

**PROF. ALBRECHT GOESCHEL**  
STAATLICHE UNIVERSITÄT ROSTOV/DON  
DIREKTOR  
DER  
ACCADEMIA ED ISTITUTO  
PER LA  
RICERCA SOCIALE  
TENNO A. GARDASEE

**ANSCHRIFT IN DEUTSCHLAND:**  
83250 MARQUARTSTEIN A. CHIEMSEE  
STAUDACHER STRASSE 14  
TELEFON  
08641 - 71 30  
TELEFAX  
08641 - 63242  
INTERNET  
[www.prof-goeschel.de](http://www.prof-goeschel.de)

**MÄNNERGESUNDHEIT  
UND  
TRENNUNGSKONFLIKT:  
SOZIALMEDIZINISCHE  
UND  
GESUNDHEITSÖKONOMISCHE  
ASPEKTE DES FAMILIEN- UND EHERECHTS**

**Vortrag  
3. Familienkongress  
des  
"Väteraufbruch für Kinder"  
Halle  
06. November 2004**

# 1. Staatliche Trennungspolitik als Männergesundheitsrisiko

Das Thema: "Männergesundheit und Trennungskonflikt" beschreibt ein weites und vor allem in und für Deutschland noch kaum bearbeitetes sozialmedizinisches und gesundheitsökonomisches Aufgabenfeld.

Zwar weisen schon vor zwei Jahrzehnten Jaeggi und Holstein und später Beck-Gernsheim auf die hohen sozialen und privaten Kosten der exponentiell zunehmenden Beziehungskonflikte hin<sup>1</sup> - berechnet und dargestellt worden sind diese Kosten bislang aber allenfalls indirekt.<sup>2</sup>

Es sind vor allem die trennungspolitisch bedingten Deckungsungleichheiten und die Ungleichzeitigkeiten von Familien-, Ehe- und Scheidungsrecht einerseits und von Männerrolle und Männerwirklichkeit andererseits, die mittlerweile einen eigenständigen gesundheitlichen Risikofaktor für die Männerpopulation in Deutschland und in anderen marktwirtschaftlich überreifen Ländern darstellen.

Scheidungsfolgenbewältigung und Wiederverheiratungsvorsorgeberatung, insbesondere bei Partnerwahl auf dem internationalen Heiratsmarkt, gehören damit in jedes Beratungs- und Behandlungsprogramm zur Männergesundheit.

Staatliche Trennungspolitik, umgesetzt über das Familien-, Ehe- und Scheidungsrecht als Risikofaktor für die Männergesundheit und für die

---

<sup>1</sup> Vgl. Jaeggi, Eva/Hollstein, Walter: Wenn Ehen älter werden. Liebe, Krise, Neubeginn, München 1985 und Beck-Gernsheim, Elisabeth: Von der Liebe zur Beziehung? In: Soziale Welt, Sonderband 4/1986, 209 II

<sup>2</sup> Vgl. Borgloh et al. "Wenn aus Liebe rote Zahlen werden – über die wirtschaftlichen Folgen von Trennung und Scheidung", Köln 2003

Männerlebenserwartung – darüber kann man sich unter Sozialmedizinerinnen sicherlich sehr schnell einig werden.<sup>3</sup>

Nicht angekommen ist diese Erkenntnis allerdings in der offiziellen Gesundheitsbeobachtung und Gesundheitsberichterstattung dieser Regierung. Im Katalog der amtlich wahrgenommenen gesundheitlichen Risikomerkmale der Gesundheitsberichterstattung des Bundes<sup>4</sup> jedenfalls kommt der Familienstand als Risikofaktor nicht vor.

