

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel at DIW Berlin

2020

SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (Neugeborene), Stichprobe Q (LGB)

Kantar Public

Running since 1984, the German Socio-Economic Panel (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 Freie Universität Berlin
Dr. David Richter, DIW Berlin and Freie Universität Berlin
Prof. Dr. Carsten Schröder, DIW Berlin and Freie Universität Berlin
Prof. Dr. Jürgen Schupp, DIW Berlin and Freie Universität Berlin
Dr. Sabine Zinn, DIW Berlin and Humboldt Universität zu Berlin

Please cite this paper as follows:

Kantar Public. 2020. SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (Neugeborene), Stichprobe Q (LGB). SOEP Survey Papers 931: Series A. Berlin: DIW/SOEP.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.
© 2020 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

DIW Berlin
German Socio-Economic Panel (SOEP)
Mohrenstr. 58
10117 Berlin, Germany

Contact: soeppapers@diw.de

SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (Neugeborene), Stichprobe Q (LGB)

Kantar Public

München

LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2019



Fragebogen: „Mutter und Kind“

Für das „Leben in Deutschland“ ist die nachwachsende Generation besonders wichtig. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Kinder, die **im Jahr 2018 oder 2019 geboren** wurden. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes. Da es auch um die Schwangerschaft und die Geburt des Kindes geht, werden die Fragen in der Regel, von der leiblichen Mutter beantwortet. Der Fragebogen kann aber in Ausnahmefällen auch von einer anderen Bezugsperson des Kindes ausgefüllt werden.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie aber herzlich,

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

A

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

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

Vorname der Befragungsperson:

Personen Nr.:

--	--

1. Wie heißt das neugeborene Kind?

Vorname des Kindes:

Personen Nr.:

--	--

2. Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes

Tag	Monat		

2018..... 2019.....

Männlich Weiblich Divers

3. In welcher Beziehung stehen Sie zu diesem Kind: sind Sie ...?

- Leibliche Mutter ➔ Frage 4
- Leiblicher Vater..... ➔ Frage 7
- Zweite, soziale Mutter / zweiter, sozialer Vater
bei gleichgeschlechtlichen Paaren ➔ Frage 7
- Adoptiv-, Pflegemutter / Adoptiv-, Pflegevater ➔ Frage 9
- Stiefmutter / Stiefvater ➔ Frage 9
- Großmutter / Großvater / Tante / Onkel ➔ Frage 9
- Nichts davon, andere Beziehung zum Kind ➔ Frage 9

4. Wie war Ihr körperliches und seelisches Befinden im letzten Drittel der Schwangerschaft und in den ersten drei Monaten nach der Geburt?

Körperliches Befinden:	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
Im letzten Drittel der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den ersten drei Monaten nach der Geburt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelisches / Psychisches Befinden:				
Im letzten Drittel der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In den ersten drei Monaten nach der Geburt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Um Ihr wieviertes leibliches Kind handelt es sich bei dem Neugeborenen?

Es ist das . Kind.

6. Lebt der leibliche Vater des Kindes hier im Haushalt?

Ja..... Nein

7. War die Schwangerschaft / die Elternschaft eher ungeplant oder eher geplant?

Eher geplant..... ➔

Eher ungeplant.....
↓

8. Wie wurde die Schwangerschaft herbeigeführt?

- Auf natürlichem Weg
- Erfolgte mit medizinischer Unterstützung
(z.B. Hormonbehandlung, IVF)
- Auf alternativem Weg
ohne medizinische Unterstützung

9. An welchem Ort fand die Entbindung statt?

- Im Krankenhaus ➔
- Zu Hause.....
- Sonstiges.....

War es eine Entbindung mit Kaiserschnitt?

Ja..... Nein

10. In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde das Kind geboren?

In der . Woche

11. Wie groß und schwer war das Kind zum Zeitpunkt der Geburt?

Geburtsgewicht in Gramm Körpergröße in cm Kopfumfang in cm

12. Wurde das Kind gestillt, und wenn ja, wie lange?

- Wird immer noch gestillt
- Wurde nur in den ersten vier Wochen gestillt.....
- Wurde länger gestillt und zwar:..... Monate
- Nein, wurde nicht gestillt

13. Gab es bei dem Kind in den ersten drei Monaten nach der Geburt ernste gesundheitliche Probleme, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten?

Ja..... → und zwar: Tage
 Nein

14. Nach der Geburt erhält man ein „Kinder-Untersuchungsheft“ für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (U2, U3, usw.). Welche war die letzte durchgeführte Untersuchung bei dem Kind?

U Es wurde keine dieser Untersuchungen durchgeführt.....

15. Wurden bei dem Kind Anhaltspunkte für Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen festgestellt?

Ja, bei der "U" Untersuchung Nein → Frage 17
 Ja, bei einer anderen Untersuchung ..

16. Welche der im Folgenden genannten Verzögerungen, Störungen oder Behinderungen wurden bei dem Kind festgestellt?

Bitte alles Zutreffende angeben!

Wahrnehmung (Sehen, Hören).....
 Motorik (Greifen, Krabbeln, Laufen).....
 Neurologische Störung (Krämpfe u.ä.)
 Sprache (Lautbildung, Spracherwerbsstörung)
 Regulation (untröstbares Schreien, dauerhafte Schlaf- oder Essstörung)
 Chronische Krankheit.....
 Körperliche Behinderung
 Geistige Behinderung
 Sonstiges

17. Bedingt durch die Geburt eines Kindes verändern sich ja die Lebensumstände. Man macht neue Erfahrungen und entwickelt neue Erwartungen an die Zukunft. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Meine Lebensumstände haben sich sehr stark verändert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Aufziehen des 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 Elternrolle 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 Elternrolle eingeschränkt zu sein...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem Kind viel Zärtlichkeit zu geben, ist mir sehr wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gesundheit des Kindes macht mir Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Sind Sie selbst die Hauptbetreuungsperson des Kindes?

Ja..... Nein

19. Wie stark fühlen Sie sich von Ihrem Partner / Ihrer Partnerin bei der Betreuung des Kindes unterstützt?

Sehr stark.....
 Eher stark.....
 Eher wenig
 Gar nicht..... Trifft nicht zu, es gibt keinen Partner ...

20. 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
Ihr Partner / Ihre Partnerin.....	<input type="checkbox"/> ⇒	
Vater / Mutter des Kindes (falls er nicht Ihr Partner / sie nicht Ihre Partnerin ist)	<input type="checkbox"/> ⇒	
Großeltern des Kindes	<input type="checkbox"/> ⇒	
Ältere Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/> ⇒	
Andere Verwandte.....	<input type="checkbox"/> ⇒	
Tagesmutter.....	<input type="checkbox"/> ⇒	
Krippe.....	<input type="checkbox"/> ⇒	
Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> ⇒	
Nein, niemand.....	<input type="checkbox"/>	

**21. Wie sehen Sie das Kind heute?
Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?**

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Das Kind ist meist fröhlich und zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist leicht erregbar und weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist schwer zu trösten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist neugierig und aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist eher zurückhaltend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A Wann waren Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens fertig?

Datum Uhrzeit :
 Tag Monat Stunde Minute

Interviewer:
 Listen-Nr. **Lfd. Nr.** **Abrechnungs-Nummer**

Unterschrift des Interviewers