

KANTS SCHLAFGEWOHNHEITEN – KRANKHEITSPRÄVENTION ALS SELBSTTECHNOLOGIE¹

Von Matthias Leanza

Die sozialwissenschaftliche Beschäftigung mit dem Themenfeld der Krankheitsprävention respektive Gesundheitsförderung² kennt zwei prinzipielle Zugangsweisen. Einerseits spüren zahlreiche sozialwissenschaftliche Studien den sozialen Bedingungsfaktoren für Krankheit und Gesundheit nach, um auf dieser Basis Risiko- und Zielgruppen zu identifizieren sowie schließlich milieu- beziehungsweise risikogruppenspezifische Strategien zu entwickeln. Als ein im deutschsprachigen Raum prominentes Beispiel für eine solche Forschungsausrichtung kann Hurrelmanns (2006) Gesundheitssoziologie angeführt werden, die als eine Teildisziplin der Gesundheitswissenschaften konzipiert wird. Aber auch Antonovskys (1997) Arbeiten zur Salutogenese widmen sich – wenn gleich mit einer dezidiert ressourcenorientierten Ausrichtung – den sozialen Einflüssen und Rahmenbedingungen, welche den Gesundheitszustand einer Person affizieren. Andererseits lassen sich die verschiedenen präventiven Interventionen in ihrer Eigenlogik und Regelmäßigkeit zum expliziten Forschungsgegenstand nehmen. Hier interessieren die in den Präventionsprogrammen enthaltenen Wissensschemata und ihre normativen Implikationen, die sozialen Kräfteverhältnisse, welche bei der Umsetzung der skizzierten Vorsorgepraktiken eine Rolle spielen, sowie auch die mit ihnen verbundenen Paradoxien (vgl. etwa Castel 1983; Petersen 1997; Bröckling 2008; Fuchs 2008). Während sich im ersten Fall die Soziologie im Chor mit anderen sozialwissenschaftlichen Disziplinen darum bemüht, einen *positiven Beitrag* bei der Vorbeugung von Krank-

¹ Für kritische Lektüre und wertvolle Hinweise danke ich Ulrich Bröckling, Herdis Hagen, Andrea zur Nieden und Sylvia Terpe.

² Mit Hafén (2006; 2005, 275 ff.) gehe ich davon aus, dass kein prinzipieller Unterschied zwischen Krankheitsprävention und dem spätestens seit der *Ottawa-Charta* der *Weltgesundheitsorganisation* von 1986 bekanntem Konzept der Gesundheitsförderung besteht. Zwar werden unter dem Label der „Health Promotion“ verstärkt ‚verhältnispräventive‘ Maßnahmen forciert sowie stärker als zuvor auf Strategien von Empowerment und Partizipation gesetzt. Ebenso ist eine Fokussierung auf Schutzfaktoren zu konstatieren, welche bei den vornehmlich pathogenetisch orientierten Präventionsprogrammen so nicht gegeben ist. Dennoch geht es beiden Ansätzen darum, Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu verhindern, wenn gleich sich die Blickwinkel zunächst als konträr darstellen.

heiten zu leisten oder zumindest Einsichten in die Soziogenese von Gesundheit und Krankheit zu liefern, so fungieren im zweiten Fall die Programmatiken und Praktiken der Prävention als *dezidierter Gegenstand* der Untersuchung.

Mit Blick auf die Soziologie hat Robert Straus bereits 1957 mit seiner Unterscheidung zwischen einer „sociology of medicine“ und einer „sociology in medicine“ auf die zwei gegenläufigen Zugriffsweisen hingewiesen: „[O]n the one hand the sociologist stands apart and studies medicine as an institution or behavior system; on the other hand he is collaborating with the medical specialist in trying to help him in the performance of his educational or therapeutic functions.“ (Straus 1957, 203) Da viele Präventionsmaßnahmen außerhalb der – im engeren Sinne – Medizin stattfinden, bezeichne ich in Analogie zu Straus' Unterscheidung die zwei oben skizzierten Perspektivierungen als eine *sociology in* beziehungsweise eine *sociology of prevention*.

Der vorliegende Aufsatz bietet keinen soziologischen Beitrag zur Entwicklung und Optimierung präventiver Maßnahmen, sondern lenkt im Sinne einer *sociology of prevention* seine Aufmerksamkeit auf die diskursiven Schemata und Rationalitäten, welche Vorsorgepraktiken zugrunde liegen und ihnen Kontur verleihen. Es kann daher im Folgenden nicht darum gehen, gute soziologische Gründe für oder auch gegen bestimmte Präventionsansätze vorzubringen. In einer „contra-phänomenologischen Anstrengung“ (Luhmann 1993, 26) ist vielmehr nach denjenigen Mechanismen zu fragen, welche Prävention als plausible soziale Praxis allererst produzieren. Denn ein präventiver Bezug zur eigenen oder fremden Gesundheit kann nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Es bedarf hochkomplexer Verfahren und massiver Anstrengungen, um einen solchen herzustellen. Das Unwahrscheinliche und Kontingente an der alltäglich beobacht- und erfahrbaren Präventionspraxis ist analytisch wieder sichtbar zu machen. Fuchs (2008, 371) sieht in systemtheoretischer Perspektive die spezifische Unwahrscheinlichkeit von Prävention in ihrem Ansinnen, „in einer Gegenwart Einschränkungen hinzunehmen oder in diese Gegenwart Ressourcen bzw. irgendwelche aufwändigen Anstrengungen zu investieren auf Grund einer (unbekannt bleibenden) Zukunft, die – auch ohne diese Einschränkungen und Mühen – wünschenswert oder ganz anders als gedacht ausfallen könnte.“³ Anders gesagt: Unter den Vorzeichen von Prävention

³ Diese Aussage bezieht sich auch auf Präventionsbemühungen in anderen gesellschaftlichen Feldern – wie etwa der Kriminalitätsprävention im Kontext rechtlicher und sicherheitspolitischer Maßnahmen. Stets geht es darum, eine negativ bewertete Zukunft durch gegenwärtiges Handeln zu verhindern, wenngleich die dabei projektierte Zukunft kontingent und nicht voraussehbar bleibt (vgl. Fuchs 2008, 363 ff.). Wie Bröckling (2008, 47) ausführt, handelt es sich bei Prä-

müssen gegenwärtige Handlungsentscheidungen mit Blick auf ihre möglichen Auswirkungen auf die eigene oder fremde Gesundheit in der Zukunft getroffen und eventuell korrigiert werden. Die aktuelle Gegenwart wird mit dem Verweis auf eine höchstens wahrscheinliche, aber niemals notwendige zukünftige Gegenwart problematisiert und bei gegebenem Anlass mitunter nachhaltig verändert.

Diese durch Prävention zu leistende *Vergegenwärtigung zukünftiger Erkrankungen* – mit allen daran gebundenen Konsequenzen für aktuelles Handeln und Entscheiden – stellt sich nicht spontan ein. Es existieren jedoch soziale Mechanismen und Institutionen, welche dem Auftreten von Prävention Wahrscheinlichkeit verleihen. Zwei grundlegende Formen, die sich in weiten Teilen ergänzen beziehungsweise wechselseitig substituierbar sind, können unterschieden werden.⁴ Eine erste Möglichkeit der ‚Verwahrscheinlichung‘ und Verstetigung von Prävention besteht in der Bildung von Professionen und Organisationen, die eine Zuständigkeit für die Entwicklung, Verbreitung und Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen reklamieren. Von den gesundheitswissenschaftlichen und sozialmedizinischen Instituten an den Universitäten, über die Krankenkassen und die verschiedenen gesundheitspolitischen Ämter, bis hin zu Präventionsfachleuten und Medizinern finden sich zahlreiche professionalisierte Bemühungen, Prävention zu etablieren. Trotz eines großen historischen Formenreichtums handelt es sich stets darum, im Rahmen formalisierter Kommunikationszusammenhänge die Implementierung von Vorsorgemaßnahmen zu organisieren. (Vgl. Hafen 2005, 234 ff., 630 ff.) Ein zweiter Mechanismus setzt am Individuum und dessen Alltagspraktiken an. Hier gilt es, individuelle Lebensweisen zu systematisieren, so dass die einzelne Person schließlich aktiv ohne ständige Anreize von Außen zu einer präventiven Form der Selbstführung gelangt. Bestimmte Gewohnheiten und Verhaltensweisen werden

vention um einen „übergreifenden Modus des Zukunftsmanagements zeitgenössischer Gesellschaften“, und es wäre zu prüfen, inwiefern die hier am Beispiel der Krankheitsprävention entwickelten Überlegungen auf andere Präventionsfelder übertragbar sind.

⁴ Nach Fuchs (2008, 371) wird die mit Prävention verbundene „Sinnzumutung einer Gegenwartsbelastung“, durch die Ausdifferenzierung eines symbolisch generalisierten Kommunikationsmediums ‚kompensiert‘. Dieses bestehe aus einer spezifischen Form der Risikozurechnung: „Es ist das Risiko, in der Zukunft (genauer im Futur II) verantwortlich gemacht werden zu können für das, was man trotz einer in der Vergangenheit möglichen Vermeidungsoption in eben dieser vergangenen Gegenwart nicht vermieden hat.“ (Fuchs 2008, 371) Auch wenn ich dem Argument grundsätzlich folge, so scheint es sinnvoll zu sein, weitergehende Konkretisierungen vorzunehmen. Es macht sozial etwa einen Unterschied, ob das Risiko auf individuelles Fehlverhalten zugerechnet wird oder aber politisch Instanzen und Organisationen die Verantwortung – für die dann wieder individuell erlittene Krankheit – tragen und gegebenenfalls zur Rechenschaft gezogen werden (vgl. auch Leanza 2010a, 251 ff.).

dann eigenständig problematisiert und korrigiert. Das sozial eingeübte schlechte Gewissen leistet schließlich seinen Beitrag dazu, das Individuum auch auf einer emotionalen Ebene an seine präventive Selbstführung zu binden. In Anschluss an Michel Foucault (2007, 290) begreife ich solche kulturell kodifizierten „Formen, in denen das Individuum auf sich selbst einwirkt“, als *Technologien des Selbst* (vgl. auch Petersen 1997, 197 ff.). Allein sie sind Gegenstand der weiteren Argumentation.⁵

Die Kodifizierung einer präventiven Selbsttechnologie ist kein Privileg des 20. Jahrhunderts. Vielmehr lässt sich in Europa eine mehr als 250jährige historische Spur der diskursiven Formierung und praktischen Etablierung eines präventiven Selbstverhältnisses zurückverfolgen, die für eine „Geschichte der Gegenwart“ (Foucault 1994, 43) von Relevanz ist.⁶ So wurden im Rahmen der neohippokratischen Medizin und Diätetik ab der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts Präventionsstrategien entworfen und popularisiert, für welche die Systematisierung der individuellen Lebensweise zentral war. Für eine Analyse der mit Prävention verbundenen Modi der Selbstführung erweist sich ein Blick auf diesen historischen Kontext daher als äußerst fruchtbar. Wie in der Literatur bereits mehrfach herausgearbeitet wurde (vgl. etwa Frevert 1984, 28 ff.; Göckenjan 1985, 74–94; Barthel 1989, 106–200; Labisch 1992, 96 ff.; Sarasin 2001), artikulierte die Diätetik des 18. und 19. Jahrhunderts das Selbstverständnis des um Distinktion bemühten aufstrebenden Bürgertums mit seiner Orientierung an rationaler Lebensführung und Selbstkontrolle. Ein besonderes Augenmerk soll hier jedoch auf die *spezifische Zeitstruktur* gerichtet werden, die dieser Form der Selbstführung konstitutiv eingeschrieben ist: Die phänomenale Gegenwart des Hier und Jetzt wird zugunsten einer antizipierten zukünftigen Gegenwart auf Distanz gebracht, die es durch gegenwärtige Handlungsentscheidungen individuell zu verhindern gilt.⁷

⁵ Die zwei angeführten Strategien der Bearbeitung der Unwahrscheinlichkeit von Prävention schließen einander nicht aus, häufig sind sie sogar eng miteinander verwoben – man denke nur an Schulungen zum autogenen Training oder an Beratungen zu einer gesunden Ernährungsweise. Auch wenn das Individuum mitunter erst durch eine professionalisierte Gesundheitserziehung zu seiner präventiven Selbsttechnologie gelangt, kann es doch fortan eigenständig – ohne dauerhafte Interventionen von Außen – einen gesundheitsförderlichen Lebensstil pflegen.

⁶ Wohlgermerkt, diese historische Spur endet nicht im 18. Jahrhundert. Sie führt letztlich bis in die Antike zurück, wie weiter unten knapp ausgeführt wird.

⁷ Die Ausweitung der Zeithorizonte sowie die Tendenz Fremd- in Selbstkontrolle zu überführen, stellen ebenfalls für Elias (1997) zentrale Charakteristika der europäischen Moderne dar. Aus genealogischer Perspektive sind jedoch das lineare Geschichtsmodell Elias', das kaum Platz für gegenläufige Entwicklungen, interne Brüche und Widerstände lässt, sowie die substantialistischen Überreste seiner Subjektkonzeption, welche in der Gegenüberstellung von Affekten (Individuum) und Affektkontrolle (Gesellschaft) sichtbar wird, zu kritisieren. (vgl. für eine solche Kritik an Elias Lemke 2001, 81–93).

Nach einem Überblick über die Renaissance antiker Gesundheitslehren im 18. und 19. Jahrhundert (I.) wird anhand einer exemplarischen Lektüre eines aus dem diätetischen Diskurszusammenhang stammenden Textes Immanuel Kants eine detaillierte Analyse vorgenommen. Dieser liegt eine zweifache Zielstellung zugrunde: *Erstens* sollen typische Muster und Regelmäßigkeiten einer diätetischen Selbstführung anhand der kantschen Argumentation herausgearbeitet werden. *Zweitens* zeigt sich an ihr besonders deutlich die zentrale Rolle einer sittlichen und an Vernunftkriterien orientierten Gemütsbildung für die Umsetzung von Prävention. Kant sieht die Diätetik daher als einen legitimen Gegenstand vor allem der praktischen Philosophie an (II.). Abschließend wird Foucaults Konzeption von Selbsttechnologien diskutiert und durch die systemtheoretische Vorstellung einer Ko-Evolution sozialer und psychischer Systeme zu präzisieren versucht (III.).

Der Aufsatz versteht sich als einen Beitrag zu einer Genealogie der Prävention (vgl. dazu auch Lengwiler/Madarász 2010). Durch die im Hauptteil vorgelegte Analyse textlicher Mikrostrukturen sollen sowohl weitergehende Einblicke in die Motorik präventiver Selbstführung gewonnen, als auch ein verfremdender – und mitunter befremdlicher – Blick auf die für uns heute so selbstverständliche Logik der Prävention gerichtet werden.

I. Zur Renaissance antiker Gesundheitslehren im 18. und 19. Jahrhundert

Medizin- und körperhistorische Studien haben aufgezeigt, dass in Europa bereits zu Beginn des 18. Jahrhunderts – und damit lange vor der Entstehung der Bakteriologie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – systematische Anstrengungen im Bereich von Prävention und Gesundheitsvorsorge unternommen wurden. Neben den zeitlich etwas später einsetzenden bevölkerungspolitischen Präventionsbemühungen im Rahmen einer medizinischen Polizey, die aber zu jener Zeit mehr Programm denn manifeste Realität geblieben sind (vgl. Möller 2005; Rosen 1957, 114 ff.; Göckenjan 1985, 94–109; Foucault 2003), stellt die neo-hippokratische Medizin einen zentralen diskursiven wie praktischen Kontext dar, in welchem etwa seit den 1730er Jahren zunächst in England und dann auch auf dem Kontinent individuumszentrierte Vorbeugestrategien entwickelt und propagiert wurden (vgl. Sarasin 2001, 39 ff.). Im deutschsprachigen Raum trug die medizinische Volksaufklärung ab den 1770er Jahren die Diätetik zudem in ländlich-bäuerliche Milieus sowie die städtischen Unterschichten hinein und ist als eine zentrale Instanz bei der Diffusion individuumszentrierter Prävention im ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert anzusehen (vgl.

Böning 2000, 35 ff.).⁸ Der Rückbezug auf antike Gesundheitslehren, wie sie mit den Namen Hippokrates von Kos sowie Galenos von Pergamon verbunden sind, als auch die Absetzbewegung gegenüber den religiös überformten Erklärungsmustern der ‚mittelalterlichen Medizin‘ (vgl. Sarasin 2001, 37 ff.), führten die neohippokratische Ärzteschaft des 18. und 19. Jahrhunderts zu einer präventiv grundierten Betrachtungsweise des menschlichen Körpers und dessen Gesundheit.

Schon im antiken *Corpus Hippocraticum* finden sich – neben der Kodifizierung einer ärztlichen Heilkunst im Rahmen einer Qualitätsbeziehungswise Säftelehre (vgl. Hippokrates 1994a, 204 ff.; 1994b, 278 ff.; Eckart 2009, 25 ff., 45 f.) – zahlreiche Diskussionen über Umweltfaktoren, denen der Mensch ausgesetzt sei und die es präventiv zu beeinflussen gelte (vgl. Hippokrates 1994b; 1994c). Gerade weil von der prinzipiellen Umweltabhängigkeit des menschlichen Organismus und seines Gesundheitszustandes ausgegangen wird, gewinnen präventive Strategien an Plausibilität, welche die konkreten Lebensbedingungen und individuellen Verhaltensroutinen von Personen aktiv zu gestalten suchen. Die unter dem Begriff der „Diät“ subsumierten Regeln der Lebensführung sollten es – nach erfolgter Unterweisung – der einzelnen Person erlauben, bis zu einem gewissen Grade ihren Gesundheitszustand eigenständig zu regulieren, wenngleich zu beachten ist, dass sich die erteilten Ratschläge vornehmlich an eine kleine Schicht wohlhabender und freier Bürger richteten (vgl. Rosen 1957, 36). Diät bezeichnete dabei „nicht nur die Ernährung durch Speisen und Getränke, sondern auch die Behandlung durch Bäder, Schwitzen und Erbrechen, vor allem aber auch die sportlichen Übungen, die zum selbstverständlichen Tagespensum jedes freien Menschen, der in einigermaßen gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen lebte, gehörte. Diät in diesem Sinne wurde nicht nur von den Kranken und den Genesenden, sondern prophylaktisch auch von den Gesunden angewandt.“ (Diller, in: Hippokrates 1994b, 270; vgl. auch Foucault 1989, 125 – 179; Sotres 1996, 312 ff.)

Zwei Techniken waren für die antike Diätetik von entscheidender Bedeutung. Einerseits galt es sich in einer „Kunst der Zeichendeutung“ (Hippokrates 1994b, 286) zu üben, welche „am Gegenwärtigen das Zukünftige“ (Hippokrates 1994b, 287) zu erkennen erlaubte. Die Anzeichen einer möglichen Gesundheitsschädigung in der Zukunft seien demnach schon im Vorhinein zu dekodieren. Andererseits müsse dieses zunächst kognitive Wissen um mögliche Gesundheitsbeeinträchtigungen

⁸ Die im deutschsprachigen Raum in der Mitte des 18. Jahrhunderts einsetzende Bewegung der Volksaufklärung popularisierte mit ihren annähernd 20.000 Schriften von rund 4.000 Autoren und Autorinnen aufklärerisches und naturwissenschaftliches Gedankengut, das nahezu alle Lebensbereiche betraf (vgl. die Beiträge in Böning et.al. 2007).

durch konkrete „Regeln der Gesundheitsführung“ (Hippokrates 1994b, 277) in eine individuelle Alltagspraxis übersetzt werden. Das Wissen über die potentielle Schädlichkeit beziehungsweise gesundheitserhaltende Wirkung bestimmter Umweltfaktoren und Verhaltensweisen – wie Wetter, Winde, Ernährung, Kleidung oder körperliche Betätigung –, bedürfe demnach einer Ergänzung durch eine präventiv orientierte Selbstführung im Alltag.

Im 18. und 19. Jahrhundert erfuhren im Rahmen hygienischer, allgemein medizinischer und volksaufklärerischer Schriften diätetische Konzepte, wie das der *sex res non naturales*, eine erneute Popularität (vgl. Sarasin 2001, 32–51; Böning 2000, 39 f.). Auch wenn mit Blick auf die konkrete Praxis der neohippokratischen Ärzteschaft ein Changieren zwischen antikem Ideal und der pragmatischen Nutzung gängiger, zeitgenössischer Heilverfahren zu konstatieren ist (vgl. Sarasin 2001, 42), wurden doch zahlreiche diätetisch informierte Gesundheitsratgeber, Erziehungshilfen und medizinische Kalender⁹ zu jener Zeit in den verschiedenen europäischen Ländern vorgelegt. Ebenfalls fand eine Popularisierung diätetischer Schemata durch Zeitschriften wie *Der unterhaltende Arzt. Über Gesundheitspflege, Schönheit, Medicinalwesen, Religion und Sitten (1785–1789)* oder *Graumanns Diätetisches Wochenblatt für alle Stände, oder gemeinnützige Aufsätze und Abhandlungen zur Erhaltung der Gesundheit (1781–1783)* statt.¹⁰ Wie schon bei ihren antiken Vorbildern erteilten diese – mitunter sehr heterogenen – Schriften Ratschläge für eine gesundheitsförderliche Lebensweise, nunmehr jedoch an einen größeren Adressatenkreis gerichtet.

