

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel at DIW Berlin

2020

SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (2-3 Jahre), 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 (2-3 Jahre), Stichprobe Q (LGB). SOEP Survey Papers 932: 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

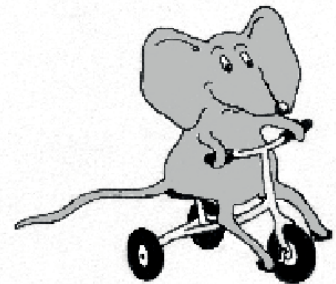
SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (2-3 Jahre), Stichprobe Q (LGB)

Kantar Public

München

LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2019



Fragebogen: „Kinder 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 Kinder, die **im Jahr 2016 geboren** wurden. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung des Kindes. Die Fragen werden von einem Elternteil oder gegebenenfalls von einer anderen Betreuungsperson beantwortet.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie aber herzlich,

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

B

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vorname der Befragungsperson:

Personen Nr.:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

1. Wie heißt das Kind?

Vorname des Kindes:

Personen Nr.:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

2. Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Tag

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Monat

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 1 | 6 |
|---|---|---|---|

Jahr

Männlich

Weiblich

Divers

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

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

3. 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

**4. Wie sehen Sie das Kind heute?
Inwieweit treffen die folgenden 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 gesprächig, redet gern | <input type="checkbox"/> | ===== | <input type="checkbox"/> | ===== | <input type="checkbox"/> | ===== | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind zeigt Mitgefühl, wenn andere traurig sind | <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"/> |

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

- Ja \Rightarrow und zwar: Tage
- Nein

6. Ist im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung bei dem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen oder Störungen festgestellt worden?

Bitte alles Zutreffende angeben!

- Asthma
- Chronische Bronchitis
- Spastische / akute Bronchitis
- Pseudokrapp / Kruppsyndrom
- Mittelohrentzündung
- Heuschnupfen
- Neurodermitis
- Fehlsichtigkeit (z.B. Kurz- bzw. Weit-sichtigkeit, Schielen)
- Schwerhörigkeit
- Ernährungsstörungen
- Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates
- Sonstige Störungen / Behinderungen \Rightarrow und zwar:
- Nein, nichts davon

7. Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht des 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 |
|--|----------------------------|----------------------|
| Partner / Partnerin | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> |
| Vater / Mutter des Kindes (falls er nicht Ihr Partner / sie nicht Ihre Partnerin ist) | <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 (außer 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 diesem 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 das 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 das 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!

Das Kind ...

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| 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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ist unängstlich |

**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 diesem 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 Wann waren Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens fertig?

Datum
Tag Monat Uhrzeit :
Stunde Minute

Interviewer:

Listen-Nr. Lfd. Nr. Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers