

SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel at DIW Berlin

2020

SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (5-6 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 (5-6 Jahre), Stichprobe Q (LGB). SOEP Survey Papers 933: 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

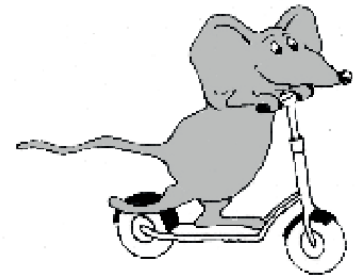
SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (5-6 Jahre), Stichprobe Q (LGB)

Kantar Public

München

LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2019



Fragebogen: „Kinder 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 2013 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.

C

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	3
---	---	---	---

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

3a. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf das Kind zu?

Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten dieses 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.

Das 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 des Kindes?

Gewicht in Kilogramm

Körpergröße in cm

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

Ja.....


Nein.....

6. Gab es bei dem 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 des Kindes einen Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchen oder rufen?**

Ja.....  und zwar: mal
 Nein

8. **Ist im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung bei dem 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 diesem 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 das 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
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 (<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 das 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"/> =	<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"/> =	<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"/> =	<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"/> =	<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"/> =	<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"/> =	<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"/> =	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"/> =	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"/> =	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"/> =	ist unängstlich

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