

ADHS im Rettungsdienst: Chancen und Risiken – Pädagogische Implikationen für eine unterstützende Arbeitsumgebung

Hinweis zur veröffentlichten Fassung

Bei der vorliegenden Fassung handelt es sich um eine für die öffentliche Zugänglichmachung überarbeitete Version der ursprünglich als Prüfungsleistung eingereichten Bachelorarbeit.

Die Überarbeitung dient ausschließlich der datenschutzgerechten und rechtlich angemessenen öffentlichen Bereitstellung der Arbeit. Personenbezogene und unmittelbar identifizierende Angaben, die für das Verständnis der wissenschaftlichen Arbeit nicht erforderlich sind, wurden entfernt bzw. anonymisiert. Die im Rahmen der qualitativen Untersuchung erhobenen Interviewdaten werden ohne Namen, konkrete Arbeitsorte, Arbeitgeber oder sonstige unmittelbar identifizierende Angaben dargestellt.

Darüber hinaus wird der vollständige Wortlaut der im Rahmen der quantitativen Untersuchung eingesetzten standardisierten Erhebungsinstrumente in dieser öffentlich zugänglichen Fassung aus urheber- und lizenzrechtlichen Gründen nicht wiedergegeben. Die verwendeten Instrumente, deren wissenschaftliche Quellen sowie das methodische Vorgehen sind weiterhin im Methodenkapitel und im Literaturverzeichnis dokumentiert.

Die vorgenommenen Anpassungen betreffen ausschließlich die für die Veröffentlichung erforderliche Aufbereitung und Darstellung der Arbeit. **Die zugrunde liegende Datenerhebung, die wissenschaftliche Auswertung, die Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen wurden gegenüber der ursprünglich eingereichten Prüfungsfassung nicht verändert.**

Die ursprüngliche Prüfungsfassung wurde im Rahmen des Bachelorstudiums Medizinpädagogik an der Deutschen Hochschule für Gesundheit und Sport eingereicht.

Stand der veröffentlichten Fassung: August 2026
Ann-Kristin Esdar

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	1
ZUSAMMENFASSUNG	4
1 EINLEITUNG: DIE RELEVANZ DES THEMAS.....	6
2 THEORETISCHER HINTERGRUND.....	9
2.1ADHS IM ERWACHSENENALTER.....	9
2.2NEUROBIOLOGISCHE GRUNDLAGEN UND THERAPIEOPTIONEN	10
2.3ADHS IM ARBEITSKONTEXT RETTUNGSDIENST	12
2.4ARBEITSPSYCHOLOGISCHE MODELLE	14
2.5INKLUSION & DIVERSITÄT IM ARBEITSKONTEXT	15
2.6FORSCHUNGSSTAND UND FORSCHUNGSLÜCKE.....	16
2.7FORSCHUNGSFRAGEN UND HYPOTHESEN.....	18
ZWISCHENFAZIT THEORIETEIL	18
3 METHODE	20
3.1STUDIENDESIGN	20
3.2LITERATURRECHERCHE (FÜR DEN THEORIETEIL)	21
3.3DURCHFÜHRUNG	21
3.4EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN.....	24
<u>TABELLE 2 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN DER UNTERSUCHUNG</u>	<u>25</u>
3.5INSTRUMENTE.....	25
<u>TABELLE 3 ÜBERSICHT DER EINGESETZTEN MESSINSTRUMENTE</u>	<u>26</u>
3.6BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	27
<u>TABELLE 4 VERTEILUNG NACH ALTERSGRUPPEN UND DIAGNOSESTATUS.....</u>	<u>28</u>

TABELLE 5 ÜBERSICHT QUALITATIVE STICHPROBE	29
3.7 VORGEHEN BEI DER AUSWERTUNG	29
TABELLE 6 BEISPIELHAFTER AUSZUG AUS DEM KATEGORIESYSTEM.....	31
3.8 GÜTEKRITERIEN.....	32
3.9 LIMITATIONEN DER METHODIK	34
3.10 GESAMT- ZWISCHENFAZIT METHODIK	36
4 ERGEBNISSE	37
4.1 HYPOTHESE 1: ABLENKBARKEIT IN ROUTINETÄTIGKEITEN	37
TABELLE 7 VERTEILUNG DER ASRS - WERTE IN DER STICHPROBE (N=111)	37
4.2 HYPOTHESE 2: RESSOURCEN DURCH SELBSTWIRKSAMKEIT UND INTEGRATION	37
TABELLE 8 VERTEILUNG ZUR STRESSBEWÄLTIGUNG (N=111)	38
TABELLE 9 VERTEILUNG DER SELBSTWIRKSAMKEIT (N=111)	38
TABELLE 10 VERTEILUNG DER SOZIALEN INTEGRATION (N=111)	39
TABELLE 11 MITTELWERT NACH ASRS- GRUPPEN (N=111)	39
TABELLE 12 VERTEILUNG NACH DIAGNOSE - STATUS UND GESCHLECHT (N=111)	40
4.3 HYPOTHESE 3: EMPATHIE ALS RESSOURCE UND BELASTUNG	40
4.4 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	41
5 DISKUSSION	41
5.1 HYPOTHESENABGLEICH	42
5.2 METHODENDISKUSSION	44
5.3 KONSEQUENZEN FÜR PRAXIS UND FORSCHUNG	46

5.4	ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSION	48
6.1	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	50
6.2	PÄDAGOGISCHE UND PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN.....	50
6.3	FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN	51
6.4	ABSCHLIEßENDES FAZIT	51
	LITERATURVERZEICHNIS	53
	ANHANG C INTERVIEWLEITFADEN	59
	1. ARBEITSALLTAG	59
	2. AKUTER EINSATZSTRESS.....	59
	4. SELBSTWIRKSAMKEIT	59
	5. SOZIALE INTEGRATION IM TEAM.....	59
	6. STÄRKEN UND BELASTUNGEN.....	59
	7. UMGANG MIT DER DIAGNOSE	60
	8. ABSCHLUSS	60
	ANHANG D: INTERVIEWTRANSKRIPT–BETROFFENE RETTUNGSKRAFT (ADHS-DIAGNOSE)	61
	ANHANG E: INTERVIEWTRANSKRIPT – KOLLEGIN	63
	ANHANG F: INTERVIEWTRANSKRIPT – KOLLEGE	63
	ANHANG I: HILFSMITTELVERZEICHNIS & PROMPT-VERZEICHNIS (PERPLEXITY).....	67
	PROMPT-VERZEICHNIS DEEPL WRITE.....	67
	PERPLEXITY AI PERPLEXITY [1], 18.07.2025	67
	PERPLEXITY [2], 19.07.2025	67
	PERPLEXITY [3], 21.03.2025	68
	CITAVI	68
	ETHIKERKLÄRUNG	69

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
ANOVA	Analysis of Variance
APA	American Psychiatric Association
ASRS	Adult ADHD Self-Report Scale
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Brief-COPE	Coping Orientations to Problems Experienced
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DMN	Default- Mode- Network
DSGVO	Datenschutz- Grundverordnung
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5. Auflage
fMRT	Funktionelle Magnetresonanztomographie
F-SozU	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform K-14)
JD-R	Job-Demands-Resources-Modell
KI	Künstliche Intelligenz
M	Mittelwert
n	Anzahl der teilnehmenden Personen
PET	Positronen- Emissions- Tomographie
QUAN → qual	Mixed-Methods-Bezeichnung (quantitativer Teil → qualitativer Teil)
SD	Standardabweichung
Abkürzung	Bedeutung

SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWE	Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung
UDL	Universal Design for Learning
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	World Health Organization

<u>TABELLE 2 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN DER UNTERSUCHUNG</u>	<u>25</u>
<u>TABELLE 3 ÜBERSICHT DER EINGESETZTEN MESSINSTRUMENTE</u>	<u>26</u>
<u>TABELLE 4 VERTEILUNG NACH ALTERSGRUPPEN UND DIAGNOSESTATUS</u>	<u>28</u>
<u>TABELLE 5 ÜBERSICHT QUALITATIVE STICHPROBE</u>	<u>29</u>
<u>TABELLE 6 BEISPIELHAFTER AUSZUG AUS DEM KATEGORIESYSTEM.....</u>	<u>31</u>
<u>TABELLE 7 VERTEILUNG DER ASRS - WERTE IN DER STICHPROBE (N=111)</u>	<u>37</u>
<u>TABELLE 8 VERTEILUNG ZUR STRESSBEWÄLTIGUNG (N=111)</u>	<u>38</u>
<u>TABELLE 9 VERTEILUNG DER SELBSTWIRKSAMKEIT (N=111)</u>	<u>38</u>
<u>TABELLE 10 VERTEILUNG DER SOZIALEN INTEGRATION (N=111)</u>	<u>39</u>
<u>TABELLE 11 MITTELWERT NACH ASRS- GRUPPEN (N=111)</u>	<u>39</u>
<u>TABELLE 12 VERTEILUNG NACH DIAGNOSE - STATUS UND GESCHLECHT (N=111)</u>	<u>40</u>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Belastung und Ressourcen von ADHS im Erwachsenenalter	11
Abbildung 2 Neurobiologische Grundlagen und Therapieoptionen bei ADHS .	12
Abbildung 3 Belastungen und Ressourcen im Rettungsdienst	14
Abbildung 4 Arbeitspsychologische Modelle zur Analyse von ADHS	16
Abbildung 5 Ebenen der Inklusion und Diversität im Rettungsdienst	17
Abbildung 6 Der Ablauf der Mixed- Methods- Studie	24
Abbildung 7 Praxisempfehlungen für den Rettungsdienst auf vier Ebenen	53

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Auswirkungen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf den Arbeitskontext des Rettungsdienstes. Während ADHS im Kindesalter umfassend untersucht ist, bestehen für Erwachsene in Hochbelastungsberufen weiterhin Forschungslücken. Theoretisch wurde die Arbeit durch neurobiologische Grundlagen, arbeitspsychologische Modelle wie das Job-Demands-Resources-Modell sowie Konzepte der Inklusion und Neurodiversität fundiert.

Ziel war es, Belastungen und Ressourcen von Rettungskräften mit ADHSSymptomatik systematisch zu erfassen und daraus pädagogische Handlungsempfehlungen für eine diversitätsbewusste Arbeits- und Lernumgebung abzuleiten.

Die Untersuchung folgte einem Mixed-Methods-Design mit einer quantitativen Online-Befragung (n=111) und drei leitfadengestützten Interviews. Eingesetzt wurden validierte Instrumente zur Erfassung von ADHS-Symptomen (ASRS), Stressbewältigung (Brief-COPE), Selbstwirksamkeit (SWE) und sozialer Unterstützung (F-SozU).

Die Ergebnisse zeigen, dass nahezu die Hälfte der Befragten auffällige Werte im ASRS erreichte. Gleichzeitig berichteten die Teilnehmenden überwiegend mittlere bis hohe Werte in Selbstwirksamkeit, funktionalen Bewältigungsstrategien und sozialer Integration. Die Interviews verdeutlichten ein kontextabhängiges Muster: Hyperfokus, Empathie und Reaktionsschnelligkeit in dynamischen Einsatzlagen standen Ablenkbarkeit und Erschöpfung in Routinetätigkeiten gegenüber.

Im Abgleich mit den Hypothesen bestätigten sich die Annahmen zur Ablenkbarkeit in monotonen Situationen sowie zur Empathie als Ressource und Belastung. Dagegen zeigte sich keine signifikante Einschränkung von Selbstwirksamkeit und Integration.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ADHS im Rettungsdienst weder ausschließlich als Defizit noch ausschließlich als Ressource verstanden werden kann. Vielmehr handelt es sich um ein ambivalentes Zusammenspiel individueller Merkmale und organisatorischer Bedingungen. Daraus ergibt sich die

Notwendigkeit, pädagogische Konzepte zu entwickeln, die Belastungen reduzieren, vorhandene Stärken nutzbar machen und eine inklusive Arbeitsumgebung fördern.

Schlagwörter: ADHS, Rettungsdienst, Neurodiversität, Stressbewältigung, Selbstwirksamkeit

1 Einleitung: Die Relevanz des Themas

Der Rettungsdienst zählt zu den dynamischsten und zugleich belastungsintensivsten Berufsfeldern des Gesundheitswesens. Einsatzkräfte müssen unter Zeitdruck Entscheidungen treffen, die unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit und das Leben von Patient:innen haben. Neben fachlicher Kompetenz erfordert dies insbesondere Fähigkeiten zur Stressbewältigung, Selbstregulation und Teamkoordination.

Vor diesem Hintergrund rückt die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zunehmend in den Fokus. ADHS ist eine neurobiologische Entwicklungsstörung, die durch Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität gekennzeichnet ist und häufig bis ins Erwachsenenalter fortbesteht (American Psychiatric Association [APA], 2013; Barkley, 2015). Während die Forschung zu Kindern und Jugendlichen breit dokumentiert ist, bestehen für Erwachsene – insbesondere in Hochbelastungsberufen wie dem Rettungsdienst – erhebliche Forschungslücken.

Epidemiologische Studien schätzen die Prävalenz von ADHS im Erwachsenenalter auf etwa 2,5–4% (DGPPN & AWMF, 2023). Für den Rettungsdienst liegen bislang keine systematischen Daten vor, erste Hinweise deuten jedoch auf eine überdurchschnittliche Vertretung von Personen mit ADHS hin (Müller & Obermeier, 2021). Ein möglicher Erklärungsansatz findet sich im Erregungsmodell nach Yerkes und Dodson (1908): Während monotone Aufgaben mit erhöhter Ablenkbarkeit einhergehen können, zeigen Betroffene in hochdynamischen Situationen häufig kurzfristige Leistungssteigerungen (Hupfeld, Abagis & Shah, 2019).

Damit ergeben sich für Rettungskräfte mit ADHS sowohl Chancen als auch Risiken. Spontanität, Entscheidungsfreude und Empathie können die Patientenversorgung bereichern, während Einschränkungen in Impulskontrolle, Planung und Emotionsregulation zu Belastungen für Arbeitssicherheit und Wohlbefinden führen können. Diese Ambivalenz verdeutlicht, dass ADHS im Rettungsdienst als Zusammenspiel individueller Symptome, organisationaler Strukturen und sozialer Ressourcen zu betrachten ist.

Auch aus bildungs- und arbeitsmarktpolitischer Perspektive ist die Thematik hoch relevant. Der Neurodiversitätsansatz versteht Unterschiede in Wahrnehmung und Informationsverarbeitung als Ausdruck menschlicher Vielfalt (Singer, 1999; Armstrong, 2010). Zudem fordert die UN-Behindertenrechtskonvention (2006) gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen, auch im beruflichen Kontext.

Zielsetzung. Diese Arbeit erfasst die Belastungen und Potenziale von Rettungskräften mit ADHS systematisch und analysiert deren Bedeutung für den beruflichen Alltag. Auf dieser Grundlage werden praxisorientierte pädagogische Handlungsempfehlungen entwickelt, die Ressourcen stärken, Selbstwirksamkeit und Teamintegration fördern und zugleich mögliche Belastungen berücksichtigen.

Die vorliegende Studie gehört zu den ersten Mixed-Methods-Untersuchungen im deutschsprachigen Raum, die ADHS im Rettungsdienst empirisch beleuchten. Mit einer quantitativen Befragung von n=111 Rettungskräften sowie ergänzenden Interviews werden sowohl generalisierbare Muster als auch individuelle Perspektiven berücksichtigt (Creswell & Plano Clark, 2018). Damit wird eine zentrale Forschungslücke adressiert und ein praxisrelevanter Beitrag zur Entwicklung diversitätssensibler Arbeits- und Lernumgebungen im Rettungsdienst geleistet.

Forschungsfragen

1. Wie beeinflusst ADHS das Arbeitsverhalten, die Stressbewältigung und das Entscheidungsverhalten von Rettungskräften?
2. Welche pädagogischen und organisationalen Konzepte können eine resiliente und inklusive Arbeitsumgebung fördern?

Hypothesen

- H1: Erwachsene mit ADHS zeigen bei monotonen Aufgaben eine erhöhte Ablenkbarkeit im Vergleich zu neurotypischen Kolleg:innen (DGPPN & AWMF, 2023).
- H2: Pädagogische Interventionen und strukturelle Anpassungen stärken die Selbstwirksamkeit sowie die Teamintegration von Rettungskräften mit ADHS.

- H3: Eine erhöhte Empathiefähigkeit wirkt positiv auf die Patientenversorgung, geht jedoch mit erhöhter emotionaler Belastung einher (Sedgwick, Merwood & Asherson, 2019).

Hinweis: Die detaillierte Herleitung der Forschungsfragen und Hypothesen erfolgt in Kapitel 2.7.

2 Theoretischer Hintergrund

Ziel dieser Arbeit ist es, pädagogische Handlungsempfehlungen für eine arbeitsumfeldorientierte Unterstützung von Rettungsdienstmitarbeitenden mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu entwickeln. Der Fokus liegt dabei auf der Analyse des Einflusses von ADHS auf Arbeitsverhalten, Stressbewältigung und Entscheidungsverhalten sowie auf der Identifikation geeigneter Konzepte für eine resiliente und inklusive Arbeitsumgebung.

Im Folgenden werden zentrale theoretische Grundlagen dargestellt. Zunächst wird ADHS im Erwachsenenalter beschrieben (Kap. 2.1), gefolgt von neurobiologischen Mechanismen und Therapieoptionen (Kap. 2.2). Anschließend wird der Arbeitskontext Rettungsdienst beleuchtet (Kap. 2.3), ergänzt durch relevante arbeitspsychologische Modelle (Kap. 2.4) und den Diskurs zu Inklusion und Diversität (Kap. 2.5). Darauf aufbauend werden der aktuelle Forschungsstand sowie bestehende Forschungslücken aufgezeigt (Kap. 2.6). Abschließend erfolgt die Ableitung der Forschungsfragen und Hypothesen (Kap. 2.7), die die Grundlage für das methodische Vorgehen bilden.

2.1 ADHS im Erwachsenenalter

Aktuelle Leitlinien verorten die Prävalenz im Erwachsenenalter bei etwa 2,5–4% (DGPPN & AWMF, 2023).

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Auflage) als neuroentwicklungsbedingte Störung mit den Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität beschrieben (American Psychiatric Association [APA], 2013). Forschung zeigt, dass die Symptomatik bei einem Teil der Betroffenen bis in das Erwachsenenalter fortbesteht; insbesondere exekutive Funktionen wie Planung, Inhibition und Selbstregulation sind häufig beeinträchtigt (Barkley, 2015).

Im Erwachsenenalter verändert sich die Ausprägung der Symptome: motorische Unruhe kann sich eher als innere Getriebenheit äußern, und Schwierigkeiten in Aufmerksamkeit und Impulsivität betreffen vor allem Arbeits- und soziale Kontexte (Barkley, 2015). Neben Einschränkungen werden in der

Literatur auch potenzielle Ressourcen diskutiert, darunter Reaktionsschnelligkeit, Improvisationsfähigkeit, Kreativität sowie Phasen intensiver Zielgerichtetheit „Hyperfokus“ in dynamischen Situationen (Hupfeld, Abagis & Shah, 2019; Sedgwick, Merwood & Asherson, 2019).

Die gleichzeitige Präsenz von Einschränkungen und potenziellen Stärken wird in der Literatur als ambivalentes Muster beschrieben, das in Abbildung 1 veranschaulicht wird.

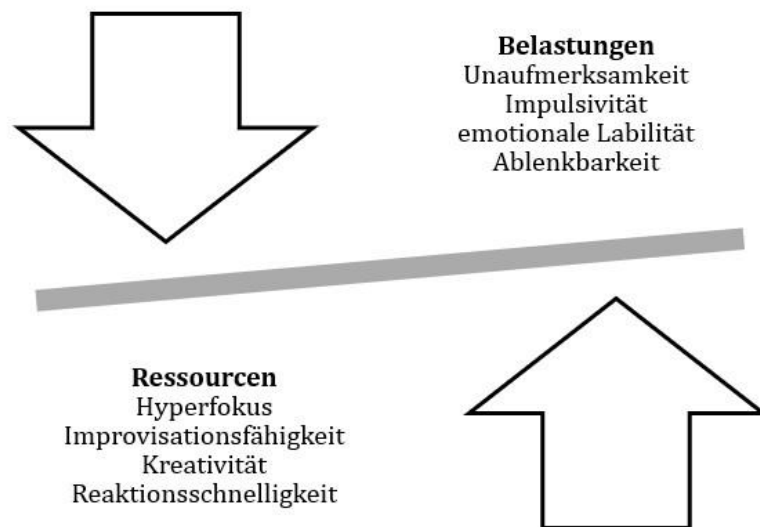


Abbildung 1 Belastung und Ressourcen von ADHS im Erwachsenenalter

(Eigene Darstellung)

Zwischenfazit: ADHS im Erwachsenenalter ist durch ein Spannungsverhältnis von Symptompersistenz einerseits und potenziellen Ressourcen andererseits gekennzeichnet. Diese Ambivalenz bildet den Ausgangspunkt für die Analyse des Rettungsdienstes als Arbeitskontext, der sowohl strukturierte Routinetätigkeiten, als auch hochdynamische Einsatzlagen umfasst.

2.2 Neurobiologische Grundlagen und Therapieoptionen

Empirische Befunde deuten auf ein Zusammenspiel struktureller, funktioneller und neurochemischer Besonderheiten hin. Betroffen sind u. a. präfrontale Regionen (exekutive Kontrolle), Basalganglien (Belohnung/Motivation), Kleinhirn (zeitliche Koordination) und der anteriore cinguläre Cortex (Fehlerüberwachung/ Emotionsregulation) (Castellanos & Proal, 2012; Norman et al., 2021).

Metaanalysen funktioneller Bildgebung berichten veränderte Aktivierungsmuster und Netzwerkkonnektivität, z. B. im Default Mode und im frontoparietalen Kontrollnetzwerk (Cortese et al., 2012).

Therapieoptionen. Pharmakologische Ansätze (Stimulanzen/Nicht-Stimulanzen) zeigen in Metaanalysen symptomreduzierende Effekte (Faraone & Buitelaar, 2010) und werden in aktuellen Leitlinien empfohlen; ergänzend werden psychosoziale Interventionen (z. B. Psychoedukation) benannt (DGPPN & AWMF, 2023).

Die dargestellten Befunde zu neurobiologischen Mechanismen und Therapieoptionen sind in Abbildung 2 zusammengefasst.

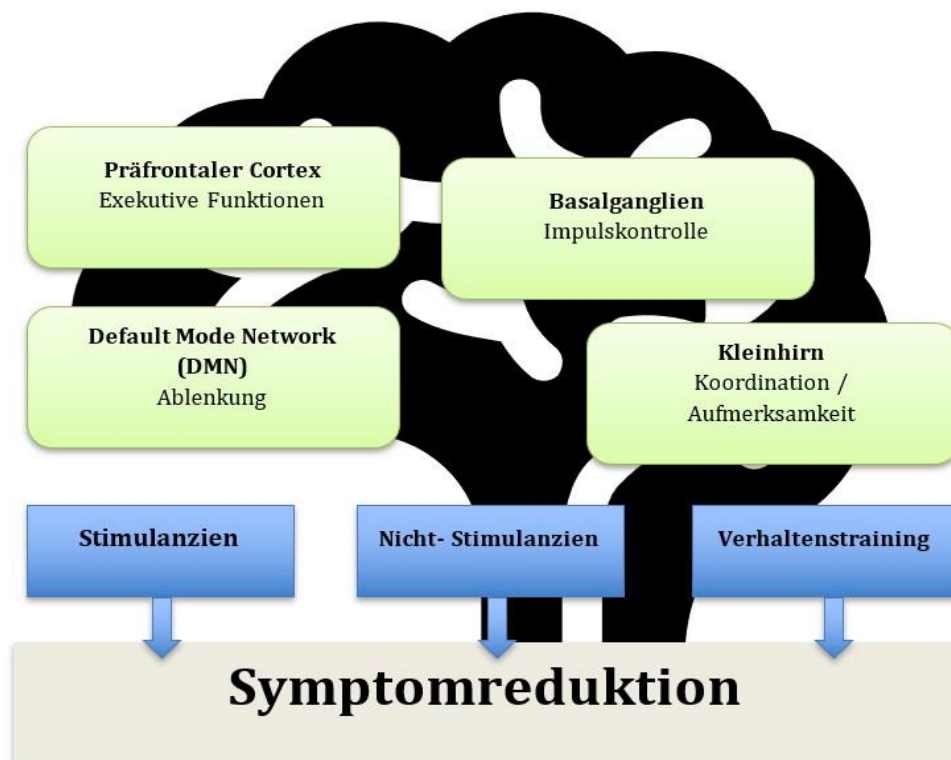


Abbildung 2 Neurobiologische Grundlagen und Therapieoptionen bei ADHS

(Eigene Darstellung in Anlehnung an Castellanos & Proal, 2012; Cortese et al., 2012; DGPPN & AWMF, 2023; Faraone & Buitelaar, 2010)

ADHS ist mit veränderten Hirnnetzwerken und Neurotransmitterregulationen verbunden. Pharmakologische und verhaltensorientierte Maßnahmen können Symptome reduzieren - relevant für Arbeitskontexte mit hohen Anforderungen an Aufmerksamkeit, Belastbarkeit und Regulation.

2.3 ADHS im Arbeitskontext Rettungsdienst

Die Tätigkeit im Rettungsdienst ist durch hohe Dynamik, wechselnde Einsatzsituationen und besondere Verantwortung geprägt. Für Erwachsene mit ADHS ergeben sich daraus Chancen und Risiken: Merkmale wie Ablenkbarkeit, Hyperfokus, Impulsivität und emotionale Sensitivität wirken je nach Situation unterschiedlich (Barkley, 2015; Sedgwick et al., 2019).

2.3.1 Arbeitsverhalten

Monotone oder wenig stimulierende Tätigkeiten (z. B. Dokumentation) können mit erhöhter Ablenkbarkeit einhergehen, während in akuten Notfallsituationen Phasen starken Fokussens (Hyperfokus) berichtet werden (Hupfeld et al., 2019; Barkley, 2015). Im Rettungsdienst zeigt sich ADHS im Spannungsfeld zwischen Ablenkbarkeit bei Routinen und intensiver Fokussierung in dynamischen Situationen.

2.3.2 Stressbewältigung und paradoxe Stressreaktion

Das Yerkes–Dodson-Gesetz beschreibt eine nichtlineare Beziehung zwischen Erregung und Leistung. Unter- wie Überstimulation können die Leistung mindern, ein mittleres Aktivationsniveau sie steigern (Yerkes & Dodson, 1908). In dynamischen Lagen werden bei ADHS teils kurzfristige Leistungssteigerungen beschrieben, während langfristig erhöhte Erschöpfung auftreten kann (Sedgwick et al., 2019). Unter Akutstress können leistungssteigernde Effekte auftreten; längerfristig ist jedoch eine erhöhte Vulnerabilität für Erschöpfung möglich.

2.3.3 Entscheidungsverhalten und Empathie

ADHS im Erwachsenenalter ist u. a. mit exekutiven Dysfunktionen assoziiert (Barkley, 2015). Gleichzeitig wird eine ausgeprägte Empathiefähigkeit als Ressource genannt, die die Versorgungsqualität unterstützen kann, aber mit erhöhter emotionaler Belastung einhergehen kann (Sedgwick et al., 2019).

2.3.4 Camouflaging (Maskieren) im Berufsalltag

Camouflaging beschreibt Strategien des Verbergens bzw. Kompensierens von Symptomen, um sozialen Erwartungen zu entsprechen. Dies kann kurzfristig Anpassung erleichtern, ist jedoch mit hohem Energieaufwand und reduzierter

Teamtransparenz verbunden (Livingston, Shah & Happé, 2020). Camouflaging kann Anpassung fördern, erhöht jedoch Belastungen und erschwert bedarfsgerechte Unterstützung.

2.3.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Hinweise auf unterschiedliche Symptomprofile und Bewältigungsstrategien finden sich in Studien, jedoch ist die Evidenz im spezifischen Kontext Rettungsdienst begrenzt (Sedgwick et al., 2019; DGPPN & AWMF, 2023). Unterstützungsansätze sollten geschlechtssensibel gestaltet werden; die Datenlage im Rettungsdienst ist ausbaufähig.

2.3.6 Zwischenfazit zu Kapitel 2.3

ADHS im Rettungsdienst ist ein ambivalentes Phänomen: Dynamische Einsatzlagen können Stärken (Hyperfokus, Flexibilität, Empathie) aktivieren, während Routinen, langfristige Stressbelastungen und Camouflaging mit erhöhten Risiken verbunden sind. Wie sich Faktoren wie Routinetätigkeiten, dynamische Einsätze, Teamentscheidungen und Camouflaging konkret auf Belastungen und Ressourcen im Rettungsdienst auswirken, wird in Abbildung 3 dargestellt.

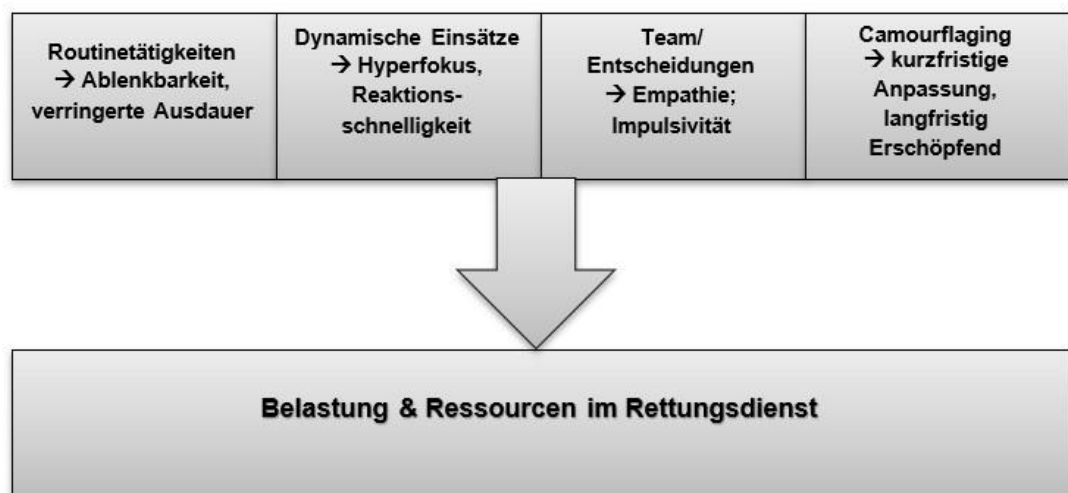


Abbildung 3 Belastungen und Ressourcen im Rettungsdienst im Zusammenhang mit ADHS

(Eigene Darstellung)

2.4 Arbeitspsychologische Modelle

Zur Analyse der besonderen Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst bieten arbeitspsychologische Modelle wertvolle Erklärungsansätze. Sie verdeutlichen, wie Anforderungen, Ressourcen und individuelle Bewertungen zusammenspielen und so entweder Belastungen oder Schutzfaktoren für ADHS-Betroffene erzeugen.

2.4.1 Job-Demands-Resources-Modell (JD-R)

Das JD-R-Modell unterscheidet zwischen Anforderungen (z. B. Zeitdruck, emotionale Belastung) und Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, Feedback) (Bakker & Demerouti, 2007). Für ADHS-Betroffene sind klare Strukturen und Teamunterstützung besonders relevant.

2.4.2 Belastung-Beanspruchungs-Modell

Das Modell trennt objektive Belastung und subjektive Beanspruchung; Routineaufgaben können besonders beanspruchend wirken, während dynamische Einsätze leistungssteigernd erlebt werden. Standardisierte Abläufe und Checklisten reduzieren Beanspruchung (Rohmert & Rutenfranz, 1975).

2.4.3 Transaktionales Stressmodell

Stress entsteht durch Bewertung von Anforderungen im Verhältnis zu Ressourcen (Lazarus & Folkman, 1984). Bei ADHS können exekutive Defizite das Selbstwirksamkeitserleben schwächen, wodurch identische Einsatzsituationen belastender wirken.

2.4.4 Resilienztheorie

Resilienz betont Schutzfaktoren wie soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeit (Masten, 2014). Peer-Support, kollegiale Nachbesprechungen und Supervision sind zentrale Elemente im Rettungsdienst.

2.4.5 Zwischenfazit zu Kapitel 2.4

Die Modelle ergänzen sich: Anforderungen/Ressourcen (JD-R; Belastung–Beanspruchung), Bewertungen (Transaktional) und Schutzfaktoren (Resilienz) bilden zusammen den theoretischen Rahmen für die Analyse von ADHS im

Rettungsdienst. Zur Veranschaulichung dieser theoretischen Ansätze zeigt Abbildung 4 zentrale arbeitspsychologische Modelle mit ihren unterschiedlichen Perspektiven auf Anforderungen, Belastungen und Schutzfaktoren im Rettungsdienst.

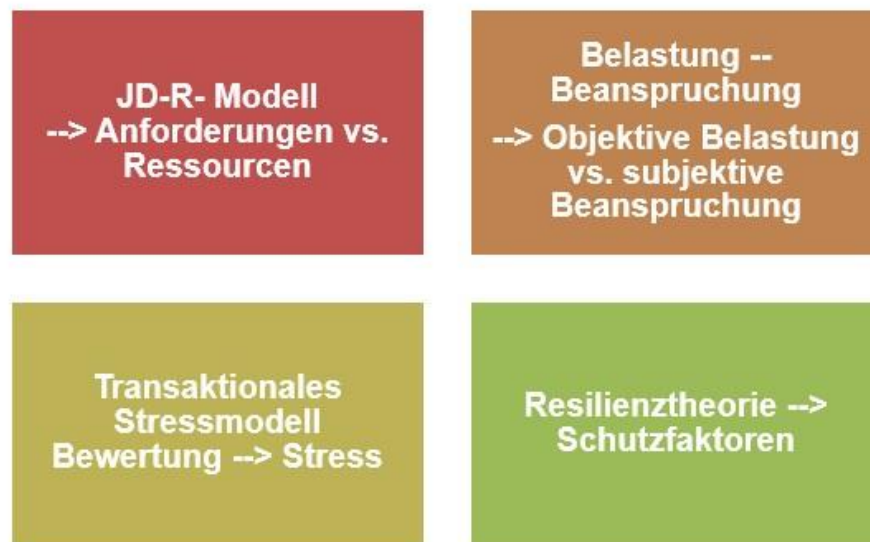


Abbildung 4 Arbeitspsychologische Modelle zur Analyse von ADHS im Rettungsdienst

(Eigene Darstellung in Anlehnung an Bakker & Demerouti, 2007; Lazarus & Folkman, 1984; Masten, 2014; Rohmert & Rutenfranz, 1975)

2.5 Inklusion & Diversität im Arbeitskontext

Der Neurodiversitätsansatz versteht Unterschiede in Wahrnehmung und Verhalten nicht primär als Defizite, sondern als Ausdruck menschlicher Vielfalt (Singer, 1999; Armstrong, 2010). Für den Rettungsdienst bedeutet dies, Belastungen und Stärken von Mitarbeitenden mit ADHS zu berücksichtigen und diskriminierungsfreie Arbeits- und Lernumgebungen zu gestalten. Auf gesellschaftlich-organisationaler Ebene bildet die UN-Behindertenrechtskonvention den normativen Rahmen für gleichberechtigte Teilhabe (United Nations, 2006). Auf Team- und Individualebene spielen soziale Unterstützung, Peer-Support, Supervision sowie die Förderung von Selbstwirksamkeit eine zentrale Rolle (Masten, 2014), siehe Abbildung 5.

Zwischenfazit. Inklusion im Rettungsdienst ist mehrdimensional (Recht, Organisation, Team, Individuum) und verlangt strukturelle wie pädagogische Maßnahmen.

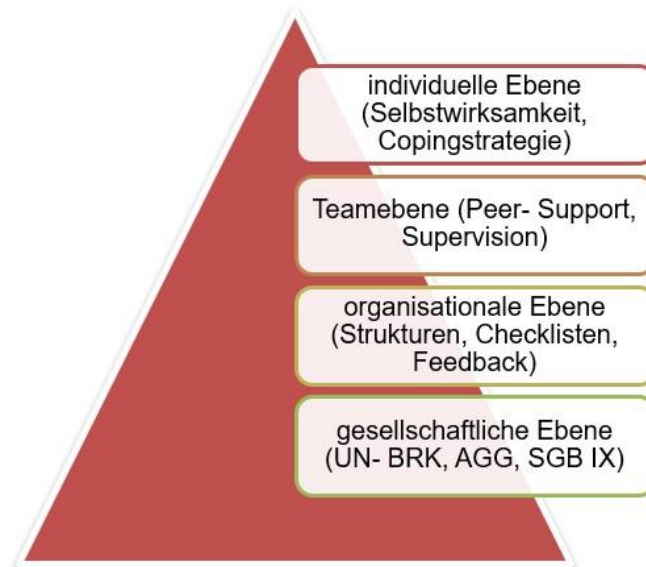


Abbildung 5 Ebenen der Inklusion und Diversität im Rettungsdienst

(Eigene Darstellung in Anlehnung an Singer, 1999; Armstrong, 2010; United Nations, 2006; Masten, 2014)

2.6 Forschungsstand und Forschungslücke

In den letzten Jahren ist die Forschung zu ADHS im Erwachsenenalter zunehmend erweitert worden. Epidemiologische Studien berichten Prävalenzraten von etwa 2,5–4% in der erwachsenen Bevölkerung (DGPPN & AWMF, 2023). Längsschnittuntersuchungen weisen darauf hin, dass die Symptomatik bei einem Teil der Betroffenen über das Kindes- und Jugendalter hinaus bestehen bleibt und im Erwachsenenalter insbesondere exekutive Defizite hervortreten (Barkley, 2015).

Für den beruflichen Kontext Rettungsdienst liegen bislang nur begrenzte Befunde vor. Studien beschreiben ambivalente Rollen von Impulsivität und Improvisationsfähigkeit (Sedgwick et al., 2019). Mixed-Methods-Befunde dokumentieren paradoxe Stressreaktionen und Phasen von Hyperfokus in hochdynamischen Situationen, die für die Arbeit im Rettungsdienst bedeutsam sind (Sedgwick et al., 2019). Erste explorative Befragungen deuten zudem auf eine mögliche erhöhte Vertretung von Personen mit ADHS im Rettungsdienst hin

(Müller & Obermeier, 2021).

Zur besseren Übersicht fasst Tabelle 1 zentrale Studien, deren Befunde und Relevanz für die vorliegende Arbeit zusammen.

Tabelle 1 Übersicht Forschungsstand zu ADHS im Erwachsenenalter und im Rettungsdienst

Studie	Design / Stichprobe	Zentrale Befunde	Relevanz für diese Arbeit
Simon et al. (2009); Kooij et al. (2010)	Epidemiologische Studien, Erwachsene	Prävalenz ADHS im Erwachsenenalter ca. 2,5–4 %	Grundlegende Prävalenzdaten, keine berufsbezogene Differenzierung
Barkley (2015); Nigg (2017)	Langzeitstudien, Übersichtsarbeiten	Persistenz der Symptomatik, Fokus auf exekutive Defizite	Theoretische Basis für die Annahme beruflicher Relevanz
Brown & Casey (2016)	Qualitative Fallstudien, Rettungsdienstnahe Kontexte	Ambivalenz: Impulsivität ↔ Improvisationsfähigkeit	Erste Hinweise auf berufliche Relevanz für Rettungsdienst
Sedgwick et al. (2019); Shaw et al. (2014)	Mixed-Methods, klinische Samples	Paradoxe Stressreaktion, Hyperfokus in Hochstresssituationen	Direkt anschlussfähig an Rettungsdiensteinsätze
Müller & Obermeier (2021)	Explorative Befragung Rettungsfachkräfte	Hinweise auf überproportionale Vertretung von ADHS-Betroffenen im Rettungsdienst	Deutet Forschungslücke und Relevanz explizit an

(Eigene Darstellung)

Die bisherigen Arbeiten verdeutlichen, dass grundlegende Daten zu Prävalenz und Symptompersistenz im Erwachsenenalter vorliegen. Allerdings zeigen sich mehrere offene Forschungsfragen für den Rettungsdienst:

- Differenzierte Prävalenzdaten für diese Berufsgruppe liegen bislang nicht vor.
- Die Wechselwirkungen zwischen ADHS-Symptomen und arbeitspsychologischen Belastungsmodellen sind kaum untersucht.
- Geschlechtsspezifische Unterschiede im beruflichen Kontext sind bisher unzureichend berücksichtigt.
- Pädagogische und organisationale Handlungskonzepte wurden wissenschaftlich noch nicht systematisch untersucht.

Zwischenfazit: Während die Forschung wesentliche Grundlagen zu ADHS im Erwachsenenalter bereitstellt, ist die berufsspezifische Perspektive für den Rettungsdienst bislang nur unzureichend untersucht. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Belastungen, Ressourcen und pädagogische Unterstützungsansätze systematisch in den Blick zu nehmen.

2.7 Forschungsfragen und Hypothesen

Aus den identifizierten Forschungslücken ergeben sich folgende zentrale Forschungsfragen:

1. Wie beeinflusst ADHS das Arbeitsverhalten, die Stressbewältigung und das Entscheidungsverhalten im Rettungsdienst?
2. Welche pädagogischen und organisationalen Konzepte können eine resiliente und inklusive Arbeitsumgebung für Rettungskräfte mit ADHS unterstützen?

Zur Bearbeitung dieser Fragen werden drei Hypothesen formuliert, die sich aus theoretischen Modellen (z. B. Yerkes-Dodson-Gesetz, JD-R-Modell, Neurodiversitätsansatz) und bisherigen empirischen Befunden ableiten:

- H1: Erwachsene mit ADHS zeigen insbesondere bei monotonen oder wenig stimulierenden Aufgaben eine erhöhte Ablenkbarkeit gegenüber irrelevanten Reizen (DGPPN & AWMF, 2023)
- H2: Pädagogische Interventionen und strukturelle Anpassungen können die Selbstwirksamkeit sowie die Teamintegration von ADHS-Betroffenen stärken. (Schwarzer & Jerusalem, 1999; Scholz et al., 2002).
- H3: Eine erhöhte Empathiefähigkeit kann die Qualität der Patientenversorgung positiv beeinflussen, ist jedoch mit erhöhter emotionaler Belastung verbunden. (Sedgwick, Merwood & Asherson, 2019).

Zwischenfazit Theorieteil

Der theoretische Hintergrund hat gezeigt, dass ADHS im Erwachsenenalter durch ein Spannungsfeld von Symptompersistenz und potenziellen Ressourcen gekennzeichnet ist. Neben neurobiologischen Besonderheiten bestehen im Arbeitskontext Rettungsdienst spezifische Herausforderungen: erhöhte Ablenkbarkeit bei Routinetätigkeiten, paradoxe Stressreaktionen, impulsives Entscheidungsverhalten sowie Strategien des Camouflaging. Gleichzeitig werden Stärken wie Hyperfokus, Improvisationsfähigkeit und Empathie hervorgehoben, die insbesondere in dynamischen Einsatzsituationen von Bedeutung sind.

Arbeitspsychologische Modelle (z. B. JD-R-Modell, Belastungs-Beanspruchungs-Modell, Transaktionales Stressmodell, Resilienztheorie) verdeutlichen, dass Belastungen und Ressourcen im Rettungsdienst im Wechselspiel stehen und durch organisationale Strukturen sowie individuelle Bewertungen beeinflusst werden. Ergänzend unterstreicht der Diskurs zu

Inklusion und Diversität die Notwendigkeit, neurodiverse Mitarbeitende nicht defizitär, sondern als Teil menschlicher Vielfalt zu verstehen und durch strukturelle sowie pädagogische Maßnahmen zu unterstützen.

Für die Arbeit bedeutet dies, dass Handlungsempfehlungen auf mehreren Ebenen ansetzen müssen: bei der individuellen Förderung (z. B. Selbstwirksamkeit, Coping-Strategien), auf Teamebene (z. B. Peer-Support, transparente Kommunikation) sowie auf organisationaler Ebene (z. B. klare Abläufe, diskriminierungsfreie Strukturen). Die Analyse des Forschungsstands zeigt jedoch, dass für den Rettungsdienst bislang kaum systematische Untersuchungen vorliegen. Daraus ergibt sich die Forschungslücke, die in dieser Arbeit adressiert wird: die systematische Erfassung von Belastungen, Ressourcen und pädagogischen Unterstützungsansätzen für Rettungskräfte mit ADHS.

3 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben. Es werden Studiendesign, Durchführung, Ein- und Ausschlusskriterien, die eingesetzten Instrumente, die Zusammensetzung der Stichprobe, das Vorgehen bei der Auswertung sowie die Gütekriterien dargestellt. Ziel ist es, die Nachvollziehbarkeit der Untersuchung sicherzustellen und ihre Einbettung in wissenschaftliche Standards zu verdeutlichen.

3.1 Studiendesign

Die Untersuchung wurde als Mixed-Methods-Studie konzipiert, die eine quantitative Querschnittsbefragung mit einer ergänzenden qualitativen Interviewerhebung kombiniert. Dieses Vorgehen folgt dem Ansatz „QUAN→qual“ nach Creswell und Plano Clark (2018). Zunächst wurden standardisierte Daten auf Gruppenebene erhoben und anschließend durch qualitative Interviews vertieft. Ziel dieser Kombination war es, sowohl generalisierbare Muster zu erfassen, als auch individuelle Erfahrungen sichtbar zu machen, um so ein umfassendes Verständnis des Forschungsgegenstandes zu ermöglichen.

Die Wahl eines Mixed-Methods-Ansatzes begründet sich aus den Forschungsfragen der Arbeit (Kapitel 2.7). Diese zielen einerseits auf die quantifizierbare Erfassung von Symptomen, Ressourcen und Belastungen von Rettungskräften mit und ohne ADHS. Andererseits sollten auch subjektive Wahrnehmungen und Bewältigungsstrategien sichtbar gemacht werden, die durch standardisierte Fragebögen nur unvollständig erfasst werden können. Mixed Methods erlaubt es, quantitative und qualitative Daten systematisch zu verknüpfen und dadurch die Validität der Befunde zu erhöhen (Creswell & Plano Clark, 2018).

Der quantitative Teil wurde als Querschnittsstudie realisiert. Querschnittsdesigns sind geeignet, um innerhalb eines begrenzten Zeitraums eine größere Stichprobe zu erfassen und explorative Hypothesen zu prüfen (Bortz & Döring, 2016). Die qualitative Ergänzung erfolgte über leitfadengestützte Interviews, die es ermöglichten, Themen wie Hyperfokus, Camouflaging oder Rebound-Effekte detaillierter zu beleuchten.

Zwischenfazit: Das Studiendesign kombiniert die Vorteile standardisierter quantitativer Erhebungen mit der inhaltlichen Tiefe qualitativer Interviews. Damit wird die Komplexität der Fragestellung angemessen berücksichtigt und eine Forschungslücke im Rettungsdienst geschlossen.

3.2 Literaturrecherche (für den Theorieteil)

Analog zu systematischen Reviews wurde auch für die theoretische Fundierung der Arbeit eine strukturierte Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war es, zentrale Modelle, Konzepte und empirische Studien zu identifizieren, die als Basis für die Hypothesenbildung dienen.

Die Recherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, PsycINFO, Google Scholar und FIS Bildung. Verwendet wurden Kombinationen der Suchbegriffe ADHD/ADHS, adults, emergency services/rescue service/EMS, coping, stress, decision making, camouflaging, neurodiversity, inclusion sowie deutsche Äquivalente. Der Suchzeitraum umfasste überwiegend Publikationen von 2010 bis 2023, ergänzt durch zentrale Basiswerke (z. B. Barkley, 2015; Yerkes & Dodson, 1908).

Einschlusskriterien waren: peer-reviewed Publikationen, empirische Studien und systematische Reviews mit Fokus auf Erwachsenenalter, Arbeitskontext Gesundheit/Notfall sowie deutsch- oder englischsprachige Veröffentlichungen. Ausgeschlossen wurden populärwissenschaftliche Beiträge, nicht-wissenschaftliche Internetquellen sowie Arbeiten ohne Bezug zu Erwachsenen mit ADHS.

Zwischenfazit: Die strukturierte Literaturrecherche gewährleistete, dass die theoretische Fundierung breit und systematisch erfolgte. Sie bildet die Grundlage für die Hypothesenbildung (Kapitel 2.7) und zeigt, dass das methodische Vorgehen sowohl im empirischen als auch im theoretischen Teil transparent ist.

3.3 Durchführung

Die Datenerhebung erfolgte in zwei Schritten: einer standardisierten Onlinebefragung sowie ergänzenden leitfadengestützten Interviews. Durch diese Kombination wurde sowohl eine breite quantitative Datenbasis geschaffen; als auch eine qualitative Vertiefung ermöglicht.

3.3.1 Quantitative Erhebung

Die quantitative Komponente wurde als anonyme Online-Befragung mit der Software SoSci Survey realisiert. Diese Plattform ermöglicht eine datenschutzkonforme Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten (Leiner, 2019). Die Erhebungsphase erstreckte sich über einen Zeitraum von vier Wochen. In dieser Zeit wurden Rettungskräfte über verschiedene Kanäle zur Teilnahme eingeladen, darunter E-Mail-Verteiler, fachspezifische Social-MediaGruppen sowie persönliche Kontakte. Durch diese mehrgleisige Rekrutierungsstrategie sollte eine möglichst heterogene Stichprobe erreicht werden.

Vor Beginn des Fragebogens erhielten die Teilnehmenden eine standardisierte Studieninformation mit Angaben zu Ziel, Ablauf, Dauer, Freiwilligkeit und Datenschutz. Erst nach aktiver Zustimmung zur informierten Einwilligung konnten die Fragen aufgerufen werden. Damit wurde den Grundsätzen der informierten Einwilligung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) entsprochen.

Die Teilnahme war freiwillig, anonym und konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Es wurden keine personenbezogenen Daten wie Name, Adresse oder IP-Adresse gespeichert. Zur Sicherstellung der Datenqualität wurden unvollständig ausgefüllte oder offensichtlich nicht ernsthaft bearbeitete Fragebögen (z. B. durchgängig identische Antwortmuster) von der weiteren Analyse ausgeschlossen.

3.3.2 Qualitative Erhebung

Zur Ergänzung der quantitativen Befragung wurden drei leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Auswahl der Interviewpartner:innen erfolgte nach dem Prinzip des purposive sampling (Patton, 2015). Ziel war es, sowohl die Perspektive einer betroffenen Person mit ADHS-Diagnose als auch die Sichtweisen von Kolleg:innen ohne Diagnose einzubeziehen. Dadurch konnte eine differenzierte Betrachtung individueller und teambezogener Erfahrungen ermöglicht werden.

Die Interviews wurden über die datenschutzkonforme Videokonferenzplattform Zoom durchgeführt. Die Dauer lag zwischen 20 und 30 Minuten. Mit Einwilligung der Teilnehmenden wurden die Gespräche digital aufgezeichnet, anschließend

vollständig transkribiert, pseudonymisiert und nach Abschluss der Transkription anonymisiert. Die Audioaufnahmen wurden nach der Verschriftlichung endgültig gelöscht.

Für die qualitative Datenerhebung wurde ein halbstandardisiertes Leitfadeninterview nach Mayring (2015) eingesetzt. Der Interviewleitfaden orientierte sich an den quantitativen Schwerpunkten der Befragung (Arbeitsverhalten, Stressbewältigung, Selbstwirksamkeit und soziale Integration) und wurde durch offene Fragen zu Stärken, Belastungen und Copingstrategien ergänzt (Anhang C).

Der Ablauf der Mixed-Methods-Studie, von der Literaturrecherche über die quantitative und qualitative Datenerhebung bis hin zur Integration der Ergebnisse, ist in Abbildung 6 zusammengefasst.

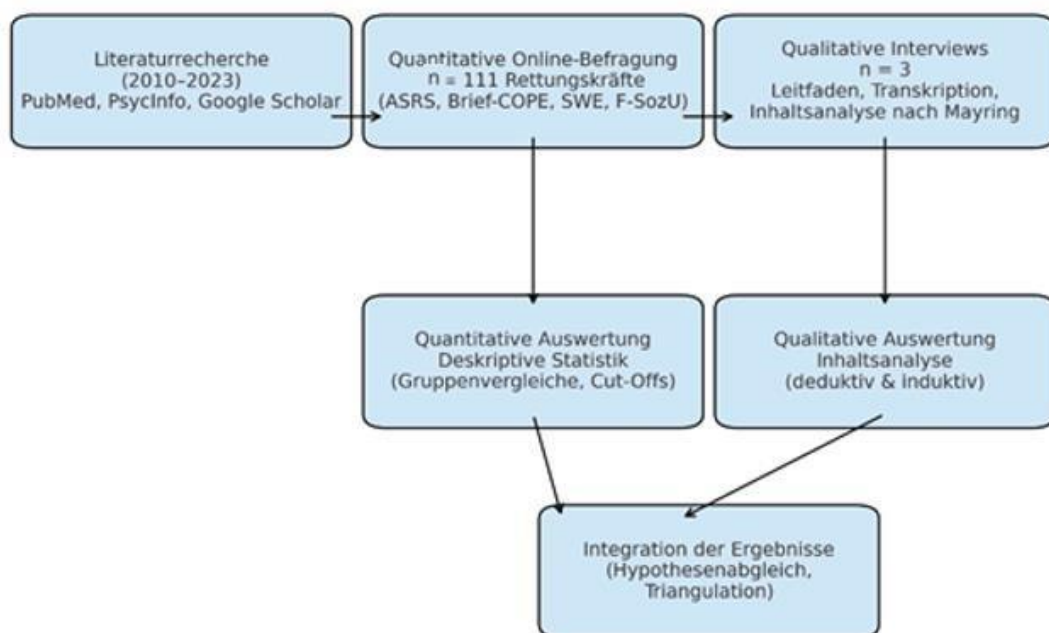


Abbildung 6 Der Ablauf der Mixed- Methods- Studie

(Eigene Darstellung, in Anlehnung an Creswell & Plano Clark, 2018)

Zwischenfazit

Die Durchführung der Studie folgte einem zweistufigen Vorgehen, das quantitative Breite und qualitative Tiefe miteinander verknüpfte. Die Online-Befragung erwies sich als praktikable Methode, um eine große und heterogene Gruppe von Rettungskräften zu erreichen. Ergänzend lieferten die Interviews

vertiefende Einblicke in subjektive Erfahrungen, die in standardisierten Fragebögen nicht vollständig erfasst werden konnten. Durch die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben und die Sicherstellung informierter Einwilligung wurde zudem die ethische Qualität der Erhebung gewährleistet.

3.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Vergleichbarkeit der Daten sicherzustellen und eine valide Abgrenzung der Zielgruppe vorzunehmen, wurden vor Beginn der Datenerhebung klare Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Diese Kriterien dienten dazu, die Relevanz der Stichprobe für die Forschungsfragen zu sichern und ungeeignete oder fehlerhafte Datensätze systematisch auszuschließen.

3.4.1 Einschlusskriterien

Teilnehmende wurden in die Untersuchung eingeschlossen, wenn sie folgende Bedingungen erfüllten:

- Mindestalter von 18 Jahren: Die Teilnahme setzte die Volljährigkeit voraus, um eine rechtlich wirksame Einwilligung zur Teilnahme und Datenverarbeitung sicherzustellen.
- Aktuelle Tätigkeit im Rettungsdienst: Eingeschlossen waren Personen mit einer Qualifikation als Rettungshelfer:in, Rettungssanitäter:in, Rettungsassistent:in, Notfallsanitäter:in oder Notärzt:in. Ebenfalls berücksichtigt wurden Auszubildende in diesen Berufsbildern, da sie bereits praktische Erfahrungen im Rettungsdienst sammeln.
- Ausreichende Deutschkenntnisse: Da die Befragung und Interviews in deutscher Sprache durchgeführt wurden, mussten Teilnehmende über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, um die Fragen zuverlässig beantworten zu können.

3.4.2 Ausschlusskriterien

Von der Teilnahme ausgeschlossen wurden Personen, die eines oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllten:

- Keine Tätigkeit im Rettungsdienst: Personen, die nicht aktiv im Rettungsdienst beschäftigt waren, konnten nicht berücksichtigt werden.
- Unvollständig ausgefüllte Fragebögen: Datensätze, die wesentliche Angaben vermissen ließen, wurden aus Gründen der Datenqualität ausgeschlossen.
- Offensichtlich nicht ernsthaft ausgefüllte Fragebögen: Hierzu zählten durchgehend identische Antwortmuster oder Angaben ohne erkennbaren

Bezug zu den gestellten Fragen.

Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchung

Kriterium	Beschreibung
Einschluss	Alter ≥ 18 Jahre; Tätigkeit im Rettungsdienst; ausreichende Deutschkenntnisse
Ausschluss	Unvollständige Datensätze; keine Tätigkeit im Rettungsdienst; nicht ernsthaft ausgefüllte Bögen

(Eigene Darstellung)

Zwischenfazit

Die Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien gewährleistete, dass die Stichprobe die Zielgruppe der Untersuchung zuverlässig abbildet. Durch die Abgrenzung wurden Verzerrungen reduziert, die durch ungeeignete Teilnehmende oder unvollständige Datensätze hätten entstehen können. Gleichzeitig wurde eine Balance zwischen methodischer Strenge und praktischer Umsetzbarkeit erreicht, sodass eine hinreichend große und qualitativ belastbare Stichprobe für die Auswertung zur Verfügung stand.

3.5 Instrumente

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden ausschließlich validierte und international etablierte Instrumente eingesetzt, die jeweils spezifisch den Hypothesen dieser Arbeit zugeordnet sind. Dadurch wird eine gezielte Überprüfung der Annahmen ermöglicht.

3.5.1 Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS, Kurzversion)

Zur Erfassung von ADHS-Symptomen im Erwachsenenalter wurde die sechsteilige Kurzform des ASRS eingesetzt (Kessler et al., 2005). Das Instrument erfasst Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität und adressiert damit unmittelbar Hypothese 1, die eine erhöhte Ablenkbarkeit bei monotonen Aufgaben annimmt. Die Antworten erfolgen auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0=nie bis 4=sehr häufig). Der von der WHO empfohlene Cut-off von $M=2,33$ (entspricht 14

Punkten) diene der Differenzierung auffälliger und unauffälliger Symptomwerte.

3.5.2 Brief-COPE

Zur Erfassung von Stressbewältigungsstrategien wurde das Brief-COPE eingesetzt (Carver, 1997). Es umfasst problemorientierte, emotionsorientierte und vermeidungsorientierte Strategien. Damit trägt es zur Prüfung von Hypothese 1 bei, indem Copingmechanismen in monotonen Situationen sichtbar werden, und liefert zudem Grundlagen für die Analyse von Belastung und Resilienz im Sinne von Hypothese 2.

3.5.3 Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die SWE (Schwarzer & Jerusalem, 1999) erfasst das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, schwierige Situationen zu bewältigen. Da Hypothese 2 von einer Stärkung der Selbstwirksamkeit durch pädagogische Interventionen ausgeht, ist dieses Instrument zentral für die quantitative Überprüfung.

3.5.4 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU, Kurzform)

Die Kurzform des F-SozU (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007) wurde zur Erfassung der wahrgenommenen Verfügbarkeit emotionaler und praktischer Unterstützung eingesetzt. Damit wird ein zweiter Kernaspekt von Hypothese 2 abgebildet, da soziale Integration und Unterstützung als Ressourcen für ADHS-Betroffene im Rettungsdienst gelten.

Tabelle 3 Übersicht der eingesetzten Messinstrumente

Instrument	Kurzbeschreibung	Beispiel-Item	Skala / Auswertung
ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale, Kessler et al., 2005)	Screening-Instrument zur Erfassung von ADHS-Symptomen im Erwachsenenalter	„Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, Aufgaben zu Ende zu bringen?“	18 Items, 5-stufige Likert-Skala (0 = nie bis 4 = sehr oft); Cut-off nach Kessler et al.
Brief-COPE (Carver, 1997)	Erfassung von Bewältigungsstrategien	„Ich habe versucht, eine positive Seite der Situation zu sehen.“	28 Items, 4-stufige Likert-Skala (1 = gar nicht bis 4 = sehr oft); Subskalen (z. B. Akzeptanz, Vermeidung)
SWE (Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit, Schwarzer & Jerusalem, 1999)	Erfassung der generellen Überzeugung, schwierige Situationen meistern zu können	„Egal was passiert, ich werde schon klarkommen.“	10 Items, 4-stufige Likert-Skala (1 = trifft nicht zu bis 4 = trifft genau zu); Summenscore
F-SozU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Fydrich et al., 1999; Kurzform)	Erfassung wahrgenommener sozialer Integration	„Ich habe Freunde, auf die ich mich verlassen kann.“	Kurzskala mit 14 Items; 5-stufige Likert-Skala

Anmerkung (Eigene Darstellung). ASRS nach Kessler et al. (2005); Brief-COPE nach Carver (1997); SWE nach Schwarzer & Jerusalem (1999); F-SozU K-14 nach Fydrich, Sommer & Brähler (2007).

3.5.5 Qualitative Interviews

Die leitfadengestützten Interviews dienten der vertiefenden Exploration individueller Erfahrungen, die durch standardisierte Skalen nicht abgebildet werden können. Besonders relevant sind sie für Hypothese 3, da sie ermöglichen, die Ambivalenz erhöhter Empathiefähigkeit – Ressource in der Patientenversorgung, zugleich potenzielle Belastung – detailliert zu erfassen.

Zwischenfazit:

Die eingesetzten Instrumente sind hypothesenbezogen ausgewählt und decken sowohl Belastungen (ADHS-Symptomatik, Coping), als auch Ressourcen (Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Empathie) ab. Durch die Kombination standardisierter Skalen und qualitativer Interviews ergibt sich ein methodisch ausgewogenes Bild, das für die Forschungsfragen dieser Arbeit zentral ist.

3.6 Beschreibung der Stichprobe

3.6.1 Quantitative Stichprobe

An der Online-Befragung nahmen insgesamt n=111 Rettungskräfte teil, deren Datensätze nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien vollständig auswertbar waren. Damit konnte für den Rettungsdienst eine vergleichsweise große Stichprobe im Rahmen einer Bachelorarbeit erreicht werden, die sowohl deskriptive Analysen als auch explorative Gruppenvergleiche erlaubt.

Die Altersverteilung umfasste sowohl Berufseinsteiger:innen (18–24 Jahre), als auch erfahrene Fachkräfte (bis 45+ Jahre). Hinsichtlich des Diagnosestatus gaben 14 Personen eine ärztlich bestätigte ADHS-Diagnose an, während weitere auffällige Symptomwerte über das Screening (ASRS) ermittelt wurden. Damit war es möglich, Subgruppenvergleiche vorzunehmen, die für die Überprüfung von Hypothese 1 (Ablenkbarkeit) und Hypothese 2 (Selbstwirksamkeit, soziale Integration) relevant sind.

Auch das Geschlechterverhältnis spiegelte die Diversität im Rettungsdienst wider, wenn auch mit einem Männerüberhang. Beruflich waren alle Qualifikationsstufen vertreten, von Rettungshelfer:innen über Notfallsanitäter:innen bis hin zu Notärzt:innen. Diese Breite erhöht die Aussagekraft für die Gesamtheit des

Berufsfeldes.

Tabelle 4 Verteilung nach Altersgruppen und Diagnosestatus

Altersgruppe	Diagnose Ja	Diagnose Nein	Gesamt
18 – < 25 Jahre	0	37	37
25 – < 30 Jahre	9	22	31
30 – < 35 Jahre	3	11	14
35 – < 45 Jahre	1	14	15
45+ Jahre	1	9	10
Gesamt	14	93	111

(Eigene Darstellung)

3.6.2 Qualitative Stichprobe

Ergänzend wurden drei leitfadengestützte Interviews durchgeführt, ausgewählt nach dem Prinzip des purposive sampling (Patton, 2015). Die Stichprobe (n=3) umfasste:

- eine Person mit ärztlich bestätigter ADHS-Diagnose,
- eine Kollegin ohne Diagnose, • einen Kollegen ohne Diagnose.

Obwohl die qualitative Fallzahl klein ist, erlaubt sie eine vertiefte Betrachtung individueller Wahrnehmungen, insbesondere im Hinblick auf Hypothese 3 (Empathie und Belastung). Durch die gezielte Auswahl konnte die Perspektive Betroffener mit den Wahrnehmungen von Kolleg:innen kontrastiert werden, was methodisch den Mehrwert einer Kontextualisierung der quantitativen Ergebnisse schafft.

Auch wenn mit drei Interviews eine vergleichsweise kleine qualitative Stichprobe realisiert wurde, erfolgte die Auswahl nach dem Prinzip des purposive sampling (Patton, 2015). Durch die Kombination einer betroffenen Person mit ADHS-Diagnose sowie zweier Kolleg:innen ohne Diagnose konnte eine Perspektivenvielfalt abgebildet werden, die gezielt der Kontextualisierung der quantitativen Ergebnisse diene. Die qualitative Erhebung hatte damit nicht das Ziel einer theoretischen Sättigung, sondern erfüllte die Funktion einer vertiefenden Exploration und Veranschaulichung zentraler Muster.

Tabelle 5 Übersicht qualitative Stichprobe

Interview-ID	Geschlecht	Alter	Funktion im Rettungsdienst	ADHS-Diagnose
I-1	männlich	keine Angabe (anonymisiert)	Notfallsanitäter	Ja
I-2	weiblich	28	Rettungssanitäterin	Nein
I-3	männlich	23	Rettungshelfer	Nein

(Eigene Darstellung)

3.6.3 Limitationen der Stichprobe

Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für alle Rettungskräfte in Deutschland, da die Teilnahme freiwillig und online erfolgte. Zudem war der Anteil diagnostizierter Personen gering, was die statistische Überprüfung von Hypothese 1 einschränkt. Dennoch bietet die quantitative Breite mit $n=111$ und die qualitative Tiefe mit $n=3$ eine tragfähige Grundlage für eine explorative Untersuchung.

Zwischenfazit:

Die Stichprobe kombiniert Breite (quantitative Erhebung) und Tiefe (qualitative Interviews) und ermöglicht so eine differenzierte Bearbeitung der Forschungsfragen. Während die quantitative Befragung die Hypothesen 1 und 2 adressiert, tragen die Interviews wesentlich zur Kontextualisierung von Hypothese 3 bei.

3.7 Vorgehen bei der Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte getrennt für den quantitativen und qualitativen Teil der Untersuchung. Diese Trennung entspricht dem Mixed-Methods-Ansatz (QUAN → qual), bei dem zunächst standardisierte Daten auf Gruppenebene analysiert und anschließend qualitative Interviews zur Kontextualisierung herangezogen werden (Creswell & Plano Clark, 2018).

3.7.1 Quantitative Auswertung

Die quantitativen Daten wurden nach dem Export aus SoSci Survey vollständig anonymisiert in Microsoft Excel und anschließend in SPSS aufbereitet. Datensätze, die unvollständig waren oder offensichtlich nicht ernsthaft bearbeitet wurden, wurden vor der Analyse ausgeschlossen.

Analyseschritt:

1. Berechnung von Mittelwerten, Standardabweichungen und Häufigkeiten für alle eingesetzten Skalen.
2. Kategorisierung der Skalenwerte anhand definierter Interpretationsstufen (Cut-Offs, Stufenmodelle).
3. Vergleichende Auswertung zwischen Teilnehmenden mit gesicherter ADHS-Diagnose und ohne Diagnose.

Skalen und Kategorisierung:

- ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale, Kurzversion): Zur Identifikation auffälliger Symptomatik wurde der WHO-Cut-Off von $M=2,33$ (14 Punkte) angewendet. Werte $\geq 2,33$ wurden als auffällig, darunterliegende Werte als unauffällig klassifiziert (Kessler et al., 2005).
- Brief-COPE: Werte wurden in fünf Kategorien eingeteilt (1,0–1,9=kaum genutzt; 2,0–2,4=eher selten; 2,5–2,9=mäßig; 3,0–3,4=häufig; 3,5–4,0=sehr häufig) (Carver, 1997).
- SWE (Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung): Analoge Einteilung in fünf Stufen (1,0–1,9=sehr gering; 2,0–2,4=eher gering; 2,5–2,9=mittel; 3,0–3,4=eher hoch; 3,5–4,0=sehr hoch) (Schwarzer & Jerusalem, 1999).
- F-SozU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzform K-14): Items zur sozialen Unterstützung und Integration wurden auf einer fünfstufigen LikertSkala (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll zu) ausgewertet. Zur Interpretation wurden die Werte in fünf Kategorien eingeteilt (1,0–1,9=sehr geringe Integration; 2,0–2,4=eher gering; 2,5–2,9=mäßig; 3,0–3,4=gut; 3,5–5,0=sehr stark) (Fydrich et al., 2007).

Zwischenfazit quantitative Auswertung:

Die Auswertung der quantitativen Daten ermöglichte die systematische Erfassung von Symptomatik, Stressbewältigung, Selbstwirksamkeit und sozialer Integration. Durch die Nutzung standardisierter Cut-Offs und Skalenwerte wurde ein hohes Maß an Vergleichbarkeit und Transparenz erreicht.

3.7.2 Qualitative Auswertung

Die qualitativen Daten wurden nach der Methode der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Analyseschritt:

1. Transkription der Interviews (wortgetreu, pseudonymisiert).

2. Paraphrasierung relevanter Textstellen.
3. Bildung von Haupt- und Subkategorien entlang der Forschungsfragen (deduktiv aus der Theorie, ergänzt durch induktive Kategorien).
4. Zuordnung von Ankerzitaten zur Sicherung der Nachvollziehbarkeit.
5. Verdichtung der Ergebnisse zu zentralen Themenclustern.

Tabelle 6 Beispielhafter Auszug aus dem Categoriesystem

Hauptkategorie	Subkategorie	Definition	Ankerzitat
Arbeitsverhalten	Routinebelastung	Schwierigkeiten bei Dokumentation/Warten	„Routineaufgaben ...“ (I-1)
Arbeitsverhalten	Hyperfokus	Fokussierung in Einsätzen	„Wenn es brennt ...“ (I-3)
Stressbewältigung	Rebound-Effekt	Erschöpfung nach Belastungsspitzen	„Nach dem Einsatz ...“ (I-1)
Teamdynamik	Reaktionen im Team	Positive/negative Wahrnehmungen	„Manche schätzen ...“ (I-2)
Camouflaging	Verbergen	Verschweigen der Diagnose/Symptome	„Ich verberge ...“ (I-1)

(Eigene Darstellung)

Die vollständige Version des Codebuchs mit allen Subkategorien und Ankerzitaten befindet sich im Anhang G.

Zwischenfazit qualitative Auswertung:

Die qualitative Analyse ermöglichte es, zentrale Aspekte wie Camouflaging, Hyperfokus und Rebound-Effekte herauszuarbeiten, die durch die quantitativen Instrumente nicht erfasst wurden. Die Kombination deduktiver und induktiver Kategorien stellte sicher, dass sowohl theoretisch erwartete als auch neu auftretende Themen berücksichtigt wurden.

3.7.3 Zusammenfassung der Auswertung

Die getrennte Auswertung der quantitativen und qualitativen Daten gewährleistete eine klare Strukturierung des Mixed-Methods-Ansatzes. Während die quantitative Analyse statistische Muster sichtbar machte, lieferte die qualitative Analyse tiefere Einblicke in subjektive Erfahrungen. Beide Zugänge ergänzten sich wechselseitig und erhöhten durch methodische Triangulation die Aussagekraft der Untersuchung.

3.8 Gütekriterien

Die Qualität empirischer Forschung wird anhand der Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität bewertet (Bortz & Döring, 2016). Ergänzend sind im qualitativen Teil Transparenz, Nachvollziehbarkeit und regelgeleitete Auswertung zentral (Mayring, 2015; Patton, 2015). Im Folgenden wird dargestellt, wie diese Kriterien in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt und welche Einschränkungen reflektiert wurden.

Statistische Absicherung. Ein weiterer methodischer Aspekt betrifft die fehlende inferenzstatistische Analyse. Aufgrund des explorativen Designs wurden ausschließlich deskriptive Auswertungen vorgenommen (Mittelwerte, Häufigkeiten, Gruppenvergleiche). Dies ermöglicht zwar eine differenzierte Darstellung von Mustern, schränkt jedoch die statistische Überprüfbarkeit der Hypothesen ein. Unterschiede zwischen Subgruppen (z. B. mit und ohne Diagnose) können, daher nur als Tendenzen interpretiert werden. Für künftige Studien erscheint der Einsatz inferenzstatistischer Verfahren notwendig, um Hypothesen systematisch zu testen und die Generalisierbarkeit der Befunde zu erhöhen.

3.8.1 Objektivität

Die Erhebung und Auswertung erfolgte standardisiert, sodass die Ergebnisse unabhängig von der durchführenden Person nachvollziehbar sind.

- Durchführungsobjektivität: Alle Teilnehmenden erhielten identische Instruktionen und denselben Fragebogen über SoSci Survey (Leiner, 2019).
- Auswertungsobjektivität: Die Berechnung der Skalenwerte basierte auf den Vorgaben der Originalinstrumente (ASRS, Brief-COPE, SWE, F-SozU).
- Interpretationsobjektivität: Ergebnisse wurden anhand definierter Cut-Offs beschrieben.

Reflexion: Eine völlige Unabhängigkeit ist im qualitativen Teil nicht erreichbar, da die Interpretation der Interviews stets forschungsleitenden Annahmen folgt. Durch ein dokumentiertes Kategoriensystem wurde die Subjektivität jedoch kontrollierbar gemacht.

3.8.2 Reliabilität

Zur Sicherstellung der Reliabilität wurden ausschließlich etablierte Skalen eingesetzt:

- ASRS: Cronbach's $\alpha = .63-.72$ (Kessler et al., 2005).
- Brief-COPE: Subskalen $\alpha = .60-.90$ (Carver, 1997). Dies stützt die Annahme, dass die eingesetzten Skalen reliabel messen und sich für den Einsatz in der vorliegenden Studie eignen.
- SWE: $\alpha = .80-.90$ (Schwarzer & Jerusalem, 1999).
- F-SozU (Kurzform): $\alpha = .85-.91$ (Fydrich et al., 2007).

Reflexion: Eine eigene Reliabilitätsprüfung (z. B. Cronbach's α an der vorliegenden Stichprobe) wurde nicht durchgeführt. Dies ist im Rahmen einer Bachelorarbeit üblich, reduziert jedoch die Möglichkeit, die Konsistenz der Skalen für die konkrete Stichprobe zu belegen.

3.8.3 Validität

Die eingesetzten Verfahren erfassen die vorgesehenen Konstrukte inhaltlich angemessen:

- ASRS: hohe Sensitivität für ADHS-Symptome im Erwachsenenalter.
- Brief-COPE: Konstruktvalidität für problem-, emotions- und vermeidungsorientiertes Coping.
- SWE: Validität durch Zusammenhänge mit Motivation und Resilienz.
- F-SozU: Inhaltsvalidität für soziale Unterstützung.

Reflexion: Die Validität qualitativer Ergebnisse hängt von der Offenheit der interviewten Personen ab, was methodisch nicht vollständig kontrollierbar ist. Durch Triangulation mit quantitativen Daten wurde dieses Risiko reduziert.

3.8.4 Ethische Aspekte

Die Untersuchung entsprach den Grundsätzen guter wissenschaftlicher Praxis und den Vorgaben der DSGVO: informierte Einwilligung, Anonymisierung aller Datensätze, keine Speicherung personenbezogener Daten, Löschung der Audioaufnahmen nach Transkription.

Reflexion: Ein formales Votum einer Ethikkommission wurde nicht eingeholt. Für eine studentische Arbeit ohne klinische Intervention ist dies jedoch üblich und methodisch vertretbar.

3.8.5 Zusammenfassendes Zwischenfazit

Die Gütekriterien wurden in allen relevanten Dimensionen berücksichtigt. Während die Objektivität und Reliabilität durch standardisierte Skalen gesichert sind, bestehen im qualitativen Teil unvermeidbare Einschränkungen. Die Validität wurde durch die Kombination quantitativer und qualitativer Verfahren gestärkt. Insgesamt sind die methodischen Standards für eine Bachelorarbeit eingehalten, verbleibende Limitationen wurden reflektiert und transparent gemacht.

3.9 Limitationen der Methodik

Trotz der sorgfältigen Planung und Durchführung weist die Methodik bestimmte Einschränkungen auf, die für die Interpretation der Ergebnisse relevant sind.

Stichprobe. Die Stichprobe basiert auf freiwilliger Teilnahme über OnlineKanäle. Dadurch ergibt sich ein Selektionsbias: Personen mit eigener Betroffenheit oder besonderem Interesse am Thema könnten überrepräsentiert sein. Zudem ist die Stichprobe nicht repräsentativ für alle Rettungskräfte in Deutschland. Dies limitiert insbesondere die Generalisierbarkeit der Ergebnisse von Hypothese 1 (Ablenkbarkeit) und Hypothese 2 (Selbstwirksamkeit/Integration), die damit nur explorativ betrachtet werden können.

Diagnosestatus. Der Anteil an Personen mit ärztlich bestätigter ADHS-Diagnose war gering. Darüber hinaus wurde nicht erfasst, ob eine medikamentöse Behandlung vorlag. Dies könnte die Vergleichbarkeit innerhalb der Subgruppen beeinflussen und wirkt sich direkt auf die Interpretation von Hypothese 1 aus.

Messinstrumente. Der Einsatz des ASRS erlaubt nur ein Screening, keine klinische Diagnosestellung. Damit können Ergebnisse zu Hypothese 1 lediglich Tendenzen aufzeigen. Selbstberichtsinstrumente wie Brief-COPE, SWE und F-SozU sind zudem anfällig für soziale Erwünschtheit, was die Validität der Befunde zu Hypothese 2 einschränkt.

Qualitativer Teil. Die qualitative Untersuchung basiert auf nur drei Interviews. Sie ist daher nicht geeignet, Muster generalisierbar abzuleiten. Dennoch liefert

sie wertvolle Hinweise für Hypothese 3 (Empathie und Belastung), die im quantitativen Teil nicht abgebildet werden konnten. Die Intercoder-Reliabilität wurde nur stichprobenartig geprüft, sodass Restunsicherheiten in der Kategorisierung bestehen.

Mixed-Methods-Design. Das sequentielle Vorgehen (QUAN→qual) ermöglichte eine Kontextualisierung der quantitativen Ergebnisse durch qualitative Daten, wobei die Gewichtung eindeutig auf der quantitativen Komponente lag. Die qualitativen Befunde, insbesondere in Bezug auf Hypothese 3 haben daher explorativen Charakter.

Fehlende inferenzstatistische Absicherung. Die quantitativen Ergebnisse basieren ausschließlich auf deskriptiven Statistiken (Mittelwerte, Häufigkeiten, Gruppenvergleiche). Damit konnten Hypothesen explorativ illustriert, jedoch nicht auf Signifikanz getestet werden. Diese Einschränkung reduziert die Aussagekraft der Befunde, ist im Rahmen einer Bachelorarbeit mit explorativem Charakter jedoch methodisch vertretbar.

