
Gesundheit(sförderung) im arbeitsmarktintegrativen Setting.

Eine empirische Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von
Transitarbeitskräften in Grazer Beschäftigungsbetrieben und –projekten.

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
eines Bachelor of Arts (BA)

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Barbara GOLDGRUBER

0507056

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachterin: Dr.ⁱⁿ Marlies Matischek-Jauk

Graz, Juli 2014

Vielen Dank an:

... alle Fragebogenausfüller/innen!

... die engagierten Mitarbeiter/innen der SÖB & GBP!

... Dr.ⁱⁿ Marlies Matischek-Jauk!

Abstract

Diese Bachelorarbeit erforscht den Gesundheitsstatus von Transitarbeiter/innen in Grazer Beschäftigungsbetrieben und –projekten empirisch.

Im Literaturteil wird Grundlegendes zu den Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung im Allgemeinen, sowie Gesundheit/-sförderung im arbeitsmarktintegrativen Setting im Speziellen behandelt und so eine theoretische Basis geschaffen.

Ziel der empirischen Untersuchung war es, Daten zur gesundheitlichen Lage von (ehemals arbeitslosen) Transitarbeitskräften mittels Fragebogen zu erheben und herauszufinden, wie diese ihren Gesundheitszustand, ihre Lebenszufriedenheit und ihr Gesundheitsverhalten subjektiv selbsteinschätzen.

Die gewonnenen Ergebnisse gewähren einen aufschlussreichen Einblick in die gesundheitliche Situation der befragten Transitarbeiter/innen (N = 122), zeigen Problemlagen auf und liefern somit auch mögliche Anknüpfungspunkte für zielgruppengerechte Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

This bachelor thesis empirically explores the health status of transit workers in work integration social enterprises in Graz.

In the literature section - which dealt with basics about health and health promotion in general, as well as health (promotion) in work integration social enterprises in particular - a theoretical basis has been created.

The aim of the empirical study was to collect data on the health situation of (formerly unemployed) transit workers by questionnaire and to find out how they self-assess their health, their life satisfaction and their health behavior.

The obtained results offer a revealing insight into the health situation of the 122 surveyed transit workers. Moreover, they point out problems, as well as provide possible starting points for target group specific health promotion activities.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Gesundheit und Gesundheitsförderung.....	9
2.1. Was ist Gesundheit?	9
2.2. Wie entsteht Gesundheit?	10
2.3. Determinanten von Gesundheit	12
2.4. Soziale Ungleichheit, gesundheitliche Ungleichheit	14
2.5. Gesundheitsförderung und Prävention	16
3. Gesundheit/-sförderung im arbeitsmarktintegrativen Setting	19
3.1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit	19
3.1.1. Gesundheitsrelevante Lebensbedingungen	20
3.1.2. Subjektiver Gesundheitszustand	21
3.1.3. Chronische Erkrankungen, Schmerzen und psychische Gesundheit	21
3.1.4. Gesundheitsverhalten	22
3.1.5. Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit	24
3.2. Soziale (Arbeitsmarkt-) Integrationsunternehmen	25
3.2.1. Sozialökonomische Betriebe (SÖB)	26
3.2.2. Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP).....	27
3.3. Studien zur gesundheitlichen Situation von Transitarbeiter/innen	27
3.4. Arbeitsmarktintegrative und Betriebliche Gesundheitsförderung	29
3.5. „(f)itworks“ und „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“	32
4. Empirische Untersuchung	36
4.1. Zielsetzung, Fragestellungen und Relevanz	36
4.2. Untersuchungsdesign.....	37
4.2.1. Erhebungsinstrument.....	37
4.2.2. Durchführung der Untersuchung	38
4.2.3. Datenauswertung.....	39
4.3. Ergebnisse	40
4.3.1. Beschreibung der Datenbasis.....	40
4.3.2. Wie schätzen die Transitarbeiter/innen ihren Gesundheitszustand ein?	43
4.3.3. Wie schätzen die Transitarbeiter/innen ihre Lebenszufriedenheit ein?	49
4.3.4. Wie schätzen die Transitarbeiter/innen ihr Gesundheitsverhalten ein?	51
5. Schlussbetrachtung	57
Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis	59
Literaturverzeichnis	60
Anhang.....	68

1. Einleitung

Laut gesichteter Literatur besteht ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Arbeitslosigkeit erhöht das Risiko, krank zu werden – Krankheit erhöht das Risiko, arbeitslos zu werden – gesundheitliche Probleme verringern die (Re-) Integrationschancen in den Arbeitsmarkt. Arbeitslose Personen verfügen im Vergleich zu erwerbstätigen Menschen über einen schlechteren Gesundheitszustand (u.a. längere Krankenhausaufenthalte, häufigeres Auftreten von psychischen Beschwerden, erhöhte Mortalität) und weisen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten (Alkohol- und Nikotinkonsum, ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung) auf. Dem erhöhten Risiko von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf der einen Seite, steht eine schwere Erreichbarkeit der Zielgruppe mit klassischen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gegenüber. Das alles macht deutlich, dass arbeitslose bzw. arbeitssuchende Personen einen erhöhten Gesundheitsförderbedarf aufweisen und es aus arbeitsmarktpolitischer Sicht, aber auch im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit dringlich ist, auch diese Gruppe mit gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten zu erreichen. Ein mögliches Setting stellen diesbezüglich Sozialökonomische Betriebe und Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte dar (vgl. Grobe und Schwartz 2003; Holleder 2008, S. 29; Pichler / Korn / Willestorfer / Weber 2009, S. 4).

Ziel der Forschungsarbeit:

Allgemeines Ziel dieser Arbeit ist die Gewinnung von Daten zur gesundheitlichen Situation von Transitarbeitskräften, die in Grazer Beschäftigungsbetrieben und -projekten angestellt sind. Im Speziellen soll herausgefunden werden, wie diese ihren Gesundheitszustand, ihre Lebenszufriedenheit und ihr Gesundheitsverhalten subjektiv selbsteinschätzen und ob es in dieser Selbsteinschätzung geschlechtsbedingte Unterschiede gibt. Durch die Erforschung und Beschreibung der eben genannten Sachverhalte sollen etwaige Problemlagen aufgedeckt und auf diese Weise mögliche Anknüpfungspunkte für zielgruppengerechte Gesundheitsförderungsmaßnahmen geliefert werden.

Aufbau der Forschungsarbeit:

Die Bachelorarbeit gliedert sich in einen theoretischen (Kapitel 2 und 3) und einen empirischen (Kapitel 4 und 5) Teil.

In **Kapitel 2** wird zunächst Grundlegendes zu den Themen **Gesundheit und Gesundheitsförderung** behandelt. Hier soll geklärt werden was Gesundheit ist, wie sie entsteht und von welchen

Determinanten sie beeinflusst wird. Zudem wird auf die Problematik der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit eingegangen und ein Blick auf die Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention geworfen.

Kapitel 3 widmet sich dann der **Gesundheit/-sförderung im arbeitsmarktintegrativen Setting**. Hier wird zuerst der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit beleuchtet und anschließend auf soziale (Arbeitsmarkt-) Integrationsunternehmen eingegangen. Daran anknüpfend werden zwei Studien, die sich mit der gesundheitlichen Situation von Transitarbeiter/innen auseinandersetzen, vorgestellt; die Arbeitsmarktintegrative und Betriebliche Gesundheitsförderung näher betrachtet sowie zwei Gesundheitsförderungsprojekte, die im arbeitsmarktintegrativen Setting angesiedelt sind, kurz beschrieben.

In **Kapitel 4** wird die empirische Untersuchung mit dem Titel „**Die gesundheitliche Situation von Transitarbeitskräften in Grazer Beschäftigungsbetrieben und -projekten**“ vorgestellt. Zu diesem Zweck werden zunächst Zielsetzung, Fragestellungen und Relevanz der Studie sowie das Untersuchungsdesign dargelegt und daran anschließend die gewonnenen Erkenntnisse präsentiert.

In **Kapitel 5** wird schließlich rekapituliert und ein Blick auf mögliche weitere Forschung geworfen.

2. Gesundheit und Gesundheitsförderung

Dieses Kapitel behandelt Grundlegendes zu den Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung.

2.1. Was ist Gesundheit?

Gesundheit ist (obwohl, oder möglicherweise gerade weil, sie einen grundlegenden Wert im Leben darstellt) schwierig zu definieren. Es gibt eine Vielzahl verschiedener und teilweise konkurrierender Begriffsannäherungen und Modelle, sowohl alltäglicher als auch wissenschaftlicher Natur. „Health is a nebulous and contested concept meaning different things to different people“ (Green / Tones 2010, S. 4). Wie auch in diesem Statement anklingt, ist Gesundheit ein subjektives Konstrukt, das viele unterschiedliche Sichtweisen und Vorstellungen umfasst. Eine allgemeingültige, einheitliche Definition bzw. Konzeption von Gesundheit gibt es deshalb nicht. Was konkret unter Gesundheit verstanden wird, ist immer beobachter/innen- und standpunktabhängig (vgl. Naidoo / Wills 2003, S. 5; Green / Tones 2010, S. 8; Franzkowiak / Homfeldt / Mühlum 2011, S. 59).

Aus einem in modernen Industriegesellschaften dominanten medizinisch-wissenschaftlichen Verständnis heraus, wird Gesundheit, *ex negativo* als Nichtvorhandensein bzw. Abwesenheit von Krankheit beschrieben (vgl. Naidoo / Wills 2003, S. 9). Diese Begriffsbestimmung definiert im Prinzip weniger „was Gesundheit ist, sondern mehr, was Gesundheit nicht ist“ (ebd.). Laut Faltermaier (2005) setzt man sich in der Medizin auch kaum mit der Frage der Gesundheit auseinander, da ihr Gegenstand ja die Krankheit ist. Menschen werden dann als gesund bezeichnet, wenn bei ihnen keine (medizinisch diagnostizierte) Krankheit vorliegt (vgl. Faltermaier 2005, S. 45). Im biomedizinischen Modell stehen biologische Aspekte des Organismus im Vordergrund und Krankheit wird als physiologische Fehlfunktion (vgl. Klemperer 2010, S. 98) bzw. „Störung im normalen Funktionieren des Organismus“ (Faltermaier 2005, S. 45) verstanden. Das Gesundheitsverständnis dieses Paradigmas ist pathogenetisch, d.h. es konzentriert sich auf Erkrankungsursachen und betont Risikofaktoren (vgl. Naidoo / Wills 2003, S. 11).

Eine umfassendere und für die Gesundheitsförderung besonders bedeutende Definition stellt jene der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1948 dar: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1948). Im Rahmen dieser Begriffsbestimmung wird Gesundheit positiv - also nicht bloß als Abwesenheit von Krankheit - und mehrdimensional definiert; des Weiteren wird das subjektive Befinden in den Vordergrund gerückt. Gesundheit wird aus dem engen biomedizinischen und

pathogenetischen Verständnis herausgelöst und als ganzheitliches Gefüge verstanden, das sich wechselseitig beeinflussende physische, psychische und soziale Komponenten umfasst. Gesundheit ist der WHO zufolge kein gleichbleibender Zustand, sondern eine Balance, die lebensgeschichtlich und alltäglich stets neu und aktiv geschaffen werden muss (vgl. Hurrelmann / Franzkowiak 2006, S. 53). Konträr zum biomedizinischen Gesundheitsverständnis verankert die Umschreibung der WHO Wohlbefinden in sämtlichen Bereichen des täglichen Lebens: „Damit erfordern gesundheitsbewusste Lebensweisen/Lebensstile das Vorhandensein positiver politischer, kultureller, ökonomischer und sozialökologischer Grundvoraussetzungen“ (Franzkowiak / Homfeldt / Mühlum 2011, S. 60). Zudem erklärt diese Sichtweise einen bestmöglichen Gesundheitszustand zum Grundrecht aller Menschen (vgl. ebd.).

Die Definition der WHO wurde, u.a. aufgrund des ihr unterstellten utopischen und statischen Charakters - „Zustand des vollständigen Wohlbefindens“ / „state of complete well-being“, vielfach kritisiert. Wobei „complete“ laut Hurrelmann und Franzkowiak (2006, S. 53) ohnehin eher mit umfassend als mit vollständig übersetzt werden sollte. Da sie aber ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis proklamiert und eine wichtige politische Funktion erfüllt, indem sie „unmissverständlich soziale und gesundheitliche Gerechtigkeit und allgemeine Verwirklichungschancen“ (Franzkowiak / Homfeldt / Mühlum 2011, S. 60) einfordert, ist sie nach wie vor von zentraler Bedeutung. In der Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahr 1986 findet sich zudem folgendes überarbeitetes bzw. erweitertes Gesundheitsverständnis:

„Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members“ (WHO 1986, S. 4).

Gesundheit wird hier nun ausdrücklich als dynamischer Prozess und integraler Bestandteil des alltäglichen Lebens beschrieben, der sowohl durch das aktive Mitwirken der / des Einzelnen (Lebensweisen, Verhalten) als auch durch gesellschaftliche Bedingungen (Lebensumstände, Verhältnisse) beeinflusst wird (vgl. Kickbusch 2006, S. 37).

2.2. Wie entsteht Gesundheit?

Das von Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren als Ergänzung zur biomedizinischen Krankheitsorientierung (Pathogenese) entwickelte Konzept der **Salutogenese** „(salus, lat. Unverletztheit, Heil, Glück; genesis, griech. Entstehung)“ (Bengel o.J.) konzentriert sich im Gegensatz zu jenem der Pathogenese nicht auf Krankheitsursachen und deren Bekämpfung, sondern auf die

Entstehung und Erhaltung von Gesundheit. „Was erhält Menschen – trotz Belastungen - gesund?“ bildet die Leitfrage des Modells (vgl. Faltermaier 2005, S. 49ff).

Das Modell der Salutogenese sieht Gesundheit und Krankheit nicht als sich ausschließende Zustände, sondern geht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus. Wo sich eine Person auf diesem Kontinuum befindet „stellt sich als Ergebnis eines interaktiven Prozesses zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) im Kontext der Lebenserfahrung einer Person heraus“ (Waller 2006, S. 20). Der Gesundheitszustand eines Menschen pendelt dem Modell zufolge immerfort zwischen den Polen „gesund“ vs. „krank“ und wird von persönlichen, sozialen und umweltbedingten Determinanten, welche die Gesundheit entweder fördern oder belasten, beeinflusst. Fokussiert werden im Rahmen der Salutogenese die gesundheitsfördernden bzw. schützenden Faktoren, die sog. generalisierten Widerstandsressourcen (vgl. FGÖ 2005a; FGÖ 2005b; Hurrelmann / Franzkowiak 2006, S. 200).

Zentralen Bestandteil des Salutogenese-Modells bildet das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence), welches als innerpsychische Einflussgröße auf den Gesundheitszustand eines Menschen (vgl. Homfeldt / Sting 2006, S. 76), aber auch als eine Art Lebenseinstellung mit der Überzeugung, „dass das Leben im Prinzip verstehbar, sinnvoll und zu bewältigen ist“, beschrieben werden kann (Faltermaier 2005, S. 68). Laut Antonovsky's Salutogenese-Modell befähigt ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl Menschen zur optimalen Mobilisierung, der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und trägt so zur besseren Bewältigung von Anforderungen und Belastungen und in weiterer Folge zum Erhalt der Gesundheit bei (vgl. Faltermaier 2005, S. 69).

Ein weiteres Rahmenmodell zur Erklärung von physischer und psychischer Gesundheit (und Krankheit) ist das **systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell)** von Becker (2006). Dem Modell zufolge ergibt sich die Gesundheit einer Person (bzw. deren Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) aus Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen der Person und ihrer Umwelt (vgl. Blümel 2010). Grundlage des Modells bildet die folgende Annahme: „Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt davon ab, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen“ (Becker 2006, S.13).

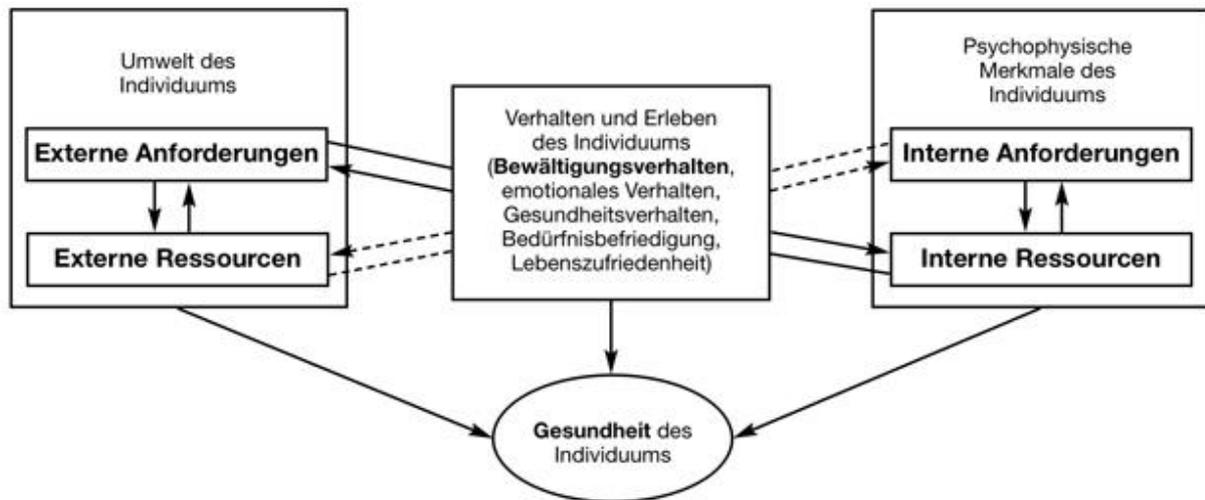


Abbildung 1: Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell (Blümel 2010)

Als Anforderungen werden im Modell jene externen und internen physischen und psychischen Bedingungen bezeichnet, mit welchen sich eine Person auseinandersetzen muss. Externe Anforderungen (Bedingungen der Umwelt) ergeben sich aus beruflichen und sozialen Anforderungen; interne aus den Bedürfnissen, Zielen, Werten und Normen der Person (vgl. Blümel 2010). Um diese Anforderungen zu bewältigen, aktiviert das Individuum interne und externe Ressourcen, erneut sowohl physischer als auch psychischer Natur. Interne Ressourcen resultieren dabei aus bestimmten Eigenschaften sowie Fähigkeiten und Kompetenzen, die eine Person in sich vereint (vgl. Blümel 2010). Externe (Umwelt-)Ressourcen setzen sich wiederum aus sozialen Ressourcen (Bezugspersonen, Vereine, soziales Ansehen etc.), beruflichen Ressourcen (Vorhandensein eines Arbeitsplatzes, ergonomische Arbeitsbedingungen etc.), materiellen Ressourcen (ausreichendes Einkommen, gute Wohnbedingungen etc.), gesellschaftlichen Ressourcen (Bildungssystem, Gesundheitssystem etc.) und ökologischen Ressourcen (saubere Umwelt, gesunde Nahrung etc.) zusammen (vgl. Blümel 2010). Können die Anforderungen mithilfe der Ressourcen angemessen bewältigt werden, so wirkt sich dies gemäß SAR-Modell, positiv auf die körperliche und seelische Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit aus. Eine mangelnde bzw. erfolglose Anforderungsbewältigung kann hingegen mitunter zu negativen Gefühlen, Unzufriedenheit mit dem Leben, gesundheitsschädigendem Verhalten (z.B. übermäßiger Suchtmittelkonsum) und Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit führen (vgl. Blümel 2010).

2.3. Determinanten von Gesundheit

Determinanten von Gesundheit sind jene Faktoren, welche die Gesundheit von Menschen wesentlich beeinflussen (vgl. Kickbusch / Engelhardt 2009, S. 19). Von der WHO (1998, S. 7)

werden sie als das „Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand von Individuen oder Bevölkerungen bestimmen“ definiert.

Ein weit verbreitetes Modell zur Darstellung wesentlicher Gesundheitsdeterminanten stellt jenes von Dahlgren und Whitehead (2007) dar:

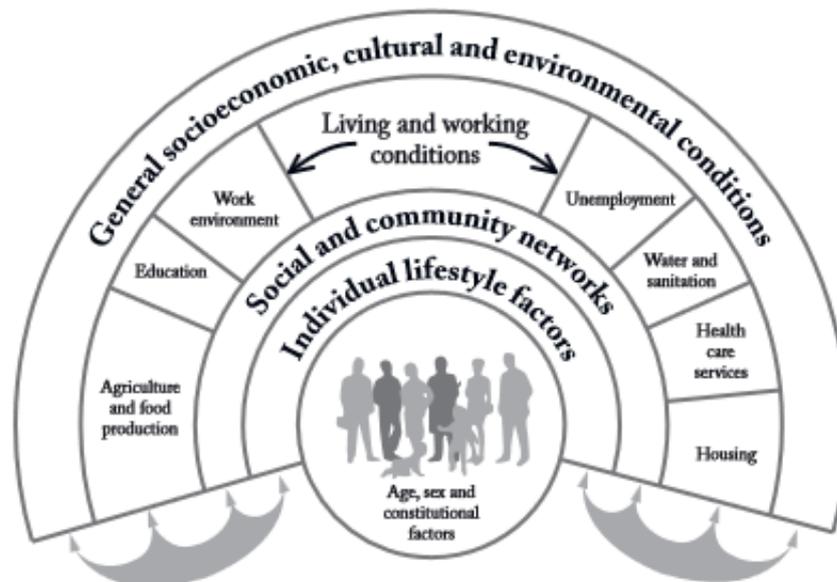


Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren / Whitehead 2007, S. 20)

Das Modell besteht aus mehreren interagierenden bzw. miteinander verknüpften, wechselseitig aufeinander einwirkenden – die Gesundheit beeinflussenden - Ebenen. Im Zentrum steht dabei die / der Einzelne mit ihren / seinen individuellen Einflussgrößen wie Geschlecht, Alter und konstitutionellen bzw. genetischen Merkmalen. Neben diesen weitestgehend unveränderbaren persönlichen Determinanten haben individuelle Verhaltens- und Lebensweisen, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen bzw. auch der Zugang zu Gütern und Diensten sowie allgemeine sozioökonomische, kulturelle und physische Umweltfaktoren Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen. Die Faktoren der äußeren vier Ebenen sind, im Gegensatz zu jenen im Kern, u.a. durch Gesundheitsförderung veränderbar (vgl. Dahlgren / Whitehead 2007, S. 20f.; Naidoo / Wills 2003, S. 29; Klemperer 2010, S. 120). Das Besondere an diesem Modell ist, dass es auf ansonsten häufig übersehene Zusammenhänge aufmerksam macht (vgl. Klemperer 2010, S. 120) und verdeutlicht, dass die gesundheitliche Situation eines Individuums sowohl von dessen Verhalten als auch von den Verhältnissen in denen es lebt determiniert wird (vgl. FGÖ 2005a).

Franzkowiak, Homfeldt und Mühlum (2011, S. 44) zufolge sind die Determinanten „Einkommen und sozialer Status, soziale Unterstützung und soziale Netzwerke, Bildung und Ausbildung, Teilnahme am Arbeitsmarkt, Arbeit und Arbeitsbedingungen, soziale Lebensumwelt, physische Lebensumwelt, persönliches Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien, gesunde frühkindliche Entwicklung, Gender, [und] kulturelles Umfeld“ epidemiologisch belegt, allgemein anerkannt und gesundheitspolitisch von zentraler Bedeutung. Laut Franzkowiak, Homfeldt und Mühlum (2011, S. 44) können sich Einflussfaktoren immer sowohl positiv fördernd (z.B. ein hoher Bildungsstand als Gesundheitsressource) als auch negativ belastend (z.B. mangelnde soziale Einbindung als Gesundheitsbelastung) auf die Gesundheit einer Person / Bevölkerungsgruppe auswirken.

2.4. Soziale Ungleichheit, gesundheitliche Ungleichheit

Der Begriff der sozialen Ungleichheit benennt „die durch ungleiche Verteilung wertvoller Ressourcen gesellschaftlich hervorgebrachten positiv oder negativ privilegierten Lebensbedingungen von Menschen“ (Franzkowiak / Homfeldt / Mühlum 2011, S. 37). Mielck (2000, S. 17) zufolge ist soziale Ungleichheit dann vorhanden, wenn ein sozialer Unterschied mit Vor- und Nachteilen einhergeht. Er unterscheidet zwischen vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit. Merkmale vertikaler sozialer Ungleichheit, wie Bildung, beruflicher Status und Einkommen, ermöglichen eine Unterteilung der Gesellschaft in oben und unten. Aus Angaben zum Bildungsstand, zum beruflichen Status und zur Einkommenssituation kann der sozioökonomische Status einer Person abgeleitet und so deren gesellschaftliche Position auf einer hierarchischen Skala bestimmt werden. Zusätzlich zur vertikalen Einteilung, lässt sich die Bevölkerung auch horizontal, anhand von Merkmalen wie z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität und Familienstand etc., untergliedern (vgl. Mielck 2000, S. 18). Zur Identifikation bzw. Beschreibung von besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen, ist die kombinierte Betrachtung von vertikalen (Ausbildung, Beruf und Einkommen) und horizontalen (Alter, Geschlecht, Nationalität etc.) Merkmalen unerlässlich (vgl. Mielck / Helmert 2006, S. 605).

Der Terminus „gesundheitliche Ungleichheit“ wird zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit herangezogen (vgl. Mielck / Bloomfield 2001, S. 9f.). Gesellschaftlich bedingte gesundheitliche Ungleichheiten können als „systematische Unterschiede im Gesundheitsstatus zwischen unterschiedlichen sozial-ökonomischen Gruppen“ (Franzkowiak / Homfeldt / Mühlum 2011, S. 39) bzw. „soziale Unterschiede im Gesundheitszustand“ (Mielck 2006, S. 213) definiert werden. Im englischsprachigen Raum wird diesbezüglich

zwischen den Begriffen „health inequalities“ und „health inequities“ differenziert. Ersterer umfasst sämtliche sozialen Unterschiede im Gesundheitsstatus, der zweite nur jene, die als unfair empfunden werden (z.B. Unterschiede in Krankheitshäufigkeit und Sterberate nach Bildung, Beruf und Einkommen) (vgl. Mielck / Helmert 2006, S. 603).

Vertikale gesundheitliche Ungleichheit wird laut Mielck und Helmert (2006, S. 603) u.a. daran ersichtlich, dass Menschen mit einem niedrigem sozialökonomischen Status (d.h. Personen mit geringer Bildung, geringem beruflichen Status und / oder geringem Einkommen) häufig über einen schlechten Gesundheitszustand verfügen, öfter krank sind und früher sterben, als Personen mit höherem sozialökonomischen Status (vgl. ebd., S. 603). Horizontale gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich u.a. dahingehend, dass Frauen häufig länger leben als Männer (vgl. Mielck 2006, S. 213).

Hurrelmann und Richter (2013, S.35f.) zufolge ist die Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) und die frühzeitige Sterblichkeit (Mortalität) in unteren sozialen Schichten wesentlich höher als in oberen. Angehörige niedriger Statusgruppen schätzen zudem ihre Gesundheit subjektiv schlechter ein, als Angehörige sozialökonomisch besser gestellter Gruppen. Ferner beeinflussen Ungleichheiten im sozialen Status das gesundheitsrelevante Verhalten, sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen: So rauchen Personen aus Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status u.a. häufiger, sind stärker von Alkoholmissbrauch betroffen, nehmen seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil und ärztliche Leistungen in Anspruch als Personen aus höheren Statusgruppen (vgl. ebd., S. 35f.).

In Bezug auf die Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit können laut Mielck und Helmert (2006, S. 617) zwei zentrale Thesen unterschieden werden: Erstens, der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (d.h. Armut macht krank) und zweitens, der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Status (d.h. Krankheit macht arm). Im deutschsprachigen Raum kommt der ersten Annahme mehr Bedeutung zu als der zweiten (vgl. ebd., S. 617).

Ein etabliertes Modell zur Verdeutlichung von grundlegenden Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit stellt jenes von Mielck (2000, S. 173) dar. Laut Helmert und Mielck (2006, S. 619) zeigt ebendieses Modell, dass nicht die gesundheitlichen Belastungen per se, sondern die Bilanz aus Belastungen und Ressourcen (Möglichkeiten mit Anforderungen umzugehen) von Bedeutung ist. Des Weiteren macht es darauf aufmerksam, dass gesundheitsre-

levantes Verhalten durch die Lebensbedingungen und auch durch die gesundheitliche Versorgung, in der statusspezifische Unterschiede vorhanden sind, beeinflusst wird. Der Pfeil nach oben verweist zudem auf die Möglichkeit einer gesundheitlich bedingten sozialen Mobilität; wobei ein sozialer Abstieg bei kranken Personen wahrscheinlicher ist als bei gesunden und ein sozialer Aufstieg bei gesunden eher vorkommt als bei kranken Menschen.

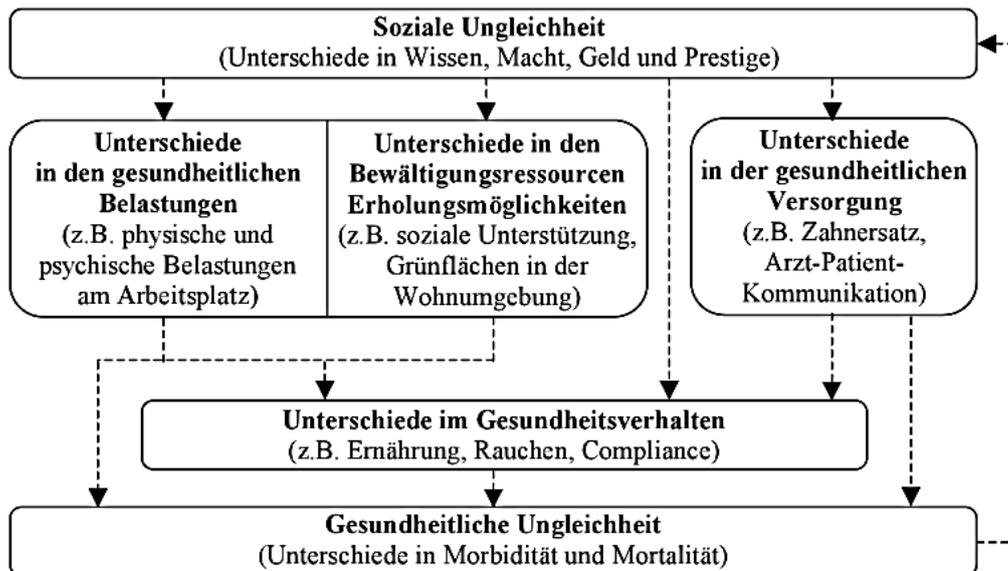


Abbildung 3: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (nach Mielck 2000, S. 173; entnommen aus Lenzen 2008, S. 40)

2.5. Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei komplementäre, sich gegenseitig ergänzende Interventionsformen, die sich zwar in ihren Grundprinzipien unterscheiden, jedoch ein gemeinsames Ziel verfolgen, nämlich Gesundheitsgewinn und gesundheitliche Chancengleichheit (Franzkowiak / Homfeldt / Mühlum 2011, S. 229). Dabei soll der individuelle und kollektive Gewinn von Gesundheit im Rahmen der Krankheitsprävention durch das Zurückdrängen von Krankheitsrisiken (Pathogenese) und im Rahmen der Gesundheitsförderung durch die Förderung von Gesundheitsressourcen (Salutogenese) erreicht werden (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010, S. 14).

Bei der **Prävention**, die ihren Ausgangspunkt in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts hat, geht es vor allem darum, die Entstehung von Krankheiten, deren Verbreitung und deren negative Auswirkungen zu verhindern. Um dies zu erreichen, gilt es Auslösefaktoren von Krankheiten, d.h. Krankheitsrisiken bzw. Risikofaktoren, zu vermeiden oder abzubauen (vgl. Faltermaier 2005, S. 294 u. S. 299; Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010, S. 13). In Bezug auf Prävention ist

eine Unterteilung in Verhaltens- und Verhältnisprävention verbreitet: Erstere strebt die Reduktion riskanten Verhaltens (z.B. Rauchen) an, zweitere eine Veränderung der Lebensverhältnisse, die eine Krankheit (mit)verursachen können (z.B. riskante Arbeitsbedingungen) (vgl. Faltermaier 2005, S. 295). Als Beispiele für Prävention können ganz allgemein Impfprogramme, Safer Sex- und Suchtpräventionskampagnen angeführt werden (vgl. Altgeld / Kolip 2010, S. 46).

Im Unterschied zur Prävention geht es bei **Gesundheitsförderung** „nicht direkt um die Verhinderung von Krankheiten, sondern um die Erreichung von Gesundheit in ihrer positiven Bedeutung“ (Faltermaier 2005, S. 297). Gesundheitsförderung ist somit keine reine Vermeidungs-, sondern eine Promotionsstrategie: Durch die Verbesserung von Lebensbedingungen sollen Menschen eine Stärkung ihrer gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010, S. 13).

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung steht in enger Verbindung mit gesundheitspolitischen Aktivitäten der WHO und hier insbesondere mit der Ottawa-Charta (WHO 1986), die 1986 auf der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz verabschiedet wurde, und in der es wie folgt heißt:

„Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource of everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities (WHO 1986, S. 1).

Das Konzept der Gesundheitsförderung orientiert sich laut Faltermaier (2005, S. 297) an einem positiven Gesundheitsbegriff und konzentriert sich primär auf Gesundheitsressourcen (salutogenetische Orientierung) und weniger auf Krankheitsursachen. Die Selbstbestimmung von Menschen über ihre Gesundheit, die Notwendigkeit, diese zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Empowerment), sowie die Einbeziehung betroffener Personen (Partizipation) sind im Rahmen der Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung. Ferner wird Gesundheit als Teil des alltäglichen Lebens betrachtet, welcher von vielen gesellschaftlichen Bereichen beeinflusst wird. Gesundheitsförderung zielt immer sowohl auf die Förderung gesünderer Lebensweisen, als auch auf die Schaffung besserer gesellschaftlicher, politischer und ökologischer Voraussetzungen für Gesundheit ab (vgl. ebd. 2005, S. 297f.). Charakteristisch für die Gesundheitsförderung ist, dass sie (soziale) Gesundheitsdeterminanten (u.a. soziale Ungleichheit, Arbeitslosigkeit, schädliche Arbeitsbedingungen) verändern und gesundheitliche Chancengleichheit (Abbau gesundheitlicher Ungleichheit) herstellen will (vgl. Altgeld / Kolip 2010, S. 46ff.).

Die Ottawa-Charta (WHO 1986) nennt in diesem Zusammenhang fünf zentrale, wechselseitig miteinander verbundene Handlungsebenen, auf denen Gesundheit aktiv gefördert werden kann: (1.) Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, (2.) Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten, (3.) Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen, (4.) Entwicklung persönlicher Kompetenzen und (5.) Neuorientierung der Gesundheitsdienste. Verwirklicht werden soll Gesundheitsförderung dabei über drei zentrale Handlungsstrategien, nämlich Interessen vertreten (Advocacy), befähigen und ermöglichen (Empowerment) sowie vermitteln und vernetzen (Vernetzung) (vgl. WHO 1986; FGÖ 2005c).

Gesundheitsförderung konzentriert sich – ganz im Sinne der Salutogenese - auf die Stärkung von gesunderhaltenden Schutzfaktoren und Ressourcen. Diese können nach Hurrelmann, Klotz und Haisch (2010, S. 16) in vier Gruppen unterteilt werden: (1.) soziale und wirtschaftliche Faktoren, wie z.B. gute Arbeitsbedingungen, gute sozioökonomische Lebenslage etc., (2.) Umweltfaktoren, wie z.B. gute Luftqualität, gute Wohnbedingungen, gute soziale Netzwerke etc., (3.) behaviorale und psychische Faktoren, wie z.B. angemessene Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, reduzierter Suchtmittelkonsum, Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Optimismus etc. und (4.) Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen, wie z.B. Bildungs- und Sozialeinrichtungen, Freizeitmöglichkeiten, Krankenversorgung etc.

Die wichtigste Umsetzungsstrategie von Gesundheitsförderung ist der **Setting-Ansatz** (vgl. Altgeld / Kolip 2010, S. 49). Als Settings werden hier Orte oder soziale Zusammenhänge bezeichnet, in denen der Lebensalltag von Menschen stattfindet und die so einen wesentlichen Einfluss auf deren Gesundheit haben (vgl. FGÖ 2005d), wie beispielsweise Betrieb, Schule, Stadtteil sowie Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Der Setting-Ansatz fokussiert die „Rahmenbedingungen unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren“ (Grossmann / Scala 2006, S. 205) und trägt der Erkenntnis Rechnung, dass sich die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe aus einer wechselseitigen Beziehung zwischen (ökonomischer, sozialer und organisatorischer) Umwelt und persönlicher Lebensweise ergibt (vgl. ebd.). Durch den Setting-Ansatz können gesundheitsfördernde Strategien passgenau auf das jeweils betroffene soziale System abgestimmt und zudem verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen kombiniert werden (vgl. Altgeld / Kolip 2010, S. 49f).

3. Gesundheit/-sförderung im arbeitsmarktintegrativen Setting

In diesem Kapitel wird zuerst der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit beleuchtet und anschließend auf Soziale (Arbeitsmarkt-) Integrationsunternehmen eingegangen. Danach werden zwei Studien, die sich mit der gesundheitlichen Situation von Transitarbeiter/innen auseinandersetzen, vorgestellt; Arbeitsmarktintegrative und Betriebliche Gesundheitsförderung näher betrachtet und zwei Gesundheitsförderungsprojekte, die im arbeitsmarktintegrativen Setting angesiedelt sind, präsentiert.

3.1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Eine rundum akzeptierte Definition von Arbeitslosigkeit gibt es nicht. Bei der in Österreich maßgeblichen nationalen Definition des Arbeitsmarktservice (AMS) gelten Personen als arbeitslos, die beim AMS gemeldet sind, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen (d.h. kurzfristig eine Beschäftigung aufnehmen können) und über kein Erwerbseinkommen über der Geringfügigkeitsgrenze (2014: € 395,31 monatlich) verfügen (vgl. AMS o.J.). Langzeitarbeitslos ist wiederum, wer beim AMS mindestens ein Jahr als arbeitslos registriert ist (vgl. ebd.). Im Jahr 2013 waren in Österreich dem Arbeitsmarktservice (AMS) zufolge 287 200 Personen (165 200 Männer, 122 000 Frauen) von Arbeitslosigkeit betroffen, das entspricht einer Arbeitslosenquote von 7,6 Prozent bei Österreicher/innen und 10,7 Prozent bei Nicht-Österreicher/innen (vgl. Statistik Austria 2014a).

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bzw. die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit werden schon lange beforscht. Bereits in der 1933 erschienenen Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda / Lazarfeld / Zeisel 1975) wurden mit Langzeitarbeitslosigkeit verbundene negative gesundheitliche Auswirkungen und psychosoziale Belastungen, wie beispielsweise Hoffnungslosigkeit, Resignation, Verlust der Zeitstruktur, niedriges Selbstwertgefühl, fehlendes Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit etc., empirisch nachgewiesen. Die individuelle Bewältigung von Arbeitslosigkeit ist dabei stets von einer Vielzahl an Einflussfaktoren (Ressourcen vs. Belastungen) abhängig. In diesem Zusammenhang sind u.a. Alter, Geschlecht, finanzielle Ressourcen, Bildung, (berufliche) Qualifikation, Persönlichkeitsstruktur, soziale Unterstützung sowie Freizeitgestaltung von Bedeutung, ganz besonders aber auch die Dauer der Arbeitslosigkeit (vgl. Weber / Hörmann / Heipertz 2007, S. 2958).

Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass Arbeitslose und insbesondere Langzeitarbeitslose im Vergleich zu erwerbstätigen Personen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Laut Holleder (2010, S. 277) lassen sich Beeinträchtigungen der Gesundheit für zahlreiche Indikatoren nachweisen, ein typisches „Arbeitslosigkeitssyndrom“ gibt es nicht. So zeigen sich bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen u.a. eine schlechtere Selbsteinschätzung der Gesundheit, ein ungünstigeres Risiko- und Gesundheitsverhalten, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko in einem breiten Krankheitsspektrum (vor allem bei psychischen Erkrankungen), eine größere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (längere Krankenhausaufenthalte, mehr Arzneimittelverordnungen etc.) und ein erhöhtes Risiko für frühzeitige Mortalität. Dem erhöhten Risiko von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf der einen Seite, steht zudem eine schwere Erreichbarkeit der Zielgruppe mit klassischen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten gegenüber (vgl. Holleder 2008, S. 29).

Im Folgenden wird nun auf ausgewählte Aspekte der gesundheitlichen Situation von arbeitslosen Personen, die in empirischen Untersuchungen erhoben wurden, näher eingegangen.

3.1.1. Gesundheitsrelevante Lebensbedingungen

Arbeitslos zu werden hat in der Regel starke Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Personen. So verlieren diese neben einem großen Teil ihres Einkommens, zumeist auch (an den Arbeitsplatz gebundene) soziale Kontakte und feste Tages- und Zeitstrukturen (vgl. Kroll / Lampert 2012, S. 1). Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit erhöhen sich die Belastungen: finanzielle Ressourcen, soziales Prestige und Selbstbewusstsein werden weniger; soziale Isolation, gesellschaftliche Stigmatisierung und Misserfolge bei der Arbeitsplatzsuche nehmen dahingegen zu (vgl. Adamy 2012, S. 6).

Arbeitslosigkeit allein bedingt zwar nicht die Zugehörigkeit zu einer sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppe, allerdings zeigt sich, dass von Arbeitslosigkeit betroffene Personen häufig auch mit anderen sozioökonomischen Risikofaktoren konfrontiert sind (vgl. Pichler 2008, S. 172; Statistik Austria 2007a). So ist laut den Ergebnissen des EU-SILC 2005 (Statistik Austria 2007a) ein Drittel der arbeitslosen Personen armutsgefährdet, bei den Personen, die in Langzeitarbeitslosenhaushalten leben, sind es sogar 45 Prozent (vgl. ebd., S. 35 u. 49). Des Weiteren weisen Langzeitarbeitslosenhaushalte ein geringeres Ausbildungsniveau auf: hier ist der Anteil der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss mit knapp 50 Prozent fast doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung (26 %) (vgl. ebd., S. 50). Die schwierige finanzielle Situation in Haus-

halten mit Langzeitarbeitslosigkeit geht mit Einschränkungen in der Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe einher: 68 Prozent der Personen in von Langzeitarbeitslosigkeit betroffenen Haushalten können sich keinen Urlaub leisten, 27 Prozent haben nicht genug Geld, um jeden zweiten Tag Fleisch oder Fisch zu essen und 24 Prozent können bei Bedarf keine neue Kleidung kaufen (vgl. ebd., S. 52). Zudem zeigt sich, dass die Lebenszufriedenheit insgesamt und die Zufriedenheit in den Bereichen „Hauptbeschäftigung“, „Einkommen“ und „Wohnsituation“ in Haushalten mit Langzeitarbeitslosigkeit am geringsten ist (vgl. ebd., S. 54). Grobe und Schwartz (2003, S. 8) fanden, dass Arbeitslose auch die familiäre Situation und die Beziehungen zu Freunden und Bekannten negativer einschätzen als Berufstätige.

3.1.2. Subjektiver Gesundheitszustand

Arbeitslose und insbesondere langzeitarbeitslose Frauen und Männer schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als Erwerbstätige. Während 88 Prozent der erwerbstätigen Männer und 85 Prozent der erwerbstätigen Frauen in der Statistik Austria Gesundheitsbefragung 2006/2007 ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen, tun dies unter den arbeitslosen Männern mit 69 Prozent und unter den arbeitslosen Frauen mit 57 Prozent deutlich weniger. 11 Prozent der arbeitslosen Männer und 17 Prozent der arbeitslosen Frauen stufen ihren Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ ein. Bei den Erwerbstätigen tun dies nur 2 Prozent (vgl. Klimont et al. 2008, S. 69). Im deutschen Bundes-Gesundheitssurvey 1998 bezeichnen 23 Prozent der Arbeitslosen ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ bzw. „schlecht“, unter den Erwerbstätigen kommen wesentlich weniger, nämlich 11 Prozent, zu dieser Einschätzung (vgl. Grobe / Schwartz 2003, S. 9). Laut Kroll und Lampert (2012, S. 4) beeinflusst insbesondere die Dauer der Arbeitslosigkeit das gesundheitliche Wohlbefinden negativ; so berichten vor allem Langzeitarbeitslose über eine wesentliche Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation.

3.1.3. Chronische Erkrankungen, Schmerzen und psychische Gesundheit

Ein wesentlicher Grund für die schlechtere subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands bei Arbeitslosen dürfte laut Klimont et al. (2008, S. 70ff.) das im Vergleich zu Erwerbstätigen erhöhte Vorhandensein von chronischen Krankheiten sowie von Schmerzen sein. 65 Prozent der arbeitslosen Männer und sogar 78 Prozent der arbeitslosen Frauen geben in der Statistik Austria Gesundheitsbefragung 2006/2007 mindestens eine chronische Krankheit an. Der entsprechende Anteil unter den Erwerbstätigen ist deutlich geringer und beträgt 52 Prozent bei den Männern und 61 Prozent bei den Frauen. Sehr deutliche Unterschiede zeigen sich hier im

Auftreten von Depressionen und Angstgefühlen, wo das Risiko bei arbeitslosen Männern 7,6-mal und bei arbeitslosen Frauen 4,4-mal so hoch ist als bei ihren erwerbstätigen Pendanten. Jedoch kommen auch andere Gesundheitsprobleme bei arbeitslosen Personen signifikant häufiger vor, wie beispielweise Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus, Bluthochdruck, Diabetes, Migräne und Kopfschmerzen (vgl. ebd., S. 9). In Bezug auf das Schmerzvorkommen berichten 45 Prozent der arbeitslosen Männer und 59 Prozent der arbeitslosen Frauen von erheblichen Schmerzen. Bei den Erwerbstätigen tun dies weitaus weniger, nämlich 31 Prozent bei den Männern und 37 Prozent bei den Frauen (vgl. ebd.).

Arbeitslose leiden im Verhältnis zu Erwerbstätigen insbesondere häufiger unter Beeinträchtigungen des psychischen Befindens. Dies wurde unter anderem anhand folgender Indikatoren verifiziert: Depressions- und Angstsymptome, subjektives Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, Lebenszufriedenheit, Aktivitätsniveau, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation und Einsamkeit (vgl. Holleder 2010, S. 277). Laut Klimont et al. (2008, S. 73f.) stufen arbeitslose Frauen und Männer ihre Lebensqualität in allen Bereichen (Allgemeine Lebensqualität, Physischer Bereich, Psychischer Bereich, Soziale Beziehungen und Umwelt) schlechter ein als Berufstätige und auch in Bezug auf Vitalität und psychisches Wohlbefinden zeigen sich bei Arbeitslosen schlechtere Einschätzungen. Laut Kroll und Lampert (2012, S. 4) verschlechtert sich die psychische Gesundheit mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit erheblich. So fand z.B. die GEDA-Studie 2010, dass die Werte der Skala psychisches Wohlbefinden bei langzeitarbeitslosen Frauen und Männern deutlich unter den altersspezifischen Referenzwerten (sicher beschäftigte, prekär beschäftigte, arbeitslose Frauen und Männer) liegen (vgl. ebd.).

Die erhöhten gesundheitlichen Beeinträchtigungen von arbeitslosen Personen gehen mit einer stärkeren Inanspruchnahme von ambulanten und stationären medizinischen Leistungen einher. Arbeitslose haben in diesem Zusammenhang z.B. häufiger Kontakt zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie mehr Krankenhaustage als Erwerbstätige (vgl. Lampert / Ziese 2005, S. 115f.). Arbeitslosigkeitserfahrungen bei Frauen und Männern werden auch mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko in Verbindung gebracht (vgl. Kroll / Lampert 2012).

3.1.4. Gesundheitsverhalten

Nach Kroll und Lampert (2012, S. 4f.) deuten Befunde zum Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen darauf hin, dass sich arbeitslose und prekär beschäftigte Frauen und Männer häufiger ge-

sundheitsriskant verhalten und weniger auf ihre Gesundheit achten als sicher Beschäftigte. Unterschiede zeigen sich dabei u.a. im Gesundheitsbewusstsein und der sportlichen Betätigung sowie im Substanzkonsum.

Studien zeigen, dass der Raucher/innenanteil bei arbeitslosen Personen wesentlich höher ist als bei Erwerbstätigen. Laut Klimont et al. (2008, S. 69) rauchen etwa ein Drittel der erwerbstätigen Männer und ein Viertel der erwerbstätigen Frauen täglich. Bei den Arbeitslosen ist der Anteil deutlich höher, nämlich 46 Prozent bei Männern und 44 Prozent bei Frauen. Und auch Kroll und Lampert (2012, S. 5) zufolge rauchen Arbeitslose trotz ihrer schwierigen finanziellen Situation deutlich häufiger und auch häufiger stark als erwerbstätige Frauen und Männer. In puncto Alkoholkonsum gibt es Hinweise auf eine durch Arbeitslosigkeit bedingte Verfestigung oder Verstärkung von bestehenden Konsummustern (vgl. Hurrelmann / Richter 2013). Grobe und Schwartz (2003, S. 13) fanden, dass unter arbeitslosen Männern die substanzmissbrauchsbedingten Krankenhausaufenthalte mit der Diagnose „Verhaltensstörung durch Alkohol“, mit 14,3 Prozent aller Krankenhaustage, von herausragender Bedeutung und zehnmal so hoch als bei erwerbstätigen Männern sind.

In Bezug auf das Ernährungsverhalten zeigen Grobe und Schwartz (2003, S. 9), dass sich Arbeitslose und Erwerbstätige beim Konsum von Milchprodukten, Fleisch, Gemüse und Obst nicht wesentlich unterscheiden. Arbeitslose ernähren sich allerdings kohlehydratreicher (Kartoffeln, Weißbrot etc.), was insgesamt auf eine preisbewusstere Ernährung schließen lässt. Für unterschiedliche Ernährungsweisen spricht laut Lampert und Ziese (2005, S. 120) ein erhöhtes Auftreten von starkem Übergewicht (Adipositas) bei Langzeitarbeitslosen. So sind laut telefoni-schem Gesundheitssurvey 2003 (Kohler / Ziese 2004) 26 Prozent von den 20- bis 59-jährigen langzeitarbeitslosen und 13 Prozent von den erwerbstätigen Frauen adipös. Bei den langzeitarbeitslosen Männern sind 24 Prozent stark übergewichtig, wohingegen es bei den bei den Erwerbstätigen nur 16 Prozent sind.

In Hinblick auf körperliche Bewegung fand sich bei Grobe und Schwartz (2003, S. 9), dass sich - trotz vermeintlich vermehrt zur Verfügung stehenden Zeit - nur ca. 30 Prozent der arbeitslosen Männer und Frauen (im Vergleich zu 40 Prozent bei den Erwerbstätigen) wöchentlich mindestens eine Stunde sportlich betätigen. Und was Gesundheitsvorsorge betrifft, zeigt sich bei Klimont et al. (2008, S. 77f.), dass Arbeitslose bei allen Schutzimpfungen (z.B. FSME, Grippe etc.) eine geringere Impfbereitschaft als Erwerbstätige zeigen und auch seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen.

3.1.5. Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

In der Arbeitslosenforschung ist die Wirkungsrichtung zwischen Arbeitslosigkeit und individuellem Gesundheitszustand von zentralem Interesse. Diesbezüglich wurde lange Zeit darüber diskutiert, ob Krankheit zu Arbeitslosigkeit führt (Selektionshypothese) oder Arbeitslosigkeit krank macht (Kausalitätshypothese). Dem aktuellen Forschungsstand zufolge schließen sich Selektions- und Kausalitätseffekte nicht gegenseitig aus, sondern können sogar gleichzeitig und sich gegenseitig verstärkend wirken (vgl. Holleder 2008, S. 29). Laut Kieselbach und Beelmann (2006, S. 13) sind Arbeitslosigkeit und Gesundheit vielfältig und wechselseitig miteinander verknüpft. So haben Arbeitnehmer/innen mit gesundheitlichen Problemen einerseits ein erhöhtes Risiko entlassen zu werden, verweilen überdurchschnittlich lange in der Arbeitslosigkeit und haben schlechtere Chancen wieder einen Arbeitsplatz zu finden (Selektionseffekt). Andererseits stellen aber auch Arbeitsplatzverlust und andauernde Arbeitslosigkeit eigenständige Risikofaktoren dar, welche negativen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ausüben und für das Entstehen gesundheitlicher Beeinträchtigungen verantwortlich sein können (Kausalitätseffekt) (vgl. ebd.).

Bis dato konnten das zugrundeliegende Ursache-Wirkungsgefüge und die Effektgrößen nicht eindeutig geklärt werden, es besteht aber Einigkeit unter den Arbeitslosenforscher/innen, „dass sich Arbeitslosigkeit als eigenständiger Faktor sehr negativ auf den Gesundheitszustand auswirkt“ (Holleder 2010, S. 277). Dafür spricht u.a. die häufig beobachtete Verbesserung der psychischen Gesundheit nach erfolgreicher Reintegration in den Arbeitsmarkt (vgl. ebd., S. 277). Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit können laut Holleder (2008, S. 29) als „circulus vitiosus“ dargestellt werden: In diesem negativen Kreislauf erhöht Krankheit das Risiko arbeitslos zu werden, Arbeitslosigkeit erhöht das Risiko krank zu werden und gesundheitliche Beeinträchtigungen erschweren die Reintegration in den Arbeitsmarkt.



Abbildung 4: „Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Holleder 2008, S. 29)

Um den Kreislauf von Arbeitslosigkeit, gesundheitlichen Einschränkungen sowie schlechterer Wiedereingliederungschancen zu durchbrechen bzw. abzumildern, bedarf es zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote (vgl. Holleder 2008, S. 32).

Laut dem Kommunikationsprojekt „Gesundheit fördert Beschäftigung“ stellen Gesundheitsförderung und Prävention wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit dar und tragen nachhaltig zur (Re-) Integration von arbeitslosen Personen in den Arbeitsmarkt bei (vgl. ÖSB Consulting o.J.). Da Arbeitslose aber eine höchst heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Lebenswelten, Bedürfnissen und Ressourcen darstellen, besteht die Herausforderung darin „entsprechende Programme zu entwickeln und einen geeigneten Zugang zu dieser schwer erreichbaren Zielgruppe zu schaffen“ (Gesundheit Österreich GmbH 2013). Eine gute Möglichkeit bzw. ein mögliches Setting, um auch (ehemals) langzeitarbeitslose Personen mit gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten erreichen zu können, stellen soziale (Arbeitsmarkt-) Integrationsunternehmen dar. In diesen können Beschäftigungs- und Gesundheitsförderung nämlich miteinander verzahnt werden (vgl. Holleder 2010, S. 280).

3.2. Soziale (Arbeitsmarkt-) Integrationsunternehmen

Soziale Integrationsunternehmen, oft auch Beschäftigungsbetriebe / -projekte genannt, sind Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik zur Schaffung von Arbeitsplätzen und werden dem zweiten (d.h. staatlich geförderten) Arbeitsmarkt zugeordnet (vgl. bvd austria 2014c). Die Bezeichnung Soziale Integrationsunternehmen (SIU) bildet den Überbegriff für jene gemeinnützigen Projekte und Betriebe, die die (Re-)Integration von langzeitarbeitslosen Personen in den ersten (d.h. ungeforderten) Arbeitsmarkt zum Ziel haben. Zu den SIU zählen Sozialökonomische Betriebe (SÖB), Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) und Beschäftigungsgesellschaften (BG) (vgl. bvd austria 2014a).

SIU stellen (langzeit)arbeitslosen, schwer vermittelbaren Personen zeitlich befristete Transitarbeitsplätze zur Verfügung. Durch Beschäftigung, fachliche Qualifizierung und sozialpädagogische Betreuung sollen Vermittlungshemmnisse abgebaut und die sog. **Transitarbeitskräfte** auf den (Wieder-) Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt vorbereitet werden (vgl. ebd.; AMS 2014a). Die Transitarbeitsverhältnisse sind dabei auf maximal 12 Monate befristet. Für die Dauer der Beschäftigung erhalten die Transitarbeitskräfte Lohn nach dem jeweiligen Kollektivvertrag und sind sozialversichert (vgl. AMS 2014a).

Soziale Unternehmen verfolgen zugleich arbeitsmarktpolitische, soziale und wirtschaftliche Ziele: „Sie zeichnen sich durch die regelmäßige Vermarktung von Produkten und Dienstleistungen aus, während sie gleichzeitig die soziale Zielstellung der Arbeitsmarktintegration durch die Beschäftigung benachteiligter Arbeitssuchender im Unternehmen verfolgen“ (Anistasiadis / Mayr 2010, S. 8). Wie „normale“ (d.h. profitorientierte) Unternehmen produzieren bzw. verkaufen auch SIU Produkte oder bieten Dienstleistungen an. Sie arbeiten im Gegensatz zu erstgenannten jedoch nicht gewinnmaximierend sondern gemeinnützig. Die erwirtschafteten Gewinne werden entweder zur Finanzierung weiterer Projekte verwendet oder an die Fördergeber/innen zurückgeführt (vgl. bdv austria 2014a).

3.2.1. Sozialökonomische Betriebe (SÖB)

Sozialökonomische Betriebe (SÖB) sind eine arbeitsmarktpolitische Maßnahme und bieten arbeitslosen und schwer vermittelbaren Personen marktnahe, relativ geschützte und zeitlich befristete Arbeitsplätze. Durch die Bereitstellung dieser Transitarbeitsplätze, sowie durch begleitende Qualifizierung und sozialpädagogische Betreuung soll die (Re-)Integration der betroffenen Personen in den allgemeinen Arbeitsmarkt gefördert werden (vgl. AMS 2013, S. 5).

Zielgruppe von SÖB sind „schwer vermittelbare Personen mit im Regelfall eingeschränkter Produktivität“ (AMS 2013a, S. 7). Zu diesen zählen Langzeitarbeitslose und Langzeitarbeitslose mit zusätzlichen Vermittlungshemmnissen (z.B. Verlust von sozialer Kompetenz und / oder mangelnde Qualifikation aufgrund langer Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Haft, Schulden, Drogen etc.), Ältere, Menschen mit Behinderung, Personen mit sozialen Fehlanpassungen und Wiedereinsteiger/innen (vgl. BMASK 2012, S. 41).

SÖB sind Teil des zweiten Arbeitsmarktes, verfolgen aber neben arbeitsmarktpolitischen (Qualifizierung und Vermittlung) auch ökonomische Ziele, wie etwa einen Eigenerwirtschaftungsanteil. Sie bieten den Transitarbeiter/innen eine Arbeitssituation, die jenen in profitorientierten Unternehmen möglichst nahe kommt und operieren unter Marktbedingungen. Das bedeutet, dass SÖB (im Gegensatz zu GBP) ihre Produkte und / oder Dienstleistungen zu Marktpreisen anbieten und sich diese am freien Markt behaupten müssen. Zudem müssen SÖB Sachkosten und mindestens 20 Prozent der Gesamteinnahmen durch Eigenerlöse erwirtschaften (vgl. BMASK 2012, S. 41). Für die Bereitstellung befristeter Arbeitsplätze für arbeitslose Personen erhalten SÖB einen Teilkostenersatz vom AMS, zudem erfolgt eine Förderung durch das Land und fallweise durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) sowie andere halböffentliche Träger. Errichtet und

geführt werden SÖB zumeist von unabhängigen gemeinnützigen Vereinen (vgl. BMASK 2012, S. 41f.).

3.2.2. Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP)

Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) richten sich an die selbe Zielgruppe und verfolgen das gleiche arbeitsmarktpolitische Ziel wie SÖB, nämlich die nachhaltige (Re-)Integration von langzeitarbeitslosen Personen in den ersten Arbeitsmarkt durch Beschäftigung, Qualifizierung und Betreuung. Im Gegensatz zu SÖB müssen GBP aber keine Eigenerlösquote erwirtschaften und sich nicht am freien Markt behaupten. Sie sind „Teile von öffentlichen Organisationen, in denen und für die sie tätig sind“ (AMS 2014a) und „stellen Produkte her oder bieten Dienstleistungen an, an denen ein öffentliches oder gemeinnütziges Interesse besteht“ (AMS 2013b, S. 5). Finanziert werden GBP durch das AMS, wobei eine zusätzliche Finanzierung durch z.B. Länder und Gemeinden ist möglich (vgl. BMASK 2013, S. 56). **Beschäftigungsgesellschaften (BG)** stellen eine (steirische) Sonderform der GBP dar (vgl. bdv 2014d) und zeichnen sich durch einen starken regionalen Bezug aus (z.B. Gemeinde als Auftraggeberin, enge Kooperation mit regionalen Unternehmen etc.) (vgl. Anistasiadis / Mayr 2010, S.11). Die „Verknüpfung von arbeitsmarktpolitischen Zielsetzungen des AMS mit den Interessen der Gemeinden und Regionen“ (ebd.) ist charakteristisch für BG und stärker ausgeprägt als bei anderen Beschäftigungsmaßnahmen.

3.3. Studien zur gesundheitlichen Situation von Transitarbeiter/innen

Im Zuge der Recherche fanden sich lediglich zwei Studien, welche Aspekte der gesundheitlichen Situation von Transitarbeiter/innen beforschen.

Mit der im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojekts „(f)itworks“ (siehe 3.6.) durchgeführten Gesundheitsbefragung, sollte (u.a.) herausgefunden werden, wie langzeitarbeitslose Personen, die als Transitarbeitskräfte in einer gemeinnützigen Arbeitskräfteüberlassung beschäftigt sind bzw. dort ein Arbeitstraining absolvieren, ihren Gesundheitszustand und ihr Gesundheitsverhalten subjektiv selbsteinschätzen. Der eingesetzte zehneitige Fragebogen wurde von 827 Personen ausgefüllt (vgl. Pichler / Korn / Willerstorfer / Hager 2009, S. 9f.). Im Folgenden finden ausgewählte Aspekte Erwähnung:

Eine große Mehrheit unter den befragten Personen (85 %) ist der Meinung, dass ein Arbeitsplatz wichtig für das allgemeine Wohlbefinden ist (vgl. ebd., S. 15).

In Bezug auf die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes schätzen diesen rund 40 Prozent als sehr gut oder gut, 40 Prozent als zufriedenstellend und fast 20 Prozent als schlecht oder sehr schlecht ein. Am schlechtesten wird der eigene Gesundheitsstatus von Frauen mit Migrationshintergrund (MH) eingeschätzt. Hier gaben 26 Prozent einen schlechten Gesundheitszustand an (vgl. ebd., S. 13).

Was psychosomatische Beschwerden betrifft zeigte sich, dass Männer weniger Beschwerden als Frauen nennen und Befragte mit MH häufiger unter den angegebenen Beschwerden leiden als Personen ohne MH. Rund 30 Prozent der Männer (mit und ohne MH), rund ein Fünftel der Frauen ohne MH und nur 11 Prozent der Frauen mit MH geben hier keine der genannten Beschwerden an. 60 Prozent der Männer, 70 Prozent der Frauen ohne MH und 80 Prozent der Frauen mit MH sind von Nervosität und Müdigkeit betroffen. Kopf- und Muskelschmerzen werden von 45 Prozent der befragten Männer, 60 Prozent der Frauen ohne MH und zwei Dritteln der Frauen mit MH genannt. Magen- und Darmprobleme haben rund ein Drittel der Frauen und Männer ohne MH sowie 44 Prozent der Frauen und Männer mit MH. Beschwerden aus dem Bereich Herz, Kreislauf und Atmung geben wiederum rund 25 Prozent der Männer ohne MH, 30 Prozent der Männer mit MH, 40 Prozent der Frauen ohne MH und 45 Prozent der Frauen mit MH an (vgl. ebd.).

In puncto Gesundheitsverhalten fand sich beispielsweise, dass rund 60 Prozent der befragten Personen täglich rauchen, wobei der Raucher/innenanteil unter den Frauen mit MH am geringsten ist. Des Weiteren gaben 45 Prozent aller Befragten an, niemals Alkohol zu trinken. Unter den Männern ohne MH beträgt der Prozentsatz in diesem Zusammenhang jedoch nur 23 Prozent. Rund ein Viertel der Männer ohne MH, rund ein Drittel der Frauen ohne MH, rund 40 Prozent der Männer mit MH und mehr als die Hälfte der Frauen mit MH gaben an, regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Etwas mehr als die Hälfte aller befragten Personen ist der Meinung sich ausgewogen zu ernähren, und insgesamt über 40 Prozent machen laut eigenen Angaben täglich mehr als eine Stunde Bewegung. So gut wie gar keinen Sport betreiben dagegen mehr als ein Drittel der Männer und fast 60 Prozent der Frauen. Mittel zur Stimmungsaufhellung werden insgesamt von rund einem Drittel der Befragten konsumiert (vgl. ebd., S. 15f.).

Die gewonnenen Daten zeigen laut Pichler, Korn, Willerstorfer und Hager (2009, S. 29) einerseits, dass es sich bei den befragten arbeitssuchenden Personen um eine - sowohl was sozioökonomische als auch was gesundheitliche Aspekte betrifft – heterogene Gruppe handelt, in der sich sowohl nach Geschlecht als auch nach Migrationshintergrund signifikante Unterschiede finden.

Andererseits aber auch, dass arbeitssuchende Menschen in vielfacher Weise gesundheitlich belastet sind und in diesem Zusammenhang Unterstützung benötigen.

Gürtl (2013) untersuchte in seiner Masterarbeit wie Transitarbeitskräfte der St:WUK (Steirische Wissenschafts-, Umwelt- und Kulturprojektträgergesellschaft mbH) Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung selbsteinschätzen. Zur Beantwortung der Forschungsfragen kam ein Online-Fragebogen zum Einsatz, der von 59 (von insgesamt 136 beschäftigten) Transitarbeiter/innen ausgefüllt wurde. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die befragten Transitarbeitskräfte insgesamt mit ihrem Leben eher zufrieden bis zufrieden sind und eine hohe soziale Unterstützung erfahren. Sie unterscheiden sich in diesen Punkten nicht vom Durchschnitt der Bevölkerung. In Bezug auf die Zufriedenheit mit dem allgemeinen Gesundheitszustand fand sich, dass die weiblichen Arbeiterinnen deutlich zufriedener mit ihrer Gesundheit sind als die männlichen Arbeiter. Im Vergleich mit der „Durchschnittsbevölkerung“, liegt die Zufriedenheit der Männer dabei unter, und die Zufriedenheit der Frauen über der Norm.

3.4. Arbeitsmarktintegrative und Betriebliche Gesundheitsförderung

Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung umfasst „all jene Maßnahmen und Projekte (...), die – trotz oft unterschiedlicher Schwerpunktsetzung – die Ziele berufliche Wiedereingliederung und Verbesserung des Gesundheitszustandes verbinden“ (Egger-Subotitsch / Kerschbaumer / Liebeswar / Binder 2013, S. 46).

Zur Kategorie Gesundheitsförderung im klassischen arbeitsmarktpolitischen Setting gehören alle primär auf (Re-) Integration abzielenden Maßnahmen, die von arbeitsmarktpolitischen Institutionen (z.B. AMS) veranlasst und den jeweiligen Trägerorganisationen umgesetzt werden. Zumeist werden hier nicht ausdrücklich präventive bzw. gesundheitsfördernde Ziele verfolgt, jedoch wirkt sich eine Wiedereingliederung häufig gesundheitsfördernd aus. Psychosoziale Trainings- und Beratungsmaßnahmen, Qualifizierung und Arbeitserfahrungen haben zudem in vielen Fällen stabilisierende Wirkung. Bei geringen Wiedereingliederungschancen können arbeitsfördernde Maßnahmen, durch die Steigerung der Arbeits- und Leistungsorientierung, jedoch auch negative Effekte, wie beispielsweise ein erhöhtes Risiko für psychische Beeinträchtigungen, nach sich ziehen (vgl. ebd., S. 47).

Eine Verknüpfung von arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen mit Gesundheitsförderung wird häufig im arbeitsmarktnahen Setting, genauer in SÖB und GBP, betrieben. Gesundheitsförderung am sog. 2. Arbeitsmarkt wird dabei zumeist als eine Art Mischform aus arbeitsmarktpoliti-

scher Intervention und Betrieblicher Gesundheitsförderung umgesetzt, wobei die BGF ihren Fokus sowohl auf die befristet beschäftigten Transitarbeitskräfte als auch das Stammpersonal legen kann (vgl. ebd., S. 50).

Die Betriebliche Gesundheitsförderung strebt laut der 1997 verabschiedeten Luxemburger Deklaration des „European Network for Workplace Health Promotion“ (ENWHP) die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz - unter gemeinsamer Mitwirkung von Arbeitgeber/innen, Arbeitnehmer/innen und Gesellschaft - an. Erreicht werden soll dieses Ziel durch die Verbesserung von Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, die Förderung einer aktiven Mitarbeiter/innenbeteiligung und die Stärkung persönlicher Kompetenzen (vgl. ENWHP 2007, S. 2). Kuhn (2010, S. 22) beschreibt BGF kurz als einen Organisationsentwicklungsprozess, in dem Arbeitsbedingungen und Bedingungen angrenzender Lebensbereiche gesundheitsfördernd verändert und beteiligte Personen zur aktiven Stärkung ihrer eigenen Gesundheit befähigt werden sollen.

Maßnahmen der BGF lassen sich grundsätzlich in verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen untergliedern. Verhältnisbezogene Interventionen versuchen die Bedingungen unter denen gearbeitet wird zu verbessern (z.B. durch Schaffung ergonomischer Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, Verbesserung der Kommunikationsstrukturen, Einführung von Gesundheitszirkeln etc.); verhaltensbezogene das Gesundheitsverhalten der beteiligten Personen (z.B. durch Workshops zu den Bereichen Ernährung, Bewegung, Suchtprävention etc.) (vgl. Unfried 2012, S. 60).

Nach der Luxemburger Deklaration müssen sich Maßnahmen der BGF an den Grundsätzen Partizipation (Miteinbeziehung der gesamten Belegschaft), Integration (Berücksichtigung von BGF bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen), Projektmanagement (Systematische Durchführung aller Maßnahmen und Programme: von der Bedarfsanalyse bis hin zur Bewertung der Ergebnisse) und Ganzheitlichkeit (Verknüpfung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen, Kombination von Risikoreduktion und Ressourcenstärkung) orientieren (vgl. ENWHP 2007, S. 4).

Als Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung wird vom Netzwerk BGF (Heigl o.J.) auf der Arbeitnehmer/innenseite in erster Linie und ganz allgemein die Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität der Beschäftigten genannt. Mögliche weitere positive Effekte stellen die Reduktion gesundheitlicher Risiken, die Steigerung des individuellen Wohlbefindens, die Erhöhung der Kompetenz in Gesundheitsfragen, die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und der Beziehung der Beschäftigten untereinander sowie ein erhöhtes Selbstwertgefühl etc. dar (vgl.

ebd.). Auf Seiten des Unternehmens listet das Netzwerk BGF u.a. folgende Vorteile auf: Steigerung der Arbeitszufriedenheit und der Motivation bei den Beschäftigten sowie ihrer Identifikation mit dem Betrieb, Verminderung von Fehlzeiten bzw. Krankenständen, Effizienzsteigerung und Verbesserung des Betriebsklimas sowie des Unternehmensimages (vgl. ebd.).

In arbeitsmarktintegrativen Betrieben stellt (Betriebliche) Gesundheitsförderung, wenn qualitativ und zielgerichtet umgesetzt, vor allem auch eine wirksame Maßnahme zur Verbesserung bzw. Wiedergewinnung der Beschäftigungsfähigkeit dar und kann so nachhaltig zur (Re-) Integration von Arbeitslosen bzw. prekär Beschäftigten in den Arbeitsmarkt beitragen (vgl. ebd., S.2).

Was ist anders an der BGF im arbeitsmarktpolitischen Setting? Laut Unfried (2012, S. 57) unterscheidet sich das Setting Sozialökonomische Betriebe und Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte, und damit auch die Rahmenbedingungen von BGF, in vielerlei Hinsicht von rein privatwirtschaftlichen Unternehmen. Unter anderem gilt es folgenden Punkten besondere Beachtung zu schenken:

- **Transitarbeitskräfte als zusätzliche Zielgruppe** (neben dem Stammpersonal): Diese sind neben eingeschränkten Chancen am regulären Arbeitsmarkt auch häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen und bedürfen – aus arbeitsmarktintegrativer und gesundheitsfördernder Sicht – besonderer Aufmerksamkeit (vgl. ebd.).
- **„Zwangsbeglückung“**: Arbeitslose Personen werden SÖB bzw. GPB zugewiesen und haben, wie auch die Beschäftigungsbetriebe / Beschäftigungsprojekte selbst, nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten. Dies wird vielfach als Zwangsbeglückung empfunden und geht häufig mit Unsicherheit und einem Motivationsdefizit einher (vgl. ebd.).
- **Migrationshintergrund**: Unter Arbeitslosen ist der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund verhältnismäßig hoch. Dies kann neben sprachlichen Barrieren auch ein bedeutendes Konfliktpotenzial unter den Transitarbeiter/innen bedeuten (vgl. ebd.).
- **Kurze Verweildauer**: Die befristete Beschäftigungsdauer (von maximal einem Jahr) erschwert die (nachhaltige) Förderung der Gesundheit bei den Transitarbeitskräften (vgl. ebd.).
- **Knappe Ressourcen**: Durch steigenden Zeit- und Erfolgsdruck bei gleichzeitiger Reduktion öffentlicher Förderungen, stehen Beschäftigungsbetriebe und –projekte stets vor der Herausforderung, den täglichen Betrieb, ohne Abstriche bei der Betreuungs- und Beratungsqualität machen zu müssen, aufrechterhalten zu können. Daher ist es von großer Bedeutung, dass bei BGF in Beschäftigungsbetrieben und –projekten sowohl zeitlich als auch finanziell ressourcenschonend gearbeitet wird (vgl. ebd.).

- **Hohe Personenbezogenheit:** Mitarbeiter/innen des Stammpersonals müssen innerhalb von kurzer Zeit eine zwischenmenschliche Beziehung zu den Transitarbeiter/innen aufbauen und setzen sich dafür selbst – d.h. ihre persönlichen, sozialen und kommunikativen Fähigkeiten - als Werkzeug ein. Da die ganze Persönlichkeit miteinbezogen wird, sind in der Sozialen Arbeit tätige Personen in besonderem Maße anfällig für Burnout (vgl. ebd.).
- **Besondere Ressourcen in der Sozialen Arbeit** liegen dahingegen u.a. im Abwechslungsreichtum der Arbeit, im direkten Kontakt zu den Projektteilnehmer/innen und der dadurch unmittelbar wahrgenommenen eigenen sozialen Verantwortung, in der Anwendung und Erweiterung sozialer und kommunikativer Kompetenzen und in der guten (sowohl sozialen als auch fachlichen) Unterstützung unter Kolleg/innen (vgl. ebd.).

Im Folgenden wird nun noch exemplarisch auf zwei Projekte eingegangen, die sich der Gesundheitsförderung von ehemals (langzeit)arbeitslosen Personen verschrieben haben.

3.5. „(f)itworks“ und „Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt“

Das Projekt „(f)itworks“ (Modellprojekt zur Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen im arbeitsmarktpolitischen Setting) wurde im Zeitraum April 2007 bis März 2009 von der ÖSB Consulting GmbH in Kooperation mit dem Frauengesundheitszentrum FEM umgesetzt (Weber 2009, S. 2). **Ziel** des Projekts war es, „Arbeit suchende Menschen in dieser sozial, psychisch aber auch physisch belastenden Lebenssituation gesundheitlich zu unterstützen und sie zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu befähigen“ (vgl. Korn / Pichler / Wiesinger 2011, S. 74). **Zielgruppe** des Projekts waren langzeitarbeitslose Frauen und Männer, wobei Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund besondere Beachtung fanden. Als **Setting** diente die gemeinnützige Arbeitskräfteüberlassung itworks Personalservice GmbH, die im Auftrag des AMS langzeitarbeitslosen Personen über Schulung und Integrationsleasing einen (Wieder-) Einstieg in den regulären Arbeitsmarkt ermöglichen soll (vgl. ebd.).

Übergeordnete **Projektziele** stellten die Entwicklung und Umsetzung eines übertragbaren Modellprojekts und die Beschreibung des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens langzeitarbeitsloser Menschen dar. Feinziele wurden auf Ebene der Schlüsselarbeitskräfte bzw. der Organisation (Transfer von Kompetenzen über Gesundheitsförderung, Impulse zur Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen, Steigerung des Image und Unterstützung der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt als Ziel der Maßnahme), auf Ebene der langzeitarbeitslosen Personen (Steigerung von Wohlbefinden, gesundheitlichen Ressourcen, Gesundheitskompetenz etc. durch Sensibilisierung, Information und aktive Gesundheitsförderung) und auf Ebene der Region

Wien (Sensibilisierung und Vernetzung von Organisationen und Akteur/innen aus den Bereichen Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Zugang zur Zielgruppe ermöglichen) definiert. Empowerment wurde dabei als Querschnittsstrategie festgelegt (vgl. Korn / Pichler / Wiesinger 2011, S. 75).

Zentraler Bestandteil von (f)itworks waren wöchentlich vor Ort stattfindende, niederschwellige und bedürfnisgerechte **Gesundheitskurse** zu den Bereichen seelische Gesundheit, Empowerment, Entspannung / Stressabbau und Bewegung. Die Kurse waren kostenlos und freiwillig und wurden auf Basis von Erkenntnissen aus der **Gesundheitsbefragung** (zu Belastungen, Ressourcen und Bedürfnissen der Zielgruppe) und den **Gesundheitszirkeln** laufend auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt (vgl. ebd., S. 76). Ein weiterer Projektbestandteil war die wöchentlich angebotene **Gesundheitssprechstunde**, d.h. Beratung im vertraulichen Einzelsetting, die abwechselnd von einem Allgemeinmediziner und einer Klinischen Gesundheitspsychologin (auf Wunsch auch in Türkisch oder Serbisch / Bosnisch / Kroatisch) durchgeführt wurde. Neben der direkten Beratung, fungierten die Gesundheitssprechstunden als Drehscheibe für gesundheitsfördernde Angebote im Raum Wien. An den monatlich abgehaltenen **Gesundheitstagen** (bestehend aus Vorträgen und Workshops, Information und Beratung sowie Schnupperangeboten) konnten arbeitssuchende Personen vor Ort unverbindlich gesundheitsfördernde Angebote ausprobieren und Informationen zum Thema „Gesundheit“ einholen. Durch diese Aktionstage sollten möglichst viele Personen erreicht werden; zudem boten sie den Netzwerkpartner/innen die Möglichkeit, an die sonst schwer erreichbare Zielgruppe heranzutreten und ihre Angebote zu präsentieren. Des Weiteren wurde zu Beginn des Projekts eine **Gesundheitsinsel** eingerichtet, auf der mehrsprachige Informationsmaterialien (Broschüren, Aufkleber, Plakate etc.) von lokalen Beratungseinrichtungen auflagen und jederzeit zugänglich waren (vgl. ebd., S. 77).

Um arbeitslose bzw. arbeitssuchende Personen jedoch nachhaltig und wirksam zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu befähigen, muss neben der Verhaltens- vor allem auch die Verhältnisebene berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wurde bei (f)itworks mit Multiplikator/innen gearbeitet (Fortbildung der Schlüsselarbeitskräfte), zudem wurden durch Netzwerk- und Lobbyarbeit unterstützende Rahmenbedingungen geschaffen (vgl. ebd., S 84). „Mittels Vernetzung kann gesundheitliche Chancenungleichheit auf strategischer und politischer Ebene aufgegriffen werden, um Veränderungen „von oben nach unten“ zu bewirken“ (ebd., S. 82). In diesem Sinne wurden im Rahmen von (f)itworks das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration und das Kommunikationsprojekt „Gesundheit fördert Beschäfti-

gung“ implementiert. (f)works wurde umfassend dokumentiert (Projektbericht, Gesundheitsbericht), prozessbegleitend evaluiert und mit dem Österreichischen Vorsorgepreis 2009 ausgezeichnet (vgl. ebd.).

Das Projekt „**Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt**“ des Vereins ISOP (Innovative Sozialprojekte) läuft aktuell, dauert insgesamt 24 Monate (September 2012 bis August 2014) und richtet sich an Transitarbeitskräfte in steirischen Beschäftigungsbetrieben und –projekten (vgl. ISOP o.J.). Hauptanliegen des Projekts ist, „Menschen während ihrer Zeit als TransitarbeiterInnen in den jeweiligen Beschäftigungsbetrieben und –projekten mit (...) Angeboten zur Gesundheitsförderung zu begleiten, ihnen theoretisches wie praktisches Wissen zu vermitteln und ihnen (...) Lust auf einen gesunden Lebensstil zu machen“ (Saurugg-Radl 2014, S. 2). Zu diesem Zweck werden Workshops zu zentralen Themen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden, Kommunikation und Suchtprävention) in den teilnehmenden Betrieben durchgeführt und zudem Weiterbildungsveranstaltungen für Multiplikator/innen angeboten (vgl. Saurugg-Radl 2014, S. 2f.). Auf der projekteigenen Homepage (gesundheitsprojekt.isop.at) sowie in der Projektpublikation ISOTOPIA (ISOP 2014, S. 2) werden folgende **Tätigkeitsfelder und Ziele** des Gesundheitsprojekts genannt:

- „Konzeption und Durchführung eines Workshop-Angebots zu ausgewählten Themen der Gesundheitsförderung;
- Steigerung des körperlichen und psychosozialen Wohlbefindens der Transitarbeitskräfte;
- Eröffnung von Handlungsspielräumen für eine gesunde Lebensführung;
- Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Zielgruppe;
- Positives Arbeitsklima durch erhöhte Zufriedenheit im Betrieb;
- Nachhaltige Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen in die Unternehmenskultur durch Weiterbildungen von MultiplikatorInnen und Schlüsselkräften steirischer Beschäftigungsbetriebe“.

Zentralen Bestandteil des Projekts stellen die für die Transitarbeiter/innen kostenlosen und während der Arbeitszeit stattfindenden **Gesundheitsförderungsworkshops** dar, die zielgruppengerecht und praktisch aufbereitet sind. Aufbauend auf eine Startveranstaltung („Meine Gesundheit und ich“) sowie einem gemeinsamen Abschluss, kann jeder Betrieb mehrere Workshops zu den Themen Ernährung, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden, Kommunikation und Suchtprävention, je nach Interesse bzw. Bedarf, auswählen.

Um Gesundheitsförderung auch nachhaltig in den Arbeitsalltag und so in das betroffene Setting zu integrieren bietet ISOP zudem eine projektinterne und kostenlose dreiteilige **Weiterbildungsreihe für Multiplikator/innen** an. Im Rahmen der Weiterbildungsveranstaltung „Best-of-ISOP-Gesundheitsprojekt“ schlüpfen die Teilnehmer/innen aus dem Stammpersonal in die Rolle der

Transitarbeitskräfte und bekommen einen Querschnitt aus den Workshops präsentiert. Die Veranstaltungen „Gesundes Führen“ und „Lernen aus der Praxis“ vermitteln u.a. Modelle und Tools für Führungsaufgaben (z.B. Mitarbeiter/innengespräche) und bringen den Teilnehmer/innen Instrumente der Planung und Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung näher (vgl. Hausberger 2014, S. 18f.).

Laut Hausberger (2014, S. 18) lässt (Betriebliche) Gesundheitsförderung in Beschäftigungsbetrieben und –projekten eine „Win-Win-Win-Situation“ entstehen. Denn wenn gesundheitsfördernde Maßnahmen in die Unternehmenskultur integriert werden, steigen neben den Umsatzzahlen des jeweiligen Unternehmens und der Fitness, Leistungsfähigkeit sowie Motivation der Arbeitnehmer/innen, zusätzlich auch noch deren Jobchancen am 1. Arbeitsmarkt.

Nachdem nun die theoretische Basis geschaffen wurde, widmet sich das nächste Kapitel der empirischen Untersuchung. In Rahmen dieser wird mittels Fragebogen erhoben, wie Transitarbeitskräfte in Grazer Beschäftigungsbetrieben und -projekten ihren Gesundheitszustand, ihre Lebenszufrieden und ihr Gesundheitsverhalten selbsteinschätzen.

4. Empirische Untersuchung

Nachdem in den Kapiteln 2 & 3 theoretisch auf Gesundheit und Gesundheitsförderung im Allgemeinen sowie Gesundheit/-sförderung im arbeitsmarktintegrativen Setting im Speziellen eingegangen und damit eine theoretische Basis geschaffen wurde, wird nun die empirische Untersuchung mit dem Titel „**Die gesundheitliche Situation von Transitarbeitskräften in Grazer Beschäftigungsbetrieben und -projekten**“ vorgestellt. Zu diesem Zweck werden zunächst Zielsetzung, Fragestellungen und Relevanz der Studie (4.1.) sowie das Untersuchungsdesign (4.2.) dargelegt und daran anschließend die gewonnenen Erkenntnisse (4.3.) präsentiert.

4.1. Zielsetzung, Fragestellungen und Relevanz

Allgemeines **Ziel** dieser empirischen Untersuchung ist die Gewinnung von Daten zur soziodemographischen und gesundheitlichen Situation von Transitarbeitskräften, die in Grazer Beschäftigungsbetrieben und -projekten angestellt sind. Im Speziellen soll herausgefunden werden, wie diese ihren Gesundheitszustand, ihre Lebenszufriedenheit und ihr Gesundheitsverhalten subjektiv selbsteinschätzen und ob es in dieser Selbsteinschätzung Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt.

Aus dieser Zielsetzung ergeben sich folgende **Fragestellungen**:

1. Wie schätzen die befragten Transitarbeitskräfte ihren **Gesundheitszustand** ein?
2. Wie schätzen die befragten Transitarbeitskräfte ihre **Lebenszufriedenheit** ein?
Wie zufrieden sind sie mit ausgewählten Bereichen ihres Lebens?
3. Wie schätzen die befragten Transitarbeitskräfte ihr **Gesundheitsverhalten** ein?
- (4.) Zeigen sich geschlechtsbedingte Unterschiede in der Selbsteinschätzung?

Auf die Formulierung von Hypothesen wurde, dem Prinzip der Offenheit geschuldet, verzichtet. Dieses Prinzip besagt, dass die Forscherin / der Forscher „nicht mit vorgefassten Meinungen in die Datenerhebung eintreten darf; insbesondere dürfen nicht in Hypothesen vorab festgeschriebene Behauptungen und Definitionen zum Maßstab der Datensammlung gemacht werden. Die Aufmerksamkeit soll vielmehr offen sein für die Wahrnehmung der Situationsdefinitionen, wie sie für die im Untersuchungsfeld alltäglichen Handelnden gelten“ (Kromrey 2002, S. 30).

Warum sind diese Fragen von Bedeutung? Um zielgruppengerechte gesundheitsfördernde Maßnahmen entwickeln und einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit leisten zu können, muss zuerst einmal ein Einblick in die gesundheitliche Situation von Transitarbeitskräften gewonnen werden. Konkret wird mit der Ergebnisdarlegung das Folgende angestrebt:

- Gesundheitsberichterstattung; d.h. über die gesundheitliche Situation der Transitarbeiter/innen informieren und etwaige Problemlagen offenlegen
- Aufzeigen von Anknüpfungspunkten für Gesundheitsförderung in Beschäftigungsbetrieben und -projekten
- Anregung der Beschäftigungsbetriebe und -projekte zur Einführung, Beibehaltung, Optimierung bzw. Ausweitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Anregung der Transitarbeiter/innen zur Reflexion über den eigenen Gesundheitszustand und das persönliche Gesundheitsverhalten

4.2. Untersuchungsdesign

In der vorliegenden Arbeit wurde ein quantitatives Studiendesign gewählt. Im Rahmen dieses Forschungsparadigmas werden „Ausschnitte aus der Beobachtungsrealität gemessen, quantifiziert, d.h. in Zahlenwerte übersetzt und statistisch ausgewertet“ (Reicher 2012, S. 96). Laut Bortz und Döring (2006, S. 738) kann quantitative Forschung als „[e]mpirische Forschung, die mit besonderen Datenerhebungsverfahren quantitative Daten erzeugt und statistisch verarbeitet, um dadurch neue Effekte zu entdecken (Exploration), Populationen zu beschreiben und Hypothesen zu prüfen (Explanation)“ beschrieben werden.

Als Datenerhebungsmethode kam eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen zum Einsatz, da sich diese besonders gut zur Ermittlung subjektiver Sachverhalte (wie z.B. der subjektiv selbsteingeschätzten gesundheitlichen Situation) eignet (vgl. Wosnitza / Jäger 2006, S. 72). Schriftliche Befragungen werden von befragten Personen als anonym erlebt, was die Bereitschaft ehrlich zu antworten positiv beeinflussen kann (vgl. Bortz / Döring 2006, S. 237). Neben der Anonymität erleichtert auch die Distanz zum/ zur Forscher/in offenes Antworten bei heiklen Fragestellungen (vgl. ebd., S. 298). Ein großer Vorteil der Fragebogenmethode liegt zudem in der Forschungsökonomie, d.h. im geringen Kosten-, Zeit- und Personalaufwand (vgl. ebd., S. 47).

4.2.1. Erhebungsinstrument

Wie soeben geschildert, wurden die Daten quantitativ durch schriftliche Befragung mittels Fragebogen (FB) erhoben. Der im Rahmen der Untersuchung verwendete Fragebogen (siehe Anhang) wurde auf Basis mehrerer bereits bestehender und erprobter, online verfügbarer Fragebögen (FB der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 - Statistik Austria 2007b, FB

der HBSC-Studie zur Lehrer/innengesundheit – Ludwig Boltzmann Institut 2007, FB der (f)it-works Gesundheitsbefragung – ÖSB Consulting 2009) und unter Bezugnahme auf gesichtete Fachliteratur erstellt.

Er besteht aus insgesamt fünf DIN-A4 Seiten. Die erste Seite enthält Thema und Ziel der Befragung, Hinweise zum Ausfüllen sowie Name und E-Mail-Adresse der Untersuchungsleiterin für etwaige Rückfragen bzw. Anmerkungen. Die folgenden vier Seiten beinhalten schließlich Items (Fragen / Aussagen) zu den Bereichen (-) Soziodemografische Merkmale, (-) Subjektiver Gesundheitszustand und subjektive Lebenszufriedenheit sowie (-) Subjektives Gesundheitsverhalten.

- **Soziodemografische Merkmale:**

Items zu Alter, Geschlecht, Lebensform, Kinderanzahl, Haushaltsgröße, Staatsbürgerschaft, Geburtsland, höchste abgeschlossene Ausbildung, Tätigkeit vor Arbeitslosigkeit, Dauer der letzten Arbeitslosigkeitsphase, Haushaltseinkommen, Arbeitszeit pro Woche

- **Subjektiver Gesundheitszustand und subjektive Lebenszufriedenheit:**

Items zu Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, psychosomatische Beschwerden, psychische Gesundheit, Stress, Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit, Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen

- **Subjektives Gesundheitsverhalten:**

Items zu Ernährungsverhalten, Körpergröße und -gewicht, Nikotin- und Alkoholkonsum, Vorsorgeuntersuchung, Sport / körperliche Aktivitäten, Schlafdauer, Zufriedenheit mit Gesundheitsverhalten, persönlicher Einflusses auf die Gesundheit

Der Fragebogen setzt sich überwiegend aus Ratingskalen und geschlossenen Fragen zusammen, d.h. aus Fragen, bei denen sich die befragten Personen zwischen mehreren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten entscheiden müssen (vgl. Stigler 2012, S. 157). Neben den geschlossenen gibt es auch offene Fragen – das sind Fragen ohne Antwortvorgabe (vgl. Wosnitza / Jäger 2006, S. 53) - bei diesen gilt es Zahlen oder Begriffe in vorgegebene Textfelder einzutragen.

4.2.2. Durchführung der Untersuchung

Die Datenerhebung erfolgte von April bis Juli 2014. Insgesamt wurden neun in Graz ansässige Beschäftigungsbetriebe und -projekte (allesamt Mitgliedsbetriebe des Netzwerk Beschäftigungsbetriebe Steiermark¹) in drei Etappen per E-Mail kontaktiert, über das Untersuchungsvorhaben

¹ Steiermarkweit stellt das Netzwerk Beschäftigungsbetriebe Steiermark (bbs) bzw. dessen Mitgliedsbetriebe und -projekte 900 Transitarbeitsplätze zur Verfügung (vgl. bbsnet 2014).

unterrichtet und um Erlaubnis gebeten, Transitmitarbeiter/innen (anonym und auf freiwilliger Basis) mittels Fragebogen zu verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit befragen zu dürfen. Bei jenen Betrieben, die nicht auf das E-Mail antworteten, wurde nach einer Woche erstmals telefonisch nachgefragt. Häufig vergingen von der erstmaligen Kontaktaufnahme, über die endgültige Zusage bzw. Terminvereinbarung bis zum Erhalt ausgefüllter Fragebögen mehrere Wochen. Dazwischen wurden viele Telefonate geführt und zahlreiche E-Mails geschrieben. Der organisatorische Aufwand kann alles in allem als groß beschrieben werden.

Unter den angefragten Betrieben lehnte nur ein Unternehmen (mehrere Wochen nach der Anfrage und nach mehrmaligem telefonischen Nachfragen) – aus „organisatorischen Gründen“ – ab. Die anderen acht Betriebe waren einverstanden und sämtliche Mitarbeiter/innen, zu denen die Untersuchungsleiterin Kontakt hatte, können als äußerst engagiert und kooperativ beschrieben werden. In drei Betrieben fand die Befragung während der Arbeitszeit und unter Beisein der Untersuchungsleiterin (zum Teil als Gruppenbefragung) statt. In den anderen fünf Betrieben war dies nicht möglich. So wurden alternativ Fragebögen an Mitarbeiter/innen des Stammpersonals übergeben und diese teilten die Bögen an Transitmitarbeiter/innen, die an einer Teilnahme interessiert waren, aus. Zur anonymen Rückgabe wurde entweder eine Box aufgestellt bzw. Kuverts ausgehändigt. Nach Ablauf eines vereinbarten Zeitraums wurden die ausgefüllten Fragebögen wieder abgeholt. In einzelnen Fällen erfolgte auch eine postalische Rücksendung. Insgesamt wurden 181 Fragebögen ausgegeben; von diesen kamen 122 Fragebögen zurück, was einer Rücklaufquote von 67,4 Prozent entspricht.

4.2.3. Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels SPSS 20. Nach Erfassung der Rohdaten wurde eine Kontrolle hinsichtlich falsch eingegebener Werte durchgeführt. Daran anschließend wurde die Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Laut K-S bei einer Stichprobe (siehe Anhang) kann nur bei der Variable Alter (Signifikanzwert von 0,079) davon ausgegangen werden, dass sie normalverteilt ist. Bei allen anderen Variablen kann keine Normalverteilung angenommen werden.

Die in 4.1. genannten Fragestellungen wurden mittels deskriptiver Statistik und nichtparametrischen Tests zu beantworten versucht. Sämtliche Diagramme wurden in Excel gestaltet.

4.3. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Resultate der Datenauswertung präsentiert. Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe; daran anschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation der Transitmitarbeiter/innen dargestellt.

4.3.1. Beschreibung der Datenbasis

Insgesamt haben 122 Transitmitarbeiter/innen aus acht in Graz ansässigen Beschäftigungsbetrieben und –projekten (BAN, bfi-Beschäftigungsprojekt, Bicycle, Caritas WerkStart, ERfA, ÖKO-Service, St:WUK) an der schriftlichen Befragung teilgenommen.

Geschlechtsverteilung. Von den 122 befragten Personen sind 40,2 Prozent weiblich und 59,8 Prozent männlich.

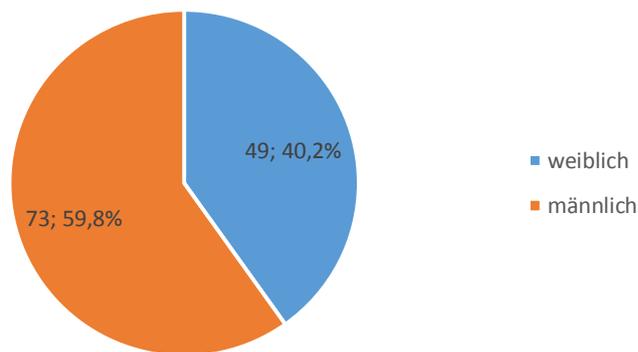


Abbildung 5: Geschlechtsverteilung, N = 122 (Personenanzahl; %)

Alter. Die 121 Transitmitarbeiter/innen, die ihr Alter angegeben haben, sind zwischen 19 und 61 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt (Mittelwert = \bar{x}) liegt bei 39,74 Jahren (F: 39,56, M: 39,86).

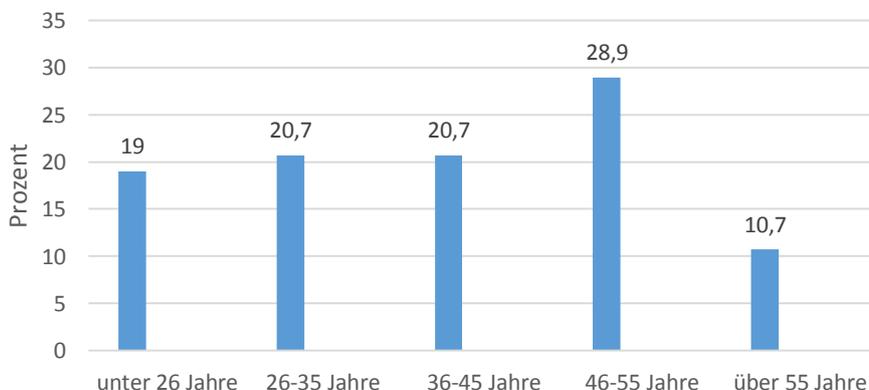


Abbildung 6: Altersklassen, N = 121 (in %)

Aktuelle Lebensform. Von 119 Transitarbeiter/innen, die in diesem Zusammenhang geantwortet haben, leben 37 Prozent ohne Partner/in bzw. als Single. 34,5 Prozent befinden sich in einer Partnerschaft bzw. Lebensgemeinschaft, 15,1 Prozent sind verheiratet und 12,6 Prozent sind geschieden. Eine Person (0,8 %) ist verwitwet.

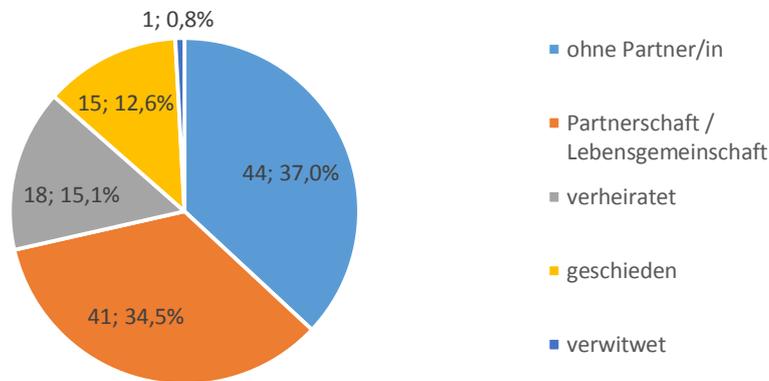


Abbildung 7: Aktuelle Lebensform, N = 119 (Personenanzahl; %)

Kinder. Von den 119 gültig antwortenden Transitarbeitskräften hat etwas mehr als die Hälfte (53,8 %) keine Kinder. 46,2 Prozent sind dagegen Eltern.

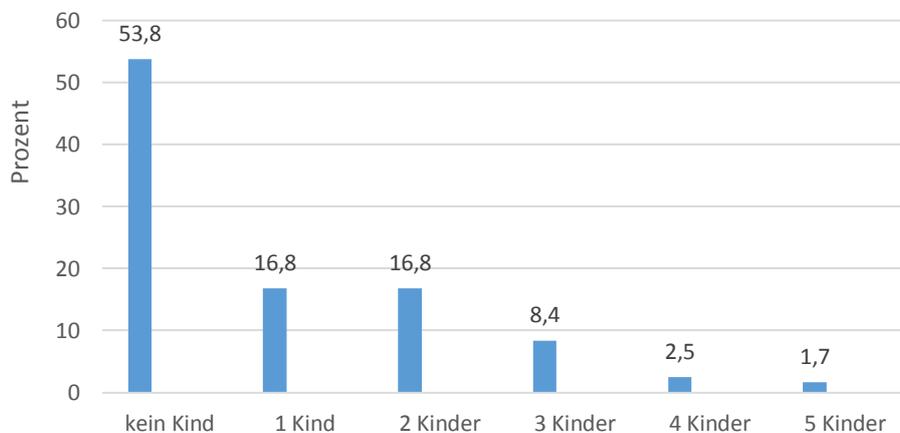


Abbildung 8: Kinderanzahl, N = 119 (in %)

Staatsbürgerschaft. Knapp drei Viertel (74,6 %) der 122 Transitarbeiter/innen haben die österreichische Staatsbürgerschaft. 25,4 Prozent nennen dagegen eine andere Staatsbürgerschaft ihre eigene. In Österreich geboren wurden 65,6 Prozent der Befragungsteilnehmer/innen, 34,4 Prozent haben ein anderes **Geburtsland**. Die Herkunftsländer sind sehr vielfältig: Afghanistan, Ägypten, Algerien, Armenien, Bosnien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Gambia, Griechenland, Iran, Kongo, Kroatien, Marokko, Nigeria, Rumänien, Serbien, Slowakei, Slowenien, Sudan, Tunesien, Türkei, Ukraine und Ungarn.

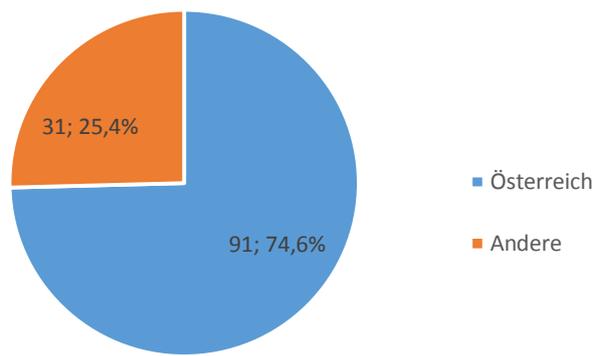


Abbildung 9: Staatsbürgerschaft, N = 122 (Personenanzahl; %)

Höchste abgeschlossene Ausbildung. Von 114 gültig antwortenden Teilnehmer/innen verfügt knapp ein Viertel (23,7 %) „nur“ über einen Pflichtschulabschluss. Darüber hinaus haben 38,6 Prozent nach eigenen Angaben eine Lehre absolviert und 9,6 Prozent eine Berufsbildende Mittlere Schule ohne Matura abgeschlossen. 14 Prozent haben an einer Allgemein- oder Berufsbildenden Höheren Schule maturiert und 12,3 Prozent einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss erworben. Zwei Personen (1,8 %) haben die Kategorie „Sonstiges“ angekreuzt.

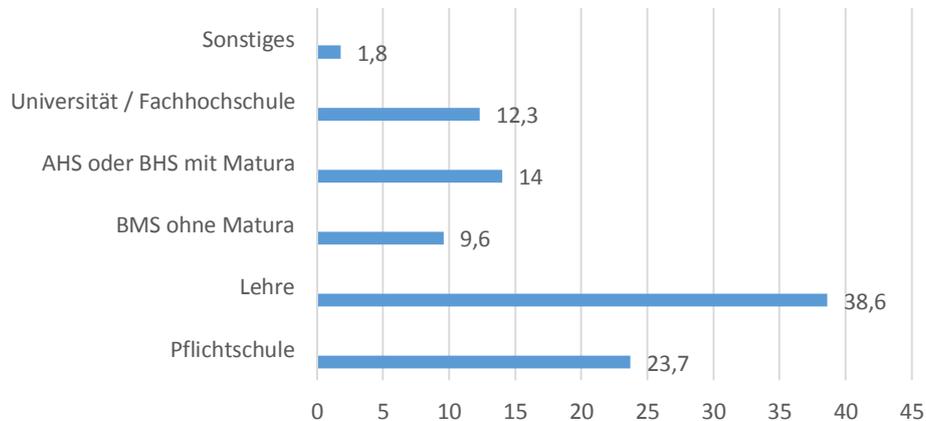


Abbildung 10: Höchste abgeschlossene Ausbildung, N = 114 (in %)

Tätigkeit vor der Arbeitslosigkeit. Vor der Arbeitslosigkeit waren von den 112 gültig antwortenden Befragungsteilnehmer/innen knapp zwei Drittel als Hilfsarbeiter/in (31,8 %) oder als Angestellte/r (33,6 %) beschäftigt. 10,9 Prozent waren als Facharbeiter/in oder Meister/in angestellt und jeweils 6,4 Prozent waren als Selbstständige/r bzw. Schüler/in oder Student/in tätig. 3,6 Prozent waren in Elternkarenz, 1,8 Prozent arbeiteten als Vertragsbedienstete/r oder Beamte/r und 6 Personen (5,5 %) haben die Kategorie „Sonstiges“ angekreuzt.

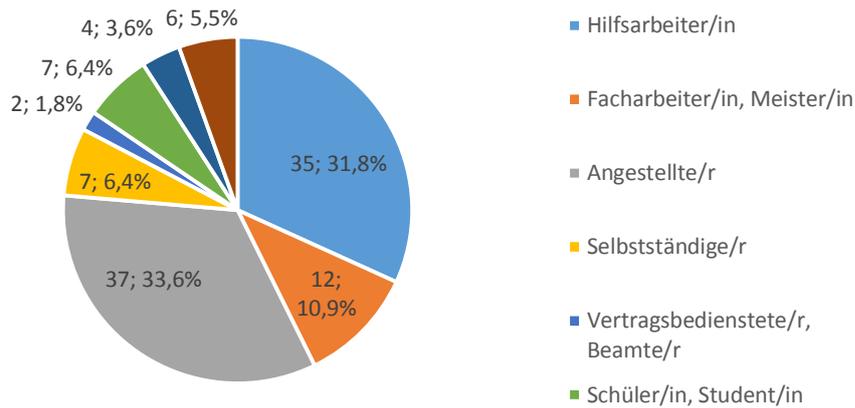


Abbildung 11: Tätigkeit vor der letzten Arbeitslosigkeit, N = 112 (Personenanzahl; %)

Dauer der letzten Arbeitslosigkeitsphase. Die 109 Transitarbeiter/innen, die hier gültig geantwortet haben, waren vor der jetzigen Beschäftigung im Beschäftigungsbetrieb bzw. -projekt laut eigener Angabe zwischen einem Monat und 168 Monaten arbeitslos. Bei 41,3 Prozent betrug die Arbeitslosigkeitsphase weniger als ein Jahr. 38,5 Prozent waren dahingegen zwischen 12 und 35 Monate nicht erwerbstätig und 20,2 Prozent sogar länger als drei Jahre.

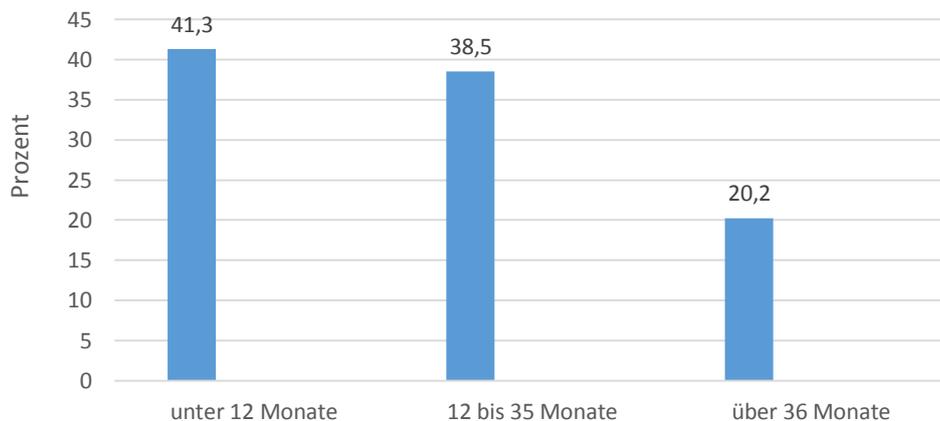


Abbildung 12: Arbeitslosigkeitsdauer, N = 109 (in %)

4.3.2. Wie schätzen die Transitarbeiter/innen ihren Gesundheitszustand ein?

Die Analyse in puncto **Gesundheitszustand** umfasst die Bereiche »Allgemeiner Gesundheitszustand«, »Psychosomatische Beschwerden«, »Psychische Gesundheit«, »Stress« und »Zusammenhang von Arbeit(slosigkeit) und Gesundheit«.

Allgemeiner Gesundheitszustand. Die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand erfasst implizit sowohl körperliche als auch psychische und soziale Gesichtspunkte von Gesundheit und stellt einen guten Indikator für das allgemeine Wohlbefinden dar (vgl. Klimont et al. 2008, S.

20). Im Rahmen der Untersuchung wurde die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes fünfstufig, mittels der Kategorien (5) sehr gut, (4) gut, (3) mittel, (2) schlecht und (1) sehr schlecht erhoben.

59,8 Prozent (F: 61,2 %, M: 58,9 %) der 122 Transitarbeiter/innen bewerten ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen subjektiv mit sehr gut (G: 13,1 %, F: 20,4 %, M: 8,2 %) oder gut (G: 46,7 %, F: 40,8 %, M: 50,7 %). Etwas weniger als ein Drittel (G: 30,3 %, F: 30,6 %, M: 30,1 %) schätzt ihn als mittelmäßig ein und 9,8 Prozent (F: 8,2 %, M: 11 %) beurteilen ihren Gesundheitsstatus als schlecht.

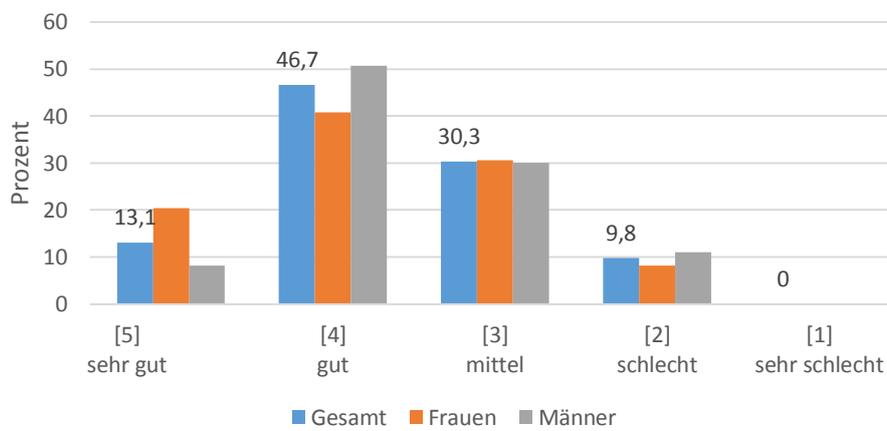


Abbildung 13: Allgemeiner Gesundheitszustand, N = 122 (in %)

Im Mittel (x) wurde der allgemeine Gesundheitszustand mit 3,63 (F: 3,73, M: 3,56) bewertet. Ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern ist laut Mann-Whitney-U-Test nicht vorhanden.

Psychosomatische Beschwerden. In der Untersuchung wurde die Selbsteinschätzung der Auftretenshäufigkeit (Kategorien: 1 = fast jeden Tag, 2 = mehrmals pro Woche, 3 = fast jede Woche, 4 = fast jeden Monat, 5 = selten, 6 = nie) bestimmter psychosomatischer Beschwerden in den letzten sechs Monaten erhoben.

Betrachtet man die mehrmals wöchentlich oder sogar täglich auftretenden Beschwerden, so zeigt sich, dass die Transitarbeiter/innen am häufigsten unter Rücken- und Kreuzschmerzen (23,3 %) leiden. Des Weiteren berichten je 20,6 Prozent von Einschlafproblemen sowie von Müdigkeit und Erschöpfung. Weit verbreitet sind auch Nacken- und Schulterschmerzen (19,2 %) sowie Gelenk- und Gliederschmerzen (17,8 %). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch, dass 17,2 Prozent der Frauen mehrmals pro Woche oder sogar täglich Kopfschmerzen haben.

Zudem sind 21,7 Prozent der Transitarbeiterinnen von Ängsten und 15,2 Prozent von Nervosität betroffen.

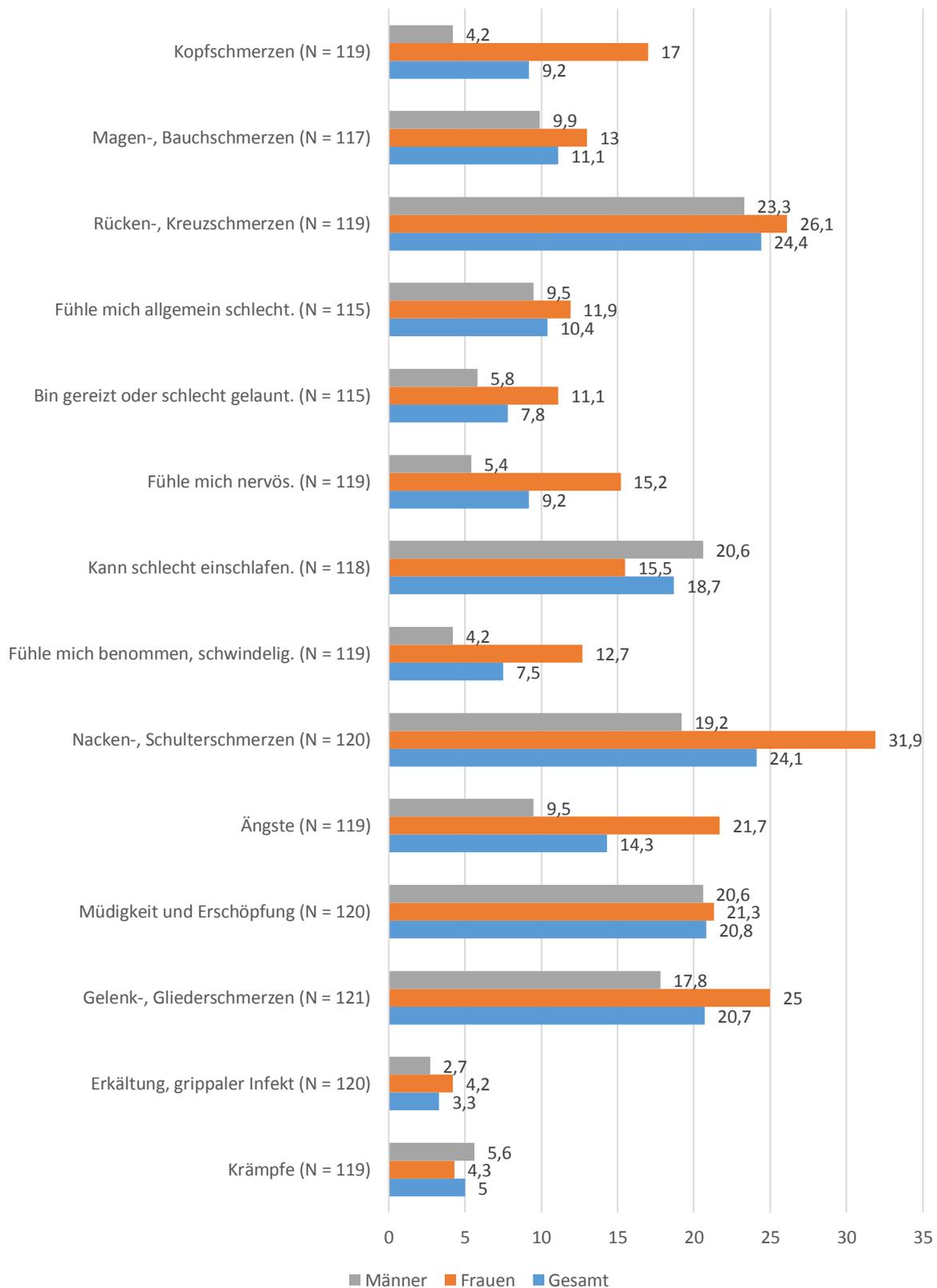


Abbildung 14: Psychosomatische Beschwerden (mehrmals wöchentlich oder täglich) (in %)

Die Auftretenshäufigkeit der psychosomatischen Beschwerden ist in der nachfolgenden Tabelle, detailliert und differenziert nach Geschlecht, dargestellt:

	F / M / G	fast jeden Tag	mehrmals pro Woche	fast jede Woche	fast jeden Monat	selten / nie
Kopfschmerzen	Frauen	2,1	14,9	12,8	19,1	51,1
	Männer	0,0	4,2	12,5	12,5	70,9
	Gesamt	0,8	8,4	12,6	15,1	63,0
Magen-, Bauchschmerzen	Frauen	6,5	6,5	4,3	17,4	65,3
	Männer	1,4	8,5	4,2	7,0	78,9
	Gesamt	3,4	7,7	4,3	11,1	73,5
Rücken- Kreuzschmerzen	Frauen	19,6	6,5	17,4	19,6	37,0
	Männer	13,7	9,6	12,3	13,7	50,6
	Gesamt	16,0	8,4	14,3	16,0	45,4
Fühle mich allgemein schlecht.	Frauen	0,0	11,9	7,1	11,9	69,1
	Männer	2,7	6,8	9,6	12,3	68,4
	Gesamt	1,7	8,7	8,7	12,2	68,7
Bin gereizt oder schlecht gelaunt.	Frauen	2,2	8,9	11,1	22,2	55,5
	Männer	2,9	2,9	12,9	20,0	61,4
	Gesamt	2,6	5,2	12,2	20,9	59,1
Fühle mich nervös.	Frauen	6,5	8,7	8,7	10,9	65,2
	Männer	2,7	2,7	9,6	17,8	67,1
	Gesamt	4,2	5,0	9,2	15,1	66,4
Kann schlecht einschlafen.	Frauen	4,4	11,1	11,1	11,1	62,3
	Männer	5,5	15,1	13,7	6,8	58,9
	Gesamt	5,1	13,6	12,7	8,5	60,2
Fühle mich benommen, schwindelig.	Frauen	2,1	10,6	8,5	12,8	66,0
	Männer	0,0	4,2	11,1	6,9	77,8
	Gesamt	0,8	6,7	10,9	9,2	73,1
Nacken-, Schulterschmerzen	Frauen	19,1	12,8	14,9	12,8	40,4
	Männer	9,6	9,6	9,6	15,1	56,2
	Gesamt	13,3	10,8	11,7	14,2	50,0
Ängste	Frauen	13,0	8,7	4,3	6,5	67,4
	Männer	2,7	6,8	9,6	6,8	74,0
	Gesamt	6,7	7,6	7,6	6,7	71,5
Müdigkeit und Erschöpfung	Frauen	6,4	14,9	17,0	19,1	42,5
	Männer	9,6	11,0	17,8	5,5	56,2
	Gesamt	8,3	12,5	17,5	10,8	50,8
Gelenk-, Gliederschmerzen	Frauen	8,3	16,7	8,3	10,4	56,2
	Männer	9,6	8,2	11,0	13,7	57,5
	Gesamt	9,1	11,6	9,9	12,4	57,0
Erkältung, grippaler Infekt	Frauen	0,0	2,1	2,1	6,4	89,4
	Männer	0,0	0,0	2,7	5,5	91,8
	Gesamt	0,0	0,8	2,5	5,8	90,9
Krämpfe	Frauen	0,0	4,3	8,5	4,3	82,9
	Männer	1,4	4,2	5,6	8,3	80,6
	Gesamt	0,8	4,2	6,7	6,7	81,5

Tabelle 1: Auftretenshäufigkeit psychosomatischer Beschwerden (in %)

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht laut Mann-Whitney-U-Test lediglich bei der Beschwerde Kopfschmerzen (Signifikanz 0,012): Hier findet sich, dass Frauen signifikant häufiger davon betroffen sind als Männer.

Psychische Gesundheit. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit wurden Informationen zur Häufigkeit (Kategorien : immer, meistens, ziemlich oft, manchmal und nie) der Stimmungslagen

„sehr nervös“, „ruhig und gelassen“, „bedrückt und traurig“, „glücklich“, „voller Energie“ und „erschöpft“ in den letzten vier Wochen ermittelt.

