



# Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland

Grundlagen und strategische Ziele



Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG)  
Mehr Sicherheit für Kinder e.V.

Heilsbachstraße 13  
53123 Bonn  
Telefon 0228 68834-0  
Telefax 0228 68834-88  
info@kindersicherheit.de  
www.kindersicherheit.de



Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG)  
Mehr Sicherheit für Kinder e.V.



# **Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland**

Grundlagen und strategische Ziele

## **Impressum**

Herausgeber:  
Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.  
Heilsbachstraße 13  
53123 Bonn  
[www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de)

Redaktion:  
Martina Abel, Inke Ruhe  
Titelfoto:  
Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.  
Druck:  
Druckpartner Moser, Druck + Verlag GmbH, 53359 Rheinbach

Wir danken allen, die bei der Entwicklung dieser Empfehlungen aktiv mitgewirkt haben, insbesondere:  
Klaus Afflerbach  
Thomas Altgeld  
Andreas Bergmeier  
Dr. Gabriele Ellsäßer  
Dr. Birgitt Höldke  
Dr. Uwe Prümel-Philippsen

© Juli 2007  
Alle Rechte vorbehalten

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Grußwort	5
Präambel	7
1. Handlungsrahmen und Entstehungskontext dieser Empfehlungen	9
2. Kinderunfälle in Deutschland	10
2.1 Problemaufriss im Überblick	10
2.2 Kinderunfälle mit Todesfolge	11
2.3 Verletzte Kinder	12
2.4 Unfallorte	13
2.5 Unfälle und Risikofaktoren	14
3. Erfolgreiche Interventionen zur Prävention von Kinderunfällen	17
4. Die Prävention von Kinderunfällen in Deutschland	18
5. Zielbereiche, Ziele und Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland	19
5.1 Prävention von Kinderunfällen im Setting „Familie und Freizeit“	22
5.2 Prävention von Kinderunfällen im Setting „Tageseinrichtungen für Kinder“	25
5.3 Prävention von Kinderunfällen im Setting „Schulen“	28
5.4 Prävention von Kinderunfällen im Setting „Kommunen“	31
5.5 Querschnittanforderungen an die Verbesserung der Prävention von Kinderunfällen in Deutschland	34
6. Zusammenfassung	37





## Grußwort

Unfälle sind für Kinder das Gesundheitsrisiko Nummer 1. Jedes Jahr verunglücken nach Schätzungen von Experten ca. 1,6 Millionen Kinder und Jugendliche, davon mehr als ein Viertel im Heim- und Freizeitbereich. Nach dem ersten Lebensjahr sind Unfälle die häufigste Todesursache bei Kindern.

Viele Unfälle sind vermeidbar. Die Zuständigkeiten und Handlungsmöglichkeiten bei der Unfallverhütung berühren zahlreiche Bereiche. Betroffen sind beispielsweise der Verbraucherschutz, die Kinder- und Jugendpolitik und die Produkt- und Verkehrssicherheit. Ebenso vielfältig sind die Akteure im staatlichen und nichtstaatlichen Bereich, die für die Umsetzung Verantwortung tragen. Als Koordinierungsplattform für die Verknüpfung all dieser Aspekte und zur Einbindung aller Akteure ist die Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder (BAG) gegründet worden. Für das Bundesministerium für Gesundheit ist sie ein wichtiger Partner.

Zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention hat die BAG konkrete Empfehlungen vorgelegt, wie Kinderunfälle vermieden werden können. Und sie hat Ziele formuliert, zu welchem Zeitpunkt diese Empfehlungen in den einzelnen Bereichen realisiert werden sollen.

Damit aus den guten Absichten auch tatsächlich erfolgreiche Vorhaben werden, wird die BAG Vereinbarungen mit den Verantwortlichen treffen, wie die Umsetzung erfolgen soll. Dabei wünsche ich der BAG und allen Beteiligten eine gute Hand zum Wohle unserer Kinder.

Ulla Schmidt  
Bundesministerin für Gesundheit  
Mitglied des Deutschen Bundestages



## Präambel

Die Prävention von Kinderunfällen wird in Europa zunehmend als wichtiges Handlungsfeld der Gesundheits- und Kinderpolitik wahrgenommen. Die Europäische Union unterstützt bis zum Jahr 2008 die Entwicklung nationaler Aktionspläne und Empfehlungen. Erklärtes Ziel der hier von der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e. V. vorgelegten „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland“ ist die systematische und kontinuierliche Reduzierung der Zahl der Kinderunfälle in der Bundesrepublik. Die Empfehlungen wurden von den Mitgliedsorganisationen und mit Kooperationspartnern der BAG erarbeitet.

Mit den Empfehlungen soll der gesellschaftliche Stellenwert der Prävention von Kinderunfällen erhöht und der weitere Ausbau einer ressortübergreifenden, vernetzten und intensivierten Präventionsarbeit in Deutschland angestoßen werden. Die in Deutschland nach wie vor bestehenden, z. T. erheblichen Präventionspotenziale sollten zukünftig genutzt werden, um der öffentlichen und privaten Verantwortung für die Gesundheit von Kindern noch besser gerecht werden zu können.

Voraussetzung hierfür ist vor allem im Sinne des verhältnispräventiven Arbeitens die Schaffung von strukturellen Rahmenbedingungen auf Bundesebene, in die sowohl landesweit als auch lokal-regional tätige Akteure und Initiativen mit Interventionen und Maßnahmen ohne bürokratische Hürden eingebunden werden. Es geht um die Neuorientierung zuständiger Institutionen und Personen im Handlungsfeld Prävention von Kinderunfällen.

Nach der Definition des Sozialgesetzbuches VII sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Um diesen Ereignissen entgegenzuwirken, hat es sich die Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V. zur Aufgabe gemacht, die Öffentlichkeit über Unfallgefahren aufzuklären, Maßnahmen zur Verhütung von Kinderunfällen zu entwickeln und vernetzend tätig zu sein. Ihr zentrales Anliegen ist es zu verhindern, dass Gefahrensituationen überhaupt auftreten. Diese Form der aktiven Prävention zielt auf Fälle ab, in denen die zum Unfall führenden Ereignisse nicht unmittelbar absichtlich herbeigeführt werden, wie dies z. B. bei der Ausübung von körperlicher Gewalt der Fall ist. Diese Trennung von unabsichtlichen Verletzungen (Unfällen) und absichtlichen Verletzungen (Gewaltanwendung und Vernachlässigung) deckt sich mit der von der Weltgesundheitsorganisation WHO praktizierten Unterscheidung. Die hier vorgelegten Empfehlungen beziehen sich also nicht auf Maßnahmen zur Gewaltprävention.

Die BAG Mehr Sicherheit für Kinder e. V. ist die einzige nationale Organisation, die sich primär für die Prävention von Kinderunfällen einsetzt. Mit vielfältigen Maßnahmen und Projekten engagiert sie sich seit 1997 für sichere Lebenswelten der Kinder, eine verbesserte Aufklärung über Unfallverhütung und die Stärkung der Sicherheitskompetenz bei Kindern, Eltern und allen, die mit Kindern arbeiten.

Mit der hier vorgestellten strategischen Konzeption zur Kinderunfallprävention in Deutschland sollen neue Erkenntnisse umgesetzt und in der Folge neue Motivationen und neues Engagement ausgelöst werden. Die Empfehlungen richten sich daher vor allem an die politisch Verantwortlichen, an die Fachwelt und das Bildungssystem, aber auch an Initiativen und engagierte Einzelpersonen.



## 1. Handlungsrahmen und Entstehungskontext dieser Empfehlungen

Die Entwicklung dieser Empfehlungen knüpft sowohl an die verschiedenen internationalen Übereinkommen an, in denen sich die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet hat, die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, als auch an die bereits vorhandenen Initiativen und Programme von staatlicher und nicht-staatlicher Seite in Deutschland zur Verhütung von Kinderunfällen.

In dem vertragsstaatlichen Übereinkommen über die Rechte der Kinder in der UN-Konvention<sup>1</sup> (seit dem 5. April 1992 in Deutschland in Kraft) wird das Recht der Kinder auf Sicherheit und Schutz als vorrangiges Rechtsgut bezeichnet. Insbesondere im Bereich der Sicherheit und Gesundheit haben die dafür verantwortlichen Institutionen, Dienste und Einrichtungen den festgelegten staatlichen Normvorschriften bei der Durchsetzung des Kinderrechtes auf Gewährung von Schutz und Fürsorge zu entsprechen (Artikel 3). Der Staat hat nach Artikel 19 geeignete Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen zu treffen, um Schutzmaßnahmen einzuleiten, die das Kind vor jeder Form der körperlichen und seelischen Schadenszufügung und Gewaltanwendung schützen (Artikel 2).

Auf der 4. Konferenz der Europäischen Umwelt- und Gesundheitsminister (Budapest 2004, Motto: „Zukunft unserer Kinder“) haben sich die Regierungsvertreter verpflichtet, nationale Maßnahmen zum Schutz von Kindern zu ergreifen. Im Rahmen dieses „Aktionsplans zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region“<sup>2</sup> ist die Vermeidung von Unfällen sowie Verletzungen eines von vier vorrangigen Zielen. Angestrebt ist die Umsetzung gezielter Maßnahmen, „um Kinder und Jugendliche zu Hause, auf Spielplätzen, in der Schule und am Arbeitsplatz besser vor Verletzungen zu schützen“.

Das deutsche „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ (APUG) wurde 1999 von den damaligen Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit ins Leben gerufen. Am APUG beteiligte sich seit Herbst 2002 auch das damalige Bundesministerium für Ernährung, Verbraucherschutz und Landwirtschaft. Gestützt wird das Aktionsprogramm durch mehrere wissenschaftliche Bundesoberbehörden, u. a. das Robert Koch-Institut und das Umweltbundesamt. Das APUG, innerhalb dessen Fortschreibung auch der „Aktionsplan zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder in der Europäischen Region“ auf nationaler Ebene umgesetzt werden soll, bietet daher eine hervorragende Plattform für eine Optimierung der Unfallprävention.

Mitte 2006 hat die EU-Kommission eine Mitteilung an das Europäische Parlament und den Rat über Maßnahmen für ein sichereres Europa angenommen.<sup>3</sup> Gegenstand dieser Mitteilung ist die Prävention von Unfällen und Verletzungen in den Mitgliedsstaaten. Hierbei legte die Kommission die Prioritäten für Maßnahmen zur Verletzungsprävention fest, darunter die Sicherheit von Kindern und Jugendlichen. Die Mitgliedsstaaten der EU sind aufgefordert, auf Basis abgestimmter nationaler Aktionspläne in diesen Aktionsschwerpunkten Strategien und Maßnahmen zu entwickeln. Dabei soll der Gesundheitssektor die Koordinierungsfunktion übernehmen.

---

<sup>1</sup> Vereinte Nationen: Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Dokument vom 20. November 1989, am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten. Bekanntmachung vom 10. Juni 1992, BGBl. II, S. 990, Berlin

<sup>2</sup> s. <http://www.who.dk/document/e83335g.pdf>, (31.07.2006) und vgl. [www.apug.de](http://www.apug.de) (29.11.2006)

<sup>3</sup> Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat über Maßnahmen für ein sicheres Europa vom 23.06.2006  
s. [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006\\_0328de01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006_0328de01.pdf), (31.07.2006)

Die Bundesregierung hat bereits 2005 einen „Nationalen Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010“<sup>4</sup> beschlossen, der Unfallprävention als ein wesentliches Handlungsfeld definiert. In diesem Nationalen Aktionsplan wird festgestellt: „Die Bundesregierung strebt die ‚Reduzierung der Unfälle mit Kindern im Haus- und Freizeitbereich ebenso wie im Straßenverkehr an.‘ Dabei werden folgende Maßnahmen genannt:

- flächendeckende Information von Eltern, Kindern und Jugendlichen über alters-typische Unfallgefahren;
- stärkere Beachtung der präventiven Wirkung von Sport und Bewegung im Hinblick auf Unfälle;
- Durchführung von Programmen zur kindergerechten Vermittlung des Umgangs mit riskanten Situationen;
- Vereinbarungen mit der Industrie über technische Unfallschutzmaßnahmen und Prüf-plaketten;
- Ausbau eines sicheren Radwegenetzes;
- Schaffung gesetzlicher Regelungen, die den Kommunen Flexibilität für Errichtung von Tempo-30-Zonen verschaffen.

Dieses Ziel und die dazu angeführten Maßnahmen werden auch in den hier vorgelegten Empfehlungen wieder aufgegriffen und systematisch weiterentwickelt.

Für die Umsetzung bedarf es der engen Zusammenarbeit zwischen den zuständigen staat-lichen Stellen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, der Bildung, des Verkehrs, den Sozialversicherungsträgern, Elterninitiativen und weiteren engagierten Partnern aus Wirtschaft und Wissenschaft.

Mit der im November 2005 verabschiedeten Potsdamer Erklärung hat der Bundesverband der Unfallkassen die Ziele zur Senkung von Unfällen in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen festgelegt. Der bereits im SGB VII verankerte gesetzliche Auftrag zur Unfallprävention bekommt so eine hohe Priorität. Damit stehen die Unfallkassen als wichtiger Kooperationspartner auch für die Umsetzung dieser Empfehlungen bereit.

## **2. Kinderunfälle in Deutschland**

### **2.1 Problemaufriss im Überblick**

Unfälle sind die häufigste Todesursache von Kindern in Deutschland und Europa. Nach einer Studie von UNICEF<sup>5</sup> liegt der Anteil der tödlichen Verletzungen an allen Todesfällen im Kindesalter in Europa bei zirka 40%. In Schweden konnten mit vielen unterschiedlichen Maßnahmen große Erfolge in der Unfallprävention erzielt werden. Könnten diese Erfolge europaweit umgesetzt werden, ließen sich dadurch jährlich ca. 1.600 tödliche Unfälle im Kindesalter vermeiden. Unfälle sind ein vorrangiges bevölkerungsmedizinisches Problem und haben weit reichende individuelle und soziale, aber auch ökonomische Folgen.

In Deutschland gibt es bislang keine kontinuierliche bevölkerungsbezogene Erfassung aller verletzten Kinder. Zu schwereren Verletzungen, die eine Krankenhausbehandlung notwendig machen, gibt es allerdings selektive Daten durch die amtliche Krankenhausdiagnosestatistik. Teilinformationen liegen bundesweit für einzelne Unfallkategorien vor, wie Straßenverkehr (nicht nach Diagnose der Unfallverletzten oder Unfallart), öffentliche Betreuungs- und

---

<sup>4</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010, S. 46 f., Berlin, 2005

<sup>5</sup> UNICEF: A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No 2, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, 2001

Bildungseinrichtungen (auf der Grundlage der Unfallanzeigen, jedoch nicht nach Diagnose) und Heim- und Freizeitbereich (wegen zu kleiner Stichproben für bestimmte Altersgruppen der Kinder nicht repräsentativ). Eine erste Gesamtübersicht über das Unfallgeschehen im Kindesalter in Deutschland gibt die nachfolgende Tabelle:

<b>Kinderunfälle (&lt;15 Jahre) im Jahr 2004 in Deutschland:</b>	
-	12.041.588 Kinder unter 15 Jahren lebten im Jahr 2004 in der Bundesrepublik
-	363 Kinder wurden durch Unfälle getötet <sup>6</sup>
-	207.995 Kinder mussten wegen einer Unfallverletzung im Krankenhaus behandelt werden <sup>7</sup>
<b>Die drei häufigsten Unfallorte:</b>	
-	Betreuungs- und Bildungseinrichtungen 943.283 Unfälle <sup>8</sup>
-	Heim- und Freizeitbereich 571.000 Unfälle <sup>9</sup>
-	öffentliche Verkehrswege 107.851 Unfälle <sup>10, 8</sup>
	darunter im Straßenverkehr 36.954 Unfälle <sup>10</sup>
	Wegeunfälle (BUK) 70.897 Unfälle <sup>8</sup>
<b>Insgesamt ca. 1,62 Millionen verletzte Kinder, die medizinisch behandelt werden mussten, d. h. 13,5% aller Kinder</b>	

## 2.2 Kinderunfälle mit Todesfolge

Seit 1980 ist die Unfallsterblichkeit von Kindern unter 15 Jahren drastisch gesunken (1980: 18,8 getötete Kinder je 100.000, 2004: 3,0 getötete Kinder je 100.000). Der Trend rückläufiger tödlicher Unfälle gilt für Kinder im Säuglings-, Kleinkind- und im Schulalter und zeigt sich ebenso für den Heim- und den Freizeitbereich. Deutschland erreicht damit auch einen niedrigen Stand im internationalen Vergleich. Mögliche Gründe für die insgesamt positive Entwicklung sind eine verbesserte Rettungsmedizin, eine intensive Verkehrsunfallprävention – sowohl durch staatliche Regulierung als auch durch Verkehrserziehung –, Fortschritte in der Produktsicherheit und die Akzeptanz persönlicher Schutzmaßnahmen. Der deutliche Rückgang tödlicher Unfälle darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass hier noch Präventionspotenziale vorliegen.<sup>11</sup>

Die fünf häufigsten Todesursachen sind altersbezogen unterschiedlich. Im Säuglingsalter steht das Ersticken an erster Stelle, gefolgt von Stürzen aus Gebäuden. Im Kleinkindalter sind dagegen Brände und das Ertrinken die beiden häufigsten Todesursachen. Erst ab dem Grundschulalter treten die tödlichen Straßenverkehrsunfälle in den Vordergrund. Hieraus

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt: Todesursachen in Deutschland. Wiesbaden, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (29.11.2006)

<sup>7</sup> Statistisches Bundesamt: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten. Wiesbaden, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (29.11.2006)

<sup>8</sup> Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Statistik-Info zum Schülerunfallgeschehen 2005, München, 2006

<sup>9</sup> Henter, A.: Kinderunfälle in Heim und Freizeit, S. 3, veröffentlicht unter [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) (29.11.2006). Sonderauswertung des Datensatzes der Repräsentativbefragung zu Heim- und Freizeitunfällen in Deutschland, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2000

<sup>10</sup> Statistisches Bundesamt: Verkehrsunfälle. Wiesbaden, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), [www.destatis.de/presse/deutsch/cal.htm](http://www.destatis.de/presse/deutsch/cal.htm) (29.11.2006)

<sup>11</sup> UNICEF: A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No 2, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, 2001

folgt, dass zukünftig in verstärktem Maße altersbezogene Differenzierungen bei den Interventionen erforderlich sind, um Präventionseffekte tatsächlich zu steigern.

## 2.3 Verletzte Kinder

Seit 1993 sind Unfallverletzungen der zweithäufigste Einweisungsgrund in ein Krankenhaus im Kleinkindalter und der häufigste Einweisungsgrund im Schulalter. In 2004 mussten insgesamt 207.995 Kinder (<15 Jahre) wegen einer schweren Verletzung im Krankenhaus stationär behandelt werden. Auch die schweren Verletzungen sind altersspezifisch – sie sind Ausdruck der entsprechenden altersspezifischen Unfallmechanismen. Während Vergiftungen und Verbrennungen typische Verletzungen im Kleinkindalter sind, dominieren im Schulalter die Knochenbrüche auf Grund von Sturzverletzungen.

Im Gegensatz zur kontinuierlichen Abnahme der tödlichen Unfälle haben die Unfälle mit schweren Verletzungen bis 1999 in fast allen Altersgruppen zugenommen (s. Abbildung). Für die Altersgruppe der Säuglinge und Kleinkinder ist zudem eine starke Zunahme über 1999 hinaus festzustellen. Lediglich im Schulalter sind die schweren Verletzungen wieder auf das Niveau von 1993 zurückgegangen.

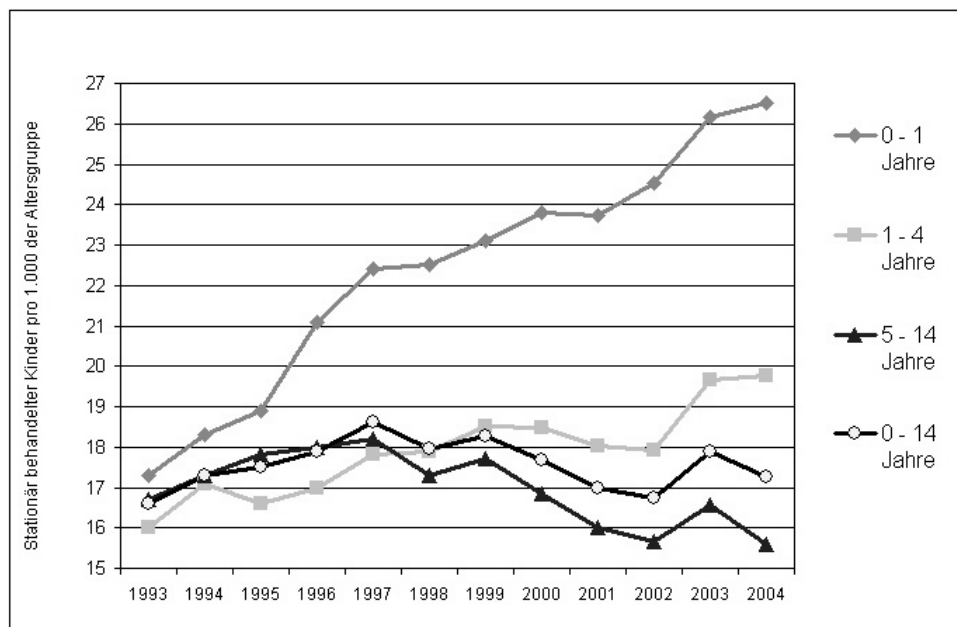


Abb.: Wegen eines Unfalls im Krankenhaus behandelte Kinder: Trend 1993-2004<sup>12</sup>

Eine gesonderte Betrachtung der Verkehrsunfälle macht deutlich, dass die tödlichen und schweren Verletzungen von Kindern im Straßenverkehr in allen Altersgruppen seit Jahren kontinuierlich abnehmen. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass das Maßnahmenbündel, das in der Verkehrssicherheitsarbeit umgesetzt wird, nämlich rechtliche Regelungen verbunden mit einer systematischen Verkehrserziehung, insgesamt erfolgreich ist. Dies macht Mut für eine entsprechende Weiterentwicklung der Unfallprävention auch im Heim- und Freizeitbereich – insbesondere auch auf kleine Kinder bezogen.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Statistisches Bundesamt: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten. Wiesbaden, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (29.11.2006); Ellsäßer, G., eigene Berechnungen

<sup>13</sup> Ellsäßer, G.: Epidemiologische Analyse von Unfällen bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland – Ausgangspunkt für die Unfallprävention. Das Gesundheitswesen 58, S. 458-465, 2006

## 2.4 Unfallorte

Für die Prävention ist nicht nur bedeutsam, welche schwerwiegenden Folgen durch Unfälle eintreten und vermieden werden könnten, sondern wo sich Kinder am häufigsten verletzen. Die Einschulungsuntersuchungen in den Ländern Brandenburg und Schleswig-Holstein zeigen ähnliche Ergebnisse: Bis zur Einschulung passieren die Unfälle am häufigsten im häuslichen Bereich, gefolgt vom Kindergarten und an dritter Stelle mit weniger als 5% im Straßenverkehr.<sup>14</sup> Das gemeindebezogene Unfallmonitoring Delmenhorst macht noch differenziertere Aussagen. Im Kleinkindalter kommen – mit zunehmendem Aktionsradius des Kindes – zu den häuslichen Unfällen die Unfälle auf Spielplätzen hinzu und im Schulalter sind die beiden häufigsten Unfallorte die Schulen und der Heim- und Freizeitbereich.

### Unfälle in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen

Für alle Kinder unter 15 Jahren ist die Schule seit Jahren der häufigste Unfallort (s. 2.1 tabellarische Übersicht). Die Unfallrate in Tageseinrichtungen und Schulen, bezogen auf 1.000 versicherte Kinder unter 15 Jahren, zeigte im Zeitraum 1992 bis 1999 eine starke Zunahme (um ca. 10 pro 1.000) und nach Erreichen des Gipfels in 1999 eine starke Abnahme, so dass in 2004 fast das Niveau von 1992 wieder erreicht wurde. Dabei sind seit Jahren die einrichtungsbezogenen Unfälle mit zirka 90% am häufigsten und die Wegeunfälle mit einem Anteil von ca. 10% deutlich geringer. Ein Großteil der angezeigten Wegeunfälle sind Fahrradunfälle. Wenn Wegeunfälle im Fahrverkehr passieren, haben sie häufig schwerwiegende Folgen. Insgesamt betrachtet sind tödliche Unfälle in Tageseinrichtungen und Schulen ein sehr seltenes Ereignis.

Für alle Altersgruppen gilt, dass die Unfallrate seit Jahren in den weiterführenden Schulen am höchsten ist. Dies wird im Folgenden für das Jahr 2004 anhand der Unfälle pro 1.000 versicherte Schüler unter 15 Jahren (bezogen auf den jeweiligen Schultyp) nach der Rangfolge verdeutlicht: An erster Stelle stehen die Hauptschulen (mit 4-mal so hohen Unfallraten wie Grundschulen, d. h. 264,2 pro 1.000), gefolgt von Gesamtschulen (144,0), Realschulen (97,0) und Gymnasien (96,3). Dabei haben „Raufunfälle“ insgesamt einen Anteil von 9,2% an den gemeldeten Unfällen in allgemeinbildenden Schulen – so eine Sonderauswertung der Bundesunfallkasse zu Unfällen im Zusammenhang mit tätlichen Auseinandersetzungen an Schulen für den Zeitraum 1993-2003.<sup>15</sup> Auch hier passieren die Raufunfälle am häufigsten an Hauptschulen (mehr als 6-mal so häufig wie an Grundschulen). Insgesamt zeigen Grundschulen und Kindereinrichtungen die geringsten Unfallraten (58,8 bzw. 61,2). Dies trifft auch für die Wegeunfälle zu. Insgesamt betrachtet zeigen die Daten, dass die Unfallpräventionsmaßnahmen in den Hauptschulen verstärkt werden müssten.

Die zahlenmäßigen Unfallschwerpunkte in den einzelnen schulischen Bereichen bilden in jährlicher Kontinuität der Schulsport und der Pausenbereich. Hauptunfallort bei den Pausenunfällen ist der Schulhof. Meistens ziehen sich die Schüler Verletzungen beim Herumtoben zu: durch Stürze beim Rennen, Nachlaufen und Fangen spielen. Bemerkenswert ist, dass fast ein Fünftel der Pausenunfälle auf Rängeleien entfallen. Hauptsächlich beteiligte Altersgruppe bei den Pausenunfällen sind die 7- bis 16-Jährigen, wobei Jungen überproportional vertreten sind. Über zwei Drittel der Schulsportunfälle ereignen sich in der Turnhalle.

Folgende drei Sportarten verursachen die häufigsten Verletzungen: Ballspiele (in Turnhallen Hand-, Basket- und Volleyball sowie im Außenbereich Fußball), Geräteturnen und Leicht-

<sup>14</sup> Ellsäßer, G.: Wie können Pädiater Eltern für Unfallprävention motivieren? Kinderärztliche Praxis 77, S. 344-352, 2006

<sup>15</sup> Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Gewalt an Schulen. Ein empirischer Beitrag zum gewaltverursachten Verletzungsgeschehen an Schulen in Deutschland 1993-2003, München, 2005

athletik. Beim Geräteturnen lässt sich generell feststellen, dass unabhängig von der Schulart, dem Geschlecht und der Altersgruppe bei Sprungübungen an Kasten, Bock und Pferd die Landephase nach dem Sprung über das Gerät oder Absprung vom Gerät als absolut dominierende unfallbelastete Phase anzusehen ist.<sup>16</sup>

### **Mit dem Unfall im Zusammenhang stehende Auslöser**

Sturzunfälle sind die häufigsten Verletzungsarten in Kindergärten und Schulen. Daher wird im Folgenden eine differenzierte Analyse zu den im Zusammenhang stehenden Auslösern bei Sturzunfällen in Kindergärten im Vergleich zu Grundschulen aus einer in 2002 publizierten Studie vorgestellt, um Präventionsmaßnahmen gezielter ausrichten zu können.<sup>17</sup> Im Kindergarten war fast jedes zweite Kind bei den Stürzen auf der Ebene selbst der Auslöser des Unfalls. Bei den Stürzen aus der Höhe waren am häufigsten Spielgeräte, insbesondere das Klettergerüst, beteiligt.

In Grundschulen nahm der Anteil der Kinder stark zu, die durch ein anderes Kind bedingt Sturzverletzungen auf der Ebene erlitten. Bei den Sturzunfällen aus der Höhe waren vorrangig die Schulkinder selbst Auslöser des Unfalles. Danach folgten an zweiter Stelle Sturzunfälle an Klettergerüsten und Turngeräten (insbesondere Sprossenwand).

## **2.5 Unfälle und Risikofaktoren**

Unfallrisiken sind vielschichtig. Für erfolgreiche Präventionsmaßnahmen – seien es persönliche Schutzmaßnahmen (z. B. Kinderrückhaltesysteme), Sicherheitsprodukte (z. B. Herdschutzgitter) oder gesetzliche Regelungen – sind insbesondere soziale, produkt- sowie umgebungsbezogene und kindbezogene Risikofaktoren zu berücksichtigen.

### **Soziokulturelle Risikofaktoren**

Studien in England konnten zeigen, dass eine drei- bis vierfach höhere Unfallmortalität bei Kindern besteht, deren Eltern keine berufliche Ausbildung hatten, im Vergleich zu Kindern von Eltern mit einem erlernten Beruf. Das Risiko, durch einen Wohnungsbrand zu sterben, war für Kinder von Eltern mit dem niedrigsten beruflichen Status 16-mal größer als bei Kindern von Eltern mit dem höchsten beruflichen Status. Für Unfälle als Fußgänger war das Risiko 5-mal so hoch.<sup>18, 19</sup> Eine kürzlich publizierte griechische Studie stellte fest, dass familiäre Faktoren wie junge Elternschaft, niedrige Bildung und häufiges Vorkommen von Unfällen in der Familie einen Einfluss auf die Unfallhäufigkeit der Kinder haben.<sup>20</sup> Die UNICEF Studie wies darauf hin, dass insbesondere thermische Verletzungen mit folgenden sozio-ökonomischen Risikofaktoren assoziiert sind: Armut (z. B. ärmliche Wohnverhältnisse), kinderreiche Familien, elterlicher Drogen- oder Alkoholkonsum und allein erziehende Eltern.

---

<sup>16</sup> Ellsäßer, G.: Unfälle und ihre Prävention im Schulalter. In: Büsching, U.; Paulus, P.; Schirm, H. (Hrsg.): *Arzt & Schule, Handbuch: Für die Zusammenarbeit von Arzt und Schule*. Lübeck, 2005

<sup>17</sup> Ellsäßer, G.; Diepgen, T. L.: Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 3/45, S. 267-276, 2002

<sup>18</sup> Dowswell, Th.; Towner, E.: Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review. *Health Education Research* 17/2, S. 221-237, 2002

<sup>19</sup> Roberts, I.; Power, C.: Does the decline in child injury death rates vary by social class? *BMJ* 313, S. 784-6, 1996

<sup>20</sup> Petridou, E.; Anastasiou, A.; Katsiardanis, K.; Dessypris, N.; Spyridopoulos, T.; Trichopoulos, D.: A prospective population based study of childhood injuries: the Velesino town study. *Eur J Public Health* 15(1), S. 9-14, 2005

Die Brandenburger Daten von den kinderärztlichen Untersuchungen von Schulanfängern zeigen ebenfalls seit Jahren fast durchgängig, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und Verletzungen durch Verbrühungen sowie Verletzungen im Straßenverkehr besteht. Dieser Zusammenhang ließ sich jedoch nicht für andere Verletzungsfolgen nachweisen. Des Weiteren kamen Verbrühungen signifikant häufiger in Familien mit mehr als drei Kindern vor. Die von der WHO in 2002/3 durchgeführte LARES Studie (Large Analysis and Review of European housing and health Status) zeigte ebenfalls, dass die Haushaltsgröße einen Einfluss auf die Unfallhäufigkeit hat.<sup>21</sup> Mit zunehmender Haushaltsgröße nimmt die relative Unfallhäufigkeit der Kinder zu. Besonders auffällig ist dies bei kleinsten Kindern.

Die Daten des Unfallmonitorings in Delmenhorst weisen auf einen anderen wichtigen Aspekt hin: In Migrantenfamilien kamen thermische Verletzungen bei Säuglingen und kleinen Kindern (1-4 Jahre) um ein Vielfaches häufiger vor als in deutschen Familien.<sup>22</sup> Darüber hinaus zeigt eine stadtteilbezogene Analyse auf der Basis der Krankenhausdiagnosen der in der Kinderklinik und Kinderchirurgie erfassten stationären Verletzungsfälle für die Stadt Dortmund, dass der Stadtteil Innenstadt-Nord einen Unfallschwerpunkt darstellt. Dieser Stadtteil hat mit 45% den höchsten Anteil an türkischer Bevölkerung. Die Verletzungsraten für thermische Verletzungen und Vergiftungen lagen bei kleinen Kindern um fast das Doppelte höher als der Dortmunder Durchschnitt. Bei den 5- bis 9-Jährigen zeigte sich dieser starke Unterschied auch bei den Armfrakturen.<sup>23</sup> Analoge Ergebnisse wurden in internationalen Studien gefunden. Die Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten, ein niedriger sozio-ökonomischer Status, aber auch dicht bevölkerte, multikulturelle und materiell benachteiligte Gemeinden, wurden als wichtige Einflussgrößen festgestellt.<sup>24</sup>

### **Produkt- und umgebungsbezogene Unfallrisiken**

Die kindliche Lebenswelt ist von einer Vielzahl von Produkten geprägt. Dass bei vielen Unfällen Produkte beteiligt sind, zeigen die von Erler auf der 102. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vorgetragenen Studienergebnisse.<sup>25</sup> Die Analyse von 509 verletzten und in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des CTK Cottbus stationär behandelten Kinder (<18 Jahre) ergab, dass allein 86% der Verletzungen bei Säuglingen und 69% bei kleinen Kindern im Zusammenhang mit Produkten vorkamen: im Säuglingsalter an erster Stelle Einrichtungsgegenstände (Möbel) und im Kleinkindalter insbesondere heiße Flüssigkeiten.<sup>26</sup>

In der Stadt Delmenhorst lag die Rate aller verletzten Kinder (<15 Jahre) im Beobachtungszeitraum 1998-2002 bei 13,0% (N=11.383). Stürze waren die häufigste Unfallart in allen Altersgruppen. Allein über die Hälfte der Sturzunfälle stand mit Produkten im Zusammenhang, und ein alterstypisches „Produktprofil“ konnte festgestellt werden: Im Säuglingsalter

---

<sup>21</sup> Henter, A.: Wohnbedingungen und Kinderunfälle, veröffentlicht unter [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) (29.11.2006). Sonderauswertung der WHO-LARES-Daten 2005 sowie der Repräsentativbefragung zu Heim- und Freizeitunfällen in Deutschland, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2000

<sup>22</sup> Böhmman, J.; Ellsäßer, G.: Bevölkerungsbezogenes Unfallmonitoring von Kinderunfällen in einer deutschen Stadt. Monatsschr Kinderheilkd 152, S. 299-306, 2004

<sup>23</sup> Albrecht, M.: Runder Tisch zur Prävention von Kinderunfällen, Dortmund, 2006

<sup>24</sup> Laflamme, L.: Social inequality in injury risks. Knowledge accumulated and plans for the future. Sweden's National Institute of Public Health 33, Stockholm, 1998

<sup>25</sup> Erler, T.: Unfallmonitoring und Produktsicherheit. 102. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Mainz, Abstract, 2006

<sup>26</sup> Ellsäßer, G.; Diepgen, T.L.: Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 3/45, S. 267-276, 2002

sind Stürze vom Wickeltisch am häufigsten, gefolgt von Stürzen aus dem Kinderbett. Im Kleinkindalter ereignen sich Stürze dagegen vorrangig von Spielplatzgeräten und im Schulalter am häufigsten vom Fahrrad.

Etwa 7% der häuslichen Unfälle im Kindesalter – so die Ergebnisse der letzten repräsentativen Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im Jahr 2000 – wurden durch bauliche Mängel mit verursacht.<sup>27</sup> Dazu zählten zum Beispiel glatte, unebene oder rutschige Fußböden, scharfe Kanten an Türpfosten, rutschige oder defekte Treppenstufen, Stolperstellen an den Türschwellen, unzureichende Beleuchtung im Treppenhaus oder in den Räumen. Die 2002/2003 durchgeführte LARES Studie ermittelte darüber hinaus noch weitere Wohnbedingungen, die die Unfallhäufigkeit beeinflussen: Erkennt der Wohnungsinspekteur Risikostellen wie Türschwellen am Eingang und zwischen den Räumen, lose/defekte Treppenstufen bzw. Höhenunterschiede bei den Stufen der Wohnungstreppe, ist die Zahl der Sturzunfälle bei Kindern signifikant höher.<sup>28</sup>

Insgesamt lässt sich aus diesen Daten ableiten, dass zur Vermeidung häuslicher Unfälle nicht nur ein sicheres Wohnumfeld, sondern auch seine Instandhaltung gehört. Die Kindersicherheit von Einrichtungsgegenständen und Möbeln sollte verstärkt Bestandteil des Verbraucherschutzes werden.

### **Kindbezogene Risiken**

Das kindliche Verhalten ist von Neugier und Bewegungsdrang gekennzeichnet. Gleichzeitig verfügen kleine Kinder noch nicht über ein vorausschauendes Gefahrenbewusstsein. Eine situations-adäquate Wahrnehmung und entsprechendes Reaktionsvermögen sind erst ab dem Alter von 10 Jahren voll entwickelt – so die entwicklungspsychologischen Studien von Limbourg. Erwachsene überschätzen oft die Fähigkeit ihrer Kinder, Gefahren selbst zu erkennen und beherrschen zu können. Daher ist die Vermittlung von Wissen über die physische und psychische Entwicklung des Kindes und seiner altersbezogenen Fähigkeiten von großer Bedeutung und fördert Sicherheitsbewusstsein bei Eltern.<sup>29</sup> Es gilt nicht, Kinder in einem „Hochsicherheitstrakt“ aufwachsen zu lassen, sondern die Umgebung so sicher zu gestalten, dass Kinder sich dort frei bewegen können. Die Entwicklungspsychologie hat in Deutschland insbesondere die Verkehrserziehung von Kindern maßgeblich beeinflusst und sollte auch bei der Unfallprävention im häuslichen Bereich stärker ihren Niederschlag finden.<sup>30, 31</sup>

---

<sup>27</sup> Henter, A.: Kinderunfälle in Heim und Freizeit, S. 3, veröffentlicht unter [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) (29.11.2006). Sonderauswertung des Datensatzes der Repräsentativbefragung zu Heim- und Freizeitunfällen in Deutschland, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2000

<sup>28</sup> Henter, A.: Wohnbedingungen und Kinderunfälle. veröffentlicht unter [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) (29.11.2006). Sonderauswertung der WHO-LARES-Daten 2005 sowie der Repräsentativbefragung zu Heim- und Freizeitunfällen in Deutschland, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2000

<sup>29</sup> Berfenstam, R.: Kinderunfälle: Was wirkt? Gute Erfahrungen aus Schweden. Brandenburgisches Ärzteblatt 5, S. 184-7, 1998

<sup>30</sup> Limbourg, M.: Entwicklungspsychologische Voraussetzungen für das sicherheitsorientierte Verhalten von Kindern. Sicher Leben: Kindersicherheit: Was wirkt? - Ursachen und Vermeidung von Unfällen im Kindesalter, S. 46-58, Wien, 1995

<sup>31</sup> Limbourg, M.: Kinder sicher unterwegs - Verkehrs- und Mobilitätserziehung mit den Schwerpunkten Sicherheitserziehung und Unfallprävention. In: Siller, R. (Hrsg.): Kinder unterwegs - Schule macht mobil. Verkehrs- und Mobilitätserziehung, 2003

Eine wichtige Rolle spielen auch fehlende Bewegungserfahrungen der Kinder und dadurch bedingte motorische Defizite<sup>32</sup>. Bei älteren Kindern ist die Fähigkeit zum Umgang mit Risiko und Abenteuer (Risikokompetenz) bei der Unfallvermeidung von hoher Bedeutung, z. B. bei modernen Freizeitsportarten und/oder im Straßenverkehr.

Anhand der hier lediglich kurz skizzierten Aspekte zu Unfallfaktoren wird deutlich, wie weit das Spektrum der einzubeziehenden Fach- und Methodenkompetenz aus Wissenschaft und Praxis unterschiedlicher Disziplinen für die Realisierung eines umfassenden Kinderunfallpräventionsprogramms ist.

### **3. Erfolgreiche Interventionen zur Prävention von Kinderunfällen**

Erfahrungen in Skandinavien und im angelsächsischen Raum, wo seit vielen Jahren in weitreichender Form Programme zur Verhütung von Kinderunfällen realisiert werden, zeigen ebenso wie Analysen internationaler Forschungsergebnisse, welche Interventionen zu nachweisbaren präventiven Effekten führen.<sup>33, 34</sup> Diese Ergebnisse machen deutlich, dass es durchaus eine Fülle von Maßnahmen zur Reduktion von Kinderunfällen gibt, die evidenzbasiert sind. Aufbauend auf diesen positiven Modellen und in Verbindung mit dem Wissen über typische Unfallhergänge kann so auch in Deutschland die Prävention von Kinderunfällen gezielt mit Hilfe wirksamer Maßnahmen ansetzen.

Folgende Interventionen haben sich in besonderem Maße bewährt:

#### **Gesetzgeberische Maßnahmen**

Geschwindigkeitsbegrenzungen, gesetzliche Regelungen zu Autokindersitzen und Helmpflicht tragen eindeutig zu einer Reduktion von Verletzungshäufigkeit und -schwere bei. Rauchmelder, Richtlinien zu kindersicheren Verpackungen und sicheren Produkten haben ebenfalls nachgewiesene Auswirkungen auf die Zahl der Kinderunfälle.

#### **Gezielte Aufklärungs- und Erziehungsprogramme**

Studienergebnisse aus Präventionsprogrammen von häuslichen Unfällen bei Kindern in Kanada, in den USA, England und Schweden konnten zeigen, dass die persönliche Information von Eltern über wichtige Gefahrenstellen und sinnvolle Schutzvorkehrungen (beispielsweise Ausstattung der Wohnung mit Rauchmeldern, Wegschließen von Medikamenten und Reinigungsmitteln, Herdschutz- und Treppenschutzgitter, Anbringen von Fensterriegeln) einen nachweisbaren Einfluss auf die Verhinderung von Unfällen bei Kindern hat. Dabei ist eine gezielte ärztliche Aufklärung von Eltern gerade kleiner Kinder besonders effektiv. Auch Maßnahmen zum Training von Kindern selbst haben Erfolge gezeigt, so zum Beispiel in der Mobilitätserziehung (sicheres Verhalten im Straßenverkehr, Fußgängerprogramme, Fahrradtrainings).

---

<sup>32</sup> Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Bewegung und Kinderunfälle - Chancen motorischer Förderung zur Prävention von Kinderunfällen, München, 2005

<sup>33</sup> Health Development Agency (Hrsg.): What works in preventing unintentional injuries in children and young adolescents. An updated systematic review, London, 2001

<sup>34</sup> European Child Safety Alliance (Hrsg.): Child Safety Good Practice Guide, Amsterdam, 2006

## Gemeindeorientierte Zugänge

Maßnahmen, die auf der Gemeindeebene ansetzen (Community based programs), haben sich als besonders wirksam erwiesen.<sup>35</sup> Wichtige Elemente hierbei sind eine langfristige Strategie, klare Zuständigkeiten, gute lokale Daten und ressortübergreifende Kooperationen in lokalen Netzwerken. Hierauf baut beispielsweise auch das WHO-Projekt „Sichere Gemeinde“ an den betreffenden Standorten auf (in Deutschland derzeit in Rendsburg).

Es bleibt festzustellen, dass die Kombination von gesetzgeberischen Prozessen, der Veränderung der Umgebung der Kinder (Wohnumfeld, Zuhause, Produkte) mit Aufklärung, erzieherischen und beratenden Maßnahmen gute Möglichkeiten bieten, eine Verringerung der Zahl der Kinderunfälle effektiv zu erreichen.

## 4. Die Prävention von Kinderunfällen in Deutschland

Die Daten der seit 2003 bestehenden gemeinsamen Fachdatenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V. belegen, wie vielfältig das Feld der beteiligten Akteure und ihrer Angebote ist. In folgenden Arbeitsfeldern der Unfallprävention im Kindesalter werden in Deutschland – auf regionaler, landesweiter sowie bundesweiter Ebene – derzeit Maßnahmen durchgeführt:

- Straßenverkehr
- Kindergarten und Schule
- Haus und Freizeit
- Brandschutz
- Wassersicherheit
- Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung
- Verbraucherschutz / gesetzliche Grundlagen, Normen und Richtlinien

Abgesehen von einzelnen Kooperationsprojekten arbeiten immer noch viele Akteure unverbunden nebeneinander – eine Herausforderung und Chance für eine übergeordnete Koordinationsstruktur, durch die zielgerichtete Synergien aufgebaut, vernetzte Handlungsstrategien entwickelt und interdisziplinäre Grundlagen erarbeitet werden könnten.

Auf nationaler Ebene hat die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e. V. mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Förderern aus der Wirtschaft seit 1997 – zunächst unter dem Dach der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. – diese Koordinations- und Vernetzungsaufgabe in der Prävention von Kinderunfällen übernommen. Die BAG bildet ein Bündnis zum Informations- und Erfahrungsaustausch, zur Kooperation und Koordinierung, zur Initiierung und Erprobung von Maßnahmen sowie zur Ressourcenbündelung und -beschaffung. Die BAG ist Mitglied in der European Child Safety Alliance (ECSA), die unter anderem auch ein Projekt zur Entwicklung von Aktionsplänen zur Kindersicherheit auf europäischer Ebene realisiert. Die BAG ist seit 2002 als rechtsfähiger Verein auf dem Wege, ihre Netzwerkfunktion, ihr fachliches Gewicht, ihre öffentliche Wirkung weiter auszubauen, damit sie als Dachverband und als Lobby zunehmend für eine Stärkung der Prävention von Kinderunfällen in Deutschland sorgen kann. Mit der Etablierung des bundesweiten Kindersicherheitstages (jedes Jahr am 10. Juni) besteht bereits ein medienwirksamer nationaler Event mit steigendem öffentlichem Bekanntheitsgrad. Einen ersten wesentlichen Schritt zu mehr Transparenz in dem noch sehr heterogenen Feld der Unfallprävention stellt die von der BAG in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellte Online-Fachdatenbank [www.bzga.de/kindersicherheit](http://www.bzga.de/kindersicherheit) dar.

---

<sup>35</sup> Towner, E.; Ward, H.: Prevention of injuries to children and young people: the way ahead for the UK. Injury Prevention; 4 (suppl), S. 17-25, 1998

Hier wurden Materialien, Maßnahmen und Fortbildungsaktivitäten bundesweit zusammengetragen und systematisch aufbereitet. Auch die Webseite der BAG [www.kindersicherheit.de](http://www.kindersicherheit.de) mit mehr als 70.000 Zugriffen jährlich bündelt Informationen zur Kindersicherheit über alle Altersgruppen und Unfallarten hinweg.

Auf Länderebene gibt es in drei Bundesländern abgestimmte, landesweite Aktivitäten zur Kindersicherheit. In Brandenburg und Niedersachsen wurde die Prävention von Kinderunfällen als landesweites Gesundheitsziel von allen relevanten Akteuren verabschiedet. In Schleswig-Holstein fördert das Land verschiedene Maßnahmen zur Unfallprävention und unterstützt Modellkommunen. In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg gibt es sehr aktive lokale Netzwerke gegen Kinderunfälle. In anderen Bundesländern, z. B. in Nordrhein-Westfalen und Bayern, existieren in einzelnen Kommunen effektive Vernetzungs- und Angebotsstrukturen zur Prävention von Kinderunfällen.

Die jetzt entwickelten Ziele, Zielbereiche und Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention bauen auf diesen Erfahrungen auf EU-, Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene auf.

## **5. Zielbereiche, Ziele und Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland**

Unfälle sind für die nachwachsenden Generationen ein vorrangiges Problem und haben weit reichende individuelle, soziale und ökonomische Folgen. Die Präventionspotenziale in Deutschland sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft: Durch die föderale Struktur unseres Gemeinwesens und die Trennung unterschiedlicher gesellschaftlicher Sektoren (Bildung, Wirtschaft, Verkehr und Gesundheitsversorgung) sind stets in besonderem Maße Querschnittsaufgaben der Kooperation, der Koordination und der Vernetzung gefordert, um die vorhandene Fülle von Einzelinitiativen synergetisch nutzen zu können und damit einer Aufsplitterung des Arbeitsfeldes „Kinderunfallprävention“ entgegenzuwirken.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Erkenntnisse müssen deshalb zukünftig verstärkte Anstrengungen unternommen werden, die bereits vorhandenen Ressourcen weiter zu bündeln, neue zu erschließen und mit möglichst allen Kooperationspartnern zu einer gemeinsam getragenen Zielorientierung in der Prävention von Kinderunfällen zu gelangen.

Der Impuls zur forcierten systematischen Weiterentwicklung in diesem Problemfeld ist zwingend erforderlich,

- um auf die geänderten Lebensbedingungen und das sich wandelnde Freizeitverhalten in Deutschland zu reagieren;
- um eine grundsätzlich altersspezifische und lebensweltbezogene Ausrichtung der Unfallprävention zu etablieren;
- um eine Gleichbehandlung aller Unfallbereiche zu erreichen – vor allem der epidemiologischen Bedeutung der Unfälle in Heim und Freizeit gerecht zu werden;
- um auch Synergieeffekte zwischen verschiedenen Präventionsbereichen zu erzielen;
- um mehr als bisher Zielgruppen zu erreichen, die ein hohes Unfallrisiko tragen, aber durch die bisherigen Präventionsmaßnahmen kaum angesprochen werden konnten.

Das nachfolgende Tableau systematischer Handlungsempfehlungen ist der Idee einer gemeinschaftlichen, ressortübergreifenden Unfallprävention verpflichtet und orientiert sich an folgenden Leitfragen:

- Welche Unfallarten sind epidemiologisch von hoher Relevanz in dem jeweiligen Setting?
- Wie groß ist die Interventionsbarkeit?
- Welche zielgruppenspezifischen, alterstypischen Informationen sind notwendig?
- Welche anderen Interventionsebenen außer der der Informationsvermittlung sind zielführend?
- Welche Maßnahmen entsprechen am besten der Zielvorgabe?
- Welche Partner müssen einbezogen werden?

Insgesamt wurden fünf Zielbereiche identifiziert, in denen einerseits erheblicher Handlungsbedarf besteht und andererseits eine systematische und integrierte Herangehensweise tatsächlich möglich ist. Die ersten vier Zielbereiche entsprechen zunächst den vier relevanten Settings, in denen Kinder aufwachsen und in denen entsprechende Interventionen zur Reduzierung von Kinderunfällen führen sollen:

1. Familie und Freizeit
2. Kindertagesstätten
3. Schulen
4. Kommunen

Der fünfte Zielbereich deckt die Querschnittsaufgaben für eine gelingende Unfallprävention in Deutschland ab und zielt auf die

5. Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Unfallprävention (Produktsicherheit, Datenerfassung und Forschung, Qualitätssicherung und ressortübergreifende Zusammenarbeit)

Die Zielbereiche bauen aufeinander auf und sind eng miteinander verzahnt. Für alle fünf Zielbereiche wurden klare Zieldefinitionen vorgenommen. Insgesamt soll die Gesamtzahl der Kinderunfälle bis zum Jahr 2012 um 20% gesenkt werden. Dabei geht es nicht um die absolute Zahl von Kinderunfällen, die aufgrund von sinkenden Kinderzahlen wahrscheinlich ohnehin sinken werden, sondern um eine Senkung der Unfallraten für die jeweiligen Altersgruppen im Zeitraum von fünf Jahren.

Die Zielperspektiven der „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland“ sind damit wie folgt zu beschreiben:

**Oberziel: Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Deutschland um 20% reduziert.**

Dieses Oberziel soll durch eine effektive Verfolgung nachstehender Ziele erreicht werden:

- Ziel 1: Bis zum Jahr 2012 ist die Kinderunfallrate in Familie und Freizeit reduziert und die Kompetenz von Kindern und Eltern im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.**
- Ziel 2: Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Kindertagesstätten reduziert und die Kompetenz von Kindern, Eltern und Erzieher/innen im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.**
- Ziel 3: Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Schulen und auf dem Schulweg reduziert und die Kompetenz von Kindern, Eltern, Lehrer/innen und Betreuungspersonal, Schulträger, Schulaufsicht im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.**
- Ziel 4: Bis zum Jahr 2012 machen Kreise und Städte Kinderunfälle zu einem prioritären Thema, um die Zahl der Kinderunfälle zu verringern.**
- Ziel 5: Bis zum Jahr 2012 sind die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter nachhaltig verbessert.**

Die Umsetzung dieser weit reichenden Ziele ist nur durch eine weitere Ausdifferenzierung in relevante Teilziele und die Benennung konkreter Maßnahmen möglich. Damit schnell Partner für die Umsetzung der Ziele gewonnen werden können, wurden zudem so genannte „Startermaßnahmen“ definiert, die zuerst realisiert werden sollen. Dabei sollen bereits laufende erfolgreiche Modelle weiterentwickelt und ausgeweitet werden. Ebenso können bestehende allgemeine gesundheitspräventive Ansätze für Kinder die Unfallprävention verstärkt berücksichtigen.

Dieses Zielkonzept bildet damit den Einstieg in eine systematische und effektivere Prävention von Kinderunfällen in Deutschland. Es versteht sich – sowohl bezogen auf die Handlungsbereiche als auch auf die Ziele, Teilziele und Maßnahmen – nicht als abschließendes Dokument für diesen Bereich, sondern als Matrix, die im Prozess der Zusammenarbeit verschiedener Partner weiterentwickelt und ergänzt werden muss.

Eine effektive Zielerreichung ist nur möglich, wenn insbesondere Zielgruppen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen einbezogen werden, die bislang kaum erreicht wurden. Deshalb fokussieren einige Teilziele auf die Ansprache dieser Zielgruppen. Alle Zielbereiche können nur umgesetzt werden, wenn ein Ineinandergreifen von Angeboten vor Ort, landes- und bundesweiten Angeboten funktioniert sowie eine gelungene Öffentlichkeitsarbeit auf allen genannten Ebenen stattfindet. Dabei sollten massenkommunikative Strategien durch direkte Ansprache der relevanten Zielgruppen in Form von personaler Kommunikation ergänzt werden.

Alle Maßnahmen müssen evaluiert werden. Hierfür sind geeignete Evaluationsmethoden zu entwickeln. Indikatoren zur Zielerreichung können bei den Teilzielen sehr pragmatisch definiert werden. Hier sind die umsetzenden Kooperationspartner gefordert, die jeweiligen Kriterien und Maßeinheiten festzulegen. Die Gesamtzielerreichung selbst kann nur durch ein systematisches Unfallmonitoring auf nationaler Ebene nachgewiesen werden. Wenn der nationale Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts fortgesetzt wird, bietet sich hier ein guter Ansatzpunkt für die Gesamtevaluation. Das Robert Koch-Institut wird in Kürze die Ergebnisse des Surveys zum Unfallgeschehen veröffentlichen und damit den Ausgangspunkt für die Evaluation der Gesamtzielerreichung bereitstellen.

Im Folgenden werden die unfallbezogenen und präventionsrelevanten Aspekte in den genannten Settings einfühend geschildert. Daraufhin werden in tabellarischer Form Zielbereiche, Ziele, Teilziele, Maßnahmen, Startermaßnahmen und (potenzielle) Kooperationspartner dargestellt. Beispielhaft sind dabei einige Institutionen genannt, die an der Erstellung des Papiers beteiligt waren oder sich bereits zu einer Kooperation bereit erklärt haben.

## 5.1. Prävention von Kinderunfällen im Setting „Familie und Freizeit“

Die häusliche Umgebung und die Lebensumstände der Familie haben gerade bei Kindern bis 5 Jahren, aber auch darüber hinaus einen großen Einfluss auf das Unfallgeschehen. Der Heim- und Freizeitbereich ist der häufigste Unfallort im Säuglings- und Kleinkindalter. Auch die meisten tödlichen Unfälle von Kindern unter 5 Jahren passieren im häuslichen Bereich. Die vier häufigsten Todesursachen sind Ersticken, Stürze aus Gebäuden, Brände und das Ertrinken. Stürze sind der häufigste Verletzungsmechanismus im Heim- und Freizeitbereich bei allen Kindern unter 15 Jahren. Sie zeigen ein altersbezogenes Produktprofil (s. 2.5). Thermische Verletzungen sind am häufigsten im Alter von 1-2 Jahren und nehmen in dieser Altersgruppe zu.

Über die Hälfte der Bevölkerung lebt in Familien. Die meisten minderjährigen Kinder leben nach wie vor bei ihren verheirateten Eltern und mit mindestens einem weiteren Geschwisterkind zusammen (61%). Im Jahr 2005 gab es in Deutschland 2,6 Millionen allein erziehende Elternteile, davon 87% Mütter. Die durchschnittliche Kinderzahl von Familien mit minderjährigen Kindern betrug 2005 1,61 Kinder.<sup>36</sup> Die Mehrzahl der Familien lebt in sicheren materiellen Verhältnissen. Es wird aber ein Anstieg der Armutsrisikoquote von Familienhaushalten konstatiert, der im Vergleich zu 1998 von 12,6% auf 13,9% gestiegen ist. Rund 1,1 Millionen Bezieher von Sozialhilfe sind Kinder unter 18 Jahren. Mit einer Sozialhilfequote von 7,2% (2003) weisen sie im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (3,4%) einen deutlich höheren Hilfebedarf auf.<sup>37</sup>

Ein geringer Bildungsstand der Eltern, mangelnde Sprachkenntnisse, Arbeitslosigkeit, ökonomische Probleme, z. B. nach Trennung und Scheidung, sowie mangelnde elterliche Kompetenzen im Haushalts- und Zeitmanagement sind gesundheitliche Risikofaktoren für Kinder. Kinder aus Familien mit erhöhtem Armutsrisiko haben häufiger als nicht arme Kinder gesundheitliche Probleme oder sind in ihrer körperlichen und sozialen Entwicklung zurückgeblieben.

35% der 8- bis 9-jährigen Kinder nutzen öffentliche Spielplätze. Kinder aus oberen Sozialschichten nutzen diesen öffentlichen Raum nur zu 20%, Kinder aus unteren Sozialschichten zu 50%. Der Zugang zu kostenpflichtigen Freizeitangeboten kommerzieller, sportlicher und kultureller Art in der näheren Umgebung wird mit sinkendem Familieneinkommen geringer. Bei Familien mit niedrigem Einkommen kommt es seltener zu gemeinsamen Familienaktivitäten. 24% der Vorschulkinder sitzen nach Auskunft ihrer Mütter oft allein vor dem Fernsehapparat; in der Altersgruppe der 8- und 9-Jährigen sind es 38%.<sup>38</sup>

Die Sensibilisierung von Eltern und Kindern für Unfallgefahren zu Hause und in der Freizeit wird durch die Tatsache erschwert, dass es wenig zugehende präventive Angebote gibt. Es fehlen Maßnahmen, die Familien persönlich in ihrem privaten Lebensbereich ansprechen – dort wo möglicherweise Unfallrisiken unmittelbar beseitigt werden könnten. Kampagnen und breite Öffentlichkeitsarbeit erreichen oft nur Familien, die bereits eine relativ hohe gesundheitliche Kompetenz haben.

---

<sup>36</sup> Destatis: Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Presseexemplar, S. 41 ff., Wiesbaden, 2006

<sup>37</sup> Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Kurzfassung, S. 14 ff., Bonn, 2005

<sup>38</sup> Deutsches Jugendinstitut: Kinderpanel. 1. Welle (2006): Familie & Freizeit. [www.dji.de](http://www.dji.de) (4.12.2006)

Zielbereich 1: Familie und Freizeit	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperationspartner *
<b>Ziel 1:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 ist die Kinderunfallrate in Familie und Freizeit reduziert und die Kompetenz von Kindern und Eltern im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.</b>	1. Eltern und Kinder sind bis 2012 flächendeckend über alterstypische Unfallgefahren und wirksame Präventionsmaßnahmen aufgeklärt	1. Beratung durch Hebammen, Frauenärzte/innen, Kinderärzte/innen und andere Fachkräfte in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren	1. Verankerung von Unfallprävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Berufsverbände der Hebammen, Paulinchen e. V.
		2. Verbindliche Beratung durch Kinderärzte/innen im Rahmen der U- und J1-Untersuchungen	1. Überarbeitung der Untersuchungsinhalte und Schulung der (Kinder-)Ärzte/innen	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin BZgA
		3. Informationsvermittlung durch Vereine und freie Träger (z. B. Familien- und Bildungseinrichtungen, Sportvereine und PEKIP-Gruppen)	1. Verankerung der Unfallprävention in der Übungsleiter/innen-Ausbildung	Deutscher Turner-Bund, Deutscher Olympischer Sportbund, Deutscher Fußballbund
			2. Informationsangebote für Eltern zur Unfallverhütung	Deutscher Verkehrssicherheitsrat, Paulinchen e. V.
		4. Integration der Aktivitäten aller Verbände und Institutionen, die Prävention von Kinderunfällen betreiben (s. Online-Datenbank <a href="http://www.bzga.de/kindersicherheit">www.bzga.de/kindersicherheit</a> )		
		5. Entwicklung aufsuchender begleitender Maßnahmen für Familien	1. Flächendeckender Aufbau von Familienhebammen-Strukturen und Verankerung der Prävention von Kinderunfällen im Tätigkeitsfeld	Kommunen
		6. Entwicklung von zielgruppenspezifischen Konzepten für Kinder von 10-14 Jahren	1. Es sollen Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, die Kindern den Umgang mit riskanten Situationen vermitteln.	
	2. Haushalte mit Kindern sind bis 2012 sicher und kindgerecht gestaltet	1. Sichere Ausstattung des gesamten Wohnbereiches, z. B. Fensterriegel, Treppensicherung oder Herdschutz, FI-Schutzschalter, Wasserthermostate und Rauchmelder)	1. Verbesserung der gesetzliche Regelungen	Zuständige Ministerien der Länder
			2. Kampagnen mit Herstellern von Sicherheitsartikeln	Paulinchen e. V.
		2. Sichere und kindgerechte Möblierung des Kinderzimmers (z. B. Wickelkommode, Hochbetten)	1. Kampagnen mit Herstellern von Kindermöbeln und mit dem Fachhandel	

\* Beispielfhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

<b>Zielbereich 1: Familie und Freizeit</b>	<b>Teilziele</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Startermaßnahmen</b>	<b>Kooperations- partner*</b>
<b>Ziel 1:  Bis zum Jahr 2012 ist die Kinderunfallrate in Familie und Freizeit reduziert und die Kompetenz von Kindern und Eltern im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.</b>	3. Der äußere häusliche Bereich von Kindern ist bis 2012 sicher und kindgerecht gestaltet	1. Sichere Ausstattung von Treppen, Balkons und Garagen		
		2. Sichere Ausstattung von Gärten (z. B. Sicherung von Wasserstellen und Verwendung sicherer Außenspielgeräte)	1. Gesetzliche Regelungen zur Sicherung von stationären Pools und Gartenteichen	
	4. Zielgruppen mit hohem Unfallrisiko insbesondere aus bildungsfernen Schichten werden durch besondere Maßnahmen erreicht.	1. Ausbildung muttersprachlicher Multiplikatoren/innen zur Unfallprävention	1. Sensibilisierung und Gewinnung von Schlüsselpersonen aus Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund sowie gemeinsame Konzeptentwicklung	Beteiligte der lokalen MiMi- (Mit Migranten für Migranten) Projekte
		2. Entwicklung von kulturspezifischen Informationsmaterialien		Zentren für Integration, Gesundheits- zentren für Migranten
	5. Die Zahl der Verkehrsunfälle mit Beteiligung von Kindern ist reduziert und die damit verbundenen Unfallrisiken im Straßenverkehr sind minimiert	1. Sensibilisierung von Eltern über risikorelevante Aspekte der Verkehrsteilnahme von Kindern	1. Informationsangebote zur richtigen Sicherung von Kindern im Pkw	
	2. Informationsangebote zur Vorbereitung auf die Verkehrsteilnahme von Kindern als Fußgänger			
	3. Informationsangebote zur Vorbereitung auf die Verkehrsteilnahme von Kindern als Radfahrer			

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

## 5.2. Prävention von Kinderunfällen im Setting „Tageseinrichtungen für Kinder“

Das Setting „Kindergarten“ erhält als „Ort“ für die Unfallprävention seine Bedeutung durch die Möglichkeit, einerseits die Kinder zu einem sehr frühen Zeitpunkt für gefährliche Situationen zu sensibilisieren, sie zu sicherheitsgerechtem Verhalten zu erziehen und ihnen altersgemäß entsprechendes Wissen zu vermitteln. Über die Kinder besteht andererseits aber auch die Möglichkeit, die Eltern zu erreichen und so ggf. auch den Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen zu erhalten.

Die Zahlen der Jugendhilfestatistik weisen 2004 eine Gesamtzahl von etwa 48.000 Kindertagesstätten für Deutschland aus.<sup>39</sup> Die Besuchsquote variiert nach Altersgruppe, regionalen Bedingungen und sozialen Merkmalen der Eltern. Bei Kindern im Kindergartenalter nimmt die Besuchsquote mit steigendem Nettoeinkommen zu, von 74% in der niedrigsten auf 83% in der höchsten Einkommensgruppe.<sup>40</sup> Danach kann von einer „Unterrepräsentanz bildungsferner Milieus“ im vorschulischen Bereich gesprochen werden.

Ziel einer ganzheitlichen Sicherheitserziehung in Kindertageseinrichtungen ist es, Kinder, Eltern, Erzieher/innen und die Verantwortlichen auf Trägerebene über die Möglichkeiten der Prävention aller relevanten Unfälle in dieser Altersgruppe aufzuklären, die in der Kindertagesstätte, auf dem Weg dorthin oder auch zu Hause passieren können.

1990 wurde den Kindertageseinrichtungen mit dem SGB VIII der Auftrag gegeben, Kindern neben Betreuung und Erziehung auch Bildung anzubieten. Seither sind die Bundesländer dabei, Bildungsprogramme zu formulieren und zu erproben. Die bundesweite Akzeptanz und Aufnahme der „Prävention von Unfällen“ als relevantes Bildungsziel ist ein wichtiger Baustein zur Weiterentwicklung der Prävention von Unfällen in Deutschland und zentrales Ziel dieser Empfehlungen.

Die sich wandelnde Struktur in Kindertageseinrichtungen wird die Unfallverhütung vor neue Anforderungen stellen. Die Einschulung wird in den kommenden Jahren sukzessiv statt mit 6-7 Jahren mit 5-6 Jahre erfolgen. Entsprechend wird sich das Alter der Kindergartenkinder ebenfalls um ein Jahr verjüngen. Dadurch werden andere Unfallschwerpunkte entstehen, die Sicherheitsanforderungen an die Ausstattung der Einrichtungen und auch die Bildungsansprüche werden sich ändern. Auch der zunehmende Anteil von altersgemischten Gruppen in Kindertageseinrichtungen, d. h. eine höhere Zahl von Kindern unter drei Jahren, wird den Kindergartenalltag und ebenfalls das Unfallgeschehen verändern.

Zunehmend gewinnen auch andere Bereiche der Kindertagespflege, z. B. Tagesmütter an Bedeutung. Deshalb beziehen sich die Ziele für das Setting „Tageseinrichtung“ explizit auch auf die übrigen Bereiche der Kindertagespflege.

---

<sup>39</sup> Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Teil III.1 - Einrichtungen und tätige Personen 2002, Wiesbaden, 2004

<sup>40</sup> Fuchs, K.: Wovon der Besuch einer Kindertagesstätte abhängt...! In: Rauschenbach, T.; Schilling, M. (Hrsg.): Kinder- und Jugendhilfereport 2, S. 157-173, Weinheim und München, 2005

Zielbereich 2: Kindertages- stätte/ Tagespflege (Tagesmütter)	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperations- partner*	
<b>Ziel 2:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Kindertagesstätten reduziert und die Kompetenz von Kindern, Eltern und Erzieher/innen im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.</b>	1. Eltern, Kinder und Erzieher/innen sind flächendeckend über alterstypische Unfallgefahren informiert, so dass sie Unfallgefahren identifizieren und minimieren können	1. Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Verankerung der Unfallprävention im Bildungsauftrag der Kindertagesstätten	1. Unfallprävention in den Landesbildungsplänen verankern	Gesetzliche Unfallversicherungsträger	
			2. „Ganzheitliche Sicherheitserziehung“ in (vorhandene) Konzepte der Kindertagesstätte aufnehmen und deren Umsetzung einleiten	Gesetzliche Unfallversicherungsträger	
		2. Unfallprävention in der Aus- Fort- und Weiterbildung von Erzieher/innen verankern	1. Projektvorschläge/-pool zur Verfügung stellen	Gesetzliche Unfallversicherungsträger	
		3. Elternarbeit zur Aufklärung über Kinderunfälle	1. Organisation von Informationswegen zum Thema		
			2. Öffentlichkeitsarbeit, z. B. Berichte in einschlägigen Medien	Unfalldaten der Unfallkassen über BUK veröffentlichen	
			3. Zugangswege für schwer erreichbare Zielgruppen entwickeln	Migrantenzentren, Regionale Arbeitsgruppen für Aussiedler (RAA), Internationale Zentren	
		4. Intensivierung der Zusammenarbeit mit Schlüsselinstitutionen vor Ort, z. B. DLRG, Sportvereinen und Verkehrswachten	1. Abruf von Beratungen durch Kindertagesstätten	Gesetzliche Unfallversicherungsträger	
		2. Bis 2012 sind Sicherheitsstandards für Kindertagesstätten in den Einrichtungen erfüllt	1. Ausstattung der Einrichtung auf hohem Sicherheitsniveau (z. B. Spielgeräte, Türen, Bodenbelag, Möbel)	1. Selbstverpflichtungserklärung der Träger von Kindertagesstätten	Träger, z. B. Wohlfahrtsverbände, Kommunen
			2. Sicherheitsbeauftragte auf Kita-Ebene benennen	1. Fortbildung der Erzieherinnen zur Ersten Hilfe intensivieren	Träger, z. B. Wohlfahrtsverbände, Gesetzliche Unfallversicherungsträger

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

Zielbereich 2: Kindertages- stätte/ Tagespflege (Tagesmütter)	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperations- partner*		
<b>Ziel 2:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Kindertagesstätten reduziert und die Kompetenz von Kindern, Eltern und Erzieher/innen im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.</b>			2. Sicherheitsbeauftragte fortbilden	Träger, z. B. Wohlfahrtsverbände, Gesetzliche Unfallversicherungsträger		
		3. Formulierung und Einhalten von Sicherheitsstandards innerhalb des Kita-Teams/der Einrichtung (z. B. Prozessbeschreibungen mit Formularen)	1. Checklisten erstellen			
			2. System zur Sicherstellung erstellen			
			3. Unfallmonitoring auf Einrichtungsebene in ein Qualitätsmanagement integrieren			
	3. Bis 2012 gibt es in allen Kindertagesstätten ausreichend Bewegungsangebote für die Kinder	1. Ausreichende Bewegungsräume drinnen und draußen schaffen	1. Konzepte zur Bewegungsförderung in KiTas, z.B. Konzepte wie „Bewegte Kindertagesstätte“ flächendeckend umsetzen	Träger, z. B. Wohlfahrtsverbände, Kommunen		
					2. Die Kita schafft vielfältige Möglichkeiten zur Stärkung der Kompetenzen der Grob- und Feinmotorik und des eigenen Körperschemas u. a. auch mit Schwerpunkten zum Thema Verkehr	Träger, z. B. Wohlfahrtsverbände, Kommunen
	4. Die Zahl der Wegeunfälle ist reduziert	1. Information und Sensibilisierung der Eltern	1. Das Konzept „Zu Fuß zur Kita“ wird ausgeweitet	Deutscher Verkehrssicherheitsrat		
			2. Das Konzept „Kind und Verkehr“ wird flächendeckend umgesetzt			
			3. Vorschulkinder erkunden das Umfeld der Einrichtung z. B. mit der Polizei			

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

### 5.3. Prävention von Kinderunfällen im Setting „Schulen“

Schulen sind der häufigste Unfallort bei Kindern im Alter zwischen 5 und 15 Jahren, wobei aus versicherungsrechtlichen Gründen auch so genannte „Bagatellunfälle“ in die Statistik einfließen. Im schulischen Bereich sind tödliche Unfälle ein seltenes Ereignis. Hauptschulen zeigen die höchste Unfallquote von allen Schultypen. Die meisten Unfälle geschehen im Sport und in der Pause. Fast jeder 10. Unfall in Schulen ist ein „Raufunfall“.

Die Schule als Setting für eine nachhaltige Prävention von Kinderunfällen setzt einen ganzheitlichen, übergreifenden Unfallpräventionsansatz voraus, der auf alle Bereiche des Lebens ausstrahlt. Die Schule ist somit mehr als nur ein Lern- und Arbeitsraum, vielmehr bietet sie optimale Möglichkeiten zur Realisierung von Maßnahmen zur Unfallprävention.

In Projekten greifen Schulen die Prävention von Unfällen zumeist im Zusammenhang mit Bewegungsförderung, Verkehrserziehung, Schulwegsicherung oder Gesundheit auf. Als eigenständiges Thema finden Kinderunfälle jedoch kaum Berücksichtigung. Selbst wenn das Unfallgeschehen als bedeutsam erkannt wird, so fehlt es in vielen Schulen an einer nachhaltigen Auseinandersetzung mit dem Thema, die sich z. B. in einer Erfolgsmessung anhand der schulspezifischen Unfalldaten abbilden würde.

Gesundheitsförderung in der Schule trägt nicht nur maßgeblich zu Gesundheit und Wohlbefinden aller am Schulleben Beteiligten bei, sondern entscheidet auch darüber, in welchem Umfang die Schule ihren Erziehungs- und Bildungsauftrag erfüllen kann. Allerdings können Schulen die gesundheitlichen und sozialen Probleme nicht im Alleingang bewältigen. Die Europäische Kommission stellt fest, dass:

- das größte Potenzial für Gesundheitsförderung in der Gruppe der Jugendlichen liegt,
- die Kontextorientierung (Settingansatz) von Maßnahmen größere Beachtung finden sollte,
- der erfolgversprechendste Ansatz darin besteht, verschiedene Methoden miteinander zu kombinieren und alle Sozialpartner einzubeziehen,
- andere Politikbereiche (Umwelt, Verkehr, Bildung usw.) signifikanten Einfluss auf die Gesundheit nehmen können.<sup>41</sup>

Der gesundheitspolitische Stellenwert von Kinderunfällen, die Vernetzung von Kooperationspartnern sowie die Transparenz der Zuständigkeiten sind in der Verantwortung jedes Bundeslandes und damit der jeweiligen Schule zu verankern.

Seit Einführung der Schülerunfallversicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung wurden von den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand zahlreiche Maßnahmen, Medien und Projekte zur Förderung der Sicherheit entwickelt und von den Präventionsmitarbeitern in die Einrichtungen gebracht. Häufig orientierten sich diese Angebote an konkreten einzelnen Unfallgefahren bzw. Unfallursachen. Von allen erfassten Präventionsangeboten der Unfallversicherungsträger dominiert der Maßnahmenbereich „Aufklärung/Beratung/Erziehung“ (76%). Die „Verbesserung der Gerätesicherheit (9%)“, „Vernetzung“ (4%) und „Datenerhebung/Forschung“ (3%) haben eine geringe Bedeutung.<sup>42</sup>

Die im Folgenden genannten Ziele beziehen sich auf Kinder (bis Sekundarstufe I).. Die gymnasiale Oberstufe, Berufsschulen und andere Schulformen mit Jugendlichen bedürfen einer gesonderten Betrachtung.

---

<sup>41</sup> Europäische Kommission: Die Gesundheitssituation in der Europäischen Union.

Gesundheitsunterschiede verringern. Europäische Gemeinschaften, Luxemburg, 2003

<sup>42</sup> Recherche der Angebote von Unfallversicherungsträgern in der Datenbank „Prävention von Kinderunfällen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter [www.bzga.de/kindersicherheit](http://www.bzga.de/kindersicherheit) (4.12.2006)

Zielbereich 3: Schule	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperationspartner*
<b>Ziel 3:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Schulen und auf dem Schulweg reduziert und die Kompetenz von Kindern, Eltern, Lehrer/innen und Betreuungspersonal, Schulträger, Schulaufsicht im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.</b>	1. Eltern, Kinder, Schüler und Lehrer/innen sind flächendeckend über alterstypische Unfallgefahren informiert	1. Verankerung der Unfallprävention im Bildungsauftrag der Schulen und Aufgreifen der Themenstellungen im Unterricht sowie in Projektwochen	1. Unfallprävention in den Landesbildungsplänen verankern	Kultusministerien und jeweilige Schule (schuleigene Pläne)
			2. Erarbeitung schulspezifischer Unfallanalysezahlen durch den BUK	
		2. Beratung und Fortbildung von Beschäftigten in Bildungseinrichtungen	1. Verankerung von Unfallprävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Lehrer/innen	Kultusministerien, Gesetzliche Unfallversicherungsträger Träger der Lehreraus- und -fortbildung
			2. Zielgruppenspezifische Durchführung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, z. B. für Führungskräfte oder Sicherheitsbeauftragte	
	2. Bis 2012 erfüllen alle Schulen die entsprechenden Sicherheitsstandards	3. Elternarbeit zur Aufklärung über Kinderunfälle und Partizipation	1. Sensibilisierung von bestehenden Elternvereinen für die Prävention von Kinderunfällen	Kultusministerien, Schulen, Elternschaft
		4. Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen der Schule und Schlüsselinstitutionen		z. B. örtliche Verkehrswachen, Feuerwehren, Erste Hilfe-Organisationen, Kinderärzte/innen
				Schulträger und Schulen, Gesetzliche Unfallversicherungsträger
	3. Bis 2012 gibt es ausreichende Bewegungsmöglichkeiten im Schulalltag	1. Sicherstellung eines qualifizierten Sportunterrichtes einschließlich flächendeckenden Schwimmunterrichts	1. Konzept „Bewegte Schule“ flächendeckend umsetzen	Kultusministerien, Kommunen, Schulen
		2. Bewegungsangebote in den Pausen		
		3. Integration von Bewegung in den Unterricht, einschließlich Ganztagsbereich		

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

Zielbereich 3: Schule	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperationspartner*
<b>Ziel 3:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Schulen und auf dem Schulweg reduziert und die Kompetenz von Kindern, Eltern, Lehrer/innen und Betreuungspersonal, Schulträger, Schulaufsicht im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.</b>	4. Bis 2012 ist die Zahl der Wegeunfälle deutlich reduziert	1. Ausbau der Verkehrserziehung in Sekundarstufe 1	1. Ausbau der breitenwirksamen Projektentwicklung zum Thema öffentliche Verkehrsmittel und Fahrradfahren	Polizei, Verkehrswacht, Verkehrsbetriebe, Gesetzliche Unfallversicherungsträger
	5. Bis 2012 ist die Zahl der Sportunfälle deutlich reduziert	1. Verbesserte Aus- und Fortbildung von Sportlehrer/innen		Träger der Lehreraus- und -fortbildung
		2. Auf die Prävention von Unfällen ausgerichteter Sportunterricht	1. Berücksichtigung von Übungen zur Stärkung motorischer Kompetenzen und des Sicherheitsbewusstseins	Lehrer/innen und Kooperationspartner vor Ort
	6. Bis 2012 ist in allen Schulen ein Unfallmonitoring installiert	1. Analyse der jeweils schulspezifischen Daten		Schulträger, Schulen, Gesetzliche Unfallversicherungsträger
		2. Erarbeitung eines Bonussystems im Zusammenhang mit dem Unfallmonitoring		Gesetzliche Unfallversicherungsträger
7. Verbesserung des Schulklimas	1. Flächendeckende Umsetzung von Models of good practice aus gesundheitsfördernden Schulprojekten		Kultusministerien	

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

#### 5.4. Prävention von Kinderunfällen im Setting „Kommunen“

Das Wohnumfeld spielt beim Unfallgeschehen eine wichtige Rolle. Sowohl Unfälle im Straßenverkehr, in öffentlichen Einrichtungen und auf Spielplätzen liegen im Verantwortungs- und Steuerungsbereich der Kommunen. Deshalb sind sie ein zentrales Handlungsfeld bei der Prävention von Kinderunfällen.

Das Wort „Kommune“ oder „Gemeinde“ bezeichnet „alle lokalen Körperschaften ohne Rücksicht auf beträchtliche Unterschiede nach Einwohnerzahl, Flächengröße und Struktur“.<sup>43</sup> Es gibt allerdings keine Begriffsbestimmung mit umfassendem Geltungsanspruch für den Gemeindebegriff.<sup>44</sup> „Wichtige Definitionselemente sind aber genaue Grenzen im Raum, kleinste/unterste politische Handlungseinheit, durch Gesetz erzeugter Teil der öffentlichen Verwaltung“. In Deutschland gab es 1995 etwa 14.800 Gemeinden sehr unterschiedlicher Größe.<sup>45</sup> Weniger als ein Drittel der deutschen Bevölkerung wohnt in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern, jeweils ein Viertel aller Einwohner lebt in Mittelstädten (20-100.000 Einwohner) bzw. Gemeinden mit 5-20.000 Einwohnern.

Kinderunfälle sind bereits in vielen kommunalen Gremien und Arbeitszusammenhängen Thema. Im Verkehrsbereich sind die meisten Aktivitäten zu verzeichnen, häufig in Zusammenarbeit mit der Verkehrspolizei und den örtlichen Verkehrswachten, mit dem ADAC oder auch mit dem Personennahverkehr, mit Schulen und lokalen Initiativen. Die Erkenntnis, dass Kinderunfälle über die Thematik „Sicherheit im Verkehr“ oder „Mobilitätserziehung“ hinaus in vielen Bereichen des kommunalen Lebens und der kommunalen Angebote berücksichtigt werden können und sollten, ist allerdings die Ausnahme. Kindersicherheit bei der Stadtplanung mitzudenken, ist für viele Kommunen nicht zwingend.

Ein ressortübergreifendes, Kinderunfälle – auch die Unfälle im Heim- und Freizeitbereich – berücksichtigendes Vorgehen gibt es nur in wenigen Kommunen. Dort werden Kinderunfälle in der Gesundheitsberichterstattung behandelt, sie werden bei kommunalen Gesundheitskonferenzen erörtert oder sind „Unterthema“ von Initiativen zur Kindergesundheit. Regionale Allianzen oder Arbeitsgemeinschaften für Kindersicherheit sind noch selten anzutreffen. Selbst wenn das Unfallgeschehen als problemrelevant erkannt wird, so fehlt es in vielen Kommunen an einer nachhaltigen Auseinandersetzung mit dem Thema. Der gesundheitspolitische Stellenwert wird nicht hoch genug angesetzt oder die Zuständigkeiten sind nicht geklärt. Auch die angespannte Finanzsituation vieler Kommunen erschwert die Befassung mit der Kindersicherheit, da Prävention keine kommunale Pflichtaufgabe darstellt. Dabei gibt es gerade in der kommunalen Angebotspalette, z. B. im Bereich der Jugend-, Sozial- oder Gesundheitsämter, Fortbildungs- und Beratungsangebote, die das Thema Kinderunfälle sehr gut integrieren können. Dies wird bisher jedoch nur sehr begrenzt realisiert.

Die Aktivitäten in der Stadt Delmenhorst sind ein beispielgebendes Modell für kommunale Kinderunfallprävention. Das dortige gemeindebezogene Unfallmonitoring erfasste alle verletzten Kinder, die in den drei städtischen Kliniken stationär oder in den Notfallambulanzen behandelt wurden. Da das Einzugsgebiet der Kliniken analysiert und festgelegt werden konnte, war eine bevölkerungs- und gemeindebezogene Bewertung des Unfallgeschehens von Kindern möglich. Das Unfallmonitoring war Ausgangspunkt für gezielte gemeindebezogene Präventionsmaßnahmen. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus lokalen Akteuren wurde gegründet, um Ziele für die Unfallprävention festzulegen und gemeinsam beschlossene Maßnahmen in der Kommune umzusetzen.

<sup>43</sup> von Unruh, G.-C.: Die kommunale Selbstverwaltung. Recht und Realität.

In: ApuZ, B30-31/1989, S. 3-13, 1998

<sup>44</sup> Naßmacher, H.; Naßmacher, K.-H.: Kommunalpolitik in Deutschland, Opladen, 1999

<sup>45</sup> vgl. Deutscher Städtetag (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch Deutscher Gemeinden, Berlin, Köln, 1995

Zielbereich 4: Kommune	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperationspartner*	
<b>Ziel 4:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 machen Kreise und Städte Kinderunfälle zu einem prioritären Thema, um die Zahl der Kinderunfälle zu verringern.</b>	1. Bis 2012 sind kommunale Gesundheitsziele zur Kindersicherheit verabschiedet oder als Thema in politischen Beschlüssen verankert	1. Erarbeitung von kommunalen datenbasierten Unfallpräventionszielen und deren Verabschiedung	1. Thematisierung von Unfallprävention in kommunalen Gesundheitskonferenzen, Präventionsräten oder im Gesundheitsausschuss des Rates	Institutionen auf Länderebene (Ministerien, Landesgesundheitskonferenzen, Landesärztekammern, Landesfeuerwehrverbände etc.)	
		2. Identifizierung von Risikogruppen			
		3. Verstärkung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit			
		4. Entwicklung und Erprobung eines Labels „Kindersichere Gemeinde“	1. Erarbeitung von Kriterien und Standards für eine „kindersichere Gemeinde“ (Punktesystem)	1. Erarbeitung von Kriterien und Standards für eine „kindersichere Gemeinde“ (Punktesystem)	Gesunde-Städte-Netzwerk, WHO Büro Bonn
	2. Entwicklung eines Konzeptes für die Gewinnung von teilnehmenden Gemeinden und deren (öffentlichkeitswirksame) Begleitung, z. B. Kick-off Veranstaltung		2. Entwicklung eines Konzeptes für die Gewinnung von teilnehmenden Gemeinden und deren (öffentlichkeitswirksame) Begleitung, z. B. Kick-off Veranstaltung	Länder, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Städtetag	
	3. Durchführung eines Rankings (Benchmarking) zur Bekanntmachung positiver Beispiele kindersicherer Gemeinden		3. Durchführung eines Rankings (Benchmarking) zur Bekanntmachung positiver Beispiele kindersicherer Gemeinden	Deutsches Institut für Urbanistik	
	2. Bis 2012 ist in Kommunen die Zahl regionaler Bündnisse zur Kinderunfallprävention erhöht	1. Entwicklung eines Botschafter-Konzeptes	1. Erfassung der Kommunen, in denen es bereits lokale Allianzen zur Prävention von Kinderunfällen gibt, und Darstellung der Arbeitsschwerpunkte	1. Erfassung der Kommunen, in denen es bereits lokale Allianzen zur Prävention von Kinderunfällen gibt, und Darstellung der Arbeitsschwerpunkte	Gesunde-Städte-Netzwerk  Lokale Partner, einschließlich Unternehmen, Gewerbe und Vereine
			2. Ernennung kommunaler Kindersicherheitsbeauftragter oder Kinderunfallkommissionen	2. Ernennung kommunaler Kindersicherheitsbeauftragter oder Kinderunfallkommissionen	
			2. Vernetzung von Familien, Kindertageseinrichtungen, Schulen und kommunalen Einrichtungen		

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

Zielbereich 4: Kommune	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperationspartner*
<b>Ziel 4:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 machen Kreise und Städte Kinderunfälle zu einem prioritären Thema, um die Zahl der Kinderunfälle zu verringern.</b>	3. Bis 2012 sind sichere Bewegungsräume in den Kommunen vorhanden	1. Regelmäßige Überprüfung der vorhandenen Spielplätze und Behebung der festgestellten Mängel	1. Durchführung von Aktionstagen und regelmäßige Begehung öffentlicher Spielplätze, Spielplatzpaten-Modelle	Kommunen
			2. Bereitstellung ausreichender kommunaler Mittel für die Instandhaltung von Spielplätzen	
		2. Erhalt und Ausbau von kommunalen Sporteinrichtungen, Schwimmbädern und Freiflächen zum Spielen		
		3. Schaffung sicherer Zugangswege für Kinder		
	4. Bis 2012 nehmen Kommunen ihre Verantwortung für Risikogruppen in verstärktem Maße wahr	1. Einbeziehung des Themas Kinderunfälle in kommunale Projekte für sozial benachteiligte Familien		Beteiligte der lokalen MiMi-Projekte
		2. Ausbau zugehender Angebote, z.B. im Rahmen des MiMi-Gesundheitsprojektes für Migrantenfamilien		
	5. Bis 2012 sind in allen Städten über 100.000 Einwohner mehr Tempo-30-Zonen in Wohngebieten eingerichtet als in 2007	1. Maßnahmen zur Durchsetzung des Tempo 30 in Wohngebieten, im Umfeld von Schulen und Kindergärten		Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund
		2. flankierende Maßnahmen unter Einbeziehung des Status quo des Verkehrsraumes		
	6. Bis 2012 ist das Radwegenetz in deutschen Städten ausgebaut und sicherer gestaltet als in 2007	1. Unfallpräventiv orientierter, richtliniengerechter Umbau von Einmündungen und Kreuzungen		Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

## **5.5. Querschnittanforderungen an die Verbesserung der Prävention von Kinderunfällen in Deutschland**

Die Ziele in den vier benannten Settings sind nur zu erreichen, wenn die Rahmenbedingungen für die Prävention von Kinderunfällen in Deutschland verändert werden. Dazu ist es notwendig, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen staatlichen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) einerseits und den für Kinder wesentlichen Akteuren des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereiches andererseits zu verbessern. Darüber hinaus ist eine settingübergreifende Konzeption von Maßnahmen anzustreben. Der Zielbereich „Rahmenbedingungen“ führt deshalb Querschnittanforderungen zusammen.

