

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP-Core – 2017: Mutter und Kind (5-6 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 (5-6 Jahre), Altstichproben. SOEP Survey Papers 569: 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

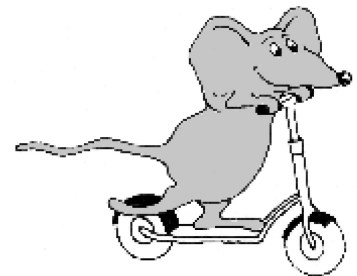
SOEP-Core – 2017: Mutter und Kind (5-6 Jahre), Altstichproben

Kantar Public

München, 2017

LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2017



Fragebogen: „Ihr Kind im Alter von 5 oder 6 Jahren“

Die Wissenschaft weiß vergleichsweise viel über Kinder im Schulalter, aber nur wenig über die sehr wichtige Zeit vor der Schule. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Kinder, **die im Jahr 2011 geboren** wurden. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung Ihres Kindes. In der Regel sollte die (leibliche oder soziale) Mutter die folgenden Fragen beantworten.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie aber herzlich,

- unserem Mitarbeiter die Fragen zu beantworten
- **oder** den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

C

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	1
---	---	---	---

Jahr

Männlich

Weiblich

3. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?

Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.



Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala.

Der Wert 1 bedeutet: **trifft überhaupt nicht zu**. Der Wert 7 bedeutet: **trifft voll zu**.

Mit den Werten zwischen 1 und 7 können Sie Ihre Meinung abstufen.

Mein Kind...	Trifft überhaupt nicht zu							Trifft voll zu
	1	2	3	4	5	6	7	
ist rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ist ein Einzelgänger, spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ist hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ist ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ist oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ist im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ist leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ist nervös oder anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Erziehern, anderen Kindern) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hat viele Ängste, fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
führt Aufgaben zu Ende, kann sich lange konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht Ihres Kindes?

Gewicht in Kilogramm

Körpergröße in cm

5. Ist Ihr Kind in irgendeiner Weise eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?

Ja.....


Nein.....

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 oder Störungen festgestellt worden?**


 Bitte alles Zutreffende angeben!

- Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis oder ähnliches).....
- Mittelohrentzündung.....
- Neurodermitis
- Fehlsichtigkeit (z.B. Kurz- bzw. Weitsichtigkeit, Schielen)
- Ernährungsstörungen.....
- Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates
- Sonstige Störungen / Behinderungen  und zwar:
- Nein, nichts davon.....

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
Auf den Spielplatz gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten an der frischen Luft (Spaziergänge oder ähnliches).....	<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"/>
Singen von Kinderliedern	<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"/>
Karten-, Würfelspiele oder andere gemeinsame Spiele.....	<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"/>
Zusammen Computer- / Internetspiel machen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch von Kindertheater, Zirkus, Museum, Ausstellung oder ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschichten vorlesen oder erzählen				
- in deutscher Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in anderer Sprache.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**11. 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"/>
Kindergarten, Kindertageseinrichtung, Hort	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Nein, niemand	<input type="checkbox"/>	

12. Wie würden Sie Ihr Kind im Vergleich zu anderen 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 gesprächig	<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 still
ist unordentlich	<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 ordentlich
ist gutmütig	<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 leicht reizbar
ist wenig interessiert	<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 wissensdurstig
hat Selbstvertrauen	<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 unsicher
ist zurückgezogen	<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 kontaktfreudig
ist 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 leicht ablenkbar
ist 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 folgsam
begreift 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
ist ängstlich	<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 unängstlich

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tag		Monat		Stunde		Minute

Interviewer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Listen-Nr.	Lfd. Nr.	Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers