

Fragebogen zu möglichen Risiken Ihres Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum (BENDEP-SRQ GV)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit einem bestimmten Schlaf- und Beruhigungsmittel (Z-Substanzen und Benzodiazepine) im Sinn. Wenn Sie mehrere Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumieren, wählen Sie bitte das aus, welches Sie häufiger oder schon länger nehmen. Wenn Sie sich nicht entscheiden können, beantworten Sie die Fragen gemeinsam für die verschiedenen Mittel. Wenn Sie ihre Medikamente ohne ein Rezept nehmen, dann kreuzen Sie bitte bei den Fragen 4, 9 und 14 jeweils „Das trifft auf mich überhaupt nicht zu“ an.

Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen in den vergangenen 12 Monaten auf Sie zutrafen. Kreuzen Sie bitte die passende Antwort an:

	Das trifft auf mich überhaupt nicht zu.	Das trifft auf mich nicht zu.	Das trifft teilweise auf mich zu, teilweise nicht.	Das trifft auf mich zu.	Das trifft voll und ganz auf mich zu.
1 Ich nehme rechtzeitig wieder meine Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, weil ich sonst Beschwerden bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich werde nervös, wenn ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht griffbereit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Andere drängen mich dazu, weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich nehme mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, als auf dem Rezept angegeben sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ich fühle mich beruhigt, wenn ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel bei mir habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Die Schlaf- und Beruhigungsmittel sind weniger wirksam als früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Meine Schlaf- und Beruhigungsmittel sind zu früh aufgebraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Die Schlaf- und Beruhigungsmittel bereiten mir Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ich verfälsche, was auf dem Rezept für meine Schlaf- und Beruhigungsmittel steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich denke darüber nach, die Schlaf- und Beruhigungsmittel abzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Kurz bevor ich meine Schlaf- und Beruhigungsmittel nehme, ist das das Einzige, woran ich noch denken kann.	<input type="checkbox"/>				
12 Ich beschäftige mich gedanklich viel mit meinen Schlaf- und Beruhigungsmitteln.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich glaube, dass die Schlaf- und Beruhigungsmittel mein Leben zerstören.	<input type="checkbox"/>				
14 Ich hole früher als vereinbart ein neues Rezept.	<input type="checkbox"/>				
15 Ich nehme eine Menge Schlaf- und Beruhigungsmittel auf einmal.	<input type="checkbox"/>				

Haben Sie schon einmal versucht, weniger Medikamente zu nehmen oder sie ganz abzusetzen?

- Ja
 Nein [Überspringen der Fragen 16-20]

Weniger Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu nehmen oder die Einnahme plötzlich zu beenden, kann zu Beschwerden führen. Im Folgenden werden einige dieser Beschwerden genannt. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die einzelnen Beschwerden belastet haben, als Sie das letzte Mal weniger Schlaf- und Beruhigungsmittel zu sich nahmen oder die Einnahme beendeten. Kreuzen Sie die passende Antwort an:

Beschwerde	Nicht oder kaum belastet	Ein wenig belastet	Ziemlich belastet	Stark belastet	Sehr stark belastet
16 Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>				
17 Müdigkeit	<input type="checkbox"/>				
18 Zittern	<input type="checkbox"/>				
19 Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>				
20 Unruhe	<input type="checkbox"/>				

Auswertung:

Der Bendep-SRQ-GV kann pro Subskala und als Gesamtwert ausgewertet werden. Die niedrigste Antwortkategorie erhält den Punktwert „0“ und die höchste „4“. Daraus ergeben sich mögliche Scores von 0 bis 20 für die Subskalen und 0 bis 80 für den Gesamtwert.

Skala	Items	Erreichter Wert
Problematischer Gebrauch	3, 6, 8, 10, 13	
Beschäftigung	1, 2, 5, 11, 12	
mangelnde Therapietreue	4, 7, 9, 14, 15	
Entzug	16 - 20	
Gesamtwert	1 - 20	

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License To view a copy of the license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Deutsche Übersetzung des "Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ)" (Kan et al. "Scalability, reliability, and validity of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in outpatient benzodiazepine users. "Comprehensive psychiatry 40.4 (1999): 283-291.)

Zitierweise und Originalpublikation: M.W. Stratmann, J. Heeg, M. Härter, L. Kriston, U. Verthein, C. Lindemann, Screening accuracy of the German version of the benzodiazepine self-report questionnaire, Comprehensive Psychiatry, Volume 141: 152607, 2025
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2025.152607>.