



MASTER THESIS | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Hilfeleistung unter Druck

Der Einfluss sanitätsdienstlicher Ausbildung auf Hemmschwellen von
Polizist*innen

verfasst von | submitted by

Thomas Größinger

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 992 242

Universitätslehrgang lt. Studienblatt |
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Risikoprävention und Katastrophenmanagement

Betreut von | Supervisor:

Dr. Barbara Juen

I. Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit eigenständig und ohne unzulässige Unterstützung Dritter verfasst habe. Alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Aussagen aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Quellen sind entsprechend gekennzeichnet.“

Graz / 11.07.2025 / Thomas Größinger

II. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich während des Universitätslehrgangs unterstützt und begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Ao. Univ. Prof. Dr. Barbara Juen, der Betreuerin meiner Masterarbeit, für die schnelle, unkomplizierte und professionelle Begleitung im Rahmen dieser Arbeit.

Ein großes Danke geht an Sabrina. Ohne dich hätte ich diesen Lehrgang wahrscheinlich weder begonnen noch abgeschlossen. Danke für deine Unterstützung, deine Geduld und dafür, dass du immer an mich geglaubt hast.

Ebenso danke ich meinen Vorgesetzten innerhalb der steirischen Polizei, insbesondere Generalmajor Helmut Richter, BA MA. Sie haben mir nicht nur das Vertrauen geschenkt, diese Arbeit im beruflichen Kontext zu verfassen, sondern mir auch die nötige Flexibilität ermöglicht und mich sowohl fachlich als auch persönlich unterstützt.

Zum Schluss danke ich meiner Familie von ganzem Herzen. Ihr steht immer hinter mir, gebt mir Halt und lasst mich nie im Stich.

III. Kurzfassung

Diese Masterarbeit untersucht, ob und in welchem Ausmaß eine sanitätsdienstliche Zusatzqualifikation das Verhalten von Polizist*innen in medizinischen Notfällen beeinflusst. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob durch weiterführende Ausbildung psychologische Hemmschwellen, wie sie etwa im Zusammenhang mit dem Bystander-Effekt auftreten, reduziert werden können. Die empirische Grundlage bildet eine Online-Befragung unter 407 Exekutivbediensteten der Landespolizeidirektion Steiermark.

Die Ergebnisse zeigen, dass Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung häufiger aktiv Hilfe leisten, geringere Unsicherheiten empfinden und ein höheres Sicherheitsgefühl im Einsatz entwickeln. Darüber hinaus können sie in taktischen Lagen als effektive Ersthelfende fungieren, insbesondere wenn reguläre Rettungskräfte nicht sofort eingreifen können.

Die Arbeit verdeutlicht, dass vertiefte Erste-Hilfe-Schulungen und gezielte Trainings auf Basis taktischer Versorgungskonzepte einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Handlungssicherheit und zur Verbesserung der polizeilichen Einsatzfähigkeit leisten können.

IV. Inhaltsverzeichnis

I. Eidesstattliche Erklärung	II
II. Danksagung	III
III. Kurzfassung	IV
IV. Inhaltsverzeichnis	V
V. Abbildungsverzeichnis	VII
VI. Abkürzungsverzeichnis	X
VII. Gender-Aspekt	XI
1. Einleitung	1
1.1. Problemstellung	1
1.2. Forschungsziel und Fragestellung	3
1.3. Aufbau der Arbeit	4
1.3.1. Literaturrecherche	4
1.3.2. Umfrage unter steirischen Exekutivbeamt*innen	5
2. Theoretischer Hintergrund	6
2.1. Die Bedeutung der Ersten Hilfe im Polizeidienst	6
2.2. Hemmschwellen der Erste-Hilfe-Leistung und psychologische Einflussfaktoren	9
2.3. Motivationale Hintergründe der Entscheidung zur sanitätsdienstlichen Ausbildung – Anwendung der Selbstbestimmungstheorie	13
2.4. Erste Hilfe durch Polizist*innen: Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen	14
2.5. Vergleich von Laien- und professioneller medizinischer Hilfe durch Polizist*innen	16
2.6. Konzepte der taktischen Verwundetenversorgung	19
3. Forschungsstand	22
3.1. Aktuelle Forschung zur Erste-Hilfe-Leistung von Polizist*innen	22
3.2. Forschung zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Polizist*innen	23
4. Methodik	25
5. Ergebnisse	27
6. Prüfung der Hypothesen	67
6.1. Hypothesenprüfung	67
6.1.1. Hypothese 1	67
6.1.2. Hypothese 2	71
6.1.3. Hypothese 3	74
6.2. Vergleich der drei Einsatzszenarien	77
6.2.1. Fall 1	77
6.2.2. Fall 2	79
6.2.3. Fall 3	81
7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	87
8. Limitationen der Umfrage	92
9. Ausblick auf weitere Forschung	93
10. Fazit	94
11. Literaturverzeichnis	96

12.	Zusammenfassung	101
13.	Abstract	102
14.	Anhang.....	103

V. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Behandlung Verunglückter bis zur Ankunft eines Arztes.....	7
Abbildung 2: Sicherheitszonen	8
Abbildung 3: 5-Stufen-Modell des Hilfeverhaltens.....	10
Abbildung 4: The basic chain of survival with six links. CPR = cardiopulmonary resuscitation; CA = cardiac arrest.	17
Abbildung 5: Unterschiede zwischen zivilem Rettungsdienst und taktischer Notfallmedizin/TEMS	20
Abbildung 6: Ergebnis zu Frage 1 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	27
Abbildung 7: Ergebnis zu Frage 2 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	28
Abbildung 8: Ergebnis zu Frage 3 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	29
Abbildung 9: Ergebnis zu Frage 4 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	30
Abbildung 10: Ergebnis zu Frage 5 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	31
Abbildung 11: Ergebnis zu Frage 6 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	32
Abbildung 12: Ergebnis zu Frage 7 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	33
Abbildung 13: Ergebnis zu Frage 8 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	34
Abbildung 14: Ergebnis zu Frage 9 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	35
Abbildung 15: Ergebnis zu Frage 10 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	36
Abbildung 16: Ergebnis zu Frage 11 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	37
Abbildung 17: Ergebnis zu Frage 12 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	38
Abbildung 18: Ergebnis zu Frage 13 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	39
Abbildung 19: Ergebnis zu Frage 14 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	40
Abbildung 20: Ergebnis zu Frage 15 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	41
Abbildung 21: Ergebnis zu Frage 16 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	42
Abbildung 22: Ergebnis zu Frage 17 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	43
Abbildung 23: Ergebnis zu Frage 18 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten.....	44

Abbildung 24: Ergebnis zu Frage 19 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	45
Abbildung 25: Ergebnis zu Frage 20 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	46
Abbildung 26: Ergebnis zu Frage 21 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	48
Abbildung 27: Ergebnis zu Frage 22 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	49
Abbildung 28: Ergebnis zu Frage 23 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	50
Abbildung 29: Ergebnis zu Frage 24 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	51
Abbildung 30: Ergebnis zu Frage 25 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	52
Abbildung 31: Ergebnis zu Frage 26 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	53
Abbildung 32: Ergebnis zu Frage 27 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	54
Abbildung 33: Ergebnis zu Frage 28 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	55
Abbildung 34: Ergebnis zu Frage 29 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	56
Abbildung 35: Ergebnis zu Frage 30 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	57
Abbildung 36: Ergebnis zu Frage 31 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	58
Abbildung 37: Ergebnis zu Frage 32 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	59
Abbildung 38: Ergebnis zu Frage 33 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	60
Abbildung 39: Ergebnis zu Frage 34 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	61
Abbildung 40: Ergebnis zu Frage 35 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	62
Abbildung 41: Ergebnis zu Frage 36 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	63
Abbildung 42 Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben importiert aus SPSS	68
Abbildung 43 Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben importiert aus SPSS	69
Abbildung 44: Hemmungen bei der Ersten Hilfe – Vergleich zwischen Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstlicher Ausbildung (in %)	69
Abbildung 45: Mittelwertvergleich: Hemmungen bei Erster Hilfe in Abhängigkeit von sanitätsdienstlicher Ausbildung	70
Abbildung 46 Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben importiert aus SPSS	72
Abbildung 47 Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben	72

Abbildung 48: Vergleich der Häufigkeit von Erste-Hilfe-Maßnahmen im polizeilichen Dienst zwischen Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstlicher Ausbildung (in %) 73	
Abbildung 49: Mittelwertvergleich der Häufigkeit von Erste-Hilfe-Maßnahmen im polizeilichen Dienst nach sanitätsdienstlicher Ausbildung	74
Abbildung 50: Ergebnisse der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten	75
Abbildung 51: Vergleich der Interventionswahrscheinlichkeit beider Gruppen in Fall 1	77
Abbildung 52: Mittelwertvergleich Fall 1	78
Abbildung 53: Vergleich der Interventionswahrscheinlichkeit beider Gruppen in Fall 2	79
Abbildung 54: Mittelwertvergleich Fall 2	80
Abbildung 55: Vergleich der Interventionswahrscheinlichkeit beider Gruppen in Fall 3	81
Abbildung 56: Mittelwertvergleich Fall 3	82
Abbildung 57: Ergebnisse der Gruppenvergleiche (Mittelwert, Standardabweichung, t-Test,) zur Erste-Hilfe-Bereitschaft in drei Szenarien.....	84
Abbildung 58: Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben der Gruppenvergleiche zur Erste-Hilfe-Bereitschaft in drei Szenarien.....	85

VI. Abkürzungsverzeichnis

AED	Automatisierter Externer Defibrillator
AHA	American Heart Association
BLS	Basic Life Support (Basisreanimation)
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation (Herz-Lungen-Wiederbelebung)
CSV	Comma-Separated Values (Datenformat)
EH	Erste Hilfe
ERC	European Resuscitation Council
IBM	International Business Machines
IQR	Interquartilsabstand
KFZ	Kraftfahrzeug
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
PMCID	PubMed Central Identifier
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SIAK	Sicherheitsakademie
SPG	Sicherheitspolizeigesetz
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
StGB	Strafgesetzbuch
StVO	Straßenverkehrsordnung
TCCC	Tactical Combat Casualty Care
TECC	Tactical Emergency Casualty Care
TEMS	Tactical Emergency Medical Support

VII. Gender-Aspekt

Im Rahmen dieser Arbeit werden unter Verwendung des Gender-Sternchens (*) alle Geschlechter einbezogen, um eine inklusive und umfassende Analyse zu gewährleisten.

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Als Exekutivbeamter der Landespolizeidirektion Steiermark war ich bis vor kurzem im exekutiven Außendienst im Bereich des Stadtpolizeikommandos Graz tätig, konkret in einer stark frequentierten Polizeiinspektion eines sogenannten Brennpunktbezirks. In diesem beruflichen Kontext wurde ich regelmäßig mit akuten Krisensituationen konfrontiert, bei denen die Polizei oftmals als erste – und nicht selten als einzige – Einsatzorganisation vor Ort war. Parallel dazu bin ich seit mittlerweile 17 Jahren ehrenamtlich im Rettungsdienst des Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband Steiermark, tätig – unter anderem als Notfallsanitäter mit den Zusatzqualifikationen „Venenpunktion“ und „Infusion“ sowie als Einsatzoffizier. Diese doppelte berufliche Sicht ermöglicht mir einen umfassenden Einblick sowohl in polizeiliche als auch in präklinisch-medizinische Einsatzrealitäten.

In zahlreichen Einsätzen war ich mit Situationen konfrontiert, in denen unmittelbare Erste-Hilfe-Maßnahmen durch die Polizei notwendig waren, etwa bei Gewaltopfern oder schwer verletzten Personen. Ich war zum Beispiel sowohl bei der Amokfahrt in Graz 2015 als auch bei dem tragischen Amoklauf in einer Grazer Schule im Jahr 2025 unmittelbar als Polizeisanitäter vor Ort. Im Zuge dieser und auch vieler anderen Einsätze kam es vor, dass die Gefahrenlage noch nicht vollständig geklärt und eine unmittelbare Zuführung des Rettungsdienstes nicht möglich war. Während ich persönlich aufgrund meiner sanitätsdienstlichen Qualifikation keine Hemmungen verspürte, verletzte Personen entsprechend meinem Ausbildungsstand medizinisch zu versorgen, stellte ich bei Kolleg*innen ohne entsprechende Ausbildung eine deutlich zurückhaltendere Haltung fest. Viele von ihnen zeigten sich offenbar sogar erleichtert darüber, dass unter anderem ich die medizinische Erstversorgung übernahm.

Daraus ergibt sich die zentrale Fragestellung dieser Arbeit: Beeinflusst eine sanitätsdienstliche Ausbildung die Bereitschaft von Exekutivbediensteten, in medizinischen Notfallsituationen aktiv einzugreifen?

Darüber hinaus soll untersucht werden, ob der sogenannte Bystander-Effekt auch im polizeilichen Kontext Thema ist. Dieser beschreibt ein psychologisches Phänomen, bei dem die Wahrscheinlichkeit des Eingreifens in einer Notsituation mit zunehmender Anzahl anwesender, aber untätiger Personen sinkt (vgl. URSCHLER 2015: 18).

SCHWIND (vgl. 2009: 775f.) führt ergänzend an, dass potenzielle Helfer*innen vor dem Eingreifen Risiken und Nutzen abwägen, wobei Faktoren wie Eigengefährdung, etwa durch gewalttätige Täter*innen oder ein blutverschmiertes Opfer, sowie die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenz eine Rolle spielen.

Eine Pilotstudie von OLIVER et al. (vgl. 2014: 519) legt nahe, dass Erste-Hilfe-Trainings die Bereitschaft zu intervenieren signifikant erhöhen können. In dieser Arbeit soll daher überprüft werden, ob eine sanitätsdienstliche Qualifikation bei Polizeibeamt*innen eine Reduktion von Hemmschwellen und eine erhöhte Interventionsbereitschaft bewirken kann.

Da der Polizeidienst spezifischen rechtlichen, taktischen und organisatorischen Rahmenbedingungen unterliegt, die sich deutlich von zivilen Situationen unterscheiden, wird in der vorliegenden Masterarbeit untersucht, welche Faktoren die Bereitschaft und Fähigkeit von Polizist*innen zur medizinischen Intervention in Notfallsituationen beeinflussen.

Ein besonderer Fokus liegt auf sogenannten taktischen Lagen. Darunter sind Einsatzsituationen zu verstehen, in denen weiterhin ein erhöhtes Gefährdungspotenzial besteht, etwa durch aktive Täter*innen oder ungesicherte Einsatzorte, und medizinisches Fachpersonal daher nicht unmittelbar zu den Verletzten vorgelassen werden kann. In solchen Fällen ist es häufig die ersteintreffende Polizeistreife, die notfallmedizinische Erstmaßnahmen einleiten muss. Ziel der Untersuchung ist es, herauszufinden, ob in solchen Situationen die Überlebenschancen von Verletzten verbessert werden können, wenn Polizeikräfte über eine sanitätsdienstliche Ausbildung verfügen.

ROGERS et al. (vgl. 2015: 525) unterscheiden zwischen der sogenannten „Golden Hour of Trauma“ und den „Platinum Ten Minutes“, wobei Letztere insbesondere im militärischen Kontext, etwa auf Gefechtsfeldern, als entscheidend für das Überleben schwer verletzter Personen gelten. Sie argumentieren, dass Maßnahmen in diesen ersten zehn Minuten wesentlich zur Überlebenssicherung beitragen können, noch bevor professionelle medizinische Hilfe eintrifft.

In polizeilichen Einsatzlagen, insbesondere bei Gewaltdelikten, zeigt sich folgende Parallele: Hier kann es vorkommen, dass der Rettungsdienst aufgrund der Gefahrenlage zunächst keinen Zugang zu den Verletzten erhält. In solchen Situationen trägt die Polizei eine besondere Verantwortung für die Erstversorgung. Eine sanitätsdienstliche Zusatzqualifikation von Polizeibeamt*innen könnte in diesem Kontext nicht nur die Hemmschwelle zur medizinischen Intervention senken, sondern auch die Qualität der Maßnahmen verbessern.

In der präklinischen Notfallmedizin wird der Zeitfaktor als besonders kritisch bewertet und in der Fachliteratur vielfach thematisiert. LICHTENHAHN et al. (vgl. 2019: 620) betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung sogenannter First Responder, qualifizierten Ersthelfer*innen, die noch vor dem Eintreffen des regulären Rettungsdienstes lebensrettende Maßnahmen einleiten können. Deren frühzeitiges Eingreifen stellt einen wesentlichen Vorteil in der Versorgung von Notfallpatient*innen dar.

Überträgt man dieses Konzept auf den polizeilichen Kontext, wird deutlich, dass auch Polizist*innen, insbesondere solche mit sanitätsdienstlicher Zusatzqualifikation, in bestimmten Einsatzlagen die Funktion von First Respondern übernehmen können.

HOSSFELD (vgl. 2018: 572) hebt hervor, dass stark blutende, penetrierende Verletzungen zu den häufigsten vermeidbaren Todesursachen zählen. Er betont die Notwendigkeit, eine solche Blutung rasch und effektiv zu kontrollieren, um das Überleben der Betroffenen zu sichern.

Daraus resultiert für polizeiliche Einsatzsituationen mit anhaltender Gefährdungslage eine doppelte Herausforderung. Einerseits ist die Polizei oft gezwungen, medizinisch

zu handeln, bevor Rettungskräfte eingreifen können. Andererseits ist es häufig die Festnahme oder Neutralisierung des Täters*der Täterin, die überhaupt erst die Grundlage für eine medizinische Intervention schafft. Solange von dem*der Täter*in eine akute Gefahr ausgeht, ist das Eingreifen des Rettungsdienstes in der Regel nicht möglich, was die besondere Bedeutung der polizeilichen Interventionsfähigkeit nochmals unterstreicht.

1.2. Forschungsziel und Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen, wie sich eine sanitätsdienstliche Ausbildung von Polizist*innen auf deren Bereitschaft auswirkt, in medizinischen Notfallsituationen Erste-Hilfe-Maßnahmen durchzuführen. Ein besonderer Fokus liegt auf Einsatzlagen, in denen Polizeistreifen als erste oder mitunter einzige Einsatzkräfte am Ort des Geschehens eintreffen, wenn der Rettungsdienst aufgrund einer anhaltenden Gefährdungslage nicht sofort zum Einsatzort zugeführt werden kann.

Es soll analysiert werden, ob und inwiefern eine sanitätsdienstliche Zusatzqualifikation Hemmschwellen im Umgang mit Schwerverletzten senkt, das tatsächliche Verhalten im Einsatz beeinflusst und die Motivation für die Teilnahme an einer solchen Ausbildung von bestimmten Erwartungshaltungen geprägt ist. Ergänzend wird auch der sogenannte Bystander-Effekt im polizeilichen Kontext betrachtet und dessen mögliche Modifikation durch sanitätsdienstliche Ausbildung diskutiert.

Zur Überprüfung dieser Zielsetzung wurden folgende Hypothesen formuliert:

- **Hypothese 1 (H1):** Polizist*innen ohne sanitätsdienstliche Ausbildung haben eine höhere Hemmschwelle, Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Schwerverletzten zu ergreifen, als Kolleg*innen mit sanitätsdienstlicher Zusatzqualifikation.
- **Hypothese 2 (H2):** Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung übernehmen im Einsatz häufiger die medizinische Erstversorgung als Kolleg*innen ohne eine solche Qualifikation.
- **Hypothese 3 (H3):** Polizist*innen, die sich für eine sanitätsdienstliche Zusatzausbildung entscheiden, sind überwiegend durch das Motiv geleitet, in kritischen oder gefährlichen Situationen effektiver helfen zu können. Sie verbinden damit eine gesteigerte Handlungskompetenz und mehr Selbstsicherheit im Einsatz.

Aus den genannten Hypothesen leiten sich folgende zentrale Forschungsfragen ab:

FF1: Wie unterscheiden sich die Hemmschwellen zur sanitätsdienstlichen Erstversorgung bei Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstlicher Zusatzqualifikation, insbesondere im Umgang mit Schwerverletzten oder Gewaltopfern?

FF2: Inwieweit tritt der sogenannte non-helping Bystander-Effekt im polizeilichen Kontext auf, und wird sein Auftreten durch sanitätsdienstliche Ausbildung beeinflusst?

1.3. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Masterarbeit verfolgt einen zweistufigen Forschungsansatz. Zunächst wurde im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche der aktuelle theoretische Wissensstand zum Thema Erste-Hilfe-Leistung, mitunter durch Polizeikräfte, insbesondere unter Einbeziehung des Bystander-Effekts sowie der Bedeutung sanitätsdienstlicher Zusatzqualifikationen, erhoben. Aufbauend auf den durch die Literaturrecherche gewonnenen Erkenntnissen wurde eine empirische Untersuchung in Form einer anonymisierten und freiwilligen Online-Umfrage unter allen im exekutiven Außendienst tätigen Polizist*innen der Landespolizeidirektion Steiermark durchgeführt.

Ziel dieser Befragung war es unter anderem, die individuelle Hemmschwelle der Beamt*innen zu erheben, in einer akuten Einsatzlage Erste-Hilfe-Maßnahmen bei schwer verletzten Gewaltopfern zu setzen. Dabei wurde erfasst, ob die Befragten über eine sanitätsdienstliche Ausbildung verfügen oder nicht, um Unterschiede im Verhalten, in der subjektiven Einschätzung und in der Interventionsbereitschaft zwischen diesen beiden Gruppen systematisch vergleichen zu können.

1.3.1. Literaturrecherche

Zunächst wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Stand der Forschung im Hinblick auf die Erste-Hilfe-Leistung, im Speziellen durch Polizeikräfte sowie auf relevante psychologische Einflussfaktoren, insbesondere den sogenannten non-helping Bystander-Effekt, zu erfassen. Ziel dieser Recherche war es, sowohl theoretische Grundlagen als auch empirische Befunde zu identifizieren, die Hinweise auf Zusammenhänge zwischen sanitätsdienstlicher Ausbildung, Handlungskompetenz und Interventionsbereitschaft in polizeilichen Einsatzsituationen liefern.

Die Recherche wurde mithilfe einschlägiger wissenschaftlicher Datenbanken durchgeführt, darunter u:search (Universität Wien), Google Scholar, SpringerLink, PubMed sowie einzelne polizeispezifische Fachpublikationen. Zur Eingrenzung des Themas und zur gezielten Auswahl relevanter Literatur wurden verschiedene Suchbegriffe und Kombinationen verwendet. Dazu zählten unter anderem:

- „Erste Hilfe“
- „First Aid“
- „Erste Hilfe Polizei“
- „Police First Aid“
- „Bystander Effect“ / „Non-helping Bystander“
- „Hemmschwelle Hilfeleistung“
- „Taktische Lagen“ / „Tactical Emergency Medical Support (TEMS)“
- „Sanitätsausbildung Polizei“

Die Auswahl der Literatur erfolgte anhand der Relevanz für das Thema, der wissenschaftlichen Qualität sowie der Anwendbarkeit auf den Kontext polizeilicher Einsatzsituationen.

1.3.2. Umfrage unter steirischen Exekutivbeamt*innen

Im Anschluss an die Literaturrecherche wurde eine quantitative Umfrage unter allen Exekutivbediensteten der Landespolizeidirektion Steiermark initiiert, die sich zum Erhebungszeitpunkt im aktiven exekutiven Außendienst befanden.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Die Bedeutung der Ersten Hilfe im Polizeidienst

Bevor auf spezifische Auswirkungen sanitätsdienstlicher Kompetenzen im polizeilichen Kontext eingegangen wird, erscheint es sinnvoll, zunächst die grundlegende Bedeutung der Ersten Hilfe im Polizeidienst näher zu betrachten.

Die Fähigkeit, in Situationen wie Verkehrsunfällen, Gewaltverbrechen oder medizinischen Notsituationen Erste Hilfe zu leisten, stellt nicht nur eine gesetzliche Verpflichtung (siehe Kapitel: Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen), sondern auch einen grundlegenden Bestandteil professionellen Handelns im Polizeiberuf dar.

Weiters hat Erste Hilfe im Polizeikontext nicht nur medizinische, sondern auch psychologische und gesellschaftliche Relevanz. Schnelles, engagiertes und couragiertes Handeln stärkt das Vertrauen der Bevölkerung in den Polizeiapparat und trägt zur positiven Wahrnehmung des Polizeiberufs in der Gesellschaft bei. Gleichzeitig kann es für die Polizist*innen selbst entlastend wirken, wenn diese in der Lage sind, aktiv Hilfe leisten zu können, anstelle tatenlos auf den Rettungsdienst warten zu müssen.

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden die Bedeutung der Ersten Hilfe im Polizeidienst näher betrachtet. Hierbei wird auf Ausbildungserfordernisse und praktische Herausforderungen im polizeilichen Alltag eingegangen.

Bereits im Jahr 1883 wurde im „Rettungsbüchlein – Ein Ratgeber bei Unglücksfällen“ (ROTTER, 1883: 2) folgender Abschnitt veröffentlicht:



Abbildung 1: Die Behandlung Verunglückter bis zur Ankunft eines Arztes
Quelle: ROTTER 1883: 2

„Die Behandlung Verunglückter
bis zur Ankunft des Arztes.

Anweisung

Für Heilgehilfen, Polizei- und Gemeindebedienstete, Schutz- und
Feuerwehrmannschaften, überhaupt für diejenigen, welche erste Hilfe bei
Verunglückten leisten“

Aus der oben angeführten Abbildung lässt sich ableiten, dass bereits im Jahr 1883, also vor rund 140 Jahren, erkannt wurde, dass Polizist*innen zu Verunglückten gerufen werden, und dass diese Erste-Hilfe-Anweisungen benötigen, bis ein Arzt beziehungsweise eine Ärztin eintrifft. Dieses Erkenntnis hat nach wie vor ihre Gültigkeit.

Der dienstliche Polizeialltag ist mitunter durch zunehmende Gewalt geprägt. Im Besonderen dann, wenn es zu körperlichen oder gar bewaffneten Auseinandersetzungen kommt, beziehungsweise bei unfriedlichen politischen Demonstrationen oder Fanbegleitungen im Fußballkontext. Mitunter kommt es auch bei alltäglichen dienstlichen Anlässen zu den verschiedensten Notsituationen. Diese können selbst dann eintreten, wenn sich die Bediensteten bereits auf dem Heimweg oder auf dem Weg in den Dienst befinden. Hier präsentiert sich, wie breit der polizeiliche Tätigkeitsbereich gestreut ist und wie wichtig die Verinnerlichung von

Handlungskompetenz ist, die nur durch Übung und Training aufrechterhalten werden kann. Je häufiger ein Versorgungsalgorithmus geübt wird, desto besser wird dieser auch in einer Ausnahmesituation funktionieren. Die Möglichkeiten der Notfallbilder, die sich Polizeibeamt*innen jederzeit im Zuge ihres Dienstes zeigen können, sind mannigfaltig – von der einfachen Schnittverletzung bis hin zu einem komplizierten Verkehrsunfall über Epidemiegeschehnisse bis hin zu traumatischen Stich- oder Schussverletzungen. Es ist zugleich auch möglich, dass ein*e Bürger*in lediglich stürzt, oder jemand simpel überknöchelt. Die Polizeibediensteten müssen daher ihr Handeln immer an das gegebene Umfeld anpassen. Als Grundannahme wird gesehen, dass die eigene Sicherheit am Notfallort so gut wie möglich gewährleistet sein sollte. Die Techniken der Ersten Hilfe sollten in zivilen Lagen ohne Bedrohung anwendbar sein und der professionelle Rettungsdienst sollte binnen 15 Minuten vor Ort sein. Somit sind die Bedingungen, auf die die Erste-Hilfe-Ausbildung aufbaut, auf innerstaatliche Krankenhäuser ausgerichtet. Auch das Equipment, das den Beamt*innen zur Verfügung steht, ist grundsätzlich auf den herkömmlichen KFZ-Verbandskasten aufgebaut. Damit wird man bei den meisten inländischen Notfallszenarien auch das Auslangen finden. (vgl. Roelecke und Voller 2018: 15-17)

Sollte jedoch direkte Gefahr für die Einsatzkräfte bestehen, ist ein anderer Blickwinkel erforderlich. Die Einsatzleitung bei Bedrohungslagen obliegt der Polizei und diese teilt den Einsatzort üblicherweise in folgende Bereiche ein:

- unsicher
- teilsicher
- sicher

Im Folgenden zeigt Abbildung 2, wie ein solches Zonenkonzept aussehen könnte:

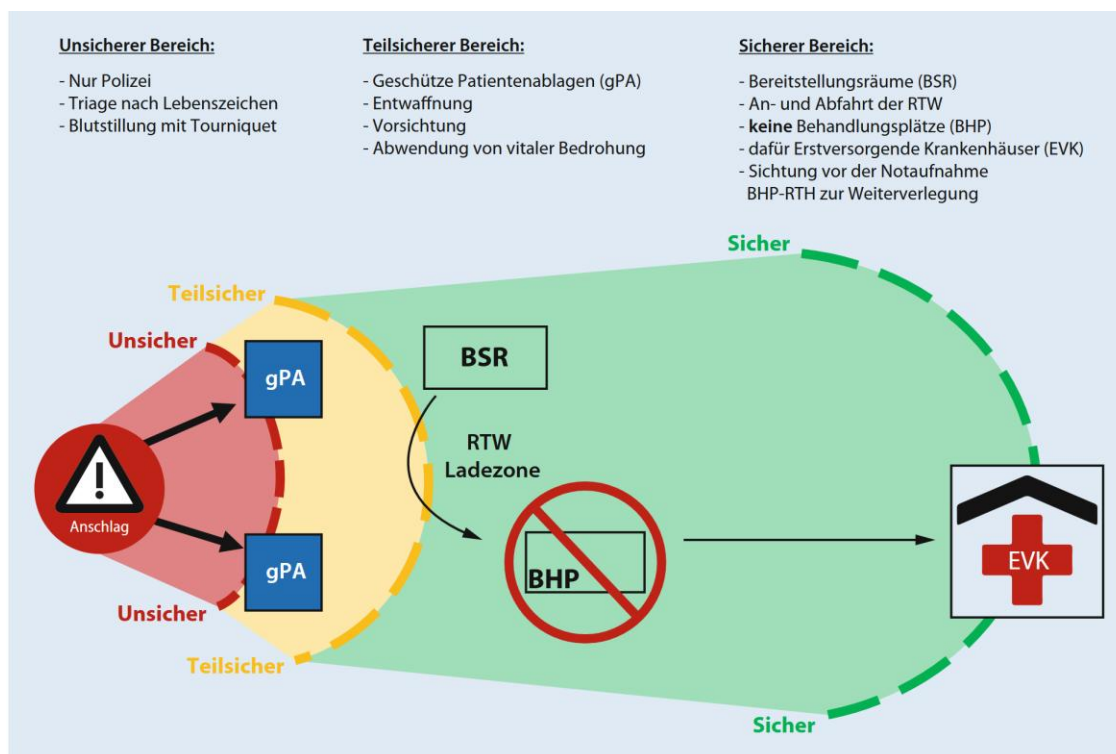


Abbildung 2: Sicherheitszonen
Quelle: HOSSFELD et al. 2018: 571

Hier ist jedoch zu unterscheiden, ob es sich um eine stationäre – mit einem*einer örtlich, eventuell bereits durch Polizeikräfte fest gebundene*n Amokläufer*in – oder um eine dynamische Lage handelt, in welcher der*die Täter mobil ist. Zudem ist auch eine hybride Lage denkbar, in der es sowohl stationäre als auch dynamische Bedrohungsszenarien gibt. Hier muss das oben angeführte Zonenkonzept ebenfalls dynamisch angepasst werden. Weiters ist ein sogenanntes „second hit“-Szenario zu berücksichtigen, in welchem gezielt Einsatzkräfte, die nach einem Anschlag zur Hilfe eilen, attackiert werden. Faktische Sicherheit wird oft weit vom Anschlagort entfernt oder gar erst im Krankenhaus erreicht. Daher muss die Versorgung vor Ort so kurz wie möglich sein. Der Aufbau stationärer Strukturen, wie zum Beispiel Behandlungsplätze vor Ort, ist aus einsatztaktischen Gründen mittlerweile abzulehnen, da hier ein großes, von der Polizei schwierig zu schützendes Ziel entstehen würde. Jedoch müssen Verletzungen vor Ort versorgt werden, da zum Beispiel massiver Blutverlust die gängigste vermeidbare Todesursache darstellt. Somit sind Blutungen so schnell wie möglich zu kontrollieren. Hier hat sich das „stop the bleeding and clear the scene“-Konzept bewährt. Im unsicheren Bereich sind, wie oben beschrieben, ausschließlich Polizeikräfte einzusetzen. Die Ausbildung der handelnden Polizist*innen muss daher Konzepte vermitteln, die eine schnelle Identifizierung von Patient*innen mit lebensbedrohlichen Blutungen sowie die Kontrolle solcher Verletzungen durch Tourniquet-Anlage oder Kompression vorsehen. An dieser Stelle darf auf das Kapitel „Konzepte der taktischen Verwundetenversorgung“ verwiesen werden. Abschließend kann gesagt werden, dass die Festnahme des Täters*der Täterin in Bedrohungslagen absolute Priorität hat, um eine adäquate Versorgung der Opfer überhaupt ermöglichen zu können. (vgl. HOSSFELD et al. 2018: 570-574)

2.2. Hemmschwellen der Erste-Hilfe-Leistung und psychologische Einflussfaktoren

Am 21. März 1964 ereignete sich im New Yorker Stadtteil Queens ein schreckliches Verbrechen. Catherine „Kitty“ Genovese wurde vor ihrer Wohnung niedergestochen und vergewaltigt. Zumindest 38 Nachbar*innen konnten diesen Vorfall beobachten, jedoch eilte ihr niemand zu Hilfe. Nach gut zwanzig Minuten mischte sich ein Anwohner in den Vorfall ein, wodurch der Täter von Genovese abließ und verschwand. Als diese sich mit schweren Verletzungen in ihre Wohnung schleppte, kehrte der Vergewaltiger zurück, um sie erneut zu vergewaltigen und auszurauben. Erneut stach er mehrmals auf sie ein. Es verging einige Zeit, bis jemand den Notruf absetzte. Catherine „Kitty“ Genovese verstarb. Dieses Verbrechen war die Initialzündung für die Forschung rund um den „Bystander-Effekt“. (vgl. URSCHLER 2015: 18)

Latané und Darley entwickelten daraufhin ein Prozessmodell, das besagt, dass jemand, der*die Zeug*in einer Notsituation wird, gedanklich fünf Schritte durchläuft, bevor in diese Situation eingegriffen wird. Der erste Schritt beginnt damit, dass die besagte Situation erst als solche wahrgenommen werden muss. Anschließend erfolgt die Interpretation als Notfall (zweiter Schritt). Wenn der erste und zweite Schritt positiv abgeschlossen wurden, muss sich der*die Zeug*in persönlich verpflichtet fühlen, einzugreifen (dritter Schritt). Anschließend wird innerlich geprüft, ob überhaupt die nötige Kompetenz vorhanden ist, um in der Situation eingreifen zu können (vierter

Schritt). Zu guter Letzt muss sich der*die Zeug*in bewusst dazu entscheiden, Hilfe leisten zu wollen (fünfter Schritt). Verschiedene Umstände oder Prozesse können dazu führen, dass die oben erwähnten fünf Schritte nicht bis zum Schluss durchlaufen werden. Dies bedeutet, dass die Hilfeleistung letzten Endes unterbleibt. Einer dieser Umstände wäre, dass es beim dritten Schritt zu einer Verantwortungszerstreung kommt. Dies bedeutet, dass ein*e Zeug*in in Anwesenheit von beispielsweise neun weiteren Zeug*innen sich nur noch zu 10 % verpflichtet fühlt, in die Situation einzugreifen, da die Verantwortung unter den anwesenden Personen aufgeteilt wird. Dieser Prozess wird auf der nächsten Seite genauer erläutert. Weiters kann es beim vierten Schritt dazu kommen, dass der*die Zeug*in nicht die nötigen Kompetenzen aufweist, um zu helfen, wenn diese*r zum Beispiel nicht weiß, wie eine Herz-Lungen-Wiederbelebung funktioniert. (vgl. LATANÉ und DARLEY 1970, zit. nach URSCHLER 2015: 18-20)

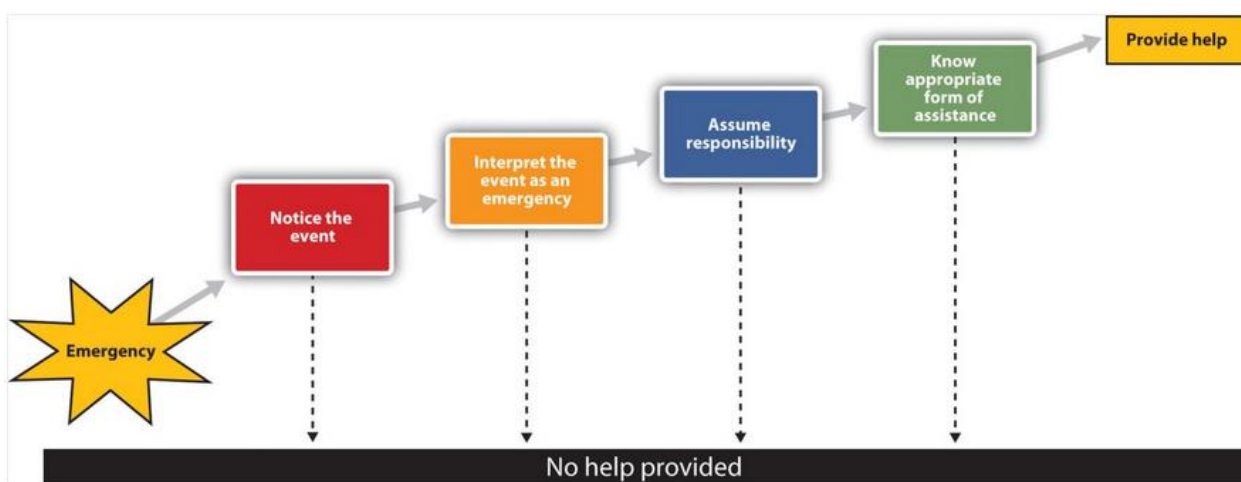


Figure 1. Decision Model of Helping by Latané and Darley (1970).

Abbildung 3: 5-Stufen-Modell des Hilfeverhaltens

Quelle: LATANÉ und DARLEY und 1970, zit. nach EMEGHARA 2023

Je mehr Personen in einer Notsituation anwesend sind, desto seltener wird eingegriffen. Jedoch zeigen verschiedene Befunde, dass Bystander eher dazu geneigt sind, in gefährlichen Situationen einzugreifen, als in ungefährlichen Situationen. Dies wird wie folgt erklärt: Es wird angeführt, dass gefährliche Situationen eindeutiger eingeordnet werden als ungefährliche. Weiters wird die persönliche Verantwortung gesteigert. Dies hat zur Folge, dass die Zeug*innen mehr negative Gefühle wie zum Beispiel Stress entwickeln. Menschen neigen dazu, diese negativen Gefühle schnellstens loswerden zu wollen, was in diesem Fall bedeutet, dass diese eher helfen als in einer nicht gefährlichen Situation. Hier scheint die weitere Anwesenheit von Zeug*innen keine Rolle zu spielen. Höchstwahrscheinlich wirkt sich die Anwesenheit von Zeugen sogar positiv aus, wenn z.B. jemand von einem Angreifer attackiert wird. Die Anwesenheit von mehreren weiteren Zeug*innen könnte zur Folge haben, dass der Angriff leichter beendet werden kann. (vgl. FISCHER et al. 2011: 520f.)

EMEGHARA (vgl. 2023) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Jedoch wird der Fall rund um den Mord an Catherine Genovese kritisch gesehen. Nach Durchsicht der

damaligen Gerichtsakten und Dokumente fanden die Autor*innen Punkte, die sich von der landläufig erzählten Version der Geschichte unterscheiden. Konkret sahen nur wenige der 38 Personen den Vorfall tatsächlich mit eigenen Augen. Auch jene, die diesen unmittelbar wahrnahmen, sahen nicht, wie der Angreifer auf Genovese einstach. Die meisten nahmen die Attacke nur akustisch wahr. Der zweite Angriff, der zum Tod Genoveses führte, fand in einem für Zeug*innen nicht einsehbaren Bereich, nämlich in einem Stiegenhaus statt. Diese Punkte negieren den Bystander-Effekt zwar nicht vollständig, jedoch stellen sie diesen zumindest in Frage. (vgl. MANNING et al. 2007, zit. nach EMEGHARA 2023)

LATANÉ und DARLEY (vgl. 1970, zit. nach EMEGHARA 2023) untersuchten, warum der Bystander-Effekt überhaupt auftritt. Sie identifizierten drei unterschiedliche psychologische Prozesse.

Den ersten Prozess nannten sie **Verantwortungszerstreuung** („diffusion of responsibility“).

Diese tritt auf, wenn eine Pflicht oder Aufgabe zwischen mehreren Personen aufgeteilt wird und nicht nur eine einzelne Person betroffen ist.

Es wurden drei Annahmen entwickelt, warum dieser Umstand auftritt:

1. Die moralische Verpflichtung, helfen zu müssen, trifft nicht nur eine einzelne Person, sondern die gesamte Gruppe, die den Vorfall mitbekommt.
2. Die Schuld für das „nicht-handeln“ in der Gruppe wird zu gleichen Teilen aufgeteilt.
3. Es wird angenommen, dass ein*e andere*r Zeug*in in der Gruppe dem Opfer helfen wird.

Diese Annahme wurde von den Autoren getestet. Sie erschufen eine künstliche Notsituation und versuchten mittels Zeitmessung darzustellen, wie lang die betroffenen Personen benötigten, um Hilfe zu holen.

Hierzu wurden Collegestudent*innen allein in einen Raum geführt, in dem suggeriert wurde, dass eine Diskussion stattfand. Es gab noch weitere Teilnehmer*innen, die jedoch nur aus Tonbandaufnahmen bestanden. Diese „Teilnehmenden“ befanden sich in anderen Räumen und mussten nacheinander in das Mikrofon sprechen. Nachdem alle gesprochen hatten, wurde ein Krampfanfall eines Teilnehmers hörbar simuliert. Es wurde die Zeit gemessen, die verging, bis der Proband Hilfe holte. Wenn dieser nach sechs Minuten noch immer keine Hilfe holte, wurde das Experiment abgebrochen.

DARLEY und LATANÉ (vgl. 1968, zit. nach EMEGHARA 2023) kamen zu dem Schluss, dass die Zeitspanne bis zur Einleitung von Hilfe umso länger ist, je mehr Personen an der Situation beteiligt sind. Je kleiner die Gruppe war, die dem Probanden suggeriert wurde, desto eher erhielt das „Opfer“ rechtzeitig Hilfe, was die Hypothese bestätigte. Diejenigen, die keine Hilfe holten, waren jedoch nervös und zeigten sich um das Opfer besorgt. Die Forscher vermuteten, dass Nervosität darauf hinweist, dass die Proband*innen noch über den besten Handlungsweg nachdachten. Das Experiment demonstrierte den Einfluss der Verantwortungsdiffusion auf den Bystander-Effekt.

Der zweite Prozess wurde **Bewertungssorge** („evaluation of apprehension“), die sich auf die Besorgnis bezieht, von anderen beobachtet und beurteilt zu werden, wenn man in der Öffentlichkeit handelt, genannt.

Personen könnten Angst davor haben, von einem*iner besser qualifizierten Helfer*in bloßgestellt zu werden, unerwünschte Hilfe zu leisten oder die rechtlichen Folgen zu tragen, wenn sie unqualifizierte und möglicherweise schädliche Hilfe leisten. Auch dadurch könnte ein mögliches „nicht Eingreifen“ erklärt werden.

Der dritte Prozess ist die **pluralistische Ignoranz** („pluralistic ignorance“), die darauf basiert, dass sich Personen in mehrdeutigen Situationen auf die offensichtlichen Reaktionen anderer verlassen. Diese tritt auf, wenn eine Person eine bestimmte Denkweise ablehnt, aber fälschlicherweise annimmt, dass andere dieser Denkweise folgen. Aus diesem Grund passt sich die Person an diese Denkweise an, obwohl tatsächlich niemand daran glaubt.

Dies wird mit folgendem Beispiel erklärt: Auch, wenn sich Studierende in einer anspruchsvollen Vorlesung befinden, hebt niemand die Hand, um Fragen zu stellen. Dies wird damit begründet, dass einzelne Student*innen davon ausgehen, dass alle anderen den Lehrstoff verstanden haben und sie vor diesen nicht dumm wirken wollen, obwohl der Lehrstoff möglicherweise von niemandem verstanden wurde.

