

Wie gesund sind Führungskräfte ?

Eine Querschnittsstudie zum kardiovaskulären Risikofaktorenprofil von Managern

W. Pfeiffer, J. Scholl, E. Renz, L. Ciré, M. Kentner

IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung
Abteilung für präventive Diagnostik PREVENT

Zusammenfassung

Fragestellung

In der vorliegenden Studie stand die Frage im Vordergrund, inwieweit sich Führungskräfte der deutschen Wirtschaft bezüglich des Vorliegens wichtiger Risikofaktoren von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden, soweit vergleichbare Werte vorlagen.

Kollektiv und Methodik

Es wurden 930 Führungskräfte untersucht. Darunter befanden sich 823 Männer und 107 Frauen. Es handelt sich dabei um Probanden, die sich 1999 freiwillig einer eintägigen internistischen Check-up-Untersuchung (PREVENT-Gesundheits-Check-up der IAS-Stiftung) in Karlsruhe unterzogen.

Im Mittelpunkt der Erhebung standen die Herz-Kreislauf-Risikofaktoren 1. Ordnung wie Bluthochdruck, Rauchen, Cholesterin und Diabetes mellitus.

Ergebnisse

Nur 11,5% der Männer und 15% der Frauen waren Zigarettenraucher. 5,4% der Männer rauchten Zigarre oder Pfeife.

52% der männlichen Führungskräfte hatten definitionsgemäß Übergewicht (Body-Mass-Index > 25). Nur 16 % der Frauen wiesen Übergewicht auf .

72,1% der Männer und 59,1% der Frauen hatten ein Gesamtcholesterin > 200 mg/dl, wobei die aussagekräftigere LDL/HDL- Ratio bei 41,4% der männlichen und nur 8,4% der weiblichen Probanden in einem ungünstigen Bereich > 3 lag.

36 % der Führungskräfte gaben an, überhaupt keinen Sport zu treiben. Ausdauersport wurde tendenziell mehr von männlichen Teilnehmern betrieben.

Etwa 90% der Führungskräfte konsumierten Alkohol in geringen bis moderaten Mengen und lagen damit innerhalb der nach aktuellen Studien empfohlenen Obergrenzen von 40 g/Tag für den Mann und 20 g/Tag für die Frau.

Schlussfolgerung

Insgesamt kann man den Führungskräften ein günstiges Risikoprofil bescheinigen. Wesentliche Risikofaktoren liegen im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung seltener vor. Hervorzuheben sind eine deutlich geringere Anzahl von Rauchern, günstigere Cholesterinwerte und ein vernünftigeres Trinkverhalten. Zu hoch erscheint die Anzahl von Führungskräften, welche auf körperliche Aktivitäten und Sport verzichten. Zu berücksichtigen ist, dass die Untersuchten eine positive Auslese darstellen, da gesundheitsbewusste Menschen eher bereit sind, an einer freiwilligen Gesundheitsuntersuchung teilzunehmen.

Schlüsselwörter

Herz-Kreislauf-Risikofaktoren – Cholesterin – Rauchen – Hypertonie – Diabetes mellitus – Alkohol- Sport – Führungskräfte – Koronare Herzkrankheit

Summary

Subject

We examined the question, if german executives differ from the general population with regard to important cardiovascular risk factors far as these data were available.

Patients and Methods

930 executives were examined. There were 823 men and 107 women. All examinees underwent a voluntary one day check-up-examination in Karlsruhe (PREVENT-Health-Check-up at the IAS-Foundation)

We assessed primarily the cardio-vascular risk factors like hypertension, smoking, cholesterol and diabetes mellitus which determine the individual risk for myocardial infarction and stroke, the most frequent causes of death in Germany. In addition we obtained several further health related parameters.

Results

Only 11,5% of men and 15% of women smoked cigarettes. 5,4% of men smoked cigars or pipe.

52% of the male executives were overweight, with a body-mass-index > 25, but only 16% of the women.

72,1% of the male and 59,1% of the female executives had a total-cholesterol level

> 200 mg/dl. The more important LDL/HDL-ratio was >3 in 41,4% of the men and in 8,4% of the women.

More than 1/3 of the executives said, they were not engaged in sports at all. Relatively more men than women were engaged in aerobic exercises.

90% of the executives drank alcohol in low or moderate amounts and were within the recommended limits of 40 g/day for men and 20 g/day for women.

Conclusions

We conclude, that german executives on average have a favorable risk profile. Important risk factors appear less frequent as compared with the german average population.

Especially there are a significant lower number of smokers, on average lower cholesterol-levels and more sensible alcohol drinking habits.

On contrast, the number of executives, who are not engaged in sports or physical activities, seems to be quite high.

It must be considered, that the examinees reflect a positive selection, as health conscious people are more likely to take part in a voluntary health check-up.

Keywords

Cardiovascular risk factors - cholesterol - smoking habits – hypertension - diabetes mellitus – executives – alcohol - physical activity – coronary heart disease

Einleitung

Kürzlich veröffentlichten wir eine Untersuchung über psychosoziale und klinische Risikofaktorenprofile von Managern [5,6]. Grundlage für diese Publikation waren mehrere Querschnittsuntersuchungen Mitte der 90er Jahre. Der Schwerpunkt dieser Untersuchungen lag auf der Erarbeitung von vier psychosozialen Grundtypen. Ein wesentliches Ergebnis war, dass zur Führung prädisponierte Personen niedrigere kardiovaskuläre Risiken aufweisen, als beispielsweise Personen, deren psychosoziale Struktur durch Angst, Anspannung, Verdrängung und mangelnde Selbstkontrolle geprägt wird.

Methodik

Die jetzt vorliegende Querschnittsstudie sollte nun schwerpunktmäßig die Frage beantworten, inwieweit sich Führungskräfte der deutschen Wirtschaft hinsichtlich der wichtigsten Herz-Kreislauf-Risikofaktoren von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden.

Die Daten von 930 Führungskräften (823 Männer, 107 Frauen) wurden 1999 im Rahmen einer eintägigen, internistischen Check-up-Untersuchung in der Abteilung für Präventive Diagnostik (PREVENT) der IAS Stiftung erhoben. Der geringere Anteil von Frauen (11.5%) spiegelt die aktuelle Situation in den Führungsetagen der deutschen Wirtschaft wider.

Die Daten basieren auf einer ausführlichen anamnestischen Befragung, einer gründlichen körperlichen Untersuchung sowie labormedizinischen und internistisch-apparativen Untersuchungen.

Zwei wichtige Charakteristika des PREVENT-Check-up`s sind das hohe Maß an ärztlicher Zuwendung und die Komprimierung aller Untersuchungsstationen inklusive der ausführlichen Konsultationen auf einen Tag. Ein Internist betreut und untersucht maximal 2 Probanden pro Tag.

Die in unserer Studie ausgewerteten Parameter werden im folgenden aufgeführt:

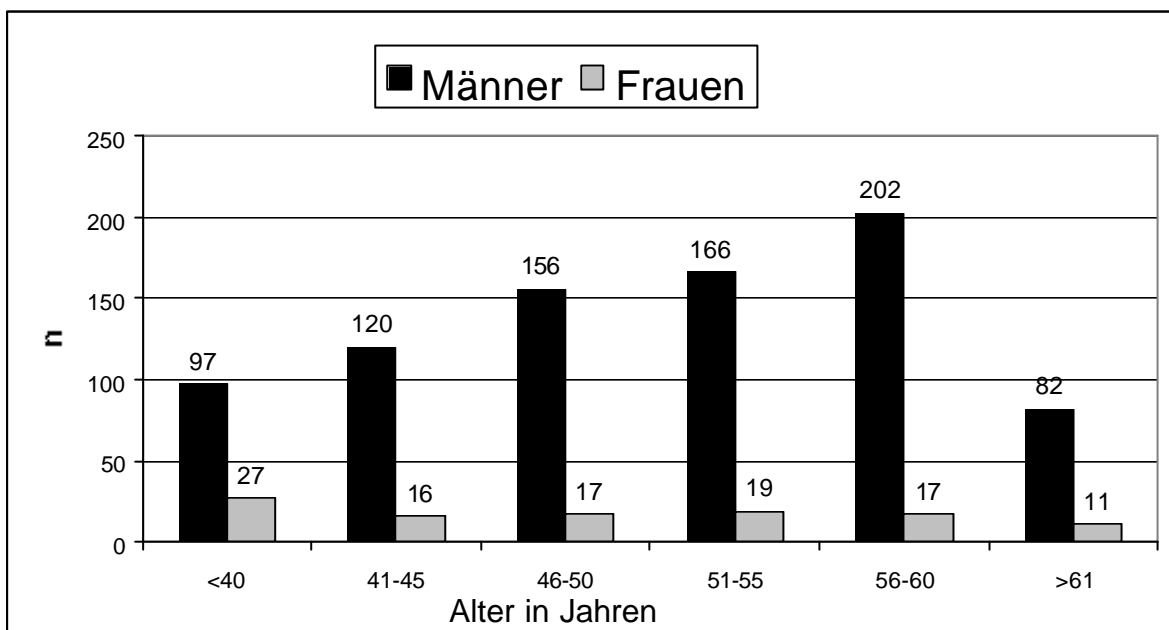
- Alter (nach Angabe des Probanden)
- Gewicht (gemessen in kg am Untersuchungstag morgens, nüchtern)
- Body-Mass- Index (Körpergewicht geteilt durch Körpergröße in m²)
- Gesamt-, HDL- und LDL- Cholesterin (mg/dl) im Serum nach mind. 12stündiger Nahrungskarenz
- Blutdruck in Ruhe und unter Belastung
- Glucose nüchtern (mg/dl)
- HbA1c (%)
- Rauchen (Kategorien: Nichtraucher, Exraucher, Zigarettenraucher, Zigarren- und Pfeifenraucher)
- Alkoholkonsum (Angaben in Einheiten, wobei 1 E = 0,25 l Wein oder 0,5 l Bier oder 0,05 l Spirituosen entsprach, 1 E = ca. 20 g reinen Alkohols)
- Leberwerte (GOT, GGT, GPT in U/l)
- Sportverhalten (Kategorien : Kein Sport, Ausdauersport, sonstige Sportarten, sonstige Sportarten und Ausdauersport)
- Leistungsfähigkeit beim Belastungs-Ekg (Watt pro kg Körpergewicht)
- Psychische Störungen (Kategorien: keine Beschwerden, Erschöpfung und Müdigkeit, Schlafstörungen, Depressionen, Reizbarkeit und Nervosität)

Kollektiv

Die 823 männlichen Führungskräfte waren durchschnittlich 51 Jahre alt, bei einer Spanne von 20 bis 82 Jahren. Sie wogen im Mittel 84 (60-142) kg bei einer Körpergröße von durchschnittlich 179,5 (160-202) cm, entsprechend einem BMI von durchschnittlich 26, was einem geringfügig erhöhten Gewicht entspricht.

Die 107 weiblichen Probanden waren im Durchschnitt 48,3 (23-66) Jahre alt, bei einem Gewicht von 63,3 (46-91) kg und einer Körpergröße von 166,8 (152-181) cm. Damit lag der durchschnittliche BMI mit 22,7 im Normalbereich.

Abb.1 Untersuchte Männer und Frauen nach Altersklassen



Ergebnisse und Diskussion

Body-Mass-Index

Übergewicht spielt eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von Risikofaktoren wie z.B. Bluthochdruck und Diabetes Mellitus. Zur Bewertung des Körpergewichtes hat sich der Body-Mass-Index durchgesetzt. Die verschiedenen Kategorien, nach denen der BMI bewertet wird, sind in Tab. 1 aufgeführt.

Tabelle 1

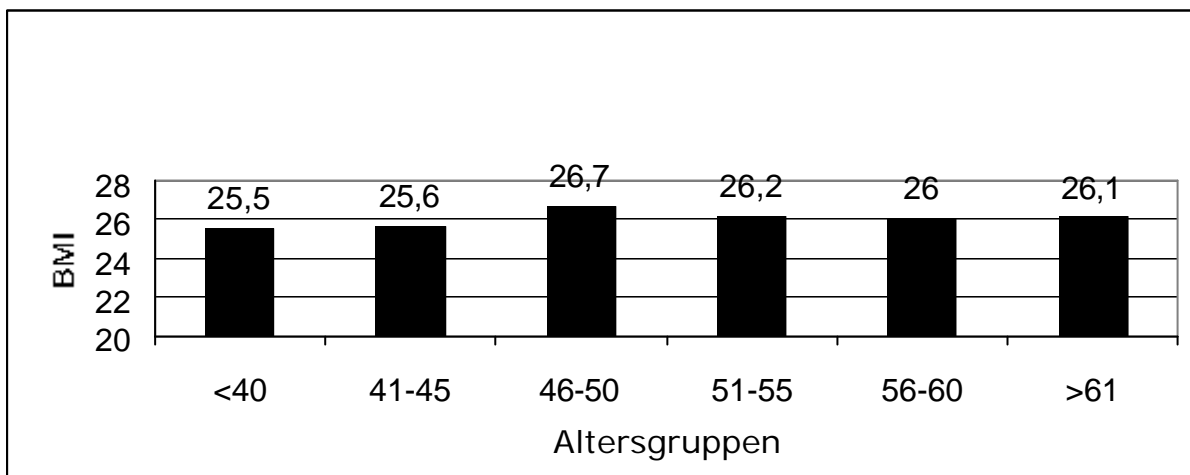
Body-Mass-Index (BMI)

(Körpergewicht geteilt durch Größe in m²)

<20	Untergewicht
20-25	Normalgewicht
26-30	Geringes Übergewicht
31-35	Adipositas I°
36-40	Adipositas II°
>40	Adipositas per magna

Das durchschnittliche Gewicht der Führungskräfte liegt weitgehend im normalen Bereich. Den weiblichen Führungskräfte ist im Durchschnitt „Idealgewicht“ zu attestieren.

Abb.2 Mittlerer BMI der Männer in verschiedenen Altersgruppen



52% der männlichen Führungskräfte haben einen BMI >25 und damit definitionsgemäß Übergewicht, in der altersentsprechenden deutschen Bevölkerung liegt dieser Wert bei ca. 67%. Nur 16% der weiblichen Probanden hatten Übergewicht (BMI >25) im Gegensatz zu 50% in der Gesamtbevölkerung [12].

Bei einem BMI zwischen 25 und 30 ergibt sich die Behandlungsnotwendigkeit in Abhängigkeit von weiteren Risikofaktoren.

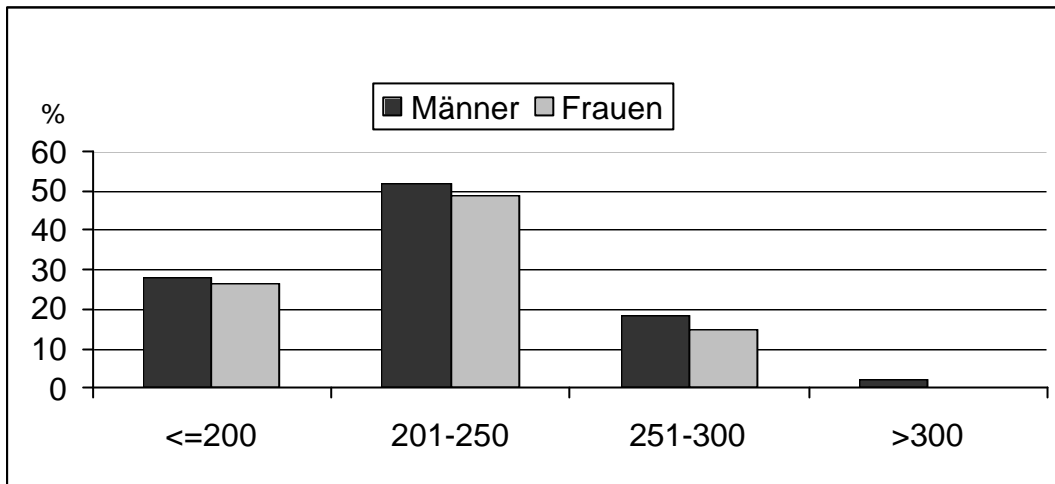
Bei ca. 10% der Führungskräfte lag ein behandlungsbedürftiges Übergewicht vor, definiert durch einen BMI von > 30. Der Wert für die Gesamtbevölkerung liegt hier bei ca. 19% [12].

In der Gruppe der 46 –50jährigen männlichen Probanden fiel eine deutlichere Tendenz zum Übergewicht auf, hier lag der ermittelte BMI mit 26,7% vergleichsweise am höchsten, jedoch immer noch in einem relativ günstigen Bereich. 64,6% der Männer dieser Altersgruppe hatten Übergewicht, 12,1% behandlungsbedürftiges Übergewicht. In dieser Gruppe war auch der Anteil der körperlich-sportlich Inaktiven am höchsten.

Cholesterinwerte

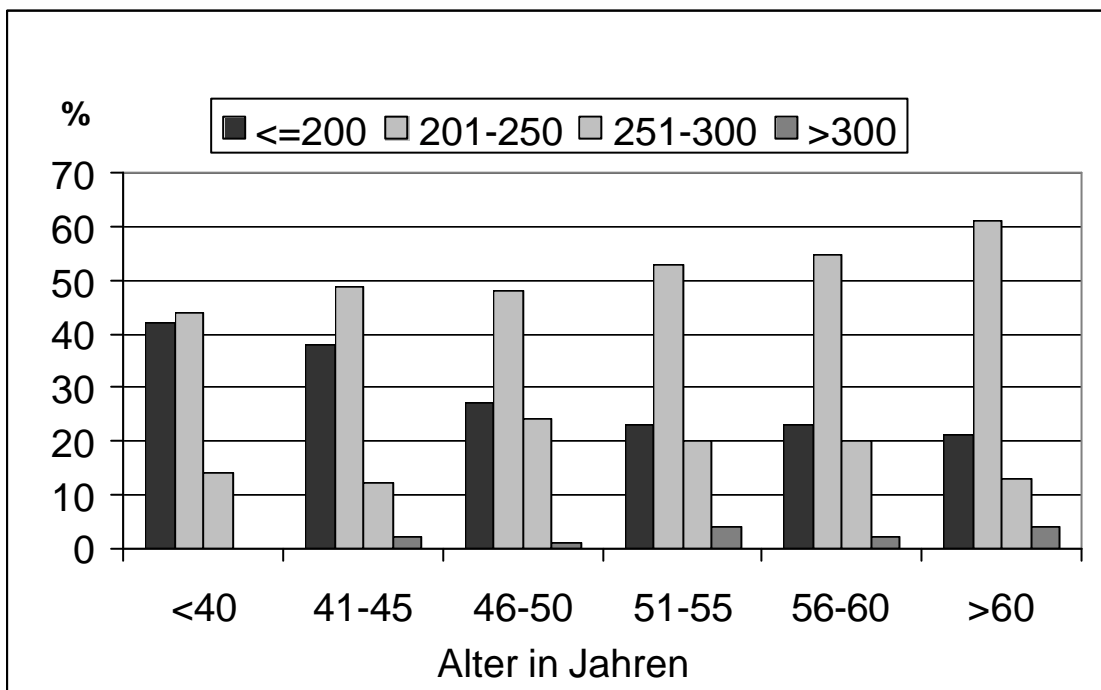
Einen erhöhten Gesamtcholesterinspiegel über 200 mg/dl hatten 72,1% der männlichen und 59,1% der weiblichen Führungskräfte. 20,3% der Männer und 15% der Frauen lagen über 250 mg/dl, nur 2% der Männer über 300 mg/dl (Abb. 3).

Abb.3 Gesamtcholesterin [mg/dl]



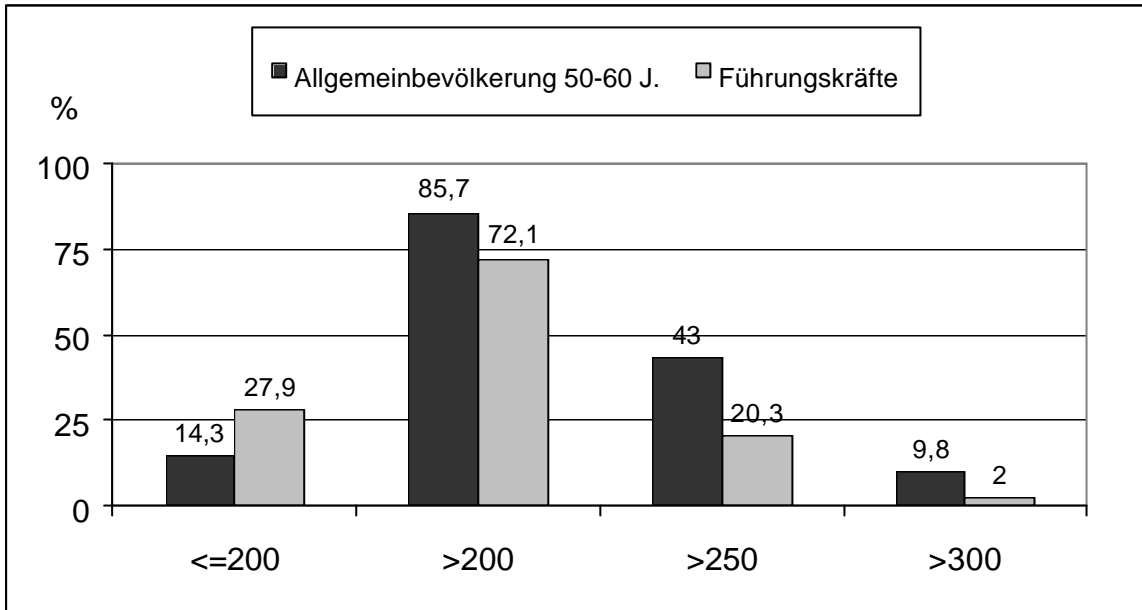
Bei Aufschlüsselung der Männer nach Altersgruppen zeigt sich ein Trend zu höheren Cholesterinwerten mit steigendem Alter (Abb. 4).

Abb. 4 Gesamtcholesterin [mg/dl] Männer



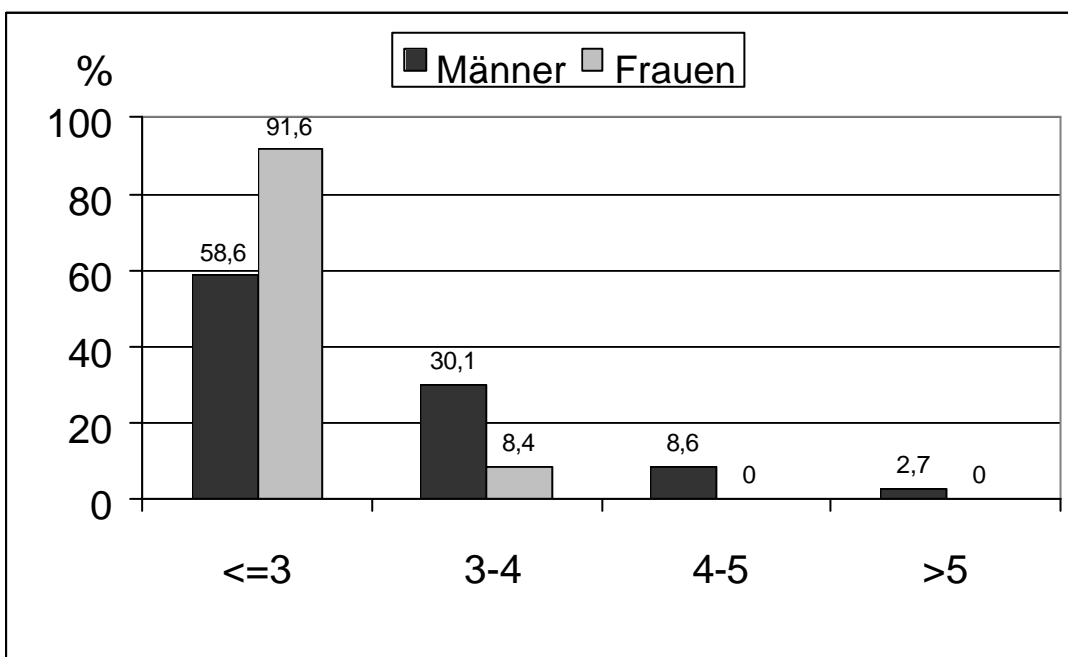
Im Vergleich zu den Zahlen des Bundesgesundheits-Surveys 1998 [12] ergibt sich unter Berücksichtigung des Durchschnittsalters unserer Führungskräfte, dass sie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung der Altersstufe 50-60 Jahre einen niedrigeren Gesamtcholesterin-Spiegel aufweisen (Abb. 5).

Abb. 5 Gesamtcholesterin [mg/dl]



Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen die Führungskräfte eher günstigere Gesamtcholesterinwerte auf. Für das kardiovaskuläre Risiko ist aber weniger das Gesamtcholesterin als vielmehr die Relation zwischen LDL- und HDL-Cholesterin von Bedeutung. Dennoch haben immerhin 41,4% der männlichen und 8,4% der weiblichen Führungskräfte eine LDL-/HDL-Ratio von > 3, die mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert ist (Abb.6). Hier besteht ein großer Bedarf zur Herz-Kreislauf-Prävention durch konservative Maßnahmen wie Ernährungsumstellung und Sport. Andererseits sollte bei Probanden mit hohem kardiovaskulären Risiko die Indikation zu einer medikamentösen cholesterinsenkenden Behandlung mit CSE-Hemmern nach neuesten Erkenntnissen eher frühzeitig gestellt werden [11].

Abb. 6 LDL / HDL- Ratio



Die geringe Anzahl der Frauen mit ungünstiger LDL/HDL-Ratio ist damit zu erklären, dass bei einem Durchschnittsalter von 48 Jahren die meisten unserer weiblichen Führungskräfte sich noch in der prämenopausalen Phase befinden. Außerdem ist der (in dieser Studie nicht erfasste) Anteil postmenopausaler Hormonersatzbehandlung mit > 50% anzunehmen.

Bei mehr als einem Drittel der Männer (35,5%) lag das HDL-Cholesterin unter 45 mg/dl, bei 7,7% sogar unter 35 mg/dl. Gerade ein erniedrigtes HDL-Cholesterin gilt als unabhängiger, wesentlicher Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen.

Blutdruck

Bluthochdruck ist einer der bedeutendsten kardiovaskulären Risikofaktoren, insbesondere für den Schlaganfall. Neuere Studien gehen von einer großen Zahl unerkannter Bluthochdruckfälle in Deutschland aus. Die Erkrankten werden häufig nicht oder nicht ausreichend therapiert, obwohl die Höhe des Risikos eindeutig mit der Güte der Blutdruckeinstellung korreliert. Gerade neuere Untersuchungen [2] zeigen, dass niedrigere Werte angestrebt werden sollten.

