

# SCHLAFQUALITÄTS-FRAGEBOGEN DER UNIVERSITÄT PITTSBURGH

(German version of the Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)

---

## ANLEITUNG:

In den folgenden Fragen geht es ausschließlich um Ihre Schlafgewohnheiten in den letzten 30 Tagen. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte in den letzten 30 Tagen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

---

1. Wann sind Sie in den letzten 30 Tagen abends gewöhnlich zu Bett gegangen?

**SCHLAFENSZEIT:** \_\_\_\_\_

2. Wie lange (in Minuten) hat es in den letzten 30 Tagen gewöhnlich gedauert, bis Sie abends eingeschlafen sind?

**ANZAHL DER MINUTEN:** \_\_\_\_\_

3. Wann sind Sie in den letzten 30 Tagen morgens gewöhnlich aufgestanden?

**AUFSTEHZEIT:** \_\_\_\_\_

4. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten 30 Tagen nachts tatsächlich geschlafen?

(Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden übereinstimmen, die Sie im Bett verbracht haben.)

**ANZAHL DER SCHLAFSTUNDEN PRO NACHT:** \_\_\_\_\_

**Kreuzen Sie bitte zu jeder der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an.  
Beantworten Sie bitte alle Fragen.**

---

5. Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen Probleme mit dem Schlafen, weil ...

a) Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche
- 

b) Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche
- 

c) Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche

d) Sie nicht richtig atmen konnten?

- Nie in den letzten 30 Tagen     Seltener als einmal pro Woche     Ein- oder zweimal pro Woche     Dreimal oder öfter pro Woche
- 

e) Sie laut gehustet oder geschnarcht haben?

- Nie in den letzten 30 Tagen     Seltener als einmal pro Woche     Ein- oder zweimal pro Woche     Dreimal oder öfter pro Woche
- 

f) es Ihnen zu kalt war?

- Nie in den letzten 30 Tagen     Seltener als einmal pro Woche     Ein- oder zweimal pro Woche     Dreimal oder öfter pro Woche
- 

g) es Ihnen zu warm war?

- Nie in den letzten 30 Tagen     Seltener als einmal pro Woche     Ein- oder zweimal pro Woche     Dreimal oder öfter pro Woche
- 

h) Sie schlecht geträumt haben?

- Nie in den letzten 30 Tagen     Seltener als einmal pro Woche     Ein- oder zweimal pro Woche     Dreimal oder öfter pro Woche
- 

i) Sie Schmerzen hatten?

- Nie in den letzten 30 Tagen     Seltener als einmal pro Woche     Ein- oder zweimal pro Woche     Dreimal oder öfter pro Woche
- 

j) Andere Gründe? Bitte beschreiben:

---

---

Wie oft hatten Sie deswegen Schlafprobleme in den letzten 30 Tagen?

- Nie in den letzten 30 Tagen     Seltener als einmal pro Woche     Ein- oder zweimal pro Woche     Dreimal oder öfter pro Woche
- 

6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes in den letzten 30 Tagen beurteilen?

- Sehr gut  
 Eher gut  
 Eher schlecht  
 Sehr schlecht
- 

7. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Medikamente eingenommen, die Ihnen helfen, zu schlafen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?

- Nie in den letzten 30 Tagen     Seltener als einmal pro Woche     Ein- oder zweimal pro Woche     Dreimal oder öfter pro Woche

8. Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen Schwierigkeiten, wach zu bleiben, z. B. während Sie Auto gefahren sind, Mahlzeiten eingenommen haben oder etwas mit anderen Menschen unternommen haben?

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche
- 

9. Hatten Sie in den letzten 30 Tagen Probleme, die üblichen Alltagsaufgaben mit dem nötigen Schwung zu erledigen?

- Überhaupt keine Probleme  
 Kaum Probleme  
 Etwas Probleme  
 Sehr große Probleme
- 

10. Schlafen Sie mit jemandem im selben Bett, im selben Raum oder in einer Wohnung?

- Ich schlafe mit niemandem im selben Bett, im selben Raum oder in einer Wohnung  
 Partner-/in oder Mitbewohner-/in schläft in einem anderen Raum  
 Partner-/in schläft im selben Raum, aber nicht im selben Bett  
 Partner-/in schläft im selben Bett
- 

Wenn Sie mit jemandem im selben Bett, im selben Raum oder in einer Wohnung schlafen, fragen Sie sie/ ihn, wie oft Sie in den letzten 30 Tagen...

a) laut geschnarcht haben.

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche
- 

b) beim Atmen lange Pausen gemacht haben, während Sie geschlafen haben?

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche
- 

c) beim Schlafen mit den Beinen gezuckt haben?

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche
- 

d) zeitweise verwirrt oder desorientiert waren, wenn Sie nachts aufgewacht sind?

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche
- 

e) anderweitig unruhig waren, während Sie geschlafen haben. Bitte beschreiben:

---

---

- Nie in den letzten 30 Tagen       Seltener als einmal pro Woche       Ein- oder zweimal pro Woche       Dreimal oder öfter pro Woche
-