

EUROPA - UNIVERSITÄT VIADRINA FRANKFURT (ODER)

FAKULTÄT FÜR KULTURWISSENSCHAFTEN

SPRACHWISSENSCHAFT II

ANNA PANTERA

MATRIKELNUMMER 2339, 6. SEMESTER KUWI

EUV-5968

**"INKONTINENZ ALS EIN KOMMUNIKATIONSTABU IN DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT"**

PROF. DR. HARTMUT SCHRÖDER

TABUDISKURSE

HAUPTSEMINAR

STADT - REGION - KULTUR

WS 1998/99

FRANKFURT (ODER) 1999

Inhaltsverzeichnis

0	Abstract	4
1	Einleitung	5
2	Tabu	6
	2.1 Die Geschichte des Wortes "Tabu"	6
	2.2 Die Bedeutung von Tabu heute	8
	2.3 Die Arten von Tabus	9
	2.4 Tabus und Sprechen über Tabus	10
	2.5 Tabu und Gesellschaft	12
3	Inkontinenz	13
	3.1 Inkontinenz - Ein medizinisches Problem	13
	3.2 Inkontinenz - Ein psychologisches Problem	15
	3.3 Inkontinenz - Ein sozialpolitisches Problem der Zukunft	17
4	Praktischer Teil - Untersuchungsergebnisse	19
	4.1 Untersuchung - Fragestellung und Zielsetzung	19

4. 2	Methoden	19
4. 3	Aufbau des Fragebogens	20
4. 4	Vorgehensweise und Datenerfassung	21
4. 5	Darstellung der Ergebnisse der Umfrage	22
4. 6	Darstellung der Ergebnisse der Beobachtungen	26
4. 7	Zusammenfassende Auswertung der Untersuchungsergebnisse - Interpretations- und Deutungsversuch	26
5	Zusammenfassung	29
6	Literaturverzeichnis	30

Anhang: Fragebogen
Inkontinenzformen
Werbung für Inkontinezprodukte

Abstract

The subject of the following homework is the incontinence as a taboo in today's German society. It is estimated, that nearly 4 million, above all elderly , people in Germany suffer from this illness. But only few speak about it because of the "awkwardness" of it. It is really a taboo.

This homework trays to explain the reasons of this status quo as follows.

After preliminary theoretical description of history, meaning, sorts and uses of the word "taboo", the author presents incontinence as a medical, psychological and sociopolitical problem in point of phenomenon of taboo.

In the practical part of this contribution are demonstrated the results of a opinion poll, which has been made in 6 chemist's shops in FFO. The answers are analysed in relation to the taboo - behaviour. This analysis shows e. g. the different attitudes of woman and men.

According to specified aspects, incontinence will be, above all, a economic problem for the German Public Health in the future, because the society grows old.

In conclusion, it can be taken for granted that in the future the taboo of incontinence probable will not exist.

1 Einleitung

„Inkontinenz ist „peinlich“ und auch heute noch Tabu“ (Melchior 1998: 7). Diese Worte stammen von Prof. Dr. H. Melchior, dem Vorsitzenden der Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V. (GIH). Diese Organisation tut auf dem Gebiet der Aufklärung bezüglich Inkontinenz sehr viel in Deutschland. So werden Kongresse zum Thema Inkontinenz organisiert, Informationsmaterial in Form von Broschüren, Faltblättern und Fachbüchern zur Verfügung gestellt sowie Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, Pfleger, Apotheker und Betroffene veranstaltet (vgl. ebda: 3).

Trotzdem stellt Inkontinenz eine in der Tat sehr tabuisierte Krankheit in Deutschland dar. Man spricht nur selten darüber, obwohl viele Menschen, hauptsächlich ältere, sich täglich mit ihr auseinandersetzen müssen.

Dabei altert die deutsche Bevölkerung zunehmend und verändert dadurch nachhaltig die Alterspyramide. Die Prognosen gehen im Jahre 2030 von weitaus größeren Zahl der älteren als der jüngeren Menschen aus (vgl. NAGEL 1991: 26). Dies bedeutet u. a. auch mehr Inkontinenzkranke. Mehr Inkontinenzkranke bedeuten wiederum größere Kosten für das Gesundheitswesen bzw. für die Krankenkassen. Ob bei diesen Veränderungen die Inkontinenz weiterhin ihren Status als Tabu beibehält, bleibt abzuwarten.

In der vorliegenden Hausarbeit, die eine Ausarbeitung des am 15. Jan. 1999, im Rahmen des Hauptseminars „Tabudiskurse“, gehaltenen Referats darstellt, wird auf das Tabu der Inkontinenz näher eingegangen.

Um die Grundlagen für die Entstehung dieses Tabus sowie das Phänomen der Tabuisierung an sich besser zu veranschaulichen, werden im ersten Teil der Arbeit die begrifflichen Grundlagen geliefert. So stellen Kapitel 2, 2. 1, 2. 2, 2. 3, 2. 4, und 2. 5 den Ursprung des Wortes „Tabu“, seine Arten sowie seine heutige Bedeutung und Verwendungsweisen dar. Darüber hinaus werden dort diskursive Kommunikationsstrategien in Hinblick auf das Tabu besprochen. In den darauffolgenden Kapiteln 3, 3. 1, 3. 2 und 3. 3 werden die medizinischen , psychologischen und sozialpolitischen Problemfelder präsentiert. Dabei wird Inkontinenz als Krankheit und Kommunikationstabu erläutert. Im praktischen Teil der Arbeit wird hingegen auf die Ergebnisse einer Umfrage, die in FFO in 6 Apotheken durchgeführt wurde, näher eingegangen. Ihre zusammenfassende Analyse wird unter dem Gesichtspunkt der Tabudiskurse bezüglich Inkontinenz dargestellt. Anschließend befindet sich eine Zusammenfassung.

2 Tabu

Im folgenden wird auf die Etymologie (Kap. 2. 1), heutige Bedeutung (2. 2) sowie auf die Arten des Wortes „Tabu“ (2. 3) eingegangen. Es werden ebenfalls diskursive Tabustrategien und tabuisierte Themen präsentiert (Kap. 2. 4 und 2. 5).

2.1 Die Geschichte des Wortes „Tabu“

Den Begriff „Tabu“ verdanken wir dem britischen Entdecker James Cook, der 1777, nach seiner dritten Expedition in Polynesien das Wort nach Europa brachte. (vgl. ZÖLLNER 1997: 15).

Aus der polynesischen Tongasprache übersetzt, bedeutet „ta pu“ (tabu) „*intensiv gemerkt*“ (MEYERS LEXIKON 1983). Es ist etwas Außerordentliches, nicht Gewöhnliches. Cook hat beobachten können, daß bestimmte Dinge, Objekte oder Orte von den Polynesianern nicht berührt bzw. betreten wurden. Bei diesem Naturvolk, der Vollständigkeit halber wahrscheinlich aber auch bei den anderen sog. primitiven Völkern waren dies:

„religiöse, magische oder rituell begründete und allgemein respektierte Meidungsgebote oder Verbote, bestimmte Gegenstände (staatliche oder religiöse Symbole, Tiere oder Pflanzen) oder Personen (Herrscher , Priester) anzurühren oder zu verletzen, gewisse Handlungen (z.B.

sexueller Art) vorzunehmen, bestimmte Örtlichkeiten zu betreten, über bestimmte Dinge zu reden oder gewisse Namen (z.B. von Göttern, Königen) auszusprechen, (Anm. A. P.) um durch übernatürliche Macht bewirktes Unheil zu vermeiden“ (ebda).

„Mana“ hieß in Polynesien diese übernatürliche Macht, und darunter wurde höhere Gewalt, Zauberkraft, die etwas „ta pu“ machte, verstanden (vgl. ebda). Bei den anderen „Naturvölker“¹ handelte sich z. B.: um „atua“, „bali“, „manitu“ oder „Pneuma“ (vgl. BALLE 1990: 18).

Das Tabusystem hatte somit, durch seinen religiös bedingten Charakter, eine Schutzfunktion. Es sollte die (Natur)Menschen vor Eingriffen der „Dämonen“ schützen (vgl. ZÖLLNER 1997: 15 ff.).

Einen Gegensatz zu den polynesischen Worten „mana“ und Tabu bildete „noa“, was so viel wie: „(...) Profane, Alltägliche und frei zu Gebrauchende (...)“ (MEYERS LEXIKON 1983) bezeichnete. Noawörter waren in diesem Zusammenhang „(...) erlaubte Ausdrücke, die ersatzweise für Benennungen gebraucht werden (wurden), die auszusprechen verboten ist (war) (...)“ (ebda).

Ein Tabubruch (also z.B. das Berühren eines mit „mana“ umhüllten Gegenstandes) verband sich für die „Naturmenschen“ mit bestimmten Sanktionen: „*der Täter muß(te) also bestraft und die Gesellschaft von der Tat gereinigt werden*“ (BALLE 1990: 17).

Einem Tabubrecher standen gewisse „*Reinigungsrituale*“ (ZÖLLNER 1997: 21f.) zur Verfügung, die nicht selten mit dem rituellen Selbstmord endeten.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Naturvölker ein klar umrissenes System vom Zulässigen und Verbotenen hatten, das eine sozial regelnde Funktion aufwies, oder sogar, ein gesellschaftsformendes „*Ordnungsinstrumentarium*“ (FRAZER in ZÖLLNER 1997: 23) war.

Die Verbote (Tabus) wiesen zudem einen Doppelcharakter auf, da sie einerseits etwas Heiliges, Geschütztes und andererseits etwas Unreines, Unberührbares und Gefährliches bedeuteten (vgl. ZÖLLNER 1997: 15f.).

¹ Die Bezeichnung „Naturvölker“ wurde erstmals von J. G. HERDER als Ersatz für abwertende Bezeichnungen „Wilde“ o. „Barbaren“ eingeführt und bezeichnet diejenigen Völker o. kleinere ethnische Einheiten, die „im Gegensatz zu den sog. Hochkulturvölker wegen geringerer techn. - zivilisator. Ausstattung in stärkerer Abhängigkeit von der natürl. Umwelt stehen“ (MEYERS GROSSES TASCHENLEXIKON 1983: 178).

Das über Cook in den europäischen Kulturraum gelangte Wort machte im 19. Jahrhundert eine schnelle Karriere, da das Phänomen der Tabuisierung sehr groß war. Vorherrschend zu dieser Zeit war die Epoche des Viktorianismus, mit ihrer strengen Abgrenzung des Privaten und des Öffentlichen und mit all den dazugehörigen, eng verstandenen Ethik- und Moralvorstellungen (vgl. ZÖLLNER 1994: 63ff.).

Das polynesischen, magische „ta pu“ wurde in Europa mit dem Verborgenen und Verbotenen assoziiert und die ursprünglich religiösdämonische Vorstellung als Relikt „unzivilisierter“ Kulturen außer Acht gelassen. Mit dem Bezug auf Bereiche, über die man nicht sprechen sollte bzw. durfte, entstand somit ihr hauptsächlichster Unterschied zu den Merkmalen der polynesischen Tabus, denn die Polynesier kannten weder derartige Kommunikationstabus noch derartige Folgen ihrer Verletzung nicht. So bemerkt BALLE (1990):

„Heutige Tabus unterscheiden sich von früheren durch ihre Motivation: Während der Naturmensch glaubte, Dämonen zu erzürnen und durch Verletzung des Verbots leibhaftigen Schaden davonzutragen, bedingen heute vorwiegend die Angst, Aufsehen, Scham und Verletzung zu erregen, also Rücksichtnahme und Respekt, die Achtung der Gebote“ (Balle 1990: 20).

2.2 Die Bedeutung von Tabu heute

Der Begriff „Tabu“, der damals Anerkennung fand, wird auch heutzutage vor allem in verallgemeinerter Bedeutung als Bezeichnung für all jene verbotenen Themen, Bereiche, Dinge benutzt, über die man nicht spricht und die man nicht tut. *„In diesem Sinne wird das Wort „Tabu“ seit den 60er Jahren auch umgangssprachlich verwendet“*. (GÜNTHER 1992: 43).

Somit können Tabus als eine *„sittliche konventionelle Schranke“* (DUDEN 1982) innerhalb einer sozialen Gemeinschaft verstanden, oder als der Teil der gesellschaftlichen Norm, der festschreibt, welche Handlungen und Verhaltensweisen nicht ausgeführt werden sollen, angesehen werden (vgl. ZÖLLNER 1997: 26).

Interessant zu erwähnen ist die Tatsache, daß alle mit Denk-, Anfaß- oder Nennverbot belegten Gegenstände, Vorgänge und Gedanken - so legt den Begriff „Tabu“ LUCHTENBERG (LUCHTENBERG in ZÖLLNER 1997: 24) aus - unantastbare Selbstverständlichkeiten sind, deren „Verbot“ jedoch im allgemeinen weder rational legitimiert noch logisch begründet ist.

Sie bedürfen auch keinerlei Diskussionen, zumal sie „*ein irrationales Element aufweisen*“ (ZÖLLNER 1997: 27). Umgekehrt formuliert: „*wo immer man nicht mehr weiter zu fragen wagt, oder nicht einmal auf den Gedanken kommt, es zu tun, hat man es mit einem Tabu zu tun*“ (MITSCHERLICH 1967)².

Tabus unterscheiden sich, als die nicht hinterfragbaren Grundsätze (Axiome) sozialer Kommunikation, von den „normalen“, klar formulierten, gesetzlich festgelegten und dadurch auch begründbaren Verboten, die auch Mittel sozialer Ordnung sind. Sie werden nämlich nicht kodifiziert und nicht niedergeschrieben, ihre Verletzung wird in der Regel nicht strafrechtlich verfolgt³ und es stellt sich ebenfalls keine kodifizierte Strafe ein, wie es z.B. bei der Verletzung eines Parkverbots der Fall ist.

Einen modernen Tabubrecher erwarten keine Sanktionsmechanismen, mindestens nicht in dem Sinne, wie die Naturvölker es kannten. Heute ruft Bruch eines Tabus grundsätzlich Peinlichkeit, Scham und gegebenenfalls auch Errötung hervor.

Für den Täter kann sich jedoch eine andere, ziemlich schmerzhaftige „Strafe“ einstellen; dadurch, daß er „ins Fettnäpfchen getreten“ ist, wird er gemieden und isoliert von der Gesellschaft.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß ein Unterschied zwischen Verbot und Tabu darin besteht, daß sich Verbote hinterfragen und begründen lassen, wohingegen Tabus nicht zur Diskussion stehen, da sie sich quasi von selbst verbieten.

Dazu meint GÜNTHER:

„Tabus sind meist kulturspezifische eher großräumig geltende und immer gesellschaftliche Konventionen, die als natürlich angesehen werden bei deren Überschreitung man auch keine Entschuldigungsrituale zur Verfügung hat. Meist erhält man nicht einmal die Gelegenheit sich zu entschuldigen, da die Entrüstung des Gegenübers zu groß ist und es zu keiner Diskussion kommt.“

(Günther 1992: 40f.).

² Dieses Zitat wurde dem von Andreas KOLB am 5. Februar 99 im Seminar „Tabudiskurse“ bei Prof. Dr. H. SCHRÖDER, an der Europa Universität Viadrina gehaltenen Referat u. d. T.: „Tabus in der Politik. Der Nationalsozialismus als Tabuthema.“ entnommen. Da sich im Handout dieses Referats keine vollständige Quelleneingabe befand und die angestellte Recherche in den Bibliotheken erfolglos verlief, muß an dieser Stelle leider die unvollständige Quellenreingabe angeführt werden.

³ Verletzung z.B. des Inzesttabus - Inzest ist strafrechtlich verboten (§173 StGB) - bildet hier eine Ausnahme. Diese Angabe wurde aus dem Referat „Inzest“ von SCHUSTER, H. und MARKOWSKI, C übernommen, das am 05.02.1999 ebenfalls im Seminar Tabudiskurse“ bei Prof. Dr. H. SCHRÖDER gehalten wurde.

2.3 Die Arten von Tabus

Die Verhaltensregeln in Hinblick auf das Tabu und die Tabus selbst, werden während des Sozialisationsprozesses erlernt (zum klassischen Beispiel wurde schon der Satz: „Das macht man nicht!“, was einem Kind, mit einer überaus erklärenden Begründung: „weil man das nicht tut“ gesagt wird), und es sind immer kulturspezifische Merkmale, die den Prozeß bestimmen.

Tabus lassen sich unberücksichtigt kultureller Zugehörigkeit nach ihren Verwendungsweisen unterscheiden. So werden einerseits Sachverhalte tabuisiert, zu denen Gegenstände, Situationen und Handlungen zählen und andererseits Kommunikation über sie, was schon lediglich verbale Bezeichnungen für diese tabuisierten Gegenstände, Situationen und Handlungen als Tabu einstufen läßt. Es handelt sich in dem Fall um den sog. tabuisierten Wortschatz (vgl. GÜNTHER 1992: 39ff.).

Die Sprachtabus können sich wiederum in vier Haupttypen einteilen lassen. Bei den Naturvölkern waren es Tabus aus Furcht „*entstanden durch mangelhafte Kenntnis der Naturgesetze und der daraus resultierenden abergläubischen Vorstellungen über das Verhältnis Mensch - Natur - überirdische Kraft*“ (ZÖLLNER 1997: 49).

Darüber hinaus gibt es Tabus aus Takt / Feingefühligkeit, welche die Bereiche der Krankheiten, des Todes, der geistigen und körperlichen Unvollkommenheit betreffen, sowie Tabus aus Rücksicht auf die Anstandsnormen und Etikette, die ihrerseits für Körperteile, Körperausscheidungen und Sexualität kennzeichnend sind (vgl. GÜNTHER 1992: 51, in Anlehnung an ULLMANN 1962: 206ff.). Der vierte Typ, das ideologische Tabu, tritt zusammen mit dem Phänomen der sog. political correctness in Erscheinung und kann mit dem sozialen Takt gleichgesetzt werden (vgl. ZÖLLNER 1997: 52).

Heutzutage wird außerdem, hauptsächlich in dem politischen Alltag und in den Medien noch eine andere Bedeutung des Wortes „Tabu“ hervorgehoben (siehe dazu auch das Kapitel: „*Moderne Tabus*“ bei BALLE 1990: 99ff.). Es handelt sich hierbei um ein Tabu, das überholt wurde, nicht mehr in die Zeit paßt und somit gebrochen werden soll. Solch ein pejoratives

Tabu läßt sich anfechten, wobei der darauffolgende Tabubruch eine positive Konnotation hat⁴. Damit wird ein Prozeß des „Enttabuisierens“ (GÜNTHER 1992: 43) eingeleitet. Durch die Anfechtung derartiges Tabus kann man Mißtrauen dem Gesprächspartner gegenüber in bezug auf seine Diskussionsbereitschaft äußern (z.B. Für Partei X ist die Koalition mit der Partei Y ein Tabu, was heißt, daß die Partei X sich weigert, zu kommunizieren und dadurch vielleicht nicht rational handelt)⁵ Dies ist als sog. Tabu - Vorwurf bekannt und betrifft die Bedingung der Möglichkeit von sprachlicher Kommunikation überhaupt, die in der gemeinsamen Verständigungsbereitschaft begründet ist (vgl. MUSOLFF in GÜNTHER 1992: 43).

2.4 Tabus und Sprechen über Tabus

Die Tabuthemen werden zunächst in den Diskussionen grundsätzlich gemieden. „*But language is used to avoid certain things as well as to express them. Certain things are not said, not because they cannot be, but because `people don't talk about those things (...)`*“ (WARDHAUGH 1992: 236 in SCHRÖDER 1999).

Kommunizieren über Tabus ist somit sehr oft mit Unsicherheit seitens der Interaktionspartner verbunden (vgl. BALLE 1990: 33f.).

Tabus sind eine Verletzung der allgemeingültigen Normen, was bei den Interaktionspartnern verschiedene Emotionen hervorrufen kann z. B.: Aggression oder sogar Schock (vgl. ebda). Emotionen können ebenfalls von paraverbalen Faktoren begleitet werden, die auf Unangenehmes schließen lassen: Die SprecherInnen wirken erregt oder angespannt. Der äußere Reiz ruft bestimmtes Gefühl hervor, das als unangenehm erlebt wird. Dadurch wird das Verhalten beeinflußt und kann z. B.: als Vermeidungsverhalten zur Geltung kommen

⁴ Diese Information wurde dem sog. Gedächtnisprotokoll entnommen. Sie wurde während des Seminars „Tabudiskurse“ am 6. November 1998 von Prof. Dr. H. SCHRÖDER gegeben.

⁵ Dieses Beispiel stammt ebenfalls von o. g. Gedächtnisprotokoll.

(vgl. ALTENTHAN 1992: 150f.). Als äußerer Reiz kann ein im Gespräch berührtes Tabuthema verstanden werden. Als Vermeidungsverhalten läßt sich z. B.: emotionales leiseres bzw. schnelleres Sprechen, Stottern oder auch Schweigen nennen (vgl. ebda).

Im Sozialisationsprozeß erwirbt man, neben der Kenntnis über tabuisierten Wortschatz oder Sachverhalt, gleichzeitig auch Fertigkeiten, sich innerhalb eines Tabubereiches kommunikativ bewegen zu können, ohne daß ein Tabu gebrochen wird. In den Diskussionen, wo über Tabuisiertes gesprochen wird, bedienen sich die Menschen gewissen „Strategien“ (GÜNTHER 1992:48) die es ihnen erlauben, „ein *‘heißes Eisen’* aufzunehmen, ohne sich daran die Zunge zu verbrennen“ (ebda).

Die Tabuvermeidungsstrategien ermöglichen *indirektes*, sog. *verschleiertes* Sprechen (vgl. ebda) über Tabus, welches in „(...) *viertel-, halb- oder dreivierteloffenes Sprechen (...)*“ (ebda) kategorisiert werden kann. In dem Zusammenhang erscheint als sehr wichtig die Fähigkeit, das nicht explizit Gesagte zu erschließen (sog. Zwischendenzelenlesen).

Ein sehr häufig verwendetes Mittel in den Tabudiskursen ist der Euphemismus. Als „*beschönigende, verhüllende und mildernde Umschreibungen von Unangenehmen (...), moralisch oder gesellschaftlich Anstößigen*“ (MEYERS LEXIKON 1983) bilden die Euphemismen sogar die „*andere Seite der Tabu-Medaille*“ (BALLE 1990: 177). „*Euphemismen ermöglichen die Kommunikation über ein tabuisiertes Thema unter Beachtung der Konventionen*“ (ebda). Je nach ihren Verwendungsweisen kann es sich dabei unter anderem hauptsächlich um folgende euphemistische Formen handeln:

- Nulleuphemismus, also Schweigen. Es kann durch Schweigen als Nichtkommunikation oder Schweigen als bedeutungsvolles Schweigen zur Geltung kommen (vgl. BALLE 1990: 178f.).
- Litotes, als Verneinung des Gegenteils, wodurch eine vorsichtige Behauptung ausgedrückt und das Gesagte (oft ironisierend) hervorgehoben werden (vgl. DUDEN 1982: 455).
- Antiphrase, als eine Wortfigur, die „*das Gegenteil des Gesagten meint*“ (ebda: 71).
- Sinnstreckung, als Bezeichnung eines Teils des Ganzen (vgl. BALLE 1990: 179f).
- Flucht in die Allgemeinheit, wo ein Oberbegriff anstelle des tabuisierten Wortes gesetzt wird (vgl. ebda: 180).

- Fremdwort (z. B.: wissenschaftlicher bzw. medizinischer Fachwortschatz), das verwendet wird, um Distanz zum Gesagten auszudrücken (vgl. ebda).
- Metapher, die, innerhalb eines tabuisierten Kontexts, als ein Bild in neuem Sinn verwendet wird (vgl. ebda: 181f.).

Als ein anderes Mittel im Umgang mit Tabus kann ebenfalls Disphemismus angesehen werden, der im Gegensatz zum Euphemismus, sich offensiv und aggressiv, als Mittel der Beleidigung und Herabwürdigung mit Tabus auseinandersetzt (vgl. ZÖLLNER 1990: 13ff.).

2. 5 Tabu und Gesellschaft

„*Tabus sind zeit- und gesellschaftspezifisch*“ (BALLE 1990: 20). Das bedeutet, daß sie von Gesellschaft zu Gesellschaft unterschiedliche Züge tragen sowie kulturspezifische Merkmale besitzen können (vgl. Zöllner 1990: 26f).

Es existiert jedoch „*das tabuisierte Bezugsfeld*“ (ebda: 27) das weltweit, unabhängig von der Religion und Tradition verschiedener Gesellschaften „*dieselben Parameter*“ (ebda) aufweist. So werden hauptsächlich die Bereiche des „biologischen“ Menschen als beschämend und peinlich angesehen. Tabuisiert sind nämlich Körper, Körperteile, Körperfunktionen und -auscheidungen, Bereiche der menschlichen Sexualität, der Krankheiten und des Todes (vgl. ebda: 27).

Auch in unserem Kulturkreis gehören z. B.: die Krankheitstabus, vor allem die Krankheiten des Verdauungsapparats, zu den wichtigsten bestimmbar Gruppen von modernen Kommunikationstabus. Bezogen auf die deutsche Gesellschaft stellt etwa die Inkontinenz derartiges Tabu dar.

Wie verhält es sich eben mit dieser Krankheit, die sogar als „*das letzte echte Tabu des 20. Jahrhundert*“ (ABRAMS in VOLZ 1998: 3) gilt, wird in den nächsten Kapiteln (s. Kap. 2, 2. 1, 2. 2 und 2. 3) näher erläutert.

3 Inkontinenz

Im folgenden wird auf die Inkontinenz, ihre Arten, Formen, Entstehungsursachen sowie betroffene Altersgruppen näher eingegangen (Kap. 3. 1, 3. 2, 3. 3). Dies hat zum Ziel, die Gründe für die Existenz dieses Tabus besser zu veranschaulichen.

3.1 Inkontinenz - ein medizinisches Problem

Der Name „Inkontinenz“ kommt von dem Lateinischen - lat. in (*un, nicht*) + continentia; (*„das Ansiehalten, Zurückhalten“*) - und bedeutet die Unfähigkeit eines Menschen, den Harn oder den Stuhl zurückzuhalten (vgl. WAHRIG 1986).

Inkontinenz gehört zu den häufigsten Alterskrankheiten in den Industrieländer. Weltweit sind etwa 200 Millionen Menschen davon betroffen (vgl. VOLZ 1998: 3). In Deutschland leiden an Harninkontinenz etwa 10 - 30% von den 60jährigen und 40% von den 80jährigen (vgl. NOLTE 1997: 2).

Stuhlinkontinente in der deutschen Bevölkerung gibt es ebenfalls viele. Die absolute Häufigkeit kann jedoch nur geschätzt werden (vgl. PROBST 1998: 22). *„Die Prävalenz wird mit 4-5/1000 angenommen, bei über 65jährigen mit 5-10/1000. Im geriatischen und im psychiatrischen Krankengut ist mit zu 30% Stuhlinkontinenz zu rechnen“* (ebda).

Die Experten gehen jedoch von einer weitaus höheren Dunkelziffer aus, da die meisten Betroffenen, die Harn- bzw. Stuhlinkontinent sind, nicht ärztlich betreut und so auch von keiner Statistik erfaßt werden.

Harninkontinenz ist aber primär eine Frauenkrankheit. Ihr Anteil beträgt hier fast 80% (vgl. NOLTE 1997: 2) *„Die Ursache für diese Prädominanz liegt in der Vulnerabilität des weiblichen Schließmuskelsystems“* (MELCHOR 1998: 9).

Die Harninkontinenz kann viele und verschiedene Formen annehmen. Zu den wichtigsten zählen die Dranginkontinenz und die Streßinkontinenz⁶.

⁶ Andere Formen der Harninkontinenz - siehe Anhang.

Bei der Dranginkontinenz handelt es sich um eine Überaktivität des Blasenmuskels. Die normale Funktion der Blasenfüllung ist gestört. Normalerweise füllt sich die Blase, ohne daß der Blasenmuskel aktiv wird. Ab einem bestimmten Füllungszustand wird der Harn dann wahrgenommen, wobei dieser jedoch willentlich unterdrückt werden kann. Bei der motorischen Dranginkontinenz ist die Blasenkontraktion⁷ jedoch so stark, daß sie den Schließmuskeldruck überwindet und es zu unwillkürlichem Harnabgang kommt. Dranginkontinenz ist häufig die Folge chronischer Entzündungen, von Tumoren oder Verletzungen der Blase. Hierzu kommt es ebenfalls im Alter häufig durch Störungen wie beim Schlaganfall oder Parkinsonkrankheit (vgl ebda 12 f.).

Für die Streßinkontinenz werden oft auch die Begriffe Belastungsinkontinenz oder passive Harninkontinenz verwendet. Die Streßinkontinenz ist bei Frauen die am häufigsten auftretende Inkontinenzform. Es handelt sich hierbei um eine Schwäche des Schließmuskelsystems, die im Alter meistens durch eine Bindegewebsschwäche in der Beckenbodenmuskulatur hervorgerufen wird. Ursachen sind oft das Absinken der Gebärmutter nach mehreren Geburten, nach Operationen oder äußeren Verletzungen.

Bei Lachen, Nießen und Husten wird der Druck im Becken so hoch, daß der Schließmuskeldruck nicht mehr ausreicht, um den Harn zurückzuhalten. Es kommt so zu tröpfchenweisem Harnabgang (vgl ebda 10f).

Für die Harninkontinenz gibt es keine einheitlichen Behandlungsmethoden, sowie keine einheitlichen Übungsprogramme⁸. Einige Inkontinenzformen können durch medikamentöse oder operative Behandlung beeinflusst werden.

In Abhängigkeit von der Ursache und dem Typ der Harninkontinenz muß jedoch gleichzeitig ein individuelles therapeutisches Konzept entwickelt werden. Zu den wichtigsten Therapiemöglichkeiten in der Behandlung der Harnkontinenz gehören:

⁷ (Blasen)Kontraktion - (lat.) Zusammenziehung (z. B.: von Muskeln, Med.) (DUDEN 1982)

⁸ Wie aus einer regionalen Tageszeitung (MENDENER ZEITUNG vom 08. 01. 1999) gemeldet wird, sind auf Grundlage einer Untersuchung des med. Dozenten BERTHILL BLOK an der niederländischen Universität Groningen neue Erkenntnisse aufgetreten. So wird berichtet, daß Inkontinenz "durch Hirnstörungen beeinflusst" ist und "kaum durch Willen" steuerbar ist. Die Untersuchungen haben erstmals nachgewiesen, welche Teile des Gehirns das Öffnen und Schließen der Blase steuert. Die Ursache der Inkontinenz sollte demnach im "Urinierzentrum" des Gehirns gesucht werden. Zur Zeit erforscht die Universität neue Behandlungsmethoden und Geräte, die einem Herzschrittmacher ähnlich sind.

1. Beckenbodentraining, das zum Ziel hat, einen geschwächten Schließmuskel zusammen mit der Beckenbodenmuskulatur zu kräftigen. Diese Therapiemöglichkeit ist zur Behandlung leichter Grade der Belastungsinkontinenz (Streßinkontinenz) geeignet.
2. Blasklopffrainig. Dies ist eine Therapiemöglichkeit bei neurogenen Blasenfunktionsstörungen, also zum Beispiel bei: Querschnittslähmung, Multiple Sklerose, Rückenmarkserkrankungen. Durch regelmäßiges Beklopfen des Unterbauches wird wieder eine kontrollierte Blasenentleerung in festgelegten Abständen ausgelöst.
3. Toilettentraining. Diese Trainingsform ermöglicht Patienten, die durch Erkrankungen des Gehirns (Schlaganfall, Alzheimer Krankheit) die Kontrolle über ihre Blasenfunktionen verloren haben, wieder in einen vernünftigen Entleerungsrythmus zu bringen. Ziel der Behandlung ist es also, den optimalen Zeitpunkt zu ermitteln und die Patienten rechtzeitig zur Toilette zu schicken, bevor der Harndrang einsetzt, wie man es bei kleinen Kindern macht (vgl. ebda: 46ff.).

3.2 Inkontinenz - ein psychologisches Problem

An Inkontinenz leiden in Deutschland Millionen von Menschen, aber nur ein Bruchteil von ihnen sprechen darüber. Sie wird nicht selten einfach ignoriert und verdrängt. Dabei kann Inkontinenz die Lebensqualität zerstören und zu Problemen am Arbeitsplatz und in der Familie führen. Viele Betroffene stehen daher unter einem psychischen Druck und isolieren sich selbst aus Angst und Schamgefühl, daß jemand etwas bemerken könnte oder, daß sie in einer fremden Umgebung nicht schnell genug eine Toilette finden könnten. Sie bleiben mit ihrem Problem allein.

Die Gründe für ein solches Verhalten lassen sich relativ einfach nennen. Zuerst muß unsere moderne Gesellschaft angesprochen werden, mit ihrem sog. Jugendwahn. Von allen Seiten wird die Bewunderung der Jugend und des Jungseins betrieben. Das Alter scheint „kaltgestellt“ zu werden. Die Kosmetikindustrie und ein ganzer Zweig der Medizin liefern die Mittelchen, um zumindest die äußeren Zeichen der Jugendlichkeit ein wenig zu konservieren.

Von daher hat heute ein unbeschwertes, aktives Leben einen hohen Stellenwert, Menschen die dieses Ideal nicht mehr erfüllen können, fühlen sich sehr schnell ausgegrenzt (vgl. NAGEL 1991: 26f). Inkontinenz hat dadurch, daß es sich um einen sehr intimen Bereich handelt, auch einen Nimbus der Peinlichkeit. Einer Umfrage zu Folge steht in Deutschland die Inkontinenz dicht hinter der Impotenz auf Platz 2 der Skala der Peinlichkeiten⁹. Inkontinenz ist zudem keine attraktive Erkrankung, über die man spricht, wie über einen Nieren- oder Gallenstein, einen Herzinfarkt, einen Unfall oder eine Krebsoperation. Sie beeinträchtigt massiv die Selbstsicherheit und Freiheit eines Menschen. Harn- und Stuhlinkontinenz führen nämlich zwangsläufig zu Geruchsbelästigungen und dadurch zur ästhetischen Isolation des Kranken.

Die Gesellschaft selbst erleichtert Inkontinenzkranken in keiner Weise das Leben, indem sie eine ganze Reihe der Vorurteilen zu unterhalten pflegt: So herrscht eine allgemeine Meinung, die Beschwerden seien altersbedingt und damit nicht behandelbar, was zur Vernachlässigung der Krankheit beiträgt. Die "Abschiebung" in ein Pflegeheim ist häufig die Folge. Es wird auch von der Rückentwicklung des Menschen auf die Stufe des hilflosen Kleinkindes gesprochen. Inkontinente akzeptiert man häufig nicht als Kranke, die geheilt werden müssen und können, sondern als unsauber, vernachlässigt, heruntergekommen.

Um das Thema Inkontinenz aus der Tabuzone zu holen, wurde 1987 die Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V. (GIH) gegründet. Ihre Mitglieder sind Urologen, Gynäkologen, Geriater, Chirurgen, Neurologen, Apotheker, Hersteller von Inkontinenzprodukten, Vertreter der Pharma-Industrie u.a.. Sie alle haben das gleiche Ziel: Die Enttabuisierung des Themas Inkontinenz. Es soll die Aufklärung über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten betrieben werden - ein Dorn im Auge der Repräsentanten der Fachgesellschaft ist es, daß das Thema Inkontinenz lediglich unter dem Aspekt der Streßinkontinenz bei Beckenbodenschwäche thematisiert wird. Auch im Bereich der Fortbildung ist dieses Thema zum Bedauern der Experten immer noch von untergeordneter Bedeutung. Von daher soll die Ausbildung, sowie die Weiterbildung der mit Inkontinenz befaßten Berufsgruppen verbessert werden (vgl. MELCHOR 1998: 3f.).

⁹ „Hitliste der Peinlichkeiten“- Gallup International Asociacion. Großbritannien, unterstützt durch Pharmacia

3.3 Inkontinenz - ein sozialpolitisches Problem der Zukunft

Inkontinenz im Alter ist ein zunehmendes gesundheitspolitisches Problem erster Ordnung sowohl bezüglich der betroffenen Personen als auch hinsichtlich der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Die ältere Bevölkerung wird im Jahre 2030 keine Randgruppe mehr bilden. Sie wird vielmehr ein immer bedeutenderer Teil der Gesellschaft sein.

„Doch von nun an steht das Thema Altsein auf der politischen Tagesordnung. Unversehens wächst die Minderheit der Alten zu einer nicht mehr zu ignorierenden Größe an. Die zuverlässigste Unterstützung erhalten sie vom biologischen Lauf der Dinge. Die Zahl der Menschen über 65 steigt unaufhaltsam. Bildeten sie 1910 im Deutschen Reich noch fünf Prozent, machen sie in der Bundesrepublik schon 15,6 Prozent der Bevölkerung aus. Bis zum Jahr 2030 wird ihr Anteil auf sogar 33 Prozent hochschnellen“ (NAGEL: 1991:26).

Siehe Graphik 1:

Quelle: GEO WISSEN 1991 „Altern+Jugendwahn“

Solch eine Entwicklung wird gewiß viele Veränderungen in den Haushaltsplänen mit sich bringen. Nach Meinung eines Psychologen werden: *„(...) chronische Krankheit oder sogar Pflegebedürftigkeit (...) zu einem noch bedeutenderen sozialpolitischen Thema.“*

&Upjon. In: EXTRACTA GERIATRICA, April 1998.

(KRUSE 1991: 170). Die Unterstützung der Kranken oder Pflegebedürftigen wird sich zu einer großen Herausforderung für den Staat entwickeln. Offen bleibt die Frage, wer die Unterstützung übernehmen wird (vgl. ebda).

”Auf Grund der Daten der 7. Bevölkerungsvorausberechnung werden wir im Jahre 2030 mit mehr als 6 Millionen Senioren in Deutschland rechnen müssen, die unter Beschwerden ”Altersblase” leiden, wenn nicht durch gezielte Forschungs-, Ausbildungs-, und Fortbildungs- sowie Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen gegengesteuert wird: 1995 haben noch 12,3 potentiell Erwerbsfähige im Alter von 21 bis 65 Jahren die Kosten für eine(n) mit Blasenbeschwerden im Alter getragen. 2030 werden dies nur noch 6,7 sein. Eine Entwicklung, die das Sozialsystem unseres Staates enorm belasten wird, zumal gerade im Greisenalter der Anteil schwer Inkontinenter wesentlich höher ist als in den jüngeren Bevölkerungsgruppen“

(MELCHOR 1998: 5).

Siehe Graphik 2. Harninkontinenz im Alter: Häufigkeitsprognose bis 2030:

Quelle: GIH 1998

All diese Fakten lassen darauf schließen, daß mit einer veränderten Gesellschaft, sich auch eine Veränderung der Einstellung zur Gesundheit ihrer Mitglieder vollziehen wird bzw. vollziehen müssen. Auch Inkontinenz wird, wie es scheint, nicht mehr tabuisiert werden können, wenn auch aus einem sehr pragmatischen, wirtschaftlichen Grund. Da das Problem unumgänglich wird, wird darüber auch viel mehr diskutiert werden müssen, was wiederum

zwangsläufig wohl zur Enttabuisierung der Krankheit und somit dieses Kommunikationstabus beitragen wird. Dieser Prozeß wird sich hierbei nach dem Prinzip „ (...) *tabuisierte Themen müssen zuerst sprachlich bewältigt werden* (...)“ (GÜNTHER 1992: 41) abzeichnen.

Zusammenfassend sei nach TIETZE (1998) zitiert:

„Die Enttabuisierung des Themas sollte folglich auf zwei Seiten erfolgen. Zum einen müßten die Ärzte besser ausgebildet werden was die Eigenarten der Inkontinez betrifft, damit sie die Signale der Patienten, die sich nicht trauen, das Thema offen anzusprechen, besser erkennen und entsprechend damit umgehen können. Zum anderen sollte das Thema in der Öffentlichkeit eine normale Behandlung erfahren, so daß kein Betroffener sich seines Leidens wegen länger unsicher fühlen oder gar schämen muß.“

(TIETZE 1998: 2).

4 Praktischer Teil - Untersuchungsergebnisse

Im folgenden werden die Ergebnisse einer für die Zwecke des o. g. Referats durchgeführten Umfrage präsentiert. So wird zunächst Einblick in die Fragestellung (Kap. 4.1), Methoden (4. 2) und Vorgehensweise (4. 3) gegeben sowie Aufbau des Fragebogens demonstriert (4. 4). Anschließend werden die Endergebnisse dargestellt und interpretiert (Kap. 4. 5, 4. 6. und 4. 7).

4.1 Untersuchung - Fragestellung und Zielsetzung

Bei der Vorbereitung des Referats wurde ersichtlich, daß Inkontinenz ein Tabu innerhalb der deutschen Gesellschaft darstellt. Diese Annahme wurde zum Ausgangspunkt einer kleinen praktischen Untersuchung, die in Frankfurt / Oder durchgeführt wurde. Es war eine Querschnittsstudie, die ein ungefähres Bild geben soll, wie sich das Tabuverhalten der Patienten beim Einkauf von Inkontinenzprodukten darstellt.

4. 2 Methoden

Als Methoden wurden Vorgehensweisen der leitfadengestützten, persönliche Interviews (DIEKMANN 1996: 373f.) gewählt, die halbstrukturierte Fragekomplexe enthielten. Diese Form wurde gewählt, da es sich aus zeitlichen Gründen als bestmöglich erwies. Es wurde darauf

geachtet, daß die Fragen klar verständlich, abgrenzbar und präzise formuliert wurden (vgl. ebda: 410f.). Darüber hinaus wurden auch Beobachtungen angestellt, die sich auf folgende auffallende Kriterien stützten:

Vorhandensein und Nichtvorhandensein der Ausstellung von Inkontinenzprodukten, soziodemografische Merkmale der Befragten sowie Verhalten (soweit dies abschätzbar war). Im Laufe der Erhebung wurde oftmals auf das Vorhandensein von Beratungsecken verwiesen, die bei Nennung innerhalb der Beobachtungen aufgenommen wurden. Insgesamt wird angemerkt, daß die Beobachtungen nur am Rande der eigentlichen Gespräche stattgefunden haben und somit die Untersuchung hauptsächlich auf den Fragebogen gestützt war.

4. 3 Aufbau des Fragebogens

Anfangs wurde eine einfach zu beantwortende, fachbezogene Einstiegsfrage gewählt. Sie wurde bewußt als erste Frage gestellt, um bei den Befragten die Hemmungen abzubauen (vgl. DIEKMANN 1996: 376f.). Sie soll einen grundsätzlichen Überblick über die Produktpalette geben, da später herausgefunden werden sollte, welche unterschiedlichen Produkte in der Regel angeboten werden. Es konnten mehrere Angaben gemacht werden.

Die Fragen zwei bis fünf beziehen sich nicht, wie in Frage eins auf das Produkt, sondern auf das Verhalten und Eigenschaften der Kunden. Frage zwei weist eine geschlossene Kategorie auf und wurde gestellt, um einer Annahme nachzugehen, ob sich Patienten, z.B. aufgrund von Peinlichkeiten, Ängsten oder Schamgefühlen beraten lassen wollen. (Eine fachliche Beratung zielt darauf ab, über entsprechende Produkte aufzuklären und zu informieren, was mit einer Offenbarung des Krankheitsbildes des Patienten zusammenhängt). Es konnte mit "ja" oder "nein" geantwortet werden. Frage drei bezieht sich auf soziodemografische Merkmale der Inkontinenzkranken. Sie teilt sich in zwei Spalten, die eine beschreibt die männlichen und die andere die weiblichen Vertreter. Die Einzelkategorien der jeweiligen Spalten unterteilt sich in Altersangaben, die in 10 Jahresabschnitte eingeteilt wurden¹⁰. Diese Skala wurde gewählt, um erschöpfend, präzise und disjunkte Aussagen treffen zu können sowie das

Gesamtpatientenbild näher kennenzulernen Es konnten mehrere Kategorien angekreuzt werden.

Die letzten beiden offen gestellten Fragen vier (Gestik) und fünf (Wortwahl) wurden mit den jeweiligen Kategorien „männliche“ und „weibliche“ Angaben gestellt. Dadurch sollte Aufschluß darüber gegeben werden, wie sich die Geschlechter in bezug auf tabuisierte Sachverhalte am Beispiel der Inkontinenz in Gestik und Wortwahl ausdrücken.

4. 4 Vorgehensweise und Datenerfassung

Die Erhebung fand am 14.12.1998 in der Zeit von 12.30 bis 14.30 in Frankfurt / Oder statt. Es wurden 6 Apotheken¹¹ bewußt ausgewählt.

Frankfurt / Oder verfügt über 16 Apotheken¹². Die Auswahl bezog sich auf alle Stadtteile und 6 Apotheken erschienen ausreichend, um Tendenzen feststellen zu können. Es wurde jeweils die Leiterin der Apotheke befragt.¹³

Der Fragebogen wurde der befragten Person vorgelegt, welche ihn in Anwesenheit des Interviewers ausfüllte. Dies erwies sich als Vorteil, wenn es um Verständnisfragen ging. Da kein Pretest dieses Fragebogens durchgeführt worden ist, wurde bewußt Hilfestellung des Interviewers gewährleistet. Im Anschluß an das Interview wurde darauf geachtet, ob die Apotheken Ausstellungshinweise bezüglich der Inkontinenzprodukte aufwiesen.

Im Anschluß an das Face to Face Interview, wurden die Ergebnisse computerunterstützt mit dem Programm MS - EXCEL erfaßt und grafisch in Form von Kreis- und Säulendiagrammen

¹⁰ Die Jahresabschnitte beginnen mit 0-10 Jahren, da in der Fachliteratur (z. B.: GIH 1998: 53ff.) auch auf Kinderinkontinenz, die sich im frühem Kindesalter abzeichnet, hingewiesen wurde. Dies wurde jedoch nicht weiter verfolgt, weil es nicht Gegenstand dieser Untersuchung war.

¹¹ Es wurden Apotheken für diese Umfrage ausgewählt, weil diese Institutionen, in Bezug auf Erkenntnisse über Patienten, als sehr geeignet erschienen. Es wird an dieser Stelle darauf verwiesen, daß die Angaben der Untersuchung auf Sekundäraussagen beruhen aber in bezug auf Zielsetzung der Untersuchung und Verhältnismäßigkeit wurde auf eine repräsentative Bevölkerungsumfrage verzichtet.

¹² Laut Telefonbuchanalyse - GELBE SEITEN für den Bereich Frankfurt/Oder 1998/99.

¹³ Ursprünglich sollten die Interviews auf Tonbandcassette aufgezeichnet werden. Da diese Methode teilweise auf Ablehnung stieß, wurde hierauf verzichtet, um eine einheitliche Vorgehensweise zu erzielen.

aufgearbeitet. Der Rücklauf der Umfrage war 100%, was mit der Vorgehensweise begründbar ist.

4. 5 Darstellung der Ergebnisse

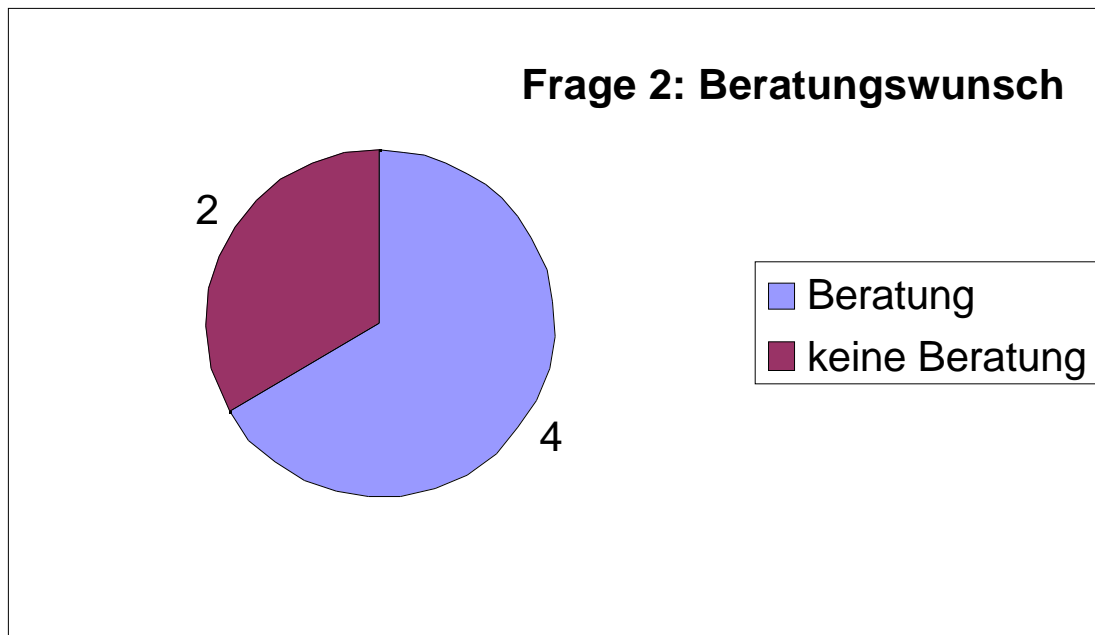
Frage 1: „Welche Produkte kann man bei Ihnen bekommen“

Die Frage eins ergab, daß alle Apotheken verschiedene frei verkäufliche Produkte anbieten. Zu diesen Produkten zählen: Slipeinlagen, Betteinlagen und Slips in verschiedenen Größen, verschiedener Hersteller, sowie rezeptpflichtige und freiverkäufliche Medikamente in verschiedenen Formen.

In allen Apotheken wurde angemerkt, daß es Qualitätsunterschiede gibt. In einer Apotheke wurde der Hinweis auf operative Behandlungsmethoden (z. B.: Collagenspritzen) und Gymnastik, (z. B.: Beckenbodengymnastik) gemacht. Auf eine grafische Analyse wurde verzichtet, hingegen wird darauf verwiesen, daß sich Werbematerial zu verschiedenen Produkten im Anhang befindet.

Frage 2 „Wollen sich die Patienten zu dem Produkt Beraten lassen?“

Frage zwei stellt anhand eines Kreisdiagrammes dar, wie die Verteilung der Antworten war. Vier von sechs Apotheken wiesen darauf hin, daß die Patienten eine Beratung wünschen, wohingegen zwei die Ansicht vertraten, daß die Patienten sich nicht beraten lassen wollen. Siehe Grafik 3:

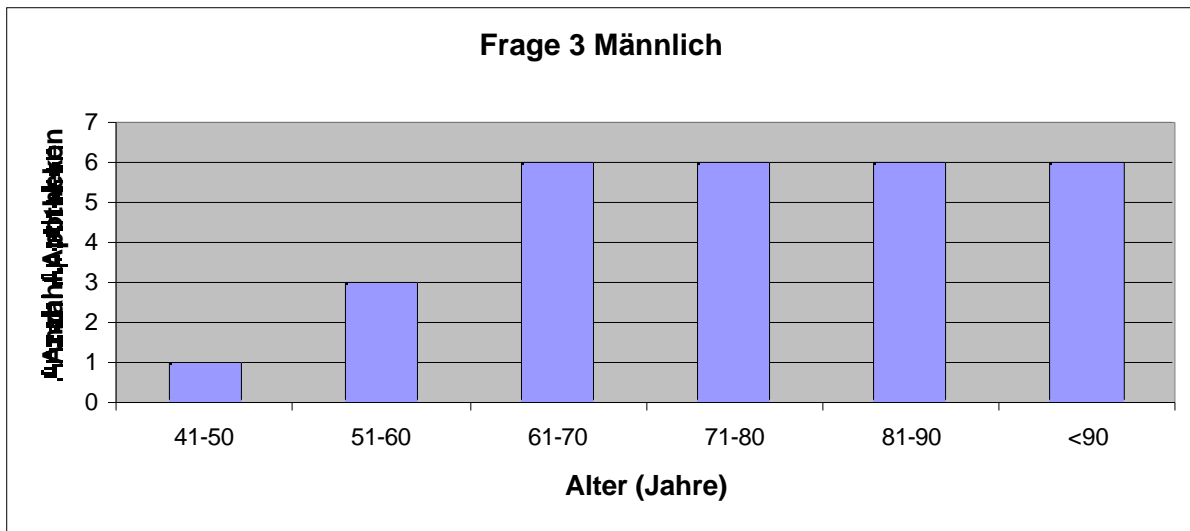


(Grafik 3)

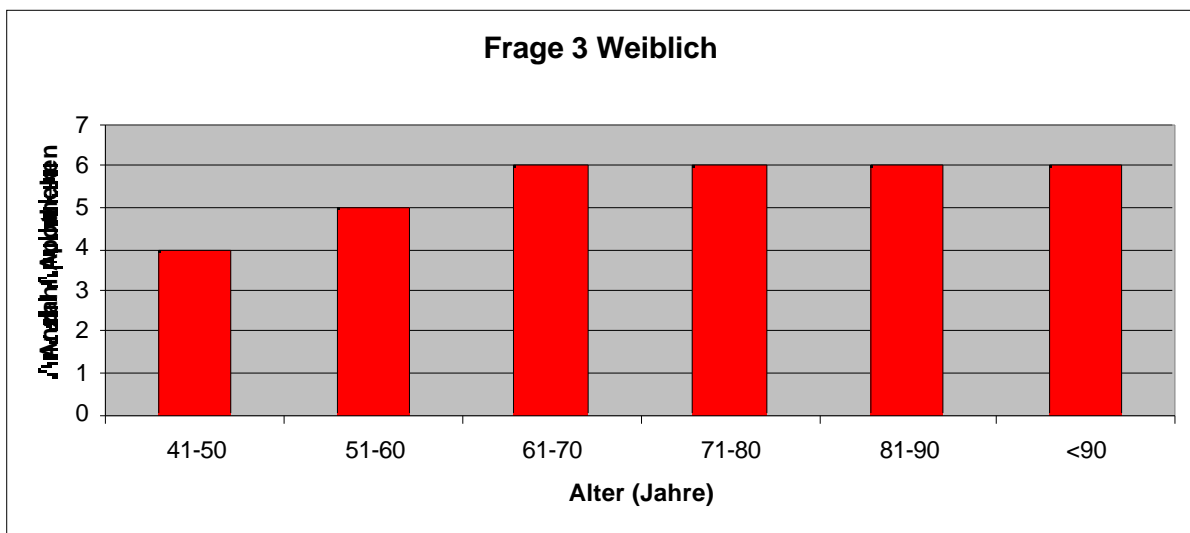
Frage 3: „Welche Altersgruppe betrifft in der Regel Inkontinenz?“

Frage drei stellt in den zwei nachfolgenden Säulendiagrammen die Anzahl der jeweiligen Nennungen der Apotheken dar. Auf den x - Achsen befinden sich jeweils die Altersangaben, unterteilt in 10 Jahresabständen. Auf den y - Achsen wird die Anzahl der Apotheken angegeben.

Bei den männlichen und weiblichen Patienten wurden von allen Apotheken die Altersabschnitte zwischen 60 bis über 90 Jahre, als Alter, in dem Inkontinenz auftreten kann, angegeben. Die Altersabschnitte 41 bis 50 Jahre wurde bei den weiblichen Kunden von 4 der 6 Apotheken und bei den männlichen Kunden nur von einer Apotheke angegeben. Die Altersabschnitte zwischen 51 bis 60 Jahre wurde bei den weiblichen Patienten von 5 und bei männlichen von 3 der 6 Apotheken genannt. Siehe Grafik 4 und 5:



(Grafik 4)



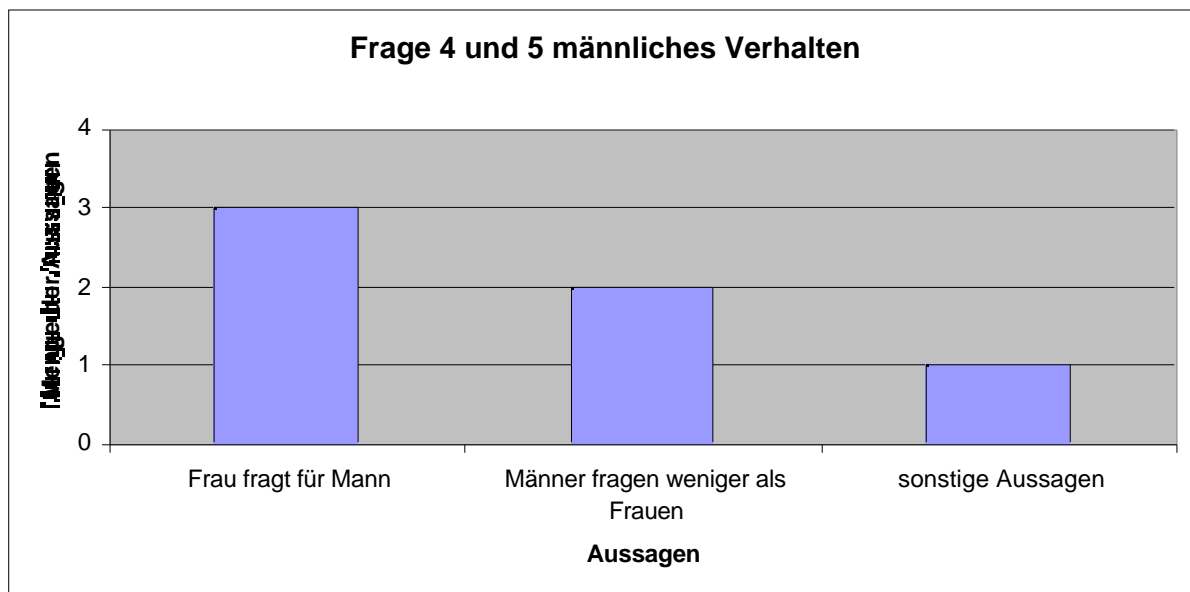
(Grafik 5)