Ein prominentes Beispiel aus dem deutschsprachigen Raum stellt der viel gelesene *Gesundheits-Katechismus* (1976 [1794]) des Bernhard Christoph Faust dar, der im Auftrag der Gräfin Juliane von Schaumburg-Lippe für den Einsatz im Schulunterricht verfasst wurde und an einigen Schulen zum obligatorischen *Curriculum* gehörte (vgl. Labisch 1992, 95). Das Beispiel zeigt nicht nur die Bedeutung von staatlichen und pädagogischen Bemühungen für die Entwicklung einer präventiven Selbstführung, sondern verrät auch viel über die moralische Verfasstheit letzterer. Neben konkreten Hinweisen wie man Krankheiten verhindern

⁹ Die Tradition der so genannten Volkskalender geht bis in die zweite Hälfte des 15. Jahrhunderts zurück, wobei sie erst im 18. Jahrhundert zu einer flächendeckenden Verbreitung fanden. In den Kalendern waren unter anderem günstige Zeitpunkte für den (präventiven) Aderlass eingezeichnet, weshalb sie auch als „Lasszettel“ bezeichnet wurden. Darüber hinaus wurden auch astrologische, landwirtschaftliche oder hauswirtschaftliche Themen angesprochen (vgl. Giess 1993).

¹⁰ Einen zeitgenössischen Überblick über die diätetischen Schriften des 18. Jahrhunderts gibt Friedrich Burdach in seiner *Diätetik für Gesunde* (1804), S. 86 ff.

oder kurieren kann, enthalten die 395 Fragen und Antworten des Katechismus an zentralen Stellen moralische Verantwortungs- und Schuldzuweisungen: „14. Da also die Gesundheit das schätzbarste Gut des Lebens ist: welche Pflicht hat der Mensch in Ansehung ihrer gegen sich selbst? Er muß seine Gesundheit zu erhalten suchen. 15. Hat der Mensch genug gethan, wenn er für seine eigene Gesundheit Sorge? Nein; es ist auch seine Pflicht, für das Leben und die Gesundheit seiner Nebenmenschen zu sorgen. 16. Und was sind Aeltern ihren Kindern schuldig? Sie sind schuldig, die größte Sorge, auf die Erhaltung des Lebens und der Gesundheit ihrer Kinder zu verwenden.“ (Faust 1976 [1794], 11) Weiter heißt es: „38. Da wir aber doch so viele Menschen ungesund und krank sehen, welche Ursache muß da wohl vorzüglich zum Grunde liegen? Schwäche, oder Mangel an reinen Lebens-Kräften. 39. Ist diese Schwäche natürlich? Nein; von Natur sind die Menschen stark, voll Leben und Wohlseyn. 40. Wie haben sie sich diese Schwäche zugezogen? Größtentheils durch ihre eigene Schuld, oder Unwissenheit.“ (Faust 1976 [1794], 16) Und auch das Gegengift wird gleich gereicht: „43. Wodurch können die Menschen wieder stark werden? Durch eine verständige Erziehung und Lebensart.“ (Faust 1976 [1794], 16)

Ausgehend von der Vorstellung, dass sich die individuelle und auch kollektive Lebensweise von der natürlich (oder göttlich) vorgegebenen Konstitution des Menschen entfernen könne, wurden nicht nur individuell zurechenbare Verhaltensweisen und Angewohnheiten problematisiert, sondern auch kulturkritische Töne angestimmt. Bei Christoph Wilhelm Hufeland (1798, 374 f.) findet sich in einem Kapitel über die physische Erziehung der Kinder eine solche Kritik, die hier exemplarisch angeführt werden soll. Seine diätetischen Ratschläge werden von ihm wie folgt gerahmt: „In keinem Stücke kann man wohl die Progressen der Vernunft und der Kultur in unseren Tagen auffallender wahrnehmen, als in der *Behandlung der Kinder*; und ein Zeitraum von etwa zwanzig Jahren hat hier (Dank sey den unsterblichen Männern, die den ersten Anstoß gaben!) eine Revolution bewirkt, die um so erstauenswürdiger, aber auch glorreicher ist, je mehr sie das Werk der Vernunft und bessern Erkenntnis war, und je mehr Vorurtheil, Aberglauben, und wohlhergebrachte Gewohnheit jeder Verbesserung den Weg in den Kinderstuben erschwereten. Man hat sich der Natur wieder genähert, von der man sich so schrecklich entfernt hatte, und man ist nun überzeugt, daß, um aus Kindern gesunde und brauchbare Menschen zu bilden, der einzige Weg sey, sie frühzeitig mit den Elementen und Einflüssen bekannt zu machen, in denen sie einst leben sollen, allen Zwang, Künsteley, und alles, was zu schnelle Reifung bewirken könnte, zu vermeiden, den Geist nicht auf Kosten des Körpers auszubilden, und mit Einem Worte die so lange verkannten *Rechte der Natur und der Kindheit*

zu respektieren[.]“ Der positive Bezug auf die natürliche (oder auch göttlich gegebene) Konstitution des Menschen ließ die Diätetik gerade *nicht* in eine Schicksalsgläubigkeit oder gar einen Defätismus verfallen. Genügend Raum für eine aktive Gestaltbarkeit des Gesundheitszustandes von Individuen war vorhanden: Durch Erziehung und Selbsteinwirkung sollten alltägliche Verhaltensweisen und die konkreten Lebensumstände einer Person in Einklang mit ihrer – stets individuell variierenden – Konstitution gebracht werden. Gelang dies, so wurde die Lebensweise als eine sittliche und tugendhafte qualifiziert (vgl. etwa Hufeland 1797, VIII; Gellert 1764). Wie bereits bei ihren antiken Vorgängern galt es, das richtige Maß zu finden.

II. Konturen einer diätetischen Technologie des Selbst am Beispiel Kants

Im Dezember 1796 trug der bereits angeführte Arzt, Medizinprofessor und spätere königliche Leibarzt Hufeland an Kant die Bitte heran, er möge sein am Vitalismus orientiertes Buch *Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern* (1797)¹¹ kommentieren (ab der dritten Auflage von 1805 trägt die Schrift den Titel *Makrobiotik oder die Kunst . . .*).¹² Der daraufhin von Kant verfasste und an Hufeland adressierte Aufsatz *Von der Macht des Gemüths durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu seyn*¹³ wurde 1798 in dem von Hufeland herausgegebenen *Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst* sowie im selben Jahr als dritter Abschnitt in der kantschen Schrift *Der Streit der Facultäten* publiziert, welche das Verhältnis der drei „oberen Facultäten“ der Theologie, der Jurisprudenz und der Medizin zu der „unteren Facultät“ der Philosophie aus philosophischer Perspektive

¹¹ Hufelands Schrift wird häufig auf 1796 datiert. Dies stellt jedoch einen Irrtum dar. Zumindest existiert eine nicht weiter spezifizierte Ausgabe von 1797, sowie eine „zweyte vermehrte Auflage“ von 1798 (beide erschienen bei der akademischen Buchhandlung, Jena). Auf eine Ausgabe von 1796 bin ich bei meiner Recherche in diversen Bibliothekskatalogen nicht gestoßen.

¹² Die von Hufeland vertretene Lebenskraft-Konzeption ging von einer dem Organismus innewohnenden Lebensenergie aus, welche die Grundlage menschlicher Existenz darstelle und der es zu ihrem Recht zu verhelfen gelte, indem Störungen und Blockaden abgebaut würden. Damit knüpft Hufeland an die vitalistische Strömung der damaligen Medizin an, wie sie durch Georg Ernst Stahls Animismus vorbereitet und beispielsweise von der renommierten Schule von Montpellier repräsentiert wurde (vgl. zur Rezeptionsgeschichte Stahls Helm 2000). Entgegen einer mechanistischen Perspektive betonte der Vitalismus, dass sich Organismen nicht auf ihre Elemente reduzieren ließen (vgl. Eckart 2009, 159–169). Gleichwohl findet sich der Topos der Lebensverlängerung bereits in der medizinischen Literatur des 15. Jahrhunderts (vgl. Labisch 1992, 42–68).

¹³ Der kantsche Text wird im Folgenden mit der Sigle *MdG* zitiert.

auszuloten versuchte (vgl. Kant 1977 [1798], 282–300).¹⁴ Mir geht es im Folgenden nicht um eine Einordnung des kantischen Textes in dessen Gesamtwerk oder in jenen größeren philosophischen Denkbzusammenhang, der später unter dem Namen „Deutscher Idealismus“ firmieren sollte. Ebenso wenig ist es meine Absicht, die angeführten Vorsorgestrategien vor dem Hintergrund heutigen medizinischen Wissens zu bewerten. Kants Ausführungen interessieren mich nur insofern, als dass sie für den diätetischen Diskursraum *zentrale Schemata* aufnehmen und aktualisieren. Zugleich machen sie sichtbar, wie die (medizinische) Aufklärungsbewegung mit dem Versuch einer Umformung individueller Selbstverhältnisse und Zeithorizonte einherging. Grundlegende Muster einer diätetischen Selbsttechnologie lassen sich am kantischen Text ablesen, wobei auf seine Spezifika ebenfalls hinzuweisen ist.¹⁵

Entlang verschiedener auch von Hufeland verhandelter Themen diskutiert Kant die Möglichkeit, durch bewussten Vorsatz und freien Willensentschluss einen diätetischen, Krankheiten vermeidenden Lebenswandel zu pflegen. Zahlreiche Beispiele aus seinem eigenen Leben illustrieren die Argumentation. Grundlegend geht Kant davon aus, dass die „moralisch-practische Philosophie zugleich eine Universalmedizin abgiebt, die zwar nicht Allen für Alles hilft, aber doch in keinem Recepte mangeln kann“ (*MdG*, 704). Dieser universalmedizinische Charakter praktischer Philosophie betreffe zwar nur die präventive Diätetik, sie stelle für diese aber eine *conditio sine qua non* dar: „Dergleichen Kunst [Diätetik; M.L.] aber setzt ein Vermögen voraus, das nur Philosophie, oder der Geist derselben, den man schlechthin voraussetzen muß, geben kann.“ (*MdG*, 704) Jede Form von Diätetik sei auf eine rationale Gemüts- und Willensbildung angewiesen, wie sie praktische Philosophie anzuleiten vermöge. Vor diesem Hintergrund unterscheidet Kant zwei verschiedenartige Formen von Heilkunde: „Diese [die Heilkunde; M.L.] ist alsdann *philosophisch*, wenn blos die Macht der Vernunft im Menschen, über seine sinnliche Gefühle durch einen sich selbst gegebenen Grundsatz Meister zu seyn, die Lebensweise bestimmt. Dagegen, wenn sie diese Empfindungen zu erregen oder abzuwehren die Hülfe *ausser sich* in körperlichen Mitteln (der Apotheke, oder der Chirurgie) sucht, sie blos empirisch und mechanisch ist.“ (*MdG*, 710 f.) Der argumentative und praktische Ort für die philosophische Intervention in den Problem-bereich der Medizin ist damit markiert. Es handelt sich um die präven-

¹⁴ Vgl. Foucault (2010, 19, 21 f., 38 ff.) für eine Darstellung des Briefwechsels zwischen Kant und Hufeland sowie einer Diskussion des engen Verhältnisses von *MdG* zu Kants Schrift *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*.

¹⁵ Knappe medizinhistorische Kommentierungen des kantischen Textes finden sich unter anderem bei Schipperges 1962, 49 ff.; Barthel 1989, 118 f.; Labisch 1992, 101.

tive Diätetik, die „nur *negativ*, als Kunst, Krankheiten *abzuhalten*“ (*MdG*, 704) wirke. Es ist daher kein Zufall, dass ein Philosoph wie Kant *als* Philosoph in den Diskurs eintritt (und damit auch in dieser Hinsicht an eine antike Tradition anknüpft). Die aktive Beeinflussung des Gesundheitszustandes einer Person ist zwar Kant paraphrasierend auf medizinisches Wissen angewiesen, sie bedarf aber, um praktisch zu werden, einer vernunftorientierten Lebensweise.

Kants Programm einer an rationalen und sittlichen Kriterien ausgerichteten Willensbildung verfolgt das Ziel, „das alles, was man sonst Schicksal nannte, (dem man sich demüthig und andächtig unterwarf) dem eigenen festen Vorsatze [zu] unterwerfen“ (*MdG*, 744). Aber nicht nur von einer auf Schicksal beruhenden Weltinterpretation, welche jedwede präventive Intervention überflüssig machte, distanziert sich das rationale Unterfangen Kants. Auch von den Gefühlen, welche das Sinnliche, Körperliche, Unvernünftige, gar Krankhafte am Menschen repräsentierten, müsse – wie bereits der Titel sehr deutlich anzeigt – Distanz gewahrt werden. Das Projekt einer rationalen Gestaltbarkeit von Gesundheit durch diätetische Regeln der Lebensführung ist mit gefühlsorientierten Handlungsrationaltäten sowie mit einem auf Schicksal oder (göttlicher) Vorhersehung beruhendem Weltbild gleichermaßen unvereinbar. Immer wieder spricht Kant von den „krankhaften Gefühlen“, die es durch festen Vorsatz zu meistern gelte. Das Gemüt wird dabei als derjenige Schauplatz konzipiert, auf welchem die krankhaften Gefühle und der an rationalen Zwecksetzungen orientierte Wille aufeinander treffen: Das Gemüt ist ein Schlachtfeld.¹⁶

Skepsis sei gegenüber den Gefühlen auch deswegen angebracht, da sie denjenigen, der sie erlebe, oft in falscher Sicherheit wiegten: „Man kann sich gesund *fühlen* (aus dem behaglichen Gefühl seines Lebens urtheilen) nie aber *wissen*, daß man gesund sey.“ (*MdG*, 708) Ebenso entzögen sich die der Krankheit zugrunde liegenden Mechanismen und Ursachen gefühlsmäßiger Erfahrung: „Die *Causalität* aber kann man nicht fühlen dazu gehört der Verstand, dessen Urtheil irrig sein kann[.]“ (*MdG*, 709)¹⁷ In einer von Hufeland posthum herausgegebenen Neuauflage des kantischen Textes vertritt dieser in einem Vorwort in besonders drastischer Weise die Auffassung, dass der Körper durch den Geist zu beherrschen sei: „Das Leben des Leibes muß jenem [dem Geist; M.L.] untergeordnet

¹⁶ In Anlehnung an eine Formulierung Paolo Virnos (2005, 80; vgl. dazu auch Bröckling 2007, 19 ff.).

¹⁷ Auch wenn in Kants Schriften, Recki (2008) folgend, eine prinzipielle Skepsis gegenüber gefühls- und affektorientierten Denk- und Handlungsweisen dominiert, so finden sich im Umkreis seiner moralphilosophischen Reflexionen und seinen Überlegungen zur Ästhetik durchaus positive Bezugnahmen auf Gefühl und Sinnlichkeit.

und von ihm beherrscht werden, nicht umgekehrt der Geist sich den Launen, Stimmungen und Trieben des Körpers unterordnen, wenn das wahre Leben erhalten werden soll.“ (Hufeland 1859 [1824], 7) Körper und Geist werden klar voneinander geschieden, um schließlich beide in der Form eines Dominanzverhältnisses aufeinander zu beziehen. Eine solch starke Trennung und Asymmetrie zwischen körperlichen und geistigen Aspekten menschlicher Existenz stellt indes kein generelles Merkmal diätetischer Schriften dar (vgl. etwa die zitierte Textstelle bei Hufeland 1798 oben). Gleichwohl ist eine solche Position durchaus kompatibel mit den grundlegenden Schemata der Diätetik, geht es dieser doch um eine rationale Umgestaltung individueller Verhaltensweisen und konkreter Lebensumstände.

Kants kritischen Rekurs auf Gefühle möchte ich am Thema der Gemächlichkeit weiter illustrieren, welches an zentraler Stelle der Argumentation auftaucht. Eine diätetische Lebensführung erfordere, so Kant, oft ein kontraintuitives und in der konkreten Situation zunächst unangenehmes Handeln: „Es ist freylich gemächlicher im laulichen Wasser sich die Füße zu waschen, als es zur Winterzeit mit beynahe eiskaltem zu thun; dafür aber entgeht man dem Uebel der Erschlaffung der Blutgefäße in so weit vom Herzen entlegenen Theilen; welche im Alter oft eine nicht mehr zu hebende Krankheit der Füße nach sich zieht.“ (MdG, 711) Anstatt unmittelbaren Evidenzen und Gefühlen zu folgen, sei eine durch rationales Kalkül erzeugte Weitsicht an den Tag zu legen, die sich für die mittelbaren Folgen gegenwärtigen Handelns interessiert. Handlungsentscheidungen in der je aktuellen Gegenwart seien bezüglich ihrer Konsequenzen für den zukünftigen Gesundheitszustand einer Person zu befragen. Und oftmals erweise sich dabei die Gemächlichkeit als ein schlechter Ratgeber: „Aber das, worauf es hier eigentlich ankommt, dieses vermeynte Mittel des langen Lebens, die Gemächlichkeit, widerspricht sich in seiner Absicht selbst. Denn das wechselnde Erwachen und wieder Einschlummern in langen Winternächten, ist für das ganze Nervensystem lähmend, zermalmend und in täuschender Ruhe Krafterschöpfend: mithin die Gemächlichkeit hier eine Ursache der Verkürzung des Lebens. – Das Bett ist das Nest einer Menge von Krankheiten.“ (MdG, 712 f.) Die Warnung vor zuviel Gemächlichkeit erfährt aber zugleich eine Begrenzung, könne doch ebenfalls ein Übermaß an Aktivität zu dauerhafter Erschöpfung führen. Das richtige Verhältnis von beiden sei entscheidend: „Auf *Gemächlichkeit* muß die Diätetik nicht berechnet werden; denn diese Schonung seiner Kräfte und Gefühle ist Verzärtelung, d. i. sie hat Schwäche und Kraftlosigkeit zur Folge und ein allmähliges Erlöschen der Lebenskraft, aus Mangel der Uebung; so wie eine Erschöpfung derselben durch zu häufigen und starken Gebrauch derselben.“ (MdG, 710)

Aber nicht nur das Austarieren zwischen Aktivität und Ruhe ist für die von Kant skizzierte Diätetik von Bedeutung. Vielmehr müsse in gesundheitserhaltender Absicht der gesamte Alltag einer zeitlichen Gestaltung unterzogen werden. Dies betrifft sowohl die Schlafdauer (vgl. *MdG*, 721), den Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme (vgl. *MdG*, 727 ff.) sowie die Folge und richtige Anordnung von Phasen intellektueller Anstrengung und körperlicher Betätigung (*MdG*, 730 ff.). Stets müsse das richtige Maß gefunden und die Lebensweise durch Selbstdisziplinierung systematisiert werden. Die für jede Form von Disziplinierung konstitutive zeitliche Anordnung der Tätigkeiten zum Zwecke ihrer Effizienzsteigerung beziehungsweise Optimierung (vgl. Foucault 1994, 192–201) ist auch ein zentraler Bestandteil der von Kant skizzierten Diätetik, wenngleich hier keine Fremd- sondern eine Selbstdisziplinierung im Zentrum steht. Die *qua* Selbstdisziplinierung zu leistende Systematisierung des Alltags führe aber, wie Kant weiter anmerkt, an eine für den willentlichen Vorsatz zunächst nicht überschreitbare Grenze. Denn das habituell gewordene Alltagshandeln entziehe sich oft unmittelbarer und sofortiger Gestaltbarkeit: „Indessen sind die krankhaften Gefühle aus diesen unzeitig (inuita Minerua)¹⁸ vorgenommenen Geistesarbeiten doch nicht von der Art, daß sie sich unmittelbar durch den bloßen Vorsatz augenblicklich sondern allein durch Entwöhnung, vermöge eines entgegengesetzten Prinzips, nach und nach heben lassen und von den ersteren soll hier nur geredet werden.“ (*MdG*, 732) Auch wenn Kant seine Betrachtung an dieser Stelle auf willentlich verfügbare Handlungen einschränkt – mitunter gar den Eindruck erweckt, als bezöge sich die Diätetik prinzipiell nur auf direkt veränderbare Verhaltensweisen –, so wird an anderen Orten der Argumentation eine längerfristige Anstrengung bei der Umgestaltung eingefahrener Handlungsroutinen empfohlen.

Besonders deutlich wird jenes Anliegen, habitualisierte und in die körperliche Hexis eingeschriebene Schemata zu verändern, an den zahlreichen rund um das Themenfeld des Schlafes angeführten Ratschläge. Die Kunst sich selbst zu steuern und dauerhaft zu verändern, reicht dabei bis an die Grenze vegetativer Funktionen heran: „Ich war vor wenigen Jahren noch dann und wann vom Schnupfen und Husten heimgesucht, welche beyde Zufälle mir desto ungelegener waren, als sie sich bisweilen bey dem Schlafengehen zutrug. Gleichsam entrüstet über diese Störung des Nachtschlafs entschloß ich mich, was den ersteren Zufall betrifft, mit fest geschlossenen Lippen durchaus die Luft durch die Nase zu ziehen: welches mir anfangs nur mit einem schwachen Pfeifen, und da ich nicht absetzte, oder nachließ, immer mit stärkeren, zuletzt mit

¹⁸ „*Invita Minerva*, lat., gegen den Willen der Minerva, d. h. ohne Fähigkeit od. ohne Lust (zu geistiger Arbeit)“ (Herders *Conversations-Lexikon* 1855, 430).

vollen und freyen Luftzuge gelang, es durch die Nase zu Stande zu bringen, darüber ich dann sofort einschlief.“ (*MdG*, 733) Für Kant besteht die „mittelbare Folge dieser löblichen Angewöhnung“ darin, „dass das unwillkührliche abgenöthigte Husten (nicht das *Aufhusten* eines Schleims als beabsichtigter Auswurf) in beyderley Zustände verhütet und so durch die bloße Macht des Vorsatzes eine Krankheit verhütet wird.“ (*MdG*, 738) Nicht durch einen mechanisch-pharmazeutischen Eingriff, sondern durch eine reine „Gemüthsoperation“ (*MdG*, 737) könne die Gesundheit auf diätetischem Wege erhalten werden.

Aber auch Kants Empfehlungen bei Einschlafproblemen sind instruktiv: „Es ist kein anderer diätetischer Rath, als bey dem inneren Wahrnehmen oder Bewußtwerden irgend eines sich regenden Gedanken, die Aufmerksamkeit davon so fort abzuwenden (gleich als ob man mit geschlossenen Augen diese auf eine andere Seite kehrte): wo man durch das Abbrechen jedes Gedanken, den man inne wird, allmählig eine Verwirrung der Vorstellungen entspringt, dadurch das Bewußtseyn seiner körperlichen (äusseren) Lage aufgehoben wird und eine ganze verschiedene Ordnung, nämlich ein unwillkührliches Spiel der Einbildungskraft (das im gesunden Zustande der *Traum* ist) eintritt [...]“ (*MdG*, 723) Der Text skizziert hier eine Technik der Umlenkung von Aufmerksamkeit und der stets mitlaufenden Selbstwahrnehmung, um so das willentlich nicht direkt steuerbare Einschlafen wahrscheinlicher zu machen. Konkreter wird diese Technik nochmals in Kants Bericht über seine eigene Einschlafstrategie ausgeführt: „Nun aber, aus Ungeduld, am Schlafen mich gehindert zu fühlen, griff ich bald zu meinem stoischen Mittel, meinen Gedanken mit Anstrengung auf irgend ein von mir gewähltes gleichgültiges Object, was es auch sey (z. B. auf den viel Nebenvorstellungen enthaltenden Namen Cicero) zu heften: mithin die Aufmerksamkeit von jener Empfindung abzulenken; dadurch diese dann, und zwar schleunig, stumpf wurden und so die Schläfrigkeit sie überwog und dieses kann ich jederzeit, bei wiederkommenden Anfällen dieser Art in den kleinen Unterbrechungen des Nachtschlafs, mit gleich gutem Erfolg wiederholen.“ (*MdG*, 726) Das Bemerkenswerte dieser Aussage besteht nicht nur darin, dass es sich bei der skizzierten Form der Selbststeuerung um eine wiederholbare Methode handelt. Interessant ist auch, dass unbewusste und sich willentlicher Kontrolle zunächst entziehende Abläufe und Körperfunktionen – wie hier das Übergleiten in den Schlaf – durch eine feingliedrige Technologie des Selbst, noch zu kontrollieren versucht werden.

Kant verbleibt jedoch nicht dabei, allgemeine Ratschläge zu erteilen, sondern fordert seine Leserschaft dazu auf, weitergehende Spezifikationen vorzunehmen. Der „Selbstbeobachtung“ (*MdG*, 706), wie sie Kant anhand seines eigenen Beispiels im Text ausführlich demonstriert,

kommt für ihn daher eine wesentliche und insofern allgemeine Bedeutung zu, erlaube sie es doch, individuelle Variationen bezüglich der eigenen Konstitution und Lebensumstände sichtbar zu machen. Obgleich Kant seine allgemein erteilten Ratschläge etwa nach Geschlecht oder Alter spezifiziert (vgl. *MdG*, 727 ff.), müssten aufgrund der Streuung individueller Dispositionen, Lebensumstände und Angewohnheiten weitergehende Differenzierungen vorgenommen werden: „Es würde tadelhafte Anmaßung seyn Andere mit der inneren Geschichte meines Gedankenspiels unterhalten zu wollen, welche zwar subjective Wichtigkeit (für mich) aber keine objective (für jedermann geltende) enthielten. Wenn aber dieses Aufmerken auf sich selbst und die daraus hervorgehende Wahrnehmung nicht so gemein ist, sondern, daß jeder dazu aufgefordert werde, eine Sache ist, die es bedarf und verdient, so kann dieser Uebelstand mit seinen Privatempfindungen Andere zu unterhalten wenigstens verziehen werden.“ (vgl. *MdG*, 705 f.) Kant greift damit eine für die Diätetik typische Argumentationsfigur auf, wie sie auch bereits in Hufelands Schrift *Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern* zu finden ist. Neben allgemeinen „Präservativmethoden“ (Hufeland 1797, 638) wird dort eine „individuelle Diätetik“ (Hufeland 1797, 642) angeraten, die auf jeweils personenspezifische Krankheitsdispositionen und biographische Ereignisse zu reflektieren habe. Nicht nur die individuelle „Architectur des Körpers“ (Hufeland 1797, 644) und die „erste Erziehung“ (Hufeland 1797, 644), auch das „Clima, die Wohnung worinn man lebt“ (Hufeland 1797, 646) oder die „erbliche Anlage“ (Hufeland 1797, 644) seien zu beachten. Eine diätetische Lebensweise erfordert somit ein Wissen um die eigene Individualität, das es durch Selbstbeobachtung zu generieren gelte. Barthel (1989, 106) charakterisiert die Diätetik sehr treffend, wenn er diese als „Code einer selbstreferentiellen Analytik des Subjekts“ bezeichnet.

Die von Kant entworfene Selbsttechnologie lässt sich zusammenfassend wie folgt skizzieren: Ausgehend von der Unterscheidung zwischen einer mechanisch-empirischen Heilkunde, die auf Arzneien oder chirurgische Operationen angewiesen sei, und der präventiven Diätetik, welche auf Gemütsoperationen basiere, wird der Ort für die Intervention der praktischen Philosophie in den Problembereich der Medizin bestimmt: Eine diätetische Form der Krankheitsprävention bedürfe einer sittlichen und an Vernunftkriterien orientierten Gemütsbildung, wie sie die praktische Philosophie (oder der Geist derselben) zu orientieren vermag. Gegenüber einer an Schicksal oder Gemächlichkeit ausgerichteten Lebensweise gelte es, durch rationales Kalkül die sich unmittelbar aufdrängenden Evidenzen und Empfindungen auf Distanz zu bringen. Die mittelbaren Folgen gegenwärtigen Handelns sind für diese Form der Selbstführung von entscheidender Bedeutung. Die phänomenale Gegen-

wart des Hier und Jetzt tritt zurück zugunsten der Antizipation möglicher Erkrankungen in der Zukunft. Die von Kant erteilten Ratschläge seien des Weiteren zwar individuell zu spezifizieren, weshalb der Selbstbeobachtung eine wichtige Rolle zukomme, dennoch werden allgemeine Techniken eines präventiven Selbstverhältnisses skizziert. Von dem Versuch die Balance zwischen Phasen der Aktivität und der Ruhe zu finden, über die Ordnung und Systematisierung des Alltags, die mitunter eine dauerhafte ‚Umprogrammierung‘ von Habitus und körperlicher Hexis notwendig werden lässt, bis hin zu einer subtilen Kunst die Selbstwahrnehmung und Aufmerksamkeit bis in basale organische Vorgänge hinein zu lenken, werden verschiedene Techniken der Selbsteinwirkung und Selbstdisziplinierung vorgelegt. Diese Momente umreißen eine diätetische Technologie des Selbst, die zwar durch Erziehung und Unterweisung durch Andere erst erlernt werden muss, die sich aber nach erfolgter Aneignung in relativer Eigenständigkeit reproduziert. Die Textanalyse abschließend ist noch auf zwei von Kant angeführte Grenzen der Diätetik einzugehen.

Die erste Grenze einer diätetischen und rationalen Selbstführung betrifft die sogenannte Grillenkrankheit: „Die Schwäche, sich seinen krankhaften Gefühlen überhaupt, ohne ein bestimmtes Object, muthlos zu überlassen (mithin ohne den Versuch zu machen über sie durch die Vernunft Meister zu werden – die *Grillenkrankheit* (hypochondria vaga)) welche gar keinen bestimmten Sitz im Körper hat und ein Geschöpf der Einbildungskraft ist und daher auch die *dichtende* heißen könnte – wo der Patient alle Krankheiten, von denen er in Büchern liest, an sich zu bemerken glaubt, ist das gerade Widerspiel jenes Vermögens des Gemüths über seine krankhafte Gefühle Meister zu seyn, nämlich Verzagttheit, über Uebel, welche Menschen zustoßen *könnten*, zu brüten, ohne, wenn sie kämen, ihnen widerstehen zu können[.]“ (*MdG*, 717 f.) Diese unspezifische und generalisierte Hypochondrie stelle zwar auf der einen Seite – wie jede andere Krankheit auch – ein Übel dar, das es präventiv zu umgehen gelte (vgl. *MdG*, 731). Andererseits verhindere sie, sobald sie manifest werde, eine rationale Selbstführung und Prävention, da sie den Unterschied zwischen bloß möglichen („zustoßen *könnten*“) und schon realen Krankheiten verwische: „Von dem, der mit dieser Krankheit behaftet, und so lange er es ist, kann man nicht verlangen, er solle seiner krankhaften Gefühle durch den bloßen Vorsatz Meister werden. Denn, wenn er dies könnte, so wäre er nicht hypochondrisch. Ein vernünftiger Mensch *statuirt* keine solche Hypochondrie: sondern, wenn ihm Beängstigungen anwandeln, die in Grillen, d. i. selbst ausgedachte Uebel ausschlagen wollen, so fragt er sich, ob ein Object derselben da sey.“ (*MdG*, 718 f.) Für den Hypochonder sind alle Krankheiten, von denen er liest oder anderweitig erfährt, schon real, weshalb eine adäquate

Einschätzung von Krankheitsgefahren dann nicht mehr möglich ist. Interessant ist bei der Hypochondrie, dass obwohl sie für Kant die Grenze rationaler Selbstführung darstellt, sie doch gewisse Ähnlichkeiten zur präventiven Diätetik aufweist: In beiden Fällen wird eine *nicht vorhandene Krankheit* zum Grund *faktischen Handelns* in der Gegenwart. Der Unterschied zwischen einem Hypochonder und einer sich präventiv verhaltenden Person besteht im Wesentlichen darin, das jener glaubt eine Krankheit sei bereits ausgebrochen, während für diese die Möglichkeit der Erkrankung zum Motiv gegenwärtigen Verhaltens wird. Nochmals pointierter: Gleichwohl Prävention die *reale* Antizipation *möglicher* Erkrankungen in der Zukunft erfordert, muss der Unterschied zwischen realer Realität und möglicher Realität gewahrt bleiben. Dies erfordert ein anspruchsvolles Unterscheidungsmanagement, zu welchem der Hypochonder nicht mehr in der Lage ist. (Vgl. für den im 18. Jahrhundert äußerst populären Hypochondriediskurs Fischer-Homberger 1970; Böhme/Böhme 1985, 387 – 423; Bilger 1990)

Die zweite Grenze betrifft die Reichweite der am Individuum ansetzenden diätetischen Präventionsstrategien. Wie bereits deutlich wurde, beziehen sich diese ausschließlich auf durch Gemütsoperationen und individuelles Verhalten beeinflussbare Faktoren, die den Gesundheitszustand einer Person bestimmen. Auch wenn Kant die durch die Diätetik erlangte Handlungsmacht insgesamt für sehr groß einschätzt, selbst Gicht und Epilepsie ließen sich durch einen festen Vorsatz verhindern (vgl. *MdG*, 726 f.), so wird diese zugleich als begrenzt konzipiert. Einige Krankheiten wie das „vor etwa einem Jahr in der Kopenhagener Zeitung als ‚epidemischer, mit *Kopfbedrückung* verbundener Catharr““ (*MdG*, 739) beschriebene Leiden seien dergestalt, „daß die Versuche, sie der Kraft des Vorsatzes zu unterwerfen, das krampfhaftige Leiden vielmehr noch verstärken“ (*MdG*, 739). Zudem existierten für einzelne Personen nicht unmittelbar veränderbare *äußere Bedingungen*, denen sie aber ausgesetzt sind. Diese könnten ebenfalls nicht mithilfe der Diätetik verändert werden, sondern bedürfen der Polizey. In einem Nachtrag zu Kants Text taucht diese Möglichkeit einer nicht-diätetischen Prävention auf: „Den Verfasser der Kunst das menschliche (auch besonders das literarische) Leben zu verlängern, darf ich also dazu wohl auffordern, daß er wohlwollend auch darauf bedacht sey, die *Augen* der Leser (vornehmlich der jetzt großen Zahl der Leserinnen, die den Uebelstand der Brille noch härter fühlen dürften) in Schutz zu nehmen: auf welche jetzt aus elender Ziererey der Buchdrucker, (denn Buchstaben haben doch als Malerey schlechterdings nichts Schönes an sich) von allen Seiten Jagd gemacht wird; damit nicht, so wie in Marocko, durch weiße Ueber-tünchung aller Häuser ein großer Theil der Einwohner der Stadt blind ist, dieses Uebel aus ähnlicher Ursache auch bey uns einreisse, vielmehr

die Buchdrucker desfalls unter Polizeygesetze gebracht werden.“ (*MdG*, 744 f.) Die *Berliner Monatsschrift* solle als Muster für die typographische Gestaltung der Texte fungieren. Bemerkenswert ist dieser Nachtrag Kants, da er nicht nur die Grenzen der Handlungsmacht der Diätetik *innerhalb* des diätetischen Diskurses markiert, sondern auch die prinzipielle Artikulierbarkeit polizeylicher und diätetischer Prävention vorführt.

III. Zur Ko-Evolution kommunizierter Subjektmodelle und psychischer Subjektgenese

Die durch die diätetische Prävention induzierte Veränderung und Problematisierung des eigenen Selbst folgt einem spezifischen Rationalitätstypus und ist zugleich an konkrete Techniken der Selbststeuerung gebunden. Diätetik bezeichnet hierbei eine wohl strukturierte Kunst der Selbsteinwirkung, die anhand der exemplarischen Analyse des kantischen Textes in ihren grundlegenden Schemata und Mechanismen herausgearbeitet wurde. In diesem Zuge ist auch die von Kant geltend gemachte Relevanz der praktischen Philosophie für den Problembereich der individuumszentrierten Prävention sichtbar geworden. Funktionalistisch betrachtet bearbeitet diese Selbsttechnologie das ‚Problem‘ der Unwahrscheinlichkeit von Prävention, indem sie eine Form der Lebensführung institutionalisiert, für welche die mögliche Erkrankung in der Zukunft die Grundlage gegenwärtiger Handlungsentscheidungen darstellt. In dieser Hinsicht verhält sie sich äquivalent zu den Mechanismen der Organisations- und Professionsbildung, mit denen sie empirisch in vielfältiger Form verknüpft ist. Meinen Aufsatz abschließend möchte ich die empirischen Befunde in theoretischer Hinsicht reflektieren, um ihren Stellenwert für die Subjektkonstitution genauer einschätzen zu können.

Die Pointe des von Foucault (1989, 1996, 2007, 2009; vgl. für einen Überblick Saar 2007) im Zuge seiner späten Studien zur griechischen und römischen Antike sowie zum (Früh-)Christentum eingeführten Begriffs der „Technologien des Selbst“ besteht darin, dass kein Selbst vorausgesetzt wird, welches durch soziale Machtverhältnisse anschließend überformt und von sich entfremdet würde (vgl. etwa Foucault 2007, 292). Der Begriff der Selbsttechnologien verweist vielmehr auf eine Kunst, wie sich durch eine wohl strukturierte Selbsteinwirkung ein sozial intelligibles Selbst allererst produziert (vgl. zum Paradox jedweder Subjektivierung Bröckling 2007a, 19 ff.). Auch ist mit Foucaults Spätwerk, anders als beispielsweise Kneer (1996, 291) argumentiert, kein Rückfall in eine „akteurorientierte Begrifflichkeit, die er in seinen Studien *Überwachen und Strafen* sowie *Der Wille zum Wissen* explizit

verworfen hatte“, verbunden. Die Frage nach dem Subjekt ist bereits als wichtiges Thema in den archäologischen und genealogischen Schriften der 60er und 70er Jahre präsent. Die stärkere Gewichtung dieses Aspektes im Spätwerk Foucaults sollte daher nicht als eine grundlegende Revision der zuvor von ihm vertretenen Thesen verstanden werden, wenngleich die Analyse des Subjekts nochmals eine wichtige Präzision erfährt: „Anders, als viele Interpreten annehmen, signalisiert Foucaults Interesse für Selbsttechnologien keinen Abschied von der Machtanalytik oder ihre Aufgabe zugunsten einer Ethik, sondern dient gerade einer Erweiterung und Verfeinerung der Untersuchung von Machtmechanismen.“ (Bröckling et al. 2000, 29; vgl. kritisch zu einer solchen Lesart Sarasin 2007) Foucault behauptet nicht, dass ein authentisches Handeln jenseits von Machtgefügen und sozialen Kräfteverhältnissen möglich sei. Vielmehr ist es ihm an der Rekonstruktion anonymer Schemata und Skripts gelegen, die individuellen Selbstverhältnissen und solidären Handlungen Kontur verleihen. Demnach sind „die unterschiedlichen Beziehungen, die man zu sich selber unterhält“, wie Foucault (1996, 174) am Beispiel der antiken *Parrhesia* ausführt und wie hier für die Prävention gezeigt wurde, „in eine sehr präzise Technik eingebettet“, die in Diskursen kodifiziert wird und vom Einzelnen in die eigene Alltagspraxis zu übersetzen ist. Das Subjekt erscheint beim späten Foucault nicht nur in seiner Rolle als Adressat diskursiver und institutioneller Anrufungen, es werden nunmehr auch die Formen und Praktiken seiner Selbstführung untersucht.

Auf analytischer wie politischer Ebene öffnet sich damit der Blick für die unterschiedlichen diskursiven Rationalitätstypen und Technologien, durch welche individuelle Selbstverhältnisse strukturiert und angeleitet werden. Bröckling (2007b, 123) führt in Anschluss an Foucault aus: „Wenn wir das sind, was wir aus uns machen (sollen), lässt sich das Selbst nur erschließen über die historischen Semantiken, Wissenskomplexe und Technologien, die zu seiner theoretischen Bestimmung und praktischen Formung aufgerufen wurden und werden.“ Foucaults Verweis auf die Bedeutung kommunizierter Diskursschemata für die Genese individueller Selbstverhältnisse, kann durch die Systemtheorie Luhmanns argumentativ gestützt und an entscheidender Stelle weitergehend präzisiert werden.¹⁹ Auch wenn die foucaultsche Genealogie von Selbsttechnologien und Subjektivierungsformen historisch-empirisch

¹⁹ Trotz zahlreicher und gewichtiger Unterschiede dieser beiden Autoren und der mit ihnen verbundenen Analysestrategien, kann von deren prinzipieller Anschlussfähigkeit ausgegangen werden (vgl. etwa Brunkhorst 1990; Kneer 1996; Lichtblau 1999; 245–284; Bublitz 2001; Krasmann/Opitz 2007). Besonders die Schnittstellen zwischen foucaultschem Diskurs- und luhmannschem Semantikbegriff sind hier von Interesse (vgl. Stäheli 2004; Leanza 2010b).