Die Datenlage, die den Handlungsbedarf verdeutlicht und gleichzeitig Erfolgsmessungen ermöglicht, muss verbessert werden. Die Verbesserung der Datenlage ist eine Vorbedingung, um Maßnahmen im Bereich der Kindersicherheit sorgfältig zu planen und ein hohes Qualitätsniveau zu erreichen. Qualitätssicherung von Maßnahmen ist gerade in dem heterogenen Feld der Prävention von Kinderunfällen eine besondere Herausforderung. Nicht alle gut gemeinten Maßnahmen sind tatsächlich effektiv. Studienergebnisse und Erkenntnisse zur Unfallprävention, die auf europäischer Ebene gewonnen wurden, sollten systematisch und kontinuierlich ausgewertet werden und in die zukünftige Arbeit der Kinderunfallprävention in Deutschland einfließen.

Zu einer wirksamen Verhältnisprävention kann die Erhöhung der Produktsicherheit einen maßgeblichen Beitrag leisten. Nach den geltenden Rechtsvorschriften, z. B. dem Geräte- und Produktsicherheitsgesetz, sind die Verwendergruppen, die bei der Verwendung eines Produktes einer größeren Gefahr ausgesetzt sind als andere, ausdrücklich beim Inverkehrbringen und Ausstellen von Produkten zu berücksichtigen. Kinder sind eine solche Gruppe, die besonders schützenswert ist. Zudem sollten auch Europäische Normen Kinder im Anwendungsbereich vermehrt berücksichtigen.

Zielbereich 5: Rahmen- bedingungen	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperations- partner*	
<b>Ziel 5:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 sind die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter nachhaltig verbessert.</b>	1. Die Produktsicherheit ist bis 2012 maßgeblich verbessert.	1. Vereinbarungen mit der Industrie über technische Unfallschutzmaßnahmen		DIN, BUK, Prüfinstitute, Verbraucher-schutz-organisationen	
		2. Gesetzliche Regelungen und Kampagnen zum Schutz von Kindern vor risikoreichen Produkten wie z. B. Lauflernhilfen, Lampenöle, verschluckbare Kleinteile, Brandbeschleuniger und Grillanzünder			
		3. Intensivierte Abstimmung der Marktüberwachungs-behörden		zuständige Landesbehörden	
	2. Bis 2012 ist die Datenlage zum Unfallgeschehen erheblich verbessert.	1. Repräsentative Daten zum Unfallgeschehen im Heim-, Freizeit- und Sportbereich werden regelmäßig erhoben und publiziert			BUK
		2. Es wird ein bundesweit einsetzbares systematisches Unfallmonitoring entwickelt	1. Angleichung der Erfassungssysteme in den Krankenhäusern		
			2. Entwicklung und Umsetzung eines Sentinels zu Kinderunfällen		
		3. Verstärkung der interdisziplinären Unfall- und Präventionsforschung an den Hochschulen	1. Vereinbarung einer Kooperation mit einer interessierten Hochschule		
	4. Bessere Erfassung und Nutzung von Daten über das Unfallgeschehen	1. Krankenkassen entwickeln Modelle, wie Daten zu ambulant behandelten Unfällen ausgewertet werden			
		2. Gesundheitsbericht-erstattung entwickelt Modelle zu einem Sentinel			

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

Zielbereich 5: Rahmen- bedingungen	Teilziele	Maßnahmen	Startermaßnahmen	Kooperations- partner*
<b>Ziel 5:</b>  <b>Bis zum Jahr 2012 sind die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter nachhaltig verbessert.</b>		5. Erfassung der Unfallhergänge in den amtlichen Statistiken	1. Weiterentwicklung der bestehenden Unfallstatistiken in diesem Sinne	
	3. Bis 2012 zählt die Qualitätssicherung der Maßnahmen und Materialien zur Unfallprävention zur Routine aller entsprechenden Leistungsanbieter	1. Herstellung von Transparenz über vorhandene Angebote zur Kindersicherheit in Deutschland	1. Fortführung und Ausbau der bundesweiten Datenbank zur Kindersicherheit <a href="http://www.bzga.de/kindersicherheit">www.bzga.de/kindersicherheit</a>	BZgA
		2. Evaluation und Benchmarking verschiedener Maßnahmen für die gleichen Zielgruppen		
		3. Entwicklung einfacher Mess- und Qualitätssicherungsinstrumente		
	4. Die Zusammenarbeit der zuständigen staatlichen und nichtstaatlichen Stellen ist verbessert.	1. Implementierung neuer Routinen der interministeriellen Zusammenarbeit im Arbeitsbereich „Prävention von Kinderunfällen“		
2. Verbreiterung der Mitgliederbasis der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e. V.				

\* Beispielhaft sind mögliche Kooperationspartner genannt.

## 6. Zusammenfassung

Unfälle sind ein dringliches Gesundheitsproblem für Kinder in Deutschland und Europa, wobei ein Großteil der Unfälle durch präventive Maßnahmen verhindert werden kann. Die hier vorgelegten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland knüpfen an nationale und internationale Programme zur Kindergesundheit und Sicherheit an.

Politischen Nachdruck erhalten die Empfehlungen durch eine Mitteilung der EU-Kommission an das Europäische Parlament und den Rat über Maßnahmen für ein sichereres Europa vom Juni 2006, in der die Verstärkung der Prävention von Unfällen und Verletzungen in den Mitgliedsstaaten gefordert wird. Dabei legt die Kommission die Prioritäten für Maßnahmen zur Verletzungsprävention fest, darunter die Sicherheit von Kindern und Jugendlichen. Die Mitgliedsstaaten der EU sind aufgefordert, in Form von abgestimmten nationalen Aktionsplänen in den festgelegten Schwerpunkten Strategien und Maßnahmen zu entwickeln. Dabei soll der Gesundheitssektor die Koordinierungsfunktion übernehmen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V. hat unter dieser Vorgabe für die Bundesrepublik Empfehlungen zur Kinderunfallprävention erarbeitet. Dies erfolgte gemeinsam mit den nationalen Verantwortlichen und war eingebunden in das Child Safety Action Plan Project der European Child Safety Alliance.

Die Empfehlungen wurden datengestützt entwickelt und legen die Zielbereiche, Ziele und Handlungsfelder der Kinderunfallprävention in Deutschland fest. Basierend auf epidemiologischen Daten zu tödlichen und nicht-tödlichen Kinderunfällen ebenso wie auf Erkenntnissen zu relevanten Unfallorten, -mechanismen und Risikofaktoren wurde das Unfallgeschehen dargestellt. Es zeigte sich, dass es große altersbezogene Unterschiede gibt und Interventionen altersspezifisch ansetzen müssen. Eine Risikogruppe stellen jüngere Kinder und Kinder mit sozialer Benachteiligung dar.

Zudem wurde eine Analyse der in Deutschland bestehenden Anbieter und Aktivitäten vorgenommen. Die Ergebnisse zeigen, dass immer noch viele Akteure unvernetzt nebeneinander arbeiten. Die Präventionspotenziale in Deutschland sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft: Es ist notwendig, die Kooperation und Koordination in der Kinderunfallprävention zu stärken und Maßnahmen zu bündeln, neue Ressourcen zu erschließen und Präventionslücken zu schließen.

Grundgedanke der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland ist es, mit möglichst allen relevanten Kooperationspartnern zu einer gemeinsam getragenen Zielorientierung bei der Prävention von Kinderunfällen zu gelangen.

Insgesamt wurden fünf Zielbereiche identifiziert, in denen einerseits erheblicher Handlungsbedarf besteht und andererseits eine systematische und integrierte Herangehensweise tatsächlich möglich ist. Die ersten vier Zielbereiche entsprechen zunächst den vier relevanten Settings, in denen Kinder aufwachsen und in denen konkret zu vereinbarende Interventionen die Reduzierung von Kinderunfällen herbeiführen sollen:

1. Familie und Freizeit
2. Kindertagesstätten
3. Schulen
4. Kommunen

Der fünfte Zielbereich deckt die Querschnittsaufgaben für eine gelingende Unfallprävention in Deutschland ab und zielt auf die

5. Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Unfallprävention (Produktsicherheit, Datenerfassung und Forschung, Qualitätssicherung und ressortübergreifende Zusammenarbeit)

Die Zielbereiche bauen aufeinander auf und sind eng miteinander verzahnt. Für alle fünf Zielbereiche wurden klare Zieldefinitionen vorgenommen. Insgesamt soll die Gesamtzahl der Kinderunfälle bis zum Jahr 2012 um 20% gesenkt werden.

Dieses Oberziel soll durch eine effektive Verfolgung nachstehender Ziele erreicht werden:

Ziel 1: Bis zum Jahr 2012 ist die Kinderunfallrate in Familie und Freizeit reduziert und die Kompetenz von Kindern und Eltern im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.

Ziel 2: Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Kindertagesstätten reduziert und die Kompetenz von Kindern, Eltern und Erzieher/innen im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.

Ziel 3: Bis zum Jahr 2012 ist die Zahl der Kinderunfälle in Schulen und auf dem Schulweg reduziert und die Kompetenz von Kindern, Eltern, Lehrer/innen und Betreuungspersonal, Schulträgern, Schulaufsicht im Umgang mit Unfallrisiken ist erhöht.

Ziel 4: Bis zum Jahr 2012 machen Kreise und Städte Kinderunfälle zu einem prioritären Thema, um die Zahl der Kinderunfälle zu verringern.

Ziel 5: Bis zum Jahr 2012 sind die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Unfallprävention im Kindes- und Jugendalter nachhaltig verbessert.

Die unfallbezogenen und präventionsrelevanten Aspekte werden im Einzelnen für die genannten Settings dargestellt. In tabellarischer Form werden für jedes Setting Ziele formuliert. Diesen sind Teilziele zugeordnet, z. B. die flächendeckende Aufklärung von Eltern und Kindern über alterstypische Unfallgefahren, die kindgerechte Gestaltung von Haushalten mit Kindern, die Minimierung der Unfallrisiken im Straßenverkehr und die Erfüllung von Sicherheitsstandards in Kindertagesstätten und Schulen. Als Teilziele für den kommunalen Bereich werden z. B. die Erhöhung der Zahl kommunaler Bündnisse zur Kinderunfallprävention und die Schaffung sicherer Bewegungsräume für Kinder aufgestellt. Die Optimierung der Produktsicherheit, eine Verbesserung der Datenlage und der Qualitätssicherung gehören zu den Teilzielen, auf die bei den Rahmenbedingungen eingegangen wird. Allen Teilzielen werden jeweils ausgewählte Maßnahmen und Startermaßnahmen zugewiesen und es wird aufgeführt, welche möglichen Kooperationspartner sich für die Umsetzung anbieten.

Die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Kinderunfallprävention sind darauf angelegt, dass die beteiligten Akteure der Unfallprävention ausgehend von den hier programmatisch festgelegten Zielperspektiven gemeinschaftlich tätig werden.

Mit den Empfehlungen will die Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V. den gesellschaftlichen Stellenwert der Prävention von Kinderunfällen erhöhen und den weiteren Ausbau einer ressortübergreifenden, vernetzten und intensivierten Präventionsarbeit in Deutschland fördern.



