

996²⁰²¹

SOEP Survey Papers
Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

**SOEP-Core – 2019: Mutter und
Kind (2-3 Jahre, Q, mit Verweis auf
Variablen)**

SOEP Group

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

Prof. 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

Prof. Dr. Sabine Zinn, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin

Please cite this paper as follows:

SOEP Group, 2021. SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (2-3 Jahre, Q, mit Verweis auf Variablen). SOEP Survey Papers 996: Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente). Berlin: DIW Berlin/SOEP



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

© 2021 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

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

soeppapers@diw.de

SOEP-Core – 2019: Mutter und Kind (2-3 Jahre, Q, mit Verweis auf Variablen)

SOEP Group

2021

Die Variablennamen in diesem Dokument gehören zur Datensätzen, die unter [doi:10.5684/soep.core.v36eu](https://doi.org/10.5684/soep.core.v36eu) veröffentlicht wurden.

Lesehilfe

Diese Darstellung des Erhebungsinstruments enthält die gleichen Informationen, wie das Portal paneldata.org.

Fragenummer	Q72	Nun möchten wir noch etwas über Sie persönlich erfahren. Sind Sie in Deutschland geboren?
Intervieweranweisung	Gemeint ist Deutschland beziehungsweise die Bundesrepublik Deutschland oder die Deutsche Demokratische Republik in den Staatsgrenzen zur Zeit Ihrer Geburt.	
Antwortoptionen	Ja	1
	Nein	2
	Keine Angabe	-1
in blau: Identifikator für Filter	Q72:Ista1	bio I0013 in Deutschland geboren?
in blau: Filter mit Bedingung	Q72:Ista1=2	
grauer Balken: offene oder numerische Antwort	Q73:Ista2	bio I0016 Geburtsland (Code)

in grün:
Datensatzname
Variablenname
Variablenlabel

Neben *Fragenummer*, *Fragetext*, *Intervieweranweisung* und *Antwortoptionen* finden sich hier in grün auch der Name des *Datensatzes* und der *Variablen* mit *Label*, in dem Informationen aus dieser Frage vorhanden sind. Sind mehrere Zeilen untereinander vorhanden, werden durch die Befragung mehrere Variablen angelegt und/oder existieren Informationen zu dieser Frage in mehreren Datensätzen.

Die *Filterführung* wird in blau dargestellt. Hierzu steht vor jeder Variable ein Identifikator, der i.d.R. die Fragenummer enthält und auf den zurückgegriffen wird, wenn die Variable bei Filtern in darauf folgenden Fragen verwendet wird. Solche Filter stehen als Eingangsfilter meistens am Beginn einer Frage. Gelb markiert ist ein Identifikator, auf den im Eingangsfilter einer folgenden Frage Bezug genommen wird.

Nicht in dieser Lesehilfe sind folgende Ausnahmefälle abgebildet: Wenn der Eingangsfilter nur eine von mehreren Variablen in der Frage betrifft, stehen der Filter auch in blau hinter einer Variable. Hinter einer Variable steht auch eine goto-Anweisung (Ausgangsfilter) in der Form 2 @ Q73. Hier soll dann zur Frage 73 gesprungen werden, wenn die Antwort 2 gegeben wurde.

Über diesen Fragebogen

Fragebogen war im Feld, aber kein Exemplar wurde ausgefüllt.

Intro 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 2016 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.

0 Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts

Vorname der Mutter

Bitte in Druckbuchstaben

Personen Nr.

1 Wie heißt Ihr Kind?

Vorname des Kindes:

Bitte in Druckbuchstaben

Personen Nr

2 Geburtsdatum und Geschlecht Ihres Kindes

Tag

Monat

Jahr

...

Männlich

Weiblich

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

Habe nur in den ersten vier Wochen gestillt
 Nein, habe nicht gestillt
 Habe länger gestillt und zwar ... Monate

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="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Mein Kind ist leicht erregbar und weint häufig	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Mein Kind ist schwer zu trösten	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Mein Kind ist neugierig und aktiv	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Mein Kind ist gesprächig, redet gern	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Mein Kind zeigt Mitgefühl, wenn andere traurig sind	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Die Gesundheit meines Kindes macht mir Sorgen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

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

Ja
 Nein
 [Ja] und zwar ... Tage

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

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Asthma

Chronische Bronchitis

Spastische / akute Bronchitis

Pseudokrupp / Kruppsyndrom

Mittelohrentzündung

Heuschnupfen

Neurodermitis

Fehlsichtigkeit (z.B. Kurz- bzw. Weitsichtigkeit, Schielen)

Schwerhörigkeit

Ernährungsstörungen

Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates

Sonstige Störungen / Behinderungen

Nein, nichts davon

[Sonstige Störungen / Behinderungen] 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?

(Ehe) Partner	<input type="text" value="1"/>	
Vater des Kindes (falls nicht im Haushalt)	<input type="text" value="1"/>	
Großeltern des Kindes	<input type="text" value="1"/>	
Ältere Geschwister des Kindes	<input type="text" value="1"/>	
Andere Verwandte	<input type="text" value="1"/>	
Tagesmutter (außer Haus)	<input type="text" value="1"/>	
Kinderfrau (in Ihrem Haushalt)	<input type="text" value="1"/>	
Krippe, Kindergarten, Kindertageseinrichtung	<input type="text" value="1"/>	
Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)	<input type="text" value="1"/>	
Nein, niemand	<input type="text" value="1"/>	
[(Ehe) Partner] Stunden		<input type="text"/>
[Vater des Kindes] Stunden		<input type="text"/>
[Großeltern des Kindes] Stunden		<input type="text"/>
[Ältere Geschwister des Kindes] Stunden		<input type="text"/>
[Andere Verwandte] Stunden		<input type="text"/>
[Tagesmutter (außer Haus)] Stunden		<input type="text"/>
[Kinderfrau (in Ihrem Haushalt)] Stunden		<input type="text"/>
[Krippe, Kindergarten, Kindertageseinrichtung] Stunden		<input type="text"/>
[Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)] Stunden		<input type="text"/>

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="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Spaziergänge an der frischen Luft	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Malen oder Basteln	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Geschichten vorlesen oder erzählen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Bilderbücher anschauen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Zum Spielplatz gehen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Besuch bei anderen Familien mit Kindern	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Mit dem Kind einkaufen gehen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Zusammen Fernsehen / Videos ansehen	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

10 Darf Ihr Kind schon alleine, also ohne Erwachsene, Fernsehen, Video oder DVD schauen?

- Ja 1
- Nur selten, ausnahmsweise 2
- Nein, grundsätzlich nicht 3

[Ja / Nur selten, ausnahmsweise] und zwar ... Stunden pro Woche

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

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

ist zurückgezogen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	ist kontaktfreudig
ist konzentriert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	ist leicht ablenkbar
ist trotzig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	ist folgsam
begreift schnell	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	braucht mehr Zeit
ist ängstlich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	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 Ihrem Kind sind.

Sprechen:

	Ja	Teilweise	Nein
Spricht in ganzen Sätzen (mit vier oder mehr Wörtern)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Folgt Anweisungen, die es fünf Minuten zuvor gehört hat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nennt seinen Vor- und Nachnamen, wenn es danach gefragt wird	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hört in der Regel Geschichten mindestens 15 Min. aufmerksam zu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Überbringt einfache Nachrichten wie z.B. „Essen ist fertig“	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Alltagsfertigkeiten:

	Ja	Teilweise	Nein
Isst selbständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Putzt sich selbst die Nase	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Benutzt für „großes Geschäft“ die Toilette	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Zieht sich Hosen und Unterhosen selbst richtig herum an	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Putzt sich selbst die Zähne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Bewegung:

	Ja	Teilweise	Nein
Läuft Treppen vorwärts hinunter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Klettert auf Klettergerüste und andere hohe Spielgeräte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schneidet mit einer Schere Papier durch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Malt auf Papier erkennbare Formen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hält Stifte richtig (nicht mit der Faust), um zu malen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Soziale Beziehungen:

	Ja	Teilweise	Nein
Nimmt an Spielen mit anderen Kindern teil	1	2	3
Beschäftigt sich mit Rollenspielen ("tun als ob")	1	2	3
Zeigt eine Vorliebe für bestimmte Spielgefährten oder Freunde	1	2	3
Benennt eigene Gefühle, z.B. „traurig“, „freuen“, „Angst“	1	2	3
Wechselt sich mit anderen beim Spielen ab, ohne darum gebeten zu werden	1	2	3

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

Nur in Deutsch	1
Auch in einer anderen Sprache	2
Nur in der anderen Sprache	3

[Auch/Nur in anderer Sprache] und zwar:

A Wann waren Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens fertig?

Datum

Tag

Monat

Uhrzeit

Stunde

Minute

Form

Sonstige Hinweise

Int Interviewer:

Listen-Nr.

Lfd.Nr.

Abrechnungs-Nummer

14 Unterschrift des Interviewers