44,1 Prozent (F: 52,1 %, M: 38,9 %) der Transitarbeiter/innen (N = 120) waren immer oder meistens **glücklich**, weitere 24,2 Prozent (F: 16,7 %, M: 29,2 %) ziemlich oft. Ein Viertel (G: 25,8 %, F: 25 %, M: 26,4 %) war zumindest manchmal glücklich, 5,8 Prozent (F: 6,2 %, M: 5,6 %) nie.

Immer oder meistens **ruhig und gelassen** war in den letzten vier Wochen rund die Hälfte (G: 50,9 %, F: 45,8 %, M: 54,2 %) der Transitarbeitskräfte (N = 120), ein weiteres Viertel (25 %) war es ziemlich oft. 20,8 Prozent (F: 27,1%, M: 16,7 %) waren zumindest manchmal ruhig und gelassen, 3,3 Prozent (F: 2,1 %, M: 4,2 %) niemals.

43,7 Prozent (F: 47,9 %, M: 40,9 %) der Teilnehmer/innen (N = 119) waren im betreffenden Zeitraum immer oder meistens **voller Energie** und zusätzliche 21,8 Prozent (F: 27,1 %, M: 18,3 %) ziemlich oft. Knapp ein Viertel (G: 24,4 %, F: 18,8 %, M: 28,2 %) war zumindest manchmal voller Energie, 10,1 Prozent (F: 6,2 %, M: 12,7 %) waren es nie.

13,4 Prozent (F: 18,8 %, M: 9,9 %) der Transitarbeiter/innen (N = 119) gaben an, während der letzten vier Wochen ziemlich oft **sehr nervös** gewesen zu sein, 37 Prozent (F: 35,4 %, M: 38 %) manchmal, 43,7 Prozent (F: 37,5 %, M: 47,9 %) nie. 5,9 Prozent (F: 8,3 %, M: 4,2 %) waren immer oder meistens sehr nervös.

Im letzten Monat waren 14,8 Prozent (F: 24,5 %, M: 8,2 %) der Transitarbeitskräfte (N = 121) immer oder meistens **bedrückt und traurig**, weitere 8,3 Prozent (F: 14,3 %, M: 4,2 %) ziemlich oft. Knapp die Hälfte (G: 48,8 %, F: 38,8 %, M: 55,6 %) gab an, manchmal bedrückt und traurig gewesen zu sein. 28,1 Prozent (F: 22,4 %, M: 31,9 %) waren es nie.

17,1 Prozent (F: 25 %, M: 11,6 %) der Teilnehmer/innen (N = 117) gaben an, im Vormonat ziemlich oft **erschöpft** gewesen zu sein, 53 Prozent (F: 45,8 %, M: 58 %) manchmal, 13,7 Prozent (F: 16,7 %, M: 11,6 %) nie. 16,3 Prozent (F: 12,5 %, M: 18,8 %) waren sogar meistens oder immer erschöpft.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht laut Mann-Whitney-U-Test nur in Bezug auf die Stimmungslage „bedrückt und traurig“ (Sign. 0,011). Es zeigt sich, dass Frauen subjektiv selbsteingeschätzt signifikant häufiger von Bedrücktheit und Traurigkeit betroffen sind als Männer.

Stress. Von den Transitarbeiter/innen (N = 118) leiden 13,6 Prozent (F: 19,1 %, M: 9,9 %) im Alltag oft unter Stress. Ab und zu leiden 44,9 Prozent (F: 48,9 %, M: 42,3 %) darunter; selten oder nie Stress haben dagegen 41,5 Prozent (F: 31,9 %, M: 47,9 %). Bei näherer Betrachtung der Werte zeigt sich, dass Frauen subjektiv selbsteingeschätzt häufiger von Stress betroffen sind als Männer. Dieser Unterschied ist laut Mann-Whitney-U-Test signifikant ($p = 0,035$).

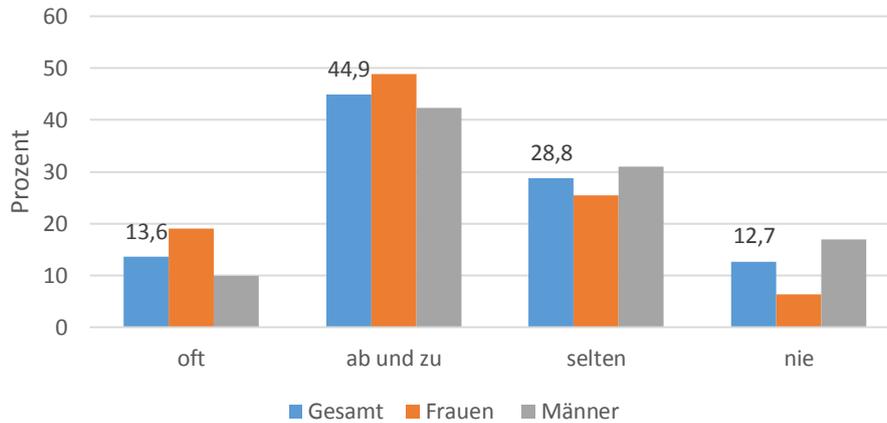


Abbildung 15: Stress im Alltag, N = 118 (in %)

Zusammenhang von Arbeit(slosigkeit) und Gesundheit. Die große Mehrheit der Transitarbeitskräfte (N = 120), nämlich insgesamt 89,2 Prozent (F: 93,7%, M: 86,2 %), stimmt der Aussage „Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu fühlen.“ eher bis voll zu. Nur 10,8 Prozent (F: 6,3 %, M: 13,9 %) stimmen diesbezüglich hingegen eher nicht bis gar nicht zu. Der Mittelwert (\bar{x}) beträgt hier 5,13 (F: 5,42, M: 4,94); ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern besteht laut Mann-Whitney-U-Test nicht.

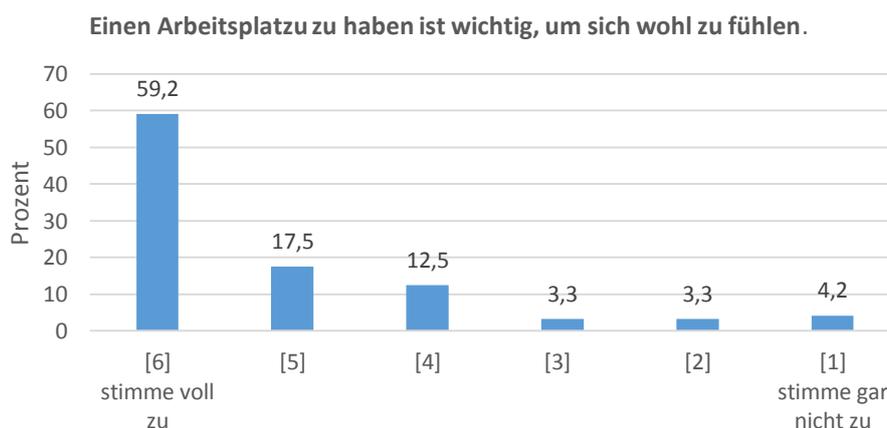


Abbildung 16: Zusammenhang von Arbeit(slosigkeit) & Wohlbefinden, N = 120 (in %)

Auch der Aussage „Wenn ich einen unbefristeten Arbeitsplatz hätte, würde es mit gesundheitlich besser gehen.“ wird von den Transitarbeiter/innen (N = 118) mehrheitlich (G: 76,3 %, F: 84,5 %, M: 71,3 %) eher bis voll zugestimmt, wobei der Mittelwert (\bar{x}) bei 4,5 (F: 4,82, M: 4,3) liegt.

Laut Mann-Whitney-U-Test ist von keinem signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern auszugehen.

4.3.3. Wie schätzen die Transitarbeiter/innen ihre Lebenszufriedenheit ein?

Die Analyse in puncto **Lebenszufriedenheit** umfasst die Bereiche »Momentane Lebenszufriedenheit« und »Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen«.

Momentane Lebenszufriedenheit. Die momentane Lebenszufriedenheit wird von den Transitarbeitskräften (N = 119) im Mittel (x) mit 4,18 (F: 4,15, M: 4,19) (d.h. mit eher zufrieden) subjektiv selbsteingeschätzt. Zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrer aktuellen Lebenssituation sind 40,3 Prozent (F: 42,5 %, M: 38,8 %) der Transitarbeiter/innen; 31,1 Prozent (F: 27,7 %, M: 33,3 %) sind damit eher zufrieden. Eine niedrige Lebenszufriedenheit (= Kategorien 3 bis 1: eher bis sehr unzufrieden mit dem momentanen Leben) findet sich bei 28,5 Prozent (F: 29,8 %, M: 27,8 %) der antwortenden Personen. Laut Mann-Whitney-U-Test besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern.

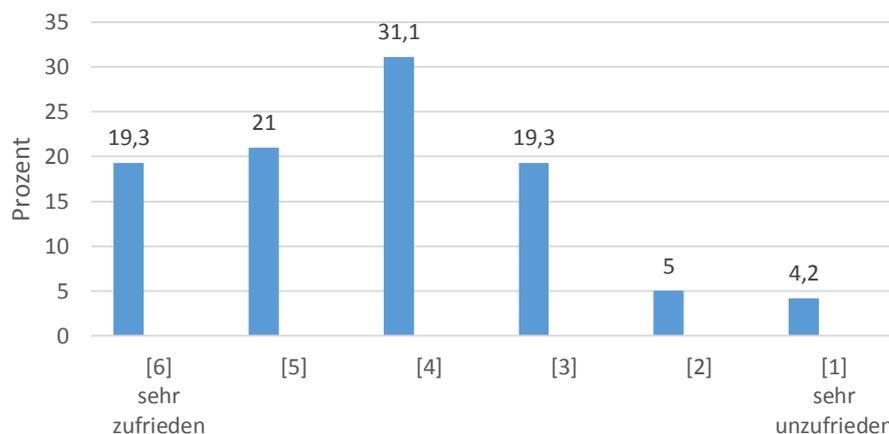


Abbildung 17: Momentane Lebenszufriedenheit, N = 118 (in %)

Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen. Die subjektive Zufriedenheit der Transitarbeitskräfte in Bezug auf ausgewählte Aspekte des Lebens wurde mittels einer sechsstufigen Ratingskala, mit den Polen (6) sehr zufrieden und (1) überhaupt nicht zufrieden, erfasst.

Mit ihrer **Gesundheit** eher bis sehr zufrieden sind 71,8 Prozent der Transitarbeiter/innen (N = 117); damit eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden sind dagegen 28,2 Prozent. Im Mittel (x) wurde die Zufriedenheit hier mit 4,22 (F: 4,21, M: 4,23) eingeschätzt.

In puncto **finanzielle Situation** sind 59,3 Prozent der Transitarbeiter/innen (N = 118) eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden; 40,7 Prozent geben dagegen an, damit eher bis sehr zufrieden zu sein. Der Mittelwert beträgt hier bei 3,13 (F: 3,40, M: 2,94).

Rund drei Viertel (76,3 %) der Teilnehmer/innen (N = 118) sind **mit sich selbst** eher bis sehr zufrieden; der Rest (23,7 %) ist dies eher nicht bis überhaupt nicht. Der Durchschnittswert (\bar{x}) liegt bei 4,36 (F: 4,40, M: 4,34).

Was die **berufliche Situation** betrifft, geben 59,4 Prozent der Transitmitarbeiter/innen (N = 116) an, eher bis sehr zufrieden zu sein; 40,6 Prozent sind damit dagegen eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden. Der Mittelwert beträgt in diesem Zusammenhang 3,72 (F: 3,96, M: 3,56).

Mit ihrer **Wohnsituation** sind 71,8 % Prozent der Transitarbeitskräfte (N = 117) eher bis sehr zufrieden und 28,2 Prozent sind eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden. Im Mittel (\bar{x}) wurde die Zufriedenheit in diesem Bereich mit 4,42 (F: 4,74, M: 4,20) angegeben.

Ihre **Freizeitgestaltung** betreffend sind rund drei Viertel (76,1 %) der Arbeiter/innen (N = 117) eher bis sehr zufrieden. Damit eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden sind dagegen 23,9 Prozent. Der Durchschnittswert (\bar{x}) liegt hier bei 4,46 (F: 4,40, M: 4,50).

81,3 Prozent der Teilnehmer/innen (N = 118) sind mit ihrem **Aussehen** eher bis sehr zufrieden. Nur knapp ein Fünftel (18,7 %) ist damit eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden. Der Mittelwert beträgt hier 4,54 (F: 4,37, M: 4,65).

In puncto **persönliche Beziehungen** geben knapp vier Fünftel (78,9 %) der Arbeitskräfte (N = 118) an, eher bis sehr zufrieden zu sein. Der Rest (20,1 %) ist in diesem Zusammenhang eher nicht bis überhaupt nicht zufrieden. Die Zufriedenheit wurde diesbezüglich im Mittel (\bar{x}) mit 4,53 (F: 4,38, M: 4,63) eingeschätzt.

Mit ihrer **Arbeitsfähigkeit** sind schließlich 81,4 Prozent der Teilnehmer/innen (N = 118) eher bis sehr zufrieden und 18,6 Prozent eher nicht bis nicht zufrieden. Der Durchschnittswert (\bar{x}) beträgt hier 4,83 (F: 4,94, M: 4,76).

Laut Mann-Whitney-U-Test besteht bei sämtlichen Aspekten kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern.

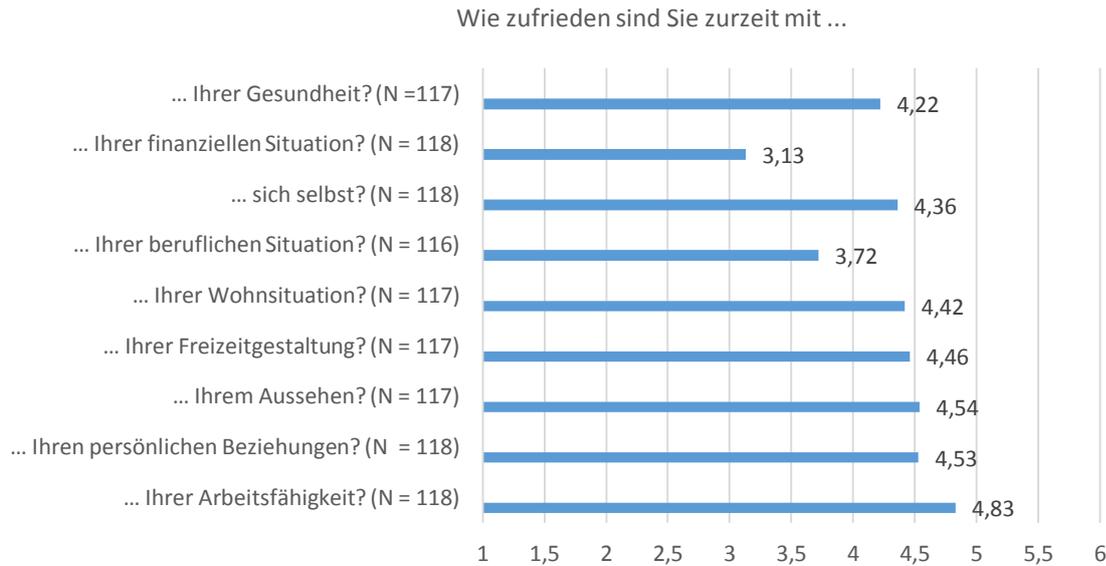


Abbildung 18: Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen (Mittelwerte)

4.3.4. Wie schätzen die Transitarbeiter/innen ihr Gesundheitsverhalten ein?

Die Analyse in puncto **gesundheitsrelevantes Verhalten** umfasst die Bereiche »Ernährungsverhalten«, »Gewichtstatus / Body Mass Index«, »Rauchverhalten«, »Alkoholkonsum«, »Vorsorgeuntersuchung«, »Bewegungsverhalten«, »Schlafdauer«, »Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsverhalten« und »Persönlicher Einfluss auf die Gesundheit«.

Ernährungsverhalten. Laut eigener Angabe sind 47,5 Prozent der Transitarbeitskräfte (N = 118) (F: 36,2 %, M: 55 %) mit ihrer Ernährungsweise zufrieden bis sehr zufrieden. Eher zufrieden sind 30,5 Prozent (F: 36,2 %, M: 26,8 %). 22,1 Prozent (F: 27,6 %, M: 18,3 %) sind dagegen eher unzufrieden bis sehr unzufrieden mit dem eigenen Ernährungsverhalten. Der Mittelwert in puncto Zufriedenheit beträgt 4,36 (F: 4,17, M: 4,49); ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht laut Mann-Whitney-U-Test nicht.

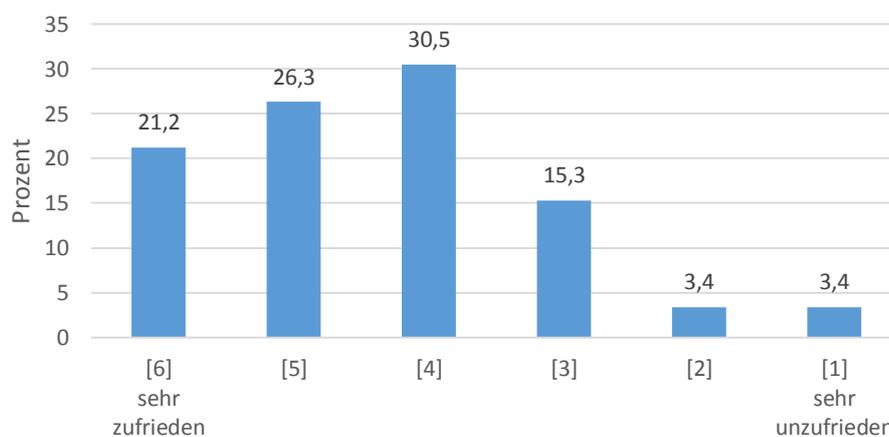


Abbildung 19: Zufriedenheit mit Ernährungsverhalten, N = 118 (in %)

Die Auswertung der Frage „Achten Sie auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung?“ (Ratingskala: 6= „Ja, sehr“ bis 1 = „Nein, überhaupt nicht“) ergibt einen Mittelwert von 4,23 (F: 4,32, M: 4,17). Auch in diesem Zusammenhang besteht laut Mann-Whitney-U-Test keine signifikante Differenz zwischen Frauen und Männern.

Gewichtstatus / Body Mass Index (BMI). Der individuelle BMI der Transitarbeiter/innen wurde aus den Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht ($\text{BMI} = \text{kg/m}^2$) berechnet und auf Basis des BMI-Referenzsystems der Weltgesundheitsorganisation in Untergewicht ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), Normalgewicht ($18,5 - 25 \text{ kg/m}^2$), Übergewicht (ab 25 kg/m^2) und Adipositas (ab 30 kg/m^2) klassifiziert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Bei der Betrachtung des Gewichtstatus zeigt sich, dass etwas mehr als die Hälfte der Transitarbeiter/innen (N = 110) (G: 52, 7 %, F: 41,9 %, M: 59,7 %) Normalgewicht hat. 7,3 Prozent (F: 14 %, M: 3 %) sind laut eigenen Angaben als untergewichtig, 24,5 Prozent (F: 23,3 %, M: 25,4 %) als übergewichtig und 15,5 Prozent (F: 20,9 %, M: 11,9 %) als adipös einzustufen.

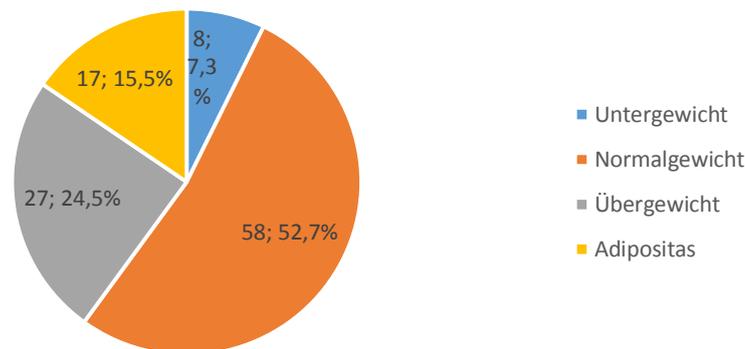


Abbildung 20: Gewichtstatus, N = 110 (Personenanzahl; %)

Rauchverhalten. In Bezug auf das Rauchverhalten zeigt sich, dass 70,8 Prozent der Transitarbeiter/innen (N = 120) (F: 65,3 %, M: 74,7 %) zumindest gelegentlich rauchen. Der Anteil der Transitarbeitskräfte, der täglich zur Zigarette greift, liegt bei 57,5 Prozent (F: 55,1 %, M: 59,2 %).

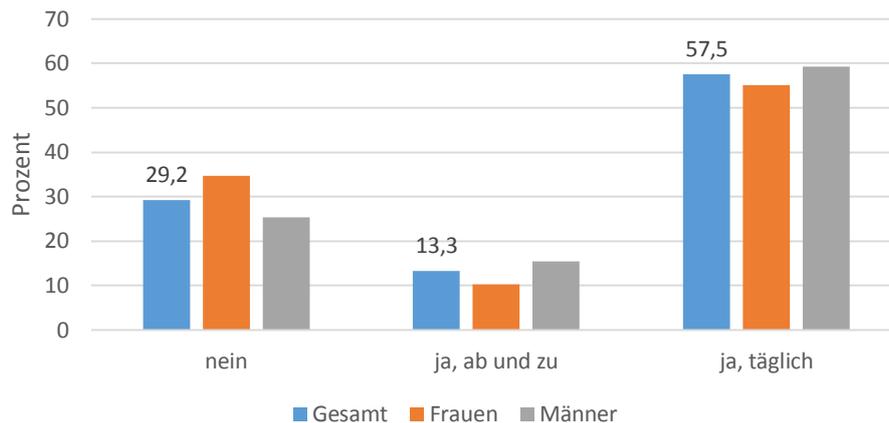


Abbildung 21: Rauchverhalten, N = 120 (in %)

Alkoholkonsum. Den aktuellen Alkoholkonsum betreffend findet sich, dass knapp mehr als ein Drittel der Transitarbeiter/innen (N = 119) (G: 34,5 %, F: 37,5 %, M: 32,4 %) nie Alkohol trinkt und 30,3 Prozent (F: 37,5 %, M: 25,4 %) lediglich einmal im Monat oder seltener Alkohol konsumieren. Regelmäßiger Alkoholkonsum findet sich dagegen bei etwas mehr als einem Drittel der Transitarbeitskräfte (G: 35,2 %, F: 25 %, M: 42,3 %). 10 Personen haben manchmal das Gefühl, dass sie weniger Alkohol trinken sollten.

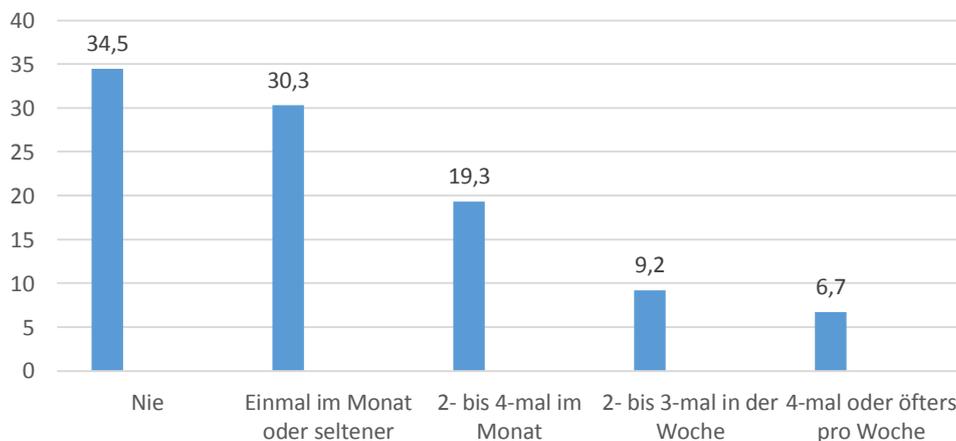


Abbildung 22: Alkoholkonsum, N = 119 (in %)

Vorsorgeuntersuchung. Knapp mehr als die Hälfte (55,1 %) der weiblichen, aber nur 30 Prozent der männlichen Transitarbeiter/innen (N = 119, G: 40,3 %) gehen laut eigener Angabe regelmäßig (d.h. einmal im Jahr) zur Vorsorgeuntersuchung. Laut Mann-Whitney-U-Test ist der Unterschied zwischen Frauen und Männer signifikant.

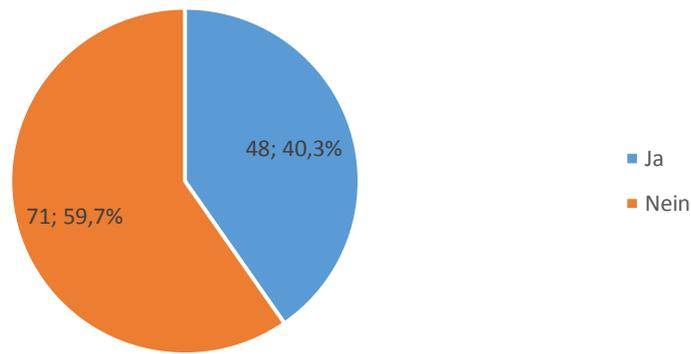


Abbildung 23: Regelmäßige Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung F & M, N = 119 (Personenanzahl; %)

Bewegungsverhalten. In Bezug auf das Bewegungsverhalten findet sich, dass etwa ein Drittel der Transitarbeitskräfte (N = 120) (G: 30 %, F: 32,7 %, M: 28,2 %) ein- bis zweimal pro Woche Sport bzw. körperliche Aktivitäten betreibt, bei denen es ins Schwitzen oder außer Atem kommt. Drei- bis sechsmal pro Woche oder sogar täglich tun dies 30,9 Prozent (F: 32,6 %, M: 29,6 %). 39,2 Prozent (F: 34,7 %, M: 42,3 %) geben hingegen an, nur ca. einmal Monat oder gar nie Sport zu machen bzw. sich körperlich anzustrengen.

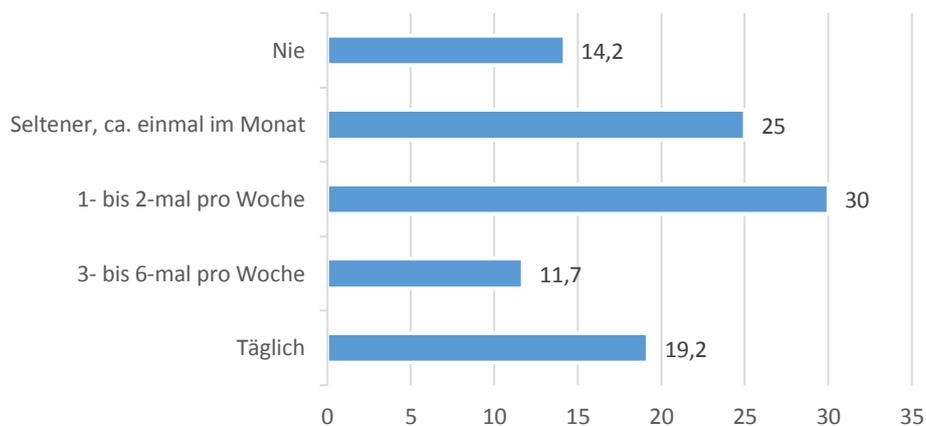


Abbildung 24: Bewegungsverhalten; N = 120 (in %)

Auf die offene Frage „Um welche Sportarten bzw. körperliche Aktivitäten handelt es sich dabei?“ wurden von den Transitarbeiter/innen am häufigsten Rad fahren (35 Nennungen), Laufen (18 Nennungen), Fußball spielen und Schwimmen (je 14 Nennungen) genannt. Danach folgen körperliche Arbeit (11 Nennungen), Wandern (9 Nennungen), Fitness, Gymnastik, Nordic Walking und Spazieren bzw. Gehen (je 4 Nennungen). Genannt wurden hier aber auch „exotischere“ Aktivitäten, wie etwa Geocaching und Kanu fahren.

Etwas weniger als die Hälfte der Transitarbeitskräfte (N = 118) (G: 47,4 %, F: 42,5 %, M: 50,7 %) ist in Hinblick auf ihr persönliches Bewegungsverhalten (Sport, körperliche Aktivitäten) zufrieden oder sehr zufrieden. 27,1 Prozent (F: 31,9 %, M: 23,9 %) sind eher zufrieden. Eher unzufrieden bis sehr unzufrieden mit dem eigenen Bewegungsverhalten ist dagegen rund ein Viertel der Arbeiter/innen (G: 25,4 %, F: 25,5 %, M: 25,3 %). Der Mittelwert beträgt 4,25 (F: 4,15, M: 4,32); ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht laut Mann-Whitney-U-Test nicht.

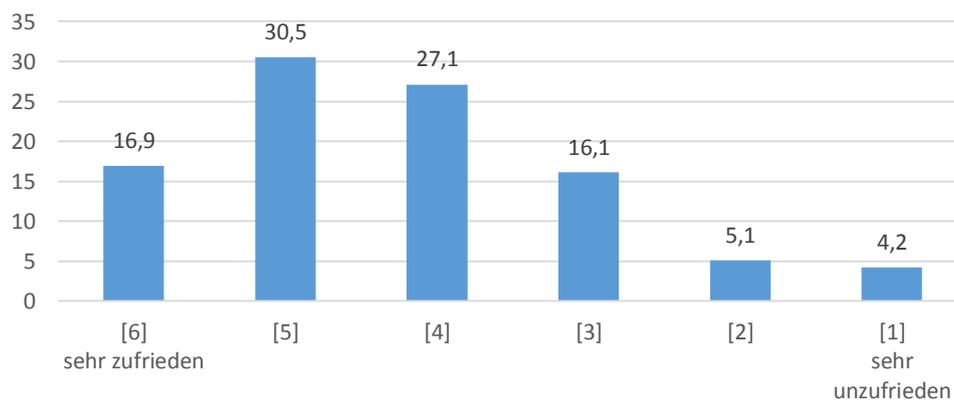


Abbildung 25: Zufriedenheit mit Bewegungsverhalten, N = 118 (in %)

Schlafdauer. Die tägliche Schlafdauer der Transitarbeiter/innen (N = 116) beträgt im Durchschnitt (\bar{x}) 6,87 Stunden (F: 7,04, M: 6,75). 82,7 Prozent (F: 87,2 %, M: 79,6 %) schlafen durchschnittlich zwischen sechs und acht Stunden, 12,1 Prozent (F: 8,6 %, M: 14,4 %) schlafen weniger als sechs Stunden und 5,3 Prozent (F: 4,2 %, M: 5,7 %) schlafen mehr als acht Stunden. Laut Mann-Whitney-U-Test besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern.

Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsverhalten. 44,6 Prozent (F: 44,9 %, M: 44,3 %) der Arbeiter/innen sind mit ihrem Gesundheitsverhalten (Ernährung, Rauchen, Alkohol, Bewegung, Schlaf, ...) insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden und 29,4 Prozent (F: 28,6 %, M: 30 %) eher zufrieden. Eher nicht zufrieden bis sehr unzufrieden ist dagegen rund ein Viertel der Arbeitskräfte (G: 26 %, F: 26,6 %, M: 25,8 %). Der Mittelwert (\bar{x}) in puncto Zufriedenheit liegt bei 4,22 (F: 4,22, M: 4,21); laut Mann-Whitney-U-Test liegt kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern vor.

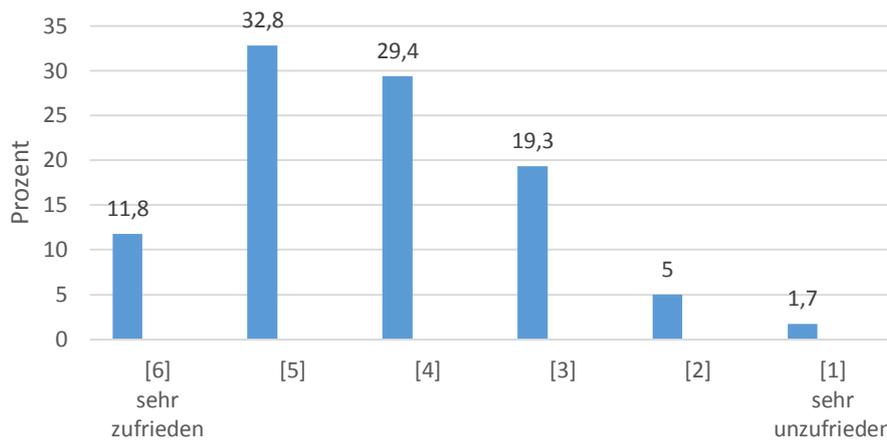


Abbildung 26: Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsverhalten, N = 119 (in %)

Im Zuge des letzten Fragebogenitems wurden die Transitarbeiter/innen schließlich noch darum gebeten, ihren **persönlichen Einfluss auf die eigene Gesundheit** einzuschätzen. Diesbezüglich glauben knapp drei Viertel (G: 73,5 %, F: 80,9 %, M: 68,6 %) der Transitarbeitskräfte (N = 117), dass sie persönlich viel bis sehr viel dazu beitragen können, um gesund zu sein bzw. zu bleiben und 15,4 Prozent (F: 10,6 %, M: 18,6 %) sind der Meinung, dass sie eher viel Einfluss auf ihre Gesundheit haben. 11,2 Prozent (F: 8,6 %, M: 12,9 %) vermuten dagegen, dass sie dahingehend über eher keinen bis gar keinen Einfluss verfügen. Der Mittelwert beträgt hier 4,89 (F: 5,04, M: 4,79); ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern bestehen laut Mann-Whitney-U-Test nicht.

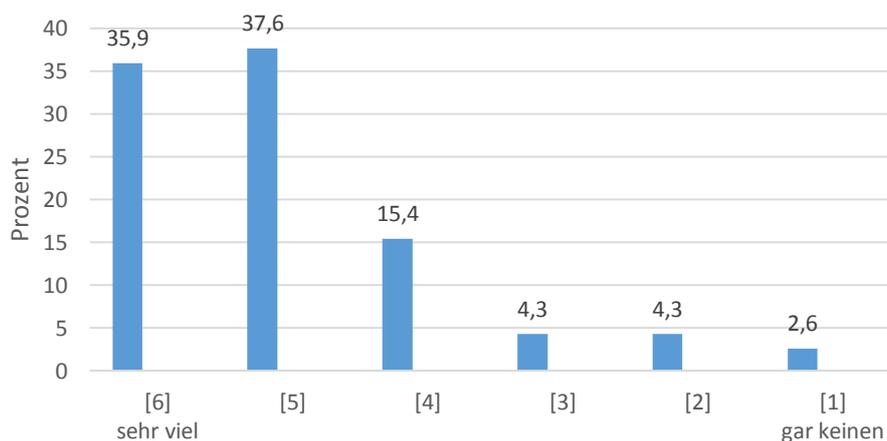


Abbildung 27: Persönlicher Einfluss auf die Gesundheit, N = 117 (in %)

5. Schlussbetrachtung

In diesem letzten Abschnitt wird nun noch rekapituliert und ein Blick auf mögliche weitere Forschung geworfen.

Ziel der Forschungsarbeit war es, einen Einblick in die gesundheitliche Situation von Transitarbeitskräften in Grazer Beschäftigungsbetrieben und –projekten zu gewinnen und herauszufinden, wie diese ihren Gesundheitszustand, ihre Lebenszufriedenheit und ihr Gesundheitsverhalten subjektiv selbsteinschätzen. Zur Realisation dieses Vorhabens bzw. zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine schriftliche Befragung (Fragebogenerhebung) durchgeführt, an der insgesamt 122 Transitarbeiter/innen aus acht Arbeitsmarktintegrationsunternehmen teilnahmen. Die Auswertung der erhobenen Daten, brachte dabei - kurz zusammengefasst und getrennt nach Fragestellungen dargestellt – unter anderem Folgendes zutage:

Wie schätzen die Transitarbeitskräfte ihren Gesundheitszustand ein?

Mehr als die Hälfte (60 %) der Transitarbeiter/innen bewertet ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen subjektiv mit gut (47 %) oder sehr gut (13 %). 30 Prozent schätzen ihn nur als mittelmäßig und 10 Prozent sogar als schlecht ein.

In Bezug auf mehrmals wöchentlich bzw. täglich auftretende psychosomatische Beschwerden findet sich, dass die Arbeiter/innen am häufigsten unter Rücken- und Kreuzschmerzen (23 %) leiden. Gleich dahinter folgen Einschlafprobleme (21%), Müdigkeit und Erschöpfung (21%), Nacken- und Schulter- (19 %), sowie Gelenk- und Gliederschmerzen (18 %). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch, dass 17 Prozent der Frauen mehrmals pro Woche oder sogar täglich Kopfschmerzen haben. Zudem sind 22 Prozent der Transitarbeiterinnen von Ängsten und 15 Prozent von Nervosität betroffen.

Wie schätzen die Transitarbeitskräfte ihre Lebenszufriedenheit ein?

Rund 40 Prozent der Transitarbeiter/innen sind mit ihrer momentanen Lebenssituation insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden und 31 Prozent eher zufrieden. Eine geringe Lebenszufriedenheit findet sich dagegen bei 29 Prozent.

Wie schätzen die Transitarbeitskräfte ihr Gesundheitsverhalten ein?

Knapp die Hälfte (48 %) der Transitarbeitskräfte gibt an, mit ihrer Ernährungsweise zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Eher zufrieden sind rund 30 Prozent; 22 Prozent sind dagegen eher unzufrieden bis sehr unzufrieden mit dem eigenen Ernährungsverhalten.

Bei der Betrachtung des Gewichtsstatus zeigt sich, dass etwas mehr als die Hälfte der Transit-
arbeiter/innen (53 %) Normalgewicht hat. 7 Prozent sind laut eigenen Angaben untergewichtig, 25
Prozent übergewichtig und 16 Prozent adipös.

Der Anteil der Raucher/innen unter den Transit-
arbeiter/innen ist sehr hoch. Es findet sich, dass
58 Prozent der Arbeitskräfte täglich rauchen. Gelegentlich zur Zigarette greifen weitere 13 Pro-
zent.

Die Vorsorgeuntersuchung nehmen insgesamt nur 40 Prozent (Frauen: 55 %, Männer: 30 %) der
Arbeiter/innen regelmäßig, d.h. einmal pro Jahr, in Anspruch.

39 Prozent der befragten Personen geben an, nur ca. einmal im Monat oder gar nie Sport zu
machen bzw. sich körperlich anzustrengen. 30 Prozent betreiben dagegen ein- bis zweimal und
weitere 31 Prozent sogar drei- bis siebenmal wöchentlich Sport bzw. körperliche Aktivitäten, bei
denen sie ins Schwitzen oder außer Atem kommen. Am beliebtesten sind in diesem Zusammen-
hang die Aktivitäten Rad fahren, Laufen, Fußball spielen und Schwimmen und Wandern.

45 Prozent der Transit-
arbeitskräfte sind mit ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten (Ernährung,
Rauchen, Alkohol, Bewegung, Schlaf, ...) insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden und 30 Prozent
eher zufrieden. Ein Viertel gibt dagegen an, eher nicht bis gar nicht zufrieden mit dem eigenen
Gesundheitsverhalten zu sein.

Die schriftliche Befragung ergab auch, dass knapp 90 Prozent der Arbeiter/innen der Ansicht
sind, dass sie persönlich eher viel bis sehr viel dazu beitragen können, um gesund zu sein bzw.
zu bleiben. Nur rund 10 Prozent vermuten dagegen, dass sie dahingehend über eher keinen bis
gar keinen Einfluss verfügen.

Alles in allem gewähren die gewonnenen Ergebnisse einen aufschlussreichen Einblick in die
gesundheitliche Lage der befragten Transit-
arbeiter/innen. Sie weisen zudem auf Problemlagen
hin und zeigen so gleichzeitig mögliche Anknüpfungspunkte für zielgruppenspezifische Gesund-
heitsförderungsmaßnahmen auf.

In Bezug auf weitere Forschung wäre u.a. denkbar, die Befragung auf die gesamte Steiermark
(bzw. sogar auf ganz Österreich) auszuweiten. Bei einer größeren Stichprobe könnte dann auch
überprüft werden, ob sich hinsichtlich diverser soziodemografischer Variablen (wie z.B. Alter,
Migrationshintergrund, höchste abgeschlossene Ausbildung) Unterschiede in der Selbsteinschät-
zung der gesundheitlichen Situation zeigen.

Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell (Blümel 2010).....	12
Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren / Whitehead 2007, S. 20).....	13
Abbildung 3: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (nach Mielck 2000, S. 173; entnommen aus Lenzen 2008, S. 40).....	16
Abbildung 4: „Circulus vitiosus“ von Arbeitslosigkeit und Gesundheit (Hollederer 2008, S. 29)	24
Abbildung 5: Geschlechtsverteilung, N = 122 (Personenanzahl; %).....	40
Abbildung 6: Altersklassen, N = 121 (in %).....	40
Abbildung 7: Aktuelle Lebensform, N = 119 (Personenanzahl; %)	41
Abbildung 8: Kinderanzahl, N = 119 (in %).....	41
Abbildung 9: Staatsbürgerschaft, N = 122 (Personenanzahl; %).....	42
Abbildung 10: Höchste abgeschlossene Ausbildung, N = 114 (in %)	42
Abbildung 11: Tätigkeit vor der letzten Arbeitslosigkeit, N = 112 (Personenanzahl; %).....	43
Abbildung 12: Arbeitslosigkeitsdauer, N = 109 (in %).....	43
Abbildung 13: Allgemeiner Gesundheitszustand, N = 122 (in %)	44
Abbildung 14: Psychosomatische Beschwerden (mehrmals wöchentlich oder täglich) (in %)	45
Abbildung 15: Stress im Alltag, N = 118 (in %).....	48
Abbildung 16: Zusammenhang von Arbeit(losigkeit) & Wohlbefinden, N = 120 (in %).....	48
Abbildung 17: Momentane Lebenszufriedenheit, N = 118 (in %).....	49
Abbildung 18: Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen (Mittelwerte)	51
Abbildung 19: Zufriedenheit mit Ernährungsverhalten, N = 118 (in %)	51
Abbildung 20: Gewichtsstatus, N = 110 (Personenanzahl; %).....	52
Abbildung 21: Rauchverhalten, N = 120 (in %)	53
Abbildung 22: Alkoholkonsum, N = 119 (in %).....	53
Abbildung 23: Regelmäßige Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung F & M, N = 119 (Personenanzahl; %)	54
Abbildung 24: Bewegungsverhalten; N = 120 (in %)	54
Abbildung 25: Zufriedenheit mit Bewegungsverhalten, N = 118 (in %)	55
Abbildung 26: Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsverhalten, N = 119 (in %).....	56
Abbildung 27: Persönlicher Einfluss auf die Gesundheit, N = 117 (in %).....	56
Tabelle 1:Auftretenshäufigkeit psychosomatischer Beschwerden (in %)	46

Literaturverzeichnis

Adamy, Wilhelm (o.J.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Präventionspotentiale nicht ausgeschöpft. Online verfügbar unter: <http://www.dgb.de/themen/++co++7eb71424-252c-11df-6eae-001ec9b03e44> [25.05.2014]

Altgeld, Thomas / Kolip, Petra (2010): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 45-56.

AMS (2013a): Bundesrichtlinie für die Förderung Sozialökonomischer Betriebe (SÖB). Online verfügbar unter: http://www.ams.at/_docs/001_soeb_RILI.pdf [23.02.2014].

AMS (2013b): Bundesrichtlinie für die Förderung Gemeinnütziger Beschäftigungsprojekte (GBP). Online verfügbar unter: http://www.ams.at/_docs/001_gbp_RILI.pdf [23.02.2014]

AMS (2014a): Sozialökonomische Betriebe (SÖB) und Gemeinnützige Beschäftigungsbetriebe (GBP). Online verfügbar unter: http://www.ams.at/_docs/900_soeb_und_gbp.pdf [22.02.2014]

AMS (2014b): Wichtige Partner des AMS Steiermark. Online verfügbar unter: http://www.ams.at/stmk/ueber_ams/15163.html [23.02.2014]

AMS (o.J.): Begriffsdefinitionen und Abkürzungen. Online verfügbar unter: http://www.ams.at/_docs/001_Begriffe_Abkuerzungen.pdf [15.04.2014]

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag.

bbs – Netzwerk Beschäftigungsbetriebe Steiermark (2014): SNB – Stundenweise Niederschwellige Beschäftigung. Online verfügbar unter: <http://www.bbsnet.at/bbs-netzwerk/projekte.html> [27.04.2014]

bdv austria - Bundesdachverband für Soziale Unternehmen (2014a): Soziale Integrationsunternehmen. Online verfügbar unter: <http://www.bdv.at/fragen-antworten/soziale-integrationsunternehmen/> [22.02.2014]

bdv austria (2014b): Soziale Unternehmen. Online verfügbar unter: <http://www.bdv.at/bdv-austria/soziale-unternehmen/> [22.02.2014].

bdv austria (2014c): Zweiter Arbeitsmarkt. Online verfügbar unter: <http://www.bdv.at/fragen-antworten/zweiter-arbeitsmarkt/> [23.02.2014]

bdv austria (2014d): TransitmitarbeiterInnen. Online verfügbar unter: <http://www.bdv.at/fragen-antworten/transitmitarbeiterinnen/> [22.04.2014]

Becker, Peter (2006): Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo. S. 13-15.

Bengel, Jürgen (o.J.): Salutogenese. Online verfügbar unter: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/salutogenese/> [08.03.2010]

Blümel, Stephan (2010): Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter:

<http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=dbb138f51cef6160bd09ad5cd543db0c&id=angebote&idx=140> [08.03.2014]

BMASK (Hrsg.) (2012): Aktive Arbeitsmarktpolitik in Österreich 1994 – 2012. Online verfügbar unter: http://www.ams.at/_docs/001_Aktive_Arbeitsmarktpolitik.pdf [22.02.2014]

Brosskamp-Stone, U. / Conrad, G. / Geiger, A. / Kickenbusch, I. / Krech, R. / Scheiber, A. / Schlosser, L.E. / Schmidt, W. / Trojan, A. / Yoder, W. (2002): Autorisierte deutsche Fassung der „Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century“. Online verfügbar unter: http://www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm [23.03.2014]

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Der Body-Mass-Index. Online verfügbar unter: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Der_Body-Mass-Index_HK.html [14.07.2014]

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.

Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

Dahlgren, Göran / Whitehead, Margaret (2007): European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Online verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf [23.03.2014]

Egger-Subotitsch, Andrea / Kerschbaumer, Sandra / Liebeswar, Claudia / Binder, Jacqueline (2013): Praxishandbuch Gesundheitsförderung für Erwerbstätige und Arbeitslose. Theorie und Praxis der Steigerung, Erhaltung und Wiederherstellung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Online verfügbar unter: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/AMS_IH_Gesundheit.pdf [25.05.2014]

ENWHP - Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2007): Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Online verfügbar unter: <https://www.wko.at/Content.Node/Profitness/Uns-geht-s-gut---Betriebliche-Gesundheitsfoerderung/LuxemburgerDeklaration.pdf> [11.05.2014]

Faller, Gudrun (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag.

Faltermaier, Toni (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

FGÖ - Fonds gesundes Österreich (2005a): Gesundheits-Krankheitskontinuum. Online verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/gesundheitskrankheits-kontinuum> [09.03.2014]

FGÖ (2005b): Salutogenese. Online verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/salutogenese> [09.03.2014]

FGÖ (2005c): Ottawa Charta. Online verfügbar unter: http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/copy_of_plonearticle.2005-08-19.1439819735 [21.04.2014]

FGÖ (2005d): Setting, Settings, Lebenswelten, Settingansatz. Online verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?view=setting> [21.04.2014].

Fousek, Stephan / Domittner, Brigitte / Nowak, Peter (2012): Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Franzkowiak, Peter / Homfeld, Hans Günther / Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Green, Jackie / Tones, Keith (2010): Health Promotion. Planning and Strategies. Second edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE.

Grobe, Thomas G. / Schwartz, Friedrich W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin: Robert Koch-Institut.

Grossmann, Ralph / Scala, Klaus (2006): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo. S. 205-206.

Gürtl, Karheinz (2013): Transitarbeitskräfte und ihr soziales Umfeld. Selbsteinschätzung zur Lebenszufriedenheit und sozialer Unterstützung von Transitarbeitskräften der St:WUK. Diplomarbeit: FH Joanneum.

Hausberger, Astrid (2014): „Win-Win-Win“: Gesundheit im Arbeitsalltag verankern. In: ISOP (Hrsg.): ISOTOPIA – Forum für gesellschaftspolitische Alternativen, 2014/83. Online verfügbar unter: <http://www.isop.at/wp-content/uploads/ISOTOPIA-Gesundheitsfoerderung.pdf> [11.05.2014]

Heigl, Christoph (o.J.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter: <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.701059&action=2&viewmode=content> [11.05.2014]

Hollederer, Alfons (2008): Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. In: Praktische Arbeitsmedizin 2008; 12. S. 29-32.

Hollederer, Alfons (2010): ... und die, die draußen sind? Gesundheitsförderung für Arbeitslose. In: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. S. 275-281.

Hollederer, Alfons / Brand, Helmut (2006) (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.

Homfeldt, Hans Günther / Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Hradil, Stefan (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Hurrelmann, Klaus / Richter, Matthias (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 33-53.

Hurrelmann, Klaus (2006): Determinanten von Gesundheit. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo. S. 26-28.

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarbeitete Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, Klaus / Franzkowiak, Peter (2006): Gesundheit. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo. S. 52-55.

Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (2010): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 13-23.

Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Razum, Oliver (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Hurrelmann, Klaus / Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz, Juventa.

Hurrelmann, Klaus / Richter, Matthias (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften..

ISOP (Hrsg.) (2014): ISOTOPIA – Forum für gesellschaftspolitische Alternativen, 2014/83. Online verfügbar unter: <http://www.isop.at/wp-content/uploads/ISOTOPIA-Gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf> [11.05.2014]

ISOP (o.J.): Projekt. Online verfügbar unter: <http://gesundheitsprojekt.isop.at/projekt> [11.05.2014]

Jahoda, Marie / Lazarsfeld, Paul / Zeisel, Hans (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal: ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit; mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kickbusch, Illona (2006): Die veränderte Sicht auf Gesundheit: Die neuen Dimensionen des Gesundheitsbegriffes. Online verfügbar unter: <http://www.gesundheitsgesellschaft.de/die-gesundheitsgesellschaft/kapitel-2/index.shtml> [20.03.2014]

Kickbusch, Illona / Engelhardt, Katrin (2009): Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: Meyer, Katharina (Hrsg.): Gesundheit in der Schweiz: nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Verlag Hans Huber. S. 19-33.

Kieselbach, Thomas / Beelmann, Gert (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Holleederer, Alfons / Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber. S. 13-34.

Kieselbach, Thomas / Beelmann, Gert / Jeske, Debora (2006): Sozialer Konvoi in beruflichen Transitionen: Ein Beitrag zu einem neuen europäischen Sozialmodell für die Begleitung in beruflichen Umbrüchen. In: Holleederer, Alfons / Brand, Helmut (2006) (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber. S. 137-156.

Klemperer, David (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber..

Klimont, Jeanette / Ihle, Petra / Baldaszi, Erika / Kytir, Josef (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: Statistik Austria.

Kohler, Martin / Ziese, Thomas (2004): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: Robert Koch-Institut.

Korn, Karin / Pichler, Birgit / Wiesinger, Maria (2009): Ohne Arbeit bei schlechter Gesundheit? – Grundlagen und Ansätze zur Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen im arbeitsmarktpolitischen Setting. In: Wesenauer, Andrea / Sebinger, Sarah (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Online verfügbar unter: http://www.lzg-bayern.de/tl_files/catalog_upload/rk_aktiv_100610_linz_tagungsband.pdf [11.05.2014]

Korn, Karin / Pichler, Birgit / Willerstorfer, Theresa / Hager, Isabella (2009): Kurzfassung Gesundheitsbericht. Ohne Arbeit bei schlechter Gesundheit? Gesundheitszustand, -verhalten und -bedürfnisse Arbeit suchender Menschen in Wien. Online verfügbar unter: http://www.gfb.or.at/uploads/media/Gesundheitsbericht_Arbeitssuchender_in_Wien_Kurz-Printversion.pdf [25.05.2014]

Kroll, Lars E. / Lampert, Thomas (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. In: GBE kompakt 3 (1). Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_1_Arbeitslosigkeit_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile [25.05.2014]

Kromrey, Helmut (2002): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen: Leske + Budrich.

Kuhn, Karl (2010): Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag.

Lampert, Thomas / Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.

Lenzen, Jochen (2008): Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern: Möglichkeiten und Nutzen von Netzwerken. Hamburg: Diplomica-Verlag.

Leppin, Anja (2007): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. S. 31-40.

Ludwig Boltzmann Institut (Hrsg.) (2007): Auswertung der im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zur LehrerInnengesundheit: Modul 1A und Modul 1B. Online verfügbar unter: http://lbimngs-archiv.lbg.ac.at/berichte/WPM_07B2.pdf [09.06.2014]

Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.

Mielck, Andreas (2006): Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit. In: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo. S. 213-216.

Mielck, Andreas / Bloomfeld, Kim (Hrsg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Mielck, Andreas / Helmert, Uwe (2006): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 603-625.

Naidoo, Jennie / Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

ÖSB Consulting (Hrsg.) (2009): Kurzfassung Gesundheitsbericht: Ohne Arbeit bei schlechter Gesundheit? Gesundheitszustand, -verhalten und -bedürfnisse Arbeit suchender Menschen in Wien. Online verfügbar unter: http://www.gfb.or.at/uploads/media/Gesundheitsbericht_Arbeitsuchender_in_Wien_KurzPrintversion.pdf [09.06.2014]

ÖSB Consulting (2013): Kommunikationsprojekt Gesundheit fördert Beschäftigung. Online verfügbar unter: http://www.gfb.or.at/uploads/media/Projektsteckbrief_HP_SaSch_V1_13-04-18_01.pdf [11.05.2014]

Pichler, Birgit (2008): Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen. In: Spicker, Ingrid (Hrsg.): Gesundheitsförderung stärken: kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas.

Saurugg-Radl, Rainer (2014): Gesundheitsförderung am 2. Arbeitsmarkt. . In: ISOP (Hrsg.): ISOTOPIA – Forum für gesellschaftspolitische Alternativen, 2014/83. Online verfügbar unter:

<http://www.isop.at/wp-content/uploads/ISOTOPIA-Gesundheitsfoerderung.pdf>
[11.05.2014]

Spicker, Ingrid (Hrsg.) (2008): Gesundheitsförderung stärken: kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas.

Statistik Austria (Hrsg.) (2007a): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2005. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (Hrsg.) (2007b): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006 / 2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Online verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457
[09.06.2014]

Statistik Austria (2014): Arbeitslose (nationale Definition). Online verfügbar unter: http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitslose_arbeitssuchende/arbeitslose_nationale_definition/index.html [15.04.2014]

Unfried, Jürgen (2012): „Gesundheits- und altersgerecht Arbeiten in Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten und Sozialökonomischen Betrieben in Wien“. Abschlussbericht/Handbuch. Online verfügbar unter: www.sopol.at/get_file.php?id=1341 [11.05.2014]

Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Weber, Friederike (2009): Evaluation (f)itworks. Zusammenfassung. Online verfügbar unter: <http://www.pro-spect.at/docs/Zusammenfassung%20%28f%29itworks.pdf> [11.05.2014]

Weber, Andreas / Hörmann, Georg / Heipertz, Walther (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: Deutsches Ärzteblatt 43/104. Online verfügbar unter: <http://data.aerzteblatt.de/pdf/104/43/a2957.pdf> [25.05.2014]

Wesenauer, Andrea / Sebinger, Sarah (Hrsg.) (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Online verfügbar unter: http://www.lzg-bayern.de/tl_files/catalog_upload/r/rk_aktiv_100610_linz_tagungsband.pdf [11.05.2014]

Weyers, Simone / Richter, Matthias (2010): Prävention sozialer Ungleichheiten. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

WHO (1948): WHO definition of Health. Online verfügbar unter: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [20.02.2014]

WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Online verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
[25.05.2014]

WHO (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter: <http://www.kindergesundheitsfoerderung.de/Daten/Dokumente/InformationenundMaterialien/Gesundheitsfoerderung/GlossarGesundheitsfoerderung.pdf> [21.01.2014]

Wosnitza, Marold / Jäger, Reinhold S. (Hrsg.) (2006): Daten erfassen, auswerten und präsentieren - aber wie? eine elementare Einführung in sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden, Statistik, computerunterstützte Datenanalyse und Ergebnispräsentation. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

Anhang

Fragebogen

zur gesundheitlichen Situation von Transitarbeitskräften

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

Ich freue mich sehr, dass Sie an meiner Gesundheitsbefragung, die ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft der Karl-Franzens-Universität Graz durchführe, teilnehmen!

Ziel der Befragung ist es, einen Einblick in die gesundheitliche Situation von Transitarbeiterinnen und Transitarbeitern zu bekommen.

Hinweise zum Ausfüllen:

- Der Fragebogen ist anonym und Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt.
- Lesen Sie sich bitte alle Fragen genau durch und beantworten Sie alle Fragen vollständig.
- Kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.

Beispiel:

Wie oft waren Sie in den letzten vier Wochen ...	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	nie
... glücklich	①	<input checked="" type="radio"/>	③	④	⑤

- Bei einigen Fragen sind Zahlen oder Worte in die vorgegebenen Felder einzutragen.

Beispiele:

Wie alt sind Sie? 36 Jahre

Wo sind Sie geboren? ① in Österreich

in einem anderen Land: SLOWENIEN

- Antworten Sie spontan und ehrlich, denn es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Barbara Goldgruber

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne unter der E-Mail-Adresse 05goldgb@edu.uni-graz.at zur Verfügung!

Fragen zur Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Lebenszufriedenheit:

13. Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit ganz allgemein ein?

sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht
⑤	④	③	②	①

14. Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben?

sehr zufrieden					sehr unzufrieden
⑥	⑤	④	③	②	①

15. Wie oft hatten Sie in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

	fast jeden Tag	mehr- mals pro Woche	fast jede Woche	fast jeden Monat	selten	nie
Kopfschmerzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Magen-, Bauchschmerzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Rücken-, Kreuzschmerzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Fühle mich allgemein schlecht.	①	②	③	④	⑤	⑥
Bin gereizt oder schlecht gelaunt.	①	②	③	④	⑤	⑥
Fühle mich nervös.	①	②	③	④	⑤	⑥
Kann schlecht einschlafen.	①	②	③	④	⑤	⑥
Fühle mich benommen, schwindelig.	①	②	③	④	⑤	⑥
Nacken-, Schulterschmerzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Ängste	①	②	③	④	⑤	⑥
Müdigkeit und Erschöpfung	①	②	③	④	⑤	⑥
Gelenk-, Gliederschmerzen	①	②	③	④	⑤	⑥
Erkältung, grippaler Infekt	①	②	③	④	⑤	⑥
Krämpfe	①	②	③	④	⑤	⑥

16. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen ...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	nie
... sehr nervös?	⑤	④	③	②	①
... ruhig und gelassen?	①	②	③	④	⑤
... bedrückt und traurig?	⑤	④	③	②	①
... glücklich?	①	②	③	④	⑤
... voller Energie?	①	②	③	④	⑤
... erschöpft?	⑤	④	③	②	①

17. **Leiden Sie im Alltag unter Stress?**

- ① Oft ② Ab und zu ③ Selten ④ Nie

18. **Bitte geben Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen:**

	stimme voll zu					stimme gar nicht zu
Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu fühlen.	⑥	⑤	④	③	②	①
Wenn ich einen unbefristeten Arbeitsplatz hätte, würde es mir gesundheitlich besser gehen.	⑥	⑤	④	③	②	①

19. **Wie zufrieden sind sie zurzeit ...**

	sehr zufrieden					überhaupt nicht zufrieden
... mit Ihrer Gesundheit?	⑥	⑤	④	③	②	①
... mit Ihrer finanziellen Situation?	⑥	⑤	④	③	②	①
... mit sich selbst?	⑥	⑤	④	③	②	①
... mit Ihrer beruflichen Situation?	⑥	⑤	④	③	②	①
... mit Ihrer Wohnsituation?	⑥	⑤	④	③	②	①
... mit Ihrer Freizeitgestaltung?	⑥	⑤	④	③	②	①
... mit Ihrem Aussehen?	⑥	⑤	④	③	②	①
... mit Ihren persönlichen Beziehungen?	⑥	⑤	④	③	②	①
... mit der Unterstützung durch Freunde, Bekannte und Verwandte?	⑥	⑤	④	③	②	①
... Ihrer Arbeitsfähigkeit?	⑥	⑤	④	③	②	①

Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten:

20. **Achten Sie auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung?**

Ja, sehr

Nein, überhaupt nicht

⑥	⑤	④	③	②	①
---	---	---	---	---	---

21. **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ernährungsweise?**

sehr zufrieden

sehr unzufrieden

⑥	⑤	④	③	②	①
---	---	---	---	---	---

22. **Wie groß sind Sie?** _____ cm

Wie viel wiegen Sie? _____ kg

Statistisches

Test auf Normalverteilung

Übersicht über Hypothesentest

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von Alter ist normal mit Mittelwert 39,74 und Standardabweichung 12,35.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,079	Nullhypothese behalten.
2	Die Verteilung von Geschlecht ist normal mit Mittelwert 1,60 und Standardabweichung 0,49.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
3	Die Verteilung von Lebensform ist normal mit Mittelwert 2,06 und Standardabweichung 1,05.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
4	Die Verteilung von Kinderanzahl ist normal mit Mittelwert 0,94 und Standardabweichung 1,24.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
5	Die Verteilung von Personen im Haushalt ist normal mit Mittelwert 2,21 und Standardabweichung 1,35.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
6	Die Verteilung von Staatsbürgerschaft ist normal mit Mittelwert 1,25 und Standardabweichung 0,44.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
7	Die Verteilung von Geburtsland ist normal mit Mittelwert 1,34 und Standardabweichung 0,48.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
8	Die Verteilung von Höchste abgeschlossene Ausbildung ist normal mit Mittelwert 2,58 und Standardabweichung 1,40.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
9	Die Verteilung von Tätigkeit vor Arbeitslosigkeit ist normal mit Mittelwert 2,96 und Standardabweichung 2,02.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
10	Die Verteilung von Dauer der Arbeitslosigkeit in Monaten ist normal mit Mittelwert 25,61 und Standardabweichung 28,05.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
11	Die Verteilung von Haushaltsnettoeinkommen ist normal mit Mittelwert 2,36 und Standardabweichung 1,36.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.

Asymptotische Signifikanzen werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

12	Die Verteilung von Wochenarbeitszeit in Stunden ist normal mit Mittelwert 35,23 und Standardabweichung 5,73.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
13	Die Verteilung von Gesundheitszustand allgemein ist normal mit Mittelwert 3,63 und Standardabweichung 0,84.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
14	Die Verteilung von Lebenszufriedenheit allgemein ist normal mit Mittelwert 4,18 und Standardabweichung 1,32.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,004	Nullhypothese ablehnen.
15	Die Verteilung von Kopfschmerzen ist normal mit Mittelwert 4,55 und Standardabweichung 1,26.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
16	Die Verteilung von Magen-, Bauchschmerzen ist normal mit Mittelwert 4,74 und Standardabweichung 1,33.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
17	Die Verteilung von Rücken-, Kreuzschmerzen ist normal mit Mittelwert 3,81 und Standardabweichung 1,67.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
18	Die Verteilung von Fühle mich allgemein schlecht. ist normal mit Mittelwert 4,70 und Standardabweichung 1,33.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
19	Die Verteilung von Bin gereizt oder schlecht gelaunt. ist normal mit Mittelwert 4,51 und Standardabweichung 1,26.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
20	Die Verteilung von Fühle mich nervös. ist normal mit Mittelwert 4,61 und Standardabweichung 1,33.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
21	Die Verteilung von Kann schlecht einschlafen. ist normal mit Mittelwert 4,35 und Standardabweichung 1,59.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.

22	Die Verteilung von Fühle mich benommen, schwindelig. ist normal mit Mittelwert 4,91 und Standardabweichung 1,30.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
23	Die Verteilung von Nacken-, Schulterschmerzen ist normal mit Mittelwert 4,05 und Standardabweichung 1,77.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
24	Die Verteilung von Ängste ist normal mit Mittelwert 4,67 und Standardabweichung 1,56.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
25	Die Verteilung von Müdigkeit und Erschöpfung ist normal mit Mittelwert 4,01 und Standardabweichung 1,57.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
26	Die Verteilung von Gelenk-, Gliederschmerzen ist normal mit Mittelwert 4,31 und Standardabweichung 1,70.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
27	Die Verteilung von Erkältung, gripplaler Infekt ist normal mit Mittelwert 5,18 und Standardabweichung 0,72.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
28	Die Verteilung von Krämpfe ist normal mit Mittelwert 5,10 und Standardabweichung 1,15.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
29	Die Verteilung von sehr nervös ist normal mit Mittelwert 1,86 und Standardabweichung 1,00.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
30	Die Verteilung von ruhig und gelassen ist normal mit Mittelwert 2,62 und Standardabweichung 1,07.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
31	Die Verteilung von bedrückt und traurig ist normal mit Mittelwert 2,14 und Standardabweichung 1,07.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.

32	Die Verteilung von glücklich ist normal mit Mittelwert 2,80 und Standardabweichung 1,14.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
33	Die Verteilung von voller Energie ist normal mit Mittelwert 2,85 und Standardabweichung 1,25.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
34	Die Verteilung von erschöpft ist normal mit Mittelwert 2,38 und Standardabweichung 0,97.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
35	Die Verteilung von Leiden Sie im Alltag unter Stress? ist normal mit Mittelwert 2,41 und Standardabweichung 0,88.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
36	Die Verteilung von Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu fühlen. ist normal mit Mittelwert 5,13 und Standardabweichung 1,35.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
37	Die Verteilung von Wenn ich einen unbefristeten Arbeitsplatz hätte würde es mir gesundheitlich besser gehen. ist normal mit Mittelwert 4,50 und Standardabweichung 1,66.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
38	Die Verteilung von mit Ihrer Gesundheit ist normal mit Mittelwert 4,22 und Standardabweichung 1,47.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
39	Die Verteilung von mit Ihrer finanziellen Situation ist normal mit Mittelwert 3,13 und Standardabweichung 1,52.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,026	Nullhypothese ablehnen.
40	Die Verteilung von mit sich selbst ist normal mit Mittelwert 4,35 und Standardabweichung 1,32.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.

41	Die Verteilung von mit Ihrer beruflichen Situation ist normal mit Mittelwert 3,72 und Standardabweichung 1,59.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,003	Nullhypothese ablehnen.
42	Die Verteilung von mit Ihrer Wohnsituation ist normal mit Mittelwert 4,42 und Standardabweichung 1,74.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
43	Die Verteilung von mit Ihrer Freizeitgestaltung ist normal mit Mittelwert 4,46 und Standardabweichung 1,42.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
44	Die Verteilung von mit Ihrem Aussehen ist normal mit Mittelwert 4,54 und Standardabweichung 1,39.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
45	Die Verteilung von mit Ihren persönlichen Beziehungen ist normal mit Mittelwert 4,53 und Standardabweichung 1,42.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
46	Die Verteilung von mit der Unterstützung durch Freunde, Bekannte und Verwandte ist normal mit Mittelwert 4,44 und Standardabweichung 1,62.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
47	Die Verteilung von mit Ihrer Arbeitsfähigkeit ist normal mit Mittelwert 4,83 und Standardabweichung 1,21.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
48	Die Verteilung von Achten Sie auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung? ist normal mit Mittelwert 4,23 und Standardabweichung 1,44.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,004	Nullhypothese ablehnen.
49	Die Verteilung von Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ernährungsweise? ist normal mit Mittelwert 4,36 und Standardabweichung 1,26.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,003	Nullhypothese ablehnen.

50	Die Verteilung von BMI ist normal mit Mittelwert 2,48 und Standardabweichung 0,84.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
51	Die Verteilung von Rauchen Sie? ist normal mit Mittelwert 2,28 und Standardabweichung 0,89.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
52	Die Verteilung von Wie oft trinken Sie Alkohol? ist normal mit Mittelwert 2,24 und Standardabweichung 1,21.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
53	Die Verteilung von Gehen Sie regelmäßig (einmal im Jahr) zur Vorsorgeuntersuchung? ist normal mit Mittelwert 1,60 und Standardabweichung 0,49.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
54	Die Verteilung von Wie oft betreiben Sie Sport bzw. körperliche Aktivitäten, bei den Sie in Schwitzen oder außer Atem kommen? ist normal mit Mittelwert 3,03 und Standardabweichung 1,31.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,001	Nullhypothese ablehnen.
55	Die Verteilung von Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Bewegungsverhalten? ist normal mit Mittelwert 4,25 und Standardabweichung 1,30.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
56	Die Verteilung von Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? ist normal mit Mittelwert 6,87 und Standardabweichung 1,44.	Kolmogorov-Smirnov-Test einer Stichprobe	,004	Nullhypothese ablehnen.

Beschreibung der Datenbasis

Häufigkeiten

Geschlecht

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Pro- zente
Gültig weiblich	49	40,2	40,2	40,2
Gültig männlich	73	59,8	59,8	100,0
Gesamt	122	100,0	100,0	

Lebensform

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig ohne Partner/in oder Single	44	36,1	37,0	37,0
Gültig in einer Partnerschaft / Lebensgemeinschaft	41	33,6	34,5	71,4
Gültig verheiratet	18	14,8	15,1	86,6
Gültig geschieden	15	12,3	12,6	99,2
Gültig verwitwet	1	,8	,8	100,0
Gesamt	119	97,5	100,0	
Fehlend 9999	3	2,5		
Gesamt	122	100,0		

Kinderanzahl

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Pro- zente
Gültig 0	64	52,5	53,8	53,8
Gültig 1	20	16,4	16,8	70,6
Gültig 2	20	16,4	16,8	87,4
Gültig 3	10	8,2	8,4	95,8
Gültig 4	3	2,5	2,5	98,3
Gültig 5	2	1,6	1,7	100,0
Gesamt	119	97,5	100,0	
Fehlend 9999	3	2,5		
Gesamt	122	100,0		

Staatsbürgerschaft

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig Österreich	91	74,6	74,6	74,6
Gültig Andere	31	25,4	25,4	100,0
Gesamt	122	100,0	100,0	

Geburtsland

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig Österreich	80	65,6	65,6	65,6
Gültig Anderes Land	42	34,4	34,4	100,0
Gesamt	122	100,0	100,0	

Höchste abgeschlossene Ausbildung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro-zente	Kumulierte Prozen-te
Pflichtschule	27	22,1	23,7	23,7
Lehre	44	36,1	38,6	62,3
Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura	11	9,0	9,6	71,9
Gültig AHS oder BHS mit Matura	16	13,1	14,0	86,0
Universität / Fachhochschule	14	11,5	12,3	98,2
Sonstiges	2	1,6	1,8	100,0
Gesamt	114	93,4	100,0	
Fehlend 9999	8	6,6		
Gesamt	122	100,0		

Tätigkeit vor Arbeitslosigkeit

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro-zente	Kumulierte Prozen-te
Hilfsarbeiter/in	35	28,7	31,8	31,8
Facharbeiter/in oder Meister/in	12	9,8	10,9	42,7
Angestellte/r	37	30,3	33,6	76,4
Selbstständige/r	7	5,7	6,4	82,7
Gültig Vertragsbedienstete/r oder Beamte/r	2	1,6	1,8	84,5
Schüler/in oder Student/in	7	5,7	6,4	90,9
Elternkarenz	4	3,3	3,6	94,5
Sonstiges	6	4,9	5,5	100,0
Gesamt	110	90,2	100,0	
Fehlend 9999	12	9,8		
Gesamt	122	100,0		

Altersklassen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro-zente	Kumulierte Prozen-te
unter 26	23	18,9	19,0	19,0
26 bis 35 Jahre	25	20,5	20,7	39,7
36 bis 45 Jahre	25	20,5	20,7	60,3
Gültig 46 bis 55 Jahre	35	28,7	28,9	89,3
über 55 Jahre	13	10,7	10,7	100,0
Gesamt	121	99,2	100,0	
Fehlend 9999	1	,8		
Gesamt	122	100,0		

Arbeitslosigkeitsdauer

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro-zente	Kumulierte Prozen-te
unter 12 Monate	45	36,9	41,3	41,3
12 bis 35 Monate	42	34,4	38,5	79,8
Gültig über 36 Monate	22	18,0	20,2	100,0
Gesamt	109	89,3	100,0	

Fehlend	9999	13	10,7	
Gesamt		122	100,0	

Mittelwerte

Alter

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
weiblich	39,56	48	12,010
männlich	39,86	73	12,671
Insgesamt	39,74	121	12,364

Wie schätzen die Transitarbeiter/innen ihren Gesundheitszustand ein?

Kreuztabellen

Gesundheitszustand allgemein * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Gesundheitszustand allgemein	schlecht	Anzahl	4	8	12
		% innerhalb von Geschlecht	8,2%	11,0%	9,8%
	mittel	Anzahl	15	22	37
		% innerhalb von Geschlecht	30,6%	30,1%	30,3%
	gut	Anzahl	20	37	57
		% innerhalb von Geschlecht	40,8%	50,7%	46,7%
	sehr gut	Anzahl	10	6	16
		% innerhalb von Geschlecht	20,4%	8,2%	13,1%
	Gesamt	Anzahl	49	73	122
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Mittelwerte

Gesundheitszustand allgemein

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
weiblich	3,73	49	,884
männlich	3,56	73	,799
Insgesamt	3,63	122	,835

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gesundheitszustand allgemein	weiblich	49	65,22	3196,00
	männlich	73	59,00	4307,00
	Gesamt	122		

Statistik für Test

	Gesundheitszustand allgemein
Mann-Whitney-U	1606,000

Wilcoxon-W	4307,000
Z	-1,024
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,306

Kreuztabellen

Kopfschmerzen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Kopfschmerzen	fast jeden Tag	Anzahl	1	0	1
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	0,0%	0,8%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	7	3	10
		% innerhalb von Geschlecht	14,9%	4,2%	8,4%
	fast jede Woche	Anzahl	6	9	15
		% innerhalb von Geschlecht	12,8%	12,5%	12,6%
	fast jeden Monat	Anzahl	9	9	18
		% innerhalb von Geschlecht	19,1%	12,5%	15,1%
	selten	Anzahl	17	30	47
		% innerhalb von Geschlecht	36,2%	41,7%	39,5%
nie	Anzahl	7	21	28	
	% innerhalb von Geschlecht	14,9%	29,2%	23,5%	
Gesamt		Anzahl	47	72	119
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Magen-, Bauchschmerzen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Magen-, Bauchschmerzen	fast jeden Tag	Anzahl	3	1	4
		% innerhalb von Geschlecht	6,5%	1,4%	3,4%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	3	6	9
		% innerhalb von Geschlecht	6,5%	8,5%	7,7%
	fast jede Woche	Anzahl	2	3	5
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	4,2%	4,3%
	fast jeden Monat	Anzahl	8	5	13
		% innerhalb von Geschlecht	17,4%	7,0%	11,1%
	selten	Anzahl	17	33	50
		% innerhalb von Geschlecht	37,0%	46,5%	42,7%
nie	Anzahl	13	23	36	
	% innerhalb von Geschlecht	28,3%	32,4%	30,8%	
Gesamt		Anzahl	46	71	117
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Rücken-, Kreuzschmerzen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Rücken-, Kreuzschmerzen	fast jeden Tag	Anzahl	9	10	19
		% innerhalb von Geschlecht	19,6%	13,7%	16,0%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	3	7	10
		% innerhalb von Geschlecht	6,5%	9,6%	8,4%
	fast jede Woche	Anzahl	8	9	17
		% innerhalb von Geschlecht	17,4%	12,3%	14,3%
	fast jeden Monat	Anzahl	9	10	19
		% innerhalb von Geschlecht	19,6%	13,7%	16,0%
	selten	Anzahl	12	25	37
		% innerhalb von Geschlecht	26,1%	34,2%	31,1%
nie	Anzahl	5	12	17	
	% innerhalb von Geschlecht	10,9%	16,4%	14,3%	
Gesamt	Anzahl	46	73	119	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Fühle mich allgemein schlecht. * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Fühle mich allgemein schlecht.	fast jeden Tag	Anzahl	0	2	2
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	2,7%	1,7%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	5	5	10
		% innerhalb von Geschlecht	11,9%	6,8%	8,7%
	fast jede Woche	Anzahl	3	7	10
		% innerhalb von Geschlecht	7,1%	9,6%	8,7%
	fast jeden Monat	Anzahl	5	9	14
		% innerhalb von Geschlecht	11,9%	12,3%	12,2%
	selten	Anzahl	17	25	42
		% innerhalb von Geschlecht	40,5%	34,2%	36,5%
nie	Anzahl	12	25	37	
	% innerhalb von Geschlecht	28,6%	34,2%	32,2%	
Gesamt	Anzahl	42	73	115	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Bin gereizt oder schlecht gelaunt. * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Bin gereizt oder schlecht gelaunt.	fast jeden Tag	Anzahl	1	2	3
		% innerhalb von Geschlecht	2,2%	2,9%	2,6%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	4	2	6
		% innerhalb von Geschlecht	8,9%	2,9%	5,2%
	fast jede Woche	Anzahl	5	9	14
		% innerhalb von Geschlecht	11,1%	12,9%	12,2%

	Anzahl	10	14	24
fast jeden Monat	% innerhalb von Geschlecht	22,2%	20,0%	20,9%
	Anzahl	14	28	42
selten	% innerhalb von Geschlecht	31,1%	40,0%	36,5%
	Anzahl	11	15	26
nie	% innerhalb von Geschlecht	24,4%	21,4%	22,6%
Gesamt	Anzahl	45	70	115
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Fühle mich nervös. * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
	Anzahl	3	2	5
fast jeden Tag	% innerhalb von Geschlecht	6,5%	2,7%	4,2%
	Anzahl	4	2	6
mehrmals pro Woche	% innerhalb von Geschlecht	8,7%	2,7%	5,0%
	Anzahl	4	7	11
fast jede Woche	% innerhalb von Geschlecht	8,7%	9,6%	9,2%
	Anzahl	5	13	18
fast jeden Monat	% innerhalb von Geschlecht	10,9%	17,8%	15,1%
	Anzahl	18	30	48
selten	% innerhalb von Geschlecht	39,1%	41,1%	40,3%
	Anzahl	12	19	31
nie	% innerhalb von Geschlecht	26,1%	26,0%	26,1%
Gesamt	Anzahl	46	73	119
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Kann schlecht einschlafen. * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
	Anzahl	2	4	6
fast jeden Tag	% innerhalb von Geschlecht	4,4%	5,5%	5,1%
	Anzahl	5	11	16
mehrmals pro Woche	% innerhalb von Geschlecht	11,1%	15,1%	13,6%
	Anzahl	5	10	15
fast jede Woche	% innerhalb von Geschlecht	11,1%	13,7%	12,7%
	Anzahl	5	5	10
fast jeden Monat	% innerhalb von Geschlecht	11,1%	6,8%	8,5%
	Anzahl	16	20	36
selten	% innerhalb von Geschlecht	35,6%	27,4%	30,5%
	Anzahl	12	23	35
nie	% innerhalb von Geschlecht	26,7%	31,5%	29,7%
Gesamt	Anzahl	45	73	118
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Fühle mich benommen, schwindelig. * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Fühle mich benommen, schwindelig.	fast jeden Tag	Anzahl	1	0	1
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	0,0%	0,8%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	5	3	8
		% innerhalb von Geschlecht	10,6%	4,2%	6,7%
	fast jede Woche	Anzahl	4	8	12
		% innerhalb von Geschlecht	8,5%	11,1%	10,1%
	fast jeden Monat	Anzahl	6	5	11
		% innerhalb von Geschlecht	12,8%	6,9%	9,2%
	selten	Anzahl	13	22	35
		% innerhalb von Geschlecht	27,7%	30,6%	29,4%
nie	Anzahl	18	34	52	
	% innerhalb von Geschlecht	38,3%	47,2%	43,7%	
Gesamt	Anzahl	47	72	119	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Nacken-, Schulterschmerzen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Nacken-, Schulterschmerzen	fast jeden Tag	Anzahl	9	7	16
		% innerhalb von Geschlecht	19,1%	9,6%	13,3%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	6	7	13
		% innerhalb von Geschlecht	12,8%	9,6%	10,8%
	fast jede Woche	Anzahl	7	7	14
		% innerhalb von Geschlecht	14,9%	9,6%	11,7%
	fast jeden Monat	Anzahl	6	11	17
		% innerhalb von Geschlecht	12,8%	15,1%	14,2%
	selten	Anzahl	8	17	25
		% innerhalb von Geschlecht	17,0%	23,3%	20,8%
nie	Anzahl	11	24	35	
	% innerhalb von Geschlecht	23,4%	32,9%	29,2%	
Gesamt	Anzahl	47	73	120	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Ängste * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Ängste	fast jeden Tag	Anzahl	6	2	8
		% innerhalb von Geschlecht	13,0%	2,7%	6,7%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	4	5	9
		% innerhalb von Geschlecht	8,7%	6,8%	7,6%
	fast jede Woche	Anzahl	2	7	9
fast jeden Monat	Anzahl	3	5	8	

	% innerhalb von Geschlecht	6,5%	6,8%	6,7%
selten	Anzahl	12	27	39
	% innerhalb von Geschlecht	26,1%	37,0%	32,8%
nie	Anzahl	19	27	46
	% innerhalb von Geschlecht	41,3%	37,0%	38,7%
Gesamt	Anzahl	46	73	119
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Müdigkeit und Erschöpfung * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Müdigkeit und Erschöpfung	fast jeden Tag	Anzahl	3	7	10
		% innerhalb von Geschlecht	6,4%	9,6%	8,3%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	7	8	15
		% innerhalb von Geschlecht	14,9%	11,0%	12,5%
	fast jede Woche	Anzahl	8	13	21
		% innerhalb von Geschlecht	17,0%	17,8%	17,5%
	fast jeden Monat	Anzahl	9	4	13
		% innerhalb von Geschlecht	19,1%	5,5%	10,8%
	selten	Anzahl	12	28	40
		% innerhalb von Geschlecht	25,5%	38,4%	33,3%
	nie	Anzahl	8	13	21
		% innerhalb von Geschlecht	17,0%	17,8%	17,5%
Gesamt	Anzahl	47	73	120	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Gelenk-, Gliederschmerzen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Gelenk-, Gliederschmerzen	fast jeden Tag	Anzahl	4	7	11
		% innerhalb von Geschlecht	8,3%	9,6%	9,1%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	8	6	14
		% innerhalb von Geschlecht	16,7%	8,2%	11,6%
	fast jede Woche	Anzahl	4	8	12
		% innerhalb von Geschlecht	8,3%	11,0%	9,9%
	fast jeden Monat	Anzahl	5	10	15
		% innerhalb von Geschlecht	10,4%	13,7%	12,4%
	selten	Anzahl	12	16	28
		% innerhalb von Geschlecht	25,0%	21,9%	23,1%
	nie	Anzahl	15	26	41
		% innerhalb von Geschlecht	31,2%	35,6%	33,9%
Gesamt	Anzahl	48	73	121	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Erkältung, grippaler Infekt * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Erkältung, grippaler Infekt	mehrmals pro Woche	Anzahl	1	0	1
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	0,0%	0,8%
	fast jede Woche	Anzahl	1	2	3
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	2,7%	2,5%
	fast jeden Monat	Anzahl	3	4	7
		% innerhalb von Geschlecht	6,4%	5,5%	5,8%
	selten	Anzahl	32	39	71
		% innerhalb von Geschlecht	68,1%	53,4%	59,2%
	nie	Anzahl	10	28	38
		% innerhalb von Geschlecht	21,3%	38,4%	31,7%
Gesamt	Anzahl	47	73	120	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Krämpfe * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Krämpfe	fast jeden Tag	Anzahl	0	1	1
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	1,4%	0,8%
	mehrmals pro Woche	Anzahl	2	3	5
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	4,2%	4,2%
	fast jede Woche	Anzahl	4	4	8
		% innerhalb von Geschlecht	8,5%	5,6%	6,7%
	fast jeden Monat	Anzahl	2	6	8
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	8,3%	6,7%
	selten	Anzahl	12	30	42
		% innerhalb von Geschlecht	25,5%	41,7%	35,3%
nie	Anzahl	27	28	55	
	% innerhalb von Geschlecht	57,4%	38,9%	46,2%	
Gesamt	Anzahl	47	72	119	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Kopfschmerzen	weiblich	47	50,52	2374,50
	männlich	72	66,19	4765,50
	Gesamt	119		
Magen-, Bauchschmerzen	weiblich	46	54,79	2520,50
	männlich	71	61,73	4382,50
	Gesamt	117		
Rücken-, Kreuzschmerzen	weiblich	46	55,10	2534,50
	männlich	73	63,09	4605,50
	Gesamt	119		
Fühle mich allgemein schlecht.	weiblich	42	56,64	2379,00
	männlich	73	58,78	4291,00
	Gesamt	115		
Bin gereizt oder schlecht gelaunt.	weiblich	45	56,71	2552,00
	männlich	70	58,83	4118,00
	Gesamt	115		

Fühle mich nervös.	weiblich	46	58,21	2677,50
	männlich	73	61,13	4462,50
	Gesamt	119		
Kann schlecht einschlafen.	weiblich	45	60,04	2702,00
	männlich	73	59,16	4319,00
	Gesamt	118		
Fühle mich benommen, schwindelig.	weiblich	47	55,01	2585,50
	männlich	72	63,26	4554,50
	Gesamt	119		
Nacken-, Schulterschmerzen	weiblich	47	53,17	2499,00
	männlich	73	65,22	4761,00
	Gesamt	120		
Ängste	weiblich	46	58,61	2696,00
	männlich	73	60,88	4444,00
	Gesamt	119		
Müdigkeit und Erschöpfung	weiblich	47	58,33	2741,50
	männlich	73	61,90	4518,50
	Gesamt	120		
Gelenk-, Gliederschmerzen	weiblich	48	59,08	2836,00
	männlich	73	62,26	4545,00
	Gesamt	121		
Erkältung, grippaler Infekt	weiblich	47	54,19	2547,00
	männlich	73	64,56	4713,00
	Gesamt	120		
Krämpfe	weiblich	47	65,81	3093,00
	männlich	72	56,21	4047,00
	Gesamt	119		

Statistik für Test

	Kopfschmerzen	Magen-, Bauchschmerzen	Rücken-, Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht.	Bin gereizt oder schlecht gelaunt.	Fühle mich nervös.	Kann schlecht einschlafen.	Fühle mich benommen, schwindelig.	Nacken-, Schulterschmerzen	Ängste	Müdigkeit und Erschöpfung	Gelenk-, Gliederschmerzen	Erkältung, grippaler Infekt	Krämpfe
Mann-Whitney-U	1246,500	1439,500	1453,500	1476,000	1517,000	1596,500	1618,000	1457,500	1371,000	1615,000	1613,500	1660,000	1419,000	1419,000
Wilcoxon-W	2374,500	2520,500	2534,500	2379,000	2552,000	2677,500	4319,000	2585,500	2499,000	2696,000	2741,500	2836,000	2547,000	4047,000
Z	-2,526	-1,144	-1,259	-,346	-,345	-,471	-,140	-1,352	-1,892	-,367	-,563	-,502	-1,827	-1,603
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,012	,253	,208	,729	,730	,637	,889	,176	,058	,714	,573	,616	,068	,109

Kreuztabellen

sehr nervös * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
nie	Anzahl		18	34	52
	% innerhalb von Geschlecht		37,5%	47,9%	43,7%
manchmal	Anzahl		17	27	44
	% innerhalb von Geschlecht		35,4%	38,0%	37,0%
sehr nervös	Anzahl	ziemlich oft	9	7	16
	% innerhalb von Geschlecht		18,8%	9,9%	13,4%
meistens	Anzahl		1	1	2
	% innerhalb von Geschlecht		2,1%	1,4%	1,7%
immer	Anzahl		3	2	5
	% innerhalb von Geschlecht		6,2%	2,8%	4,2%
Gesamt	Anzahl		48	71	119
	% innerhalb von Geschlecht		100,0%	100,0%	100,0%

ruhig und gelassen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
ruhig und gelassen	immer	Anzahl	5	12	17
		% innerhalb von Geschlecht	10,4%	16,7%	14,2%
	meistens	Anzahl	17	27	44
		% innerhalb von Geschlecht	35,4%	37,5%	36,7%
	ziemlich oft	Anzahl	12	18	30
		% innerhalb von Geschlecht	25,0%	25,0%	25,0%
	manchmal	Anzahl	13	12	25
		% innerhalb von Geschlecht	27,1%	16,7%	20,8%
	nie	Anzahl	1	3	4
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	4,2%	3,3%
Gesamt	Anzahl	48	72	120	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

bedrückt und traurig * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
bedrückt und traurig	nie	Anzahl	11	23	34
		% innerhalb von Geschlecht	22,4%	31,9%	28,1%
	manchmal	Anzahl	19	40	59
		% innerhalb von Geschlecht	38,8%	55,6%	48,8%
	ziemlich oft	Anzahl	7	3	10
		% innerhalb von Geschlecht	14,3%	4,2%	8,3%
	meistens	Anzahl	10	3	13
		% innerhalb von Geschlecht	20,4%	4,2%	10,7%
	immer	Anzahl	2	3	5
		% innerhalb von Geschlecht	4,1%	4,2%	4,1%
Gesamt	Anzahl	49	72	121	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

glücklich * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
glücklich	immer	Anzahl	8	8	16
		% innerhalb von Geschlecht	16,7%	11,1%	13,3%
	meistens	Anzahl	17	20	37
		% innerhalb von Geschlecht	35,4%	27,8%	30,8%
	ziemlich oft	Anzahl	8	21	29
		% innerhalb von Geschlecht	16,7%	29,2%	24,2%
	manchmal	Anzahl	12	19	31
		% innerhalb von Geschlecht	25,0%	26,4%	25,8%
	nie	Anzahl	3	4	7
		% innerhalb von Geschlecht	6,2%	5,6%	5,8%