Tabelle 2 Einteilung der Hypertonie (Hochdruck-Liga)

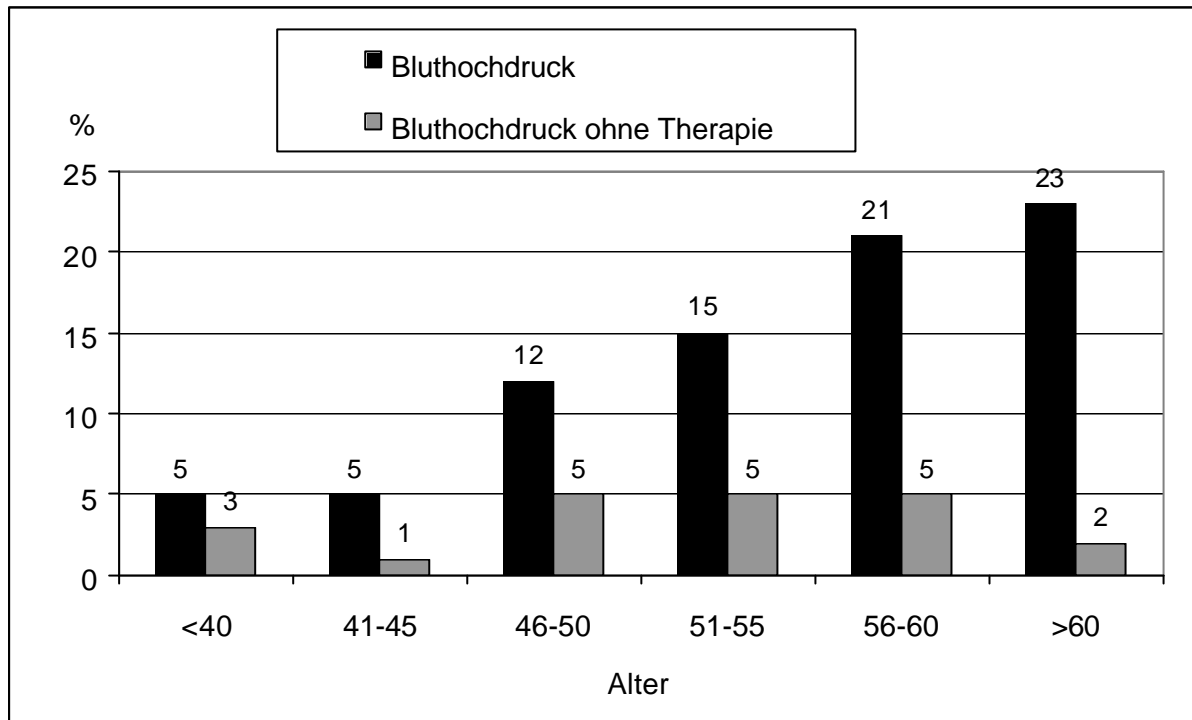
Kategorie	Systolisch (mmHg)	Diastolisch (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Hoch-normal	135-139	85-89
Hypertonie I°	140-159	90-99
Grenzwerthypertonie	140-149	90-94
Hypertonie II°	160-179	100-109
Hypertonie III°	>180	>110
Systolische Hypertonie	>140	<90

In der vorliegenden Studie wurde zwischen Probanden ohne Bluthochdruck, Grenzwertbluthochdruck, Belastungsbluthochdruck und manifestem Bluthochdruck mit und ohne Therapie unterschieden.

Generell steigt das Risiko einer Bluthochdruckerkrankung mit zunehmendem Alter an. 23% der Probanden hatten einen Blutdruck >140/90 mmHg, der entsprechende Anteil in der Gesamtbevölkerung beträgt 47,5% [10]. Nimmt man die Grenzwerthypertoniker heraus, so beträgt der Anteil der Führungskräfte mit einem Blutdruck > 160/95 mmHg ca. 18%. Der Vergleichswert in der männlichen Gesamtbevölkerung beträgt 24,5%. Insgesamt ergibt sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei Führungskräften eine geringere Anzahl von Hypertonikern in allen Altersklassen.

Auffallend war die hohe Zahl unbehandelter Hypertoniker (Abb. 7).

Abb.7 Bluthochdruck bei männlichen Führungskräften



Diabetes mellitus

Die Prävalenz des Diabetes mellitus in unserer Probandengruppe war gering. Keiner der Führungskräfte hatte einen Diabetes mellitus Typ I, einen Diabetes mellitus Typ IIa hatten 1,5%, einen Diabetes mellitus Typ IIb 1,6%, einen latenten Diabetes 3,5%. Bei einem mittleren Body-Mass-Index von 26 für die Männer und 22,7 für die Frauen und einem Durchschnittsalter von 51 bzw. 48 Jahren entspricht diese niedrige Diabetes-Prävalenz den Erwartungen.

Rauchen

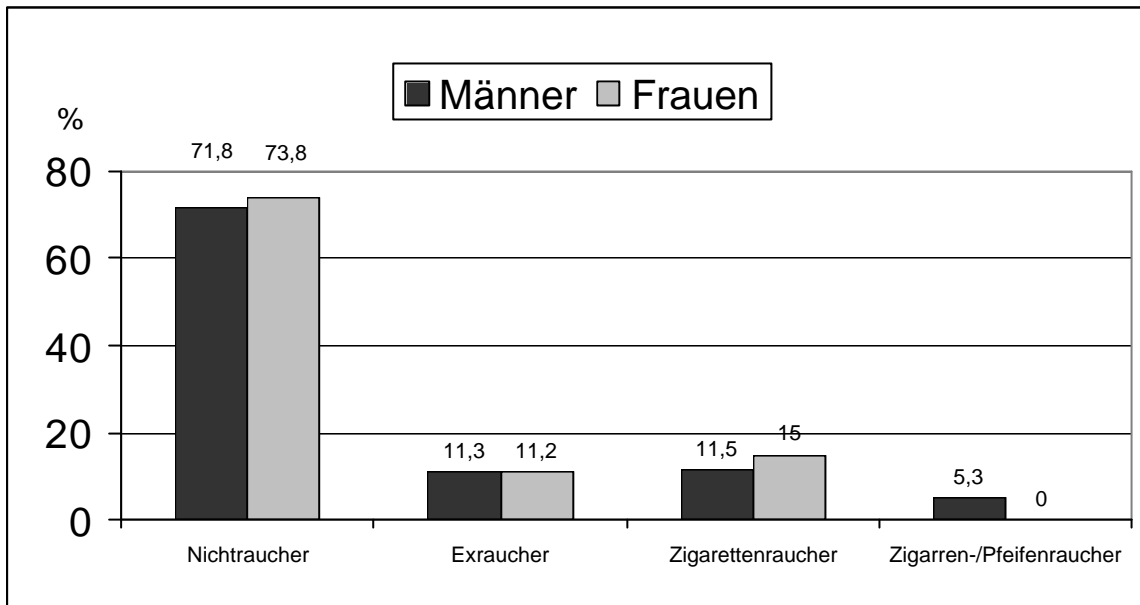
Der Anteil der Zigarettenraucher unter den Führungskräften ist deutlich niedriger als in der altersentsprechenden Allgemeinbevölkerung und spiegelt den höheren sozialen Status dieser speziellen Probandengruppe wieder. Es scheint, dass sich das Rauchverhalten zwischen den unterschiedlichen sozialen Schichten zunehmend unterscheidet und überwiegend die gebildeteren Berufsgruppen von Kampagnen zum Nichtrauchen angesprochen und überzeugt werden.

Nur 11,5% der Männer und 15% der Frauen gaben an, Zigaretten zu rauchen. 5,3% der Männer rauchten Zigarre oder Pfeife (Abb. 8). Dies zeigt, dass sich der Trend zum Nichtrauchen gerade unter den Führungskräften durchsetzt.

Nichtraucher zu sein ist ein Charakteristikum von Personen mit gehobenem Sozialstatus, Bildungs- und Einkommensniveau. Zum Vergleich: In der Allgemeinbevölkerung über 15 Jahre rauchen nach Angaben des statistischen Bundesamtes 35,6% der Männer und 21,5% der Frauen [1].

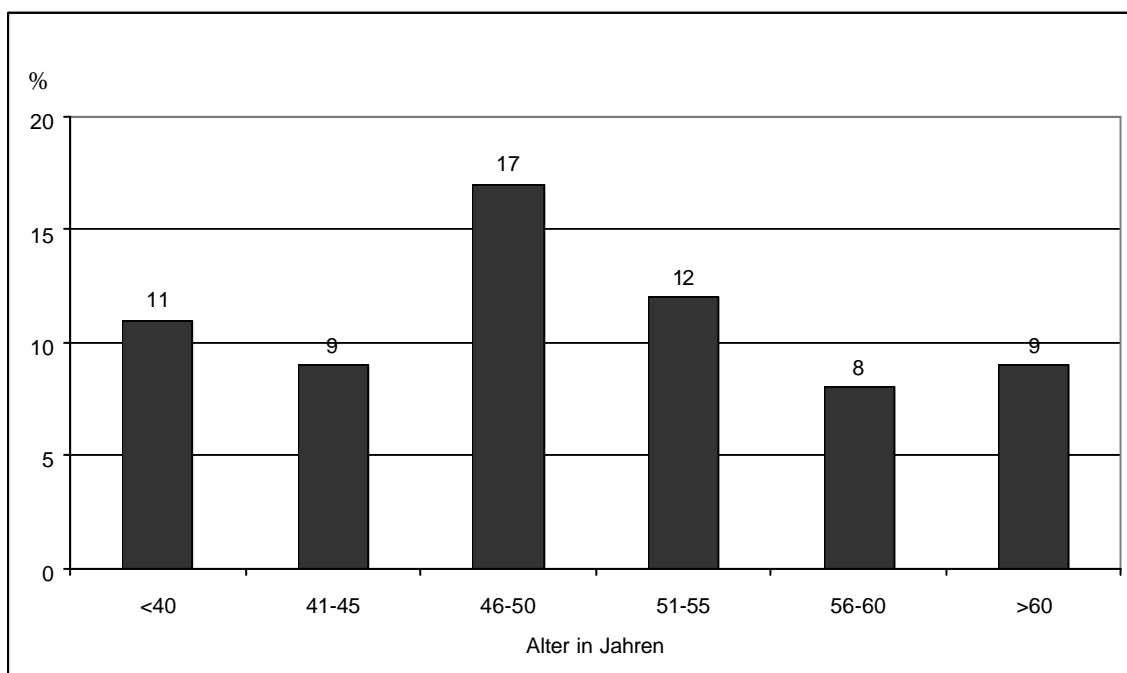
Bereits die Analyse des Mikrozensus von 1995 zeigte für den Raucherstatus eine starke Assoziation zur Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen: Während 46% der Männer in einfachen manuellen Berufen rauchten, waren es von den Managern nur 23% [3].

Abb. 8 Prävalenz des Rauchens unter Führungskräften



Betrachtet man die Zahl der Raucher unter den Führungskräften in verschiedenen Altersklassen, dann fällt auf, dass in der Klasse von 46-50 Jahren besonders viele Raucher zu finden sind (Abb. 9). Eine mögliche Erklärung dafür wäre eine höhere berufliche Stressbelastung der Führungskräfte gerade in diesem Lebensabschnitt.

Abb. 9 Anteil der Zigarettenraucher nach Altersgruppen



Alkoholkonsum

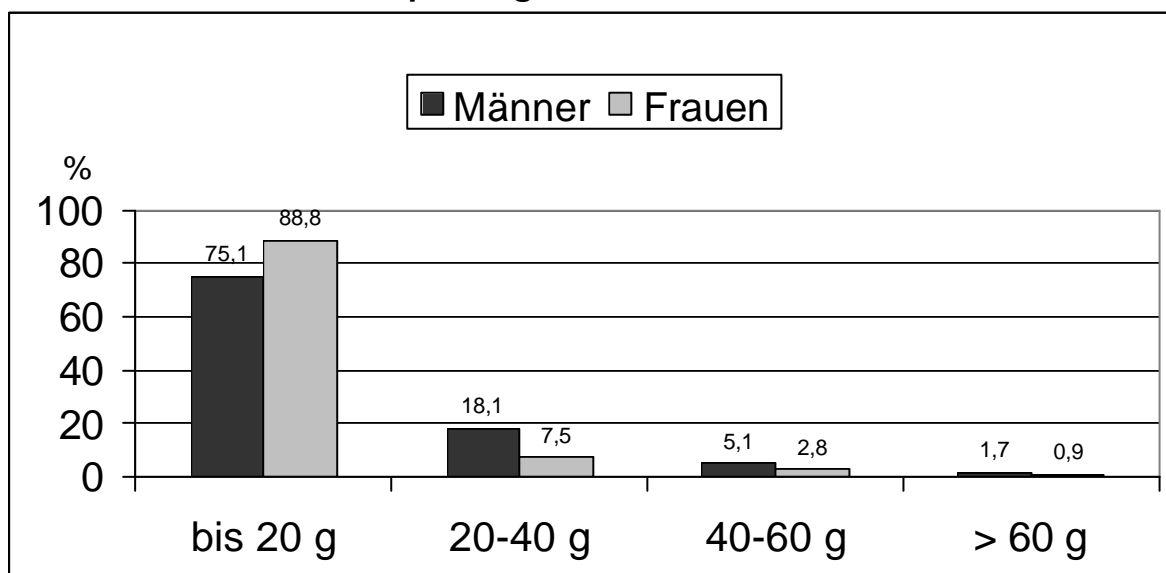
Die Trinkgewohnheiten von Führungskräften haben sich im Vergleich zu früheren Zeiten geändert: So scheint gerade beim mittäglichen Geschäftsessen nur noch wenig oder kein Alkohol mehr getrunken zu werden. Der weitaus überwiegende Teil der Führungskräfte konsumiert alkoholische Getränke nur in geringen bis moderaten Mengen überwiegend zum abendlichen Essen. Ein problematisches Trinkmuster lag bei weniger als 10% der Probanden vor.

Als Obergrenze für den moderaten Alkoholkonsum werden heute im allgemeinen 40 g reinen Alkohols pro Tag für den Mann und 20 g pro Tag für die Frau angegeben. In diesem Bereich haben etliche epidemiologische Studien eine Verminderung der Gesamtmortalität im Vergleich zu völliger Alkoholabstinenz aufgezeigt, die vor allem durch eine Senkung des KHK-Risikos bedingt ist [10, 13].

Abb. 10 zeigt, dass der überwiegende Teil der von uns untersuchten Führungskräfte nur geringe bis moderate Mengen Alkohol trinkt. Lediglich 11,2% der Frauen trinken mehr als 20 g pro Tag und 6,8% der Männer mehr als 40 g pro Tag. Im kritischen Bereich von über 60 g pro Tag, ab dem man von einem erhöhten Risiko für alkoholassoziierte Leberschäden ausgehen kann, lagen 1,7% der Männer und 0,9% der Frauen.

Bei den Frauen entsprechen diese Zahlen dem durchschnittlichen Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung. Nach dem Gesundheitsbericht 1998 trinken 10% der Frauen mehr als 20 g Alkohol pro Tag. Der Anteil der männlichen Führungskräfte mit einem Alkoholkonsum von mehr als 40 g pro Tag liegt dagegen mit 6,8% deutlich unter dem Bevölkerungsschnitt von 16,2% [1].

Abb. 10 Alkoholkonsum pro Tag



Zwar beruhen unsere Daten zum Alkoholkonsum auf freiwilligen Angaben, jedoch schafft die strikte Vertraulichkeit aller Befunde unseres ganztägigen Gesundheits-Check-up's eine offene und positive Atmosphäre, in der man von realistischen Angaben ausgehen kann. Gestützt werden unsere Daten zum Alkoholkonsum aber auch durch den geringen Anteil pathologischer Leberwerte: Eine relevante

Erhöhung der Gamma-GT-Aktivität (> 2-fache der Norm), die natürlich keineswegs nur durch einen Alkoholabusus verursacht sein kann, fand sich nur bei 6,8% der Männer und bei 1,9% der Frauen.

Sport und körperliche Leistungsfähigkeit

Regelmäßige körperliche Aktivitäten und Sport in moderater Intensität haben sich in vielen Untersuchungen als hocheffizientes und billiges „Präparat“ zur Vermeidung und Reduktion von Risikofaktoren erwiesen.

Wer regelmäßig wöchentlich mind. 1500 kcal zusätzlich zum Grundumsatz verbrennt, kann mittel- bis langfristig sein Herz-Kreislauf-Risiko deutlich verbessern [7], von den positiven Auswirkungen auf Psyche und Stressresistenz ganz zu schweigen.

Als wesentlichen Risikofaktor in unserem Kollektiv sehen wir den hohen Anteil unterdurchschnittlicher Fitness und fehlender regelmäßiger körperlicher Aktivität an. Gerade in Phasen hoher beruflicher Belastung besteht offensichtlich eine Tendenz, am ehesten die sportlichen Aktivitäten einzuschränken. Dass dies erhebliche negative Konsequenzen sowohl hinsichtlich des kardiovaskulären Risikos als auch des Stressabbaus und des psychischen Wohlbefindens hat, wird durch neuere Untersuchungen unterstrichen [4]. Deshalb legt PREVENT größten Wert auf das Thema Trainingsberatung und Trainingsplanung, aber auch ganz allgemein auf die Steigerung körperlicher Aktivität im Alltag.

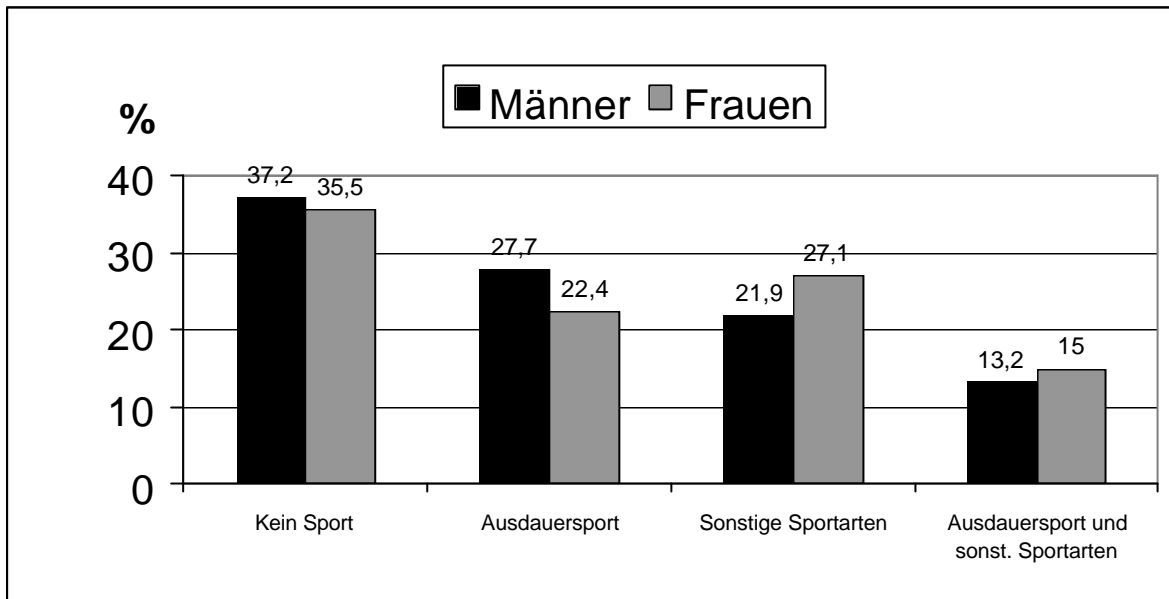
In unserer Studie gaben über ein Drittel der Männer und Frauen an, überhaupt keinen Sport zu treiben, wobei der höchste Wert in der Altersgruppe der Männer von 46-50 Jahren bei 43% lag. Auch in der Gruppe der Männer unter 40 Jahren lag der Anteil der Inaktiven mit 41% relativ hoch.

Tendenziell wurde Ausdauersport mehr von Männern als von Frauen ausgeübt. Nur etwa 13-15% betrieben sowohl Ausdauersport als auch andere Sportarten, wobei sich nach neuesten Ergebnissen gerade in der Kombination optimale Synergieeffekte ergeben würden.

Jeder Teilnehmer der Studie wurde einem Belastungs-Ekg bis zur maximalen Ausbelastung unterzogen. In der Sportmedizin ist es üblich, die Leistung in Watt pro kg Körpergewicht anzugeben. Eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit wird bei 1,5-2,5 Watt/kg bei Frauen und 2,5-3,5 Watt/kg bei Männern angenommen.

Etwa 60% der Männer und 40% der Frauen liegen unter diesen Soll-Werten. Insofern kann man den Fitnesszustand der Führungskräfte als unbefriedigend bezeichnen.

Abb. 11 Angaben zum Sport-Verhalten



Psychosomatische Beschwerden

In der Literatur gibt es kaum verlässliche Daten zu klinisch relevanten, psychischen oder psychovegetativen Störungen von Führungskräften. Häufig wird den Managern generell negativer Stress unterstellt und es werden daraus Störungen abgeleitet. Oft wird auch ein hoher quantitativer Belastungsumfang negativem Stress gleichgesetzt.

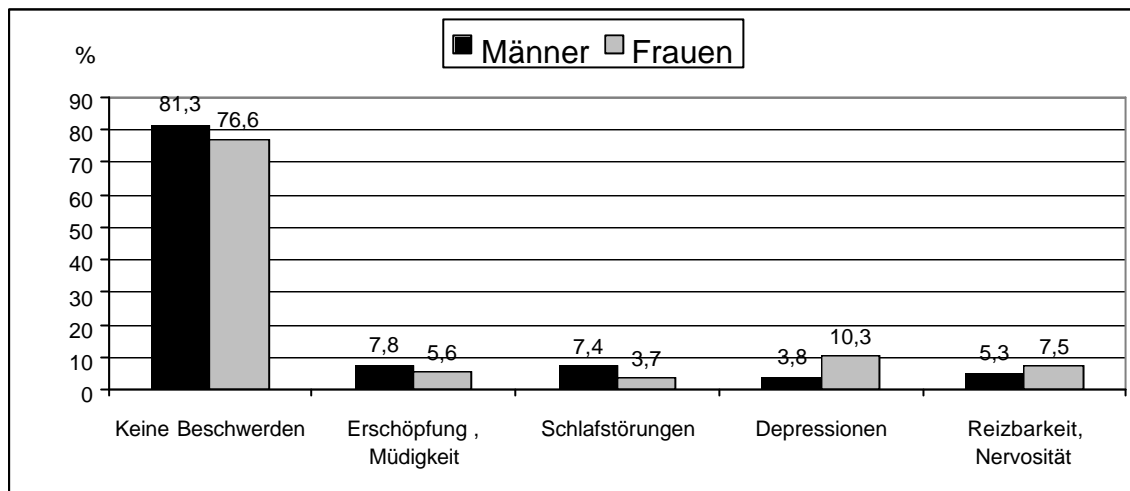
Im Rahmen dieser Studie wurden vier Bereiche psychovegetativer Beschwerden berücksichtigt:

- Schlafstörungen
- Depressionen
- Erschöpfung, Müdigkeit
- Reizbarkeit, Nervosität

81,3% der männlichen und 76,6% der weiblichen Führungskräfte gaben keine relevanten Beschwerden an. 10,3 % aller Frauen klagten über Depressionen. Bei den Männern betrug der Anteil depressiver Verstimmungen 3,2%. Häufiger wurden Erschöpfung und Müdigkeit mit 7,8% sowie Schlafstörungen mit 7,4% angegeben.

Insgesamt klagten also 20-25% über die oben genannten psychovegetativen Beschwerden. Auch in der Allgemeinbevölkerung geht man von ca. 25% klinisch relevanten, psychovegetativen Störungen aus, was sich gut mit den vorliegenden Zahlen deckt.

Abb.12 Psychosomatische Beschwerden (Mehrfachnennungen möglich)



Schlußfolgerungen

Zusammenfassend kann das Risikoprofil der Führungskräfte nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zwar relativ günstiger eingeschätzt werden. Dennoch bieten gerade die Risikofaktoren Bewegungsmangel und Erhöhung der Cholesterinwerte Ansatzpunkte zur gezielten Gesundheitsförderung und Prävention.

Unter unseren Probanden war das Risikoprofil in der Altersgruppe der 46-50-jährigen Männer am ungünstigsten, wobei sich hier möglicherweise die besonders hohe berufliche Belastung dieser Altersgruppe auswirkt. Bereits vor diesem Lebensabschnitt sollten deshalb Unternehmen ihren Führungskräften gezielte präventivmedizinische Untersuchungen (Check-ups) und Beratungen zu Lebensstil, Ernährung und Sport ermöglichen.

Unser besonderer Dank gilt Herrn Dipl. Psych. Andreas Ihrig vom Institut für Arbeits- und Sozialmedizin Uniklinikum Heidelberg (Direktor: Prof.Dr.med.Dipl.-Chem.G.Triebig) für die statistische Auswertung.

Literatur

- 1 Gesundheitsbericht für Deutschland 1998; Kapitel 4.4: Konsum von Tabak. Kapitel 4.5: Konsum von Alkohol. <http://www.gbe.de> (08/2000)
- 2 *Hansson L et al.*: Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* (1998) 351: 1755-1762
- 3 *Helmert, U., Borgers, D.*: Rauchen und Beruf. Eine Analyse von 100 000 Befragten des Mikrozensus 1995. *Bundesgesundheitsblatt* 3/98; S. 102-107
- 4 *Helmert, U et al.*: Moderate and vigorous leisure-time physical activity and cardiovascular risk factors in west Germany, *Int.J.Epidemiol.*23 (1994) 2: 285-292

- 5 *Kentner, M., Ciré, L., Scholl, J.:* Psychosocial and clinical risk factor profiles in managers, *Int. Arch. Occup. Environ. Health* (2000) 73 (Suppl.): 33-40
- 6 *Kentner, M., Ciré L., Scholl, J.:* Psychosoziale und klinische Risikofaktorenprofile bei Managern. In: B. Badura et al.(Hrsg.) *Fehlzeitenreport 1999*. Springer, Berlin 2000.
- 7 *Paffenbarger, RS et al.:* The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl. J Med.* (1993) 328: 538-545
- 8 *Pfeiffer, W.:* Stellenwert körperlicher Aktivität und Sport im Rahmen der Prävention. *Ihre Gesundheit* (1995) 1: 1-3
- 9 *Sharma, A.M. et al.,* Hypertonie bei Adipositas: Epidemiologie, Pathophysiologie und Behandlungsansätze. *Dtsch.med.Wschr.* 124 (1999), 1337-1341
- 10 *Scholl, J.:* Auswirkungen des geringen bis moderaten Weinkonsums auf die Gesundheit - neuere epidemiologische und pathophysiologische Erkenntnisse. *Allgemeinarzt* (2000) *im Druck*
- 11 *Shepherd, J. et al.:* Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* (1995) 333; 1301-1307
- 12 *Thefeld, W.:* Verbreitung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen in der Bevölkerung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* (2000) 43: 415-423
- 13 *Thun, M.J. et al.:* Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *N Engl J Med* 337 (1997), 1705-1714

Korrespondenz an:

Dr.med.Wolfram Pfeiffer
Abteilung für präventive Diagnostik
PREVENT- IAS Stiftung
Steinhäuserstrasse 19
76135 Karlsruhe
Tel.: 0721-8204218
Fax: 0721-8204420
Mailto: prevent@ias-stiftung.de
www.prevent.de