

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP-Core – 2017: Mutter und Kind (2-3 Jahre), Altstichproben

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel study (SOEP) is a wide-ranging representative longitudinal study of private households, located at the German Institute for Economic Research, DIW Berlin.

The aim of the SOEP Survey Papers Series is to thoroughly document the survey's data collection and data processing. The SOEP Survey Papers is comprised of the following series:

Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

Series B – Survey Reports (Methodenberichte)

Series C – Data Documentation (Datendokumentationen)

Series D – Variable Descriptions and Coding

Series E – SOEPmonitors

Series F – SOEP Newsletters

Series G – General Issues and Teaching Materials

The SOEP Survey Papers are available at <http://www.diw.de/soepsurveypapers>

Editors:

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin

Prof. Dr. Stefan Liebig, DIW Berlin and Bielefeld University

Dr. David Richter, DIW Berlin

Prof. Dr. Carsten Schröder, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Jürgen Schupp, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Please cite this paper as follows:

Kantar Public. 2018. SOEP-Core – 2017: Mutter und Kind (2-3 Jahre), Altstichproben. SOEP Survey Papers 568: Series A. Berlin: DIW/SOEP



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

© 2018 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

DIW Berlin

German Socio-Economic Panel (SOEP)

Mohrenstr. 58

10117 Berlin

Germany

soeppapers@diw.de

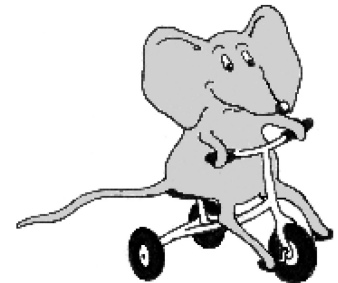
SOEP-Core – 2017: Mutter und Kind (2-3 Jahre), Altstichproben

Kantar Public

München, 2017

LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2017



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 wichtige Lebensspanne von großem Interesse. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Ihre Kinder, die **im Jahr 2014 geboren** wurden. 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.

B

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
It. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname der Mutter:

Personen Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

1. Wie heißt Ihr Kind?

Vorname des Kindes:

Personen Nr.:

--	--

Bitte in Druckbuchstaben

2. Geburtsdatum und Geschlecht Ihres Kindes

--	--

Tag

--	--

Monat

2	0	1	4
---	---	---	---

Jahr

Männlich

Weiblich

3. Haben Sie Ihr Kind gestillt und wenn ja, wie lange?

Habe nur in den ersten vier Wochen gestillt...

Habe länger gestillt und zwar: Monate

Nein, habe nicht gestillt

**4. 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"/>

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

Ja..... ➔ und zwar: Tage

Nein.....

6. Ist von einem Arzt bei Ihrem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen oder Störungen festgestellt worden?

Bitte alles Zutreffende angeben!

Asthma

Chronische Bronchitis

Spastische / akute Bronchitis

Pseudokrupp / Kruppsyndrom.....

Mittelohrentzündung

Heuschnupfen

Neurodermitis

Fehlsichtigkeit (z.B. Kurz- bzw. Weit-sichtigkeit, Schielen)

Schwerhörigkeit.....

Ernährungsstörungen.....

Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates

Sonstige Störungen / Behinderungen

Nein, nichts davon.....

und zwar:

7. Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht Ihres Kindes?

Gewicht in Kilogramm Körpergröße in cm

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

	Ja	Stunden
(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</u> Haus)	<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"/>


9. 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 die Woche	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 / Videos ansehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Darf Ihr Kind schon alleine, also ohne Erwachsene, Fernsehen oder Videos schauen?

Ja..... ⇒ und zwar: Stunden pro Woche
 Nur selten, ausnahmsweise ...
 Nein, grundsätzlich nicht

11. Wie würden Sie Ihr Kind im Vergleich zu Kindern gleichen Alters beurteilen?

 Je weiter links Sie Ihr Kreuz machen, umso mehr trifft die linke Eigenschaft zu, je weiter rechts Sie Ihr Kreuz machen, umso mehr trifft die rechte Eigenschaft zu!

	Mein Kind ...										
ist eher schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist eher kontaktfreudig
ist eher konzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist eher leicht ablenkbar
ist eher trotzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist eher folgsam
begreift eher schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	braucht mehr Zeit

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

Ja Teilweise Nein

Sprechen:

- Spricht in ganzen Sätzen (mit vier oder mehr Wörtern)
- Folgt Anweisungen, die es fünf Minuten zuvor gehört hat.....
- Nennt seinen Vor- und Nachnamen, wenn es danach gefragt wird
- Hört in der Regel Geschichten mindestens 15 Min. aufmerksam zu
- Überbringt einfache Nachrichten wie z.B. "Essen ist fertig"

Alltagsfertigkeiten:

- Isst selbständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern
- Putzt sich selbst die Nase
- Benützt für "großes Geschäft" die Toilette.....
- Zieht sich Hosen und Unterhosen selbst richtig herum an.....
- Putzt sich selbst die Zähne

Bewegung:

- Läuft Treppen vorwärts hinunter.....
- Klettert auf Klettergerüste und andere hohe Spielgeräte
- Schneidet mit einer Schere Papier durch.....
- Malt auf Papier erkennbare Formen.....
- Hält Stifte richtig (nicht mit der Faust), um zu malen.....

Soziale Beziehungen:

- Nimmt an Spielen mit anderen Kindern teil
- Beschäftigt sich mit Rollenspielen ("tun als ob")
- Zeigt eine Vorliebe für bestimmte Spielgefährten oder Freunde
- Benennt eigene Gefühle, z.B. "traurig", "freuen", "Angst"
- Wechselt sich mit anderen beim Spielen ab,
ohne darum gebeten zu werden.....

13. Sprechen Sie oder andere Haushaltsmitglieder mit Ihrem Kind nur Deutsch oder auch in einer anderen Sprache?

Nur in Deutsch.....

Auch in einer anderen Sprache... → und
Nur in der anderen Sprache → zwar:

A Welches Datum haben wir heute und um wie viel Uhr haben Sie den Fragebogen beendet?

Tag		Monat		Minute	
				Stunde	

Interviewer:

<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Listen-Nr.	Lfd. Nr.	Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers