

Kongreßbeitrag:

**Gesundheitliche Lage der
Männer in Italien**

Goeschel A, Richter D

Steinmetz M

Blickpunkt der Mann 2006; 4 (4)

39-46

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

GESUNDHEITLICHE LAGE DER MÄNNER IN ITALIEN^{*)}

1. REGIONALVERGLEICH ALS KÖNIGSWEG DER MÄNNERFORSCHUNG

Vergleichende Untersuchungen zur Männergesundheit – und zu mehr ist man derzeit flächendeckend noch gar nicht in der Lage – haben methodologisch zwei Möglichkeiten:

1) Sie führen den Vergleich zwischen den Männern und den Frauen und laden sich damit die ganze Problematik des im übrigen richtigen Gendertheorems auf den Tisch, nachdem „Männer“ und „Frauen“ in den verschiedenen Kulturen, auf den verschiedenen Kontinenten und in den verschiedenen Epochen keineswegs überall und immer das gleiche sind¹.

2) Sie führen den Vergleich innerhalb der Geschlechtsgruppe der Männer und können dann gerade dadurch das Gendertheorem als Erkenntnisleitlinie nutzen. Regional – ob im Weltmaßstab oder auf der Ebene der einzelnen Länder – unterschiedliche Lebensbedingungen und Gesundheitslagen von Männern beschreiben dann zugleich die unterschiedliche Konstruktion von Männlichkeit und Männergesundheit².

Aus diesen Überlegungen heraus wurde der vor zwei Jahren erarbeitete Bericht zur Gesundheitlichen Lage der Männer in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol³ im wesentlichen als vergleichende Darstellung zwischen der Provinz Bozen-Südtirol und der Gesamtheit der Provinzen bzw. Regionen Norditaliens angelegt. In der Folge wurden dann auch noch zwei Berichte zur Gesundheitlichen Lage der Männer in Süditalien im Vergleich zu Italien-Mitte⁴ und zur Gesundheitlichen

[#] Leopold-Franzens-Universität Innsbruck,
^{##} Ruhr-Universität Bochum

^{*)} Vortrag zur Konferenz „Gesundheitliche Lage der Männer im Alpenraum“, Bozen, 05. Mai 2006

Tabelle 1: Männerlebenskrise und Männerlebenserwartung in großen Industrieländern 2002

Staaten	Ehescheidungen je 10.000 Einwohner*	Lebenserwartung eines männlichen Neugeborenen in Jahren**
Russische Föderation	56,0	58,8
USA	47,0	74,6
Südkorea	35,0	71,8
Großbritannien	28,0	76,1
Deutschland	26,0	75,4
Japan	23,0	78,3
Kanada	23,0	77,2
Frankreich	20,0	75,6
Spanien	17,0	75,8
Italien	7,0	76,8

*2003; USA und Kanada 2000; **2002

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistische Jahrbücher für das Ausland 1998 und 2005, Wiesbaden 1998 und 2005

Lage der Männer in Norditalien im Vergleich zu Italien-Mitte⁵ vorgelegt.

Schon ein vergleichsweise grober internationaler, d. h. weltregionaler Vergleich erbringt brauchbare Hinweise auf Indikatoren zu den unterschiedlichen Gesundheitslagen der Männer auf diesem Globus.

¹ Vgl. Schirmer, Dietmar: Die Kategorie Geschlecht als kultureller Code. Über Exclusion, Inclusion und Demokratisierung. In: Kreisky Eva und Sauer Birgit (Hrsg.): Geschlechterverhältnis im Kontext politischer Transformation. Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 28/1997, S. 194–219, Opladen 1997.

² Vgl. Goeschel, Albrecht: Männerbilder und Männergesundheit in der globalisierten Welt. Vortrag Internationale Männertagung Bozen, 28. April 2006

³ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Bericht zur Gesundheitlichen Lage der Männer in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol, Textband und Datenband, Marquartstein Juli 2004, Textband S. 9 ff.

⁴ Vgl. Goeschel, Albrecht, Richter Dirk: Bericht zur Gesundheitlichen Lage der Männer in Süditalien. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, August 2004.

⁵ Vgl. diess.: Bericht zur Gesundheitlichen Lage der Männer in Norditalien. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein. Juli 2004.

Männerlebenskrise und Männerlebenserwartung (Tab. 1)

Wie diese Zahlen zeigen, treten in den großen Industrieländern niedrigere Männerlebenserwartungen gleichgerichtet mit hohen Ehescheidungshäufigkeiten auf. Zahlreiche Untersuchungen sprechen dafür, daß die Männerlebenskrise Ehescheidung zumindest in den großen Industrieländern auch ursächlich mit Männermortalität und Männermortalität zusammenhängt⁶. In anderen Ländergruppen stellt sich dies nicht so dar.

Aussagekräftige Indikatoren zur vergleichenden Darstellung der gesundheitlichen Lage von Männern in bestimmten Regionen sind insbesondere

⁶ Vgl. Goeschel, Albrecht: Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für Männer in den Regionen Deutschlands: Überlegungen zu einer Präventionsstrategie. Vortrag zum Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 18. November 2006. In unserem Institut wird derzeit beschränkt auf Deutschland die Aussagefähigkeit von Eheschließungen und Ehescheidungen als Indikatoren für unterschiedliche Regionalentwicklungen untersucht. – Vgl. Steinmetz, Marcus: Aufkommen an Eheschließungen und Ehescheidungen als Regionalindikator. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein/Bochum laufend.

Tabelle 2: Männerlebensbedingungen und Männerlebenserwartungen in europäischen Ländern 2001

Staaten*	Bevölkerungsdichte Einwohner je km ^{2**}	Einpersonenhaushalte % aller Haushalte***	Ehescheidungen Je 10.000 Einwohner#	Lebenserwartung von Männern im Alter von 60 Jahren in Jahren##
Spanien	79,5	14,7	10	19,8
Griechenland	83,0	23,4	10	20,0
Frankreich	117,7	31,4	19	19,9
Italien	192,0	24,3	7	19,7
Zum Vergleich: Deutschland	230,4	35,7	24	19,0

*Mitgliedsstaaten der EU-15 mit besonders hoher Lebenserwartung der Männer im Alter von 60 Jahren; **Im Jahre 2001. Durchschnitt EU-15: 122,7 Einwohner je Quadratkilometer; ***Im Jahre 2001. Durchschnitt EU-15: 32,5 Prozent; # Im Jahre 2000; ## Im Jahre 1998

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Ausgabe 2003, Bonn 2004; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens 2001, Baden-Baden 2001 und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch für das Ausland 2005, Wiesbaden 2005

solche, die nahe an den Lebensbedingungen der Männer liegen, wie eben Eheschließungen bzw. Ehescheidungen, aber auch Alleinleben oder Zusammenleben, großstädtisches oder ländliches Leben etc.

Dies zeigt sich, wenn man derartige Indikatoren, also bspw. Bevölkerungsdichte, Einpersonenhaushalteanteil und Ehescheidungshäufigkeit für diejenigen Länder Kern-Europas, die besonders hohe Lebenserwartungen der Männer zeigen und die zumindest teilweise im Süden der Europäischen Union liegen, betrachtet. Im Vergleich etwa zu Deutschland mit seiner erkennbar niedrigeren Lebenserwartung der Männer im Alter von sechzig Jahren zeigen diese Länder, nämlich Spanien, Griechenland, Frankreich und Italien geringere Bevölkerungsdichten, niedrigere Anteile von Einpersonenhaushalten und deutlich niedrigere Ehescheidungshäufigkeiten.

Männerlebensbedingungen und Männerlebenserwartungen in europäischen Ländern 2001 (Tab. 2)

Es überrascht vor diesem Hintergrund dann auch nicht, daß auch die gesundheitliche Selbsteinschätzung der Männer in den Ländern mit den eher lebenserwartungsfördernden Lebensbedingungen positiver ist als in Deutschland.

Männerlebensgefühl und Männerlebenserwartung in europäischen Ländern 2002 (Tab. 3)

Diese und andere Zusammenhänge von Lebensbedingungen und Lebenserwartung der Männer in Kerneuropa sprechen dafür, daß tatsächlich die Wirtschaftsexpansion und Wirtschaftsdynamik der zurückliegenden Jahrzehnte in Europa mit ihrer Verdichtung aller Lebensabläufe und gleichzeitigen Vereinzelung der Menschen insbesondere von den Männern mit verlorenen Lebensjahren bezahlt worden ist.

Wenn Gesundheitspolitik hier wirksam eingreifen will, darf sie keinesfalls lediglich bei Forderungen nach einem gesundheitsgerechten Verhalten der Männer stehen bleiben. Sie muß vielmehr in die Arbeits- und Alltagsprozesse selbst eingreifen.

2. RÄUMLICHE AUFGLIEDERUNG ITALIENS IN NORD, MITTE UND SÜD BESCHREIBT AUCH UNTERSCHIEDLICHE LEBENSBEDINGUNGEN DER MÄNNER

Bei einer regionalisierten und vergleichenden Betrachtung der ge-

Tabelle 3: Männerlebensgefühl und Männerlebenserwartung in europäischen Ländern 2002

Staaten*	Einschätzung der eigenen Gesundheit von Männern im Alter von 65 und mehr Jahren als „gut“ In Prozent aller Antworten	Lebenserwartung von Männern im Alter von 60 und mehr Jahren In Jahren**
Griechenland	41	20,0
Spanien	38	19,8
Frankreich	30	19,9
Italien	28	19,7
Zum Vergleich: Deutschland	21	19,0

*In Mitgliedsstaaten der EU-15 mit besonders hoher Lebenserwartung der Männer im Alter von 60 Jahren; **1998

Quelle: White A, Cash K. A report on the state of men's Health across 17 European Countries. Ed. The European Men's Health Forum 2003 und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens 2001, Baden-Baden 2001.

gesundheitlichen Lage der Männer in Italien muß zunächst geklärt werden, welche Teilräume Italiens statistisch verfügbar sind und ob diese Teilräume ausreichend unterschiedlich sind. Die im übrigen vorzügliche Gesundheits- und Allgemeinstatistik des Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) bietet u. a. einschlägige Indikatoren zur vergleichenden Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Männer in Italien für die Teilräume Nord-Italien, Italien-Mitte und Süd-Italien an.

Um zu prüfen, ob es sich hier auch tatsächlich um Teilräume Italiens handelt, die über die verwaltungsgeographische Unterschiedlichkeit hinaus auch gesellschaftlich und wirtschaftlich unterschiedlich sind, wurde überprüft, wie sich die Bevölkerung in diesen drei Teilräumen Italiens auf die unterschiedlichen Siedlungstypen der europäischen amtlichen Raumbeschreibung⁷ verteilt.

Wenn man dabei den Anteil der Bevölkerung Italiens untersucht, der in den drei Teilräumen in Ländlichen Regionen lebt, dann zeigen sich tatsächlich deutliche Unterschiede.

Siedlungsstruktur und Bevölkerungsverteilung in den Teilräumen Italiens 2001 (Tab. 4, Abb. 1)

Die Einteilung in Nord-Italien, Mittel-Italien und Süd-Italien folgt also zumindest den Bevölkerungsanteilen in Ländlichen Regionen und damit zumindest über die Bevölkerungsdichte unterschiedlichen Lebensbedingungen der Männer in Italien.

⁷ Folgende unterschiedliche Siedlungsstrukturtypen stellt die europäische amtliche Raumbeschreibung u. a. bereit: Agglomerationsregionen, Verstädterte Regionen und Ländliche Regionen. – Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Siedlungsstrukturtypen Europa – NUTS 2 Ebene

Tabelle 4: Siedlungsstruktur und Bevölkerungsverteilung in den Teilräumen Italiens 2001

Ländliche Regionen* an den Teilräumen insgesamt	In Prozent der Einwohner
Teilräume	
Nord-Italien	4,1
Regionen Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna	
Mittel-Italien	7,5
Regionen Toscana, Umbria, Marche, Lazio	
Süd-Italien	12,4
Regionen Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna	

*Regionen mit einer Bevölkerungsdichte von weniger als 100 Einwohnern je km² und mit einem Zentrum von über oder unter 125.000 Einwohnern

Quelle: Eigene Berechnungen sowie BBR und ISTAT

3. ITALIEN-MITTE NIMMT BEZÜGLICH DER GESUNDHEITSLAGE DER MÄNNER EINE BEVORZUGTE STELLUNG EIN

Viele Indikatoren zu den Gesundheitsbedingungen und Gesundheitszuständen der Männer in Italien deuten darauf hin, daß zwar die Männer in Italien-Mitte hier die „besten Karten“ haben, daß aber die gesundheitliche Selbsteinschätzung der Männer im Norden deutlich günstiger ist. Im Süden, so der

Eindruck, geht das Gesundheitsthema bei den Männern in einer noch immer übergeordneten Familienthematik unter.

Die bereits angesprochenen Indikatoren zur gesundheitlichen Lage der Männer in Italien-Mitte zeigen: Die Männer dort haben im Vergleich mit dem Norden und dem Süden die höchste Lebenserwartung (77,3 Jahre), das höchste Ausbildungsniveau und eine deutliche Binnenwanderung. Demgegenüber – und dies war eigentlich auch zu erwarten – haben vor allem die Männer im Süden nicht nur eine niedrigere Lebenserwartung, sondern auch das niedrigere Ausbildungsniveau sowie die höchste Erwerbslosigkeit und die höchste inländische Abwanderung.

Aus einer Fülle von Studien wissen wir, daß tragfähige Familienbeziehungen insbesondere für die Männer eine hohe gesundheitsprotektive Wirkung haben⁸.

So gesehen verfügen dann die Männer im Süden Italiens eigent-

Abbildung 1: Anteil der Bevölkerung in Ländlichen Regionen an der Gesamtbevölkerung in den Teilräumen Italiens 2001 in Prozent (© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. D-83250 Marquartstein am Chiemsee; Karte: Markus Steinmetz)



⁸ Vgl. Höpfinger F. Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Hurrelmann H, Kolip P (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich, Bern, 2002, S. 419–38.

lich nur über eine wesentliche Gesundheitsressource, bei der sie gegenüber den Männern in der Mitte und im Norden besser gestellt sind: Die höchste Verheiratsquote und den niedrigsten Einpersonenhaushalteanteil.

Männerlebensbedingungen und Männerlebenserwartungen in den Teilräumen Italiens 1998–2001
(Tab. 5, Abb. 2–5)

Die erkennbar höhere Lebenserwartung der Männer in Italien-Mitte geht einher mit einem ebenfalls deutlich höheren Anteil der älteren Männer an allen Männern im Vergleich zu Italien-Nord und Italien-Süd. Die höheren Anteile von chronisch-kranken Männern in Italien-Mitte gegenüber Italien-Nord und Italien-Süd sind daher dann sicherlich auch altersstrukturbedingt und sozusagen der „Preis“ für die höhere Lebenserwartung. Gleiches gilt wohl auch für die Häufung von Kreislauferkrankungen bei den Männern in der Mitte Italiens.

Demgegenüber ist die Männersterblichkeit in den höheren Altersgruppen, insbesondere auch wegen Krebserkrankungen und Kreislauferkrankungen, im Norden und Süden stärker ausgeprägt⁹.

Wenn man einige Werte des Nordens im Zusammenhang liest, also beispielsweise die besonders niedrige Verheiratsquote der Männer sowie den hohen Anteil von Einpersonenhaushalten einerseits und die hohen Werte für Alkohol- und Nikotinkonsum sowie psychiatrische Behandlung andererseits, dann zahlen die Männer im Norden offenbar durchaus mit ihrer seelischen Ge-

⁹ Regionale Untersuchungen zur Herz-Kreislaufersterblichkeit von Männern in Italien bestätigen deren besonders hohe Ausprägung im Norden. Vgl. Palagiano C. Die Rolle der kardiovaskulären Krankheiten in bezug auf die Sterblichkeit in Italien. In: Fricke/Schweikart (Hrsg.): Krankheit und Raum. Erdkundliches Wissen 1995, Bd. 115.

Tabelle 5: Männerlebensbedingungen und Männerlebenserwartungen in den Teilräumen Italiens 1998–2001

Merkmale	Teilräume Italien		
	Mitte ¹	Nord ²	Süd ³
Lebenserwartung der Männer von Geburt an 2001 (Jahre)	77,3	76,8	76,6
Männliche Einwohner mit Universitätsdiplom/Doktorprüfung und Doktorat 1999, je 10.000 männl. Einwohner	752	666	533
Männliche Einwohner mit Elementarschule oder ohne Ausbildung 1999 je 10.000 männliche Einwohner	2.994	2.990	3.404
Männliche Industriebeschäftigte an allen männlichen Beschäftigten 1999, %	35,1	45,4–47,8 ⁴	29,4
Männliche Landwirtschaftsbeschäftigte an allen männlichen Beschäftigten 1999, %	3,9	3,1–6,6 ⁵	9,3
Männliche Erwerbsfähige ohne Beschäftigung an allen männlichen Erwerbsfähigen 1999, %	6,6	2,8–3,8 ⁶	17,3
Saldo der Bevölkerungsab- und der Bevölkerungszuwanderung 2002 je 1.000 Einwohner	+ 5,3	+ 4,6	- 3,3
Verheiratete Männer an allen Männern 2001, %	57,5	53,2	63,2
Haushalte mit nur 1 Haushaltsangehörigen an allen Haushalten 1998/1999, %	24,1	24,5	17,9

1) Toscana, Umbria, Marche, Lazio; 2) Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna; 3) Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna; 4) Nord-Est: 45,4; Nord-Ovest: 47,8; 5) Nord-Ovest: 3,1; Nord-Est: 6,6; 6) Nord-Est: 2,8, Nord-Ovest: 3,8

Quelle: Eigene Berechnungen und ISTAT

sundheit für die dortige Individualisierung und Singularisierung und

die dahinter stehende hohe Wirtschaftsdynamik im Norden.

Abbildung 2: Lebenserwartung der Männer in den Teilräumen Italiens 2001 (von Geburt an in Jahren) (© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. D-83250 Marquartstein am Chiemsee; Karte: Markus Steinmetz)



Abbildung 3: Männliche Einwohner mit Universitätsdiplom/Doktorprüfung und Doktorat in den Teilräumen Italiens 1999 (je 10.000 männliche Einwohner) (© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. D-83250 Marquartstein am Chiemsee; Karte: Markus Steinmetz)



Etwas überspitzt formuliert zeigen die hochverheirateten und familien- eingebetteten Männer im Süden demgegenüber vor allem Bewegungsarmut und Übergewicht und fallen durch hohe Unfallbehandlungszahlen auf (Tab. 6 u. 7, Abb. 6).

4. NICHT NUR BEIM GESUNDHEITZU- STAND, AUCH BEI DER GESUNDHEITZ- VERSORGUNG LIEGT ITALIEN-MITTE AN ERSTER STELLE

Aus welchem Blickwinkel auch immer betrachtet: Die gesundheitliche Lage der Männer in Italien-Mitte zeigt sich erkennbar günstiger als diejenige der Männer in Nord- oder Süditalien.

Besonders deutlich wird dies noch einmal bei der Ausstattung mit und bei der Beanspruchung von Gesundheitsinfrastruktur: Sowohl bei Hausärzten wie auch bei Krankenhausärzten und ebenso bei den Krankenhausbetten gelten für Italien-Mitte höhere Ausstattungswerte als für Nord-Italien und Süd-Italien.

Aber auch die Inanspruchnahme der Behandlungsmöglichkeiten

Abbildung 4: Saldo der Bevölkerungsab- und der Bevölkerungszuwanderung in den Teilräumen Italiens 2002 (je 1000 Einwohner) (© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. D-83250 Marquartstein am Chiemsee; Karte: Markus Steinmetz)



Tabelle 6: Männergesundheitszustand, Männergesundheitsverhalten und Männerlebenserwartung in den Teilräumen Italiens 1999–2001

Merkmale	Teilräume Italien		
	Mitte ¹	Nord ²	Süd ³
Lebenserwartung der Männer von Geburt an 2001, Jahre	77,3	76,8	76,6
Männer mit 65 und mehr Jahren an allen männlichen Einwohnern 2001, %	17,0	16,0	13,7
Männer mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten an allen männlichen Einwohnern 1999, %	28,9	28,5	26,6
Männer im Alter von 15–74 Jahren, die erstmals wegen psychischer Störungen eingeliefert wurden 1997, je 100.000 männliche Einwohner	69,2	92,0	67,2
Bewegungsarme an allen männlichen Einwohnern über 18 Jahre 1999/2000, %	21,8	16,2–18,2 ⁴	24,7–29,0 ⁵
Übergewichtige an allen männlichen Einwohnern im Alter von 65 und mehr Jahren 1999, %	38,9	38,4–41,8 ⁶	42,3
Spirituosenkonsumenten an allen männlichen Einwohnern im Alter von 65 und mehr Jahren 1999, %	6,1	12,7–14,3 ⁷	4,2
Tabakkonsumenten an allen männlichen Einwohnern im Alter von 65 und mehr Jahren 1999, %	15,2	18,0–18,5 ⁸	17,4

1) Toscana, Umbria, Marche, Lazio; 2) Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna; 3) Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna; 4) Nord-Est: 16,2; Nord-Ovest: 18,2; 5) Isole: 24,7; Süd: 29,0; 6) Nord-Ovest: 38,4; Nord-Est: 41,8; 7) Nord-Ovest: 12,7; Nord-Est: 14,3; 8) Nord-Ovest: 18,0; Nord-Est: 18,5

Quelle: Eigene Berechnungen und ISTAT

durch die Männer in Italien-Mitte, etwa bei ärztlich verordneten Arz-

Abbildung 5: Verheiratete Männer an allen Männern in den Teilräumen Italiens 2001 (in Prozent) (© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. D-83250 Marquartstein am Chiemsee; Karte: Markus Steinmetz)



Abbildung 6: Krankenhausbehandelte Männer wegen seelischer Störungen an allen krankenhausbearbeiteten Männern in den Teilräumen Italiens 1998 (in Prozent) (© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. D-83250 Marquartstein am Chiemsee; Karte: Markus Steinmetz)



neimitteln, liegt dort höher. Man kann vermuten, daß hierbei nicht nur der höhere Anteil älterer Männer in Italien-Mitte, sondern auch das höhere Ausbildungsniveau eine Rolle spielt. Hierfür spricht auch die niedrigere Inanspruchnahme von Krankenhausversorgung trotz deutlich höherer Krankenhausbettenausstattung. Aber dies müßte alles erst noch näher untersucht werden.

Umgekehrt deckt sich die besonders hohe Inanspruchnahme von Krankenhausversorgung durch die Männer in Süditalien mit Untersuchungsergebnissen, die für Deutschland gewonnen wurden. Auch in Deutschland liegt die Krankenhausinanspruchnahme in den ländlichen und stärker familiengeprägten Regionen deutlich höher als in den großstädtischen, von Einpersonenhaushalten geprägten Regionen. Dabei sind dann schon die erhöhten Geburtshilfshäufigkeiten und die andersartige Altersstruktur berücksichtigt¹⁰.

Die weit an der Spitze liegende Landwirtschaftsbeschäftigung der Männer mit ihren Gesundheitsbelastungen sowie die Häufung von Unfällen bei den Männern in Süditalien macht die weit überdurchschnittlich häufige Krankenhausbehandlung zu einem wichtigen Ergänzungsfaktor für die im Süden dominierenden größeren Familienhaushalte (Tab. 8, Abb. 7, 8).

¹⁰ Vgl. Richter D. Regionale Strukturen der Krankenhausmorbidity und Krankenhauskapazitäten in Bayern 1990/2000. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 2004; ders.: Regionale Strukturen der Krankenhausmorbidity in Bayern 2002. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 2005, sowie Goeschel A. Familienorientierte Kehrtwende in der Gesundheitspolitik: Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsleistungen als zentrale Existenzvoraussetzungen für Eltern, Kinder und Großeltern. Vortrag Sozialverband VdK, Schloß Tutzing, 23.03.2006.

