

# Sozialedition 8/2000



EBERHARD ZIMMERMANN

## UNFÄLLE UND IHRE VERHÜTUNG BEI SÄUGLINGEN UND KLEINKINDERN IN BREMEN

ERGEBNISSE EINER ELTERNBEFRAGUNG

HERAUSGEBER:

FREIE HANSESTADT BREMEN  
GESUNDHEITSAMT



SOZIALPÄDIATRISCHE ABTEILUNG

## EDITORIAL

Mit der Vorlage des ersten Heftes von EDITION SOZIAL-PÄDIATRIE im Jahre 1991 waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpädiatrischen Abteilung am Gesundheitsamt Bremen die Verpflichtung eingegangen, ausgewählte eigene Texte: Konzepte und Arbeitsergebnisse, Stellungnahmen und Vorträge auch künftig "in Form" zu bringen und für eine breitere Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen. Mit dem Erscheinen dieser Nummer ist diese Selbstverpflichtung erneut eingelöst worden.

Weiterhin nicht beabsichtigt ist, ein neues sozialpädiatrisches Periodikum mit überregionaler Ausstrahlung aufzulegen; die Themen werden bremenbezogen bleiben und die konkreten Arbeitsbezüge der Organisationseinheit widerspiegeln. Ihrem Entstehungsprozess entsprechend stellen die namentlich gezeichneten Artikel keine offiziellen Verlautbarungen bremischer Gesundheitspolitik dar, auch wenn von den Beiträgen erwartet werden kann, dass sie dieser fachliche Impulse geben.

Zu wünschen ist, dass EDITION SOZIALPÄDIATRIE das Verständnis für sozialpädiatrische Sichtweisen und Anliegen fördert, den abteilungsinternen Informationsstand weiter vereinheitlicht und die Diskussionsprozesse mit Kooperationspartnern qualifiziert. Erhofft wird Zustimmung und Kritik; für die Arbeit an ihrem Auftrag "Kindergesundheit" benötigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung beide Formen der Unterstützung.

Bremen, März 2000

	<b>Einführung</b>	
<b>1</b>	<b>Das nationale Unfallgeschehen bei Kindern im Überblick .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Elternbefragung zu Unfällen u. Unfallverhütung im Kleinkindalter</b>	<b>3</b>
2.1	Ziele und Durchführung .....	3
2.2	Der Fragebogen .....	3
2.3	Beteiligung an der Befragung .....	4
2.4	Beschreibung des Sozialstatus .....	6
	<b>Ergebnisse der Elternbefragung Teil 1</b>	
<b>3</b>	<b>Das Unfallgeschehen bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen</b>	<b>7</b>
3.1	Unfallhäufigkeiten .....	7
3.2	Schwere der Unfälle .....	8
3.3	Unfallalter .....	9
3.4	Art der Verletzungen .....	9
3.5	Unfallorte .....	11
3.6	Bleibende Unfallfolgen .....	12
	<b>Ergebnisse der Elternbefragung Teil 2</b>	
<b>4</b>	<b>Unfallverhütungsmaßnahmen in Bremer Kleinkindhaushalten</b>	<b>13</b>
4.1	Sicheres Aufbewahren von Haushaltsreinigungsmitteln .....	13
4.2	Wegschließen von Medikamenten .....	14
4.3	Leeren von Aschenbechern .....	14
4.4	Steckdosensicherungen .....	15
4.5	Herdschutzgitter .....	15
4.6	Fensterriegel .....	16
4.7.	Treppengitter .....	16
4.8	Verzicht auf Lauflernhilfen .....	17
4.9	Sichern und / oder Üben .....	18
	<b>Ergebnisse der Elternbefragung Teil 3</b>	
<b>5</b>	<b>Zugang der Eltern zu Informationen über Unfallprävention ...</b>	<b>19</b>
5.1	Informationsfluss und Qualität der Informationen .....	19
5.2	Information durch niedergelassene Kinderärzte/–innen .....	20
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>21</b>
	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>22</b>
	<b>Anhang</b>	
	Merkblätter Kinderunfälle	
	Fragebogen	

## Einführung

### 1 Das nationale Unfallgeschehen bei Kindern im Überblick

Obwohl in den letzten Jahrzehnten durch eine verbesserte Verkehrsunfallprävention und Fortschritte der Rettungsmedizin die Gesamtunfallsterblichkeit von Kindern im Alter zwischen 1 und 14 Jahren in Deutschland deutlich gesunken ist (6), sind Unfälle in dieser Altersgruppe weiterhin die Todesursache Nummer 1. Insgesamt verunglückten nach der amtlichen Statistik 1996 707 und 1997 643 Kinder tödlich.

- Unfälle sind die Todesursache Nummer 1 bei Kindern.
- Auf ein durch Unfall getötetes Kind kommen vier dauerhaft behinderte Kinder

**Tabelle 1 Unfallsterbeziffern der Kinder in Deutschland nach Altersgruppen**

Alter	Gestorbene je 100.000	
	1996	1997
1 bis unter 5 Jahre	7,3	7,7
5 bis unter 15 Jahre	5,1	4,4

Quelle: Statistisches Bundesamt (1)

Wie Tabelle 1 zeigt sind Kleinkinder (1 bis 4 Jahre) besonders gefährdet. Ihre Unfallsterbeziffer lag 1996 beinahe und 1997 um mehr ein Drittel höher als die der 5- bis 14-Jährigen.

- Unfallverletzungen sind bei Kleinkindern der zweithäufigste Einweisungsgrund ins Krankenhaus.
- Kleinkinder verunglücken vor allem im häuslichen Bereich.

Tabelle 2 lässt weitere Besonderheiten des Unfallgeschehens in dieser Altersgruppe erkennen: Während ältere Kinder besonders häufig im Straßenverkehr tödlich verunglücken, verunfallen Kleinkinder vor allem zu Hause bzw. beim Spiel.

**Tabelle 2 Unfallsterbeziffern der Kleinkinder in Deutschland nach ausgewählten Unfallkategorien**

Kategorie	Gestorbene je 100.000	
	1996	1997
Sonstige	1,3	2,0
Verkehrsunfall	2,2	2,5
Häuslicher u. Spielunfall	3,7	3,2

Quelle: Statistisches Bundesamt (1)

Alle Experten sind sich einig, mehr als die Hälfte der Kinderunfälle kann verhindert werden! Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einschlägiger Präventionsprogramme ist dabei die Analyse des Kinderunfallgeschehens. Nur so können die aussichtsreichsten Interventionsansätze für die unterschiedlichen Altersgruppen und die jeweiligen regionalen Gegebenheiten gefunden werden.

- Mehr als die Hälfte der Kinderunfälle kann verhindert werden !
- Erfolgreiche Prävention hat eine detaillierte Kenntnis des Unfallgeschehens zur Voraussetzung.

Im Kontext national koordinierter Aktivitäten zur Reduzierung von Kinderunfällen, die durch eigene Anstrengungen der Bremer Gesundheitsbehörde unterstützt wird, hat es der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) am Gesundheitsamt Bremen daher unternommen, Erkenntnisse über das Unfallgeschehen bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen und die Verbreitung von Maßnahmen zur Unfallverhütung im Haushalt zu gewinnen.

Dabei war folgende Ausgangslage zu berücksichtigen:

Auch wenn die amtliche Statistik über tödliche Unfälle wahrscheinlich die zuverlässigsten Daten bereitstellt, bieten sich diese für eine statistische Analyse des Kinderunfallgeschehens bezogen auf das Stadtgebiet Bremen nicht an.

Hierfür ist die Jahrgangsstärke der Bremer Kinder zu gering und generiert das „Problem der kleinen Zahl“. Dies lässt sich bspw. anhand des Unfallgeschehens der Jahre 1995 und 1996 aufzeigen, in welchen die Unfallsterbeziffer der Kinder im Alter von 1 bis 4 Jahren in Bremen (Land) zwischen 19,6 (1995) und 0,0 (1996) schwankte (6).

Während Verkehrsunfälle über die amtliche Verkehrsunfallstatistik vergleichsweise gut erfasst werden und bezüglich beteiligter Kinder auch bereits analysiert sind (3), liegen zu Haus- und Freizeitunfällen von Kindern in Bremen bisher praktisch keine Daten vor.

## 2 Elternbefragung zu Unfällen und Unfallverhütung im Kleinkindalter

### 2.1 Ziele und Durchführung

Aus dem Interesse dennoch Näheres zu Unfallhäufigkeit und Unfallorten, Unfallschwere und Verletzungsarten bei Kleinkindern in Bremen zu erfahren, wurde daher der Ansatz der Elternbefragung gewählt. Darüber hinaus bot diese Methode auch die Möglichkeit, Erkenntnisse zum Informationsstand der Eltern über spezifische Unfallverhütungsmaßnahmen und deren Umsetzung im Alltag zu gewinnen. Und schließlich konnte im Verbund damit das Vorhaben der niedergelassenen Kinderärzte, bei den Vorsorgeuntersuchungen Unfallverhütungsinformationen zu geben, evaluiert werden.

#### Ziele der Befragung

- Informationen zum Unfallgeschehen bei Kleinkindern in Bremen
- Kenntnisse zur Verbreitung von Unfallverhütungsmaßnahmen im Haushalt
- Evaluation der Unfallverhütungsaktivitäten in Kinderarztpraxen.

Im Bemühen um einen sparsamen Ressourceneinsatz wurde die geplante Befragungsaktion mit der Erstuntersuchung neu in ein kommunales Kindertagesheim aufgenommenen Kinder im Winter 1999/2000 verbunden. Eine analoges Verfahren hatte sich in der Vergangenheit - auch zur Erzielung einer hohen Elternbeteiligung - bereits in Verbindung mit der Schuleingangsuntersuchung bewährt (5). Den Eltern wurde vor der Untersuchung ein Fragebogen mit der Bitte um Ausfüllung sowie dem Hinweis auf die Freiwilligkeit der Beteiligung ausgehändigt. In die Auswertung einbezogen wurden nur Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung drei oder vier Jahre alt waren.

#### Kriterien für die Einbeziehung in die Befragung

- Kind in kommunalem Kindertagesheim
- Teilnahme an der Erstuntersuchung des KJGD
- Alter drei oder vier Jahre.

### 2.2 Der Fragebogen

Vorgabe für die Entwicklung des Befragungsinstruments war, einerseits die drei Teilziele der Befragung ausreichend zu erfassen, andererseits die akzeptanzfördernde Beschränkung auf nicht mehr als die Vor- und Rückseite eines DIN-A4-Blattes. Die Vorgabe konnte vor allem dadurch erreicht werden, dass durch die Verknüpfung der Befragung mit der ärztlichen Untersuchung im KTH eine Reihe relevanter Items der Dokumentation der Untersuchung entnommen werden konnte. Dennoch fiel der Beschränkung auf ein DIN-A4-Blatt manche interessante Frage zum Opfer.

Der Fragebogenentwurf wurde zunächst einer Expertenevaluation unterzogen. Den kritischen Anmerkungen der Schwestern im KJGD sind etliche Verbesserungen in diesem Entwicklungsstadium zu verdanken. Nachfolgend wurde die gleichzeitig laufende Schuleingangsuntersuchung für einen Pretest genutzt.

Auch über diesen Schritt ergaben sich weitere Veränderungen, andererseits konnten Unsicherheiten über die Eignung einzelner Fragen ausgeräumt werden.

Bspw. sind die Fragen nach Maßnahmen zur Unfallverhütung im Haushalt überwiegend einem Frageinstrument entnommen, das vom Landesgesundheitsamt Brandenburg eingesetzt wurde. Im Zielkonflikt zwischen dem Wunsch, die Bremer Verhältnisse mit den Gegebenheiten anderenorts vergleichen zu können und dem Wunsch, diesen Fragen eine gewisse Suggestivität zu nehmen, haben wir uns für die erste Option entschieden, nachdem die Antworten der Eltern im Pretest doch deutlich die unterschiedlich häufige Anwendung der verschiedenen Unfallverhütungsmaßnahmen erkennen ließen (\*).

Der für die Studie schließlich verwendete Fragebogen ist im Anhang einzusehen.

### 2.3 Beteiligung an der Befragung

Die genannten Einschlusskriterien erfüllten 1722 Kinder. Für diese wurden von den Eltern 1119 ausgefüllte Fragebogen zurückgegeben was einer für derartige Befragungsansätze recht guten Beteiligungsquote von 65,0% entspricht.

Die Beteiligung in den einzelnen KTH war recht unterschiedlich, wobei dies in den Extremen weniger von der Grundhaltung der Eltern zur Befragung oder objektivierbaren Merkmalen der Eltern wie bspw. Nationalität und Sozialstatus als von anderen Umständen abhängig war.

So wurden mit der Konsequenz einer Null-Beteiligung in einem KTH die ärztlichen Untersuchungen vor Fertigstellung des Fragebogens beendet. In anderen Fällen sehr niedriger Beteiligung war wohl eine nicht ausreichend behutsame Implementierung der Befragung bzw. eine grundsätzlichere Verweigerungshaltung von KTH-Mitarbeitern/-innen ausschlaggebend. Andererseits zeigen Quoten von über 90% auch in KTH mit hohem Ausländeranteil und niedrigem Sozialstatus was das Engagement der KTH-Mitarbeiter/-innen vermag.

**Tabelle 3 Beteiligung nach Geschlecht**

BETEILIGUNG	GESCHLECHT		Total
	Männl.	Weibl.	
Ja	564	555	1119
>	50.4%	49.6%	> 65.0%
	64.2%	65.8%	
Nein	315	288	603
>	52.2%	47.8%	> 35.0%
	35.8%	34.2%	
Total	879	843	1722
	51.0%	49.0%	

(\*) Leider ist die Brandenburger Befragung derzeit noch nicht ausgewertet.

Jungen und Mädchen waren in der Zielgruppe der Befragung ebenso wie in der Gruppe, für die ausgefüllte Fragebogen zurückgegeben wurden, entsprechend ihrer Verteilung in der Bevölkerung repräsentiert.

**Tabelle 4 Beteiligung nach Altersgruppen**

BETEILIGUNG	ALTER		Total
	3 Jahre	4 Jahre	
Ja	692	427	1119
	> 61.8%	> 38.2%	> 65.0%
Nein	371	232	603
	> 61.5%	> 38.5%	> 35.0%
Total	1063	659	1722
	61.7%	38.3%	

Dreijährige waren mit 61,7% gegenüber den Vierjährigen mit 38,3% in der Zielgruppe der Befragung stärker vertreten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass mehr Kinder als Dreijährige denn als Vierjährige in die Kindertagesheime aufgenommen werden.

Ersichtlich ist auch, dass Kinder, deren Eltern ausgefüllte Fragebogen zurückgaben, die gleiche Altersverteilung aufwiesen wie die Gesamtheit der Befragten.

**Tabelle 5 Beteiligung nach Nationalität**

BETEILIGUNG	NATIONALITÄT		Total
	Ausl.	Deutsche	
Ja	309	810	1119
	> 27.6%	> 72.4%	> 65.0%
Nein	266	337	603
	> 44.1%	> 55.9%	> 35.0%
Total	575	1147	1722
	33.4%	66.6%	

Zwei Drittel der Kinder in der Zielgruppe der Befragung waren Deutsche, ein Drittel Ausländer. Die Überrepräsentation ausländischer Kinder gemessen an ihrer Verteilung in der Bevölkerung ist zum einen darauf zurückzuführen, dass diese häufiger in kommunale KTH als in KTH anderer Träger aufgenommen werden, zum anderen ist sie durch eine überproportionale Inanspruchnahme der Untersuchungsangebote des KJGD durch ausländische Kinder bedingt.

Dagegen sind die ausländischen Kinder in der Answergruppe bezogen auf ihren Anteil in der Gruppe der Befragten unterrepräsentiert ( $p=0,000000$ ), mit einer Quote von 27,6 % aber auch hier noch stärker vertreten als in der Bevölkerung (2). Die geringere Beteiligung ausländischer Eltern an der Befragung dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass der Fragebogen nur in deutscher Sprache zur Verfügung stand.



Tabelle 6 Beteiligung nach Sozialstatus

BETEILIGUNG	SOZIALCLUSTER				Total
	1	2	3	4	
Ja	338	275	279	227	1119
	> 30.2%	> 24.6%	> 24.9%	> 20.3%	> 65.0%
Nein	122	138	161	182	603
	> 20.2%	> 22.9%	> 26.7%	> 30.2%	> 35.0%
Total	460	413	440	409	1722
	26.7%	24.0%	25.6%	23.8%	

Aus Tabelle 4 ist zu ersehen, dass sich 460 Kinder (26,7%) aus der Zielgruppe der Befragung in Cluster 1 (privilegiertest), 409 Kinder (23,8%) in Cluster 4 (benachteiligt) befinden. Des weiteren zeigt die Tabelle, dass sich die Eltern von 338 Kindern (73,5%) aus Cluster 1 dagegen nur 227 Eltern (55,5% ) aus Cluster 4 an der Befragung beteiligt haben. Wie der p-Wert von 0,000000 zeigt, sind die sozialen Unterschiede in der Beteiligung nicht zufällig, sondern hoch signifikant.

## 2.4 Beschreibung des Sozialstatus

Da in dem Bericht häufiger die Differenzierung von Ergebnissen nach dem Sozialstatus vorgenommen wird, wird an dieser Stelle ausführlicher die Vorgehensweise zur Beschreibung des Sozialstatus dargestellt.

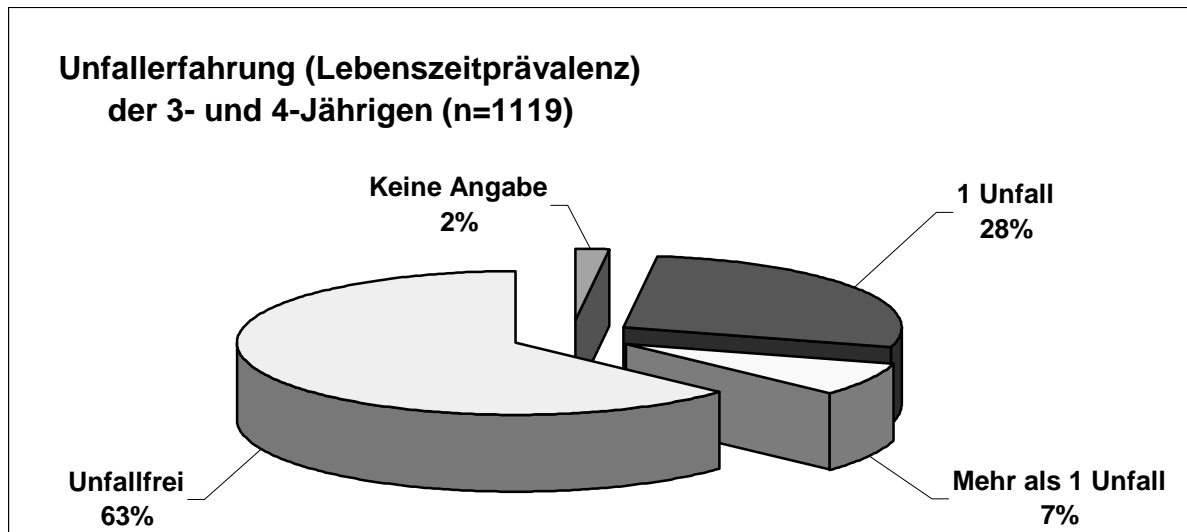
Auf Basis der in den KTH zu jedem Kind vorhandenen Informationen zu Ausbildung der Eltern, Einkommen und Wohnsituation wird von der Jugendbehörde ein soziales Profil für jede der 72 kommunalen Einrichtungen erstellt und die KTH nach Privilegierungsgrad in eine Rangfolge gebracht. Diese Rangfolge wird dem KJGD übermittelt. Für unsere Untersuchung wurden die 72 Einrichtungen unter Berücksichtigung ihrer Rangfolge in vier annähernd gleich großen Gruppen (Clustern) zusammengefasst.

Da die Informationen zum Sozialstatus dem Gesundheitsamt nicht kindbezogen zur Verfügung stehen, wurde der ursprünglich einrichtungsbezogene Rang als Statusmerkmal für jedes in dieser Einrichtung befindliche Kind übernommen. Die Kinder aus den KTH mit den höchsten Privilegierungsrängen wurden demgemäß Cluster 1 (privilegiertest), die Kinder aus KTH mit den niedrigsten Privilegierungsrängen Cluster 4 (benachteiligt) zugeteilt. Die Kinder aus KTH mit dazwischen liegenden Rängen wurden dem Cluster 2 (privilegierte Mittelgruppe) bzw. dem Cluster 3 (benachteiligte Mittelgruppe) zugeordnet.

Dieses Vorgehen nivelliert zwar etwas die Unterschiede bei der nach Sozialstatus geschichteten Darstellung, das Vorgehen hat sich aber als dennoch aussagekräftig bewährt und wird bei der Nutzung der sozioökologischen Typisierung der Bremer Ortsteile (4) in anderen Studien in gleicher Weise angewandt.

## Ergebnisse der Elterbefragung Teil 1

### 3 Das Unfallgeschehen bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen



#### 3.1 Unfallhäufigkeiten

Die Frage „Hatte Ihr Kind seit Geburt schon einmal einen Unfall, der Sie veranlasste Arzt oder Klinik aufzusuchen?“ beantworteten 390 der 1119 Eltern, also gut ein Drittel mit „Ja“. Bemerkenswert ist, dass bereits in dem hier untersuchten frühesten Lebensabschnitt eine deutliche Geschlechtswendigkeit besteht: So hatten 41,1% der Jungen aber nur 28,5% der Mädchen schon einen oder mehrere Unfälle erlitten ( $p=0,000008$ ).

- Jedes dritte Kind hatte einen Unfall, der zur Arztkonsultation führte.
- Jungen verunfallen signifikant häufiger als Mädchen.
- Es besteht kein sozialer Gradient bei der Unfallhäufigkeit dieser Altersgruppe

Dagegen gibt es keinen statistisch gesicherten Unterschied in der Häufigkeit berichteter Unfälle zwischen Kindern aus stark privilegiertem bzw. stark benachteiligtem Umfeld. Diese unerwartete Beobachtung wird in der Tendenz auch durch andere Untersuchungen für das Unfallgeschehen dieser Altersgruppe bestätigt (9,11). Als Erklärung bietet sich an, dass Kinder privilegierter Eltern durch mehr Auslauf in großflächigeren Wohnungen ein höheres Unfallrisiko haben (vgl. den Abschnitt „Treppengitter“ Seite 16). Hinzu kommt in dieser Schicht möglicherweise noch ein großzügigeres Gewähren lassen der Kinder bei experimentellen (Entwicklungs-) Schritten.

Für ältere Kinder und für die gesamte Altersgruppe zwischen 1 und 14 Jahren besteht jedoch nach der Literatur der bekannte soziale Gradient.

Für 20,8% der verunfallten Kinder gaben die Eltern an, dass diese bereits mehr als einen Unfall hatten. Es ist auffällig, dass bei den verunfallten Jungen und

Mädchen der Anteil derer, die mehr als einen Unfall erlitten hatten, mit 22,0% bzw. 19,0 % annähernd gleich war. Dieser Sachverhalt lässt sich gut mit empirisch gesicherten Theorien über die Bedeutung unfallträchtiger Persönlichkeits- und Umfeldfaktoren im Kinderunfallgeschehen vereinbaren (10).

Dass jedes fünfte verunfallte Kind bereits mehr als einen Unfall erlitten hat, sollte Anlass sein, nach der Unfallbehandlung auch die Abklärung einer etwaigen unfallbegünstigenden Persönlichkeits-/Umfeld-Konstellation zu veranlassen.

Die Eltern, die für ihr Kind mehr als einen Unfall angegeben hatten, waren gebeten worden die nachfolgenden Fragen auf den ihrer Meinung nach schwersten Unfall zu beziehen.

### 3.2 Schwere der Unfälle

Ein Unfall ihres Kindes ist für Eltern immer ein beeindruckendes Ereignis. Um über die Elternbefragung dennoch näherungsweise objektive Anhalte zur Einschätzung der Schwere des Unfallgeschehens zu erlangen, wurden die Eltern gefragt, worin die ärztliche Maßnahme nach dem Unfall bestand bzw. ob das Kind ambulant oder stationär, d.h. mindestens über eine Nacht im Krankenhaus behandelt wurde.

**Tabelle 7 Art der ärztlichen Maßnahmen**

Maßnahme	Freq	Percent	Cum.
Nur Beratung	20	5.1%	5.1%
Untersuch./Beobacht.	106	27.2%	32.3%
Behandlung	247	63.3%	95.6%
Keine Angabe	17	4.4%	100.0%
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100.0%</b>	

**Tabelle 8 Typ der Unfallversorgung**

BEHANDLUNGSTYP	Freq	Percent	Cum.
Ambulant	304	77.9%	77.9%
Stationär	68	17.4%	95.3%
Keine Angabe	18	4.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100.0%</b>	

Tabelle 7 ist zu entnehmen, dass knapp zwei Drittel der verunfallten Kinder im Rahmen der Arztkonsultation behandelt wurden, bei gut einem Viertel blieb es bei Untersuchung bzw. Beobachtung und in 5% erfolgte nur eine Beratung. Die hier vergleichsweise hohe Quote fehlender Angaben (4,4%) deutet darauf hin, dass nicht alle Eltern den Umfang der ärztlichen Tätigkeit einschätzen konnten bzw. sich daran erinnern.

Eine ähnliche Fehlbeantwortungsquote (4,6%) hatte die Frage, in welcher Weise die ärztlichen Maßnahmen erfolgten. Tabelle 8 zeigt, dass die Behandlung in mehr als drei Viertel der Fälle ambulant und nur in 17,4% stationär erfolgte.

### 3.3 Unfallalter

Unter den verunfallten Kindern sind Dreijährige und Vierjährige mit den gleichen Anteilen vertreten wie unter allen Kindern, für die ausgefüllte Fragebogen zurückgegeben wurden. Dies ist erstaunlich, standen doch die Vierjährigen (Durchschnittsalter 4,39 Jahre) gegenüber den Dreijährigen (Durchschnittsalter 3,58 Jahre) fast ein Jahr länger unter dem Risiko einen Unfall zu erleiden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Erinnerung der Eltern (zumindest an leichtere Unfälle) mit wachsendem zeitlichen Abstand zum Unfallgeschehen verblasst.

Tabelle 9 Relative Unfallhäufigkeiten in den ersten Lebensjahren

UNFALLALTER	3-Jährige n=241	4-Jährige n=149
im 1. Lebensjahr	5.8%	4.7%
im 2. Lebensjahr	24.9%	20.1%
im 3. Lebensjahr	42.3%	31.5%
im 4. Lebensjahr	22.4%	28.9%
im 5. Lebensjahr		11.4%
Keine Angabe	4.5%	3.4%
Total	100.0%	100.0%

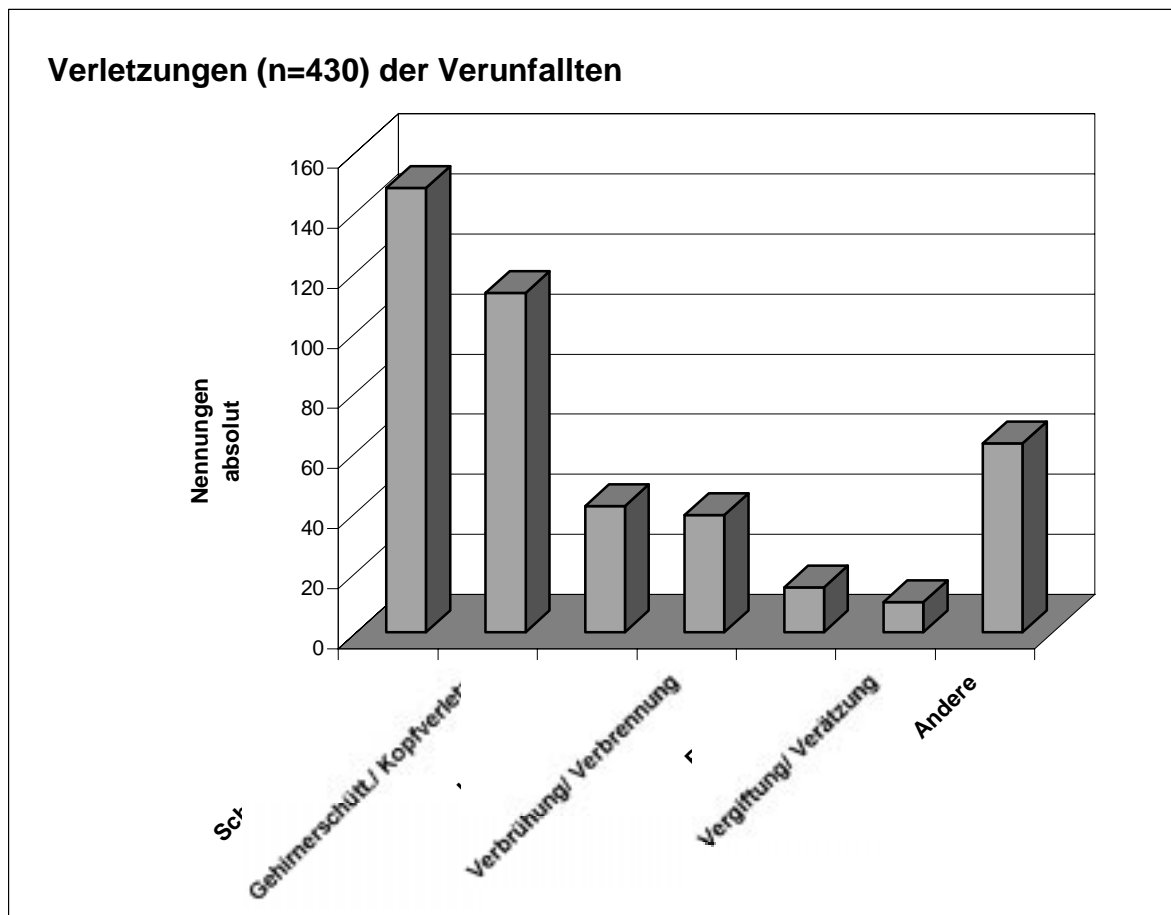
Sowohl bei den Dreijährigen als auch bei den Vierjährigen ist deutlich, dass die Unfallhäufigkeit vom Säuglingsalter über das zweite zum dritten Lebensjahr hin sprunghaft anwächst. Ohne Zweifel ist die zunehmende Mobilität der Kinder hierfür ausschlaggebend. Der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Dreijährigen im vierten Lebensjahr und bei den Vierjährigen im fünften Lebensjahr ist nur scheinbar, da die Dreijährigen das vierte und die Vierjährigen das fünfte Lebensjahr gerade eben bzw. noch nicht einmal zur Hälfte vollendet haben.

### 3.4 Art der Verletzungen

Bei der Frage „Zu welchen Verletzungen kam es bei diesem Unfall?“ war es möglich, mehrere Verletzungsarten anzukreuzen, jedoch machten nur wenige Eltern davon Gebrauch. So wurden nur bei 48 der berichteten 390 Unfälle mehr als eine der vorgegebenen Verletzungsarten genannt.

Im übrigen zeigen sich bei dieser Frage vergleichsweise deutlich Einschränkungen, die sich aus dem Bemühen den Fragebogen kurz zu halten, ergaben: Die Aufzählung der Verletzungsarten ist bei weitem nicht vollständig und mit der kombinierten Auswahlvorgabe Gehirnerschütterung / Kopfverletzung wurde auch die Systematik der Frage durchbrochen. Da jedoch das Verletzungsmuster dieser Altersgruppe und die besondere Rolle von Verletzungen des Kopfes gut bekannt sind, kam es hier in erster Linie darauf an, Angaben zu den örtlichen

Häufigkeiten der bereits als wichtig erkannten Verletzungsarten zu gewinnen. Eine Übersicht zeigt die folgende Grafik:



„Messer, Gabel, Schere und Licht sind für kleine Kinder nicht!“ Dieser Kinderreim mit Botschaft drängt sich auf, wenn Schnitt-/Platzwunden als häufigste Verletzungsart angegeben werden. Selbstverständlich sind Schnittverletzungen, die hier zudem noch gemeinsam mit Platzwunden erfragt wurden, nicht nur auf das vorzeitige bzw. ungeschickte Hantieren mit Messer oder Schere zurückzuführen.

Erwartungsgemäß folgt mit 113 Nennungen Gehirnerschütterung / Kopfverletzung auf dem zweiten Platz. Erwartungsgemäß deshalb, weil die Kopfbeteiligung bei 29 Prozent aller verunfallten Kinder auf das physiologische Unvermögen im frühesten Kindesalter, sich bei einem Sturz mit den Händen abzufangen, zurückzuführen ist.

- Verletzungen des Kopfes, z. B. Gehirnerschütterung sind eine besonders häufige Folge von Unfällen bei Kleinkindern.
- Sie führen bei jedem vierten Kind zur Über-Nacht-Aufnahme im Krankenhaus.

Zwar führen sie die Häufigkeiten-Rangfolge gemeinsam an, für den Versorgungs-

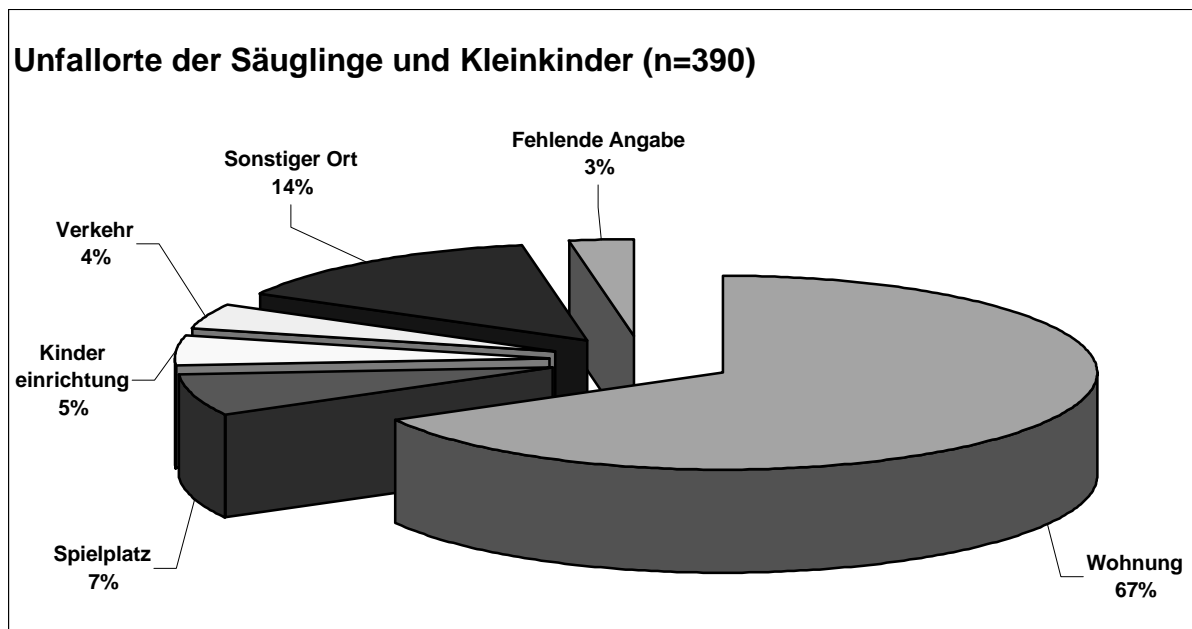
typus ergeben sich bei Schnitt-/Platzwunden bzw. Gehirnerschütterung/ Kopfverletzung jedoch unterschiedliche Konsequenzen: So führt die Schnitt-/Platzwunde als allein angegebene Verletzungsart nur bei jedem zehnten Kind zur stationären Behandlung. Dagegen kommt es bei der Gehirnerschütterung/ Kopfverletzung als alleiniger Verletzungsart bei jedem vierten Kind zur Über-Nacht-Aufnahme im Krankenhaus. Die Unterschiede sind jeweils gegenüber allen anderen Verletzungsarten statistisch bedeutsam ( $p = 0,010006$  und  $p = 0,014384$ ).

Lässt man den Sammeltopf „Andere Verletzungen“ außer Acht, so folgen in der Häufigkeit Knochenbrüche mit 42 Nennungen (10,8 Prozent der verunfallten Kinder), unmittelbar danach Verbrühungen / Verbrennungen mit 39 Nennungen (10 Prozent der verunfallten Kinder).

Während bei Knochenbrüchen eine stationäre Behandlung ebenso häufig wie im Durchschnitt aller Verletzungsarten stattfand, geschah dies mit 25 Prozent bei Verbrühungen / Verbrennungen als alleiniger Verletzungsart häufiger. Bei der insgesamt geringen Zahl von Nennungen ist die erhöhte stationäre Behandlungsquote hier statistisch jedoch nicht abgesichert.

### 3.5 Unfallorte

Wie die folgende Grafik eindrücklich zeigt, verunfallten zwei Drittel der Kinder in Wohnungen, 56,9 Prozent in der eigenen Wohnung, weitere 10 Prozent in einer anderen Wohnung. Auch wenn im öffentlichen Bewusstsein das Verkehrsunfallgeschehen in seiner Bedeutung für Kinder weit vorne rangiert, für diese Altersgruppe ist das Befragungsergebnis typisch!



Wie zu ersehen ist, folgen mit ihren Anteilen am Unfallgeschehen weit abgeschlagen zunächst mit 6,9 Prozent Unfälle auf dem Spielplatz, danach mit 5,1 Prozent Unfälle in Kindereinrichtungen. Da die in der Studie vertretenen Drei-

und Vierjährigen zum Befragungszeitpunkt nur eine kurze Zeit in Kindereinrichtungen verbracht hatten, ist dieser niedrige Wert nicht weiter verwunderlich. Es ist bekannt, dass mit zunehmender Verweildauer in den KTH auch die Quote der Unfälle in Einrichtungen rasch ansteigt.

Mit nur 16 Nennungen (4,1 Prozent) folgen erst jetzt Unfälle im Verkehr. Auch dies macht deutlich, dass Unfallprävention in der Altersgruppe 0– bis 3–Jährige sich in erster Linie auf den Wohn- (und Freizeit-) bereich richten muss.

### 3.6 Bleibende Unfallfolgen

95,6 Prozent der Eltern bejahten die Frage, ob ihr Kind den Unfall im Großen und Ganzen folgenlos überstanden hat. Nur 3 Eltern, weniger als 1 Prozent, gaben bleibende Unfallfolgen an.

Diese Antwortkonstellation erleichtert auf den ersten Blick auch den, der sie eben auf den PC-Bildschirm erhält. Dass hieraus nicht geschlossen werden kann, dass das Unfallgeschehen bei Kindern insgesamt ein Bagatellegeschehen ist, versteht sich angesichts der anderen dargestellten Fakten von selbst. Vor allem ist zu berücksichtigen, dass sich an der Befragung zwar 1.119 Eltern beteiligten, die Stärke der entsprechenden Jahrgänge in Bremen im Schnitt des letzten Jahr-zehnts jedoch bei rund 5.000 lag.

## Ergebnisse der Befragung Teil 2

### 4 Unfallverhütungsmaßnahmen in bremischen Kleinkinderhaushalten

Abgestellt auf den nach der Literatur erwarteten und über die Ergebnisse der Befragung zum Unfallgeschehen bei Kleinkindern auch für Bremen bestätigten Unfallschwerpunkt „Haushalt“ waren die Eltern zu ausgewählten Unfallverhütungsmaßnahmen befragt worden. Tabelle 10 zeigt eine Übersicht der Befragungsergebnisse, die danach im Einzelnen erörtert werden.

Tabelle 10 Übersicht zur Anwendung ausgewählter Unfallverhütungsmaßnahmen in Kinderhaushalten in Bremen

	Ja	Nein	Fehlangabe	Gesamt
SICHER AUFBEWAHRTE REINIGUNGSMITTEL	85.1%	14.0%	0.9%	1119
WEGGESCHLOSSENE MEDIKAMENTE	83.3%	16.4%	0.4%	1119
SOFORT GELEERTE ASCHENBECHER	78.4%	20.0%	1.6%	640
STECKDOSENSICHER.	84.9%	14.7%	0.4%	1119
HERDGITTER	14.5%	84.4%	1.2%	1119
FENSTERRIEGEL	30.8%	68.2%	1.0%	1119
TREPPENGITTER	55.2%	43.6%	1.2%	585
LAUFENLERNEN OHNE LAUFLERNHILFE	79.5%	19.7%	0.7%	1119

#### 4.1 Sicheres Aufbewahren von Haushaltsreinigungsmitteln

85,1% aller Eltern geben an, Haushaltsreinigungsmittel unerreichbar für Kinder aufzubewahren. Eltern mit Kindern in den benachteiligsten Einrichtungen lagen hier genau im Schnitt. Eltern mit Kindern in den privilegiertesten Einrichtungen bejahten die Frage mit 80,8% dagegen unterdurchschnittlich häufig. Allerdings gibt es hier keine durchgängig mit dem sozialen Gefälle verknüpfte Tendenz in den vier Sozial-Clustern.

Ob die Vorsichtsmaßnahme tatsächlich in dieser doch sehr hohen Größenordnung praktiziert wird kann nicht abschließend beurteilt werden. Bei der aus vergleichbaren Untersuchungen bekannten Tendenz bei Befragten „erwünschte“ Antworten zu geben und unter Berücksichtigung der eingangs bereits benannten



gewissen Suggestivität der Fragestellungen ist eine gewisse Skepsis angebracht. Diese Überlegung gilt bei entsprechender Konstellation in anderen Antworten ebenfalls und wird dort nicht erneut erörtert.

#### 4.2 Wegschließen von Medikamenten

83,3% der Eltern gaben an, Medikamente in einem verschlossenen Schrank aufzubewahren. Deutlicher als bei den Reinigungsmitteln ist der soziale Gradient bei den Medikamenten: 91,6% aus den benachteiligsten Einrichtungen gaben an, Medikamente verschlossen zu halten, in den privilegiertesten Einrichtungen lag die Quote bei 74,3% ( $p=0,0000006$ ).

Mit der hier verwendeten Formulierung „verschlossen“ ist für die Aufbewahrung von Medikamenten eine höhere Anforderung gestellt als bei den Haushaltsreinigungsmitteln, für die – ohne Angabe einer konkreten Maßnahme – nur die „Un-erreichbarkeit für Kinder“ gefordert wird. Bei der in der Regel häufigeren Verwendung von Haushaltsreinigungsmitteln gegenüber der Einnahme von Medikamenten scheinen uns die geforderten unterschiedlichen Sicherungsniveaus praxisnah und angemessen.

