

1199²⁰²²

SOEP Survey Papers
Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP-Core – 2021: Mutter und Kind (2-3 Jahre), Altstichproben

infas

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/soepsurveyspapers>

Editors:

Dr. Carina Cornesse, DIW Berlin and University of Bremen

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kristen, University of Bamberg and DIW Berlin

Prof. Dr. Philipp Lersch, DIW Berlin and Humboldt-Universität zu 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:

infas, 2022. SOEP-Core – 2021: Mutter und Kind (2-3 Jahre), Altstichproben. SOEP Survey Papers 1199: Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente). Berlin: DIW Berlin/SOEP



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

© 2022 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

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

soeppapers@diw.de

SOEP-Core – 2021: Mutter und Kind (2-3 Jahre), Altstichproben

infas

2022

Fragebogen

Kinder von 2 oder 3 Jahren

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

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 2018 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 möchten Sie aber herzlich darum bitten

- unserem Mitarbeiter / unserer Mitarbeiterin das Interview zu gewähren
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

Bitte beziehen Sie alle Angaben in diesem Fragebogen auf das Kind (ggf. vom Interviewer auszufüllen):

Vorname:

<Vorname>

Geburtsdatum:

<Geburtsdatum>



Alternativ zu diesem schriftlichen Fragebogen können Sie auch online teilnehmen.

Bitte geben Sie hierzu folgende Adresse in Ihrem Internetbrowser ein:

<LinkCAWI>

Ihr persönlicher Zugangscode lautet:

<PWD-CAWI>

Falls Sie den Fragebogen online ausgefüllt haben, brauchen Sie uns diesen schriftlichen Fragebogen nicht zurückschicken.

 Falls ein Interviewer vor Ort, bitte angeben:

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

LFD des Kindes

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

LFD des Elternteils

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

Interviewernummer

infas

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH

Postfach 240101
53154 Bonn
Tel. 0800/66 77 876
LiD@infas.de
www.leben-in-deutschland.de

7701/K-B/2021

<Barcode>

<LFD/Personen-Nr>

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Kreuzen Sie bitte die jeweilige Antwortmöglichkeit, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft, in dem dazu vorgesehenen Kästchen an. Sollten Sie sich bei einer Antwort geirrt haben, so streichen Sie dieses Kästchen bitte deutlich durch und kreuzen die für Sie richtige Antwort an.

Beispiel:

Ja

Nein

Wenn die erste, nun ausgestrichene Antwort doch wieder als die richtige Antwort kenntlich gemacht werden soll, muss das Kästchen mit dem zweiten falschen Kreuz ebenfalls ausgestrichen werden und dafür das erste ausgestrichene Kästchen umkreist werden.

Beispiel:

Ja

Nein

Achten Sie bitte beim Ausfüllen jeweils auf die Hinweise bei einzelnen Fragen:

Beispiel:

 *Bitten machen Sie nur eine Angabe.*

Manchmal werden auch Zahlenangaben erfragt. Tragen Sie diese bitte rechtsbündig in den dafür vorgesehenen Bereich ein:

Beispiel:

Anzahl:

	1	5	0
--	---	---	---

Falls Sie bestimmte Fragen überspringen sollen, werden Sie speziell darauf hingewiesen:

Beispiel:

Ja → **Bitte weiter mit Frage 11**

Bitte darauf achten:

 *nur einen schwarzen Stift verwenden, um den Fragebogen auszufüllen.*

 *dass die Angaben gut lesbar sind.*

 *und dass die Angaben innerhalb der Kästchen sind.*

Dadurch wird unsere Arbeit sehr erleichtert. Vielen Dank!

Weitere Informationen

Bei Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens oder zur Teilnahme an der Studie können Sie sich gerne zu den üblichen Bürozeiten unter der kostenfreien Telefonnummer 0800/66 77 876 an infas wenden.

Nutzen Sie bei Rückfragen auch unsere Mailadresse LiD@infas.de und wir werden Ihnen umgehend antworten. Besuchen Sie für weitere Informationen zu der Studie auch gerne die Homepage bei infas unter www.leben-in-deutschland.de

 Bitte denken Sie daran, die folgenden Angaben ausschließlich auf das auf dem Deckblatt genannte Kind zu beziehen.

1 Wurde das Kind gestillt, und wenn ja, wie lange?

breastf
breastfm

 Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- Wird immer noch gestillt 1
- Wurde nur in den ersten vier Wochen gestillt 2
- Wurde länger gestillt 3 → und zwar Monate
- Nein, wurde nicht gestillt 4

2 Wie sehen Sie das Kind heute? Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?

temp1
temp2
temp3
temp4
temp6
temp7
health

 Bitte machen Sie in jeder Zeile nur eine Angabe.

	Trifft voll zu <small>1</small>	Trifft eher zu <small>2</small>	Trifft eher nicht zu <small>3</small>	Trifft gar nicht zu <small>4</small>
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"/>

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

bges1
hospital12m

- Ja 1 → und zwar Tage
- Nein 2

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

ill11
ill12
ill13
ill14
ill2
ill31
ill4
ill5
ill6
ill7
ill8
ill9
illno

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- 1
- 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

5 Wie sind gegenwärtig Größe und Gewicht des Kindes?

weight
height

Gewicht in Kilogramm

Körpergröße in cm

6 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?

bsit1
care1h

bsit10
bstd10

 *Ruhezeiten der betreuenden Person sind hier nicht miteinzurechnen.*

bsit3
care3h

bsit4
care4h

bsit5
care5h

bsit6
care6h

bsit7
care7h

bsit8
care8h

bsit9
care12h

care19

	Ja 1	Anzahl Stunden
Partner / Partnerin	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Vater / Mutter des Kindes (falls er nicht Ihr Partner / sie nicht Ihre Partnerin ist)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Großeltern des Kindes	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Ältere Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Andere Verwandte	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Tagesmutter (außer Haus)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Kinderfrau (in Ihrem Haushalt)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Krippe, Kindergarten, Kindertageseinrichtung	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Andere (z.B. Babysitter, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nein, niemand	<input type="checkbox"/>	

7 Wie oft haben Sie oder die Hauptbetreuungsperson in den letzten 14 Tagen gemeinsam mit diesem Kind folgende Aktivitäten ausgeführt?

activ1
activ2
activ3
activ4
activ5
activ6
activ7
activ8
activ9

Bitte machen Sie in jeder Zeile nur eine Angabe.

	Täglich 1	Mehrmals die Woche 2	Mindestens einmal die Woche 3	Gar nicht 4
(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"/>

8 Darf das Kind schon alleine, also ohne Erwachsene, Fernsehen oder Videos schauen?

tvyn
tvhrs

Ja	1 <input type="checkbox"/>	} und zwar <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Woche
Nur selten, ausnahmsweise	2 <input type="checkbox"/>	
Nein, grundsätzlich nicht	3 <input type="checkbox"/>	

9 Wie würden Sie das Kind im Vergleich zu Kindern gleichen Alters beurteilen?

char1a
char2
char3
char4
char10

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...											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
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

10 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.

spch3
spch6
spch7
spch8
spch5

 Bitte machen Sie in jeder Zeile nur eine Angabe.

skll1
skll2
skll3
skll4
skll5

mvmn1
mvmn3
mvmn4
mvmn5
mvmn6

sclr2
sclr3
sclr4
sclr5
sclr6

	Ja	Teilweise	Nein
Sprechen			
Spricht in ganzen Sätzen (mit vier oder mehr Wörtern)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Folgt Anweisungen, die es fünf Minuten zuvor gehört hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nennt seinen Vor- und Nachnamen, wenn es danach gefragt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört Geschichten in der Regel mindestens 15 Min. aufmerksam zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überbringt einfache Nachrichten, wie z.B. „Essen ist fertig“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsfertigkeiten			
Isst selbständig mit dem Löffel, ohne zu kleckern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt sich selbst die Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzt für „großes Geschäft“ die Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Hosen und Unterhosen selbst richtig herum an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt sich selbst die Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung			
Läuft Treppen vorwärts hinunter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klettert auf Klettergerüste und andere hohe Spielgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneidet mit einer Schere Papier durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt auf Papier erkennbare Formen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hält Stifte richtig (nicht mit der Faust), um zu malen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Beziehungen			
Nimmt an Spielen mit anderen Kindern teil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigt sich mit Rollenspielen („tun als ob“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt eine Vorliebe für bestimmte Spielgefährten oder Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benennt eigene Gefühle, z.B. „traurig“, „freuen“, „Angst“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechselt sich mit anderen beim Spielen ab, ohne darum gebeten zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

language

Nur in Deutsch	¹ <input type="checkbox"/>
Auch in einer anderen Sprache	² <input type="checkbox"/>
Nur in der anderen Sprache	³ <input type="checkbox"/>

A Welches Geschlecht hat das Kind?

sex_n

- | | | |
|----------|---|--------------------------|
| Männlich | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Weiblich | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Divers | 3 | <input type="checkbox"/> |

B Wann waren Sie mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens fertig?datt, datm
datst, datmi

Datum: . Uhrzeit: :
Tag Monat Stunde Minute

C Wie lange hat es in etwa gedauert, diesen Fragebogen auszufüllen?

dauer2

Minuten

D Waren beim Ausfüllen des Fragebogens weitere Personen anwesend?anw1
anw2
anw3
anw4

 Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

1

Ja, mein Ehepartner / Lebenspartner

Ja, eine andere Person, die hier im Haushalt lebt

Ja, eine andere Person, die nicht hier im Haushalt lebt

Nein

} Bitte weiter mit Frage E

} Ende

E Hat Sie eine der oben genannten Personen beim Ausfüllen des Fragebogens gestört?

abl

- | | | |
|------|---|--------------------------|
| Ja | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Nein | 2 | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte übergeben Sie den ausgefüllten Fragebogen an unsere Interviewerin / unseren Interviewer oder schicken Sie ihn im beiliegenden portofreien Rückumschlag an infas:

infas Institut für angewandte
Sozialwissenschaft GmbH
Postfach 24 01 01
53154 Bonn

