

DIW Berlin / SOEP (Ed.)

Research Report

SOEP-RS FiD 2013 - Erhebungsinstrumente 2013 von 'Familien in Deutschland': Elternfragebogen 4: "Für alle Kinder des Jahrgangs 2007"

SOEP Survey Papers, No. 213

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 4: "Für alle Kinder des Jahrgangs 2007", SOEP Survey Papers, No. 213, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/100686>

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 4: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2007“

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 4: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2007“. SOEP Survey Papers 213: Series A. Berlin: DIW/SOEP

ISSN: 2193-5580 (online)

Contact: DIW Berlin
SOEP
Mohrenstr. 58
10117 Berlin

Email: soeppapers@diw.de

TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG

**SOEP-RS FiD 2013 –
ERHEBUNGSINSTRUMENTE 2013 VON 'FAMILIEN
IN DEUTSCHLAND': ELTERNFRAGEBOGEN 4:
„FÜR ALLE KINDER DES JAHRGANGS 2007“**

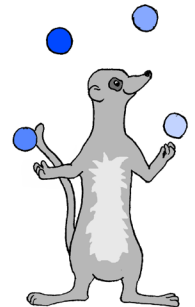
München, 2013

Reprint 2014



Familien in Deutschland

Befragung 2013



Elternfragebogen 4: „Für alle Kinder des Jahrgangs 2007“

Die Wissenschaft weiß vergleichsweise viel über Kinder im Schulalter, aber nur wenig über die sehr wichtige Zeit vor der Schule. In diesem kurzen Fragebogen geht es um Kinder, die **im Jahr 2007 geboren** sind. Unsere Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen und die Entwicklung Ihres Kindes.

Ihre Mitarbeit ist freiwillig.

Wir bitten Sie aber herzlich,

- unserem Mitarbeiter die Fragen zu beantworten
- oder den Fragebogen sorgfältig selbst auszufüllen.

4

Bitte vor Übergabe unbedingt eintragen
lt. Adressenprotokoll:

Nr. des Haushalts:

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

Vorname der Mutter/des Vaters:

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?

2007

Monat:.....

3. 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 zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig 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 oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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, 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 oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nimmt zu Hause, im Kindergarten/KITA/Schule 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"/>

4. Um Ihr wievielttes Kind handelt es sich bei diesem Kind?

Es ist das Kind.

5. Handelt es sich um Ihr leibliches Kind?

Ja..... Nein.....

6. Wie sind gegenwärtig Gewicht und Größe des Kindes?

Gewicht in Kilogramm

Körpergröße in cm

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

Ja..... Nein.....

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

Ja..... => und zwar: Tage

Nein.....

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

Ja..... => und zwar: mal

Nein.....

10. Nehmen Sie bei dem Kind Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme wahr?

Ja..... Nein..... **Weiter mit Frage 11!**



Sind oder waren Sie mit dem Kind deswegen in Behandlung oder in Beratung (wie z. B. Ergotherapie oder Sprachtherapie)?

Kind ist oder war deswegen in Behandlung.....

Beratung findet statt/hat stattgefunden.....

Weder noch.....

11. Ist von einem Arzt bei dem Kind einmal eine der folgenden Erkrankungen oder Störungen festgestellt worden?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen!

Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis oder Ähnliches) ...

Mittelohrentzündung.....

Neurodermitis.....

Fehlsichtigkeit (z. B. Schielen).....

Ernährungsstörungen.....

Störungen der Motorik, des Bewegungsapparates.....

Sonstige Störungen/Behinderungen.....

und zwar:

Nein, nichts davon.....

12. Wie oft haben Sie oder Ihr Partner in den letzten 14 Tagen gemeinsam mit dem Kind folgende Aktivitäten ausgeführt?

	Täglich	Mehrmals die Woche	Einmal die Woche	Seltener	Gar nicht
Auf den Spielplatz gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten an der frischen Luft (Spaziergänge oder Ähnliches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch bei anderen Familien mit Kindern	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Singen von Kinderliedern	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Karten-, Würfelspiele oder andere gemeinsame Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen Fernsehen/Video/DVD ansehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen Computer-/Internetspiel machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuch von Kindertheater, Zirkus, Museum, Ausstellung oder Ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschichte vorlesen oder erzählen – in deutscher Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– in anderer Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Darf das Kind schon alleine, also ohne Erwachsene, Fernsehen, Video oder DVD schauen?

- Ja → und zwar Stunden pro Woche
- Nur selten, ausnahmsweise
- Nein, grundsätzlich nicht

14. Lebt der leibliche Vater und die leibliche Mutter des Kindes hier im Haushalt?

- Nein ↓
- Ja → Weiter mit Frage 18!

15. Wie häufig sehen sich das Kind und sein Vater bzw. seine Mutter?

- Täglich
- Jede Woche
- 14-tägig
- Jeden Monat
- Seltener
- Nie → Weiter mit Frage 17!

16. Wie lange dauert typischerweise solch ein Treffen zwischen dem Kind und dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter?

☞ Bitte geben Sie die Dauer der Treffen in ganzen Tagen oder in Stunden an!

oder

Tage Stunden

17. Wie eng, denken Sie, ist die Beziehung zwischen Ihnen und dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter des Kindes?

- Sehr eng
- Eng
- Mittel
- Nur flüchtig
- Überhaupt keine Beziehung

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

- Nur Deutsch
- Auch in einer anderen Sprache... → und
zwar:
- Nur in der anderen Sprache

19. Besucht das Kind einen Kindergarten/eine Kindertageseinrichtung, geht es bereits zur Schule, oder besucht es keine dieser Einrichtungen?

- Besucht keine dieser Einrichtung → Weiter mit Frage 26!
- Geht bereits zur Schule → Weiter mit Frage 27!
- Geht in den Kindergarten/
eine Kindertageseinrichtung
↓

20. Wie viele Stunden pro Tag geht das Kind in den Kindergarten/ die Kindertageseinrichtung?

Stunden pro Tag

21. Seit wann besucht das Kind diese Einrichtung?

Monat Jahr

22. Wann haben Sie das Kind erstmals in eine Einrichtung gegeben?

Monat Jahr

23. Wenn Sie sich einmal an die Eingewöhnung Ihres Kindes in die KiTa zurückerinnern, was war 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							un- problematisch	
	1	2	3	4	5	6	7		
Das Zusammensein mit anderen Kindern	<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"/>
Die Beziehung zu den Erziehern/Erzieherinnen.....	<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"/>
Die Trennung von zu Hause	<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"/>
Die Umstellung auf einen festen Tagesrhythmus	<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"/>

24. Wenn Sie noch einmal an die Zeit zurückdenken, als Sie das Kind erstmals in eine Betreuungseinrichtung oder zu einer Tagesmutter/Tagespflege gegeben haben: Wie wichtig waren die folgenden Gründe für Sie damals?

	Ganz und gar unwichtig	Eher unwichtig	Eher wichtig	Äußerst wichtig
Ich erhoffte mir einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte eine Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. wieder aufgenommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte meine Erwerbstätigkeit ausgeweitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte eine berufliche Ausbildung, Weiterbildung oder ein Studium aufgenommen bzw. fortgesetzt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mehr Zeit für kulturelle, politische oder sportliche Aktivitäten oder mehr Freizeit haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gründe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

und
zwar:

25. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Merkmalen der derzeitigen Betreuung in der Kindertageseinrichtung/im Kindergarten oder bei der Tagesmutter/Tagespflege?

 Bitte verwenden Sie Werte von 0 für „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“ und stufen Sie Ihre Einschätzung mit den Werten dazwischen ab.

	ganz und gar unzufrieden	ganz und gar zufrieden									
Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf ...											
die Größe der Gruppe	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
die Anzahl von Betreuungspersonen in der Gruppe	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
die Öffnungszeiten	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
die anfallenden Kosten.....	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aktivitäten und Lernangebote für die Kinder	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
vorbereitende Maßnahmen für die Einschulung des Kindes	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
den flexiblen Umgang mit unvorhergesehenen Situationen wie z. B. Krankheit.....	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
die Möglichkeiten der Elternbeteiligung.....	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
den Umgang der Erzieher/-innen mit dem Kind	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
den Kontakt der Erzieher/-innen mit den Eltern	<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"/>
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Weiter mit Frage 27!

26. Es gibt verschiedene Gründe, warum Eltern ihre Kinder ausschließlich zu Hause und nicht in einer Einrichtung oder durch eine Tagesmutter/Tagespflege betreuen lassen. Welche der folgenden Gründe treffen auf Sie zu?

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Weil ich das Kind selber erziehen möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der zu hohen Kosten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich für das Kind keinen Platz bekommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil die Entfernung zu groß ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil die Öffnungszeiten für mich nicht passen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich das Kind für noch zu jung halte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich sowieso zu Hause bin und die Betreuung übernehmen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil es zu aufwendig ist, das Kind jeden Tag hinzubringen und abzuholen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich gute Erfahrungen mit der Betreuung zu Hause gemacht habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil das Kind eine chronische Krankheit oder Behinderung hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil das Kind möglichst viel Zeit mit den Geschwistern verbringen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Wenn Sie einmal an eine normale Woche denken: Gibt es außer Ihnen andere Personen, die die Betreuung des Kindes zeitweise übernehmen? Wenn ja, welche Personen sind das und wie viele Stunden pro Woche übernehmen sie die Betreuung?

	Ja	Stunden pro Woche
(Ehe-)Partner/in.....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Vater/Mutter des Kindes (falls nicht im Haushalt)....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Großeltern des Kindes	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Ältere Geschwister des Kindes	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Andere Verwandte.....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Tagesmutter/Tagespflege (<u>außer</u> Haus).....	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Kinderfrau (<u>in</u> Ihrem Haushalt)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Andere (z. B. Babysitter, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> ⇒	<input type="text"/>
Nein, keine Person	<input type="checkbox"/>	

28. 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.

<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"/>					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
ganz und gar unzufrieden											ganz und gar zufrieden				

29. Verbringt das Kind bereits alleine Zeit bei seinen Freunden zum Spielen?

- Ja, täglich
- Ja, mehrmals die Woche
- Ja, mindestens einmal die Woche
- Seltener
- Nein, überhaupt nicht

30. Nun noch eine Frage zur Betreuung des Kindes am Nachmittag.

Falls das Kind bereits zur Schule geht:

Bereitet Ihnen die Betreuung am Nachmittag nach Schulschluss Schwierigkeiten?

- Große Schwierigkeiten
- Einige Schwierigkeiten
- Keine Schwierigkeiten

Falls das Kind noch nicht zur Schule geht:

Wenn Sie einmal an die Zeit denken, wenn Ihr Kind zur Schule gehen wird: Machen Sie sich um die Betreuung des Kindes am Nachmittag Sorgen?

- Große Sorgen
- Einige Sorgen
- Keine Sorgen

31. Wie würden Sie Ihr 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"/>	<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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	ist unängstlich

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Listen-Nr.

Lfd. Nr.

Tag

Monat

Abrechnungs-Nummer

Unterschrift des Interviewers