

# Leben in Deutschland

Befragung 2004  
zur sozialen Lage  
der Haushalte

## Fragebogen: „Ihr Kind im Alter von 2 oder 3 Jahren“

Die ersten Lebensjahre eines Kindes sind geprägt von einer Vielfalt von Entwicklungsschritten. Für die Wissenschaft ist diese Lebensspanne von großem Interesse. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Kinder, die **im Jahr 2001 oder 2002 geboren** wurden, aber **mindestens 2 Jahre alt** sind. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.  
Wir bitten Sie aber herzlich,  
- unserem Mitarbeiter die Fragen zu beantworten  
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

Vorname der Mutter:

*Bitte in Druckbuchstaben*

1. Wie heißt Ihr Kind?

Vorname des Kindes:

*Bitte in Druckbuchstaben*

2. In welchem Jahr und Monat wurde Ihr Kind geboren?

2001   (Jan. - Dez.)

2002   (Jan. - Mai)

3. Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

Mädchen:       Junge:

**4. Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht Ihres Kindes?**

Gewicht in Kilogramm.....  ,

Körpergröße in cm.....

**5. Wie sehen Sie Ihr Kind heute?  
Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu?**

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Mein Kind ist meist fröhlich und zufrieden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist schwer zu trösten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist neugierig und aktiv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist gesprächig, redet gern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind zeigt Mitgefühl, wenn andere traurig sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Gab es bei Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?**

Ja.....  ⇒ und zwar.....  Tage  
Nein..

**7. Mussten Sie in den letzten 3 Monaten wegen gesundheitlicher Probleme Ihres Kindes einen Arzt aufsuchen oder rufen?**

Ja.....  ⇒ und zwar....  Mal  
Nein..

**8. Ist von einem Arzt bei Ihrem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden?**

⇒ Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Asthma.....
- Chronische Bronchitis .....
- Spastische/akute Bronchitis .....
- Pseudokrupp/Kruppsyndrom .....
- Mittelohrentzündung .....
- Heuschnupfen .....
- Neurodermitis .....
- Fehlsichtigkeit (z.B. Schielen) .....
- Schwerhörigkeit .....
- Ernährungsstörungen .....
- Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates .....
- Nein, nichts davon.....

**9. Würde von einem Arzt bei Ihrem Kind Entwicklungsstörungen oder Behinderungen festgestellt?**

Ja.....  ⇒ und zwar.....

Nein...

**10. Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten?**

	Ja	Nein nicht	Weiß
- Diphtherie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tetanus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Polio, Kinderlähmung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Keuchhusten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hepatitis B .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 5-Fach-Impfung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Masern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mumps .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Röteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstige, und zwar.....	<input style="width: 300px; height: 25px;" type="text"/>		

**11. Im Vergleich zu Kindern gleichen Alters - wie würden Sie Ihr Kind beurteilen?**

*Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Begriffspaaren die Kästchen weiter links an, je mehr der linke Begriff zutrifft, und weiter rechts, je mehr der rechte Begriff zutrifft!*

**Mein Kind ist im Vergleich eher**

**schüchtern**

            

**kontaktfreudig**

**gesund**

            

**krank**

**konzentriert**

            

**leicht ablenkbar**

**trotzig**

            

**fügsam**

**geschickt**

            

**ungeschickt**

**wild**

            

**ruhig**

**fix**

            

**braucht mehr Zeit**

**12. Für Eltern ist es immer ein großes Erlebnis, wenn das Kind schon wieder etwas Neues kann. Bitte sagen Sie uns, welche Dinge das bei Ihrem Kind sind.**

**Sprechen**

	Ja	teilweise	Nein
Versteht kurze Anweisungen, wie z.B. "hole deine Schuhe" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildet Sätze mit mindestens 2 Wörtern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht in ganzen Sätzen mit 4 oder mehr Wörtern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört einer Geschichte 5 Min. oder länger aufmerksam zu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überbringt einfache Nachrichten wie z.B. "Essen ist fertig" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Alltagsfertigkeiten**

Isst selbständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt sich selbst die Nase .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benützt für "großes Geschäft" die Toilette .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Hosen und Unterhosen selbst richtig herum an .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt sich selbst die Zähne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bewegung**

Läuft Treppen vorwärts hinunter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffnet Türen mit Türklinke (wenn es die Klinke erreicht) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klettert auf Klettergerüste und andere hohe Spielgeräte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneidet mit einer Schere ein Stück Papier durch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt auf Papier erkennbare Formen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Soziale Beziehungen**

Nennt vertraute Personen beim Namen, z.B. Mama, Papa oder Vorname .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt an Spielen mit anderen Kindern teil .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigt sich mit Rollenspielen ("tun als ob") .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt eine Vorliebe für bestimmte Spielgefährten o. Freunde ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benennt eigene Gefühle, z.B. "ich bin traurig", "ich freue mich", "ich habe Angst" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Wie oft haben Sie oder die Hauptbetreuungsperson in den letzten 14 Tagen gemeinsam mit Ihrem Kind folgende Aktivitäten ausgeführt?**

	Täglich	Mehrmals die Woche	mindestens einmal	gar nicht
(Vor-)Singen von Kinderliedern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergänge an der frischen Luft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen oder Basteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschichten vorlesen oder erzählen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilderbücher anschauen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Spielplatz gehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch bei anderen Familien mit Kindern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit dem Kind einkaufen gehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen Fernsehen/Video ansehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Gibt es eine Lieblingssendung im Fernsehen, die das Kind regelmäßig anschaut?**

Ja.....  ⇒ welche ist das?.....

Nein, das Kind hat keine Lieblingssendung.....

Nein, das Kind sieht nicht fern .....

**15. Darf Ihr Kind schon allein, also ohne Erwachsene, Fernsehen oder Video anschauen?**

Ja .....

Nur selten, ausnahmsweise.....

Nein, grundsätzlich nicht .....

**16. Hat das Kind Geschwister?**

Nein, das Kind hat keine Geschwister.....  ⇒ Sie springen auf Frage 17!

Ja, das Kind hat noch  Geschwister

Ältere .....

Jüngere .....

Gleichaltrige .....  ⇒ wenn letzteres, sind es : eineiige Zwillinge.....

zweieiige Zwillinge .....

**17 . Wird in Ihrem Haushalt nur Deutsch gesprochen, oder sprechen Sie untereinander auch oder überwiegend eine andere Sprache?**

Nur Deutsch .....  ⇒ *Sie springen auf Frage 20!*

Auch andere Sprache .....

Überwiegend andere Sprache .....

**18 . Welche andere Sprache ist das?**

**19 . In welcher Sprache sprechen Sie oder andere Haushaltsmitglieder mit Ihrem Kind?**

Nur in Deutsch.....

Nur in der anderen Sprache .....

In beiden Sprache .....

**20 . Lebt der Vater des Kindes im Haushalt?**

Ja .....  ⇒ *Sie springen auf Frage 23!*

Nein .....

**21 . Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft?**

Ja .....

Nein .....

**22 . Wohnt Ihr Partner hier im Haushalt?**

Ja .....

Nein .....

**23. Wie stark fühlen Sie sich von Ihrem Partner bei der Betreuung und Erziehung des Kindes unterstützt?**

Sehr stark.....

Stark.....

Eher wenig.....

Gar nicht.....

Trifft nicht zu, gibt keinen Partner .....

**24 . Sind Sie selbst die Hauptbetreuungsperson Ihres Kindes?**

Ja .....

Nein .....

**25. Wenn Sie einmal an eine normale Woche denken: Gibt es außer Ihnen andere Personen, die die Betreuung des Kindes zeitweise übernehmen? Wenn, ja, welche Personen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen Sie die Betreuung?**

(Ehe) Partner .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	
Vater des Kindes (falls nicht im Haushalt) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	
Großeltern des Kindes .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	
Ältere Geschwister des Kindes .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	
Andere Verwandte .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	
Tagesmutter ( <u>außer Haus</u> ) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	
Kinderfrau (in Ihrem Haushalt) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	
Krippe, Kindergarten, Kindertageseinrichtung .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	
Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn) .....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>	Nein niemand. <input type="checkbox"/>

**26. Übernachtet Ihr Kind manchmal auch in einer anderen Wohnung?**

Ja, bei einem anderen Kind .....	<input type="checkbox"/>
Ja, bei seinem Vater (getrennt lebend) .....	<input type="checkbox"/>
Ja, bei den Großeltern/ sonstiges .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>

**27. Mit der Entwicklung des Kindes verändern sich ja die Lebensumstände für die Eltern. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Meine Lebensumstände haben sich nach der Geburt des Kindes stark verändert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Aufziehen meines Kindes bereitet mir Glück und Freude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft am Ende meiner Kräfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Rolle als Mutter ist für mich sehr befriedigend .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich den neuen Aufgaben und Anforderungen oft nicht gewachsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lerne über das Kind auch andere Menschen kennen und knüpfe neue Kontakte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide darunter, auf meine Rolle als Mutter eingeschränkt zu sein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meinem Kind viel Zärtlichkeit zu geben, ist mir sehr wichtig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Ihr Geburtsjahr:

29. Wie ist Ihr Familienstand?

- Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend.....
- Verheiratet, dauernd getrennt lebend.....
- Ledig.....
- Geschieden.....
- Verwitwet.....

30. Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?

 Personen

31. Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus?

- Nein.....
- Ja, und zwar ⇒ ,  Stunden pro Tag

32. Sind Sie zur Zeit im Mutterschutz oder in der gesetzlich geregelten "Elternzeit"?

⇒ "Elternzeit" heißt: Unterbrechung oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit nach Geburt eines Kindes.

- Ja, Mutterschutz .....
- Ja, Elternzeit .....      Nein .....

33. Wenn man mal alle Einfünfte zusammennimmt:

Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen heute?

- unter 500 Euro .....
- 500 bis unter 1000 Euro .....
- 1000 bis unter 1500 Euro .....
- 1500 bis unter 2000 Euro .....
- 2000 bis unter 2500 Euro .....
- 2500 bis unter 3000 Euro .....
- 3000 bis unter 3500 Euro .....
- 3500 bis unter 4000 Euro .....
- 4000 Euro und mehr .....

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

Tag

Monat

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers