

2. Das »Institut« der Sanitätsärzte: Organisation und Expertise in der Gesundheitsprävention (1906-1914)

Über seine Dienstreise an die Allrussländische Hygieneausstellung vor dem Ärzterat des Kreiszemstvo Simbirsk berichtete ein Arzt von der Gesundheitsprävention (*sanitarnaja organizacija*) in den Zemstva: »[Im Moskauer Gouvernementszemstvo] ist die Organisation der Gesundheitsprävention: eine Organisation, die der Erkrankung vorbeugt, eine Organisation, welche die Ursachen der Erkrankung klärt, und eine Organisation, die zeigt, wie man gegen die Gefahrenquellen kämpft. [...] Eine solche gesundheitspräventive Organisation wird schrittweise schon in vielen Zemstva eingeführt. Heute haben 18 der 34 alten Gouvernementszemstva und drei der sechs neuen, westlichen Zemstvogouvernements – also insgesamt 21 – eine vollendete Organisation der Gesundheitsprävention.«¹ Das Gouvernement Simbirsk – so lässt sich das folgende Plädoyer des Arztes für die Anstellung von Kreissanitätsärzten erklären – zählte nicht dazu.²

Eine »vollendete Organisation« der Gesundheitsprävention bestand aus einem Sanitätsbüro als zentralem Koordinations- und Ausführungsorgan bei der Gouvernementszemstsvoverwaltung, aus Sanitätsräten als kollegialen Beratungsorganen der Gouvernements- und Kreiszemstsvoverwaltungen und aus Sanitätsärztin-

1 Jablonskij, A. P.: Doklad o rezul'tatach komandirovki ego na vsjer. gig. vystavku v Sankt Peterburg. Simbirsk 1914, S. 8f. Die 1912 neu errichteten Selbstverwaltungen waren in den Gouvernements Kiev, Podol'sk, Vitebsk, Volhyn', Minsk und Mogilev.)

2 Ebd., S. 9f. In Simbirsk wurde 1896 ein Sanitätsbüro eröffnet, 1906 abgeschafft und erst 1912 mit einem leitenden Sanitätsarzt wiedereröffnet. Ausserdem engagierte das Gouvernementszemstvo noch einen Epidemiearzt. Vgl. Žbankov, D. N.: Kratkie svedenija o vozniknovenii i dejatel'nosti obščestvenno-sanitarnych učreždenij v zemskoj Rossii, in: Obščestvo russkich vračej v pamjat N. I. Pirogova (Hg.): Spravočnik po obščestvenno-sanitarnym i vračebno-bytovym voprosam. Moskva 1910, S. 38-88, S. 84f.; Frenkel', Z. C.: Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo dela. S 53 risunkami, kartami i grafikami. (V preddverii 50-ti letnogo jubileja russkogo zemstva). Sankt Peterburg 1913, S. 196.

nen und -ärzten (*sanitarnye vrači*) in diesen Institutionen.³ In den meisten Zemstva entstanden erste gesundheitspräventive Einrichtungen in den 1890er Jahren als Antwort auf die Choleraepidemie 1892/93.⁴

Viele gesundheitspräventive Institutionen, die vor 1900 entstanden, wurden spätestens nach der Revolution 1905 wieder geschlossen.⁵ Die nun mehrheitlich konservativen Zemstvoabgeordneten misstrauten jeder Art von Organisation ihrer Angestellten. Aber die Komplexität der Zemstsvoverwaltung, konstanter sozialer und ökonomischer Reformdruck sowie eine sozial breit abgestützte Hinwendung zur »Kulturarbeit« bewirkten bald eine Wiederaufnahme vorrevolutionärer Sozialprojekte. Als laut einem Sanitätsarzt aus Ekaterinoslav ab 1907/08 »die zerstörerische Welle im Zemstvo zurückflutete, begann die Wiedergeburt der gesundheitspräventiven Organisation.«⁶ Diese Wiederaufnahme, welche die Zemstvoärzte in ihrem Selbstverständnis als traditionelle Weiterentwicklung konstruierten, war eine quantitativ erstmals bedeutsame Implementierung gesundheitspräventiver Institutionen. Und diese erfolgte in einem zunehmend beschleunigten Tempo: Zwischen 1910 und 1913 wuchs die Zahl der in den Zemstva tätigen Sanitätsärzte knapp um das Dreifache.⁷ 1910 arbeiteten 90 Sanitätsärzte in 12 Gouvernementszemstva, 1911 128 Sanitätsärzte in 14 Gouvernements. Zum Zeitpunkt der Allrussländischen Hygieneausstellung im Sommer 1913 waren es 210 Kreissanitätsärzte in

-
- 3 Vgl. dazu allgemein Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 44-69. Es gab in den Zemstva auch wenige Sanitätsärztinnen. Aufgrund der russischen Nachnamen konnte ich rund zehn in meinen Quellen eruieren; bei deutschen oder jüdischen Familiennamen ist eine geschlechtliche Zuordnung nicht möglich. Ende 1913 arbeiteten von 2325 Ärztinnen 1443 in staatlichen Institutionen und davon 731 bzw. 50,6 % in den Zemstva, zumeist als Revierärztinnen. Von ihrer Herkunft her waren es neben Russinnen (574) vor allem Jüdinnen (103), Polinnen (24) und Deutsche (12). Vgl. Toropov, D. I.: *K Statistike ženščin-vračej*, in: *VOGSiPM* 1914/6, S. 852-885, S. 878f. und 883.
 - 4 Vgl. Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 57f, 63-65; Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 196. Žbankov hat für das Nachschlagewerk zur Gesundheitsprävention der Pirogovgesellschaft bis 1910 alle Daten zusammengetragen, Frenkel' die Daten für den Zemstvopavillon der Allrussländischen Hygieneausstellung bis im Mai 1913.
 - 5 Vgl. Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 196 und Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 84f. Dies waren 15 von 30 Sanitätsbüros.
 - 6 Smidovič, A. L.: *Kratkij očerk zemskoj mediciny i sanitarii v Ekaterinoslavskoj gubernii*. (Pojasnenie k ekspanatam Ekaterinoslavsk. Gub. Zemstva). Ekaterinoslav 1913, S. 68f. Vgl. dazu auch den Bericht eines Sanitätsarztes aus Mariupol' zur Allrussländischen Hygieneausstellung: Kazanskij, S. F.: *Vserossijskaja gigieničeskaja vystavka*, in: *VSCh Ekaterinoslavskoj gubernii* 1914/1-2, S. 1-41, S. 5 und Rostovcev, G. I.: *Rasširenje zemskoj sanitarnoj organizacii*, in: *GiS* 1911/6, S. 303-308, S. 303f.
 - 7 Vgl. zur »Vermehrung« der Sanitätsärzte auch argwöhnisch der Zemstvoarzt Vostrov, D. I., *Novye tečenija v razvitii obščestvennoj mediciny v Rossii*, in: *FV* 1912/31, S. 948-956, S. 949.

21 Gouvernements plus 40 Sanitätsärzte in 30 Sanitätsbüros.⁸ Bis zum Ausbruch des Ersten Weltkriegs bauten die Zemstva ihre gesundheitspräventive Organisation weiter aus und drei weitere begannen mit deren Errichtung.⁹ Im Sommer 1914 gab es nur noch in neun von 40 Zemstvogouvernements keine oder nur spärliche Anzeichen einer institutionalisierten Gesundheitsprävention.¹⁰

Analog zu den Zemstva stand auch bei den Eisenbahnen die Forderung nach Investitionen in die Gesundheitsprävention schon um 1900 im Raum.¹¹ Am zweiten Gesamtkongress der Eisenbahnmedizin 1899 konstatierte der Delegierte des Verkehrsministers in seiner Eröffnungsrede: »Es ist noch so viel mühselige und hartnäckige Arbeit für die Gesundheitssicherung der Angestellten gefordert, bis sich die schlechte Hygieneausstattung, extreme Erschöpfung und Krankheitszustände nicht mehr unangenehm auf die Ordnungsmässigkeit des Verkehrs von Waren und Passagieren auswirken.«¹² Der dritte Gesamtkongress 1902 beschloss die Einführung des »Instituts der Sanitätsärzte« (*institut sanitarnych vračej*).¹³ Dieser Beschluss wurde aber erst 1906 umgesetzt, im Zuge eines generellen Ausbaus der medizinischen Infrastruktur als sozialpolitische Antwort auf die revolutionären Ereignisse von 1905.¹⁴

Die Gesundheitsabteilung der Direktion der Eisenbahnen schlug vor, »Dienststellen für Ärzte-Hygieniker« zu schaffen, um »alle von der Wissenschaft bereitgestellten Methoden zur Bekämpfung und Verhütung von Krankheiten« zu gewährleisten, und die Direktion der Eisenbahnen sprach 32 000 Rubel für deren Errich-

8 Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 84f.; Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 196 und 202f. In sieben der 28 Gouvernements arbeiteten Epidemie- und keine Sanitätsärzte.

9 Vgl. Chronika. Rost' sanitarnych organizacij i sanitarnoj dejatel'nosti v zemstvach. Postanovlenija gub. sobranij po vr.-san. voprosam, in: ZD 1914/4, S. 298-304, zur Neuerrichtung im Gouvernement Jaroslavl' und Vjatka (Epidemieärzte) sowie zum Ausbau in Taurus, Ufa und Penza. Spätestens seit Ende 1913 existierten auch im Gouvernement Samara Sanitäts-Epidemieärzte (*sanitarno-ëpidemičeskich vračej*). Vgl. Protokoly soveščanija sanitarno-ëpidemičeskich vračej v Samarskoj gub. zemskoj upravoj, 3-5-go dekabnja 1913 g. Samara 1913.

In Poltava gab es offenbar seit 1911 sechs Sanitätsärzte bei der Gouvernements-Verwaltung. Vgl. Savčinskij, *Vitol'd I.*: Ob uednoj sanitarnoj organizacii, in: GiS 1911/19-20, S. 951-964.

10 Dies waren die Gouvernementszemstva Kazan, Kursk, Novgorod, Orlov, Pskov, Tver, Tula, Černigov und Mogilev.

11 Michajlov, S. A.: Zadači i sovremennoe položenie sanitarii na Vladikavkazskoj žel. d., in: *Priloženie. Trudy 2-go soveščatel'nogo s'ezda Vladikavkazskogo žel. d.*, in: VŽMiS 1913/4, S. 102-113, S. 103.

12 Zitiert aus ebd.

13 Vgl. das Zitat in einem Schreiben eines Verwaltungsratsmitglieds der Nordbahn an den Verkehrsminister im Juli 1907, in: RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, l. 105.

14 Siehe Einleitung, ii) Geteilte Verwaltung.

tung aus.¹⁵ Mit dieser Summe sollten 1907/08 auf 16 der 21 staatlichen Eisenbahnen Sanitätsarztstellen mit Laboratorium errichtet werden.¹⁶ Bis 1910 beschäftigten alle staatlichen Eisenbahnen Sanitätsärzte; nicht aber die privaten.¹⁷ Im Januar 1911 ermahnte die Gesundheitsabteilung der Direktion Letztere, das Amt des Sanitätsarztes ebenfalls einzuführen.¹⁸ Die privaten Eisenbahnunternehmen kamen dieser Aufforderung jedoch nur zögerlich nach.¹⁹

Dieses Kapitel analysiert den Formationsprozess des »Instituts der Sanitätsärzte« in den Gesundheitsverwaltungen der Eisenbahnen und Zemstva. Die Sanitätsärzte waren akademisch ausgebildete Mediziner, hatten aber in beiden Verwaltungstypen weder formal noch faktisch eine kurative Funktion. Ihr programmatisches Aufgabengebiet, die *sanitarija*, also die praktische Durchführung aller Arten hygienischer Massnahmen, war sehr breit:²⁰ Es reichte von statistischen Studien und bakteriologischen Untersuchungen über Gesundheitsaufsicht in Fabriken und Hygienegutachten von Schulhäusern bis zur Planung und Organisation der Epidemiebekämpfung, Gesundheitsaufklärung und Wasserversorgung. Die konkrete Umsetzung dieses Programms durch die Sanitätsärzte, so das Argument, führte zur Entstehung der Gesundheitsprävention als ein distinktes Handlungsfeld der

15 RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, ll. 1-9, Sitzungsjournal des Komitees der Direktion der Eisenbahnen, 4.-14. 2. und 2.-14. 3. 1906 und Beschluss des Komitees, 18. 3. 1906. Zit. I. 3, I. 80b. Insgesamt sprach das Komitee 172 376 Rubel für den Ausbau der medizinischen Versorgung.

16 Die Strecken Moskau–Sankt Petersburg (Nikolajbahn) und Moskau–Kursk–Nižnij Novgorod beschäftigten schon vor 1906 je einen Sanitätsarzt und erhielten danach einen zweiten. Bei drei Bahnen wurde die Errichtung bis zur gleichzeitig verlaufenden, administrativen Neugruppierung des staatlichen Streckennetzes aufgeschoben. Ebd., I. 80b.

17 Mit Ausnahme der kleinen Fabrikeisenbahn in Baskunčak (Astrachan).

18 RGIA, f. 273, op. 8, d. 354, l. 169-1690b. Vgl. dazu auch Kap. 1.2.

19 Über Sanitätsärzte bei privaten Bahnen existieren keine Akten bei der Direktion der Eisenbahnen; die Informationen dazu stammen aus Artikeln von Sanitätsärzten und Kongressberichten im VŽMiS. Die private Rjazan'-Ural'-Bahn beschäftigte seit 1902 einen Arzt-Statistiker. Am dritten Lokalkongress wurde beschlossen, dass dieser in Zukunft gleich entlohnt werden soll wie die anderen Eisenbahnärzte. Vgl. Kalita, *Kratkij obzor*, S. 241. Die Moskau-Kazan-Bahn ernannte einen ihrer Revierärzte zum Arzt der Abteilung zur Verbesserung der Lebensgewohnheiten der Angestellten. Vgl. Postnikov, *Železnodorožnyj vrač*, S. 8. Die Südstbahn beschäftigte einen Sanitätsarzt. Vgl. die Sitzungsjournale des dritten Lokalkongresses im Jan. 1914: Trudy, 3-go soveščatel'nogo s'ezda vračej Jugo-Vostočnyh ž.d., S. 4. Bei der Vladikavkaz-Bahnforderten Chef- und Revierärzte am zweiten und dritten lokalen Eisenbahnärztekongress im Oktober 1912 bzw. im Februar 1914 Sanitätsärzte. Vgl. Michajlov, S. A.: Zadači i sovremennoe položenie sanitarii na Vladikavkazskoj žel. d., in: Priloženie. Trudy 2-go soveščatel'nogo s'ezda Vladikavkazskogo žel. d., in: VŽMiS 1913/4, S. 102-113; Belle, Rasprostranenie zaraznyh boleznej, S. 199-214; Dybovskij, K. R.: Rasprostranenie tuberkuleza na Vladikavkazskoj žel. doroge i mery bor'by s nim, in: Priloženie. Trudy III-go s'ezda vračej Vladikavkazskoj žel. d. (Prodolženie), in: VŽMiS 1915/8-9, S. 65-83.

20 Vgl. zur *sanitarija*, Einleitung.

Medizinalverwaltungen der Zemstva und Eisenbahnen.²¹ Ähnlich wie in der *preventive machinery* der englischen Munizipalverwaltungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, so meine übergeordnete These, entstand der Beruf (*special'nost'*) des Sanitätsarztes nicht durch Ausbildung, sondern durch die gesteigerte Nachfrage und die Praxis der Sanitätsärzte in den Gesundheitsverwaltungen des Russischen Reichs.²²

In der bisherigen Forschung befassten sich Historikerinnen und Historiker entweder mit der gescheiterten Professionalisierung der Sanitätsärzte im Antagonismus zwischen Zentralstaat, Zemstvodeputierten und -angestellten oder mit der Rolle von Sanitätsärzten in politischen und sozialen Projekten einer entstehenden Zivilgesellschaft.²³ In der erstgenannten Perspektive soll der dominante Zemstvo-Autokratie-Antagonismus sowohl eine zentralisierte und damit »moderne« Gesundheitspolitik als auch eine distinkte Ausbildung und Praxis in der Gesundheitsprävention verhindert haben.²⁴ In dieser Sichtweise bezeichnete der Begriff Sanitätsarzt weder einen Beruf noch einen ausgebildeten Experten, weil fundamentale ideologische Konflikte über die Ausrichtung der Gesundheitsprävention eine disziplinäre oder praktisch-funktionale Aus-

21 Vgl. für die Zemstva bis 1910: Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 86f.

22 Hardy, Anne: *Public Health and the Expert. The London Medical Officers of Health*, in: MacLeod Roy M.: *Government and Expertise. Specialists, Administrators, Professionals*. Cambridge 1988, S. 128–297, S. 129. Hardy unterscheidet hier zwischen dem *public health expert* und dem *public health professional*. Vgl. zeitgenössisch die Ausführungen des Rechtswissenschaftlers Zagrackov, *Zemskaja služba*, über die Rolle von »Spezialisten« (Berufsleuten) in den Zemstvosverwaltungen.

23 Dabei handelt es sich überwiegend um ältere sozial-, medizin- und wissenschaftsgeschichtliche Studien oder medizingeschichtliche Gesamtdarstellungen. Zum Beispiel Frieden, *Physicians*, Kap. 4 »Zemstvo Medicine: The Formative Years«, S. 77–104; Hutchinson, *Politics*, Kapitel 3 »Community Medicine in Disarray, 1907–1913«, S. 50–77; Mirskij, *Medicina*, Kap. XV. »Roždenie zemskoj mediciny: sanitarno-profilaktičeskoe napravlenie v ochrane zdorov'ja«, S. 315–333; Bulgakova Lyudmila A. (Hg.): *Medicina Rossii v gody vojny i mira. Nove dokumenty i issledovanija*. Sankt-Peterburg 2011. Darin u.a. Meskina, O. A.: *Zemskaja medicina v Voronežskoj gubernii v poreformennuju epochu*, in: ebd., S. 293–300, S. 296f. Zum Gouvernement Voronež: Meskina, *Zemskaja Medicina*, S. 296f. Zu den Anfängen der Gesundheitsprävention im Gouvernement Saratov in den 1890er Jahren: Nazarov, V. V.: *Stanovlenie zemskoj sanitarii v Saratovskoj gubernii v 80–90-e gody XIX veka*, in: Bulgakova (Hg.): *Medicina*, S. 301–313. Für die frühe Sowjetunion sprechen Gross Solomon, *Expert and Starks, Body*, von Sozial- bzw. lediglich Hygienikern. Polianski, Igor J.: *Das Schweigen der Ärzte. Eine Kulturgeschichte der sowjetischen Medizin und ihrer Ethik*. Stuttgart 2015, insbes. S. 67–76, hingegen von Sanitätsärzten.

24 Hutchinson, *Politics*, S. 50–77.

differenzierung verunmöglichten.²⁵ Die zweite Perspektive fokussierte auf das lokale »gesellschaftliche Engagement« (*obščestvennaja dejatel'nost'*) der Sanitätsärzte als wissenschaftliche Bakteriologen und Hygieniker unter der grösseren Frage einer entstehenden und an Wissenschaft und Volksgesundheit interessierten Zivilgesellschaft.²⁶ Hier rückte das öffentliche Wirken von Sanitätsärzten in gesellschaftlichen Zirkeln, wissenschaftlichen Gesellschaften oder bakteriologischen Instituten ins Zentrum der Untersuchung.

Sanitätsärzte als angestellte Spezialisten für Gesundheitsprävention in den Verwaltungen des Russischen Imperiums gerieten bisher nicht in den Blick der Forschung.²⁷ Auch ausserhalb des Gesundheitsbereichs bleibt die Untersuchung von Spezialisten als Angestellte oder Beamte mit spezifischen Kompetenzen, Positionen und Funktionen insbesondere auf der mittleren Verwaltungsebene ein Forschungsdesiderat in der russischen Historiografie. Die zahlreichen Studien zu Experten und Professionellen im späten 19. und 20. Jahrhundert setzten sich mehr mit transnationalen Diskursen, mit Professionalisierung und Disziplinwerdung, mit Selbstbildern und sozialpolitischem Engagement, vor allem aber mit dem stets ambivalenten Verhältnis zu den illiberalen Regimes auseinander.²⁸

In der neueren Verwaltungsgeschichte blieb die Problematisierung von Spezialisten bzw. Experten als Angestellte staatlicher Verwaltungen bisher ebenfalls ein peripheres Thema.²⁹ Teilweise in Anlehnung an die soziologische Organisations-

25 Ebd.; Gross Solomon, Expert, S. 192-194; dies., Social Hygiene in Soviet Medical Education, 1922-1930, in: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 45(1990)/October, S. 607-643.

26 Beides sind unveröffentlichte US-amerikanische Dissertationen: Hachten, Elizabeth A.: Science in the Service of Society: Bactereology, Medicine, and Hygiene in Russia, 1855-1907. Ph. D. University of Wisconsin, Madison 1991, zum bakteriologischen Institut in Odessa; Walker, Health, zu Gesundheitsprävention in Nižnij Novgorod.

27 Dies gilt übrigens auch für die zahlreichen Medizinalbeamten oder in Verwaltungen angestellte Ärzte. Für die Frühe Neuzeit widmeten sich Andreas Renner und insbes. Daria Sambuk der Position und Funktion akademisch gebildeter Medizinalbeamten in der autokratischen Staatsverwaltung. Renner, Autokratie; Sambuk, Wächter. Für die Sowjetunion mit Interesse an der ärztlichen Ethik im sowjetmedizinischen Handlungsfeld: Polianski, Schweigen.

28 Für diese Arbeit vor allem inspirierend waren die beiden Studien von Ilya Gerasimov und Katja Bruisch zu den Agrarexperten zwischen 1905 und 1930. Gerasimov, Modernism, stellte diese in den breiteren Kontext des politisch-sozialen Programms des globalen Progressivismus und Social Engineering; Bruisch, Dorf, interessierte sich für das Wechselverhältnis von Wissenschaft, Öffentlichkeit und Politik. Ausserdem zu Experten im Gesundheitsbereich: Gross Solomon, Expert; Starks, Body, beide zu den Sozialhygienikern in der frühen Sowjetunion; Byford, Cross-Dressing, untersucht den Prozess von der Schulhygiene zur Pädologie in der frühen Sowjetunion.

29 Zum Beispiel in Becker/Krosigk, Figures, fokussiert der Beitrag von Rui Branco das spezifische Verhältnis von Ingenieuren und der portugiesischen Verwaltung, Branco, Rui: Fieldwork, Map-Making and State Formation. A Case Study in the Histpory of Science and Administra-

forschung der 1960er Jahre wurde in neueren Studien betont, dass Spezialisten, sogenannte *professionals*, sich oft in konfligierenden Mehrfachrollen und -loyalitäten befanden.³⁰ Dies, weil Spezialisten in Verwaltungen zwei grundlegend verschiedenen Bezugssystemen, dem bürokratischen und dem professionellen, angehörten. Die Verwaltungsgeschichte wendete sich jedoch vermehrt dem mittleren Verwaltungspersonal, den »gewöhnlichen« Beamten in ihrer alltäglichen Arbeit zu. Aus unterschiedlichen Perspektiven suchte sie Webers »stahlhartem Gehäuse der Hörigkeit« flexible Verwaltungskulturen entgegenzusetzen.³¹ Medientheoretisch wurden neben der Bedeutung von Verwaltungsinfrastrukturen für die »Eingestelltheit« der Beamten auch Formen nicht intendierter Ordnungsbildung in bürokratischen Organisationen betont.³² Diese »andere Seite des Phänomens Bürokratie« ergebe sich durch den »Faktor Mensch« und zeige somit die unabsehbare Kontingenz aller bürokratischen Operationen.³³ Für das Wechselspiel zwischen Verwaltungspersonen als aktive Subjekte und ihrem institutionellen Rahmen als disziplinierende Umwelt in den Formationsprozessen moderner Verwaltungen interessierten sich auch die Verwaltungshistoriker Becker und Krosigk. Amtspersonen hätten sich nicht nur in spezifischen sozialen und institutionellen Situationen

tion, in: Becker/Krosigk, *Figures*, S. 201-225. Die Beiträge in Collin/Lutterbeck, *Maschine*, fokussierten eher eine allgemeine Professionalisierung der Verwaltung als das soziale Verhältnis von Experten in staatlichen Verwaltungen. Dies findet lediglich Erwähnung bei Rudloff, Ebenen, am Beispiel der kommunalen Sozialverwaltung.

- 30 Vgl. z.B. Rudloff, Ebenen, S. 131-135 zu doppelten Loyalitäten und Rollenkonflikten professioneller Verwaltungsmitarbeiter im Fürsorgebereich in der Weimarer Republik; Branco, Fieldwork, S. 215, der die Doppelrolle der portugiesischen Landvermesser als Ingenieure und Offiziere problematisiert; Scott, Richard W.: Konflikte zwischen Spezialisten und bürokratischer Organisation, in: Mayntz, Renate (Hg.): *Bürokratische Organisationen*. Köln 1971, S. 201. Vgl. insgesamt die Anthologie von Mayntz (Hg.), *Organisationen*. Teil 3, »Die Hierarchie und die Spezialisten«, S. 191-261.
- 31 Zitat aus Balke et al., Editorial, S. 5-8. Vgl. auch Becker, Peter; Krosigk, Rüdiger: New Perspectives on the History of Bureaucratic and Scientific Subjects (Introduction), in: dies. *Figures*, S. 11-26, S. 11-23. Auch die neuere deutschsprachige Verwaltungsgeschichte konstatiert eine Forschungslücke bezüglich des Verwaltungspersonals und der »Verwaltung in Aktion« auf der mittleren und unteren Ebene. Vgl. Collin/Lutterbeck, *Handlungsorientierungen*, S. 3; Becker/Krosigk, *Perspectives*, S. 12.
- 32 Zur Bedeutung der Verwaltungsinfrastruktur, wozu auch Papierarbeit und geregelte Verfahren gehören, siehe auch Kapitel 1.
- 33 Zitat aus: Balke et al., Editorial, S. 6; Vismann, Akten, S. 243f., dreht Bakunins anarchistisches Programm dahingehend, dass Webers aktenmässige Verwaltung nur so lange funktioniert, wie die von der Organisation der Dinge bereiteten Stellungen intakt sind, also Geschäftsverteilungsregeln und Aktenumlauf funktionieren. Die »Eingestelltheit« des Personals erfolge aus den Stellungen der Verwaltungsdinge. Am Beispiel der Stadtplanung von Islamabad: Hull, *Government*, S. 19. Zur Kontingenz bzw. dem sich stets wandelnden Charakter von Subjekten: Becker/Krosigk, *Perspectives*, S. 18, die auf die Forschungen von Mary Douglas referieren.

befunden, sondern ihr Umfeld als Akteure auch mitgeformt.³⁴ Die Verwaltungshistoriker Collin und Lutterbeck suchten mit dem Konzept der Handlungsorientierung die verschiedenartigen Impulse für selbst- oder fremdgesteuertes Handeln zwischen dem Pol des Verwalters als frei agierendem Subjekt und demjenigen als passivem Exekutivagenten auszuloten.³⁵ Verwaltungshandeln, also Arbeitsabläufe, administrative Organisation, einzelne Akte, Projekte als Handlungsentwürfe würden stets durch Fremd- und Selbstprogrammierung bestimmt.³⁶

Die folgende Untersuchung von Sanitätsärzten in den Zemstva und Eisenbahnen fokussiert diese Fragen der Fremd- und Selbstprogrammierung. Sie berücksichtigt das amtliche und professionelle Bezugssystem und daraus resultierende konflikthafte Mehrfachrollen und -loyalitäten der Spezialisten. Inwieweit wurden die Sanitätsärzte von ihren Verwaltungen, den rechtlichen und institutionellen Rahmen und sozialen Verhältnissen geformt? Inwieweit formten sie ihre gesundheitspolitischen Rollen, ihre institutionellen Positionen und Verwaltungsfunktionen mit oder initiierten sogar selbst Neuformierungen? Welche Rolle spielten dabei die sozialen Bezugssysteme, ökonomische oder professionelle Interessen? Und inwiefern aktivierte erst die systematische und flächendeckende Anstellung von Sanitätsärzten kontroverse Debatten über Ausbildung und spezialisierte Differenzierung der Gesundheitsprävention?

»Man hat nicht nur den Beruf des Arztes – man ist Arzt«, so lautet nach Polianski die zentrale Pathosformel der ärztlichen Profession. Dies setzt eine professionstypische Formung der Persönlichkeit voraus.³⁷ Der Sanitätsarzt wird hier als *persona*, als Arzt und Verwaltungsangestellter, untersucht. Das Konzept der *persona* bezeichnet die sichtbare Schnittmenge zwischen individuellem Selbst und sozialer Institution oder in Anlehnung an Lorraine Dastons wissenschaftliche Persona »eine[r] kollektive[n] Identität [...], die nicht unbedingt mit der eines Individuums übereinstimmen muss, die aber dennoch die Aspirationen, Eigenarten, Lebensweisen [...] einer Gruppe formt, die sich zu dieser Identität bekennt und von der Öffentlichkeit auch so wahrgenommen wird.«³⁸ Nach Daston wird eine »neue Per-

34 Becker/Krosigk, Perspectives, S. 11-13; ihre Unterscheidung von Prozedur und Rollen bezieht sich auf Haniques Differenzierung in die *manières de faire* und die *manières d'être* in deren Studie über die Beamten des französischen Postdienstes. Hanique, Fabienne: Le sens du travail: chronique de la modernisation au guichet. Ramonville Saint-Agne 2004.

35 Ein ähnliches Erkenntnisinteresse, aber mit anderem Ansatz: Polianski, Schweigen, S. 23-25, der mit Luhmanns Systemtheorie und Bourdieus Theorie des sozialen Felds und Habitus die Handlungsspielräume der sowjetischen Ärzte analysierte.

36 Collin/Lutterbeck, Handlungsorientierungen, S. 3-10.

37 Polianski, Schweigen, S. 27f.

38 Daston, Lorraine: Die wissenschaftliche Persona. Arbeit und Berufung, in: Wobbe, Theresa (Hg.): Zwischen Vorderbühne und Hinterbühne. Beiträge zum Wandel der Geschlechterbe-

sona nicht einfach angenommen, man tritt in sie ein.«³⁹ Dadurch eignet sich das Konzept für die Analyse der Sanitätsärzte als Interdependenz zwischen individuellem Selbst und historischen Vorlagen, wie zum Beispiel generischen Typen des Redens und Arbeitens in einem bestimmten professionellen und amtlichen Rahmen.⁴⁰

Sanitätsärzte waren Verwaltungsangestellte der Eisenbahnen und Zemstva. Als solche hatten sie Kompetenzen und Vollmachten im Gesundheitsbereich und repräsentierten nach aussen ihre jeweilige Verwaltung. Ihr rechtlicher Status entsprach jedoch nicht demjenigen eines »Beamten« (*činovnik*), denn sie standen ausserhalb der seit Peter dem Grossen existierenden Rangordnung für den zivilen Staatsdienst.⁴¹ Sanitätsärzte entsprachen also nicht dem Weber'schen Beamten einer bürokratischen Behörde, dessen Beziehung zum Amt sich durch Amtstreue gegen existenzielle Sicherheit dank lebenslänglich garantierter Vollzeitarbeit, festgelegtem Gehalt, Laufbahn und Pension auszeichnete.⁴² Als angestellte medizinische Spezialisten standen sie in einer anderen Beziehung zur Verwaltungsinstitution als in Ränge gefasste Staatsbeamte.

Der Rechtsstatus von Ärzten bei den Zemstva und Eisenbahnen entsprach demjenigen lohnabhängiger Dienstpersonen (*služaščie po vol'nomu najmu*).⁴³ Ob Revier-, Krankenhaus- oder Sanitätsarzt, Gynäkologin⁴⁴, Spezialist für Augenheilkunde oder Chirurgie, waren sie alle Zemstvo- bzw. Eisenbahnärzte. Als lohnabhängige Dienstpersonen arbeiteten sie in den jeweiligen Verwaltungen zu unterschiedlichen Löhnen und genossen keine Garantien auf Rentengelder oder Daueranstellung. Ihre Stellen waren theoretisch von der jährlichen Budgetverabschiedung abhängig.⁴⁵ Um 1910 errichteten viele Zemstva für ihre Angestellten

ziehungen in der Wissenschaft vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Bielefeld 2003, S. 109-136, S. 110.

39 Ebd., S. 113.

40 Vgl. ähnlich Becker/Krosigk, *Perspectives*, S. 23.

41 Die Rangtabelle (*tabel' o rangach*) für alle militärischen und staatlichen Dienstgrade wurde 1722 eingeführt und galt bis 1917. Sie bestand aus 14 Rängen, wobei der erste Rang der höchste war. Die Rangzuordnung definiert den sozialen Stand, das Gehalt und die Höhe der Pension. Vgl. Stöckl, Günther: *Russische Geschichte. Von den Anfängen bis zur Gegenwart*. 5. erweiterte Auflage. Stuttgart 1990, S. 369f. Zu den Zemstvoangestellten vgl. Zagrjackov, *Zemskaja služba*, S. 37-39.

42 Weber, *Wirtschaft*, S. 553-556.

43 Vgl. Zagrjackov, *Zemskaja služba*, S. 1153f. Eine Ausnahme bildeten die Medizinalbeamten der Direktion der Eisenbahnen. Sie gehörten zu den Rangklassen fünf bis sieben. Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 6, ll. 23-26, 27 (Staatsrat zur Reorganisation des Verkehrsministeriums, 1898).

44 Die medizinische Ausbildung für Frauen beschränkte sich auf die Gynäkologie und den pädiatrischen Bereich, weshalb sie nur in diesen Bereichen staatliche Anstellungen erhielten.

45 Vgl. Zagrjackov, *Zemskaja služba*, S. 371-378; zur materiellen Lage des Zemstvoarztes, basierend auf Daten von 130 Kreiszemstva 1909/1910: Solov'ev, Z. P.: *Material'noe položenie zems-*

Emeritenkassen und garantierten ihnen periodische Lohnerhöhungen. Wie bei den Eisenbahnen war der Rentenanspruch aber an die Dienstdauer und den Verbleib bei einer bestimmten Zemstvoverwaltung gebunden.⁴⁶ Bei den Eisenbahnen scheiterte 1906 gar die Homogenisierung und Progression der Löhne für Eisenbahnärzte.⁴⁷ Eisenbahn- und Zemstvoärzte besaßen als angestellte Dienstpersonen also weniger existenzielle Sicherheiten als die in Rangklassen eingestuftten Staatsbeamten.

Die Amtstreue war deswegen eine prekäre Angelegenheit und die Arbeitsfluktuation hoch.⁴⁸ Insbesondere in den Zemstva mit ihrem gesteigerten Bedarf bei gleichzeitig oft knappem Budget herrschte konstanter Mangel an Sanitätsärzten.⁴⁹ Neben den lokal verschieden attraktiven Arbeitsbedingungen begünstigten auch verwaltungsinterne Karrieren häufige Fluktuationen: vom Revier- zum Sanitäts- oder vom Sanitäts- zum Chefarzt.⁵⁰ In den Zemstva waren in der Regel die Entlohnung, das Prestige und die Einflussmöglichkeiten von Leitern der Sanitätsbüros grösser als diejenigen von Kreissanitätsärzten und von Letzteren wiederum höher als diejenigen der Revierärzte.⁵¹ Bei den Eisenbahnen unterschieden sich Dienst-

kogo vrača, in: ZD 1911/9, S. 723-730. Zu den Eisenbahnen vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, ll. 1-9 (Sitzungsjournal des Komitees der Direktion der Eisenbahnen, Februar/März 1906). Die Arztlöhne der privaten Eisenbahnen konnte ich aus meinem Material nicht eruieren.

46 Zum Wandel der Anstellungsbedingungen der Zemstvoärzte seit 1909: Obščestvenno-meditsinskaja chronika. Pustovanie mest učastkovych zemskich vračej, in: VOGSiPM, 1912/8, S. 1289; Lichačev, A.: Zemskie služasčie i zakon, in: ZD 1913/22, S. 1483-1487; dazu auch Bulgakova, Mistika, S. 285f. Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, ll. 1-9 (Sitzungsjournal des Komitees der Direktion der Eisenbahnen, Februar/März 1906); zu den Feldscheren bei den Eisenbahnen vgl. Vetlugin, D.: Voprosy železnodorožnoj mediciny na 3-m fel'dšerskom s"ezde, in: FV 1912/45, S. 1392-1400.

47 Die Sanitätsärzte, die auf zentralen Beschluss flächendeckend eingeführt wurden, waren die ersten und einzigen mit einheitlichem Lohn. Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, ll. 1-9 (Sitzungsjournal des Komitees der Direktion der Eisenbahnen, Februar/März 1906).

48 Nach der Direktion der Eisenbahnen arbeiteten 1906 weniger als 30 % der Ärzte zehn Jahre und mehr bei den Eisenbahnen, davon mehrheitlich Chefärzte. Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, ll. 1-3. Zur hohen Fluktuation bei den Zemstva: Solov'ev, Material'noe položenie, S. 723-730.

49 Siehe die Mitteilungen in der Chronik der medizinischen Fachzeitschrift des Innenministeriums: Obščestvenno-meditsinskaja chronika. Zatrudnenija v zameščanii vakancij sanitarnych vračej, in: VOGSiPM 1912/4, S. 599-603; Praktika sanitarnogo dela. Sanitarnye vrači, in: VOGSiPM 1912/9, S. 1445f., oder in der Zeitschrift *Zemskoe Delo* (ZD): Amsterdamskij, A.: Chronika. Rasširenije zemskich sanitarnych organizacij i ich zadači, in: ZD 1911/13-14, S. 1024-1026; vgl. Veselovskij, B.: K voprosu o podgotovke zemskich služasčich, in: ZD 1912/5, S. 319-323.

50 Die meisten Eisenbahnärzte waren ehemalige Zemstvoärzte und die Chefärzte ehemalige Eisenbahnrevierärzte.

51 1910 erhielten Revierärzte im Durchschnitt einen jährlichen Lohn zwischen 1200 und 1500 Rubel. Vgl. Solov'ev, Material'noe položenie, S. 724; Sanitätsärzte 1912 einen Jahreslohn zwischen 1800 und 3000 Rubel. Vgl. Zatrudnenija v zameščanii vakancij sanitarnych vračej, in: VOGSiPM 1912/4, S. 599.

hierarchie, Berufsautonomie und Löhne von Revier-, Sanitäts- und Chefärzten erheblich.⁵² In der Eisenbahnmedizin war der Posten des Chefarztes besonders attraktiv: Er genoss umfassende Vollmachten über Personal, Infrastruktur und Budget des lokalen medizinischen Dienstes und befand sich auf derselben Hierarchiestufe wie die anderen Dienstleiter.⁵³ Als den Eisenbahnärzten 1916 das Recht des Staatsdienstes verliehen wurde, veränderte sich ihre Position erheblich.⁵⁴ Chef-, Sanitäts- und Revierärzte kamen in dieselbe Rangklasse: Leitende und Untergebene wurden formal gleichgestellt. Für den Chefarzt bedeutete dies ausserdem, dass er nun einen tieferen Rang besass als die Leiter der anderen Eisenbahndienste. Die Aufnahme der Ärzte in den Staatsdienst verminderte Prestige, Macht und Unabhängigkeit der Chefärzte, was laut einem Eisenbahnarzt der Herabsetzung des gesamten medizinischen Dienstes bei den Eisenbahnen gleichkam.⁵⁵

In diesem skizzierten Rahmen partizipierten Eisenbahn- und Zemstvosanitätsärzte unterschiedlich an der Ausformung ihres noch im Entstehen begriffenen Funktions- und Berufsfeldes. Ich verfolge die These, dass Position und Rolle des Eisenbahnsanitätsarztes durch die Verwaltung, konkret durch Diensthierarchie und Reglement geformt wurden, wohingegen die Zemstvosanitätsärzte die administrative Organisation des Verwaltungszweigs »Volksgesundheit« und ihre Funktionen darin selbst formten. Dadurch verursachte der Auftritt von Sanitätsärzten auf der Bühne der Gesundheitsverwaltung und -politik unterschiedlich gelagerte Widersprüche und Konflikte. Ich werde zudem argumentieren, dass mit dem Sanitätsarzt ein vielseitiger Beruf entstand, der zu innerärztlichen Debatten über die Binnendifferenzierung, Ausbildung und Rolle der neuen Gesundheitsexperten im ärztlichen Kollektiv und in den Gesundheitsverwaltungen führte.

-
- 52 Die Sanitätsärzte verdienten 1906 auf den europäischen Strecken 2400 und auf den asiatischen zwischen 2700 und 3000 Rubel. Der jährliche Lohn der Revierärzte im europäischen Russland variierte zwischen 1200 und 1800 Rubel/Monat. Vgl. dazu die Beschlussfassungen des Komitees der Eisenbahnen, März 1906, I. 8-8ob. Zum Vergleich: Der Jahreslohn des Chefarztes betrug gleichzeitig zwischen 3600 und 4500 Rubel (I. 4ob.), in: RGIA, f. 273, op. 8, d. 211.
- 53 Vgl. Pravila vračebno-sanitarnoj časti železnych dorog, otkrytych dlja obščestvennogo polzovanija, in: VŽMiS 1913/10, S. 7-45, §§ 23, 24, 28, 30, 31, 32, 33, S. 11-13.
- 54 Vgl. Ustav o službe na kazennych ž.d. (Sobr. ukaz. i rasp. prav., N. 269, 1916g.), in: VŽMiS 1916/9, S. 301-302.
- 55 Bei den fünf grössten oder bedeutendsten Eisenbahnen erhielten die Chefärzte Rangklasse 6, in den anderen Rangklasse 7. In diese Klasse wurden auch alle anderen Eisenbahnärzte gefasst. Die anderen Dienst- und Abteilungsleiter gehörten der Rangklasse 6 oder 5 an. Ab Rangklasse 7 unterstand das Personal dem lokalen Unternehmensleiter und nicht mehr der Direktion der Eisenbahnen bzw. dem Verkehrsminister. Vgl. Chronika. Služebnoe položenie kazennych žel. dorog po novomu zakonu o gosudarstvennoj službe, in: VŽMiS 1916/10, S. 351-354.

2.1 Hierarchie und Reglement: die Formation des Eisenbahnsanitätsarztes

In der Eisenbahnmedizin führte die Aufgabenexpansion zur Normenexpansion.⁵⁶ Laut Reglement für den medizinischen Dienst musste »jeder Angestellte mit Instruktionen ausgerüstet sein, die ordnungsgemäss von der Regierungsmacht bestätigt werden und die seine Pflichten und die Regelung seiner Unterordnung bestimmen.«⁵⁷ Im November 1906 wies die Direktion der Eisenbahnen die lokalen medizinischen Dienste an, eine Vorlage für »genormte Instruktionen« für Sanitätsärzte (*normal'nye instrukcii*) zu entwerfen.⁵⁸ Damit begann ein rund fünfjähriges Kodifizierungsverfahren, in das die lokalen Chefärzte, die Direktion der Eisenbahnen und als letzte Instanz der Verkehrsminister involviert waren.⁵⁹ Erst mit dem Erlass der neuen medizinischen Verordnung im Juli 1913 (*pravila vračebno-sanitarnoj časti železnych dorog*) kam dieser Prozess zum Abschluss.⁶⁰

Das Kodifizierungsverfahren wirkte an zwei unterschiedlichen, aber interdependenten Institutionalisierungsprojekten mit: der formalen Konstituierung der Gesundheitsprävention bei den Eisenbahnen und der Formation des Eisenbahnsanitätsarztes als Amtsperson.⁶¹ Das Verfahren ermöglichte dabei einen breiten Austauschprozess, um die Normierung von Dienstpflicht, Funktionsfeld und hierarchischer Position des Sanitätsarztes zu legitimieren.⁶² Trotzdem kritisierten viele Eisenbahnärzte die Dienstvorschrift und Berufspraxis des Eisenbahnsanitätsarztes und damit auch den Inhalt und die Organisation der Gesundheitsprävention. In ihrer Kritik ging es auch um ihre Positionen innerhalb des administrativen und beruflichen Bezugssystems.

56 Vgl. Collin/Lutterbeck, Handlungsorientierungen, S. 13.

57 RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, l. 10 (Zirkular der Direktion der Eisenbahnen an alle Eisenbahnen, November 1906).

58 Ebd.

59 Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 258, l. 94 (Zirkular der Gesundheitsabt. An die Leiter und Direktoren der staatlichen und privaten Eisenbahnen, 16. 5. 1911).

60 *Pravila vračebno-sanitarnoj časti*, Gl. 1, Obščee položenie, S. 7-11 Regeln für das gesamte medizinische Personal und Gl. 2, Objazannosti služaščich, §§ 34-39, S. 13f. zum Sanitätsarzt.

61 Dieser Gedankengang beruht auf Branco, Fieldwork, S. 206f., der die Dienstinstruktionen für die in der portugiesischen Verwaltung tätigen Geometer *little tools of knowledge* nannte, die technische, disziplinarische und Verhaltensprozeduren kodifizierten und systematisierten und an zwei verschiedenen Institutionalisierungsprojekten mitwirkten: einer wissenschaftlichen Disziplin, der Landvermessung, und einer Disziplin für die institutionelle Organisation eines Regierungsdienstes.

62 Dieser Gedanke folgt Balke et al., Editorial, S. 8, die konstatieren, dass bürokratische Verfahren nicht Wahrheits-, sondern Legitimationskriterien folgen und deswegen aus Austausch- und Übersetzungsprozessen bestehen.

Das Kodifizierungsverfahren

Der Erlass der medizinischen Verordnung im Juli 1913 beendete formal die Errichtung von Sanitätsärzten als Amtspersonen und der Gesundheitsprävention als Funktionsbereich der Eisenbahnmedizin. Die Verordnung hatte Gesetzesstatus für die Eisenbahnmedizin.⁶³ Die Entstehung dieses Gesetzes, das die Bezugsrechte und Funktionsweise der Eisenbahnmedizin und damit auch die Positionen und Pflichten des medizinischen Personals regelte, war als Verwaltungsverfahren das, was Bruno Latour die Macht des Rechts nannte.⁶⁴ Laut Latour ist Recht ein sprichwörtliches Dispositiv, ein Apparat, zwischen dem Antrag oder hier der administrativen Weisung und dem Gesetz. Dieser Apparat ermöglicht durch die Arbeit der Annäherung, durch Verweben und Verschmelzen erst die Passage vom Projekt zum Gesetz.⁶⁵ Das Kodifizierungsverfahren für sanitätsärztliche Dienstvorschriften war eine solche »Rechtsmaschine«, welche die lokalen Positionen austarierte, die Projekte verwob und schliesslich die medizinische Verordnung für die Eisenbahnmedizin produzierte.

Das Verfahren verlief in mehreren Etappen. In einer ersten Phase von November 1906 bis August 1907 präsentierten 15 staatliche Eisenbahnen ihre Instruktionsprojekte; ein knappes Drittel reagierte nicht auf die direktorale Weisung.⁶⁶ Dies hatte auf die erste Etappe des Kodifizierungsverfahrens keine Folgen, denn die Partizipation an der Projektphase war ein Angebot der Direktion der Eisenbahnen an die lokalen medizinischen Dienste. In dessen Rahmen konnten sie auf das Endprodukt, die Instruktion und das Programm des Sanitätsarztes, Einfluss nehmen, aber ohne Gewähr, dass sich ihre Projekte durchsetzten.

Die eingereichten Projekte stammten aus der Feder der Chefärzte und in drei Fällen handelte es sich um lokal schon wirksame gesetzliche Dienstvorschriften für Sanitätsärzte.⁶⁷ Ein interlokaler Transfer von Instruktionsprojekten schien das Verfahren in der Projektphase beschleunigt zu haben: Viele der eingereichten Projekte orientierten sich an den schon wirksamen Instruktionen der Nikolaj- und

63 Vgl. Pravila vračebno-sanitarnoj časti, § 5, S. 8.

64 Siehe Kapitel 1.3 zu den Bezugsrechten.

65 Latour, Rechtsfabrik, S. 106-110.

66 Vgl. die Repliken, Projekte und Instruktionen in: RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, »Über die Installierung der Sanitätsarztstelle durch die Ausarbeitung von Instruktionen für sie und Feldscher-Desinfektoren«, ll. 12-104.

67 Nur das Projekt der Liepaja-Romny-Bahn (*Libavo-Romenskaja žel. dr.*) entstand in Zusammenarbeit von Chef- und Sanitätsarzt. Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, ll. 22-23ob. Schon wirksame Dienstvorschriften stammten von der Nikolajbahn, der Moskau-Bresk-Bahn und der Nordwestbahn.

Moskau-Brest-Bahn.⁶⁸ Die identisch formulierten Ziele der Gesundheitsprävention und die Kernfunktionen des Sanitätsarztes korrespondierten mit denjenigen der Gesundheitsabteilung der Direktion. Für die allgemeine »Funktionstüchtigkeit« (*ispravnost'*) der gesamten Eisenbahninfrastruktur in gesundheitlicher Hinsicht sollten Sanitätsärzte die Lebens- und Arbeitsbedingungen (*byt'*) der Angestellten untersuchen, den Hygienezustand der Infrastruktur beaufsichtigen, die Befolgung der Gesundheitsgesetze kontrollieren und Epidemien bekämpfen.⁶⁹

In allen Projekten waren die zentralen Funktionen des Sanitätsarztes Gesundheitsaufsicht und hygienische Untersuchungen. Der Sanitätsarzt sollte mindestens zweimal im Jahr das gesamte Eisenbahnland überprüfen.⁷⁰ Der quantitative Umfang von Objekten und Personen, die unter die Gesundheitsaufsicht fielen, variierte jedoch in den eingereichten Projekten.⁷¹ Unter Aufsicht standen Passagier-, Vieh- und Güterwaggons, Wohnhäuser, Arbeiterkasernen, Dienstgebäude, Stationen, Werkstätten, Bahnhofbuffets; seltener Bade- und Waschkhäuser, Schulen, medizinische Einrichtungen, Läden, Kantinen und die dazugehörenden sanitären Anlagen (Aborte, Müllentsorgung, Wasserversorgung).⁷² Manche Projekte rechneten auch die Kontrolle über Siedlertransporte oder über temporäre Arbeiter in Arbeiterkasernen zu den Pflichten des Sanitätsarztes.⁷³ In seltenen Fällen projektierten Chefärzte die Gesundheitsaufsicht über das Eisenbahnland hinaus: Sie verlangten die Kontrolle des Nahrungsmittelverkaufs in Städten und auf Dorfmärkten im benachbarten Territorium.⁷⁴ Durch die quantitativen Unterschiede in der Regle-

68 Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, ll. 22-23 (Instruktion Nikolajbahn), ll. 25-36 (Instruktion der Moskau-Brest-Bahn). Zu »horizontalen« Homogenisierungsprozessen jenseits der Wirkmacht des Rechts am Beispiel von interkommunalen Transfers im Fürsorgebereich siehe Rudloff, Ebenen, S. 124.

69 Vgl. Vortrag der Gesundheitsabteilung vor dem Komitee der Direktion, Februar 1906, in: RGIA, f. 273, op. 8, d. 211, l. 3.

70 Weitere Überprüfungen konnten auf Verfügung des lokalen Unternehmensleiters bzw. des Chefarztes erfolgen. Die Terminierung der halbjährlichen Überprüfung im Frühling und Herbst wurde durch den Zeitpunkt der Budgetbestätigung bestimmt, um allfällige Kostengutsprachen für Präventionsmassnahmen ins Jahresbudget aufzunehmen bzw. Ergebnisse vor der nächsten Kostengutsprache zu überprüfen. Vgl. § 12 der Ekaterinskaja-Bahn und § 11 der Südbahn (*Južnye žel dr.*) in: ebd. ll. 44-55 und ll. 92-94.

71 Der Umfang der eingereichten Projekte variierte von einer bis elf Seiten. Vgl. z.B. die ausführlichen Versionen der Nikolajbahn (ll. 14-19), der Moskau-Brest-Bahn (ll. 25-36), der Ekaterinskaja-Bahn (ll. 44-55) im Vergleich z.B. zu den dürftigen der Südwestbahn (l. 12) und der Taschkent-Bahn (*Taškenskaja žel dr.*) (l. 96), in: ebd.

72 Kaum reglementiert, z.B. bei der Südwestbahn (l. 12) und der Taschkent-Bahn (l. 96), in: ebd.

73 Zum Beispiel § 14 der Instruktion der Ekaterinskaja-Bahn, § 5 der Zakavkazskaja-Bahn (ll. 57-58), § 4 der Sibiriskaja-Bahn (ll. 78-81), § 10 der Südbahn (ll. 92-94), in: ebd.

74 Zum Beispiel im § 17g der Dienstvorschrift der Nikolajbahn wurde der Sanitätsarzt verpflichtet, auf Verlangen der örtlichen Polizei die in Sankt Petersburg ankommenden Lebensmittel zu untersuchen; im § 10 der Südbahn wurde der Sanitätsarzt verpflichtet, die Nahrungsmittel-

mentierung von Objekten und Personen unterschied sich die Reichweite der Gesundheitsprävention auch qualitativ und räumlich.

Repressive bzw. eindämmende Präventionsmassnahmen wie Desinfektion, Isolation von Kranken, Entlassung von unhygienisch arbeitendem Küchenpersonal, die Vernichtung verdorbener Lebensmittel oder die Schliessung schädlicher Wasserquellen dominierten die Projekte. Wenige beinhalteten auch prospektiv-sanitätstechnische Präventionsmassnahmen: den Ausbau der Trinkwasserversorgung und sanitärer Anlagen (Aborte, Waschbecken, Unrat- und Müllentfernung) oder gesundheitspräventive Gutachten von Bauplätzen und -plänen neuer Infrastruktur.⁷⁵ Selten nannten die Chefärzte auch spezifische Methoden für Überprüfungen und Massnahmen wie medizintopografische und gesundheitsstatistische Beschreibungen von Gebieten mit hoher Krankheits- und Sterberate oder chemisch-bakteriologische Laboranalysen von Boden, Luft und Wasser.⁷⁶ In den eingereichten Projekten konzentrierte sich die gesundheitspräventive Praxis auf die Erfassung und Tilgung unhygienischer Zustände und die Eindämmung von Infektionskrankheiten auf dem Eisenbahnland.

Der Sanitätsarzt besass in den Projekten verschieden weitreichende Kompetenzen und Vollmachten. Meistens oblag die Gesundheitsprävention in letzter Instanz dem Chefarzt.⁷⁷ Dieser steuerte die gesamte verwaltungsinterne und -externe Kommunikation und traf Entscheidungen über Präventionsmassnahmen.⁷⁸ In allen Instruktionen unterstanden dem Sanitätsarzt das Laboratorium und dessen Personal, jedoch nur in drei Fällen auch die gesundheitsstatistische Abteilung.⁷⁹

telausgabe auf Basaren und Badehäuser im benachbarten Gebiet des Eisenbahnlands sowie den Nahrungsmittelverkauf im Char'kover Bahnhof zusammen mit der örtlichen Polizei zu beaufsichtigen. In: ebd. II. 14-19, II. 92-94.

- 75 Vgl. z.B. §§ 6, 9, 10, 11, 16 der Nikolajbahn; § 11, 16 der Liepaja-Romny-Bahn (II. 21-23); §§ 2, 10, 12, 13, 17, 13 der Moskau-Brest-Bahn; § 10, 11 der Weichsellandbahn (*Privlinskije žel. dr.*) (II. 38-39); § 23 der Ekaterinskaja; §§ 5, 7, 11, 12, 14 der Sibiriskaja; §§ 9, 10 der Südbahn; sowie das Instruktionsprojekt der Taschkent-Bahn (ohne Nummern und Paragraphen), in: ebd.
- 76 Umfangreich, z.B. §§ 1, 11, 16 der Nikolajbahn; § 15 der Liepaja-Romny-Bahn, §§ 2, 13, 17, 18 der Moskau-Brest-Bahn, §§ 3, 5, 14 der Sibiriskaja, in: ebd.
- 77 Explizit oblag die Gesundheitsaufsicht in letzter Instanz im Projekt der Liepaja-Romny-Bahn, der Transsibirischen Bahn (*Sibirskaja žel. dr.*) und der Taschkent-Bahn dem Sanitätsarzt. Die Dienstvorschrift der Nikolajbahn (§ 1), der Moskau-Brest-Bahn (§ 1) nennen explizit, dass die Gesundheitsprävention in letzter Instanz dem Chefarzt untersteht. In: ebd.
- 78 Zur chefärztlichen Hoheit über die interne und externe Kommunikation: § 23 der Liepaja-Romny-Bahn, § 13 der Weichsellandbahn, § 5 der Katherinenbahn (*Ekaterininskaja žel. dr.*), § 4 der Südbahn.
- 79 Die Hygienelaboratorien waren gewöhnlich mit einem Laboranten, einem Sanitätsfeldscher und einem Dienstmädchen ausgestattet. Vgl. § 11 der Ekaterinskaja; § 19 der Liepaja-Romny-Bahn; als Leiter der gesundheitsstatistischen Abteilung, bzw. des gesundheitsstatistischen Geschäfts fungierte der Sanitätsarzt in den Dienstvorschriften der Moskau-Brest-Bahn (§ 2b), der Transsibirischen Bahn (§ 3, 5 und insbes. 16) und der Taschkent-Bahn, in: ebd.

Bei der Gesundheitsaufsicht garantierten einige Projekte dem Sanitätsarzt freien Zugang zu Dokumenten und Einrichtungen anderer Eisenbahndienste ohne entsprechende chefarztliche Verfügung.⁸⁰ Selten wurde dem Sanitätsarzt zugestanden, selbstständig niederes Personal in Küchen und Kantinen zu entlassen, verdorbene Lebensmittel zu vernichten, Wasserquellen zu schliessen oder neue zu errichten.⁸¹ Die Befugnisse des Sanitätsarztes variierten auch beim Desinfektionsregime. In einigen Projekten unterstand die Ausbildung der Desinfektoren dem Sanitätsarzt.⁸² Manche Projekte sahen die Erarbeitung und Leitung des Desinfektionsregimes über Passagier-, Vieh- und Güterwaggons als geteilte Kompetenz von Sanitätsarzt und dem Dienst für das Rollmaterial (*služba tjagi*) vor.⁸³ Bei Epidemien waren die Kompetenzen des Sanitätsarztes weiter gefasst. In diesem Fall konnte er dem örtlichen Medizinpersonal Weisungen erteilen und mit den benachbarten Amts- und Zemstvoärzten selbstständig Massnahmen ergreifen.⁸⁴ Mehrheitlich gestatteten die Projekte dem Sanitätsarzt Entscheidungskompetenzen in den Verwaltungsräten, Sanitäts- und Baukommissionen.⁸⁵ Einige Chefarzte verpflichteten die Sanitätsärzte zur Berichterstattung in der zentralen Sanitätskommission oder dem Verwaltungsrat, aber ohne ihnen ein Stimmrecht oder einen konsultativen Status zu gewähren.⁸⁶ Kein Projekt verfolgte eine Extremposition, in welcher der Sanitätsarzt vollumfängliche Autonomie genoss oder reiner Erfüllungsgehilfe des Chefarztes war.⁸⁷ Neben der entscheidenden Rolle des Chefarztes erklären

80 § 11 der Moskau-Brest-Bahn; § 10 der Weichsellandbahn; § 9 der Zakavkazskaja; § 9 der Transsibirischen Bahn, in: ebd.

81 Zur Schliessung/Eröffnung neuer Wasserquellen: z.B. § 16 der Liepaja-Romny-Bahn; § 17 der Moskau-Brest-Bahn; zur Entlassung von Küchenpersonal und Vernichtung von Lebensmitteln, z.B. § 14 und 25 der Ekaterinskaja (hier zusammen mit der Bahnpolizei).

82 In den Projekten der Südwestbahn, der Moskau-Brest-Bahn, der Ekaterinskaja-, der Transsibirischen Bahn und der Taschkent-Bahn unterstanden die Desinfektoren und deren Ausbildung dem Sanitätsarzt im Gegensatz z.B. zu den Dienstvorschriften der Nikolajbahn und der Nordwestbahn, in denen Erstere dem Revierarzt unterstanden. Vgl. ebd.

83 Vgl. z.B. § 6 der Instruktionen der Nikolajbahn, §§ 2e, 2ž, 7 der Moskau-Brest-Bahn, in: ebd.

84 Zu Ausnahmesituationen bei Epidemien, z.B. §§ 15 und 16 der Instruktion der Moskau-Brest-Bahn, § 8 der Weichsellandbahn, § 5 der Transsibirischen Bahn, in: ebd.

85 Vgl. z.B. § 6 der Liepaja-Romny-Bahn, §§ 10, 12, 19 der Weichsellandbahn, § 23 der Ekaterinskaja-Bahn, § 10 der Südbahn sowie in den Projekten der Taschkent- und der Samara-Zlatoust-Bahn (*Samara-Zlatoustovskaja žel. dr.*) (I. 104), in: ebd.

86 Insbesondere die Dienstvorschrift der Nikolajbahn und deren Adaptionen, z.B. bei der Nordwestbahn (II. 62-64). Eine explizit konsultative, aber keine Entscheidungsposition hingegen bei der Transsibirischen Bahn. Vgl. § 11, 15, 18 in: ebd.

87 So wiesen die eher restriktiven Instruktionen der Nikolajbahn und der Nordwestbahn dem Sanitätsarzt Kompetenzen im Desinfektionsregime (Ausarbeitung von Regeln, Leitung der Desinfektion und der Desinfektoren bei Epidemien), die eher liberale Instruktion der Transsibirischen Bahn dem Sanitätsarzt in allen Gremien eine konsultative Position zu. In: ebd.

sich Unterschiede auch aus lokalen Gegebenheiten.⁸⁸ Die Projekte sind hinsichtlich beruflicher Autonomie nicht eindeutig zu kategorisieren. Dies lässt sich womöglich mit den gegenseitigen Adaptionen erklären, wodurch zum Beispiel erweiterte Kompetenzen mit eingeschränkten Handlungsspielräumen im selben Projekt einhergehen konnten.⁸⁹

Die Chefärzte sollten auch die hierarchische Position und Beziehung des Sanitätsarztes zum restlichen Medizinpersonal definieren. Mehrheitlich erschien der Sanitätsarzt als Assistent (*pomoščnik*) des Chefarztes, teils nur ihm unterstellt, teils auch dem Leiter der lokalen Eisenbahn. In den Projekten hatte der Chefarzt Kompetenzen bei der Einstellung und Entlassung des Sanitätsarztes. Dieser war den Revier- und Krankenhausärzten hierarchisch gleichgestellt, auch wenn er höher entlohnt wurde.⁹⁰ Die Projektierung ihrer gegenseitigen Arbeitsbeziehung wies dabei unterschiedliche Nuancen auf. Einige Instruktionen nannten den Sanitätsarzt Mitarbeiter oder Consultant (*konsul'tant*) der Revierärzte, denen er über die Gesundheitsbedingungen im Arztrevier berichten musste und deren wechselseitige Dienstleistungen der Chefarzt steuerte.⁹¹ Andere Projekte bezeichneten die Revierärzte als »nächste Mitarbeiter« des Sanitätsarztes.⁹² Auch die Beziehung zum untergeordneten Medizinpersonal wurde verschieden definiert: Desinfektoren oder Sanitätsfeldschere konnten dem Revierarzt oder dem Sanitätsarzt unterstehen. Im zweiten Fall mussten sie entweder auch Verfügungen anderer Ärzte befolgen oder erst auf Veranlassung des Sanitätsarztes revierärztliche Weisungen ausführen.⁹³

88 Zum Beispiel auf der Nikolajbahn; von der Existenz eigener Eisenbahnschulen war z.B. auch die Schulhygiene als sanitätsärztliche Pflicht abhängig, z.B. bei der Nikolajbahn (§ 10), der Liepaja-Romny-Bahn (§ 11), der Moskau-Brest-Bahn (§ 12) oder der Transsibirischen Bahn (§ 11). In: ebd.

89 Die wörtliche Adaption und gleichzeitige Erweiterung der Dienstvorschrift der Nikolajbahn durch die Moskau-Brest-Bahn führte z.B. gleichzeitig zur Restriktion und Ausweitung der beruflichen Autonomie des Sanitätsarztes. Ebd.

90 In den Projekten der Liepaja-Romny-Bahn, der Weichsellandbahn, der Ekaterinskaja- und Taschkent-Bahn wurde der Sanitätsarzt nicht als Assistent des Chefarztes bezeichnet. Bei der Südbahn (§ 15) war er zusätzlich auch Stellvertreter (*zamestitel'*) des Chefarztes. Nur in den Projekten der Südwestbahn (§ 10) und der Weichsellandbahn (§ 1) untersteht der Sanitätsarzt explizit sowohl dem lokalen Eisenbahnleiter als auch dem Chefarzt. Bei der Sibiriskaja (§ 1) und bei der Taschkent-Bahn konnte nur der Unternehmensleiter den Sanitätsarzt in seiner Dienststelle bestätigen bzw. entlassen. Das Recht des Chefarztes, den Sanitätsarzt zu entlassen, erwähnt explizit lediglich § 9 der Ekaterinskaja. Diese Bahn formuliert auch explizit die Gleichrangigkeit von Sanitäts-, Krankenhaus- und Revierarzt (§ 6), in: ebd.

91 Vgl. §§ 7, 12, 17 der Nikolajbahn, §§ 14, 20, 22 der Moskau-Brest-Bahn, §§ 1, 13 der Weichsellandbahn, §§ 8, 25 der Ekaterinskaja, in: ebd.

92 Vgl. §§ 7, 11, 13 der Sibiriskaja; § 7 der Südbahn und das Projekt der Taschkent-Bahn, in: ebd.

93 Im Projekt der Nikolajbahn (§ 1) und der Südbahn (§ 7) unterstanden Desinfektoren den Revierärzten, in denjenigen der Ekaterinskaja (§§ 17, 18), der Taschkent-Bahn und der Sibiriskaja (§ 6) den Sanitätsärzten. In: ebd.

Der Sanitätsarzt befand sich also hierarchisch und in seiner Berufspraxis in unmittelbarer Abhängigkeit vom Chefarzt. Formal war er den Revierärzten gleichgestellt. Deren Arbeitsbeziehung wurde jedoch verschieden reglementiert, ebenso wie die direkte Unterordnung des nicht-ärztlichen Medizinpersonals.

Die zweite Etappe des Kodifizierungsverfahrens bestand in einem Systematisierungs- und Prüfungsprozess, der über zwei Jahre dauerte. Die Systematisierung oblag einer Sonderberatung bei der Gesundheitsabteilung der Direktion, an der die Chefärzte des Sankt Petersburger Eisenbahnnetzes teilnahmen. Inwiefern die Sonderberatung die eingegangenen Instruktionsprojekte berücksichtigte, muss offenbleiben. Ihre Aufgabe ging jedoch weit über das Verfassen sanitätsärztlicher Instruktionen hinaus: Sie sollte für das gesamte medizinische Personal die Instruktionen normieren.⁹⁴ Die von ihr erstellten Dienstvorschriften gingen darauf zur Prüfung an eine Konferenz der Chefärzte des Moskauer Netzes und alle anderen lokalen Chefärzte.⁹⁵ Im Vergleich zur oben beschriebenen Projektphase, an der alle Chefärzte paritätisch teilnahmen, waren in dieser Verfahrensetappe diejenigen des Verwaltungszentrums im Vorteil.⁹⁶ Im November 1909 schliesslich bestätigte der Verkehrsminister das bereinigte Regelwerk.⁹⁷ Die zweite Etappe und damit die konzeptuelle Verfahrensphase war abgeschlossen.

In der dritten Etappe des Kodifizierungsverfahrens erfolgte die praktische Prüfung. Das Regelwerk wurde im Januar 1910 für ein Jahr implementiert. Die staatlichen und privaten Eisenbahnen sollten im Verlaufe des Jahres zu dessen Praktikabilität Stellung nehmen.⁹⁸ Bis Anfang Mai 1911 trafen bei der Direktion nur vier Rückmeldungen ein: von einer staatlichen und einer privaten Fabrikeisenbahn, deren Stellungnahmen wegen des geringen Personalbestands irrelevant waren, sowie von zwei grossen staatlichen Eisenbahnen.⁹⁹ Die Direktion sah in der laschen Antwortpraxis kein Problem; ihrer Meinung nach hatte die vorhergehende Konzep-

94 RGIA, f. 273, op. 8, d. 258, l. 35 (Vortrag der Gesundheitsabteilung vor dem Komitee der Eisenbahnen, 12.8.1910).

95 Ebd., l. 35ob.

96 Vgl. die Sonderberatung in Kapitel 1.1, an der ebenfalls nur die Sankt Petersburger und Moskauer Chefärzte anwesend waren.

97 RGIA, f. 273, op. 8, d. 258, l. 35ob.

98 Ebd.

99 Ebd., l. 89-89 ob. (Vortrag des Leiters der Direktion der Eisenbahnen vor dem Verkehrsminister, 5.5.1911). Die kleinen Fabrikeisenbahnen in Lodz und Baskunčak (Astrachan) beschäftigten laut dem medizinischen Jahresbericht für 1912 einen bzw. vier Ärzte, drei bzw. vier Feldschere und je eine Hebamme. Vgl. M. P. S. Upravlenie železnych dorog. Vračebno-sanitarnaja čast', Otčet za 1912 god, S. 14 und 16. Zu den Stellungnahmen der Ekaterinskaja und Moskau-Brest-Bahn: RGIA, f. 273, op. 8, d. 258, ll. 68-69 (23. und 25.10.1910, Bericht und Verwaltungsratsbeschluss der Ekaterinskaja) und l. 85 (17.2.1911, Schreiben an die Direktion) sowie ll. 72-82ob. (Bericht der Moskau-Brest-Bahn).

tionsphase ein generelles Einverständnis gezeigt.¹⁰⁰ Der Verkehrsminister hingegen sah die Autorität seiner Verfügungen und die Aufsichtspflicht lokaler Direktoren über den Amtsgehorsam ihrer Untergebenen gefährdet. In einem vertraulichen Schreiben an die lokalen Unternehmensleiter hiess es: »Die nichtentschuld-bare Dysfunktionalität in der Ausführung der Forderungen des Ministeriums zeigt die Absenz von Disziplin unter den Eisenbahnärzten.«¹⁰¹ Die Rüge und das fast gleichzeitig versandte Zirkular, in dem die seit 1910 implementierten Instruktionen für gültig erklärt wurden, zeigten Wirkung.¹⁰² In der Direktion trafen zahlreiche Rückmeldungen über die problemlose Implementierung der neuen Vorschriften ein,¹⁰³ aber auch nochmals vier Berichtigungen.¹⁰⁴ Ob rechtzeitig oder verspätet: Die wenige Kritik bewirkte keine Änderungen mehr. Das Verfahren hatte seine Funktion erfüllt: Die obligatorische Partizipation lokaler Chefärzte legitimierte die neue Amtsordnung für das medizinische Personal. Indem die Chefärzte an diese Pflicht erinnert wurden, geriet das Verfahren auch zu einem Disziplinierungsinstrument.

Wie sah nun das Resultat dieses fünfjährigen Verschmelzungsprozesses im Kodifizierungsverfahren der sanitätsärztlichen Instruktionen aus? Welchen Elementen gelang die Passage vom Projekt zum Gesetz? Das Funktionsfeld der Gesundheitsprävention, nämlich die Untersuchung der Hygienebedingungen, die Ausarbeitung von Präventionsmassnahmen, die Krankheits- und Epidemiebekämpfung sowie die Gesundheitsaufsicht über alle den Eisenbahnen gehörenden oder sich auf ihrem Territorium befindenden Institutionen, korrespondierte mit den chefärztlichen Projekten.¹⁰⁵

Pflichten, Kompetenzen und Dienstbeziehungen regelte die Verordnung jedoch anders. Der Chefarzt besass nicht nur umfassende Verantwortung und Entscheidungsgewalt; bei Cholera- und Pestfällen oder grossen Epidemien wurde er selbst in die Pflicht genommen.¹⁰⁶ Der Revierarzt war für Hygienekontrollen in all

100 Ebd., I. 89 ob.

101 Ebd., I. 93 (Vertrauliches Schreiben der Direktion, 13.5.1911).

102 Ebd., I. 94 (Zirkular der Direktion an die staatlichen und privaten Eisenbahnen, 16. 5. 1911).

103 Ebd., I. 114 (Rechtfertigung der staatlichen Verwaltung der Moskau-Kursk-Nižnij-Novgorod-Bahn, 6.11.1911). Vgl. die zahlreichen Bestätigungen in dieser Akte.

104 Vgl. ebd., II. 98-99 (Schreiben der privaten Moskau-Vindano-Rybinsk-Bahn), I. 103 (Schreiben der Nordbahn), I. 135 (Schreiben der Polessker-Bahnen), II. 280, 314-315 (Schreiben und Kritik der Taschkent-Bahn).

105 Vgl. *Pravila vračebno-sanitarnoj časti* (1913), § 4, S. 7.

106 In diesem Fall musste der Chefarzt selbst vor Ort anwesend sein. Vgl. ebd., §§ 25-27, S. 11f. Die Kritik der Moskva-Vindano-Rybinskaja-Bahn, dem Chefarzt in der Gesundheitsprävention nur eine allgemeine Leitungsfunktion zuzuweisen, blieb unerhört. Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 258, I. 94.

denjenigen Einrichtungen, sanitären Anlagen und Eisenbahnwaggons seines Reviers verantwortlich, welche die chefärztlichen Projekte der Gesundheitsaufsicht des Sanitätsarztes zugewiesen hatten.¹⁰⁷ Zu den revierärztlichen Pflichten gehörten auch Präventionsmassnahmen: die Durchführung der Desinfektion, die Leitung der Desinfektoren und anti-epidemische Massnahmen im Arztrevier.¹⁰⁸ Über den Chefarzt durften Revierärzte den Sanitätsarzt für gesundheitspräventive Konsultationen einladen.¹⁰⁹ In der Verordnung wurde also eine alltägliche und konstante Präventionsarbeit an die Revierärzte und die entsprechende Verantwortung und Aufsicht an den Chefarzt delegiert.

Der Sanitätsarzt hatte dementsprechend weniger detailliert reglementierte Pflichten und Kompetenzen. Er konnte selbstständig oder auf der Grundlage von Sanitätskommissionsbeschlüssen konkrete Hygienebedingungen überprüfen, »Gesundungsmassnahmen« (*ozdorovitel'nye meroprijatija*) ausarbeiten, die hygienisch-technische Funktionstüchtigkeit von Eisenbahnbauten beaufsichtigen, anti-epidemische Massnahmen leiten und Laboruntersuchungen von Boden, Wasser, Luft durchführen.¹¹⁰ Er war Mitglied der zentralen Hauptsanitätskommission, Consultant der Reviersanitätskommissionen und zu Expertisen verpflichtet über »alle Fragen, die eine Beziehung zur Hygiene und der Gesundheit des Menschen haben«.¹¹¹ Dazu gehörte auch seine beratende Teilnahme an den Verwaltungsratssitzungen zu Gesundheitsfragen.¹¹² Zu den sanitätsärztlichen Kompetenzen gehörten die Leitung des Laboratoriums sowie von dessen Personal, die Ausarbeitung des gesundheitsstatistischen Materials für den medizinischen Jahresbericht, die Instruktion der Desinfektoren sowie die allgemeine Aufsicht über deren Arbeit, die Funktionstüchtigkeit der Desinfektionsapparate und -kammern.¹¹³ Im Gegensatz zu den chefärztlichen Projekten gestand die Verordnung dem Sanitätsarzt eher die Rolle eines Gesundheitsexperten mit Entscheidungs- und Beratungskompetenzen sowie mit definierten Aufsichts- und Führungskompetenzen zu.¹¹⁴ Gleichzeitig blieb er der direkte Assistent des Chefarztes, der auch seine Kommunikation mit den Revierärzten kontrollierte.¹¹⁵ Der Gesundheitsexperte blieb in direkter Abhängigkeit zur Person des Chefarztes (vgl. Abb. 4).

107 Vgl. Pravila vračebno-sanitarnoj časti (1913), §§ 41, 46, 49, S. 14-17.

108 Vgl. ebd., §§ 40, 43, 46, S. 14-16.

109 Dieses Recht besaßen auch die Krankenhausärzte. Vgl. ebd., § 47.

110 Vgl. ebd., §§ 34, 35, S. 13f.

111 Im Detail genannt sind Fragen der Belüftung, Beheizung, Belichtung in Wohngebäuden und Passagierwagen und die Wasserqualität. Vgl. ebd., § 35, S. 13f. Zu den Sanitätskommissionen: §§ 72-81, S. 20-22.

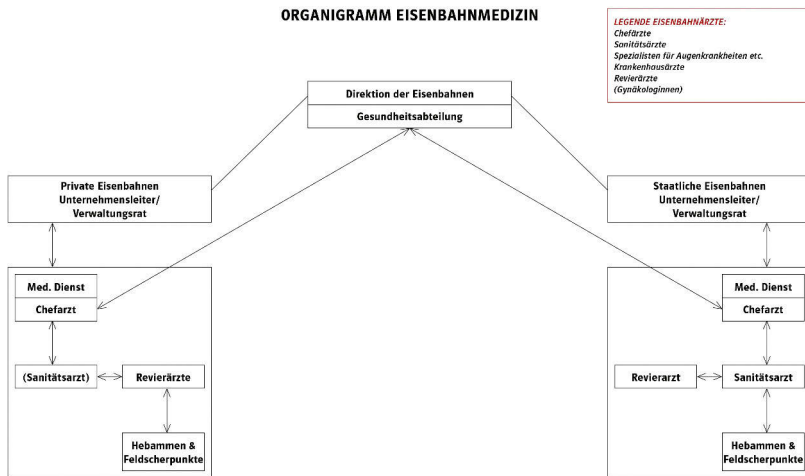
112 Ebd., § 37, S. 14.

113 Vgl. ebd., § 34, 36, 39, S. 13f.

114 Vgl. ebd., § 34, S. 13.

115 Vgl. ebd., §§ 34, 38, S. 13f.

Abbildung 4: Organigramm Eisenbahnmedizin



Gesundheitspräventive Praxis und professionelles Selbstverständnis

Die Eisenbahnmedizin wurde nicht nur von aussen, vom Publikum der Allrussländischen Hygieneausstellung oder den Zemstvoärzten, als bürokratischer Apparat kritisiert.¹¹⁶ Auch innerhalb der Institution war die Haltung gegenüber der bürokratischen Verwaltung ambivalent. Einige Eisenbahnfeldschere nannten die Eisenbahnärzte Beamte, welche der disziplinierenden Kraft von Reglement und Amtshierarchie unterworfen waren.¹¹⁷ Initiative und Produktivität hätten wegen der »unterwürfigen Abhängigkeit zum Vorgesetzten« keinen Platz.¹¹⁸ Andere hingegen sahen auch Vorteile in der reglementierten Struktur des medizinischen Dienstes:

116 Vgl. Kapitel 1; z.B. am regionalen Ärztekongress in Char'kov im Sommer 1910. Vgl. Zejliger, D. L.: Char'kovskij oblastnoj s"ezd Juga Rossii po bor'be s epidemijami, in: GiG 1911/1, S. 32-45, S. 43f.

117 Zur Kritik an der bürokratischen Eisenbahnmedizin und am Arztbeamten z.B. Kurbatov, N. A.: O predstavitel'stve fel'dšersko-akušerskogo personala na pervom soveščatel'nom s"ezde vračej jugo-zap. žel. d., in: FV 1911/19, S. 574-579; Vetlugin, Voprosy železnodorožnoj mediciny, S. 1392-1400; ders.: Železnaja doroga i zemstvo, in: FV 1915/35, S. 989-991. Paradigmatisch zur disziplinierenden Macht der Bürokratie Weber, Wirtschaft, S. 570; dazu auch Becker/Krosigk, Perspectives, S. 18.

118 Vgl. die Kritik der Eisenbahnfeldschere an der bürokratischen Eisenbahnmedizin, in: Vetlugin, Voprosy železnodorožnoj mediciny, S. 1392-1400, Zitate S. 1394. Vgl. z.B. Krosigk, Rüdiger: Contentious Authority. Bureaucrats and Bezirksräte in the Grand Duchy of Baden, 1831-1884, in: Becker/Krosigk, Figures, S. 229-261, S. 236f., zur verwaltungsinternen Kritik an bü-

Sie schütze den Angestellten vor obrigkeitlicher Willkür und gewähre dem Stelleninhaber ausserhalb der geregelten Pflichten individuelle Freiheit.¹¹⁹ Reglement und Amtshierarchie besaßen demnach zwei Seiten: Sie funktionierten disziplinierend und einschränkend, garantierten aber auch einen sicheren Handlungs- und Verhaltensrahmen.¹²⁰

Die Kritik der Eisenbahnärzte an Instruktion und Berufspraxis des Sanitätsarztes und damit auch am Inhalt und der Organisation der Gesundheitsprävention ist im Spannungsfeld zwischen imperialer Verwaltung und beruflichem Bezugssystem zu verorten. An einem Pol bestimmten Hierarchie und Machtdelegation den Handlungsspielraum der Eisenbahnärzte in der gesundheitspräventiven Praxis, weil die von der Direktion der Eisenbahn erlassene Dienstvorschrift für den Sanitätsarzt in vielem nur eine Grobsteuerung vornahm und Präzisierungen auf die lokale Hierarchieebene delegierte.¹²¹ Am anderen Pol wurde das Gestaltungspotenzial durch neue ärztliche Kommunikations- und Artikulationsforen wie die 1909 institutionalisierten Lokalkongresse der Eisenbahnärzte und die 1912 auf private Initiative entstandene Fachzeitschrift für Eisenbahnmedizin erweitert.¹²²

Das berufliche Bezugssystem der Eisenbahnärzte orientierte sich an der *obščestvennaja medicina*, wie sie in den Zemstva und städtischen Selbstverwaltungen praktiziert wurde und die ihren konzeptionellen Schwerpunkt in der Gesundheitsprä-

rokratischen Arbeitsprozeduren und der Verwaltungshierarchie sowie zur Forderung nach mehr Verantwortung und Kompetenz im Grossherzogtum Baden.

119 Vgl. z.B. die Kontroverse zwischen Zemstvo- und Eisenbahnfeldschern wegen deren Arbeitsbedingungen im Berufsorgan der Feldschere und Hebammen (*Fel'dšerskij Vestnik*). Eisenbahnfeldschere betonten hier, dass bei den Eisenbahnen die Rollen zwischen Arzt und Feldscher streng getrennt seien, die Reglementierung von Pflichten auch Freiheiten gewähre, es keine willkürlichen Entlassungen gebe und der Feldscher in letzter Instanz dem lokalen Direktor und nicht der Zemstoversammlung unterstehe. Vgl. Vetlugin, *Železnaja doroga i zemstvo*, S. 989-991; Kondratčenko, Petr: V zaščitu železnodorožnikov, in: FV 1915/39-40, S. 1104-1105, S. 1104f.; sowie drei Leserbriefe unter dem Titel »V zaščitu služby«, in: FV 1915/44, S. 1228-1232. Vgl. zur Funktion von Recht/Gesetz, das im Binnenraum der Verwaltung Aktionsradius, Arbeitsteilung, Ämterstruktur und Verteilung von Ressourcen bestimmt und dadurch auch Gestaltungsfreiheit begrenzt, auch Rudloff, Ebenen, S. 115-120.

120 Vgl. dazu auch Latour, Rechtsfabrik, S. 131, wie die Stellung der französischen Staatsräte des *conseil d'état* in der Rangordnung ihnen Sicherheit gewährt.

121 Rudloff, Ebenen, insbes. S. 105, 119, trennt das Geflecht von rechtlichen Regeln, institutionellen Vorgaben, normativen Leitbildern und sozialen Professionsinteressen in verschiedene Orientierungsebenen, die dem Verwaltungshandeln Kontur und Richtung verleihen. Im binnenadministrativen Raum funktioniert ein Gesetz dabei oft nur auf der Stufe der Grobsteuerung.

122 Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 315 (O mestnych soveščatel'nyh s'ezdach železnodorožnyh vračej, 1909-1915) und d. 383 (Ob izdanii d-rom Roščevskim Vestnika železnodorožnoj mediciny i sanitarii (1911-1913).

vention und der kollegialen Organisation hatte.¹²³ Die Eisenbahnärzte reklamieren oder forderten über diese beiden Kriterien ihre Partizipation an der *obščestvennaja medicina* und dadurch ihre Zugehörigkeit zu den Ärzten im Dienst der öffentlichen Gesundheit, unabhängig von der bürokratischen Struktur der Eisenbahnmedizin.

Am Regionalkongress zur Cholerabekämpfung in Char'kov 1910 zeigte sich jedoch, wie gering die Anerkennung dieses professionellen Selbstverständnisses war. Der Eisenbahnarzt als *obščestvennyj vrač* wurde sowohl seitens der Zemstvoärzte als auch seitens der Medizinalbeamten der Direktion öffentlich in Frage gestellt. Die versammelten Zemstvoärzte kritisierten pauschal den Bürokratismus der Eisenbahnmedizin, statt die von einem Eisenbahnchefarzt vorgetragenen anti-epidemischen Massnahmen zu erörtern. Ein anderer Eisenbahnarzt wurde von den Medizinalbeamten der Direktion gerügt, weil sein Vortrag nicht deren Anweisungen entsprach. Die beiden Eisenbahnärzte sahen sich gezwungen, ihr professionelles Selbst ebenso öffentlich zu behaupten: Der Chefarzt tadelte die versammelten Zemstvoärzte seinerseits für ihre unsachliche Reaktion auf seinen Vortrag. Der Revierarzt wehrte den Vorwurf der Medizinalbeamten mit dem Argument ab, Autorenvorträge an Fachkongressen würden persönliche Expertisen zum Ausdruck bringen und seien niemandem verpflichtet.¹²⁴ Die Eisenbahnverwaltung und die Zemstvokollegen legten dem Eisenbahnarzt bei seinem Eintritt in die *persona* des wissenschaftlich autonom agierenden Arztes im öffentlichen Dienst Hindernisse in den Weg; der Eisenbahnarzt musste um die Anerkennung seines neuen Selbst kämpfen. In diesem Moment zeigt sich, wie die Transformation des Selbst in eine neue *persona* durch die Aberkennung von aussen gestört werden konnte.¹²⁵

Die regelmässigen Lokalkongresse ab 1909, vor allem aber die eigene Fachzeitschrift ab 1912 stärkten das professionelle Selbstbewusstsein der Eisenbahnärzte. Sie traten gegenüber ihren Zemstvokollegen zunehmend selbstbewusster auf. So behauptete ein Eisenbahnrevierarzt 1914 für die Eisenbahnmedizin dieselben Schwerpunkte wie für die Zemstvomedizin: die gesellschaftliche Mobilisierung zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten, statistische Forschungsarbeiten zur Lebensweise der Angestellten, die Popularisierung medizinischen Wissens und den »Weg des Kollektivismus« mit Lokalkongressen und Fachzeitschrift, dessen Basis

123 Vgl. Einleitung, ii. Geteilte Verwaltung.

124 Vgl. Zejliger, Char'kovskij oblastnoj s'ezd, S. 43f.

125 Vgl. dazu Daston, *Persona*, S. 113. Wie Julia Herzberg in ihrer Studie zur bäuerlichen Autobiografie in Russland in Anlehnung an Louis Althusser und Judith Butler gezeigt hat, wird das Subjekt erst durch die von aussen kommende Anrufung/Anerkennung zum gesellschaftlichen Wesen: »Intersubjektivität geht der Subjektivität voraus.« Herzberg, *Gegenarchive*, S. 1f.

die Selbstkritik sei.¹²⁶ Die Eisenbahnmedizin praktizierte laut diesem Eisenbahnrevierarzt mittlerweile wie die Zemstvomedizin Gesundheitsprävention, und dies auf denselben kollegial-professionellen Grundlagen.

Die Reklamation der Gleichwertigkeit von Eisenbahn- und Zemstvoärzten konnte 1914 angesichts der Dynamik im Auf- und Ausbau der noch jungen Eisenbahnmedizin auch umschlagen in eine Höherwertigkeit.¹²⁷ So konstatierte ein Eisenbahnsanitätsarzt in einem Weiterbildungskurs für Ärzte, dass der Eisenbahnarzt nicht nur in kurativer Hinsicht wie jeder öffentliche Arzt (*obščestvennyj vrač*) ein »Enzyklopädist« sei.¹²⁸ Er sei auch im Bereich der Prophylaxe tätig – nicht nur für die Eisenbahn-, sondern für die ganze Reichsbevölkerung. »Wenn der Vergleich des Staates mit einem Organismus richtig ist und die Eisenbahnen seine Blutbahnen sind, dann sind die Eisenbahnärzte die weissen Blutkörperchen dieses Organismus, die sich früher als alle anderen Zellenelemente in den Kampf gegen den pathogenen Anfang werfen [...]«. ¹²⁹ Diese gesamtgesellschaftliche und -staatliche Relevanz des Eisenbahnarztes zeigte sich laut dem Referenten in der Hygienekontrolle von Passagierwaggons und Lebensmitteln, in der Gesundheitssicherung der Eisenbahner und dadurch in der Unfallprävention, in der kulturellen Aufklärungsarbeit bis in die hintersten Ecken des Imperiums sowie bei der Bekämpfung reichsweiter Cholera- und anderer Epidemien.¹³⁰ Diese öffentlichen Behauptungen der professionellen Identität sowie der gesellschaftlichen und staatlichen Relevanz des Eisenbahnarztes funktionierten über die Verschränkung von Kollegialität, Öffentlichkeit, Gesundheitsprävention und »Kulturarbeit« – Prinzipien, welche die Zemstvoärzte traditionsgemäß als Grundlagen für ihr Medizinalsystem und ihre professionelle Position darin reklamierten.

Das erstarkte professionelle Selbstbewusstsein der Eisenbahnärzte und der Anspruch auf Zugehörigkeit zu den Ärzten im öffentlichen Dienst schlugen sich innerhalb der lokalen medizinischen Dienste auch in konkreten Forderungen und Praktiken der Gesundheitsprävention nieder. Am Anfang stand die Kritik an Instruktion und Berufspraxis des Sanitätsarztes seitens der Chefärzte. Dies ist insofern bemerkenswert, weil Chefärzte nicht nur an der Kodifizierung mitwirkten,

126 Vgl. Gryzlov, *Obščestvennoe značenie železnodorožnoj*, S. 277–286; ähnlich: Kovalevskij, Ch. I.: *Bytovaja storona železnodorožnoj mediciny*, in: *VŽMiS* 1913/8, S. 5–9.

127 Vgl. dazu Kapitel 1.

128 Es handelte sich um einen Kurs zur Alkoholismusbekämpfung, organisiert von der Moskauer Gesellschaft der Arzt-Abstinenzler. Der Eisenbahnarzt Postnikov war Sekretär dieser Gesellschaft und bei der privaten Moskau-Kazan-Bahn leitender Arzt für die Lebensweise der Angestellten, einer Variante des Sanitätsarztes bei dieser privaten Eisenbahn. Mehr dazu in Kapitel 4.1.

129 Postnikov, *Železnodorožnyj vrač i zadači*, S. 10.

130 Ebd., S. 9–12.

sondern durch ihre Vollmachten über den medizinischen Dienst die Berufspraxis der Sanitätsärzte wesentlich steuern konnten.

Ein Chefarzt nannte die Instruktionen zu allgemein: Sie formulierten weder unumstössliche Pflichtvorgaben noch seien sie für gesundheitspräventive Handlungen instruktiv.¹³¹ Deshalb würden Sanitätsärzte als »spezielle Stellvertreter« des Chefarztes für Administrativuntersuchungen statt präventive Tätigkeiten eingesetzt.¹³² Laut einem anderen Chefarzt lag die Ursache für die Diskrepanz zwischen vager Dienstvorschrift und Berufspraxis im umfangreichen Pflichtenheft, das für einen einzelnen Sanitätsarzt praktisch nicht zu bewältigen sei.¹³³ Ein dritter Chefarzt eruierte nochmals andere Ursachen für den Missstand, dass der Sanitätsarzt mehrheitlich administrative Arbeit vollbringe: seine mangelhafte Qualifikation zum einen und zum anderen die schlecht organisierte Gesundheitsprävention, die dem Revierarzt gesundheitspräventive Kompetenzen übertrage, obschon Letzterer dafür weder über Kapazität noch Wissen verfüge.¹³⁴ Dieser Chefarzt forderte eine an den Zemstva orientierte gesundheitspräventive Organisation: die zentrale Lenkung durch ein Sanitätsbüro, die Institutionalisierung mehrerer Sanitätsärzte und kollegiale Gesundheitskommissionen vor Ort.¹³⁵ Alle drei Chefärzte kritisierten die Diskrepanz zwischen (normativem) Anspruch und Wirklichkeit, in welcher der Sanitätsarzt administrative statt gesundheitspräventive Arbeit ausführte. Die Ursachen für das Missverhältnis orteten sie nicht in der Diensthierarchie, an deren Spitze sie selbst standen, sondern in der Dienstinstruktion, der Organisation der Gesundheitsprävention oder der Qualifikation des Sanitätsarztes. Die Chefärzte mit ihren umfassenden operativen Vollmachten in den lokalen medizinischen Diensten sahen sich offenbar nicht in der Verantwortung. Sie forderten Verbesserungen von aussen, statt darüber nachzudenken, wie sie ihre Machtposition für Veränderungen nutzen konnten.

Eine diametral andere Position zur Gesundheitsprävention in der neuen medizinischen Verordnung bezog ein Eisenbahnrevierarzt.¹³⁶ Er bewertete die konsultative Rolle des Sanitätsarztes als Experte und die Stärkung der gesundheitspräventiven Kompetenzen der Revierärzte positiv: Revierärzte hätten dadurch nicht nur eine kompetente Beratung durch den sanitätsärztlichen Consultant, sondern Letzterer würde ihre Entscheidungen in der Eisenbahnverwaltung autoritativer

131 Vgl. RGIA, f. 273, op. 8, d. 258, ll. 76–82, Schreiben des Chefarztes der Moskau-Brest-Bahn, Dezember 1910. Vgl. auch die Rechtfertigung der Direktion im Vortrag des Verkehrsministers, in: ebd., ll. 89–92, Mai 1911.

132 Ebd., ll. 770b.–78.

133 Ebd., l. 103, Schreiben des Chefarztes der Nordbahn, Mai 1911.

134 Michajlov, Zadači, S. 102–105.

135 Michajlov, Zadači, S. 112f.

136 Vgl. den Vortrag am 9. Lokalkongress der Ekaterinskaja-Bahn (1913): Sokorev, I. V.: Kratkij obzor novych pravil vračebno-sanitarnoj časti železnych dorog, in: VŽMiS 1914/2, S. 31–39.

machen.¹³⁷ Dieser Eisenbahnarzt sah keine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit: »[Die neue Verordnung] entspricht um vieles mehr der Lebensrealität als die frühere Verordnung.«¹³⁸ Dennoch, so beendete der Revierarzt seinen Kongressvortrag, werde erst die nahe Zukunft zeigen, inwieweit die neue Verordnung in der Praxis zu verwirklichen sei und wie sehr sie die Struktur der Eisenbahnmedizin beeinflusse.¹³⁹ Dieser Eisenbahnrevierarzt sah im Sanitätsarzt einen Kollegen, dank dessen Expertenstatus auch die professionelle Position der Revierärzte in der Eisenbahnverwaltung gestärkt wurde.

Die Bewertungen des neuen Reglements und der noch jungen Berufspraxis der Sanitätsärzte durch Revier- und Chefärzte verweisen auf die verschiedenen hierarchischen Positionen im medizinischen Dienst und die damit verbundenen Selbstverständnisse und Erwartungen: für den Revierarzt war der idealtypische Sanitätsarzt eine Autoritätsfigur und ein Gesundheitsexperte, für den Chefarzt ein qualifizierter Exekutivagent seiner Weisungen.

Für die Berufspraxis des Eisenbahnsanitätsarztes lassen sich zwei allgemeine Tendenzen festhalten. Alle Sanitätsärzte führten in ihrem Berufsalltag administrativ-statistische Arbeiten aus, praktizierten Gesundheitsaufsicht, Laboranalysen und Desinfektionsmassnahmen.¹⁴⁰ Gesundheitspräventive Tätigkeit war aber kein Alleinstellungsmerkmal des Sanitätsarztes. Wie durch die Verordnung und die professionelle Orientierung vorgespurt, beschäftigten sich auch Chef- und Revierärzte mit Gesundheitsprävention.¹⁴¹ Spezifische gesundheitsstatistische Untersuchungen zu Malaria, Tuberkulose oder Syphilis, Epidemiologie und Gesundheitsaufklärung waren zum Beispiel Bereiche, in denen sich potenziell alle Eisenbahnärzte öffentlich als fortschrittliche Ärzte der *obščestvennaja medicina* profilieren konnten.

137 Ebd., S. 32f.

138 Ebd., S. 32.

139 Ebd., S. 39.

140 Zum Beispiel führte der Sanitätsarzt der Nordwestbahn 1912 vor allem Hygienekontrollen in Krankenhäusern und Bahnstationen durch und beschäftigte sich in diesem Zusammenhang mit Wasserversorgung, Kanalisation, Unrat- und Müllentsorgung, Heizung und Beleuchtung. Die Resultate seiner Laboranalysen publizierte er im Jahresbericht dieser Eisenbahn als Statistiken. In: *Otčet o vračebno-sanitarnom sostojanii Severo-Zapadnyh ž.d. za 1912 god*, S. 262-269. Vgl. auch das thematische Verzeichnis der Beiträge von 63 Lokalkongressen zwischen 1897 und 1912 in Kalita, *Kratkij obzor. Prodolženie*, S. 323-331: Danach gab es vier Vorträge zur Wasserversorgung, einen zur Lebensmittelkontrolle und elf zu Infektionskrankheiten und in diesem Zusammenhang zu Desinfektions- und Isolationsmethoden.

141 Eine grobe Durchsicht der Artikel und Kongressprotokolle im Bereich Gesundheitsprävention in der Fachzeitschrift für Eisenbahnmedizin von 1912-1916 ergab folgende Resultate: 21 Artikel stammten von Chefärzten, 16 von Sanitätsärzten und 9 von Revierärzten. Die gesundheitspräventiven Beiträge an Lokalkongressen, sofern eine Zuordnung möglich war, standen im umgekehrten Zahlenverhältnis: 27 stammten von Revier-, 22 von Sanitäts- und 4 von Chefärzten.

Gesundheitspräventive Tätigkeiten bedeuteten verwaltungsintern einen Prestigeerfolg in einer Zeit, als die Direktion der Eisenbahnen für die Kenntnis des Gesundheitszustands der Eisenbahnbevölkerung und dank der Expertise der Eisenbahnärzte neue statistische Methoden mobilisierte oder der Verkehrsminister die Bekämpfung von Alkoholismus und Infektionskrankheiten mittels Aufklärungsmassnahmen förderte.¹⁴² Im Gegensatz zur Gesundheitsaufsicht waren statistische Untersuchungen oder Gesundheitsaufklärung Handlungsfelder, welche die Verordnung kaum reglementierte. Sie waren Bereiche, in denen trotz Amtshierarchie ein korporatives Bewusstsein unter den Eisenbahnärzten entstehen konnte.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Institutionalisierung des Eisenbahnsanitätsarztes durch Dienstvorschrift ein neues Handlungsfeld, die Gesundheitsprävention, konstituierte. Die Dienstvorschrift für Sanitätsärzte nahm eine Grobsteuerung vor, belies aber einen gewissen Handlungsspielraum.¹⁴³ Die Verordnung von 1913 verpflichtete das gesamte medizinische Personal der Eisenbahnen zu gesundheitspräventiven Tätigkeiten. Das konkrete lokale Engagement bestimmte vor allem die Person und Machtposition des Chefarztes, seltener des lokalen Unternehmensleiters.¹⁴⁴ Diese beiden Figuren definierten Aktivitäten, Kompetenzen und Rollen aller Eisenbahnärzte im gesundheitspräventiven Feld. Darin konnte der Sanitätsarzt vorwiegend administrative Arbeiten verrichten oder sich auf Laboranalysen beschränken. Er konnte aber auch ein neues Handlungsfeld eröffnen und sich damit profilieren, wie der Sanitätsarzt der Südbahn mit seinen Untersuchungen von Eisenbahnschulen oder der Sanitätsarzt der Syran-Vjaz'ma-Bahn (*Syzyrno-Vjazemskaja žel. dr.*) mit dem Zensus der Eisenbahnbevölkerung. Beiden gelang dadurch der Aufstieg zum Chefarzt.¹⁴⁵ Interessierte sich ein Chefarzt für Gesundheitsprävention als Bereich professioneller Profilierung, gelang ihm auch ohne Sanitätsarzt die Förderung lokaler Präventionspraxis.¹⁴⁶ Das

142 Vgl. Kapitel 1 zur Statistik und Kapitel 4.1 zur Gesundheitsaufklärung bei den Eisenbahnen.

143 Die über 50 gesundheitspräventiven Artikel in der Fachzeitschrift beschäftigten sich vorwiegend mit Alkoholismus und in diesem Zusammenhang mit Gesundheitsaufklärung und Statistik. Kalitas thematisches Verzeichnis für die 63 Lokalkongresse ergibt folgende quantitative Verteilung: 14 Beiträge zur Gesundheitsstatistik, elf zu Infektionskrankheiten und je vier zur Schulhygiene, zur Organisation der Gesundheitsprävention und zu Wasser- und Lebensmittelanalysen.

144 Vgl. z.B. Postnikov, *Železnodorožnyj vrač i zadači*, dessen Engagement gegen Alkoholismus auch finanziell vor allem durch den Direktor der privaten Eisenbahn gefördert wurde.

145 Zum ehemaligen Sanitätsarzt der Südbahn und späteren Chefarzt der Omsk-Bahn, Dmitrievskij: Chronika. Anketa sredi učaščichsja, in: *VŽMiS* 1913/6, S. 30; Dmitrievskij, K. F.: Materialy k sanitarnomu obsledovaniju železnodorožnyh škol i učaščichsja v nich, in: *VŽMiS* 1914/2, S. 9-23. Zum ehemaligen Sanitätsarzt der Syzyrno-Vjazemskaja-Bahn Mjaznikov, später Chefarzt der Perm-Bahn, siehe Kapitel 1.3.

146 Beispielhaft ist hier Michajlov, ehemaliger Chefarzt der Perm-Bahn, wo er das erste Waggon-Museum zuerst ohne, dann mit Sanitätsarzt realisierte. Vgl. Michajlov, S. A.: *Ešče k istorii voz-*

Reglement für den Sanitätsarzt strukturierte demnach Gesundheitsprävention als potenzielles Handlungsfeld für alle Eisenbahnärzte. Hier konnten sowohl Revier-, Sanitäts- wie Chefärzte aktiv werden, sich durch Innovationen innerhalb der Eisenbahnverwaltung profilieren und ihre professionelle Zugehörigkeit zur *obščestvennaja medicina* reklamieren. Es war dieser Anspruch, der im bürokratischen Bezugssystem zu Konflikten führte. Die neue Amtsperson Sanitätsarzt hingegen fügte sich problemlos in die dominante hierarchische Struktur des medizinischen Dienstes ein. Der Eisenbahnsanitätsarzt wurde durch Hierarchie und Reglement geformt. Aber das Reglement formte Gesundheitsprävention als Handlungsfeld für alle Eisenbahnärzte, über das sie ihre professionelle Zugehörigkeit zu den Ärzten im öffentlichen Dienst, allen voran zu den Zemstvoärzten, demonstrieren konnten.

2.2 Der Sanitätsarzt und die (Re-)Formierung der Zemstvo-Gesundheitsverwaltung

1914 veröffentlichte der russische Verwaltungsjurist Matvej Zagrjackov eine Abhandlung unter dem Titel »Der Zemstvodienst und das Dritte Element«.¹⁴⁷ Hier analysierte er die Formierung (*formirovanie*) des »Arbeitsmechanismus« in den lokalen Selbstverwaltungen sowie die Rolle und Position des »Dritten Elements«, der Zemstvoangestellten, in diesem Prozess.¹⁴⁸ Zagrjackov interessierte sich für die Entstehung der Zemstvoerwaltung als System repräsentativer Institutionen und die Entstehung des Zemstvodienstes als öffentlich-rechtliche Form des Staatsdienstes.¹⁴⁹ Nach ihm entstanden sie als eigene konsekutive, juristische Werke auf den Grundlagen der Zemstvostatute 1864 und 1890 sowie der laufenden Rechtsprechung des Senats, der als Beschwerdeinstanz die vagen Bestimmungen des Zemst-

nikovenija vagonov-vystavok po bor'be s alkoholizmom i zaraznym boleznyami na železnych dorog, in: VŽMiS 1913/2, S. 42. Michajlov, später Chefarzt auf der privaten Vladikavkaz-Bahn, die keinen Sanitätsarzt anstellte, förderte die gesundheitsstatistische Malariaforschung, die Bekämpfung des Alkoholismus und Gesundheitsaufklärung, errichtete einen kollegialen Ärzterat und ein ärztliches Ehrengericht für Personalkonflikte. Vgl. Učreždenie vračebnogo soveta i suda česti vračej na Vladikavkazskoj ž. d., in: VŽMiS 1913/9, S. 43-46, S. 43f.; Položenie o sude česti vračej Vladikavkazskoj ž. d., in: VŽMiS 1913/9, S. 45-46.

147 Zagrjackov, Zemskaja služba i tretij element. Die Zeitschrift *Zemskoe Delo* veröffentlichte die über 60-seitige Abhandlung zwischen Frühling 1914 und 1915 in fünf Teilen: ZD 1914/10, S. 729-739; ZD 1914/11-12, S. 795-810; ZD 1914/18, S. 1151-1160; ZD 1915/1, S. 30-39; ZD 1915/6, S. 367-381.

148 Zagrjackov, Zemskaja služba 1914/18, S. 1152.

149 Zur Zemstvoerwaltung: Einleitung, ii Ceteilte Verwaltung.

vostatuts rechtsverbindlich auslegte. Der Senat erlangte erst durch die Zemstva eine Bedeutung als Verwaltungsjustiz.¹⁵⁰

Die Zemstvoangestellten, allen voran die Ärzte, waren nach Zagrjackov am Formierungsprozess einer kollegial-repräsentativen Selbstverwaltung und ihrer eigenen Kompetenzen als öffentlich-rechtliche Verwaltungsangestellte entscheidend beteiligt. Zagrjackov war nicht der einzige Zeitgenosse, welcher der Zemstvomedin eine Pionierrolle in der Ausgestaltung der gesamten Zemstvoerwaltung attestierte.¹⁵¹ Unter dem Paradigma der Gesundheitsprävention, so Zagrjackov, wurden in der Zemstvomedin seit den 1870er Jahren die ersten Erfahrungen gemacht, die allgemeinen Grundlagen des Zemstvo, nämlich Repräsentanz, Selbstregierung und Demokratie in die laufende Verwaltungsarbeit zu integrieren: »Ohne Übertreibung kann man sagen, dass die Ärzte jene Form der exekutiven Zemstvotätigkeit ausgearbeitet hatten, die in alle Zweige der Zemstvoerwaltung floss.«¹⁵² Er dachte dabei an die leitenden Abteilungen (Büros) sowie die ständig und periodisch tagenden, kollektiven Organe mit repräsentativem Charakter: Kommissionen, Räte (*sovery*), Beratungen (*soveščanija*) und Kongresse (*s'ezdy*).¹⁵³ Diese konsequente Ordnungsbildung bewirkte nach Zagrjackov, dass die gesamte exekutive Tätigkeit des Zemstvo in eine Reihe spezieller Verpflichtungen, in Akte des sozialen Schaffens zerfiel, wofür spezifische Organe als Teile der technischen Regierung zuständig waren.¹⁵⁴

150 Zagrjackov, Zemskaja služba, 1914/10, S. 730, 735, 1914/11-12, S. 795f. und 1915/1, S. 39. Nach Zagrjackov war die wesentlichste Grundlage des Zemsvostatuts das Merkmal der Repräsentanz, das laut ihm einen scharfen Bruch mit der bisherigen russischen Verwaltungstradition bedeutete. Vgl. z.B. Liessem, Verwaltungsgerichtsbarkeit, zur Rolle des Senats: S. 179-188; McKenzie, Zemstvo, zur Kontinuität der Statuten, S. 37; Lapteva, L. E.: Zemskaja reforma 1864 g. Dan' tradicii ili modernizacija evropejskogo tipa? K voprosu o roli mestnogo samoupravlenija v razvitii pravovoj kul'tury poreformennoj Rossii, in: Velichov/Petrov, Istории Rossii, S. 56-68, wonach die Zemstva die ersten staatlichen Institutionen waren, die auf gesetzlichen Grundlagen operierten.

151 Siehe z.B. seitens der Zemstvoärzte selbst: Rostovcev, G. I.: O demokratizacii organov upravlenija obščestvenno-medicinskim delom, in: ŽORV 1907/4, S. 288-297, S. 288f.; Amsterdamskij, Chronika obščestvennoj mediciny (1910/1), S. 61-65; Igumnov, Sergej N.: Zemstvo, ego značenie i uslovija dejatel'nosti, in: ZD 1914/1, S. 7-16; seitens eines »Neo-Narodnik«: Peščehonov, A.: Zemskaja doroga. Okončanie, in: RB 1914/2, S. 310-340, S. 332-334.

152 Zagrjackov, Zemskaja služba, 1914/10, S. 735-737, Zitat S. 737. Er nennt hier insbes. Ökonomie, Agronomie und Bildung.

153 Ebd., S. 737 und 1914/11-12, S. 795-799.

154 Zagrjackov behauptete deshalb, dass der Unterschied zwischen Uprava und Räten oder Kommissionen nur ein gradueller sei, denn beide waren für die Verwirklichung des Budgets zuständig. Die Uprava zeichne sich vor allem durch das allgemeine Aufsichtsrecht aus, welches sich aus deren Verantwortung für die gesamte Zemstvotätigkeit gegenüber der Versammlung herleitete. Vgl. Zagrjackov, Zemskaja služba, 1914/11-12, S. 799-801.

In Anlehnung an Zagrjackov und weitere am Zemstvo-Verwaltungsmechanismus interessierte Zeitgenossen werde ich in diesem Unterkapitel die Entstehung von Organen und Funktionsträgern in der Zemstvo-Gesundheitsverwaltung untersuchen. Dabei werde ich argumentieren, dass mit der interdependenten Formierung der gesundheitspräventiven Organisation und des Sanitätsarztes als zentraler Person die Gesundheitsverwaltung zu einem komplexen Verwaltungsapparat mit hierarchischen und demokratisch-kollegialen Tendenzen wurde. An diesem Vorgang waren die Zemstvoärzte entscheidend beteiligt. Er glich in den Worten Krosigks einer »stillen Verwaltungsrevolution im Staatsbildungsprozess«¹⁵⁵. Bezogen auf anthropologische Untersuchungen zum Staat werde ich zeigen, dass die Zemstvoerwaltung nicht statisch, sondern eine sich wandelnde institutionelle Formation war, die durch soziale Beziehungen und Interaktionen strukturiert wurde.¹⁵⁶ Der Formationsprozess der Gesundheitsorganisation generierte zwischen Abgeordneten und Angestellten der Gouvernements- und Kreiszemstva Konflikte. Diese waren, so meine These, für die Ausbildung der Gesundheitsorganisation, der Positionen und Funktionen darin auch produktiv.

»Mündlichkeit« war das charakteristische Medium der kollegialen Zemstvo-Selbstverwaltung.¹⁵⁷ Sie wird in den Protokollen ihrer Verwaltungsorgane für die historische Analyse zugänglich, denn Protokolle sind laut Vismann »Konserven« mündlicher Äußerungen und zur Aktion kopräsente Textsorten.¹⁵⁸ Relevant für das Verwaltungshandeln war, dass Protokolle mündliche Ereignisse in rechtlich verbindlicher Form fixierten.¹⁵⁹ Nach Niehaus und Schmidt-Hannisa begründeten gerade Versammlungen und Sitzungen die Protokollierung, und das rechtlich legitimierte Protokoll wiederum machte die Weiterverwendung und Verwaltbarkeit dieser Anlässe erst möglich.¹⁶⁰ Das Einsichtsrecht und der Aufbewahrungs-

155 Krosigk, Authority, S. 229, am Beispiel der Schaffung von Bezirksräten im Grossherzogtum Baden-Baden in den 1860er Jahren.

156 Thelen et al., Introduction, S. 5f. Vgl. dazu auch Einleitung.

157 Schon Max Weber nannte Mündlichkeit das charakteristische Medium kollegialer Selbstverwaltungen. Vgl. Weber, Wirtschaft, S. 574-576, zu Kollegien und S. 169f. zur direkten Demokratie. Dabei wertete Weber kollegiale Selbstverwaltung als Übergangserscheinung zur »Vollbürokratie«. Die Medien- und Verwaltungsgeschichte zeigte jüngst ein besonderes Interesse an Mündlichkeit als Medium der Verwaltung. Siehe, z.B. Balke et al., Editorial, S. 5; Vismann, Akten, S. 83-91; dies., Medien, S. 98; Krosigk, Authority, S. 229-261; Twellmann, Rede, S. 29-39.

158 Vismann, Akten, S. 83-91; dies., Medien, S. 98.

159 Darin begründet sich der Wahrheits- bzw. Gültigkeitsanspruch von Protokollen. Vgl. Niehaus, Michael; Schmidt-Hannisa, Hans-Walter: Textsorte Protokoll. Ein Aufriss, in: Niehaus, Michael; Schmidt-Hannisa, Hans-Walter (Hg.): Das Protokoll. Kulturelle Funktionen einer Textsorte. Frankfurt a.M. 2005, S. 7-23, S. 7-11.

160 Niehaus/Schmidt-Hannisa, Textsorte, S. 7-9; Vismann, Akten, S. 83-91; dies., Medien, S. 98.

ort von Verwaltungsprotokollen hatten auch mit Macht und Kontrolle zu tun.¹⁶¹ Hier manifestierten sich die Unterschiede der verschiedenen Zemstvoorgane. Die Verlaufsprotokolle der vom Dritten Element dominierten kollegialen Institutionen wurden publiziert; diejenigen der Zemstoversammlungen kamen ins Archiv des Gouverneurs.¹⁶² Publiziert wurden lediglich die Beschlüsse und Verfügungen der Zemstvoabgeordneten. Die Verwaltungstätigkeit der Räte und Kongresse unterstand also in ihrer Prozesshaftigkeit einer breiteren öffentlichen Kontrolle als diejenige der Zemstodeputierten.¹⁶³

Die Entstehung der Gesundheitsprävention in der Zemstoverwaltung

Die Zemstoverwaltung war eine Institution mit obligatorischen und optionalen Kompetenzen für die lokale soziale und ökonomische Wohlfahrt (*blagoustrojstvo/blagopolučie*).¹⁶⁴ Das zentrale Machtorgan war die Zemstoversammlung, welche Funktionen und Kompetenzen an die von ihr geschaffenen Institutionen delegierte und über das Jahresbudget verfügte. Die Vorbereitung und Ausführung des Budgets lag in der Verantwortung der Uprava.¹⁶⁵ Zur Ausführung der Budgetbestimmungen waren im Zemstvostatut vage Rechte formuliert, die den Zemstva erlaubten, »erfahrene« oder »fremde« Personen einzuladen sowie zweckbestimmte Verwaltungsorgane mit eigener Rechtsordnung zu schaffen.¹⁶⁶ Laut dem oben erwähnten Verwaltungsjuristen Zagrackov war es diese rechtliche

161 Niehaus/Schmidt-Hannisa, Textsorte, S. 12-15.

162 Die Protokolle von Sanitätsräten, von Beratungen der Sanitätsärzte und Ärztekongressen stammen aus der Gesundheitschronik des Gouvernements Saratov; diejenige der Zemstoversammlungen aus dem Staatsarchiv der Region Saratov (CASO).

163 Niehaus/Schmidt-Hannisa, Textsorte, S. 9-14, zur Unterscheidung von Verlaufs- und Ergebnisprotokoll. Ersteres bezeugt das Zustandekommen von Ergebnissen und spricht damit diesem Prozess, den Debatten und Äusserungen einen Eigenwert zu. Dadurch steht das Verlaufsprotokoll der Transkription nahe. Das Ergebnisprotokoll nähert sich der Urkunde, ist ein Dokument der Willensäusserung und hinsichtlich der Ökonomie des Zugriffs funktionaler.

164 Die folgenden Ausführungen beruhen auf Zagrackov, Zemskaja služba, 1914/11-12, S. 795-802.

165 McKenzie, Zemstvo, S. 51-56.

166 Diese Rechte basierten auf einer ausgedehnten und vom Senat unterstützten Auslegung der §§ 73 und 105 des Zemstvostatuts. Ersterer erlaubte die Teilnahme »erfahrener« (*opytnye*) Personen in den Zemstoversammlungen sowie in ausführenden und vorbereitenden Kommissionen. § 105 regelte das Recht, zur Ausführung von Pflichten, die professionelles Wissen und Fähigkeiten verlangten, »fremde« (*postoronnye*) Personen einzuladen sowie dafür Verwaltungsorgane zu schaffen. Dieses Autonomierecht wurde durch den § 100 gestützt, der die Zemstva berechnigte, die Regeln der inneren Tätigkeitsordnung der Ausführungsorgane und die Entwicklung der inneren Verwaltungsorgane selbst zu bestimmen. Vgl. Zemstvostatut (1890), auf: <http://museumreforms.ru/load-document/nojs/13679>.

Unvollkommenheit, die dem Dritten Element Einflussnahme und Vollmachten in der Zemstvoverwaltung ermöglichte.¹⁶⁷

Warum geschah nun diese Einflussnahme auf die Formierung der Zemstvo-Selbstverwaltung ausgerechnet im Gesundheitsbereich? Erstens gehörte die Sorge um die lokale Volksgesundheit zu den optionalen Aufgaben, in denen das Gestaltungspotenzial höher war als in den obligatorischen Bereichen.¹⁶⁸ Zweitens war im Vergleich zu anderen optionalen Verwaltungsaufgaben ein Engagement für die medizinische Grundversorgung auf dem Land seit den Anfängen der ländlichen Selbstverwaltung 1864 angelegt, denn die Zemstva »erbt« schon existierende medizinische Institutionen des Amts für öffentliche Fürsorge (*prikaz obščestvennogo prizrenija*). Drittens gab es im Gegensatz zur Volksbildung kein zentralstaatliches Machtorgan, das inhaltliche oder organisatorische Vorgaben gemacht hätte. Und viertens schliesslich waren die Zemstva für die medizinische Versorgung und die Verwaltung der Gesundheit auf Fachwissen und eine grosse Anzahl an professionellem Personal, auf Ärzte, angewiesen.¹⁶⁹

Die organisierte Zusammenarbeit von Ärzten mit den Zemstva zum einen und zwischen den selbstständigen Selbstverwaltungen auf Gouvernements- und Kreisebene zum anderen, die »Geburt der *obščestvennaja medicina*«, begann in den 1870er Jahren mit dem Interesse für Hygiene und Gesundheitsprävention unter Zemstvoärzten.¹⁷⁰ Seither entstanden durch ihre Initiative und die Unterstützung von Zemstvoabgeordneten Ärztekongresse und medizinische Kommissionen als

167 In der Periode der maximalen Entwicklung der Zemstvtätigkeit, also in den letzten fünf Jahren vor dem Ersten Weltkrieg, kamen im Durchschnitt auf einen gewählten Zemstvoabgeordneten 50 Angestellte. Vgl. Mirskij, *Medicina*, S. 302.

168 § 2, Punkt 8 des Zemstvistatuts 1890 erlaubte den Zemstva die »Teilnahme an Massnahmen zum Schutz der Volksgesundheit, die Entwicklung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und die Suche nach Mitteln für die Sicherung der Örtlichkeiten in gesundheitspräventiver Hinsicht.« Zitiert aus Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 182. Die folgenden Ausführungen beruhen auf Veselovskij, *Istorija zemstva*, T. 1, S. 267-274; Strobel, *Pokrovskaja*, S. 45-51. Die Anfänge der Zemstvomedizin waren schon oft Gegenstand der Forschung; z.B. Ramer, *Zemstvo*; Frieden, *Physicians*; Hutchinson, *Politics*; Mirskij, *Medicina*; Bulgakova (Hg.), *Medicina*; Lapteva, *Reforma*, S. 66f. zur selbstständigen Bestimmung und Ausarbeitung von wirtschaftlichen und sozialen Programmen durch die Zemstva.

169 Vgl. zum letzten Punkt insbes. auch Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/1), S. 61.

170 Zur *sanitarija* als Handlungskonzept für die Gesundheitsprävention siehe Einleitung, i) Imperiale Selbstbeschreibungen. Die folgenden Ausführungen zur Formierung der Institutionen und kollektiven Organe, in denen die Ärzte dominierten, beruhen zum einen auf dem Juristen M. Zagrackov, dem Zemstvihistoriker Boris Veselovskij, *Istorija zemstva* (1909), den Zemstvo(sanitäts)ärzten D. N. Žbankov, *Kratkie svedenija* (1909), Zacharij Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo* (1913) und auf A. Amsterdamskij, dem Chronisten für die Zemstvomedizin in der Zeitschrift *Zemskoe Delo*, 1910-1912.

gemeinsame Beratungs- oder Entscheidungsorgane von Ärzten und Zemstvodeputierten sowie Sanitätsbüros als zentrale Steuerungsinstitutionen.¹⁷¹ Laut einem Zemstvoarzt war diese Formierung ein »quälender Prozess«, der erst um 1910 zu einer kollegial organisierten Gesundheitsprävention führte.¹⁷² Erst der Auftritt von Sanitätsärzten festigte deren Existenz.

Die treibende Kraft in der Formierung der Zemstvomedizin waren die Gouvernementsärztekongresse.¹⁷³ An ihnen nahmen Zemstvoärzte, Delegierte der Kreis- und Gouvernementszemstva, der städtischen Selbstverwaltungen, der lokalen Gesundheitsaufsichtsbehörde des Innenministeriums und weitere Interessierte teil.¹⁷⁴ Die Kongresse erörterten aktuelle Aspekte der lokalen Gesundheitspraxis anhand der ärztlichen Delegiertenvorträge aus den Kreisen und des Gouvernements. Die Gouvernementsärztekongresse waren keine wissenschaftlichen Tagungen. Ihre Bestimmung lag laut Zemstvoärzten in der »periodischen, kollektiven Selbstkontrolle« der im Gesundheitswesen involvierten medizinischen Angestellten, Zemstvo-Abgeordneten und Delegierten der zentralstaatlichen Administration.¹⁷⁵ Nach Zagrjackov übernahmen die Gouvernementsärztekongresse die »Rolle eines Parlaments« im Gesundheitsbereich.¹⁷⁶

Ärztekongresse fanden seit den 1870er Jahren mit periodischen Schwankungen und in lokal unterschiedlicher Frequenz statt.¹⁷⁷ Seit 1901 gab es dafür eine juristische Grundlage. Das Gouvernementszemstvo bestimmte das Programm, die stimmberechtigten Delegierten und die Wahl des Kongresspräsidenten. Programm, Präsident sowie die Publikation der Kongressarbeit oder die Zulassung von

171 Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 39-63; Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/10, S. 735-739; Veselovskij, *Istorija zemstva*, T. 1, S. 274-434.

172 Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/1), S. 61f.

173 Zur politischen Bedeutung dieser Kongresse: Bulgakova (Hg.), *Medicina*, S. 213-235.

174 Siehe Kapitel 1.1 zur zentralen Gesundheitsaufsichtsbehörde.

175 Vgl. hier stellvertretend Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 183-185, welcher auch Osipov, den ersten Leiter des Sanitätsbüros in Moskau, Mitglied der Kazaner Ärztegesellschaft und engen Kollegen von Friedrich Erismann, zitiert; Zejliger, D. L.: *Chronika zemskoj sanitarii*, in: *GiG* 1911/3, S. 150-159, S. 150f., der von einer elastischen, ständigen Generalaufsicht durch die Kongresse spricht.

176 Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/11-12, S. 810.

177 Im Durchschnitt waren es zehn pro Gouvernement. Vgl. die Zahlen bei Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 46f. bis 1909 und bei Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 188-195 bis Frühling 1913. Gegen Ende der 1880er Jahre sowie vor allem im knappen ersten Jahrzehnt nach 1900 fanden wenige Kongresse statt. Im betrachteten Zeitraum führte das Gouvernement Moskau 19, Rjazan und Cherson 17 und Tver und Samara je 16 Kongresse durch; am anderen Ende der Skala befanden sich die Gouvernements Olonec mit drei, Orlov mit vier, Jaroslavl' und Novgorod mit fünf Kongressen.

Publikum mussten vom Gouverneur bestätigt werden.¹⁷⁸ Ausserdem verpflichtete das Kongressstatut die Zemstva, die Kongressbeschlüsse in ihren Versammlungen zu traktandieren. Dadurch erhielten dessen Beschlüsse einen autoritativen Charakter, auch wenn der Kongress rechtlich eine rein beratende Funktion besass.¹⁷⁹

Die grosse Hungersnot und die Choleraepidemie Anfang der 1890er Jahre führten vor Augen, dass Epidemien sich nicht an territorialadministrative Grenzziehungen hielten: Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Kreisen und Gouvernement, zwischen Ärzten und Zemstvoabgeordneten wurde notwendig.¹⁸⁰ Die Gouvernementszemstva wurden aktiv.¹⁸¹ Angestossen durch die Ärztekongresse entstanden in ihnen Sanitätsbüros und -räte.¹⁸² Sie entwickelten sich oft aus zuvor existierenden (temporären) Sanitätskommissionen mit exekutiven Befugnissen. Nach Zagrjackov zerfiel deren exekutive Tätigkeit mit der Reorganisation faktisch in zwei Teile: in den Vollzug (*ispolnitel'naja dejatel'nost'*), wofür das Sanitätsbüro zuständig wurde, und die strategische Führung (*zavedyvanie*), welche der Sanitätsrat übernahm (vgl. Abb. 5).¹⁸³

Die Formierung des Sanitätsbüros im Gouvernementszemstvo Saratov war charakteristisch für die vielfach gleichförmige und doch lokal spezifische Entstehung dieses Exekutivorgans. Die Gleichförmigkeit rührte auch daher, dass dieselben Sanitätsärzte in mehreren Gouvernements die ersten Büros formierten.¹⁸⁴ In Saratov entstand 1889 ein Büro unter der Leitung eines erfahrenen

178 Ob die Kongressbeiträge, die *Trudy s'ezda*, publiziert wurden, hing weniger vom Zensurrecht des Gouverneurs ab, sondern vom Arbeitsaufwand sowie der Finanzkraft des Zemstvo. Nach der Errichtung von Sanitätsbüros wurden mehr Kongressarbeiten (Vorträge, Protokolle, Resolutionen) publiziert. Vgl. Žbankov, *Kratkie svedenija*, 45f.

179 Verwaltungsakt des MVD, in: Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/11-12, S. 810; Veselovskij, *Istorija zemstva*, T. 1, S. 305 und Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 50. Laut Zagrjackov konnten sich Kongresse nur in der Zemstvomedizin richtig entwickeln.

180 Siehe z.B. stellvertretend Tezjakov, *Gubernskie zemstva*, S. 580f.; Amsterdamskij, A.: *Chronika obščestvennoj mediciny*, in: *ZD* 1910/8, S. 614-620, S. 615.

181 Veselovskij, *Istorija zemstva*, T. 1, S. 275 und Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 41-44.

182 Vgl. Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 187 und 197-201; Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 42f. und S. 50-58; Veselovskij, *Istorija zemstva*, T. 1, S. 306-309; Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/8), S. 614.

183 Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/11-12, S. 803. Vgl. auch Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 41-55.

184 Vgl. dazu allgemein Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 58f. und Veselovskij, *Istorija zemstva*, T. 1, S. 312f. zu den Gründern der ersten Sanitätsbüros. Molleson z.B. leitete 1972 die Sanitätskommission des Gouvernements Perm, später gründete er in einem Kreis desselben Gouvernements den ersten Arztterat. Danach leitete er das erste Sanitätsbüro in Saratov (1889-1894), später das erste in Tambov (1897-1906) und danach das erste in Kaluga. Vgl. Müller-Dietz, Heinz E.: Einführung, in: Molleson I.: *Der russische Landarzt im 19. Jahrhundert. Die Zemstvo-Medizin (Kazan 1871)*, übersetzt und hg. von Heinz Müller-Dietz, Heinz. Stuttgart 1970, S. 15-19. Mollesons Nachfolger in Saratov, Nikolaj I. Tezjakov, errichtete davor das Sanitätsbüro in Voronež (1896-1903).

Jahren nach 1910 wuchs der Personalstand erheblich: im Gouvernement Saratov von acht Angestellten 1911 auf elf 1914; 1914 arbeiteten dort der Abteilungsleiter und seine zwei Assistenten, alle Sanitätsärzte, ein Buchhalter und sein Assistent, eine Schreiberin sowie fünf Zähler mit medizinischem Hintergrund.¹⁹⁰ Das Sanitätsbüro war kein Kollegium: Die Lohnhierarchie widerspiegelte die Amtshierarchie. In Saratov verdiente der leitende Sanitätsarzt 3600 Rubel, seine Assistenten 2400 Rubel, die Zähler schliesslich nur 600 im Monat.¹⁹¹ In den Worten Zagrjackovs entstand unter dem Büroleiter, der in seiner faktischen Bedeutung den Uprava-Mitgliedern gleichgestellt war, ein kompliziertes hierarchisches System.¹⁹² Wachstum und Hierarchisierung gingen in der Gesundheitsverwaltung miteinander einher.

Die Sanitätsbüros hatten folgende Funktionen: die Ausführung der Direktiven der Versammlung und der Uprava und die Aufbereitung von Informationen und Berichten für diese Organe, die Organisation von Ärztekongressen, die zentrale Sammlung und Ausarbeitung des statistischen Materials, die Leitung anti-epidemischer Massnahmen und die Herausgabe der monatlichen Gesundheitschronik.¹⁹³ Dafür verfügten die Sanitätsbüros über ein eigenes Jahresbudget. In Saratov waren dies 1912 insgesamt 56 500 Rubel, wobei 50 000 Rubel für die Epidemioprävention und -bekämpfung bestimmt waren: den Erwerb von Impfstoffen und die Anstellung von Epidemiepersonal. Der Restbetrag war für den Druck der

-
- 190 Vgl. Beschlüsse der 46. Gouvernementszemstvoversammlung (15.1.1912), in: Vračebno-sanitarnaja chronika g. Saratova, 1912/2, S. 220f.; GASO, f. 5, op. 1, d. 3271, Materialien der 47. Gouvernementsversammlung, Sitzung vom 19.1.1913 zur Abteilung für Volksgesundheit, II. 183-1910b. und ebd., d. 3503, I. 21 für 1914. Vgl. dazu den Personalstand des Sanitätsbüros in Perm, der 1910 nur aus dem Abteilungsleiter und drei Angestellten bestand und kaum über ein eigenes Budget verfügte, in: Zejliger, D. L.: Letopis' zemskoj sanitarii, in: GiG 1911/5, S. 263-265.
- 191 GASO, f. 5, op. 1, d. 3271, Materialien der 47. Gouvernementsversammlung, Sitzung vom 19.1.1913 zur Abteilung für Volksgesundheit, II. 183-1830b. Nach Amsterdamskij verdienten die Leiter von Sanitätsbüros 1910 in den Zemstva zwischen 2400 und 3600 Rubel. Vgl. Amsterdamskij, Chronika obščestvennoj mediciny (1910/1), S. 64.
- 192 Zagrjackov, Zemskaja služba, 1915/6, S. 368; Amsterdamskij, Chronika obščestvennoj mediciny (1910/1), S. 62. In Moskau war das Sanitätsbüro ein Kollegium aus vier Sanitätsärzten. Vgl. Nevjadomskij, M. A.: Moskovskaja zemskaja sanitarnaja organizacija. (Obzor sostojanija i dejatel'nosti), in: OV 1912/3, S. 329-348, S. 330.
- 193 Siehe z.B. die Tätigkeit der gesundheitspräventiven Abteilung des Gouvernementszemstvo Vitebsk, in: Vitebskaja gub. Zemstvo (Hg.). Otčet gubernskoj zemskoj upravy po vračebno-sanitarnomu otdelu i obščestvennomu prizreniju za 1913g. Vitebsk 1914, S. 1-8. Vgl. Žbankov, Kratkie svedenija, S. 59f. erstellte eine allgemeine Funktionstypologie der 1909 existierenden Büros auf der Basis einer Synthese. Vgl. Veselovskij, Istorija zemstva, T. 1, S. 312f. Die Gesundheitschroniken (*sanitarno-vračebnaja chronika*) entstanden meist zeitgleich mit den Büros in den 1890er Jahren. Vgl. Amsterdamskij, Chronika obščestvennoj mediciny (1910/1), S. 62f.

Gesundheitschronik, der gesundheitsstatistischen Registrierkarten, für die Organisation des Ärztekongresses, für die Fachbibliothek und für Reisespesen vorgesehen.¹⁹⁴ Das Sanitätsbüro geriet auf Gouvernementsebene zum zentralen Vollzugsorgan im Gesundheitsbereich.¹⁹⁵

Analog zur Entwicklung in vielen anderen Zemstva bewirkte die Einrichtung der Abteilung für Volksgesundheit, des Sanitätsbüros, im Gouvernement Saratov auch die Schaffung des Gouvernementssanitätsrats. Seine Zusammensetzung, Rechte und Pflichten wurden am Ärztekongress beschlossen und von der Gouvernementsversammlung 1904 bestätigt.¹⁹⁶ Im Gouvernement Saratov waren folgende Personen im Sanitätsrat vertreten: für jeden der zehn Kreise ein Revierarzt, die Sanitätsärzte der Abteilung für Volksgesundheit, die Chefärzte der Krankenhäuser und der Psychiatrie sowie ab 1909 zwei Delegierte der Kreissanitätsärzte; alle Präsidenten der Kreiszemstva-Uprava, die gesamte Gouvernements-Uprava sowie drei bis sieben Abgeordnete der Gouvernementsversammlung.¹⁹⁷ Der Gouvernementssanitätsrat war ein personenstarkes Kollektivorgan, in dem die Zemstvoärzte wegen der häufigen Absenz der Abgeordneten oft in der Überzahl waren.¹⁹⁸

Der Gouvernementssanitätsrat, der zweimal im Jahr vor und nach der Gouvernementsversammlung zusammenkam, übernahm die strategische Führung des

194 Vgl. Beschlüsse der 46. Gouvernementszemstvosammlung (15.1.1912), in: VSCh Saratovskoj gubernii, 1912/2, S. 220f. 1913 belief sich das Budget für Druckkosten, Spesen und Organisationsarbeit auf 4350 Rubel. Vgl. GASO, f. 5, op. 1, d. 3271, l. 184, Sitzung der 47. Gouvernementszemstvosammlung, 19.1.1913. Vgl. zu den schwankenden Gesamtausgaben für die Sanitätsbüros Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/1), S. 65, die sich zwischen 5500 und 15 000 bzw. für die gesamte gesundheitspräventive Organisation zwischen 30 000 und 85 000 Rubel bewegten.

195 Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/11-12, S. 802 und 1915/6, S. 367f. Vgl. auch Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 187. Vgl. auch Mirskij, *Medicina*, S. 325, der das Sanitätsbüro ein Befehls-, Organisations- und Führungsorgan nennt.

196 Dobrejcer, I. A.: *Gubernskij sanitarnyj sovet*, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/1, S. 6-8, S. 6f. Zwischen 1883 und 1904 wurden in 16 Gouvernementszemstva Sanitätsräte geschaffen, 1909 existierten noch elf. Vgl. Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 43 und 58. Im Frühling hatten von den 34 alten Zemstva fünf weder ein Sanitätsbüro noch einen Gouvernementssanitätsrat, drei hatten ein Büro, aber keinen Sanitätsrat und zwei einen Rat, aber kein Büro. Diese existierten jedoch nur theoretisch. Von den sechs neuen Zemstva hatten bis auf Mogilev alle sowohl Büro als auch Rat auf Gouvernementsebene. Vgl. Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 202.

197 Dobrejcer, *Gubernskij sanitarnyj sovet*, S. 7.

198 Zur Überzahl der Ärzte wegen der häufigen Absenz der Abgeordneten: Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 51; Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/11-12, S. 805. Vgl. Mirskij, *Medicina*, S. 324: Der Gouvernementssanitätsrat von Char'kov bestand aus mehr als 30 Personen.

lokalen Gesundheitswesens.¹⁹⁹ Seine Beschlüsse kamen durch einfache Mehrheitsentscheide zustande. Er erörterte die vom Sanitätsbüro erstellten Budgetvorschläge und Vorträge im Gesundheitsbereich, welche die Uprava später in die Versammlung trug, und diskutierte die praktische Verwirklichung der Versammlungsbeschlüsse, bevor sich das Sanitätsbüro um deren Vollzug kümmerte. Ausserdem klärte er die Bedürfnisse der medizinischen und gesundheitspräventiven Versorgung der Kreise und bestimmte die Aufgabenteilung und Wahl des gesundheitspräventiven Personals.²⁰⁰ Die Vorherrschaft von professionellen Fragen und Personen führte laut Zagrjackov zur faktischen Vorherrschaft der Ärzte in den Sanitätsräten.²⁰¹

Laut Amsterdamskij war die Zemstvomedizin hinsichtlich des Kollegialitätsprinzips und des Kompetenzgrads der Räte um 1910 ein rechtliches Mosaik.²⁰² Sanitätsräte auf Gouvernements- und Kreisebene waren seit 1890 formal Beratungsorgane der Uprava, obschon sie in der Praxis oft weite Vollmachten besaßen. Die Beschlüsse des Sanitätsrats waren für die Uprava zwar nirgends verpflichtend, aber nicht selten musste die Uprava bei abweichender Meinung der Zemstoversammlung Rechenschaft ablegen, da diese die letzte Entscheidungsinstanz blieb. Auch das Recht der Räte, Kandidaten für vakante Arztposten vorzuschlagen, wandelte sich in der Praxis oft von einer einfachen Referenz zur konkreten Auswahl für die Bestätigung durch die Uprava.²⁰³ Faktisch genossen die Sanitätsräte als Organe der Zemstoversammlung eine gewisse Unabhängigkeit von der Uprava und auch exekutive Kompetenzen.

Um 1910 folgten Rechtsprechungen des Senats zu den ständigen Beratungsorganen, die mit dem Zemstvostatut kollidierten. Sie betrafen das Stimmrecht der Zemstvoangestellten in diesen Institutionen. Das Statut gewährte den Nicht-Zemstvoabgeordneten Stimmrecht, sofern die Organe einen beratenden Charakter hatten. Der Senat jedoch sprach den Zemstvoangestellten eine ständige Repräsentanz und Stimmrecht in dauerhaften Beratungsorganen ab. Bemerkenswert ist, dass diese Rechtsprechung bei den schon existierenden Sanitätsräten mehrheitlich wirkungslos blieb – weder Zemstvoabgeordnete noch Gouverneure suchten damit den Einfluss der Zemstvoangestellten in den Sanitätsräten zu schmälern.

199 Dobrejcer, Gubernskij sanitarnyj sovet, S. 7. Zwischen Mai 1904 und Ende 1912 kam der Rat 20 Mal zusammen. Vgl. auch Žbankov, *Kratkie zvedenija*, S. 51.

200 Žbankov, *Kratkie zvedenija*, S. 53f.

201 Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/11-12, S. 805.

202 Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/8), S. 616f.

203 Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/10, S. 736f.; ders., 1914/11-12, S. 803-806; Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/8), S. 614f.; Žbankov, *Kratkie zvedenija*, S. 52-54; Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/8), S. 615.

Neu entstehende Sanitätsräte ignorierten gar oft den Richtspruch des Senats.²⁰⁴ Nur Kostroma setzte auf Betreiben des Gouverneurs als erstes und letztes Gouvernementszemstvo den Senatsbeschluss um und schaffte den Sanitätsrat als gemischtes Beratungsorgan von Ärzten und Zemstvodeputierten ab. Gleichzeitig entliess das Gouvernementszemstvo den Leiter des Sanitätsbüros wegen »schwieriger Zusammenarbeit« und »mangelnden Taktgefühls«. Es ist plausibel anzunehmen, dass in den Augen der Zemstvoabgeordneten der Leiter des Sanitätsbüros die hierarchische Ordnung zwischen Abgeordneten und Angestellten zu wenig achtete. Die Sanitätsärzte und -ärztinnen des Gouvernements betrachteten dies jedenfalls als »organisierten Angriff« auf die gesundheitspräventive Organisation als Ganzes und ihre Rechte als »Professionelle« (*sanitarnye vrači-professionalny*). Ihr solidarischer Widerstand bewirkte die vom Zemstvo nicht intendierte kollektive Entlassung aller Sanitätsärzte. Dieses Ereignis geriet zum Skandal. Es rief sowohl in der medizinischen und Zemstvopresse als auch bei zentralstaatlichen Regierungsämtern Unverständnis hervor.²⁰⁵ Offensichtlich hatten sich die Machtverhältnisse nach 1910 gewandelt: Die zentralstaatliche Regierung war auf funktionierende Zemstveroeverwaltungen angewiesen und diese wiederum auf ihre qualifizierten Angestellten.

Ein weiterer Effekt der senatorischen Rechtsprechung war die Entstehung eines weiteren kollektiven Organs, der Beratung (*soveščanie*). Formal eine Sitzung mit temporärem Charakter unter dem Präsidium eines Uprava-Mitglieds, war die Beratung eine Expertenzusammenkunft. Rechtlich bot sie einen Ausweg vom Senatsbeschluss, der den Zemstvoangestellten Repräsentanz und Stimmrecht in ständigen Beratungsorganen verboten hatte.²⁰⁶ In der Zemstvomedizin entstand die Beratung bei der Gouvernements-Uprava mit der Einführung von Kreissanitätsärzten.²⁰⁷ Dort diskutierten und planten sie ihre fortlaufende Arbeit.²⁰⁸ Die verwaltungstechnische Funktion der Fachberatung war die Konturierung des Aufga-

204 Vgl. Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/1), S. 61-63; Zagriackov, *Zemska-ja služba*, 1914/11-12, S. 798; Durnovo, A. S.: *Sovremennaja žizn' i narodnogo zdorov'e* (1912g.), in: *OV* 1912/3, S. 425-432, S. 425-429.

205 Vgl. die Briefe der Sanitätsärzte, des Sanitätsrats Jur'ev und die Rechtfertigung des Uprava-Präsidenten, in: *OV* 1912/3, S. 600-609; Amsterdamskij, A.: *Chronika. Ob učastii zemskich službaščich v soveščatel'nych pri upravach učreždenijach*, in: *ZD* 1912/5, S. 352-355; *Obščestvenno-medicinskaja chronika. Porjadok uvol'nenija vračej gub. zemstva*, in: *VOGSIpM* 1913/9, S. 1500-1504; *Obščestvenno-medicinskaja chronika. Zatrudnenie Kostromskogo gubernskogo zemstva*, in: *VOGSIpM* 1914/1, S. 139-141 (zur schwierigen Wiederbesetzung der Sanitätsarztposten).

206 Zagriackov, *Zemskaia služba*, 1914/11-12, S. 806-809.

207 Vgl. dazu Žbankov, *Kratkie zvedenija*, S. 65.

208 Vgl. Sitzungsprotokolle der Beratung der Sanitätsärzte vom 5.3. 1912, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1912/3, S. 334-336; vom 7.2.1913, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1913/3, S. 262-263; vom 8./9.7.1913, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1913/9, S. 1117f.; vom 6.2.1914, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1914/3, S. 298-301.

benfeldes der Sanitätsärzte. In der Zemstvomedizin kam es nach Zagrjackov zur »Verschmelzung« der Beratung und des Sanitätsrats in einem einzigen komplexen Mechanismus, in dem fachliche Expertisen und kollektiver Austausch zwischen Angestellten und Abgeordneten die exekutive Arbeit der Gouvernements- und der Kreiszemstva bestimmten.²⁰⁹

Die Formierung der Gesundheitsverwaltung in den Zemstva geschah als gemeinsames Werk von Zemstvoärzten und -abgeordneten. Mit den Sanitätsbüros als zentrale Vollzugsorgane kamen die ersten Sanitätsärzte in eine Leitungsposition. Die kollektiven Organe der Gouvernementsebene waren nur lose mit den Kreiszemstsvoverwaltungen verbunden. Dies veränderte sich mit der Einführung von Kreissanitätsärzten. Der Kreissanitätsarzt sollte sich als Angestellter des Gouvernements »organisch mit der medizinischen Organisation der Kreise« verbinden, die gesundheitspräventive Praxis in den Kreisen führen und damit für die Einheit von Plan und Tätigkeit im Gesundheitswesen sorgen.²¹⁰

Erste unter Gleichen: Kreissanitätsärzte im Gouvernement Saratov

Die Anstellung von Kreissanitätsärzten in den Zemstva erfolgte, wie in der Eisenbahnmedizin, bevor Instruktionen deren Funktion, Kompetenz und Position festlegten.²¹¹ Aber im Gegensatz zur Eisenbahnmedizin, in der sich der Sanitätsarzt in eine geregelte Diensthierarchie einfügte, waren alle Zemstvoärzte sowie auch Gouvernements- und Kreiszemstva formal gleichgestellt. Der Formationsprozess des Kreissanitätsarztes erfolgte parallel zur sich verflechtenden Gesundheitsverwaltung von Kreis und Gouvernement sowie unter Beteiligung verschiedener Akteure, nicht zuletzt der Kreissanitätsärzte selbst.²¹²

Mit der Einführung von Kreissanitätsärzten griff das Gouvernementszemstvo erstmals in das Autonomierecht der Kreise ein.²¹³ Ihre Anstellung erfolgte mit Mitteln des Gouvernements und sie standen unter dessen unmittelbarer Führung.²¹⁴

209 Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/11-12, S. 808.

210 Dobrejcer, I. A.: *Dejatel'nost' sanitarnych vračej*, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/1, S. 8-19, S. 8.

211 Zum Beispiel im Gouvernement Char'kov, wo seit 1909 in allen Kreisen Sanitätsärzte arbeiteten, Programm und Instruktionen aber erst am 9. Ärztekongress 1913 beschlossen wurden. Siehe *Trudy IX s'ezda vračej*, T. 3, S. 128-131. Vgl. allgemein *Amsterdamskij, Chronika obščestvennoj mediciny* (1901/1), S. 63f.

212 Vgl. Žbankov, *Kratkie zvedenija*, S. 65-67.

213 Bis zu diesem verstärkten gesundheitspräventiven Engagement beschränkten sich die meisten Gouvernementszemstvo auf den Finanzausgleich zwischen den einzelnen Kreisen. Vgl. Veselovskij, *Istorija zemstva*, T. 1, S. 274-326; dazu auch den Liessem, *Verwaltungsgerichtsbarkeit*, S. 313-317.

214 Vgl. z.B. die Instruktionen aus dem Gouvernement Char'kov: *Char'kovskij gubernskij s'ezd zemskich vračej i predstavitelej zemskich učreždenij* (1911) (Hg.): *Trudy IX s'ezda*. Tom 3.

Das gesundheitspräventive Engagement war zwar schon früher Gouvernements-sache; neben der strategischen Führung erschöpfte es sich aber vor allem in der Finanzierung anti-epidemischer Massnahmen.²¹⁵ Mit dem Kreissanitätsarzt hatte das Gouvernement nun nicht nur einen permanenten Vertreter seiner Direktiven und Beschlüsse vor Ort, sondern auch eine Aufsichtsperson und Informationsquelle über die laufenden Geschehnisse im örtlichen Gesundheitswesen. Diese neue Konstellation barg vielseitiges Konfliktpotenzial. Diese vielseitigen, sich oft überlagernden Konfliktlinien sollen im Folgenden am Beispiel der Einführung von Kreissanitätsärzten im Gouvernement Saratov untersucht werden.

In Saratov erfolgte die Einführung von Kreissanitätsärzten nach einer in der Zemstvomedizin üblichen Prozedur.²¹⁶ Der Ärztekongress erarbeitete die Rahmenbedingungen für das »Institut der Sanitätsärzte« und legte die etappenweise erfolgende Einführung von Kreissanitätsärzten fest, welche die Zemstvosversammlung im Januar 1904 bestätigte. Dem Gouvernemente-sanitätsrat oblag die Auswahl und Anstellung dreier Kreissanitätsärzte, bis die Gouvernementsversammlung das Budget für Sanitätsärzte wieder strich.²¹⁷ Dieser erste kurze Auftritt der Sanitätsärzte hatte unterschiedliche Effekte. Die kollegialen Organe des Gouvernementszemstvo, Ärztekongress und Sanitätsrat, sowie einige Kreiszemstva agitierten für eine Wiedereinführung des Sanitätsarztes, andere Kreiszemstva opponierten dagegen. Bei einem generell knappen Angebot an kurativer Versorgung lag der Wi-

Protokoly (1913). Char'kov 1912-1913, S. 128-130 und zu Saratov: Dobrejcer, Dejatel'nost' sanitarnych vračej, S. 8.

- 215 Das Gouvernementszemstvo Saratov z.B. sprach für 1912 50 000 Rubel für die Epidemiebekämpfung und -prävention und errichtete einen Fonds von 165 000 Rubel zur Förderung der Trinkwasserversorgung in den Kreisen. Vgl. Povlenie 46 očerednogo Saratovskago gubernskago zemskogo sobranija po dokladam gubernskoj upravy po otdeleniju narodnogo zdravija, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/2, S. 220-224, S. 221-224. Im Vergleich budgetierten alle zehn Kreise zusammen knapp 20 000 Rubel für die Verbesserung der Hygienebedingungen und knapp 30 600 Rubel für anti-epidemische Massnahmen. Vgl. Dobrejcer, I. A.: Medicinskie smety uezdnych zemstv Saratovskoj gubernii na 1912 g., in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/2, S. 201-220, S. 210f. Zur Finanzierung gesundheitspräventiver Massnahmen vgl. Mirskij, Medicina, S. 328: Danach verdoppelte sich zwischen 1911 und 1913 das entsprechende Budget. Bedeutendste Posten waren Massnahmen für die (Trink-)Wasserversorgung auf dem Land, Infektionsbaracken und Desinfektionskammern.
- 216 Siehe z.B. die Arbeit des fünften Ärztekongresses in Nižnij Novgorod, in: Zejlinger, D. L.: Letopis' zemskoj sanitarii. Okončanie, in: GiS 1911/9-10, S. 506-514. Vgl. zur Einführung von Kreissanitätsärzten in den verschiedenen Zemstvogouvernementen: Žbankov, Kratkie zvedenija, S. 63-67.
- 217 Dobrejcer, Dejatel'nost' sanitarnych vračej, S. 8-11; vgl. dazu auch den Streit über die Weiter-einführung von Sanitätsärzten im Gouv. Nižnij Novgorod 1912, in: Soobščeniya s mest. Zemskaja medicina v Nižnegorodskoj gubernii ZD 1912/4, S. 284.

derstand gegen Kreissanitätsärzte auch im Unverständnis der Kreisabgeordneten von dessen Rolle und vom Nutzen der Gesundheitsprävention.²¹⁸

Die Kreise konnten die Entsendung eines Sanitätsarztes nicht verhindern, ihn aber zu einem späteren Zeitpunkt wieder loswerden. Der Sanitätsarzt genoss als Angestellter des Gouvernements zwar theoretisch mehr Autonomie von der Kreisverwaltung als seine Revierarztkollegen; faktisch war er aber Teil des örtlichen Beziehungsgeflechts und davon sowie vom Zugang zu den lokalen materiellen Ressourcen abhängig. So entschied zum Beispiel der Kreis Balašov, dem Sanitätsarzt keine Einladungen an seine Versammlung und die örtlichen Beratungsorgane sowie keine offiziellen Reisedokumente auszustellen.²¹⁹ Für die örtliche Infrastruktur der Sanitätsärzte, wie die kostenlosen Fahrten mit der Zemstvopost, den Arbeitsraum und dessen Ausstattung, waren ebenfalls die Kreise zuständig.²²⁰ Mit dem Entzug der Infrastruktur und dem Ausschluss des Sanitätsarztes aus den örtlichen Beratungs- und Entscheidungsgremien hatten die Kreise ein effektives Instrument zur Hand, die Entlassung eines Sanitätsarztes durch das Gouvernment zu erzwingen.

Die Funktionen und Kompetenzen des Sanitätsarztes bestimmte der Gouvernementssanitätsrat auf der Basis der Beschlussfassungen der Fachberatung der Sanitätsärzte.²²¹ In Saratov beschäftigte sich die Fachberatung zwischen 1909 und 1914 zum Beispiel mit der Untersuchung, Bekämpfung und Vorbeugung von Epidemien, der Trinkwasserversorgung, mit Massnahmen gegen Missernten, der medizinischen Versorgung von Wanderarbeitern, mit der Gesundheitsgesetzgebung, dem Gesundheitsschutz von Kindern und mit der systematischen Gesundheitsaufklärung.²²² Die Sanitätsärzte legten ihre laufenden Aufgaben mehrheitlich selbst fest. Sie hatten mit der Fachberatung auch eine Institution, um berufsspezifische Forderungen zu stellen. Die Formierung ihrer konkreten Position und Rolle stand jedoch in Abhängigkeit von den Kreisabgeordneten und den Revierärzten.²²³

218 Vgl. dazu auch Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny* (1910/1), S. 63f.

219 Vgl. das Sitzungsjournal der Beratung der Sanitätsärzte beim Gouvernment im Juli 1913: *Protokoly soveščanija sanitarnych vračej*, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1913/9, S. 1117f.

220 Vgl. dazu z.B. die Kreisversammlung in Vol'sk, September 1913, die 15 Rubel für das Kabinett des Sanitätsarztes sprach und ihm kostenlose Fahrten mit den »Zemstvopferden« gestattete, in: *GASO*, f. 25, op. 1, d. 3624, ll. 260b.–27 und 350b.

221 Vgl. Dobrejcer, *Dejatel'nost' sanitarnych vračej*, S. 9–13.

222 Vgl. die Sitzungsprotokolle der Fachberatung in der Gesundheitschronik des Gouvernements Saratov. Zum Beispiel 1912/3, S. 334–336; 1912/11, S. 1509–1513; 1913/3, S. 262–263; 1913/9, S. 1117f.; 1914/3, S. 290–302; 1914/7, S. 855–857.

223 Amsterdamskij, *Chronika*. *Rasširenje*, S. 1024–1026, zur Forderung eines einheitlichen Pflichtenhefts für Kreissanitätsärzte. Vgl. auch Zagrjackov, *Zemskaja služba*, 1914/18, S. 1152f.

Die Instruktionen bestimmten den Kreissanitätsarzt als nächsten Consultant der Kreis-Uprava für das lokale Gesundheitswesen.²²⁴ Dessen Beratungsfunktion verwandelte sich faktisch in eine Leitungskompetenz und ging oft einher mit der Übernahme der gesamten administrativen Arbeit in der lokalen Gesundheitsorganisation.²²⁵ Der Gouvernementssanitätsrat in Saratov ermahnte die Kreis-Uprava deswegen regelmässig, dass die Schreibarbeit »in freundschaftlicher Zusammenarbeit mit der Revierorganisation und unter deren tatkräftiger Mitwirkung gemacht werden solle.«²²⁶ Kreissanitätsärzte gerieten zu Organisatoren und Leitern des örtlichen Gesundheitswesens. Dies bedeutete einen Zuwachs an Einfluss, aber auch an Büroarbeit.²²⁷

Die Beratungsfunktion erlaubte dem Sanitätsarzt, an den Sitzungen der Kreisversammlung teilzunehmen.²²⁸ Wie im Fall des Sanitätsarztes von Caricyn trat er dort oft als selbstbewusster Experte für alle Fragen des lokalen Gesundheitswesens auf: für den Bau von Infektionskrankenhäusern genauso wie in Diskussionen über die materielle und soziale Sicherung des medizinischen Personals.²²⁹ Neben dem beruflichen Selbstverständnis bestimmte auch die relative Unabhängigkeit des vom Gouvernement angestellten Sanitätsarztes dessen Auftritt im Kreiszemstvo. Im Vergleich zu den Revierärzten, die ebenfalls manchmal an Zemstvosammlungen teilnahmen, wähnten sich die Sanitätsärzte dank ihres Experten- und Anstellungsstatus gegenüber dem Kreiszemstvo autonomer.²³⁰

Wie das Beispiel aus Vol'sk zeigt, nutzten Sanitätsärzte diese Autonomie auch in politischen Konfliktsituationen. Als der Präsident der Kreisversammlung dem

224 Vgl. die Synthese der Instruktionen, Tätigkeitsprogramme bei: Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 68f.

225 Vgl. dazu auch das folgende Unterkapitel.

226 Dobrejcer, *Dejatel'nost' sanitarnych vračej*, Zitat, S. 14 (Sitzung Herbst 1910); ebenso: S. 16f. (Sitzung, Frühling 1911), S. 19 (Sitzung, Herbst 1912).

227 Vgl. Mirskij, *Medicina*, S. 321; Polianski, *Schweigen*, S. 42.

228 In den Kreisen des Gouvernements Saratov genossen auch Vertreter der Revierärzte ein Partizipationsrecht in den Versammlungen. Vgl. z.B. die Vorträge und Sitzungsprotokolle der Kreisversammlungen 1911-1914 in Saratov: GASO, f. 25, op. 1, d. 3383 (Chvalynsk, 1912); d. 3361 (Vol'sk, 1912); d. 3367 (Kuzneck, 1912); d. 3385 (Caricyn, 1912); d. 3624 (Vol'sk, 1913); d. 3626 (Kuzneck, 1913); d. 3644 (Chvalynsk 1913); d. 3645 (Caricyn, 1913). Vgl. dazu auch Amsterdamskij, *Chronika obščestvennoj mediciny (1910/8)*, S. 617f. über den Kampf der Ärzte um Partizipation in der Zemstvosammlung sowie die Weisung des Gouvernements Kostroma 1909 an die Kreise, die Repräsentanz von Ärzten in den Versammlungen zu erlauben. Vgl. auch *Obščestvenno-medicinskaja chronika. Učastie delegata vrača*, in: VOGSiPM, 1912/7, S. 1104.

229 Vgl. GASO, f. 25, op. 1, d. 3645 (48. Zemstvosammlung Caricyn, November 1913): II. 35-36 zu den Infektionskrankenhäusern und II. 38-38ob. zur Todesfallversicherung des medizinischen Personals.

230 Vgl. dazu z.B., wie der Revierarzt als Repräsentant des Sanitätsrats Chvalynsk in der Zemstvosammlung 1912 unter Druck geriet, in: GASO, f. 25, op. 1, d. 3383, I. 6-6ob.

Sanitätsarzt vorwarf, seine Pflichten zu vernachlässigen und stattdessen »durch die Klärung der Klassenwünsche der Ärzte und Feldschere im Kreis« seine »Klassenaktivitäten zu verstärken«²³¹, erklärte der Sanitätsarzt: »Jene Fragen, die einen Klassencharakter tragen, wurden am zehnten Ärztekongress erörtert und einer Kommission übergeben, in der ich Mitglied war. Mit Kenntnis der Kommission führte ich Enquêtes über die Feldschere durch, weil es keinen anderen Weg gab, deren materielle Lage zu klären. Vielleicht gefällt dies nicht allen, aber ich handelte gewissenhaft.«²³² Mit dem Begriff »Klasse« warf der Versammlungspräsident dem Sanitätsarzt subversive Aktivitäten gegen die im Zemstvo herrschende soziale und politische Ordnung von Zweitem und Drittem Element vor. Seine Befürchtungen waren nicht unberechtigt: Das Dritte Element strebte in einem gewachsenen Selbstbewusstsein nach mehr Entscheidungsmacht im Zemstvo – und das war politisch.

Das Beispiel aus der Kreisversammlung Vol'sk verweist auch auf das veränderte Kräfteverhältnis zwischen Gouvernament und Kreisen seit der Einführung von Kreissanitätsärzten. Durch ihre Mitgliedschaft in den kollektiven Organen auf Gouvernamentsebene, insbesondere der Fachberatung, waren die Sanitätsärzte zum einen direkt in den Formationsprozess ihres Funktionsfeldes involviert; zum anderen verfolgten sie auch die Umsetzung der dort gefällten Beschlüsse. Das Unbehagen der Zemstvodeputierten in Nižnij Novgorod gegenüber dem 40-köpfigen Gouvernamentssanitätsrat, der über die medizinischen Angelegenheiten der Kreise entscheiden konnte, ist auch diesem sich verschiebenden Kräfteverhältnis geschuldet.²³³

Entgegen dem in der Forschung gängigen Narrativ der Konfrontation zwischen Zweitem und Dritten Element verliefen die Fronten nicht nur zwischen diesen, sondern auch zwischen Gouvernament und Kreisen zum einen und zwischen Revierärzten und Sanitätsärzten zum anderen.²³⁴ Im Gouvernament Saratov verhiinderten zum Beispiel Revierärzte und Delegierte der Kreiszemstva, dass wie andernorts alle Sanitätsärzte im Ärztekongress und im Gouvernamentssanitätsrat ein Stimmrecht bekamen. Die Sanitätsärzte sollten die Revierärzte in den Organen des Gouvernements nicht dominieren, weswegen sie analog zu den Revierärzten nur zwei Delegierte bestimmen durften.²³⁵ Es gab also mehrere konfligierende

231 GASO, f. 25, op. 1, d. 3624 (48. Versammlung Vol'sk, September 1913), ll. 350b.–36.

232 GASO, f. 25, op. 1, d. 3624 (48. Versammlung Vol'sk, September 1913), l. 36.

233 Vgl. die emotional geführten Debatten am fünften Ärztekongress in Nižnij Novgorod über Fragen der Zentralisierung/Dezentralisierung der Gesundheitsprävention. In: Zejlinger, Letopis' zemskoj sanitarii 1911/9–10, S. 506–514.

234 Vgl. z.B. Mirskij, Medicina, Bulgakova (Hg.), Medicina; Hutchinson, Politics; Frieden, Physicians.

235 Vgl. die Sitzung der Ärzte bei der Kreis-Uprava Saratov (2.11.1911): Soveščanie vračej pri Saratovskoj uездnoj zemskoj upravy, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/5, S. 670–672 sowie

Bezugssysteme und -loyalitäten: nicht nur ein amtliches versus ein professionelles, sondern auch ein zentrales versus ein lokales und eines zwischen klinischem Allgemeinarzt und einem in eine Leitungsposition gerückten Sanitätsarzt.

Im Gouvernement Saratov ging die Einführung von Sanitätsärzten einher mit der Entstehung kollektiver Beratungsorgane auf Kreisebene: den Sanitätsräten der Kreis-Uprava.²³⁶ Die Zusammensetzung und die Kompetenzen der Sanitätsräte bestimmten die Kreise selbst.²³⁷ Wie der Gouvernementssanitätsrat waren sie gemischte Kollegien aus Repräsentanten der Ärzte, der Uprava und der Zemstoversammlung.²³⁸ Die Sanitätsräte sollten in den Worten eines Revierarztes aus Chvalynsk die »friedliche und freundschaftliche Zusammenarbeit zwischen Spezialisten und Abgeordneten« fördern. Sie bargen aber wegen ihrer sozialen Zusammensetzung und der noch unscharfen Kompetenzen auch Konfliktpotenzial.²³⁹

Die neuen Kollegien generierten auch Konflikte innerhalb des Zweiten Elements.²⁴⁰ In der Kreisversammlung Kuzneck disputierten Abgeordnete und Uprava-Mitglieder über die projektierten Statuten des schon existierenden Sanitätsrats. Die Abgeordneten monierten, dass der Sanitätsrat in den Statuten nicht als »Assistent der Uprava«, sondern als »Herr« (*chozjain*) erscheine: Bei einer Absenz von Abgeordneten in den Sitzungen könne der Sanitätsrat zur Ausführung kommende Beschlüsse ohne deren Kontrolle fassen. Gegen die Uprava beschloss die Kreisversammlung Kuzneck die Überarbeitung der vorgelegten Statuten.²⁴¹ Im Kreis Chvalynsk bezeichneten die Zemstvoabgeordneten Sitzungen des

die Kritik dieser »anormalen Situation« des Sanitätsarztes aus Kamyšin: Felicin, Dm. Dm.: O s"ezde vračej Saratovskoj gubernii (2-11-go maja 1913 g.), in: OV 1914/3, S. 339-344, S. 340f. Im Gegensatz dazu beschloss die Gouvernementszemstoversammlung Vologda 1913, allen Sanitätsärzten im Gouvernementssanitätsrat Stimmrecht zu gewähren. Siehe oklady Vologodskoj gubernskoj zemskoj upravy po sanitarnomu otdeleniju. 43-mu očerednomu Vologodskomu gubernskomu zemskomu sobraniju pervoj očerednoj sessii XV trechletija (fevral' 1913 g.). Vologda 1913, S. 90f.

236 Nur wenige Kreiszemstvo verfügten schon über ständige Beratungsorgane, aber zumeist mit keiner oder geringer Beteiligung von Ärzten. Dies waren z.B. der Kreis Saratov (kleine und grosse Medizinkommission), Atkarsk (Medizinalrat), Serdobsks (Sanitätskommission).

237 Der Gouvernementssanitätsrat verfasste ein Musterstatut: GASO, f. 25, op. 1, d. 3383, l. 6-60b. (47. Kreisversammlung Chvalynsk, Sitzung vom 28.9.1912).

238 Hebammen bzw. Feldschere waren in den Sanitätsräten von Caricyn, Kuzneck, Petrovsk, Atkarsk vertreten. Die Sanitätskommission des Kreises Serdobsks hatte ausser dem Sanitätsarzt keine Repräsentanten der Reviermedizin als Mitglieder.

239 Vgl. GASO, f. 25, op. 1, d. 3383, l. 6-60b. (47. Kreisversammlung Chvalynsk, Sitzung vom 28.9.1912).

240 Vgl. zur Instabilität und Verschiedenheit der Kreissanitätsräte in den Zemstva um 1910 insbes. Amsterdamskij, Chronika obščestvennoj mediciny (1910/8), S. 614-620.

241 Vgl. GASO, f. 25, op. 1, d. 3367, 47. Zemstoversammlung Kuzneck, 1912, ll. 207-208ob.

Sanitätsrats ohne Abgeordnete als illegal und dysfunktional hinsichtlich der finanziellen Seite der besprochenen Geschäfte. Einige Abgeordnete forderten, die Zahl stimmberechtigter Ärzte im Rat proportional zur Zahl der Abgeordneten einzuschränken. Schliesslich kam ein moderater Kompromiss zustande: Die Sitzungen des Sanitätsrats galten künftig als gesetzlich, wenn zwei Uprava-Mitglieder und ein Abgeordneter anwesend waren.²⁴² Beide Kreiszemstversammlungen zielten nicht auf eine Abschaffung des Sanitätsrats. Aber ihre Delegierten befürchteten einen Kontrollverlust über das neue Beratungsorgan der Kreis-Uprava und dessen Entscheidungen, die auch die Finanzierung von Gesundheitsmassnahmen tangierten. Hier förderte der Sanitätsrat ein Misstrauen der Zemstversammlung gegenüber ihrer Exekutive, der Uprava.

In Kuzneck und Chvalynsk behandelten die Abgeordneten den Sanitätsrat als Organ der Uprava, über das sie potenziell keine Kontrolle besaßen, in Petrovsk und Caricyn hingegen als Organ der Versammlung, das vor Übergriffen seitens der Uprava geschützt werden musste. So verteidigte die Zemstversammlung von Caricyn die Kompetenzen des Sanitätsrats gegenüber der Uprava. Letztere hatte Arztstellen ohne Partizipation des Sanitätsrats neu besetzt. Deren Rechtfertigung, in Eile gewesen zu sein, liess die Versammlung nicht gelten; sie ermahnte die Uprava, sich zukünftig an das Gesetz zu halten.²⁴³ In den angeführten Beispielen rührten die Konflikte und Irritationen zwar aus einer neuen, noch instabilen Rechtslage der Sanitätsräte, die von den Mitgliedern der Versammlung und Uprava angezweifelt und nicht verstanden wurden oder sich habituell noch nicht gefestigt hatten. Die Konflikte machten aber auch ein generelles Misstrauen zwischen den Abgeordneten der Uprava und denjenigen der Versammlung sichtbar.

Auch das lokale ärztliche Kollektiv veränderte sich durch die Ankunft des Sanitätsarztes in den Kreisen. Ein Revierarzt äusserte sein Unbehagen über die Präsenz und Rolle der Neuankömmlinge folgendermassen: »Sanitätsärzte arbeiten für ihre Vermehrung und mit ihrer Vermehrung hören sie oft auf, die Wirklichkeit und die Erfordernisse des sie umgebenden Lebens zu verstehen, und sie glauben, mit ihren Untersuchungsmethoden und der Geradlinigkeit von Theoretikern sowohl das Leben als auch die Reviermedizin zu führen. [Aber] die Erfahrung zeigt, dass die Arbeit des Sanitätsarztes nur dann auf dem wahren Weg geht, wenn diese nicht die Führer der ganzen *obščestvennaja medicina* sind, sondern nur Kollegen, jünger und

242 Vgl. GASO, f. 25, op. 1, d. 3383, 47. Zemstversammlung Chvalynsk, 1912, l. 6-6ob.

243 GASO, f. 25, op. 1, d. 3385, 47. Zemstversammlung Caricyn, 28.11.1912, l. 36ob. Vgl. im Gegensatz dazu den Streit in einem Kreissanitätsrat im Gouvernement Nižnij Novgorod zwischen den Ärzten einerseits und dem Uprava-Präsidenten und Abgeordneten andererseits über das Recht, Kandidaten für freie Stellen auszuwählen, in: *Obščestvenno-medicinskaja chronika*, in: VOGSiPM 1914/1, S. 166-168.

vielleicht mit mehr Energie, aber völlig gleichberechtigt mit der Reviermedizin.«²⁴⁴ Die neue Arbeitsteilung zwischen Revier- und Sanitätsarzt in das kurative Kerngeschäft zum einen und ein gesundheitspräventives und -organisatorisches Aufgabenfeld zum anderen führte zu einer konflikträchtigen Hierarchisierung unter den Zemstvoärzten. Den oben zitierten Äusserungen des Revierarztes ist zu entnehmen, dass die Sanitätsärzte in ihrem Eifer, hygienische Konzepte umzusetzen, die Bedingungen des kurativen Alltags – sowohl für Revierärzte als auch Patienten – vergassen und an Erstere überzogene Forderungen stellten. Bei der hohen Arbeitslast und dem geringen Lohn der Revierärzte entluden sich diese Spannungen in den kollektiven Organen.²⁴⁵

Im ärztlichen Kollektiv gab es auch Missverständnisse über die Arbeitspflichten des Sanitätsarztes. Im Gouvernement Saratov entbrannte 1912 im Sanitätsrat Petrovsk ein Streit zwischen Sanitäts- und Revierärzten über das Verfassen des medizinischen Jahresberichts. Die Revierärzte behaupteten, dass laut Instruktionen der Sanitätsarzt zu dessen Zusammenstellung verpflichtet sei. Der Sanitätsarzt wiederum entgegnete, dass der Epidemiebericht in seine, der allgemeine Teil des Berichts in die Zuständigkeit der Revierärzte falle; der Gouvernementsanitätsrat hätte den Sanitätsarzt nur zum Revisor der Tätigkeiten der Revierärzte bestimmt.²⁴⁶ Im Kreis Chvalynsk hingegen bewirkte der Sanitätsrat, dass drei Ärzte, darunter der Sanitätsarzt, diese Aufgabe ausführen mussten.²⁴⁷ Am Beispiel der Arbeitsteilung für den obligatorischen Jahresbericht zeigen sich die dezentralen Vollzugsspielräume, aber auch die verschiedenen örtlichen Interessenslagen, welche die Pflichten des Sanitätsarztes mitbestimmen.²⁴⁸

Die Revierärzte konnten sich auch an der Funktion des Sanitätsarztes als Organisator der örtlichen Reviermedizin und seiner daraus entstehenden Machtposition stören. Im Kreis Saratov legte die Opposition der Revierärzte gegen den Sani-

244 Vostrov, *Novye tečeniia* 1912/31, S. 949f.

245 Vgl. dazu Polianski, *Schweigen*, S. 42f. Die angesichts der Teuerung zunehmend schlechten Lohnbedingungen der Zemstvoärzte und die nach wie vor hohen Patientenzahlen waren unter Ärzten und Zemstvoabgeordneten ein grosses Thema. Vgl. z.B. *Obščestvenno-meditsinskaja chronika. Pustovanie mest učastkovykh zemskich vračej*, in: *VOGSiPM* 1912/8, S. 1289 zu den 30 % leeren Arztstellen in den Zemstva, die mit der schlechten Entlohnung begründet werden. Ebenso die Umfrage zur materiellen Lage in 130 Kreiszemstva 1909/1910: Solov'ev, *Material'noe položenie zemskogo vrača*, S. 723-730. Zu den hohen Patientenzahlen und dem Arbeitsalltag z.B. das Zemstvo-Arbeitszeugnis für Bul'gakov, der zwischen 1916 und 1918 als Zemstvoarzt gedient hatte, in: *Bulgakov, Michail: Aufzeichnungen eines jungen Arztes; Das Leben des Herrn Molière; Theaterroman*. Berlin 1981, Anhang.

246 Vgl. Sitzung des Sanitätsrats Petrovsk, 8.5.1912, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1912/8, S. 1073-1077.

247 Vgl. Sitzung des Sanitätsrats Chvalynsk, 17.4.1912, in: ebd., S. 1088-1091.

248 Vgl. dazu auch Rudloff, *Ebenen*, S. 117, der davon spricht, dass das Arbeitsprogramm der Amtspersonen im kommunalen Fürsorgewesen oft erst auf Vollzugsebene geschah.

tätsarzt mehrere gesundheitspräventive Vorhaben lahm – so die Projektierung einer Gesundheitsgesetzgebung, die Einführung lokaler Gesundheitsfürsorgen oder eine systematische Gesundheitsaufklärung.²⁴⁹ Die Revierärzte des Kreises Saratov forderten explizit, dass der Sanitätsarzt keine »leitende Funktion im Bereich der Reviermedizin« einnehmen und sich in Zukunft mehr den praktischen Gesundungsmassnahmen, zum Beispiel der Epidemiologie, der Untersuchung von Wohn-, Schulhäusern und Industrie widmen solle. Ausserdem verlangten sie bei der Priorisierung dieser Massnahmen mehr Mitsprache als die Gouvernementsorgane und eine konstante Berichterstattung und Mitbestimmung über die laufenden gesundheitspräventiven Projekte.²⁵⁰ Auch an diesem Beispiel zeigt sich, dass der Zemstvosanitätsarzt nicht qua Dienstreglement in eine Leitungsposition kam. Eine solche konnte sich aus der Beratungsfunktion ergeben, wie sie die Instruktionen formulierten. Sie musste aber von den Revierärzten und den Zemstvodelegierten vor Ort anerkannt werden. Dass der Sanitätsarzt ein Angestellter des Gouvernements war, konnte eine solche Anerkennung erschweren.

Der Sanitätsarzt hatte kein Weisungsrecht gegenüber den Revierärzten. Ob schon er die Funktion des Sekretärs oder Geschäftsführers im Sanitätsrat innehatte und meistens die Traktanden setzte, musste er seinen Einfluss und seine Überzeugungskraft einsetzen, um im Kollegium seine gesundheitspräventiven Pläne durchzubringen.²⁵¹ Die Sanitätsärzte von Kuzneck und Caricyn scheiterten zum Beispiel bei der Neuorganisation der Pockenimpfung bzw. der Armenspeisung am Widerstand der Revierärzte, die dafür plädierten, diese Aufgaben wie gewohnt weiter zu führen.²⁵² Der Medizinalrat in Atkarsk liess den Revierärzten die Wahl, die vom Sanitätsarzt vorgeschlagenen Registrierkarten und Familienkrankenakten einzuführen oder wie bisher das statistische Material mit Listen zu sammeln.²⁵³

Wenn die sanitätsärztlichen Vorschläge für die Revierärzte einen Mehraufwand bedeuteten, gestaltete sich die Überzeugungsarbeit besonders schwierig. So gelang

249 Vgl. z.B. die Sitzungen der Ärzteberatung bei der Kreis-Uprava des Kreises Saratov vom 2.11.1911, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/5, S. 670-672 (Gesundheitsgesetzgebung, Gesundheitsfürsorgen) und vom 28.11.1911, in: ebd., S. 672-674.

250 Vgl. Sitzungsprotokoll der Medizinkommission des Kreises Saratov vom 1.5.1913, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/8, S. 932-937.

251 Siehe die Synthese der Instruktionen für Sanitätsärzte bei: Žbankov, *Kratkie svedenija*, S. 58f.; zu Moskau: Nevjadomskij, *Moskovskaja zemskaja sanitarnaja organizacija*, S. 347f. Zu Char'kov: Trudy IX s'ezda vračej, T. 3, S. 129.

252 Vgl. das Sitzungsprotokoll des Sanitätsrats in Kuzneck vom 2.3.1913, in: VSCh Saratovskoj gubernii, 1913/6, S. 605; dasjenige des Sanitätsrats in Caricyn vom 11.2.1913, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/8, S. 892-895.

253 Vgl. das Sitzungsprotokoll des Medizinalrats Atkarsk, 10.11.1912, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/12, S. 1594-1599.

es dem Sanitätsarzt von Caricyn nicht, seine Kollegen von neuen Untersuchungsformularen für Schule und Schüler zu überzeugen. Seine Argumente, dass es am Vorabend der allgemeinen Schulpflicht objektive Daten für den Zusammenhang zwischen Schulbesuch und Krankheit brauche, der Revierarzt für die zukünftige Generation Verantwortung trage und dass seine persönliche Erfahrung zeige, dass die Untersuchungen machbar seien, verfielen nicht. Skeptisch gegenüber dem Mehrwert der gesundheitspräventiven Arbeit entgegneten die Revierärzte, dass man auch ohne Daten wisse, dass die Schulen schlecht seien. Vor allem aber verwiesen sie den Sanitätsarzt auf ihre Arbeitsrealität: Der Revierarzt fülle mittlerweile wie ein Amtsschreiber unzählige Formulare aus, die Anreise an die Schulen auf den unwegsamen Strassen dauere Stunden, die Lehrer würden die Protokollierung der Untersuchungen nicht übernehmen – kurz, man habe es versucht, aber es sei zu viel.²⁵⁴ Der Sanitätsrat von Caricyn entschied sich gegen die sanitätsärztlichen Pläne. Der Sanitätsarzt scheiterte, weil er die Arbeitslast der Revierärzte, die Verkehrsinfrastruktur und das soziale Verhältnis zwischen Lehrern und Ärzten nicht mitkalkuliert hatte.

Die besondere Position des Sanitätsarztes ermöglichte ihm auch die Rolle des Mediators unter Revierärzten und zwischen ihnen und den Zemstvoabgeordneten. Im Kreis Chvalynsk geschah es, dass die Zemstvoversammlung andere Ärzte für die Dienstreise an die Allrussländische Hygieneausstellung bestimmte, als sie der Sanitätsrat vorgeschlagen hatte. Auf Betreiben des Sanitätsarztes verfasste der Sanitätsrat eine Resolution, in der die Ärzte solidarisch auf die Finanzierung der Dienstreise durch das Zemstvo verzichteten.²⁵⁵ Beim Konflikt innerhalb des Sanitätsrats Kuzneck ging es ebenfalls um wissenschaftliche Dienstreisen (*naučnye komandirovki*). Die Reihenfolge für den Anspruch der bezahlten Fortbildungsreise legte der Sanitätsrat nach Dienstalder der Ärzte fest. Nun verzichtete ein Revierarzt und gab seinen Anspruch einem anderen Arzt weiter, was von der Kreis-Uprava abgesegnet wurde. Dies erregte das Missfallen eines Kollegen, der ebenfalls in der Reihenfolge nachgerückt war. Hier vermittelte der Sanitätsarzt zwischen Uprava und Ärzten, indem er die Autorität des Sanitätsrats wiederherstellte. Er erklärte die persönliche Abmachung zwischen den beiden Ärzten für ungültig und liess den Kandidaten für den Fortbildungsurlaub vom Kollegium nochmals wählen.²⁵⁶

254 Vgl. Sitzung des Sanitätsrats Caricyn, 21.12.1911, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/6, S. 797-799.

255 Vgl. Sitzung des Sanitätsrats Chvalynsk, 25.6.1913, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/8, S. 898f.

256 Vgl. Sitzung des Sanitätsrats Kuzneck, 27.1.1912, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/7, S. 933f.; vgl. auch einen ähnlichen Fall im Kreis Atkarsk im Zusammenhang mit der Delegation eines Revierarztes an den Gouvernementssanitätsrat. Sitzung des Medizinalrats Atkarsk, 10.11.1912, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/12, S. 1594-1599.

Der Sanitätsarzt konnte dank seiner leitenden und vom Kreiszemstvo unabhängigen Position in Auseinandersetzungen unter Ärzten oder zwischen ihnen und dem Zemstvo vermitteln.

Die Zemstvoabgeordneten und Revierärzte der Kreise standen in direkter Beziehung zu einem individuellen Sanitätsarzt. Wenn sie dessen Funktion oder Position beurteilten, dann geschah dies nicht mit Blick auf die gesamte gesundheitspräventive Organisation oder die Tätigkeit der Kreissanitätsärzte generell, sondern aufgrund ihrer individuellen Erfahrungen. Ihr Widerstand entstand dabei weniger aus ideologischen oder politischen Differenzen, sondern aus dem Hierarchisierungsprozess, der sich im Verhältnis zwischen Gouvernement und Kreis sowie in der Beziehung zwischen Kreissanitäts- und Revierarzt ergeben hatte.²⁵⁷ Die gleichzeitig entstandenen Kreissanitätsräte machten vielseitige Spannungen zwischen Uprava und Versammlung, zwischen Zemstvo und Ärzten und zwischen Revier- und Sanitätsarzt sichtbar. Aber Revierärzte und Zemstvoabgeordnete konnten dank dem Sanitätsarzt auch am prestigeträchtigen, gesundheitspräventiven Projekt mitwirken und sich sozialpolitisch engagieren.²⁵⁸ Im örtlichen Beziehungsgeflecht konnte sich die relative Unabhängigkeit des Sanitätsarztes in beide Richtungen auswirken: Er konnte Verbündete finden, seine Position und Agenda stärken, aber auch isoliert und in seiner Arbeit behindert werden. Der Sanitätsarzt wurde wie der britische *civil servant* nicht ausgebildet, sondern in den konkreten sozialen Arbeitsverhältnissen sozialisiert.

2.3 Der Zemstvosanitätsarzt als Allrounder: Berufspraxis, Debatten, Differenzierungsvarianten

Der Sanitätsarzt war ein Allrounder in einem sich allseitig entwickelnden Aufgabenfeld. Erstens erforderte der forcierte Ausbau der medizinischen Versorgung ab 1900 vor allem in der Zemstvomedizin, welche die Institution des Chefarztes nicht kannte, vermehrt eine fachliche Expertise für Ressourcenverteilung, Planung und Kontrolle. Zweitens veränderte das bakteriologische Wissen zunehmend die Möglichkeiten und Notwendigkeiten in der kurativen und sanitätstechnischen Praxis sowie der präventiven Kontrolle.²⁵⁹ Drittens nahmen insbesondere die Zemstva ab

257 Vgl. dazu stellvertretend die Kritik des Sanitätsarztes Felicin aus Kamyšin bezüglich der »anormalen Situation« am zehnten Ärztekongress in Saratov im Mai 1913: Felicin, O s'ezde vračej, S. 339-344.

258 Vgl. dazu Vostrov, Novye tečenija 1912/32, S. 983-987.

259 Vgl. zur Bakteriologie, Medizin und Hygiene in Russland ab Mitte 19. Jahrhundert bis 1917: Hachten, Science; dies. Service, Hutchinson, John F.: Tsarist Russia and the Bacteriological Revolution, in: Journal of the History of Medicine (1985)/40, S. 420-439; Walker, Health; Henze, Disease. Für den europäischen Kontext: Berger, Bakterien; Amsterdamska, Olga: Stan-

1910 das Thema Kindersterblichkeit in Form der Neuorganisation der Pockenimpfung, Schulspeisung oder Untersuchung von Schulen, Schülerinnen und Schülern in Angriff. Und viertens begannen Eisenbahnen und Zemstva, mit einer systematischen Gesundheitsaufklärung das individuelle Verhalten in den Blick zu nehmen. Dieses expansive Aufgabenfeld im Bereich der Gesundheitspflege und -prävention entsprach einer gesamteuropäischen Entwicklung, bei der Expertenwissen in einem zunehmend staatlich dominierten Fürsorge- und Wohlfahrtsbereich an Bedeutung gewann.²⁶⁰

Diese gesundheitspräventive Entwicklung war durch das Konzept der »Kultiviertheit« (*kul'turnost'*) motiviert und angetrieben durch sich ständig veränderndes medizinisches Wissen und technische Neuerungen.²⁶¹ In dieser dynamischen Wechselwirkung entstand mit und durch den Sanitätsarzt die gesundheitspräventive Praxis.²⁶² Erst die Praxis und die damit verbundenen Erwartungen und Enttäuschungen führten zu konflikthaftern Debatten in der Ärzteschaft und mobilisierten lokale Varianten der Differenzierung und Spezialisierung. Gesundheitsprävention als distinktes Handlungsfeld der Gesundheitsverwaltungen und deren Binnendifferenzierung, so die These, entstand durch die Amtspraxis des Sanitätsarztes.

Galoppierende Sanitätsärzte: Ausbildung und Berufspraxis

Der Sanitätsarzt war wie der Revierarzt ein akademisch ausgebildeter Mediziner. Medizinstudentinnen und -studenten konnten ab den 1870er/1880er Jahren an den Universitäten des Russischen Reichs hygienisches und bakteriologisches Wissen erwerben.²⁶³ Hygienelehrstühle mit Hygielaboratorien boten Veranstaltungen

standardizing Epidemics. Infection, Inheritance, and Environment in Prewar Experimental Epidemiology, in: Gaudillière, Jean-Paul; Löwy, Ilana (Hg.): Heredity and Infection. The History of Disease Transmission. New York 2001, S. 135-177; Latour, Krieg.

260 Vgl. z.B. Labisch/Tennstedt, Weg; Labisch, Homo; Porter (Hg.), History; Karge et al., Midwife, Promitzer et al., Health.

261 Zur Kultiviertheit siehe Einleitung, i) Imperiale Selbstbeschreibungen.

262 Vgl. dazu allgemein: Melenevskij, G. F.: Rol' i značenie sanitarnoj organizacii v obščem stroe zemskoj medicine. (Vrač' epidemiolog), in: VSCh Podol'skoj gubernii 1913/12, S. 1879-1886, S. 1883f.; Kalašnikov, V.: Zemskaja sanitarija i institut sanitarnych fel'dšerov. (Doklad I-mu Obščemu Menzelinskogo filial'nogo otdelenija Ufimskogo fel'dšersko-Akušerskogo O-va, so-stojavšemuja 28 dekabnja 1913g.). Okončanie, in: FV 1914/22, S. 502-505.

263 Für die medizinische Ausbildung von Frauen war seit 1895 das Frauenmedizininstitut zuständig, das als nicht-staatliche Universität in seinem Curriculum freier war. Dazu gehörten Therapie, Pathologie, Chirurgie, Mikrobiologie, Physiologie, Biochemie, Anatomie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hygiene, Psychiatrie, Stomatologie und Dermatologie. Vgl. Smajlov, Istorija, S. 143-146.

in Umwelthygiene, Epidemiologie, Gesundheitsstatistik und chemisch-physikalischen Laborexperimenten an.²⁶⁴ Seit den 1890er Jahren gab es im Fachbereich Pathologie vermehrt bakteriologische Kurse und entsprechende Lehrstühle.²⁶⁵ Ab 1900 entstanden ausserdem diverse und schnell anwachsende ausseruniversitäre bakteriologische Forschungsinstitute, die auch Impf- und Heilseren gegen Infektionskrankheiten herstellten.²⁶⁶ Einigen russischen Ärzten war auch eine Ausbildung im europäischen Ausland, vor allem in England und Belgien, zum *public-health*- oder Hygienearzt möglich.²⁶⁷ Angehende Sanitätsärzte besaßen nach einem Medizinstudium im Russischen Reich genauso wie Revierärzte ein hygienisch-bakteriologisches Grundwissen für ihre zukünftige Tätigkeit. Es gab keine Distinktion zwischen ihnen qua Ausbildung.

Wie sah nun die Berufspraxis des Sanitätsarztes aus? Die jährlichen Tätigkeitsberichte der Zemstvo-Kreissanitätsärzte waren mit lokalen Variationen in folgende Sektionen unterteilt:²⁶⁸ anti-epidemische Tätigkeit, Verbreitung hygienischen Wissens, Hygieneaufsicht in Schulen (*škol'no-sanitarnyj nadzor*), Wasserversorgung, Untersuchung von Industrien, Gesundheitsstatistik, Laborarbeit und organisatorisch-konsultative Tätigkeit.²⁶⁹ Die Arbeitsweise in diesen Feldern war in den ver-

264 Vgl. Bol'saja medicinskaja énciklopedija. Gigena: <http://bigmeden.ru>, zuletzt abgerufen am 5.7.2018; Samojlov, V. O.: *Istorija Rossijskoj mediciny*. Moskva 1997, S. 169f.

265 Samojlov, *Istorija*, S. 163-165; Bakteriologie war zuerst und auch weiterhin Teil der Botanik und Biologie. Kurse gab es z.B. an den Universitäten Char'kov, Odessa, Moskau. 1893 bestimmte der Staat Bakteriologiekurse als »Hilfswissenschaft« des medizinischen Curriculums. Vgl. Hachten, *Science*, S. 328-336. In Saratov wurde ein Bakteriologielehrstuhl 1913/14 eingeführt. Vgl. GASO, f. 393, op. q, d. 347, ll. 121-141. Ausserdem entstanden ausserordentliche Lehrstühle/Privatdozenturen für Hygiene, Infektionskrankheiten und Grundlagen der Desinfektion.

266 Die bakteriologischen Institute wurden von den selbstverwalteten Städten, den Zemstva, wissenschaftlichen Gesellschaften oder Privatpersonen finanziert und unterhalten. Vgl. dazu Hachten, *Science*, mit Schwerpunkt für Odessa.

267 Zum Beispiel Kaškadamov, der in London ein *Diploma of Public Health* erwarb. Vgl. Kaškadamov, V.: O kursach dlja sanitarnych vračej, in: *GiS* 1911/8, S. 400-404, S. 402. Dies beinhaltete das Studium von Infektionskrankheiten, Bakteriologie und Hygiene während drei Monaten und ein sanitätsärztliches Praktikum während drei Monaten. Ebenso Tomilin, der das Hygieneinstitut der Universität Löwen besuchte. Dort und in Gent konnte man seit 1908 in einer einjährigen Ausbildung den wissenschaftlichen Grad »Hygienearzt« erwerben. Vgl. Tomilin, S. A.: *Postanovka special'nych kursov dlja sanitarnych vračej zagranicej* in: *GiS* 1911/6, S. 289-292, S. 289f.

268 Die Kreissanitätsärzte verfassten zuhanden der Zemstvosammlungen und der kollektiven Beratungsorgane Berichte, die auch publiziert wurden. Im Gegensatz dazu wurden die Berichte der Eisenbahnsanitätsärzte nicht separat publiziert und liessen sich auch nicht in den Akten des zentralen Eisenbahnamtes finden.

269 Hier z.B. die Berichte der Kreissanitätsärzte des Gouvernements Saratov, in: *Otdelenie narodnogo zdravija pri Saratovskoj gubernskoj uprave* (Hg.): *Otčety o dejatel'nosti uezdnych sani-*

schiedenen Zemstva ähnlich, deren Quantität und Gewichtung aber divers. Letzteres hing von verschiedenen Faktoren ab: von den Neigungen und Fähigkeiten des Sanitätsarztes selbst, der Unterstützung durch die Revierärzte und Zemstvo-abgeordneten vor Ort, den Finanzen und der Rechtslage des Zemstvo sowie den örtlichen sozioökonomischen Bedingungen. Die Amtsperson Sanitätsarzt war eine Schnittmenge zwischen generischen Arbeitstypen, individuellem Selbst und lokal spezifischen materiellen, rechtlichen und sozialen Bedingungen.

Die organisatorisch-konsultative Arbeit war laut einem Sanitätsarzt aus Ekaterinoslav das »Alpha und Omega« seiner Tätigkeit. Sie beanspruchte am meisten Arbeitszeit.²⁷⁰ Es war eine kommunikative Arbeit, die viel Schreibarbeit und viele Reisen bedeutete: für Sitzungen, für lokale Untersuchungen und Kontrollen.²⁷¹ Sanitätsärzte waren stete Ansprechpartner für die Uprava und die Revierärzte. Laut dem oben erwähnten Sanitätsarzt wurde diese Arbeit mit der Errichtung des örtlichen Telefonnetzes extrem zeitraubend, weil Revierärzte nun schnell und für Bagatellen zum Hörer griffen.²⁷² In den Kreissanitätsräten waren Sanitätsärzte Sekretäre, Protokollführer und Initiatoren neuer Geschäfte; im Durchschnitt hielten sie

tarnych vračej Saratovskogo gubernskogo zemstva v 1909-1910g. Saratov 1910; ders., Otčety v 1913-1914 g.; ders., Otčety v 1914-1915 g. Vgl. die Berichte der Sanitätsärzte aus Ekaterinoslav 1913: Ekaterinoslavskaja gubernskaja zemskaja uprava. Sanitarnoe otdelenie (Hg.): Otčety uezdnych sanitarnych vračej za 1913 god. Ekaterinoslav 1915, aus Voronež 1912: Izdanie Voronežskoj gub. zemskoj upravy (Hg.): Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Voronežskogo gubernskogo zemstva. God. III. po 1 avgusta 1913g. Voronež 1913, Kiev 1912: Suchov, F. P.: Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo vrača Kievskogo gubernskogo zemstva po kievskomu uezdu za 1912 god, in: VSCh Kievskoj gubernii 1913/7-8, S. 21-34 und Udovenko, V. V.: Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo vrača Kievskogo Gubernskogo zemstva po Berdičevskomu uezdu za 1912 god, in: VSCh Kievskoj gubernii 1913/7-8, S. 35-54; Kaluga 1912: Kalužskaja gub. zemskaja uprava. Sanitarnyj otdel (Hg.): Otčety sanitarnych vračej i épidemičeskogo vrača Kalužskogo gubernskogo zemstva za 1913 god. Kaluga 1914., Podol'sk 1913: Podol'skoe gub. zemstvo. Vračebno-sanitarnoe bjuro (Hg.): Otčety o dejatel'nosti vračej-épidemiologov Podol'skogo gubernskogo zemstva v 1913 godu. Kamenec-Podol'sk 1914.

270 Tomilin, S. A.: Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo vrača Aleksandrovsckogo uezda, in: Ekaterinoslavskaja gubernskaja zemskaja uprava. Sanitarnoe otdelenie (Hg.): Otčety uezdnych sanitarnych vračej za 1913 god. Ekaterinoslav 1915, S. 1-27, S. 16. Vgl. auch Berichte anderer Sanitätsärzte aus Ekaterinoslav 1913, in: Ekaterinoslavskaja gubernskaja zemskaja uprava.

271 Der Sanitätsarzt Dobrejcer verbrachte von fünf Monaten zwei nicht in der Kreisstadt: Er war am Gouvernementsärzte- und Feldscherkongress, an der Fachberatung für Sanitätsärzte in der Gouvernementshauptstadt und als Leiter der Sektion des Gouvernements Saratov an der allrussländischen Hygieneausstellung. Vgl. GASO, f. 25, op. 1, d. 3644, ll. 4-11.

272 Tomilin, Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo vrača, S. 16. Vgl. zur Konsultationsarbeit bei der Uprava auch Zakusin, V. S.: Otčet o dejatel'nosti Pavlovskogo sanitarnogo vrača, in: Izdanie Voronežskoj gub. zemskoj upravy (Hg.): Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Voronežskogo gubernskogo zemstva. God. III. po 1 avgusta 1913g. Voronež 1913, S. 98-100, S. 100-102; Udovenko, V. V.: Otčet o dejatel'nosti, S. 49.

in deren zweimonatlichen Sitzungen circa 15 Vorträge pro Jahr. Ausserdem verfassten sie alle medizinischen Berichte und Vorträge für die Zemstvoversammlung.²⁷³ Sanitätsärzte waren zudem in weitere Projekte oder Kommissionen als Mitglieder, Sekretäre, Ratgeber oder Gutachter eingebunden.²⁷⁴ Zur Organisationsarbeit gehörte auch die Errichtung und Partizipation an den lokalen Gesundheitsfürsorgen und an einer systematischen Gesundheitsaufklärung. Im Gegensatz zur obligatorischen Berater-, Sekretär- und Gutachterfunktion in Räten, Kommissionen und Versammlungen war die Entwicklung dieser Felder wesentlich vom individuellen Engagement des Sanitätsarztes abhängig.²⁷⁵

Expertise und administrative Funktionen des Sanitätsarztes sollten zur Kostenkontrolle und Regulierung der Zemstvomedizin beitragen. Deswegen waren alle Sanitätsärzte an der Bestandsaufnahme, Weiterentwicklung und Normierung des medizinischen Versorgungsnetzes beteiligt.²⁷⁶ Dies bedeutete zum einen Inspektionen der Ambulatorien und Krankenhäuser in den Arztrevieren des Kreises,²⁷⁷ zum anderen die Teilnahme in verschiedenen Kommissionen. Ein Sanitätsarzt aus dem Gouvernement Saratov erstellte zum Beispiel eine Ernährungsnorm für Krankenhäuser sowie Pläne und Budgets für Krankenhausbibliotheken,²⁷⁸ ein Sanitätsarzt aus dem Gouvernement Kiev den Medikamenten- und Instrumentenkatalog zuhanden der Apothekenkommission.²⁷⁹ Die Sanitätsärzte aus dem Gouvernement Voronež fertigten neue Formulare für Inventaraufnahmen für Kran-

273 Der Sanitätsarzt Radkevič aus dem Kreiszemstva Voronež hielt 1912/13 15 Vorträge im Sanitätsrat, vgl. Radkevič, V. I.: *Otčet o dejatel'nosti Voronežskogo sanitarnogo vrača*, in: *Izdanie Voronežskoj gub. zemskoj upravy* (Hg.): *Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Voronežskogo gubernskogo zemstva*. God. III. po 1 avgusta 1913g. Voronež 1913, S. 24-2, .S. 26; der Sanitätsarzt Udovenko aus dem Kreis Berdičev, Gouv. Kiev zehn Vorträge, vgl. Udovenko, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 49; der Sanitätsarzt Kazanskij aus Mariupol', Gouv. Ekaterinoslav gar 30, vgl. Kazanskij, S. F.: *Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo vrača Mariupol'skogo uezda*, in: *Ekaterinoslavskaja gubernskaja zemskaja uprava. Sanitarnoe otdelenie* (Hg.): *Otčety uezdnych sanitarnych vračej za 1913 god*. Ekaterinoslav 1915, S. 248-269, S. 264f.

274 Sanitätsärzte waren meisten in den Apothekenkommissionen, oft in Schulräten, Bau- und Aufsichtskommissionen präsent.

275 Diese Aufgabengebiete werden in Kapitel 3 und 4 behandelt. Für die Ungleichheit im selben Gouvernement vgl. hier stellvertretend die Berichte der Sanitätsärzte aus Saratov und Ekaterinoslav für 1913.

276 Vgl. z.B. für Voronež Zakusin, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 100f.; für Kiev: Udovenko, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 49; allgemein zum Gouvernement Saratov: Dobrejcer, *Dejatel'nost' sanitarnych vračej*, S. 10 und 14 und zum Gouvernement Moskau: Nevjadomskij, *Moskovskaja zemskaja sanitarnaja organizacija*, S. 347f.

277 Vgl. z.B. Radkevič, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 26.

278 Vgl. GASO, f. 25, op. 1, d. 3644, ll. 4-11 (Vortrag des Sanitätsarztes Dobrejcer vor der Kreiszemstvoversammlung Chvalynsk, Herbst 1914).

279 Udovenko, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 49f.

kenhäuser sowie Wäschennormen für Geburts- und Infektionsabteilungen an.²⁸⁰ In diesen Bereich fiel auch die Mitarbeit der Sanitätsärzte bei der materiellen Besserstellung und sozialen Sicherung des medizinischen Personals, die in einigen Zemstva virulent wurden.²⁸¹ Die Reichweite und Autorität dieser Expertisen zur Normierung der Zemstvomedizin variierten lokal erheblich. Deren Proliferation bewirkte aber vielerorts eine Bürokratisierung der Zemstvomedizin in der Person des Sanitätsarztes.²⁸²

Die Entwicklung oder Kontrolle von Normen und Gesetzen war eng verschränkt mit der Hygieneaufsicht durch Sanitätsärzte.²⁸³ Ihre diesbezügliche Handlungsmacht war abhängig von der Existenz einer lokalen Gesundheitsverordnung (*objazatel'noe sanitarnoe postanovlenie*) für das einheimische Gewerbe und die Industrie. Gesundheitsverordnungen existierten eher in industriell geprägten Zemstva. Im agrarwirtschaftlichen Gouvernement Saratov fehlte zum Beispiel eine lokale Gesundheitsverordnung. Dort begannen Sanitätsärzte erst 1913, Gewerbe- und Industrielisten für Gesundheitsaufsicht und -verordnung zu erstellen.²⁸⁴ Bis dahin sollten sie laut dem Sanitätsbüroleiter »nichts aufzwingen, sondern im Gegenteil darauf warten, bis aus den Kreisen Hinweise kamen, dass Untersuchungen notwendig werden.«²⁸⁵ Die Gesundheitsaufsicht war hier abhängig vom Willen und Engagement der individuellen Kreiszemstva, die ein prinzipielles Aufsichtsrecht über die lokale Wirtschaftstätigkeit besaßen. Das industriell geprägte Gouvernement Moskau hingegen besass schon seit 1885 eine Gesundheitsverordnung, die

280 Vgl. die Berichte von Radkevič und Zakusin, in: Izdanie Voronežskoj Gub. zemskoj upravy (Hg.), *Otčety o dejatel'nosti uездных sanitarnych vračej*, S. 26-28 (Radkevič) und S. 100-102 (Zakusin).

281 Vgl. z.B. das diesbezügliche Engagement des Sanitätsarztes im Kreis Caricyn in der Kreisversammlung, in: GASO, f. 25, op. 1, d. 3645, ll. 360b.-37 und 38-400b.

282 Zur Bedeutung dieser Funktion für die Gesundheitsverwaltung der Zemstva vgl. den Vortrag von Širjaev und die anschließenden Diskussionen und Stellungnahmen der Sanitätskommission der Uprava am Ärztekongress in Char'kov 1911. Širjaev, N. A.: *Perspektivy sanitarnoj dejatel'nosti v gubernii i oboznačivšijasja nuždy eja*. Doklad, in: Char'kovskij gub. s'ezd zemskich vračej i predstavitelej zemskich učreždenij (1911) (Hg.): *Trudy IX s'ezda*. Tom 2 (1913). Char'kov 1912-1913, S. 460-494, S. 465-470; *Trudy IX s'ezda vračej*, T. 2, S. 45-49, Debatten und T. 3, S. 126f. zu den Schlussfolgerungen der Uprava. Polemisch zur Bürokratisierung: Igumnov, Sergej N.: *Bjurokratizacija sovremennogo zemstva*, in: OV 1912/4, S. 476-485.

283 In der Berichtsstruktur der Sanitätsärzte in Ekaterinoslav war dies eine eigene Rubrik, in derjenigen der Sanitätsärzte in Saratov nicht.

284 Vgl. Fachberatung der Sanitätsärzte am 7.2.1913, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/3, S. 262f. und Fachberatung der Sanitätsärzte vom 6.-11.2.1914, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1914/3, S. 298-301. Die Gesundheitsverordnung war Thema der Gouvernementsversammlung 1913 und 1914. Vgl. GASO, f. 5, op. 1, d. 3106, d. 3107, d. 3271 und d. 3459.

285 Vgl. Fachberatung der Sanitätsärzte am 7.2.1913, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/3, S. 262.

den Sanitätsärzten eine kontinuierliche Gesundheitsaufsicht ermöglichte. Unternehmer waren verpflichtet, Baupläne von Fabriken und Arbeitersiedlungen zur Begutachtung den Sanitätsärzten vorzulegen. Diese Gutachten sowie regelmäßige Inspektionen aktivierten weitere Normierungen für Luftzufuhr, Licht oder Temperaturen in den jeweiligen Einrichtungen.²⁸⁶ Hier wirkte der Sanitätsarzt als Experte bei der Entwicklung von Gesetzen mit, deren Befolgung er selbst in einer medizinpolizeilichen Rolle überprüfte.

Die Existenz einer lokalen Gesundheitsverordnung garantierte nicht unbedingt eine reibungslose Abwicklung der laufenden Gesundheitsaufsicht. Denn die Zemstva hatten keine eigene Zwangsgewalt. Lokale Akteure konnten die Verordnung ohne Konsequenzen ignorieren. Im Gouvernement Ekaterinoslav bekamen Sanitätsärzte Baupläne oft erst zu Gesicht, wenn die Einrichtungen schon existierten. 1913 fanden dort insgesamt 80 Kontrollen von Mühlen, Dachziegel- und Metallverarbeitungsfabriken statt. Das Kleingewerbe unterstand einem anderen Gesetz und einer anderen Verwaltung: In Ekaterinoslav benötigte zum Beispiel das Lebensmittelgewerbe für die Inbetriebnahme die Einwilligung der lokalen Polizei, einer innenministeriellen Behörde.²⁸⁷ Schliesslich hatten die Zemstva auch keinen Zugriff auf Privaträume. Kleinere Bergbauunternehmen im Donbass widersetzten sich der Zemstvoaufsicht, indem sie die Arbeiterunterkünfte als Privatwohnungen deklarierten. Grosse Bergbauindustrien hingegen suchten auch aus ökonomischen Erwägungen vermehrt freiwillig die sanitätsärztliche Expertise bei der Planung oder Renovation von Arbeiterunterkünften und Fabrikanlagen. 1913 untersuchten Sanitätsärzte von zwölf Steinkohlebergwerken knapp 5000 Arbeiterunterkünfte mit circa 28 000 Bewohnern.²⁸⁸ Die kapitalstarke Grossindustrie konnte sich langfristige und kostspielige Investitionen in die soziale Sicherheit ihrer Arbeiterschaft leisten.²⁸⁹ Sie deutete die medizinpolizeiliche Rolle des Sanitätsarztes zu ihren Gunsten in diejenige des Gesundheitsexperten um.

286 Vgl. Nevjadomskij, *Moskovskaja zemskaja sanitarnaja organizacija*, S. 332–338.

287 Smidovič, A. L.: *Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij Ekaterinoslavskogo gubernskogo zemstva v 1913g.*, in: *Ekaterinoslavskaja gubernskaja zemskaja uprava. Sanitarnoe otdelenie* (Hg.): *Otčety uezdnych sanitarnych vračej za 1913 god. Ekaterinoslav 1915*, S. V–XXIV, S. V–X. Vgl. für Voronež z.B. Arcimovič, V. M.: *Otčet o dejatel'nosti Bobrovskogo sanitarnogo vrača*, in: *Izdanie Voronežskoj gub. zemskoj upravy: Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Voronežskogo gubernskogo zemstva. God. III. po 1 avgusta 1913g. Voronež 1913*, S. 34–44, S. 35.

288 Smidovič, *Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij*, S. V–X und XXII–XXIII. Vgl. auch Pokrovskij, P. A.: *Kak živet doneckij šachter*, in: *RB 1913/12*, S. 241–261.

289 Vgl. *Organa soveta s"ezda gornopromyšlennikov juga Rossii* (Hg.). *Voprosy sanitarii i mediciny na gornych i gornozavodskih predpriyatijach juga Rossii. Voprosy sanitarii i mediciny na gornych i gornozavodskih predpriyatijach juga Rossii. Sbornik statej iz žurnala »Gorno-zavodskoe delo«.*

Vgl. z.B. auch den Aufwand für die Gesundheitsfürsorge der russischen Ölindustriellen, in: Levickaja, M.: *Sostojanie dela rasprostranjenja gigieničeskich znaniy v Rossii*, in: *OV 1914/8*,

Entgegengesetzte Interessen der lokalen Elite machten die Gesundheitsaufsicht ebenfalls zu einem instabilen Unterfangen. Die Studie zur Textilindustrie und den Textilarbeiterinnen im Gouvernement Kostroma fand zum Beispiel einen jähen Abbruch, als das Zemstvo alle Sanitätsärzte und -ärztinnen entliess.²⁹⁰ Die Verstösse gegen Gewässerschutzauflagen einer Zuckerfabrik im Gouvernement Cherson blieben folgenlos, nachdem der Fabrikdirektor mit dem Einverständnis des Kreiszemstvo der lokalen Gemeinde 400 Rubel spendete.²⁹¹ Dem Zemstvosanitätsarzt als Medizinpolizist fehlten also bedeutende Attribute: Die gesetzlich-administrative Ordnung des Reichs gewährte ihm keinen uneingeschränkten Zugang zu allen Personen und Institutionen und er verkörperte keine Exekutivgewalt – Lücken, die auch den Zemstva oder Gemeinden die Verfolgung gegenläufiger Interessen ermöglichten.

Vor allem aber überstieg eine lückenlose, kontinuierliche Gesundheitskontrolle die Möglichkeiten eines einzelnen Sanitätsarztes. Oft erfolgte sie nur, wenn der Sanitätsarzt für eine spezifische Kontrolle von der Uprava abkommandiert wurde oder aus anderem Anlass sowieso vor Ort war.²⁹² Bei diesen Gelegenheitskontrollen beschränkten sich Sanitätsärzte mehrheitlich auf Wasser- und Bodenverschmutzungen; aufwendige Messungen und statistische Korrelationen von Platz- und Lichtverhältnissen, Luftzufuhr, Lebenshaltungskosten oder dem Gesundheitszustand von Arbeiterinnen und Arbeitern fanden selten statt.²⁹³ Die Gesundheitsprüfung von grösseren Ortschaften und Dörfern war praktisch gar nicht existent. In diesen Bereich hätte die Aufsicht über den Lebensmittelverkauf an Jahrmärkten, von Friedhöfen, Strassen oder der Entsorgung von Müll und Fäkalien gehört.²⁹⁴ Zeitmangel für zusätzliche Reisen oder für aufwendige Kontrollen und Untersuchungen war neben einer fragmentierten gesetzlichen Grundlage und mangelhaf-

S. 1018-1044, S. 1042-1044; Ser, V.: *Fabrično-zavodskoj rabočij Moskovskoj gubernii*, in: VE 1914/4, S. 312-331.

290 Vgl. Katenina, L.: *K voprosu o položenii rabotnic v tekstil'noj promyšlennosti*. (Iz ličnych vpečatlenij), in: OV 1914/3, S. 438-448.

291 Siehe die Protokolle der Gesundheitsfürsorge des Arztreviers Malo-Vys'kov, in: VCh Chersonskoj gubernii 1914/1, S. 14-18 (Sitzung 17.12.1913), 1914/3, S. 2-5 (Sitzung 11.1.1914), 1914/8, S. 5-9 (Sitzung 22.6.1914).

292 Vgl. die Fachberatung der Sanitätsärzte am 20.2.1914, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1914/3, S. 301, die konstatierte, dass heute die »Kräfte« nicht reichen, um Handwerksbetriebe zu untersuchen.

293 Vgl. z.B. die Berichte der Sanitätsärzte aus Kiev (1912) und Voronež (1912/13): Udovenko, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 48; Arcimovič, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 35; Zakusin, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 97f.

294 Vgl. zusammenfassend für das Gouvernement Ekaterinoslav, Smidovič, *Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij*, S. Xlf. Im Gouvernement Ekaterinoslav war die Hygieneaufsicht von »bewohnten Orten« Teil der Berichtstruktur; im Gouvernement Saratov aber z.B. nicht.

ter exekutiver Gewalt eine Ursache für die Unbeständigkeit und Kontingenz der Gesundheitsaufsicht.²⁹⁵

Bei den zahlreichen Epidemien beanspruchte die anti-epidemische Arbeit bei allen Sanitätsärzten viel Zeit im Berufsalltag. In der Regel verteilten und instruierten Sanitätsärzte das medizinische Personal vor Ort, organisierten die Desinfektion von Kranken und deren Isolation in Infektionsbaracken, registrierten die Krankheitsfälle für Epidemieberichte und untersuchten vermehrt auch mit bakteriologischen Methoden den Ursprung einer Epidemie.²⁹⁶ Ein Kreissanitätsarzt aus Saratov brachte zum Beispiel den »bakteriologischen Beweis«, dass die ständigen Typhusepidemien in einem Arztrevier mit der Trinkwasserversorgung aus dem örtlichen Fluss zusammenhingen; bei einem Sanitätsarzt aus dem Gouvernement Ekaterinoslav zeigte die bakteriologische Analyse, dass es sich bei den untersuchten Kranken nicht um Cholerakranke handelte.²⁹⁷ Ob Sanitätsärzte eine bakteriologische Diagnostik durchführten, war abhängig von der Existenz eines Labors sowie ihren bakteriologischen Qualifikationen. Das Gouvernementszemstvo Saratov finanzierte zum Beispiel in allen Kreisen Laboratorien; bakteriologische Analysen führten aber nur knapp die Hälfte der Sanitätsärzte durch.²⁹⁸

Bakteriologische Errungenschaften kamen bei der Epidemiebekämpfung auch therapeutisch zum Einsatz. Die Verfügbarkeit von Medikamenten gegen Infektionskrankheiten war von der Finanzstärke einzelner Zemstva und der knappen Produktion der Heilseren abhängig.²⁹⁹ In Saratov finanzierte das Gouvernements-

295 Vgl. hier Malygin, N.: Pirogovskij s'ezd i zemskaja medicina, in: ZD 1910/8, S. 598-604, S. 603.

296 Vgl. zusammenfassend für die Kreissanitätsärzte in Ekaterinoslav: Smidovič, Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij, S. XIX–XXII; ebenso die Berichte der Sanitätsärzte aus Saratov, Voronež, Kiev. Das Gouvernementszemstvo Saratov beschäftigte 1912 rund 250 Personen temporär zur Epidemiebekämpfung. Vgl. Otdelenie narodnogo zdravija pri Saratovskoj gubernskoj uprave (Hg.), Vserossijskaja gigieničeskaja vystavka, S. 30.

297 Vgl. Sokolov, Ja. A.: Otčet o dejatel'nosti Vol'skogo sanitarnogo vrača, in: Otdelenie narodnogo zdravija pri Saratovskoj gubernskoj uprave (Hg.): Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Saratovskogo gubernskogo zemstva v 1913-1914g. Saratov 1915, S. 21-23 (Vol'skij uezd, Saratov, 1913-1914), S. 20f.; Tomilin, Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo, S. 13. Die Sanitätsärzte im Gouvernement Ekaterinoslav machten im Zusammenhang mit Cholera- und Typhusepidemien 1913 insgesamt 183 bakteriologische Analysen von Wasser und Blut. Vgl. Smidovič, Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij, S. XVIIIf. Im Gouvernement Voronež hingegen fanden in Ermangelung von Laboratorien kaum bakteriologische Untersuchungen statt.

298 Vgl. GASO, f. 5, op. 1, d. 3505, ll. 19-20 (Informationen über die Gesundheitsorganisation im Gouv. Saratov) und die Berichte der Saratover Sanitätsärzte 1913 sowie Dobrejcer, Dejatel'nost' sanitarnych vračej, S. 13-19 für die Zeit von 1909 bis 1912.

299 Zum Einsatz der Scharlachimpfung in den Zemstva, vor allem in Moskau, Vologda, Saratov und Kostroma: Felicin, Dm. Dm.: Opyty massovogo primenenija protivoskarlatinnoj vakciny Gabričevskogo pri borbe s skarlatinoznoj épidemiej v Kostromskoj gubernii, in: GiG 1911/6, S. 292-302 und Malygin, Pirogovskij s'ezd, S. 600. Zur Herstellung der Impfstoffe bis 1905: Hachten, Science.

zemstvo Seren gegen Diphtherie und Scharlach, welche Kreissanitätsärzte bestellen und verteilen.³⁰⁰ Geldknappheit zeigte sich auch bei der Reorganisation der Pockenimpfung, die in vielen Zemstva zu einer der Hauptaufgaben der Sanitätsärzte zählte.³⁰¹ Viele Kreiszemstva verfügten weder über ständiges Impfpersonal noch über ausreichend Impfstoff.³⁰² Im Gouvernement Saratov budgetierten 1912 nur sechs von zehn Kreisen Mittel für ständiges oder temporäres Impfpersonal, wobei die Etats sich zwischen 240 und 2000 Rubel bewegten.³⁰³ Sanitätsärzte schulten, instruierten und verteilten das Personal und den Impfstoff. Ausserdem sammelten sie Daten von Neugeborenen und Schulkindern, was vor allem die Zahl der Revakzinationen erhöhte.³⁰⁴ Für die Registrierung von Neugeborenen waren die Sanitätsärzte auf die Daten lokaler Geistlicher angewiesen. Den Sanitätsärzten zufolge funktionierte dieser Datenaustausch auch dann schlecht, wenn Erstere den Geistlichen beschriftete Briefumschläge der Zemstvopost zukommen liessen. Die Vermutung liegt nahe, dass Geistliche nicht mutwillig vorhandene Daten zurückhielten, sondern diese schlicht nicht akkurat in ihren metrischen Büchern erho-

300 Zum Beispiel sprach die 47. Zemstoversammlung im Januar 1913 20 000 Rubel für die Beschaffung von Diphtherie-Impfstoff zu. Vgl. GASO, f. 5, op. 1, d. 3271, l. 191. Vgl. auch Dobrejcer, *Dejatel'nost' sanitarnych vračej*, S. 16; Rozanov, S. P.: *Otčet o dejatel'nosti Petrovskogo sanitarnogo vrača*, in: *Otdelenie narodnogo zdravija pri Saratovskoj gubernskoj uprave* (Hg.): *Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Saratovskogo gubernskogo zemstva v 1914-1915 g.* Saratov 1916, S. 10-11 (Petrovskij uezd, Saratovskoj gubernii, 1914-1915).

301 Wie in anderen europäischen Staaten auch gab es im Russischen Reich schon ab dem späten 18. Jahrhundert eine organisierte Pockenimpfung, an der sich der Zentralstaat, aber auch philanthropische Gesellschaften beteiligten. Siehe Sambuk, *Wächter*, S. 318-365; Pratt, *Society*.

302 Zu Saratov 1913: Ermolaev, N. P.: *Otčet o dejatel'nosti Balašovskogo sanitarnogo vrača* in: *Otdelenie narodnogo zdravija pri Saratovskoj gubernskoj uprave* (Hg.): *Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Saratovskogo gubernskogo zemstva v 1913-1914 g.* Saratov 1915, S. 44-45 (Balašovskij uezd), S. 44; Rozanov, S. P.: *Otčet o dejatel'nosti Petrovskogo sanitarnogo vrača*, in: *Otdelenie narodnogo zdravija pri Saratovskoj gubernskoj uprave* (Hg.): *Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Saratovskogo gubernskogo zemstva v 1913-1914 g.* Saratov 1915, S. 86-87 (Petrovskij uezd, 1913-1914), S. 86; Dobrejcer, I. A.: *Otčet o dejatel'nosti Chvalinskogo sanitarnogo vrača*, in: *Otdelenie narodnogo zdravija pri Saratovskoj gubernskoj uprave* (Hg.): *Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Saratovskogo gubernskogo zemstva v 1913-1914 g.* Saratov 1915, S. 120-122 (Chvalynskij uezd, 1913-1914), S. 120; im Gouvernement Voronež, z.B. Markov, N. P.: *Otčet o dejatel'nosti Baluž'skogo sanitarnogo vrača*, in: *Izdanie Voronežskoj gub. zemskoj upravy* (Hg.): *Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Voronežskogo gubernskogo zemstva. God. III. po 1 avgusta 1913g.* Voronež 1913, S. 82-85, S. 82 (Baljuškij uezd).

303 Dobrejcer, *Medicinskie smety*, S. 218.

304 Vgl. Sokolov, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 21.

ben.³⁰⁵ Eine effektive Pockenimpfung konnte also neben knappen Budgets auch an der mangelhaften Registrierung von Neugeborenen scheitern.

Auch die örtliche Bevölkerung konnte sich anti-epidemischen Massnahmen widersetzen. So beklagte sich der Sanitätsarzt aus Kamyšin, dass bei der Bekämpfung der lokalen Typhusepidemie nur die Tilgung von Ungeziefer möglich war, weil sich die Bevölkerung der Desinfektion ihrer Häuser widersetzte und es zu wenige Infektionsbaracken für die Isolierung der Typhuskranken gab.³⁰⁶ Hier behinderten lokaler Widerstand und mangelnde Infrastruktur eine effektive Bekämpfung der Typhusepidemie, obschon die Desinfektionstechniken vorhanden waren.

Überlappende Verwaltungskompetenzen waren ein weiteres Hindernis für eine effektive Epidemiebekämpfung.³⁰⁷ Ein Sanitätsarzt aus Ekaterinoslav brauchte zum Beispiel erst die Erlaubnis des Gouverneurs für Untersuchung und Massnahmen gegen eine Typhusepidemie im Kreisgefängnis.³⁰⁸ War ein Gefängnis eine geschlossene Institution, in der die Insassen von der Umwelt isoliert waren, galt dies nicht für das an die Zemstvogebiete angrenzende Eisenbahnland. Das Eisenbahnterritorium lag ausserhalb der Gesundheitsaufsicht der Zemstvo-sanitätsärzte, der Ursprung von Epidemien bei der Zemstvobevölkerung jedoch auch in den Eisenbahndörfern.³⁰⁹ Die Bekämpfung einer Scharlachepidemie an einer Eisenbahnstrecke im Gouvernement Ekaterinoslav war erst nach längeren Verhandlungen mit dem lokalen Eisenbahnarzt möglich.³¹⁰ Eisenbahnärzte standen umgekehrt vor ähnlichen Problemen, wenn die Eisenbahnangestellten in privaten Wohnhäusern ausserhalb des Eisenbahnlands lebten.³¹¹ Die Eisenbahnen brachten ausserdem eigene Infektionsranke in Zemstvokrankenhäuser, ein Bereich, der nach Ansicht der Zemstvoärzte komplett unterreguliert war.³¹²

Das schnelle Wachstum beider Gesundheitssysteme nach 1900 führte zu deren Verflechtung und zahlreichen nicht geregelten Zuständigkeiten. Begrenzen-

305 Vgl. Kozlov, P. M.: Otčet o dejatel'nosti Kamyšinskogo sanitarnogo vrača, in: Otdelenie narodnogo zdavija pri Saratovskoj gubernskoj uprave (Hg.): Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Saratovskogo gubernskogo zemstva v 1913-1914 g. Saratov 1915, S. 73 (Kamyšinskij uezd, 1913-1914). Analoge Probleme hatten auch Sanitätsärzte im Gouvernement Ekaterinoslav. Siehe Červinskij, V. K.: Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo vrača pervogo rajona Bachmutskogo uezda, in: Ekaterinoslavskaja gubernskaja zemskaja uprava. Sanitarnoe ot-delenie: Otčety uezdnych sanitarnych vračej za 1913 god. Ekaterinoslav 1915, S. 28-55, S. 50 (Bachmutskij uezd).

306 Kozlov, Otčet o dejatel'nosti, S. 72f.

307 Vgl. dazu auch Kapitel 1.1.

308 Červinskij, Otčet o dejatel'nosti, S. 46f.

309 Vgl. exemplarisch die Klage eines Sanitätsarztes aus dem Gouvernement Voronež. Arcimovič, Otčet o dejatel'nosti, S. 35.

310 Červinskij, Otčet o dejatel'nosti, S. 46f.

311 Vgl. z.B. Belle, Rasprostranenie zaraznych boleznej.

312 Vgl. Chronika. Evakuacija zaraz'nych bol'nych, in: VOGSiPM 1913/5, S. 847-849.

de Rechtsverhältnisse und eine mangelhaft institutionalisierte Kooperation waren für Ärzte beider Gesundheitssysteme frustrierend, denn es limitierte ihren Handlungsspielraum.³¹³ Insbesondere Eisenbahnärzte forderten deshalb gemeinsame Aufsichts- und Entscheidungsorgane mit den städtischen und ländlichen Selbstverwaltungen.³¹⁴ Im Winter 1914 verordnete das Innenministerium eine entsprechende Kooperation zwischen Eisenbahn- und Zemstvomedizin.³¹⁵ Die Bekämpfung von Epidemien konnte in der sanitätsärztlichen Praxis also auf viele Hindernisse stossen: auf den Mangel an Medikamenten, Infrastruktur, Personal, den Widerstand der Bevölkerung oder die Involvierung anderer imperialer Verwaltungseinheiten.

In der Epidemiologie, aber auch in der Gesundheitsaufsicht und der Organisation der kurativen Medizin arbeitete der Sanitätsarzt statistisch.³¹⁶ Zur statistischen Alltagsarbeit gehörten die monatlichen Berichte über die zeitliche, geografische oder soziale Verteilung der Infektionskrankheiten und Berichte über die Arbeit und Inanspruchnahme der medizinischen Versorgungsinstitutionen.³¹⁷ Für Letzteres bearbeiteten Sanitätsärzte zwischen 20 000 und 75 000 Registrierkarten pro Jahr.³¹⁸ Auf der Basis dieses Datenmaterials, manchmal in Verbindung mit Sozialenquêtes, publizierten Sanitätsärzte Studien zu einzelnen Erkrankungen.³¹⁹ In Ermangelung aktueller Bevölkerungszahlen beschäftigten sich viele Sanitäts-

313 Überlappende Zuständigkeiten betrafen noch mehr den kurativen Bereich, der hier nicht behandelt wird, denn die Eisenbahngestellten waren oft auch Zemstvosteuerzahler und hatten damit Anspruch auf kostenlose medizinische Versorgung durch die Zemstva. Vgl. z.B. Obščestvenno-medicinskaja chronika. Lečenie v zemstve železnodorožnych služasčich, in: VGOSiPM 1912/1, S. 123-125.

314 Vgl. z.B. Michajlov, Zadači S. 102-113.

315 Vgl. Cirkuljar' upravljenija žel. dorog po vračebno-sanitarnoj časti, Po voprosu o porjadke priglašenija predstavitelej obščestvennych ustanovlenij, in: VŽMiS 1914/3, S. 83.

316 Vgl. dazu Kapitel 1.2.

317 Gewöhnlich fragten die Registrationskarten nach Alter, Geschlecht, Ethnie/Nationalität oder Religion, Beruf und Zivilstand (Familienstand).

318 Vgl. den Bericht des Sanitätsarzt Dobrejcer vor der Kreisversammlung Vol'sk 1914, in: GASO, f. 25, op. 1, d. 3644, l. 90b.; ebenso z.B. Skrjabin, V. I.: Otčet o dejatel'nosti Zadonskogo sanitarnogo vrača, in: Izdanie Voronežskoj gub. zemskoj upravy (Hg.): Otčety o dejatel'nosti uezdnych sanitarnych vračej Voronežskogo gubernskogo zemstva. God. III. po 1 avgusta 1913g. Voronež 1913, S. 8-10; Udovenko, Otčet o dejatel'nosti, S. 46-48; Tomilin, Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo, S. 13-15; Červinskij, Otčet o dejatel'nosti, S. 47-50.

319 Vgl. den Bericht des Sanitätsarzt Dobrejcer vor der Kreisversammlung Vol'sk 1914, in: GASO, f. 25, op. 1, d. 3644, l. 90b.; Udovenko, Otčet o dejatel'nosti, S. 46-48; Tomilin, Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo, S. 13-15. Zu den Publikationen, z.B. Dobrejcer, K statistike tuberkuleza, S. 895-929; Mol'kov, A. V.: Očerki sanitarnogo sostojanija Zvenigorodskogo uezda (neskol'ko statističeskich itogov), in: Svedenija zemskoj sanitarno-vračebnoj organizacii Moskovskoj gubernii 1914/1, S. 3-33.

ärzte auch mit lokaler Demografie.³²⁰ Ambitionierte Sanitätsärzte befassten sich trotz ihres Arbeitspensums mit aufwendigen Forschungen.³²¹ In solchen Arbeiten kombinierten sie verschiedene statistische Darstellungsformen und Methoden und schöpften aus zahlreichen weiteren Informationsquellen.³²² Diese Untersuchungen orientierten sich zwar an verwaltungspraktischen Fragen, waren aber oft auch sozialpolitisch motiviert. Sie konnten ein bedeutendes sozialpolitisches Entscheidungsinstrument für die Zemstververwaltung, aber auch ein Machtinstrument der Sanitätsärzte sein, die damit ihre eigenen Agenden setzten.³²³

Im Gegensatz zur Statistik war die Laborforschung eine relativ neue Methode. Für Laborarbeiten standen den Sanitätsärzten entweder städtische, universitäre oder Gouvernementszemstvo-Laboratorien zur Verfügung, in denen sie selbstständig Analysen durchführten oder in Auftrag gaben.³²⁴ Zum Teil hatten sie auch selbst kleine Kreislaboratorien, deren Infrastruktur das Gouvernementszemstvo finanzierte, für deren Unterbringung aber die Kreise verantwortlich waren.³²⁵ Wenn keine Laborinfrastruktur zur Verfügung stand, konnte die zeitnahe Durchführung von Laboranalysen generell scheitern.³²⁶ Aus Zeitmangel erschöpfte sich die Laborarbeit der Kreissanitätsärzte in der Diagnostik bei Epidemien und der Untersuchung von Grund- und Trinkwasser. Im Gouvernement Ekaterinoslav fanden 1913

320 Zum Beispiel Udovenko, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 47f.; Tomilin, *Otčet o dejatel'nosti sanitarnogo*, S. 14f.

321 Vgl. z.B. Zil'berg, *Sanitarno-bytovoj i statističeskij očerk*. Selo Kapilovka, in: VSCh Ekaterinoslavskoj gubernii 1914/6-7, S. 604-632. Der Sanitätsarzt beschreibt hier Topografie, Infrastruktur, Erwerbsarbeit, kulturelle Aktivitäten der Gemeinde, begleitet von Zahlentabellen über Viehbestände, Planskizzen von Bauernhöfen, Daten zur örtlichen Demografie, zu lokalen Erkrankungen und Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung.

322 Mespoulet, *Statistique*, S. 46-48 spricht von einer frühen, rapiden Entwicklung der Gesundheitsstatistik. Vgl. Kurkin, *Zemskaja sanitarnaja statistika*, S. 10 zu den Daten aus der Landwirtschafts- und Wirtschaftsstatistik und S. 19 über die »familiäre, genetische Verbindung« zur Wirtschaftsstatistik.

323 Zur statistischen Produktion zwischen Wissenschaft und Politik Mespoulet, *Survival*; ebenso Stanziani, *Ekonomika*, der die Zemstvostatistik hochpolitisch und tautologisch nennt, weil die Empirie gewöhnlich die Theorie/Ideologie bestätigt.

324 Zum Beispiel in Perm, Ufa, Samara, Vitebsk. Dazu: Katalog Vserossijskaja gigieničeskaja vystavka. Zemstvopavillon, S. 391-414. Zu Moskau: Nevjadomskij, *Moskovskaja, zemskaja sanitarnaja organizacija*, S. 346f.

325 Zum Beispiel in Char'kov, Cherson, Ekaterinoslav, Kaluga, Kiev, Perm, Podol'sk, Ržazan', Saratov, Smolensk, Voronež. Dazu: Katalog Vserossijskaja gigieničeskaja vystavka. Zemskij Pavil'on. S. 391-414.

326 Vgl. GASO, f. 25, op. 1, d. 3385, l. 115 (Bericht des Sanitätsarztes über seine Arbeitsplatzsituation vor der Kreisversammlung Caricyn 1912); Sitzung der Medizinkommission des Kreises Saratov (1.5.1913), in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/8, S. 935; Zakusin, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 98.

insgesamt 694 Laboranalysen statt, davon 285 von Trink- und 32 von Grundwasser.³²⁷ In anderen Gouvernements bestand die mehrheitlich sporadisch durchgeführte Labortätigkeit vorwiegend in Wasseranalysen.³²⁸ Das Problem, das sich Sanitätsärzten in der Praxis stellte, war keines der ideologischen oder methodischen Präferenz zwischen Bakteriologie und Statistik, sondern eines der Zeit, der Fähigkeiten und der Infrastruktur.³²⁹

Das Programm für eine systematische Untersuchung von Grund- und Trinkwasser entstand im Kontext des 1910 in Angriff genommenen Ausbaus der ländlichen (Trink-)Wasserversorgung.³³⁰ Dafür sollten die Sanitätsärzte öffentliche Brunnen, deren Bauweise, Technik und Wasserqualität untersuchen. Wie in der Gesundheitsaufsicht geschah diese Arbeit eher sporadisch, wenn der Sanitätsarzt ohnehin vor Ort war oder die Kreis-Uprava auf Bitte der lokalen Bevölkerung den Sanitätsarzt dafür abkommandierte. So analysierte ein Sanitätsarzt im Gouvernement Kiev die Wasserqualität der Brunnen zweier Dörfer, nachdem eine lokale Gesundheitsfürsorge bzw. eine jüdische Gemeinde das Zemstvo darum ersucht hatte.³³¹ Im Gouvernement Ekaterinoslav fand 1913 in 186 Orten eine Untersuchung der Brunnen statt.³³² Im Gouvernement Saratov sollten die Sanitätsärzte die Wasserversorgung im Kreis systematisch erforschen. Im Herbst 1912 war die Untersuchung in allen Kreisen abgeschlossen, das empirische Material aber erst in vier Kreisen ausgewertet.³³³ Die systematische Untersuchung und Auswertung der Wasserversorgung war aufwendig. Die Verwirklichung von darauf basierenden Massnahmen wie hydrotechnische Neubauten oder die Renovation von Brunnen scheiterte oft am knappen Budget und Personal.

327 Vgl. Smidovič, *Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij*, S. XVI–XIX. Vgl. dazu die Labortätigkeit in Saratov 1913: Nennenswert waren vor allem die 200 Untersuchungen im Kreis Kuzneck und die 75 im Kreis Chvalynsk, beide mehrheitlich bakteriologisch. Vgl. Fachberatung der Sanitätsärzte, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1914/3, S. 298.

328 Zum Beispiel in Kiev: Suchov, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 24f.; Udovenko, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 48.

329 Zum Zeitmangel, z.B. Markov, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 85f., Udovenko, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 48; Suchov, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 24f.

330 Vgl. dazu auch Kapitel 3 in: Koroleva, *Chozjajstvenno-ekonomičeskaja dejatel'nost'*.

331 Vgl. Suchov, *Otčet o dejatel'nosti*, S. 24f. Vgl. einen ähnlichen Fall im Gouvernement Cherson, im Protokoll der Gesundheitsfürsorge des Arztreviers Malo-Vys'kov, in: VCh Chersonskoj gubernii 1914/1, S. 14–18 (Sitzung 17.12.1913).

332 Smidovič, *Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij*, S. XVf.

333 Vgl. Dobrejcer, *Dejatel'nost' sanitarnych vračej*, S. 14, 16, 18. Vgl. dazu den Vortrag des Sanitätsarztes in der Medizinkommission des Kreises Saratov am 1.5.1913, in dem er die Ausarbeitung des Rohmaterials und dessen Ergänzung als seine nächste Aufgabe bezeichnete, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/8, S. 935.

Parallel zum Ausbau der Gesundheitsprävention erfolgten nach 1910 auch hohe Investitionen in die Volksbildung.³³⁴ Die gesundheitspräventive Schulaufsicht kam ins Pflichtenheft der Sanitätsärzte.³³⁵ Dazu gehörten theoretisch folgende Aufgabenbereiche: die Aufsicht und Expertise über die schulische Infrastruktur, die medizinisch-anthropometrische Untersuchung von Schülerinnen und Schülern und die Organisation. In der Praxis war die Verwirklichung der Gesundheitsprävention im Volksbildungsbereich disparat und abhängig von der Prioritätensetzung und der Zeit des Sanitätsarztes zum einen und von der Mithilfe der Revierärzte, der Lehrer und Lehrerinnen sowie der lokalen Bevölkerung zum anderen.³³⁶ Im Gouvernement Saratov zum Beispiel untersuchte ein Sanitätsarzt 1913 in seinem Kreis 122 Schulen und nahm an der Schulkommission für acht Neubauten und zwei Renovationen teil.³³⁷ Andere Sanitätsärzte besuchten Schulen nur, wenn sie aus anderen Gründen in die Dörfer fuhren. Dabei stellten sie fest, dass Waschbecken, Seifen und Handtücher benötigt wurden, die Schulbänke gesundheitsschädlich waren oder die Lehrer die neuen Betonbauten nicht lüfteten und Feuchtigkeit herrschte.³³⁸ Ähnlich waren die Verhältnisse im Gouvernement Ekaterinoslav: Von den 70 detailliert untersuchten Schulen gehörten 50 zu einem Kreis; 100 Schulen prüften Sanitätsärzte bei passender Gelegenheit nur oberflächlich; diese 170 Schulen standen im Verhältnis zu über 1000 Schulen und jährlich rund 80 Neubauten im ganzen Gouvernement.³³⁹ Obschon viele Kreiszemstva die Schulhygiene förderten – indem der Sanitätsarzt beispielsweise Mitglied von Schulräten und Baukommissionen wurde oder zuhause von Lehrerinnen und Lehrern verbindliche

334 1910 gaben die 34 alten Zemstva 42,5 Mio. Rubel für Volksbildung aus, 1911 52, 3 Mio. und 1912 66, 5 Mio., 30,2 % des Gesamtbudgets; für Medizin 1910 48,5 Mio., 1911 53,6 Mio. und 1912 57,7 Mio., 26,2 % des Gesamtbudgets. Vgl. Frenkel', Z. G.: Nagljadnoe izobraženie sostova zemskich smet i ich bystrogo rosta v poslednye gody, in: ZD 1913/2, S. 57–59, S. 57–63.

335 Vgl. Oelkers, Jürgen: Physiologie, Pädagogik und Schulreform im 19. Jahrhundert, in: Sarasin, Philipp; Tanner, Jakob (Hg.): Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt a.M. 1998, S. 245–285, S. 247–258, zu Diskurs und Debatten über sanitätspolizeiliche Inspektorate von Schulen und Schüleruntersuchungen im Deutschen Kaiserreich Ende des 19. Jahrhunderts.

336 Vgl. z.B. Suchov, Otčet o dejatel'nosti, S. 25. Die Mitwirkung der Bevölkerung geschah mit der Formierung lokaler Gesundheitsfürsorgen vor allem im Bereich der Schulspeisung. Siehe dazu Kapitel 3.4.

337 Sokolov, Otčet o dejatel'nosti, S. 23f. Auch der Sanitätsarzt von Balašov nahm an den Sitzungen der Baukommissionen für Schulhäuser teil. Vgl. Ermolaev, Otčet o dejatel'nosti, S. 45f. (Balašov, 1913–1914).

338 Rozanov, Otčet o dejatel'nosti (1913–1914), S. 87f.; Dobrejcer, Otčet o dejatel'nosti, S. 122. Vgl. auch Zakusin, Otčet o dejatel'nosti, S. 101.

339 Vgl. Smidovič, Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij, XIII–XV.

Gesundheitsinstruktionen verfasste –, blieb das diesbezügliche Engagement oft gering.³⁴⁰

Zeitmangel und Kompetenzstreitigkeiten spielten auch bei der Implementierung einer systematischen Vorsorgeuntersuchung und der Schulspeisung eine Rolle. Im Gouvernement Saratov hatten die Sanitätsärzte schon Ende 1911 Formulare für die Vorsorgeuntersuchung von Schulkindern geschaffen, aber nur in zwei Kreisen systematisch angewendet.³⁴¹ Im Kreis Chvalynsk untersuchten die Revierärzte 1913 nach diesem Programm zum Beispiel über 550 Schulkinder von 14 Schulen.³⁴² In den meisten Kreisen führten die überlasteten Revierärzte jedoch nur sporadisch oder gar keine Untersuchungen durch.³⁴³ Einige Revierärzte beklagten sich ausserdem über mangelnde Unterstützung des Lehrpersonals bei den Gesundheitskontrollen oder über Kompetenzstreitigkeiten im Zusammenhang mit der Schulspeisung.³⁴⁴ Laut einem Sanitätsarzt aus Moskau war die Disparität bei der gesundheitlichen Prüfung von Schulen und der Vorsorge von Schulkindern der mangelnden rechtlichen Grundlage geschuldet.³⁴⁵ Ein Eisenbahnarzt, der sich im Feld der Schulhygiene profilierte, konstatierte, dass die Zemstva zwar umfangreiches Rohmaterial in diesem Bereich besaßen, aber noch kaum gesundheitspräventive Schlüsse daraus gezogen hätten.³⁴⁶ Die Sanitätsärzte waren nicht zur Auswertung ihres Materials gekommen.

Ein Revierarzt nannte die beginnende Gesundheitsprävention in der Zemstvomedizin analog zur kurativen Medizin in ihren Anfängen »galoppierend«.³⁴⁷ Er spielte damit auf die frühe Zemstvomedizin an, als Revierärzte mangels medizinischen Personals und Infrastruktur im Kreis umherfahren.³⁴⁸ Ebenso »laufen die Sanitätsärzte aus einem Winkel des Kreises in den anderen, so wie die Arbeit der

340 Vgl. Smidovič, Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij, XIII–XV. Zum Interesse der Zemstva an der Schulhygiene z.B. Sitzung der Sanitätskommission Serdobsk, 31.7.1912, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1912/10, S. 1364–1374 über die Anwesenheit des Sanitätsarztes im Schulrat; GASO, f. 25, op. 1, d. 3644, ll. 770b.–78 (Kreisversammlung Chvalynsk, Herbst 1913), über mehr präventive und laufende Hygienekontrollen von Schulhäusern. Vgl. dazu die Skepsis der Zemstvoabgeordneten des Kreises Kuzneck hinsichtlich der ärztlichen Vollmachten in der Schulhygiene in: ebd. d. 3367, ll. 4–13 und 207–201.

341 Vgl. Dobrejcer, Dejatel'nost' sanitarnych vračej, S. 15f.

342 Vgl. Dobrejcer, Otčet o dejatel'nosti, S. 122–124; ebenfalls: Sokolov, Otčet o dejatel'nosti, S. 23f.

343 Vgl. Ermolaev, Otčet o dejatel'nosti, S. 45; Rozanov, Otčet o dejatel'nosti, S. 87.

344 Vgl. die Kompetenzstreitigkeiten zwischen Lehrern und Ärzten bezüglich der Schulspeisung: Sitzungsprotokoll, Sanitätsrat Caricyn, 19.12.1912, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/2, S. 155–157.

345 Nevjadomskij, Moskovskaja zemskaja sanitarnaja organizacija, S. 339–341.

346 Dmitrievskij, Materialy k sanitarnomu, S. 9–23.

347 Vostrov, Novye tečenija v razvitii (1912/31), S. 949.

348 Vgl. Ramer, Zemstvo; Strobels, Pokrovskaja, S. 49f.; ein plastisches Bild des »Herumreise-Systems« vermittelt Molleson, Landarzt.

Gesundheitsprävention selbst überall am Anfang steht.«³⁴⁹ Analogie und Metapher passen: Die Sanitätsärzte waren bei mehrheitlich unwegsamen Strassen und grossen Distanzen vor allem auf Reisen – zur Bekämpfung von Epidemien, an Sitzungen oder für zahlreiche örtliche Inspektionen.³⁵⁰ Wie bei der kurativen Medizin mangelte es in erster Linie an Geld und Personal, um das immense Aufgabengebiet effektiv abzudecken. Aber nicht nur: Gesundheitsprävention war auch auf Gesetze, deren Durchsetzungsmacht und den Rückhalt des Zemstvo, der Revierärzte und der lokalen Bevölkerung angewiesen. Galoppierend war die Gesundheitsprävention vor allem im Sinne ihres Entwicklungstempos. Es dauerte über zehn Jahre, bis die Zemstva die Errichtung eines stationären Versorgungssystems ernsthaft in Angriff nahmen. In der Gesundheitsprävention entstanden Konzepte und Praktiken der Binnendifferenzierung und Aufgabenverringerung praktisch gleichzeitig mit deren Errichtung um 1910.

Dispute und Praktiken der beruflichen Qualifizierung und Ausdifferenzierung

Die Differenzierung zwischen kurativer und präventiver Medizin zum einen und innerhalb der Gesundheitsprävention zum anderen war um 1910 Gegenstand eines innerärztlichen Konflikts über die »Arbeitsnormierung« und »Spezialisierung« der Sanitätsärzte.³⁵¹ Das verkürzte zeitgenössische Bonmot »Stift versus Reagenzglas« interpretierte die Geschichtsforschung als ideologischen Disput zwischen dem traditionell statistisch arbeitenden Sozialmediziner und dem »spezialisierten« Gesundheitstechniker oder Bakteriologen.³⁵² Ein anderes, teilweise interdependentes Narrativ interpretierte den Konflikt als eine Auseinandersetzung über das professionelle Selbstverständnis und die gesellschaftliche Rolle des (Sanitäts-)Arztes.³⁵³ In beiden Erzählungen gab es auch Versuche, den Disput politischen

349 Vostrov, *Novye tečeniia v razvitii* (1912/31), S. 949.

350 Anschaulich dazu Bulgakov, *Aufzeichnungen*, S. 7, der zwischen 1916 und 1917 im Kreis Syčevka (Gouvernement Smolensk) als Revierarzt diente. Für die 42,5 km von der Kreisstadt in sein Arztrevier brauchte er mit der Kutsche 24 Stunden. Die Kreiszemstva waren unterschiedlich gross und unterschiedlich dicht bevölkert. Im Gouvernement Saratov z.B. hatten die grössten Kreise ein Ausmass von 11 500 m² mit einer Bevölkerung zwischen 362 000 und 475 000, die kleinsten ein Ausmass von 4500 m² mit einer Bevölkerungszahl von rund 20 000. Vgl. *Otdelenie narodnogo zdravija pri Saratovskoj gub. zem. Uprave* (Hg.), *Vserossijskaja gigieničeskaja vystavka*, S. 17.

351 Vgl. *Ot redakcii. Otd. III–IV. Zemskaja medicina*, in: OV 1911/1, S. 35f.

352 Das Bonmot geht auf Igumnov, den Leiter des Sanitätsbüros in Char'kov, zurück: »Nicht Reagenzglas und Thermostat, sondern Sprache und Schreibfeder sind die wichtigsten Waffen des Sanitätsarztes«, in: Igumnov, Sergej N.: *Charakter i obščie zadači zemskoj sanitarii v ee prošlom i nastojaščem*, in: OV 1912/3, S. 307–319, S. 315.

353 Vgl. Hutchinson, *Politics*; Gross Solomon, *Hygiene*. Das zweite Narrativ z.B. bei Walker, *Health*; Polianski, *Schweigen der Ärzte*, S. 44–47. Ein dritter narrativer Strang spielt den Kon-

Grossprojekten zuzuordnen: einem Streit zwischen traditionellen, populistisch orientierten Zemstvoärzten und jungen sozialdemokratischen Gesundheitsingenieuren, die eine zentralistische Gesundheitspolitik verfolgten.³⁵⁴ Unbeachtet blieb hingegen neben der ideologischen und sozialen die materielle Dimension des Konflikts.³⁵⁵ Diese soll in den folgenden Ausführungen im Zentrum stehen.

Der Disput über den Sanitätsarzt, der von Zemstvoärzten an Sitzungen und Kongressen der imperiumsweiten Ärztesgesellschaft, der Pirogovgesellschaft, ausgetragen wurde, entzündete sich 1910 am bakteriologischen Labor und 1913 an der Gesundheitstechnik.³⁵⁶ Er war so komplex, dass ihn auch beteiligte Zeitgenossen schwer interpretieren konnten. Ein Arzt schrieb über die Sonderberatung der Sanitätsärzte bei der Pirogovgesellschaft im Frühling 1912: »Und so war vieles verwirrt an der Versammlung; Sachfragen wurden verworfen, aber auch Fragen anderer Ordnung [...] fanden weder Antworten noch klare Perspektiven.«³⁵⁷ Im Vorfeld und Nachgang des zwölften Pirogovkongresses 1913 versuchten deshalb viele Zemstvoärzte die Gemüter zu beschwichtigen. Die »ewigen Intelligenzler-Streitereien« und »verbalen Missverständnisse« bezüglich des Charakters der *obščestvennaja medicina* würden eine Uneinigkeit über die gleichwertige Relevanz von Statistik, Bakteriologie und Technik in der Gesundheitsprävention suggerieren.³⁵⁸ Der Konflikt war komplex, weil mit der Entstehung der Gesundheitsprävention als neues

flikt herunter, indem er den praktischen Kompromiss zwischen Bakteriologie und Statistik betont. Vgl. Mirskij, *Medicina*, S. 332f.

354 Diese Zuordnung scheiterte aus zwei Gründen: Erstens ist die politische Orientierung von Ärzten nur bekannt, wenn sie entweder einer Partei angehörten (was selten der Fall war) oder zur bolschewistischen Fraktion der RSDAP gehörten oder später herausragende Posten in der Sowjetunion besetzten. Zweitens standen die politischen Richtungen dort, wo sie bekannt sind, also bei den Bolschewiki, quer zur Zweiteilung Traditionalisten versus Erneuerer. Vgl. dazu Hutchinson, *Politics*, S. 71.

355 Eine Ausnahme ist hier Polianski, Schweigen, S. 42-46.

356 Malygin, *Pirogovskij s'ezd*, S. 598-604; o. A., *Smena idej i nastroenija v »tret'em elemente«*, in: *ZD 1910/10-11*, S. 986-988. Vgl. *Obščestvo russkich vračej v pamjat N. I. Pirogova* (Hg.): *Doklady pravlenija i komissij 12-mu Pirogovskomu s'ezdu vračej*. (S.-Peterburge, 29maja-6 ijunya 1913 g.). Moskva 1913, S. 4f.

357 Malygin, N.: *Po povodu Moskovskago soveščanija sanitarnych vračej pri Pirogovskom o-ve*, in: *OV 1912/5*, S. 626-634, Zitat S. 633. Vgl. auch E. M.: *Specializacija i obščestvennost' v zemskoj medicene*, in: *OV 1912/6*, S. 741-753; Arcimovič, in: *Obščestvo russkich vračej v pamjat N. I. Pirogova: XII Pirogovskij s'ezd*. (S.-Peterburge, 29maja-6 ijunya 1913 g.). Vyp. 2. Moskva 1913, S. 282.

358 Malygin, *Po povodu*, S. 626-634; E. M., *Specializacija*, S. 741-753; Lavrov, V. A.: *Iz prošlogo i nastojaščego zemskich sanitarnych organizacij*, in: *ZD 1912/15-16*, S. 961-968, S. 965-967; Rostovcev, *Rasširenje*, S. 304; Kalašnikov, V.: *Zemskaja sanitarija i institut sanitarnych fel'dšerov*. (Doklad I-mu Obščemu Menzelinskogo filial'nogo otdelenija Ufimskogo fel'dšersko-Akušerskago O-va, sostojavšemusja 28 dekabnja 1913g.). Okončanie, in: *FV 1914/22*, S. 502-505, S. 504.

Handlungsfeld der Verwaltungen die *obščestvennaja medicina* zum einen an vielfache Grenzen stieß: personelle, finanzielle, rechtliche und verwaltungstechnische. Zum anderen, weil sich mit dem Auftauchen des Sanitätsarztes das soziale Gefüge der involvierten Akteure veränderte.

Am zwölften Pirogovkongress Ende Mai 1913 ging es im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Sanitätsärzte vordergründig um sozialpolitische Positionen. Im Zentrum stand das Verhältnis der Sanitätsärzte zum Zemstvo und den Bauern. Manche Redner beharrten auf dem »Klassenantagonismus« zwischen »Ärzten als Repräsentanten der Volksinteressen« und den Zemstvoabgeordneten. Erst eine »demokratische Reorganisation« der gesamten »Rechtsstruktur des Russischen Reichs« ermögliche eine effektive Gesundheitsprävention.³⁵⁹ Diese politische Forderung etikettierten andere Diskussionsteilnehmer als bloße »Deklaration allgemeiner Weltanschauungen«. Die Streitfrage über die Beziehung zwischen Zweitem und Drittem Element entsprang nicht nur unterschiedlichen politischen Positionen, sondern auch verschiedenen lokalen Erfahrungen in der beruflichen Praxis.³⁶⁰ Dies galt auch für die divergierenden sozialen Analysen der Bauern als »unkultivierte« Masse oder selbstständige Subjekte.³⁶¹ Im politisch-ideologischen Streit ging es weniger um »schablonenhafte« Manifestationen³⁶², sondern eher um konfligierende Loyalitäten, potenzielle Verbündete unter Bauern oder Zemstvoabgeordneten. Damit einher gingen Prioritätensetzung und Ressourcenverteilung im gesundheitspräventiven Projekt.

Sanitätsärzte, die von der »Unkultiviertheit« (*nekul'turnost'*) der Bauern ausgingen und ihre fehlende Beziehung zur Dorfbevölkerung beklagten, postulierten Hygienepropaganda und Popularisierung sowie die Organisation lokaler Gesundheitsfürsorgen als bedeutendste Funktionen des Sanitätsarztes.³⁶³ Gegner der Formierung einer »ländlichen Bourgeoisie« setzten Industrieaufsicht und Gesundheitstechnik, wieder andere Laborforschung oder die konsultativ-organisatorische Arbeit als erste Priorität.³⁶⁴ Die Ärzte stritten dabei nicht über die grundsätzliche

359 Vgl. den Vortrag von Meerkov, O napravlenii obščestvennoj sanitarnoj dejatel'nosti und die kritischen Wortmeldungen von Kost', Ėl'cin, Kalantarov, Dorf und Veger sowie die moderaten von Garlovskij und Širjaev, in: O-vo russkich vračej, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 131-134 (Résumé und Postulate des Vortrags) und S. 266-285 (Diskussionen).

360 So verwiesen z.B. Dorf und Veger auf den kürzlichen »kolossalen Krach« zwischen Zemstvoabgeordneten und Ärzten in den Gouvernements Podol'sk, Kostroma, Ufa und Penza. Ebd., S. 266-285.

361 Vgl. ebd. den Vortrag von Meerkov und die Wortmeldungen von Kost', Dorf, Voskresenskij.

362 Vgl. den Vorwurf von Malygin, Po povodu, S. 626-634.

363 Vgl. Meerkov und Voskresenskij, in: O-vo russkich vračej, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 131-134 (Résumé und Postulate des Vortrags von Meerkov) und S. 266-285 (Diskussionen). Siehe auch Igumnov, Charakter I obščie, S. 315f.

364 Vgl. Kost', Dorf zur Laborarbeit; Ėl'cin zur Industrieaufsicht, in: O-vo russkich vračej, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 266-285. Zur Bedeutung der konsultativ-organisatorischen Ar-

Relevanz der einzelnen gesundheitspräventiven Bereiche und Tätigkeiten, sondern über die Priorisierung und Spezialisierung angesichts der herrschenden Ressourcenknappheit.³⁶⁵ Verschränkt waren damit unterschiedliche Positionen über die Notwendigkeit eines einheitlichen oder lokal angepassten Programms sowie Differenzen darüber, ob Gesundheitstechnik und Labor lediglich Methoden oder eine neue Strategie in der *obščestvennaja medicina* seien.³⁶⁶ Der Disput gewann dadurch eine Dimension, in welcher der instabile Begriff der *obščestvennaja medicina* durch lokale Variabilität und verschiedene Wertungen von Methode und Zielrichtung auf den Prüfstand kam. Das Konzept der *obščestvennaja medicina* drohte als ideeller Kitt für das ärztliche Selbstverständnis und die gegenseitige Solidarität zu versagen.³⁶⁷

Die Solidarität unter Zemstvoärzten war auch wegen des angespannten Verhältnisses zwischen Revier- und Sanitätsärzten gefährdet. Wie gross oder ernsthaft der Graben zwischen ihnen war, werteten die am Pirogovkongress anwesenden Ärzte unterschiedlich.³⁶⁸ Sprachen die einen von einer »wachsenden Bewegung« der Unzufriedenheit unter Revierärzten, von mangelnder Einheit, Spannungen und Missverständnissen im ärztlichen Kollektiv, meinten andere, dass der Antagonismus zwischen den Ärzten übertrieben werde.³⁶⁹ Der lokale Widerhall dieser Auseinandersetzung an Gouvernementsärztekongressen oder in Kreissanitätsräten zeigt jedoch, dass diese Konfliktdimension gravierend war.

Der Konflikt zwischen Sanitäts- und Revierarzt hatte eine materielle und symbolische Dimension. Es ging dabei um die berufliche Anerkennung und das soziale Prestige des Revierarztes, aber auch um dessen Arbeitsbedingungen, die Aufgabenteilung und Ressourcenverteilung zwischen kurativer und präventiver Medizin. Die involvierten Revierärzte vertraten dabei keine einheitliche Position. Eine erste Fraktion beabsichtigte, den Zemstvoarzt als autonomen Allrounder in seinem Revier zu bewahren und dem Sanitätsarzt die Rolle des Assistenten zuzuweisen. Mit dem Argument der grösseren sozialen Nähe zur lokalen Bevölkerung wollten

beit auch im Verhältnis zur Gesundheitstechnik bzw. Aufklärung: Igumnov, Charakter I obščie, S. 312-315; Širjaev, Perspektivy sanitarnoj dejatel'nosti, S. 463-470; E. M. Specializacija i obščestvennost', S. 744-753.

365 Vgl. Sysin, Širjaev, Fel'dman, Pyžev, in: O-vo russkich vračej, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 272-275 und 279-281.

366 Vgl. z.B. Igumnov und Arcimovič, die reklamieren, dass Technik eine Methode und keine »Richtung«, also Strategie, sei. Für lokal individuelle Programme z.B. Meerkov und Igumnov; für ein homogenes Programm: Širjaev und Sysin, in: O-vo russkich vračej, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 132-134 und S. 272-277.

367 Vgl. hier stellvertretend die Rechtfertigung Meerkovs auf die Kritik an seinem Vortrag: »Die Gemeinschaftsarbeit braucht einen Glauben und eine Idee«, in: ebd., S. 283-285.

368 Vgl. die zahlreichen Wortmeldungen von Kost', Kalantarov, Dorf, Vostrov, Širjaev, Garlovskij, Vejsbrod, Tezjakov, Fel'dman, Rozenblatt, in: ebd., S. 266-282.

369 Vgl. die pessimistischen Einschätzungen von Kost', Kalantarov, Dorf, Vejsbrod, Tezjakov, Rozenblatt, die optimistischen von Širjaev, in: ebd., S. 266-282.

diese Revierärzte in der Gesundheitsaufklärung, Hygieneaufsicht oder Epidemiebekämpfung die führende Rolle und Entscheidungsposition behalten. Sie wehrten sich gegen die Leitungsfunktion des Sanitätsarztes in der Organisation des lokalen Gesundheitswesens und gegen die Reduktion ihrer eigenen Funktion auf die kurative »Sisyphus-Arbeit«. Ihrer Ansicht nach waren deshalb zum einen Investitionen in die Errichtung eines dichteren Versorgungsnetzes notwendig und zum anderen die Stärkung der kollektiven Entscheidungsorgane.³⁷⁰ Dabei gingen manche Revierärzte so weit, dass sie mit der Abschaffung des Sanitätsarztes den Rückzug des Gouvernementszemstvo verlangten: Das Kreiszemstvo sollte Leiter, Kontrolleur und Strategie in der Gesundheitsprävention werden, das Gouvernementszemstvo lediglich die Finanzierung sicherstellen.³⁷¹ Für diese Revierärzte bedeutete die Preisgabe der Gesundheitsprävention an »fremde Gastrolleure«, wie sie die vom Gouvernement entsandten Sanitätsärzte nannten, in erster Linie einen Verlust ihrer sozialen Stellung.³⁷²

Im Gegensatz dazu suchte eine zweite Position nach wissenschaftlicher und sozialer Anerkennung durch eine professionalisierte kurative Medizin. Diese Revierärzte opponierten gegen die allgemeinärztliche, auf einem dürftigen Niveau funktionierende, mit Patienten überlastete und deshalb unbefriedigende Praxis in den Revieren. Sie widersprachen dem Mythos des Zemstvoarztes, der sich für den »Dienst am Volk« opferte, und interessierten sich wenig für die kollegialen Grundlagen der Zemstvomedizin.³⁷³ Sie forderten eine Verbesserung ihrer konkreten Arbeitssituation, professionelle Qualifikation und Infrastruktur in der Chirurgie, Geburtshilfe oder Augenheilkunde.³⁷⁴ Analog zu den Sanitätsärzten verlangten sie eine eigene, kurativen Fragen gewidmete Fachberatung.³⁷⁵ Diese Revierärzte suchten nach professioneller Anerkennung.

370 Vgl. Bron, *Zemskij vrač i obščestvennost'*, S. 276–283; Vejsbrod und Tezjakov in: *O-vo russkich vračej*, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 277–279; Vostrov, *Novye tečenija v razvitii* (1912/31), S. 948–956.

371 Vgl. Kalmanovskij, in: *O-vo russkich vračej*, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 283; vgl. auch ders., als Beilage eines Vortrags von Igumnov am 9. Ärztekongress in Char'kov. In: *Char'kovskij gub. s'ezd*, *Trudy*, T. 2, S. 58–60. Ebenso die diesbezüglichen Diskussionen in ebd., T. 3, S. 46f.

372 Zitat aus: Bron, T. M.: *Zemskij vrač i obščestvennost'*, in: *OV* 1913/3, 276–284, S. 281.

373 Vgl. o. A., *Smena idej*, S. 986–988.

374 Zur Spezialisierung innerhalb der kurativen Medizin: E. M., *Specializacija*, S. 741–744. Vgl. auch Kalmanovskij, M. S.: *Neskol'ko slov k voprosu o naučnych komandirovkach vračej Saratovskoj gubernii*, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1914/2, S. 158–165. Das Sanitätsbüro des Gouvernements Saratov verschickte Mitte 1912 an alle Revierärzte einen Fragebogen zu ihrer Arbeitssituation. Vgl. *Ot otdelenija narodnogo zdravija*. *Anketa*, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1912/6, S. 828–833.

375 Vgl. die Sitzung der Medizinkommission des Kreises Saratov, 2.5.1913, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1913/8, S. 937–941; Mukoseev, L. A.: *K ankete ob uslovijach služby zemskich vračej*, in: *VSCh Saratovskoj gubernii* 1912/9, S. 1192–1195.

Eine dritte Fraktion wehrte jeden zusätzlichen Arbeitsaufwand für den überlasteten Revierarzt ab, der sich durch die Implementierung einer organisierten Gesundheitsprävention ergab. Diese Revierärzte verlangten ständige Epidemieärzte und die Übergabe der gesamten administrativen Arbeitslast an den Sanitätsarzt. Letzterer sollte Organisator und Leiter, aber kein enger Gesundheitsexperte sein.³⁷⁶ Diese Revierärzte beabsichtigten den administrativen und gesundheitspräventiven Teil ihrer Arbeit ganz dem Sanitätsarzt zu übergeben. Und schliesslich gab es noch Revierärzte, die schlicht unzufrieden mit der Arbeit des Sanitätsarztes waren. Sie erwarteten mehr praktische Präventionsarbeit und waren bereit, daran mitzuwirken, sofern sich dadurch die Gesundheitssituation in ihrem Revier verbesserte.³⁷⁷

Unabhängig von diesen verschiedenen Positionen engagierten sich alle Revierärzte für materielle Verbesserungen und den Ausbau des medizinischen Versorgungsnetzes. Sie markierten damit klar, dass es in dieser Auseinandersetzung vor allem um die Verteilung der knappen Ressourcen ging.³⁷⁸ In diesem Punkt wurden sie von vielen Sanitätsärzten aktiv unterstützt. Die Sanitätsärzte anerkannten, dass in Umkehrung zum früheren Paradigma, das besagte, dass medizinische Versorgung ohne Prävention nutzlos bleibe, die Epidemiebekämpfung nur bei einem gut ausgebauten Versorgungsnetz funktionierte.³⁷⁹ Die Sanitätsärzte waren hingegen in fast allen ihren Arbeitsbereichen auf die kollegialen Organe und die aktive Mitwirkung der Revierärzte angewiesen. Die professionellen Aspirationen, der Rückzug aufs kurative Kerngeschäft oder die Verteidigung der Revierautonomie behinderten deswegen die Entwicklung der Gesundheitsprävention und gefährdeten die Rolle und Position des Sanitätsarztes. Ebenso fanden der Widerstand und die Unzufriedenheit der Revierärzte einen Widerhall bei den Sanitätsärzten, die in ihrer Tätigkeit wegen mangelnder Qualifikation, Arbeitslast und Ressourcenknappheit auch unbefriedigt waren. Dieser Spannungszustand von Gemeinsamem und Trennendem führte zu ersten Schritten der Differenzierung der Gesundheits-

376 Vgl. die Wortmeldung von Rozenblatt am zwölften Pirogovkongress: O-vo russkich vračej, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 281f. Vgl. auch den in 2.2 beschriebenen Kampf der Revierärzte im Kreis Caricyn gegen die neuen Formulare für die Vorsorgeuntersuchung von Schülerinnen und Schülern oder der Revierärzte in Petrovsk bezüglich der administrativen Arbeit.

377 Vgl. Obščestvenno-medicinskaja chronika. Sanitarija pered sudom učastkovych vračej, in: VOCSiPM 1914/3, S. 468f. (Nižnij Novgorod).

378 Vgl. insbes. Bron, Zemskij vrač i obščestvennost', S. 281-284.

379 Vgl. z.B. die Postulate von Kirjakov am zwölften Pirogovkongress, in: O-vo russkich vračej, XII Pirogovskij s'ezd. Vyp. 2, S. 134f.; Jakovenko, E. I.: Sovremennye voprosy zemskoj mediciny, in: ZD 1910/8, S. 590-598; ders., Zemstvo i cholernaja épidemija, in: ZD 1911/10, S. 790-799; Tezjakov, Gubernskie zemstva i bor'ba, S. 580-590.

prävention. Der Konflikt unter Sanitätsärzten und zwischen diesen und Revierärzten war damit auch produktiv.³⁸⁰

Parallel zum Ausbau der Gesundheitsprävention entstand um 1910 ein (Weiter-)Bildungsangebot für angehende oder angestellte Sanitätsärzte, das engagierte Sanitätsärzte oder Medizinprofessoren ausserhalb der zentralstaatlichen Bildungsinstitutionen organisierten.³⁸¹ Alle Eisenbahn- und Zemstvoärzte hatten Anrecht auf bezahlte zwei- bis dreimonatige Weiterbildungsurlaube (*naučnye komandirovki*), wobei Sanitätsärzte oft bevorzugt behandelt wurden.³⁸² In diesen Bildungsreisen konnten sich Ärzte in entsprechenden zwei- bis dreimonatigen Kursen an medizinischen, polytechnischen Institutionen und höheren Handelsschulen in den Hauptstädten des Imperiums spezialisieren. Für Sanitätsärzte gab es Veranstaltungen in Zemstvostatistik oder *obščestvennaja medicina*, in praktischer Bakteriologie und Chemie, in Epidemiologie, Assanierung und Gesundheitstechnik oder in Sozialhygiene.³⁸³ Ausserdem organisierten wissenschaftliche (Selbsthilfe-)Gesellschaften Exkursionen ins Ausland. So bereisten zehn russische Ärzte im Frühling 1911 in 35 Tagen von Moskau aus Warschau, Berlin, Köln, Ostheide, London, Dieppe, Paris, Zürich, München und Wien, um sich dort mit Städteassanierung, Hygieneaufsicht, Epidemiebekämpfung, Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge

380 Vgl. das gegenteilige Narrativ bei Hutchinson, Politics und Solomon Gross, Experts.

381 Zum Beispiel der Hygieneprofessor G. V. Chlopin, der Bakteriologe-Epidemiologe Gamaleja, die Sanitätsärzte A. I. Šingarev und Z. Frenkel'.

382 Ein Eisenbahnsanitätsarzt behauptete 1916, dass bei den Eisenbahnen die Ärzte Anrecht auf drei Wochen Ferien, in den Zemstva hingegen auf drei Monate hätten. Vgl. Gryzlov, *Obščestvennoe značenie železnodorožnoj*, S. 286. Vgl. Tapel'zon, S. L.: Rol' i uslovija truda fel'dšerov v sovremennych sanitarnych organizacijach. Okončanie, in: FV 1912/37, S. 1141-1148, S. 1145, der von zwei- bis dreimonatigen Weiterbildungen spricht. In Kaluga setzte sich der Gouvernementssanitätsrat 1911 dafür ein, dass Kreissanitätsärzte im Gegensatz zu Revierärzten jedes Jahr statt alle drei Jahre Fortbildungskurse besuchen. Vgl. Chronika, in: VOGSIPM 1912/4, S. 603; das Gouvernement Saratov finanzierte pro Jahr zwei Sanitätsärzten Weiterbildungen à 250 Rubel/Person. Vgl. GASO, f. 5, op. 1, d. 3271, l. 187; der Kreis Vol'sk zwei Revierärzten à 200 Rubel/Person. Ebd., f. 25, op. 1, d. 3361, l. 400b.

383 Dies waren das Eleninskij Institut, das Institut für Experimentalmedizin, das polytechnische Institut, das klinische Institut der Grossfürstin E. Pavlovna in Sankt Petersburg, bakteriologische Institute in Sankt Petersburg und Odessa, das höhere Handelsinstitut in Kiev und das psychoneurologische Institut von Bechterev in Sankt Petersburg zur Gesundheitsprävention, für die Zemstvostatistik ausserdem das polytechnische Institut und die Universität in Sankt Petersburg sowie das Moskauer Handelsinstitut. Vgl. Tomilin, *Postanovka special'nych kursov*, S. 291f.; Kaškadamov, *O kursach dlja sanitarnych vračej*, S. 40401f.; *Letopis' obščestvennoj mediciny*, in: FV 1912/20, S. 609; Tapel'zon, S. L.: Rol' i uslovija truda fel'dšerov v sovremennych sanitarnych organizacijach, in: FV 1912/36, S. 1108-1114, S. 1112; Veselovskij, *K voprosu*, S. 320f.; Frenkel', *Obščestvennaja medicina*, S. 18-22. Vgl. auch Hachten, *Science*, S. 304-328; Smajlov, *Istorija*, S. 140-143.

bekannt zu machen.³⁸⁴ Aus Sicht der Ärzte waren diese Angebote ein erster Schritt zu einer praxisorientierten akademischen Ausbildung in Gesundheitsprävention, aber kein Ersatz.³⁸⁵

Aus- bzw. Weiterbildung war auch hinsichtlich der Sanitätsarzt-Assistenten (*sanitarnyj fel'dšer*) ein diskutiertes Thema. Die Befürworter legitimierten diesen Weg zum einen mit in- und ausländischen Vorbildern: den Gesundheitsagenten in England oder in grossen russischen Städten wie Baku, Irkutsk, Jalta oder Odesa,³⁸⁶ zum anderen mit der allgegenwärtigen Ressourcenknappheit, welche einem Ausbau der Gesundheitsprävention durch mehrere Sanitätsarztstellen Grenzen setzte.³⁸⁷ Im Gouvernement Saratov zum Beispiel betrugen die Lohnkosten für einen Kreissanitätsarzt 2400 Rubel, diejenigen für einen Assistenten lediglich 720 Rubel pro Jahr.³⁸⁸ Mehrere Sanitätsärzte pro Kreis konnten sich deshalb nur finanzstarke Zemstva leisten.

Bei den Eisenbahnen wie bei den Zemstva hatten die Sanitätsärzte meistens einen Assistenten zur Verfügung.³⁸⁹ Diese waren mehrheitlich an Feldscherschulen ausgebildete Feldschere.³⁹⁰ In ihrer drei- bis vierjährigen Ausbildung war öffentliche Hygiene oder Gesundheitsprävention aber kein Thema. Wie die Sanitätsärzte

-
- 384 Die Exkursion organisierte die Moskauer Gesellschaft zur Verbreitung technischen Wissens für Sanitätsärzte im öffentlichen Dienst. Von den zehn Ärzten waren vier Zemstvovier- und vier Sanitätsärzte aus Städten und Zemstva. Die Exkursion kostete 185 Rubel. Vgl. Frenkel', Z. G.: *Krugovaja poezdka po Evrope dlja oznakomenija s obščestvenno-sanitarnymi učreždenijami*, in: ZD 1912/13-14, S. 878-891, S. 878-891. Vgl. dazu auch die Empfehlung von Tomilin an russische Ärzte mit »geringem Budget«, die belgischen Hygieneinstitute und -laboratorien zu besuchen. Tomilin, *Postanovka special'nych kursov*, S. 289.
- 385 Frenkel', *Obščestvennaja medicina*, S. 24-28. Zur Dringlichkeit der Aus- oder Weiterbildung von Sanitätsärzten siehe Resolution des Ekaterinoslaver Regionalkongresses 1911, in: Zejliger, D. L.: *Južno-russkij oblastnoj s'ezd po bor'be s choleroj v g. Ekaterinoslave (po 28 marta do 4 aprlja 1911 goda)*, in: *Sanitarnaja chronika*, in: GiS 1911/9-10, S. 521-533, S. 523.
- 386 Zum Beispiel Solov'ev, Z. P.: *Pomoščniki sanitarnych vračej i ich podgotovka*, in: GiG 1912/4, S. 172-184, S. 177f.; Kalinin, O *podgotovke sanitarnych fel'dšerov*, in: FV 1911/30, S. 920-926, S. 924.
- 387 Die Verknüpfung von Finanzstärke und Möglichkeiten der Binnendifferenzierung bei Igumnov, *Charakter I obščie*, S. 313; Solov'ev, *Pomoščniki*, S. 174; o. A.: *Rol' fel'dšerskogo personala*, in: *Letopis' obščestvennoj mediciny: Zemskaja sanitarija*, in: FV 1912/20, S. 609.
- 388 Vgl. 46. Gouvernementsversammlung, Januar 1912, in: GASO, f. 5, op. 1, d. 3022, II. 179-180. Vgl. dazu die Feldscherlöhne in anderen Zemstva bei Tapel'zon, *Rol' i uslovija truda. Okončanie*, S. 1143.
- 389 Zu den Eisenbahn-Feldschern siehe Kapitel 2.1. Zu den Zemstva-Feldschern Frenkel', *Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo*, S. 202: Im Frühling 1913 arbeiteten in elf Zemstva 107 Sanitätsfeldscher in den Kreisen und 14 in den Sanitätsbüros des Gouvernements. In elf Zemstva arbeiteten Kreissanitätsärzte ohne Hilfskraft.
- 390 1910 existierten insgesamt 66 Feldscher- oder Feldscher-Hebammen-Schulen mit rund 5700 Studentinnen und 2350 Studenten. Vgl. Ramer, *Transformation*, S. 146f.

erlangten deren Assistenten gesundheitspräventive Qualifikationen durch Berufspraxis und Weiterbildung.³⁹¹ Bei den Eisenbahnen wurde das gesundheitspräventive Hilfspersonal im Labor und bei der Desinfektion eingesetzt.³⁹² In den Zemstva blieb ihre Arbeit weitgehend unsichtbar, weil die Sanitätsärzte diese in ihren Berichten meistens unterschlugen.³⁹³ Laut Artikeln im Organ der Berufsorganisation der Feldschere und Hebammen setzten die Sanitätsärzte ihre Assistenten in allen Feldern der Gesundheitsprävention ein.³⁹⁴ In erster Linie erledigten sie aber Büroarbeit und zählten die Daten für statistische Untersuchungen aus.³⁹⁵ Manchmal beschrieben die Sanitätsarzt-Assistenten auch Schulen, Industrien und öffentliche Brunnen, sammelten Wasserproben für chemisch-bakteriologische Untersuchungen oder erledigten Hilfsarbeiten im Labor.³⁹⁶ Dem Allrounder Sanitätsarzt entsprach sein Assistent.

Die Befürworter einer spezifischen Ausbildung für Sanitätsarzt-Assistenten wollten an der Breite dieses Aufgabenfelds nichts ändern. Letztere sollten dasselbe Wissen und dieselben gesundheitspräventiven Methoden und Techniken beherrschen wie Sanitätsärzte.³⁹⁷ Anders als die in- und ausländischen Vorbilder, welche zu einer funktionalen Ausdifferenzierung tendierten, indem die Assistenten als Laboranten arbeiteten, Desinfektionen oder Nahrungsmittelkontrollen durchführten, sollte der Sanitätsfeldscher in den Zemstva ein Generalist zuhänden eines Generalisten bleiben.

Die Fürsprecher einer Qualifizierung des mittleren gesundheitspräventiven Personals erteilten damit auch einer funktionalen Differenzierung der Sanitätsärz-

391 Zur Aus- und Weiterbildungssituation der Feldscher im Bereich Gesundheitsprävention: Vgl. Solov'ev, Pomoščniki sanitarnych vračej, S. 179-182; o. A., Zemskaja sanitarija. Rol' fel'dšers-kogo personala, S. 609f. zu dreimonatigen Bakteriologiekursen für Feldschere am bakteriologischen Institut von Gamaleja.

392 Siehe Kapitel 2.1.

393 Vgl. Solov'ev, Z. P.: K voprosu o pomoščnikach sanitarnych vračej, in: FV 1913/7, S. 213-215, S. 213.

394 Zur Umfrage: Tapel'zon, Rol' i uslovija truda, S. 1110f.; zu den Sanitätsärzten in Saratov: Solov'ev, K voprosu, S. 213f. Zur Berufsvereinigung des mittleren Medizinpersonals: Ramer, Samuel C.: Professionalism and Politics. The Russian Feldsher Movement, 1891-1918, in: Balzer, Harley D. (Hg.): Russia's Missing Middle Class. The Professions in Russian History. New York 1995, S. 117-142.

395 Tapel'zon, Rol' i uslovija truda. Okončanie, S. 1142f. Der Assistent des Kreissanitätsarztes in Bachmut arbeitete 1913 rund 21 560 Registrierkarten für epidemiologische Berichte aus. Vgl. Červinskij, Otčet o dejatel'nosti, S. 47f. Zum Gouvernement Saratov vgl. auch Solov'ev, K voprosu, S. 213f.; ders., Pomoščniki, S. 175-177.

396 Tapel'zon, Rol' i uslovija truda. Okončanie, S. 1141-1143; Solov'ev, K voprosu, S. 213f.

397 Vgl. Solov'ev, Pomoščniki, S. 183f.; Kanel', V. Ja.: Fel'dšer i obščestvennoe zdoravoočranenie, in: FV 1911/45, S. 1407-1411; o. A. Zemskaja sanitarija. Rol' fel'dšers-kogo personala, S. 610; Kalinin, O podgotovke, S. 921; Kalašnikov, Zemskaja sanitarija, S. 505.

te eine Absage, wie sie zum Beispiel im Gouvernement Cherson praktiziert wurde: Die drei Sanitätsärzte pro Kreis teilten sich Organisationsarbeit, Epidemiologie und Laborforschung. Im Gegensatz dazu entschied sich das Gouvernement Ekaterinoslav zu einer territorialen Aufteilung des Kreises unter zwei Sanitätsärzten.³⁹⁸ Ekaterinoslav verfolgte damit die Richtung des sogenannten »Reviertypus« mit einem Sanitätsarzt, Laboratorium und Assistenten pro Arztrevier. Gerade bei Verfechtern einer dezentral und kollegial organisierten *obščestvennaja medicina* war dies eine gewichtige Ausbau- und Differenzierungsstrategie.³⁹⁹

Nach 1910 zweifelte niemand mehr an der chemischen und bakteriologischen Laborforschung als bedeutsame Methode der Gesundheitsprävention.⁴⁰⁰ Die Frage war vielmehr, inwiefern das zukünftige Zemstvolabor nicht mehr nur der kurzfristigen Diagnostik diene, sondern »Hand in Hand mit der Statistik« die Verbreitungswege von Infektionen unter spezifischen Wohnverhältnissen, die Ernährung und die Wasserversorgung grossflächig erforschen konnte.⁴⁰¹ Ob der Kreissanitätsarzt dies erfüllen konnte, war Gegenstand von Debatten. Der eine Standpunkt war, dass die Arbeitsbedingungen im Labor nicht mit denen des Sanitätsarztes vereinbar waren, weil eine systematische Laborforschung ununterbrochene Beobachtung erforderte, die praktische Arbeit des Sanitätsarztes hingegen Mobilität.⁴⁰² Dieser Standpunkt plädierte für eine Lösung wie in Char'kov, wo in Gebietslaboratorien spezifische Labor-Sanitätsärzte arbeiteten.⁴⁰³ Verfechter eines »sesshaften« Reviersanitätsarztes betrachteten das zukünftige Kreislabor als Zentrum der Präventivmedizin: eine Forschungsstätte für alle im Kreis tätigen Sanitäts-, Epidemie- und Revierärzte, ein Depot für Impfstoffe und Heilseren sowie ein Fachzentrum für Immunologie.⁴⁰⁴ Vor dem Ersten Weltkrieg entstanden in vielen Zemstva Gebiets- und Kreislabs, manchmal mit zusätzlichen Laborantinnen oder Laboranten.⁴⁰⁵ Aber abgesehen von wenigen Ausnahmen, in denen Sanitätsärzte extra für die immobile Laborforschung angestellt wurden, blieb diese bei einem mobilen Sanitätsarzt vorwiegend eine diagnostische Arbeit.

398 Melenevskij, Rol' i značenie, S. 1884f. Igumnov, Charakter I obščie, S. 317f.

399 Vgl. Vostrov, Novye tečenija v razvitii (1912/31) und (1912/32).

400 Vgl. Rostovcev, Rasširenje zemskoj sanitarnoj; Jakovenko, E. I.: Zemskaja sanitarnaja gigieno-bakteriologičeskaja laboratorija, ee zadači i ustrojstvo, in: GiG 1911/6, S. 282-289; Lavrov, Iz prošlogo i nastojaščego.

401 Vgl. Rostovcev, Rasširenje zemskoj sanitarnoj, S. 306f.; Jakovenko, Zemskaja sanitarnaja, S. 284f.

402 Vgl. Rostovcev, Rasširenje zemskoj sanitarnoj, S. 306f.

403 Igumnov, Charakter I obščie, S. 317f.; Rostovcev, Rasširenje, S. 308.

404 Jakovenko, Zemskaja sanitarnaja, S. 287f.

405 Gesichert sind Kreislabs in Char'kov, Cherson, Ekaterinoslav, Kaluga, Kostroma, Perm, Samara, Saratov, Smolensk, Taurus, Ufa, Vladimir, Voronež. Vgl. zum Stand 1911: Jakovenko, Zemstvo, S. 797f.

Die Differenzierung im Bereich der ländlichen Wasserversorgung schritt schnell voran. Bis im Sommer 1913 gab es schon in 17 Zemstva hydrotechnische Büros. Im hydrotechnischen Büro der Gouvernements-Uprava Saratov arbeiteten 1913 zwei Wasserbauingenieure, fünf Techniker, fünf Bohrmeister, zehn ständige und zehn temporäre Bauarbeiter, fünf Ingenieurspraktikanten, ein Zeichner und drei Personen für die Administration. Das Jahresbudget betrug rund 71 800 Rubel, davon 28 500 Rubel für das Personal, 20 000 Rubel für Subsidien an die Gemeinden und 6000 Rubel für hydrotechnische Forschung.⁴⁰⁶ 1913 wurden in zwölf Dörfern des Gouvernements Wasserleitungen gelegt.⁴⁰⁷ Nur vier der 17 hydrotechnischen Büros waren Organe der Gesundheitsabteilung. Die anderen gehörten zu technischen, ökonomischen oder zu Versicherungsabteilungen, zu landwirtschaftlichen Meliorations- und »Gemeinschaftsarbeit«-Programmen oder waren selbstständige Organe bei der Uprava.⁴⁰⁸ Manche Sanitätsärzte, die generell einen Führungsanspruch in der Verbesserung der Wasserversorgung beanspruchten, kritisierten diese administrative Organisation.⁴⁰⁹ Mehrheitlich schienen jedoch Sanitätsärzte und Hydrotechniker bei der Planung von Wasserleitungen, Hydranten oder Brunnentypen problemlos zusammenzuarbeiten.⁴¹⁰ Auf der Basis topografischer Untersuchungen, statistischer Daten zur Versorgungsdichte und Wasseranalysen gaben Sanitätsärzte Expertisen für die Auswahl des Bauorts neuer Anlagen.⁴¹¹ Die Dynamik, welche sich im Bereich der Hydrotechnik entfaltete, stiess aber auch an ihre Grenzen: Den Sanitätsärzten fehlte es oft an Wissen über lokale Notwendigkeiten, den Zemstva an Geld und an Technikern.⁴¹²

Bei knappem Budget, wenig Personal und einem riesigen Aufgabenfeld fanden die Sanitäts- und Revierärzte der Zemstva und Eisenbahnen einen anderen Weg, das gesundheitspräventive Projekt und damit die »Kultivierung« voranzutreiben: Sie nahmen die lokalen Gemeinschaften und das einzelne Individuum in die Pflicht. Wie in den beiden folgenden Kapiteln gezeigt wird, entwickelten die Or-

406 Otdelenie narodnogo zdavija pri Saratovskoj uprave (Hg.), Vserossijskaja gigieničeskaja vystavka, S. 75.

407 Vgl. auch weitere Zahlen in: Chronika. Novye popytki, in: ZD 1913/15, S. 1098.

408 Frenkel', Očerki zemskogo vračebno-sanitarnogo, S. 203.

409 Vgl. die Paraphrase des Vortrags von Ermolinskij am Regionalkongress in Kiev (1913) bei Fuks, Doklad o komandirovke, S. 1169f. Zur Konkurrenzsituation unter verschiedenen Zemstvoabteilungen im Bereich Wasserversorgung auch Burcev, V.: Ob'edinenie zemskich rabotnikov, in: ZD 1915/22, S. 1215-1219.

410 Vgl. Fachberatung der Sanitätsärzte in Saratov, 7.2.1913, in: VSCh Saratovskoj gubernii 1913/3, S. 256. Frenkel', Zacharij: Chronika, in: ZD 1911/11, S. 905-907.

411 Fuks, Doklad o komandirovke, S. 1170f.; Smidovič, Dejatel'nost' sanitarnoj organizacij, S. XVf.

412 Im Gouvernement Saratov hätte z.B. die Anti-Pest-Kommission hydrotechnische Bauten finanziert, aber es mangelte an Technikern für die Umsetzung.

ganisation von Gesundheitsfürsorgen und eine systematische Hygieneaufklärung in den drei bis zwei Jahren vor dem Ersten Weltkrieg eine grosse Dynamik.

Die Einführung von Sanitätsärzten hatte sowohl gleiche als auch verschiedene Auswirkungen auf die Eisenbahn- und Zemstvomedizin. In beiden Gesundheitssystemen entstand damit ein zur kurativen Medizin distinktes gesundheitspräventives Handlungsfeld. Dieses Handlungsfeld war erst im Entstehen begriffen, verfügte weder über eine feste innere, soziale oder administrative Ordnung noch klare Kompetenzen und definierte Beziehungen zur kurativen Medizin oder zur Eisenbahn- und Zemstsvverwaltung insgesamt. Diese Offenheit war attraktiv, denn sie eröffnete Gestaltungsräume, verursachte aber auch Konflikt. In der Eisenbahnmedizin fügte sich der Sanitätsarzt problemlos in die hierarchische Dienstordnung ein. Die durch ihn und sein Reglement entstandene Gesundheitsprävention ermöglichte aber den Eisenbahnärzten, ihre professionellen Ansprüche und Selbstverständnisse öffentlich geltend zu machen – gegenüber den Kollegen in der Zemstvomedizin und innerhalb der Eisenbahnverwaltung. Diese im Entstehen begriffene kollektive Identität des Eisenbahnarztes funktionierte hingegen nur in Abgrenzung gegen aussen. Innerhalb des medizinischen Dienstes formte die Hierarchie Beziehungen und Selbstverständnisse.

In der Zemstvomedizin verursachte der Auftritt des Sanitätsarztes eine Reihe neuer Exekutiv- und Beratungsorgane. Diese stärkten die Position des medizinischen Personals, der Angehörigen des Dritten Elements, in der Zemstsvverwaltung. Die Machtverhältnisse zwischen Zweitem und Drittem Element haben sich verändert: Die komplexen sozialen und ökonomischen Verwaltungstätigkeiten verlangten beruflich qualifiziertes Personal. Die neuen Gesundheitsorgane waren im Selbstverständnis von Zemstvoärzten und -abgeordneten kollegial, tendierten aber zu einer Hierarchisierung zwischen Sanitäts- und Revierarzt zum einen sowie zwischen Gouvernement und Kreisen zum anderen. Diese Hierarchisierungstendenzen und das neue Selbstbewusstsein des Dritten Elements führten zu mannigfachen Konflikten. Die Kollisionen waren aber auch produktiv. Die Zemstsvor- und Revierärzte begannen sich vom Mythos des selbstlosen Arztes im Dienst am Volk zu emanzipieren und forderten bessere Arbeitsbedingungen; die Auseinandersetzung unter Sanitäts- und Revierärzten um Programm, Praxis und Ressourcen der Gesundheitsprävention führte zu ersten Binnendifferenzierungen. Infolge dessen wurde die Einbindung der lokalen Bevölkerung in das Gesundheitspräventionsprojekt in Angriff genommen.