Frage 4 „Wie verhalten sich die Patienten die nach Inkontinenzprodukten fragen (Gestik) und Frage 5 „Wie verhalten sich die Patienten die nach Inkontinenzprodukten fragen (Wortwahl)

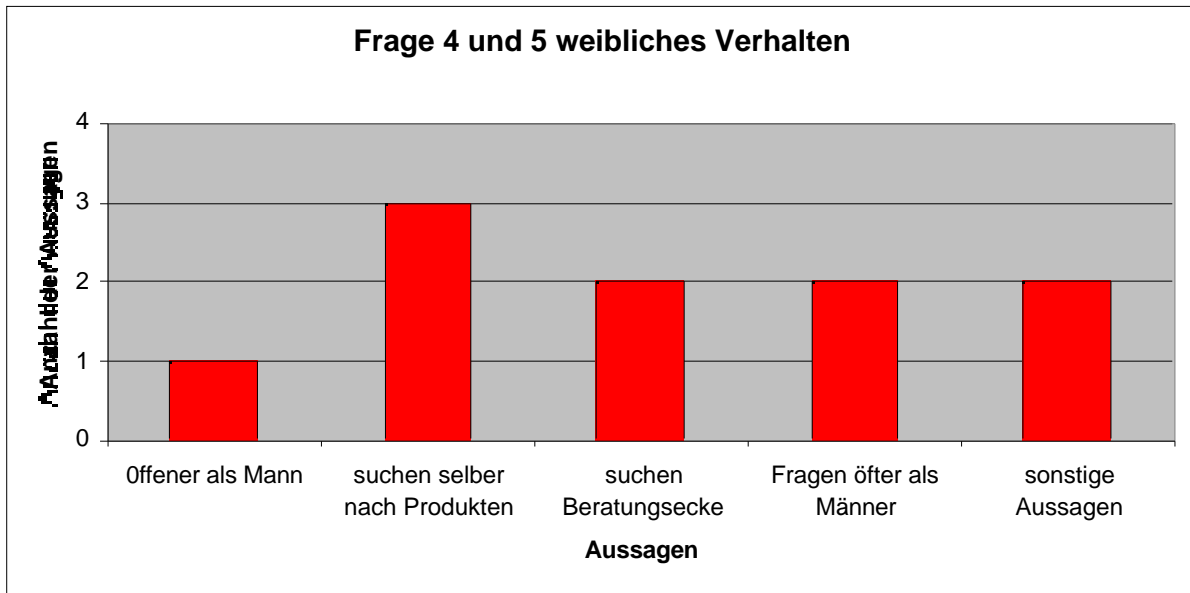
Diese Fragen wurden innerhalb der Darstellung und Auswertung neu eingeteilt, da eine getrennte Aussage über Gestik und Wortwahl nur unzureichend auswertbar waren. Zudem gab es viele Überschneidungen. Über Gestik und Wortwahl wurden kaum Angaben gemacht. Die wenigen angegebenen Aussagen werden im Kapitel 3.7 näher betrachtet. Vielmehr wurden

pauschale Verhaltensmerkmale beschrieben, welche sich nicht in die vorgegebenen Kategorien einsortieren ließen. Deshalb begründet sich die Neueinteilung der Kategorien, welche aufgrund der Häufigkeit der Angaben gemacht wurden. Grafik 6 stellt die Angaben über die männlichen Patienten und Grafik 7 die Angaben über die weiblichen Patienten dar. Auf der x - Achse werden die verschiedenen Angabekategorien abgebildet und auf der y - Achse wird die Anzahl der Aussagen der Apotheken genannt. Hier ist zu berücksichtigen, daß bei der Befragung bezüglich der männlichen Patienten, alle Apotheken mit jeweils einer Äußerung vertreten waren. Am häufigsten wurde die Kategorie „*Frau fragt für Mann*“ angegeben. Bei den Angaben über die weiblichen Patienten wurden insgesamt 10 Nennungen gemacht, die sich wiederum in fünf Kategorien unterteilen ließen. Die Verteilung der Angaben konzentriert sich auf die Kategorien „*Frauen suchen selber nach Produkten*“, „*Frauen suchen Beratungsecke*“, „*Frauen fragen öfter nach, als Männer*“.

Siehe Grafik 6 und 7:



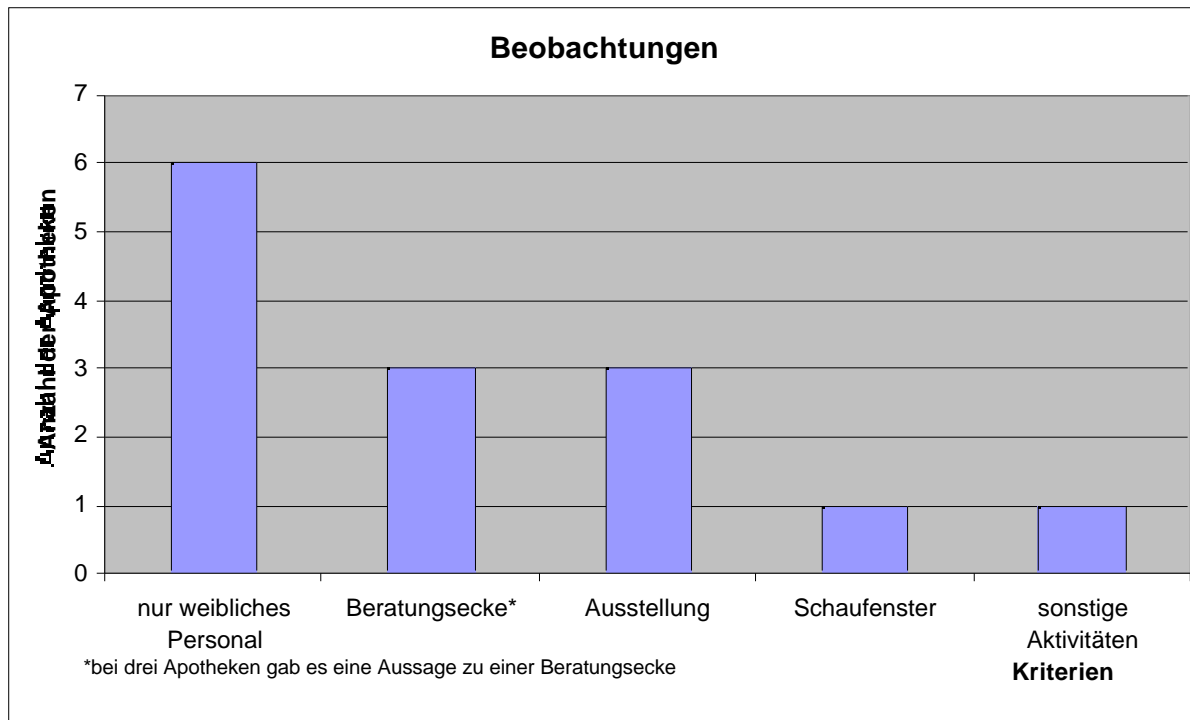
(Grafik 6 männlich)



(Grafik 7 weiblich)

4. 6 Darstellung der Ergebnisse der Beobachtungen

Diese Darstellung, welche in Form eines Säulendiagramms aufgezeigt wird, beschreibt auf der x - Achse die verschiedenen Antwortkategorien, welche aufgrund der verschiedenen Nennungen entstanden sind und auf der y - Achse die Anzahl der Apotheken, welche die Aussagen getroffen haben. Siehe Grafik 8:



(Grafik 8 Beobachtungen)

4. 7 Zusammenfassende Auswertung der Untersuchungsergebnisse - Interpretations- und Deutungsversuch.

Dieser Abschnitt wird auf ausgesuchte aussagekräftige Einzelergebnisse bezogen, um einen Gesamtzusammenhang der Aussagen herzuleiten.

Frage 1 wird an dieser Stelle nicht näher erläutert, da sie nur dazu diente, einen Überblick über die verschiedenen Inkontinenzprodukte zu bekommen. Sie wurde als sog Warming up - Frage benutzt, um „das Eis zu brechen“. Im Referat wurde in diesem Zusammenhang die Produktpalette näher besprochen.

In bezug auf Frage zwei ist anzunehmen, daß die Patienten, die sich nicht beraten lassen wollen, folgende Gründe haben: Entweder sind sie aufgrund von Schamgefühlen gehemmt oder gehören sie zu dem Kreis der Stammkunden, die genau wissen, welche Produkte sie brauchen. Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, strebt doch eine Mehrzahl der Kunden eine Beratung an. Das ist vielleicht auf die am 01.01.1999 vom Gesetzgeber erlassene Vorschrift zurückzuführen, die Apotheken dazu verpflichtet, eine Beratungsecke einzurichten.

Diese Beratungsecke ist gerade für die Kunden gedacht, die sich aus Schamgefühl nicht öffentlich (das heißt im Verkaufsraum in Gegenwart anderer Kunden) offenbaren möchten, weil ein „warmer angenehmer Raum sich positiv auf (...) „sich selbst mitteilen“ auswirkt“ (BALLE 1990: 38)¹⁴.

Aufgrund der Aussagen in Frage 3 lassen sich die Informationen der Gesellschaft für die Inkontinenzhilfe (GIH 1998: 9) bestätigen, daß Inkontinenz im Alter zunimmt, sowie daß Frauen früher mit Inkontinenzproblemen zu tun haben als Männer.

Die Fragen 4 und 5 lassen insgesamt, anhand der Aussagenstruktur, folgendes Bild erkennen: In bezug auf männliches Verhalten sind es häufig deren Frauen, die für ihre Männer nach Inkontinenzprodukten fragen. Das kann mit folgenden Vermutungen begründet werden: Die Tatsache, daß in dieser Umfrage ausschließlich Frauen waren, die in den Apotheken arbeiten, könnte männliche Patienten besonders beeinflussen. Als Erklärung könnte man einen kulturellen, generationsbedingten Ansatz herleiten, bei dem die Männer, die jetzt älter als 40 Jahre sind, als Kinder bestimmt nicht so frei und offen erzogen worden waren, und für sie war es Tabu, Gefühle zu zeigen bzw. Schwächen zuzugeben. Mit diesem Hintergrund könnte man erklären, daß es kaum Männer sind, die fragen, weil sie sich schämen, solch eine „unmännliche“ Krankheit zuzugeben. (vgl. SCHNACK, NEUZLING 1994: 64ff).

Aus den Antworten geht auch hervor, daß die Frauen offener und selbstsicherer mit dieser Problematik umgehen. Eine Erklärung könnte man darin finden, daß sie ebenfalls die Zeit der Erziehung berücksichtigt, ein bestimmtes kulturelles Rollenbewußtsein erfüllen. Es ist anzunehmen, daß bis etwa Mitte der 60er Jahre die Rolle der Frau eher auf die Rolle der Hausfrau ausgerichtet war (vgl. GLASER 1990:70f.). Zu den Aufgaben zu Hause zählte auch die Pflege von Kranken, wie es in traditionellen Eheberatungsbüchern aus dieser Zeit zu entnehmen ist (vgl.: HOPPE 1963: 49).

¹⁴ Die Information über die Beratungsecke basiert auf den Aussagen der Apothekerinnen und wurde nicht geprüft.

Ein dritter Deutungsansatz dafür, daß Frauen öfter als Männer fragen, wäre in der Tatsache zu suchen, daß die Gesellschaft, die Inkontinenz bei Frauen als eine natürliche Folge der Geburten versteht und somit wird sie als eine der typischen Frauenkrankheiten angesehen. Deshalb gehen die Frauen offener mit ihrer Krankheit um.

In bezug auf das vorangegangene verhält es sich anders mit den Männern. Für sie bleibt dieses Leiden wirklich sehr peinlich, weil in ihrem Fall die Inkontinenz entweder als eine Nebenerscheinung bei einer anderen Krankheit (z. B.: sehr oft nach Prostata-Operationen, vgl. UROLOGISCHE NACHRICHTEN 1998) auftritt, was schon ein Grund genug ist, nicht darüber zu sprechen, oder auf angeborene Fehlbildungen der entsprechenden Organe zurückzuführen ist (vgl. ebda).

Die wenigen, konkreten Aussagen, welche die Apotheken zur Wortwahl der weiblichen Kunden angaben, können trotzdem Aufschluß über die Merkmale der Kommunikation über Tabuthemen geben. Die am häufigsten genannten Faktoren weisen deutlich auf die paraverbalen Anzeichen für ein Tabu, sowie die verbalen Tabusprechstrategien hin, mit deren Hilfe sich die Sprecherinnen „schützen“ können.

So bemerkten die Apothekerinnen, daß die Kunden oft „*verunsichert zu sein scheinen*“ und „*leise, diskret sprechen*“. Manchmal „*warten sie bis sich kein anderer Kunde in der Apotheke befindet, um ihr Problem anzusprechen*“, aber „*nicht direkt*“. Es werden vielmehr euphemistische Aussagen vom Typ „*Sie wissen, wie das so ist im Alter*“ gemacht. Die Frauen verstecken sich auch hinter den mitgebrachten Fachzeitschriften, die ihnen einen direkten Sprechakt vermeiden helfen. Dieses Verhalten läßt sich z. B.: mit dem Satz „*Ich hab` gehört, daß es sowas* (hier wird die entsprechende Stelle gezeigt) *gibt*“ gut wiedergeben.

Interessant anzumerken ist auch das Verhalten der interviewten Apothekerinnen, das ebenfalls bestimmte Indikatoren zeigte, welche auf Kommunikationstabus schließen lassen.

Vor allem leises, diskretes und schnelles Sprechen, Flucht in allgemeine Begriffe, Gebrauch von unpersönlichen „man-Konstruktionen“, sowie die anfängliche Errötung im Gesicht bei den meisten Befragten können als solche Indikatoren verstanden werden.

5 Zusammenfassung

Wie BALLE (1990) bemerkt: „*Tabus sind (...) auch Indikatoren des sozialen Wandels. Mit dem Verschwinden eines Tabus geht auch das Verschwinden der gesellschaftlichen Haltung gegenüber dem dahinterstehenden Verhalten einher. Es ist auch möglich bewußt Tabus zu brechen, um dadurch ihr Verschwinden zu begünstigen* (BALLE 1990: 20ff.).

Dieses Zitat scheint ein Motto für das sich langsam verändernde Verständnis von Gesundheit in Deutschland zu werden. Sie darf nicht ausschließlich mit Leistungsfähigkeit gleichgesetzt werden, so KRUSE (1991: 170). Es muß viel mehr als Fähigkeit verstanden werden, trotz eingetretener Einschränkungen, ein selbstverantwortliches Leben führen zu können.

Auch die Art und Weise, wie ein Inkontinenter seine Krankheit verarbeitet und wie er versucht, die bestehenden Therapiemöglichkeiten zu nutzen, sollte mehr Beachtung in der Gesellschaft finden. Nur so kann der heute noch erkennbaren Tabuisierung entgegengewirkt werden. Denn das *bewußt gebrochene Inkontinenz - Tabu* wird sein *Verschwinden begünstigen*. Sollte es die deutsche Gesellschaft verstehen, so kann angenommen werden, daß im Jahre 2030 das Tabu der Inkontinenz wahrscheinlich nicht mehr existieren wird.

6 Literaturverzeichnis

Altenthan, S. u. a. (1992): *Psychologie*. Köln, München: Stam - Verlag.

BALLE, Ch. (1990): *Tabus in der Sprache*. Frankfurt am Main: u. a.: Verlag Peter Lang
(= Schriftenreihe des FAS. Reihe A, 10).

DIEKMANN, A. (1996): *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*.
Hamburg: Verlag Rowohlt's Enzyklopädie.

DPA, (1999): Inkontinenz beginnt im Kopf⁴. IN: *Mendener Zeitung*. 08. 01. 1999: 6.

DUDEN LEXIKON (1962). Duden in drei Bänden, Bd. 3. Mannheim.

DUDEN (1982): *Fremdwörterbuch*. Der Duden in 10 Bänden, Bd. 5. Mannheim.

GALLUP INTERNATIONAL ASSOCIACION (1998): „Hitliste der Peinlichkeiten“.

In: *Extracta Geriatrica*. April 1998.

GLASER, H. (1990): *Die Kulturgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. Zwischen Grundgesetz und Großer Koalition 1949-1967*. Fischer Verlag: Frankfurt am Main.

GÜNTHER, U. (1992): „ und aso das isch gar need es Tabu bi üs, nei, überhaupt need“. *Sprachliche Strategien bei Phone-in-Sendungen am Radio zu tabuisierten Themen*. Bern et al.: Verlag Peter Lang (= Schriftenreihe der Züricher Germanischen Studien. 32).

HOPPE, I., G. (1963): *Verliebt - Verlobt*. Tübingen: Katzmann Verlag.

KRUSE, A. (1991). In: GEO Wissen: *Altern und Jugendwahn*. Gruner + Jahr Verlag: Hamburg.

MELCHOR, H. (1998): „Harn- und Stuhlinkontinenz - ein medizinisches, hygienisches, soziales und psychologisches Problem“. In: GIH Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V. (Hrsg.): *Harn - und Stuhlinkontinenz (Blasen- und Darmschwäche)*. 9. Ausgabe. Kassel 1998.

MEYERS GROBES TASCHENLEXIKON (1983): Lexikon in 24 Bänden, Bde. 14, 15, 21. Mannheim.

NAGEL, W. (1991): "Wenn die Rebellen älter werden". In : GEO Wissen (Hrsg.): *Altern und Jugendwahn*. Hamburg: Gruner + Jahr.

NOLTE, A. (1997): „Das Leiden nicht verheimlichen“. In: *Hannoverische Zeitung*. 18. 11. 1997: 2.

SCHNACK, D., NEUZLING, R. (1994): *Kleine Helden in Not*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.

SCHRÖDER, H.: *Tabuforschung als Aufgabe interkultureller Germanistik. Ein Plädoyee*. <http://www.geist.de/cgi-bin/info/?S=D&V=VI1&T=TI338&M=N&A=1>. 23.03.1999.

TIETZE, U. (1998): „Harninkontinenz. Sozioökonomische und psychosoziale Problematik“. In: *Berliner Ärzteblatt*. 2.4.1998: 2.

VOLZ, T. (1998): „Wenn die Blase den Druck nicht mehr aushält“. In: *Stuttgarter Zeitung*. 04.08.1998: 3.

WAHRIG DEUTSCHES WÖRTERBUCH (1986): Gütersloh, München: Bertelsmann Lexikon Verlag.

ZÖLLNER, N. (1997): *Der Euphemismus im alltäglichen und politischen Sprachgebrauch des Englischen*. Frankfurt am Main u. a.: Verlag Peter Lang.

Anhang