

DIW Berlin / SOEP (Ed.)

**Research Report**

## SOEP-RS FiD 2013 - Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 6: "Für alle Kinder des Jahrgangs 2003"

SOEP Survey Papers, No. 215

**Provided in Cooperation with:**

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

*Suggested Citation:* DIW Berlin / SOEP (Ed.) (2014) : SOEP-RS FiD 2013 - Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 6: "Für alle Kinder des Jahrgangs 2003", SOEP Survey Papers, No. 215, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/100680>

**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.*

## SOEP Survey Papers

Series A - Survey Instruments (Erhebungsinstrumente)

SOEP – The German Socio-Economic Panel Study at DIW Berlin

2014

# SOEP-RS FiD 2013 – Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 6: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2003“

TNS Infratest Sozialforschung

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 Documentations (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:**

Prof. Dr. Gert G. Wagner, DIW Berlin and Technische Universität Berlin

Prof. Dr. Jürgen Schupp, DIW Berlin and Freie Universität Berlin

Please cite this paper as follows:

TNS Infratest Sozialforschung. 2014. SOEP-RS FiD 2013 – Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 6: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2003“. SOEP Survey Papers 215: Series A. Berlin: DIW/SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

Contact: DIW Berlin  
SOEP  
Mohrenstr. 58  
10117 Berlin

Email: [soepapers@diw.de](mailto:soepapers@diw.de)

**TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG**

**SOEP-RS FiD 2013 –  
ERHEBUNGSINSTRUMENTE 2013 VON 'FAMILIEN  
IN DEUTSCHLAND': ELTERNFRAGEBOGEN 6:  
„FÜR ALLE KINDER DES JAHRGANGS 2003“**

*München, 2013*

*Reprint 2014*



# Familien in Deutschland

Befragung 2013



## Elternfragebogen 6: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2003“

Dieser Fragebogen richtet sich an Mütter und Väter von Kindern, die im **Jahr 2003** geboren sind und die hier im Haushalt leben.

Bitte beantworten Sie die Fragen auch dann, wenn das Kind nicht Ihr leibliches, sondern ein Adoptiv- oder Pflegekind ist oder das Kind Ihres Partners, der hier im Haushalt lebt.

Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Einstellungen und Einschätzungen zu Themen wie Erziehungsziele und -stile sowie Bildung und Betreuung.

Wir bitten beide Elternteile, jeweils einen Fragebogen zu beantworten.  
Ihre Mitarbeit ist freiwillig, wir möchten Sie aber herzlich darum bitten,

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

# 6

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen  
It. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

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

Vorname der Befragungsperson:

Person Nr.:

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

*Bitte in Druckbuchstaben*

1. Wie heißt das Kind?

Vorname des Kindes:

Person Nr.:

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

*Bitte in Druckbuchstaben*

2. In welchem Jahr und Monat wurde das Kind geboren?

2003 .....

Monat:.....

**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. Im Folgenden werden einige Eigenschaften und Fähigkeiten genannt, die man durch Erziehung fördern kann. Für wie wichtig halten Sie persönlich die folgenden Erziehungsziele?**

überhaupt nicht wichtig    eher unwichtig    weder noch    eher wichtig    sehr wichtig

**Dass das Kind ...**

- ein guter Schüler/eine gute Schülerin ist ..... =====
- sich gut mit anderen Kindern versteht ..... =====
- sich dafür interessiert, wie und warum bestimmte Dinge passieren ..... =====
- sich wie ein normales Mädchen bzw. wie ein normaler Junge verhält ..... =====
- ehrlich ist..... =====
- gute Umgangsformen hat ..... =====
- Selbstbeherrschung besitzt ..... =====
- verantwortungsbewusst ist..... =====
- auf andere Rücksicht nimmt ..... =====
- seinen Eltern gehorcht..... =====
- ein gutes Urteilsvermögen besitzt..... =====
- ordentlich und sauber ist..... =====
- sich bemüht, seine Ziele zu erreichen ..... =====
- sich gut in Gruppen einfügen kann ..... =====
- lernt, sich im Leben auch gegen Widerstände durchzusetzen..... =====
- zufrieden mit dem ist, was es hat und kann..... =====
- lernt, Risiken im Leben zu meiden..... =====
- von anderen gemocht wird, liebenswert ist..... =====

## 5. Wie häufig kommen folgende Dinge vor?

 Die folgenden Aussagen beziehen sich wieder auf Ihr Kind, oder das Kind Ihrer Partnerin/Ihres Partners hier im Haushalt.

|                                                                                                                     | nie                      | selten                   | manchmal                 | häufig                   | sehr häufig              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| – Ich zeige meinem Kind mit Worten und Gesten, dass ich es gerne habe.....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich kritisiere mein Kind.....                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Wenn mein Kind unterwegs war, frage ich nach, was es getan und erlebt hat.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Wenn mein Kind etwas gegen meinen Willen tut, bestrafe ich es.....                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich drohe meinem Kind eine Strafe an, bestrafe es aber dann doch nicht .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Wenn mein Kind außer Haus ist, weiß ich genau, wo es sich aufhält .....                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich bin eher streng zu meinem Kind .....                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich tröste mein Kind, wenn es traurig ist.....                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich schreie mein Kind an, wenn es etwas falsch gemacht hat.....                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich halte mein Kind für undankbar, weil es mir nicht gehorcht .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich rede eine Zeit lang nicht mit meinem Kind, wenn es etwas angestellt hat.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich gebe meinem Kind zu verstehen, dass es sich meinen Anordnungen und Entscheidungen nicht widersetzen soll..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich lobe mein Kind .....                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich beschimpfe mein Kind, weil ich wütend auf es bin.....                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich versuche den Freundeskreis meines Kindes aktiv zu beeinflussen .....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich schwäche eine Bestrafung ab oder hebe sie vorzeitig auf.....                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Ich bin enttäuscht und traurig, wenn mein Kind sich schlecht benommen hat.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Es fällt mir schwer, in meiner Erziehung konsequent zu sein.....                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6. Sprechen Sie oder andere Haushaltsmitglieder mit dem Kind nur Deutsch oder auch in einer anderen Sprache?**


Nur Deutsch .....

Auch in einer anderen Sprache...

Nur in der anderen Sprache .....

und zwar:

**7. Wie fühlen Sie sich in Ihrer Elternrolle und inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?**

 Die folgenden Aussagen beziehen sich wieder auf Ihr Kind oder das Kind Ihrer Partnerin/Ihres Partners hier im Haushalt.

stimme überhaupt nicht zu    stimme eher nicht zu    weder noch    stimme eher zu    stimme voll und ganz zu

- Ich bin bereit, meine eigenen Wünschen meines Kindes zu opfern ..... =====
- Wenn mein Kind nicht gehorcht und etwas Verbotenes tut, will es mich ärgern ..... =====
- Ich habe das Gefühl, dass Betreuung und Erziehung meines Kindes mich völlig in Beschlag nehmen, mein ganzes Leben bestimmen ..... =====
- Ich wünschte, ich würde durch meine Elternpflichten nicht so gefangen genommen ..... =====
- Wenn es Probleme in der Erziehung gibt, liegt das an meinem Kind ..... =====
- Wenn ich mit meinem Kind zusammen bin, gibt es nichts anderes, was ich lieber täte ..... =====
- Für das Wohl meines Kindes würde ich alles aushalten ..... =====
- Ich denke, wenn mein Kind sich falsch verhält, macht es das mit Absicht ..... =====
- Ich lasse oft alles stehen und liegen, um mein Kind zu unterstützen ..... =====
- Ich freue mich darauf, mit meinem Kind zusammen zu sein..... =====



8. 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"/> |
| - Realschulabschluss/mittlerer Schulabschluss ..... | <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"/> |

9. 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"/> |
| - Realschulabschluss/mittlerer Schulabschluss ..... | <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"/> |

10. Welche Schule besucht bzw. besuchte das Kind im Schuljahr 2012/2013?

|                                                                                    |                          |                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grundschule .....                                                                  | <input type="checkbox"/> | Wann wurde das Kind eingeschult?<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Monat                      Jahr |
| Schule mit einem speziellen pädagogischen Konzept, z. B. Montessori, Waldorf ..... | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |
| Förderschule, Sonderschule, Sprachheilschule .....                                 | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |
| Sonstige Schule .....                                                              | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                      |

und  
zwar:

11. Wenn Sie sich einmal an die Eingewöhnung Ihres Kindes in der Grundschule zurückerinnern, was war dort für Ihr Kind problematisch oder unproblematisch?

☞ Bitte verwenden Sie Werte von 1 für „sehr problematisch“ bis 7 „unproblematisch“ und stufen Sie Ihre Einschätzung mit den Werten dazwischen ab.

|                                                          | sehr problematisch       |                          |                          |                          |                          | unproblematisch          |                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                          | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| Der Umgang mit anderen Kindern.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Umgang mit den Lehrern/Lehrerinnen.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Fehlen der vertrauten Umgebung zu Hause.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Einhalten der Schulregeln (z.B. sitzen, melden)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die schulischen Leistungen.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

|                                                              | Deutsch              | Mathematik               |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Schulnote von 1 bis 6 .....                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| Trifft nicht zu, keine Schulnoten im Zeugnis enthalten ..... |                      | <input type="checkbox"/> |

**13. In welcher Weise suchen Sie den Kontakt mit der Schule?**

 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Regelmäßige Teilnahme am Elternabend .....
- Regelmäßige Besuche von Elternsprechtagen .....
- Aufsuchen des Lehrers/der Lehrerin auch außerhalb von Sprechtagen .....
- Engagement als Elternvertreter .....
- Nichts davon .....

**14. 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"/> |

**15. Neben dem normalen Unterricht gibt es ja auch andere Möglichkeiten, sich in der Schule zu engagieren. Ist Ihr Kind in den folgenden Bereichen aktiv?**

- |                                           | Täglich                  | Jede Woche               | Jeden Monat              | Seltener                 | Nie                      |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| In freiwilliger Sport-AG .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Theatergruppe / Tanzgruppe .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Chor / Orchester / Musikgruppe .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In sonstiger AG oder Neigungsgruppe ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**16. Wie häufig übt das Kind die folgenden Freizeitbeschäftigungen aus?**

- |                                                                       | Täglich                  | Jede Woche               | Jeden Monat              | Seltener                 | Nie                      |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fernsehen/Video/DVD .....                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Computerspiele .....                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Internet surfen/chatten .....                                      | <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"/> |
| 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"/> |
| Mit Freunden zusammen sein .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**17. Einmal abgesehen davon, welche Schule das Kind derzeit besucht: Besteht bei dem Kind sonderpädagogischer Förderbedarf?**


 Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

- Beeinträchtigungen beim Lernen .....
- Sprachliche Beeinträchtigungen.....
- Störungen des Verhaltens und Erlebens.....
- Geistige Behinderung.....
- Seherschädigung.....
- Hörschädigung .....
- Körperliche und motorische Beeinträchtigungen.....
- Lang andauernde Erkrankung.....
- Nein, nichts davon.....


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

- Sehr gut.....
- Gut.....
- Zufriedenstellend.....
- Weniger gut.....
- Schlecht.....


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

Ja.....   und zwar:  Tage  
 Nein.....

**20. Mussten Sie in den letzten 3 Monaten wegen gesundheitlicher Probleme des Kindes einen Arzt aufsuchen oder rufen?**

Ja.....   und zwar:  mal  
 Nein.....

**21. Wie würden Sie das Kind im Vergleich zu anderen 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!

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      |

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

enge Freunde

23. Denken Sie nun bitte an drei Personen außerhalb Ihres Haushalts, die für das Kind persönlich besonders wichtig sind.

Bitte beachten Sie bei der Auswahl der drei wichtigen Personen:

- Es kann sich bei den entsprechenden Personen sowohl um Verwandte als auch um Nicht-Verwandte handeln. Nicht gemeint ist jedoch ein leiblicher Elternteil, der außerhalb des Haushalts lebt.
- Es kann sich sowohl um Kinder als auch um Erwachsene handeln.

Sagen Sie uns bitte zur ersten, zur zweiten und zur dritten Person:

|                                                                                |                   | erste<br>Person          | zweite<br>Person         | dritte<br>Person         |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Handelt es sich bei der Person um ein Kind oder um einen Erwachsenen? ..... | Kind .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                | Erwachsener ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ist er oder sie mit Ihrem Kind verwandt? .....                              | ja .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                | nein .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ist die betreffende Person .....                                            | männlich .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                | weiblich .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

d) Wie alt ist er oder sie?  
Falls Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte .....

|             |                                           |                                           |                                           |
|-------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Jahre ..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
|-------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|

e) Ist die erwachsene Person bzw. mindestens ein Elternteil des befreundeten Kindes außerhalb Deutschlands geboren?

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

und zwar in: ....

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

f) Welchen Bildungshintergrund haben der Erwachsene bzw. die Eltern des befreundeten Kindes?

|                                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eher einfacher Bildungshintergrund ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eher mittlerer Bildungshintergrund ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eher gehobener Bildungshintergrund ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. 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.

| Das Kind...                                                                                    | nicht<br>zutreffend      | teilweise<br>zutreffend  | eindeutig<br>zutreffend  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ist rücksichtsvoll .....                                                                       | <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"/> |
| klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen<br>oder Übelkeit .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug,<br>Buntstifte usw.).....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend.....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist ein Einzelgänger, spielt meist alleine.....                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist im Allgemeinen folgsam, macht meist, was<br>Erwachsene verlangen.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt .....                                              | <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"/> |
| ist ständig zappelig.....                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin .....                                | <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"/> |
| ist oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig .....                                  | <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"/> |
| ist leicht ablenkbar, unkonzentriert.....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist nervös oder anklammernd in neuen Situationen,<br>verliert leicht das Selbstvertrauen ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist lieb zu jüngeren Kindern .....                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lügt oder mogelt häufig.....                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wird von anderen gehänselt oder schikaniert.....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Erzieher/in, Lehrer/in<br>oder anderen Kindern) .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nimmt zu Hause, im Kindergarten/KITA/Schule<br>oder anderswo unerlaubt Dinge an sich.....      | <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"/> |
| hat viele Ängste, fürchtet sich leicht.....                                                    | <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"/> |
| denkt nach, bevor es handelt .....                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**25. 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 .....

**26. 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 Tag bzw. pro Woche übernehmen sie die Betreuung?**

**Folgende Personen:**

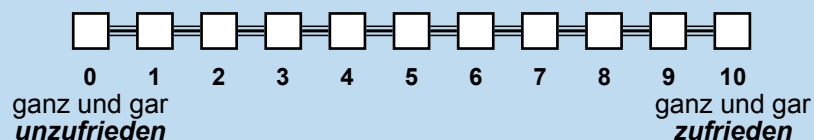
|                                                                                             | Ja                         | Stunden<br>pro Woche |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| (Ehe-)Partner/-in.....                                                                      | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> |
| Vater/Mutter des Kindes,<br>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<br>des Kindes, Freunde oder Nachbarn) ..... | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> |

**Folgende Einrichtungen/Organisationen:**

|                                                                  | Ja                         | Stunden<br>pro Tag   |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| Schule (Unterricht, AGs, frei betreute Zeit) .....               | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> |
| Hort (Schulhort oder andere<br>hortähnliche Einrichtungen) ..... | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> |
| Soziale Einrichtungen, Zentren,<br>Freizeitorganisationen.....   | <input type="checkbox"/> ⇒ | <input type="text"/> |
| Nein, keine Person oder Einrichtung.....                         | <input type="checkbox"/>   |                      |

**27. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuungssituation des Kindes insgesamt?**

☞ Antworten Sie bitte wieder anhand der folgenden Skala, bei der "0" ganz und gar **unzufrieden**, "10" ganz und gar **zufrieden** bedeutet.



28. Haben Sie schon einmal eine oder mehrere der folgenden Angebote oder Einrichtungen in Anspruch genommen?

|                                                               | Ja,<br>einmal            | Ja,<br>mehrmals          | Nein,<br>noch nie        |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Angebot der Familienbildungsstätte .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung in Familien- oder Erziehungsfragen .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wirtschaftliche Hilfen des Jugendamtes .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sozialpädagogische Familienhilfe .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sozialpädagogische Tagesgruppe für Kinder .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung durch Erzieher/innen im Kindergarten oder Hort ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schulpsychologe, Kindertherapeut.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Beratung oder Hilfe durch das Jugendamt .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Hilfe .....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

29. Erhält das Kind Taschengeld?

Ja.....   


Nein.....  → **Ende!**

30. Wie viel Taschengeld erhält das Kind?

Pro Woche  Euro **oder** pro Monat  Euro

Sonstige Hinweise:

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Listen-Nr.**

**Lfd. Nr.**

**Tag**

**Monat**

**Abrechnungs-Nummer**

**Unterschrift des Interviewers**