Gesamt	Anzahl	48	72	120
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

voller Energie * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
immer	Anzahl	8	11	19
	% innerhalb von Geschlecht	16,7%	15,5%	16,0%
meistens	Anzahl	15	18	33
	% innerhalb von Geschlecht	31,2%	25,4%	27,7%
voller Energie ziemlich oft	Anzahl	13	13	26
	% innerhalb von Geschlecht	27,1%	18,3%	21,8%
manchmal	Anzahl	9	20	29
	% innerhalb von Geschlecht	18,8%	28,2%	24,4%
nie	Anzahl	3	9	12
	% innerhalb von Geschlecht	6,2%	12,7%	10,1%
Gesamt	Anzahl	48	71	119
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

erschöpft * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
nie	Anzahl	8	8	16
	% innerhalb von Geschlecht	16,7%	11,6%	13,7%
manchmal	Anzahl	22	40	62
	% innerhalb von Geschlecht	45,8%	58,0%	53,0%
erschöpft ziemlich oft	Anzahl	12	8	20
	% innerhalb von Geschlecht	25,0%	11,6%	17,1%
meistens	Anzahl	4	12	16
	% innerhalb von Geschlecht	8,3%	17,4%	13,7%
immer	Anzahl	2	1	3
	% innerhalb von Geschlecht	4,2%	1,4%	2,6%
Gesamt	Anzahl	48	69	117
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
sehr nervös	weiblich	48	65,59	3148,50
	männlich	71	56,22	3991,50
	Gesamt	119		
ruhig und gelassen	weiblich	48	64,69	3105,00
	männlich	72	57,71	4155,00
	Gesamt	120		
bedrückt und traurig	weiblich	49	70,12	3436,00
	männlich	72	54,79	3945,00
	Gesamt	121		
glücklich	weiblich	48	56,96	2734,00
	männlich	72	62,86	4526,00
	Gesamt	120		
voller Energie	weiblich	48	55,19	2649,00
	männlich	71	63,25	4491,00
	Gesamt	119		

erschöpft	weiblich	48	59,02	2833,00
	männlich	69	58,99	4070,00
	Gesamt	117		

Statistik für Test

	sehr nervös	ruhig und gelassen	bedrückt und traurig	glücklich	voller Energie	erschöpft
Mann-Whitney-U	1435,500	1527,000	1317,000	1558,000	1473,000	1655,000
Wilcoxon-W	3991,500	4155,000	3945,000	2734,000	2649,000	4070,000
Z	-1,565	-1,121	-2,545	-,941	-1,285	-,006
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,118	,262	,011	,347	,199	,995

Kreuztabellen

Leiden Sie im Alltag unter Stress? * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Leiden Sie im Alltag unter Stress?	oft	Anzahl	9	7	16
		% innerhalb von Geschlecht	19,1%	9,9%	13,6%
	ab und zu	Anzahl	23	30	53
		% innerhalb von Geschlecht	48,9%	42,3%	44,9%
	selten	Anzahl	12	22	34
		% innerhalb von Geschlecht	25,5%	31,0%	28,8%
	nie	Anzahl	3	12	15
		% innerhalb von Geschlecht	6,4%	16,9%	12,7%
Gesamt	Anzahl	47	71	118	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Leiden Sie im Alltag unter Stress?	weiblich	47	51,84	2436,50
	männlich	71	64,57	4584,50
	Gesamt	118		

Statistik für Test

	Leiden Sie im Alltag unter Stress?
Mann-Whitney-U	1308,500
Wilcoxon-W	2436,500
Z	-2,108
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,035

Kreuztabellen

Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu fühlen. * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu	stimme gar nicht zu	Anzahl	0	5	5
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	6,9%	4,2%

fühlen.		Anzahl	1	3	4
	stimme nicht zu	% innerhalb von Geschlecht	2,1%	4,2%	3,3%
		Anzahl	2	2	4
	stimme eher nicht zu	% innerhalb von Geschlecht	4,2%	2,8%	3,3%
		Anzahl	4	11	15
	stimme eher zu	% innerhalb von Geschlecht	8,3%	15,3%	12,5%
		Anzahl	10	11	21
	stimme zu	% innerhalb von Geschlecht	20,8%	15,3%	17,5%
		Anzahl	31	40	71
	stimme voll zu	% innerhalb von Geschlecht	64,6%	55,6%	59,2%
		Anzahl	48	72	120
Gesamt		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Wenn ich einen unbefristeten Arbeitsplatz hätte würde es mir gesundheitlich besser gehen. * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Wenn ich einen unbefristeten Arbeitsplatz hätte würde es mir gesundheitlich besser gehen.	stimme gar nicht zu	Anzahl	2	7	9
		% innerhalb von Geschlecht	4,4%	9,6%	7,6%
	stimme nicht zu	Anzahl	3	9	12
		% innerhalb von Geschlecht	6,7%	12,3%	10,2%
	stimme eher nicht zu	Anzahl	2	5	7
		% innerhalb von Geschlecht	4,4%	6,8%	5,9%
	stimme eher zu	Anzahl	9	14	23
		% innerhalb von Geschlecht	20,0%	19,2%	19,5%
	stimme zu	Anzahl	7	10	17
		% innerhalb von Geschlecht	15,6%	13,7%	14,4%
	stimme voll zu	Anzahl	22	28	50
		% innerhalb von Geschlecht	48,9%	38,4%	42,4%
Gesamt	Anzahl	45	73	118	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Mittelwerte

Geschlecht		Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu fühlen.	Wenn ich einen unbefristeten Arbeitsplatz hätte würde es mir gesundheitlich besser gehen.
weiblich	Mittelwert	5,42	4,82
	N	48	45
	Standardabweichung	,964	1,482
männlich	Mittelwert	4,94	4,30
	N	72	73
	Standardabweichung	1,528	1,746
Insgesamt	Mittelwert	5,13	4,50
	N	120	118
	Standardabweichung	1,347	1,663

Mann-Whitney-Test

Ränge				
	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu fühlen.	weiblich	48	65,41	3139,50
	männlich	72	57,23	4120,50
	Gesamt	120		
Wenn ich einen unbefristeten Arbeitsplatz hätte würde es mir gesundheitlich besser gehen.	weiblich	45	65,41	2943,50
	männlich	73	55,86	4077,50
	Gesamt	118		

Statistik für Test

	Einen Arbeitsplatz zu haben ist wichtig, um sich wohl zu fühlen.	Wenn ich einen unbefristeten Arbeitsplatz hätte würde es mir gesundheitlich besser gehen.
Mann-Whitney-U	1492,500	1376,500
Wilcoxon-W	4120,500	4077,500
Z	-1,423	-1,543
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,155	,123

Wie schätzen die Transitarbeiter/innen ihr Gesundheitsverhalten ein?

Kreuztabellen

Achten Sie auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung? * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Achten Sie auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung?	nein, überhaupt nicht	Anzahl	1	6	7
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	8,3%	5,9%
	nein	Anzahl	2	6	8
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	8,3%	6,7%
	eher nein	Anzahl	7	11	18
		% innerhalb von Geschlecht	14,9%	15,3%	15,1%
	eher ja	Anzahl	18	14	32
		% innerhalb von Geschlecht	38,3%	19,4%	26,9%
	ja	Anzahl	9	17	26
		% innerhalb von Geschlecht	19,1%	23,6%	21,8%
	ja, sehr	Anzahl	10	18	28
		% innerhalb von Geschlecht	21,3%	25,0%	23,5%
Gesamt	Anzahl	47	72	119	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ernährungsweise? * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ernährungsweise?	sehr unzufrieden	Anzahl	1	3	4
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	4,2%	3,4%
	unzufrieden	Anzahl	1	3	4
		% innerhalb von Geschlecht			

		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	4,2%	3,4%
	eher unzufrieden	Anzahl	11	7	18
		% innerhalb von Geschlecht	23,4%	9,9%	15,3%
	eher zufrieden	Anzahl	17	19	36
		% innerhalb von Geschlecht	36,2%	26,8%	30,5%
	zufrieden	Anzahl	10	21	31
		% innerhalb von Geschlecht	21,3%	29,6%	26,3%
	sehr zufrieden	Anzahl	7	18	25
		% innerhalb von Geschlecht	14,9%	25,4%	21,2%
Gesamt		Anzahl	47	71	118
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

BMI * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
BMI	Untergewicht	Anzahl	6	2	8
		% innerhalb von Geschlecht	14,0%	3,0%	7,3%
	Normalgewicht	Anzahl	18	40	58
		% innerhalb von Geschlecht	41,9%	59,7%	52,7%
	Übergewicht	Anzahl	10	17	27
		% innerhalb von Geschlecht	23,3%	25,4%	24,5%
	Adipositas	Anzahl	9	8	17
		% innerhalb von Geschlecht	20,9%	11,9%	15,5%
	Gesamt	Anzahl	43	67	110
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Rauchen Sie? * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
Rauchen Sie?	nein	Anzahl	17	18	35
		% innerhalb von Geschlecht	34,7%	25,4%	29,2%
	ja, ab und zu	Anzahl	5	11	16
		% innerhalb von Geschlecht	10,2%	15,5%	13,3%
	ja, täglich	Anzahl	27	42	69
		% innerhalb von Geschlecht	55,1%	59,2%	57,5%
Gesamt	Anzahl	49	71	120	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Wie oft trinken Sie Alkohol? * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
Wie oft trinken Sie Alkohol?	nie	Anzahl	18	23	41
		% innerhalb von Geschlecht	37,5%	32,4%	34,5%
	einmal im Monat oder seltener	Anzahl	18	18	36
		% innerhalb von Geschlecht	37,5%	25,4%	30,3%
	Gesamt	Anzahl	7	16	23
		% innerhalb von Geschlecht			

	2- bi 4-mal im Monat	% innerhalb von Geschlecht	14,6%	22,5%	19,3%
		Anzahl	4	7	11
	2- bis 3-mal pro Woche	% innerhalb von Geschlecht	8,3%	9,9%	9,2%
		Anzahl	1	7	8
	4-mal oder öfters pro Woche	% innerhalb von Geschlecht	2,1%	9,9%	6,7%
		Anzahl	48	71	119
Gesamt		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
			%	%	%

Gehen Sie regelmäßig (einmal im Jahr) zur Vorsorgeuntersuchung? * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
Gehen Sie regelmäßig (einmal im Jahr) zur Vorsorgeuntersuchung?	ja	Anzahl	27	21	48
		% innerhalb von Geschlecht	55,1%	30,0%	40,3%
	nein	Anzahl	22	49	71
		% innerhalb von Geschlecht	44,9%	70,0%	59,7%
Gesamt		Anzahl	49	70	119
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Wie oft betreiben Sie Sport bzw. körperliche Aktivitäten, bei den Sie in Schwitzen oder außer Atem kommen? * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
	täglich	Anzahl	10	13	23
		% innerhalb von Geschlecht	20,4%	18,3%	19,2%
Wie oft betreiben Sie Sport bzw. körperliche Aktivitäten, bei den Sie in Schwitzen oder außer Atem kommen?	3- bis 6-mal in der Woche	Anzahl	6	8	14
		% innerhalb von Geschlecht	12,2%	11,3%	11,7%
	1- bis 2-mal in der Woche	Anzahl	16	20	36
		% innerhalb von Geschlecht	32,7%	28,2%	30,0%
	seltener, ca. einmal im Monat	Anzahl	12	18	30
		% innerhalb von Geschlecht	24,5%	25,4%	25,0%
	nie	Anzahl	5	12	17
		% innerhalb von Geschlecht	10,2%	16,9%	14,2%
Gesamt		Anzahl	49	71	120
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Bewegungsverhalten? * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Bewegungsverhalten?	sehr unzufrieden	Anzahl	1	4	5
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	5,6%	4,2%
	unzufrieden	Anzahl	3	3	6
		% innerhalb von Geschlecht	6,4%	4,2%	5,1%
	eher unzufrieden	Anzahl	8	11	19
		% innerhalb von Geschlecht	17,0%	15,5%	16,1%
		Anzahl	15	17	32

	eher zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	31,9%	23,9%	27,1%
		Anzahl	16	20	36
	zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	34,0%	28,2%	30,5%
		Anzahl	4	16	20
	sehr zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	8,5%	22,5%	16,9%
		Anzahl	47	71	118
Gesamt		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt	
			weiblich	männlich		
Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	4	Anzahl	2	3	5	
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	4,3%	4,3%	
	5	Anzahl	2	7	9	
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	10,1%	7,8%	
	6	Anzahl	11	23	34	
		% innerhalb von Geschlecht	23,4%	33,3%	29,3%	
	7	Anzahl	12	19	31	
		% innerhalb von Geschlecht	25,5%	27,5%	26,7%	
	8	Anzahl	18	13	31	
		% innerhalb von Geschlecht	38,3%	18,8%	26,7%	
	9	Anzahl	1	2	3	
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	2,9%	2,6%	
	10	Anzahl	1	0	1	
		% innerhalb von Geschlecht	2,1%	0,0%	0,9%	
	12	Anzahl	0	1	1	
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	1,4%	0,9%	
	14	Anzahl	0	1	1	
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	1,4%	0,9%	
	Gesamt		Anzahl	47	69	116
			% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitsverhalten (Ernährung, Rauchen, Alkohol, Bewegung, Schlaf, ...) insgesamt? * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitsverhalten (Ernährung, Rauchen, Alkohol, Bewegung, Schlaf, ...) insgesamt?	sehr unzufrieden	Anzahl	0	2	2
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	2,9%	1,7%
	unzufrieden	Anzahl	4	2	6
		% innerhalb von Geschlecht	8,2%	2,9%	5,0%
	eher unzufrieden	Anzahl	9	14	23
		% innerhalb von Geschlecht	18,4%	20,0%	19,3%
	eher zufrieden	Anzahl	14	21	35
		% innerhalb von Geschlecht	28,6%	30,0%	29,4%
	zufrieden	Anzahl	16	23	39

Gesamt	sehr zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	32,7%	32,9%	32,8%
		Anzahl	6	8	14
	%	% innerhalb von Geschlecht	12,2%	11,4%	11,8%
		Anzahl	49	70	119
	%	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%
		Anzahl			

Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich dazu beitragen können, gesund zu sein bzw. gesund zu bleiben? * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich dazu beitragen können, gesund zu sein bzw. gesund zu bleiben?	gar nichts	Anzahl	0	3	3
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	4,3%	2,6%
	nicht viel	Anzahl	2	3	5
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	4,3%	4,3%
	eher nicht viel	Anzahl	2	3	5
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	4,3%	4,3%
	eher viel	Anzahl	5	13	18
		% innerhalb von Geschlecht	10,6%	18,6%	15,4%
	viel	Anzahl	21	23	44
		% innerhalb von Geschlecht	44,7%	32,9%	37,6%
	sehr viel	Anzahl	17	25	42
		% innerhalb von Geschlecht	36,2%	35,7%	35,9%
	Gesamt	Anzahl	47	70	117
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Mittelwerte

Geschlecht		Achten Sie auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ernährungsweise?	BMI	Rauchen Sie?	Wie oft trinken Sie Alkohol?	Gehen Sie regelmäßig (einmal im Jahr) zur Vorsorgeuntersuchung?	Wie oft betreiben Sie Sport bzw. körperliche Aktivitäten, bei den Sie in Schwitzen oder außer Atem kommen?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Bewegungsverhalten?	Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitsverhalten (Ernährung, Rauchen, Alkohol, Bewegung, Schlaf, ...) insgesamt?	Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich dazu beitragen können, gesund zu sein bzw. gesund zu bleiben?
weiblich	Mittelwert	4,32	4,17	2,51	2,20	2,00	1,45	2,92	4,15	7,04	4,22	5,04
	N	47	47	43	49	48	49	49	47	47	49	47
	Standardabweichung	1,218	1,148	,985	,935	1,031	,503	1,272	1,142	1,215	1,141	1,021
männlich	Mittelwert	4,17	4,49	2,46	2,34	2,39	1,70	3,11	4,32	6,75	4,21	4,79
	N	72	71	67	71	71	70	71	71	69	70	70
	Standardabweichung	1,574	1,319	,745	,861	1,304	,462	1,337	1,392	1,576	1,153	1,329
insgesamt	Mittelwert	4,23	4,36	2,48	2,28	2,24	1,60	3,03	4,25	6,87	4,22	4,89
	N	119	118	110	120	119	119	120	118	116	119	117
	Standardabweichung	1,441	1,259	,843	,891	1,212	,493	1,309	1,296	1,442	1,144	1,216

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Achten Sie auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung?	weiblich	47	60,66	2851,00
	männlich	72	59,57	4289,00
	Gesamt	119		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ernährungsweise?	weiblich	47	52,77	2480,00
	männlich	71	63,96	4541,00
	Gesamt	118		
BMI	weiblich	43	56,28	2420,00
	männlich	67	55,00	3685,00
	Gesamt	110		
Rauchen Sie?	weiblich	49	58,07	2845,50
	männlich	71	62,18	4414,50
	Gesamt	120		
Wie oft trinken Sie Alkohol?	weiblich	48	54,41	2611,50
	männlich	71	63,78	4528,50
	Gesamt	119		
Gehen Sie regelmäßig (einmal im Jahr) zur Vorsorgeuntersuchung?	weiblich	49	51,21	2509,50
	männlich	70	66,15	4630,50
	Gesamt	119		
Wie oft betreiben Sie Sport bzw. körperliche Aktivitäten, bei den Sie in Schwitzen oder außer Atem kommen?	weiblich	49	57,41	2813,00
	männlich	71	62,63	4447,00
	Gesamt	120		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Bewegungsverhalten?	weiblich	47	55,66	2616,00
	männlich	71	62,04	4405,00
	Gesamt	118		
Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	weiblich	47	65,46	3076,50
	männlich	69	53,76	3709,50
	Gesamt	116		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitsverhalten (Ernährung, Rauchen, Alkohol, Bewegung, Schlaf, ...) insgesamt?	weiblich	49	59,98	2939,00
	männlich	70	60,01	4201,00
	Gesamt	119		
Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich dazu beitragen können, gesund zu sein bzw. gesund zu bleiben?	weiblich	47	61,93	2910,50
	männlich	70	57,04	3992,50
	Gesamt	117		

Statistik für Test

	Achten Sie auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ernährungsweise?	BMI	Rauchen Sie?	Wie oft trinken Sie Alkohol?	Gehen Sie regelmäßig (einmal im Jahr) zur Vorsorgeuntersuchung?	Wie oft betreiben Sie Sport bzw. körperliche Aktivitäten, bei den Sie in Schwitzen oder außer Atem kommen?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Bewegungsverhalten?	Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitsverhalten (Ernährung, Rauchen, Alkohol, Bewegung, Schlaf, ...) insgesamt?	Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich dazu beitragen können, gesund zu sein bzw. gesund zu bleiben?
Mann-Whitney-U	1661,000	1352,000	1407,000	1620,500	1435,500	1284,500	1588,000	1488,000	1294,500	1714,000	1507,500
Wilcoxon-W	4289,000	2480,000	3685,000	2845,500	2611,500	2509,500	2813,000	2616,000	3709,500	2939,000	3992,500
Z	-,173	-1,794	-,225	-,718	-1,514	-2,736	-,832	-1,022	-1,901	-,006	-,807
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,863	,073	,822	,473	,130	,006	,406	,307	,057	,996	,420

Wie schätzten die Transitarbeiter/innen ihre Lebenszufriedenheit ein?

Kreuztabellen

Lebenszufriedenheit allgemein * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Lebenszufriedenheit allgemein	sehr unzufrieden	Anzahl	2	3	5
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	4,2%	4,2%
	unzufrieden	Anzahl	4	2	6
		% innerhalb von Geschlecht	8,5%	2,8%	5,0%
	eher unzufrieden	Anzahl	8	15	23
		% innerhalb von Geschlecht	17,0%	20,8%	19,3%
	eher zufrieden	Anzahl	13	24	37
		% innerhalb von Geschlecht	27,7%	33,3%	31,1%
	zufrieden	Anzahl	11	14	25
		% innerhalb von Geschlecht	23,4%	19,4%	21,0%
	sehr zufrieden	Anzahl	9	14	23
		% innerhalb von Geschlecht	19,1%	19,4%	19,3%
Gesamt	Anzahl	47	72	119	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

mit Ihrer Gesundheit * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
mit Ihrer Gesundheit	überhaupt nicht zufrieden	Anzahl	6	4	10
		% innerhalb von Geschlecht	12,8%	5,7%	8,5%
	nicht zufrieden	Anzahl	0	6	6
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	8,6%	5,1%
	eher nicht zufrieden	Anzahl	5	12	17
		% innerhalb von Geschlecht	10,6%	17,1%	14,5%
	eher zufrieden	Anzahl	10	9	19
		% innerhalb von Geschlecht	21,3%	12,9%	16,2%
	zufrieden	Anzahl	19	26	45
		% innerhalb von Geschlecht	40,4%	37,1%	38,5%
	sehr zufrieden	Anzahl	7	13	20
		% innerhalb von Geschlecht	14,9%	18,6%	17,1%
Gesamt	Anzahl	47	70	117	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

mit Ihrer finanziellen Situation * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
mit Ihrer finanziellen Situation	überhaupt nicht zufrieden	Anzahl	8	15	23
		% innerhalb von Geschlecht	16,7%	21,4%	19,5%
	nicht zufrieden	Anzahl	9	11	20

		% innerhalb von Geschlecht	18,8%	15,7%	16,9%
	eher nicht zufrieden	Anzahl	7	20	27
		% innerhalb von Geschlecht	14,6%	28,6%	22,9%
	eher zufrieden	Anzahl	7	14	21
		% innerhalb von Geschlecht	14,6%	20,0%	17,8%
	zufrieden	Anzahl	14	7	21
		% innerhalb von Geschlecht	29,2%	10,0%	17,8%
	sehr zufrieden	Anzahl	3	3	6
		% innerhalb von Geschlecht	6,2%	4,3%	5,1%
Gesamt		Anzahl	48	70	118
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

mit sich selbst * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
mit sich selbst	überhaupt nicht zufrieden	Anzahl	3	1	4
		% innerhalb von Geschlecht	6,2%	1,4%	3,4%
	nicht zufrieden	Anzahl	2	6	8
		% innerhalb von Geschlecht	4,2%	8,6%	6,8%
	eher nicht zufrieden	Anzahl	7	9	16
		% innerhalb von Geschlecht	14,6%	12,9%	13,6%
	eher zufrieden	Anzahl	10	18	28
		% innerhalb von Geschlecht	20,8%	25,7%	23,7%
	zufrieden	Anzahl	13	24	37
		% innerhalb von Geschlecht	27,1%	34,3%	31,4%
	sehr zufrieden	Anzahl	13	12	25
		% innerhalb von Geschlecht	27,1%	17,1%	21,2%
	Gesamt	Anzahl	48	70	118
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

mit Ihrer beruflichen Situation * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		weiblich	männlich		
mit Ihrer beruflichen Situation	überhaupt nicht zufrieden	Anzahl	9	8	17
		% innerhalb von Geschlecht	19,6%	11,4%	14,7%
	nicht zufrieden	Anzahl	0	8	8
		% innerhalb von Geschlecht	0,0%	11,4%	6,9%
	eher nicht zufrieden	Anzahl	7	15	22
		% innerhalb von Geschlecht	15,2%	21,4%	19,0%
	eher zufrieden	Anzahl	10	21	31
		% innerhalb von Geschlecht	21,7%	30,0%	26,7%
	zufrieden	Anzahl	8	12	20
		% innerhalb von Geschlecht	17,4%	17,1%	17,2%
	sehr zufrieden	Anzahl	12	6	18

	% innerhalb von Geschlecht	26,1%	8,6%	15,5%
Gesamt	Anzahl	46	70	116
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

mit Ihrer Wohnsituation * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
mit Ihrer Wohnsituation	überhaupt nicht zufrieden	Anzahl	3	10	13
		% innerhalb von Geschlecht	6,4%	14,3%	11,1%
	nicht zufrieden	Anzahl	4	4	8
		% innerhalb von Geschlecht	8,5%	5,7%	6,8%
	eher nicht zufrieden	Anzahl	2	10	12
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	14,3%	10,3%
	eher zufrieden	Anzahl	7	8	15
		% innerhalb von Geschlecht	14,9%	11,4%	12,8%
	zufrieden	Anzahl	8	14	22
		% innerhalb von Geschlecht	17,0%	20,0%	18,8%
	sehr zufrieden	Anzahl	23	24	47
		% innerhalb von Geschlecht	48,9%	34,3%	40,2%
	Gesamt	Anzahl	47	70	117
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

mit Ihrer Freizeitgestaltung * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
mit Ihrer Freizeitgestaltung	überhaupt nicht zufrieden	Anzahl	2	4	6
		% innerhalb von Geschlecht	4,3%	5,7%	5,1%
	nicht zufrieden	Anzahl	3	3	6
		% innerhalb von Geschlecht	6,4%	4,3%	5,1%
	eher nicht zufrieden	Anzahl	8	8	16
		% innerhalb von Geschlecht	17,0%	11,4%	13,7%
	eher zufrieden	Anzahl	7	15	22
		% innerhalb von Geschlecht	14,9%	21,4%	18,8%
	zufrieden	Anzahl	15	19	34
		% innerhalb von Geschlecht	31,9%	27,1%	29,1%
	sehr zufrieden	Anzahl	12	21	33
		% innerhalb von Geschlecht	25,5%	30,0%	28,2%
	Gesamt	Anzahl	47	70	117
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

mit Ihrem Aussehen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
mit Ihrem Aussehen	überhaupt nicht zufrieden	Anzahl	4	3	7
		% innerhalb von Geschlecht	8,7%	4,2%	6,0%

	Anzahl	1	2	3
nicht zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	2,2%	2,8%	2,6%
	Anzahl	7	5	12
eher nicht zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	15,2%	7,0%	10,3%
	Anzahl	8	19	27
eher zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	17,4%	26,8%	23,1%
	Anzahl	14	20	34
zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	30,4%	28,2%	29,1%
	Anzahl	12	22	34
sehr zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	26,1%	31,0%	29,1%
	Anzahl	46	71	117
Gesamt	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

mit Ihren persönlichen Beziehungen * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
	Anzahl	4	2	6
überhaupt nicht zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	8,5%	2,8%	5,1%
	Anzahl	3	4	7
nicht zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	6,4%	5,6%	5,9%
	Anzahl	6	6	12
eher nicht zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	12,8%	8,5%	10,2%
	Anzahl	8	13	21
eher zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	17,0%	18,3%	17,8%
	Anzahl	10	27	37
zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	21,3%	38,0%	31,4%
	Anzahl	16	19	35
sehr zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	34,0%	26,8%	29,7%
	Anzahl	47	71	118
Gesamt	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

mit Ihrer Arbeitsfähigkeit * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
	Anzahl	3	3	6
nicht zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	6,4%	4,2%	5,1%
	Anzahl	4	12	16
eher nicht zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	8,5%	16,9%	13,6%
	Anzahl	6	8	14
eher zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	12,8%	11,3%	11,9%
	Anzahl	14	24	38
zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	29,8%	33,8%	32,2%
	Anzahl	20	24	44
sehr zufrieden	% innerhalb von Geschlecht	42,6%	33,8%	37,3%

Gesamt	Anzahl	47	71	118
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Mittelwerte

	Lebenszufriedenheit allgemein	mit Ihrer Gesundheit	mit Ihrer finanziellen Situation	mit sich selbst	mit Ihrer beruflichen Situation	mit Ihrer Wohnsituation	mit Ihrer Freizeitgestaltung	mit Ihrem Aussehen	mit Ihren persönlichen Beziehungen	mit Ihrer Arbeitsfähigkeit
Mittelwert	4,18	4,22	3,13	4,36	3,72	4,42	4,46	4,54	4,53	4,83
N	119	117	118	118	116	117	117	117	118	118
Standardabweichung	1,319	1,469	1,517	1,325	1,587	1,738	1,424	1,387	1,424	1,215

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Lebenszufriedenheit allgemein	weiblich	47	59,77	2809,00
	männlich	72	60,15	4331,00
	Gesamt	119		
mit Ihrer Gesundheit	weiblich	47	58,84	2765,50
	männlich	70	59,11	4137,50
	Gesamt	117		
mit Ihrer finanziellen Situation	weiblich	48	65,38	3138,00
	männlich	70	55,47	3883,00
	Gesamt	118		
mit sich selbst	weiblich	48	61,38	2946,00
	männlich	70	58,21	4075,00
	Gesamt	118		
mit Ihrer beruflichen Situation	weiblich	46	64,45	2964,50
	männlich	70	54,59	3821,50
	Gesamt	116		
mit Ihrer Wohnsituation	weiblich	47	65,34	3071,00
	männlich	70	54,74	3832,00
	Gesamt	117		
mit Ihrer Freizeitgestaltung	weiblich	47	57,46	2700,50
	männlich	70	60,04	4202,50
	Gesamt	117		
mit Ihrem Aussehen	weiblich	46	55,77	2565,50
	männlich	71	61,09	4337,50
	Gesamt	117		
mit Ihren persönlichen Beziehungen	weiblich	47	57,77	2715,00
	männlich	71	60,65	4306,00
	Gesamt	118		
mit Ihrer Arbeitsfähigkeit	weiblich	47	62,82	2952,50
	männlich	71	57,30	4068,50
	Gesamt	118		

Statistik für Test

	Lebenszufriedenheit allgemein	mit Ihrer Gesundheit	mit Ihrer finanziellen Situation	mit sich selbst	mit Ihrer beruflichen Situation	mit Ihrer Wohnsituation	mit Ihrer Freizeitgestaltung	mit Ihrem Aussehen	mit Ihren persönlichen Beziehungen	mit Ihrer Arbeitsfähigkeit
Mann-Whitney-U	1681,000	1637,500	1398,000	1590,000	1336,500	1347,000	1572,500	1484,500	1587,000	1512,500
Wilcoxon-W	2809,000	2765,500	3883,000	4075,000	3821,500	3832,000	2700,500	2565,500	2715,000	4068,500
Z	-,061	-,043	-,1573	-,508	-,1574	-,1724	-,415	-,856	-,463	-,899
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,951	,966	,116	,612	,116	,085	,678	,392	,643	,369