

DIW Berlin / SOEP (Ed.)

**Research Report**

## SOEP-Core - 2018: Mutter und Kind (9-10 Jahre), Altstichproben

SOEP Survey Papers, No. 616

**Provided in Cooperation with:**

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

*Suggested Citation:* DIW Berlin / SOEP (Ed.) (2019) : SOEP-Core - 2018: Mutter und Kind (9-10 Jahre), Altstichproben, SOEP Survey Papers, No. 616, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/196889>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

## SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

# SOEP-Core – 2018: Mutter und Kind (9-10 Jahre), Altstichproben

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/soepsurveyspapers>

**Editors:**

Dr. Jan Goebel, DIW Berlin  
Prof. Dr. Stefan Liebig, DIW Berlin and Freie Universität Berlin  
Dr. David Richter, DIW 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

Please cite this paper as follows:

Kantar Public. 2019. SOEP-Core – 2018: Mutter und Kind (9-10 Jahre), Altstichproben. SOEP Survey Papers 616: Series A. Berlin: DIW/SOEP.



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

© 2019 by SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

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

Contact: [soeppapers@diw.de](mailto:soeppapers@diw.de)

# SOEP-Core – 2018: Mutter und Kind (9-10 Jahre), Altstichproben

**Kantar Public**

*München, 2018*

# LEBEN IN DEUTSCHLAND

Befragung 2018

## Fragebogen: „Ihr Kind im Alter von 9 oder 10 Jahren“

In der Regel sollte die (leibliche oder soziale) Mutter die folgenden Fragen für Kinder, die **im Jahr 2008 geboren** wurden, beantworten. In Ausnahmefällen kann auch der (leibliche oder soziale) Vater, beziehungsweise eine andere Hauptbetreuungsperson, die Fragen beantworten.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie herzlich,

- unserem Mitarbeiter das Interview zu gewähren
- **oder** den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

**E**

**Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen**  
It. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

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

Vorname der Befragungsperson:

Personen Nr.:

--	--

*Bitte in Druckbuchstaben*

**1. Wie heißt das Kind?**

Vorname des Kindes:

Personen Nr.:

--	--

*Bitte in Druckbuchstaben*

**2. Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes**

--	--

Tag

--	--

Monat

2	0	0	8
---	---	---	---

Jahr

Männlich ....

Weiblich ....

**3. Sind Sie die Mutter oder der Vater des Kindes?**

Ja, und zwar:

- die leibliche Mutter .....
- der leibliche Vater .....
- die Adoptiv-/Pflegemutter .....
- der Adoptiv-/Pflegevater .....
- Nein, es handelt sich um das Kind meines Partners/meiner Partnerin .....

**4. 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:

**5. Inwieweit entsprechen die folgenden Schulabschlüsse Ihrer persönlichen Idealvorstellung für die schulische Ausbildung des Kindes?**

☞ Antworten Sie bitte anhand einer Skala von 1 bis 7. Der Wert **1** bedeutet, dass der Abschluss **überhaupt nicht**, der Wert **7 voll und ganz** Ihren persönlichen Vorstellungen entspricht. Mit den Werten zwischen 1 und 7 können Sie Ihre Meinung abstufen.

	überhaupt nicht							voll und ganz						
	1		2		3		4		5		6		7	
Hauptschulabschluss .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss) .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Und für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass das Kind die Schule mit einem der folgenden Abschlüsse verlassen wird?**

☞ Der Wert **1** bedeutet dieses Mal **ausgeschlossen** und der Wert **7** bedeutet **ganz sicher**.

	ausgeschlossen							ganz sicher						
	1		2		3		4		5		6		7	
Hauptschulabschluss .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlerer Schulabschluss (z.B. Realschulabschluss) .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Welche Schule besucht bzw. besuchte das Kind im Schuljahr 2017/2018?**

- Grundschule .....
- Hauptschule .....
- Realschule.....
- Gymnasium .....
- Gesamtschule .....  →
- Schule mit einem speziellen pädagogischen Konzept, z.B. Montessori, Waldorf .....
- Förderschule, Sonderschule, Sprachheilschule .....
- Sonstige Schule .....

**Wann wurde das Kind eingeschult?**

--	--

Monat

--	--	--	--

Jahr

und  
zwar:


8. Welche Note hatte das Kind in seinem letzten Zeugnis in den folgenden zwei Fächern?

Deutsch                      Mathematik

Schulnote von 1 bis 6 .....  .....

Trifft nicht zu, keine Schulnoten  
im Zeugnis enthalten .....

9. In welcher Weise suchen Sie oder ein anderes Familienmitglied den Kontakt mit der Schule?

 Bitte alles Zutreffende angeben!

- Regelmäßige Teilnahme am Elternabend .....
- Regelmäßige Besuche von Elternsprechtagen .....
- Aufsuchen des Lehrers / der Lehrerin auch außerhalb von Sprechtagen...
- Engagement als Elternvertreter.....
- Sonstige Unterstützung der Lehrer / Schule (wie Unterstützung  
bei Schulfesten, Ausflügen, Pausenraumgestaltung etc.) .....
- Mitglied im Förderverein.....
- Nichts davon.....

10. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf das Kind zu?

Das Kind ...	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß nicht
– geht gerne in die Schule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– versteht sich nicht gut mit seinen Klassenkameraden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– empfindet Schule als reine Zeitverschwendung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– nimmt Arbeit in der Schule nie ernst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– kommt im Unterricht gut mit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– kommt mit dem jetzigen Lehrer oder der Lehrerin nicht gut aus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– lernt gerne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wo macht Ihr Kind meistens seine Hausaufgaben? Zu Hause, bei Verwandten / Freunden, in der Nachmittagsbetreuung / im Hort oder woanders?

- Zu Hause.....
- Bei Verwandten / Freunden.....
- In der Nachmittagsbetreuung / Im Hort .....
- Woanders .....

12. Wie häufig wird Ihr Kind von Ihnen selbst oder Ihrem Partner bei den Hausaufgaben unterstützt (d.h. Sie erklären, kontrollieren, oder sitzen dabei)?

- Täglich.....
- Mehrmals wöchentlich.....
- Seltener.....
- Nie.....

13. Wie häufig übt das Kind die folgenden Freizeitbeschäftigungen aus?

	Täglich	Jede Woche	Jeden Monat	Seltener	Nie
Fernsehen / DVD / Internet-Streams (z.B. YouTube) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer- / Online- / Konsolen- oder Smartphonespiele .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzen sozialer Online-Netzwerke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonieren (einschließlich Skypen o.ä.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch per SMS oder Messenger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Surfen im Internet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik hören .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik machen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport treiben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Familie etwas unternehmen z.B. Ausflüge oder Ähnliches .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden zusammen sein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanz, Theater oder Ähnliches .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technisches Werken und Arbeiten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malen und Basteln .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfach nichts tun / abhängen / träumen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Kirche gehen, religiöse Veranstaltungen besuchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In eine Jugendgruppe gehen (z.B. Pfadfinder, kirchliche Gruppen, Umweltgruppen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial engagieren / Hilfsprojekte unterstützen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um ein Haustier / Tiere kümmern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wo und mit wem nimmt ihr Kind die folgenden Mahlzeiten gewöhnlich ein?

Auch wenn es nicht immer gleich ist, geben Sie bitte an, wie das an Wochentagen, an Samstagen und an Sonntagen meistens ist.

	Zuhause gemeinsam mit der gesamten Familie	Zuhause gemeinsam mit Teilen der Familie	Zuhause alleine	Nicht Zuhause (z.B. Schule, Hort Freunde/Bekannte Großeltern)	Fällt in der Regel aus
<b>unter der Woche:</b>					
- Frühstück .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mittagessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abendessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>am Samstag:</b>					
- Frühstück .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mittagessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abendessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>am Sonntag:</b>					
- Frühstück .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mittagessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abendessen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**15. 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist unängstlich

**16. Ist im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung bei Ihrem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen oder Störungen festgestellt worden?**

Bitte alles Zutreffende angeben!

Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis oder Ähnliches) ...	<input type="checkbox"/>	
Allergien .....	<input type="checkbox"/>	
Neurodermitis .....	<input type="checkbox"/>	
Fehlsichtigkeit (z.B. Kurz- bzw. Weitsichtigkeit, Schielen) .....	<input type="checkbox"/>	
Ernährungsstörungen .....	<input type="checkbox"/>	
Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates .....	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Störungen / Behinderungen .....	<input type="checkbox"/>	→ und zwar: <input type="text"/>
Nein, nichts davon .....	<input type="checkbox"/>	

**17. Wie würden Sie den allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes beschreiben?**

Sehr gut .....	<input type="checkbox"/>
Gut .....	<input type="checkbox"/>
Zufriedenstellend .....	<input type="checkbox"/>
Weniger gut .....	<input type="checkbox"/>
Schlecht .....	<input type="checkbox"/>

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

Ja .....	<input type="checkbox"/>	→ und zwar: <input type="text"/> Tage
Nein .....	<input type="checkbox"/>	

**19. Mussten Sie in den letzten 3 Monaten wegen gesundheitlicher Probleme Ihres Kindes einen Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchen oder rufen?**

Ja .....	<input type="checkbox"/>	→ und zwar: <input type="text"/> mal
Nein .....	<input type="checkbox"/>	

**20. Nun zum Thema Freundes- und Bekanntenkreis:  
Sagen Sie uns bitte zunächst, wie viele enge Freunde hat das Kind?**


Es kann sich sowohl um Kinder als auch um Erwachsene handeln.

Anzahl Kinder

Anzahl Erwachsene

**21. Im Folgenden haben wir eine Reihe von Aussagen aufgelistet: Inwieweit treffen diese Aussagen auf das Kind zu oder nicht zu?**

Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des 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 .....	<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, Lehrern, 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"/>
– denkt nach bevor es handelt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Sind Sie selbst die Hauptbetreuungsperson des Kindes?**

- Ja.....
- Nein, eine andere Person ist die Hauptbetreuungsperson.....
- Nein, eine andere Person trägt zu gleichen Teilen wie ich zur Betreuung bei .....

**23. 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 bzw. Einrichtungen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?**

Folgende Personen:	Ja	Stunden
(Ehe-) Partner/-in.....	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Vater / Mutter des Kindes, der / die außerhalb des Haushalts lebt.....	<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"/>
Kinderfrau, Au-pair .....	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Andere (z.B. „Babysitter“, Eltern von Freunden des Kindes, Freunde oder Nachbarn) .....	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>

**Folgende Einrichtungen / Organisationen:**

Schule (Unterricht, AGs, frei betreute Zeit) .....	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Hort (Schulhort oder andere hortähnliche Einrichtungen).....	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Soziale Einrichtungen, Zentren, Freizeitorganisationen .....	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>
Nein, keine Person oder Einrichtung.....	<input type="checkbox"/>	

**24. Erhält das Kind Taschengeld?**

- Ja.....       Nein.....  → **letzte Seite!**
- ↓

**25. Wie viel Taschengeld erhält das Kind?**

Pro Woche  Euro **oder** pro Monat  Euro

# Durchführung des Interviews

**A Welches Datum haben wir heute und um wie viel Uhr haben Sie den Fragebogen beendet?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Stunde	Minute		

**B Wie wurde die Befragung durchgeführt?**

Mündliches Interview .....

Befragter hat den Fragebogen selbst ausgefüllt,  
und zwar:

– in Anwesenheit des Interviewers .....

– in Abwesenheit des Interviewers .....

Teils mündlich, teils selbst ausgefüllt .....

**C Interviewdauer:**

Das mündliche (Teil-)Interview dauerte .....  Minuten

Befragter brauchte zum Selbstausfüllen .....  Minuten

*(bitte erfragen)*

**D Sonstige Hinweise:**


**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

**Ich bestätige die korrekte  
Durchführung des Interviews:**

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers