

Restriktives Essverhalten bei Frauen in Führungspositionen

Ein gesundheitlicher Risikofaktor?

L. Habermann-Horstmeier

(eingegangen am 28.12.2006, angenommen am 14.03.2007)

Abstract/Zusammenfassung

Is restrained eating a risk factor in women executives?

Aim: For overweight women it is not easy to stand in professional life. They are considered as less efficient. If you look at a "typical business woman", you obviously expect her to be a slim and within limits also attractive person. But is that true? Are women executives more slim than other women? And if yes, how do they achieve this goal?

Method: We wanted to find out the answers to these questions by a questionnaire carried out by us and sent by e-mail in 2006 to 300 women in leading positions (top management and middle management) in Germany. The questionnaire contained a mix of open and closed questions. The subject of eight of the 50 questions was nutrition and health.

Results: We found an average body mass index in low normal range. The group of underweight women was nearly twice as large as it is in average German female population. Additional questions showed that many of these female executives achieve this goal through restrained eating.

Conclusions: A slim and well-styled body shows: I am successful, I am perfect. I am managing my life as successful as my career. In order to keep such a slim body in our affluent society over a long time, eating behaviour permanently must be geared to loose weight

or to avoid weight gain. In this context cognitive control of eating behaviour is of prime importance as well as ignoring physiological hunger signals and psychological appetite signals. But such kind of eating behaviour may lead to an impaired eating which is a risk factor for developing an eating disorder.

Keywords: women executives – nutrition – body-mass-index (BMI) – restrained eating

Restriktives Essverhalten bei Frauen in Führungspositionen – ein gesundheitlicher Risikofaktor?

Ziel: Übergewichtige Frauen haben es im Berufsleben deutlich schwerer. Sie gelten als weniger leistungsfähig. Die Medien vermitteln den Eindruck, dass die erfolgreiche „typische Business-Frau“ sehr schlank und in gewissen Grenzen auch attraktiv sein muss. Doch ist dies auch in Wirklichkeit so? Sind Frauen in Führungspositionen schlanker als andere Frauen und wenn ja, wie erreichen sie dieses Ziel?

Kollektiv und Methode: Dies anhand eines von uns entwickelten und per E-Mail verschickten Fragebogens heraus zu finden, war eines der Ziele unserer 2006 durchgeführten empirischen Studie an 300 Frauen aus dem Mittel- und Top-Management deutscher Unternehmen. Der Fragebogen bestand aus einem Mix aus offenen und geschlossenen

Fragen. Acht der 50 Fragen beschäftigten sich mit dem Bereich Ernährung und Gesundheit.

Ergebnisse: Wir fanden einen DurchschnittsbMI im unteren Normalbereich mit einem im Vergleich zum Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung fast doppelt so hohen Anteil an untergewichtigen Frauen. Zusätzliche Fragen zum Essverhalten der Probandinnen zeigten bei einem Teil der Frauen Hinweise auf sehr restriktives Essverhalten (restrained eating).

Schlussfolgerungen: Ein schlanker Körper signalisiert Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit. Er macht deutlich, dass seine Besitzerin ihr Leben genauso erfolgreich managt wie ihren Beruf. Doch um einen solchen schlanken Körper in unserer Überflussgesellschaft über Jahre hin zu behalten, bedarf es erheblicher Anstrengung. Das Essverhalten muss dauerhaft auf Gewichtsabnahme oder auf die Vermeidung von Gewichtszunahme ausgerichtet sein. Eine große Rolle spielt hierbei die kognitive Kontrolle des Essverhaltens sowie die Übersteuerung physiologischer Hunger- und psychologischer Appetenzsignale. „Restrained eating“ kann zu einem gestörten Essverhalten führen und gilt als Risikofaktor für Entwicklung einer Essstörung.

Schlüsselwörter: Frauen in Führungspositionen – Ernährung – Body-Mass-Index (BMI) – restriktives Essen

Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.42 (2007) 326–337

► Einleitung

In einer Gesellschaft, in der fast jede(r) Zweite übergewichtig ist (Statistisches Bundesamt 2005), steht Schlanksein immer mehr für Erfolg und Leistungswillen. Ein Paradox? Wir wissen, welchen Stellenwert

Schlankheit besonders für junge Frauen und Mädchen hat. Schlankheit wird gleichgesetzt mit Jugend, Schönheit und Attraktivität. Aber Schlanksein bedeutet oft auch Kompetenz und Anerkennung. Frauenzeitschriften veröffentlichen regelmäßig Tipps zur „schlanken“ Ernährung.

Immer neue Diäten werden propagiert. Die Pharmaindustrie bietet Appetitzügler an. Fettabsaugen und andere operative Maßnahmen sind für viele schon zur Selbstverständlichkeit geworden. Und das alles, um dem idealen, schlanken Körper möglichst nahe zu kommen. Untersuchungen aus den

USA zeigen, dass übergewichtige Frauen im Berufsleben deutlich gehandicapt sind. Sie finden oftmals überhaupt keine Stelle bzw. verdienen bei gleicher Qualifikation und Stellung weniger als schlanke Frauen (Frieze et al. 1991; Cawley 2000). In unserer Gesellschaft gelten übergewichtige Menschen oft als weniger leistungsfähig, weniger belastbar. Es überrascht nicht, dass übergewichtige Menschen meist auch weniger selbstbewusst auftreten und dadurch im Berufsleben schlechtere Chancen haben.

Müssen Frauen, die erfolgreich sein wollen, schlank sein, um in entsprechende Positionen zu kommen? Schaut man sich die „typische Business-Frau“ an, dann ist diese selbstverständlich schlank und in gewissen Grenzen auch attraktiv. U. Renz (2006) zieht hier eine Verbindung zum protestantischen Leistungsethos. Ein schlanker, durchgestylter Körper zeigt: Ich bin erfolgreich, bin perfekt. Ich genieße nicht, ich arbeite an mir – ich esse kontrolliert. Ich manage mein Leben genauso erfolgreich wie meinen Beruf. Um einen solchen schlanken Körper in unserer Überflussgesellschaft über Jahre hin zu behalten, ist das Essverhalten bei vielen Frauen dauerhaft auf Gewichtsabnahme oder Vermeidung von Gewichtszunahme ausgerichtet. Herman führte in diesem Zusammenhang in der 1970er Jahren den Begriff des gezügelten Essens („restrained eating“) in die Literatur ein. Er bezeichnete so alle Bemühungen, die Nahrungsaufnahme bewusst einzuschränken (Herman u. Mack 1975). Westenhöfer und Pudiel (1991) erweiterten später diese Definition. Sie verstehen unter gezügeltem Essverhalten ein zeitlich relativ überdauerndes Muster der Nahrungsaufnahme, das gekennzeichnet ist durch eine kognitive Kontrolle und Übersteuerung physiologischer Hunger- und psychologischer Appetenzsignale und das auf eine geringe Kalorienzufuhr zum Zweck der Gewichtsreduktion und/oder Gewichtskonstanz zielt (s. auch Westenhöfer 1991).

Doch gehören Diäten und kontrolliertes Essen nicht mittlerweile schon fast zum Alltag in unserer modernen Gesellschaft? Und sind solche Verhaltensweisen nicht in allen Bevölkerungsschichten verbreitet? Was gibt es in diesem Zusammenhang für Besonderheiten im Ernährungsverhalten weiblicher Führungskräfte? Und nicht zuletzt – wo liegt hier eigentlich das Problem? Ist es in einer Welt der Übergewichtigen mit allen negativen gesundheitlichen Folgen nicht erstrebenswert, dünn zu sein? Schlanke werden in unserer Gesellschaft eher bewundert und beneidet. Gesundheitliche Risiken werden vorwiegend bei

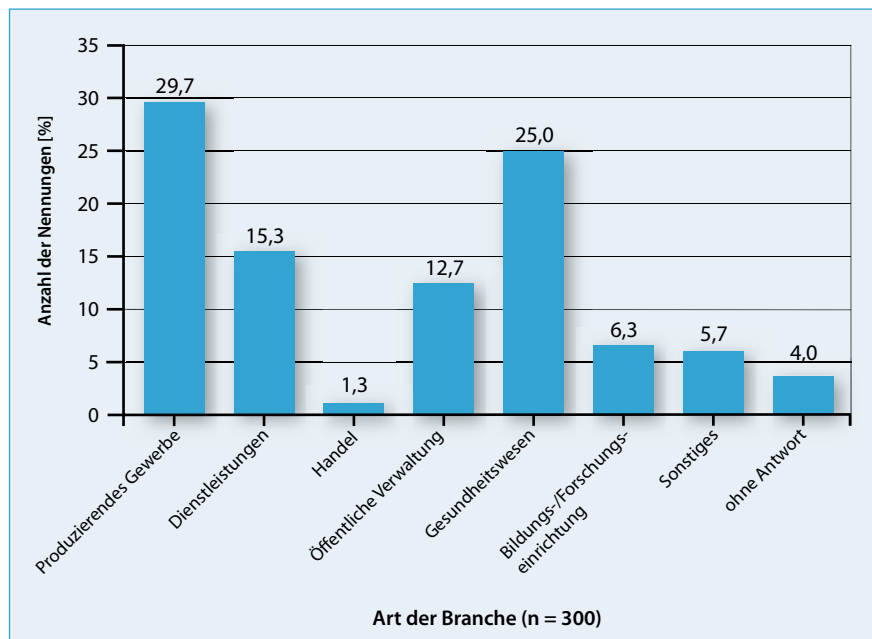


Abb. 1: Branchenzugehörigkeit der Probandinnen
Fig. 1: Branch affiliation of the participants

den Übergewichtigen und nicht bei den Dünnen gesehen. Um Antworten auf einige dieser Fragen zu finden, haben wir weibliche Führungskräfte nicht nur nach ihrer Größe und ihrem Gewicht gefragt, sondern ihnen auch einige Fragen zu ihrem Essverhalten gestellt.

► **Probanden und Methoden**

Wir führte 2006 in Kooperation mit der Hochschule Furtwangen, Fakultät Internationale Betriebswirtschaft, eine empirische Studie zum Thema „Karrierehindernisse für Frauen in Führungspositionen“ durch, in deren Rahmen sich auch ein Abschnitt mit möglichen Zusammenhängen von Ernährung/Gesundheit einerseits und Beruf/Karriere andererseits beschäftigte. Als Frauen in Führungspositionen definierten wir in Anlehnung an das Gabler Wirtschaftslexikon (2005) solche im Bereich des Top-Managements und des Mittel-Managements. Die Kontakte zu den möglichen Probandinnen wurden per E-Mail über Frauennetzwerke und (Frauen-)Verbände sowie über Firmen, Verwaltungseinrichtungen, Kliniken und Universitäten hergestellt. Insgesamt erhielten wir von 300 Frauen in Führungspositionen den von uns entwickelten und per E-Mail verschickten Fragebogen ausgefüllt zurück. Er bestand aus einem Mix aus offenen und geschlossenen Fragen. Acht der 50 Fragen beschäftigten sich mit dem Bereich Ernährung und

Gesundheit. Erstellt wurde der Fragebogen im Word-Format, sodass er problemlos am PC ausgefüllt und wieder zurück gemailt werden konnte. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit Hilfe eines üblichen Statistik-Programms zur Fragebogenauswertung.

Erwartungsgemäß waren nur etwa 15% der Frauen zwischen 25 und 35 Jahre alt. Mehr als die Hälfte der Probandinnen gaben ein Alter zwischen 36 und 45 Jahren an, etwa ein Drittel der Frauen war über 46 Jahre alt (Tabelle 1).

Die Probandinnen arbeiteten überwiegend in den Bereichen Industrie, Gesundheitswesen – hierzu zählten sich auch viele Führungskräfte aus dem Bereich der Pharmaindustrie –, öffentliche Verwaltung und Dienstleistungen (Abb. 1).

60% der teilnehmenden Frauen waren in einem Großunternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern oder einem Jahresumsatz von mehr als 50 Mio. Euro tätig (Tabelle 2).

Tabelle 1: Alter der Probandinnen
Table 1: Age of participants

Alter	Anzahl	Prozentsatz
25–35 Jahre	44	14,7%
36–45 Jahre	161	53,7%
46–55 Jahre	76	25,3%
56–65 Jahre	19	6,3%
Summe	300	100,0%

Tabelle 2: Größe des Unternehmens, in dem die Probandinnen tätig waren

Table 2: Bigness of the enterprises of our participants

Unternehmensgröße	Anzahl	Prozentsatz
Großunternehmen (> 500 Mitarbeiter bzw. > 50 Mio. € Jahresumsatz)	180	60,0
Mittelunternehmen (10–499 Mitarbeiter bzw. < 50 Mio. € Jahresumsatz, aber > 1 Mio. € Jahresumsatz)	60	20,0
Kleinunternehmen (< 10 Mitarbeiter bzw. < 1 Mio. € Jahresumsatz)	14	4,7
Größe nicht relevant, da kein Wirtschaftsunternehmen	44	14,7
ohne Antwort	2	0,6
Summe	300	100,0

Tabelle 3: Vergleich der Durchschnittsgrößen der Probandinnen mit dem Durchschnitt der Frauen in Deutschland

Table 3: Average height of our participants compared with the average height of German women

Altersgruppen [Jahre]	Probandinnen [cm]	Durchschnitt der Frauen in Deutschland (nach Mikrozensus 2005) [cm]
25–35	170,2	167,5
36–45	169,6	166,5
46–55	167,0	165,5
56–65	167,3	164,5

Die Probandinnen waren überdurchschnittlich gut qualifiziert. Nur 4,7% verfügten über eine rein betriebliche Ausbildung, etwas mehr als 1/6 hatten einen Fachhochschulabschluss. Etwa 70% der Frauen in Führungspositionen hatten ihre Ausbildung an einer Universität abgeschlossen, von ihnen war ein großer Teil promoviert (insgesamt 27,7%) bzw. habilitiert (insgesamt 6,7%; Abb.2).

► **Resultate**

Im letzten Abschnitt unseres Fragebogens fragten wir die teilnehmenden Frauen nach ihrer Größe und ihrem Gewicht, nach Ernährungsgewohnheiten (im beruflichen/privaten Bereich), nach möglichen Gewichtsproblemen sowie danach, welche Verbindung sie persönlich zwischen „Karriere“ einerseits und „Ernährung und Gesundheit“ andererseits sehen.

Größe, Gewicht und Body-Mass-Index

Größe der Probandinnen. Insgesamt nannten uns 296 der 300 teilnehmenden Frauen ihre Größe (Abb. 3). Nach diesen Angaben

waren sie durchschnittlich 168,94 cm groß (STAB 5,95 cm, Median 169 cm). 50% der Frauen waren zwischen 165 cm (1. Quartil) und 172 cm (3. Quartil) groß, 80% zwischen 160 cm (d. h. nur 10% waren kleiner) und 177 cm (d. h. 90% waren kleiner). Der hier errechnete Durchschnittswert lag damit knapp 3 cm über dem mit 166 cm im Rahmen der Mikrozensusuntersuchung des Statistischen Bundesamtes Deutschland (2005) für die Altersgruppen zwischen 25 und 65 Jahren festgestellten Gesamtdurchschnitt der weiblichen Bevölkerung. Vergleicht man die Durchschnittsgröße in den vier von uns festgelegten Altersgruppen, wird deutlich, dass dies in allen Altersgruppen der Fall ist (Tabelle 3).

Gewicht der Probandinnen.

295 der 300 Probandinnen nannten uns ihr derzeitiges Gewicht (Abb. 4). Im Durchschnitt wogen die Frauen 64,79 kg (STAB 9,86 kg, Median 63 kg). 50% der Frauen gaben ein Gewicht zwischen 58 kg (1. Quartil) und 70 kg (3. Quartil) an, 80% wogen zwischen 54 kg und 77 kg. Der hier

errechnete Durchschnittswert lag damit knapp 3 kg unter dem mit 67,63 kg im Rahmen der Mikrozensusuntersuchung des Statistischen Bundesamtes Deutschland (Mikrozensus, 2005) für die Altersgruppen zwischen 25 und 65 Jahren festgestellten Gesamtdurchschnitt der weiblichen Bevölkerung.

Nach Angaben von Aubele, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2006), haben frühere statistische Umfragen gezeigt, dass das Körpergewicht sowohl von Frauen als auch von Männern dabei systematisch um etwa 2 kg unterschätzt, die Größe hingegen um 0,3–3 cm überschätzt wird. Da die Werte dieser Studie jedoch ebenso wie die der Mikrozensus-Erfassung nicht direkt empirisch erhoben, sondern von den Probanden erfragt worden sind, ist ein Vergleich der angegebenen Durchschnittswerte möglich.

BMI der Probandinnen. Aussagekräftiger als die alleinige Angabe von Größe und Gewicht der Probandinnen ist der Body-Mass-Index (BMI), definiert als Quotient aus Körpergewicht und quadrierter Körpergröße, mit dessen Hilfe Menschen mit Unter- bzw. Übergewicht erfasst werden können. Er ermöglicht aufgrund seiner Korrelation zum Körperfettanteil eine grobe Einschätzung der Körperzusammensetzung, vor allem in den Extreimbereichen und dient damit der Abschätzung gewichtsbedingter Gesundheitsrisiken. Allerdings liefert er keine genaue Information über die Körperzusammensetzung bzw. Körperfettverteilung, insbesondere bei alten Menschen mit den

9,86 kg, Median 63 kg). 50% der Frauen gaben ein Gewicht zwischen 58 kg (1. Quartil) und 70 kg (3. Quartil) an, 80% wogen zwischen 54 kg und 77 kg. Der hier

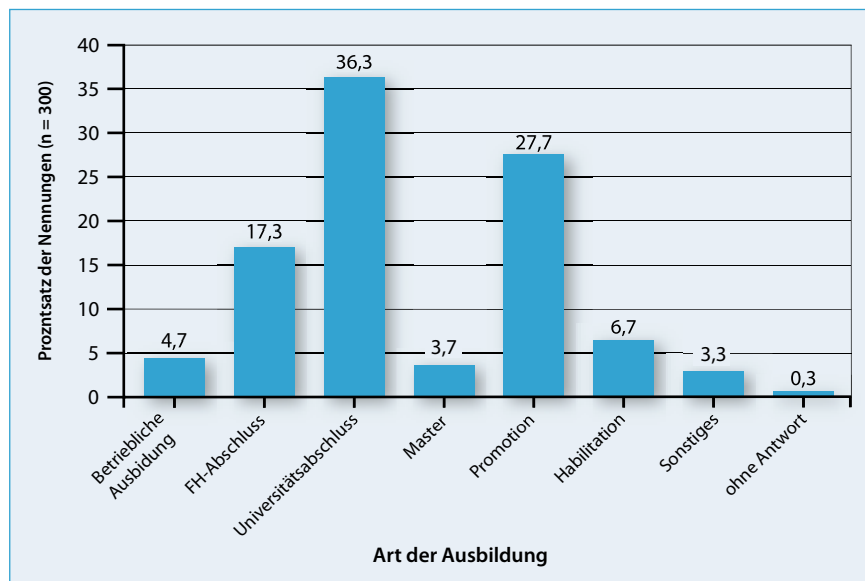


Abb. 2: Höchster Ausbildungsabschluss der Probandinnen

Fig. 2: Highest certificate, the participants reached

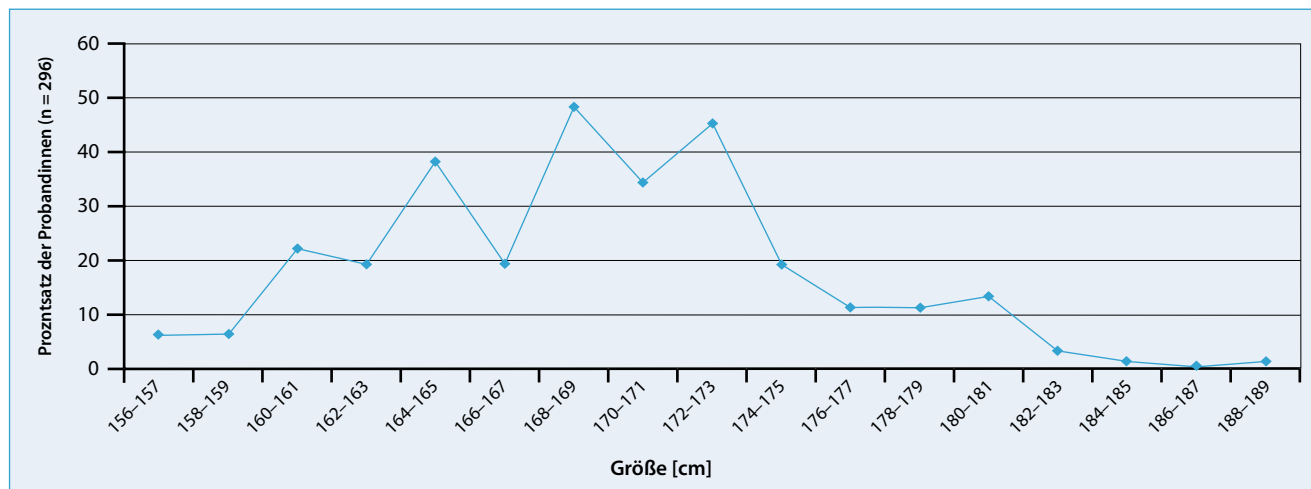


Abb. 3: Größe der Probandinnen

Fig. 3: Height of participants

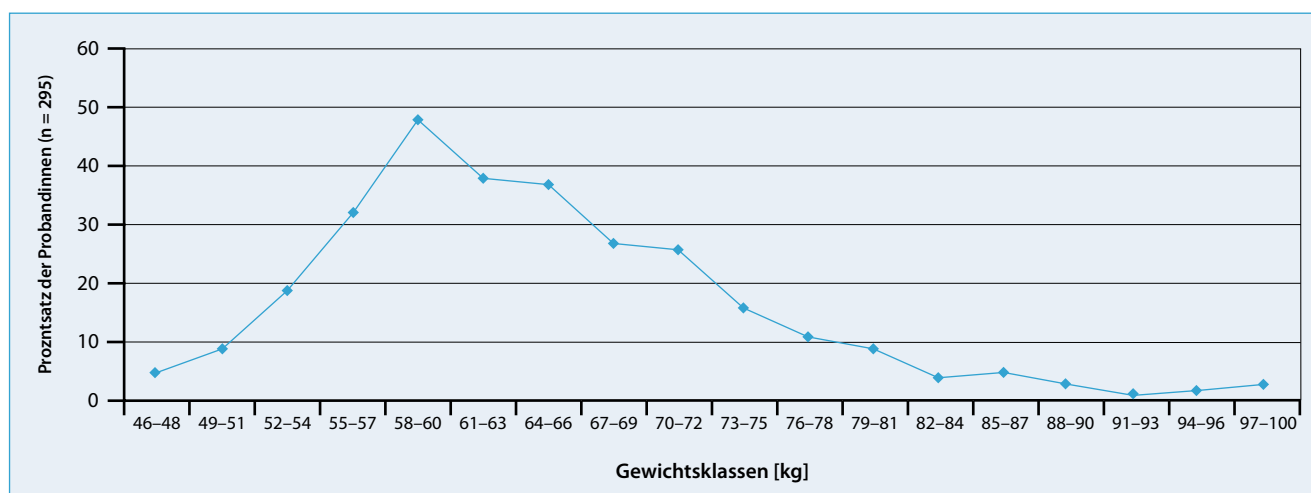


Abb. 4: Gewicht der Probandinnen

Fig. 4: Weight of participants

verschiedensten Altersveränderungen sowie häufigen Störungen im Wasserhaushalt (Volkert 2006).

Berechnung des Body-Mass-Index (BMI):

$$\frac{\text{Körpergewicht [kg]}}{\text{Körpergröße}^2 [\text{m}^2]} = \text{BMI [kg/m}^2\text{]}$$

Die 1998 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegte Gewichtsklassifikation für Erwachsene anhand des BMI unterscheidet zwischen Untergewicht (BMI < 18,5 kg/m²), Normalgewicht (18,5–24,9 kg/m²), Präadipositas (BMI 25–29,9 kg/m²), Adipositas Grad I (BMI 30–34,9 kg/m²), Adipositas Grad II (BMI 35–39,9 kg/m²) und Adipositas Grad III (BMI ≥ 40 kg/m²). Einschränkend muss dazu allerdings festgehalten werden, dass

diese Einteilung weder Alter noch Geschlecht der Probanden berücksichtigt und von einem durchschnittlichen Körperbau ausgeht. Besonders bei Männern mit einem sehr hohen Anteil an Muskelmasse und bei sehr kleinen bzw. sehr großen Menschen sind die sich ergebenden Werte daher nur bedingt verwertbar. Die BMI-Kategorien werden üblicherweise auch zur Beurteilung von Untergewicht eingesetzt, wobei die WHO bei einem BMI < 18,5 kg/m² von Untergewicht spricht. Eines der Diagnosekriterien der Anorexia nervosa ist laut ICD-10 ein BMI ≤ 17,5 kg/m².

Aus Größe und Gewicht der an unserer Studie teilnehmenden Frauen wurde jeweils der Body-Mass-Index bestimmt. Der BMI-Mittelwert der Probandinnen lag bei 22,2 kg/m² (STAB 3,4 kg/m², Median 22 kg/m²). 50% der Frauen hatten

einen BMI zwischen 20 kg/m² (1. Quartil) und 23 kg/m² (3. Quartil). 80% der BMI-Werte lagen zwischen 19 kg/m² und 26 kg/m². Abbildung 5 zeigt die Verteilung der BMI-Werte der 295 Probandinnen mit einem steilen Peak bei 20,0 bis 21,5 kg/m² und einem kleineren Peak bei 23,0 bis 24,5 kg/m². Der überwiegende Teil (73,2%) der BMI-Werte der Probandinnen liegt im Bereich des von der WHO definierten Normalgewichts, hier besonders im unteren Bereich des Normalgewichts. 7,5% der Frauen haben BMI-Wert im Bereich des Untergewichts. Unterscheidet man noch weiter zwischen leichtem (BMI < 18,5 kg/m²) und starkem Untergewicht (BMI ≤ 17,5 kg/m², s. Diagnosekriterium Anorexia nervosa), gehören 5,1% der Frauen in die Kategorie „leichtes Untergewicht“ und 2,4% der Frauen in die Katego-

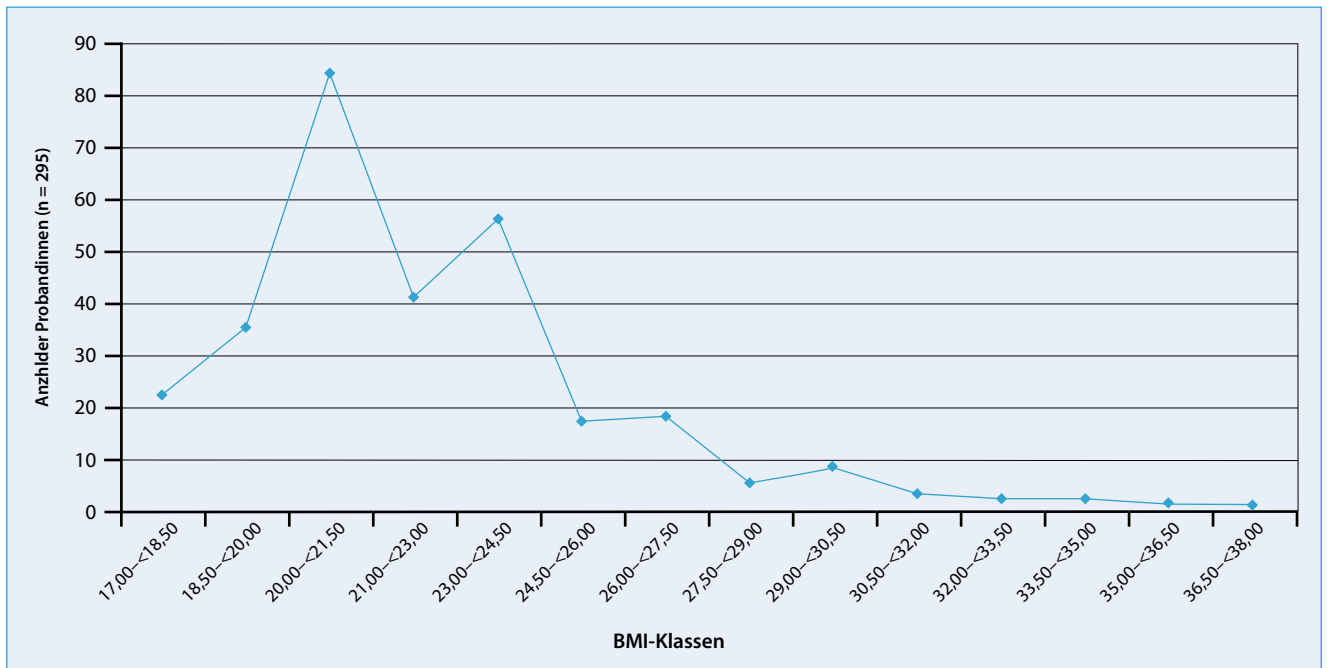


Abb. 5: Body-Mass-Index (BMI) der Probandinnen
 Fig. 5: Participant Body Mass Index (BMI)

Tabelle 4: BMI der Probandinnen, eingeteilt nach den Gewichtsklassen der WHO mit Unterscheidung zwischen leichtem und starkem Untergewicht (n = 295 Probandinnen)

Table 4: Participant BMI, scaled to the WHO weight classes including a discrimination between small and severe underweight (n = 295 participants)

Gewichtsklassen; BMI in kg/m ²	Anzahl der Probandinnen	Prozentsatz der Probandinnen
17,00-17,50	7	2,4%
17,50-18,50	15	5,1%
18,50-25,00	216	73,2%
25,00-30,00	44	14,9%
30,00-35,00	11	3,7%
35,00-40,00	2	0,7%

rie „starkes Untergewicht“ (Tabelle 5). Vergleicht man nun die BMI-Werte der Probandinnen mit den Durchschnitts-BMI-Werten der weiblichen Bevölkerung in Deutschland im Alter zwischen 25 und 65 Jahren (Aubele 2006), ergibt sich folgendes Bild: Annähernd drei Viertel der weiblichen Führungskräfte war nach der WHO-Definition normalgewichtig, im Gegensatz zu nur 56% der weiblichen Bevölkerung in Deutschland. Der Anteil an untergewichti-

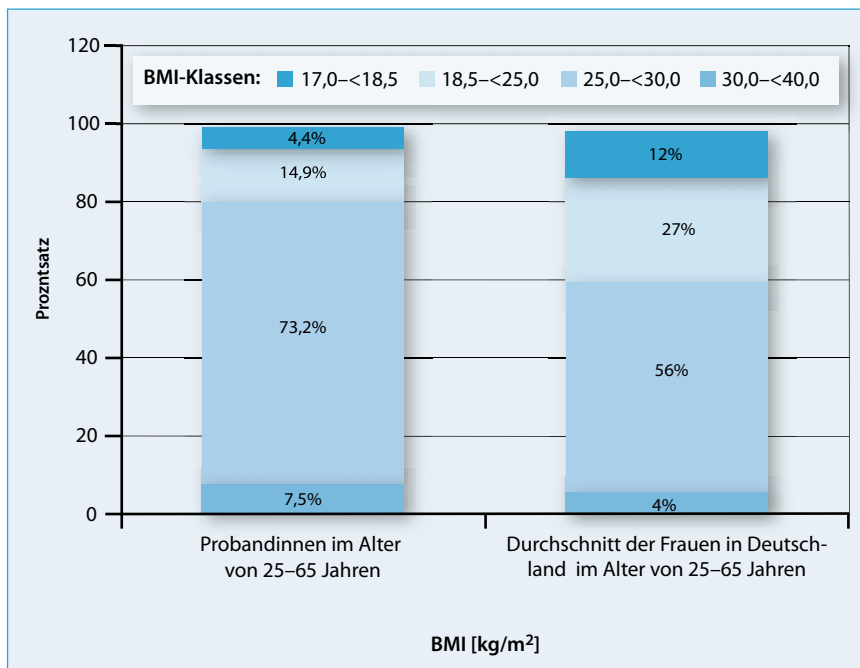
gen Frauen war in der Gruppe der Probandinnen mit 7,5% wesentlich höher als bei dem Gesamtdurchschnitt der Frauen in Deutschland (4%). Auch in den Übergewichtskategorien zeigten sich deutliche Unterschiede. Hier lagen die Werte der weiblichen Führungskräfte in allen Gruppen deutlich niedriger als bei der weiblichen Gesamtbevölkerung in Deutschland (Abb. 6).

Überraschenderweise lag der Anteil der untergewichtigen Frauen nicht nur bei den jungen Frauen sondern in allen Altersgruppen bei den weiblichen Führungskräften annähernd oder sogar mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung. Auch beim Vergleich der übergewichtigen Frauen ist erkennbar, dass

Tabelle 5: Der BMI der Probandinnen im Vergleich zum durchschnittlichen BMI der weiblichen Bevölkerung in Deutschland (berechnet nach Mikrozensusbefragung 2005), untergliedert in Altersstufen

Table 5: Participant BMI compared to average BMI of German women (calculated on the Mikrozensus survey 2005), scaled in age classes

BMI-Kategorien	25-35 Jahre		36-45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre	
	Probandinnen [%]	Frauen in Deutschland [%]	Probandinnen [%]	Frauen in Deutschland [%]	Probandinnen [%]	Frauen in Deutschland [%]	Probandinnen [%]	Frauen in Deutschland [%]
17,00-18,50	11,4	6,0	7,6	3,5	5,3	2,5	5,3	2,0
18,50-25,00	77,3	69,0	75,2	64,0	74,7	53,5	42,1	44,5
25,00-30,00	11,4	18,0	14,0	22,5	10,7	29,5	47,4	36,5
30,00-40,00	0,0	7,0	3,2	9,5	9,3	14,5	5,3	18,0



Hälfte (54,3%) der Probandinnen an, es sei in etwa konstant geblieben. Insgesamt 31% sagten, sie hätten zugenommen (bis 5 kg: 14,3%, 5-10 kg: 10,7%, mehr als 10 kg: 6,0%). 5,4% der Frauen gaben an, sie hätten abgenommen (bis 5 kg: 3,0%, 5-10 kg: 1,7%, mehr als 10 kg: 0,7%). Bei insgesamt 8% der Probandinnen schwankte das Gewicht stärker, sie hatten in größerem Maße sowohl zu- als auch abgenommen. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die meisten dieser Frauen (fast 80%) mit einem BMI zwischen 18,5 und 24,5 kg/m² im Bereich des Normalgewichts lagen. Annähernd die Hälfte hiervon lag sogar im Bereich des unteren Normalgewichts (BMI 18,5-21,5 kg/m²). Auffällig ist auch in der Gruppe der untergewichtigen Frauen (BMI < 18,5 kg/m²), dass 90% dieser Probandinnen angaben, ihr Gewicht sei konstant geblieben. Nur 2 Frauen sagten, sie hätten seit Beginn ihrer Führungstätigkeit bis 5 kg bzw. 5-10 kg abgenommen.

Auf die Frage nach den Gründen für ihre Gewichtsveränderung antworteten erstaunlicherweise nur 41,7% der befragten Frauen, dass sie kein Problem damit hätten, ihr Gewicht zu halten. Viele gaben hier gleich eine ganze Reihe von Gründen an, weshalb sich ihr Gewicht verändert habe. Am häufigsten genannt wurde, dass keine Zeit oder Energie für ausreichende Bewegung und sportliche Betätigung bliebe (40%) und dass Anspannung und Stress durch die Arbeit dafür verantwortlich sei (22%). 18,3% meinten, es liege daran, dass keine Zeit für geregeltes Essen während der Arbeitszeiten bliebe. Ungesundes Essen (zu viel tierisches Fett, zu süß, zu wenig Vitamine und Mineralien, zu kalorienreich) machten 15,3% der Frauen für ihre Gewichtsveränderungen verantwortlich. 15% sahen in Anspannung und Stress durch ihre

Abb. 6: BMI der Probandinnen im Vergleich zum Durchschnitts-BMI der Frauen in Deutschland (nach Mikrozensus 2005)

Fig. 6: Participant BMI compared to average BMI of German women (based on Mikrozensus 2005)

die befragten Führungsfrauen im Durchschnitt sehr viel weniger stark übergewichtig waren als der Durchschnitt der Frauen in Deutschland. Frauen mit Adipositas Grad III fehlten bei den befragten Frauen in Führungspositionen völlig. Erkennbar ist, dass der BMI der weiblichen Führungskräfte mit dem Alter kaum ansteigt – im Gegensatz zur übrigen weiblichen Bevölkerung, wo dies kontinuierlich und in erheblichem Maße der Fall ist.

Erst in der Altersgruppe der 56- bis 65-jährigen Führungskräfte gibt es einen überdurchschnittlichen Anteil an Frauen mit Präadipositas (Tabelle 6). Wegen der mit 19 Personen recht geringen Anzahl an Probandinnen in dieser Gruppe sind diese Werte jedoch von eingeschränkter Aussagekraft.

Karriere – Ernährungsgewohnheiten – Gewicht

Wir befragten die Probandinnen auch nach ihren Ernährungsgewohnheiten. Eine der Fragen lautete, ob es in Zusammenhang mit ihrer Arbeit Situationen gäbe, in denen sie ihrer Meinung nach regelmäßig zu viel oder zu wenig essen. Mehr als ein Fünftel der Probandinnen (20,7%) bejahte, dass sie in machen Situationen regelmäßig zu viel essen, mehr als ein Viertel (26,0%), dass sie in manchen Situationen regelmäßig zu wenig essen. Eine Reihe von Probandinnen gab an, dass beide Möglichkeiten für sie zu-

treffen. Insgesamt meinte etwa ein Drittel der Frauen (31,3%), dass sie während ihrer Arbeitszeiten sehr auf ihre Ernährung achteten, in der Freizeit tun das jedoch mehr als die Hälfte (54,7%) der befragten Frauen. 28,7% sagten, sie achteten während der Arbeit nicht sehr auf ihre Ernährung, für den Bereich Freizeit meinten dies jedoch nur 15,3%. Auffällig ist, dass bei beiden Bereichen viele Frauen sich nicht für eine der Antworten entscheiden konnten (Arbeit: 40% bzw. Freizeit: 30%, Abb. 7).

Auf die Frage „Hat sich Ihr Gewicht seit Beginn ihrer beruflichen Führungstätigkeit verändert?“, gaben mehr als die

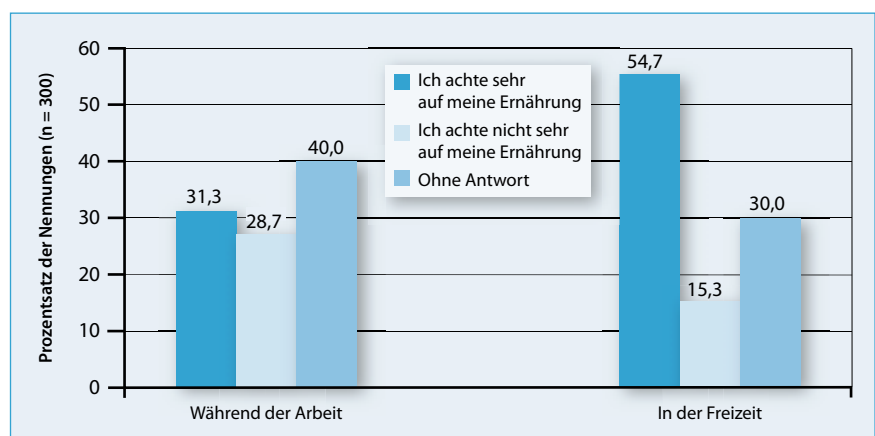


Abb. 7: Achten die Probandinnen während der Arbeit/während der Freizeit auf ihre Ernährung?

Fig. 7: Do our participants pay attention to nutrition during work-time/free time?

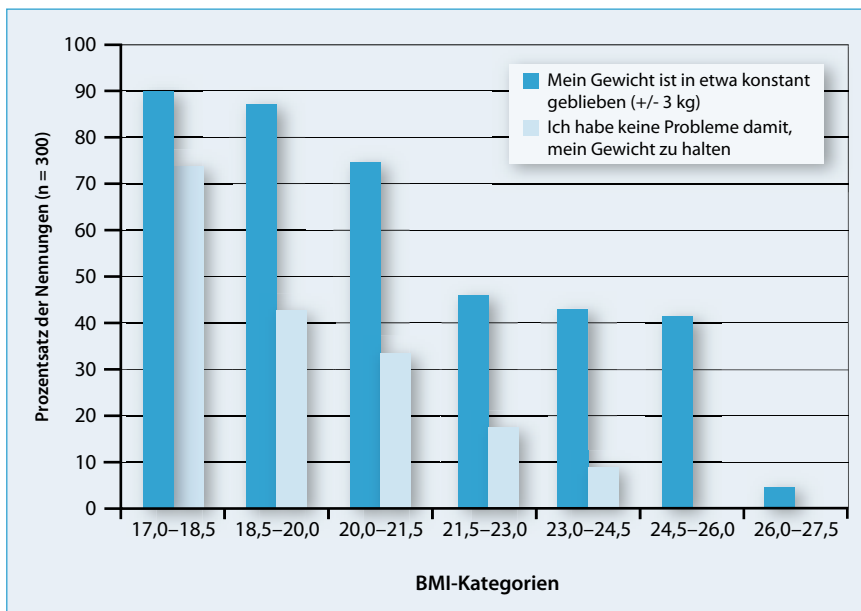


Abb. 8: Vergleich des Prozentsatzes der Probandinnen, die ein konstantes Gewicht angaben mit dem Prozentsatz an Frauen, die sagten, dass sie kein Problem damit haben, ihr Gewicht zu halten (bezogen auf verschiedene BMI-Gruppen)

Fig. 8: Percentage of participants who declare that their weight remained constantly compared to percentage of participants who say that they have no problem to hold their weight (related to BMI groups)

Mehrfachbelastung in Arbeit und Familie den Grund. Weniger Frauen meinten, es läge an häufigen Arbeitsessen (6%), an häufigem Unterwegssein aus betrieblichen Gründen mit Restaurant- oder Kantinenessen bzw. dem Essen ausschließlich von Snacks (9,3%) oder am häufigen Gezwungensein zum Mitessen und Mittrinken bei sozialen/gesellschaftlichen Zusammenkünften (5,7%).

Einen Zusammenhang zwischen ihren Gewichtsveränderungen und familiären (1,3%) bzw. psychischen Problemen (4%) oder Mobbing am Arbeitsplatz (1,3%) sahen nur wenige Probandinnen. Etwas höher war der Anteil an Frauen, die meinten, sie hätten die Anlage dazu (6%) oder sie äßen einfach zu gerne (20,7%). Nur ganz wenige Frauen (1,7%) machten eine Drüsen- oder Stoffwechselstörung für ihre Gewichtsveränderung verantwortlich. Und nur 1% der Probandinnen meinte, dass Essen für sie unwichtig sei.

Vergleicht man nun jeweils den Prozentsatz der Probandinnen, die angaben, ihr Gewicht sei in etwa konstant geblieben, mit dem Prozentsatz an Frauen, die sagten, sie haben keine Probleme damit, ihr Gewicht zu halten, fällt eine Diskrepanz auf, die je nach BMI der Probandin unterschiedlich deutliche ausfällt. Sie beträgt 19% bei den untergewichtigen (BMI < 18,5 kg/m²) und zwischen 46% (BMI 18,5 bis < 20 kg/m²) und 80% (BMI 23 < 24,5 kg/m²) bei den

normalgewichtigen Frauen (Abb. 8). Das bedeutet, dass bis zu 80% der normalgewichtigen Frauen in Führungspositionen zwar Probleme damit haben, ihr Gewicht zu halten, dieses Ziel aber trotzdem erreicht haben.

Die meisten Probandinnen (70,3%) verneinten die Frage, ob sie seit Beginn ihrer beruflichen Führungstätigkeit eine oder mehrere Diät(en) zur Gewichtsreduktion durchgeführt hätten. 10,7% gaben an, sie hätten 1-mal eine solche Diät durchgeführt. 12,3% sagten, sie hätten dies 2- bis 5-mal in dieser Zeit getan. Nur 2% der Probandinnen gaben an, sie hätten mehr als 5 Diäten ausprobiert. 2,7% führten nach eigenen Angaben ständig Diäten durch. Die meisten (34) der Frauen, die schon einmal eine oder mehrere Diät(en) durchgeführt hatten sagten, sie hätten weniger gegessen (sog. FdH) oder gefastet (z. B. Heilfasten, Dr. Buchinger Fasten, Fasten nach F.X. Mayr). 13 Probandinnen hatten das Weight-Watchers-Programm in Anspruch genommen. Andere Frauen versuchten ihr Gewicht mit Hilfe verschiedenster populärer Diäten (von Trennkost bis Shiitake-Pilz-Pulver) zu reduzieren. Fünf Frauen berichteten, sie hätten eine Ernährungsberatung in Anspruch genommen bzw. ihre Ernährung völlig umgestellt. Eine Frau gab an, sie verzichte nun völlig auf Alkohol. Eine andere Probandin nahm den Appetitzügler Reductil® (Sibutramin) ein.

Schaut man sich genauer an, welche Frauen angaben, sie hätten seit Beginn ihrer Führungstätigkeit eine oder mehrere Diät(en) durchgeführt, so waren das vor allem Frauen mit einem BMI im Normalbereich (zwischen 18% der Frauen in der BMI-Kategorie 18,5 bis < 20 kg/m² und 33% der Frauen in der BMI-Kategorie 23 < 24,5 kg/m²). Auch alle in der zahlenmäßig sehr kleinen Gruppe der stark übergewichtigen Frauen (BMI > 30 kg/m²) hatten Diäten durchgeführt, wobei der überwiegende Teil angab, er lebe ständig Diät.

Abschließend stellten wir den Probandinnen die Frage, welche Verbindung ihrer Meinung nach zwischen Karriere einerseits und Ernährung/Gesundheit andererseits besteht. Betrachtet man die frei formulierten Antworten, ergibt sich folgendes Bild: 68 Probandinnen (22,7%) sahen überhaupt keinen Zusammenhang bzw. konnten mit der Frage gar nichts anfangen. 3,3% der Frauen meinten, es sei vom jeweiligen Menschen abhängig, wie er mit seiner Ernährung umgehe. 1,3% meinte, Ernährung/Gesundheit sei für sie kein Problem. 130 Frauen (43,3%) schrieben, dass es bei weiblichen Führungskräften durch Zeitmangel (in Beruf und/oder Familie) sowie durch häufigen Stress zu unregelmäßigem Essen und zu einer ungesunden Ernährung kommt. Viele gaben an, dass dies auch psychische Auswirkungen hätte. Der Prozentsatz entspricht damit fast exakt dem Prozentsatz an Frauen, die angegeben hatten, sie äßen während der Arbeitszeit nur unregelmäßig, meist zwischendurch. Obwohl sportliche Betätigung in der Frage nicht explizit angesprochen worden war, sagten fast 20% der Frauen, wie wichtig Sport in diesem Zusammenhang sei. 7% berichteten, sie würden regelmäßig Sport treiben, 12,3% bedauerten, dass die Arbeit ihnen keine Zeit für Sport ließe. Schon im Zusammenhang mit den Gründen von Gewichtsveränderungen hatten 40% der Probandinnen angekreuzt, dass ihnen keine Zeit oder Energie für ausreichende Bewegung und sportliche Betätigung bliebe. Einige Frauen (8%) hielten eine gute Balance zwischen Körper, Geist und den Anforderungen in Beruf und Familie für eine wichtige Voraussetzung, um Karriere machen zu können. Immer wieder kam hier auch der Satz „Mens sana in corpore sano.“ Verknüpft wurde das oft mit der Aussage, man müsse lernen, Prioritäten zu setzen. Ähnliches meinten etwa 6% der Frauen, wenn sie sagten, es sei alles eine Frage der Organisation – wie im Beruf könne auch Ernährung und Gesundheit „gemanagt“ werden. Von dieser Aussage ist es nicht

weit zum disziplinierten/kontrollierten Essen, das von 6% der befragten Frauen explizit propagiert wurde. Insgesamt sind es also mindestens 12% der Frauen in Führungspositionen, für die Ernährung etwas mit Organisation, Disziplin und Kontrolle zu tun hat. Ein anderer Aspekt der in diesem Zusammenhang dann genannt wurde, war die Verbindung zwischen Ernährung, Gewicht, gutem Aussehen und erfolgreicher Karriere. 4,7% der befragten Frauen führten dies an.

► Diskussion

Attraktive – und das heißt in der Regel auch: schlanke – Bewerber werden bei ihrem Einstieg ins Berufsleben bevorzugt und kommen auch später schneller auf der Karriereleiter voran. (Frieze et al. 1991). „Ein sportlicher Körper suggeriert Vitalität, Leistungskraft und Erfolg. Das lässt die Vermutung zu, dass man auch im Berufsleben vital, leistungsstark und erfolgreich ist.“, so drückte eine unserer Probandinnen diesen Zusammenhang aus. Den Schanken und Schönen wird mehr zugetraut – doch diese verfügen andererseits auch über ein höheres Selbstvertrauen und bessere kommunikative Fähigkeiten, die ihnen z. B. bei ihren Gehaltsverhandlungen von Nutzen sein können (Hamermesh u. Biddle 1994; Mobius u. Rosenblatt 2006).

Der Durchschnitts-BMI der von uns befragten Frauen in Führungspositionen liegt im unteren Normalbereich. Auf den ersten Blick eine sehr erfreuliche Tatsache. Allerdings fällt bei genauerem Betrachten der BMI-Werte auf, dass der Anteil an untergewichtigen Frauen mit 7,5% fast doppelt so hoch ist wie im Bevölkerungsdurchschnitt. 2,4% der Probandinnen hatten sogar einen BMI-Wert von unter 17,5 kg/m² und erfüllten damit eines der Diagnosekriterien der Anorexia nervosa. Dieser Trend zum Untergewicht wird noch deutlicher, wenn man einen Altersbezug herstellt. Zwar sinkt – wie im Bevölkerungsdurchschnitt – auch bei unseren Probandinnen der Prozentsatz an untergewichtigen Frauen mit zunehmendem Alter kontinuierlich, jedoch auf einem wesentlich höheren Niveau. Die Gruppe der Frauen mit einem BMI < 18,5 kg/m² ist bei den 25- bis 35-Jährigen mit 11,4% extrem hoch. Über alle Altersgruppen hinweg bleibt der Anteil an Untergewichtigen etwa doppelt so hoch wie im Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung.

Ähnliches zeigt auch der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey von 2000/2001.

Der durchschnittliche BMI der befragten Wiener Frauen steigt zwar von 21,40 kg/m² in der Gruppe der 16- bis 24-Jährigen auf 26,41 kg/m² in der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen an. Je höher die Bildung der untersuchten Frauen, desto seltener treten jedoch Übergewicht und Fettleibigkeit. Dies trifft insbesondere auf die Gruppe der Frauen in Führungspositionen zu. Der durchschnittliche BMI-Wert der Wiener Frauen in Führungspositionen ist mit 22,4 kg/m² fast identisch mit dem in unserer Studie ermittelten Wert (22,2 kg/m²). Die jeweiligen Prozentsätze übergewichtiger (19%) bzw. stark übergewichtiger (7%) „Führungsfrauen“ aus Wien unterscheiden sich erheblich von denen unqualifizierter Frauen (47% bzw. 17% [Stadt Wien 2001 und 2003]). Noch niedriger liegen die Vergleichswerte unserer Studie mit 14,9% und 4,4%.

Esstörungen als Kehrseite des „Schlankheitswahns“

Wie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung in ihrem DGE-special (04/2000) schreibt, wird „in unserer ‚schlank-schönen‘ Gesellschaft ... Untergewicht selten als Problem gesehen. Im Gegenteil, sie werden eher beneidet, die Dünnen. Doch die Kehrseite des ‚Schlankheitswahns‘ äußert sich häufig in Essstörungen.“ In den Schlagzeilen der Medien ist vorwiegend die sog. XXL-Generation. Bewegungsmangel und Fehlernährung führen insbesondere bei Jugendlichen und Kindern nicht nur hierzulande immer häufiger zu Übergewicht und Fettleibigkeit – mit all ihren typischen Folgeerkrankungen, die immer früher auftreten. Übergewicht und Binge Eating Disorder sind jedoch die eine Seite der Medaille, Untergewicht und anorektische Essstörungen die andere.

Das DSM IV unterscheidet drei verschiedene Gruppen von Essstörungen: die Anorexia nervosa, die Bulimia nervosa und die nicht näher bezeichneten Essstörungen (Binge Eating Störungen/subsyndromale Anorexia bzw. Bulimia nervosa). Subsyndromale, nicht näher bezeichneten Essstörungen erfüllen nicht alle Kriterien einer Anorexie bzw. Bulimie, können jedoch trotzdem von klinischer Relevanz sein. Hierunter lässt sich auch ein Essverhalten einordnen, das man nach Herman u. Mack (1975) als gezügeltes Essen („restrained eating“) bezeichnet. Um dem vorherrschenden Schlankheitsideal besser zu entsprechen, beginnen heute schon Kinder, ihr Essverhalten zu kontrollieren (Brunner u. Franke 1997). Ein Mittel hierzu sind „Diäten“, die in unserer Gesellschaft mittler-

weile zu einem weit verbreiteten Bestandteil des Alltags geworden sind. Nach Pudel u. Westenhöfer (2003) hat jede zweite Frau in der Bundesrepublik Deutschland zumindest einmal eine Schlankheitsdiät durchgeführt. Dies scheint nicht mit den von uns erhobenen Daten überein zu stimmen, wonach über 70% der befragten Frauen angeben, seit Beginn ihrer beruflichen Führungstätigkeit keinerlei Diäten zur Gewichtsreduktion durchgeführt zu haben. Erst bei genauerem Hinsehen fällt Folgendes auf: Erstaunlich ist der mit über 60% hohe Anteil an Frauen, die berichten, ihr Gewicht sei seit Beginn ihrer beruflichen Führungstätigkeit in etwa konstant geblieben oder sei sogar zurück gegangen. Nur knapp 42% der Probandinnen sagen aber, dass sie kein Problem damit hätten, ihr Gewicht zu halten. Die übrigen 58% geben oft gleich eine ganze Reihe von Gründen an, weshalb es für sie problematisch sei, ihr Gewicht zu halten. Ein erheblicher Teil der Frauen, deren Gewicht in etwa konstant geblieben ist, scheint dies also nur unter Problemen erreicht zu haben. Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die 8% der Probandinnen, die angeben, dass ihr Gewicht starken Schwankungen unterworfen ist, dass sie in größerem Maße sowohl ab- als auch zugenommen haben. Auch ihr BMI liegt größtenteils im Normalbereich.

„Business-Frauen“ streben BMI an der unteren Grenze des Normalgewichts an

„Einerseits erfordert eine Karriere körperliche Belastbarkeit und eine stabile Gesundheit. Andererseits steht eine Führungsposition mit langen Arbeitszeiten, Reisen, Geschäftsessen etc. oft dem entgegen, was der Gesundheit förderlich ist, nämlich Ausgleichssport treiben und sich vernünftig ernähren. Dies unter einen Hut zu bringen, ist eine Herausforderung – wie andere Herausforderungen, vor denen man als Führungskraft steht und die man meistern sollte und kann.“ Viele der von uns befragten Frauen sehen sich wie die hier zitierte Probandin also in einem Dilemma – und sie versuchen es auf ihre eigene Weise zu lösen. Von einer Frau in einer Führungsposition wird ein ansprechendes Äußeres erwartet. Die „typische Business-Frau“ soll schlank sein und mit ihrem Äußeren signalisieren, dass sie ihren Körper ebenso „im Griff hat“ wie ihren Job. Eine weitere Probandin beschreibt das so: „Meines Erachtens achten ‚Karrierefrauen‘ eher auf ihr Gewicht als die ‚Durchschnittsfrau‘. Grund könnte das Streben sein, in allen Lagen des Lebens möglichst perfekt zu sein.“ Denn den von uns gefragten Frauen in Führungs-

positionen ist klar: „Schlanke Frauen haben bessere Karrierechancen, da sie attraktiver und gesünder wahrgenommen werden ...“. Und schlank sein heißt für viele „Business-Frauen“, einen BMI an der unteren Grenze des Normalgewichts zu haben. Eine Untersuchung von Westenhöfer et al. zeigte schon 1987, dass 35 000 Leserinnen eines Frauenmagazins ihr Schlankheitsideal bei einem BMI in diesem Bereich ansiedelten. Es muss also noch gar kein Übergewicht vorliegen, damit es zu einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht kommt.

Kognitive Kontrolle des Essverhaltens

Um dieses Ideal zu erreichen, bevorzugen viele der befragten Frauen nicht die letztlich meist doch erfolglosen Reduktions-Diäten, sondern ein Diätverhalten, das sie selbst nicht mehr als solches empfinden: sie schränken ihre Nahrungsaufnahme bewusst ein, und zwar nicht nur über einen gewissen Zeitraum sondern langfristig. Ein solches zeitlich überdauerndes Muster der Nahrungsaufnahme ist gekennzeichnet durch eine kognitive Kontrolle und Übersteuerung physiologischer Hunger- und psychologischer Appetenzsignale und zielt auf eine geringe Kalorienzufuhr zum Zweck der Gewichtsreduktion und/oder Gewichtskonstanz (Definition des gezügelten Essverhaltens nach Westenhöfer u. Pudel, 1989). Typische Verhaltensweisen sind nach der Skala „Kognitive Kontrolle des Essverhaltens“ von Pudel u. Westenhöfer (1989) in diesem Zusammenhang:

- das Auslassen von Mahlzeiten
- das Weglassen von Beilagen oder Nachtisch
- das Essen absichtlich kleiner Portionen, um nicht zuzunehmen
- das Einordnen von Nahrungsmitteln nach ihrem Kaloriengehalt
- das Meiden bestimmter Nahrungsmittel, weil sie dick machen (erlaubte und verbotene Nahrung)
- das Aufhören zu essen, obwohl man noch nicht satt ist
- das Ausgleichen von „Essenssünden“ bei der nächsten Mahlzeit
- der Gebrauch von Diätprodukten
- der Gebrauch von Süßstoffen
- der Einschub von Fastentagen
- u.U. das wiederholte Durchführen von Diäten

Einige der von uns befragten Frauen gaben an, dass sie abends grundsätzlich oder häufig gar nichts essen. Typisch sind folgende Aussagen: „Ich habe keine Probleme damit, mein Gewicht zu halten, da ich, wenn ich bei + 3 kg bin, eine Diät mache.“, „Wenn

ich abnehmen will, esse ich einfach weniger.“ Um ihr Gewicht zu reduzieren, bevorzugen sie z. B. „Fasten und Reduktion der Mahlzeiten auf Obst u. Gemüse ...“ oder „Bewusstes Essen, sehr wenig essen und sehr viel Sport (teilweise zu viel!).“ Eine charakteristische Aussage ist in diesem Zusammenhang die folgende: „Ich persönlich habe keine ‚Über-Gewichtsprobleme‘, weil ich keine Mittagspause machen kann und fast jedes Wochenende arbeite.“ Auf Geschäftstagen folgen Tage, an denen kompensatorisch weniger oder kaum gegessen wird. „Als besonderes Problem erweisen sich ... Empfänge, und es bedarf einiger Willenskraft, dabei nichts zu essen.“ Viele der befragten Frauen in Führungspositionen sagen: „Das ist für mich eher eine Frage der Selbstdisziplin.“ Überhaupt fallen in diesem Zusammenhang häufig Worte wie „Kontrolle“, „Disziplin“, „Wille“ und „Durchhaltevermögen“: „Ernährung und Gesundheit sind m. E. eine Frage der Einstellung und Disziplin“ oder „In den meisten Fällen ist es eine Frage der Organisation.“ Es sind mindestens 12% der befragten Frauen, für die Ernährung in erster Linie etwas mit Organisation, Kontrolle und Disziplin zu tun hat. Allerdings ist dies nur der Anteil der Probandinnen, der bei unserer Frage nach dem Zusammenhang zwischen Karriere und Ernährung explizit auf diesen Aspekt eingegangen ist. Betrachtet man die erhebliche Differenz zwischen dem Anteil der Frauen, der sagt, er habe keine Probleme damit, das Gewicht zu halten und dem Anteil, der sagt, das Gewicht sei in etwa konstant geblieben, zeigt sich, dass ein sehr großer Anteil der Frauen sein Gewicht nur mit Mühe halten kann – und das heißt wahrscheinlich durch mehr oder weniger ausgeprägtes restriktives Essen.

Nach Pudel u. Westenhöfer (1989) umfasst der Begriff des restriktiven Essverhaltens weite Teile einer Skala. Sie reicht vom extremen restriktiven Essen (z. B. bei starkem Untergewicht infolge Anorexia nervosa) auf der einen Seite bis zum extrem ungezügelt Essen (etwa bei starkem Übergewicht infolge eine Binge-Eating-Störung) auf der anderen Seite. Nicht jeder/jede, der/die einmal eine Mahlzeit auslässt, ist gleich ein „gezügelter Esser“. Aus medizinischer Sicht bedenklich wird ein solches Verhalten jedoch dann, wenn es einer hohen kognitiven Verhaltenskontrolle bedarf, dieses Verhalten aufrecht zu erhalten (Herman u. Mack, 1975; Woody et al. 1981; Westenhöfer u. Pudel 1989). Westenhöfer u. Pudel (1989) bezeichnen ein solches gezügeltes Essverhalten als „pseudokontrolliert“. Hierdurch entstehen

dem Betroffenen keine erweiterten Handlungsspielräume. Vielmehr ist er in seiner Verhaltensflexibilität eingeschränkt, und es bedarf eines erheblichen Kontrollaufwands zur Aufrechterhaltung des rigiden, zwanghaften Verhaltensschemas.

Physiologische Mechanismen der Regulation von Hunger und Sättigung gestört

In solchen Fällen spielen physiologische Regulationsmechanismen wie Appetit, Hunger und Sättigung keine Rolle mehr. Normalerweise werden Appetit und Nahrungsaufnahme durch das komplexe Zusammenspiel verschiedenster Signale reguliert. Solche Signale sind zum Beispiel Hormone und Neurotransmitter. Akute Hunger- und Sättigungssignale werden dann zusammen mit Signalen aus unserem Körper, die Auskunft über unsere Energiereserven geben, in verschiedenen Hirnbereichen registriert. Es gibt Hinweise darauf, dass unser Körper grundsätzlich auf „Hunger“ eingestellt ist (Klaus 2006). Dieser Zustand ändert sich erst dadurch, dass das Gehirn Sättigungssignale registriert. Es bedarf daher eines erheblichen psychischen Aufwandes, die bei Hunger auftretenden Signale durch kognitive Kontrolle „im Griff“ zu behalten. Eine entscheidende Rolle bei der Regulation von Hunger und Sättigung spielt normalerweise der Hypothalamus. Interne Signale aus dem Körper werden hier mit externen Signalen (optischer Eindruck, Geruch, Geschmack von Speisen) verschaltet und integriert verarbeitet. Sehr wichtig sind dabei auch Emotionen und hedonistische Aspekte, wie etwa die Freude und Befriedigung am Essen und durch das Essen sowie die Vorliebe für bestimmte Lebensmittel. Eingebunden in die Signalverarbeitung sind daher auch das limbische System und der Kortex. Neuere Untersuchungen zeigen, dass besonders die Hirnareale, die im Rahmen des sog. Belohnungssystems eine Rolle spielen – u. a. dopaminerge Neurone im dorsalen Striatum und im Nucleus accumbens/ventralen Striatum (Roth 2006) – auch beim Essverhalten von Bedeutung sind. Neurotransmitter wie Dopamin und Serotonin, aber auch körpereigene Opioide und Cannabinoide spielen hierbei eine entscheidende Rolle.

Störbarkeit des Essverhaltens – Enthemmung der kognitiven Kontrolle

Als Folge des restriktiven Essverhaltens kann es im somatischen Bereich zu neuroendokrinen Störungen sowie zu Veränderungen im Energiestoffwechsel kommen. Typisch ist hier etwa die Beeinflussung

der HPA-Achse durch extrem restriktives Essen bei Anorexia nervosa. Die dadurch ausgelösten Beeinträchtigungen im Sexualhormonhaushalt führen u. U. nicht nur zur Amenorrhoe, sondern auch zu einer allgemeinen „Entweiblichung“. Ein Aspekt, der – sicherlich unbewusst – von einigen „Business-Frauen“ als positiv empfunden wird, denn besonders weiblich und attraktiv wirkende Frauen haben weniger Chancen auf Führungspositionen (von Rennenkampff 2004). Nach Renz (2006) empfiehlt z. B. auch die Zeitschrift *Wirtschaftswoche* ihren Leserinnen beim Thema Businessmode: „Hauptsache nicht zu sexy, damit kein Zweifel an der Kompetenz aufkommt“.

Doch auch im psychischen Bereich findet man die Folgen konsequenter restriktiven Essens: Es kommt zu kognitiven Beeinträchtigungen, affektiver Labilität sowie zur mangelnden Befriedigung hedonistischer Bedürfnisse (de Zwaan 2006). Durch eine Störung der Körperwahrnehmung fühlen sich die Betroffenen auch dann zu dick, wenn das Gewicht immer geringer wird. Das ausbleibende Hunger-Sattheits-Gefühl erhöht die Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren. Bei einem Teil der restriktiven Esser kann es zu einer Enthemmung der kognitiven Kontrolle kommen, sodass spontane Heißhungerattacken und Essanfällen ausgelöst werden können. Grundsätzlich unterscheidet man unterschiedliche Stärkegrade der kognitiven Kontrolle. Vor allem bei rigider Kontrolle können solche Störungen wie verstärkter Hunger auf Süßes, Heißhunger, stressbedingtes Essen und/oder Essen bei Langeweile auftreten. Im Managementbereich wird das Auftreten von Heißhungerattacken durch die typische Arbeitssituation begünstigt, die eine Probandin folgendermaßen beschreibt: „Durch Zeitdruck ist es oft nicht möglich, in Ruhe zu essen. Es tritt kein normales Sättigungsgefühl ein. Manchmal gibt es überhaupt keine Gelegenheit zum Mittagessen, dann kommt man völlig ausgehungert zu Hause an und schlingt ... alles in sich hinein, was auffindbar ist.“

Bei der Störbarkeit des Essverhaltens spielen einerseits situative Faktoren (Außenreize wie Geruch/Anblick von Speisen oder Essen in Gesellschaft) eine Rolle, andererseits aber auch die emotionale Befindlichkeit. Emotionale Faktoren, die die Nahrungsaufnahme verändern können, sind z. B. Angst, Kummer und Einsamkeit. Frauen in Führungspositionen sind häufig in Situationen, die ähnliche Emotionen hervorrufen können. So gaben fast 85 % der von uns befragten Frauen in Führungspositionen an, dass sie schon einmal das Gefühl

hatten, beruflich ein Einzelkämpferdasein zu führen. Über die Hälfte der Probandinnen sagten, dass dies immer oder häufig der Fall ist. Auch kreuzten 44 % der Frauen an, dass sich ihre Führungstätigkeit negativ auf ihre sozialen Beziehungen auswirkte. 12 % sagten, dass durch ihren beruflichen Aufstieg viele ihrer früheren Beziehungen in die Brüche gegangen seien (Habermann-Horstmeier 2007).

Emotionen und ihr Einfluss auf die Störbarkeit des Essverhaltens

Vielen gezügelten Essern gelingt es also nicht, ihr Essverhalten dauerhaft zu kontrollieren. Schon Herman und Mack (1975) konnten zeigen, dass besonders bei Adipösen die kognitive Kontrolle enthemmt wird, wenn es zu einer Überschreitung der „erlaubten“ Nahrungsmenge kommt. Emotionen können zur kognitiven Enthemmung der Kontrolle führen, sodass ein so genanntes emotionales Überessen auftritt. Gezügelte Esser neigen bei dysphorischer Stimmung dazu, mehr zu essen, ungezügelte Esser essen eher weniger (Baucom u. Aiken 1981; Ruderman 1985). Auch die von uns befragten Probandinnen sehen hier einen Zusammenhang: „Karriere bedeutet Stress und einerseits wird dieser Stress mit Essen kompensiert und andererseits mit Hungern.“ Nach Westenhöfer et al. (1987) korreliert das Körpergewicht v. a. mit der Variable „Störbarkeit des Essverhaltens“. Das höchste Körpergewicht besitzen Frauen mit wenig gezügeltem Essverhalten, aber hoher Störbarkeit. Allerdings ist gezügeltes Essen nach Pudol und Westenhöfer (2003) keine hinreichende Bedingung für Essanfälle. Ein Teilkollektiv innerhalb der Gruppe der gezügelten Esser war in der Lage, die Nahrungsaufnahme einzuschränken, ohne dass es bei ihnen daraufhin zu Essanfällen kam. Die Autoren erklären das dadurch, dass eine rigide Kontrolle mit einer hohen Störbarkeit des Essverhaltens einhergeht, eine flexible Kontrolle dagegen mit einer geringeren Störbarkeit.

Bei einer von Gellen (2003) durchgeführten Befragung von mehr als 1000 Besuchern der Internetseite des DEBInet zu ihrem Ernährungsverhalten zeigte sich, dass nur je 10% der Männer hohe bzw. sehr hohe Werte bei den Skalen „kognitive Kontrolle“ und „Störbarkeit“ erreichten, bei den Frauen lag der Prozentsatz jeweils bei knapp 25 % bzw. 20 %. Untergewichtige Personen zeigten nur vereinzelt eine hohe Störbarkeit gepaart mit einer geringen kognitiven Kontrolle. In diesen Fällen müssen andere kompensatorische Maßnahmen wie etwa Erbrechen, Laxanzienabusus etc. vor-

liegen, um das niedrige Gewicht zu halten. Bei der überwiegenden Mehrheit der Untergewichtigen lag eine nur geringe Störbarkeit vor. Typisch für diese Gruppe war das stark gezügelte Essverhalten. Interessant ist hier, dass auch ein Teil der normalgewichtigen Personen, die erhöhte Störbarkeit aufweisen, ihr Körpergewicht durch ein restriktives Essverhalten versuchen konstant zu halten. Wie schon Westenhöfer et al. 1987 zeigten, strebt ein großer Teil der Normalgewichtigen ein Gewicht im unteren Bereich des Normalgewichts an. Es ist daher nicht erstaunlich, dass viele Normalgewichtige bei dieser Befragung trotz ihres normalen BMI noch einige Kilo abnehmen wollten.

Bisher nicht diskutiert wurde hier, dass nicht wenige Essgestörte zusätzliche Maßnahmen wie Erbrechen, Abführmittel etc. einsetzen, um weiter abzunehmen. Dass einige der von uns befragten Frauen auch solche zusätzlichen Maßnahmen anwenden, kann allerdings nur vermutet werden. Im Fragebogen wurde nicht explizit danach gefragt.

Perfektionismus und gezügeltes Essverhalten – Mittel zur Karriere oder Risikofaktor für eine Essstörung?

Höherer Perfektionismus, hohe Leistungs- und Selbstmotivation sind vorteilhaft beim Karrierestreben, doch sie gelten auch als erhebliche Risikofaktoren für Essstörungen. So umfasst das Eating Disorder Inventory-2 (Paul u. Thiel 2004), u. a. auch die Dimension „Perfektionismus“. Ehrgeiz, Disziplin, Beharrlichkeit, Zähigkeit, Zielstrebigkeit und Fleiß sind typische Charakterzüge von Personen mit restriktiver Anorexia nervosa (Diaz-Marsa et al. 2000; Karwautz et al. 2003). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch eine noch unveröffentlichte Studie von Legenbauer et al. (in Vorbereitung), die zwischen selbstorientiertem und fremdorientiertem Perfektionismus unterscheidet. Als selbstorientierten Perfektionismus bezeichnen sie das Setzen hoher Standards, das Streben nach Perfektion und die Angst davor, Fehler zu machen. Hingegen bedeutet fremdorientierter Perfektionismus das Empfinden darüber, den unrealistisch hohen Erwartungen bzw. Standards anderer gerecht werden zu müssen. Die Studie zeigt, dass Personen mit Essstörungen signifikant höheren selbst- und fremdorientierten Perfektionismus aufweisen als gesunde Kontrollpersonen.

Leistung und Disziplin sind auch von großer Wichtigkeit, um im Beruf erfolgreich zu sein und schließlich die gewünschte Führungsposition zu erreichen. Es ist daher

nicht verwunderlich, dass sich in Führungspositionen mehr Personen mit perfektionistischen Charaktermerkmalen finden als im Durchschnitt der Bevölkerung. Nicht neu ist, dass gerade bei den Frauen, die bis in die Führungsetagen vordringen, das ehrgeizige Streben nach Leistung und Anerkennung besonders ausgeprägt ist (Women in Leadership, 2002). Die vorne zitierten Äußerungen unserer Probandinnen in Bezug auf „Kontrolle“, „Disziplin“, „Wille“ und „Durchhaltevermögen“ weisen darauf hin, dass Perfektionismus auch bei vielen der von uns befragten Frauen durchaus eine Rolle spielt.

Mögliche gesundheitliche und psychosoziale Folgen restriktiven Essens

Obwohl durch restriktives Essen letztlich auch körperliche Mangelerscheinungen hervorgerufen werden können, gibt es z. B. bei älteren Frauen keinen Anhalt dafür, dass ihr gezügeltes Essverhalten mit einer erhöhten Rate an somatischen Erkrankungen assoziiert wäre (Hays et al. 2002). Nach Ford et al. (2001), die die alters- und geschlechtsbereinigten Daten von mehr als 100 000 Amerikanern aus dem Jahr 1996 untersuchten, zeigten sich Beeinträchtigungen der Lebensqualität erst bei BMI-Werten von < 18,5 und ≥ 30 kg/m². Pudel und Westenhöfer (2003) sehen gezügeltes Essen allerdings als einen Risikofaktor für ein gestörtes Essverhalten an. Dies bedeutet nicht, dass bei allen von uns befragten Frauen mit gezügeltem Essverhalten eine klinische Essstörung vorliegt. Jedoch ist das Risiko, eine solche zu entwickeln, größer als beim Durchschnitt der Bevölkerung. Bei Frauen mit Untergewicht infolge eines streng restriktiven Essverhaltens kann es schließlich zu typischen Beeinträchtigungen kommen. Hierzu gehören neben der mangelnden körperlichen Leistungsfähigkeit und eingeschränkten psychomentalen Belastbarkeit auch die inadäquate Emotionalität sowie Schlafstörungen mit Erschöpfbarkeit, Antriebssteigerung mit Fehlerhäufung und mangelndes psychosexuelles Interesse mit Partnerschaftsproblemen – alles Faktoren, die sich auf längere Sicht hin nicht mit den Anforderungen einer Führungsposition vereinbaren lassen. Von noch größerer Bedeutung in der Praxis ist der Hinweis, dass schon eine rigide Kontrolle des Essverhaltens mit einer erheblichen psychomentalen Beanspruchung und emotionalen Dysregulation verbunden ist, was zu einer geringeren psychischen und mentalen Belastbarkeit und einem Absinken der Konzentrationsfähigkeit, der Lernfähigkeit sowie der sozialen Interaktionsfähigkeit führen kann. Darüber

hinaus kann es vermehrt zu Impulsdurchbrüchen kommen. Auch dies sind Faktoren, die letztlich schwere berufliche und soziale Beeinträchtigungen zur Folge haben können. Eine der Probandinnen beschreibt dies folgendermaßen: „Wer seine Karriere ‚im Griff‘ hat (diszipliniert ist), hat bessere Karrierechancen (ist auch beruflich diszipliniert). Nur die ‚Schwachen‘ leben unter ‚Stress‘ ungesund. – Vielleicht haben jedoch die ‚Disziplinierten‘ andere – psychische? – Probleme?“

► **Schlussfolgerungen**

Als Folge eines ausgeprägten restriktiven Essverhaltens kann es v. a. zu psychischen Beeinträchtigungen kommen. Die beträchtlichen Anforderungen, die tagtäglich an Personen im Management gestellt werden, überfordern dann immer häufiger. Wichtig ist daher, möglichst alle Frauen in Führungspositionen über biopsychosoziale Zusammenhänge im Kontext von Arbeit und Karriere aufzuklären. Welche zentrale Bedeutung die Ernährung hier hat, ist vielen Frauen nicht klar. Neben einer grundlegenden Ernährungsberatung ist Stressprävention ein weiterer wichtiger Pfeiler einer solchen Beratung und Aufklärung. Dies kann im Rahmen von Zirkeln und Foren von und für weibliche/r Führungskräfte geschehen, gefragt sind jedoch vor allem auch die jeweiligen Betriebsärzte, den Kontakt zu ihren weiblichen Führungskräften zu suchen. Wichtig sind hier spezielle Angebote zur individuellen Gesundheitsberatung und -förderung für (angehende) Managerinnen. Therapeutische Angebote für Frauen mit einer bereits bestehenden Essstörung existieren in ausreichender Zahl, jedoch ist zu befürchten, dass diese Frauen aufgrund ihrer psychischen Struktur kaum dazu bereit sein werden, die Hilfe anzunehmen. Auch hier sollten Betriebsärzte aufmerksam sein und ggf. ihre Unterstützung anbieten. Wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema „Essverhalten von Frauen in Führungspositionen“ existieren bislang kaum. Die hier vorgestellte Arbeit kann daher nur einen ersten Einblick in das komplexe Gebiet geben und sollte als Anregung verstanden werden, in diesem Bereich weiter zu forschen.

► **Literatur**

1 Alisch K, Winter E, Arentzen U (Hrsg). Gabler Wirtschaftslexikon, 16. Aufl. Gabler, Wiesbaden, 2005

2 Aubele U. Body-Mass-Index – Ergebnisse aus der Mikrozensusbefragung. In: Ernährung in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; Stand Nov 2006: <http://www.visernaehrung.bayern.de/de/left/fachinformationen/ernaehrung/uebergewicht/bmi.htm>

3 Baucom DH, Aiken PA. Effect of depressed mood in eating among obese and non-obese dieting and nondieting persons. J Pers Soc Psychol 1981, 41(3): 577–585

4 Brunner E, Franke A. Ess-Störungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte. Informationsschrift der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Media Print, Bergisch Gladbach, 1997

5 Cawley J. Body weight and women's labor market outcomes. National Bureau of Economic Research; NBER Working Papers No. 7841, August 2000

6 de Lauzon-Guillain B, Basdevant A, Romon M, Karlsson J, Borys J-M, Charles MA. The FLVS Study Group. Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population? Am J Clin Nutr 2006, 83(1): 132–138

7 de Zwaan M. Essstörungen. Folien zur Vorlesung am 29./30.11.2006, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Erlangen; Stand Nov. 2006: www.psychosomatik.klinik.uni-erlangen.de/e1848/e423/inhalt432/EsstoeuerungenWS06_07.pdf

8 DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.). Ess-Störungen – die Kehrseite des Schlankheitswahns. DGE spezial 04/2000 vom 06.09.2000; <http://www.dge.de/modules.php?name=Newsu.file=printu.sid=131> (Stand: Nov. 2006)

9 Diaz-Marsa M, Carrasco JL, Saiz J. A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. J Personal Disord 2000, 14(4): 352–359

10 Ford ES, Moriarty DG, Zack MM, Mokdad AH, Chapman DP. Self-reported body mass index and health-related quality of life: findings from the behavioral risk factor surveillance system. Obesity Research 2001, 9: 21–31

11 Frieze IH, Olson JE, Russell J. Attractiveness and income for men and women in Management. J Appl Social Psychol 1991; 21(13): 1039–1057

12 Gellen D. Praxissemesterarbeit über eine Umfrage zum Essverhalten der Besucher der Homepage des Deutschen Ernährungsberatungs- und -informationsnetzes (DEBInet) am Institut für Ernährungsinformation. Hochschule Niederrhein, 2003; Stand Nov. 2006: <http://www.ernaehrung.de/aktuell/archiv/ErgebnisUmfrage.htm>

- 13 Habermann-Horstmeier L. Karrierehindernde für Frauen in Führungspositionen. Pe-taurus, Villingen, 2007
- 14 Hamermesh DS, Biddle JE. Beauty and the labor market. *American Economic Review* 1994, 84: 1174–1194
- 15 Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA, Rouben-off R, Lipman R, Roberts SB. Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y. *The Am J Clin Nutr* 2002, 75(3): 476–483
- 16 Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Person* 1975; 43(4): 647–660
- 17 Karwautz A, Troop NA, Rabe-Hesketh S, Collier DA, Treasure JL. Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *J Personal Disord* 2003, 17(1): 73–85
- 18 Klaus S. Regulation von Hunger und Sättigung. *Ärztomagazin Phoenix* 4/06, 2006, 4: 4–5
- 19 Legenbauer T, Thormann J, Kobori O. Selbst- und fremdorientierter Perfektionismus bei Essstörungen. Studie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, in Vorbereitung
- 20 Mobius MM, Rosenblat TS. Why beauty matters. *American Economic review* 2006, 96(1), 222–235
- 21 Paul T, Thiel A. Eating Disorder Inventory-2. Deutsche Version. Hogrefe, Göttingen, 2004
- 22 Pudel V, Westenhöfer J. Ernährungspsychologie. Eine Einführung, 3. Aufl., Hogrefe, Göttingen, 2003
- 23 Pudel V, Westenhöfer J. Fragebogen zum Eßverhalten (FEV). Handanweisung. Hogrefe, Göttingen, 1989
- 24 Renz U. Schönheit. Eine Wissenschaft für sich. Berlin, Berlin, 2006
- 25 Roth G. Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Neue, vollständig überarbeitete Ausgabe. Suhrkamp, Frankfurt, 2003
- 26 Ruderman AJ. Dysphoric mood and overeating: a test of restraint theory's disinhibition hypothesis. *J Abnorm Psychol* 1985, 94(1): 78–85
- 27 Stadt Wien (Hrsg). Gesundheit in Wien (Health in Vienna). Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (Vienna Health and Social Survey) AutorInnen: Freidl W, Stronegger W-J, Neuhold Ch, Wien, 2001; www.wien.gv.at/who/survey/ (Stand: Nov. 2006)
- 28 Stadt Wien (Hrsg), Lebensstile in Wien (Lifestyles in Vienna). AutorInnen: Freidl W, Stronegger W-J, Neuhold Ch, Wien, 2003; www.wien.gv.at/who/lebensstile/ (Stand: Nov 2006)
- 29 Statistisches Bundesamt Deutschland. Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit – Mikrozensus 2005. Körpermaße der Bevölkerung nach Altersgruppen. Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Jahr 2005; <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab8.php> (Stand: Nov. 2006)
- 30 Volkert D. Der Body-Mass-Index (BMI) – ein wichtiger Parameter zur Beurteilung des Ernährungszustands. *Akt Ernähr Med* 2006; 31: 126–132
- 31 von Rennenkampf A. Aktivierung und Auswirkungen geschlechtsstereotyper Wahrnehmung von Führungskompetenz im Bewerbungskontext. Dissertation an der Universität Mannheim, Fakultät für Sozialwissenschaften, 2004
- 32 Westenhöfer J, Pudel V, Maus N, Schlaf G. Das kollektive Diätverhalten deutscher Frauen als Risikofaktor für Essstörungen. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 1987, 12: 154–159
- 33 Westenhöfer J. Dietary restraint and disinhibition: is restraint a homogeneous construct? *Appetite* 1991, 16: 45 – 55
- 34 Westenhöfer J, Pudel V. Cognitive control of eating behavior, disinhibition of control, and successful weight reduction [Abstract]. *Int J Obesity* 1991, 15(1): 91
- 35 WHO (World Health Organization). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organisation, 1998
- 36 Women in Leadership: A European Business Imperative. The Catalyst, New York and The Conference Board. Brussels; 2002, www.catalystwomen.org/bookstore/files/exe/WICLEUexesum.pdf
- 37 Woody EZ, Costanzo PR, Liefer H, Conger J. The effect of taste and caloric perceptions on the eating behavior of restrained and unrestrained subjects. *Cognitive Therapy and Research* 1981, 5(4): 381–390

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Lotte Habermann-Horstmeier
 Steinbeis Technologietransferzentrum (STZ)
 Unternehmen und Führungskräfte
 Klosterring 5
 78050 Villingen-Schwenningen
 Tel.: +49 (7721) 20699-70
 Fax: +49 (7721) 20699-71
 E-Mail: stz952@stw.de