

## Work Ability Index (WAI)

Modifizierte Kurzversion für die Studie zur Mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA)

### Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

- 1 vorwiegend geistig tätig?
- 2 vorwiegend körperlich tätig?
- 3 etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

### WAI 1

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?  
Null bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind.

- 0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10
- völlig arbeitsunfähig die beste jemals erreichte Arbeitsfähigkeit

### WAI 2

**A:** Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?  
Ist sie...

- 5 sehr gut
- 4 eher gut
- 3 mittelmäßig
- 2 eher schlecht
- 1 sehr schlecht

**B:** Und wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die geistigen Arbeitsanforderungen ein?

- 5 sehr gut
- 4 eher gut
- 3 mittelmäßig
- 2 eher schlecht
- 1 sehr schlecht

### WAI 3

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Krankheitsgeschichte stellen. Auf dieser Liste sind mehrere Krankheiten aufgeführt. Hat ein Arzt bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate eine der hier aufgeführten Krankheiten oder Gesundheitsstörungen festgestellt?

	Ja	Nein
A Unfallverletzungen (z. B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 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"/>	<input type="checkbox"/>
C Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Atemwegserkrankungen (z. B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Psychische Beeinträchtigungen (z. B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Neurologische und sensorische Erkrankungen (z. B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z. B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Hautkrankheiten (z. B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Tumore/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Hormon-/Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Krankheiten des Blutes (z. B. Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Angeborene Leiden/Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Andere Leiden oder Krankheiten, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### WAI 4

Nun geht es um eine Erkrankung oder Verletzung, die Sie möglicherweise derzeit bei der Arbeit behindern. Bitte sagen Sie mir, welche der folgenden Aussagen am ehesten auf Sie zutrifft.

- 6 Ich habe keine Beeinträchtigung, ich habe keine Erkrankung.
- 5 Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- 4 Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- 3 Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.
- 2 Wegen meiner Krankheit musste ich meine Arbeitszeit verringern.
- 1 Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

#### WAI 5

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems, wie einer Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung, in den letzten 12 Monaten der Arbeit fern?

- 5 überhaupt keinen Tag
- 4 höchstens 9 Tage
- 3 10 - 24 Tage
- 2 25 - 99 Tage
- 1 100 Tage und mehr

#### WAI 6

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

- 1 nein, halte ich für unwahrscheinlich
- 4 ich bin mir nicht sicher
- 7 ja, ziemlich sicher

## WAI 7

Auch die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Arbeit, denken Sie dabei auch weiterhin an Ihre Haupttätigkeit und an mögliche Nebentätigkeiten.  
Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

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

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

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

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

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

Stand: Juli 2019