

# Datenreport Frühe Hilfen

AUSGABE 2013

# Unfallprävention bei kleinen Kindern – ein Thema für Frühe Hilfen?

## Daten zu Unfällen in Deutschland, Einflussfaktoren und wirksame Aufklärung von Eltern

Unfälle stellen weltweit für Kinder eine hohe Bedrohung für Leib und Leben dar (vgl. UNICEF 2001; WHO 2008; Sehti u.a. 2008). Unfallverletzungen sind für Kinder ab einem Jahr die häufigste Todesursache und die Hauptursache für eine Behinderung (vgl. Sehti u.a. 2008). Obwohl die Mortalitätsrate durch Verletzungen in Ländern mit hohem Einkommen laut WHO-Bericht für Europa in den letzten 20 Jahren stark abgenommen hat, trägt sie 40% zu der Mortalität von Kindern und Jugendlichen bei (vgl. ebd.). 2010 und 2011 hat das Statistische Bundesamt mit Ellsäßer eine bundesweite Analyse zum Verletzungsgeschehen von Kindern und Jugendlichen durch Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen herausgegeben. Danach liegt der Unfallschwerpunkt bei Kindern unter fünf Jahren unverändert im häuslichen Bereich, Jungen sind stärker betroffen als Mädchen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Die Abnahme tödlicher Unfälle (vgl. auch Tab. 1) darf nicht vergessen lassen, dass jede Verlet-

zung mit tödlichem Ausgang großes Leid verursacht und viele vermeidbar gewesen wären (vgl. Sehti u.a. 2008). Deshalb sollte es eine vordringliche Aufgabe der Akteure von Frühen Hilfen für Familien mit kleinen Kindern sein, von Anfang an sachkundig über Kinderunfälle und deren Verhütung aufzuklären.

### METHODIK

Die epidemiologische Darstellung der Verletzungen, fokussiert auf Verletzungen durch Unfälle bei Kindern unter 15 Jahren, betrachtet die Entwicklung des Unfallgeschehens im Zehnjahreszeitraum von 2001 bis 2010. Darüber hinaus werden die Erkenntnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys von 2003 bis 2006 (vgl. WHO 2008) und Daten der regionalen krankenhausbezogenen europäischen Injury Data Base (IDB) einbezogen (Jahre 2007 bis 2010) (vgl. Landesgesundheitsamt Brandenburg). Dadurch kann das Unfallgeschehen differenzierter zu den alterstypischen Verletzungsme-

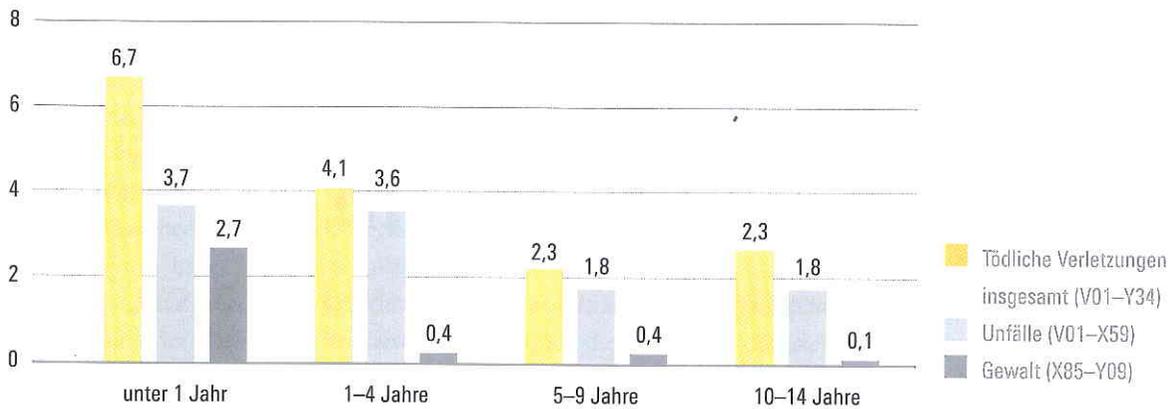
chanismen und Auslösern dargestellt werden. In einem zweiten Teil wird die Studienlage zu den bedeutsamen Risikofaktoren von Unfällen bei kleinen Kindern vorgestellt, da diese Informationen bei der präventiven Beratung eine Rolle spielen. In einem dritten Teil wird dann auf die wissenschaftlich nachgewiesenen wirksamen Maßnahmen näher eingegangen, um eine zielgerichtete unfallpräventive Aufklärung zu unterstützen.

### ERGEBNISSE ZUM UNFALLGESCHEHEN BEI KINDERN

#### Verletzungen mit Todesfolge durch Unfälle und Gewalt

Der Altersgipfel der tödlichen Verletzungen durch Unfälle und Gewalt bei Kindern unter 15 Jahren betrifft seit Jahren das Säuglings- und Kleinkindalter. Unfälle haben den höchsten Anteil. An zweiter Stelle folgen bei den Säuglingen bereits die tödlichen Verletzungen durch Gewalt, im Jahr 2010 waren dies 2,7 Todesfälle pro 100.000 (vgl. Abb. 1). Säuglinge sind

ABBILDUNG 1: STERBEZIFFER VON VERLETZUNGEN DURCH UNFÄLLE UND GEWALT BEI UNTER 15-JÄHRIGEN PRO 100.000 DER ALTERSGRUPPE (DEUTSCHLAND; 2010)



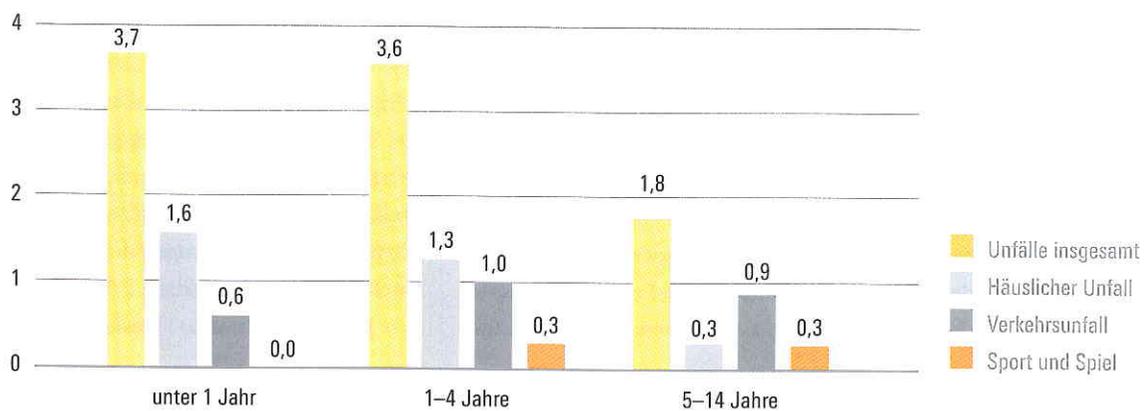
Quelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik

TABELLE 1: ANZAHL UND STERBEZIFFER VON UNFÄLLEN BEI UNTER 15-JÄHRIGEN (DEUTSCHLAND; VERGLEICH 2001 VS. 2010)

Jahr	Tödliche Unfälle bei Kindern unter 15 Jahren, Anzahl	Unfallraten je 100.000 nach Altersgruppen und Abnahme der Raten 2010 gegenüber 2001 (100%)					
		Säuglinge (<1 Jahr)		Kleine Kinder (1 bis 4 Jahre)		Schulkinder (5 bis 14 Jahre)	
2001	497	5,5		5,7		3,1	
2010	260	3,7	- 32,8%	3,6	- 36,9%	1,8	- 41,9%

Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 2: STERBEZIFFER DURCH TÖDLICHE UNFÄLLE BEI UNTER 15-JÄHRIGEN NACH UNFALLKATEGORIE PRO 100.000 DER ALTERSGRUPPE (DEUTSCHLAND; 2010)



Quelle: Statistisches Bundesamt: Todesursachenstatistik; eigene Berechnungen

daher als Hochrisikogruppe besonders zu schützen.

Jungen tragen ein höheres Risiko, durch Unfälle zu sterben, als gleichaltrige Mädchen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Ein Vergleich der tödlichen Unfälle im Zehnjahreszeitraum 2001 bis 2010 zeigt, wie in Tabelle 1 dargestellt, dass bezogen auf das Jahr 2001 die Anzahl der Unfälle bei Kindern unter 15 Jahren fast um die Hälfte abgenommen hat. Während die stärkste prozentuale Abnahme der Raten bei den 5- bis unter 15-Jährigen zu verzeichnen ist, liegt diese bei den Säuglingen darunter (vgl. Tab. 1). Insofern lassen sich hier weitere Präventionspotenziale zum Schutz der Kleinsten ableiten.

Bei den Säuglingen und kleinen Kindern finden sich die höchsten Raten an Heim- und Freizeitunfällen bezogen auf alle unter 15-jährigen Kinder. Die Unfallschwerpunkte verändern sich jedoch altersbezogen. Während im Säuglings- und Kleinkindalter die tödlichen Unfälle am häufigsten im häuslichen Bereich vorkommen, wechselt der Unfallschwerpunkt im Schulalter zu den Freizeitunfällen und zum Verkehrsbereich (vgl. Abb. 2). Tödliche Schulunfälle waren im Jahr 2010 nicht zu verzeichnen.

Haupttodesursache bei Unfällen im Säuglingsalter sind das Ersticken durch Aspiration (2010: 13 Todesfälle/1,8 pro 100.000) und im Kleinkindalter das Ertrinken (2010: 23 Todesfälle/1,0 pro 100.000). Tödliche Stürze aus Gebäuden und Verbrennungen mit Rauchgasvergiftungen durch Wohnungsbrände sind weitere typische Todesursachen bei den kleinen Kindern.

Zum Verletzungshergang der gewaltbedingten Todesfälle bei Säuglingen

(2010: n=18) lassen sich aus der Todesursachenstatistik keine Informationen ableiten. Studien zeigten jedoch, dass das Schütteltrauma die häufigste nichtnatürliche Todesursache bei Säuglingen ist. Schätzungen gehen von einer Häufigkeit von 100 bis 200 Fällen für Deutschland aus. Besonders tragisch bei den Schütteltraumen ist, dass die schweren Hirnschäden und Blutungen eine sehr hohe Letalität (bis 30%) und schwerste Langzeitschäden (bis zu 70%) mit lebenslanger Pflegebedürftigkeit zur Folge haben (vgl. Matschke u.a. 2009, S. 211-217).

### Schwere Verletzungen und Krankenhausbehandlung

Der hohe Anteil von Verletzungen an den stationären Behandlungen macht deutlich, dass Verletzungen seit Jahren zu den häufigsten Einweisungsanlässen bei Kindern zählen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Im Jahr 2010 mussten rund 196.000 Kinder unter 15 Jahren wegen einer Verletzung stationär behandelt werden, darunter allein 41% (80.000) Säuglinge und kleine Kinder (vgl. Ellsäßer 2011). Während bei den verletzten Schulkindern seit Jahren eine Abnahme der Krankenhausbehandlungen zu beobachten ist, ist der Trend in der Altersgruppe der Säuglinge gegenläufig. Vergleicht man die stationäre Behandlungsrate im Jahr 2010 mit der von 2001, ist eine Zunahme bei den Säuglingen um 23,2% zu verzeichnen (vgl. Abb. 3).

Säuglinge und kleine Kinder haben seit Jahren das höchste Risiko von allen Kindern unter 15 Jahren, eine Gehirnerkrankung zu erleiden. Bei Unfällen von kleinen Kindern ist daher diese Diagnose der häufigste Anlass für eine Krankenhausbehandlung (vgl. Ellsäßer 2010;

Ellsäßer 2011). Häufigste Ursache für Schädel-Hirn-Verletzungen sind Stürze, die ca. 60% aller Verletzungsmechanismen in dieser Altersgruppe ausmachen, so die Studienergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) (vgl. WHO 2008).

### Typische Verletzungen bei kleinen Kindern

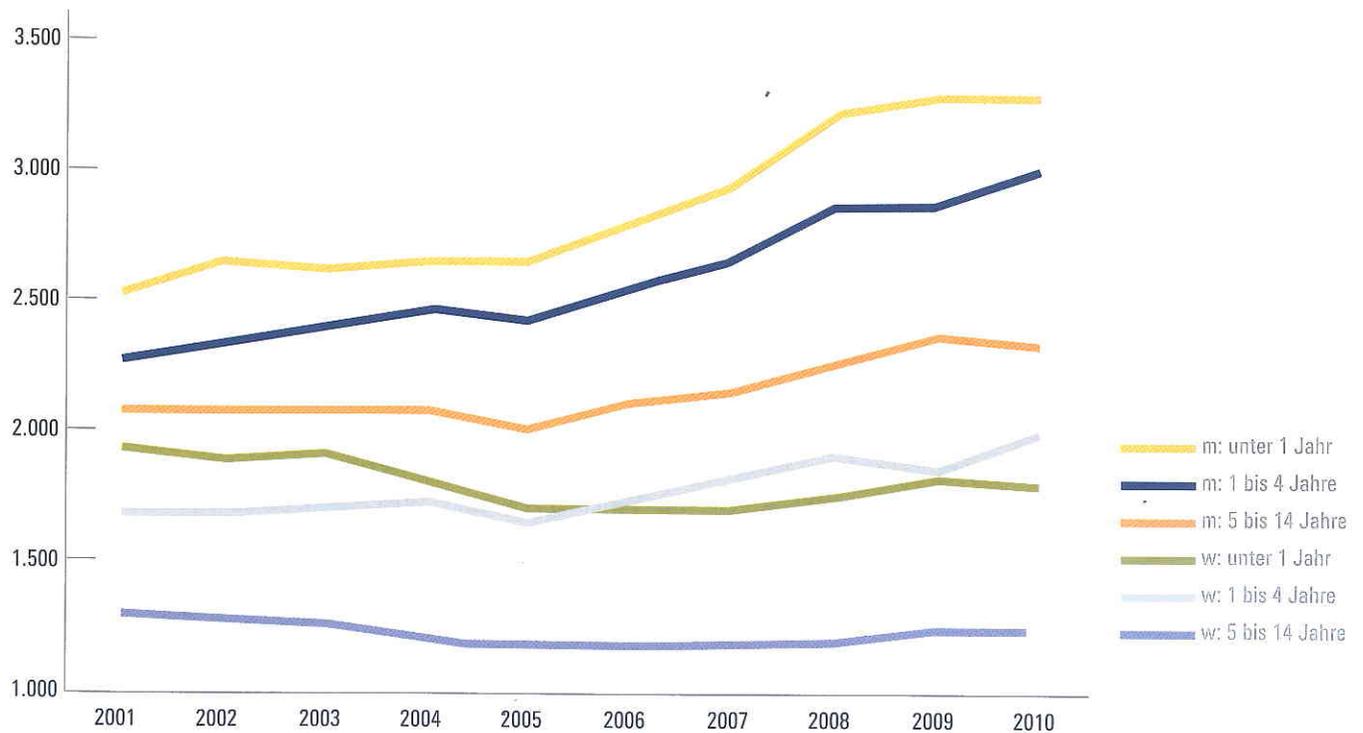
#### Stürze

Mehr als die Hälfte aller Unfälle von kleinen Kindern (1–4 Jahre) ist durch Stürze bedingt, so die übereinstimmenden Ergebnisse des KiGGS, der europäischen IDB in Deutschland und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. WHO 2008; Ellsäßer 2010, S. 1104–1112; Ellsäßer 2002, S. 267-276). Auf der Grundlage dieser Datenquellen wird geschätzt, dass in 2010 etwa 125.000 Kinder unter fünf Jahren einen Sturzunfall erlitten, der ärztlich behandelt werden musste.

Mit zunehmendem Alter und Aktionsradius der kleinen Kinder kommen zu den Sturzunfällen in der häuslichen Lebensumwelt noch weitere Unfallschwerpunkte wie der Kindergarten und der Spielplatz (insbesondere von Rutschen und Klettergerüsten) hinzu, so die übereinstimmenden Ergebnisse des KiGGS (vgl. WHO 2008), der regionalen IDB in Deutschland (vgl. Ellsäßer 2008) und der europäischen IDB (vgl. Bauer/Steiner 2009).

Da die IDB über eine standardisierte Dokumentation den Unfallhergang differenziert erfasst, werden diese Ergebnisse hier vorgestellt. Produkte bzw. Objekte des unmittelbaren Lebensumfeldes waren bei über 60% der Stürze von kleinen Kindern beteiligt. Stürze vom Wickeltisch, von

ABBILDUNG 3: RATE DER IM KRANKENHAUS STATIONÄR BEHANDELTEN UND VERLETZTEN KINDER UNTER 15 JAHREN PRO 100.000 NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT (DEUTSCHLAND; 2001 BIS 2010)



Quelle: Statistische Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik

TABELLE 2: DIE 7 HÄUFIGSTEN PRODUKTBEZOGENEN HÄUSLICHEN STURZVERLETZUNGEN (212 VON 230) BEI SÄUGLINGEN (FALLANALYSE IDB; ZEITRAUM 2007 BIS 2010)

Rang	Verletzung auslösendes Produkt / Gegenstand	Häufigkeit	Prozent
	<b>Gesamt</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>
1	Wickeltisch	54	23,5
2	Polsterstuhl, Sofa, Couch, Sitzzecke, Divan, Fauteuil	46	20,0
3	Elternbett	37	16,1
4	Kinderwagen, Buggy, Sportkinderwagen, Laufwagen	10	4,3
5	Andere näher bestimmte Baby- oder Kinderartikel	9	3,9
6	Gitterbett, Babybett	8	3,5
7	Baby- oder Kindersitz (Auto)	7	3,0

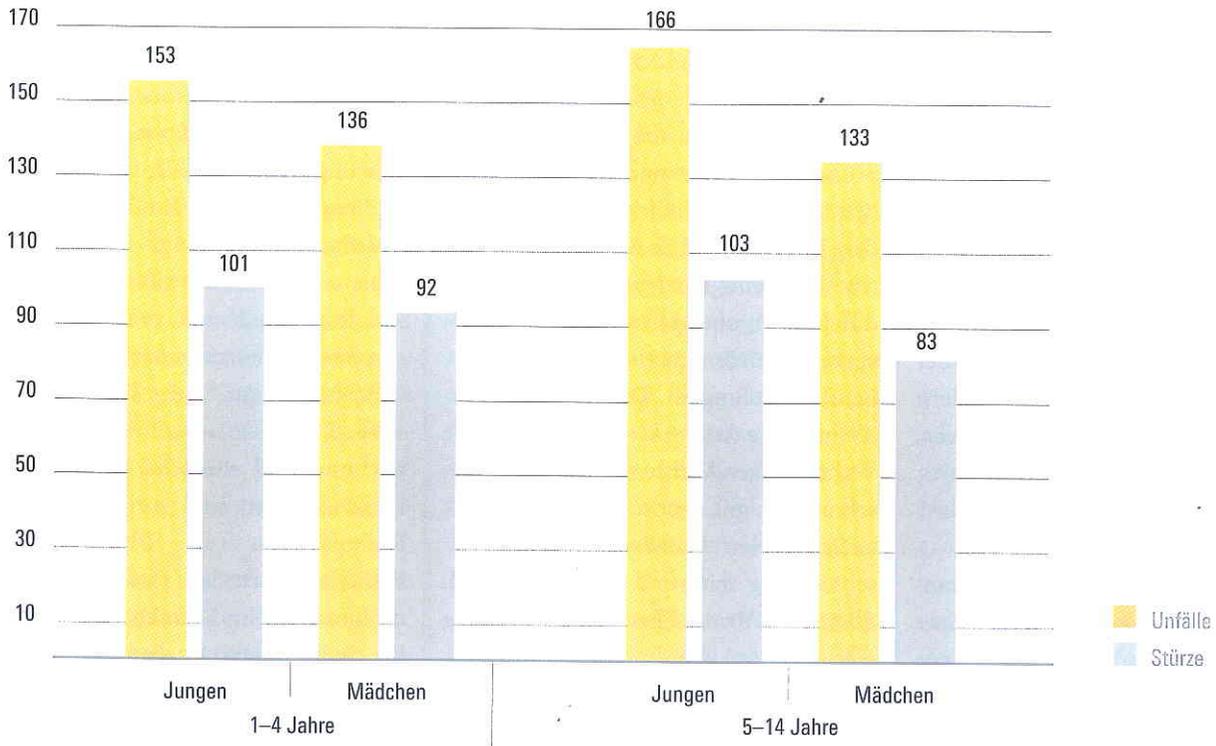
Quelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg

TABELLE 3: TYPISCHE VERLETZUNGSHERGÄNGE (SIEHE HIERZU TAB. 2)

Beispiel
Sturz vom Wickeltisch, als die Mutter sich kurz umdrehte
Vom Sofa gefallen und mit dem Kopf aufgekommen
Säugling aus dem Elternbett gefallen
Sturz aus einem Kinderwagen (Maxicosi) beim Hochtragen auf einer Treppe
Aus einer Tragetasche gerutscht, ca. 20 cm auf den Boden gefallen
Babygitterbett: am Gitter hochgezogen und übergefallen (9 Monate alt)

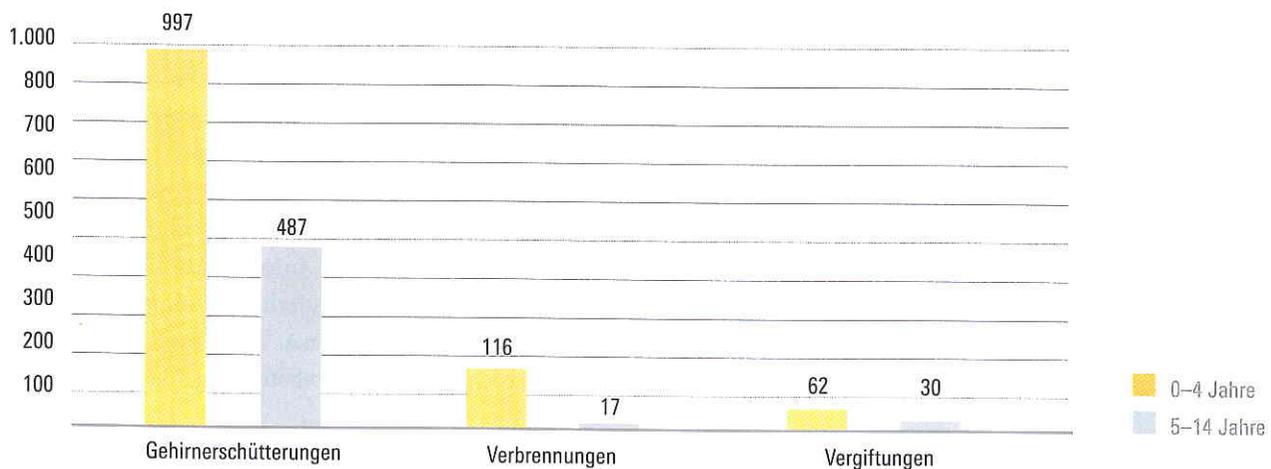
Quelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg

ABBILDUNG 4: UNFÄLLE INSGESAMT UND STÜRZE BEI UNTER 15-JÄHRIGEN NACH ALTERSGRUPPEN PRO 1.000 UND GESCHLECHT (DEUTSCHLAND; ZEITRAUM 2003 BIS 2006)



Quelle: Robert Koch Institut: KIGGS 2003 bis 2006

ABBILDUNG 5: RATE DER 3 HÄUFIGSTEN BEHANDLUNGSDIAGNOSEN VON STATIONÄR BEHANDELTEN UND VERLETZTEN KINDERN UNTER 15 JAHREN NACH ALTERSGRUPPEN PRO 100.000 (DEUTSCHLAND; 2010; VERGLEICH KLEINE KINDER (UNTER 5 JAHRE) VS. SCHULKINDER (5 BIS 14 JAHRE))



Quelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik; eigene Berechnungen

Sitzgelegenheiten und aus dem Elternbett waren die häufigsten Unfallsituationen im häuslichen Bereich (vgl. Tab. 2).

Bei den kleinen Kindern (1 bis 4 Jahre) veränderten sich die Verletzungsschwerpunkte bei den Stürzen. Mit zunehmender Mobilität waren Treppen die häufigsten Auslöser, gefolgt von Sitzgelegenheiten und dem Hochbett. Die Stürze aus dem Elternbett ereigneten sich häufig dadurch, dass die kleinen Kinder das Elternbett zum Hüpfen benutzten, das Gleichgewicht verloren und beim Fallen gegen Bettkanten stießen oder kopfüber aus dem Bett stürzten. Bei Schulkindern dominierten die Stürze von Fahrrädern, Klettergeräten und Schaukeln.

#### Vergiftungen

Kleine Kinder zeigen die höchsten Krankenhausbehandlungsraten wegen einer Vergiftung von allen unter 15-Jährigen – im Jahr 2010 insgesamt 3.368 Fälle. Vergiftungen durch Arzneimittel führen bei kleinen Kindern besonders häufig zu einer Krankenhausbehandlung. Im Jahr 2010 war dies der Fall bei jeder zweiten Vergiftung mit anschließender Krankenhausbehandlung. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer lag bei knapp zwei Tagen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Nach Meldungen an die Giftinformationszentren in Deutschland wurde die Zahl der Vergiftungsunfälle bei Kindern im Jahr 2007 in Deutschland auf 94.000 geschätzt (vgl. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) 2009). Die fünf häufigsten chemischen Substanzen im 20-Jahreszeitraum von 1990 bis 2010 waren die folgenden: 1. Brennstoffe (Lampenöl), 2. Medikamente, 3. Reinigungsmittel (Entkalker, Geschirrspülmittel, Sanitärreiniger, Waschmittel), 4. Pflanzen mit attraktiven Beeren (Kirsch-

lorbeer), 5. Kosmetika (Haar- und Hautpflegemittel) (vgl. BfR 2012).

#### Verbrühungen und Verbrennungen

Von Verbrühungen und Verbrennungen sind insbesondere kleine Kinder betroffen. Allein 75% aller Krankenhausbehandlungen von Kindern mit Verbrühungen/Verbrennungen (<15 Jahre) betraf die unter 5-Jährigen. Gemessen an den Krankenhausbehandlungen verletzten sich kleine Kinder fünfmal häufiger durch Verbrühungen als im Straßenverkehr (2010: 3.368 vs. 673 Krankenhausbehandlungen). Die Liegedauer im Krankenhaus ist bei kleinen Kindern mit Verbrühungen/Verbrennungen durchschnittlich mit sechs Tagen länger als nach anderen Unfällen wie Gehirnerschütterung mit rund zwei Tagen (vgl. Ellsäßer 2010; Ellsäßer 2011). Auch die Nachsorge ist überdurchschnittlich aufwendig (vgl. Dorf Müller 2005, S. 1070-1076). Dabei verbrühen sich Kleinkinder mit heißem Wasser, heißen Getränken oder durch Anfassen heißer Gegenstände (vgl. Ellsäßer 2004, S. 34-38). Besonders gefährdet sind sie, wenn sie beginnen, ihre Umwelt zu entdecken, sich beispielsweise aufzurichten, um Dinge zu erreichen, und diese dann herunterziehen (vgl. Ellsäßer 2004, S. 34-38).

#### EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS UNFALLGESCHEHEN

Aus der folgenden Abbildung 6 lassen sich neben wichtigen Datenquellen und häufigen Unfallursachen auch die bedeutsamen Risikofaktoren für Unfälle bei der Hochrisikogruppe der kleinen Kinder ablesen.

Die wesentlichen Einflussfaktoren sollen im Einzelnen besprochen werden,

weil sie für die Aufklärung der Eltern von Bedeutung sind.

#### Familiäre Aspekte: Soziale Lage und Migrationshintergrund

Zahlreiche internationale Studien dokumentieren, dass Kinder aus Familien mit einer sozial-ökonomischen Benachteiligung ein höheres Unfallrisiko haben im Vergleich zu den Kindern aus besser gestellten Familien (vgl. UNICEF 2001; Sehti u.a. 2008). Es gibt einen starken sozialen Gradienten hinsichtlich bestimmter Verletzungsmechanismen und Unfallmortalität (vgl. Roberts/Powers 1996, S. 784-786). Auch Armut, Kinderreichtum und elterlicher Alkohol- und Drogenkonsum sind sozioökonomische Risikofaktoren (vgl. UNICEF 2001). Bemerkenswert sind Daten des Unfallmonitorings in Delmenhorst, wonach bei 1–5-jährigen Knaben aus Migrantenfamilien fast sechsfach und Mädchen fast dreifach häufiger Verbrennungen/Verbrühungen auftraten als bei gleichaltrigen deutschen Kindern (vgl. Ellsäßer 2004, S.34-38). Das Herkunftsland spielt hierbei offenbar eine Rolle, denn männliche Schulkinder türkischer und libanesischer Herkunft hatten die höchsten Unfallraten (vgl. Robert-Koch-Institut (RKI) 2008), wie es auch internationale Studien besagen (vgl. ebd.).

Der Sozialstatus der Eltern beeinflusst darüber hinaus ihr Sicherheitsverhalten. In einer Metaanalyse wurde die Nutzung von Lauflernhilfen untersucht. Familien wurden aufgeklärt und verzichteten auf Lauflernhilfen. Eine vergleichbare Intervention hatte bei ethnischen Minderheiten weniger Erfolg (vgl. Kendrick u.a. 2007a). In Bremen zeigte eine Elternbefragung, dass Lauflernhil-

fen in sozial schwachen Familien häufiger benutzt werden als in bildungsnahen Familien (vgl. Zimmermann 2000). Auch in Nottingham führten wohlhabende Eltern nach Aufklärung eher Sicherheitsmaßnahmen (wie Treppengitter, Herdenschutzgitter, Rauchmelder) im Vergleich zu sozial benachteiligten Familien ein (vgl. Kendrick u.a. 2007a). Und nicht zuletzt ergab der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey ein signifikantes soziales Gefälle für die Fahrradhelmquote bei Schulkindern im Alter zwischen 7 und 14 Jahren sowie eine signifikant seltenere Schutzausrüstung bei Kindern türkischer Herkunft und aus ehemaligen SU-Staaten (vgl. WHO 2008).

#### Elterliche Fürsorge und Aufsicht

Elterliche Aufsicht variiert mit dem Alter und der Entwicklung des Kindes und bezieht die Risiken und Gefährdungen aus

der Umwelt mit ein. Wissenschaftliche Studien zur elterlichen Fürsorge konnten zeigen, dass insbesondere eine inkonsistente elterliche Fürsorge mit einem erhöhten Unfallrisiko der Kinder assoziiert war (vgl. Morrongiello 2005, S. 536–552). Als schützend erwies sich, wenn Eltern in der Lage waren einzuschätzen, ob ihre Kinder Gefahren wahrnehmen und die gegebenen Warnhinweise überhaupt verstehen können. Die pädiatrisch-psychologischen Forschungsarbeiten der Arbeitsgruppe um Morrongiello in Kanada stellten darüber hinaus fest, dass in Familien, die über diese Kompetenzen verfügten, nicht nur weniger Unfälle, sondern auch weniger Gewaltübergriffe auf Kinder vorkamen (vgl. ebd.). Der Zusammenhang zwischen Verletzungen durch Unfälle und Gewalt wird besonders deutlich beim Thema Vernachlässigung/Misshandlung (vgl. Azar/Weinzierl

2005, S. 598–614). Hier ergeben sich besonders enge thematische Schnittstellen der Arbeitsfelder Verletzungsprävention und Frühe Hilfen.

#### Kindbezogene Aspekte

Zahlreiche Studien belegen die Knabenwendigkeit von Unfällen (vgl. UNICEF 2001; WHO 2008; Ellsäßer 2010; Bauer/Steiner 2009). Folgende Gründe werden international diskutiert: Eine höhere Risikobereitschaft von Jungen, höhere Impulsivität, andere Sozialisation als Mädchen. Das heißt, Jungen werden weniger in ihrem Umwelteroberungsdrang eingeschränkt. Dies wird von der Beobachtung gestützt, dass der Unterschied zwischen Unfällen bei Jungen und Mädchen am größten bei Aktivitäten ist, wenn diese von den Kindern selbst ausgehen: Fahrradfahren, Schwimmen, Spielen auf der Straße. Nach Laflamme sei der Ge-

ABBILDUNG 6: EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS UNFALLGESCHEHEN BEI KINDERN



ABBILDUNG 7: FLYER ZUR UNFALLPRÄVENTION

**Ich bin schnell sooo groß!**

**Sichern Sie den Gartenteich oder Pool mit einem Zaun.** Kinder können völlig lautlos in Teichen ertrinken.

**Verschließen Sie Ihre Medizin und Reinigungsmittel sicher.** Denken Sie auch unbedingt an Medikamente von Familienangehörigen oder an die von Besuch.

**Achtung Verbrennungsgefahr!** Warten Sie Schutzgitter an Ihrem Herd. Halten Sie Kinder von Herd und Backöfen fern!

\* Kinder wachsen schnell und sind in ihrer Herdher verschieblich. Was gestern noch zu hoch hing, ist morgen vielleicht schon erreichbar.

**Achtung Unfallgefahr!** Im Auto gehören Babys in eine alters- und größen-gerechte Babyschale oder einen Kinderstulz.

**Nimm mich mit!**

Installieren Sie die Schale entgegen der Fahrtrichtung. Schalten Sie den Beifahrersitz aus. Wenn möglich nutzen Sie lieber den Rückstulz!

Lassen Sie Ihr Baby in der Babyschale jeder Zeit ange-schnallt.

**Gesund groß werden in einem sicheren Lebensumfeld**

ADAC und Bundesministerium für Gesundheit empfehlen: "Kindersitz im Auto" (Angebot für die Aktion "Für den sicheren Urlaub", für die Kindersitzpflicht bei jedem Fahrer und für den sicheren Heim-Verkehr bei Einreise).

**Hey Du, pass gut auf!**

Jährlich verletzen sich in Deutschland ungefähr 1,8 Millionen Kinder so schwer, dass sie ärztlich behandelt werden müssen. Unfälle sind die häufigste Todesursache bei Kindern.

**Helfen Sie mit, dass Unfälle vermieden werden.**

**Wickel mich!**

**Achtung Sturzgefahr!** Lassen Sie Ihr Baby auf dem Wickeltisch nie allein. Achten Sie auf einen stabilen Wickeltisch. Der Wickelplatz soll einen hohen Rand von mindestens 20 cm Höhe. Wenn es keinen sicheren Wickelplatz gibt, dann wickeln sie auf dem Boden – nicht auf dem Sofa.

**Pass auf im Haus!**

**Achtung hohe Sturzgefahr!** Montieren Sie Schutzgitter an alle Treppen. Entfernen Sie scharfkantige Gegenstände und Möbel – sie sind besonders gefährlich bei Stürzen!

**Achtung hohe Unfallgefahr!** Verhindern Sie, dass Kabel von elektrischen Geräten herunterhängen wie zum Beispiel von Bügeleisen, einem Wasserkocher oder Heizstrahler.

**Achtung Verbrühungsgefahr!** Stellen Sie nie heiße Getränke, Samoware oder Speisen in Reichweite Ihres Babys. Durch Ziehen an Tischdecken können Tassen und Kannen auf Kinder stürzen.

**Gute Nacht!**

**Achtung Erstickungsgefahr!** Legen Sie Ihr Baby zum Schlafen in einen Schlafsack – keine Decken. Legen Sie es nur auf die Matratze. Benutzen Sie kein Fell und keine Kissen als Unterlage. Legen Sie Ihr Baby zum Schlafen auf den Rücken. Legen Sie keine Kissen ins Bett oder in den Kinderwagen.

**Achtung Strangulierungsgefahr!** Hängen Sie keine Spielketten über das Babybett oder den Kinderwagen.

**Achtung Sturzgefahr!** Stürze aus dem Elternbett sind der häufigste Grund für Unfälle von Säuglingen. Bestülbetten mit Gittern, die direkt am Elternbett fixiert werden können, schützen vor Stürzen in der Nacht. Nutzen Sie keine Decken, sondern einen Babyschlafsack.

**Lauf mit mir!**

**Achtung Unfallgefahr!** Benutzen Sie keine Lauferrhilfen – Sie unterstützen entgegen der Herstellerangaben nicht das Laufen lernen. Das Gegenteil ist der Fall. Lauferrwagen machen auch Spaß.

Quelle: www.gesundheitsplattform.brandenburg.de

schlechtsunterschied kaum noch statistisch nachweisbar, wenn das Kind keinen Einfluss auf die Gefahrenexposition habe – wie als Beifahrer im Pkw (vgl. Laflamme 1998).

Breiten Raum nehmen auch Untersuchungen über die vermehrte Unfallhäufigkeit bei verhaltensauffälligen hyperaktiven und aggressiven Kindern ein (vgl. Spinks u.a. 2008, S. 117-123). Es kann jedoch nicht als gesichert gelten, dass das Merkmal Verhaltensauffälligkeit ein unabhängiger Einflussfaktor ist. So fanden Dudani u.a. heraus, dass soziale Merkmale wie Ein-Eltern-Familie, geringes Einkommen oder auch familiäre Probleme von größerer Bedeutung waren (vgl. Dudani u.a. 2010, S. 276-285).

ABBILDUNG 8: MEDIENKOFFER „BITTE NICHT SCHÜTTELN!“



Quelle: [www.bitte-nicht-schuetten.de](http://www.bitte-nicht-schuetten.de)

## UNFALLPRÄVENTION DURCH ELTERNAUFKLÄRUNG

Die Studienergebnisse aus Präventionsprogrammen mit Hausbesuchen (home visitor), die die Aufklärung zu Sicherheitsmaßnahmen mit anderen Gesundheitsthemen verknüpften, bestätigen, dass die Information von Eltern einen nachweisbaren Einfluss auf die Verhinderung von Unfällen bei Kindern hatte (vgl. Kendrick u. a. 2007b). Besonders effektiv war die Aufklärung zu gezielten Maßnahmen wie Ausstattung der Wohnung mit Rauchmeldern, Wegschließen von Medikamenten und Reinigungsmitteln, Herdschutz- und Treppenschutzgitter und keine Verwendung von Lauflernhilfen. Die wesentlichen Schlussfolgerungen der Autoren lauten: Sicherheitserziehung

und Sicherheitstraining sind im häuslichen Bereich, insbesondere in Kombination mit der Demonstration und Bereitstellung von Sicherheitsprodukten (wie Rauchmelder), nachweislich effektiv (vgl. RKI 2008).

### Wie können Eltern am besten aufgeklärt werden?

Entscheidend ist die persönliche Information der Eltern (one-to-one, face-to-face) zu Sicherheitsmaßnahmen im häuslichen Bereich (vgl. RKI 2008). Eltern sollten nicht mit Informationen „überfrachtet“ werden, die sie für das aktuelle Alter ihrer Kinder nicht benötigen. Statt seitenlanger Broschüren („Alles in einem“, one-size-fits-all) sind gezielte und altersspezifisch ausgerichtete Informati-

onen wirksamer, so die Schlussfolgerung der Studie von Kreuter u. a. (vgl. Kreuter u. a. 1999, S. 1-9). Die Informationen sind anschaulich und kurz zu gestalten, damit auch Eltern mit niedrigem Bildungsstatus erreicht werden, so die Empfehlungen des Center of Disease Control in Amerika (vgl. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2010). Im Land Brandenburg wurde unter dem Dach des Bündnisses „Gesund Aufwachsen“ ein Faltblatt mit Piktogrammen zu typischen Unfallgefahren von kleinen Kindern entwickelt, die alle Akteure nutzen können, die Eltern zur Unfallprävention früh beraten (Hebammen, Paten der Netzwerke Gesunde Kinder, Frühförderstellen, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte etc). Darüber hinaus wurde eine Kampagne

„Bitte nicht schütteln“ ([www.bitte-nicht-schuetten.de](http://www.bitte-nicht-schuetten.de)) gestartet, die wiederum den Berufsgruppen der Frühen Hilfen (siehe Unfallprävention) einen virtuellen Medikoffler zur Verfügung stellt, um Eltern bei Überforderungssituationen beraten zu können.

### Welche Berufsgruppen sind besonders geeignet?

Folgende Berufsgruppen sind besonders geeignet, junge Eltern zur Unfallprävention zu beraten: Hebammen während der Betreuung der Mütter vor und nach der Geburt, die Familienhebammen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in den Netzwerken Frühe Hilfen, geschulte Paten in den Netzwerken Gesunde Kinder (Beispiel Brandenburg) und Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Die neuen kinderärztlichen Merkblätter zur Unfallprävention sind als Medium gut geeignet, da sie die altersspezifischen Unfallschwerpunkte berücksichtigen. Partner mit Kinderwunsch und Eltern junger Kinder sind an Informationen zur Unfallprävention stark interessiert, so die Studienergebnisse von Bergmann und Bergmann (2003).

### SCHLUSSFOLGERUNG

Die Daten zum Verletzungsgeschehen zeigen, dass Säuglinge und kleine Kinder besonders vor Unfällen, aber auch Gewalt zu schützen sind. Alters- und entwicklungsbedingt sind kleine Kinder nicht selbst die Zielgruppe für Interventionen, sondern die Eltern. Geeignet sind alle Berufe in den Netzwerken Frühe Hilfen, die Säuglinge und kleine Kinder versorgen oder betreuen. Es gibt in Deutschland gute und altersspezifische Aufklärungs-

materialien. Entscheidend für die Wirksamkeit der Aufklärung ist aber vor allem auch, dass diese über ein persönliches Gespräch erfolgt.

