



Landecker Inventar zur Erfassung von **Schlafstörungen**

Weiß; Schürmann; Binder; Steinberg

Angaben zur Person:

(zur Auswertung unbedingt nötig, bitte ausfüllen!)

Name:

Vorname:

Alter:

derzeitiges Gewicht (in kg): kg

Körpergröße (in cm): cm

Geschlecht: männlich
 weiblich

Ich arbeite Schicht ja nein

- 2 Schichten
- 3 Schichten

Zum Ausfüllen dieses Fragebogens:

Die folgenden Fragen sollen beitragen, Ihre Schlafprobleme genauer zu bestimmen. Sie können Ihrem Arzt (und damit sich selbst) helfen, indem Sie die Fragen auf den folgenden Seiten beantworten.

Sie tun dies am besten ohne langes Grübeln; was Ihnen als Erstes zu einer der Fragen einfällt, ist meistens richtig.

Bitte bedenken Sie, daß sich die folgenden Fragen auf die **letzten vier Wochen** beziehen.
Die meisten Fragen sind einfache Feststellungen. Sie beantworten sie, indem Sie die zutreffende Nummer ankreuzen.

Wenn Sie eine Aussage stark verneinen bzw. diese niemals auf Sie zutraf, antworten Sie bitte mit ①. Wenn eine Aussage „immer“ oder „ganz genau“ zutrifft, antworten Sie mit ⑥. Ansonsten können Sie zwischen ② = „selten“, ③ = „gelegentlich“, ④ = „häufig“ oder ⑤ = „meistens“ auswählen.

Zur Erinnerung ist dieser Antwortschlüssel am Fußende jeder Seite noch einmal abgedruckt.

Es ist wichtig, daß Sie alle Fragen beantworten, da dieser Fragebogen nur dann seine volle Aussagekraft hat.

Hier ein Beispiel, wie Sie Ihre Antwort markieren können:

Ich wache plötzlich nach Luft ringend auf, unfähig zu atmen.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Wenn diese Feststellung nicht auf Sie zutrifft und Sie niemals nachts aufwachen und nach Luft ringen, dann kreuzen Sie die ① = „nie“ an. Wenn Sie jedoch jede Nacht mehrmals mit Atem Schwierigkeiten wach werden, so kreuzen Sie bitte die ⑥ = „immer, trifft voll und ganz zu“ an.

Es ist wichtig, daß Sie alle Fragen beantworten.

(Bitte beachten Sie, daß die Antwort ① bedeutet, daß diese Beschwerde zu *keiner Zeit* für Sie zutraf.)

- | | | |
|----|---|-------------|
| 1) | Ich bin abends viel früher oder später müde als andere. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 2) | Beim Zubettgehen fühle ich mich traurig oder niedergedrückt. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 3) | Beim Einschlafen oder während der Nacht habe ich unruhige Beine. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 4) | Ich kann nicht so viel schlafen wie andere | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 5) | Ich habe Alpträume. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 6) | Mein Schlaf wird durch Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit beeinträchtigt. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 7) | Ich bin tagsüber oft sehr müde und kann mich nur schwer auf meine Arbeit konzentrieren. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |

①	②	③	④	⑤	⑥
„nie“ „trifft überhaupt nicht zu“	„selten“ „trifft nicht zu“	„gelegentlich“ „trifft eher nicht zu“	„häufig“ „trifft etwas zu“	„meistens“ „trifft zu“	„immer“ „trifft voll und ganz zu“

- 8) Ich oder mein(e) Partner(in) bemerken, daß ich mich im Schlaf aufrichte und die Bettdecke zupfe, im Zimmer umhergehe oder den Raum verlasse. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 9) Wenn ich nicht alleine schlafe, störe ich andere mit meinem Schnarchen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 10) Wenn ich morgens aufwache, gelingt es mir nicht immer, mich zu bewegen, obwohl ich schon wach bin. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 11) Beim Einschlafen oder während der Nacht habe ich ein Kribbelgefühl in den Beinen oder Armen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 12) Ich leide an Schlaflosigkeit. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 13) Beim Einschlafen bewege ich meinen Kopf rhythmisch auf dem Kissen hin und her. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 14) Durch Schuldgefühle werde ich am Schlafen gehindert. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 15) Ich gehe früher oder später als andere zu Bett. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 16) Es wurde mir schon gesagt, daß ich während des Schlafes aufhöre zu atmen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 17) Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 18) Ich bin häufig so müde, daß ich Schwierigkeiten habe, meine Arbeit zu verrichten. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 19) Wenn ich lache, mich ärgere oder andere, heftigere Empfindungen habe, habe ich manchmal das Gefühl, daß alle Kraft aus meinen Muskeln schwindet oder ich mich nicht mehr bewegen kann. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 20) Beim Zubettgehen drängt sich eine Fülle von Gedanken in meinen Kopf. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 21) Ich mache im Schlaf wiegende und/oder schaukelnde Bewegungen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 22) Wenn ich auf dem Rücken schlafe, ist mein Schnarchen besonders ausgeprägt. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

① „nie“ „trifft überhaupt nicht zu“	② „selten“ „trifft nicht zu“	③ „gelegentlich“ „trifft eher nicht zu“	④ „häufig“ „trifft etwas zu“	⑤ „meistens“ „trifft zu“	⑥ „immer“ „trifft voll und ganz zu“
---	------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------	---

- 23) Ich spreche im Schlaf. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 24) In monotonen und langweiligen Situationen, z.B. beim Fernsehen, im Kino bzw. Theater, oder als Beifahrer, beim Lesen usw., fällt es mir schwer, wach zu bleiben. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 25) In der Nacht liege ich wach und denke über meine derzeitigen Angelegenheiten nach. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 26) Morgens brauche ich sehr lange, bis ich richtig wach werde. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 27) Beim Einschlafen oder während der Nacht muß ich immer wieder meine Arme und/oder Beine bewegen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 28) Meine Zubettgezeiten unterscheiden sich von einem Tag auf den anderen um mehr als drei Stunden. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 29) Nachts wache ich immer wieder auf. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 30) Ich knirsche im Schlaf mit den Zähnen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 31) Ich habe Schwierigkeiten, mich lange richtig auf etwas zu konzentrieren. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 32) Ich habe einen sehr oberflächlichen Schlaf. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 33) Nach dem Aufwachen habe ich ein Spannungsgefühl im Mund- oder Kieferbereich oder sogar Kieferschmerzen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 34) Es fällt mir oft schwer, meine Beine im Bett ruhig zu halten. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 35) In Rückenlage habe ich häufiger Atemaussetzer. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 36) Beim Einschlafen oder während der Nacht schmerzen meine Beine oder Arme. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 37) Nachts stehe ich auf, weil ich nicht mehr schlafen kann. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

① „nie“ „trifft überhaupt nicht zu“	② „selten“ „trifft nicht zu“	③ „gelegentlich“ „trifft eher nicht zu“	④ „häufig“ „trifft etwas zu“	⑤ „meistens“ „trifft zu“	⑥ „immer“ „trifft voll und ganz zu“
---	------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------	---

- 38)** Es kommt vor, daß ich mit einem lauten Schrei auf wache, dabei schwitze, Herzrasen habe und längere Zeit benötige, um die Orientierung wiederzufinden. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 39)** Im Bett gelingt es mir nur schwer, belastende Gedanken aus meinem Kopf zu vertreiben. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 40)** Beim Zubettgehen oder Aufwachen kann ich mich nicht bewegen, obwohl ich wach bin. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 41)** Man sagt mir, daß ich im Schlaf komische Bewegungen mache oder um mich schlage. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 42)** Ich gehe zu deutlich anderen Zeiten ins Bett, als sich dies mit meinen täglichen Anforderungen verträgt. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 43)** Mein Schlafrhythmus ist sehr wechselhaft. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 44)** Es kommt vor, daß ich im Schlaf eine schmerzhafte Erektion habe.
(Frauen bitte die ① ankreuzen) **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 45)** Ich wache morgens früher auf und kann nicht mehr schlafen. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 46)** Mein Schlafrhythmus ist anders als bei anderen Menschen. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 47)** Es kommt vor, daß ich nachts von Alpträumen geweckt werde. In der Regel kann ich mich an den Alptraum kaum erinnern. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 48)** Nachts liege ich wach und kann nicht schlafen. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 49)** Ich ermüde rasch. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**
- 50)** Ich habe ganz andere Schlafzeiten als mein Partner. **① ② ③ ④ ⑤ ⑥**

① „nie“ „trifft überhaupt nicht zu“	② „selten“ „trifft nicht zu“	③ „gelegentlich“ „trifft eher nicht zu“	④ „häufig“ „trifft etwas zu“	⑤ „meistens“ „trifft zu“	⑥ „immer“ „trifft voll und ganz zu“
--	---	--	---	---------------------------------------	--

Häufig werden Schlafstörungen von anderen organischen Krankheiten verursacht.

Um diese Möglichkeit abgrenzen zu können, benötigen wir die folgenden Angaben.

