

Fragebogen zur Erfassung von Schlafstörungen (FESS/KSM)

gekürzte und abgeänderte Version*

Name, Vorname _____

Patienten-Nr. _____

Hinweise zur Benützung

Dieser Fragebogen hilft Ihrem Arzt, Ihre Schlafprobleme bzw. Schwierigkeiten beim Wachbleiben zu verstehen. Es ist sehr wichtig, dass Sie alle Fragen beantworten, da manche Störungen sich aus einem Muster von Antworten zu verschiedenen Fragen zusammensetzen.

Wenn Sie diesen Fragebogen beantworten, denken Sie bitte daran, dass sich sämtliche Fragen und Antworten auf die vergangenen 6 Monate beziehen (dies trifft nur dann nicht zu, wenn Ihnen Ihr Arzt eine andere Anweisung gegeben hat).

Es gibt Personen, die in Tag-Nacht-Schichten oder wechselnden Schicht-Diensten arbeiten. Andere gehen zu sehr unterschiedlichen Zeiten zu Bett. Für diese Personen beziehen sich die Fragen, die nach dem „Tag, tagsüber, Morgen“ fragen, auf die Zeit, in der sie nach der längsten Schlafperiode wach bzw. aktiv sind (d.h. dem individuellen Morgen bzw. Tag). Umgekehrt beziehen sich die Fragen, die nach der „Nacht, nächtlich, Zubettgehen, Schlafenszeit“ fragen, auf die Zeit, in der die betreffende Person die längste Schlafphase in 24 Stunden hat (d.h. der individuellen Nacht).

Die meisten Fragen sind einfache Feststellungen. Sie beantworten sie bitte, indem Sie den Kreis mit der zutreffenden Nummer (von „1“ bis „5“) ausfüllen. Wenn Sie eine Aussage stark verneinen oder diese niemals auf Sie zutrifft, antworten Sie bitte mit „①“. Wenn für Sie eine Aussage „immer“ oder „ganz genau“ zutrifft, antworten Sie bitte mit „⑤“. Ansonsten können Sie zwischen „② = selten“, „③ = gelegentlich“ oder „④ = häufig“ auswählen. Zur Erinnerung ist dieser Antwortschlüssel am Fussende jeder Seite noch einmal abgedruckt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen !

Hier ein Beispiel, wie Sie bitte Ihre Antwort markieren:

Wie oft fallen Ostern und Weihnachten auf einen Tag?

② ③ ④ ⑤

Nur wenn Sie ganz sicher sind, dass eine Frage gar keinen Bezug zu Ihnen hat, lassen Sie die Antwortspalte leer. Versuchen Sie jedoch im Interesse Ihrer Gesundheit, alle Fragen soweit als möglich zu beantworten.

* Abgeänderte Version von SDQ. Douglass et al, 1994

1. Ich schlafe nachts zu wenig ① ② ③ ④ ⑤
2. Ich habe Schwierigkeiten mit dem Einschlafen ① ② ③ ④ ⑤
3. Ich wache aus dem Nachtschlaf auf ① ② ③ ④ ⑤
4. Ich gehe zu sehr verschiedenen Zeiten zu Bett, um zu schlafen ① ② ③ ④ ⑤
5. Beim Zubettgehen und/oder beim nächtlichen Aufwachen drängt sich eine Fülle von Gedanken in meinem Kopf ① ② ③ ④ ⑤
6. Beim Zubettgehen und/oder nächtlichen Aufwachen mache ich mir sorgenvolle Gedanken ① ② ③ ④ ⑤
7. Beim Zubettgehen und/oder nächtlichen Aufwachen fühle ich mich traurig und niedergedrückt ① ② ③ ④ ⑤
8. Beim Zubettgehen und/oder nächtlichen Aufwachen spüre ich Verspannungen in den Muskeln ① ② ③ ④ ⑤
9. Beim Zubettgehen und/oder nächtlichen Aufwachen fürchte ich, nicht einschlafen zu können ① ② ③ ④ ⑤
10. Mein Nachtschlaf ist unruhig und gestört ① ② ③ ④ ⑤
11. Ich träume die ganze Nacht hindurch intensiv und lebhaft ① ② ③ ④ ⑤
12. Ich konnte einmal einige Tage nacheinander überhaupt nicht schlafen ① ② ③ ④ ⑤
13. Ich habe einmal mehrere Tage nacheinander geschlafen/ich habe mich schon für mehrere Tage nacheinander ausserordentlich müde gefühlt ① ② ③ ④ ⑤
14. Als Kind war ich tagsüber sehr müde ① ② ③ ④ ⑤
15. Jetzt bin ich tagsüber sehr müde/habe Schwierigkeiten, wach zu bleiben ① ② ③ ④ ⑤
16. Jetzt habe ich Schwierigkeiten, meine Arbeit zu verrichten, da ich schläfrig oder müde bin ① ② ③ ④ ⑤
17. Ich bin in einer der folgenden Situationen ungewollt eingeschlafen: beim Essen, beim Telefonieren, im Gespräch, während einer Bus- oder Autofahrt, beim Fernsehen, im Theater, beim Lesen eines Buches, in einem Vortrag (entsprechendes unterstreichen) ① ② ③ ④ ⑤
18. Ein Nickerchen tagsüber verschlechtert meinen Schlaf in der Nacht ① ② ③ ④ ⑤
19. Nach einem Nickerchen fühle ich mich tagsüber weniger schläfrig ① ② ③ ④ ⑤

①	②	③	④	⑤
nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
(trifft überhaupt nicht zu)	(trifft nicht zu)	(bin nicht sicher)	(trifft zu)	(trifft ganz genau zu)

20. Während ich schlafe, störe ich den Schlaf meines Bettnachbarn ① ② ③ ④ ⑤
21. Ich schnarche ① ② ③ ④ ⑤
22. Man sagt, dass ich im Schlaf aufhöre zu atmen/meine Atmung aussetzt ① ② ③ ④ ⑤
23. Ich wache plötzlich nach Luft ringend auf, unfähig zu atmen ① ② ③ ④ ⑤
24. Ich habe beim Einschlafen Schwierigkeiten, durch die Nase zu atmen, habe eine verstopfte Nase beim ① ② ③ ④ ⑤
25. Beim Einschlafen und/oder nächtlichen Aufwachen habe ich „unruhige Beine“ (ein Gefühl von Kribbeln, Schmerzen und die Unfähigkeit, die Beine ruhig zu halten) ① ② ③ ④ ⑤
26. In meiner Familie hat jemand „unruhige Beine“ im Schlaf (Kribbeln, Schmerzen und Unfähigkeit, die Beine ruhig zu halten) ① ② ③ ④ ⑤
27. Beim Einschlafen und/oder beim Aufwachen, fühle ich mich plötzlich wie gelähmt, kann ich mich plötzlich nicht mehr bewegen ① ② ③ ④ ⑤
28. Es kommt vor, dass ich im Nachhinein sinnlose Handlungen und unsinnige Dinge tue, z.B. anstelle einer Adresse sinnlose Worte notieren, Zucker statt Kaffee in den Kaffeefilter füllen oder mit dem Auto an einen falschen Ort fahren ① ② ③ ④ ⑤
29. Wenn ich lache, mich ärgere oder andere starke Gefühle habe, bekomme ich eine plötzliche Muskelschwäche (z.B. „weiche Knie“) oder sogar eine kurzzeitige Unfähigkeit, mich zu bewegen, bin ich kurzzeitig wie gelähmt („erstarrt“) ① ② ③ ④ ⑤
30. Wenn ich in der Nacht oder während des Tages einschlafe und/oder aufwache, habe ich traumähnliche Bilder (Halluzinationen) ① ② ③ ④ ⑤
31. Während meiner Nickerchen am Tag träume ich lebhaft ① ② ③ ④ ⑤
32. Ich gehe im Schlaf umher ① ② ③ ④ ⑤
33. Ich erwache aus dem Schlaf schreiend, verwirrt und/oder habe mich dabei schon durch heftige Bewegungen verletzt ① ② ③ ④ ⑤
34. Ich habe Alpträume (Angsträume) ① ② ③ ④ ⑤
35. Ich knirsche im Schlaf mit den Zähnen ① ② ③ ④ ⑤
36. Ich wache mit „Attacken“ oder Anfällen auf, die anders sind als die im Fragebogen bislang beschriebenen ① ② ③ ④ ⑤
37. Mein Nachtschlaf wird durch Licht gestört ① ② ③ ④ ⑤

①	②	③	④	⑤
nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
(trifft überhaupt nicht zu)	(trifft nicht zu)	(bin nicht sicher)	(trifft zu)	(trifft ganz genau zu)

38. Mein Nachtschlaf wird durch Lärm gestört ① ② ③ ④ ⑤
39. Mein Schlaf wird durch ausgeprägtes Sodbrennen und/oder Aufstossen von bitterer Magenflüssigkeit gestört ① ② ③ ④ ⑤
40. Ich wache auf, weil ich hungrig bin ① ② ③ ④ ⑤
41. Ich esse unmittelbar vor dem Schlafen ① ② ③ ④ ⑤
42. Ich esse in der Nacht ① ② ③ ④ ⑤
43. In der Nacht habe ich Herzjagen/einen unregelmässigen Herzschlag ① ② ③ ④ ⑤
44. Ich schwitze sehr in der Nacht ① ② ③ ④ ⑤
45. Mein Schlaf wird durch Schmerzen im Rücken, Nacken, den Muskeln, den Gelenken, den Beinen oder Armen beeinträchtigt/gestört ① ② ③ ④ ⑤
46. Ich leide nachts oder morgens unter Kopfschmerzen ① ② ③ ④ ⑤
47. Bei mir wurden schon hohe Blutdruckwerte gemessen ① ② ③ ④ ⑤
48. Meine Mandeln und/oder Rachenmandeln wurden entfernt ① ② ③ ④ ⑤
49. Ich habe einmal eine Kopfverletzung mit oder ohne Bewusstlosigkeit erlitten ① ② ③ ④ ⑤
50. Ich habe oder hatte epileptische Anfälle (Zuckungen, Krämpfe, „Fallsucht“) ① ② ③ ④ ⑤
51. In meiner Familie hat jemand Zuckerkrankheit/Diabetes ① ② ③ ④ ⑤
52. Ich habe sexuelle Schwierigkeiten ① ② ③ ④ ⑤
53. Ich bin unzufrieden/unglücklich mit meinem Privatleben ① ② ③ ④ ⑤
54. Mit meiner Arbeit bin ich unzufrieden ① ② ③ ④ ⑤
55. Ich habe schon einmal daran gedacht, mir das Leben zu nehmen und/oder habe einen Selbstmordversuch gemacht ① ② ③ ④ ⑤
56. Ich fühle mich nützlich und gebraucht ① ② ③ ④ ⑤
57. Ich schlafe mehr als sonst üblich ① ② ③ ④ ⑤
58. Ich betreibe 2-3 mal wöchentlich Sport ① ② ③ ④ ⑤
59. Ich bin derzeit arbeitslos ① ② ③ ④ ⑤
60. Ich arbeite in einem Beruf mit wechselnden Arbeitsschichten oder mit ungewöhnlichen Arbeitszeiten ① ② ③ ④ ⑤

①	②	③	④	⑤
nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
(trifft überhaupt nicht zu)	(trifft nicht zu)	(bin nicht sicher)	(trifft zu)	(trifft ganz genau zu)

61. Ich verwende Alkohol, um einschlafen zu können ① ② ③ ④ ⑤
62. Ich rauche noch 2 Stunden und/oder kurz bevor ich zu Bett gehe ① ② ③ ④ ⑤
63. Wenn ich nachts aufwache, rauche ich ① ② ③ ④ ⑤
64. Kaffee, Tee oder Cola können meinen Schlaf verschlechtern ① ② ③ ④ ⑤
65. Zur Zeit nehme ich ein rezeptfreies Medikament (Apotheke, Reformhaus), um leichter einschlafen zu können ① ② ③ ④ ⑤
66. Zur Zeit nehme ich ein rezeptfreies Medikament, um tagsüber weniger müde und erschöpft zu sein ① ② ③ ④ ⑤
67. Zur Zeit nehme ich ein rezeptpflichtiges Medikament, das mir mein Arzt in erster Linie zur Erleichterung des (Ein-)Schlafens verschrieben hat: Schlaftabletten oder Beruhigungsmittel, Antidepressiva, Neuroleptika ① ② ③ ④ ⑤
68. Zur Zeit nehme ich ein rezeptpflichtiges Medikament, welches mir der Arzt vor allem zur Erleichterung des Wachbleibens am Tag verordnet hat ① ② ③ ④ ⑤

Die folgenden Fragen betreffen nur Frauen:

69. Ich habe die Wechseljahre/das Klimakterium hinter mir ① ② ③ ④ ⑤
70. Mein Monatszyklus beeinflusst meinen Nachtschlaf ① ② ③ ④ ⑤
71. Mein Schlaf ist seit den Wechseljahren schlechter ① ② ③ ④ ⑤

①	②	③	④	⑤
nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
(trifft überhaupt nicht zu)	(trifft nicht zu)	(bin nicht sicher)	(trifft zu)	(trifft ganz genau zu)

Setzen Sie für die Fragen 70-89 jeweils die genauen Zahlen ein:

72. Zu welcher Zeit gehen sie gewöhnlich zu Bett? : Uhr
73. Zu welcher Zeit stehen sie gewöhnlich auf? : Uhr
74. Wenn es nur nach Ihrem eigenen „Wohlfühl“-Rhythmus ginge und Sie völlig frei in Ihrer Tageseinteilung wären (wie z.B. in den Ferien), wann würden Sie dann zu Bett gehen? : Uhr
75. Wenn es nur nach Ihrem eigenen „Wohlfühl“-Rhythmus ginge und Sie völlig frei in Ihrer Tageseinteilung wären (wie z.B. in den Ferien), wann würden Sie dann aufstehen? : Uhr
76. Wieviele Stunden Schlaf erreichen Sie in der Nacht? Ziehen Sie bitte die Zeit, die Sie wach im Bett verbringen, ab! Std. Min.
77. Wie oft müssen Sie in der Nacht aufstehen, um auf die Toilette zu gehen? mal
78. Wieviele Unfälle bei der Arbeit hatten Sie als Folge von Müdigkeit oder Erschöpfung?
79. Wieviele Unfälle oder Beinahe-Unfälle hatten Sie im Strassenverkehr wegen Schläfrigkeit?
80. Falls Sie Nickerchen machen (5 Min. Schlaf oder mehr), wie lange sind diese? Std. Min.
81. Für wie lange fühlen Sie sich erholt (erfrischt, wacher) nach einem Nickerchen am Tag? Std. Min.
82. Wie gross sind Sie (in Zentimetern)? cm
83. Was ist Ihr augenblickliches Gewicht (in Kilogramm)? kg
84. Was wogen Sie vor 5 Jahren (in Kilogramm)? kg
85. Was wogen Sie im Alter von 20 Jahren (in Kilogramm)? kg
86. Wieviele Tassen normalen Kaffee, Schwarztee oder Gläser Cola trinken Sie pro Tag?

87. Wieviele Tassen Kaffee, Schwarztee oder Gläser Cola trinken Sie in den zwei Stunden vor dem Zubettgehen?
88. Wieviele Gläser Alkohol trinken Sie zum Einschlafen?
89. Seit wievielen Jahren rauchen Sie, bzw. wieviele Jahre haben Sie geraucht? J.
90. Wieviele „Therapeuten“ (Ärzte, Psychologen, Heilpraktiker, Sachbuch oder ähnliches) haben Sie wegen eines Schlafproblems (sei es zuviel oder zuwenig Schlaf) vor diesem Untersuchungstermin bereits aufgesucht/konsultiert)?

91. Bitte notieren Sie alle Medikamente, die Sie gegenwärtig regelmässig oder bei Bedarf einnehmen (einschliesslich Homöopathie, Medikamente gegen Verstopfung, Augentropfen, für Frauen die Pille oder Hormonersatzpräparate).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....