deutlich feingliedriger als die soziologische Systemtheorie ansetzt (vgl. Bröckling 2007b, 125; Link 2003, 58 f.), teilen beide die Auffassung, dass kulturellen Semantiken eine zentrale Rolle bei der individuellen Selbststeuerung und dem Aufbau psychischer Komplexität zukommt. Zwar spricht Luhmann anders als Foucault psychischen Systemen einen eigenen auf Bewusstsein und Wahrnehmung basierenden Operationsmodus zu, der sie grundlegend von auf Kommunikation beruhenden sozialen Systemen unterscheidbar mache (vgl. etwa Luhmann 1995a; 1995b); dennoch seien beide Systemtypen aufs Engste aufeinander verwiesen. Psychische und soziale Systeme, die füreinander wechselseitig Umwelt darstellen, seien „co-evolutiv entstanden und aufeinander eingespielt. Sie können nicht existieren, wenn es nicht die jeweils andere Art in ihrer Umwelt gäbe“ (Luhmann 2008, 26). Fuchs (2003, 10) konkretisiert diese These von der Ko-Evolution sozialer und psychischer Systeme, wenn er darauf hinweist, „daß bewußte Systeme sich offenbar einzig mit sozial angeliefertem Zeichenmaterial beobachten können, also gerade nicht als individuelle Individuen, sondern als seltsame Allgemeinheiten [...] anzusehen seien. Ebenfalls verweist Bohn (2006, 54) auf die Bedeutung des in Sprache und kulturellen Semantiken sedimentierten gesellschaftlichen Zeichenvorrats für das Verständnis psychischer Systeme: „Es sind semantische Schemata, auf die sich individuelle Bewusstseine und Kommunikationen gleichermaßen beziehen. [...] Psychische und soziale Systeme operieren zwar getrennt und jeweils für sich operativ geschlossen. Es gibt daher in der Operation keine Überschneidung. Das heißt aber nicht, dass zwischen operativ geschlossenen Systemen und ihrer Umwelt keine Realzusammenhänge bestehen und dass keine Ko-Evolution ablaufen könnte.“²⁰

Die Stärke der systemtheoretischen These einer operativen Geschlossenheit psychischer und sozialer Systeme besteht darin, dass sie einen Kurzschluss zwischen den kommunizierten – und anhand von Texten oder anderen Sedimentierungen von Kommunikation rekonstruierbaren – Formen des Selbst und den faktisch im psychischen Operationszusammenhang und dessen basaler Selbstreferenz konstitutiven Schemata verhindert. Gleichzeitig betont sie, dass sich psychische und soziale Systeme gleichermaßen auf Sprache und – gewissermaßen darunter liegend – auf Semantiken beziehen, deren Schemata und Skripts in den psychischen Apparat eines Menschen überführt werden können, dort aber ganz

²⁰ Die seit Ende der 1990er Jahren in der Systemtheorie geführte Debatte über den konstitutiven und nicht bloß indikativen Charakter kultureller Semantiken für soziale Systeme (vgl. Stäheli 1998; Kogge 1999; Stichweh 2000; Srubar 2006) wäre somit stärker als bislang auch auf psychische Systeme zu beziehen, die ebenfalls im Medium des Sinns operieren und semantische Formen nutzen, um ihre basale Selbstreferenz zu orientieren (vgl. aber Hahn 2004, 49 ff.).

andere Konsequenzen und Effekte zeitigen als im Kontext der Kommunikation (vgl. etwa Luhmann 1997, 110 f.). Die Systemtheorie erlaubt es somit Einheit *und* Differenz psychischer und sozialer Systeme zu denken (vgl. ausführlich Luhmann 1995a; Fuchs 2003).²¹ Damit ist sogleich ein Korrektiv gegenüber einer vorschnellen Gleichsetzung der kommunizierten Subjektmodelle, wie sie in Diskursanalysen herausgearbeitet werden können, mit der faktischen Subjektconstitution gegeben. Die hier rekonstruierte diätetische Technologie des Selbst darf daher nicht schon als psychische Realität interpretiert werden. Gleichwohl stellt sie als kommunizierte Semantik Schemata und Skripts zu Verfügung, die für psychischen Komplexitäts- und Strukturaufbau genutzt werden können, dabei aber zugleich mit anderen Subjektmodellen und Selbsttechnologien in Konkurrenz stehen.

Fragt man danach, was aus der am kantschen Text exemplarisch aufgezeigten diätetischen Selbsttechnologie in der Gegenwart geworden ist, so dürfen die aus heutiger Perspektive mitunter merkwürdig anmutenden Ratschläge Kants – man denke nur an seine Auffassung, dass sich Epilepsie durch festen Willensentschluss verhindern ließe –, nicht überbewertet werden. Die seiner Argumentation zugrunde liegenden Schemata können *in relativer Unabhängigkeit von den konkreten Inhalten* reproduziert werden (vgl. dazu auch den Schemabegriff bei Luhmann 2004, 190–205). Die Vorstellung einer Gestaltbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes durch rationales und kontraintuitives Kalkül, die auf minutiöser Selbstbeobachtung beruhende Veränderung der Lebensweise, welche zugleich eine ‚Umprogrammierung‘ habitualisierter Denk- und Handlungsweisen notwendig macht, sowie die Ergänzung der zunächst individuumszentrierten Präventionsstrategien durch polizeyliche Maßnahmen sind allesamt Muster, die sich auch in heutigen Präventionsprogrammen wiederfinden. Es bleibt einer umfassenden Genealogie präventiver Rationalitäten und Technologien vorbehalten, die mitunter verschlungenen Wege nachzuzeichnen, auf denen diäte-

²¹ Diese Argumentationsfigur findet sich bereits bei den soziologischen Klassikern. Schon in Durkheims *Über soziale Arbeitsteilung* (1992, 156) können wir lesen: „Wir haben zwei Bewußtseinsweisen in uns: die eine enthält Zustände, die nur jedem von uns eigen sind und die uns charakterisieren, während die der anderen jedem Mitglied der Gesellschaft gemeinsam sind.“ Ebenfalls versucht Elias (1997) mit seiner Psychogenese/Soziogenese-Unterscheidung das Spannungsverhältnis von Identität und Differenz zwischen Individuum und Gesellschaft auszumessen. Der Unterschied zur systemtheoretischen Fassung des Problems besteht somit weniger im allgemeinen Denkmotiv, als in der konkreten Ausformung der Argumentation. Die These einer Gleichzeitigkeit von operativer Geschlossenheit und struktureller Kopplung sozialer und psychischer Systeme, womit auch die Kopplungsmedien des Sinns und der Sprache (und der sich in diesen einnistenden Semantiken und Personenschemata) angesprochen sind, erlaubt eine deutlich tiefenschärfere Analyse.

tische Konzepte des 18. und 19. Jahrhunderts bis in die Gegenwart tradiert wurden, ohne dabei die relevanten Brüche und Verschiebungen zu übergehen.

Literatur

- Antonovsky, Aaron* (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, hrsg. v. Alexa Franke. Tübingen.
- Barthel, Christian* (1989): Medizinische Polizey und medizinische Aufklärung. Aspekte des öffentlichen Gesundheitsdiskurses im 18. Jahrhundert. Frankfurt am Main / New York.
- Bilger, Stefan* (1990): Üble Verdauung und Unarten des Herzens. Hypochondrie bei Johann August Unzer (1727–1799). Würzburg.
- Böhme, Hartmut / Böhme, Gernot* (1985): Das Andere der Vernunft. Zur Entwicklung von Rationalitätsstrukturen am Beispiel Kants. Frankfurt am Main.
- Bohn, Cornelia* (2006): Individuen und Personen. In: Cornelia Bohn (Hg.) (2006): Inklusion, Exklusion und die Person. Konstanz, S. 49–70.
- Böning, Holger* (2000): Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung und die medizinische Volksaufklärung des 18. und 19. Jahrhunderts. Zur Aktualität einer historischen Bürgerinitiative. In: Dietmar Jazbinsek (Hg.) (2000): Gesundheitskommunikation. Opladen, S. 34–52.
- Böning, Holger / Schmitt, Hanno / Siegert, Reinhart* (Hg.) (2007): Volksaufklärung. Eine praktische Reformbewegung des 18. und 19. Jahrhunderts. Bremen.
- Bröckling, Ulrich* (2007a): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt am Main.
- (2007b): Regime des Selbst – Ein Forschungsprogramm. In: Thorsten Bonacker / Andreas Reckwitz (Hg.) (2007b): Kulturen der Moderne. Soziologische Perspektiven der Gegenwart. Frankfurt am Main / New York, S. 119–139.
- (2008): Vorbeugen ist besser . . . Zur Soziologie der Prävention. In: Behemoth. A Journal of Civilisation 1: S. 38–48.
- Bröckling, Ulrich / Krasmann, Susanne / Lemke, Thomas* (2000): Gouvernamentalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einführung. In: Ulrich Bröckling / Susanne Krasmann / Thomas Lemke (Hg.) (2000): Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main, S. 7–40.
- Brunkhorst, Hauke* (1990): Das Subjekt im Kreis von Macht und Wissen – Luhmann und Foucault. In: Hauke Brunkhorst (Hg.) (1990): Der entzauberte Intellektuelle. Über die neue Beliebigkeit des Denkens. Hamburg, S. 127–171.
- Bublitz, Hannelore* (2001): Der ‚Schatten der Wahrheit‘: Gesellschaft als dasjenige, von dem man später sagen wird, daß es existiert hat. In: Alex Demirovic (Hg.) (2001): Komplexität und Emanzipation. Kritische Gesellschaftstheorie und die Herausforderung der Systemtheorie Niklas Luhmanns. Münster, S. 73–100.

- Burdach*, Karl Friedrich (1811): Die Diätetik für Gesunde. Leipzig, neue unveränderte Auflage.
- Castel*, Robert (1983): Von der Gefährlichkeit zum Risiko. In: Manfred Max Wambach (Hg.) (1983), *Der Mensch als Risiko*. Frankfurt am Main, S. 51–75.
- Durkheim*, Émile (1992): Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften. Frankfurt am Main.
- Eckart*, Wolfgang U. (2009): *Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen*. Berlin/Heidelberg.
- Elias*, Norbert (1997): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Zwei Bände. Frankfurt am Main.
- Faust*, Bernhard Christoph (1976 [1794]): *Gesundheits-Katechismus. Zum Gebrauche in den Schulen und beyhm häuslichen Unterrichte*. Stuttgart.
- Fischer-Homberger*, Esther (1970): *Hypochondrie. Melancholie bis Neurose: Krankheiten und Zustandsbilder*. Bern.
- Foucault*, Michel (1989): *Der Gebrauch der Lüste. Sexualität und Wahrheit 2*. Frankfurt am Main.
- (1994): *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main.
- (1996): *Diskurs und Wahrheit. Die Problematisierung der Parrhesia. 6 Vorlesungen, gehalten im Herbst 1983 an der Universität von Berkeley (Kalifornien)*, hrsg. v. Joseph Pearson. Berlin.
- (2003): *Die Gesundheitspolitik im 18. Jahrhundert*. In: Daniel Defert / François Ewald (Hg.) (2003): *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band II 1976–1979*. Frankfurt am Main, S. 908–929.
- (2007): *Technologien des Selbst*. In: Daniel Defert / François Ewald (Hg.) (2007): *Michel Foucault. Ästhetik der Existenz. Schriften zur Lebenskunst*. Frankfurt am Main, S. 287–317.
- (2009): *Hermeneutik des Subjekts. Vorlesungen am Collège de France (1981/82)*. Frankfurt am Main.
- (2010): *Einführung in Kants Anthropologie*. Frankfurt am Main.
- Frevert*, Ute (1984): *Krankheit als politisches Problem 1770–1880: Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Göttingen.
- Fuchs*, Peter (2003): *Der Eigen-Sinn des Bewußtseins. Die Person, die Psyche, die Signatur*. Bielefeld.
- (2008): *Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit*. In: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hg.) (2008): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden, S. 363–378.
- Gellert* (1764): *Drey hundert und achttes Stück*. In: *Der Arzt. Eine medicinische Wochenschrift* 12: S. 337–352.

- Giess, Stephan* (1993): „Merckwürdige Begebenheiten“. Wissensvermittlung im Volkskalender des 18. Jahrhunderts. In: *Traverse* 6: S. 35–50.
- Göckenjan, Gerd* (1985): *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt.* Frankfurt am Main.
- Hafen, Martin* (2005): *Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen.* Heidelberg.
- (2006): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In: Jost Bauch (Hg.) (2006): *Gesundheit als System.* Konstanz, S. 129–135.
- Hahn, Alois* (2004): Ist Kultur ein Medium? In: Günter Burkart / Gunter Runkel (Hg.) (2004): *Luhmann und die Kulturtheorie.* Frankfurt am Main, S. 40–57.
- Helm, Jürgen* (2000): Das Medizinkonzept Georg Ernst Stahls und seine Rezeption im Halleschen Pietismus und in der Zeit der Romantik. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 23: S. 167–190.
- Herders Conversations-Lexikon* (1855): „Invita Minerva“. In: Band 3. Freiburg im Breisgau, S. 430.
- Hippokrates* (1994a): Die Natur des Menschen. In: Hans Diller (Hg.) (1994): *Hippokrates. Ausgewählte Schriften.* Stuttgart, S. 199–209.
- (1994b): Die Regelung der Lebensweise. In: Hans Diller (Hg.) (1994): *Hippokrates. Ausgewählte Schriften.* Stuttgart, S. 270–324.
- (1994c): Die Umwelt. In: Hans Diller (Hg.) (1994): *Hippokrates. Ausgewählte Schriften.* Stuttgart, S. 123–160.
- Hufeland, Christoph Wilhelm* (1797): *Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern.* Jena.
- (1798): Bemerkungen über die natürlichen und inoculierten Blattern, verschiedene Kinderkrankheiten, und sowohl medizinische als diätetische Behandlung der Kinder. Berlin, 3. überarbeitete Auflage.
- (1859 [Orig. 1824]): Vorwort des Herausgebers. In: Christoph Wilhelm Hufeland (Hg.) (1859): *Immanuel Kant. Von der Macht des Gemüths durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein.* Leipzig, 10. überarbeitete Auflage, S. 7–13.
- Hurrelmann, Klaus* (2006): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.* Weinheim / München.
- Kant, Immanuel* (1798): Von der Macht des Gemüths durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu seyn. In: *Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst* 5: S. 701–751.
- (1977 [Orig. 1798]): Der Streit der Fakultäten. In: Wilhelm Weischedel (Hg.) (1977): *Immanuel Kant. Schriften zur Anthropologie, Geschichtsphilosophie, Politik und Pädagogik* 1. Werkausgabe Band XI. Frankfurt am Main, S. 261–393.
- Kneer, Georg* (1996): *Rationalisierung, Disziplinierung und Differenzierung. Sozialtheorie und Zeitdiagnose bei Habermas, Foucault und Luhmann.* Opladen.

- Kogge*, Werner (1999): Semantik und Struktur. Eine ‚alteuropäische‘ Unterscheidung in der Systemtheorie. In: Andreas Reckwitz (Hg.) (1999): Interpretation, Konstruktion, Kultur. Ein Paradigmenwechsel in den Sozialwissenschaften. Opladen, S. 67–99.
- Krasmann*, Susanne / *Opitz*, Sven (2007): Regierung und Exklusion. Zur Konzeption des Politischen im Feld der Gouvernamentalität. In: Susanne Krasmann / Michael Volkmer (Hg.) (2007): Michel Foucaults „Geschichte der Gouvernamentalität“ in den Sozialwissenschaften. Internationale Beiträge. Bielefeld, S. 127–156.
- Labisch*, Alfons (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt am Main / New York.
- Leanza*, Matthias (2010a): Die Gegenwart zukünftiger Erkrankungen. Prävention und die Person. In: Bettina Paul / Henning Schmidt-Semisch (Hg.) (2010): Risiko Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden, S. 241–262.
- (2010b): Semantik und Diskurs. Die Wissenskonzeptionen Niklas Luhmanns und Michel Foucaults im Vergleich. In: Robert Feustel / Maximilian Schochow (Hg.) (2010): Zwischen Sprachspiel und Methode. Perspektiven der Diskursanalyse. Bielefeld, S. 119–146.
- Lemke*, Thomas (2001): Max Weber, Norbert Elias und Michel Foucault über Macht und Subjektivierung. In: Berliner Journal für Soziologie 11: S. 77–95.
- Lengwiler*, Martin / *Madarász*, Jeannette (Hg.) (2010): Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Bielefeld.
- Lichtblau*, Klaus (1999): Das Zeitalter der Entzweiung. Studien zur politischen Ideengeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts. Berlin.
- Link*, Jürgen (2003): Wieweit sind (foucaultsche) Diskurs- und (luhmannsche) Systemtheorie kompatibel? Vorläufige Skizze einiger Analogien und Differenzen. In: kultuRRRevolution. zeitschrift für angewandte diskurstheorie 22: S. 58–62.
- Luhmann*, Niklas (1993): Die Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation. In: Niklas Luhmann (Hg.) (1993): Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation. Opladen, S. 25–34.
- (1995a): Wie ist Bewußtsein an Kommunikation beteiligt? In: Niklas Luhmann (Hg.) (1995): Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen, S. 37–54.
- (1995b): Die Autopoiesis des Bewußtseins. In: Niklas Luhmann (Hg.) (1995): Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen, S. 55–108.
- (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Zwei Bände. Frankfurt am Main.
- (2004): Die Realität der Massenmedien. Wiesbaden.
- (2008): Sinn, Selbstreferenz und soziokulturelle Evolution. In: André Kieserling (Hg.) (2008): Niklas Luhmann. Ideenevolution. Beiträge zur Wissenssoziologie. Frankfurt am Main, S. 7–71.

- Möller, Caren* (2005): *Medizinalpolizei. Die Theorie des staatlichen Gesundheitswesens im 18. und 19. Jahrhundert.* Frankfurt am Main.
- Petersen, Alan* (1997): Risk, governance and the new public health. In: Alan Petersen/Robin Bunton (Hg.) (1997): *Foucault, Health and Medicine.* London/New York, S. 189–206.
- Recki, Birgit* (2008): Kant: Vernunftgewirkte Gefühle. In: Hilge Landweer/Ursula Renz (Hg.) (2008): *Klassische Emotionstheorien. Von Platon bis Wittgenstein.* Berlin, S. 459–477.
- Rosen, George* (1957): *A History of Public Health.* New York.
- Saar, Martin* (2007): Die Form des Lebens. Künste und Techniken des Selbst beim späten Foucault. In: Daniel Defert/François Ewald (Hg.) (2007): *Michel Foucault. Ästhetik der Existenz. Schriften zur Lebenskunst.* Frankfurt am Main, S. 321–343.
- Sarasin, Philipp* (2001): *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914.* Frankfurt am Main.
- (2007): Unternehmer seiner selbst. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 55: S. 473–479.
- Schipperges, Heinrich* (1962): *Lebendige Heilkunde. Von großen Ärzten und Philosophen aus drei Jahrtausenden.* Olten/Freiburg im Breisgau.
- Sotres, Pedro Gil* (1996): Regeln für eine gesunde Lebensweise. In: Mriko D. Grmek (Hg.) (1996): *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter.* München, S. 312–355.
- Srubar, Ilja* (2006): Systemischer Materialismus oder Konstitutionsanalyse sinnverarbeitender Systeme? Zwei Wege systemtheoretischer Wissenssoziologie. In: *Soziologische Revue* 28: S. 3–13.
- Stäheli, Urs* (1998): Die Nachträglichkeit der Semantik. Zum Verhältnis von Sozialstruktur und Semantik. In: *Soziale Systeme* 4: S. 315–339.
- (2004): Semantik und/oder Diskurs: ‚Updating‘ Luhmann mit Foucault? In: *kultuRRévolution. zeitschrift für angewandte diskurstheorie* 47: S. 14–19.
- Stichweh, Rudolf* (2000): Semantik und Sozialstruktur: Zur Logik einer systemtheoretischen Unterscheidung. In: *Soziale Systeme* 6: S. 237–250.
- Virno, Paolo* (2005): *Grammatik der Multitude: Untersuchungen zu gegenwärtigen Lebensformen.* Berlin.

Zusammenfassung

Der Aufsatz untersucht Selbstführungstechniken im Feld der Krankheitsprävention. Es wird die These entwickelt, dass neben der Bildung von Organisationen und Professionen die Kodifizierung einer Technologie des Selbst (Foucault) eine wichtige Form der Implementierung und Verstetigung von Prävention darstellt. Im Mittelpunkt der vor diesem Problemhintergrund geführten empirischen Analyse stehen individuumszentrierte Präventionsstrategien, wie sie ab der ersten

Hälfte des 18. Jahrhunderts im Zuge eines neu erwachten Interesses für die antike Diätetik in Europa entwickelt wurden. Neben einem Überblick über die Renaissance antiker Gesundheitslehren im 18. und 19. Jahrhundert (I.) wird im Hauptteil des Aufsatzes der aus dem diätetischen Diskurszusammenhang stammende Text Immanuel Kants „Von der Macht des Gemüths durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu seyn“ exemplarisch analysiert (II.). Abschließend wird Foucaults Konzeption von Selbsttechnologien diskutiert und durch die systemtheoretische Vorstellung einer Ko-Evolution sozialer und psychischer Systeme zu präzisieren versucht (III.).

Abstract

The article investigates technologies of the self (Foucault) in the field of preventative health care. In addition to organisations and professions, technologies of the self are an import way in which prevention is been institutionalised. The empirical analysis focuses on methods of prevention in neo-Hippocratic medicine developed during the 18th century, which are oriented around the individual. Following a brief description of the renaissance of antique health practices in the 18th and 19th century (I.), an exemplary discourse by Immanuel Kant called “Von der Macht des Gemüths durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu seyn” will be analyzed (II.). The article concludes with a critical discussion of the Foucauldian notion of technologies of the self. The article will suggest that in order to render this idea more precise it must be evaluated in relation to the Luhmannian notion of a co-evolution of psychical and social systems (III.).