

# Insomnia Severity Index (ISI)

(validierte deutsche Version (Dieck et al. 2018))

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Untersucher: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Fragen die Zahl an, die am besten Ihrem Schlafmuster im letzten Monat entspricht. Bei den ersten 3 Fragen geht es um eine Beurteilung Ihrer Schlafschwierigkeiten.

## 1. Schwierigkeit, einzuschlafen.

|       |         |        |        |             |
|-------|---------|--------|--------|-------------|
| Keine | Leichte | Mäßige | Starke | Sehr starke |
| 0     | 1       | 2      | 3      | 4           |

## 2. Schwierigkeit, durchzuschlafen.

|       |         |        |        |             |
|-------|---------|--------|--------|-------------|
| Keine | Leichte | Mäßige | Starke | Sehr starke |
| 0     | 1       | 2      | 3      | 4           |

## 3. Das Problem, am Morgen früh aufzuwachen.

|      |        |       |       |            |
|------|--------|-------|-------|------------|
| Kein | Leicht | Mäßig | Stark | Sehr stark |
| 0    | 1      | 2     | 3     | 4          |

## 4. Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Schlafverhalten?

|                |           |         |             |                  |
|----------------|-----------|---------|-------------|------------------|
| Sehr zufrieden | Zufrieden | Neutral | Unzufrieden | Sehr unzufrieden |
| 0              | 1         | 2       | 3           | 4                |

## 5. In welchem Ausmaß beeinflussen Ihre Schlafprobleme Ihrer Ansicht nach Ihre Alltagsfunktionen (z.B. Tagesmüdigkeit, Fähigkeit auf der Arbeit/bei Alltagstätigkeiten zu funktionieren, Konzentration, Erinnerung, Stimmung)?

|                 |       |       |       |            |
|-----------------|-------|-------|-------|------------|
| Überhaupt nicht | Wenig | Etwas | Stark | Sehr stark |
| 0               | 1     | 2     | 3     | 4          |

## 6. In welchem Ausmaß nehmen Ihrer Ansicht nach Ihre Mitmenschen Ihr Schlafproblem und die damit verbundene Beeinflussung Ihrer Lebensqualität wahr?

|                 |       |       |       |            |
|-----------------|-------|-------|-------|------------|
| Überhaupt nicht | Wenig | Etwas | Stark | Sehr stark |
| 0               | 1     | 2     | 3     | 4          |

## 7. Wie besorgt/bedrückt sind Sie durch Ihre gegenwärtigen Schlafprobleme?

|                 |       |       |       |            |
|-----------------|-------|-------|-------|------------|
| Überhaupt nicht | Wenig | Etwas | Stark | Sehr stark |
| 0               | 1     | 2     | 3     | 4          |

Gesamt: \_\_\_\_\_

## Auswertung:

Die sieben Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet (0 = überhaupt nicht, 4 = sehr schweres Problem), sodass die Gesamtpunktzahl zwischen 0 und 28 liegt, wobei eine höhere Punktzahl einen höheren Schweregrad der Schlaflosigkeit widerspiegelt.

*0 bis 7 Punkte*

*8 bis 14 Punkte*

*15 bis 21 Punkte*

*22 bis 28 Punkte*

*keine Schlaflosigkeit*

*unterschwellige Schlaflosigkeit*

*moderate Schlaflosigkeit*

*schwere Schlaflosigkeit*

## Quelle:

Dieck A, Morin CM, Backhaus J. A German version of the Insomnia Severity Index: Validation and identification of a cut-off to detect insomnia. Somnologie. 2018; 22: 27-35



**DIGOTOR GbR**

Fortbildungen für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie

Austraße 30 · D-74336 Brackenheim

[info@digotor.info](mailto:info@digotor.info)

[www.digotor.info](http://www.digotor.info)