Diese Denkweise verdeutlicht den Einfluss der pluralistischen Ignoranz auf den Bystander-Effekt. Der zentrale Aspekt ist Unsicherheit und Wahrnehmung. Die pluralistische Ignoranz wird durch die Mehrdeutigkeit charakterisiert, die eine Situation definieren kann.

Andere Erklärungen

Obwohl diese drei die am weitesten verbreiteten Erklärungen darstellen, existieren auch andere Theorien, die relevant sein könnten. Ein Beispiel ist die **Verantwortungsverwirrung** („confusion of responsibility“).

Verantwortungsverwirrung tritt auf, wenn ein*e Zeug*in befürchtet, dass seine*ihre Hilfeleistung zu der Annahme führen könnte, dass andere glauben, er*sie sei der*die Angreifer*in. Diese Angst kann dazu führen, dass Personen in ernsten Situationen nicht handeln.

Ein weiteres Beispiel ist das „**Priming**“, das zukünftige Aktionen durch vorherige Hinweise beeinflusst. Beispielsweise führt eine Liste von Wörtern über Heimdekoration dazu, dass Antworten wie Stuhl oder Tisch auf die Frage nach einem fünf Buchstaben langen Wort wahrscheinlicher sind als andere Worte.

EMEGHARA. (vgl. 2023) führt an, dass der Gedanke, Teil einer Gruppe zu sein, in Notfällen zu weniger Hilfsbereitschaft führen kann, da Gruppen das Gefühl persönlicher Verantwortung verringern. Es wird darauf hingewiesen, dass die Beeinflussung einer Person auch ihre Fähigkeit zur Hilfeleistung beeinflussen kann.

Diese alternativen Theorien verdeutlichen, dass der Bystander-Effekt ein komplexes Phänomen ist, das verschiedene ideologische Ansätze beinhaltet (vgl. EMEGHARA 2023).

Eine aktuelle qualitative Studie von SEPAHVAND et al. (vgl. 2023) untersucht, warum Menschen in Verkehrsunfällen häufig zögern, Erste Hilfe zu leisten. Interviews mit Augenzeug*innen wurden geführt; Angst, etwas falsch zu machen, rechtliche Unsicherheit, emotionale Überforderung, mangelndes Selbstvertrauen sowie Sorge um die eigene Sicherheit wurden als zentrale Barrieren identifiziert. Besonders auffällig war, dass selbst Personen mit Grundkenntnissen in Erster Hilfe nicht aktiv wurden, wenn sie sich der Situation nicht gewachsen fühlten. Die Ergebnisse geben Hinweis darauf, dass Handlungskompetenz nicht allein auf Wissen basiert, sondern stark von subjektiver Sicherheit geprägt ist.

2.3. Motivationale Hintergründe der Entscheidung zur sanitätsdienstlichen Ausbildung – Anwendung der Selbstbestimmungstheorie

Im Anschluss an die Betrachtung psychologischer Hemmschwellen stellt sich die Frage, welche inneren Beweggründe Polizist*innen dazu motivieren, zu helfen und darüber hinaus, mitunter sogar freiwillig, eine sanitätsdienstliche Zusatzausbildung zu absolvieren. Während der Bystander-Effekt mögliche Blockaden im Hilfeverhalten erläutert, liefert die Selbstbestimmungstheorie (Self-Determination Theory, SDT) von RYAN und DECI (vgl. 2000: 68) eine theoretische Grundlage dafür, wie eine solche intrinsische Motivation entsteht und aufrechterhalten wird.

Intrinsische Motivation beschreibt das Phänomen, dass Menschen bestimmte Aktivitäten aus eigenem Antrieb, aufgrund von Interesse, Neugier oder inneren Überzeugungen ausführen. Beispiele hierfür sind das konzentrierte Lernen, das völlige Aufgehen im Spiel oder auch die tiefe Versunkenheit bei der Arbeit oder im Sport. In diesen Situationen ist keine äußere Lenkung notwendig, damit die Tätigkeit mit Freude und Ausdauer betrieben wird – das Tun steht für sich selbst im Mittelpunkt. Im Gegensatz dazu resultiert extrinsische Motivation aus externen Einflüssen wie materiellen Belohnungen, Sanktionen, Überwachung oder sozialer Anerkennung (z. B. durch Noten oder Tadel). Verhalten, das extrinsisch motiviert ist, bleibt meist nur so lange bestehen, wie die äußeren Anreize oder Kontrollmechanismen vorhanden sind, und verschwindet häufig, wenn diese wegfallen. (vgl. BRANDSTÄTTER et al. 2018: 113)

„Die Theorie der Basisbedürfnisse postuliert drei universelle psychologische Basisbedürfnisse. Diese sind das Autonomie und Kompetenzerleben und das Erleben sozialer Eingebundenheit. Zahlreiche Studien zeigen, dass die Befriedigung dieser Bedürfnisse zu intrinsischer Motivation und Wohlbefinden führt, während die Bedürfnisfrustration negative Konsequenzen hat. (BRANDSTÄTTER et al. 2018: 117)

Die Selbstbestimmungstheorie setzt sich aus insgesamt fünf Teiltheorien zusammen, die auf intrinsische Motivation Bezug nehmen. Hier liefert zum Beispiel die „Kognitive Bewertungstheorie“ eine mögliche Erklärung, die BRANDSTÄTTER et al. (2018: 114-115) wie folgt zusammenfassen:

„Decis (1975) kognitive Bewertungstheorie besagt, dass Menschen von sich aus motiviert sind, Neues zu erlernen, Herausforderungen zu suchen und sich beständig weiterzuentwickeln. [...] Werden beispielsweise Personen für eine Tätigkeit, die sie ursprünglich intrinsisch motiviert und mit Freude ausführen, mit

Geld belohnt, sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Personen anschließend aus freien Stücken und langfristig in dieser Tätigkeit engagieren.“

Eine weitere Theorie, die in diesem Kontext zu berücksichtigen ist, ist die Selbstwirksamkeitstheorie (vgl. BANDURA 1977). Diese besagt, dass Selbstwirksamkeit das Vertrauen einer Person in ihre eigene Fähigkeit darstellt, durch die Erfüllung einer bestimmten Aufgabe oder das Lösen eines Problems ihre Umgebung erfolgreich zu beeinflussen. Selbstwirksamkeit gilt als eines der wichtigsten Elemente innerhalb von Motivationstheorien. Menschen sind eher motiviert, eine bestimmte Handlung auszuführen, wenn sie das Gefühl haben, die Fähigkeit zu besitzen, diese erfolgreich zu bewältigen. (vgl. KODDEN 2020: 33f.)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl hemmende als auch motivierende psychologische Faktoren das Hilfeverhalten von Polizeibeamt*innen in Notfallsituationen erheblich beeinflussen können. Neben diesen innerpsychischen Prozessen spielt jedoch auch der institutionelle Rahmen eine wesentliche Rolle. Die rechtlichen Verpflichtungen und der organisatorische Rahmen, innerhalb dessen Polizeibedienstete Erste Hilfe leisten, werden im folgenden Kapitel erörtert.

2.4. Erste Hilfe durch Polizist*innen: Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen

In Österreich ist jede*r gesetzlich verpflichtet, in Notfällen Hilfe zu leisten. Diese Verpflichtung zur Hilfeleistung ist unter anderem in den §§ 94 und 95 Strafgesetzbuch geregelt. Während § 94 die allgemeine Hilfspflicht normiert, stellt § 95 die unterlassene Hilfeleistung unter Strafe. (vgl. §§ 94, 95 StGB, BGBl. Nr. 60/1974 idgF)

Zusätzlich sind gemäß § 4 Abs. 5 der Straßenverkehrsordnung (StVO) alle Verkehrsteilnehmer*innen verpflichtet, bei Unfällen unverzüglich Hilfe zu leisten, sofern dies zumutbar ist (vgl. § 4 Abs. 5 StVO, BGBl. Nr. 159/1960 idgF).

Über die allgemeine Bürgerpflicht hinaus trifft Polizist*innen eine besondere Verpflichtung, in Gefahrenlagen Hilfe zu leisten. Diese ist in § 19 Sicherheitspolizeigesetz (SPG) als erste allgemeine Hilfeleistungspflicht normiert.

§ 19 SPG verpflichtet Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes, im Rahmen ihres Dienstes unverzüglich Maßnahmen zu ergreifen, um unmittelbare Gefahren für Leben, Gesundheit, Freiheit oder Eigentum abzuwehren (vgl. § 19 SPG, BGBl. Nr. 566/1991 idgF).

Sobald oben angeführte Rechtsgüter unmittelbar gefährdet sind, muss die Polizei eingreifen, auch wenn die Gefahrenabwehr eigentlich in den Zuständigkeitsbereich anderer Behörden, des Rettungswesens oder der Feuerpolizei fällt. Diese Bestimmung ist ein zentraler Ausgangspunkt polizeilichen Handelns bei Notfällen. Viele der bei den Polizeidienststellen eingehenden Notrufe lassen sich nicht unmittelbar einordnen, sodass vor Ort die Situation aufgeklärt werden muss. Stellt sich nun bei dieser sogenannten „Gefahrenerforschung“ durch die Polizist*innen heraus, dass es sich um einen medizinischen Notfall handelt, so hat die Polizei unverzüglich den Rettungsdienst zu alarmieren. Bis zum Einschreiten des Rettungsdienstes haben die Polizist*innen bei dem Notfallpatienten Erste-Hilfe-Maßnahmen durchzuführen. Das

Sicherheitspolizeigesetz verleiht der Exekutive im Falle von Notlagen spezifische Befugnisse, um die erforderliche Hilfeleistung zu gewährleisten. Dazu gehören beispielsweise das Recht, Gefahrenzonen abzusperren, Grundstücke und Fahrzeuge zu betreten oder zu nutzen, Personen wegzuweisen sowie Identitäten festzustellen, sofern dies zur Gefahrenabwehr notwendig ist. Diese besonderen polizeilichen Befugnisse verdeutlichen, dass die Polizei im Rahmen ihrer Hilfeleistungspflicht auch in die Rechte Dritter eingreifen darf, etwa ein Fahrzeug aufzubrechen, um Zugang zu einer verletzten Person zu erhalten, solange dies zur Rettung von Menschen erforderlich ist. (vgl. HALMICH 2012: 81f.)

HALMICH (vgl. 2012: 82) erläutert weiter, dass die allgemeine Pflicht zur Ersten Hilfe endet, sobald die Gefahrenlage unter Kontrolle ist oder die zuständige Organisation (Rettungsdienst, Feuerwehr oder eine andere Behörde) wirksam eingreift. Sollte dies beispielsweise bei einem Großunfall nicht der Fall sein, bleibt die Polizei weiterhin verpflichtet, unterstützend zu handeln, bis ausreichende Rettungsmittel vor Ort zur Verfügung stehen.

Organisatorische Rahmenbedingungen

Bereits während der Polizeigrundausbildung wird Wert auf eine adäquate Erste-Hilfe-Ausbildung gelegt. Im polizeilichen Ausbildungsplan der zweijährigen Grundausbildung sind eigene Unterrichtsmodule für Erste Hilfe und Notfallmaßnahmen vorgesehen. So umfasst der Block „situationsadäquate Handlungskompetenzen“ unter anderem einen 16-stündigen Erste-Hilfe-Kurs. (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2022a)

Neben der Polizeigrundausbildung gibt es im Bereich der Ersten Hilfe auch ein strukturiertes Fortbildungssystem. Alle Exekutivbediensteten des österreichischen Innenministeriums müssen im Rhythmus von derzeit drei Jahren ihre Erste-Hilfe-Kenntnisse auffrischen. Diese Auffrischung setzt sich aus dem E-Learning-Kurs „Erste Hilfe im Polizeidienst“ und einer vierstündigen Praxisschulung zusammen. (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2021: 105f.)

Polizeisanitäter*innen

Über die Grundschulung aller Polizist*innen hinaus verfügt die Exekutive über speziell fortgebildete Sanitäter*innen mit erweiterten Kompetenzen, sogenannte Polizeisanitäter*innen. Hierbei handelt es sich um Beamt*innen, die zumeist freiwillig eine vollständige Rettungs- oder die weiterführende Notfallsanitäter-Ausbildung absolviert haben und diese Qualifikation, nach dem Bestehen einer seitens des Innenministeriums vorgegebenen Fortbildung, neben ihrem regulären Polizeidienst ausüben. In ganz Österreich gibt es mit Stand 2022 rund 283 Polizeisanitäter*innen, verteilt auf verschiedene Einsatzbereiche. Sie kommen laut Bundesministerium für Inneres insbesondere dort zum Einsatz, wo es für zivile Rettungskräfte zu gefährlich wird. Klassische Szenarien sind zum Beispiel Bedrohungslagen mit noch nicht gesicherten Tatorten (Geiselnahmen, Amokläufe, Terrorverdacht) oder polizeiliche Großeinsätze, bei denen Verletzte zu versorgen sind, bevor Rettungskräfte gefahrlos zugelassen werden können. Dienstrechtlich handelt es sich bei Polizeisanitäter*innen um eine polizeiinterne Sonderverwendung. Polizeisanitäter*innen führen eine

erweiterte medizinische Ausrüstung mit, die an polizeiliche Einsatzbedingungen angepasst ist. Dazu gehören beispielsweise Tourniquets zur raschen Blutstillung bei Schuss- oder Stichverletzungen an Extremitäten. Darüber hinaus verfügen sie über taktische Sanitätsrucksäcke, in denen sie Sauerstoff, Infusionslösungen und ausgewählte Notfallmedikamente mitführen. Zur erweiterten Ausrüstung von Polizeisanitäter*innen zählt unter anderem auch spezialisiertes Material wie sogenannte Chest-Seals, die zur Versorgung offener Thoraxverletzungen eingesetzt werden. Dadurch sind sie in der Lage, bereits vor dem Eintreffen notärztlicher Kräfte medizinische Maßnahmen einzuleiten, die über die Basis-Erste-Hilfe hinausgehen. Dabei müssen sie stets die Balance wahren zwischen ihrer Verantwortung zur medizinischen Hilfeleistung und den polizeilichen Anforderungen an Eigensicherung sowie Auftragserfüllung. Die Aufrechterhaltung der Qualifikation als Polizeisanitäter*in erfordert kontinuierliche fachliche Weiterbildung sowie praktische Einsätze. Ein entsprechender Erlass des Bundesministeriums für Inneres sieht vor, dass Polizeisanitäter*innen jährlich sowohl Einsatzstunden im regulären Rettungsdienst als auch im klinischen Umfeld absolvieren und an fachspezifischen Fortbildungen teilnehmen. Ziel dieser Vorgaben ist es, eine konstante Aktualisierung des medizinischen Wissens sicherzustellen. Im Einsatz übernehmen Polizeisanitäter*innen eine doppelte Funktion. Einerseits agieren sie als Exekutivorgane mit allen polizeilichen Befugnissen, andererseits gelten für sie – sobald sie sanitätsdienstlich tätig werden – dieselben berufsrechtlichen und haftungsrelevanten Anforderungen wie für zivil tätige Sanitäter*innen. Dazu zählen unter anderem das Einhalten medizinischer Standards, die sorgfältige Dokumentation sowie die gleichzeitige Berücksichtigung polizeilicher Maßnahmen wie Nothilfe und Eigensicherung. (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2022b)

2.5. Vergleich von Laien- und professioneller medizinischer Hilfe durch Polizist*innen

GARMS-HOMOLOVÁ und SCHAEFFER (vgl. 1987: 5) erkannten bereits, dass die Bedeutung der Ersten Hilfe durch Laien im Steigen begriffen ist. In den Jahren zuvor machte es den Anschein, als ob die Laienhilfe, aufgrund der Professionalisierung der medizinischen Kapazitäten, immer weniger von Bedeutung ist. Ebenso gab es Hinweise, dass Ärzt*innen der Laienhilfe kritisch und teilweise sogar ablehnend gegenüberstehen. (vgl. GARMS-HOMOLOVÁ UND SCHAEFFER 1987: 6.) Diese Ansicht veränderte sich jedoch im Lauf der Jahre. Laien haben eine anerkannte Rolle, die über die Notfallmeldung hinaus geht, in der Rettungskette erhalten.

Da die ersten Minuten nach einem Notfall entscheidend sind, führten BURGHOFER et al. (vgl. 2008) eine Studie durch, die sich mit der Qualität der Ersten Hilfe in der Realität auseinandersetzt. Untersucht wurden 431 Einsätze des Rettungshubschraubers „Christoph 1“. Hierbei wurde festgestellt, dass grundlegende Kenntnisse in den Bereichen Reanimation, Lagerung, Wärmeerhaltung sowie Wundversorgung oft ineffektiv angewendet oder nicht durchgeführt wurden. Ersthelfer*innen waren teilweise überfordert. Es zeigte sich allerdings auch, dass sich die Maßnahmen verbesserten, je höher deren Ausbildung war. Der Anteil der effektiven Maßnahmen lag selbst nach Abschluss eines Erste-Hilfe-Kurses bei den Ersthelfer*innen nur bei

62,5 %. Daher forderten die Autor*innen einen früheren Einstieg in die Erste-Hilfe-Ausbildung als auch eine regelmäßige Wiederholung der Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie eine grundlegende Sensibilisierung der Bevölkerung (vgl. BURGHOFER et al. 2008: 127-136)

Insbesondere mit der Herz-Lungen-Wiederbelebung befassen sich viele Publikationen und Studien, wie auch die Studie mit dem Titel „International facets of the 'chain of survival' for out-of-hospital and in-hospital cardiac arrest: a scoping review“ (vgl. SCHNAUBELT et al. 2024). Diese Studie verglich weltweite „chain of survival“-Konzepte im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Folgende Grafik zeigt die Empfehlung der Autor*innen, wie eine optimale und vereinfachte Form der chain of survival aussehen sollte:

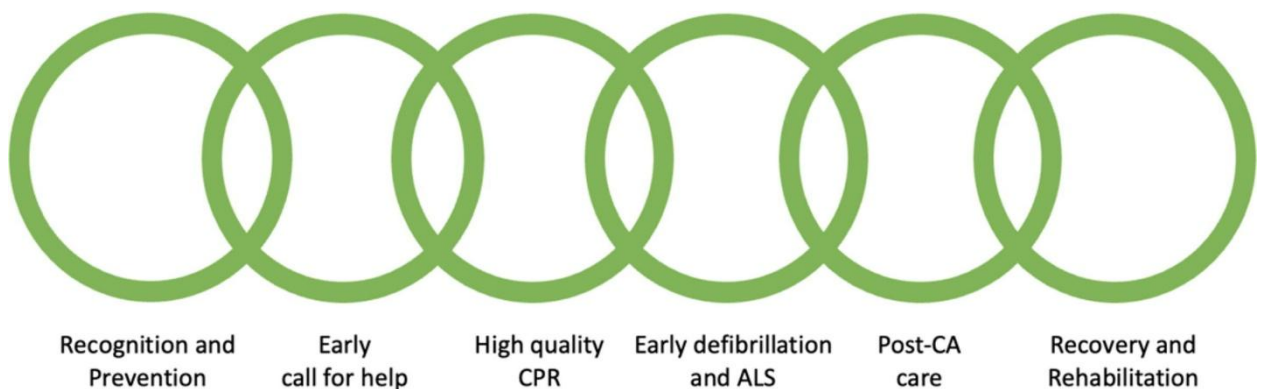


Abbildung 4: The basic chain of survival with six links. CPR = cardiopulmonary resuscitation; CA = cardiac arrest.

Quelle: SCHNAUBELT et al. 2024: Abb. 2

Die oben gezeigte Grafik wird von der AHA (American Heart Association) verwendet.

In den letzten Jahren gab es viele Projekte, die versuchten, das Überleben von Patient*innen nach Atem-Kreislauf-Stillständen zu verbessern. In vielen, vor allem städtischen Gebieten, wurden Polizeistreifenfahrzeuge mit Defibrillatoren ausgestattet, um sie so zu „first respondern“ zu machen. Seit 2013 wurden zum Beispiel mehr als 209 Defibrillatoren im Bereich der Landespolizeidirektion Wien etabliert. Im Falle eines Atem-Kreislauf-Stillstandes werden, zusätzlich zum Rettungsdienst, auch Polizeieinheiten zu dem Notfallort entsandt. Die Aufgabe der Polizist*innen ist, sofern diese vor dem Rettungsdienst eintreffen, Wiederbelebnungsmaßnahmen inklusive Frühdefibrillation zu starten beziehungsweise bestenfalls fortzusetzen. Hierbei wird auf das Durchführen einer Atemspende verzichtet. Polizist*innen der Landespolizeidirektion Wien werden, aufgrund der Empfehlung des European Resuscitation Council, einmal pro Jahr für vier Stunden betreffend Herz-Lungen-Wiederbelebung geschult. (vgl. KRAMMEL et al. 2020)

Hierzu wurde speziell für Wien die Studie „The impact of a high-quality basic life support police-based first responder system on outcome after out-of-hospital cardiac arrest“ (vgl. KRAMMEL et al. 2020) durchgeführt, in welcher konkret untersucht wurde, wie effektiv dieses System, in dem Polizeistreifen mit Defibrillatoren ausgestattet wurden, im Bereich Wien wirklich ist. Die Studie untersuchte 85 Fälle, in denen

Polizeibeamt*innen mit AEDs bei plötzlichem Herzstillstand außerhalb eines Krankenhauses intervenierten, und verglich diese mit einer Kontrollgruppe von 170 Fällen ohne polizeiliche Ersthelfer*innen. Hier konnte sowohl nachgewiesen werden, dass Polizist*innen mit hoher Qualität Thoraxkompressionen durchführten, die Zeit bis zur ersten Schockabgabe wesentlich kürzer ist, wenn Polizei-AEDs vor Ort waren (6 Minuten [IQR: 2–10]) im Vergleich zur Kontrollgruppe (12 Minuten [IQR: 8–17]; $p < 0,001$) und auch eine höhere Überlebensrate mit Polizei-AEDs assoziiert war. Die Studie deutete außerdem an, dass die neurologischen Defizite beim Einsatz von Polizei-AEDs geringer waren als bei der Vergleichsgruppe.

In Bezug auf Erste Hilfe durch Laien wurde durch die Studie „The general public’s ability to operate automated external defibrillator: A controlled simulation study“ (vgl. DONG et al. 2020) untersucht, wie gut diese tatsächlich mit einem AED umgehen können. Weiters wurde erhoben, wie sich eine 15-minütige Schulung Herz-Lungen-Wiederbelebung auf die Fähigkeit, eine Herz-Lungen-Wiederbelebung durchzuführen, auswirkt. Zwischen Mai und Dezember 2018 nahmen 94 Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren ohne vorherige AED-Schulung an einer kontrollierten Simulation teil. Diese wurden in folgende Altersgruppen eingeteilt: 18–24 Jahre, 25–54 Jahre und 55–65 Jahre. Ihre Fähigkeiten wurden vor dem Training, unmittelbar danach und drei Monate später in einer simulierten Herz-Kreislauf-Stillsituation bewertet. Dabei wurden kritische Handlungen und Zeitintervalle während der AED-Bedienung analysiert. Nur 14,9 % der Teilnehmenden waren in der Lage, erfolgreich eine Defibrillation durchzuführen. Die schlechteste Erfolgsrate hatte die Altersgruppe 55–65 Jahre. Nach einem 15-minütigen Training verbesserten sich die Erfolgsraten signifikant: 71,9 % (18–24 Jahre), 70,6 % (25–54 Jahre) und 67,9 % (55–65 Jahre). Drei Monate später: Die Erfolgsquote bei der Defibrillation nahm ab, insbesondere bei den 55–65-Jährigen, von denen nur 26,1 % erfolgreich defibrierten, verglichen mit 54,8 % in der Altersgruppe 18–24 Jahre und 64,3 % in der Altersgruppe 25–54 Jahre. Somit kam die Studie zu der Schlussfolgerung, dass die Mehrheit der Laien im Grunde nicht in der Lage ist, AEDs effektiv zu bedienen. Selbst kurze Schulungen verbessern die Fähigkeiten allerdings erheblich. Somit sind Schulungen und Auffrischkurse entscheidend, um die AED-Kompetenz der Allgemeinbevölkerung zu verbessern und aufrechtzuerhalten. (vgl. DONG et al. 2020)

Während das vorangegangene Kapitel den Vergleich zwischen laienhafter und professioneller medizinischer Hilfeleistung durch Polizist*innen in den Mittelpunkt stellte, widmet sich der folgende Abschnitt einem spezialisierten Bereich der präklinischen Versorgung, nämlich der taktischen Verwundetenversorgung. Gerade in hochdynamischen und gefährlichen Einsatzlagen wie etwa bei Amokläufen, terroristischen Bedrohungen oder Zugriffssituationen reichen klassische Erste-Hilfe-Maßnahmen oft nicht aus, um das Überleben von Verletzten zu sichern. Konzepte wie das Tactical Combat Casualty Care (TCCC) wurden daher entwickelt, um medizinische Versorgung unter taktischen Bedingungen zu ermöglichen und gezielt auf die besonderen Herausforderungen solcher Lagen einzugehen. Im Folgenden werden die zentralen Elemente dieser Konzepte sowie deren Bedeutung für die polizeiliche Praxis näher erläutert.

2.6. Konzepte der taktischen Verwundetenversorgung

Im polizeilichen Kontext kann der Umstand auftreten, dass der etablierte Regelrettungsdienst aufgrund einer als „unsicher“ eingestuften Lage nicht intervenieren kann. Somit ist zum Beispiel in einer bedrohlichen Notsituation mit verletzten Personen der Rettungsdienst nicht unmittelbar verfügbar. Hier trifft die Polizist*innen eine sog. „Zugleichfunktion“; dies bedeutet, dass diese gefahrenabwehrend, strafverfolgend und hilfeleistungspflichtig tätig werden müssen. Aus diesem Grund wurden diverse Material- und Ausbildungskonzepte entwickelt, die den Umstand, dass einzelne Polizist*innen in eine der oben beschriebenen Lagen kommen könnten, berücksichtigen. Bisher waren besondere Einsatzmittel wie beispielsweise ein Tourniquet oder spezielle Verbände zur Wundversorgung nicht vorgesehen. Jedoch haben die Terroranschläge und Amokläufe in jüngster Zeit gezeigt, dass dies nicht mehr zeitgemäß ist. Daher mussten auch jene Organisationen, die für die Etablierung von Leitlinien zuständig sind, eingestehen, dass „verpönte“ Techniken wie zum Beispiel das Abbinden einer Extremität wieder Einzug in die Guidelines halten müssen. Außer Acht gelassen werden darf hier jedoch auch nicht der Umstand, dass sich umfassende Großeinsätze ergeben können, bei denen die Unterbrechung der Tathandlungen der vermeintlichen Täter*innen absoluten Vorrang hat. (vgl. ROELENKE und VOLLER 2018: 18)

Als oberstes Ziel der militärischen Traumaversorgung wurde die Minimierung der vermeidbaren Todesfälle ausgerufen. Hier setzt das TCCC (Tactical Combat Casualty Care) Konzept an. Ursprünglich wurde der Fokus auf drei vermeidbare Todesursachen auf dem Gefechtsfeld gelegt:

- Kritische Blutungen der Extremitäten
- Atemwegsverlegungen
- Spannungspneumothorax

Zudem wurden in diesen Richtlinien auch taktische Gegebenheiten, wie z. B. eingehender Beschuss, geräuschloses Vorgehen oder Vorgehen in der Dunkelheit, berücksichtigt. Die Implementierung dieser Richtlinien ist mitunter ein wesentlicher Faktor, dass vermeidbare Todesfälle tatsächlich reduziert werden konnten. Dies hatte zur Folge, dass auch zivile Medizingesellschaften Teile des TCCC-Konzepts in die zivile Notfallversorgung übernahm. In den nicht militärischen, aber dennoch taktischen Settings ergaben sich aber gewisse Probleme bei der Anwendung dieser Guidelines. Somit wurde für diese Bereiche TECC (Tactical Emergency Casualty Care) geschaffen. Diese Richtlinie beruht auf den TCCC-Standards, nimmt jedoch auf die zivile Umgebung Rücksicht. In klassischen sanitätsdienstlichen Vorgehensweisen ist der „sichere Notfallort“ die oberste Prämisse. Jedoch wird dabei außer Acht gelassen, dass es durchaus Lagen gibt, in denen sich die Umgebung als hochbedrohlich erweist. Die TECC-Richtlinien fassen Versorgungsrichtlinien zusammen, indem sie die Anforderungen der taktischen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Die TECC-Richtlinien sind keine starren Regeln, sondern vielmehr flexible Handlungsanweisungen. Auch in dieser Richtlinie spielt die Blutungskontrolle eine zentrale Rolle. Im Vietnamkrieg stellten unkontrollierte Blutungen an Extremitäten mit 9 % der Todesfälle die Spitze der vermeidbaren Todesursache dar. Auch im zivilen

Setting sind kritische Blutungen an Armen oder Beinen vermeidbare Todesursachen. Hier haben sich Tourniquets als äußerst wirksam erwiesen. (vgl CALLAWAY et al. 2011: 105)

Ein weiteres Konzept, das sich unter anderem bei polizeilichen Spezialeinheiten durchgesetzt hat, nennt sich TEMS (Tactical Emergency Medical Support). In polizeilichen Lagen liegt, vor allem im unmittelbaren Gefährdungsbereich, die Verantwortung für die Versorgung der sich dort befindlichen Verletzten, aber auch für die unversorgte Rettung in einen sicheren Bereich bei der polizeilichen Einsatzleitung. Einsatztaktische Maßnahmen der Polizei haben Vorrang, um weitere Verletzte zu vermeiden. Medizinische Maßnahmen müssen daher auf das taktische Vorgehen abgestimmt werden. Die Versorgung in gefährlichen Bereichen, möglicherweise sogar unter Beschuss, sowie die eventuell verzögerte Möglichkeit zur Rettung der verletzten Person in eine sichere Umgebung, vor allem mit eingeschränktem Material, stellen eine besondere Challenge für polizeiliche, medizinische Ersthelfer*innen dar. (vgl. BOHNEN 2024: 325)

Es zeigen sich bei den zuvor erwähnten Konzepten der taktischen Verwundetenversorgung immense Unterschiede zum zivilen Rettungsdienst. Während der Rettungsdienst überwiegend internistische Erkrankungen abhandelt, ist der*die polizeiliche Ersthelfer*in, vor allem in einer taktischen Umgebung, mit Schuss- oder Explosionsverletzungen konfrontiert. Die Bedingungen kommen einer militärischen Umgebung gleich, vor allem da in den Gefährdungsbereichen nicht auf ein umfassend ausgestattetes Rettungsmittel zurückgegriffen werden kann. Folgende Abbildung zeigt im Detail die Unterschiede zwischen zivilem Rettungsdienst und taktischer Notfallmedizin/TEMS.

Tab. 23.1 Unterschiede zwischen zivilem Rettungsdienst und taktischer Notfallmedizin/TEMS

	Notfallmedizin im zivilen Rettungsdienst	Taktische Notfallmedizin/TEMS
Umgebung	Einsatz erst nach Herstellen einer sicheren Lage (kalte Zone)	Einsatz in warmer und heißer Zone
Materielle Ressourcen	RTW (Rettungstransportwagen)-basiert, Nachführen von Material möglich	Eingeschränkt, maximal Rucksackausstattung
Personelle Ressourcen	RTW- und NEF (Notarzt-Einsatzfahrzeug)-Personal, Nachalarmierung weiterer Kräfte möglich	Team-Ersthelfer/Medic isoliert
Fälle	Primär internistische Patienten	Primär traumatologische Fälle
Verletzungsmuster	Stumpfes Trauma	Penetrierendes Trauma
Zugang zum Patienten	Einfach zugänglich durch normale Kleidung	Erschwerter Zugang durch Schutzweste, Helm, Einsatzausrüstung etc.
Zeitfaktor	Kurze Phase der präklinischen Versorgung	Häufig verlängerte Phase der präklinischen Versorgung durch fortlaufende taktische Operation

Abbildung 5: Unterschiede zwischen zivilem Rettungsdienst und taktischer Notfallmedizin/TEMS

Quelle: Bohnen 2024: 326

Die taktische Verwundetenversorgung stellt somit eine wichtige Ergänzung zur klassischen Ersten Hilfe dar, insbesondere in Situationen, in denen Zeitdruck, Gefahrenlage und begrenzte Ressourcen schnelles und zielgerichtetes Handeln erfordern. Ihre Prinzipien und Handlungsabläufe werden zunehmend in die polizeiliche Aus- und Fortbildung integriert, um Einsatzkräfte auch unter widrigen Bedingungen handlungsfähig zu machen. Doch wie wirksam sind solche Maßnahmen tatsächlich, und inwieweit beeinflussen sanitätsdienstliche Zusatzqualifikationen das konkrete Verhalten von Polizist*innen in der Praxis? Um diese Fragen fundiert beantworten zu können, ist ein Blick auf den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand notwendig.

3. Forschungsstand

3.1. Aktuelle Forschung zur Erste-Hilfe-Leistung von Polizist*innen

Studien zeigen, dass eine umfangreiche Erste-Hilfe-Ausbildung die Einstellung und das Wissen von Polizist*innen verbessert.

So zum Beispiel die Studie von CHAUHAN und PATTAN (vgl. 2022), die untersuchten, wie sich das Wissen und die Einstellung indischer Polizeibeamt*innen im Raum Vadodara, Gujarat, in Bezug auf Erste-Hilfe bei Verkehrsunfällen vor und nach einem Trainingsprogramm bewerten lassen. Sie konnten nachweisen, dass das Trainingsprogramm effektiv war und sich sowohl das Wissen als auch die Einstellung der Beamt*innen verbessert hat.

Auch NDILE et al. (vgl. 2020) untersuchten die Auswirkungen eines Erste-Hilfe-Ausbildungsprogramms auf das Wissen von Verkehrspolizist*innen in Dar es Salaam, Tansania. Diese fungieren dort sehr oft als Ersthelfer*innen nach Verkehrsunfällen. Laut dieser Studie fehlt es in Tansania an angemessenen Notfallversorgungssystemen, was die Relevanz polizeilicher Ersthelfer*innen unterstreicht. Auch hier zeigte sich, dass das Wissensniveau als auch der Fertigkeiten Zuwachs nach Absolvierung eines Erste-Hilfe-Ausbildungsprogramms signifikant anstieg.

KUSUMANINGRUM et al. (vgl. 2019) kommen für Malang, Indonesien zu demselben Ergebnis. Hier findet sich ebenfalls eine Region, der es an einem umfassenden präklinischen Versorgungssystem fehlt und Polizist*innen daher oft, nach Verkehrsunfällen, Erste Hilfe leisten müssen, da diese als Erste vor Ort sind. In dieser Studie wurden ebenfalls Polizist*innen in Erster Hilfe geschult und ein Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt. Die Schulung führte zu einer signifikanten Steigerung des Wissens und der Kompetenzen der Polizeibeamt*innen in Bezug auf Erste Hilfe bei Verkehrsunfällen. Die Ergebnisse unterstützen die regelmäßige Implementierung solcher Schulungsmaßnahmen als Bestandteil eines sicheren Gemeinschaftsmodells zur Verbesserung der prähospitalen Versorgung.

Die Studie mit dem Titel "The Emergency Care Competence Needed for Police Patrol Officers According to the Experts: a National Swedish Delphi Study" von WALLIN et al. (vgl. 2022) untersuchte die wesentlichen Notfallkompetenzen, die für schwedische Polizeistreifenbeamt*innen erforderlich sind. Dies auch mit dem Hintergrund, dass Streifenpolizist*innen oftmals als erste am Notfallort sind und die gefühlte Zeit, bis der Rettungsdienst eintrifft, ewig lang erscheinen kann. Die Studie zeigte, dass elementare Lebensrettungsmaßnahmen wie zum Beispiel Atemwegsmanagement, Herz-Lungen-Wiederbelebung und Blutstillung bei traumatischen Verletzungen für Streifenpolizist*innen unverzichtbar sind.

Auch das Kompetenzerleben von Ärzt*innen und Polizeibeamt*innen ist ähnlich. LINDBERG und RANTALO (vgl. 2015) verglichen, wie berufliche Kompetenz zwischen Mitgliedern der nationalen schwedischen polizeilichen Antiterrorereinheit und Ärzt*innen definiert und differenziert wird. Der Fokus lag darauf, welche Eigenschaften und Verhaltensweisen als kompetent gelten. Kompetenz bedeutet laut den Autoren nicht

nur technisches Wissen, sondern auch die Fähigkeit zu erwünschtem Verhalten in der beruflichen Praxis. Sie beinhaltet sowohl Leistung als auch soziale Kompetenz. Trotz der augenscheinlichen Unterschiede zwischen beiden Berufen hinsichtlich ihrer Rollen, Geschichte sowie gesellschaftlichen Erwartungen, sind bemerkenswerte Parallelen in der Wahrnehmung hoher Kompetenz feststellbar. Es fanden sich aber auch Unterschiede. Die Polizei verfährt innerhalb einer stark hierarchischen Struktur, die physische Anforderungen an ihre Mitglieder stellt. Ärzt*innen hingegen benötigen eine ausgeprägte soziale Anpassungsfähigkeit sowie Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit Patient*innen und Kolleg*innen. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Kompetenz durch eine ausgewogene Kombination aus fachlicher Leistung und sozialer Fähigkeiten entsteht. Sie ist nicht nur eine individuelle Eigenschaft, sondern wird auch durch soziale Interaktionen bestimmt.

Die Studie von BONDARENKO et al. (o. J.) untersucht wiederum die professionellen Fähigkeiten und Kompetenzen, die zukünftige ukrainische Polizeibeamt*innen innehaben müssen. Als Schlussfolgerung wird die Bedeutung von Fähigkeiten wie körperliche Fitness, psychische Belastbarkeit, Kommunikationsfähigkeiten und die Fähigkeit zur Konfliktlösung betont. Aber auch Aspekte der Ersten Hilfe werden erwähnt. „Providing emergency medical assistance“ wird als wesentliche Fähigkeit für Polizeibeamt*innen aufgeführt. Erste Hilfe wird im Zusammenhang mit polizeilichen Zwangsmaßnahmen und Selbstverteidigung erwähnt – das bedeutet, dass Polizeibeamt*innen nach einem Einsatz auch medizinische Hilfe leisten müssen. Ein Bewertungskriterium für praktische Szenarien war außerdem die Fähigkeit zur Erstversorgung von Verletzten, was zeigt, dass die Schulung sowohl physische Auseinandersetzungen als auch die folgende medizinische Versorgung umfasst. Notfallmaßnahmen wurden als Teil des praktischen Trainings in verschiedenen Aufgaben integriert, sodass die Polizeischüler*innen reale Fälle simulieren konnten.

3.2. Forschung zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Polizist*innen

ROTSCHILD und MATHIESON (vgl. 2018) werteten in der Studie „Effects of Tactical Emergency Casualty Care Training for Law Enforcement Officers“ die Effektivität eines TECC-Trainingsprogramms für Polizeibeamt*innen in Virginia, USA, aus. Insgesamt wurden 46 reale Einsatzsituationen analysiert, in denen Polizeibeamt*innen nach diesem Training medizinische Hilfe leisteten.

Die Verletzungsmuster waren wie folgt verteilt:

13 % arterielle Blutungen (n=6)

46 % leichte/mittelschwere Blutungen (n=21)

37 % große Wunden (n=17)

20 % penetrierende Thoraxverletzungen (n=9)

13 % offene Bauchverletzungen (n=6)

Alle Beamt*innen gaben an, dass sie die Verletzungen erfolgreich stabilisieren konnten. 97 % (n=37/38) teilten mit, dass das oben angeführte TECC-Training für sie ausreichend war. Eine Person (3 %) fand es lediglich „OK“.

Diese Studie war bislang die umfassendste, die in diesem Bereich durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass TECC-Trainings die Polizist*innen mit einsatzrelevanten Fähigkeiten ausstattet, um Verletzte ausreichend zu stabilisieren. Laut den Studienautoren ist die fortlaufende Ausbildung einer kontinuierlich steigenden Anzahl von Polizeibeamt*innen im Bereich der TECC entscheidend, um das Leben von Traumapatient*innen zu retten. (vgl. ROTHSCILD und MATHIESON 2018)

4. Methodik

Quantitative Forschung: Umfrage unter Polizist*innen

Die bereits in der Einleitung angesprochene Umfrage folgt einem quantitativen Forschungsdesign mit einer querschnittlichen Online-Befragung als Erhebungsmethode. Es handelt sich um eine explorative Studie mit vergleichendem Gruppenansatz. Die Stichprobe wurde in zwei Gruppen unterteilt: Polizeibeamt*innen mit und ohne sanitätsdienstliche Zusatzausbildung. Unterschiede in deren Verhalten und Einstellung in Erste-Hilfe-Situationen wurden herausgearbeitet. Ergänzend zur Umfrage wurde eine systematische Literaturrecherche betrieben, um die Fragestellung theoretisch zu untermauern und die Fragebögen sowie Hypothesen fundiert abzuleiten.

Die Daten wurden durch eine Online-Umfrage erhoben, bei der das Tool SurveyMonkey verwendet wurde. Dieses ermöglichte die digitale Bereitstellung eines strukturierten Fragebogens. Die Wahl der Online-Befragung erfolgte unter Berücksichtigung der orts- und zeitunabhängigen sowie flexiblen Teilnahmeoptionen für die Teilnehmenden. Zudem konnten die Antworten direkt elektronisch erfasst und auch ausgewertet werden.

Die Verteilung des Umfragelinks erfolgte über die der Landespolizeidirektion Steiermark zugeordneten Stadt- und Bezirkspolizeikommanden. Dabei handelt es sich um zwei Stadt- sowie insgesamt elf Bezirkspolizeikommanden. Diesen sind insgesamt 132 Polizeiinspektionen (BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES, 2025) unterstellt, über welche die Umfrage intern weiterverbreitet werden sollte.

Zusätzlich wurde der Umfragelink an bestimmte Sonderdienststellen versandt, die keinem Stadt- oder Bezirkspolizeikommando direkt zugeordnet sind. Dazu zählte unter anderem die Einsatzgruppe zur Bekämpfung der Straßensriminalität (EGS).

Der Link zur Umfrage wurde am 7. April 2025 versendet. Aufgrund ausbleibender weiterer Rückmeldungen wurde diese am 13. Mai 2025 geschlossen.

Die Erkenntnisse aus der vorangegangenen Literaturrecherche wurden bei der Konzeption des Fragebogens berücksichtigt. Für die Durchführung der Befragung wurde beim Institut für Wissenschaft und Forschung der Sicherheitsakademie (SIK) des Bundesministeriums für Inneres ein offizielles Ansuchen um Genehmigung gestellt. Die Erhebung wurde von der SIK genehmigt und konnte somit innerhalb eines regulierten, dienstlich akzeptierten Rahmens stattfinden.

Der Fragebogen (siehe Anhang) bestand überwiegend aus geschlossenen Fragen mit festgelegten Antwortoptionen und einigen offenen Feldern für Freitexteinträge. Zu Beginn wurden Filterfragen gestellt, um die Gruppenzugehörigkeit zu ermitteln: Die Polizist*innen gaben an, ob sie eine sanitätsdienstliche Ausbildung absolviert haben oder nicht. Basierend auf dieser Selbstaussage wurden die Teilnehmenden intern der Sanitäter*innen-Gruppe bzw. der Nicht-Sanitäter*innen-Gruppe zugeordnet. Anschließend folgten Fragenkomplexe zu den Kernthemen.

Hemmschwelle in Erste-Hilfe-Situationen: Hier wurden Einschätzungen erhoben, wie sicher bzw. unsicher sich die Personen fühlen, wenn sie in einer Notsituation Erste Hilfe leisten sollen. Beispielsweise sollten sie auf Likert-Skalen angeben, ob sie Angst haben, etwas falsch zu machen, ob sie zögern würden, bestimmte Maßnahmen (z. B. Herzdruckmassage) anzuwenden, oder ob sie sich ausreichend für Erste-Hilfe-Leistung vorbereitet fühlen. Diese Items basierten auf in der Literatur identifizierten Barrieren (etwa Fehlentscheidungen, rechtliche Konsequenzen, Ekel/Blut, eigene Verletzungsgefahr). Ein Item fragte explizit nach dem Bystander-Effekt: ob die Wahrscheinlichkeit zu helfen geringer wäre, wenn viele Kolleg*innen oder Schaulustige anwesend sind (Diffusion der Verantwortung, siehe oben).

Handlungskompetenz und Ersthelferfahrung: Die Teilnehmenden wurden befragt, welche Erste-Hilfe-Maßnahmen sie bereits praktisch anwenden mussten und wie kompetent sie sich darin einschätzen. Zudem wurden vergangene Erfahrungen erfasst: Wie häufig waren sie bereits erstversorgend tätig? Haben sie schon einmal in der Ausübung des Dienstes oder privat Erste Hilfe geleistet, und wenn ja, in welcher Form (z. B. Wundversorgung, Reanimation, psychologische Betreuung)? Es sollte auch festgestellt werden, ob Personen mit entsprechender Ausbildung tatsächlich häufiger in solche Situationen geraten sind oder aktiv eingegriffen haben.

Motivation und Einstellung zur Ausbildung: Ein weiterer Frageblock adressierte die Beweggründe für eine etwaige sanitätsdienstliche Zusatzausbildung. Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung wurden gebeten, anzugeben, was sie motiviert hat, diese zu absolvieren. Diese Fragen liefern Einblicke, ob tatsächlich – wie vermutet – Altruismus und Hilfsbereitschaft die Hauptmotivation darstellen oder ob andere Faktoren eine Rolle spielen. Schließlich wurde noch die generelle Einstellung erfragt, ob die Teilnehmer*innen es für sinnvoll halten, dass Polizist*innen zusätzliche polizeispezifische Erste-Hilfe-Schulungen machen, was Aufschluss über den wahrgenommenen Bedarf an Training gibt.

Der Fragebogen wurde standardisiert und vorab in einem Pretest mit fünf externen Personen (nicht Teil der Hauptstichprobe) auf seine Verständlichkeit überprüft. Die Befragung dauerte etwa zehn Minuten. Alle Antworten wurden anonym erfasst. Es wurden weder Namen noch spezifische Dienststellen abgefragt. Die Online-Plattform SurveyMonkey gewährleistete dabei eine sichere Datenübertragung durch SSL-Verschlüsselung sowie die sichere Zwischenspeicherung der Daten. Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die Rohdaten (Excel/CSV-Export von SurveyMonkey) für die Auswertung heruntergeladen.

Vor der Auswertung wurden die Ergebnisse bereinigt und begonnene, aber nicht abgeschlossene Befragungen entfernt.

5. Ergebnisse

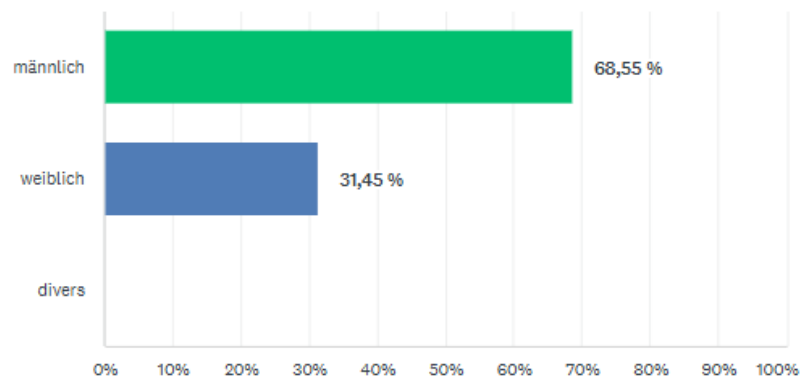
An der Umfrage nahmen insgesamt N = 407 Polizeiangehörige teil.

Geschlecht (F1)

Von 407 befragten Polizist*innen gaben 279 (68,55 %) an, männlich zu sein; 128 (31,45 %) identifizierten sich als weiblich. Die Option „divers“ wurde nicht gewählt.

Sie sind...

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
männlich	68,55 %	279
weiblich	31,45 %	128
divers	0,00 %	0
GESAMT		407

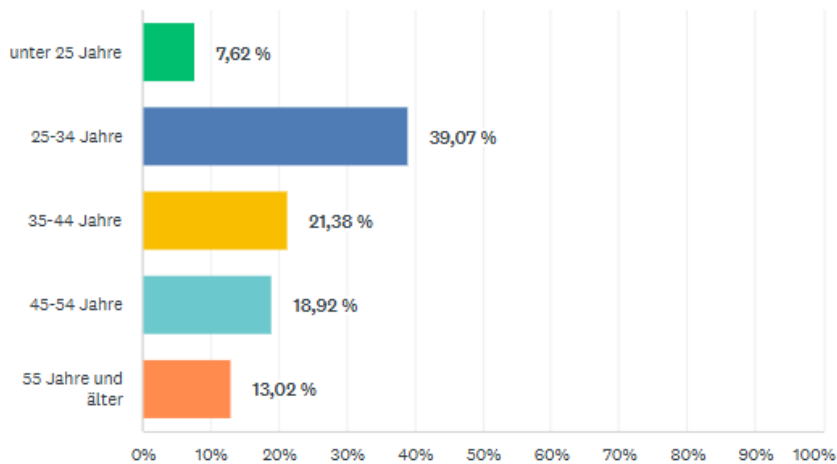
Abbildung 6: Ergebnis zu Frage 1 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten
Quelle: Eigene Darstellung

Alter (F2)

Die größte Altersgruppe stellen die 25- bis 34-Jährigen dar: 159 Personen (39,07 %) gehören dieser an. Es folgen die 35- bis 44-Jährigen mit 87 Personen (21,38 %), die 45- bis 54-Jährigen mit 77 Personen (18,92 %) und die Gruppe der über 55-Jährigen mit 53 Personen (13,02 %). Die jüngste Gruppe, unter 25 Jahre alt, umfasst 31 Personen (7,62 %).

Wie alt sind Sie?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
unter 25 Jahre	7,62 %	31
25-34 Jahre	39,07 %	159
35-44 Jahre	21,38 %	87
45-54 Jahre	18,92 %	77
55 Jahre und älter	13,02 %	53
GESAMT		407

Abbildung 7: Ergebnis zu Frage 2 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

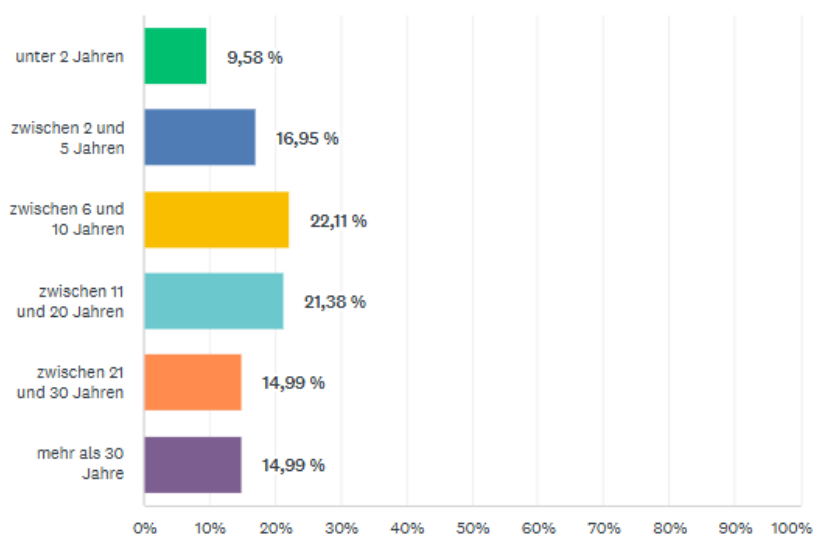
Quelle: Eigene Darstellung

Dauer der Tätigkeit im Außendienst (F3)

Die berufliche Erfahrung im Außendienst verteilt sich wie folgt: 90 Personen (22,11 %) gaben an, seit sechs bis zehn Jahren im Außendienst tätig zu sein, während 87 Personen (21,38 %) auf elf bis zwanzig Jahre Erfahrung zurückblickten. Jeweils 61 Personen (14,99 %) arbeiten seit 21 bis 30 Jahren bzw. mehr als 30 Jahren im Außendienst. 69 Personen (16,95 %) sind zwischen zwei und fünf Jahren tätig, während 39 Personen (9,58 %) weniger als zwei Jahre Berufserfahrung im Außendienst aufwiesen.

Wie lange sind Sie schon im polizeilichen Außendienst?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
unter 2 Jahren	9,58 %	39
zwischen 2 und 5 Jahren	16,95 %	69
zwischen 6 und 10 Jahren	22,11 %	90
zwischen 11 und 20 Jahren	21,38 %	87
zwischen 21 und 30 Jahren	14,99 %	61
mehr als 30 Jahre	14,99 %	61
GESAMT		407

Abbildung 8: Ergebnis zu Frage 3 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

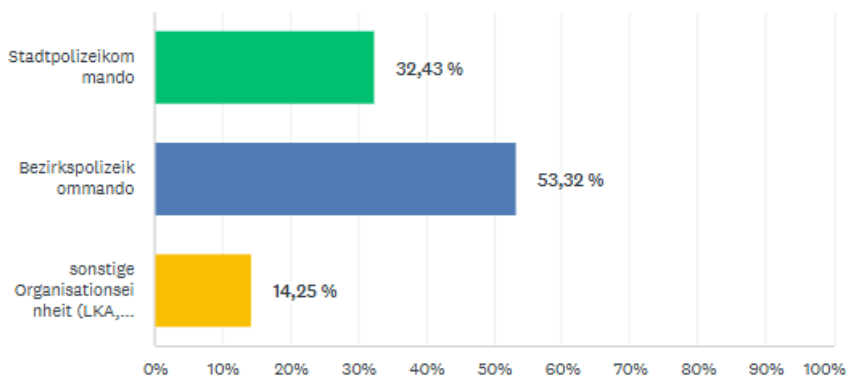
Quelle: Eigene Darstellung

Organisationseinheit (F4)

132 Polizist*innen (32,43 %) sind einem Stadtpolizeikommando (Graz oder Leoben), 217 (53,32 %) einem Bezirkspolizeikommando und 58 (14,25 %) einer sonstigen Organisationseinheit wie zum Beispiel dem Landeskriminalamt zugeordnet.

Sind Sie einem Stadtpolizeikommando, einem Bezirkspolizeikommando oder einer sonstigen Organisationseinheit zugeordnet?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Stadtpolizeikommando	32,43 %	132
Bezirkspolizeikommando	53,32 %	217
sonstige Organisationseinheit (LKA, SRK, FGA, EA...)	14,25 %	58
GESAMT		407

Abbildung 9: Ergebnis zu Frage 4 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

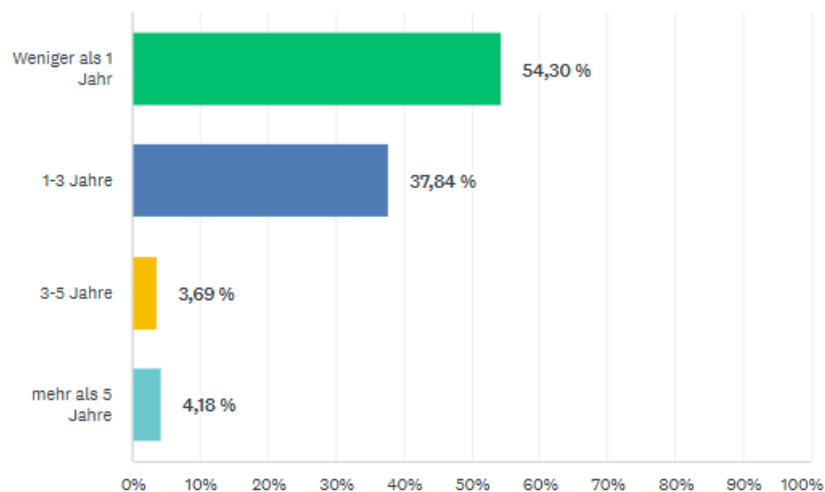
Quelle: Eigene Darstellung

Zeitpunkt der letzten Erste-Hilfe-Schulung (F5)

Die Mehrheit der Befragten (221 Personen bzw. 54,30 %) hat ihre letzte Erste-Hilfe-Schulung innerhalb des letzten Jahres absolviert. Weitere 154 Personen (37,84 %) gaben an, die Schulung sei vor ein bis drei Jahren erfolgt. Eine kleinere Gruppe von 15 Personen (3,69 %) absolvierte die Schulung vor drei bis fünf Jahren, und 17 Personen (4,18 %) hatten diese bereits vor mehr als fünf Jahren abgeschlossen.

Wie lange ist Ihre letzte Erste-Hilfe-Schulung her?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Weniger als 1 Jahr	54,30 %	221
1-3 Jahre	37,84 %	154
3-5 Jahre	3,69 %	15
mehr als 5 Jahre	4,18 %	17
GESAMT		407

Abbildung 10: Ergebnis zu Frage 5 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

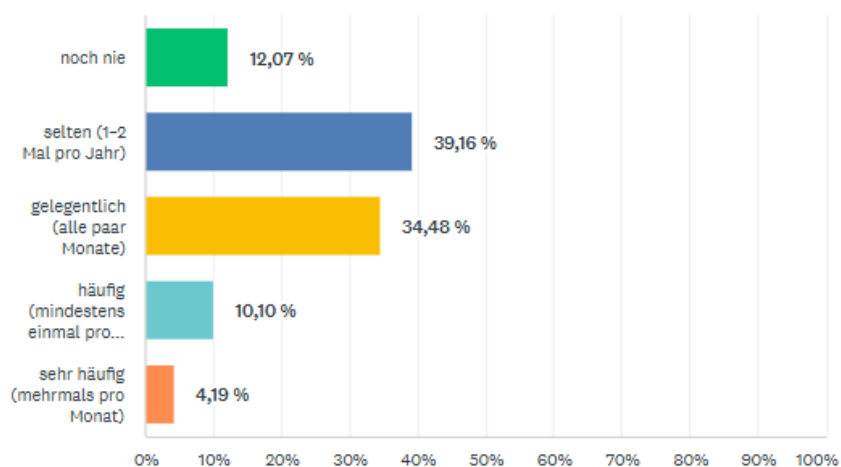
Häufigkeit der Erste-Hilfe-Leistung im Dienst (F6)

49 Personen (12,07 %) gaben an, noch nie Erste Hilfe im Dienst geleistet zu haben. Die häufigste Antwort war „selten (ein bis zwei Mal pro Jahr)“ mit 159 Personen (39,16 %), gefolgt von „gelegentlich (alle paar Monate)“ mit 140 Personen (34,48 %). 41 Personen (10,10 %) erklärten, häufig (mindestens einmal pro Monat) Erste Hilfe zu leisten, und 17 Personen (4,19 %) berichteten, sehr häufig (mehrmals pro Monat) Erste Hilfe zu leisten.

Angemerkt wird, dass diese Frage von einer Person übersprungen wurde.

Wie häufig führen Sie in Ihrem polizeilichen Dienst Erste-Hilfe-Maßnahmen bei verletzten Personen durch?

Beantwortet: 406 Übersprungen: 1



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ noch nie (1)	12,07 %	49
▼ selten (1-2 Mal pro Jahr) (2)	39,16 %	159
▼ gelegentlich (alle paar Monate) (3)	34,48 %	140
▼ häufig (mindestens einmal pro Monat) (4)	10,10 %	41
▼ sehr häufig (mehrmals pro Monat) (5)	4,19 %	17
GESAMT		406

Abbildung 11: Ergebnis zu Frage 6 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

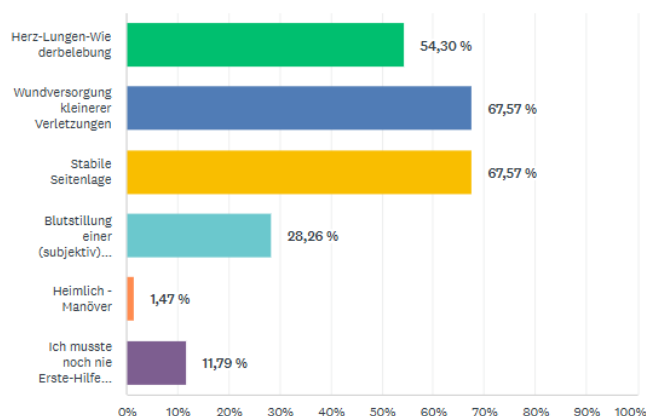
Durchgeführte Erste-Hilfe-Maßnahmen (F7)

Die Befragten konnten mehrere Maßnahmen auswählen, die sie im Dienst bereits durchgeführt hatten. Am häufigsten wurde die Wundversorgung kleinerer Verletzungen genannt (275 Personen, 67,57 %), gefolgt von der stabilen Seitenlage (275 Personen, 67,57 %) und der Herz-Lungen-Wiederbelebung (221 Personen, 54,30 %). Die Blutstillung bei einer (subjektiv) starken Blutung wurde von 115 Personen (28,26 %) angegeben, während das Heimlich-Manöver nur von 6 Personen (1,47 %) durchgeführt wurde. 48 Personen (11,79 %) gaben an, im Dienst noch nie Erste Hilfe leisten zu müssen.

Im Kontext zu Frage 6 hat offensichtlich eine Person eine Maßnahme angekreuzt, obwohl diese zuvor angegeben hat, noch nie Erste Hilfe geleistet zu haben.

Welche der folgenden Erste-Hilfe-Maßnahmen haben Sie im Dienst schon einmal durchgeführt? (Mehrfachauswahl möglich)

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Herz-Lungen-Wiederbelebung	54,30 %	221
Wundversorgung kleinerer Verletzungen	67,57 %	275
Stabile Seitenlage	67,57 %	275
Blutstillung einer (subjektiv) starken Blutung	28,26 %	115
Heimlich - Manöver	1,47 %	6
Ich musste noch nie Erste-Hilfe leisten	11,79 %	48
Befragte gesamt: 407		

Abbildung 12: Ergebnis zu Frage 7 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

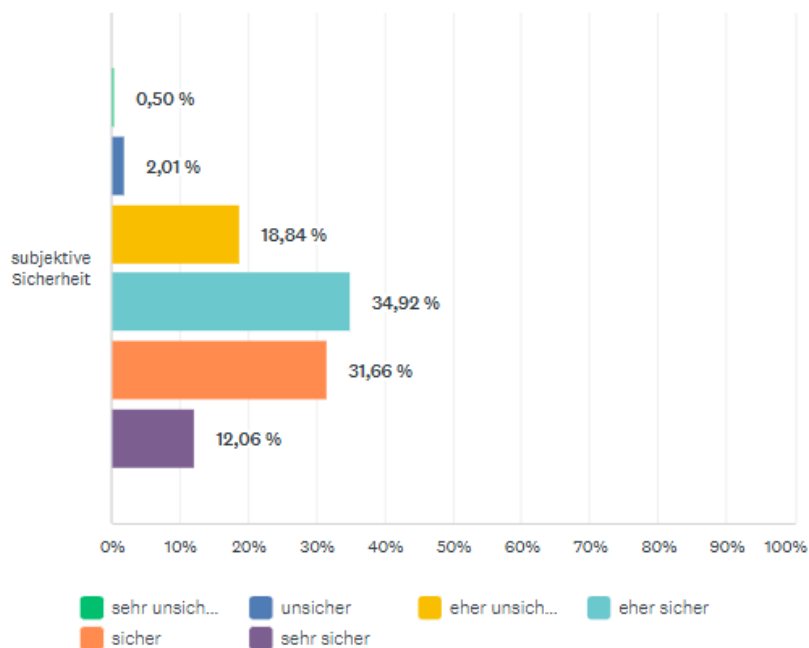
Subjektive Sicherheit bei Erste Hilfe (F8)

Die Mehrheit der Teilnehmenden bewertete ihre Fähigkeiten in Erste-Hilfe-Maßnahmen als sicher: 139 Personen (34,92 %) beschrieben sich als „eher sicher“, 126 Personen (31,66 %) als „sicher“ und 48 Personen (12,06 %) als „sehr sicher“. Im Vergleich dazu gaben 75 Personen (18,84 %) an, sich „eher unsicher“ zu fühlen, 8 Personen (2,01 %) fühlten sich „unsicher“ und 2 Personen (0,50 %) „sehr unsicher“.

Neun Personen haben diese Frage übersprungen.

Wie sicher fühlen Sie sich in der Anwendung von Erste-Hilfe-Maßnahmen?

Beantwortet: 398 Übersprungen: 9



	SEHR UNSICHER	UNSICHER	EHER UNSICHER	EHER SICHER	SICHER	SEHR SICHER	GESAMT	GEWICHTETER MITTELWERT
subjektive Sicherheit	0,50 % 2	2,01 % 8	18,84 % 75	34,92 % 139	31,66 % 126	12,06 % 48	398	4,31

Abbildung 13: Ergebnis zu Frage 8 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

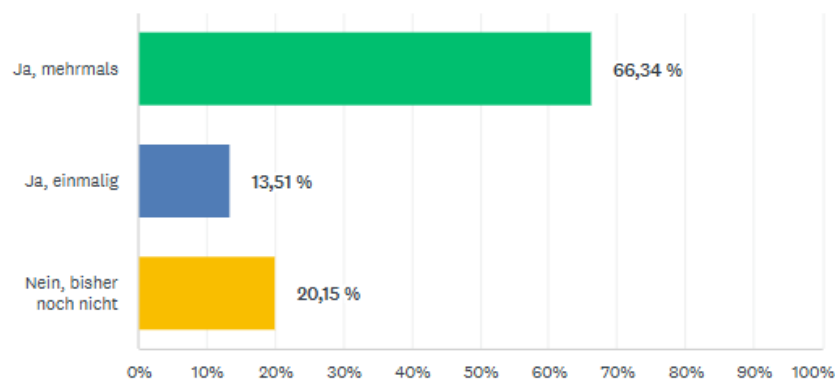
Quelle: Eigene Darstellung

Ersteinschreiten bei schweren Unfällen oder Gewalttaten (F9)

Ein Großteil der Befragten war bereits als Ersteinschreiter*in vor dem Rettungsdienst bei schweren Verletzungen im Einsatz: 270 Personen (66,34 %) gaben an, mehrfach in entsprechenden Situationen als erste helfende Person tätig geworden zu sein. Weitere 55 Personen (13,51 %) hatten diese Rolle einmalig übernommen. Nur 82 Personen (20,15 %) hatten bisher noch keine entsprechende Erfahrung gemacht.

Waren Sie dienstlich bereits bei einer Gewalttat oder einem Unfall mit mind. einer schwer verletzten oder verstorbenen Person als Ersteinschreiter (vor dem Rettungsdienst) vor Ort?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ja, mehrmals	66,34 %	270
▼ Ja, einmalig	13,51 %	55
▼ Nein, bisher noch nicht	20,15 %	82
GESAMT		407

Abbildung 14: Ergebnis zu Frage 9 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

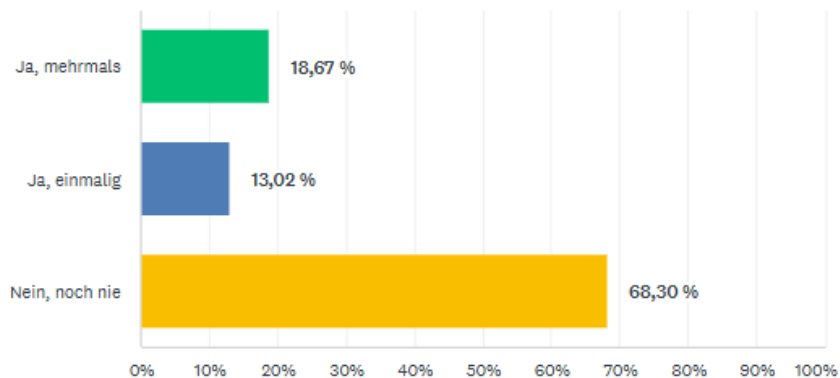
Quelle: Eigene Darstellung

Erste Hilfe in gefährlichen Einsatzlagen (F10)

Auf die Frage, ob sie bereits Erste Hilfe in einer potenziell gefährlichen Situation geleistet hätten – beispielsweise während ein*e Täter*in noch anwesend war oder keine vollständige Eigensicherung gegeben war –, bejahten dies 76 Personen (18,67 %). Weitere 53 Personen (13,02 %) gaben an, dies einmalig erlebt zu haben. Die Mehrheit von 278 Personen (68,30 %) hatte in einer solchen Konstellation noch keine Erste-Hilfe-Leistung erbracht.

Waren Sie bereits als Ersteinschreiter bei einem Einsatz vor Ort, bei dem eine verletzte Person Erste Hilfe benötigte, die Lage jedoch noch gefährlich war, weil sich ein oder mehrere Täter noch in der Nähe oder am Einsatzort befanden?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, mehrmals	18,67 %	76
Ja, einmalig	13,02 %	53
Nein, noch nie	68,30 %	278
GESAMT		407

Abbildung 15: Ergebnis zu Frage 10 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten
Quelle: Eigene Darstellung

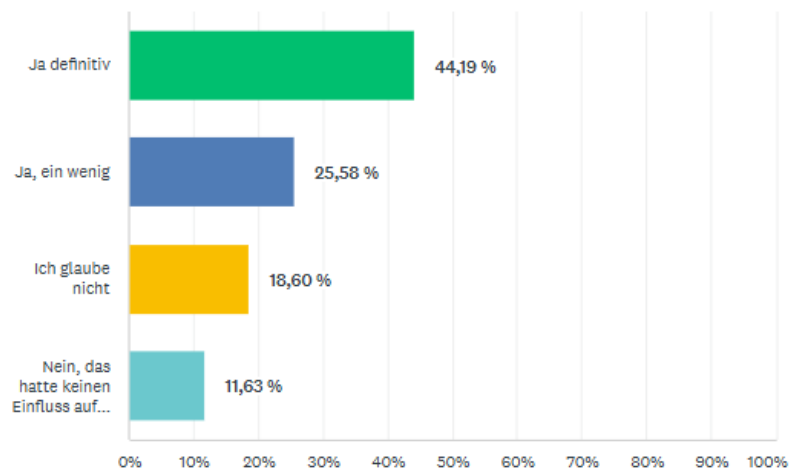
Beeinflussung der Entscheidung zur Erste-Hilfe-Leistung durch die Gefahrensituation (F11)

Wurde die Frage 10 nicht mit „Nein“ beantwortet, wurden die Teilnehmer*innen befragt, ob die Gefahrensituation ihre Entscheidung Erste Hilfe zu leisten beeinflusst hat.

57 Personen (44,19 %) wurden definitiv durch die Gefahrensituation beeinflusst, während 33 Personen (25,58 %) ein wenig beeinflusst wurden. 24 Personen (18,60 %) glauben nicht, dass die Situation ihre Entscheidung beeinflusst hat, während 15 Personen (11,63 %) angaben, dass die Situation definitiv keinen Einfluss auf ihre Entscheidung zu helfen hatte.

Hat die Gefahrensituation Ihre Entscheidung zur Erste-Hilfe-Leistung beeinflusst?

Beantwortet: 129 Übersprungen: 278



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja definitiv	44,19 %	57
Ja, ein wenig	25,58 %	33
Ich glaube nicht	18,60 %	24
Nein, das hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung	11,63 %	15
GESAMT		129

Abbildung 16: Ergebnis zu Frage 11 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

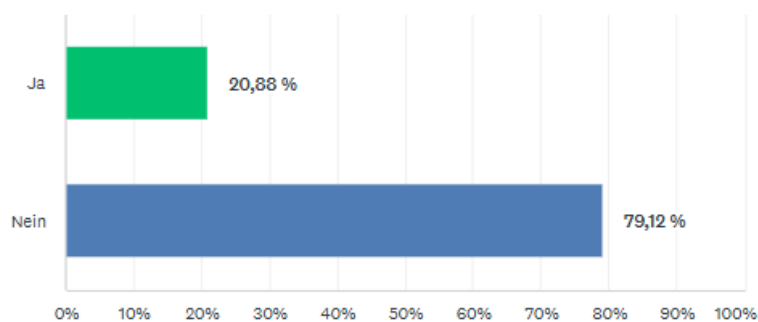
Quelle: Eigene Darstellung

Sanitätsdienstliche Ausbildung (F12, F13)

Eine sanitätsdienstliche Ausbildung gemäß dem Sanitätergesetz hatten 85 Personen (20,88 %) absolviert. 322 Personen (79,12 %) verfügten über keine solche Ausbildung. Von den 85 Polizist*innen mit absolvierter Sanitätsausbildung gaben 73 (87,95 %) an, Rettungssanitäter*innen zu sein und 10 Personen (12,05 %) Notfallsanitäter*innen. Von den 85 Personen, die in der Frage zuvor angegeben haben, eine sanitätsdienstliche Ausbildung inne zu haben, haben zwei die Frage nach der Qualifikation übersprungen.

Haben Sie jemals eine Sanitätsausbildung gemäß Sanitätergesetz absolviert?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



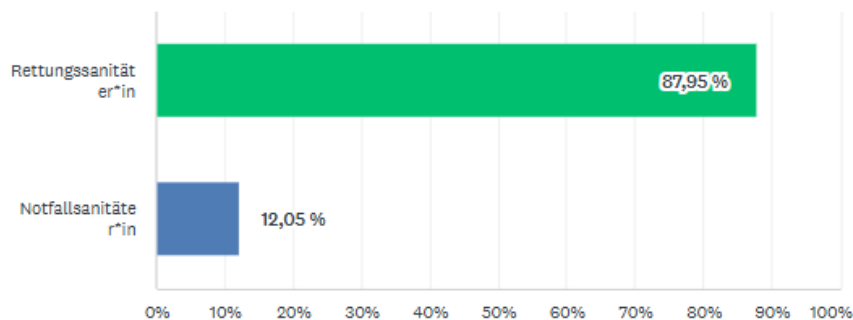
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	20,88 %	85
Nein	79,12 %	322
GESAMT		407

Abbildung 17: Ergebnis zu Frage 12 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Was ist Ihre höchste abgeschlossene sanitätsdienstliche Ausbildung?

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN
▼ Rettungssanitäter*in	87,95 % 73
▼ Notfallsanitäter*in	12,05 % 10
GESAMT	83

Abbildung 18: Ergebnis zu Frage 13 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten
Quelle: Eigene Darstellung

Motivation zur Absolvierung einer sanitätsdienstlichen Ausbildung (F14)

Teilnehmer*innen, die eine sanitätsdienstliche Ausbildung absolviert hatten, wurden nach ihren Beweggründen für diese Entscheidung befragt. Die Frage war als Mehrfachauswahl konzipiert. Insgesamt antworteten 83 Personen. Zwei Teilnehmende haben diese Frage übersprungen.

Die häufigsten Beweggründe waren ein generelles Interesse an Medizin und Erster Hilfe (62,65 %) sowie der Wunsch, die eigene Handlungskompetenz und Selbstsicherheit in Notfällen zu steigern (55,42 %). Ebenfalls häufig genannt wurde der Wunsch, im Einsatz effektiver helfen zu können (37,35 %).

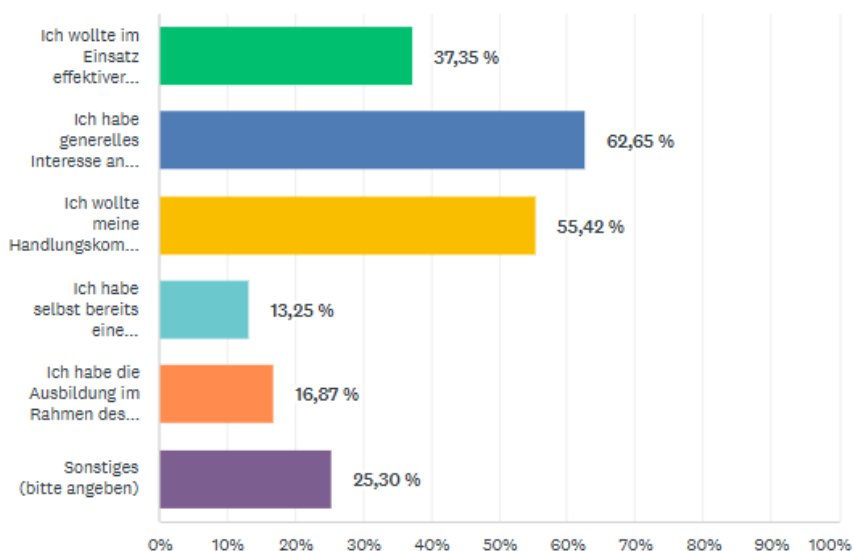
Einige Teilnehmer*innen gaben an, eine solche Ausbildung im Rahmen des Präsenzdienstes absolviert zu haben, ohne sich später weiter damit zu beschäftigen (16,87 %). Persönliche Erfahrungen mit Notsituationen, in denen man sich hilflos fühlte, spielten bei 13,25 % eine Rolle.

Im Rahmen der Antwortoption „Sonstiges (bitte angeben)“ wurden 21 (25,30 %) Freitextantworten analysiert. Die qualitative Kategorisierung zeigt, dass die häufigsten Motive für eine sanitätsdienstliche Ausbildung im ehrenamtlichen Engagement beim Roten Kreuz ($n = 7$) sowie in einer entsprechenden Ausbildung im Rahmen von Zivildienst, Bundesheer ($n = 5$) lagen. Weitere fünf Personen nannten berufliche Anforderungen oder dienstliche Notwendigkeit als ausschlaggebend. Zwei Personen gaben auch persönliche Gründe wie das Bedürfnis zu helfen oder Inspiration durch Bekannte an. Weitere Personen teilten mit, durch äußere Umstände oder ihr soziales bzw. berufliches Umfeld zur sanitätsdienstlichen Ausbildung motiviert worden zu sein.

Genannt wurde dabei zum Beispiel die Dienstwohnung beim Roten Kreuz oder Begeisterung durch Freund*innen, die bereits im Rettungsdienst tätig waren.

Warum haben Sie sich für eine sanitätsdienstliche Ausbildung entschieden? (Mehrfachantworten möglich)

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ich wollte im Einsatz effektiver helfen können	37,35 %	31
▼ Ich habe generelles Interesse an Medizin und Erster Hilfe	62,65 %	52
▼ Ich wollte meine Handlungskompetenz und Selbstsicherheit in Notfällen steigern	55,42 %	46
▼ Ich habe selbst bereits eine Notsituation erlebt, in der ich mich hilflos fühlte	13,25 %	11
▼ Ich habe die Ausbildung im Rahmen des Präsenzdienstes absolviert, mich danach aber nicht weiter damit beschäftigt	16,87 %	14
▼ Sonstiges (bitte angeben)	Beantwortungen 25,30 %	21
Befragte gesamt: 83		

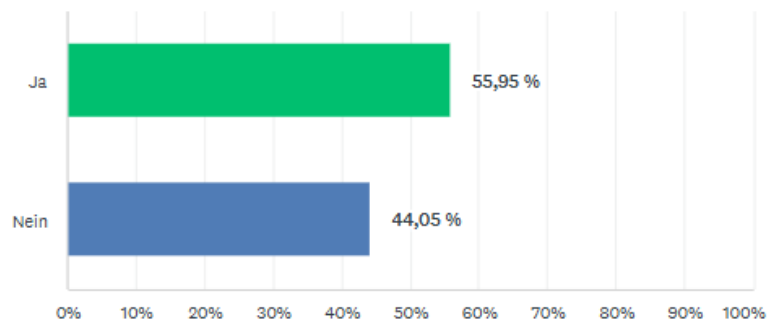
Abbildung 19: Ergebnis zu Frage 14 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten
Quelle: Eigene Darstellung

Aktives Mitglied bei einer Rettungsorganisation (F15)

47 Personen (55,95 %) sind bei einer Rettungsorganisation aktiv, während 37 Personen (44,05 %) nicht aktiv sind. Eine Person hat diese Frage übersprungen.

Sind sie zur Zeit bei einer Rettungsorganisation im Rettungsdienst aktiv?

Beantwortet: 84 Übersprungen: 323



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	55,95 %	47
Nein	44,05 %	37
GESAMT		84

Abbildung 20: Ergebnis zu Frage 15 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Einfluss der sanitätsdienstlichen Ausbildung auf die Hemmschwelle zur Leistung von Erster Hilfe (F16)

Teilnehmer*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung wurden gefragt, ob sie der Meinung sind, dass diese Ausbildung ihre Hemmschwelle bei der Leistung von Erster Hilfe beeinflusst hat.

Von den Befragten beantworteten insgesamt 83 Personen diese Frage.

Die Auswertung zeigt ein klares Bild:

Siebzig Personen (84,34 %) gaben an, dass ihre Ausbildung die Hemmschwelle deutlich gesenkt habe.

Vier Personen (4,82 %) berichteten von einer leichten Senkung der Hemmschwelle.

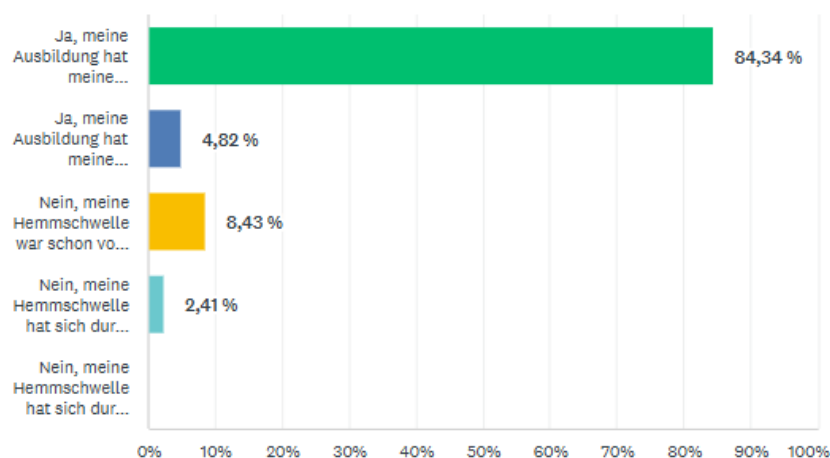
Nur zwei Personen (2,41 %) gaben an, dass sich die Hemmschwelle nicht verändert habe.

Sieben Personen (8,43 %) erklärten, ihre Hemmschwelle sei bereits vor der Ausbildung sehr niedrig gewesen.

Zwei Sanitäter*innen haben diese Frage übersprungen.

Glauben Sie, dass Ihre sanitätsdienstliche Ausbildung Ihre Hemmschwelle zur Leistung von Erster Hilfe beeinflusst hat?

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ja, meine Ausbildung hat meine Hemmschwelle deutlich gesenkt	84,34 %	70
▼ Ja, meine Ausbildung hat meine Hemmschwelle leicht gesenkt	4,82 %	4
▼ Nein, meine Hemmschwelle war schon vor der Ausbildung gering	8,43 %	7
▼ Nein, meine Hemmschwelle hat sich durch die Ausbildung nicht verändert	2,41 %	2
▼ Nein, meine Hemmschwelle hat sich durch die Ausbildung eher erhöht	0,00 %	0
GESAMT		83

Abbildung 21: Ergebnis zu Frage 16 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Vorteil gegenüber Beamt*innen ohne sanitätsdienstlicher Ausbildung (F17)

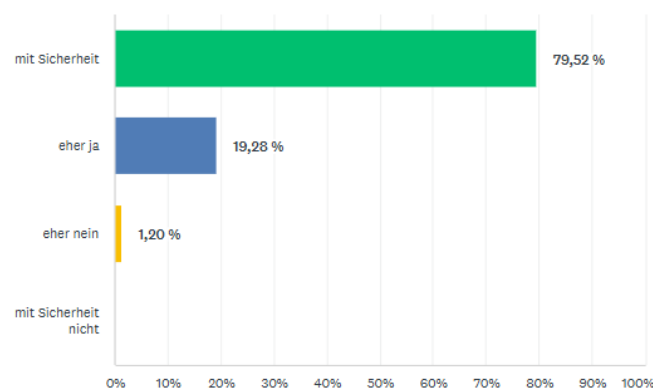
Teilnehmer*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung wurden gefragt, ob sie das Gefühl haben, dass ihnen diese Ausbildung im Vergleich zu Kolleg*innen ohne entsprechende Qualifikation einen Vorteil bei der Durchführung von Erste-Hilfe-Maßnahmen an schwer verletzten Gewalt- oder Unfallopfern verschafft.

Von den 83 Befragten mit entsprechender Ausbildung gaben 66 Personen (79,52 %) an, dass ihnen die Ausbildung „mit Sicherheit“ einen Vorteil verschaffe. Weitere 16 Personen (19,28 %) wählten die Antwortoption „eher ja“. Nur eine Person (1,20 %) entschied sich für „eher nein“, während niemand angab, „mit Sicherheit keinen“ Vorteil zu haben.

Zwei Personen haben diese Frage übersprungen.

Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen Ihre sanitätsdienstliche Ausbildung einen Vorteil gegenüber Kolleg*innen ohne eine solche Ausbildung im Hinblick auf die Durchführung von Erste-Hilfe-Maßnahmen bei schwer verletzten Gewalt- oder Unfallopfern verschafft?

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
mit Sicherheit	79,52 %	66
eher ja	19,28 %	16
eher nein	1,20 %	1
mit Sicherheit nicht	0,00 %	0
GESAMT		83

Abbildung 22: Ergebnis zu Frage 17 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Fokus auf Versorgung eines*einer Verletzten, sodass polizeiliche Aufgaben in den Hintergrund traten (F18)

Im Rahmen der Umfrage wurde erhoben, ob es im polizeilichen Einsatzgeschehen bereits vorgekommen ist, dass sich die befragten Exekutivbediensteten mit Sanitätsausbildung so stark auf die Versorgung eines*einer Verletzten konzentriert haben, dass ihre übrigen polizeilichen Aufgaben in den Hintergrund traten.

Mehr als die Hälfte der Befragten (42 Personen; 50,60 %) verneinten dies mit der Aussage „Nein, ich könnte mich nicht daran erinnern“. Allerdings berichteten 41 Personen (49,40 %), dass ihnen dies bereits in unterschiedlicher Form widerfahren sei:

Zwanzig Personen (24,10 %) gaben an, dass sie sich zwar auf die Versorgung konzentrierten, ihre polizeilichen Aufgaben zuvor jedoch bereits erledigt waren.

Zehn Personen (12,05 %) erlebten dies einmalig.

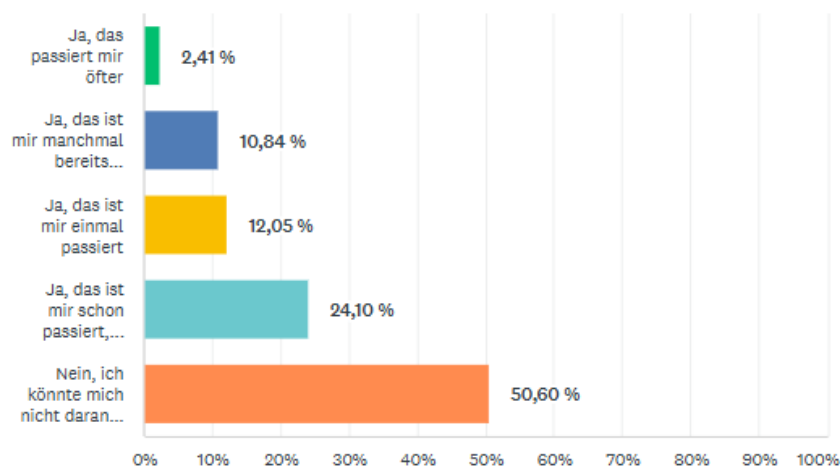
Neun Personen (10,84 %) berichteten, dass dies manchmal vorkommt.

Zwei Personen (2,41 %) gaben an, dass dies häufig geschieht.

Zwei Sanitäter*innen haben diese Frage übersprungen.

Haben Sie sich schon einmal so stark auf die Versorgung eines Verletzten konzentriert, dass Ihre polizeilichen Aufgaben in den Hintergrund traten?

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, das passiert mir öfter	2,41 %	2
Ja, das ist mir manchmal bereits passiert	10,84 %	9
Ja, das ist mir einmal passiert	12,05 %	10
Ja, das ist mir schon passiert, jedoch waren meine polizeilichen Aufgaben bereits erledigt	24,10 %	20
Nein, ich könnte mich nicht daran erinnern	50,60 %	42
GESAMT		83

Abbildung 23: Ergebnis zu Frage 18 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

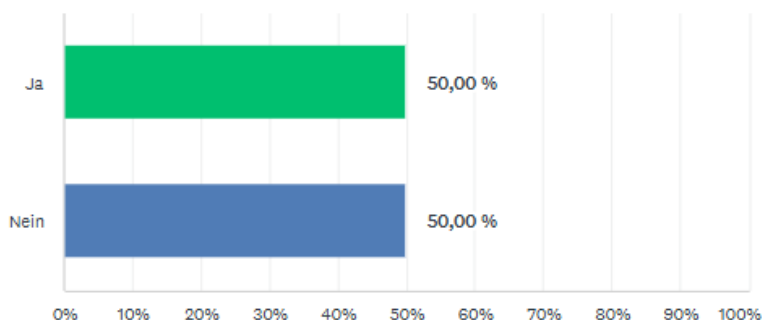
Frage nach der Registrierung als Polizei- oder Einsatzsanitäter*in (F19)

Von den 84 Sanitäter*innen sind 42 (50 %) als Polizei- oder Einsatzsanitäter*in beim Polizeiärztlichen Dienst Steiermark als solche registriert, und 42 (50 %) nicht.

Eine Person hat diese Frage übersprungen.

Sind Sie aktuell als Polizei- oder Einsatzsanitäter beim Polizeiärztlichen Dienst Steiermark registriert?

Beantwortet: 84 Übersprungen: 323



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	50,00 %	42
Nein	50,00 %	42
GESAMT		84

Abbildung 24: Ergebnis zu Frage 19 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

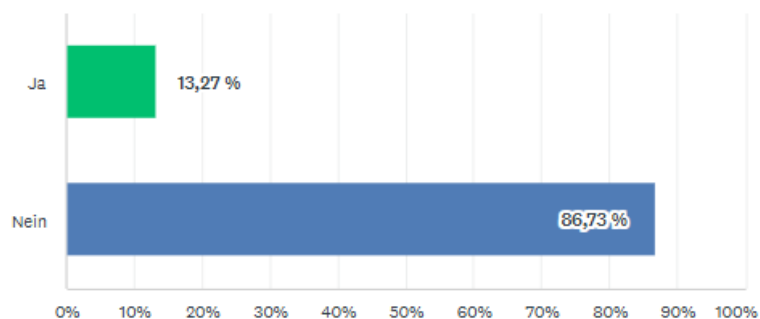
Inneres Zögern bei der Leistung von Erster Hilfe (F20)

Im Rahmen der Untersuchung wurde den Teilnehmer*innen die direkte Frage gestellt, ob sie schon einmal innerlich gezögert hätten, Erste Hilfe zu leisten, obwohl ihr Eingreifen erforderlich gewesen wäre.

Insgesamt beantworteten 407 Personen diese Frage. Die Mehrheit der Befragten – 353 Personen (86,73 %) – gab an, kein inneres Zögern verspürt zu haben. Allerdings berichteten 54 Personen (13,27 %), dass sie zumindest einmal innerlich gezögert hätten, obwohl Erste-Hilfe-Maßnahmen erforderlich gewesen wären.

Haben Sie schon einmal innerlich gezögert, Erste Hilfe zu leisten, obwohl ihr Eingreifen notwendig war?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	13,27 %	54
Nein	86,73 %	353
GESAMT		407

Abbildung 25: Ergebnis zu Frage 20 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Gründe für das Zögern (F21)

Teilnehmer*innen, die angaben, bereits innerlich gezögert zu haben, Erste Hilfe zu leisten ($n = 55$), wurden in einer Folgefrage gebeten, die Gründe für dieses Zögern anzugeben. Die Frage war als Mehrfachantwort möglich, wodurch ein differenziertes Bild individueller Hemmfaktoren gezeichnet werden konnte.

Am häufigsten wurde die Antwort „Ich war selbst schockiert und kurzzeitig überfordert“ genannt – 25 Personen (45,45 %) gaben diesen Grund an. Fast ebenso häufig wurde die „Angst, etwas falsch zu machen“ angeführt (24 Personen, 43,64 %).

Weitere relevante Gründe waren:

„Ich habe gehofft, dass jemand anderer zuerst zugreift“ – 19 Personen (34,55 %).

„Ekel oder schwer erträglicher Zustand der verletzten Person“ – zehn Personen (18,18 %).

„Die Lage war zu gefährlich bzw. ich durfte nicht helfen“ – ebenfalls zehn Personen (18,18 %).

„Ich habe den Ernst der Lage nicht erkannt“ – fünf Personen (9,09 %).

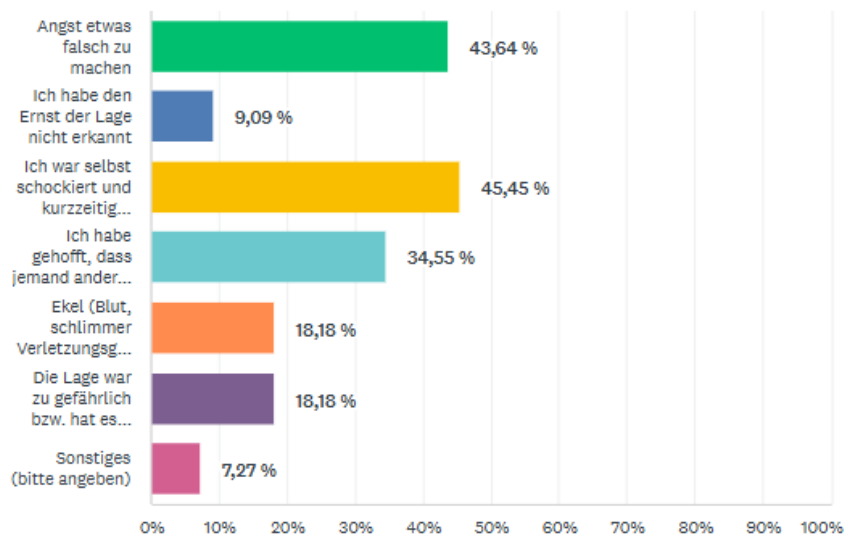
„Sonstiges“ – vier Personen (7,27 %).

Neben den vorgegebenen Antwortoptionen hatten die Teilnehmer*innen die Möglichkeit, weitere Gründe in einem Freitextfeld unter „Sonstiges“ anzugeben. Vier Personen nutzten diese Möglichkeit. Die qualitative Inhaltsanalyse ergab fünf inhaltlich unterschiedliche Kategorien:

- Eine Person nannte die Angst vor Infektionen als konkreten Grund für das Zögern.
- Eine weitere schilderte einen moralischen Konflikt, bei dem in Frage stand, ob die verletzte Person aufgrund ihrer vorangegangenen Taten Hilfe verdiene.
- Eine besonders eindrückliche Schilderung illustrierte den Bystander-Effekt im Einsatzkontext: Erst als ein Kollege aktiv wurde, begannen auch andere zu helfen – obwohl eine große Gruppe von Einsatzkräften anwesend war.
- In einem Fall wurde das Zögern durch das Fehlen einer Erste-Hilfe-Ausbildung begründet.
- Außerdem wurde eine subjektive Wahrnehmungsverzerrung (Zeitdehnung) geschildert, die das Empfinden von Passivität verstärkte, obwohl das tatsächliche Zögern nur kurz anhielt.

Was waren die Gründe für Ihr Zögern?

Beantwortet: 55 Übersprungen: 352



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Angst etwas falsch zu machen	43,64 %	24
Ich habe den Ernst der Lage nicht erkannt	9,09 %	5
Ich war selbst schockiert und kurzzeitig überfordert	45,45 %	25
Ich habe gehofft, dass jemand anderer zuerst zugreift	34,55 %	19
Ekel (Blut, schlimmer Verletzungsgrad, Zustand der verletzten Person)	18,18 %	10
Die Lage war zu gefährlich bzw. hat es nicht erlaubt zu helfen	18,18 %	10
Sonstiges (bitte angeben)	Beantwortungen 7,27 %	4
Befragte gesamt: 55		

Abbildung 26: Ergebnis zu Frage 21 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten
Quelle: Eigene Darstellung

Generelle Hemmschwelle, Erste Hilfe zu leisten (F22)

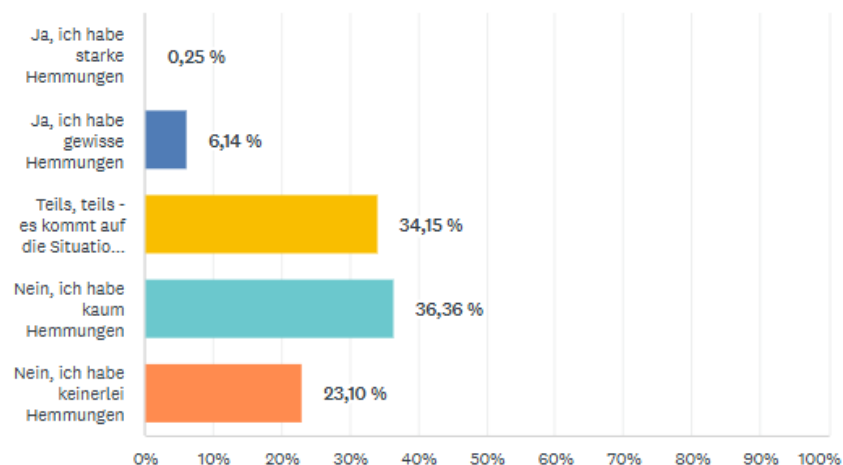
Zur Einschätzung subjektiver Barrieren bei der Hilfeleistung sollten alle Teilnehmer*innen angeben, ob sie generell Hemmungen verspüren, Erste Hilfe bei einer schwerverletzten Person zu leisten.

Von den 407 befragten Personen gaben 148 (36,36 %) an, kaum Hemmungen zu verspüren. Weitere 94 Personen (23,10 %) erklärten, sie hätten keinerlei Hemmungen. Zusammengenommen ergibt sich ein Anteil von 59,46 %, der sich in Bezug auf Erste-Hilfe-Leistung als sicher oder nahezu sicher einstufte.

Demgegenüber stehen 139 Personen (34,15 %), die mitteilen, es komme auf die jeweilige Situation an. Weitere 25 Personen (6,14 %) hätten gewisse Hemmungen, und eine Person (0,25 %) meinte, starke Hemmungen zu empfinden.

Haben Sie generell Hemmungen, Erste Hilfe bei einer schwerverletzten Person zu leisten?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ja, ich habe starke Hemmungen (1)	0,25 %	1
▼ Ja, ich habe gewisse Hemmungen (2)	6,14 %	25
▼ Teils, teils - es kommt auf die Situation an (3)	34,15 %	139
▼ Nein, ich habe kaum Hemmungen (4)	36,36 %	148
▼ Nein, ich habe keinerlei Hemmungen (5)	23,10 %	94
GESAMT		407

Abbildung 27: Ergebnis zu Frage 22 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

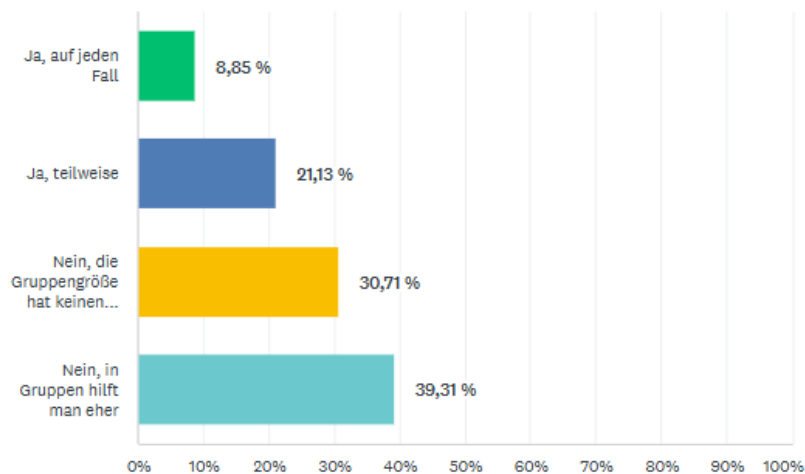
Quelle: Eigene Darstellung

Einschätzung, ob Gruppengröße Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit Erste-Hilfe zu leisten hat (F23)

Von den insgesamt 407 befragten Personen gaben 36 (8,85 %) an, dass sie auf jeden Fall davon ausgehen, dass in einer größeren Gruppe die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass jemand Erste Hilfe leistet. Weitere 86 Personen (21,13 %) stimmen dieser Aussage teilweise zu. 125 Personen (30,71 %) sehen keinen Einfluss der Gruppengröße auf die Wahrscheinlichkeit, dass Erste Hilfe geleistet wird. Die größte Gruppe, 160 Personen (39,31 %), ist der Meinung, dass in Gruppen eher geholfen wird.

Glauben Sie, dass in einer größeren Gruppe (mehrere Polizist*innen vor Ort) die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass einer von ihnen aktiv Erste Hilfe leistet?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ja, auf jeden Fall (1)	8,85 %	36
▼ Ja, teilweise (2)	21,13 %	86
▼ Nein, die Gruppengröße hat keinen Einfluss (3)	30,71 %	125
▼ Nein, in Gruppen hilft man eher (4)	39,31 %	160
GESAMT	407	

Abbildung 28: Ergebnis zu Frage 23 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Vertrauen in den Rettungsdienst als Entlastungsmechanismus bei medizinischen Problemen (F24)

In einer weiteren Frage wurde erhoben, ob Polizeibedienstete glauben, dass Kolleg*innen in medizinischen Notfällen unbewusst darauf vertrauen, dass der Rettungsdienst das Problem lösen wird.

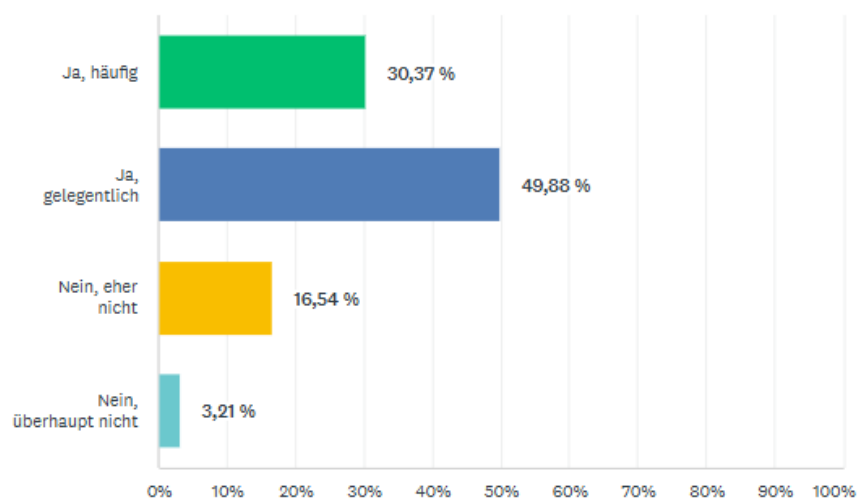
Von den Befragten gaben 202 Personen (49,88 %) an, dass dieses Verhalten gelegentlich vorkomme. Weitere 123 Personen (30,37 %) sind der Meinung, dass dies häufig der Fall sei.

Demgegenüber äußerten sich 67 Personen (16,54 %) mit „eher nicht“, während lediglich 13 Personen (3,21 %) diese Einschätzung vollständig ablehnten („Nein, überhaupt nicht“).

Zwei Personen haben diese Frage übersprungen.

Glauben Sie, dass Polizist*innen bei medizinischen Notfällen unbewusst darauf vertrauen, dass der Rettungsdienst das Problem lösen wird?

Beantwortet: 405 Übersprungen: 2



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, häufig	30,37 %	123
Ja, gelegentlich	49,88 %	202
Nein, eher nicht	16,54 %	67
Nein, überhaupt nicht	3,21 %	13
GESAMT		405

Abbildung 29: Ergebnis zu Frage 24 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Subjektives Verantwortungsbewusstsein für Erste Hilfe im Polizeiberuf (F25)

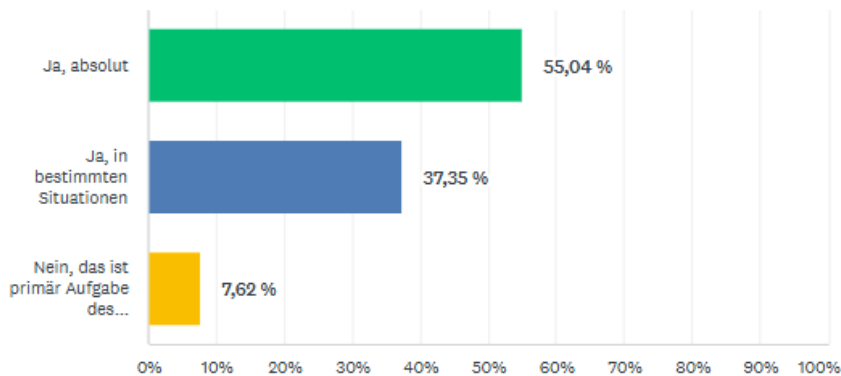
Im Rahmen der Erhebung wurde untersucht, wie Polizist*innen ihre eigene Rolle und Verantwortung im Bereich der Ersten Hilfe einschätzen.

Von den 407 befragten Personen gaben 224 Befragte (55,04 %) an, Erste Hilfe „absolut“ als festen Bestandteil ihrer polizeilichen Verantwortung zu sehen. Weitere 152 Personen (37,35 %) vertraten die Ansicht, dass dies „in bestimmten Situationen“ zutrifft – etwa abhängig von der Gefahrenlage oder der Anwesenheit anderer Ersthelfer*innen.

Nur 31 Personen (7,62 %) sahen die Leistung von Erster Hilfe nicht als ihre primäre Aufgabe, sondern ordneten sie klar dem Rettungsdienst zu.

Sehen Sie Erste Hilfe als festen Bestandteil Ihrer polizeilichen Verantwortung?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, absolut	55,04 %	224
Ja, in bestimmten Situationen	37,35 %	152
Nein, das ist primär Aufgabe des Rettungsdienstes	7,62 %	31
GESAMT		407

Abbildung 30: Ergebnis zu Frage 25 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

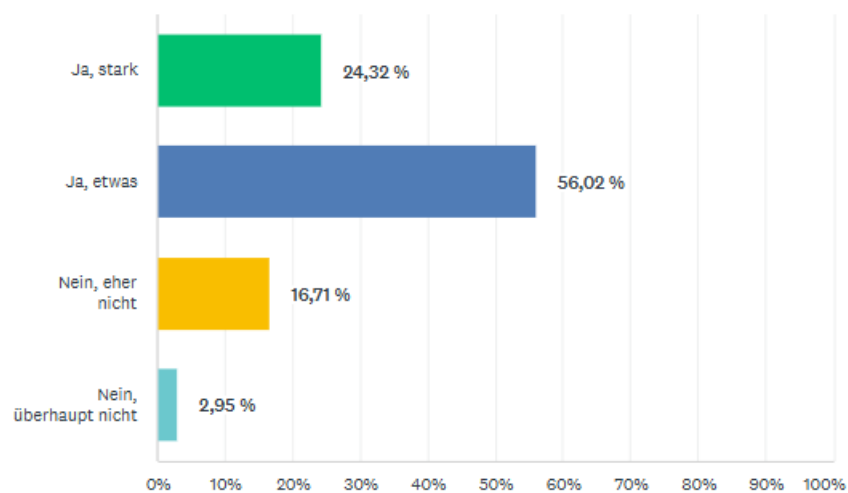
Einfluss gefährlicher Lagen auf die Entscheidung zur Hilfeleistung (F26)

Alle 407 Personen beantworteten diese Frage. Die Mehrheit der Befragten (228 Personen; 56,02 %) gab an, dass Stresssituationen ihre Entscheidung zur Hilfeleistung etwas beeinflussen. Weitere 99 Personen (24,32 %) erklärten, dass der Einfluss stark sei. Zusammengenommen sehen somit über 80 % einen Einfluss der Stresssituation auf ihre innere Entscheidung.

Demgegenüber stehen 68 Personen (16,71 %), die angaben, dies eher nicht so zu empfinden, sowie 12 Personen (2,95 %), die keinen Einfluss sehen.

Glauben Sie, dass der Stress einer gefährlichen Lage (z.B. laufende Bedrohung, chaotische, eventuell gefährliche Umgebung) Ihre innerliche Entscheidung zur Hilfeleistung beeinflusst?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ja, stark	24,32 %	99
▼ Ja, etwas	56,02 %	228
▼ Nein, eher nicht	16,71 %	68
▼ Nein, überhaupt nicht	2,95 %	12
GESAMT	407	

Abbildung 31: Ergebnis zu Frage 26 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Subjektives Pflichtgefühl zur Hilfeleistung im Dienst versus außer Dienst (F27)

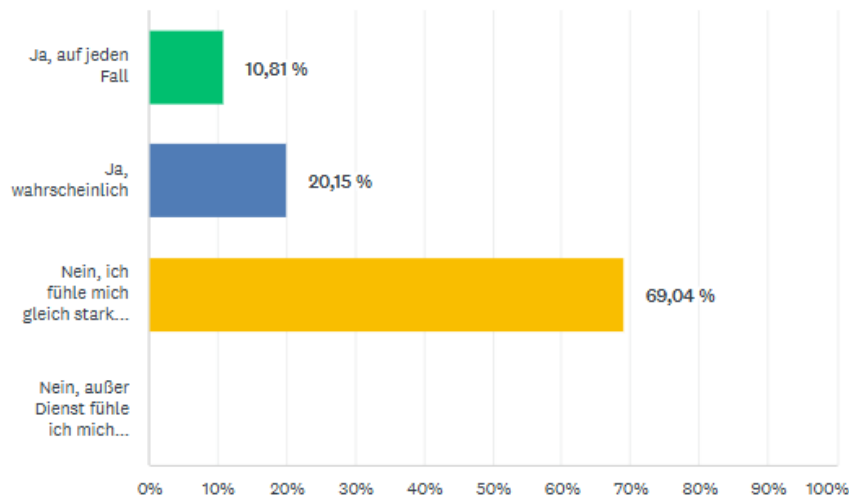
Diese Frage wurde von 407 Personen beantwortet. Der Großteil der Befragten (281 Personen, 69,04 %) gab an, sich im Dienst und außerhalb des Dienstes gleichermaßen verpflichtet zu fühlen, Erste Hilfe zu leisten.

Weitere 82 Personen (20,15 %) stimmten der Aussage „Ja, wahrscheinlich“ zu, und 44 Personen (10,81 %) beantworteten die Frage mit „Ja, auf jeden Fall“, also mit einer stärkeren Verpflichtung im Dienst.

Niemand wählte die Option „Nein, außer Dienst fühle ich mich stärker verpflichtet“.

Sehen Sie sich im Dienst eher verpflichtet, Erste Hilfe zu leisten als außer Dienst?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, auf jeden Fall	10,81 %	44
Ja, wahrscheinlich	20,15 %	82
Nein, ich fühle mich gleich stark verpflichtet	69,04 %	281
Nein, außer Dienst fühle ich mich stärker verpflichtet	0,00 %	0
GESAMT	407	

Abbildung 32: Ergebnis zu Frage 27 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

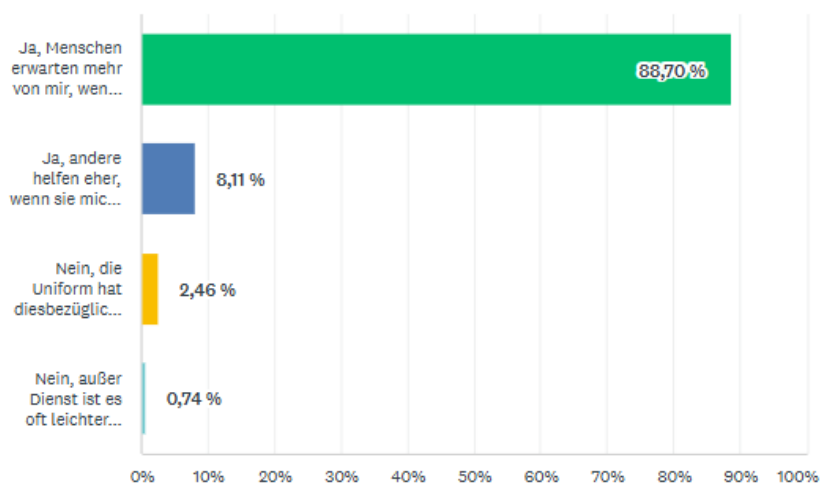
Wahrnehmung der Uniform als Einflussfaktor auf das Verhalten anderer (F28)

Von den 407 befragten Personen gaben 361 Personen (88,70 %) an, dass Menschen mehr von ihnen erwarten, wenn sie eine Uniform tragen. Weitere 33 Personen (8,11 %) glauben, dass andere eher helfen, wenn sie sie in Uniform als Autoritätsperson wahrnehmen.

Nur zehn Personen (2,46 %) verneinten einen Einfluss der Uniform auf das Verhalten anderer, und lediglich drei Personen (0,74 %) meinten, dass es außer Dienst leichter sei zu helfen, da sie nicht sofort als Polizist*in wahrgenommen würden.

Glauben Sie, dass das Tragen einer Uniform das Verhalten anderer beeinflusst, wenn es um Erste Hilfe geht?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ja, Menschen erwarten mehr von mir, wenn ich eine Uniform trage	88,70 %	361
▼ Ja, andere helfen eher, wenn sie mich als Autoritätsperson sehen	8,11 %	33
▼ Nein, die Uniform hat diesbezüglich keinen Einfluss auf das Verhalten anderer	2,46 %	10
▼ Nein, außer Dienst ist es oft leichter, weil ich nicht als Polizist*in wahrgenommen werde	0,74 %	3
GESAMT	407	

Abbildung 33: Ergebnis zu Frage 28 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

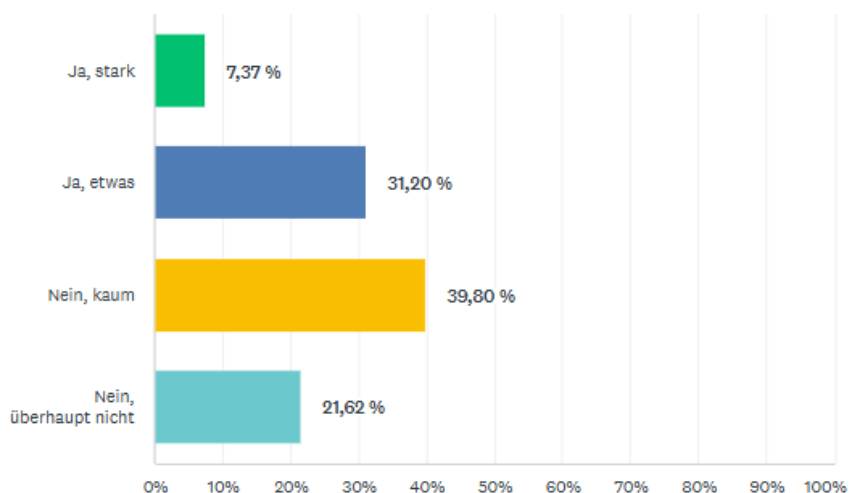
Einfluss öffentlicher Aufmerksamkeit auf die Entscheidung zur Hilfeleistung (F29)

Von den 407 befragten Personen gaben 162 (39,80 %) an, dass ihre Entscheidung zur Hilfeleistung durch die Umgebung kaum beeinflusst werde. Weitere 88 Personen (21,62 %) verneinten einen Einfluss vollständig („Nein, überhaupt nicht“). Damit erkennen insgesamt rund 61 % der Befragten keine oder kaum Beeinflussung durch äußere Umstände wie Zuschauer*innen oder Öffentlichkeit.

Demgegenüber erklärten 127 Personen (31,20 %), dass sie sich durch die Umgebung etwas beeinflussen lassen, während dreißig andere (7,37 %) von einem starken Einfluss sprachen. Zusammengefasst gaben somit etwa 38,5 % an, dass die öffentliche Situation einen gewissen Einfluss auf ihre Entscheidung zur Hilfeleistung habe.

Würden Sie sagen, dass Ihre eigene Entscheidung zur Hilfeleistung von der Umgebung (z. B. viele Zuschauer, öffentliche Aufmerksamkeit) beeinflusst wird?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ja, stark	7,37 %	30
▼ Ja, etwas	31,20 %	127
▼ Nein, kaum	39,80 %	162
▼ Nein, überhaupt nicht	21,62 %	88
GESAMT		407

Abbildung 34: Ergebnis zu Frage 29 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Im weiteren Verlauf wurden hypothetische Fallbeispiele entwickelt, um zu ermitteln, wie die Beamt*innen in diesen Situationen voraussichtlich reagieren würden. Es wurde darauf hingewiesen, dass nur innere Entscheidungsprozesse hinsichtlich der persönlichen Hemmschwelle abgefragt werden und dies nicht im Zusammenhang mit tatsächlichen Handlungen steht, da angenommen wird, dass alle Polizist*innen ihre Aufgaben korrekt im Rahmen der Rechtsordnung erfüllen.

Sie sind mit mehreren Kolleg*innen auf Streife, als eine Schlägerei eskaliert. Eine Person liegt bewusstlos am Boden, während sich andere Beteiligte noch streiten. Niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation unmittelbar Erste Hilfe leisten würden? (F30)

Von insgesamt 407 Befragten gaben 116 (28,50 %) an, dass sie „eher wahrscheinlich“ Erste Hilfe leisten würden. 98 (24,08 %) der Befragten entschieden sich für „sehr wahrscheinlich“ und weitere 98 (24,08 %) für „wahrscheinlich“. Zusammengenommen ergibt sich daraus, dass 76,66 % (196 Personen) der befragten Polizist*innen angeben, mit hoher Wahrscheinlichkeit aktiv Erste Hilfe zu leisten, trotz der weiterhin bestehenden Bedrohungslage.

Demgegenüber stehen 47 (11,55 %), die es für „eher unwahrscheinlich“ halten, in einer solchen Situation Erste Hilfe zu leisten. Weitere 34 (8,35 %) bezeichneten es als „unwahrscheinlich“ und 14 (3,44 %) als „sehr unwahrscheinlich“. Insgesamt zeigt sich damit bei rund einem Viertel der Befragten (23,34 % bzw. 95 Personen) eine verminderte Bereitschaft zur unmittelbaren Hilfeleistung in der beschriebenen Konfliktsituation.

Sie sind mit mehreren Kolleg*innen auf Streife, als eine Schlägerei eskaliert. Eine Person liegt bewusstlos am Boden, während sich andere Beteiligte noch streiten. Niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation unmittelbar Erste Hilfe leisten würden?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0

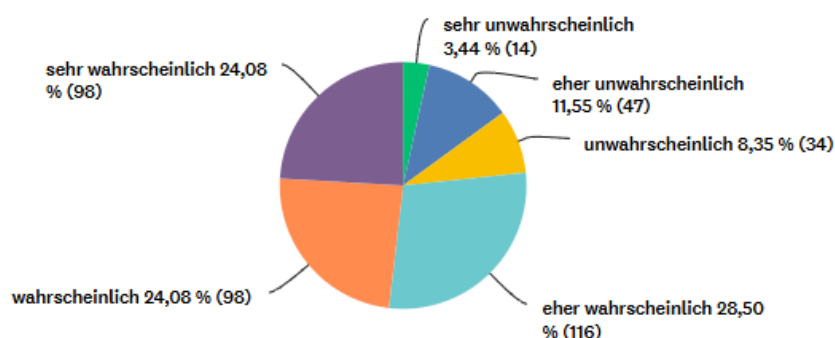


Abbildung 35: Ergebnis zu Frage 30 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten
Quelle: Eigene Darstellung

Während Ihrer Streifentätigkeit kommen Sie als Erste*r zu einem schweren Verkehrsunfall. Ein Motorradfahrer liegt bewusstlos auf der Straße, sein Helm ist beschädigt und er zeigt keine Reaktion auf Zurufe. Der Rettungsdienst wurde bereits alarmiert, wird aber voraussichtlich erst in zehn Minuten eintreffen. Ihr*e Kolleg*in zeigt Unsicherheit, ob Erste Hilfe notwendig ist oder ob man besser auf den Rettungsdienst wartet. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten? (F31)

Die Auswertung zeigt eine sehr hohe Bereitschaft zur Hilfeleistung in diesem Szenario: 316 Personen (77,64 %) gaben an, dass sie in dieser Situation „sehr wahrscheinlich“ Erste Hilfe leisten würden. Weitere 22 Personen (5,41 %) entschieden sich für „eher wahrscheinlich“.

Lediglich drei Personen (0,74 %) hielten es für „eher unwahrscheinlich“ und ebenfalls drei Personen (0,74 %) für „sehr unwahrscheinlich“, in dieser Lage Erste Hilfe zu leisten. Nur zwei Teilnehmende (0,49 %) wählten die Option „unwahrscheinlich“.

Insgesamt ergibt sich daraus, dass 338 von 407 Befragten (83,05 %) mit hoher bis sehr hoher Wahrscheinlichkeit aktiv Erste Hilfe leisten würden, selbst wenn eine gewisse Unsicherheit im Team vorhanden ist und der Rettungsdienst noch nicht eingetroffen ist.

Während Ihrer Streifentätigkeit kommen Sie als Erste*r zu einem schweren Verkehrsunfall. Ein Motorradfahrer liegt bewusstlos auf der Straße, sein Helm ist beschädigt, und er zeigt keine Reaktion auf Zurufe. Der Rettungsdienst wurde bereits alarmiert, wird aber voraussichtlich erst in 10 Minuten eintreffen. Ihre Kollegin/Ihr Kollege zeigt Unsicherheit, ob Erste Hilfe notwendig ist oder ob man besser auf den Rettungsdienst wartet. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0

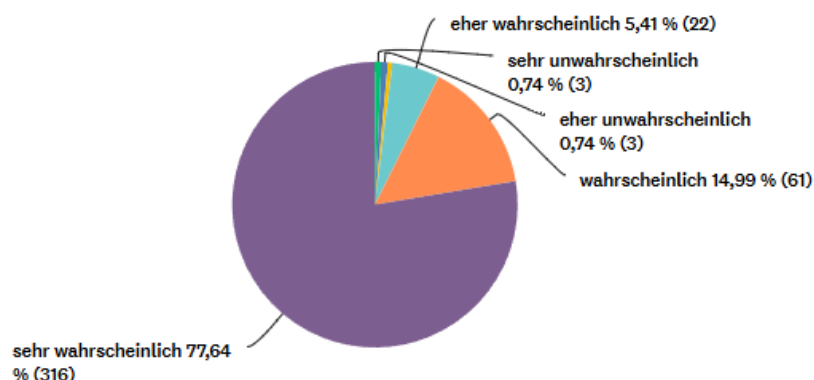


Abbildung 36: Ergebnis zu Frage 31 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Sie befinden sich mit weiteren Kolleg*innen auf einem Demonstrationseinsatz. Plötzlich kollabiert eine Person in der Menschenmenge. Mehrere Passant*innen filmen den Vorfall mit ihren Handys, doch niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten? (F32)

Auch in diesem Fall zeigt sich eine überwiegend hohe Hilfebereitschaft unter den befragten Polizeibediensteten:

270 Personen (66,34 %) gaben an, dass sie in dieser Situation „sehr wahrscheinlich“ Erste Hilfe leisten würden. 87 Personen (21,38 %) entschieden sich für „wahrscheinlich“, weitere 43 Personen (10,57 %) für „eher wahrscheinlich“.

Demgegenüber steht nur eine sehr kleine Gruppe mit niedriger Hilfewahrscheinlichkeit: eine Person (0,25 %) wählte „eher unwahrscheinlich“, vier Personen (0,98 %) „unwahrscheinlich“ und zwei (0,49 %) „sehr unwahrscheinlich“.

Insgesamt ergibt sich damit, dass 400 von 407 Befragten (98,28 %) angaben, mit hoher bis sehr hoher Wahrscheinlichkeit Erste Hilfe leisten zu wollen.

Sie befinden sich mit weiteren Kolleg*innen auf einem Demonstrationseinsatz. Plötzlich kollabiert eine Person in der Menschenmenge. Mehrere Passantinnen filmen den Vorfall mit ihren Handys, doch niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0

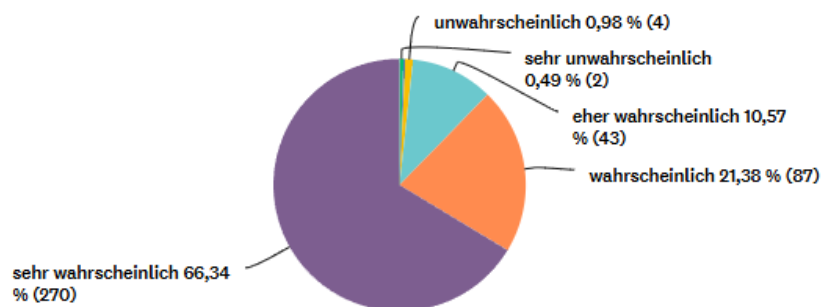


Abbildung 37: Ergebnis zu Frage 32 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

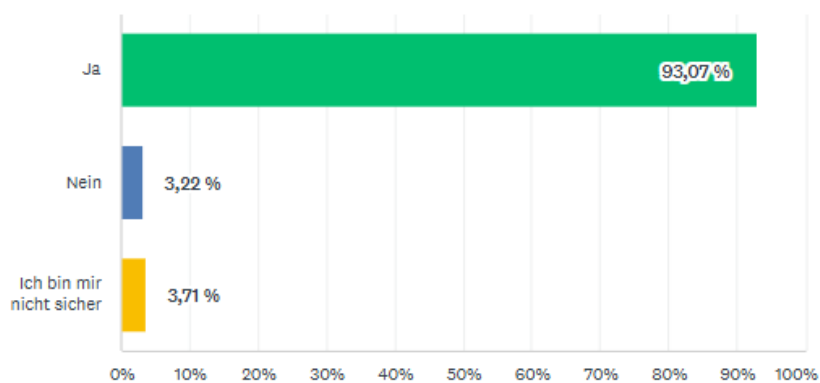
Einfluss einer sanitätsdienstlichen Ausbildung auf das Verhalten in Erste-Hilfe-Situationen (F33)

Von den insgesamt 404 befragten Polizeibediensteten glauben 376 Personen (93,07 %), dass eine sanitätsdienstliche Ausbildung das Verhalten von Polizist*innen in Erste-Hilfe-Situationen beeinflusst. Lediglich 13 Personen (3,22 %) verneinten dies, während 15 (3,71 %) unsicher waren.

Von drei Befragten wurde diese Frage übersprungen.

Glauben Sie, dass eine sanitätsdienstliche Ausbildung das Verhalten von Polizist*innen in Erste-Hilfe-Situationen beeinflusst?

Beantwortet: 404 Übersprungen: 3



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	93,07 %	376
Nein	3,22 %	13
Ich bin mir nicht sicher	3,71 %	15
GESAMT		404

Abbildung 38: Ergebnis zu Frage 33 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Ein weiterer Aspekt der Befragung betraf die Bereitschaft von Polizist*innen, im Einsatz unangenehmere oder weniger beliebte Aufgaben zu übernehmen – etwa die vollständige Aktbearbeitung, langwierige Absicherungsmaßnahmen bei widrigen Witterungsbedingungen oder ähnliche Tätigkeiten –, wenn dafür ein*e Kolleg*in mit sanitätsdienstlicher Ausbildung die Erstversorgung einer schwer verletzten Person übernimmt (F34).

Von den insgesamt 358 Personen, die diese Frage beantworteten (49 Personen übersprangen sie, vermutlich aufgrund eigener sanitätsdienstlicher Qualifikation), stimmten 115 Personen (32,12 %) der Aussage voll und ganz zu, weitere 99 (27,65 %) stimmten eher zu. Damit zeigen insgesamt 214 von 358 Befragten (59,77 %) eine positive Haltung gegenüber einer solchen kooperativen Aufgabenverteilung im Einsatz.

75 Personen (20,95 %) äußerten sich neutral („teils/teils“), während 38 (10,61 %) der Aussage eher nicht und 31 (8,66 %) überhaupt nicht zustimmten.

Wenn ich mit einer Kollegin / einem Kollegen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung im Einsatz bin, bin ich bereit, unangenehmere Aufgaben (wie z. B. Übernahme des umfassenden Aktes als Aktbearbeiter, langwierige Absicherungsmaßnahmen bei Hitze/Kälte etc.) zu übernehmen, wenn diese/r dafür die Erstversorgung bei einer schwer verletzten Person übernimmt (Wenn Sie selbst eine sanitätsdienstliche Ausbildung haben, können Sie diese Frage überspringen)

Beantwortet: 358 Übersprungen: 49

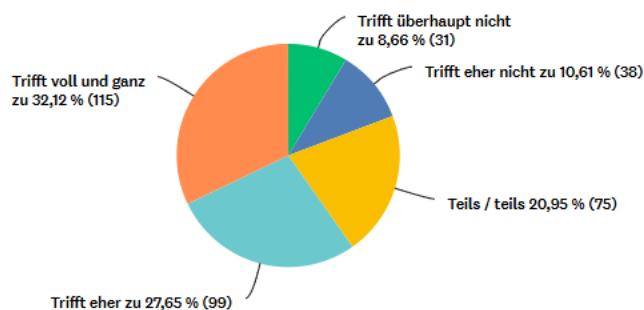


Abbildung 39: Ergebnis zu Frage 34 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Ein zentrales Ziel der Befragung war es auch, herauszufinden, ob Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung nach Einschätzung ihrer Kolleg*innen häufiger die Versorgung von Verletzten übernehmen als jene ohne eine solche Zusatzqualifikation (F35).

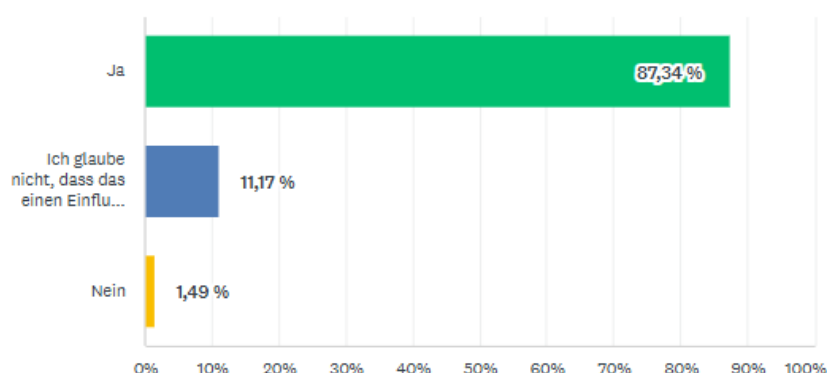
Von insgesamt 403 Befragten beantworteten 352 Personen (87,34 %) diese Frage mit „Ja“ und bestätigten damit die Annahme, dass sanitätsdienstlich ausgebildete Kolleg*innen im Einsatz eher die Verantwortung für die medizinische Erstversorgung übernehmen.

45 Personen (11,17 %) glauben nicht, dass die Ausbildung einen Einfluss auf das Übernahmeverhalten habe. Nur sechs Teilnehmende (1,49 %) verneinten die Aussage ausdrücklich.

Diese Frage wurde von vier Personen übersprungen.

Glauben Sie, dass Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung generell häufiger die Versorgung von Verletzten übernehmen als ihre Kolleg*innen ohne sanitätsdienstliche Ausbildung?

Beantwortet: 403 Übersprungen: 4



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	87,34 %	352
Ich glaube nicht, dass das einen Einfluss hat	11,17 %	45
Nein	1,49 %	6
GESAMT		403

Abbildung 40: Ergebnis zu Frage 35 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

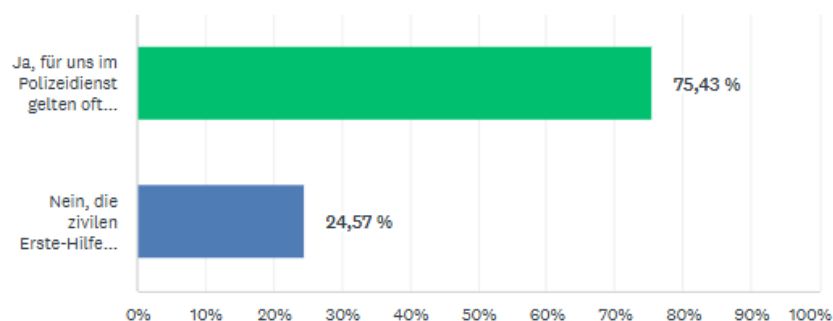
Notwendigkeit einer polizeispezifischen Erste-Hilfe-Ausbildung im Vergleich zu zivilen Kursangeboten (F36):

Von insgesamt 403 Befragten gaben 304 Personen (75,43 %) an, dass für den Polizeidienst häufig andere Anforderungen gelten und daher eine speziell auf den polizeilichen Alltag zugeschnittene Erste-Hilfe-Ausbildung erforderlich sei. Demgegenüber hielten 99 Personen (24,57 %) die zivilen Erste-Hilfe-Kurse für vollkommen ausreichend.

Diese Frage wurde von vier Personen übersprungen.

Halten Sie für den Polizeidienst eine spezifischere Erste-Hilfe-Ausbildung für notwendig als jene, die von zivilen Rettungsorganisationen angeboten wird?

Beantwortet: 403 Übersprungen: 4



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, für uns im Polizeidienst gelten oft andere Regeln	75,43 %	304
Nein, die zivilen Erste-Hilfe Kurse sind absolut ausreichend	24,57 %	99
GESAMT		403

Abbildung 41: Ergebnis zu Frage 36 der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Auswertung der offenen Frage: „Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, das im Kontext dieser Umfrage wichtig ist oder berücksichtigt werden sollte?“ (F37)

Die offenen Antworten zu dieser Frage wurden systematisch ausgewertet und inhaltlich kategorisiert. Insgesamt konnten 75 verwertbare Freitextbeiträge identifiziert werden. Die häufigsten Themen betrafen den Wunsch nach regelmäßigen und praxisnahen Erste-Hilfe-Schulungen, die Bedeutung der Eigensicherung im Einsatz sowie die Forderung nach einer speziell auf den Polizeidienst abgestimmten Erste-Hilfe-Ausbildung. Weitere Beiträge thematisierten unter anderem die Abgrenzung zur Rolle des Rettungsdienstes, Unsicherheiten im Umgang mit Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie den Bedarf an verpflichtenden Schulungen und besserer Ausstattung. Die angeführten Beispielzitate wurden wörtlich aus der Umfrage übernommen.

1. Regelmäßige und praxisnahe Erste-Hilfe-Schulungen (n = 18)

Viele Beiträge betonen den Wunsch nach:

- häufigeren Schulungen
- verpflichtenden Auffrischungen (jährlich oder alle drei Jahre)
- praxisorientiertem Szenarientraining unter Stressbedingungen
-

Beispielzitate:

- „Ich würde eine intensivere Ersthilfeausbildung für Polizisten bevorzugen bzw. öfter im Jahr wiederholend.“
- „Meiner Meinung nach müssten für alle Polizisten im exekutiven Außendienst jährlich Erste-Hilfe-Kurse angeboten werden.“

2. Priorisierung von Eigensicherung und taktisches Vorgehen (n = 10)

Polizist*innen betonen, dass Erste Hilfe nur unter Sicherung möglich ist. Die Reihenfolge lautet: erst sichern – dann helfen.

Beispielzitate:

- „Erst grundlegend auf akzeptablem Niveau Sicherheit herstellen, dann gesichert helfen.“
- „Bei größeren und gefährlichen Lagen gilt immer zuerst die Herstellung eines sicheren Bereiches.“

3. Abgrenzung zur Rolle des Rettungsdienstes / Überlastung (n = 9)

Kritik an der zunehmenden Erwartung, dass Polizei rettungsdienstliche Aufgaben übernimmt.

Beispielzitate:

- „Wir sind noch immer bei der Polizei und NICHT bei der Rettung.“
- „Die Polizei kann und soll jedoch nicht die Defizite der Rettung ausgleichen.“

4. Bedarf an polizeispezifischer Erste-Hilfe-Ausbildung (n = 8)

Teilnehmende fordern Inhalte, die auf polizeiliche Lagen zugeschnitten sind (Tourniquet, taktische EH, heiße Zonen).

Beispielzitate:

- „Die Notwendigkeit, Polizist*innen eine Sanitätsausbildung zukommen zu lassen, die eine zivile EH-Ausbildung übersteigt.“
- „Es sollte eine Grundausbildung für Taktische Erste Hilfe für Sondereinheiten geben.“

5. Unsicherheiten, Hemmungen und Handlungssicherheit (n = 6)

Erfahrungsberichte über Ängste, Fehler zu machen, oder Unsicherheit im Ernstfall. Schulungen sollen die Hemmschwelle senken.

Beispielzitate:

- „Die Unsicherheit etwas falsch zu machen hemmt viele Polizisten.“
- „Wenn ich z. B. öfter Erste-Hilfe-Kurse besuchen würde, wäre ich mir beim Einschreiten sicherer.“

6. Forderung nach verpflichtender Ausbildung / Ausstattung (n = 6)

Vorschläge für verbindliche Maßnahmen:

- jährliche Pflichtkurse
- Defibrillatoren für First Responder
- Aufnahme von Erste Hilfe in Grundausbildung

Beispielzitate:

- „Es wäre erforderlich, dass für alle Exekutivbeamten einmal jährlich ein umfassender EH-Kurs verpflichtend absolviert werden muss.“
- „Meiner Meinung nach wäre die Ausstattung der First Responder mit Defis sinnvoll.“

7. Unterschiedliche Einsatzrealitäten Stadt/Land (n = 2)

Hinweis, dass im ländlichen Raum die Voraussetzungen ganz anders sind (z. B. Personalanzahl).

Beispiel:

- „Auf dem Land stehen pro Einsatz vorerst max. 2 Beamte zur Verfügung – keine Zeit für EH-Maßnahmen.“

8. Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst & Qualität der Ausbildung (n = 3)

Hinweise auf Schnittstellenprobleme oder die Wichtigkeit der Ausbildungsqualität – unabhängig vom Kontext (polizeilich oder zivil).

Beispielzitate:

- „Es kommt bei der Sanitätsausbildung nicht darauf an, ob sie im polizeilichen Umfeld stattfindet, sondern auf die Qualität.“
- „Für die EH-Ausbildung würde ich empfehlen, sich an die Richtlinien des ÖRK zu halten.“

9. Psychische Belastung / Nachsorge (n = 2)

Fragen zur Verarbeitung belastender Situationen, insbesondere bei nicht ausgebildeten Kräften.

Beispiel:

- „Wie ging es den nicht Polizeisanitätern nach der Versorgung psychisch? Gab es Unsicherheiten?“

10. Weitere Einzelthemen (n = 11)

Dazu zählen:

- Praktikum im Rettungsdienst
- Förderung der Ausbildung zum*zur Rettungssanitäter*in
- Priorisierung der Kolleg*innenversorgung bei Kontamination
- Wunsch nach psychologischer Schulung

Die Ergebnisse bieten Einblicke in die Erfahrungen und Einstellungen von Polizist*innen zur Ersten Hilfe im Dienst und zu sanitätsdienstlichen Zusatzqualifikationen. Die hohe Beteiligung und differenzierten Rückmeldungen ermöglichen es, zentrale Muster zu identifizieren. Diese Befunde werden nun im Kontext der Forschungsfragen eingeordnet, interpretiert und mit bestehenden Erkenntnissen verknüpft. Auch Implikationen für Ausbildung, Praxis und Forschung werden berücksichtigt.

6. Prüfung der Hypothesen

6.1. Hypothesenprüfung

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse der Umfrage den in der Arbeit formulierten Hypothesen gegenübergestellt und im Hinblick auf deren inhaltliche Aussagekraft interpretiert. Ziel ist es, aufzuzeigen, inwieweit die angenommenen Zusammenhänge durch die erhobenen Daten gestützt, widerlegt oder differenziert betrachtet werden müssen. Dabei wird nicht nur auf die statistischen Verteilungen Bezug genommen, sondern auch auf qualitative Tendenzen und Besonderheiten eingegangen, die sich aus den offenen Angaben und hypothetischen Szenarien ergeben haben. Die Interpretation erfolgt dabei entlang der Hauptfragestellungen, mit besonderem Fokus auf die Wirkung der sanitätsdienstlichen Ausbildung, die subjektiven Hemmungen zur Hilfeleistung sowie den Einfluss von Gruppendynamik und Einsatzumfeld auf das tatsächliche Verhalten im Erste-Hilfe-Kontext.

6.1.1. Hypothese 1

Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung zeigen eine geringere Hemmschwelle bei der Leistung von Erster Hilfe als Kolleg*innen ohne entsprechende Qualifikation.

Zur Überprüfung der Hypothese, dass Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung eine geringere Hemmschwelle bei der Leistung von Erster Hilfe aufweisen als Kolleg*innen ohne entsprechende Qualifikation, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben mit dem Programm SPSS von IBM durchgeführt. Hierfür wurde folgende Nullhypothese (H_0) und Alternativhypothese (H_1): aufgestellt:

Nullhypothese (H_0):

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der subjektiv wahrgenommenen Hemmschwelle zur Leistung von Erster Hilfe zwischen Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstlicher Ausbildung gemäß dem Sanitätsgesetz.

Alternativhypothese (H_1):

Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung weisen eine signifikant geringere subjektive Hemmschwelle zur Leistung von Erster Hilfe auf als Kolleg*innen ohne entsprechende Ausbildung.

Mit einem t-Test werden zwei unabhängige Stichproben auf signifikante Unterschiede geprüft. Dieser ist weit verbreitet und entspricht einem parametrischen Testverfahren. Voraussetzung für die Durchführung eines t-Tests ist, dass die Streuung dieser Gruppen nicht signifikant unterschiedlich ist. (vgl. MARTENS 2003: 145-150)

Für die Durchführung des t-Tests für unabhängige Stichproben wurde die Frage 22 in der durchgeführten Umfrage herangezogen, die lautet:

Haben Sie generell Hemmungen, Erste Hilfe bei einer schwerverletzten Person zu leisten?

Hier wurde jene Gruppe, die zuvor angab, Sanitäter*in zu sein, mit jener Gruppe verglichen, die keine Sanitätsausbildung absolvierte.

Die Ergebnisse des t-Tests zeigen, dass die Gruppe mit Sanitätsausbildung ($M = 4,38$; $SD = 0,77$; $N = 85$) signifikant höhere Werte auf der Skala „Hemmungen bei Erste-Hilfe-Leistung“ erzielte als die Gruppe ohne Sanitätsausbildung ($M = 3,60$; $SD = 0,84$; $N = 322$), was eine geringere subjektive Hemmung bei ausgebildeten Polizist*innen nahelegt. Der Unterschied war statistisch hochsignifikant, $t(405) = 7,73$, $p < .001$.

Die Effektgröße nach Cohen's d betrug 0,943, was einem großen Effekt entspricht (vgl. 2013: 3). Das 95 %-Konfidenzintervall für die Mittelwertdifferenz liegt zwischen 0,582 und 0,979, was auf eine stabile Differenz hindeutet.

Ein Levene-Test auf Varianzgleichheit zeigte keine signifikante Abweichung ($F = 2,50$; $p = .115$), sodass von Varianzgleichheit ausgegangen werden konnte. Laut MARTENS (vgl. 2003) wird der Levene-Test automatisch von SPSS vor einem t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Ein Wert, der nahe 0 liegt, würde bedeuten, dass die Varianzen stark unterschiedlich wären.

Gruppenstatistiken					
	Haben Sie jemals eine Sanitätsausbildung gemäß Sanitätergesetz absolviert?	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Haben Sie generell Hemmungen, Erste Hilfe bei einer schwerverletzten Person zu leisten?	1	85	4,38	,771	,084
	2	322	3,60	,842	,047

Test bei unabhängigen Stichproben											
		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit							
		F	Sig.	T	df	Signifikanz Einseitiges p	Signifikanz Zweiseitiges p	Mittlere Differenz	Differenz für Standardfehler	95% Konfidenzintervall der Differenz	
										Unterer Wert	Oberer Wert
Haben Sie generell Hemmungen, Erste Hilfe bei einer schwerverletzten Person zu leisten?	Varianzen sind gleich	2,501	,115	7,730	405	<,001	<,001	,780	,101	,582	,979
	Varianzen sind nicht gleich			8,135	141,506	<,001	<,001	,780	,096	,591	,970

Abbildung 42 Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben importiert aus SPSS
Quelle: eigene Darstellung

Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben

		Standar- disierer ^a	Punkt- schätzung	95 %- Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
Haben Sie generell Hemmungen, Erste Hilfe bei einer schwerverletzten Person zu leisten?	Cohen's d	,828	,943	,694	1,190
	Hedges' Korrektur	,829	,941	,693	1,188
	Glass' Delta	,842	,927	,677	1,176

a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.

Für 'Cohen d' wird die zusammengefasste Standardabweichung verwendet.

Für die Hedges-Korrektur wird die zusammengefasste Standardabweichung mit einem Korrekturfaktor verwendet.

Für das Glass-Delta wird die Standardabweichung der Stichprobe der Kontrollgruppe (d. h. der zweiten Gruppe) verwendet.

Abbildung 43 Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben importiert aus SPSS

Quelle: eigene Darstellung

Gegenüberstellung der Gruppen

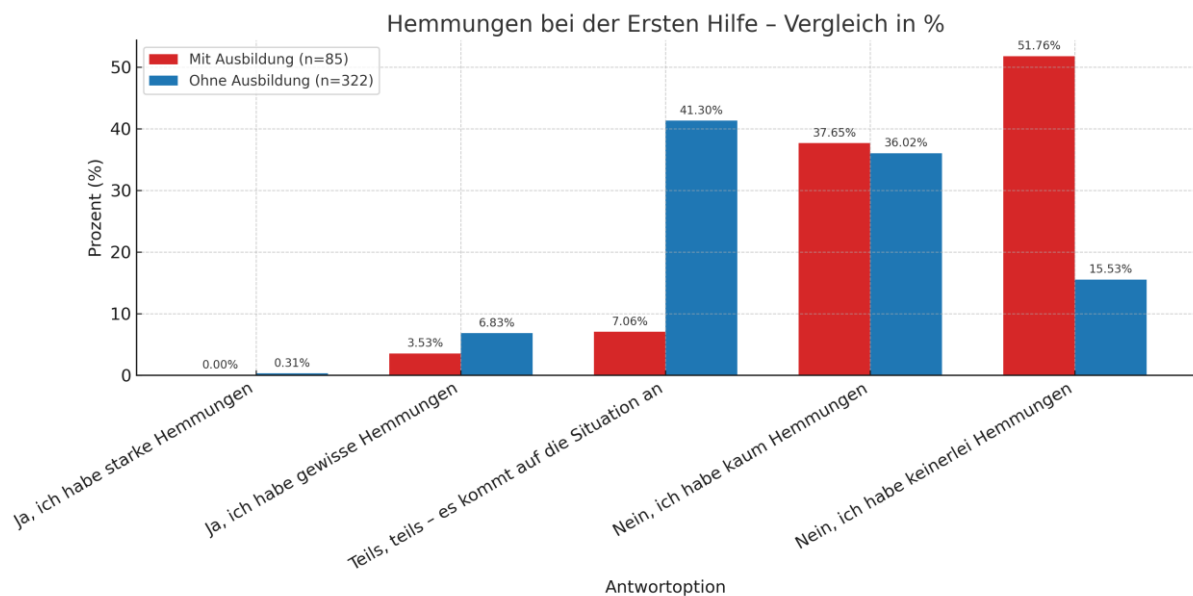


Abbildung 44: Hemmungen bei der Ersten Hilfe – Vergleich zwischen Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstlicher Ausbildung (in %)

Quelle: Eigene Darstellung

Gegenüberstellung der Mittelwerte

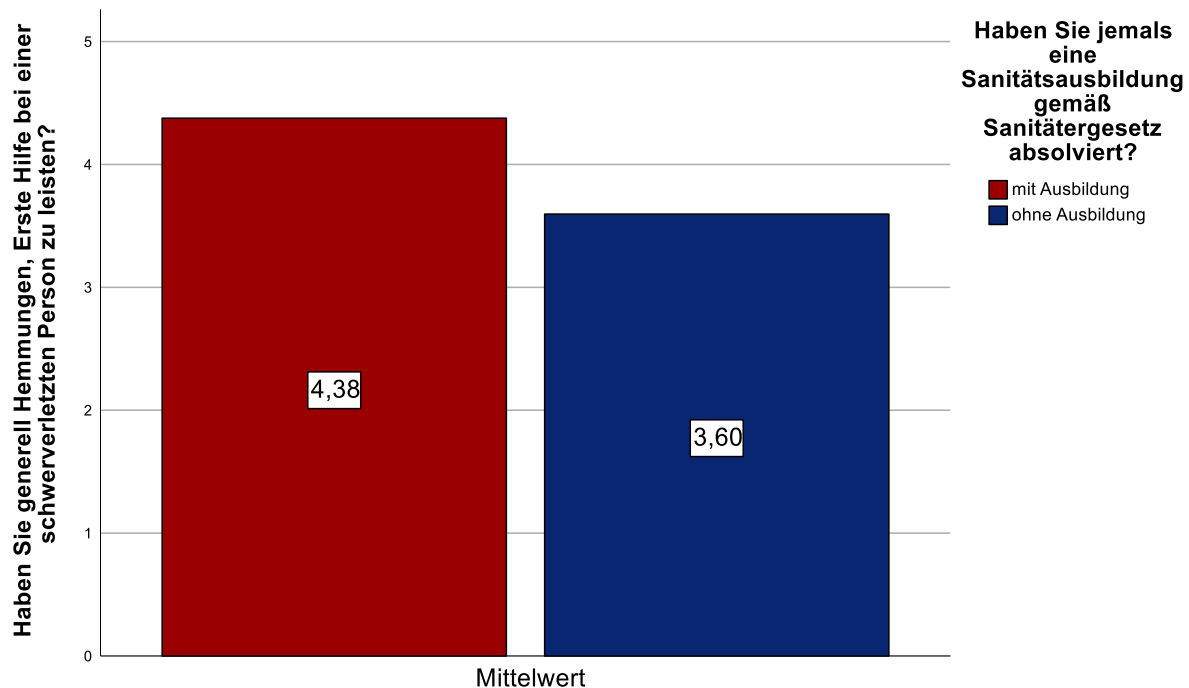


Abbildung 45: Mittelwertvergleich: Hemmungen bei Erster Hilfe in Abhängigkeit von sanitätsdienstlicher Ausbildung

Quelle: Eigene Darstellung

Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Zusatzqualifikation berichteten signifikant seltener von Hemmungen, Erste-Hilfe-Maßnahmen bei schwer verletzten Personen durchzuführen. Personen, die über die nötige Qualifikation verfügen und überzeugt sind, effektiv handeln zu können, zeigen ein höheres Maß an Handlungsbereitschaft. Die Ergebnisse der Umfrage bestätigen somit die Annahme, dass eine gezielte Ausbildung nicht nur Wissen vermittelt, sondern auch psychologische Barrieren abbauen kann.

Hypothese 1 wird daher eindeutig bestätigt. Polizist*innen, die eine sanitätsdienstliche Ausbildung absolviert haben, weisen eindeutig eine geringere Hemmschwelle auf, bei Verletzten Erste Hilfe zu leisten als Polizist*innen, die keine sanitätsdienstliche Ausbildung absolviert haben.

Neben der Frage nach der subjektiven Hemmschwelle ist auch das tatsächliche Verhalten im Einsatzkontext von zentraler Bedeutung. Aufbauend auf den Erkenntnissen zu Hypothese 1 wird daher im nächsten Schritt untersucht, ob sich die sanitätsdienstliche Ausbildung auch in einer erhöhten Bereitschaft oder Häufigkeit aktiver Erste-Hilfe-Leistung im polizeilichen Alltag niederschlägt. Hypothese 2 widmet sich somit der Verbindung zwischen formaler Qualifikation und realem Hilfeverhalten im Einsatzgeschehen.

6.1.2. Hypothese 2

Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung übernehmen häufiger die Erstversorgung von Verletzten bei polizeilichen Einsätzen als ihre Kolleg*innen ohne medizinische Ausbildung.

Zur Überprüfung der Annahme, dass Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung häufiger Erste-Hilfe-Maßnahmen im Dienst durchführen als nicht ausgebildete Kolleg*innen, wurde abermals ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Auch hier wurden eine Nullhypothese (H_0) und eine Alternativhypothese (H_1) formuliert.

Nullhypothese (H_0):

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit durchgeführter Erste-Hilfe-Maßnahmen im polizeilichen Dienst zwischen Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstliche Ausbildung.

Alternativhypothese (H_1):

Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung führen im polizeilichen Dienst signifikant häufiger Erste-Hilfe-Maßnahmen durch als Polizist*innen ohne entsprechende Ausbildung.

Für die Durchführung des t-Tests für unabhängige Stichproben wurde die Frage 6 in der durchgeführten Umfrage herangezogen, die lautet:

Wie häufig führen Sie in Ihrem polizeilichen Dienst Erste-Hilfe-Maßnahmen bei verletzten Personen durch?

Die Erläuterungen zum t-Test für unabhängige Stichproben, Levene-Test und Effektstärke sind ident zu Hypothese 1.

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung gaben im Durchschnitt eine deutlich höhere Häufigkeit durchgeführter Erste-Hilfe-Maßnahmen an ($M = 3,11$, $SD = 1,02$) als jene ohne Ausbildung ($M = 2,40$, $SD = 0,90$). Der Levene-Test ergab $F = 0,258$ bei $p = .612$, womit von Varianzgleichheit ausgegangen werden kann.

Der t-Test zeigt einen hochsignifikanten Mittelwertsunterschied: $t(404) = 6,179$, $p < .001$. Die mittlere Differenz beträgt 0,701, das 95 %-Konfidenzintervall reicht von 0,478 bis 0,924. Dieses Intervall liegt vollständig oberhalb von null, was die statistische Signifikanz zusätzlich unterstreicht.

Besonders hervorzuheben ist die berechnete Effektstärke (Cohen's $d = 0,93$), was einem großen Effekt entspricht. Damit lässt sich festhalten, dass die Ausbildung nicht nur einen messbaren, sondern auch inhaltlich bedeutsamen Einfluss auf das tatsächliche Erste-Hilfe-Verhalten im polizeilichen Alltag hat.

Gruppenstatistiken

	Haben Sie jemals eine Sanitätsausbildung gemäß Sanitätsgesetz absolviert?	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Wie häufig führen Sie in Ihrem polizeilichen Dienst Erste-Hilfe-Maßnahmen bei verletzten Personen durch?	mit Ausbildung	85	3,11	1,024	,111
	ohne Ausbildung	321	2,40	,904	,050

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit							
		F	Sig.	T	df	Signifikanz		Mittlere Differenz	Differenz für Standardfehler	95% Konfidenzintervall der Differenz	
						Einseitiges p	Zweiseitiges p			Unterer Wert	Oberer Wert
Wie häufig führen Sie in Ihrem polizeilichen Dienst Erste-Hilfe-Maßnahmen bei verletzten Personen durch?	Varianzen sind gleich	,258	,612	6,179	404	<,001	<,001	,701	,113	,478	,924
	Varianzen sind nicht gleich			5,747	120,888	<,001	<,001	,701	,122	,459	,942

Abbildung 46 Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben importiert aus SPSS

Quelle: Eigene Darstellung

Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben

		Standardisierte r^a	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
Wie häufig führen Sie in Ihrem polizeilichen Dienst Erste-Hilfe-Maßnahmen bei verletzten Personen durch?	Cohen's d	,930	,754	,509	,998
	Hedges' Korrektur	,932	,752	,508	,996
	Glass' Delta	,904	,776	,528	1,022

a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.

Für 'Cohen d' wird die zusammengefasste Standardabweichung verwendet.

Für die Hedges-Korrektur wird die zusammengefasste Standardabweichung mit einem Korrekturfaktor verwendet.

Für das Glass-Delta wird die Standardabweichung der Stichprobe der Kontrollgruppe (d. h. der zweiten Gruppe) verwendet.

Abbildung 47 Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben

Quelle: Eigene Darstellung

Gegenüberstellung der Gruppen

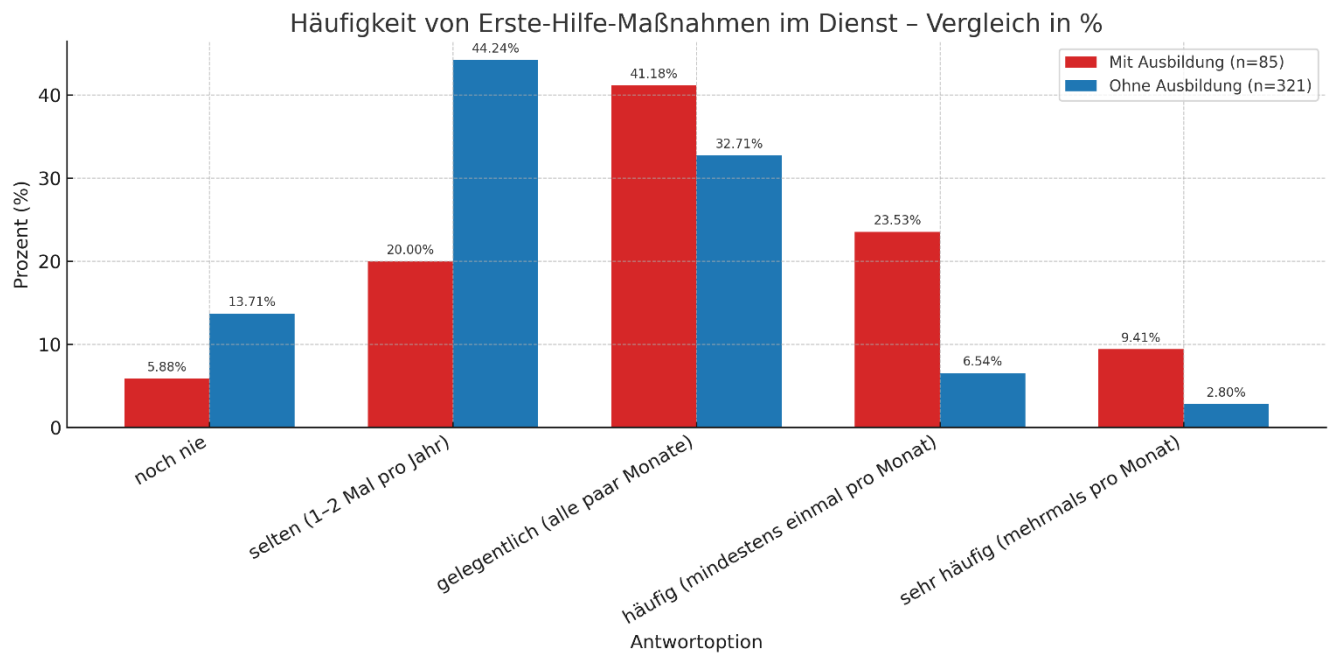


Abbildung 48: Vergleich der Häufigkeit von Erste-Hilfe-Maßnahmen im polizeilichen Dienst zwischen Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstlicher Ausbildung (in %)

Quelle: Eigene Darstellung

Gegenüberstellung der Mittelwerte

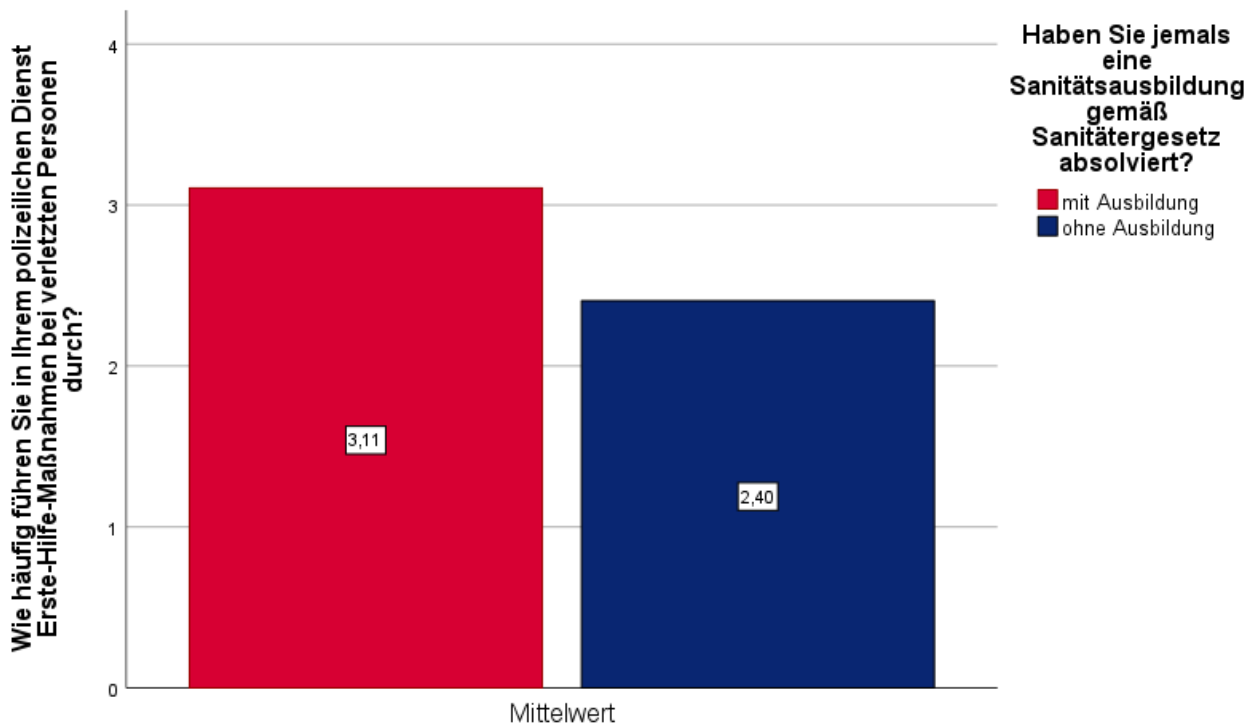


Abbildung 49: Mittelwertvergleich der Häufigkeit von Erste-Hilfe-Maßnahmen im polizeilichen Dienst nach sanitätsdienstlicher Ausbildung

Quelle: Eigene Darstellung

Befragte mit sanitätsdienstlicher Ausbildung gaben signifikant häufiger an, im Rahmen von Amtshandlungen bereits medizinische Erstversorgung geleistet zu haben. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit internationalen Forschungsergebnissen, etwa jenen von WALLIN et al. (vgl. 2022) oder KUSUMANINGRUM et al. (vgl. 2019), die aufzeigen, dass gezielte Schulungsmaßnahmen die praktische Handlungskompetenz und den tatsächlichen Einsatz von Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Polizeikräften verbessern. Bereits im Theorieteil wurde darauf hingewiesen, dass Polizeibeamt*innen in bestimmten Lagen – insbesondere mit hoher Eigengefährdung – häufig die einzigen verfügbaren Ersthelfer*innen sind. Die höhere Interventionsrate unter ausgebildeten Polizist*innen zeigt, dass Schulungen nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern auch konkretes Handeln auslösen. Somit spricht vieles dafür, dass eine sanitätsdienstliche Ausbildung von Polizist*innen auch die Wahrscheinlichkeit aktiven Einschreitens deutlich erhöht.

Die Hypothese, dass Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung im Einsatz häufiger aktiv Erste Hilfe leisten, wird eindeutig bestätigt.

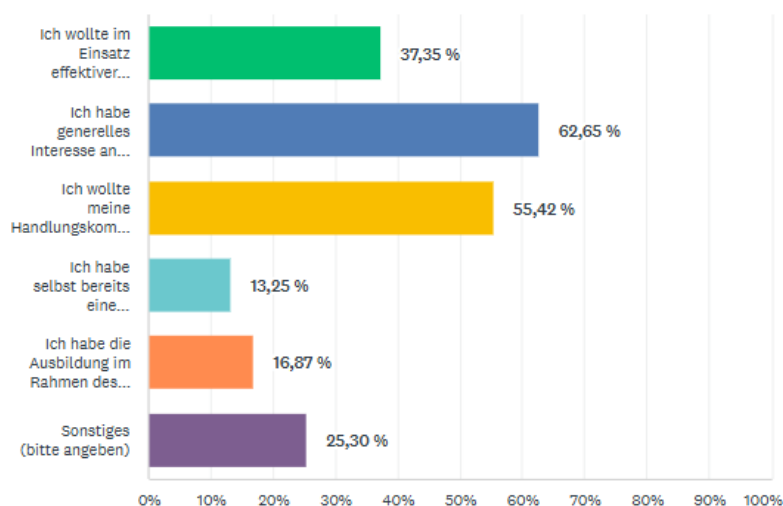
6.1.3. Hypothese 3

Polizist*innen, die sich für eine sanitätsdienstliche Zusatzausbildung entscheiden, werden in der Regel durch die Erwartung motiviert, in gefährlichen oder kritischen Situationen effektiv helfen zu können. Sie erwarten davon eine gesteigerte Handlungskompetenz und Selbstsicherheit.

Hypothese 3 kann durch die erhobenen Daten empirisch weitgehend bestätigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Zusatzausbildung vor allem jene Motive nennen, die in der Hypothese angenommen wurden. So gaben 55,42 % von ihnen explizit den Wunsch nach höherer Handlungskompetenz und mehr Sicherheit im Einsatz als Beweggrund für die zusätzliche Ausbildung an, während 37,35 % die Erwartung betonten, in gefährlichen oder kritischen Situationen effektiver helfen zu können. Zudem nannten 62,65 % generelles Interesse an Medizin und Erster Hilfe, was auf einen starken intrinsischen Antrieb hinweist. In den Freitextangaben wurden ergänzend persönliche Schlüsselerlebnisse, berufliche Anforderungen sowie Vorerfahrungen (z. B. Zivildienst, ehrenamtliches Engagement) erwähnt, was das Motivationsspektrum abrundet. Diese Befunde verdeutlichen, dass insbesondere das Streben nach erhöhter Selbstsicherheit im Umgang mit medizinischen Notfällen und die Antizipation, durch erweiterte Erste-Hilfe-Kenntnisse wirksam helfen zu können, zentrale Antriebe für die Entscheidung zu einer solchen Zusatzausbildung darstellen.

Warum haben Sie sich für eine sanitätsdienstliche Ausbildung entschieden? (Mehrfachantworten möglich)

Beantwortet: 83 Übersprungen: 2



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
▼ Ich wollte im Einsatz effektiver helfen können	37,35 %	31
▼ Ich habe generelles Interesse an Medizin und Erster Hilfe	62,65 %	52
▼ Ich wollte meine Handlungskompetenz und Selbstsicherheit in Notfällen steigern	55,42 %	46
▼ Ich habe selbst bereits eine Notsituation erlebt, in der ich mich hilflos fühlte	13,25 %	11
▼ Ich habe die Ausbildung im Rahmen des Präsenzdienstes absolviert, mich danach aber nicht weiter damit beschäftigt	16,87 %	14
▼ Sonstiges (bitte angeben)	Beantwortungen 25,30 %	21
Befragte gesamt: 83		

Abbildung 50: Ergebnisse der Online-Umfrage zur sanitätsdienstlichen Ausbildung von Exekutivbediensteten

Quelle: Eigene Darstellung

Theoretisch lassen sich diese Ergebnisse durch etablierte Motivationstheorien untermauern. Gemäß der Selbstbestimmungstheorie (vgl. RYAN und DECI 2000: 68-78) handelt es sich bei den dominierenden Motiven um intrinsisch motivierte Beweggründe. Das ausgeprägte Interesse an medizinischem Wissen verweist auf intrinsische Motivation, während das Streben nach größerer Handlungskompetenz und Sicherheit das Grundbedürfnis nach Kompetenz widerspiegelt. Indem die Zusatzausbildung den Polizist*innen ermöglicht, sich kompetenter und autonomer in Notsituationen zu fühlen, werden ihr Autonomieerleben und ihre intrinsische Motivation gestärkt. Darüber hinaus lässt sich der Wunsch, effektiv helfen zu können, als Ausdruck einer hohen Selbstwirksamkeit (vgl. BANDURA 1977: 191-215) bzw. des Bestrebens, diese zu erhöhen, interpretieren. Glauben Polizist*innen, durch zusätzliche Qualifikation im Ernstfall erfolgreich agieren zu können, steigt ihre Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten. Dies deckt sich mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit, wonach die Überzeugung in die eigene Handlungskompetenz ein wichtiger Faktor für die Bereitschaft ist, in Notfallsituationen tatsächlich einzugreifen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Polizist*innen, die freiwillig eine sanitätsdienstliche Zusatzausbildung absolvieren, vor allem von intrinsischem Interesse und dem Streben nach erhöhter fachlicher Kompetenz sowie Handlungssicherheit motiviert sind. Die in Hypothese 3 formulierte Annahme wird durch die Daten eindeutig bestätigt.

6.2. Vergleich der drei Einsatzszenarien

Im Folgenden werden die drei fiktiven Einsatzszenarien miteinander verglichen. Der Fokus liegt abermals auf den Unterschieden zwischen Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung und jenen ohne. Die Mittelwerte für die Gruppe mit und ohne sanitätsdienstliche Ausbildung wurden gegenübergestellt. Wiederum wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt, um die Gruppen anhand der jeweiligen Fallbeispiele miteinander zu vergleichen.

6.2.1. Fall 1

Sie sind mit mehreren Kolleg*innen auf Streife, als eine Schlägerei eskaliert. Eine Person liegt bewusstlos am Boden, während sich andere Beteiligte noch streiten. Niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation unmittelbar Erste Hilfe leisten würden?

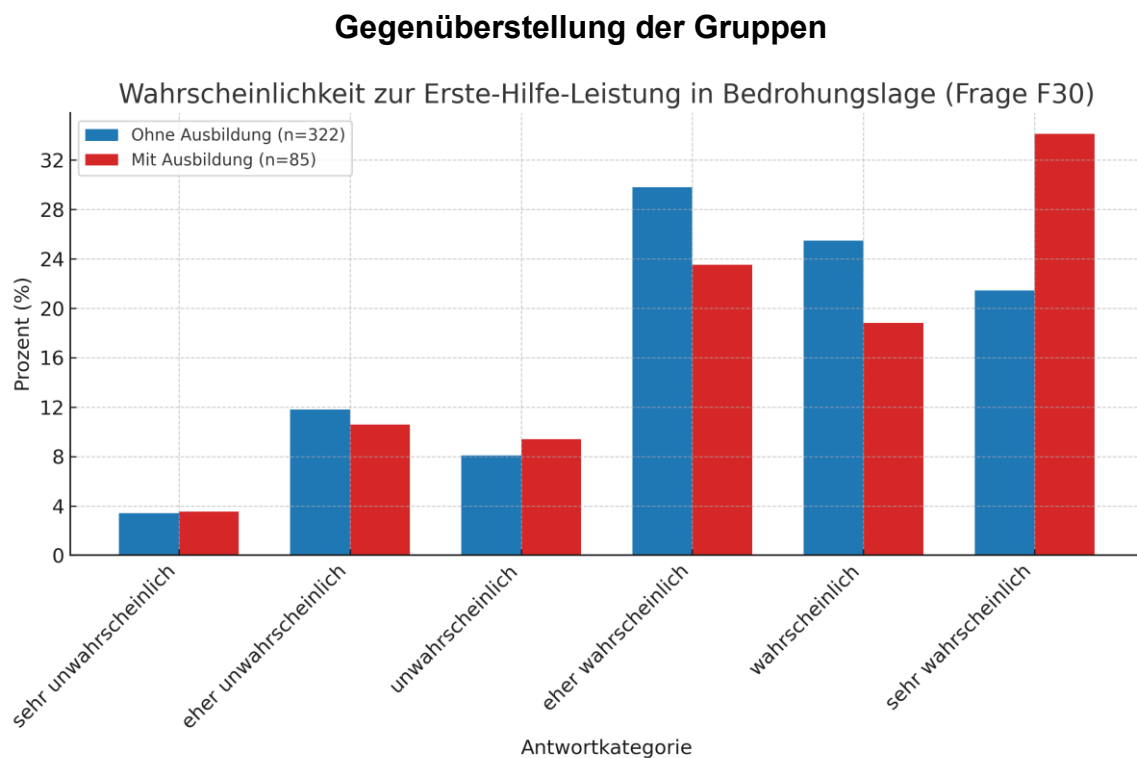


Abbildung 51: Vergleich der Interventionswahrscheinlichkeit beider Gruppen in Fall 1
Quelle: Eigene Darstellung

Gegenüberstellung der Mittelwerte

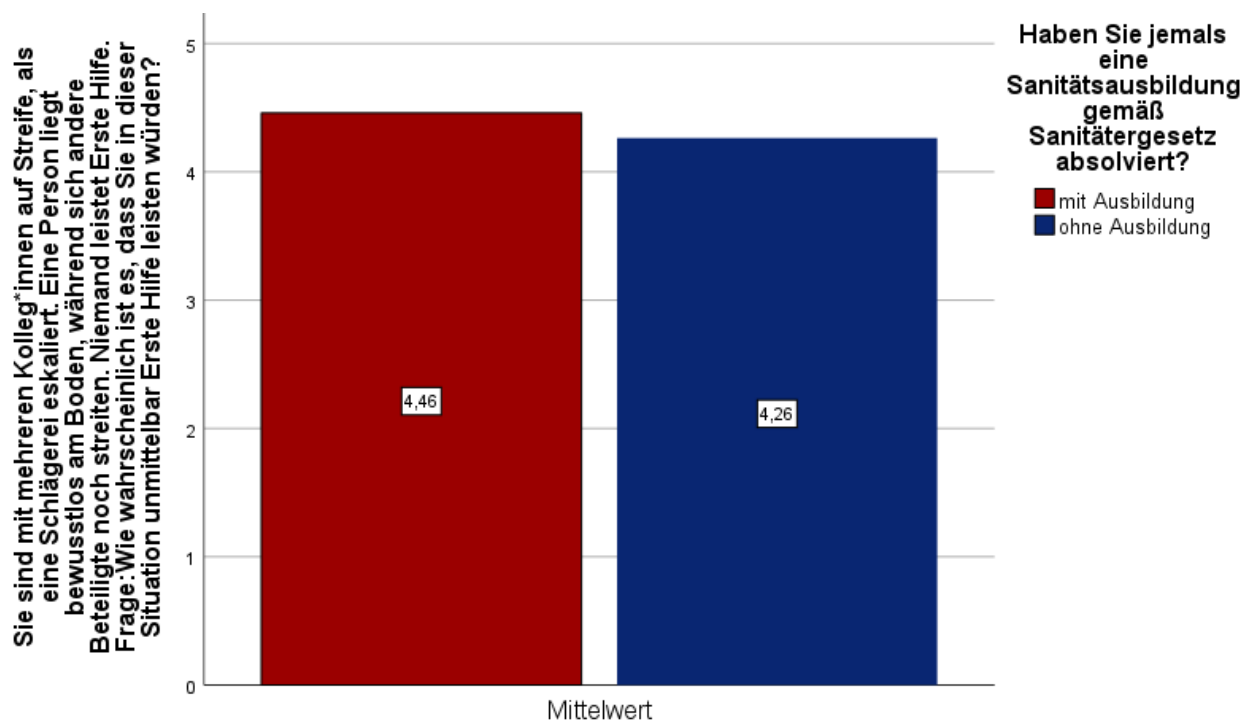


Abbildung 52: Mittelwertvergleich Fall 1

Quelle: Eigene Darstellung

6.2.2. Fall 2

Während Ihrer Streifentätigkeit kommen Sie als Erste*r zu einem schweren Verkehrsunfall. Ein Motorradfahrer liegt bewusstlos auf der Straße, sein Helm ist beschädigt, und er zeigt keine Reaktion auf Zurufe. Der Rettungsdienst wurde bereits alarmiert, wird aber voraussichtlich erst in zehn Minuten eintreffen. Ihr*e Kolleg*in zeigt Unsicherheit, ob Erste Hilfe notwendig ist oder ob man besser auf den Rettungsdienst wartet. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?

Gegenüberstellung der Gruppen

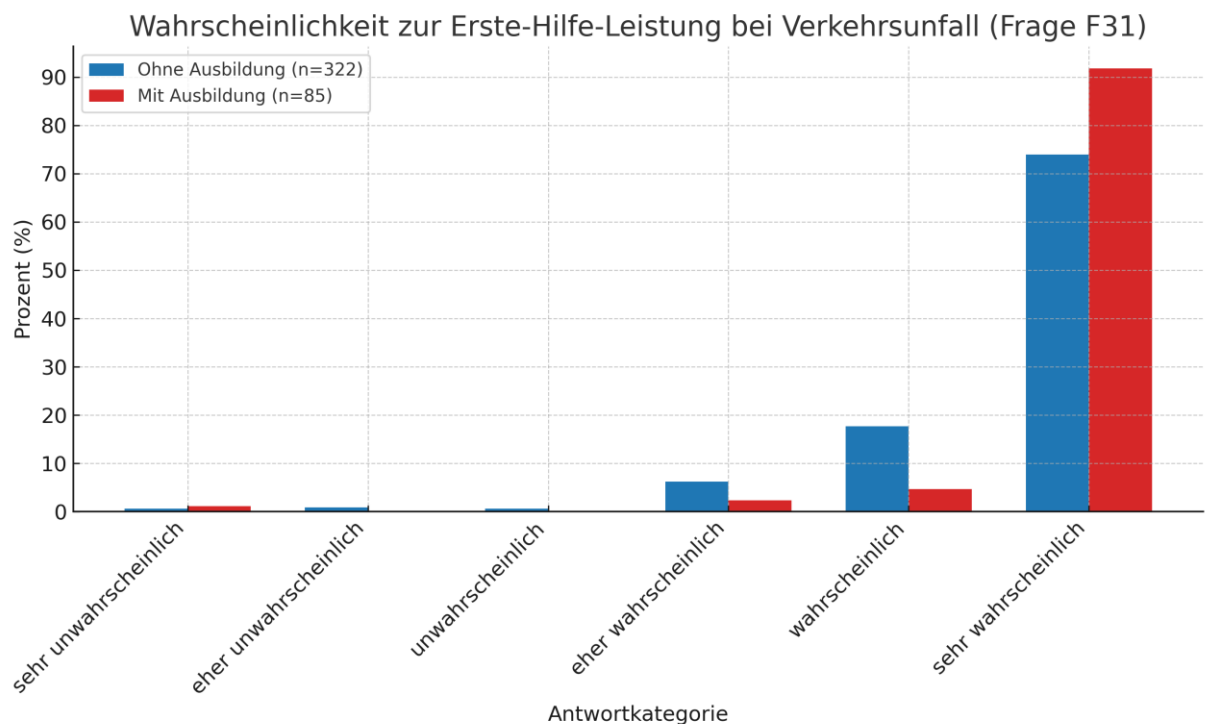


Abbildung 53: Vergleich der Interventionswahrscheinlichkeit beider Gruppen in Fall 2
Quelle: Eigene Darstellung

Gegenüberstellung der Mittelwerte

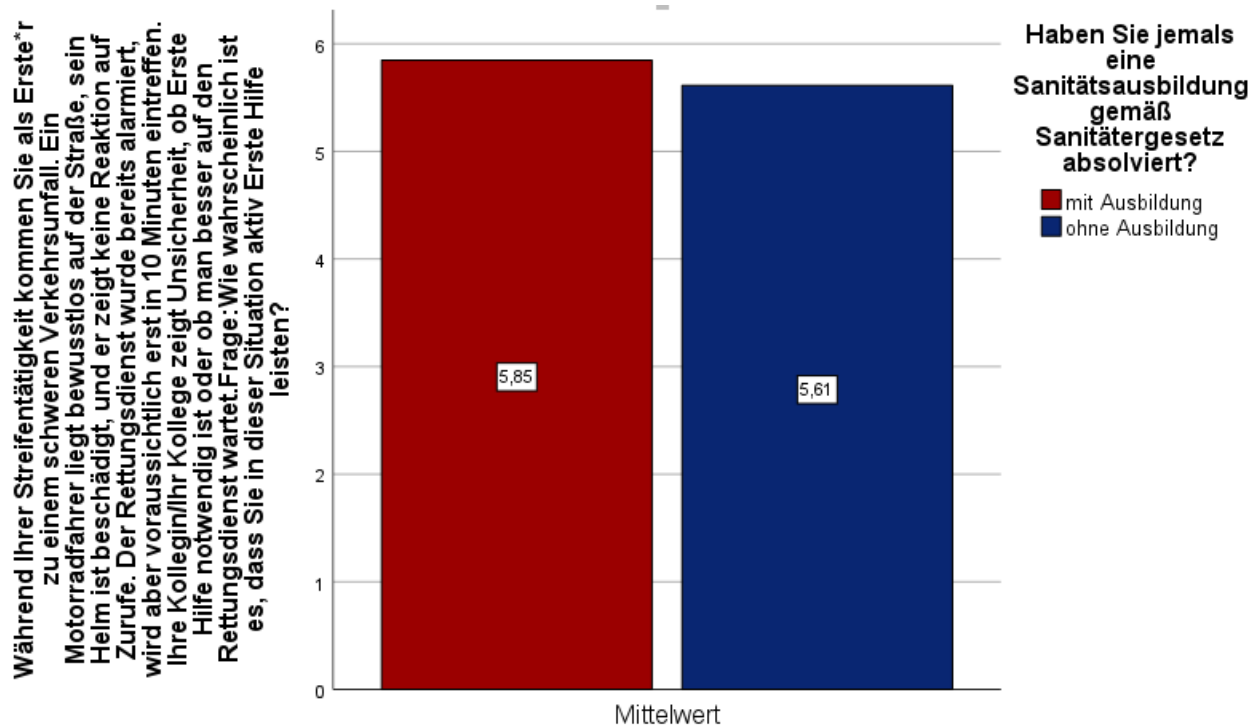


Abbildung 54: Mittelwertvergleich Fall 2

Quelle: Eigene Darstellung

6.2.3. Fall 3

Sie befinden sich mit weiteren Kolleg*innen auf einem Demonstrationseinsatz. Plötzlich kollabiert eine Person in der Menschenmenge. Mehrere Passant*innen filmen den Vorfall mit ihren Handys, doch niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?

Gegenüberstellung der Gruppen

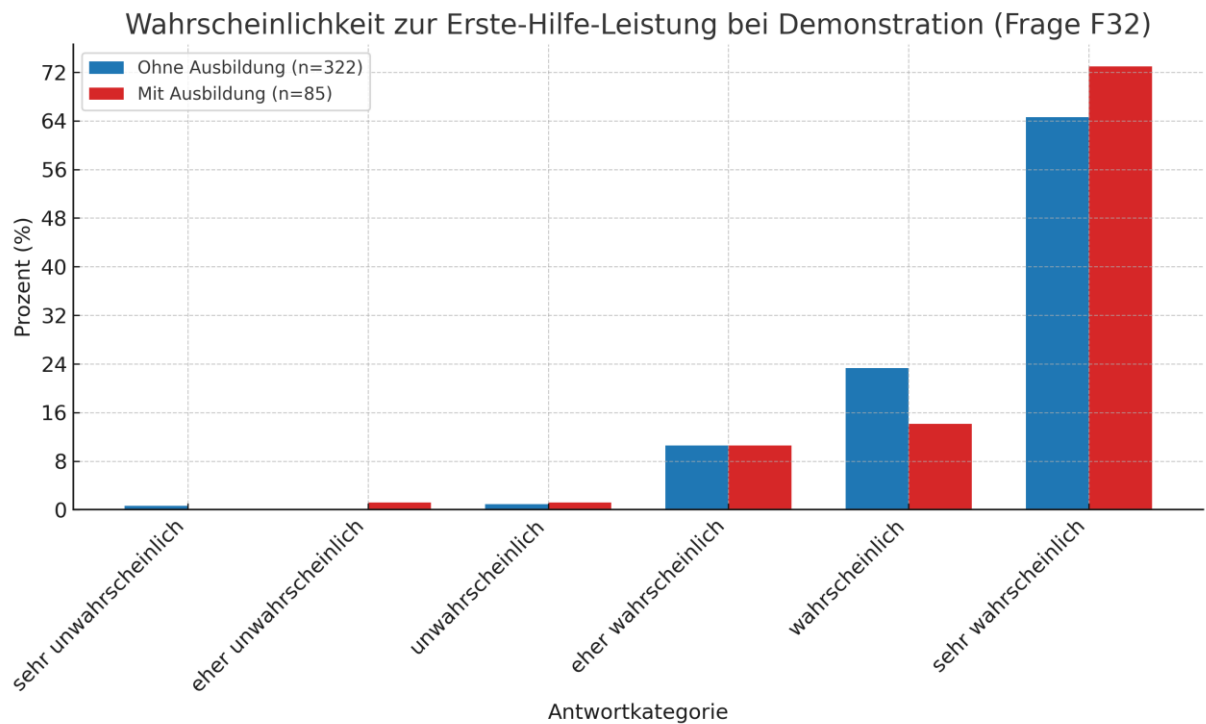


Abbildung 55: Vergleich der Interventionswahrscheinlichkeit beider Gruppen in Fall 3
Quelle: Eigene Darstellung

Gegenüberstellung der Mittelwerte

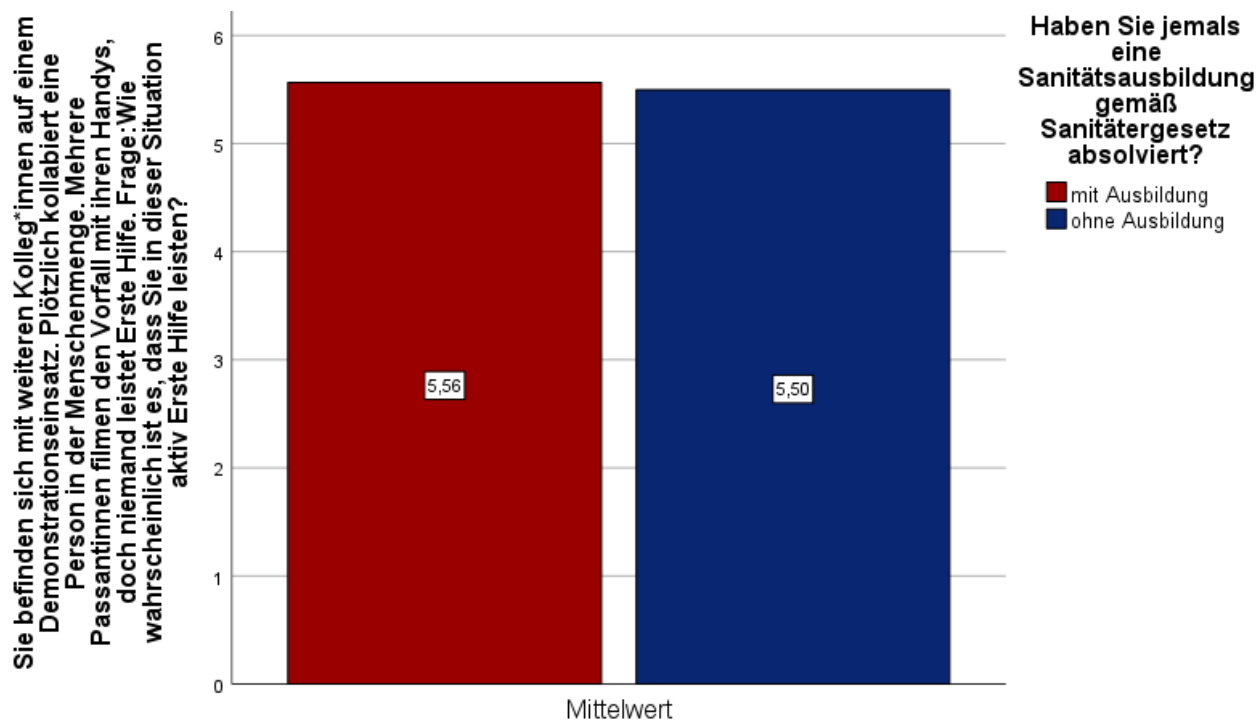


Abbildung 56: Mittelwertvergleich Fall 3

Quelle: Eigene Darstellung

Gruppenstatistiken

	Haben Sie jemals eine Sanitätsausbildung gemäß Sanitätärgesetz absolviert?	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Sie sind mit mehreren Kolleg*innen auf Streife, als eine Schlägerei eskaliert. Eine Person liegt bewusstlos am Boden, während sich andere Beteiligte noch streiten. Niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation unmittelbar Erste Hilfe leisten würden?	mit Ausbildung	85	4,46	1,484	,161
	ohne Ausbildung	322	4,26	1,381	,077
Während Ihrer Streifentätigkeit kommen Sie als Erste*r zu einem schweren Verkehrsunfall. Ein Motorradfahrer liegt bewusstlos auf der Straße, sein Helm ist beschädigt, und er zeigt keine Reaktion auf Zurufe. Der Rettungsdienst wurde bereits alarmiert, wird aber voraussichtlich erst in 10 Minuten eintreffen. Ihre Kollegin/Ihr Kollege zeigt Unsicherheit, ob Erste Hilfe notwendig ist oder ob man besser auf den Rettungsdienst wartet. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?	mit Ausbildung	85	5,85	,646	,070
	ohne Ausbildung	322	5,61	,798	,044
Sie befinden sich mit weiteren Kolleg*innen auf einem Demonstrationseinsatz. Plötzlich kollabiert eine Person in der Menschenmenge. Mehrere Passantinnen filmen den Vorfall mit ihren Handys, doch niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?	mit Ausbildung	85	5,56	,823	,089
	ohne Ausbildung	322	5,50	,802	,045

Test bei unabhängigen Stichproben

Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit										95% Konfidenzintervall der Differenz	
	F	Sig.	T	df	Einseitiges p	Signifikanz Zweiseitiges p	Mittlere Differenz	Differenz für Standardfehler	Unterer Wert	Oberer Wert			
Sie sind mit mehreren Kolleg*innen auf Streife, als eine Schlägerei eskaliert. Eine Person liegt bewusstlos am Boden, während sich andere Beteiligte noch streiten. Niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation unmittelbar Erste Hilfe leisten würden?	1,947	,164	1,139	405	,128	,256	,195	,171	-,142	,531			
			1,092	125,083	,139	,277	,195	,178	-,158	,548			
Während Ihrer Streifenförmigkeit kommen Sie als Erste*r zu einem schweren Verkehrsunfall. Ein Motorradfahrer liegt bewusstlos auf der Straße, sein Helm ist beschädigt, und er zeigt keine Reaktion auf Zurufe. Der Rettungsdienst wurde bereits alarmiert, wird aber voraussichtlich erst in 10 Minuten eintreffen. Ihre Kollegin/Ihr Kollege zeigt Unsicherheit, ob Erste Hilfe notwendig ist oder ob man besser auf den Rettungsdienst wartet. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?	18,468	<,001	2,509	405	,006	,013	,235	,094	,051	,420			
			2,836	158,688	,003	,005	,235	,083	,071	,399			
Sie befinden sich mit weiteren Kolleg*innen auf einem Demonstrationseinsatz. Plötzlich kollabiert eine Person in der Menschenmenge. Mehrere Passantinnen filmen den Vorfall mit ihren Handys, doch niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?	,065	,798	,690	405	,245	,491	,068	,098	-,126	,261			
			,679	129,274	,249	,498	,068	,100	-,130	,265			

Abbildung 57: Ergebnisse der Gruppenvergleiche (Mittelwert, Standardabweichung, t-Test,) zur Erste-Hilfe-Bereitschaft in drei Szenarien

Quelle: Eigene Darstellung

Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben					
		Standardisierte r^a	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
Sie sind mit mehreren Kolleg*innen auf Streife, als eine Schlägerei eskaliert. Eine Person liegt bewusstlos am Boden, während sich andere Beteiligte noch streiten. Niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation unmittelbar Erste Hilfe leisten würden?	Cohen's d	,1403	,139	-,100	,378
	Hedges' Korrektur	,1406	,139	-,100	,377
	Glass' Delta	,1381	,141	-,098	,380
Während Ihrer Streifentätigkeit kommen Sie als Erste*r zu einem schweren Verkehrsunfall. Ein Motorradfahrer liegt bewusstlos auf der Straße, sein Helm ist beschädigt, und er zeigt keine Reaktion auf Zurufe. Der Rettungsdienst wurde bereits alarmiert, wird aber voraussichtlich erst in 10 Minuten eintreffen. Ihre Kollegin/Ihr Kollege zeigt Unsicherheit, ob Erste Hilfe notwendig ist oder ob man besser auf den Rettungsdienst wartet. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?	Cohen's d	,769	,306	,066	,546
	Hedges' Korrektur	,770	,305	,066	,545
	Glass' Delta	,798	,295	,054	,535
Sie befinden sich mit weiteren Kolleg*innen auf einem Demonstrationseinsatz. Plötzlich kollabiert eine Person in der Menschenmenge. Mehrere Passantinnen filmen den Vorfall mit ihren Handys, doch niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?	Cohen's d	,806	,084	-,155	,323
	Hedges' Korrektur	,808	,084	-,155	,323
	Glass' Delta	,802	,085	-,155	,324

a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.

Für 'Cohen d' wird die zusammengefasste Standardabweichung verwendet.

Für die Hedges-Korrektur wird die zusammengefasste Standardabweichung mit einem Korrekturfaktor verwendet.

Für das Glass-Delta wird die Standardabweichung der Stichprobe der Kontrollgruppe (d. h. der zweiten Gruppe) verwendet.

Abbildung 58: Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben der Gruppenvergleiche zur Erste-Hilfe-Bereitschaft in drei Szenarien

Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der Interpretation der drei Fallvigneten ergibt sich ein weniger eindeutiges Bild. Zwar lassen sich tendenziell höhere Bereitschafts- und Handlungswerte bei Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung erkennen, doch nur in einer der drei Situationen war der Unterschied auch statistisch signifikant. Besonders auffällig ist dies im Szenario des schweren Verkehrsunfalls, das sich durch seine klare Struktur

und die offensichtliche Notlage auszeichnet. Hier zeigten ausgebildete Beamt*innen eine signifikant höhere Bereitschaft, Erste Hilfe zu leisten ($p = ,003$).

Auch Hypothese 1, die von einer geringeren Hemmschwelle bei ausgebildeten Polizist*innen ausgeht, wird im Kontext der Fallvigneten nur teilweise bestätigt. Zwar zeigt sich eine tendenzielle Differenz in allen drei Fällen, diese ist aber nur im zweiten Szenario deutlich. Dies legt nahe, dass die Wirkung der Ausbildung vor allem in eindeutigen Situationen zum Tragen kommt. In dynamischen oder emotional aufgeladenen Lagen reicht reines Wissen offenbar nicht aus, um Unsicherheit vollständig zu überwinden.

7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Wie bereits im Theorieteil beschrieben, hängt die Entscheidung zur Hilfeleistung stark mit der wahrgenommenen eigenen Kompetenz zusammen (vgl. LATANÉ und DARLEY 1970 zit. nach EMEGHARA 2023; BANDURA 1977). Personen, die sich ihrer Fähigkeiten sicher sind, greifen eher ein. In eindeutig erkennbaren Notfallsituationen, wie in dem Fall mit dem schweren Motorradunfall, scheint eine sanitätsdienstliche Qualifikation einen tatsächlichen Einfluss auf das Verhalten der Polizist*innen zu haben.

In diesem Zusammenhang erscheint es plausibel, dass die durch die sanitätsdienstliche Ausbildung vermittelte Sicherheit im Umgang mit medizinischen Notlagen die Eintrittswahrscheinlichkeit für aktives Handeln erhöht. Auch BANDURAS (vgl. 1977) Konzept der Selbstwirksamkeit liefert hierfür eine stimmige Erklärung. Die Auswertung des zweiten Falles (Motorradunfall) belegt dies eindeutig.

Anders sieht es in den beiden anderen Fallszenarien aus. In der eskalierten Schlägerei sowie im Demonstrationseinsatz gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Dies könnte daran liegen, dass in diesen Fällen zusätzliche Einflussfaktoren, wie etwa potenzielle Eigengefährdung, unklare Zuständigkeiten oder die Beobachtung durch Dritte, eine Rolle spielen. Gerade bei öffentlicher Aufmerksamkeit, wie im Fall der Demonstration, könnten soziale Normen oder potenzieller Handlungsdruck hemmend wirken. Diese Befunde stehen im Einklang mit neueren Studien zur Hilfeleistungsbereitschaft, die zeigen, dass Unsicherheit und emotionale Belastung häufig Gründe sind, warum auch ausgebildete Personen nicht handeln. (vgl. SEPAHVAND et al. 2023)

Eine mögliche Erklärung, warum sich in Fall 1 der noch laufenden Schlägerei kaum Unterschiede zwischen Sanitäter*innen und Polizist*innen ohne Zusatzausbildung in ihrem Einschreiten abzeichnen, liefern zum Beispiel HOSSFELD et al. (2018: 572):

„Um weitere Opfer zu vermeiden, hat deshalb für die Polizei einsatztaktisch die Kontrolle des oder der Täter(s) zunächst allerhöchste Priorität. Das Ziel der polizeilichen Einsatztaktik in diesem Moment ist: das Töten beenden und weiteres Sterben verhindern! Erst in zweiter Linie können sich Polizeikräfte um Patienten im unsicheren Bereich kümmern. Trotzdem kann Rettungsfachpersonal nicht in diesen Bereich vordringen.“

Zwar handelt es sich bei der beschriebenen Fallvignette nicht um ein Tötungsszenario, jedoch ist dies für die einschreitenden Polizeikräfte zu Beginn der Situation nicht zweifelsfrei erkennbar. Insbesondere der Hinweis, dass eine Person bereits am Boden liegen würde, lässt zumindest in ex ante Betrachtung vermuten, dass möglicherweise ein Messer oder eine ähnliche Waffe im Spiel sein könnte. In einem solchen Szenario haben für die Einsatzkräfte die Eigensicherung sowie die rasche Lageklärung und Identifikation der Aggressor*innen oberste Priorität, um weitere Verletzungen zu verhindern. Diese Vorgehensweise ist unabhängig von einer etwaigen sanitätsdienstlichen Ausbildung der eingesetzten Beamt*innen und gilt für alle gleichermaßen.

Mehrere Studien zeigen zudem, dass sich die Interventionsrate der Zuseher*innen sogar erhöht, wenn die Situation eindeutig als gefährlich eingestuft wird. Die Autoren gehen davon aus, dass diese Situationen schneller erkannt werden und somit eine stärkere emotionale Beteiligung hervorrufen. Zwar steigt die Angst, bei in einer solchen Situation selbst verletzt zu werden, jedoch werden weitere Anwesende als Unterstützer*innen wahrgenommen. Dieser Effekt kommt allerdings nur zum Tragen, wenn eine Gefahr für den*die Helfende*n selbst erkannt wird. Ist die Gefahr nur für das Opfer ersichtlich, kommt es eher zu dem Effekt der Verantwortungsdiffusion, als dass es die Hemmschwelle zu helfen senkt. Somit ist es die erhöhte Eigengefährdung, die den Bystander-Effekt in diesen Fällen reduziert – nicht die Gefahr für das Opfer, sondern die potenzielle Gefahr für die Helfer*innen. (vgl. FISCHER et al. 2011: 520f.)

Im Kontext zu dem untersuchten Schlägereifall bedeutet dies, dass Polizeibedienstete, aber auch weitere Zeug*innen, eher zu einer Intervention bereit sind, wenn sie die Situation auch für sich selbst als bedrohlich wahrnehmen. Diese zwei Umstände (Eigensicherung und Festnahme der Täter*innen haben Priorität) als auch die Gefahr für die einschreitenden Kräfte liefern eine mögliche Erklärung, warum sich im Schlägereikontext die Interventionsraten der Polizist*innen mit und ohne Sanitätsausbildung kaum unterscheiden. Die Interventionsrate bei den drei Fallvignetten ist generell als hoch anzusehen. Dies spiegelt auch das Ergebnis der Frage 28 wider, die sich mit damit beschäftigt, ob von uniformierten Polizist*innen mehr erwartet wird als von Zivilpersonen. Die Auswertung dieser Frage zeigt eindeutig, dass die Polizist*innen denken, dass von ihnen auf jeden Fall mehr erwartet wird, wenn diese in Uniform auftreten. Dies ist ein möglicher Hinweis darauf, warum die Interventionsraten bei den drei angeführten Fallbeispielen generell sehr hoch sind.

Abschließend ist festzustellen, dass die sanitätsdienstliche Ausbildung ein bedeutender, jedoch kontextabhängiger Faktor für das Erste-Hilfe-Verhalten im Einsatz ist. Schon OLIVER et al. (vgl. 2014: 518) bewiesen, dass ein simpler Erste-Hilfe-Kurs die Bereitschaft zu helfen steigert. Jede Ausbildung im Bereich der Ersten Hilfe oder der Sanitätshilfe stärkt somit das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz, was sich vor allem in klaren Notfällen positiv auswirkt. In komplexen Situationen mit sozialen oder emotionalen Spannungen sind jedoch weitere Maßnahmen notwendig.

Im Folgenden werden die zu Beginn der Masterarbeit formulierten Forschungsfragen mit den erzielten Ergebnissen in Zusammenhang gebracht:

- Wie unterscheiden sich die Hemmschwellen zur sanitätsdienstlichen Erstversorgung bei Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstlicher Zusatzqualifikation, insbesondere im Umgang mit Schwerverletzten oder Gewaltopfern?

Die Auswertung der Umfragedaten zeigt, dass Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Zusatzqualifikation im Vergleich zu Kolleg*innen ohne derartige Ausbildung eindeutig niedrigere Hemmschwellen im Hinblick auf Erste-Hilfe-Maßnahmen aufweisen. Von 83 Polizist*innen mit Sanitätsausbildung gaben 74 (89,16 %) an, dass ihre sanitätsdienstliche Ausbildung ihre Hemmschwelle zu helfen gesenkt hat. Die geringere Hemmschwelle zeigt sich insbesondere in eindeutigen Situationen, die eine schnelle Entscheidung und unmittelbare Handlung erfordern. In der Fallvignette des

schweren Motorradunfalls gaben ausgebildete Beamt*innen signifikant häufiger an, aktiv Erste Hilfe leisten zu wollen.

Auch wenn die Unterschiede in komplexeren Szenarien weniger deutlich ausfielen, zeigt sich dennoch ein Muster. Die sanitätsdienstlich ausgebildete Gruppe berichtet durchgehend von höherer, wenn auch nicht immer in jedem Fall signifikant höherer, Bereitschaft zum aktiven Einschreiten. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Ausbildung nicht nur fachliches Wissen vermittelt, sondern auch das Vertrauen in die eigene Fähigkeit stärkt, in kritischen Situationen angemessen zu handeln. Sie stehen im Einklang mit theoretischen Konzepten zur Selbstwirksamkeit (vgl. BANDURA 1977) sowie mit empirischen Studien, wie zum Beispiel jener von SEPAHVAND et al. (vgl. 2023), die fehlendes Selbstvertrauen, rechtliche Unsicherheit und emotionale Überforderung als zentrale Barrieren für Hilfeverhalten identifizieren.

- Inwieweit tritt der sogenannte non-helping Bystander-Effekt im polizeilichen Kontext auf, und wird sein Auftreten durch sanitätsdienstliche Ausbildung beeinflusst?

Wie bereits im Theorieteil gegenständlicher Arbeit erläutert, beschreibt der Bystander-Effekt, dass Einzelne in Notsituationen seltener eingreifen, je mehr andere Personen anwesend sind. Die Forschung nach EMEGHARA (vgl. 2023) verdeutlicht, dass in einer Gruppe oft Verantwortungsdiffusion, Unklarheit über das Geschehen oder Bewertungsangst verhindern, dass aktiv geholfen wird. Im Polizeikontext könnte ein ähnlicher Mechanismus wirken. Wenn mehrere Beamt*innen oder weitere Personen vor Ort sind, kann der*die einzelne Polizist*in denken, ein*e andere*r werde schon helfen (Verantwortungsdiffusion). Jedoch gaben 125 Beamt*innen (30,71 %) im Zuge der Umfrage an, dass die Gruppengröße keinen Einfluss auf ihre Wahrscheinlichkeit zu helfen hat. 160 Beamt*innen (39,31 %) sind der Meinung, dass in Gruppen sogar eher geholfen wird. Ein weiterer Befund, der in diesem Kontext erwähnenswert ist, ist, dass laut 361 Beamt*innen (88,70 %) das Tragen der Uniform eine Rolle spielt, da Zivilpersonen mehr von ihnen erwarten würden. Dies könnte der Grund sein, warum der Bystander-Effekt in realen Einsätzen kaum auftreten dürfte und Polizist*innen ihren gesetzlichen Verpflichtungen zu helfen, wie im Kapitel „organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen“ erläutert, in den allermeisten Fällen nachkommen.

Kurzum zeigt sich, dass der non-helping Bystander-Effekt theoretisch auch bei Polizist*innen auftreten kann, seine Wirkung jedoch zum Beispiel durch Ausbildung abgemildert wird, weil geschulte Kolleg*innen sich ihrer Fertigkeiten sicherer sind und deshalb seltener passiv bleiben. Hierbei muss es sich nicht zwingend um eine sanitätsdienstliche Ausbildung handeln. Die im Theorieteil zitierten Studien deuten allesamt daraufhin, dass jegliche Art einer Erste-Hilfe-Ausbildung, mitunter unabhängig von deren Dauer, die Hemmschwellen der Beteiligten gesenkt hat und die Proband*innen effiziente Hilfe leisten konnten. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Ausbildung nicht nur fachliches Wissen vermittelt, sondern auch das Vertrauen in die eigene Fähigkeit stärkt, in kritischen Situationen angemessen zu handeln. Sie stehen im Einklang mit theoretischen Konzepten zur Selbstwirksamkeit (vgl. BANDURA 1977) sowie mit empirischen Studien. Auch die anderen Punkte, die im

Prozessmodell zum Bystander-Effekt (siehe Abbildung 3: 5-Stufen Modell des Hilfeverhaltens) entwickelt wurden, werden durch den polizeilichen Kontext abgeschwächt, da Polizist*innen in vielen Fällen schon Kenntnis davon haben, dass sie zum Beispiel zu einem medizinischen Notfall (Atem-Kreislauf-Stillstand) gerufen werden. Hier wurde ihnen das Erkennen des Ereignisses bereits abgenommen. Aufgrund dienstrechtlicher und gesetzlicher Vorschriften wissen sie außerdem, dass sie verpflichtet sind, die notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Daher ist die Tatsache, dass Erste Hilfe geleistet wird, zumeist keine persönliche Entscheidung, sondern eine logische Konsequenz aus dem Polizeidasein.

Bei Betrachtung der eingangs aufgestellten Hypothesen, decken sich die Umfrageergebnisse mit der Annahme, dass Polizist*innen mit Sanitätsausbildung signifikant niedrigere Hemmschwellen haben, Gewaltopfern zu helfen. Diese scheinen auch öfter Erste Hilfe zu leisten als ihre Kolleg*innen ohne Sanitätsausbildung. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte in der Tatsache liegen, dass ausgebildete Sanitäter*innen über mehr Erfahrung in diesem Kontext verfügen und derartige Situationen eindeutiger wahrnehmen. Die Forschungen zum Bystander-Effekt, wie sie zum Beispiel SCHWIND (vgl. 2009: 775f.) durchführte, zeigen, dass das Erkennen der Notsituation als auch das Vertrauen in die eigene Kompetenz Hemmnis-Faktoren für ein Nicht-Eingreifen sein können. Diesen beiden Aspekten wirkt eine sanitätsdienstliche Ausbildung eindeutig entgegen.

Der Trend, dass Polizist*innen, vor allem im Bereich Herz-Lungen-Wiederbelebung, wie zum Beispiel im Bereich der Landespolizeidirektion Wien, immer wieder höchst erfolgreich als First Responder eingesetzt werden (vgl. KRAMMEL et al. 2020: 7), lässt sich aufgrund der Etablierung eines ähnlichen Projektes in der Landespolizeidirektion Steiermark (vgl. AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG 2023) auch aus der durchgeführten Umfrage ableiten. Von den insgesamt 407 befragten Polizist*innen haben 221 Personen (54,30 %) bereits eine Herz-Lungen-Wiederbelebung durchgeführt. Zudem gaben 270 Personen (66,34 %) an, dass sie bereits mehrmals vor dem Rettungsdienst bei schwer verletzten oder verstorbenen Personen als Ersteinschreiter*innen vor Ort waren.

Dies unterstreicht die Wichtigkeit adäquater Schulungsmaßnahmen beziehungsweise generell die Effizienz eines First Responder Systems, wie von LICHTENHAHN et al. (vgl. 2019) beschrieben. Dass regelmäßige Erste-Hilfe-Schulungen wichtig sind, wurde auch seitens des Bundesministeriums für Inneres erkannt, das alle drei Jahre eine verpflichtende Erste-Hilfe-Schulung für Polizist*innen im exekutiven Außendienst vorschreibt (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2021). Dass diese Fortbildungszyklen funktionieren, zeigt auch die Umfrage. Nur bei 32 Polizist*innen (7,87 %), die an der Umfrage teilgenommen haben, ist eine Erste-Hilfe-Schulung länger als drei Jahre her.

ROELENKE und VOLLER (vgl. 2018: 15) nannten die Übungshäufigkeit einer Handlung als Basis, damit eine Maßnahme zu einem hohen Grad verinnerlicht wird. Dies bedeutet, dass auch Erste-Hilfe-Maßnahmen regelmäßig praktisch trainiert werden müssen, damit diese, insbesondere unter hohem Druck, angewendet werden können.

Darüber hinaus gaben insgesamt 129 Polizeibeamt*innen (31,69 %) an, bei einer gefährlichen Lage als Ersteintreffende am Tatort anwesend gewesen zu sein, wo mindestens eine gefährliche Person anwesend war und eine verletzte Person Erste Hilfe benötigte. Hier ist nach HOSSFELD (vgl. 2018: 574) die Polizei auf mehreren Ebenen gefordert. Einerseits müssen Täter*innen schnellstmöglich unter Kontrolle gebracht werden, um ein Einschreiten des Rettungsdienstes überhaupt zu ermöglichen, andererseits muss die Polizei in den als „unsicher“ eingestuften Bereichen als einzige Einsatzorganisation Maßnahmen zur Ersten Hilfe, insbesondere zur Blutungskontrolle, ergreifen.

Hierfür wurden international bereits mehrere Konzepte der taktischen Verwundetenversorgung etabliert. Von 403 Polizist*innen, die die Frage nach der Notwendigkeit einer spezifischen Erste-Hilfe-Ausbildung für die Polizei beantworteten, gaben 304 Personen (75,43 %) an, dass für diese andere Regeln gelten würden als für die zivile Erste Hilfe und dies somit auch eine speziellere Erste-Hilfe-Ausbildung notwendig macht. Dass dies ein Weg zum Erfolg ist, wurde bereits durch ROTHSCILD und MATHIESON (vgl. 2018) bewiesen, die nachweisen konnten, dass TECC-Schulungen einen wesentlichen Faktor zur Verbesserung der Versorgung von Schwerverletzten durch Polizist*innen darstellen. Die Autoren empfehlen sogar, dass alle Polizeikräfte ein TECC-Training erhalten sollten, um künftig mehr Menschenleben im Bereich der Trauma-Versorgung retten zu können.

In Österreich ist eine solche Ausbildung einstweilen nur Spezialkräften, wie zum Beispiel Beamt*innen der ASE WEGA oder des EKO Cobra, aber auch Polizeisanitäter*innen vorbehalten (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES 2022b).

Hier könnte man weiteren Handlungsbedarf ableiten, denn von 407 befragten Polizist*innen sehen, zumindest in bestimmten Situationen, 376 Personen (92,39 %) Erste Hilfe als festen Bestandteil ihrer polizeilichen Verantwortung.

8. Limitationen der Umfrage

Trotz der hohen Rücklaufzahl und der breiten Streuung der Teilnehmenden weist die durchgeführte Umfrage mehrere methodische Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Unklare Grundgesamtheit und fehlende Rücklaufquote:

Da die Durchführung dieser Masterarbeit in Eigeninitiative und nicht im Auftrag der Landespolizeidirektion Steiermark oder des Bundesministeriums für Inneres erfolgte, konnte nicht überprüft werden, ob alle Stadt- und Bezirkspolizeikommanden den Umfragelink tatsächlich an sämtliche nachgeordnete Dienststellen weitergeleitet haben beziehungsweise, ob er dort allen betroffenen Bediensteten zugänglich gemacht wurde. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, die exakte Zahl jener Polizist*innen zu bestimmen, die die Möglichkeit hatten, an dieser Umfrage teilzunehmen. Ebenso liegt keine öffentlich zugängliche, wissenschaftlich belastbare Quelle zur Anzahl der aktuell im exekutiven Außendienst tätigen Beamt*innen in der Steiermark vor. Laut einem Artikel in der Zeitung DER GRAZER (vgl. 2024) befinden sich steiermarkweit etwa 4.170 Bedienstete im Exekutivdienst.

Selbstselektion und mögliche Verzerrungen:

Die Teilnahme an der Umfrage erfolgte freiwillig. Es ist anzunehmen, dass insbesondere jene Polizist*innen zur Teilnahme motiviert waren, die ein persönliches Interesse am Thema Erste Hilfe oder bereits Vorerfahrungen in diesem Bereich hatten. Dadurch könnte es zu einer systematischen Überrepräsentation engagierter oder besonders erfahrener Personen gekommen sein.

Subjektive Einschätzungen und soziale Erwünschtheit:

Die Datenerhebung beruhte auf Selbstauskünften der Teilnehmenden. Infolgedessen besteht die Möglichkeit, dass einzelne Angaben durch soziale Erwünschtheit beeinflusst wurden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass das tatsächliche Verhalten im Einsatzkontext von den erhobenen Angaben abweicht.

Unverhältnismäßigkeit der Vergleichsgruppen:

Die beiden Vergleichsgruppen – Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstliche Ausbildung – waren hinsichtlich ihrer Größe ungleich verteilt. Die kleinere Zahl an Befragten mit sanitätsdienstlicher Qualifikation schränkt die statistische Vergleichbarkeit ein und verringert die Aussagekraft entsprechender Analysen.

9. Ausblick auf weitere Forschung

Die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse legen nahe, dass eine sanitätsdienstliche Ausbildung unter Exekutivbediensteten mit einer erhöhten Interventionsbereitschaft und einer geringeren Hemmschwelle bei der Ersten Hilfe, unter anderem in taktischen Einsatzlagen, einhergeht. Gleichzeitig verdeutlichen die identifizierten Limitationen der Studie den Bedarf an weiterführender Forschung.

Zukünftige Untersuchungen sollten darauf abzielen, die hier erhobenen Daten durch repräsentativere Stichproben und eine vollständige Erfassung der Grundgesamtheit zu validieren. Eine bundesländerübergreifende Erhebung oder eine Einbeziehung aller Exekutivbediensteten Österreichs könnte dazu beitragen, regionale Verzerrungen zu vermeiden und die Generalisierbarkeit der Resultate zu erhöhen.

Darüber hinaus erscheint eine methodische Erweiterung durch qualitative Verfahren sinnvoll. Tiefeninterviews oder Fokusgruppen mit Polizeibediensteten könnten aufschlussreiche Einblicke in individuelle Entscheidungsprozesse, emotionale Barrieren und motivationsbezogene Aspekte bei Erste-Hilfe-Leistungen liefern. Besonders in Bezug auf gefährliche Einsatzlagen wäre es wertvoll, persönliche Einschätzungen zum Spannungsverhältnis zwischen Eigensicherung und Hilfeleistung systematisch zu erfassen.

Auch beobachtungsbasierte Forschungsansätze, etwa im Rahmen von realitätsnahen Einsatzübungen oder Notfallsimulationen, könnten zur objektiven Erfassung tatsächlichen Verhaltens beitragen und somit eine valide Ergänzung zu den erhobenen Selbstauskünften darstellen.

Schließlich sollte in künftigen Studien geprüft werden, welche spezifischen Ausbildungsinhalte und Trainingsformate (z. B. taktisch-medizinische Module wie TECC oder TEMS) die größte Wirksamkeit im Hinblick auf Interventionssicherheit und Handlungskompetenz entfalten. Dies könnte eine evidenzbasierte Weiterentwicklung bestehender Fortbildungsmaßnahmen innerhalb der Exekutive ermöglichen.

Insgesamt zeigt die Thematik ein breites Spektrum an offenen Forschungsfragen, deren Bearbeitung sowohl zur wissenschaftlichen Fundierung als auch zur praxisorientierten Weiterentwicklung der Erste-Hilfe-Kompetenz in polizeilichen Einsatzkontexten beitragen kann.

10. Fazit

Die vorliegende Masterarbeit untersuchte den Einfluss sanitätsdienstlicher Ausbildung auf die Bereitschaft von Polizist*innen, in medizinischen Notfallsituationen Erste-Hilfe-Maßnahmen zu setzen. Ausgehend von der Fragestellung, ob eine solche Zusatzqualifikation die Interventionsbereitschaft erhöht und psychologische Hemmschwellen senkt, wurde sowohl auf theoretischer als auch empirischer Ebene argumentiert.

Die theoretische Auseinandersetzung zeigte deutlich, dass verschiedene psychologische Mechanismen wie insbesondere der sogenannte Bystander-Effekt, Verantwortungsdiffusion und Bewertungssorge einen relevanten Einfluss auf das Hilfeverhalten in Notfallsituationen haben. Die Selbstbestimmungstheorie nach RYAN und DECI (vgl. 2000) bot einen sinnvollen Bezugsrahmen zur Erklärung, warum sich manche Beamt*innen für eine sanitätsdienstliche Zusatzausbildung entscheiden. Intrinsische Motivation, Handlungskompetenz und das Bedürfnis nach Wirksamkeit spielten dabei zentrale Rollen.

Die Ergebnisse der quantitativen Umfrage unter steirischen Exekutivbediensteten bestätigen die aufgestellten Hypothesen weitgehend:

- Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung berichteten von signifikant geringeren Hemmschwellen in Notfallsituationen (H1).
- Sie gaben an, deutlich häufiger medizinische Erstmaßnahmen im Einsatz übernommen zu haben (H2).
- Als Hauptmotiv für die absolvierte Zusatzausbildung führten sie insbesondere die Möglichkeit an, in gefährlichen Situationen kompetent helfen zu können (H3).

Diese Befunde unterstreichen die Bedeutung sanitätsdienstlicher Qualifikation im polizeilichen Kontext. Dies nicht nur im Sinne der Erfüllung gesetzlicher Hilfeleistungspflichten, sondern auch als Instrument zur Stärkung individueller Handlungssicherheit und zur potenziellen Erhöhung der Überlebenschancen von Verletzten, insbesondere in taktischen Einsatzlagen.

Zugleich zeigt die Arbeit, dass eine bloße theoretische Schulung nicht ausreicht. Handlungskompetenz entwickelt sich vor allem durch regelmäßige Übung, realitätsnahe Trainings und klare organisatorische Rahmenbedingungen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es sinnvoll wäre, sanitätsdienstliche Ausbildungen und Konzepte wie TECC und TEMS stärker in die polizeiliche Aus- und Fortbildung zu integrieren. Auch die Erste-Hilfe-Schulungen sollten weiter verbessert werden beziehungsweise öfter stattfinden. So können Hemmschwellen bei Polizist*innen ohne Sanitätsausbildung abgebaut und deren Sicherheit im Umgang mit medizinischen Notfällen erhöht werden, ähnlich wie bei jenen, die bereits über eine solche Ausbildung verfügen.

Insgesamt leistet diese Arbeit einen Beitrag zur empirischen Fundierung eines sicherheitsrelevanten Themas, das im Spannungsfeld zwischen Polizeiauftrag,

medizinischer Erstversorgung und psychologischer Reaktionsdynamik steht. Weitere Forschung, etwa durch qualitative Interviews oder Vergleichsstudien in anderen Bundesländern oder Berufsgruppen, könnte helfen, die gefundenen Zusammenhänge weiter zu vertiefen.

11. Literaturverzeichnis

- AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG (2023): Steirische Streifenwägen werden mit Defibrillatoren ausgestattet. – In: News Steiermark; auch online unter: <https://www.news.steiermark.at/cms/beitrag/12918306/29771102/> (21.06.2025).
- BANDURA A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. – In: Psychological Review 84 (2), 191–215; auch online unter: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191> (22.06.2025).
- BRANDSTÄTTER V., SCHÜLER J., PUCA R. M. und LOZO L. (2018): Motivation und Emotion. – Berlin, Heidelberg; auch online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56685-5> (22.06.2025).
- BOHNEN R. (2024): Taktische Verwundetenversorgung im Rahmen polizeilicher Lagen. – In: Neitzel C. und Ladehof K. (Hrsg.): Taktische Medizin: Notfallmedizin und Einsatzmedizin. – Berlin und Heidelberg, 325-326; auch online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63453-0> (22.06.2025).
- BONDARENKO V., OKHRIMENKO I., YEVDOKIMOVA O., SYDORCHUK N., BOICHUK I., KALASHNIK N., KOZLOVETS M., SLYUSAR V., BIRUK N., VERBOVSKYI I. und BLOSHCHYNSKYI I. (o. J.): Professional Skills and Competencies of the Future Police Officers. – In: Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series “Pedagogy and Psychology” 9; auch online unter: <https://doi.org/10.52534/msu-pg.9.2023.107> (22.06.2025).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES (2021): Jede Sekunde zählt. In: Öffentliche Sicherheit, Ausgabe 7–8; 105-160; auch online unter https://www.bmi.gv.at/magazin/2021_07_08/Erste_Hilfe.aspx (12. Juli 2025).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES (2022a): Ausbildungsplan zur Grundausbildung für den Exekutivdienst; online, https://www.polizeikarriere.gv.at/files/BF_Ausbildungsplan-SIAK_062022.pdf (12.07.2025).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES (2022b): Polizeisanitäter – Lebensrettung im Einsatz. – In: Öffentliche Sicherheit, 1–2; 6-10; auch online unter: https://www.bmi.gv.at/magazin/2022_01_02/Polizeisanitaeter.aspx (22.06.2025).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES (2025): Dienststellenverzeichnis Steiermark. – In: Dienststellen; online, <https://www.polizei.gv.at/stmk/lpd/dst/dienststellen.aspx> (12.07.2025).
- BURGHOFER K., KÖHLER M., STOLPE E. und LACKNER C. K. (2008): Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Notfällen: Prospektive Beobachtungsstudie bei Primäreinsätzen des RTH Christoph 1. – In: Notfall + Rettungsmedizin 11, 127–

136; auch online unter: <https://doi.org/10.1007/s10049-007-0985-5> (22.06.2025).

- CALLAWAY D.W., SMITH E.R., CAIN J.S., SHAPIRO G.L., BURNETT W.T., MCKAY S.D. und MABRY R.L. (2011): Tactical Emergency Casualty Care (TECC): Guidelines for the provision of prehospital trauma care in high threat environments. – Journal of Special Operations Medicine 11, 104-122; auch online unter: <https://doi.org/10.55460/8BUM-KREB> (22.06.2025).
- CHAUHAN D.B. und PATTAN A.D. (2022): TO ASSESS KNOWLEDGE AND ATTITUDE REGARDING FIRST AID TRAINING AND MANAGEMENT OF ROAD TRAFFIC ACCIDENTS AMONG POLICE OFFICERS. – In: Journal of Pharmaceutical Negative Results 13 (1), 1124–1127; auch online unter: <https://doi.org/10.47750/pnr.2022.13.S01.136> (22.06.2025).
- DER GRAZER (2023): Über 1400 Interessenten: Graz und die Steiermark sind attraktiv für Polizisten. – In: Grazer (Online-Magazin); auch online unter: <https://grazer.at/story/de/ueber-1400-interessenten-graz-und-die-steiermark-0SBXW0ud/> (22.06.2025).
- DONG X., ZHANG L., YU Y., SHI S., YANG X., ZHANG X., TIAN S., MYKLEBUST H., LI G. und ZHENG Z. (2020): The general public's ability to operate automated external defibrillator: A controlled simulation study. – In: World Journal of Emergency Medicine 11 (4), 238–245; auch online unter: <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2020.04.006> (22.06.2025).
- EMEGHARA, U. (2023): Bystander Effect In Psychology. – In: SimplyPsychology; auch online unter: <https://www.simplypsychology.org/bystander-effect.html> (03.02.2025).
- FISCHER, P., KRUEGER, J.I., GREITEMEYER, T., VOGRINCIC, C., KASTENMÜLLER, A., FREY, D., HEENE, M., WICHER, M. und KAINBACHER, M. (2011): The bystander-effect: A meta-analytic review on bystander intervention in dangerous and non-dangerous emergencies. – In: Psychological Bulletin 137, 517–537.; auch online unter: <https://doi.org/10.1037/a0023304> (12.07.2025)
- GARMS-HOMOLOVÁ V. und SCHAEFFER D. (1987): Die Bedeutung der Laien in der Notfallversorgung. – In: Bundesgesundheitsblatt 30 (1), 5–11; auch online unter: https://www.researchgate.net/profile/Doris-Schaeffer/publication/29871017_Die_Bedeutung_der_Laien_in_der_Notfallversorgung/links/0c960522464217b3a2000000/Die-Bedeutung-der-Laien-in-der-Notfallversorgung.pdf (22.06.2025).
- HALMICH M. (2012): Erste Hilfe durch Laien – ein unverzichtbares Glied in der Rettungskette. – In: SIAK-Journal – Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis 3, 80–82; auch online unter: https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/SIAK-Journal_3-12_S80-87Halmich.pdf (22.06.2025).

- HOSSFELD B., WURMB T., Josse F., KULLA M., BERNHARD M. und HELM M. (2018): Konzept zum prähospitalen Vorgehen bei „bedrohlichen Lagen“. – In: Notfall + Rettungsmedizin 21 (7), 568–575; auch online unter: <https://doi.org/10.1007/s10049-018-0465-0> (22.06.2025).
- KODDEN B. (2020): The Art of Sustainable Performance: A Model for Recruiting, Selection, and Professional Development. – In: SpringerBriefs in Business. Cham; auch online unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46463-9> (22.06.2025).
- KRAMMEL M., LOBMEYR E., SULZGRUBER P., WINNISCH M., WEIDENAUER D., POPPE M., DATLER P., ZEINER S., KEFERBÖCK M., EICHELTHER J., HAMP T., URAY T., SCHNAUBELT S. und NUERNBERGER A. (2020): The impact of a high-quality basic life support police-based first responder system on outcome after out-of-hospital cardiac arrest. – In: *PLoS ONE* 15(6); 1-9; auch online unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233966> (12.07.2025).
- KUSUMANINGRUM B.R., ULYA I. und NINGSIH D.K. (2019): Traffic Accident First Aid Training for police officers: A Safe Community Model in Malang, Indonesia. – In: *Australasian Journal of Paramedicine* 16, 1–6; auch online unter: <https://doi.org/10.33151/ajp.16.728> (22.06.2025).
- LAKENS D. (2013): Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. – In: *Frontiers in Psychology* 4, 1-12; auch online unter: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863> (22.06.2025).
- LICHTENHAHN, A., KRUSE, M., BÜSING, J., VOGEL, M. und KONRAD, C. (2019). Analyse eines First-responder-Systems zur notfallmedizinischen Versorgung im ländlichen Raum: erste Ergebnisse und Erfahrungen. – In: *Anaesthesist* 68, 618–625.
- LINDBERG O. und RANTATALO O. (2015): Competence in professional practice: A practice theory analysis of police and doctors. – In: *Human Relations* 68, 561–582; auch online unter: <https://doi.org/10.1177/0018726714532666> (22.06.2025).
- MARTENS J. (2003²): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Reprint 2014. – München: De Gruyter Oldenbourg (Managementwissen für Studium und Praxis); auch online unter: <https://doi.org/10.1515/9783486815085> (22.06.2025).
- NDILE M.L., LUKUMAY G.G., BOLENIUS K., OUTWATER A.H., SAVEMAN B.-I. und BACKTEMAN-ERLANSO S. (2020): Impact of a postcrash first aid educational program on knowledge, perceived skills confidence, and skills utilization among traffic police officers: a single-arm before-after intervention study. – In: *BMC*

Emergency Medicine 20, 1-9; auch online unter: <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00317-y> (22.06.2025).

OLIVER E., PARTRIDGE M.R., CANDY B., JONES A. und SMITH L. (2014): Can first aid training encourage individuals' propensity to act in an emergency situation? A pilot study. – In: Emergency Medicine Journal 31, 518–520; auch online unter: <https://doi.org/10.1136/emered-2012-202191> (22.06.2025).

ROELECKE C. und VOLLER B. (2018²): Erste Hilfe im Polizei-Einsatz. Maßnahmen nach C-ABCDE-Schema. Ein Handbuch für Polizei, Bundespolizei, Zoll und Sicherheitsdienste. – Edewecht.

ROGERS F.B., RITTENHOUSE K.J. und GROSS B.W. (2015): The golden hour in trauma: dogma or medical folklore? – In: Injury 46, 525–527; auch online unter: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.08.043> (22.06.2025).

ROTHSCHILD H.R. und MATHIESON K. (2018): Effects of Tactical Emergency Casualty Care Training for Law Enforcement Officers. – In: Prehospital and Disaster Medicine 33, 495–500; auch online unter: <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000730> (22.06.2025).

ROTTER E. (1883⁶): Die Behandlung Verunglückter bis zur Ankunft des Arztes. Anweisung für Heilgehilfen, Polizei- u. Gemeindebedienstete, Schutz- und Feuerwehrmannschaften, überhaupt für diejenigen, welche die erste Hilfe bei Verunglückten leisten. – Nürnberg; auch online unter: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11583366> (22.06.2025).

RYAN, R. M. und DECI, E. L. (2000): Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. – American Psychologist 55 (1), 68–78; auch online unter: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68> (22.06.2025).

SCHNAUBELT S., MONSIEURS K.G., FIJAČKO N., VEIGL C., AL-HILALI Z., ATIQ H., BIGHAM B.L., EASTWOOD K., KO Y-C., MATSUYAMA T., ATHIENO ODAKHA J., OLAUSSEN A. und GREIF R. (2024): International facets of the «chain of survival» for out-of-hospital and in-hospital cardiac arrest: a scoping review. – In: Resuscitation Plus 19, Article 100689, 1–7; auch online unter: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100689> (22.06.2025).

SCHWIND, H.D. (2009): Besondere Probleme der Kriminologie. Das (non-helping-)Bystander-Phänomen: Nichteingreifen bei Gewaltstraftaten. – In: SCHNEIDER H.J (Hrsg.): Besondere Probleme der Kriminologie. – Berlin und New York, 773-778.

SEPAHVAND M.J., NOUROZI K., KHANKEH H., MOHAMMADI-SHAHBOULAGHI F. und FALLAHI-KHOSHKNAB M. (2023): Fears and Concerns of Bystanders to Help People Injured in Traffic Accidents: A Qualitative Descriptive Study. – In: Emergency Medicine International 2023, 1–9; auch online unter: <https://doi.org/10.1155/2023/1862802> (22.06.2025).

SICHERHEITSPOLIZEIGESETZ (SPG), BGBl. Nr. 566/1991 idgF, § 19; auch online unter: <https://www.ris.bka.gv.at> (29.05.2025).

STRAFGESETZBUCH (StGB), BGBl. Nr. 60/1974 idgF, §§ 94,95, Stand: 29.05.2025; auch online unter: <https://www.ris.bka.gv.at> (29.05.2025).

STRAßENVERKEHRSORDNUNG 1960 (StVO), BGBl. Nr. 159/1960 idgF, § 4 Abs. 5; auch online unter: <https://www.ris.bka.gv.at> (29.05.2025).

URSCHLER D.F. (2015): Menschen brauchen Hilfe, andere schauen nur zu? Der Bystander-Effekt. – In: Blick in die Wissenschaft 24 (31), 18–20; auch online unter: <https://doi.org/10.5283/bidw.v.24i31.34> (22.06.2025).

WALLIN K., HOLMBERG M., ANDERSSON H., KRONKVIST O. und SVENSSON A. (2022): The Emergency Care Competence Needed for Police Patrol Officers According to the Experts – a National Swedish Delphi Study. – In: Nordic Journal of Studies in Policing 9 (1), 1–15; auch online unter <https://doi.org/10.18261/njsp.9.1.5> (12.07.2025).

12. Zusammenfassung

Diese Masterarbeit untersucht, ob und inwiefern eine sanitätsdienstliche Zusatzqualifikation das Hilfeverhalten von Polizist*innen in medizinischen Notfallsituationen beeinflusst. Insbesondere wird analysiert, ob psychologische Hemmschwellen, wie sie durch den sogenannten Bystander-Effekt beschrieben werden, durch erweiterte medizinische Ausbildung gesenkt werden können. Die Arbeit stützt sich auf einen theoretischen Rahmen, der sozialpsychologische Konzepte wie Verantwortungsdiffusion und Bewertungssorge mit der Selbstbestimmungstheorie kombiniert.

Die empirische Grundlage bildet eine quantitative Online-Befragung unter 407 Exekutivbediensteten der Landespolizeidirektion Steiermark. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen Polizist*innen mit und ohne sanitätsdienstliche Ausbildung. Erstere berichten von geringeren Hemmschwellen, häufigerem aktiven Eingreifen und einer stärkeren inneren Motivation zur Hilfeleistung. Darüber hinaus wird deutlich, dass sanitätsdienstlich ausgebildete Kräfte in taktischen Einsatzlagen als wirksame Ersthelfende fungieren können, insbesondere dann, wenn reguläre Rettungsdienste aufgrund der Gefahrenlage nicht sofort tätig werden können.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Einbindung polizeispezifischer sanitätsdienstlicher Schulungen wie TECC und TEMS in die Fortbildung von Polizeibediensteten sowohl die Handlungssicherheit als auch die Qualität der Versorgung in Notlagen verbessern kann. Die Arbeit leistet damit einen Beitrag zur sicherheitswissenschaftlichen Diskussion über fachübergreifende Qualifikationen im Polizeidienst.

13. Abstract

This master's thesis examines whether and to what extent additional medical training influences the helping behavior of police officers in medical emergencies. In particular, it analyzes whether psychological barriers, as described by the so-called bystander effect, can be reduced through advanced medical education. The theoretical framework combines social psychological concepts such as diffusion of responsibility and evaluation apprehension with self-determination theory.

The empirical basis is a quantitative online survey of 407 police officers from the regional police directorate of Styria. The results show clear differences between officers with and without medical training. Those with additional qualifications report lower psychological barriers, more frequent active intervention, and a stronger intrinsic motivation to provide help. Moreover, the findings suggest that medically trained police officers can act as effective first responders, especially in tactical operations where regular emergency services cannot intervene immediately due to ongoing danger.

The results indicate that integrating police-specific medical training programs such as TECC and TEMS into officer education can improve both confidence in taking action and the quality of care in critical situations. This thesis contributes to the broader safety science discourse on interdisciplinary qualification profiles in policing.

14. Anhang

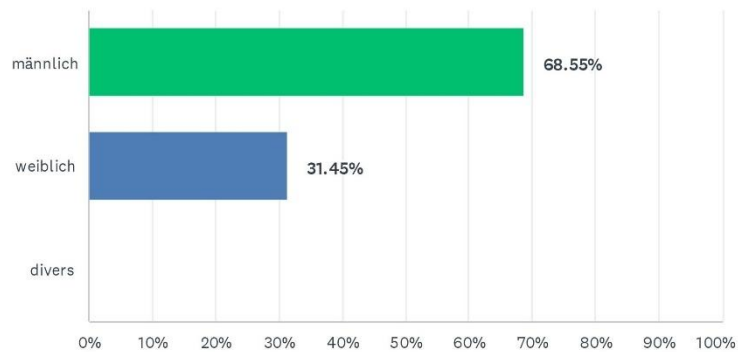
Ergebnisse der Umfrage

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F1 Sie sind...

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



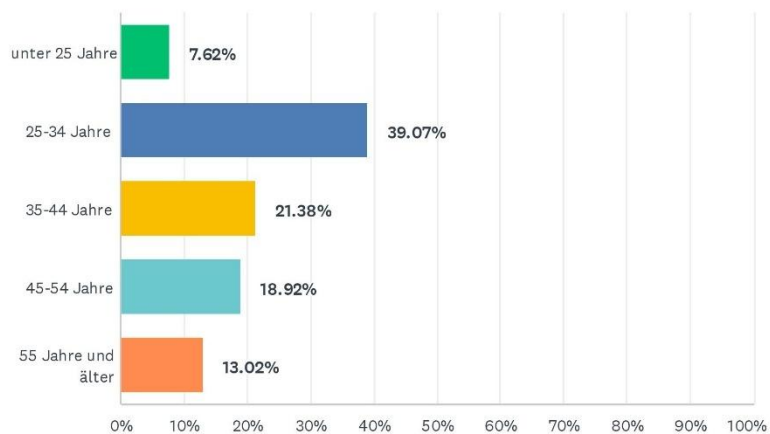
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN
männlich	68.55% 279
weiblich	31.45% 128
divers	0.00% 0
GESAMT	407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F2 Wie alt sind Sie?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



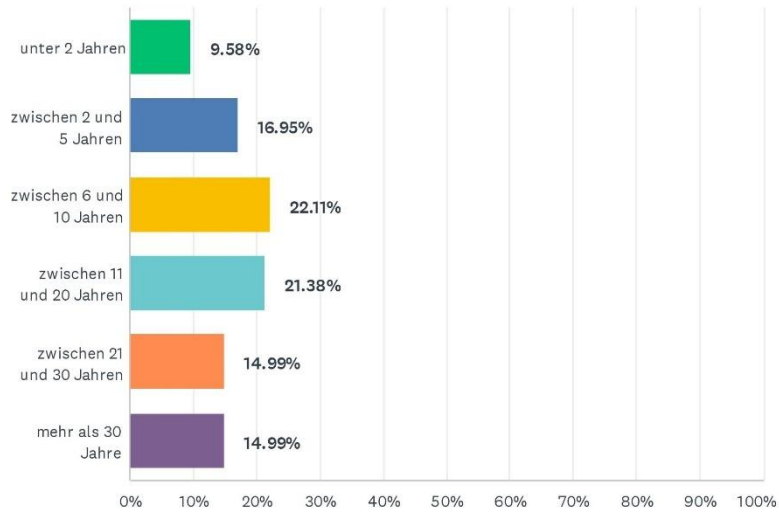
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
unter 25 Jahre	7.62%	31
25-34 Jahre	39.07%	159
35-44 Jahre	21.38%	87
45-54 Jahre	18.92%	77
55 Jahre und älter	13.02%	53
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F3 Wie lange sind Sie schon im polizeilichen Außendienst?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



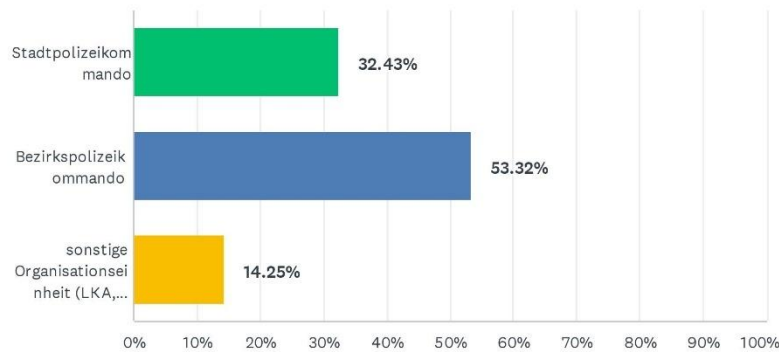
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
unter 2 Jahren	9.58%	39
zwischen 2 und 5 Jahren	16.95%	69
zwischen 6 und 10 Jahren	22.11%	90
zwischen 11 und 20 Jahren	21.38%	87
zwischen 21 und 30 Jahren	14.99%	61
mehr als 30 Jahre	14.99%	61
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F4 Sind Sie einem Stadtpolizeikommando, einem Bezirkspolizeikommando oder einer sonstigen Organisationseinheit zugeordnet?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



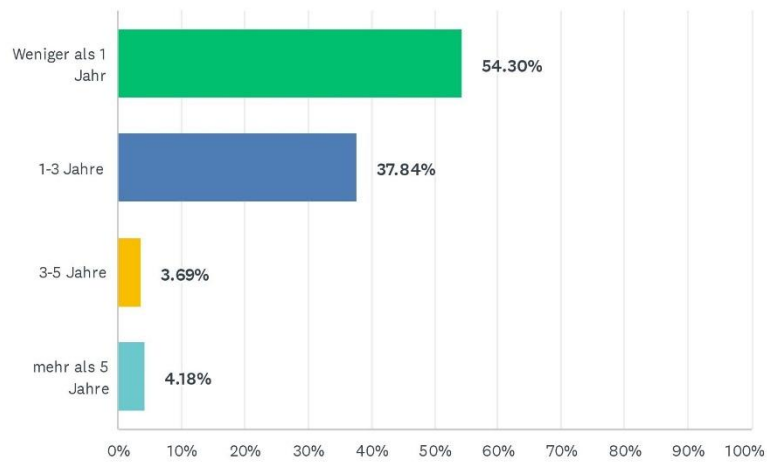
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Stadtpolizeikommando	32.43%	132
Bezirkspolizeikommando	53.32%	217
sonstige Organisationseinheit (LKA, SRK, FGA, EA...)	14.25%	58
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F5 Wie lange ist Ihre letzte Erste-Hilfe-Schulung her?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



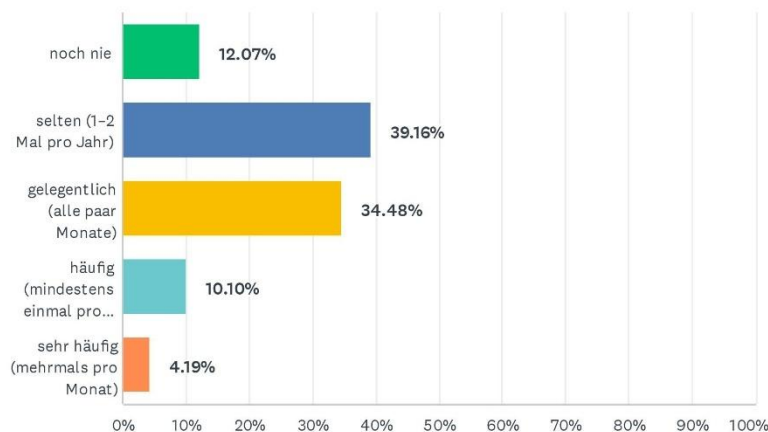
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Weniger als 1 Jahr	54.30%	221
1-3 Jahre	37.84%	154
3-5 Jahre	3.69%	15
mehr als 5 Jahre	4.18%	17
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F6 Wie häufig führen Sie in Ihrem polizeilichen Dienst Erste-Hilfe-Maßnahmen bei verletzten Personen durch?

Beantwortet: 406 Übersprungen: 1



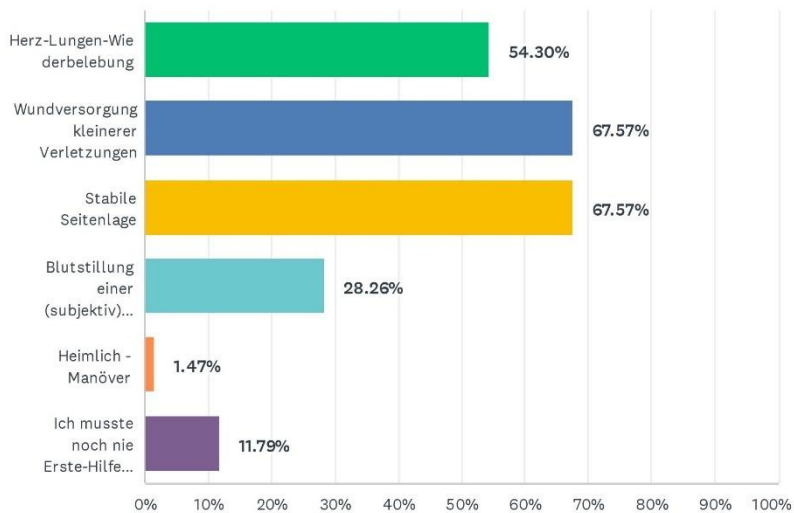
ANTWORTOPTIONEN			BEANTWORTUNGEN	
noch nie (1)			12.07%	49
selten (1–2 Mal pro Jahr) (2)			39.16%	159
gelegentlich (alle paar Monate) (3)			34.48%	140
häufig (mindestens einmal pro Monat) (4)			10.10%	41
sehr häufig (mehrmals pro Monat) (5)			4.19%	17
GESAMT				406
BASISSTATISTIKEN				
Mindestwert 1.00	Höchstwert 5.00	Median 2.00	Mittelwert 2.55	Standardabweichung 0.97

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F7 Welche der folgenden Erste-Hilfe-Maßnahmen haben Sie im Dienst schon einmal durchgeführt? (Mehrfachauswahl möglich)

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



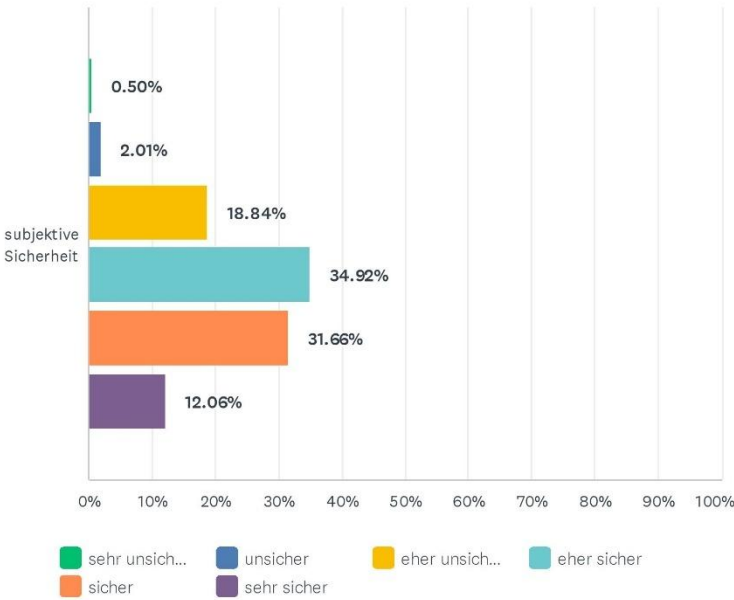
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Herz-Lungen-Wiederbelebung	54.30%	221
Wundversorgung kleinerer Verletzungen	67.57%	275
Stabile Seitenlage	67.57%	275
Blutstillung einer (subjektiv) starken Blutung	28.26%	115
Heimlich - Manöver	1.47%	6
Ich musste noch nie Erste-Hilfe leisten	11.79%	48
Befragte insgesamt: 407		

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F8 Wie sicher fühlen Sie sich in der Anwendung von Erste-Hilfe-Maßnahmen?

Beantwortet: 398 Übersprungen: 9



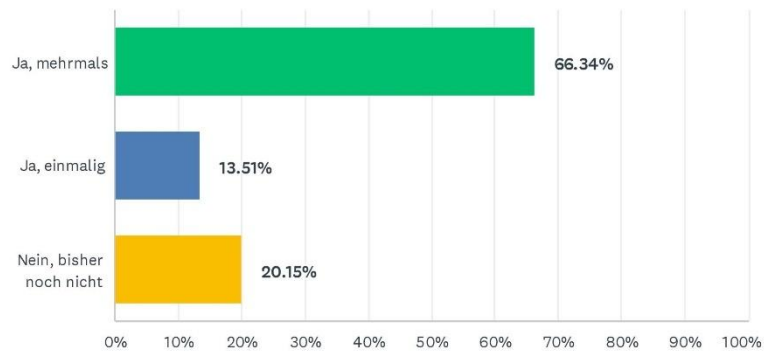
	SEHR UNSICHER	UNSICHER	EHER UNSICHER	EHER SICHER	SICHER	SEHR SICHER	INSGESAMT	GEWICHTETER MITTELWERT
subjektive Sicherheit	0.50% 2	2.01% 8	18.84% 75	34.92% 139	31.66% 126	12.06% 48	398	4.31

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

**F9 Waren Sie dienstlich bereits bei einer Gewalttat oder einem Unfall mit
mind. einer schwer verletzten oder verstorbenen Person als
Ersteinschreiter (vor dem Rettungsdienst) vor Ort?**

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



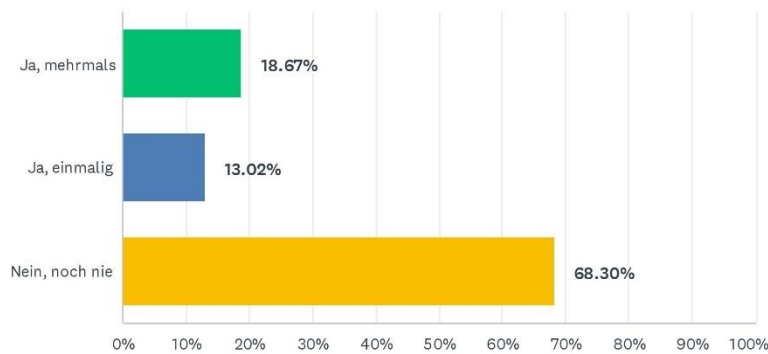
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN
Ja, mehrmals	66.34% 270
Ja, einmalig	13.51% 55
Nein, bisher noch nicht	20.15% 82
GESAMT	407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F10 Waren Sie bereits als Ersteinschreiter bei einem Einsatz vor Ort, bei dem eine verletzte Person Erste Hilfe benötigte, die Lage jedoch noch gefährlich war, weil sich ein oder mehrere Täter noch in der Nähe oder am Einsatzort befanden?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



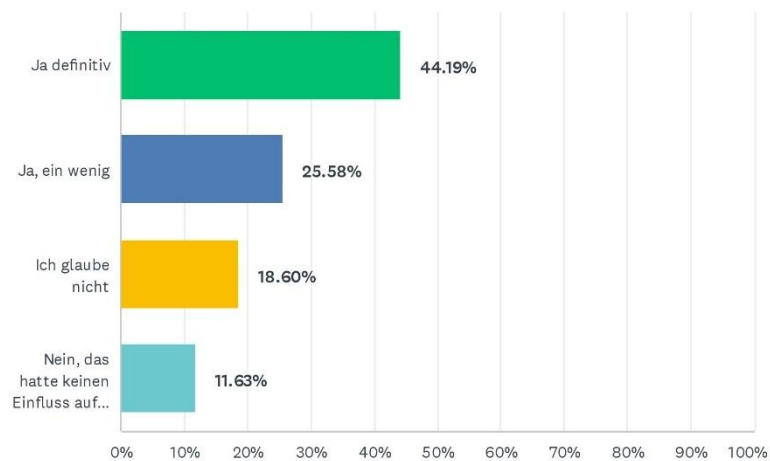
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, mehrmals	18.67%	76
Ja, einmalig	13.02%	53
Nein, noch nie	68.30%	278
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F11 Hat die Gefahrensituation Ihre Entscheidung zur Erste-Hilfe-Leistung beeinflusst?

Beantwortet: 129 Übersprungen: 278



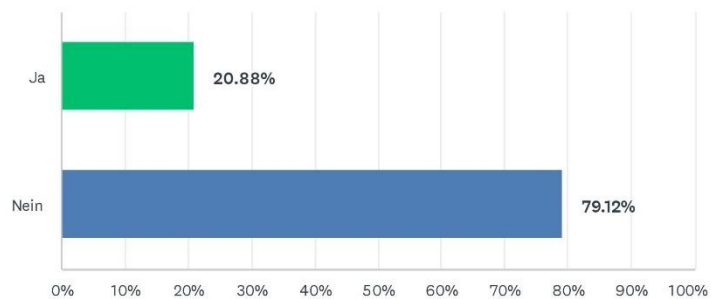
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja definitiv	44.19%	57
Ja, ein wenig	25.58%	33
Ich glaube nicht	18.60%	24
Nein, das hatte keinen Einfluss auf meine Entscheidung	11.63%	15
GESAMT		129

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F12 Haben Sie jemals eine Sanitätsausbildung gemäß Sanitättergesetz absolviert?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



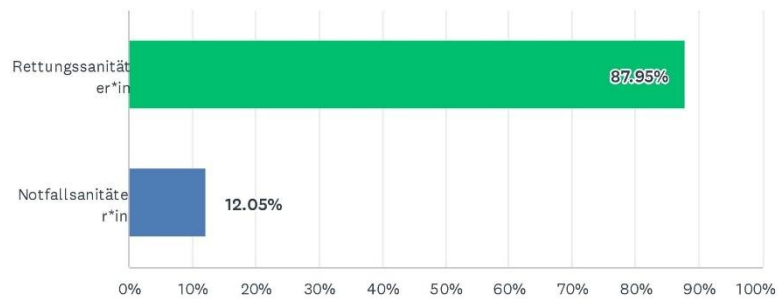
ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
Ja	20.88%	85
Nein	79.12%	322
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F13 Was ist Ihre höchste abgeschlossene sanitätsdienstliche Ausbildung?

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



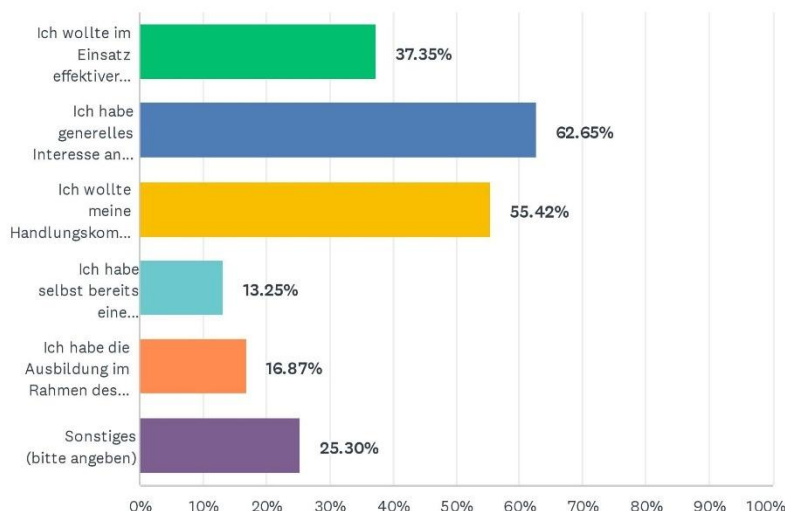
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Rettungssanitäter*in	87.95%	73
Notfallsanitäter*in	12.05%	10
GESAMT		83

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F14 Warum haben Sie sich für eine sanitätsdienstliche Ausbildung entschieden? (Mehrfachantworten möglich)

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ich wollte im Einsatz effektiver helfen können	37.35%	31
Ich habe generelles Interesse an Medizin und Erster Hilfe	62.65%	52
Ich wollte meine Handlungskompetenz und Selbstsicherheit in Notfällen steigern	55.42%	46
Ich habe selbst bereits eine Notsituation erlebt, in der ich mich hilflos fühlte	13.25%	11
Ich habe die Ausbildung im Rahmen des Präsenzdienstes absolviert, mich danach aber nicht weiter damit beschäftigt	16.87%	14
Sonstiges (bitte angeben)	25.30%	21
Befragte insgesamt: 83		

#	SONSTIGES (BITTE ANGEBEN)	DATE
1	Wollte mich aktiv im Rettungsdienst einbringen.	4/30/2025 5:56 PM
2	wird beruflich benötigt	4/30/2025 5:29 PM
3	langjähriger ehrenamtlicher MA des RK	4/21/2025 11:52 AM
4	Durch die Feuerwehr zum ÖRK gekommen und 4 Jahre als RS gefahren.	4/14/2025 6:04 PM
5	Beruflicher Bedarf	4/14/2025 7:54 AM
6	Zivildienst und Freiwilliger Dienst beim ÖRK	4/13/2025 4:08 PM

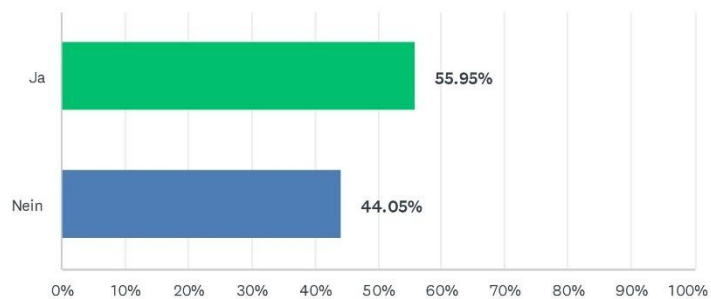
Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe		SurveyMonkey
7	Ich habe die Ausbildung im Rahmen des Bundesheeres absolviert, mich danach aber nicht weiter damit beschäftigt.	4/12/2025 12:08 PM
8	Ich wollte die Ausbildung privat nutzen.	4/11/2025 8:54 AM
9	RS- Ausbildung im Rahmen des ZVD, dzt. ehrenamtlich in Ausbildung zum NFS-NKV	4/9/2025 6:54 AM
10	Ich war lange Zeit beim RK	4/8/2025 7:16 PM
11	Ich wollte Menschen helfen und was Sinnvolles tun	4/8/2025 6:32 PM
12	Ich habe mich dazu entschlossen, als freiwilliger dem ÖRK beizutreten	4/8/2025 8:06 AM
13	war dienstlich erforderlich	4/7/2025 8:34 PM
14	Bin seit 40 Jahren ehrenamtlicher Helfer bim ÖRK	4/7/2025 7:45 PM
15	Beruflicher Sanitäter	4/7/2025 5:14 PM
16	Dienstwohnung beim ÖRK	4/7/2025 1:51 PM
17	Bereits durch die Rotkreuz Jugend zur Rettung gekommen	4/7/2025 12:43 PM
18	Aktive Rettungssanitäterin beim ÖRK Hartberg	4/7/2025 11:46 AM
19	Sanitäter EKO	4/7/2025 9:42 AM
20	kA	4/6/2025 6:42 PM
21	Freunde haben begeistert vom Rettungsdienst erzählt	4/6/2025 5:37 PM

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F15 Sind sie zur Zeit bei einer Rettungsorganisation im Rettungsdienst aktiv?

Beantwortet: 84 Übersprungen: 323



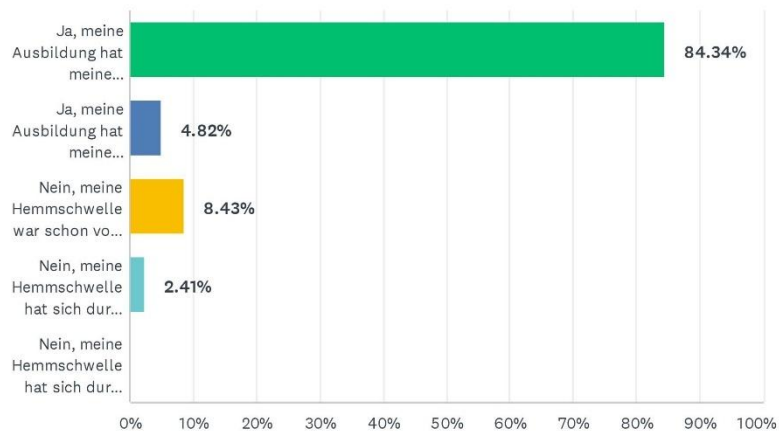
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	55.95%	47
Nein	44.05%	37
GESAMT		84

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F16 Glauben Sie, dass Ihre sanitätsdienstliche Ausbildung Ihre Hemmschwelle zur Leistung von Erster Hilfe beeinflusst hat?

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



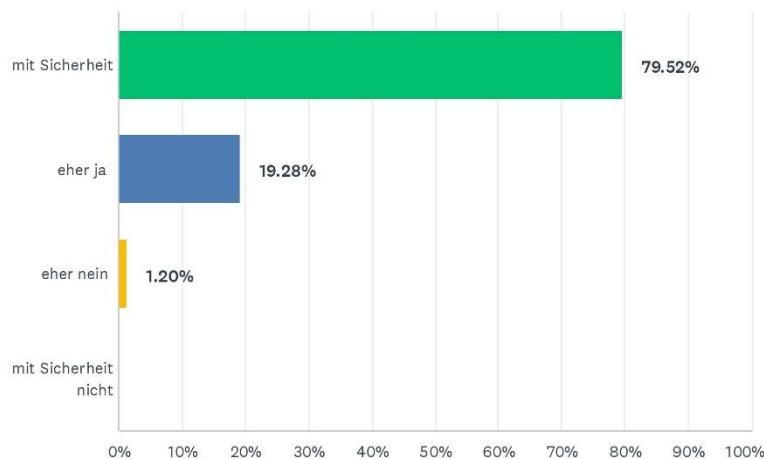
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, meine Ausbildung hat meine Hemmschwelle deutlich gesenkt	84.34%	70
Ja, meine Ausbildung hat meine Hemmschwelle leicht gesenkt	4.82%	4
Nein, meine Hemmschwelle war schon vor der Ausbildung gering	8.43%	7
Nein, meine Hemmschwelle hat sich durch die Ausbildung nicht verändert	2.41%	2
Nein, meine Hemmschwelle hat sich durch die Ausbildung eher erhöht	0.00%	0
GESAMT		83

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

**F17 Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen Ihre sanitätsdienstliche Ausbildung
einen Vorteil gegenüber Kolleg*innen ohne eine solche Ausbildung im
Hinblick auf die Durchführung von Erste-Hilfe-Maßnahmen bei schwer
verletzten Gewalt- oder Unfallopfern verschafft?**

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



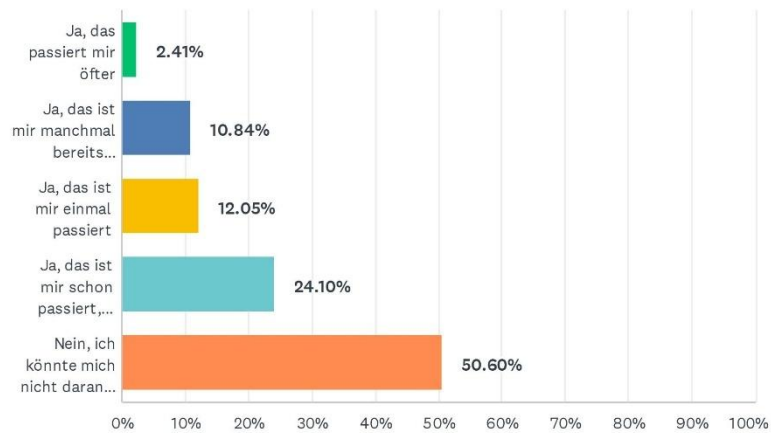
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
mit Sicherheit	79.52%	66
eher ja	19.28%	16
eher nein	1.20%	1
mit Sicherheit nicht	0.00%	0
GESAMT		83

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F18 Haben Sie sich schon einmal so stark auf die Versorgung eines Verletzten konzentriert, dass Ihre polizeilichen Aufgaben in den Hintergrund traten?

Beantwortet: 83 Übersprungen: 324



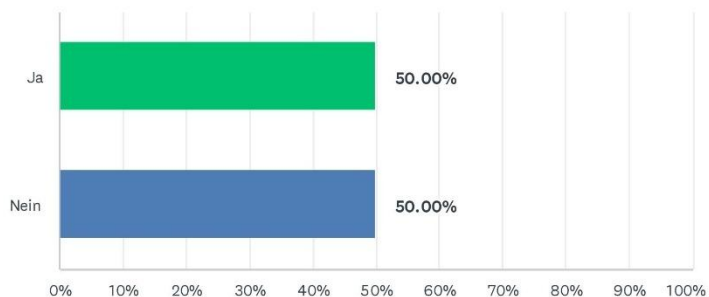
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, das passiert mir öfter	2.41%	2
Ja, das ist mir manchmal bereits passiert	10.84%	9
Ja, das ist mir einmal passiert	12.05%	10
Ja, das ist mir schon passiert, jedoch waren meine polizeilichen Aufgaben bereits erledigt	24.10%	20
Nein, ich könnte mich nicht daran erinnern	50.60%	42
GESAMT		83

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F19 Sind Sie aktuell als Polizei- oder Einsatzsanitäter beim Polizeiärztlichen Dienst Steiermark registriert?

Beantwortet: 84 Übersprungen: 323



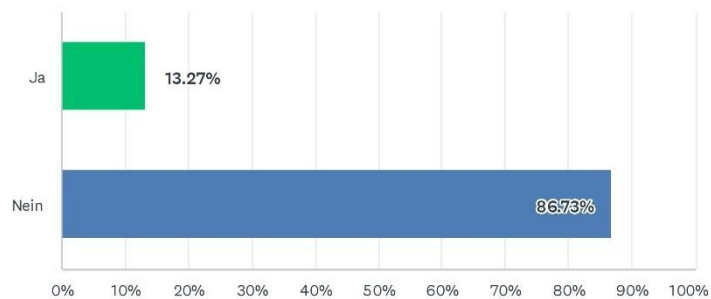
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	50.00%	42
Nein	50.00%	42
GESAMT		84

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

**F20 Haben Sie schon einmal innerlich gezögert, Erste Hilfe zu leisten,
obwohl ihr Eingreifen notwendig war?**

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



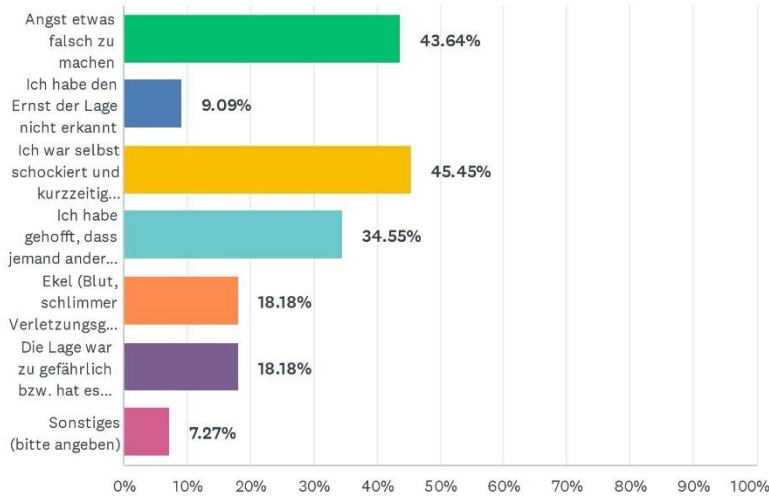
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	13.27%	54
Nein	86.73%	353
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F21 Was waren die Gründe für Ihr Zögern?

Beantwortet: 55 Übersprungen: 352



ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN	
Angst etwas falsch zu machen		43.64%	24
Ich habe den Ernst der Lage nicht erkannt		9.09%	5
Ich war selbst schockiert und kurzzeitig überfordert		45.45%	25
Ich habe gehofft, dass jemand anderer zuerst zugreift		34.55%	19
Ekel (Blut, schlimmer Verletzungsgrad, Zustand der verletzten Person)		18.18%	10
Die Lage war zu gefährlich bzw. hat es nicht erlaubt zu helfen		18.18%	10
Sonstiges (bitte angeben)		7.27%	4
Befragte insgesamt: 55			

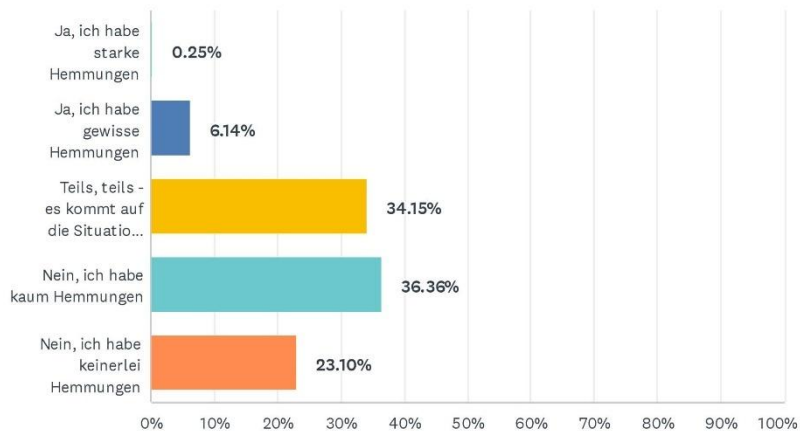
#	SONSTIGES (BITTE ANGEBEN)	DATE
1	Infektionskrankheiten	4/14/2025 9:15 AM
2	Überlegung, ob es verletzte Person es aufgrund ihrer vorangegangenen Handlungen und Taten verdient hat, dass ihr geholfen wird	4/13/2025 4:09 PM
3	Bystander Effekt - erst als ein Kollege von etwa 12 eingesetzten Kräften sich ein Herz gefasst hat und den "Fensterspringer" begann zu reanimieren, fingen alle an, zu helfen. Tatsächlich fühlte sich das ganze wie eine Ewigkeit an. Vermutlich handelte es sich nur um nicht einmal eine Minute. Trotzdem war in diesem Moment die Hemmschwelle zu hoch	4/7/2025 8:45 AM
4	Hatte keine Erste Hilfe Ausbildung	4/6/2025 5:38 PM

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F22 Haben Sie generell Hemmungen, Erste Hilfe bei einer schwerverletzten Person zu leisten?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



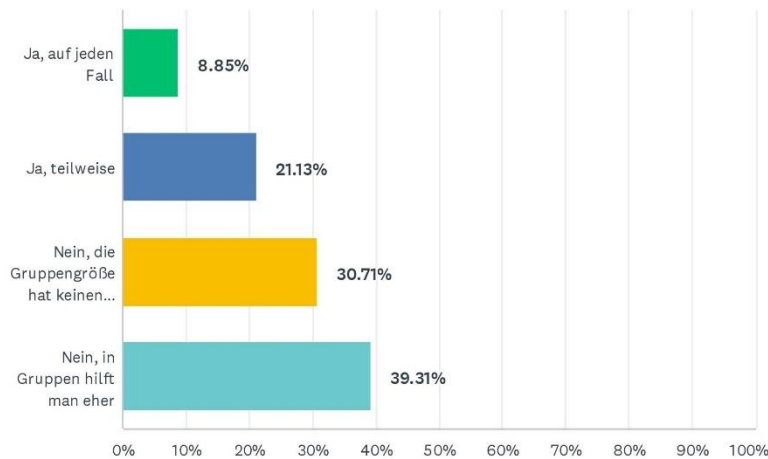
ANTWORTOPTIONEN				BEANTWORTUNGEN	
Ja, ich habe starke Hemmungen (1)				0.25%	1
Ja, ich habe gewisse Hemmungen (2)				6.14%	25
Teils, teils - es kommt auf die Situation an (3)				34.15%	139
Nein, ich habe kaum Hemmungen (4)				36.36%	148
Nein, ich habe keinerlei Hemmungen (5)				23.10%	94
GESAMT					407
BASISSTATISTIKEN					
Mindestwert 1.00	Höchstwert 5.00	Median 4.00	Mittelwert 3.76	Standardabweichung 0.88	

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F23 Glauben Sie, dass in einer größeren Gruppe (mehrere Polizist*innen vor Ort) die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass einer von ihnen aktiv Erste Hilfe leistet?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN	
Ja, auf jeden Fall (1)		8.85%	36
Ja, teilweise (2)		21.13%	86
Nein, die Gruppengröße hat keinen Einfluss (3)		30.71%	125
Nein, in Gruppen hilft man eher (4)		39.31%	160
GESAMT			407

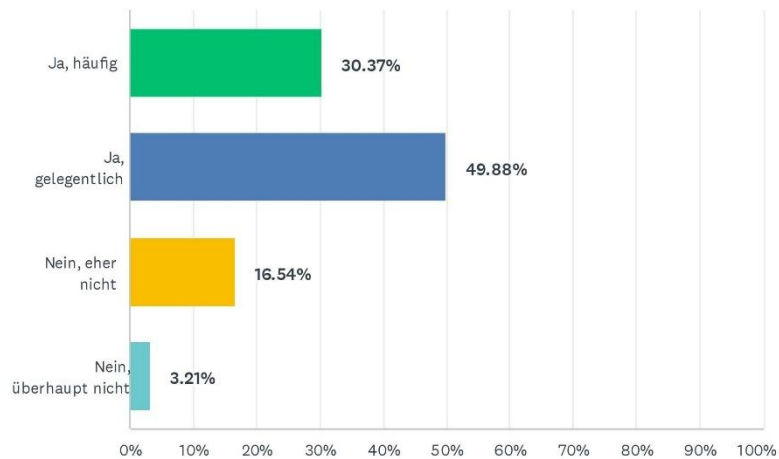
BASISSTATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1.00	4.00	3.00	3.00	0.98

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

**F24 Glauben Sie, dass Polizist*innen bei medizinischen Notfällen
unbewusst darauf vertrauen, dass der Rettungsdienst das Problem lösen
wird?**

Beantwortet: 405 Übersprungen: 2



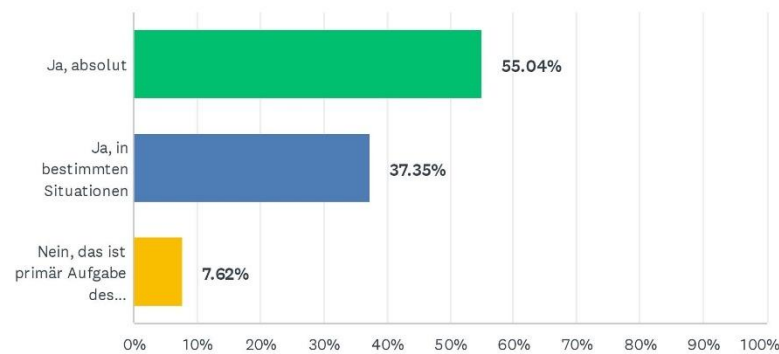
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, häufig	30.37%	123
Ja, gelegentlich	49.88%	202
Nein, eher nicht	16.54%	67
Nein, überhaupt nicht	3.21%	13
GESAMT		405

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F25 Sehen Sie Erste Hilfe als festen Bestandteil Ihrer polizeilichen Verantwortung?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



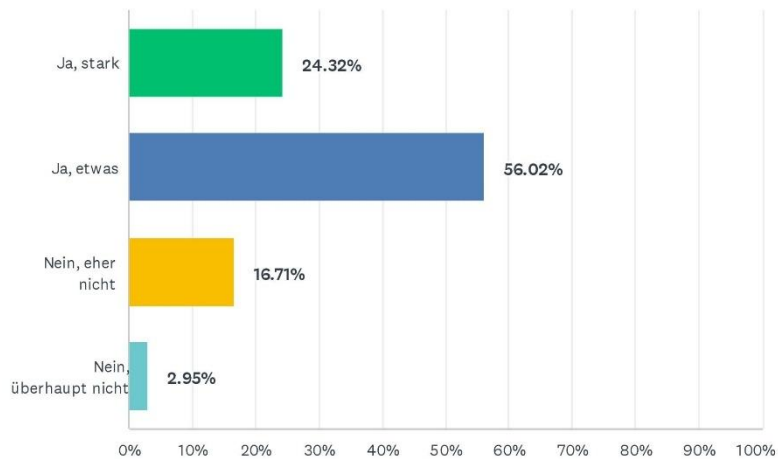
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, absolut	55.04%	224
Ja, in bestimmten Situationen	37.35%	152
Nein, das ist primär Aufgabe des Rettungsdienstes	7.62%	31
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F26 Glauben Sie, dass der Stress einer gefährlichen Lage (z.B. laufende Bedrohung, chaotische, eventuell gefährliche Umgebung) Ihre innerliche Entscheidung zur Hilfeleistung beeinflusst?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



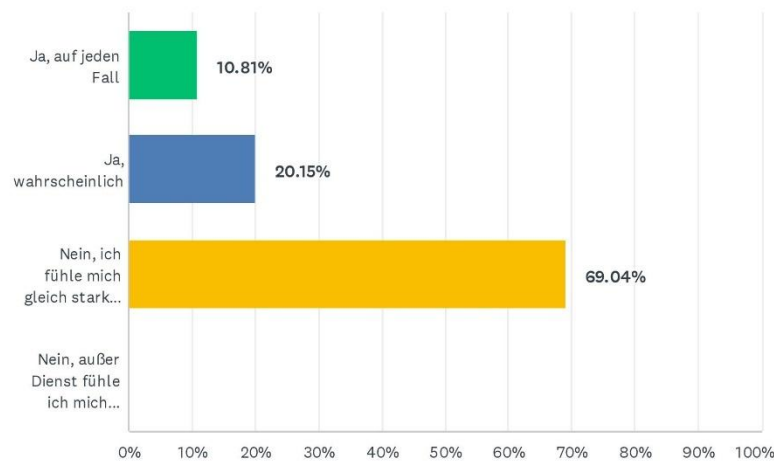
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, stark	24.32%	99
Ja, etwas	56.02%	228
Nein, eher nicht	16.71%	68
Nein, überhaupt nicht	2.95%	12
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F27 Sehen Sie sich im Dienst eher verpflichtet, Erste Hilfe zu leisten als außer Dienst?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



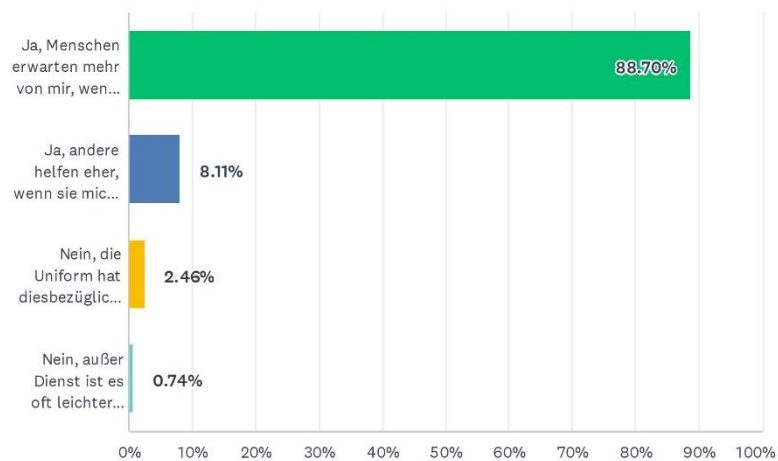
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, auf jeden Fall	10.81%	44
Ja, wahrscheinlich	20.15%	82
Nein, ich fühle mich gleich stark verpflichtet	69.04%	281
Nein, außer Dienst fühle ich mich stärker verpflichtet	0.00%	0
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F28 Glauben Sie, dass das Tragen einer Uniform das Verhalten anderer beeinflusst, wenn es um Erste Hilfe geht?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



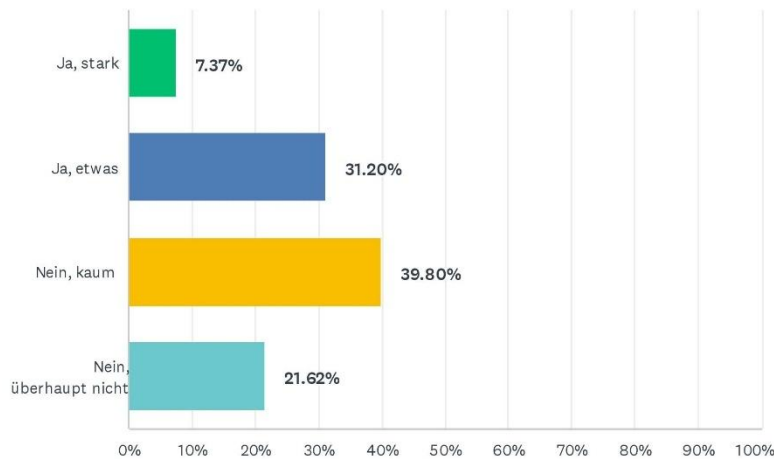
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, Menschen erwarten mehr von mir, wenn ich eine Uniform trage	88.70%	361
Ja, andere helfen eher, wenn sie mich als Autoritätsperson sehen	8.11%	33
Nein, die Uniform hat diesbezüglich keinen Einfluss auf das Verhalten anderer	2.46%	10
Nein, außer Dienst ist es oft leichter, weil ich nicht als Polizist*in wahrgenommen werde	0.74%	3
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F29 Würden Sie sagen, dass Ihre eigene Entscheidung zur Hilfeleistung von der Umgebung (z. B. viele Zuschauer, öffentliche Aufmerksamkeit) beeinflusst wird?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



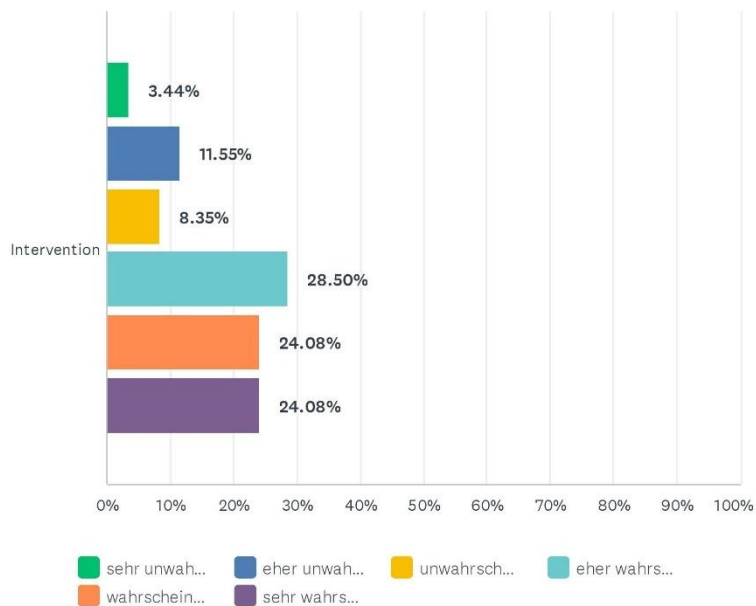
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, stark	7.37%	30
Ja, etwas	31.20%	127
Nein, kaum	39.80%	162
Nein, überhaupt nicht	21.62%	88
GESAMT		407

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F30 Sie sind mit mehreren Kolleg*innen auf Streife, als eine Schlägerei eskaliert. Eine Person liegt bewusstlos am Boden, während sich andere Beteiligte noch streiten. Niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation unmittelbar Erste Hilfe leisten würden?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



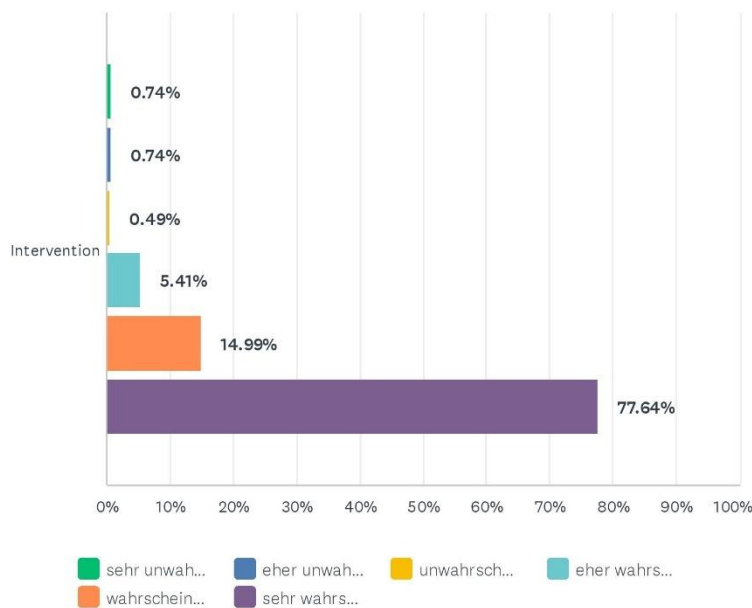
	SEHR UNWAHRSCHEINLICH (1)	EHER UNWAHRSCHEINLICH (2)	UNWAHRSCHEINLICH (3)	EHER WAHRSCHEINLICH (4)	WAHRSCHEINLICH (5)
Intervention	3.44% 14	11.55% 47	8.35% 34	28.50% 116	24.08% 98
BASISSTATISTIKEN					
Mindestwert	1.00	Höchstwert	6.00	Median	4.00
				Mittelwert	4.30
				Standardabweichung	1.40

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F31 Während Ihrer Streifentätigkeit kommen Sie als Erste*r zu einem schweren Verkehrsunfall. Ein Motorradfahrer liegt bewusstlos auf der Straße, sein Helm ist beschädigt, und er zeigt keine Reaktion auf Zurufe. Der Rettungsdienst wurde bereits alarmiert, wird aber voraussichtlich erst in 10 Minuten eintreffen. Ihre Kollegin/Ihr Kollege zeigt Unsicherheit, ob Erste Hilfe notwendig ist oder ob man besser auf den Rettungsdienst wartet. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



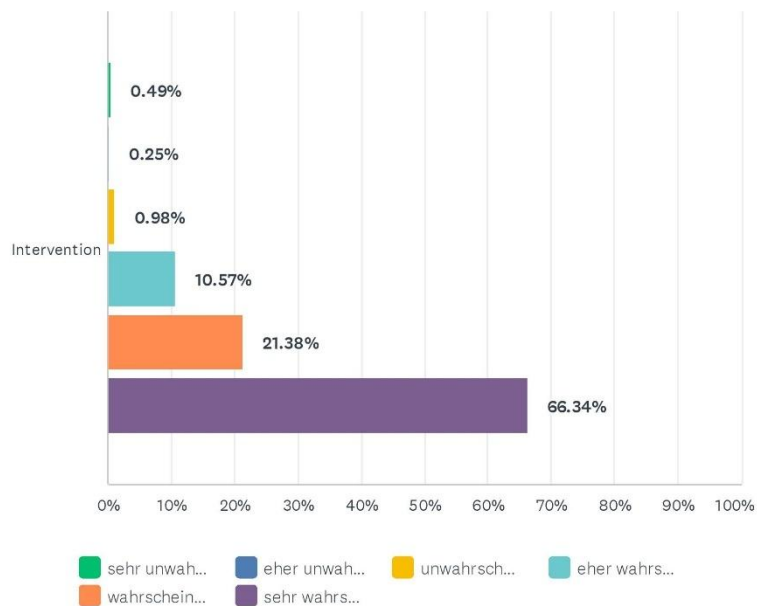
	SEHR UNWAHRSCHEINLICH	EHER UNWAHRSCHEINLICH	UNWAHRSCHEINLICH	EHER WAHRSCHEINLICH	WAHRSCHEINLICH
Intervention	0.74% 3	0.74% 3	0.49% 2	5.41% 22	14.99% 6

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F32 Sie befinden sich mit weiteren Kolleg*innen auf einem Demonstrationseinsatz. Plötzlich kollabiert eine Person in der Menschenmenge. Mehrere Passantinnen filmen den Vorfall mit ihren Handys, doch niemand leistet Erste Hilfe. Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in dieser Situation aktiv Erste Hilfe leisten?

Beantwortet: 407 Übersprungen: 0



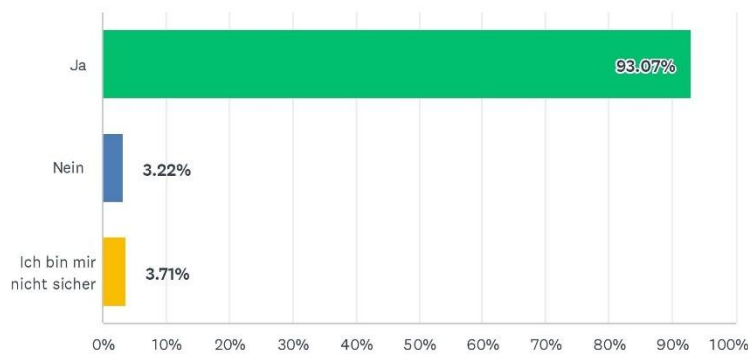
	SEHR UNWAHRSCHEINLICH	EHER UNWAHRSCHEINLICH	UNWAHRSCHEINLICH	EHER WAHRSCHEINLICH	WAHRSCHEINLICH
Intervention	0.49% 2	0.25% 1	0.98% 4	10.57% 43	21.38% 8

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F33 Glauben Sie, dass eine sanitätsdienstliche Ausbildung das Verhalten von Polizist*innen in Erste-Hilfe-Situationen beeinflusst?

Beantwortet: 404 Übersprungen: 3



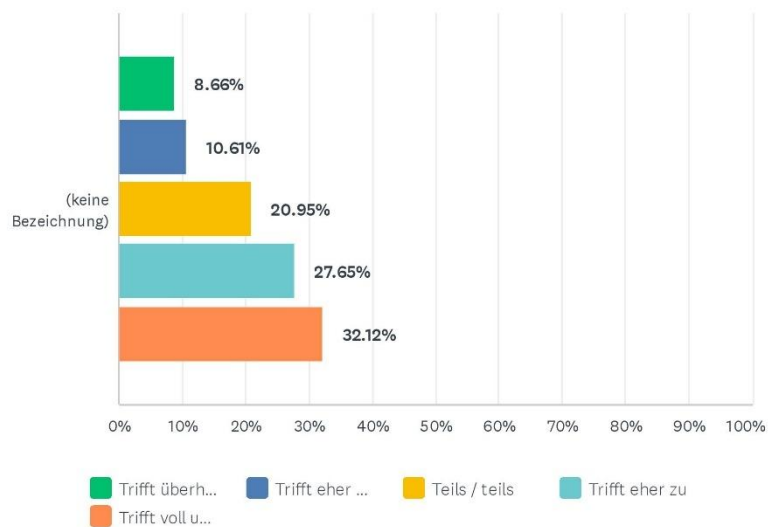
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	93.07%	376
Nein	3.22%	13
Ich bin mir nicht sicher	3.71%	15
GESAMT		404

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F34 Wenn ich mit einer Kollegin / einem Kollegen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung im Einsatz bin, bin ich bereit, unangenehmere Aufgaben (wie z. B. Übernahme des umfassenden Aktes als Aktbearbeiter, langwierige Absicherungsmaßnahmen bei Hitze/Kälte etc.) zu übernehmen, wenn diese/r dafür die Erstversorgung bei einer schwer verletzten Person übernimmt (Wenn Sie selbst eine sanitätsdienstliche Ausbildung haben, können Sie diese Frage überspringen)

Beantwortet: 358 Übersprungen: 49



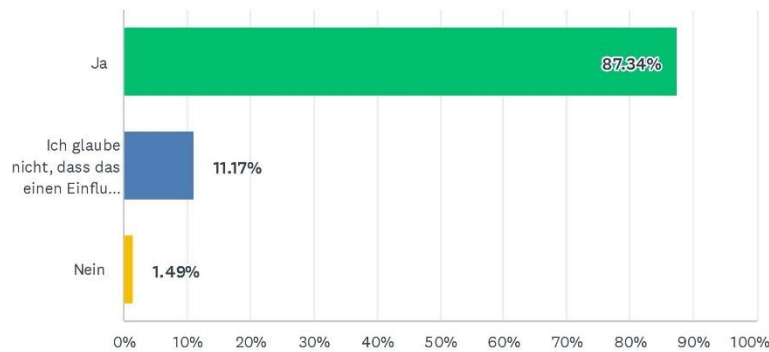
	TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	TEILS / TEILS	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT VOLL UND GANZ ZU	INSGESAMT	GEWICHTETER MITTELWERT
(keine Bezeichnung)	8.66% 31	10.61% 38	20.95% 75	27.65% 99	32.12% 115	358	3.64

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F35 Glauben Sie, dass Polizist*innen mit sanitätsdienstlicher Ausbildung generell häufiger die Versorgung von Verletzten übernehmen als ihre Kolleg*innen ohne sanitätsdienstliche Ausbildung?

Beantwortet: 403 Übersprungen: 4



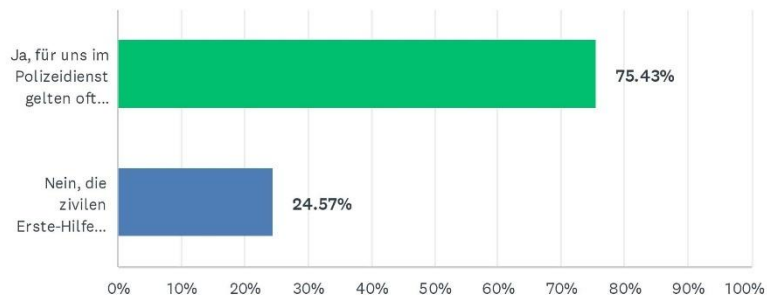
ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja	87.34%	352
Ich glaube nicht, dass das einen Einfluss hat	11.17%	45
Nein	1.49%	6
GESAMT		403

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F36 Halten Sie für den Polizeidienst eine spezifischere Erste-Hilfe- Ausbildung für notwendig als jene, die von zivilen Rettungsorganisationen angeboten wird?

Beantwortet: 403 Übersprungen: 4



ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Ja, für uns im Polizeidienst gelten oft andere Regeln	75.43%	304
Nein, die zivilen Erste-Hilfe Kurse sind absolut ausreichend	24.57%	99
GESAMT		403

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei
Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe

SurveyMonkey

F37 Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, das im Kontext dieser Umfrage wichtig ist oder berücksichtigt werden sollte?

Beantwortet: 95 Übersprungen: 312

#	BEANTWORTUNGEN	DATE
1	Nein	5/3/2025 1:09 AM
2	Gefahrensituationen	5/2/2025 11:58 AM
3	die "Doppelverwendung" führt oft zu übermäßiger Belastung	4/30/2025 5:35 PM
4	nein	4/30/2025 9:32 AM
5	Würden Polizisten ein Angebot von erweiterter Hilfeleistungen in Anspruch nehmen	4/23/2025 9:38 PM
6	Generell ist anzumerken, dass wir im Polizei- und nicht im Rettungsdienst stehen!!! Nur weil jemand eine Erste-Hilfe-Ausbildung hat, heißt dies nicht, dass er von jegl. Aktbearbeitung befreit ist. Wir sind noch immer bei der Polizei und NICHT bei der Rettung.	4/23/2025 4:10 PM
7	-	4/22/2025 1:47 PM
8	Frequenz der Schulung	4/21/2025 5:33 PM
9	Wichtig ist es nicht sofort dem "Helfersyndrom" zu verfallen; als Polizist gilt für mich: erst grundlegend auf akzeptablem Niveau Sicherheit herstellen, dann gesichert helfen. Wenn man selbst "zum Opfer" wird kann man keine Polizeiarbeit leisten bzw anderen helfen! Sozusagen ein erweitertes: "Treat first that kills first". Nicht nur auf die medizinischen, sondern auch auf die taktischen Umgebungsstände bezogen. Wir sind immer noch Polizisten, wenn auch ganz speziell ausgezeichnet tolle!	4/21/2025 12:01 PM
10	Nein	4/19/2025 6:04 PM
11	-	4/16/2025 11:11 AM
12	Nein	4/16/2025 9:05 AM
13	-	4/16/2025 8:15 AM
14	Das Thema Eigensicherung	4/15/2025 2:57 PM
15	Eine Sanitäterausbildung setzt eine intrinsische Motivation zur Ersten Hilfe voraus, daher werden Kollegen mit entsprechender Ausbildung oft schon von sich aus eher die Erste Hilfe übernehmen, als beistehende Kollegen ohne entsprechende Ausbildung. Die Ausbildung sehe ich daher nach der Motivation eher als sekundär.	4/15/2025 9:08 AM
16	Erste Hilfe bzw. medizinisches Fachwissen als Voraussetzung für eine Trageberechtigung für eine Uniform - sonst brauchen wir gar nicht mehr zugahen	4/15/2025 8:27 AM
17	Nein	4/14/2025 6:27 PM
18	nein	4/14/2025 1:33 PM
19	Nein	4/14/2025 10:17 AM
20	-	4/14/2025 9:35 AM
21	Häufigere Erste Hilfe Auffrischungen wären wünschenswert.	4/14/2025 9:17 AM
22	Nein	4/14/2025 9:04 AM
23	Polizisten sollten viel öfters auf stressige Situationen, wo sie "Erste Hilfe" leisten müssen, trainiert werden. Es ist für einem normalen Streifenpolizisten oftmals eine große Herausforderung wichtige "erste Hilfe" Maßnahmen in stressigten Situationen anzuwenden. Dies sollte beim vorallem beim Einsatztraining geschult werden. z.B. Szenarietraining !!	4/14/2025 8:45 AM

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe		SurveyMonkey
24	Es sollte eine Grundausbildung für Taktische Erste Hilfe für Sondereinheiten geben. Damit meine ich auch See Sko GKO mr Dienst Hundeführer usw, die in Sonderlagen ohne Sanitäter auskommen müssen, da sie sich in Heißen Zonen befinden	4/13/2025 9:11 PM
25	Ich würde eine intensivere Ersthilfeausbildung für Polizisten bevorzugen bzw. öfter im Jahr wiederholend. Denn wenn man weiß was man tut, ist es leichter, dies in Stresssituationen umzusetzen und man hat eine geringere Hemmschwelle sofort erste Hilfe zu leisten.	4/13/2025 8:11 AM
26	Die Unsicherheit etwas falsch zu machen hemmt viele Polizisten bei der Hilfeleistung. Deswegen ist eine regelmäßige Erste Hilfe Ausbildung äußerst wichtig	4/12/2025 7:52 PM
27	Umfangreiche polizeispezifische Sanitätsausbildungen sollten Bestandteil der Grundausbildung sein. Regelmäßige diesbezügliche Weiterbildungen sollten fester Bestandteil des Einsatztrainings sein.	4/12/2025 7:25 PM
28	Nein.	4/12/2025 2:12 PM
29	Nein	4/12/2025 12:14 PM
30	Sanitätsausbildung im Polizeidienst ist sicher von Vorteil und die gute Ausbildung von Kollegen ist ein erstrebenswerter Ansatz, die Polizei kann und soll jedoch nicht die Defizite der Rettung abdecken/ausgleichen, da so vielleicht der Rettung die Möglichkeit genommen wird, Optimierungen vorzunehmen, die vielleicht umgesetzt würden oder umgesetzt werden müssten, weil Defizite erkannt werden.	4/11/2025 6:19 PM
31	Wie ging es den nicht Polizeisanitätern nach der Versorgung psychisch? Gab es während/nach der Versorgung Unsicherheiten, Zweifel an der Richtigkeit, etc.? Wurde/Werden EAH Situationen von nicht Polizeisanitätern mit anderen Kollegen Nach-/Besprochen?	4/11/2025 5:31 PM
32	Der Rettungsdienst gehört ausgebaut und die Aufgaben nicht der Polizei zugeschant, da wir uns ohnehin schon nicht mehr richtig auf die eigentlichen Aufgaben konzentrieren können, da wir immer von der Rettung vorab hingeschickt werden, um abzuklären, ob die Rettung benötigt wird. Nicht unsere primäre Aufgabe. Berufsrettung nach Wiener Vorbild gehört rasch geschaffen.	4/11/2025 3:29 PM
33	Aus meiner Sicht, gibt es viel zu wenige Erste-Hilfe Schulungen, bzw. Fortbildungen. Auch kann man einer derartigen Weiterbildung auch nicht freiwillig teilnehmen. Ich persönlich hatte in meiner Zeit als aktiver Polizist (>6 Jahre) noch keinerlei Weiterbildung/Schulung zum Thema Erste-Hilfe. Ebenfalls wird auf eine erweiterte Erste-Hilfe Ausbildung für Sonderverwendungen wie Beispiel Einsatztrainer verzichtet. Auch wurden Beamten der EE "NUR" einmal zum für Easy-Bandage und Rettungsdecke geschult. Ich persönlich würde mir diesbezüglich häufiger eine Sanitätsschulung, bzw. Auffrischung wünschen.	4/11/2025 2:35 PM
34	Kurse sollten öfters stattfinden.	4/11/2025 12:15 PM
35	Einsätze im Stadtgebiet sind für die Polizei anders zu bewerten. Auf dem Land stehen pro Einsatz vorerst max 2 Beamte zur Verfügung. Da bleibt meist keine Zeit für Erste Hilfe Maßnahmen. In der Stadt stehen innerhalb weniger Minuten mind 6 Beamte zur Verfügung.	4/11/2025 9:08 AM
36	1. Die Tätigkeit der polizeilichen Sanitäter ist es für die POLIZEI Erste Hilfe Maßnahmen zu setzten. Es kann nicht sein, dass z.b. beim Demos, wo es zum Einsatz von Pfefferspray gekommen ist, wo Kollegen und Parteien kontaminiert wurden, dass die Versorgung der Parteien vor jenen der Kollegen geht. 2. Das ÖRK ist unfähig auch nur die geringsten Einsätze zu fahren. Lange Wartezeit, "kein Wagen frei, Polizei soll hinfahren und schauen" Frechheit. Aber euch Offiziere interessieren die Probleme der "Basis" einen Dreck	4/11/2025 7:11 AM
37	Das Angebot für Erste Hilfe Kurse im Zuge des Polizeidienstes ist verschwindend gering. Polizeispezifische Ausbildungselemente einbauen.	4/11/2025 6:46 AM
38	Sanitätsdienst muss in der Hand der Profis (ÖRK) bleiben. Die Polizei soll und darf nur für absolut notwendige Erste Hilfe ausgebildet und herangezogen werden. Die Aufgaben der Polizei sind ohnehin schon mannigfaltig.	4/10/2025 2:53 PM
39	Nein	4/10/2025 10:24 AM
40	Es muss Polizisten auch wie jedem anderen Menschen zugestanden werden, dass aufgrund der Gefahrensituation die man prüfen muss, von Überforderung mit der Situation, Ekelfaktor etc. es nicht immer möglich ist umfassend Erste Hilfe zu leisten.	4/10/2025 8:39 AM
41	Erste-Hilfe-Ausbildungen sollte es öfters geben. (Einbinden in das Einsatztraining oder	4/10/2025 8:25 AM

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe mehrmals BBF)		SurveyMonkey
42	Nein	4/10/2025 7:52 AM
43	Fallbeispiele sind bei single choice Fragen schwer abzuarbeiten	4/9/2025 10:20 PM
44	-	4/9/2025 6:38 PM
45	Nein	4/9/2025 5:58 PM
46	Nein	4/9/2025 12:43 PM
47	nein	4/9/2025 11:50 AM
48	Nein	4/9/2025 9:57 AM
49	Aus meiner Sicht wäre es erforderlich, dass für alle Exekutivbeamten einmal jährlich ein umfassender Erste-Hilfe-Kurs verpflichtend absolviert werden muss.	4/9/2025 9:50 AM
50	In erster Linie ist man Polizist. Ausbildungen dieser Art können nur nebenbei ergänzend erfolgen, er gibt noch andere Zusatzausbildungen, die für den Beruf wichtiger sind.	4/9/2025 9:25 AM
51	Grössli ist der Beste <3	4/9/2025 8:57 AM
52	-	4/9/2025 8:26 AM
53	nein	4/9/2025 7:39 AM
54	Polizei Sanitäter sind super!	4/9/2025 7:18 AM
55	Ich meine, dass mind. alle 3 Jahre ein erste Hilfe Kurs weiter angeboten werden MUSS, um Neuerungen zu erfahren und um sicher zu sein. Wer sicher ist bei dem was er tut, tut eher etwas.	4/8/2025 7:21 PM
56	nein	4/8/2025 7:17 PM
57	Meiner Meinung nach müssten für alle Polizisten im exekutiven Außendienst jährlich Erste-Hilfe Kurse angeboten werden/verpflichtend sein. Vor allem um Handlungssicherheit zu erlangen.	4/8/2025 6:49 PM
58	Bei größeren und gefährlichen Lagen gilt immer zuerst die Herstellung eines sicheren Bereiches. Dann kann ich erste Hilfe leisten.	4/8/2025 5:10 PM
59	In Bezug auf Frage 27 könnte ich mir eine spezifische Ausbildung von GSOD Angehörigen im Bereich der taktischen Zusammenarbeit mit den TSK-Teams vorstellen.	4/8/2025 4:26 PM
60	psychologische Schulungen sind erforderlich	4/8/2025 2:00 PM
61	Ich würde es besser finden, wenn interne erste Hilfe Kurse mit den "gängigen" Verletzungen durchgeführt werden, da es einfach die Hemmschwelle senkt, etwas zu tun. Wenn ich zB. öfter Erste Hilfe Kurse, kurze Schulungen im Rahmen einer BBF, interne Schulungen mit Kollegen, welche sich bei Erste Hilfe Maßnahmen und mehr besser auskennen, besuchen würde, dann wäre ich mir beim Einschreiten sicherer und würde sicher nicht "zögern" bzw. mir vor Ort die Frage stellen, ob ich "das überhaupt kann". Erste Hilfe ist bei der Polizei sehr wichtig, da wir doch oft Ersteinschreiter sind und es abgesehen von einer eventuellen Lebensrettung sehr peinlich ist, wenn man als Polizei vor Ort war und nicht die notwendige Hilfe leisten kann. (Ich rede hier natürlich von Basissachen)	4/8/2025 1:19 PM
62	nein	4/8/2025 11:59 AM
63	/	4/8/2025 11:17 AM
64	Ich kann nur von EXTREM positiven Begegnungen mit Polizeisanitäter berichten.	4/8/2025 9:37 AM
65	Nein	4/8/2025 9:10 AM
66	Primär sind wir Polizisten und kein Rettungsdienst, aber natürlich muss Erste Hilfe geleistet werden.	4/8/2025 9:05 AM
67	Regelmäßige Schulung sehr von Vorteil (alle paar Jahre pro Person)	4/8/2025 8:33 AM
68	Polizei sollte den Schwerpunkt nicht auf Sanitätsdienst legen, sondern ihre grundlegenden Aufgaben wahrnehmen, klarerweise gehören dazu Erste-Hilfe-Maßnahmen, aber keine	4/8/2025 8:31 AM

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe		SurveyMonkey
Hochleistungsmedizin wie in der TSK.		
69	Zusatz zur vorletzten Frage: Es kommt bei der Sanitätsausbildung nicht darauf an, ob sie in einem polizeilichen Umfeld durchgeführt wird oder nicht. Es kommt auf die Qualität der Ausbildung an! Alles Gute für den Abschluss!!	4/8/2025 7:19 AM
70	Nein	4/8/2025 6:30 AM
71	Meiner Meinung nach wäre die Ausstattung der First Responder mit Defis sinnvoll. Diese sind oft vor der Polizei oder dem Rettungsdienst am Ort der Ersten Hilfeleistung.	4/7/2025 8:32 PM
72	Fallbeispiel Schlägerei bzw Demo: EH nur bei gegebener Sicherheit, ansonsten crash Rettung. Eigenschutz geht vor	4/7/2025 8:27 PM
73	Für die EH-Ausbildung würde ich empfehlen, sich an die Richtlinien des ÖRK (EH Kurs) zu halten und nicht irgendwelche "Eigentheorien" wie sie dzt. geschult werden zu entwickeln. Dies ist kontraproduktiv und führt zu Verwirrung, was wiederum zu "Fehlern" und "Unsicherheit" bei der EH führen kann. Außerdem verfügt das ÖRK über eigens ausgebildete Lehrbeauftragte welche laufend geschult werden und immer auf dem neuesten Stand in der EH sind.	4/7/2025 8:00 PM
74	-	4/7/2025 7:34 PM
75	Nein	4/7/2025 2:53 PM
76	nein	4/7/2025 2:51 PM
77	-	4/7/2025 2:36 PM
78	Die Notwendigkeit Polizist*innen eine Sanitätsausbildung zukommen lässt, die eine zivile Erste-Hilfe- Ausbildung übersteigt (Tourniquet, Israeli-Bandage, Szenarietraining). Um bei gefährlicheren Ereignissen auch eine geeignete Versorgung bei Kolleg*innen zu bewerkstelligen (Heiße Zone).	4/7/2025 2:36 PM
79	Nein	4/7/2025 2:20 PM
80	Keine	4/7/2025 2:13 PM
81	Ich war bei so vielen Motorradunfällen als Ersthelfer dabei, es wäre schön gewesen schon damals das Material und die Schulungen von heute zu haben, es ging aber trotzdem immer gut aus, da ich mich persönlich weiter bildete, mit Hilfe RK und das Wissen nutzen konnte	4/7/2025 1:45 PM
82	In meinen Augen wäre es wichtig, im Rahmen der Grundausbildung zum Polizisten eventuell auch ein Praktikum im Rettungsdienst anzustreben. Durch meine Erfahrungen im Rettungsdienst, fällt es mir im Gegensatz zu anderen Kollegen leichter, mit Personen in einem Ausnahmezustand umzugehen. Ganz gleich ob es sich um einen Psychischen Ausnahmezustand oder ein traumatisches Erlebnis wie ein schwerer Verkehrsunfall etc. handelt.	4/7/2025 12:52 PM
83	--	4/7/2025 12:35 PM
84	nein	4/7/2025 12:13 PM
85	nein	4/7/2025 12:04 PM
86	Nicht wirklich, war klar abgestimmt und schlüssig!	4/7/2025 11:54 AM
87	Es geht nicht immer um Außenstehende. Es ist auch wichtig, dass man seinem/r KollegIn im Ernstfall helfen kann.	4/7/2025 10:40 AM
88	nein.	4/7/2025 10:30 AM
89	Die Ausbildung zum Rettungssanitäter sollte mehr Förderung erhalten. Neben dem Beruf die Theorie- und die Praxisstunden zu absolvieren kann mühselig werden.	4/7/2025 10:00 AM
90	Die Aufnahme des Aktes ist definitiv nicht unangenehmer als die erste Hilfe	4/7/2025 9:56 AM
91	Umgang mit Sanitätern während einer Gefahrensituation	4/7/2025 8:50 AM
92	Nein	4/6/2025 6:54 PM
93	Erste Hilfe Kurse müssen regelmäßig für alle Angehörige des BMI durchgeführt werden	4/6/2025 6:26 PM

Umfrage zur Untersuchung des 'Bystander Nonintervention' Effektes bei Polizisten im Kontext der Ersten Hilfe		SurveyMonkey
94	Nein	4/6/2025 5:33 PM
95	Bei den Sachverhalten (Demonstration, Streit, etc.) ist die Entscheidung, ob erste Hilfe geleistet wird stark von einer möglichen Gefährdung für Polizisten abhängig. Das ging aus dem Sachverhalt nicht hervor, wodurch ich mir bei der Antwort etwas unsicher war.	4/6/2025 5:29 PM