

Kongressbeitrag:

**Männergesundheit und
Männererlebenserwartung
in Bayern: Ergebnisse des
Männergesundheitsberichts
Bayern**

Goeschel A, Steinmetz M

Blickpunkt der Mann 2008; 6 (1)

41-45

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

Männergesundheit und Männerlebenserwartung in Bayern: Ergebnisse des Männergesundheitsberichts Bayern*

A. Goeschel, M. Steinmetz

■ Fach- und Regionalberichte als Vorstufe für einen Gesamtbericht zur Männergesundheit in Deutschland

„Gender-Mainstreaming“, also die Behandlung wesentlicher gesellschaftlicher Sachverhalte als auch geschlechterunterschiedliche Sachverhalte, wird in der vorherrschenden Geschlechterpolitik und in der ihr angeschlossenen oder nahe stehenden Geschlechterforschung erkennbar und teilweise sogar ausdrücklich als Konzept asymmetrischer und einseitiger Frauenförderung verstanden. Hierzu gehört, dass in Deutschland im Unterschied zu anderen europäischen Nachbarländern eine Männergesundheitsberichterstattung analog zur Frauengesundheitsberichterstattung auf gesamtstaatlicher Ebene nicht nur nicht durchgeführt, sondern sogar ausdrücklich abgelehnt und verweigert wird.¹

In der Fachöffentlichkeit der Männergesundheitsforschung in Deutschland wird daher zwar weiterhin und erneut ein nationaler Männergesundheitsbericht gefordert², seit geraumer Zeit wird aber unabhängig von diesen Forderungen an Gesundheitsberichten gearbeitet oder es wurden schon Gesundheitsberichte vorgelegt, die sich mit typischen Lebenssituationen und Lebenskrisen von Männern und deren Gesundheitsaspekten befassen, wie z. B. die Gesundheitsfolgen von Trennung und Scheidung für Männer³. Neben solchen „Fachberichten“ sind mittlerweile aber auch schon „Regionalberichte“ wie der im Sommer 2007 vorgestellte „Männergesundheitsbericht Bayern“ erarbeitet worden⁴.

■ Bayern: Ein männergeprägtes Wachstumsmodell läuft aus

Das Land Bayern eignet sich für eine regionale Männergesundheitsberichterstattung aus mehreren Gründen in be-

sonderem Maße: Es hat gegenüber der Mehrzahl der anderen Bundesländer deutlich „bessere“ sozioökonomische und soziodemographische Kennzahlen⁵. Dabei ist diese bessere Platzierung vor allem auch ein Ergebnis der vergleichsweise viel späteren Industrialisierung und Tertiärisierung Bayerns im Vergleich zu altindustrialisierten Ländern wie z. B. Nordrhein-Westfalen oder gar im Vergleich zu den de-industrialisierten Ländern in Mittel- bzw. Ostdeutschland. In Bayern kann also die Gesundheitslage der Männer in einem vergleichsweise erst seit wenigen Jahrzehnten modernisierten Bundesland untersucht und beschrieben werden. Damit können aber auch die gesundheitlichen Kosten beschrieben werden, die für die Modernisierung von der Männerbevölkerung zu tragen sind.

Niedrige Männerlebenserwartung in Nord- und Ostbayern als Kosten der Modernisierung Südbayerns

Die Modernisierung Bayerns als „Wachstumsmodell Bayern“ hat sich keineswegs flächendeckend und gleichmäßig vollzogen. Vielmehr hat sich im Südwesten, insbesondere in Oberbayern, ein exportwirtschaftlich geprägtes Landesdrittel etabliert, das bei vielen wichtigen Indikatoren besonders günstige Werte aufweist. Demgegenüber sind die restlichen zwei Drittel Bayerns, vor allem der altindustrialisierte Norden und Osten in den Jahrzehnten des Wirtschaftswachstums in wesentlichen Bereichen wie Lebenserwartung, Gesundheitslage und Gesundheitsversorgung, Ausbildungsniveau, Arbeitsplatzqualität, Erwerbs- und Haushaltseinkommen, Rentenhöhe etc. gegenüber dem südwest-oberbayerischen Drittel eher noch weiter zurückgefallen⁶ (Abb. 1). Zugleich dienen diese zurückgebliebenen Regionen als Arbeitskräfte- und Bevölkerungsreserve für den Südwesten und Oberbayern⁷.

Sowohl die deutliche Benachteiligung Nord- und Ostbayerns in allen wesentlichen Lebensbereichen wie auch die stetige Abwanderung gerade jüngerer und besonders gesunder Männer hat sich über die damit verbundenen höheren Jahrgangsstorblichkeiten der Männer in Nord- und Ostbayern in einer deutlich niedrigeren Lebenserwartungsprognose für Nord- und Ostbayern niedergeschlagen (Abb. 2).

* Vorgestellt im PresseClub München am 24.07.2007.

¹ Vgl. Stiehler M. Das Kreuz mit der Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg). Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit. Wien, o. J., 15–22.

² Vgl. Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. (Hrsg). Offener Brief des 1. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit, Overath, September 2007.

³ Vgl. Goeschel A, Steinmetz M. Bericht zur Gesundheitslage der Scheidungsmänner in Deutschland. Reha-Zentrum Lübben, März 2007.

⁴ Vgl. Goeschel A, Hofmann B, Steinmetz M. Männergesundheitsbericht Bayern. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Marquartstein, Juni 2007.

⁵ Vgl. u. a. Hypovereinsbank (Hrsg). Fit für die Zukunft: Die Bundesländer im Vergleich. Hamburg, 2007.

⁶ Vgl. u. a. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Bonn, 2004; Kistler E. Die Methusalem-Lüge. München, 2006.

⁷ Eine Ausnahme stellt der Großraum Nürnberg dar.

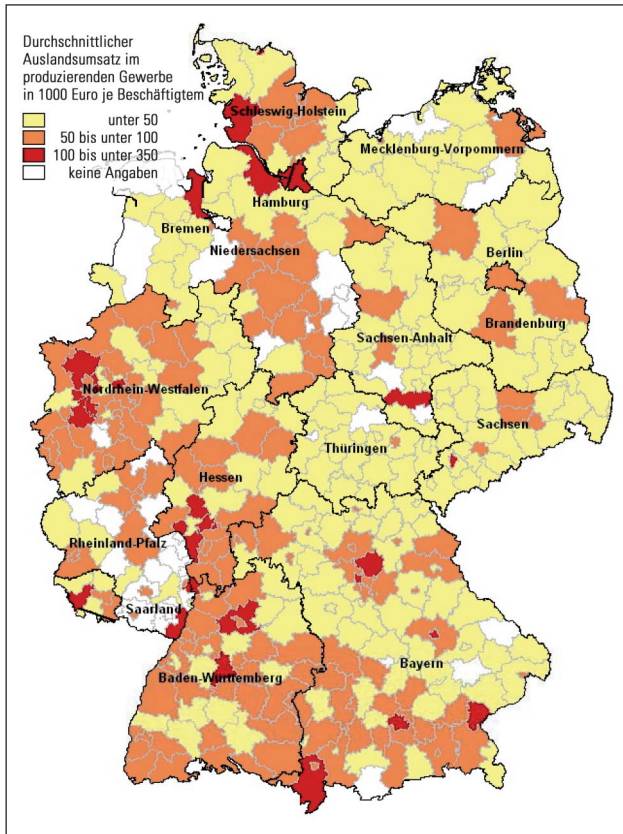


Abbildung 1: Regionale Exportprägung in Deutschland 2002. (© Studiengruppe für Sozialforschung e. V., Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, Datenquelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn 2006).

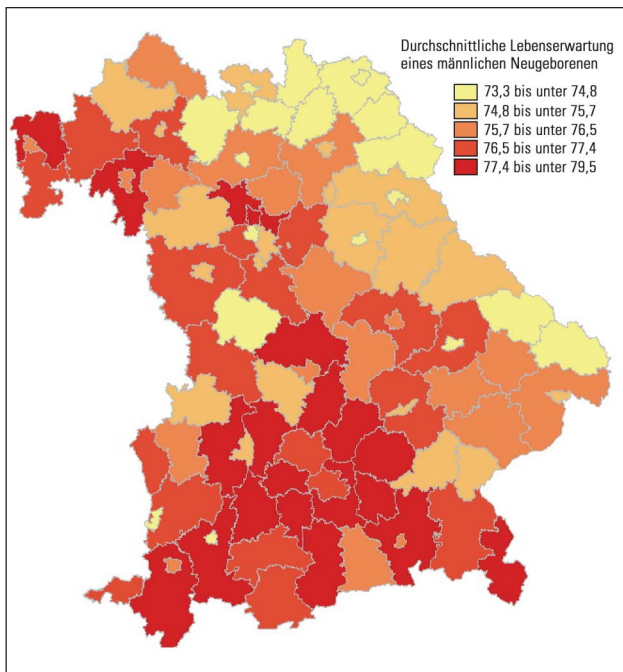


Abbildung 2: Regionale Männerlebenserwartung in Bayern 2003. (© Studiengruppe für Sozialforschung e. V., Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, Datenquelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn 2006).

Diese niedrigere Männerlebenserwartung in Nord- und Ostbayern stellt sozusagen die gesundheitliche „Kostenrechnung“ für die Modernisierung Süd- und vor allem Oberbayerns dar.

Steiler Anstieg der psychischen Störungen als Kosten der Europäisierung und Globalisierung Südbayerns

In den letzten Jahren und dies macht Bayern für eine regionale Männergesundheitsberichterstattung besonders interessant ist es zu einer Art „Schubumkehr“ im Wirtschaftswachstum gekommen.

Unter dem Druck der EU-Osterweiterung mit ihrer weiten Öffnung vor allem der Arbeitsmärkte und der Verlagerung des Exportwettbewerbs auf die Arbeitskosten als Wirkung der Euro-Einheitswährung ist das Wirtschaftswachstum, d. h. die Wertschöpfung in der Hochlohnregion Stadt München und Region München exemplarisch für die anderen Großstadträume in Bayern zwar weiter auf hohem Niveau verblieben, aber eben gegenüber den Niedriglohnregionen im übrigen Bayern deutlich abgeflacht (Tab. 1, 2).

Für die Arbeits- und Alltagswelt der bis dahin vergleichsweise gutbezahlten erwerbstätigen Männer in den Ballungsräumen in Bayern, insbesondere in der Hochlohnregion Stadt München und Region München, bedeutete die nun einsetzende Entlassungs-, Ausgliederungs- und Abstufungswelle in den Großunternehmen, Medienkonzernen, Versicherungs- und Bankgesellschaften einen heftigen Schock und eine anhaltende und wachsende soziale und psychische Verunsicherung⁸.

⁸ Vgl. Rebscher H. Ökonomisches Wachstum nur bei Depressionen und Angststörungen. Die psychischen Folgen und die wirtschaftlichen Kosten einer Politik der Verunsicherung. In: Sozialverband VdK-Bayern (Hrsg). Soziale Verunsicherung ohne Ende? München, 2006; 42–8.

Tabelle 1: Regionalunterschiede in den Industrielöhnen in Bayern 1998–2003.

Gebiete	Monatliche Lohn- und Gehaltssumme in der Industrie je Beschäftigtem (in €)		
	1998	2003	2003/1998
Stadt München	4103	4725	+15,2 %
Region München	3831	4290	+12,0 %
Freistaat Bayern	2921	3146	+7,7 %

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Bonn, 1999. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung. Bonn, 2006.

Tabelle 2: Regionalunterschiede in der Wertschöpfung in Bayern 1998–2003.

Gebiete	Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigem (in 1000 €)		
	1998	2003	2003/1998
Stadt München	63,9	66,3	+3,7 %
Region München	64,7	69,6	+7,6 %
Freistaat Bayern	51,1	56,4	+10,4 %

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Bonn, 2002. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung. Bonn, 2006.

Diese Entwicklung zeigte sich in einer dramatischen Zunahme krankenhausbearbeitungsbedürftiger psychischer Störungen vor allem in den Umlandgebieten in Bayern, d. h. den bevorzugten Wohnstandorten der gutverdienenden männlichen Arbeitnehmer und ihrer Familien mit ihren hohen Hypotheken- und Kreditbelastungen. Zwischen 1999 und 2005 hat die Häufigkeit krankenhausbearbeitungsbedürftiger psychischer Störungen in diesen Umlandgebieten in Bayern um bald 30 % zugenommen. Im Durchschnitt aller Regionstypen in Bayern waren es nur – allerdings auch hohe – 20 % (Tab. 3, Abb. 3).

Die Karte der Zunahme der krankenhausbearbeitungsbedürftigen psychischen Störungen bei Männern und Frauen vor allem in den Umlandgebieten (Abb. 3) stellt eine aussagekräftige „Kostenrechnung“ für die Einbeziehung vor allem des Südwestens und der Hochlohnräume mit ihren Umlandgebieten in die europäische und globale Ökonomie dar⁹.

⁹ Vgl. auch Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheitsmonitor Bayern, Erlangen, 1/2007.

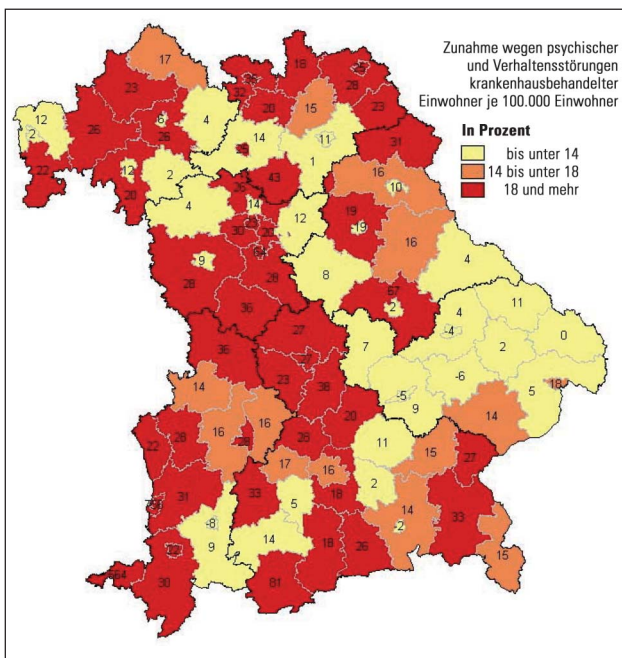


Abbildung 3: Regionale Zunahme der psychischen Störungen in Bayern 1999–2005. (© Studiengruppe für Sozialforschung e. V., Daten: Dipl.-Geogr. Dirk Richter, Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung [Hrsg.]: Sonderauswertungen für die Berichtsjahre 1999 und 2005. Entlassene Patienten nach Diagnose-Hauptgruppen).

Tabelle 3: Regionalunterschiede bei psychischen Störungen in Bayern 1995–2005.

Regionstypen	Wegen psychischer und Verhaltensstörungen krankenhausbearbeitete Einwohner (je 100.000 Einwohner)		
	1999 ¹	2005 ²	2005/1999
Ballungsraumkernstädte	1300	1531	+17,8 %
Umlandgebiete	795	1023	+28,7 %
Ländliche Räume	1013	1157	+14,2 %
Bayern	982	1180	+20,2 %

¹ Behandelte absolut: 119.372; ² Behandelte absolut: 147.132
Quelle: Eigene Berechnungen und Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.

■ Unter-, Fehl- und Überversorgung in der männerrelevanten Gesundheitsinfrastruktur in Bayern

In der Gesundheitsversorgungsforschung wird zwischen Unter-versorgung, Fehlversorgung und Überversorgung unterschieden¹⁰. Diese können sich auch auf bestimmte Bevölkerungsgruppen wie etwa Männer oder auf bestimmte Gebietstypen wie etwa Kernstädte, Umlandgebiete und ländliche Räume sowie auf bestimmte Arten, Bereiche und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung beziehen.

Es wurde gezeigt, dass die beiden Phasen der Wirtschaftsentwicklung in Bayern, zunächst die einige Jahrzehnte andauernde Modernisierung vor allem Süd- und Oberbayerns unter Zurückbleiben Nord- und Ostbayerns und dann die in den letzten Jahren deutlich krisenhafte Europäisierung und Globalisierung vor allem Süd- und Oberbayerns sich in unterschiedlichen Gesundheitsfolgen für die Männerbevölkerung in Bayern abgebildet haben.

Es stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Gesundheitsinfrastruktur in den Teilräumen Bayerns diesen und den weiteren Strukturen, Niveaus und Dynamiken der Morbidität der Männerbevölkerung in Bayern gerecht wird oder ob und wo Unter-, Fehl- und Überversorgung herrschen.

Verkehrsunfallverletzungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen als typische Männermorbidity in Nord- und Ostbayern

Im Kernbereich der somatischen Akutversorgung der Männerbevölkerung stehen Verkehrsunfallverletzungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Verkehrsunfallverletzungen sind vor allem eine Domäne der jüngeren Männer¹¹. Insgesamt sind zwar in Bayern, vor allem in den ländlichen Räumen, die Verkehrsunfallverletzungen zurückgegangen. Sie liegen dort aber noch immer weit über den Werten der Kernstädte und der Umlandgebiete, exemplarisch der Stadt München und der Region München (Tab. 4).

Ein erheblicher Teil dieser Verkehrsunfälle von häufiger jüngeren Männern ereignet sich als Arbeitswegunfälle.

¹⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Gutachten 2000/2001, Band III, Bonn, 2001.

¹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden, 1998; 150, 155 ff., 280 ff.

Tabelle 4: Regionalunterschiede in der Unfallhäufigkeit in Bayern 1995–2003.

Gebiete	Verunglückte bei Straßenverkehrsunfällen je 100.000 Einwohner		
	1995	2003	2003/1995
Stadt München	604	603	-0,2 %
Region München	648	626	-3,4 %
Freistaat Bayern	715	665	-6,4 %

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Bonn, 1998. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung. Bonn, 2006.

Auf der anderen Seite der Skala akutmedizinischer Behandlungsanlässe befinden sich die häufig chronifizierte Herz-Kreislauf-Erkrankungen der älteren und alten Männer in Bayern. Diese zeigen ohne Zweifel im nördlichen und östlichen Bayern die höheren Häufigkeiten, soweit es die krankenhausbearbeiteten Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Männern betrifft (Abb. 4).

In der sozialmedizinischen Forschung gibt es eine Fülle von Hinweisen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern in hohem Maße durch unbefriedigende und belastende Arbeitsweltsituationen und Arbeitsmarktlagen bedingt sind¹².

Wenn demnach schon bei den jüngeren Männern in den ländlichen Räumen Bayerns und insbesondere in Nord- und Ostbayern Verkehrsunfallverletzungen erhöht auch ein Teil der Arbeitsweltbelastungen sind und wenn bei den älteren und alten Männern insbesondere in Nord- und Ostbayern Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht auch ein Ergebnis der dort ungünstigeren Erwerbslage sind, dann stellt sich die Frage besonders dringlich, ob in Nord- und Ostbayern die einschlägige Gesundheitsinfrastruktur vorhanden ist.

Unterversorgung mit Allgemeinärzten und Überversorgung mit Fachärzten bei Männern

Soweit es die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betrifft, wäre hier eine nach Maßgabe regionaler Bedarfsunterschiede ausgerichtete Allgemeinartzversorgung erforderlich. Stattdessen bleibt die Allgemeinartzversorgung insbesondere in den ländlichen Räumen in Bayern deutlich hinter den Kernstädten und Umlandgebieten zurück. In diesen wiederum baut sich die Allgemeinartzversorgung ab. Dafür baut sich aber die Facharztversorgung exponentiell auf. Bezüglich der akutmedizinischen Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern in den ländlichen Räumen und in Nord- und Ostbayern drängt sich der Eindruck einer Unterversorgung mit Allgemeinärzten außerhalb der Kernstädte und Umlandgebiete und einer allgemeinen Überversorgung mit Fachärzten, vor allem in den Kernstädten und Umlandgebieten auf (Tab. 5, 6).

Fehlverteilung bei den Fachbetten für Unfallchirurgie und Urologie

Verletzungen bei Verkehrs- und anderen Unfällen bedürfen häufig einer stationären unfallchirurgischen Behandlung. Angesichts der deutlich höheren Verkehrsunfallhäufigkeiten – einer Männerdomäne – in den ländlichen Räumen und gerade auch in Nord- und Ostbayern gilt für die räumliche Verteilung der Krankenhausfachbetten für Unfallchirurgie eine unübersehbare räumliche Fehlverteilung. Die Kernstädte weisen hier die höchste Fachbettendichte auf, wiewohl dort die niedrigste Unfallhäufigkeit gilt. Umgekehrt erreichen die ländlichen Räume trotz ihrer erhöhten Verkehrsunfallhäufigkeit nur etwas mehr als die halbe Ausstattungsdichte mit unfallchirurgischen Fachbetten (Tab. 7).

¹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden, 1998; 150, 155 ff., 280 ff.

¹² Vgl. hierzu die Untersuchungen von Siegrist, Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf.

Das gleiche Verteilungsmuster einer fast doppelt so hohen Fachbettenausstattung in den Kernstädten verglichen mit ländlichen Räumen zeigt sich nicht nur in der besonders männerrelevanten Unfallchirurgie sondern auch in der ebenso männerrelevanten Urologie. Auch dort liegt die Fachbettenausstattung in den Kernstädten weit über derjenigen in den ländlichen Räumen (Tab. 8).

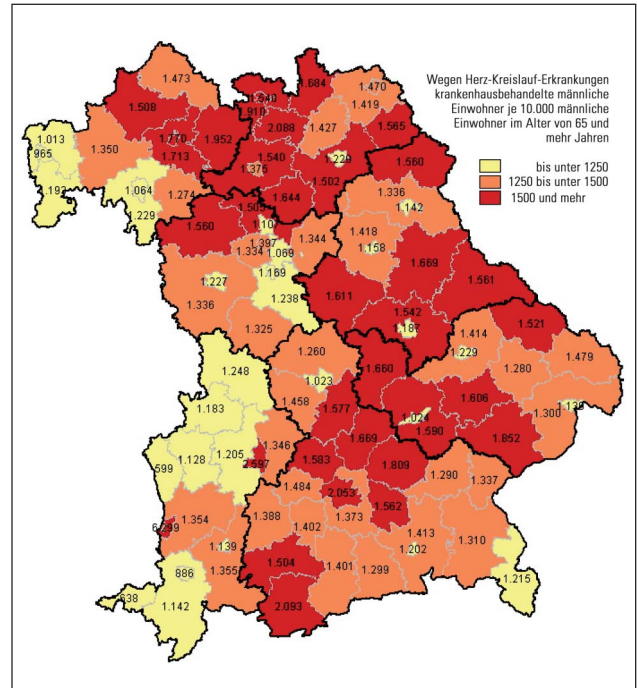


Abbildung 4: Regionalunterschiede in den Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Bayern 2005. (© Studiengruppe für Sozialforschung e. V., Daten: Dipl.-Geogr. Dirk Richter, Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung [Hrsg.]: Sonderauswertungen für die Berichtsjahr 2005. Entlassene Patienten nach Diagnose-Hauptgruppen).

Tabelle 5: Regionalunterschiede in der Allgemeinartzversorgung in Bayern 1996–2003.

Gebiete	Allgemeinärzte je 100.000 Einwohner		
	1996	2003	2003/1996
Stadt München	74	68	-8,1 %
Region München	65	59	-9,2 %
Freistaat Bayern	62	60	-3,2 %

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Bonn, 1998. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung. Bonn, 2006.

Tabelle 6: Regionalunterschiede in der Facharztversorgung in Bayern 1996–2003.

Gebiete	Fachärzte je 100.000 Einwohner		
	1996	2003	2003/1996
Stadt München	142	243	+71,1 %
Region München	108	173	+60,2 %
Freistaat Bayern	75	111	+48,0 %

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Bonn, 1998. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung. Bonn, 2006.

Tabelle 7: Regionalunterschiede in der Unfallchirurgieversorgung in Bayern 2000–2004.

Gebiete	Fachbetten* für Unfallchirurgie je 10.000 männliche Einwohner		
	2000	2004	2004/2000
Kernstädte ¹	10,17	12,01	+18,1 %
Umlandgebiete ²	2,47	3,37	+36,4 %
Ländliche Kreise ³	5,91	6,82	+15,4 %

* Ist-Betten in Akutkrankenhäusern

¹ Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in verdichteten Räumen

² Hochverdichtete Kreise, verdichtete Kreise und ländliche Kreise in Agglomerationsräumen und verdichtete Kreise und ländliche Kreise in verdichteten Räumen

³ Ländliche Kreise hoher und geringerer Dichte

Quelle: Pfeiffer B. Zentralisierung und Konzentration der Krankenhausversorgung in Deutschland: Räumliche Verteilung der Krankenhausfachbetten 1990–2000. Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, 2004. Heber A. Zentralisierung und Konzentration der Krankenhausversorgung 1990/1995–2004. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, 2007.

Tabelle 8: Regionalunterschiede in der Urologieversorgung in Bayern 2000–2004.

Gebiete	Fachbetten* für Urologie je 10.000 männliche Einwohner		
	2000	2004	2004/2000
Kernstädte ¹	8,1	7,8	-3,8 %
Umlandgebiete ²	2,2	2,2	± 0 %
Ländliche Kreise ³	4,3	4,1	-4,7 %

* Ist-Betten in Akutkrankenhäusern

¹ Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in verdichteten Räumen

² Hochverdichtete Kreise, verdichtete Kreise und ländliche Kreise in Agglomerationsräumen und verdichtete Kreise und ländliche Kreise in verdichteten Räumen

³ Ländliche Kreise hoher und geringerer Dichte

Quelle: Pfeiffer B. Zentralisierung und Konzentration der Krankenhausversorgung in Deutschland: Räumliche Verteilung der Krankenhausfachbetten 1990–2000. Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, 2004. Heber A. Zentralisierung und Konzentration der Krankenhausversorgung 1990/1995–2004. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, 2007.

Krankenhausabbau in den ländlichen Räumen Bayerns belastet vor allem die Männerbevölkerung

Männer zeigen – vor allem nach Bereinigung der Krankenhaushfälle um die weiblichen Geburtshilfefälle – eine frühere,

Tabelle 9: Regionalunterschiede in der Krankenhausversorgung in Bayern 1995–2003.

Gebiete	Planbetten in Akutkrankenhäusern je 10.000 Einwohner		
	1995	2003	2003/1995
Stadt München	109	103	-5,5 %
Region München	80	71	-11,2 %
Freistaat Bayern	73	62	-15,1 %

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Bonn, 1998. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.). Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung. Bonn, 2006.

häufigere und längere Krankenhausinanspruchnahme als Frauen. Der in den vergangenen Jahren vor allem in den ländlichen Räumen Bayerns forcierte Abbau von Krankenhausbetten belastet dort vor allem die männliche Bevölkerung. Insbesondere reduziert er eine Bettenausstattung, die bereits weit unter dem Wert der Kernstädte, aber auch der Umlandgebiete lag (Tab. 9).

■ „Zugereiste“ und „Einheimische“: Die männergeprägte Parallelkultur Bayerns gilt auch für die Männergesundheit

Bilanzierungen der gesundheitlichen Lage der Männer in den Teilräumen Bayerns und im Zusammenhang der wirtschaftlich-gesellschaftlichen Entwicklung in diesen Teilräumen sind von hohem Wert für die Verdeutlichung und Unterscheidung der gesundheitlichen Kosten, die das erkennbar störanfällig gewordene Wachstumsmodell Bayern bei der Männerbevölkerung auslöst.

Auch für die Gesundheitslage der Männer in Bayern gilt dabei eine Art männerspezifische Parallelkultur: Es gibt nicht nur „Zugereiste“ und „Einheimische“, sondern auch „Verstörte“ und „Herzranke“.

Korrespondenzadresse:

Prof. Albrecht Goeschel

Studiengruppe für Sozialforschung e.V.

D-83250 Marquartstein a. Chiemsee, Staudacher Straße 14

E-Mail: mail@studiengruppe.com

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](#)