

2013

Wie steht es um Ihre Arbeitsfähigkeit?



WAI-Fragebogen & Auswertung
(Langversion)

WAI-Netzwerk Deutschland

wai@uni-wuppertal.de

www.arbeitsfaehigkeit.net

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.

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt **FREIWILLIG!**

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...	
vorwiegend geistig tätig?	O ₁
vorwiegend körperlich tätig?	O ₂
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	O ₃

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)										
O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇	O ₈	O ₉	O ₁₀
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
O ₅	O ₄	O ₃	O ₂	O ₁
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O ₅	O ₄	O ₃	O ₂	O ₁

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.				
1	Unfallverletzungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	Rücken	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Arm/Hand	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Bein/Fuß	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	anderes Körperteil	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	oberer Bereich des Rückens oder der Halswirbelsäule, wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Beschwerden im unteren Bereich des Rückens, wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	vom Rücken in das Bein ausstrahlender Schmerz/Ischias	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Muskel-Skelett-Beschwerden der Gliedmaßen (Hand, Fuß), wiederholte Schmerzen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	rheumatische Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

3. Fortsetzung 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.				
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Herzleistungsschwäche	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4	Atemwegserkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	wiederholte Atemwegsinfektionen (auch Mandelentzündung, Nebenhöhlenentzündung, Bronchitis)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	chronische Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Lungenemphysem	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	andere Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5	Psychische Erkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	schwere psychische Erkrankungen (z.B. schwere Depressionen, Psychosen, Verwirrtheit, Halluzinationen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	leichte psychische Störungen oder Probleme (z.B. leichte Depressionen, Angespanntheit, Angstzustände, Schlaflosigkeit)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6	Neurologische und sensorische Erkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	Schwerhörigkeit oder Hörschaden	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Erkrankungen oder Verletzungen der Augen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	neurologische Krankheit (z.B. Schlaganfall, Neuralgie, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	andere neurologische oder sensorische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7	Erkrankungen des Verdauungssystems	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	Erkrankungen der Galle, Gallensteine	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Gastritis- oder Zwölffingerdarmreizung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Dickdarmreizung, Kolitis	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	andere Krankheit des Verdauungssystems	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8	Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
	Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Nierenleiden	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Krankheit der Geschlechtsorgane (z.B. Eileiterinfektion bei Frauen oder Prostatainfektion bei Männern)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	andere Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

3. Fortsetzung 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>
9			
Hautkrankheiten			
allergischer Hautausschlag, Ekzeme	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
anderer Hautausschlag	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10			
Tumore			
gutartiger Tumor	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
bösartiger Tumor (Krebs)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11			
Hormon- und Stoffwechselerkrankungen			
Fettleibigkeit, Übergewicht	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Kropf oder Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
andere Hormon- und Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12			
Blutkrankheiten			
Anämie	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
andere Blutkrankheit	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13			
Geburtsfehler			
Geburtsfehler	<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

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.	
Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung	O₆
Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	O₅
Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	O₄
Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	O₃
Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten	O₂
Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	O₁

5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)

Wie viele ganze Tage sind Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Unfall) in den letzten 12 Monaten der Arbeit ferngeblieben?

überhaupt keinen	O ₅
höchstens 9 Tage	O ₄
10 - 24 Tage	O ₃
25 - 99 Tage	O ₂
100 - 365 Tage	O ₁

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
O ₁	O ₄	O ₇

7. Psychische Leistungsreserven

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

häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀

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

ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀

4