## Literatur

- Azar, S./Weinzierl, K.: Child Maltreatment and Childhood Injury Research: A Cognitive Behavioral Approach, in: *Journal of Pediatric Psychology*, 2005, Heft 20, S. 598-614.
- Bauer, R./Steiner, M.: Injuries in the European Union. Statistics Summary 2005-2007, Wien 2009.
- Bergmann, K. E./Bergmann, R. L.: Gesunde Eltern – gesunde Kinder. Gesundheitsförderung für die junge Familie, in: S. Höfling, O. Gieseke (Hrsg.), *Gesundheit im Alltag*, München 2003, S. 46-57.
- (BfR) Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.): *Risiko Vergiftungsunfälle bei Kindern*, Berlin 2009.
- (BfR) Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.): *Ärztliche Mitteilungen bei Vergiftungen 2010*, Berlin 2012.
- (CDC) Centers for Disease Control and Prevention: *Adding Power to Our Voices – A Framing Guide for Communicating About Injury*, Version 2, US Department of Health and Human Services, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta 2010 ([www.cdc.gov/injury](http://www.cdc.gov/injury)).
- Dorfmüller, M.: Verbrennungen im Kindes- und Jugendalter, psychische und soziale Folgen, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2005, Heft 153, S. 1070-1076.
- Dudani, A./Macpherson, A./Tamim, H.: Childhood Behavior Problems and Unintentional Injury: A Longitudinal, Population-Based Study, in: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2010, Heft 31, S. 276-285.
- Ellsäßer, G.: Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008, Wiesbaden 2010.
- Ellsäßer, G.: Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2009, Wiesbaden 2011.
- Ellsäßer, G./Albrecht, M.: Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter: Datenlage und Epidemiologie, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 2010, Heft 53, S. 1104-1112.
- Ellsäßer, G./Böhm, J.: Thermische Verletzungen im Kindesalter (<15 Jahre) und soziale Risiken, in: *Kinderärztliche Praxis*, 2004, Heft 2, S. 34-38.
- Ellsäßer, G./Diepgen, T. L.: Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2002, Heft 3, S. 267-276.
- Ellsäßer, G./Erler, T.: Verletzungen im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus der Europäischen IDB (Injury Data Base) in Deutschland für die Verletzungsprävention, in: *Gesundheit Berlin* (Hrsg.), *Dokumentation 14. Kongress Armut und Gesundheit: Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle!* Tagungsunterlagen, Berlin 2008.
- Kendrick, D./Coupland, C./Mason-Jones, A.J./Mulvaney, C./Simpson, J./Smith, S./Sutton, A./Watson, M./Woods, A.: Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Ausgabe 1, o.O. 2007a.
- Kendrick, D./Barlow, J./Hampshire, A./Polnay, L./Stewart-Brown, S.: Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, Ausgabe 4, o.O. 2007b.
- Kreuter, M. W./Strecher, V. J./Glassman, B.: One size does not fit all: the case for tailoring print materials, in: *Annals of Behavioral Medicine*, 1999, Heft 21, S. 1-9.
- Laflamme, L.: Social inequality in injury risks. Knowledge accumulated and plans for the future, *Sweden's National Institute of Public Health* 33, 1998.
- Landesgesundheitsamt Brandenburg/Abteilung Gesundheit LUGV (Hrsg.): *Injury Data Base (IDB)*, National Data Administrator ([www.gesundheitsplattform.brandenburg.de](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de)).
- Matschke, J./Herrmann, B./Sperhake, J./Körber, F./Bajanowski, T./Glatzel, M.: Das Schütteltrauma, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 2009, Heft 13, S. 211-217.
- Morrongiello, B.: Caregiver Supervision and Child-Injury Risk: I. Issues in Defining and Measuring Supervision; II. Findings and Directions for Future Research, in: *Journal of Pediatric Psychology*, 2005, Heft 30, S. 536-552.
- (RKI) Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Migration und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung*, Berlin 2008.
- Roberts, I./Power, C.: Does the decline in child injury death rates vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991, in: *BMJ*, 1996, Heft 313, S. 784-786.
- Sehti, D./Towner, E./Vincenten, J./Seguie-Gomez, M./Racioppi, F.: *European report on child accident prevention* (herausgegeben von World Health Organization Regional Office for Europe), Kopenhagen 2008.
- Spinks, A. B./Nagle, C./Macpherson, A./Bain, C./McClure, R. J.: Host Factors and Childhood Injury: The Influence of Hyperactivity and Aggression, in: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2008, Heft 29, S. 117-123.
- (UNICEF) United Nations Children's Fund: *A league table of child deaths by injury in rich nations*, in: *Innocenti Report Card No. 2*, Florenz 2001.
- (WHO) World Health Organization Europe: *Faktenblatt Prävention von Verletzungen der häufigsten Todesursache bei Kindern*, Kopenhagen/Rom 2008.
- Zimmermann, E.: *Unfälle und ihre Verhütung bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen. Ergebnisse einer Elternbefragung*, Bremen 2000.

## IMPRESSUM

### Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)  
in der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA)  
Direktorin: Prof. Dr. Elisabeth Pott  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
www.bzga.de  
www.fruehehilfen.de

Forschungsverbund Deutsches Jugend-  
institut e.V. (DJJ) und TU Dortmund,  
Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfe-  
statistik AKJ<sup>STAT</sup>  
Leiter: Prof. Dr. Thomas Rauschenbach  
Vogelpothsweg 78  
44227 Dortmund

### Verantwortlich für den Inhalt:

Sandra Fendrich, Jens Pothmann,  
Alexandra Sann

### Konzeption:

Sandra Fendrich, Jens Pothmann,  
Alexandra Sann

### Autorinnen und Autoren:

Matthias Albrecht, Susann Burchardt,  
Gabriele Ellsäßer, Sandra Fendrich,  
Heinz Kindler, Anne Katrin Künster,  
Ernst-Uwe Küster, Ute Lange, Jens  
Pothmann, Ilona Renner, Alexandra  
Sann, Heidrun Thaiss, Gabriele Trost-  
Brinkhues

### Gestaltung:

Lübbcke | Naumann | Toben, Köln

### Redaktion:

Sandra Fendrich, Jens Pothmann,  
Gisela Hartmann-Kötting

### Druck:

Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag  
Karl-Schurz-Str. 26, 33100 Paderborn  
Auflage: 1.5.09.13

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA  
kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum  
Weiterverkauf durch die Empfängerin  
oder Empfänger an Dritte bestimmt.

### Bestellung:

BZgA  
51101 Köln  
Fax: 0221-8992-257  
E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

Bestellnummer: 16000301

Bibliographische Informationen der  
Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet  
diese Publikation in der Deutschen  
Nationalbibliographie; detaillierte biblio-  
graphische Daten sind im Internet unter  
<http://dnb.ddb.de> abrufbar

ISBN: 978-3-942816-43-4