten.

3. Auf diese Untersuchungsebene zwischen medizinischer Ideen- und Sozialgeschichte zielt der Diskursbegriff. Ihn haben in den letzten Jahren immer mehr Forscher aufgegriffen, wenn auch nach wie vor strittig ist, ob er eine neue Methode oder nur die wiederentdeckte Forschungsperspektive auf die Geschichte der menschlichen Sprache meint.<sup>68</sup> Zumindest das Interesse am Diskurs scheint sich weniger aus den aus der Linguistik entlehnten Methoden der Textanalyse zu speisen als aus der Grundannahme, dass mit und hinter der untersuchten Sprache Strukturen zu entdecken seien, welche die Formulierung und Verteilung von Wissen kanalisieren. Diskurse sind in dieser Foucaultschen Tradition als informelle Regelwerke für das Denk- und Sagbare innerhalb einer Kultur definiert worden. Und weil nur Denkbare mach- und verhandelbar wird, gelten Diskurse auch als Medium, in denen mit Bedeutungen auch Macht umgesetzt wird.<sup>69</sup> Von der Sprachwissenschaft ist in diesem Diskursverständnis zweierlei übernommen: Zum einen gelten Diskurse als thematisch fokussierte Aussagensysteme, in denen sich beliebig viele Texte zueinander ähnlich verhalten wie Sätze innerhalb eines Textes; zum anderen sind Diskurse keine Statuten, sondern Prozesse. Der Etymologie des Begriffs

67 Vgl. A.L. Clark u. J.P. Gibbs, Soziale Kontrolle: eine Neuformulierung, in: K. Lüderssen u. F. Sack (Hrsg.), Seminar: Abweichendes Verhalten I. Die selektiven Normen der Gesellschaft, Frankfurt 1975, S. 153–185; medizingeschichtlich modifiziert bei Freidson, Profession of Medicine, S. 304, 329f.; C.E. Rosenberg, Framing Disease: Illness, Society, and History, in: Ders., Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine, Cambridge 1992, S. 305–318, bes. 310–313. In der deutschsprachigen Forschung ist meist von einer Sozialdisziplinierung die Rede, während soziale Kontrolle eher statisch definiert wird. Vgl. H. Schilling, Profil und Perspektiven einer interdisziplinären und komparatistischen Disziplinierungsforschung jenseits einer Dichotomie von Gesellschafts- und Kulturgeschichte, in: Ders. (Hrsg.), Institutionen, Instrumente und Akteure sozialer Kontrolle und Disziplinierung im frühneuzeitlichen Europa, Frankfurt 1999, S. 3–38.

68 Vgl. die methodischen bzw. perspektivischen Argumentationen von A. Landwehr, Geschichte des Sagbaren. Einführung in die historische Diskursanalyse, Tübingen 2001; P. Sarasin, Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt 2003, S. 8. Zusammenfassend mit weiterführender Literatur: R. Jütte, Diskursanalyse in Frankreich, in: J. Eibach, G. Lottes (Hrsg.), Kompass der Geschichtswissenschaft: Ein Handbuch, Göttingen 2002, S. 307–317; F.X. Eder (Hrsg.), Das Gerede vom Diskurs – Diskursanalyse und Geschichte. Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 16.2005, Heft 4.

69 M. Foucault, Archäologie des Wissens, Frankfurt <sup>8</sup>1997, S. 41 f., 170 f., 182; Ders., Die Ordnung des Diskurses, Frankfurt <sup>7</sup>2000, S. 47.

entsprechend, treten Elemente hinzu, werden verändert, verschwinden. Ein Diskurs ist demnach zwar kein gezielt geschmiedetes Herrschaftsinstrument, sondern ein mehrstimmiges sprachliches Phänomen. Aber die Heterogenität ist nicht beliebig: ein Diskurs kombiniert nicht einfach linguistische Elemente, sondern er organisiert Wissen. Er hierarchisiert und verhindert Aussagen; gewissermaßen hinter dem Rücken der Sprecher beziehungsweise Schreiber wird bestimmt, welche wahren und falschen Äußerungen zu einem Thema möglich sind.

Die Auswahl eines Diskurses zur Analyse ist aber immer ein Konstrukt vermuteter Zusammenhänge. Die Bestimmung der relevanten (meist schriftlichen) Texte ist daher entscheidend – und zutiefst problematisch, weil die über-textliche Bedeutungsebene ja ein Ergebnis erst der Diskursanalyse sein soll.<sup>70</sup> Für die russische Medizingeschichte des 18. Jahrhunderts lässt sich dieses Dilemma entschärfen, weil nur wenige Texte zu medizinischen Themen vorliegen.<sup>71</sup> Hieraus werden erstens jene ausgewählt, die sich nicht nur an Ärzte und Medizinstudenten, sondern an ein allgemeines Publikum richten. Gefragt wird nach Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sowie den entsprechenden Verhaltensrichtlinien. Wie wurde der Überlegenheitsanspruch der westeuropäischen Medizin begründet? Ein wirkungsmächtiger Diskurs wird sich aber daraus nur dann ableiten lassen, wenn sich, zweitens, Querverbindungen und zirkulierende Deutungen zwischen dem offiziellen medizinischen Feld und von Laien verfassten Texten ergeben. Daher sind zusätzlich Selbstzeugnisse sowie die zahlreichen Zeitschriftenartikel mit populärwissenschaftlichem Inhalt heranzuziehen, in denen, so die Vermutung, Aussagen des Diskurses aufgegriffen, verändert und in neue Zusammenhänge gestellt wurden. Damit werden nicht nur weniger bekannte Referenztexte, Autoren und Multiplikatoren erfasst, sondern auch die Hegemonie eines gleichsam anonym wirkenden Diskurses relativiert.<sup>72</sup> Ebenso deutlich wird allerdings, dass der medizinische Diskurs zeittypische Denkweisen nur für diejenigen bereithielt, die seine Sprache verstanden und Zugang zu seinen Arenen besaßen – und dafür kam vor allem die lesende Elite in Frage.

4. Wenn Diskurse ihre Zentralthemen meist in ein Netz schriftlich fixierter Äußerungen einweben, zielt das Modell der medikalen Kultur (genauer: Kulturen) auf eine umfassendere Kontextualisierung. Mit der Diskursanalyse verbindet es die Grundannahme, Medizin nicht als biologisch determinierten

70 M. Maset, *Diskurs, Macht und Geschichte. Foucaults Analysetechniken und die historische Forschung*, Frankfurt 2002, S. 196.

71 Im 18. Jahrhundert erschienen insgesamt 287 russischsprachige, medizinische Titel im Zarenreich (vgl. Tabelle 8).

72 Dies schlägt eine Brücke zu dem angelsächsischen akteurszentrierten Diskursbegriff: E. Hellmuth, C. v. Ehrenstein, *Intellectual History made in Britain. Die Cambridge School und ihre Kritiker*, in: GG 27.2001, S. 149–172, bes. 153–160; J. G. A. Pocock, *The Concept of a Language and the *metier d'historien*: Some Considerations on Practice*, in: A. Pagden (Hrsg.), *The Languages of Political Theory in Early-Modern Europe*, Cambridge 1987, S. 19–38, bes. 19f.



Wissensbereich zu untersuchen. Krankheiten seien immer auch kulturell definiert und besäßen soziale Folgen. Solche Deutungen und Konsequenzen werden nicht als zufällige Umstände ansonsten unveränderlicher Kernmerkmale verstanden, sondern als Teil der Krankheit selbst: „*Disease is not an entity but an explanatory model.*“<sup>73</sup> Diese zuerst von Ethnologen formulierte Definition, um die Eigenlogik fremder Kulturen zu verstehen, ist auch für historische Arbeiten verwendbar. Nicht um die retrospektiv „richtige“ Diagnose vergangener Krankheiten geht es, sondern um die Analyse des Krankseins. Dies knüpft an eine inzwischen gängige Unterscheidung an: zwischen Krankheiten einerseits als wie auch immer objektiv nachweisbarer Zustand (*disease*), andererseits als soziale und kulturelle Rolle (*illness, sickness*), die mit einer Erkrankung einher gehen. Eine medikale Kultur ist tendenziell eine synkretistische Formation, in der einander widersprechende Erklärungen und Therapien existierten und oft gleichzeitig zur Anwendung kamen.<sup>74</sup> Dies war offensichtlich im Zarenreich des 18. Jahrhunderts der Fall, wo die neue offizielle Medizin zwar den sichtbaren Diskurs dominierte, nicht aber die tatsächliche medizinische Versorgung. Faktisch bestand eine Arbeitsteilung zwischen neuer und alter Heilkunst. Doch im Prinzipiellen schwelte ein Konflikt. Die europäisch ausgebildeten Mediziner beanspruchten mit ihrer theoretischen Kompetenz zur Erklärung und Behandlung von Krankheiten auch, Verhaltensregeln und Deutungen für die Ebene des Krankseins zu formulieren. Dies war der Bereich, in dem kulturelle Missverständnisse entstanden. Die neuen Spannungen innerhalb der russischen Medikalkultur des 18. Jahrhunderts nahmen so den Konflikt vorweg, den spätere Kolonialmächte mit dem Export westlicher Medizin auslösten.<sup>75</sup>

Das Konzept der medizinischen Kultur schlägt einen Bogen über die Diskurs- und Sozialgeschichte zurück zur Transferanalyse. Es eignet sich darüber hinaus dafür, die verschiedenen Untersuchungsebenen in einer Synthese wieder zusammenzuführen – doch kann dieser Anspruch hier nur perspektivisch eingelöst werden. Die Quellengrundlage ist zu bescheiden im Vergleich mit ethnologischen Studien, die durch systematische Patientenbefragung eine dichte Beschreibung von typischen Krankheitssituationen leisten und so „semantische Netzwerke“ von Erfahrungen, Gefühlen und Erwartungen rekonstruieren kön-

73 Vgl. exemplarisch aus einer inzwischen umfangreichen Literatur (siehe Anm. 32): B.J. Good, *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge 1994, Zitat S. 53, Hervorhebung ebd.; A.M. Kleinman, *Writing on the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley 1995.

74 D. Lupton, *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London 1994, S. 13–18; A.M. Kleinman, *Towards a Comparative Study of Medical Systems: An Integrated Approach to the Study of Relationship of Medicine and Culture*, in: *Science, Medicine and Man* 1. 1973, S. 55–65, Zitat S. 57; A. Young, *The Anthropologies of Illness and Sickness*, in: *Annual Review of Anthropology* 11.1982, S. 257–285; H. T. Engelhardt, *The Concepts of Health and Disease*, in: Ders., A.L. Caplan, J.J. McCartney (Hrsg.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, London 1981, S. 31–47.

75 A. Cunningham (Hrsg.), *Western Medicine as Contested Knowledge*, Manchester 1997; H.A. Baer, M. Singer, I. Susser (Hrsg.), *Medical Anthropology and the World System*, Westport, Conn. 2003.

nen.<sup>76</sup> Für das Zarenreich des 18. Jahrhunderts sind solche Daten schlichtweg nicht vorhanden. Mehr Informationen enthalten die Archive über die Infrastruktur der Medikalkultur.<sup>77</sup> Doch schon Angaben über irreguläre Heiler und die „Volksmedizin“ sind grundsätzlich bereits durch die offiziellen Instanzen gefiltert. So spiegeln die im Rahmen dieser Arbeit ausgewerteten Akten aus dem „Russländischen Staatsarchiv für altes Schriftgut“, die Auskünfte über der Kurpfuscherei angeklagte Personen enthalten, bevorzugt die amtliche Lesart eines Delikts wider, das überhaupt nur in Ausnahmefällen aktenkundig wurde. Haben sich immerhin manche der populären Heilrezepturen und -methoden erhalten und sogar neue Anhänger gefunden, ist kaum etwas über die Urheber und Praktiker bekannt. Erst für das späte 19. Jahrhundert erhellen ethnographische Studien das Bild.<sup>78</sup> Wenig ist auch aus Krankensicht über Ärzte und andere Heiler überliefert; publizierte und unpublizierte Selbstzeugnisse, die aus dem späten 18. Jahrhundert zahlreich vorliegen, greifen medizinische Themen oft gar nicht oder nur beiläufig auf. Deswegen konnte, auch um den Rahmen dieser Untersuchung nicht zu sprengen, letztlich nur eine begrenzte Zahl verarbeitet werden. Grundsätzlich zeigt aber auch diese Auswahl: Krankheiten wurden nicht immer so gedeutet und behandelt wie von den europäisch ausgebildeten Ärzten vorgeschrieben. Diese Differenz ist nicht als Gegensatz von wissenschaftlichem Wissen und überkommenem Aberglauben abzutun, sondern war eine Folge unterschiedlicher Deutungskulturen, in denen letztlich unterschiedliche Krankheiten entstanden.

Von ihrem Rand betrachtet, verliert die offizielle, neue Medikalkultur in Russland die Selbstverständlichkeit, die ihre Anhänger im Inneren verbreiteten. Dennoch bleibt sie das Thema der vorliegenden Untersuchung. Die Verknüpfung mit den anderen drei vorgestellten Untersuchungsebenen soll ja gerade die Ambivalenz, die politischen Wirkungsumstände und sozialen Träger der veränderten Medizin schärfer herausarbeiten. Die vier Ebenen stehen dabei nicht immer gleichberechtigt nebeneinander; die Gliederung der Untersuchung folgt vielmehr thematischen Fallstudien, in denen die wichtigsten Schnittstellen der neuen Heilkunde mit Kultur und Gesellschaft des Zarenreichs sichtbar gemacht werden. Die Anordnung der Kapitel ergibt sich nicht aus der medizingeschichtlichen Chronologie, sondern aus der Logik eines Transferprozesses. Am Anfang steht die Begründung und Auswahl des Transferwissens, ihr folgt die eigentliche Aneignung und Einfügung in „russische“ Zusammenhänge; in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts tritt begleitend

76 Young, *Illness and Sickness*, S. 262–268; T. Lux, Zur Entwicklung des Begriffs semantisches Netzwerk, in: Ders. (Hrsg.), *Krankheit als semantisches Netzwerk. Ein Modell der Kulturabhängigkeit von Krankheit*, Berlin 1999, S. 23–45.

77 *Istorija razvitija mediciny i zdravoochranenija v Rossii: Obzor dokumental'nych materialov*, M. 1958.

78 Vgl. N. A. Pokrovskij, *Očerki narodnoj russkoj mediciny XVIII veka*, in: *Protokoly Tambovskogo medicinskogo obščestva za 1894*, Tambov 1894, S. 313–319.

eine Reflexion und Bewertung des Transfers hinzu.<sup>79</sup> Jedes Großkapitel untersucht also Teilabschnitte des Wissenstransfers; sie sind aber nicht als streng diachrone Abfolge von Phasen, sondern ebenso als synchron verbundene Wirkungsebenen zu verstehen.

Die ersten drei Kapitel übertragen, was bislang konzeptionell skizziert wurde, auf die russische Geschichte und nehmen die Ausgangssituation des Wissenstransfers in den Blick – die Protagonisten, die über die Quellen bestimmten und als Sender wirkten. Die Inhalte und Medien sowie die neue medizinische Funktionselite werden in den Kontext der westeuropäischen Medizingeschichte gestellt. Als zweite Verlaufebeben werden in Kapitel 4 und 5 die politischen Vorgaben analysiert, die wie ein Verstärker des Transfers wirkten und Wirkungskanäle öffneten; es geht sowohl um die Ziele, die über die Aufgaben im engeren medizinischen Sinn hinaus gingen, als auch um das gesellschaftliche Kräftefeld, in dem sie entstanden, verändert, umgesetzt oder abgelehnt wurden. Dies ist am Beispiel der Seuchenpolitik im Detail zu untersuchen, weil in diesem Bereich relativ viele Menschen von medizinalpolitischen Entscheidungen betroffen waren. Kapitel 6 und 7 behandeln die Widerstände im Transferverlauf und verweisen auf die Grenzen der offiziellen Medizinpolitik am Beispiel des Umgangs mit anderen medikalen Kulturen. Sie wurden als irreguläre Lehre stigmatisiert; unlizenzierte Praktiker galten pauschal als Quacksalber und Scharlatane. Dennoch erweist sich die scharf betonte Grenze, genau besehen, als Fiktion. Im Zentrum der letzten beiden Kapitel (8 und 9) geht es mit der medizinischen Aufklärung wieder um einen Verstärkungsfaktor, der dem Wissenstransfer eine neue Richtung und Eigendynamik verlieh. Vor allem im letzten Drittel des Jahrhunderts setzte ein Boom popularisierender Schriften ein, mit denen nicht nur medizinische Themen, sondern auch Vorstellungen von Körper und Krankheit Eingang in eine Laienöffentlichkeit fanden; medizinische Argumente stützten die Forderung der Aufklärung nach einer rationalen Lebensführung. Noch stärker nach der Wirkung fragt das Fazit. Worin bestand das entscheidende Novum, welches waren die langfristigen Folgen des medizinischen Wissenstransfers?

79 Vgl. konzeptionell: R. Muhs u. a., Brücken über den Kanal? Interkultureller Transfer zwischen Deutschland und Großbritannien im 19. Jahrhundert, in: Dies. (Hrsg.), Aneignung und Abwehr. Interkultureller Transfer zwischen Deutschland und Großbritannien im 19. Jahrhundert, Bodenheim 1998, S. 7–20.