

2017

Wie steht es um Ihre Arbeitsfähigkeit?



WAI*-Fragebogen & Auswertung
(Kurzversion)

WAI-Netzwerk Deutschland
gutentag@arbeitsfaehig.com

www.arbeitsfaehig.com

Hinweis: Die individuelle Nutzung und Anwendung des WAI-Fragebogens sind frei. Die Anwendung des WAI-Fragebogens in Betrieben in Deutschland sollte nur mit vorheriger Genehmigung durch das WAI-Netzwerk erfolgen. In anderen Ländern könnten andere Institutionen berechtigt sein, Genehmigungen/Lizenzen zur Nutzung auszustellen.

*Basiert auf der 1998 in Deutschland implementierten Fassung des Instruments

Work Ability Index - Fragebogen

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt **FREIWILLIG!**

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...	
vorwiegend geistig tätig?	O₁
vorwiegend körperlich tätig?	O₂
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	O₃

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit										
Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)										
O₀	O₁	O₂	O₃	O₄	O₅	O₆	O₇	O₈	O₉	O₁₀
völlig arbeitsunfähig										derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen				
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O₅	O₄	O₃	O₂	O₁
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O₅	O₄	O₃	O₂	O₁

1

3. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten			
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.			
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.			
		<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>
			<i>liegt nicht vor</i>
1	Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
2	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
4	Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
5	Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁
			<input type="checkbox"/> ₀

	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
6 Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7 Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8 Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9 Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11 Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12 Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13 Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14 Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

2

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten	
Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.	
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung • Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden • Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern • Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern • Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten • Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig 	<ul style="list-style-type: none"> O₆ O₅ O₄ O₃ O₂ O₁

5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

- überhaupt keinen **O₅**
- höchstens 9 Tage **O₄**
- 10 - 24 Tage **O₃**
- 25 - 99 Tage **O₂**
- 100 - 365 Tage **O₁**

6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| unwahrscheinlich | nicht sicher | ziemlich sicher |
| O₁ | O₄ | O₇ |

7. Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| häufig | eher häufig | manchmal | eher selten | niemals |
| O₄ | O₃ | O₂ | O₁ | O₀ |

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| immer | eher häufig | manchmal | eher selten | niemals |
| O₄ | O₃ | O₂ | O₁ | O₀ |

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

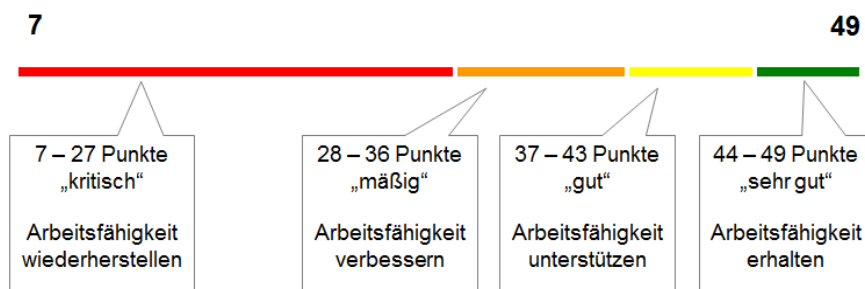
- | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ständig | eher häufig | manchmal | eher selten | niemals |
| O₄ | O₃ | O₂ | O₁ | O₀ |

Auswertung

WAI - Dimensionen	Punkte
1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit	
2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Anforderungen der Arbeitstätigkeit <i>Entsprechend der Beantwortung der „Vorfrage“:</i> a) geistig tätig... (Punktzahl*0,5)+(Punktzahl*1,5) = b) körperlich tätig... (Punktzahl*1,5)+(Punktzahl*0,5) = c) in gleichen Maße... Punktzahl+Punktzahl =	
3. Anzahl der aktuellen vom Arzt diagnostizierten Krankheiten 0 Krankheiten = 7 Punkte 1 Krankheit = 5 Punkte 2 Krankheiten = 3 Punkte 3 Krankheiten = 3 Punkte 4 Krankheiten = 1 Punkte 5+ Krankheiten = 1 Punkt	
4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten <i>Siehe angekreuzter Punkt – bei Mehrfachnennung der niedrigste Wert</i>	
5. Krankenstandstage in den vergangenen 12 Monaten Siehe angekreuzter Punkt	
6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren <i>Siehe angekreuzter Punkt</i>	
7. Psychische Leistungsreserven Summe 0 – 3 = 1 Punkt Summe 4 – 6 = 2 Punkte Summe 7 – 9 = 3 Punkte Summe 10 – 12 = 4 Punkte	
Work Ability Index-Gesamtwert	

4

Einordnung Ihres Work Ability Index-Gesamtwertes



Der WAI* bildet über Punktwerte (7-49) ab, ob Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit als kritisch, mäßig, gut oder sehr gut einzustufen ist. Ihrem Ergebnis entsprechend sollte das persönliche Ziel sein, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern, zu unterstützen oder zu erhalten. Ansatzpunkte bieten Ihnen die Handlungsfelder >>Gesundheit, Kompetenz/Wissen, Werte/Motivation/Einstellungen, Arbeitsorganisation/Führung<<.