#### Übersicht 1: Amtlich wahrgenommene Risikomerkmale der Sozialen Lage 1998

Der gleiche Mangel gilt im übrigen auch für den zwar voluminösen, aber deshalb keineswegs besonders ambitionierten Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Vgl. bspw. Neubauer, Erika: Alleinerziehende Mütter und Väter – Eine Analyse der Gesamtsituation, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1989, S. 116 und Faßmann et al.: Frühinvalidisierung – ein multifaktorielles Geschehen – In: Medizin-Mensch-Gesellschaft, 1/1986

<sup>4</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998

<sup>5</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Stuttgart 2001

Übersicht 1

**Amtlich wahrgenommene  
und  
amtlich nicht wahrgenommene  
Risikomerkmale  
der Sozialen Lage  
1998**

<b>Wahr- genommene</b>	<b>Nicht- Wahrgenommene</b>
<b>Risikomerkmale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Einkommens- verhältnisse</b></li> <li>• <b>Bildung</b></li> <li>• <b>Wohnungs- verhältnisse</b></li> <li>• <b>Arbeitslosigkeit</b></li> <li>• <b>Gewalt</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Familienstand</b></li> </ul>

Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart, 1998

## 2. Millionen scheidungs betroffener Männer in Deutschland

Um eine grobe Vorstellung von den Größenordnungen zu bekommen, um die es hier geht und mit welcher Beschleunigung diese sich entwickeln, seien hier einige Zahlen genannt. Vor reichlich dreißig Jahren lag die Zahl der jährlich geschiedenen Männer in ganz Deutschland, West wie Ost, bei ca. 110.000 Männern. Heute mehr als dreißig Jahre später, hat sich diese Zahl fast verdoppelt.

Demnach leben derzeit einige Millionen scheidungs betroffener Männer in Deutschland. Dabei hat sich diese enorme Zahlensteigerung vor allem in Deutschland-West, d.h. in den Alten Ländern vollzogen.

Dort hat sich die Anzahl der jährlich scheidungs betroffenen Männer innerhalb von dreißig Jahren mehr als verdoppelt. In Deutschland-Ost d.h. in den Neuen Ländern ist sie dagegen konstant geblieben.

### Übersicht 2: Jährlich geschiedene Männer in Deutschland 1971 und 2001

Diese exorbitanten Fallzahlen biographischer Krisen und Katastrophen von Männern müssen in der einen oder anderen Weise auch ihren Niederschlag im Gesundheitsbereich finden.

Übersicht 2

**Jährlich geschiedene Männer  
in  
Deutschland  
1971 und 2001**

<b>Jahre</b>	<b>Von Ehescheidungen betroffene Männer pro Jahr</b>	
	<b>1971</b>	<b>2001</b>
<b>Gebiete</b>		
Alte Länder	80.000	170.000
Neue Länder	30.000	30.000
Deutschland zusammen	110.000	200.000

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Empirische Fakten und Trends zum Versorgungsausgleich, Frankfurt am Main 2003

### **3. Scheidungen als Faktor für die Männerarbeitsunfähigkeit**

Bereits in der ersten großangelegten Untersuchung über die Zusammenhänge von Lebenssituation und Chronischerkrankungen<sup>6</sup> wird aufgezeigt, dass Männer, die infolge psychiatrischer und psychovegetativer Erkrankungen vorzeitig invalidisiert worden sind, häufiger als ihre Vergleichspersonen privaten Belastungen, insbesondere auch Scheidungen ausgesetzt waren.

Wenn man von diesen und von ähnlichen Ergebnissen anderer Untersuchungen ausgeht, dann darf getrost ein erheblicher Teil der stetig ansteigenden Arbeitsunfähigkeitsfälle von Männern wegen Psychiatrischer Krankheiten auf Belastungen im Privatbereich, insbesondere Belastungen aus Scheidungen zurückgeführt werden.

#### Übersicht 3: Arbeitsunfähigkeit von Männern wegen Psychiatrischer Krankheiten in Deutschland 1991 und 1996

Für diese Annahme spricht vor allem auch die erhöhte Häufigkeit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeitsfälle männlicher Erwerbstätiger in Deutschland-West mit seinen ebenfalls erhöhten Scheidungshäufigkeiten.

#### Übersicht 4: Arbeitsunfähigkeitsfälle von Männern wegen Psychischer Störungen und Verhaltensstörungen in Deutschland 2001

---

<sup>6</sup> Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Frühinvalidisierungsergebnisse einer Untersuchung in Baden-Württemberg, Stuttgart 1984

## Übersicht 3

**Arbeitsunfähigkeitsfälle von Männern  
wegen  
Psychiatrischer Krankheiten  
in  
Deutschland  
1991 und 1996**

Gebiete	Arbeitsunfähigkeitsfälle männlicher Pflichtversicherter der gesetzlichen Krankenversicherung wegen Psychiatrischer Krankheiten <sup>1</sup>	
	1991	1996
Deutschland zusammen	305.000	393.000

1) ICD 9 - Ziffern 290 - 319

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: Arbeitsunfähigkeit und  
Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten, Bonn 1995  
und dass.: Daten des Gesundheitswesens, Baden-Baden 2001



## Übersicht 4

**Arbeitsunfähigkeitsfälle von Männern  
wegen  
Psychischer Störungen und Verhaltensstörungen  
in  
Deutschland  
2001**

Gebiete	Fälle Arbeitsunfähigkeitsfälle männlicher erwerbstätiger Mitglieder der DAK wegen Psychischer Störungen und Verhaltensstörungen <sup>1</sup> Je 100 Versichertenjahre
Alte Länder	2,8
Neue Länder	2,6
Deutschland zusammen	2,8

1) ICD 10, Ziffern F00 - F99

Quelle: Deutsche Angestellten Krankenkasse: DAK-Gesundheitsreport 2002,  
Hamburg 2002

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist in seinem Gutachten zur Über-, Unter- und Fehlversorgung nachdrücklich auf die hohe und weiter wachsende Krankheitsbelastung der Bevölkerung und auf die hohe und weiter wachsende Kostenbelastung der Volkswirtschaft durch psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen hin.<sup>7</sup> Depressionen sind nach den Herz-Kreislaufkrankheiten gemessen an Häufigkeit, Dauer und Lebenszeitverlust mittlerweile die zweitgefährlichste Volkskrankheit.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Bd. I-III, III/3, S. ff.

<sup>8</sup> Vgl. ebda., S. 193

#### 4. **Scheidung als Langzeitrisiko für die Männergesundheit**

Scheidungen, auch das ist ein Ergebnis vorliegender Forschung, stellen eine Art Zeitbombe für die Gesundheit der Betroffenen dar. Während bei Verwitweten sich im Zeitlauf nach dem traumatisierenden Verlust psychosomatische Symptome wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Kreislaufstörungen und Magenbeschwerden deutlich verringern, nehmen diese Symptome bei Geschiedenen nach einer anfänglichen Phase verbesserten Gesundheitsbefindens mit zunehmender Dauer des Scheidungszustandes zu.<sup>9</sup>

##### Übersicht 5: Zunahme oder Abnahme gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei Geschiedenen und Verwitweten im Zeitverlauf 1984/1985

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Zahlen zur Rehabilitation männlicher Versicherter wegen Psychischer Störungen, findet man hierfür eine Bestätigung.

Deutlich mehr männliche Versicherte, deren Ehe geschieden ist oder deren Lebenspartnerschaft aufgelöst ist, werden wegen psychischer Störungen rehabilitationsbedürftig als ihre Vergleichspersonen mit bestehender Ehe oder Lebenspartnerschaft.

##### Übersicht 6: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen als Rehabilitationsanlass bei geschiedenen Männern im Vergleich 2003

---

<sup>9</sup> Vgl. Neubauer, Erika: A.a.O., S. 116 ff., 172 und 186

## Übersicht 5

**Zunahme oder Abnahme  
gesundheitlicher Beeinträchtigungen  
bei  
Geschiedenen und Verwitweten  
im  
Zeitverlauf  
1984/1985**

Krankheiten oder/und Beschwerden	Familien- stand		Geschiedene		Verwitwete	
	weniger als 2 Jahre	mehr als 2 Jahre	weniger als 2 Jahre	mehr als 2 Jahre	weniger als 2 Jahre	mehr als 2 Jahre
	Prozent <sup>*</sup>					
Kopfschmerzen	43,5	53,7	53,8	46,2		
Schlafstörungen	22,6	35,0	57,7	24,5		
Magenbeschwerden	19,4	22,6	15,4	11,5		
Herzbeschwerden Kreislaufstörungen	19,4	28,2	38,5	29,5		
Keine Krankheiten und/oder Beschwerden	27,4	23,7	15,4	26,9		

\*) Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Neubauer, Erika, Alleinerziehende Mütter und Väter – Eine Analyse der Gesamtsituation, Stuttgart 1989

## Übersicht 6

**Psychische Störungen und Verhaltensstörungen  
als Rehabilitationsanlass  
bei  
geschiedenen Männern  
im  
Vergleich  
2003**

<b>Medizinische Rehabilitation</b>	<b>Anteil der Psychischen Störungen und Verhaltensstörungen<sup>1</sup> an allen Anlässen für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b>	
	<b>In Prozent</b>	
<b>Versicherte</b>	<b>Ehe geschiedene / Lebenspartnerschaft aufgelöst</b>	<b>Ehe besteht / Lebenspartnerschaft besteht</b>
Angestellten- rentenversicherung	21,7	10,1
Arbeiterrenten- versicherung	26,4	10,4
Gesetzliche Rentenversicherung insgesamt	24,9	10,4

1) ICD 10, Ziffern F 40 - 48

Quelle: Eigene Berechnungen und Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der Stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,  
Frankfurt am Main 2003

Dabei ist es nicht so, dass dies für weibliche Versicherte nicht auch gelten würde: Nur ist eben der Unterschied zwischen weiblichen Versicherten mit geschiedener Ehe oder aufgelöster Lebenspartnerschaft und mit bestehender Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht so groß wie bei den männlichen Versicherten.

Übersicht 7: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen als Rehabilitationsanlass bei geschiedenen Männern und geschiedenen Frauen im Vergleich 2003

Offensichtlich treffen geschiedene Ehen oder aufgelöste Lebenspartnerschaften Männer stärker als Frauen.

## Übersicht 7

**Psychische Störungen und Verhaltensstörungen  
als  
Rehabilitationsanlass  
bei  
geschiedenen Männern und geschiedenen Frauen  
im  
Vergleich  
2003**

<b>Medizinische Rehabilitation</b>	<b>Anteil der Psychischen Störungen und Verhaltensstörungen<sup>1</sup> an allen Anlässen für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b>	
	<b>Indexiert</b>	
<b>Versicherte</b>	<b>Ehe geschiedene / Lebenspartnerschaft aufgelöst</b>	<b>Ehe besteht / Lebenspartnerschaft besteht</b>
Männliche Versicherte der Gesetzlichen Rentenversicherung	239,4 <sup>2</sup>	100,0
Weibliche Versicherte der Gesetzlichen Rentenversicherung	158,8 <sup>3</sup>	100,0

- 1) ICD 10, Ziffern F 40 - 48
- 2) Ehe geschieden / Lebenspartnerschaft aufgelöst: 24,9 Prozent  
Ehe besteht / Lebenspartnerschaft besteht: 10,4 Prozent
- 3) Ehe geschieden / Lebenspartnerschaft aufgelöst: 25,4 Prozent  
Ehe besteht / Lebenspartnerschaft besteht: 16,0 Prozent

Quelle: Eigene Berechnungen und Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der Stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,  
Frankfurt am Main 2003

## **5. Staatliche Trennungspolitik verschärft Unterschiede zwischen den Wohngebieten und Ungleichheit zwischen den Geschlechtern**

Das gegenwärtige Familien-, Ehe- und Scheidungsrecht mit seinen spezifischen vor allem Männer belastenden Regulierungen, richterlichen Interpretationen und jugendamtlichen Exekutionen trifft aber nicht nur die Geschlechter ungleich und stellt für die Männer ein ungleich höheres Gesundheitsrisiko dar. Dieses Familien-, Ehe- und Scheidungsrecht wirkt auch regional höchst unterschiedlich.

Die großen Unterschiede zwischen Deutschland-West und Deutschland-Ost in Bezug auf Scheidungshäufigkeit wurden bereits dargestellt.<sup>10</sup> Aber auch in Deutschland-West gibt es deutliche Unterschiede. Im Zuge der sogenannten Stadt-Umlandwanderung vor allem auch der jüngeren Familien verlagert sich das Scheidungsgeschehen von den vormals führenden Großstädten in die Umlandgebiete.

Während die Parallelgesellschaften der Zuwandererbevölkerung in den Großstädten niedrige Scheidungsziffern zeigen, erlebt die ins Umland gezogene westdeutsche "Normalfamilie" dann in diesem Umland auch ihre westdeutsche "Normalkatastrophe" – die Scheidung.

Man kann dies beispielsweise für Nordrhein-Westfalen sehr gut zeigen: Dort hat die höhere Scheidungshäufigkeit in den Großstädten zwischen 1989 und 2001 nur noch um 49 Prozent zugenommen – in den Kreisen dagegen um 63 Prozent. Es steht zu erwarten, dass die Kreise mit den Großstädten bald gleichziehen werden.

---

<sup>10</sup> Vgl. S. 5 ff.



Übersicht 8: Stark angestiegene Scheidungshäufigkeit in den Landkreisen  
Nordrhein-Westfalens 1989-2001

Wichtig an diesem Scheidungsboom im Umland ist, dass die staatliche Trennungspolitik mit ihrem gegenwärtigen Familien-, Ehe- und Scheidungsrecht damit die Umlandzonen in Westdeutschland zu Gesundheitsrisikozonen macht.

Schon Mitte der neunziger Jahre hatten die Männer in den Kreisen Nordrhein-Westfalen bei der Krankenhausbehandlung wegen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen psychischen Störungen im Vergleich zu den Männern in den Städten etwa den Häufigkeitswert erreicht, den sie auch bei den Scheidungen hatten.

Übersicht 9: Scheidungsbetroffene Männer und krankenhausbehandelte  
Männer wegen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen  
psychischen Störungen in Nordrhein-Westfalen 1994-1996

## Übersicht 8

**Stark gestiegene Scheidungshäufigkeit  
in den  
Landkreisen  
in  
Nordrhein-Westfalen  
1989 - 2001**

<b>Scheidungen</b>	<b>Ehescheidungen Je 1.000 Eheschließungen</b>		
	<b>Gebiete</b>	<b>1989</b>	<b>2001</b>
Kreise in Nordrhein-Westfalen	307	500	+ 63 %
Kreisfreie Städte in Nordrhein-Westfalen	375	558	+ 49 %

Quelle: Eigene Berechnungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik  
Nordrhein-Westfalen

## Übersicht 9

**Scheidungsbedroffene Männer  
und  
krankenhausbehandelte Männer  
wegen  
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und  
anderen psychischen Störungen  
in  
Nordrhein-Westfalen  
1994 - 1996**

<b>Ehescheidungen/ Krankenhaus- behandelte</b>	<b>Geschiedene Männer</b>	<b>Krankenhausbe- handelte Männer wegen Neurosen, Persönlichkeits- störungen und anderen psychischen Störungen</b>
<b>Gebiete</b>	<b>Je 1.000 neuverheiratete Männer</b>	<b>Je 100.000 Einwohner<sup>1</sup></b>
Kreisfreie Städte	458	989
Kreise	375	786
Kreise ./. Kreisfreie Städte	82 %	80 %

1) Altersstandardisiert

Quelle: Eigene Berechnungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Kreisstandardzahlen, Düsseldorf 1995 - 1997 und dass. (Hrsg.): Diagnosenatlas Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2000

**6.**  
**Staatliche Trennungspolitik**  
**als**  
**Durchsetzung der Marktkräfte einerseits**  
**und Schonung der Sozialhaushalte andererseits**

Die gegenwärtige Familien-, Ehe- und Scheidungsregulierung und insbesondere ihre richterliche Interpretation und jugendamtliche Exekution bestechen durch ihre Blindheit und Verleugnung der Männerrolle und Männerwirklichkeit.

Vor allem im turbokapitalistischen Teil Deutschlands sind mit dem vor allem männlichen "Normalarbeitsverhältnis"<sup>11</sup> zugleich auch die Normalfamilie und mit dieser der Normalehemann und der Normalvater regelrecht verdampft. Zur Freude der Marktkräfte wird damit auch gleich der renitente Facharbeiter-Gewerkschaftler entsorgt und durch Ich-AG's und Minijob-Damen ersetzt.

Gerade jene Männer und Väter aber, die jetzt neue Männer und neue Väter sein wollen<sup>12</sup>, müssen von Familiengerichten und Jugendämtern erfahren, dass gerade das überhaupt nicht gefragt ist und überhaupt nicht gewünscht wird.

Unschwer ist zu erkennen, dass dahinter die Tendenz zu einer Entlastung der Sozialhaushalte durch einseitige Belastung eines politisch angeblich nicht mehr gewollten und real kaum mehr existierenden Ernährerehemanns und Zahlvaters steht.

Diese strukturelle und kollektive Entpersönlichung von Männern und Vätern noch dazu unter der Devise der Geschlechtergerechtigkeit stellt für die betroffenen Männer und Väter eine klassische Double-bind-Situation nach dem Motto

---

<sup>11</sup> Vgl. hierzu die seinerzeitige Studie von Ulrich Mückenberger

<sup>12</sup> Vgl. Zulehner, Paul, Volz, Rainer: Männer im Aufbruch, Ostfildern 1998

"wie man's macht ist es falsch" dar und führt schnurstracks in die Psychiatrie – wie gezeigt werden konnte. Mit diesen höchst widersprüchlichen Zielsetzungen und Auswirkungen der staatlichen Trennungspolitik ist aber auch ein tiefgreifender Funktionswandel der Familie für die Wirtschaft und die Unternehmen verbunden. Konnte vormals die traditionelle Normalfamilie als Bereich kostengünstiger Reproduktion von Arbeitskräften betrachtet werden, so sind die familialen Trennungskonflikte heute zu einer vorrangigen Ursache von Produktivitätsverlusten vieler Unternehmen und von Vernichtung von Humankapital geworden.

## 7. Männerlebenserwartung, Männerfamilieneinbindung und Männerrollenwandel in Kerneuropa

Vor diesem Hintergrund sollen hier noch einige Ergebnisse aus Untersuchungen zur Männergesundheit in der Alpenregion, in Italien und in Europa vorgestellt werden, die Zusammenhänge von Lebenserwartung, Familieneinbindung und Arbeitsweltwandel bei den Männern zeigen.

Bei einem Vergleich bspw. der Provinz Bozen-Südtirol, der Region Südostoberbayern, der Stadt Mailand und der Stadt München zeigt sich, dass die 77,1 Jahre Lebenserwartung der Südtiroler Männer und die nur 75,8 Jahre Lebenserwartung der Münchner Männer auch damit korrespondieren, dass die Südtiroler Männer noch in Familien mit durchschnittlich 2,5 Haushaltsmitgliedern leben. In München reicht es nur noch für 1,7 Haushaltsmitglieder im Schnitt.

Übersicht 10: Lebenserwartung und Familieneinbindung der Männer in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol im Regionalvergleich 1999-2001

Für Kerneuropa insgesamt gilt, dass die Männer dort die höhere Lebenserwartung haben, wo sich der Kapitalverwertungsprozess, die Ökonomisierung des Alltags noch nicht bis in die letzten Reservate vorgefressen hat, d.h. in Länder mit eher niedrigem Verstädterungsgrad, niedrigeren Erwerbsquoten der Männer, höherem Industriearbeiteranteil und größeren Familien.

Übersicht 11: Lebenserwartung der Männer und Erwerbsteilnahme der Männer in Kerneuropa 1991-1992

Übersicht 12: Lebenserwartung der Männer und Verstädterung der Bevölkerung in Kerneuropa 1991-1992

## Übersicht 10

**Lebenserwartung und Familieneinbindung  
der Männer  
in der  
Autonomen Provinz Bozen-Südtirol  
im  
Regionalvergleich  
1999 - 2001**

<b>Indikatoren</b>	<b>Zukünftige Lebenserwartung eines männlichen Neugeborenen</b>	<b>Mitglieder pro Privat- haushalt</b>
<b>Territorien</b>	<b>Jahre</b>	<b>Personen</b>
Provinz Bozen-Südtirol	77,1 <sup>1</sup>	2,5 <sup>1</sup>
Region Südostoberbayern	75,9 <sup>2</sup>	2,4 <sup>2</sup>
Stadt Mailand	75,8 <sup>3</sup>	2,1 <sup>1</sup>
Stadt München	75,8 <sup>2</sup>	1,7 <sup>2</sup>

- 1) Im Jahre 2001
- 2) Im Jahre 2000
- 3) Im Jahre 1999

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Comune di Milano, Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) sowie Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)

## Übersicht 11

**Lebenserwartung der Männer  
und  
Erwerbsteilnahme der Männer  
in  
Kerneuropa  
1991 - 1992**

<b>Indikatoren</b>	<b>Lebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren</b>	<b>Anteil der männlichen Erwerbstätigen an allen männlichen Einwohnern über 14 Jahre</b>
<b>Nachbarstaaten</b>	<b>Jahre<sup>1</sup></b>	<b>Prozent<sup>2</sup></b>
Frankreich	16,4	63,7
Spanien	15,9	63,8
Italien	15,6	65,5
Deutschland	14,6	70,9
Großbritannien	14,5	72,7
Dänemark	14,3	73,4

1) Im Jahre 1992

2) Im Jahre 1991

Quelle: Watzlawczik, Gerd-Uwe: Unterschiede in der Gesundheitslage der Männer in den Ländern Europas. In: Sozialverband VdK (Hrsg.): Ältere Männer in Europa: Eine medizinisch benachteiligte und sozial übergangene Minderheit, München 2000



## Übersicht 12

**Lebenserwartung der Männer  
und  
Verstädterung der Bevölkerung  
in  
Kerneuropa  
1990 - 1992**

<b>Indikatoren</b>	<b>Lebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren</b>	<b>Anteil der Bevölkerung in Städten an der Gesamtbevölkerung</b>
<b>Nachbarstaaten</b>	<b>Jahre<sup>1</sup></b>	<b>Prozent<sup>2</sup></b>
Frankreich	16,4	74,3
Spanien	15,9	75,4
Italien	15,6	68,9
Deutschland	14,6	85,3
Großbritannien	14,5	89,1
Dänemark	14,3	84,8

1) Im Jahre 1992

2) Im Jahre 1990

Quelle: Watzlawczik, Gerd-Uwe: Unterschiede in der Gesundheitslage der Männer in den Ländern Europas. In: Sozialverband VdK (Hrsg.): Ältere Männer in Europa: Eine medizinisch benachteiligte und sozial übergangene Minderheit, München 2000

Übersicht 13: Lebenserwartung der Männer und Familieneinbindung der Männer Kerneuropa 1991-1992

Übersicht 14: Lebenserwartung der Männer und Strukturwandel der Arbeitswelt in Kerneuropa 1991-1992

Vielleicht fühlen sich manche Familienrichter/innen und Jugendamtsmitarbeiter/innen in ihrer Männer- und Väterfeindlichkeit auch deshalb so pudelwohl, weil sie störende und zu teure Männlichkeit und Väterlichkeit am Arbeitsplatz "Familie" ganz mühelos und mit bestem Gewissen als "Modernisierer" zerstören können, während andererseits Arbeitsrichter/innen und Gewerbeamtsmitarbeiter/innen mit viel Mühe versuchen müssen, hart erkämpfte Arbeitnehmerrechte und damit auch Familien-, Väter- und Kinderrechte am Arbeitsplatz "Firma" zu erhalten und sich dabei dann noch als "Traditionalisten" fühlen müssen.

## Übersicht 13

**Lebenserwartung der Männer  
und  
Familieneinbindung der Männer in  
Kerneuropa  
1997 - 2000**

<b>Indikatoren</b>	<b>Lebenserwartung von Männern im Alter von 60 Jahren</b>	<b>Einpersonenhaushalte an allen Privathaushalten</b>
<b>Nachbarstaaten</b>	<b>Jahre<sup>1</sup></b>	<b>Prozent<sup>2</sup></b>
Frankreich	19,9	29,6
Spanien	19,8	13,5
Italien	19,7	23,7
Deutschland	19,0	37,6
Belgien	19,0	45,7
Großbritannien	18,9	33,6
Niederlande	18,9	31,8

1) In den Jahren 1997, 1998 oder 1999

2) Im Jahre 2000

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Bundesministerium für Gesundheit, Bonn und Bundesamt für Raumordnung und Bauwesen, Bonn

## Übersicht 14

**Lebenserwartung der Männer  
und  
Strukturwandel der Arbeitswelt  
in  
Kerneuropa  
1997 - 2000**

<b>Indikatoren</b>	<b>Lebenserwartung von Männern im Alter von 60 Jahren</b>	<b>Industriearbeiter an allen Erwerbstätigen<sup>2</sup></b>
<b>Nachbarstaaten</b>	<b>Jahre<sup>1</sup></b>	<b>Prozent</b>
Frankreich	19,9	26,3
Spanien	19,8	30,8
Italien	19,7	31,8
Deutschland	19,0	33,5
Belgien	19,0	25,8
Großbritannien	18,9	25,4
Niederlande	18,9	21,6
Dänemark	18,4	25,4

1) In den Jahren 1997, 1998 oder 1999

2) Am Wohnort im Jahre 2000

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Bundesministerium für Gesundheit, Bonn und Bundesamt für Raumordnung und Bauwesen, Bonn

## 9. Was tun?

Als Antwort auf die offenkundige Männergesundheitsschädlichkeit der gegenwärtigen staatlichen Trennungspolitik mittels Familien-, Ehe- und Scheidungsrecht ist eine offensive Thematisierung von Männergesundheit in der Gesundheits- und Sozialpolitik und eine noch offensivere Thematisierung der Krankheitslast und Kostenbelastung durch das Männergesundheitsrisiko "Scheidung" von Nöten.

In diesem Sinne sind mittlerweile Beratung und Unterstützung von Männern und Vätern in Trennung und Scheidung zu einem festen Baustein im Leistungsangebot von Zentren für Männergesundheit an Akutkrankenhäusern geworden.

### Übersicht 15: Leistungsangebote zu Förderung der Männergesundheit

Kaum zu glauben ist in diesem Zusammenhang, dass es in einem kleinen Winkel des großen Gesundheitswesens sogar ausdrückliche Gesundheitsleistungen der Krankenkassen für Männer als Väter gibt: Die sogenannten "Vater-Kind"-Maßnahmen.

### Übersicht 16: Krankenkassenleistungen für Väter und Kinder

Übersicht 15

## Leistungsangebote zur Förderung der Männergesundheit

<b>Medizinisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorsorge (u.a. PSA)</li> <li>• Umweltmedizin</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Alternative und Innovative Medizin</li> <li>• Labor</li> <li>• Sonstiges</li> </ul>
<b>Psychologisch- pädagogisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stresskurs für Pendler</li> <li>• Mobbing-Training für Männer</li> <li>• Gesundheitstraining für Fernfahrer und Personenfahrer</li> <li>• Betriebsübergabemoderation für Senioren</li> <li>• Coaching und Service für Männer in Trennung und Scheidung</li> <li>• Wirksame Raucherberatung für Männer</li> <li>• Vortragsreihe männliche Sexualität in Europa und anderen Weltkulturen</li> </ul>
<b>Institutionell</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Männergesundheitsberichte für Unternehmen in der Region</li> <li>• Qualitätszirkel zur männerspezifischen Behandlung in den Akutkrankenhäusern der Region</li> <li>• Weiterbildungsveranstaltungen für das ärztliche, therapeutische und pflegende Personal des Gesundheits- und Sozialwesens der Region</li> </ul>

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Zentren für Männergesundheit:  
Baustein "Förderung der Männergesundheit", Marquartstein 2003

Übersicht 16**Krankenkassenleistungen  
für  
Väter und Kinder**

**Medizinische Vorsorge  
für Väter und Kinder** § 24 SGB V  
Vater-Kind-Maßnahmen

**Medizinische Rehabilitation  
für Väter und Kinder** § 41 SGB V  
Vater-Kind-Maßnahmen

**Versorgungsverträge mit  
für Vater-Kind-Maßnahmen** § 111a SGB V  
geeigneten Einrichtungen