#### 4.3 Leeren von Aschenbechern

Über die frühere klinische Tätigkeit hat nahezu jeder /jede Beschäftigte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes die Standarderinnerung: während des Nachtdienstes kommen Eltern mit ihrem Kind, das Zigaretten (-reste) in den Mund genommen und verschluckt haben soll, in die Notfallambulanz der Kinderklinik. Allen ist noch die Ungewissheit über die ingestierte Menge und auch die Qual des Kindes bis zum künstlich herbeigeführten Erbrechen gegenwärtig. (Hinweis: heute nicht mehr Mittel der ersten Wahl!) So kann als recht erfreulich wahrgenommen werden, dass in 43,0% der befragten Kinderhaushalte nicht geraucht wird. Zu den Haushalten, in denen geraucht wird, gaben 78,4% der Eltern an, Aschenbecher immer sofort nach Gebrauch zu leeren.

Hier finden sich gegenläufige soziale Gradienten: Auf der einen Seite geben – was den Erwartungen entspricht – aus der privilegiertesten Gruppe immerhin 55,6% der Eltern an, dass in der Wohnung nicht geraucht wird, während dies nur in 35,2% in der benachteiligsten Gruppe der Fall ist. Auf der anderen Seite geben 83,7% der benachteiligsten Raucherhaushalte an, Aschenbecher sofort zu leeren, während dies in den privilegiertesten Raucherhaushalten nur zu 71,3% der Fall ist ( $p=0,000000$ ).

- Der kindersichere Umgang mit Reinigungsmitteln, Medikamenten und vollen Aschenbechern erfordert vorrangig **unfallpräventives Alltagsverhalten** der Eltern (Sicher Aufbewahren, Wegschließen, Leeren).
- Es ist bemerkenswert, dass rund zwei Drittel angeben, alle drei genannten Vorsichtsmaßnahmen zu beachten.

Die nachstehende Tabelle zeigt, dass demgegenüber nur 1,2 % der Eltern angeben keine dieser eine hohe Alltagsdisziplin erfordernden Unfallverhütungsmaßnahmen umzusetzen.

**Tabelle 11 Summierte Häufigkeit des sicheren Umgangs mit Reinigungsmitteln, Medikamenten und Aschenbechern**

Zahl der umgesetzten Maßnahmen	Freq	Percent	Cum.
0 von 3	13	1.2%	1.2%
1 von 3	82	7.3%	8.5%
2 von 3	287	25.6%	34.1%
3 von 3	737	65.9%	100.0%
<b>Total</b>	<b>1119</b>	<b>100.0%</b>	

#### 4.4 Steckdosensicherungen

Mit 84,9% weit verbreitet ist die Sicherung von Steckdosen mit Kinderschutzvorrichtungen. Auch hier gibt es einen sozialen Gradienten in den Antworten, allerdings schwächer und der Tendenz bei den unfallpräventiven Verhaltensweisen entgegengerichtet: Die Kindersicherung von Steckdosen wird für 89,3% der Haushalte mit Kindern in den privilegiertesten, aber nur von 79,3% der Haushalte mit Kindern in den benachteiligten Einrichtungen angegeben ( $p=0,026238$ ).

Es erscheint plausibel, dass der dauerhafte Schutz vor Stromschlag durch die einmalige Sicherung einer Steckdose ebenso häufig realisiert wird, wie das eine hohe Alltagsdisziplin erfordernde Wegstellen von Haushaltsreinigungsmitteln. Zudem sind Kindersicherungen für Steckdosen ohne größeren finanziellen Aufwand zu erstehen und auch für Laien unkompliziert anzubringen.

#### 4.5 Herdschutz(-Gitter)

Einen Herdschutz dagegen benutzen nur 14,5% der Kinderhaushalte. Die Verwendung eines Herdschutzes liegt in den vier unterschiedenen sozialen Clustern mit einer Spannbreite von 13,0% (privilegierteste Gruppe) zu 16,7% (obere Mittelgruppe) nur wenig auseinander.

Es mag sein, dass das Problembewusstsein der Eltern über die von Herden ausgehenden Gefahren für Kindern nicht adäquat ausgeprägt ist. Die Gründe für die insgesamt sehr niedrige Quote dürften aber vor allem in einer unpraktischen Handhabbarkeit im Alltag sowie dem infolge mangelnder Regelausstattung von Herden mit Herdgittern oder ähnlichen Schutzvorrichtungen erforderlichen finanziellen Zusatzaufwand liegen.

Entscheidende Verbesserungen dürften bei dieser mit der geringsten Beteiligung angegebenen Schutzmaßnahme wohl am ehesten durch ein Einwirken auf die Hersteller der entsprechende Produkte erzielbar sein.

Im übrigen zeigt die hier – wie auch in der nachfolgenden Frage – angegebene niedrige Quote ergriffener Schutzmaßnahmen doch eine bemerkenswerte Offenheit in der Beantwortung.

#### 4.6 Fensterriegel

So gaben nur 30,8% der Eltern an, an den Fenstern Riegel oder Schlösser als Sicherung angebracht zu haben. Bedeutsame Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen gibt es in der Beantwortung dieser Frage ebenfalls nicht.

Auch hier mag mangelndes Problembewusstsein eine Rolle spielen und der erforderliche finanzielle Aufwand sich ungünstig auswirken. Daneben ist nicht jedes Fenstermaterial und jede Fensterkonstruktion für einfach anzubringende Riegel geeignet. Zudem dürfte eine gewisse Scheu bestehen, in Mietwohnungen technische Veränderungen selbst vorzunehmen bzw. Löcher für Riegel am Fensterrahmen zu bohren.

Daher dürfte es zur Erzielung eines besseren Schutzes der Kinder vor dem zwar seltenen aber schwerwiegenden Sturz aus dem Fenster möglicherweise erforderlich sein mit Wohnungsbaugesellschaften, Bauherrn und Vermietern zu Absprachen bzw. Regelungen zu kommen.

#### 4.7 Treppengitter

Diese Frage berücksichtigt eine lokale Besonderheit der Wohnbaustruktur, das sogenannte „Bremer Haus“, einen noch weit verbreiteten Reihenhaustyp des letzten Jahrhunderts, in welchem sich – anders als bei modernen Maisonette-Wohnungen – auch kleinflächige Wohneinheiten über zwei- oder mehr Stockwerke erstrecken. Daher wurde untersucht, inwieweit Treppen innerhalb von Wohnungen durch ein Treppengitter gesichert wurden.

**Stürze** aus dem Fenster, von der Treppe, aus dem Hochstuhl, vom Wickeltisch und aus der Lauflernhilfe gehören bundesweit zu den Unfallursachen, die besonders häufig zu Kopfverletzungen, Klinikaufenthalt, bleibender Behinderung und zum Tod führen.

47,7% der Eltern, also knapp die Hälfte gab an, keine Treppen innerhalb der Wohnung zu haben, in der anderen Hälfte der Kinderhaushalte waren in 55,2% Treppengitter angebracht. Rund ein Viertel der Kleinkinder lebt also unter dem Risiko, in der Wohnung die Treppe hinunterzufallen.

Auch hier sind die sozialen Gradienten erwartungsgemäß deutlich. Während nur 36,1% der privilegierten Haushalte keine Treppe innerhalb der Wohnung hatten, betrug dieser Anteil bei den sozialbenachteiligten Haushalten 58,1%. Andererseits waren die Wohnungen mit Treppen in den privilegiertesten Haushalten zu 60,2%, in den sozial benachteiligten Haushalten nur zu 46,3% mit Treppengittern ausgestattet ( $p=0,000000$ ).

- Steckdosensicherung, Herdschutz, Fensterriegel und Treppengitter setzen im Gegensatz zu rein unfallpräventiven Verhaltensweisen die **Beschaffung und Installation technischer Hilfsmittel** voraus.
- Nur in jedem 15ten Kleinkinderhaushalt werden alle vier genannten Vorkehrungen getroffen.
- Es wird deutlich, dass deren Nutzung Hindernisse entgegenstehen, die nicht nur über Appelle an die Eltern beseitigt werden können, sondern systematische Aktivitäten auch aus dem politischen Raum. erfordern.

Die nachstehende Tabelle zeigt, dass in drei von vier Kinderhaushalten jedoch zumindest zwei der technischen Unfallschutzvorrichtungen eingesetzt werden.

Tabelle 12 Summierte Häufigkeit des Einsatzes von Steckdosensicherung, Herdschutz, Fensterriegel und Treppengitter

Zahl der umgesetzten Maßnahmen	Freq	Percent	Cum.
0 von 4	44	3.9%	3.9%
1 von 4	230	20.6%	24.5%
2 von 4	524	46.8%	71.3%
3 von 4	248	22.2%	93.5%
4 von 4	73	6.5%	100.0%
<b>Total</b>	<b>1119</b>	<b>100.0%</b>	

#### 4.8 Verzicht auf Lauflernhilfen

Aus kinderärztlicher Sicht ist die Verwendung von Lauflernhilfen (z.B. „Gehfrei“) für gesunde Kinder nicht nur überflüssig, sondern für die motorische Entwicklung eher hinderlich und im hiesigen Zusammenhang besonders wichtig: eine Unfallgefahrenquelle. Seit Jahren werden Bremer Eltern daher vom Gesundheitsamt entsprechend informiert und auch darauf hingewiesen, sich vorsorglich gegen das Geschenk einer Lauflernhilfe durch gut meinende Großeltern oder andere Verwandte zu wenden.

Erfreulicherweise geben 79,5% der Eltern an, dass ihr Kind ohne Lauflernhilfe Laufen gelernt hat. Allerdings sind hier die Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen besonders deutlich: Während 89,9% der privilegiertesten Kinderhaushalte keine Lauflernhilfe benutzt hatten, waren dies in den sozial benachteiligten Haushalten nur 68,3% ( $p=0,000000$ ).

- Diese Unfallverhütungsmaßnahme bezieht sich im Gegensatz zu allen vorherigen nicht auf ein gefordertes „Tun“, sondern ein **„erwünschtes Unterlassen“**.
- Da es hierdurch sogar zu einer Kostenersparnis kommt, sollten mit entsprechender Aufklärung alle Eltern vom „Gehfrei“ abzubringen sein. Aufklärung ist vor allem bei sozial benachteiligten Familien erforderlich.

#### 4.9 Sichern und / oder Üben - Sicherheitsphilosophien und Präventionsansätze (\*)

Die Gewährleistung der kindlichen Sicherheit gehört zu den grundlegenden Aufgaben der Betreuung und Erziehung von Kindern. Je jünger ein Kind ist, desto stärker ist seine Sicherheit von dem adäquaten Beaufsichtigungsverhalten der Betreuungspersonen, im Regelfall den Eltern, abhängig.

Mit zunehmendem Alter erlangen die Kinder einen größer werdenden Aktionsspielraum, d.h. Unfallgefährdungen sind zunehmend in Umweltbedingungen einerseits und nicht adäquatem Verhalten der Kinder selbst zu suchen. Im Rahmen ihrer Entwicklung lernen Kinder ihre Umwelt kennen und beherrschen. Dazu gehört auch die handelnde Auseinandersetzung mit Risiken und potentiell unfallträchtigen Situationen.

Sicherheitsförderung muss deswegen eine optimale Balance zwischen der Herstellung sicherer Verhältnisse und der Befähigung zum kompetenten Umgang mit Risiken und Gefahren anstreben. Für die Erziehung bedeutet das, Kinder beim Spielen, Lernen usw. vor Unfällen und Verletzungen zu bewahren, ihnen gleichzeitig aber Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse und Einstellungen zu vermitteln, die sie in die Lage versetzen, mit Risiken und gesundheitsbelastenden Lebensbedingungen in gegenwärtigen und zukünftigen Situationen umzugehen.

Idealtypisch können zwei Sicherheitsphilosophien unterschieden werden:

- Alle denkbaren Anstrengungen zu unternehmen, um die kindliche Umwelt so sicher wie möglich zu machen oder
- Kinder zu befähigen, mit sich selbst, mit anderen Menschen und mit der Umwelt sicher umzugehen.

Beide Philosophien sind in der Praxis in unterschiedlichen Mischungsverhältnissen immer vertreten. Konkret sollten die Entscheidungen immer altersgemäß und möglichst den individuellen Besonderheiten des Kindes angepasst erfolgen. Bis zu welchem Alter eine Treppe gesichert und ab wann das Besteigen einer Treppe geübt werden sollte; bis zu welchem Alter Messer, Schere, Licht weggeschlossen oder aber der Umgang mit denselben geübt werden sollte, ist nur begrenzt objektivierbar und hängt von den jeweiligen Erfahrungen des Kindes ab.

(\*) Der Text dieses Abschnitts ist dem Gesundheitsbericht Bd. 8 der Stadt Münster entnommen (8)

## Ergebnisse der Befragung Teil 3

### 5 Zugang der Eltern zu Informationen über Unfallprävention

Von Ausnahmen abgesehen – bspw. ist Unfallverhütung fester Bestandteil der Kurse des Gesundheitsamtes für werdende Eltern – erfolgt Aufklärung zur Unfallprävention in schriftlicher Form. Einschlägiges Informationsmaterial gibt es in Hülle und Fülle, vom unscheinbaren Faltblatt bis zur bunten Hochglanzbroschüre, vom lockeren Comic bis zum reinen Textsatz. Erfahrungsgemäß muss jedoch bezweifelt werden, dass die Auftraggeber der Informationsträger sich auch darum kümmern, dass diese ihre Zielgruppe erreichen, wahrgenommen und intentionsgemäß verwertet werden.

#### 5.1 Informationsfluss und Qualität der Informationen

Daher wurden im Rahmen der Untersuchung die Eltern befragt, ob sie früher bereits Informationen zur Verhütung von Kinderunfällen erhalten haben. Dies bejahten nur 601 Eltern, entsprechend 53,7%. Eltern mit Kindern in privilegierten KTH gaben zu 58,6% an Informationen erhalten zu haben, Eltern von Kindern aus den benachteiligten Einrichtungen nur zu 45,4% ( $p=0,065648$ ). Möglicherweise ist der signifikante Unterschied auf die höhere Bereitschaft privilegierter Eltern zurückzuführen, sich mit Text auseinander zu setzen.

- Broschüren zur Unfallverhütung gibt es in Hülle und Fülle.
- Nur die Hälfte der Eltern gibt an, Informationen zur Unfallverhütung erhalten zu haben.

Der Sachverhalt, dass nur die Hälfte der Eltern angibt, Unfallverhütungsinformationen erhalten zu haben, einige Unfallverhütungsmaßnahmen aber mit sehr hohen Quoten praktiziert werden, legt den Schluss nahe, dass das Wissen um deren Bedeutung auch ohne gesonderte Information bereits breit in der Elternschaft verankert ist. Andererseits lässt derselbe Sachverhalt bezüglich der nur mit einer geringen Quote praktizierten Maßnahmen hoffen, dass durch gezielte Information noch Fortschritte erzielbar sind.

Tabelle 13 **Einschätzung des Informationswertes der Unfallverhütungsinformationen**

INFO-WERT	Freq	Percent	Cum.
Sehr aufschlussreich	333	55.4%	55.4%
Nur zum Teil informativ	159	26.5%	81.9%
Nicht nötig	84	14.0%	95.9%
Keine Angabe	25	4.2%	100.0%
Total	601	100.0%	

Diejenigen Eltern, die angaben schon früher Informationen erhalten zu haben (n=601), waren um eine Bewertung dieser Informationen gebeten worden. Erfreulich, dass diese zu über 80% zumindest als nützlich, überwiegend als sehr aufschlussreich bezeichnet wurden.

## 5.2 Information durch niedergelassene Kinderärzte/-innen

Im Kontext der Kampagne der Bremer Gesundheitsbehörde zur Reduzierung von Kinderunfällen und einer nationalen Initiative des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (12) hat sich auch die Bremer Sektion des Berufsverbandes entschieden, die Ausgabe altersspezifischer Informationen zur Unfallverhütung (sogenannter Sicherheits-Checklisten) anlässlich der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U1 – U9 zu propagieren. Die Sicherheits-Checklisten sind im Anhang wiedergegeben.

Da diesem Weg der Informationsweitergabe eine hohe Bedeutung zugemessen wird, wurde in Abstimmung mit dem Vorsitzenden des Landesverbands Bremen der Kinder- und Jugendärzte der Frage nachgegangen, inwieweit in den Praxen dieser Interventionsansatz verfolgt wird.

Dazu wurden Eltern, die angegeben hatten, schon früher Unfallverhütungsinformationen erhalten zu haben, gefragt, ob sie solche auch von ihrem Kinderarzt/ ihrer Kinderärztin erhalten haben. Um eine sichere Auswertungsbasis zu erhalten wurden nur die Angaben der Eltern verwertet, deren Kind nach der Dokumentation der ärztlichen Untersuchung im Kindergarten an der altersgemäß letzten erreichbaren Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung auch teilgenommen hatten. (für Dreijährige ist dies die U7, für Vierjährige die U8).

Die Eltern der 3- und 4-Jährigen, die zum einen schon früher Unfallverhütungsinformationen erhalten und deren Kinder zum anderen definitiv an U7 bzw. U8 teilgenommen hatten (n=421), bestätigten nur zu 51,8% auch vom Kinderarzt /der Kinderärztin informiert worden zu sein.

- Erfolg versprechende Alternativen zur "dicken" Unfallverhütungsbroschüre sind auf den Entwicklungsstand des Kindes bezogene „Informations-Häppchen" und die persönliche Ansprache.
- Nur ein Viertel der Eltern hat Unfallverhütungsinformationen in der Kinderarztpraxis erhalten.
- Die Weitergabe altersgemäßer Unfallverhütungsratschläge durch niedergelassene Kinderärzte/-innen in Verbindung mit den Früherkennungsuntersuchungen muss intensiviert werden.

## Literaturverzeichnis

1. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999. Schriftenreihe des BMG 122.
2. Statistisches Landesamt Bremen (Hrsg.): Freie Hansestadt Bremen, Statistisches Jahrbuch 1999.
3. Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Gesundheit (Hrsg.): Landesgesundheitsbericht Bremen 1998.
4. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (Hrsg.): Gesundheitsbericht Bremen 1992 – Basisbericht. BIPS Bremen 1992.
5. Zimmermann, E.: Ergebnisse der Bremer Befragung zur aktuellen Lebenssituation von Schulanfängern und zu Versorgungswünschen der Eltern. In: Edition Sozialpädiatrie 7, Gesundheitsamt Bremen 1997.
6. Ellsäßer, G.: Daten für Taten – Fakten zur Prävention von Kinderunfällen. Deutsches Grünes Kreuz. Marburg 1998.
7. Ellsäßer, G.: Aktion statt Aktionismus – Anleitung zur Prävention von Kinderunfällen. Deutsches Grünes Kreuz. Marburg 1999.
8. Stadt Münster (Hrsg.): Weniger Kinderunfälle in Haus und Freizeit. Gesundheitsberichte Band 8, 1998.
9. Stadt Münster (Hrsg.): Gesundheitsbericht über 4-jährige Kindergartenkinder in Münster – Pilotstudie Teil 1, 1994.
10. Gredler, B. et al: Unfallverhütung im Vorschulalter – Beziehung zwischen Unfallhergang und Persönlichkeit. In: Sozialpädiatrie 20 (1998), 172 – 175.
11. Geyer, S., Peter, R.: Unfallbedingte Krankenhausaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status – Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK. In: Gesundheitswesen 60 (1998) 493 – 499.
12. Schriever, J.: Endlich, endlich ist es soweit! Merkblätter Kinderunfälle – Früherkennungsuntersuchungen. In: Der Kinderarzt 29 (1998), 982 - 884.



## Zusammenfassung in Stichworten

### **Kinderunfälle allgemein**

Unfälle sind die Todesursache Nummer 1 bei Kindern.  
Auf ein durch Unfall getötetes Kind kommen vier dauerhaft behinderte Kinder.  
Unfallverletzungen sind bei Kleinkindern der zweithäufigste Einweisungsgrund ins Krankenhaus.  
Kleinkinder verunglücken vor allem im häuslichen Bereich.  
Mehr als die Hälfte der Kinderunfälle kann verhindert werden !  
Erfolgreiche Prävention hat eine detaillierte Kenntnis des Unfallgeschehens zur Voraussetzung.

### **Die Bremer Elternbefragung zu Unfällen und Unfallverhütung**

#### Ziele der Befragung

Daten zum Unfallgeschehen bei Kleinkindern in Bremen,  
Erkenntnisse zur Verbreitung von Unfallverhütungsmaßnahmen im Haushalt,  
Evaluation der Unfallverhütungsaktivitäten in Kinderarztpraxen.

#### Welche Eltern wurden befragt?

Kind in kommunalem Kindertagesheim,  
Teilnahme an der Erstuntersuchung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes,  
Alter drei oder vier Jahre.

### **Ergebnisse der Befragung zum Unfallgeschehen**

Jedes dritte Bremer Kind hatte bereits einen Unfall, der zur Arztkonsultation führte.  
Jungen verunfallen signifikant häufiger als Mädchen.  
Es besteht kein sozialer Gradient bei der Unfallhäufigkeit in dieser Altersgruppe.  
Dass jedes fünfte verunfallte Kind bereits mehr als einen Unfall erlitten hat, sollte Anlass sein, bei diesen Kindern auch eine etwaige unfallbegünstigende Persönlichkeits-/Umfeld-Konstellation abzuklären.  
Verletzungen des Kopfes z.B. Gehirnerschütterung, meist durch Stürze verursacht, sind eine besonders häufige Folge von Unfällen bei Kleinkindern.  
Sie führen bei jedem vierten Kind zur Über-Nacht-Aufnahme im Krankenhaus.

## Ergebnisse der Befragung zur Unfallverhütung

### Reinigungsmittel, Medikamente und volle Aschenbecher

Der kindersichere Umgang mit diesen erfordert vorrangig unfallpräventives Alltagsverhalten der Eltern (Sicher Aufbewahren, Wegschließen, Leeren).

Rund zwei Drittel der befragten Bremer Eltern geben an, alle drei genannten Vorsichtsmaßnahmen zu beachten.

### Steckdosensicherung, Herdschutz, Fensterriegel und Treppengitter

setzen die Beschaffung / Installation technischer Hilfsmittel voraus. Nur in jedem 15ten Kleinkinderhaushalt werden alle vier Vorkehrungen getroffen.

Es ist ersichtlich, dass deren Nutzung Hindernisse entgegenstehen, die nicht alleine über Appelle an die Eltern beseitigt werden können, sondern systematische Aktivitäten, ggfls. auch aus dem politischen Raum, erfordern.

### Lauflehne

Beim Einsatz von Lauflehnen kommt es häufiger zu Stürzen. Jedes fünfte Kind hat eine Lauflehne benutzt.

Da es beim Verzicht auf die Lauflehne zu einer Kostenersparnis kommt, sollten alle Eltern vom „Gehfrei“ abzubringen sein. Aufklärung ist hier vor allem bei sozial benachteiligten Familien erforderlich.

## Ergebnisse der Befragung zum Informationsfluss

Broschüren zur Unfallverhütung gibt es in Hülle und Fülle.

Nur die Hälfte der Eltern gibt an, einschlägige Informationen erhalten zu haben.

Alternativen zur "dicken" Unfallverhütungsbroschüre" sind u.a. auf den Entwicklungsstand des Kindes abgestimmte „Informations-Häppchen" und die persönliche Ansprache.

Nur ein Viertel der Eltern hat Unfallverhütungsinformationen in der Kinderarztpraxis erhalten.

Die Beratung zur Unfallverhütung durch niedergelassene Kinderärzte/-innen in Verbindung mit den Früherkennungsuntersuchungen sollte intensiviert werden.

## Sicherheitsphilosophien

Idealtypisch können zwei Sicherheitsphilosophien unterschieden werden:

Alle denkbaren Anstrengungen zu unternehmen, um die kindliche Umwelt so sicher wie möglich zu machen oder Kinder zu befähigen, mit sich selbst, mit anderen Menschen und mit der Umwelt sicher umzugehen.

In der Praxis kommen immer beide Ansätze gleichzeitig vor, je nach Entwicklungsstand des Kindes in unterschiedlicher Gewichtung.

# Anhang

## **Merkblätter Kinderunfälle (\*) Fragebogen**

- (\*) Die Merkblätter Kinderunfälle werden herausgegeben von:  
„Kommission Unfälle im Kindesalter“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder-  
und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, des Berufs-  
verbandes der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands, der  
Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Deutsches Grünes Kreuz

## **Regional-Teams des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes**

<b>Bezirk</b>	<b>Arzt-/Ärztin</b>	<b>Schwester</b>
Neustadt	Frau Dr. Reinhardt	Frau Schlottmann
Obervieland	Frau Dr. Chavez-Ramirez	Frau Schmitz
Huchting	Herr Wegner-Echtermann	Frau Ahrens
Woltmershausen	Frau Dr. Titgemeyer	Frau Häger
Mitte/ Östl. Vorstadt	Herr Brockhaus	Frau Ede
Schwachhausen	Frau Dr. Lippmann	
Vahr	Frau Merkesdal	Frau Rosik
Horn	Frau Dr. Horstkotte	Frau Warna
Osterholz	Frau Dr. Wetzell	Frau Wenke
Tenever	Frau Wenzel-Simon	Frau Ebend
Hemelingen	Frau Dr. Aldag	Herr Kleinschmidt
Findorff	Frau Dr. Hornkohl	Frau Stein
Walle	Herr Ebend	Frau Arabulan
Gröpelingen	Herr Dr. Mendoza	Frau Becker
Burglesum	Herr Dr. Pier	Frau Kleinschmidt
Veegesack	Frau Dr. Tjaden	Frau Louis-Hodde
Blumenthal	Frau Laxa-Zimmermann	Frau Reincke

## **Zentralfunktionen**

Geschäftsstelle: Frau Ahne / Frau Schmidt Tel.: 361-15115/15103

Abteilungsleiter: Herr Zimmermann

Sekretariat: Frau Felgenhauer

**Edition Sozialpädiatrie 8/2000**  
**Verantwortlich E. Zimmermann**

**Copyright:**

**Gesundheitsamt Bremen**  
**Sozialpädiatrische Abteilung**  
**28203 Bremen, Horner Str. 60-70**  
**Bremen, März 2000, 1. Auflage 400**