- | | | | |
|-----|--|-------------|-----|
| 51) | Ich leide unter Bluthochdruck. | (1) (2) (3) | (4) |
| 52) | Ich habe Übergewicht. | (1) (3) | (4) |
| 53) | Ich habe mit dem Herzen Schwierigkeiten. | (1) (2) (3) | (4) |
| 54) | Ich habe eine Schilddrüsenerkrankung. | (1) (3) | (4) |
| 55) | Ich habe Wadenkrämpfe. | (1) (2) (3) | (4) |
| 56) | Ich leide an Asthma oder einer anderen Erkrankung der Lunge. | (1) (3) | (4) |
| 57) | Ich habe Allergien. | (1) (3) | (4) |
| 58) | Ich habe chronischen Schnupfen oder Beschwerden mit den Nasen-Nebenhöhlen. | (1) (3) | (4) |
| 59) | Ich habe Kopfschmerzen oder Migräne. | (1) (2) (3) | (4) |
| 60) | Ich habe Beschwerden im Magen-Darm-Bereich. | (1) (2) (3) | (4) |
| 61) | Ich habe Muskel- oder Gelenkschmerzen. | (1) (2) (3) | (4) |
| 62) | Nachts muß ich häufiger als früher aufstehen und zur Toilette gehen. | (1) (2) (3) | (4) |
| 63) | Ich leide an einer Erkrankung mit mehr oder weniger chronischen Schmerzen oder Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden, und zwar an: | (1) (2) (3) | (4) |

Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Medikamenteneinnahme.

Die Antwortalternativen hierzu entnehmen Sie bitte dem unteren Teil dieser Seite.

- 64) Ich nehme Schlafmittel. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 65) Ich nehme Medikamente wegen Herzbeschwerden. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 66) Ich nehme Medikamente gegen Bluthochdruck. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 67) Ich nehme Medikamente wegen einer Erkrankung an der Lunge. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 68) Ich nehme Medikamente wegen einer Allergie. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 69) Ich nehme Schmerzmittel. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 70) Ich nehme Medikamente, die meine Stimmung verbessern sollen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 71) Ich nehme Medikamente wegen Schilddrüsenproblemen. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 72) Ich nehme Medikamente wegen Magen-Darm-Beschwerden. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 73) Ich nehme Hormonpräparate (außer der „Pille“)? ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
- 74) Ich nehme _____ ② ③ ④ ⑤ ⑥

①
nie

②
bei Bedarf

③
1-2 Mal pro Woche

④
3-4 Mal pro Woche

⑤
5-6 Mal pro Woche

⑥
täglich

Da Alkohol, Nikotin und Koffein ähnliche Auswirkungen auf den Schlaf haben können wie Medikamente, beantworten Sie bitte noch die folgenden Fragen:

75) Ich trinke alkoholhaltige Getränke:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| nie | <input type="checkbox"/> |
| selten/nur bei besonderen Anlässen | <input type="checkbox"/> |
| 1 bis 2 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> |
| 3 bis 4 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> |
| 5 bis 6 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> |
| täglich | <input type="checkbox"/> |

76) Wenn ich Alkohol trinke, dann durchschnittlich:

(Geben Sie bitte Ihren durchschnittlichen Getränke-Konsum pro Gelegenheit an)

Falls Sie pro Gelegenheit mehr als einen alkoholischen Getränktyp zu sich nehmen, können Sie auch mehr als ein Feld ausfüllen).

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| <input type="text"/> | Gläser Bier (0,3 l) |
| <input type="text"/> | Gläser Wein (0,25 l) |
| <input type="text"/> | Gläser Spirituosen (002 l) |

78) Ich rauche

- | | | | |
|-----------|--------------------------|-------|----------------|
| ca. _____ | Zigaretten am Tag, davon | _____ | nach 19:00 Uhr |
| ca. _____ | Zigarren am Tag, davon | _____ | nach 19:00 Uhr |
| ca. _____ | Pfeifen am Tag, davon | _____ | nach 19:00 Uhr |

Ich rauche nicht

79) Pro Tag trinke ich

- | | | | |
|-----------|----------------------|-------|----------------|
| ca. _____ | Tassen Kaffee, davon | _____ | nach 13:00 Uhr |
| ca. _____ | Tassen Tee, davon | _____ | nach 13:00 Uhr |
| ca. _____ | Gläser Cola, davon | _____ | nach 13:00 Uhr |
| ca. _____ | Energy-Drinks, davon | _____ | nach 13:00 Uhr |

Ich trinke keine koffeinhaltigen Getränke

Vielen Dank.