Tabelle 7: Männersterblichkeit, Männertodesursachen, Männerschwerkrankheiten und Männerlebenserwartung in den Teilräumen Italiens 1997–2001

Merkmale	Teilräume Italien		
	Mitte ¹	Nord ²	Süd ³
Lebenserwartung der Männer von Geburt an 2001, Jahre	77,3	76,8	76,6
Gestorbene Männer im Alter von 75–79 Jahren 1997, je 1.000 männliche Einwohner der Altersgruppe	55,9	55,9–60,2 ⁴	59,0
Gestorbene Männer im Alter von 85 und mehr Jahren 1997, je 1.000 männliche Einwohner der Altersgruppe	181,4	177,7–186,6 ⁵	184,5
Gestorbene Männer wegen Neubildungen 1997, je 1.000 männliche Einwohner	3,4	3,6–3,9 ⁶	3,0
Gestorbene Männer wegen Kreislaufkrankheiten 1997, je 1.000 männliche Einwohner	4,2	4,1–4,3 ⁷	4,6
Krankenhausbehandelte Männer wegen seelischer Störungen an allen krankenhausbehandelten Männern 1998 ⁸ , %	3,2	3,4	2,8
Krankenhausbehandelte Männer wegen Geschlechtskrankheiten an allen krankenhausbehandelten Männern 1998 ⁸ , %	6,5	6,1	6,5
Krankenhausbehandelte Männer wegen Atmungsorgankrankheiten an allen krankenhausbehandelten Männern 1998 ⁸ , %	8,8	8,9	9,8
Krankenhausbehandelte Männer wegen Neubildungen an allen krankenhausbehandelten Männern 1998 ⁸ , %	9,9	11,0	6,8
Krankenhausbehandelte Männer wegen Unfällen an allen krankenhausbehandelten Männern 1998 ⁸ , %	11,7	11,3	14,3
Krankenhausbehandelte Männer wegen Verdauungsorgankrankheiten an allen krankenhausbehandelten Männern 1998 ⁸ , %	13,0	12,5	14,2
Krankenhausbehandelte Männer wegen Kreislaufkrankheiten an allen krankenhausbehandelten Männern 1998 ⁸ , %	19,6	19,2	15,8

1) Toscana, Umbria, Marche, Lazio; 2) Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna; 3) Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna; 4) Nord-Est: 55,9; Nord-Ovest: 60,2; 5) Nord-Est: 177,7; Nord-Ovest: 186,6; 6) Nord-Est: 3,6; Nord-Ovest: 3,9; 7) Nord-Est: 4,1; Nord-Ovest: 4,3; 8) am Behandlungsort

Quelle: Eigene Berechnungen und ISTAT

5. MÄNNER IN ITALIEN-MITTE: ZWAR GESUNDHEITLICH BESSER GESTELLT, ABER GESUNDHEITLICH WENIGER ZUFRIEDEN

Schon eingangs wurde auf das zunächst paradox erscheinende Phänomen hingewiesen, daß die Männer in Italien-Mitte im Vergleich zu den

Männern in Nord-Italien und in Süd-Italien gesundheitlich zwar besser gestellt sind – daß sie aber gleichzeitig keineswegs ihre Gesundheit besser einschätzen oder mit der Gesundheitsversorgung besonders zufrieden sind (Tab. 9).

Dieses Phänomen ist auch aus Deutschland bekannt. Während Deutschland im europäischen und internationalen Vergleich einen

Tabelle 8: Männergesundheitsverbrauch und Männerlebenserwartung in den Teilräumen Italiens 1998–2001

Merkmale	Teilräume Italien		
	Mitte ¹	Nord ²	Süd ³
Lebenserwartung der Männer von Geburt an 2001, Jahre	77,3	76,8	76,6
Ärztlich verordneter Arzneimittelgebrauch von Männern 1999 ⁴ , je 100 männliche Arzneimittelverbraucher	86,7	85,4	84,7
Hausarztinanspruchnahme durch Männer 1999 ⁵ , je 100 männlicher Einwohner	82,3	78,0	81,1
Krankenhausinanspruchnahme durch Männer 1998 ⁶ , je 1.000 männlicher Einwohner	165,8	166,4	172,1
Familienärzte 1998, je 10.000 Einwohner	8,99	8,22	7,91
Krankenhausärzte und Krankenhauszahnärzte 1998, je 10.000 Einwohner	21,7	20,0	17,9
Krankenhausbetten für Akut-, Langzeit- und Rehabehandlung 1998, je 1.000 Einwohner	5,7	5,4	4,8

1) Toscana, Umbria, Marche, Lazio; 2) Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna; 3) Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna; 4) In den letzten zwei Tagen zum Zeitpunkt der Befragung; 5) Im Falle von Gesundheitsproblemen regelmäßig oder meist; 6) Krankenhausentlassene Männer am Wohnort.

Quelle: Eigene Berechnungen und ISTAT

Tabelle 9: Männergesundheitszufriedenheit und Männerlebenserwartung in den Teilräumen Italiens 1999–2001

Merkmale	Teilräume Italien		
	Mitte ¹	Nord ²	Süd ³
Lebenserwartung der Männer von Geburt an 2001, Jahre	77,3	76,8	76,6
Gesundheitsbefinden „Gut bzw. sehr gut“ bei den männlichen Einwohnern 1999/2000, %	25,1	31,9–34,1 ⁴	21,7
Krankenhausarztbehandlung „Sehr zufrieden“ bei den männlichen Befragten 1999, %	38,2	41,9	29,4
Krankenhauspflegebetreuung „Sehr zufrieden“ bei den männlichen Befragten 1999, %	36,5	45,0	26,5
ASL-Öffnungszeiten „Zufrieden“ bei den männlichen Befragten 1999, %	66,3	69,0	59,6

1) Toscana, Umbria, Marche, Lazio; 2) Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna; 3) Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna; 4) Nord-Ovest: 31,9; Nord-Est: 34,1

Quelle: Eigene Berechnungen und ISTAT

Spitzenplatz beim Aufwand für die Gesundheitsversorgung belegt, bleibt die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und dem Gesundheitszustand dahinter deutlich zurück¹¹.

¹¹ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Datenreport 2004, Bonn 2. Auflage 2005, S 663, und Übersicht 1 dieses Textes.

Eine Erklärung könnte, soweit es die Männer betrifft, ganz sicherlich darin liegen, daß die Gesundheitsversorgung die Männer auf weite Strecken gar nicht und wenn, dann nicht angemessen, eben nicht „männnergerecht“ anspricht und erreicht.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Untersuchungen zur Gesundheitslage von Männern oder Frauen werden methodisch angemessen als internationale oder interregionale Vergleiche innerhalb der jeweiligen Geschlechtsgruppe angelegt. Entscheidend ist dabei die Auswahl der zu vergleichenden Nationen oder Regionen nach Kriterien, die in einem plausiblen Zu-

Abbildung 7: Familienärzte in den Teilräumen Italiens 1998 (je 10.000 Einwohner) (© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. D-83250 Marquartstein am Chiemsee; Karte: Markus Steinmetz)



Abbildung 8: Krankenhausbetten für Akut-, Langzeit und Rehabehandlung in den Teilräumen Italiens 1998 (je 1000 Einwohner) (© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. D-83250 Marquartstein am Chiemsee; Karte: Markus Steinmetz)



sammenhang mit der Gesundheitslage von Männern oder Frauen stehen. In der vorliegenden Untersuchung wurden als Vergleichsräume Italien-Mitte, Italien-Nord und Italien-Süd gewählt, die sich nach den Bevölkerungsanteilen in ländlichen Regionen deutlich unterscheiden.

Die Untersuchung ergibt, daß die Männer in Italien-Mitte sowohl hinsichtlich ihrer Lebenserwartung wie

auch hinsichtlich ihrer Gesundheitslage erkennbar besser gestellt sind als die Männer in den beiden anderen Teilräumen Italiens. Dies gilt sowohl für das Ausbildungsniveau und Gesundheitsverhalten einerseits wie auch für das Angebot an Gesundheitseinrichtungen und die Arbeitsweltbedingungen andererseits. Der „Preis“ für die höhere Lebenserwartung und den höheren Älterenanteil der Männer in Italien-Mitte ist eine erhöhte Häufigkeit

chronischer Erkrankungen bei den dortigen Männern. Mit der vorliegenden Untersuchung wurde die Diskussion zum Thema „Männergesundheit“ in Italien eröffnet.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Albrecht Goeschel
Studiengruppe für Sozialforschung
e.V.
D-83250 Marquartstein a. Chiemsee,
Staudacher Str. 14
E-mail: mail@prof-goeschel.de*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)