Einsatz von KI-Werkzeugen. Zur Unterstützung des Schreibprozesses wurden KI-gestützte Werkzeuge (z. B. DeepL Write) eingesetzt. Diese dienten ausschließlich der sprachlichen Optimierung (z. B. Vereinfachung von Formulierungen, Rechtschreibung, Grammatik) sowie der Glättung einzelner Textabschnitte. Eine inhaltliche Generierung von Ergebnissen oder theoretischen Konzepten erfolgte nicht. Der Einsatz wird im Hilfsmittel- und Prompt-Verzeichnis dokumentiert. Damit ist die Eigenleistung im empirischen und theoretischen Teil der Arbeit vollständig gewährleistet.

Zwischenfazit. Die genannten Limitationen schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein, mindern jedoch nicht deren Relevanz. Vielmehr unterstreichen sie den explorativen Charakter der Arbeit und zeigen auf, welche Aspekte in künftigen Studien mit größeren und repräsentativen Stichproben vertieft untersucht werden sollten.

Die methodischen Grenzen wurden transparent gemacht und bilden eine wichtige Grundlage für die Einordnung der Ergebnisse in Kapitel 4.

3.10 Gesamt- Zwischenfazit Methodik

Die Methodik dieser Arbeit kombiniert eine systematische Literaturrecherche mit einem Mixed-Methods-Design, bestehend aus quantitativer Querschnittsbefragung und qualitativen Interviews. Durch klare Ein- und Ausschlusskriterien, den Einsatz validierter Instrumente sowie die Orientierung an Gütekriterien wurde methodische Strenge gewährleistet. Gleichzeitig ermöglicht die Verbindung von Breite (n=111 in der quantitativen Erhebung) und Tiefe (n=3 in qualitativen Interviews) eine differenzierte Bearbeitung der Forschungsfragen. Damit bietet die Methodik eine tragfähige Grundlage, um die Ergebnisse in Kapitel 4 transparent darzustellen und praxisrelevante Handlungsempfehlungen abzuleiten.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Die Präsentation erfolgt strukturiert entlang der in Kapitel 2.7 formulierten Hypothesen. Zunächst werden die Ergebnisse zu Hypothese 1 berichtet (Abschnitt 4.1). Anschließend folgen die Befunde zu Hypothese 2 (Abschnitt 4.2) und Hypothese 3 (Abschnitt 4.3). Eine zusammenfassende Übersicht findet sich in Abschnitt 4.4. Eine inhaltliche Interpretation erfolgt erst in Kapitel 5.

4.1 Hypothese 1: Ablenkbarkeit in Routinetätigkeiten

Zur Überprüfung von Hypothese 1 wurde die Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS; Kessler et al., 2005) eingesetzt. Tabelle 7 zeigt die prozentuale Verteilung der Skalenwerte.

Tabelle 7 Verteilung der ASRS - Werte in der Stichprobe (n=111)

Kategorie	n	%
Unauffällig (0,0 – < 1,5)	25	22,50%
Grenzwertig (1,5 – < 2,3)	33	29,70%
Auffällig (2,3 – < 3,0)	24	21,60%
Deutlich auffällig (3,0 – 4,0)	29	26,10%
Gesamt	111	100%

Anmerkung (Eigene Darstellung). Cut-off-Werte gemäß Kessler et al. (2005).

Von den 111 Befragten erreichten 22,5% unauffällige Werte im ASRS. Dagegen lagen 47,7% der Teilnehmenden im auffälligen bzw. deutlich auffälligen Bereich. Damit zeigte ein erheblicher Anteil der Stichprobe klinisch relevante Symptome, was Hypothese 1 (erhöhte Ablenkbarkeit bei monotonen Aufgaben) stützt.

4.2 Hypothese 2: Ressourcen durch Selbstwirksamkeit und Integration

4.2.1 Stressbewältigung (Brief-COPE)

Zur Analyse der Stressbewältigung wurde das Brief-COPE (Carver, 1997) verwendet. Der Gesamtmittelwert lag bei $M=2,99$ ($SD=0,32$), mit Subskalenwerten zwischen 2,23 und 3,69.

Tabelle 8 Verteilung zur Stressbewältigung (n=111)

Kategorie	n	%
Strategie kaum genutzt (1,0 – < 2,0)	0	0,00%
Strategie eher selten genutzt (2,0 – < 2,5)	9	8,10%
Strategie mäßig genutzt (2,5 – < 3,0)	45	40,50%
Strategie häufig genutzt (3,0 – < 3,5)	52	46,90%
Strategie sehr häufig genutzt (3,5 – 4,0)	5	4,50%
Gesamt	111	100%

Anmerkung (Eigene Darstellung). Subskalen nach Carver (1997).

Die Ergebnisse zeigen, dass 45 Teilnehmende (40,5%) Bewältigungsstrategien mäßig nutzten, 52 (46,9%) häufig und 5 (4,5%) sehr häufig. Neun Personen (8,1%) gaben eine eher seltene Nutzung an.

4.2.2 Selbstwirksamkeit (SWE)

Zur Erfassung der Selbstwirksamkeit wurde die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) eingesetzt. Der Mittelwert betrug $M=3,12$ ($SD=0,40$).

Tabelle 9 Verteilung der Selbstwirksamkeit (n=111)

Kategorie	n	%
Sehr gering (1,0 – < 2,0)	0	0,00%
Eher gering (2,0 – < 2,5)	7	6,30%
Mittel (2,5 – < 3,0)	32	28,80%
Eher hoch (3,0 – < 3,5)	46	41,40%
Sehr hoch (3,5 – 4,0)	26	23,40%
Gesamt	111	100%

Anmerkung (Eigene Darstellung). Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE) nach Schwarzer & Jerusalem (1999).

6,3% der Teilnehmenden wiesen eine eher geringe Selbstwirksamkeit auf, 28,8% eine mittlere. 64,8% berichteten eine eher hohe bis sehr hohe Selbstwirksamkeit.

4.2.3 Soziale Integration

Die soziale Integration wurde mit dem F-SozU K-14 (Fydrich et al., 2007) erfasst. Der Mittelwert lag bei $M=3,36$ ($SD=0,55$).

Tabelle 10 Verteilung der sozialen Integration (n=111)

Kategorie	n	%
Sehr gering (1,0 – < 2,0)	2	1,80%
Eher gering (2,0 – < 2,5)	5	4,50%
Mittel (2,5 – < 3,0)	14	12,60%
Gut (3,0 – < 3,5)	26	23,40%
Sehr stark (3,5 – 4,0)	64	57,70%
Gesamt	111	100%

Anmerkung (Eigene Darstellung). Kurzform (K-14) nach Fydrich, Sommer & Brähler (2007).

1,8% der Mitwirkenden berichteten sehr geringe Integration, 4,5% eher geringe. Die Mehrheit gab gute (23,4%) oder sehr starke Integration (57,7%) an.

4.2.4 Zusammenhänge zwischen den Variablen

Zur weiteren Analyse wurden die Teilnehmenden nach ASRS-Ausprägung in vier Gruppen eingeteilt.

Tabelle 11 Mittelwert nach ASRS- Gruppen (n=111)

ASRS-Gruppe	n	Soziale Integration M (SD)	Stressbewältigung M (SD)	Selbstwirksamkeit M (SD)
Unauffällig	25	3.53 (0.63)	3.00 (0.33)	3.35 (0.36)
Grenzwertig	33	3.32 (0.58)	2.97 (0.30)	3.14 (0.33)
Auffällig	24	3.36 (0.48)	3.01 (0.30)	3.06 (0.37)
Deutlich auffällig	29	3.27 (0.48)	2.99 (0.38)	2.93 (0.46)
Gesamt	111			

(Eigene Darstellung)

Die Ergebnisse zeigen, dass Gruppen ohne auffällige Symptomatik tendenziell höhere Werte in Integration und Selbstwirksamkeit aufwiesen als auffällige Gruppen. Unterschiede bei der Stressbewältigung waren geringer ausgeprägt.

4.2.5 Explorative Analysen

Zusätzlich wurden Diagnose-Status und Geschlecht betrachtet.

Tabelle 12 Verteilung nach Diagnose - Status und Geschlecht (n=111)

Gruppe	n	Männlich	Weiblich	SWE M (SD)	Integration M (SD)
Mit Diagnose	18	6	12	2.95 (0.40)	3.20 (0.55)
Ohne Diagnose	93	56	37	3.18 (0.38)	3.40 (0.52)
Gesamt	111	62	49		

(Eigene Darstellung)

Teilnehmende mit ärztlich bestätigter Diagnose zeigten niedrigere Werte in Selbstwirksamkeit und Integration. In dieser Gruppe lag der Frauenanteil höher.

4.3 Hypothese 3: Empathie als Ressource und Belastung

Die qualitativen Interviews lieferten zusätzliche Einblicke, insbesondere für Hypothese 3.

Arbeitsverhalten.

- „Routineaufgaben wie Dokumentation empfinde ich als sehr anstrengend...“ (Anhang D, Z.10f).
- „In Notfällen bin ich unglaublich fokussiert...“ (Anhang D, Z.17f).

Stressbewältigung

- „Nach dem Einsatz falle ich oft in ein Loch.“ (Anhang D, Z.19f).
- „Ich habe auch das Gefühl, dass er manchmal versucht, seine Probleme zu überspielen, damit es nicht auffällt.“ (Anhang F, Z.5ff).

Integration & Offenlegung.

- „Mein Arbeitgeber weiß es nicht...“ (Anhang D, Z.34f).
- „Es wäre aber hilfreich, wenn wir als Team mehr Hintergrundwissen zu ADHS hätten....“ (Anhang E, Z.10f).

Ressourcen.

- „Er vermittelt den Patient:innen viel Vertrauen.“ (Anhang E, Z.14f).
- „Ich bin sehr empathisch, nehme viel wahr, was Patient:innen nicht sagen. Das hilft.“ (Anhang D, Z.29f)

Die qualitativen Ergebnisse ergänzen die quantitativen Befunde, indem sie kontextspezifische Beispiele für die Ambivalenz von Empathie und Belastung liefern.

4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

- Hypothese 1: Knapp die Hälfte der Befragten zeigte auffällige ASRS-Werte; Unterschiede in Ablenkbarkeit wurden sichtbar.
- Hypothese 2: Mehrheit berichtete mittlere bis hohe Stressbewältigung, hohe Selbstwirksamkeit und starke soziale Integration; Personen ohne Symptomatik lagen tendenziell höher.
- Hypothese 3: Interviews zeigten Ressourcen (Hyperfokus, Empathie, Reaktionsschnelligkeit) und Belastungen (Ablenkbarkeit, Erschöpfung, verdeckte Diagnose).

Zwischenfazit: Die Befunde verdeutlichen, dass ADHS im Rettungsdienst sowohl mit Belastungen, als auch mit spezifischen Ressourcen verbunden ist. Eine Interpretation erfolgt in Kapitel 5.

Hinweis zur sprachlichen Neutralität:

Zur Gewährleistung einer möglichst wertungsfreien und neutralen Darstellung der Ergebnisse – insbesondere, um zu vermeiden, dass Lesende frühzeitig in ihrer Interpretation beeinflusst werden – wurde ergänzend ein KI-gestütztes Schreibtool genutzt, das ausschließlich der sprachlichen Glättung diene. Die inhaltliche Analyse, Interpretation und Bewertung der Ergebnisse erfolgte komplett eigenständig.

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte Belastungen und Ressourcen von Rettungskräften mit ADHS-Symptomatik und verknüpfte quantitative und qualitative Daten. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse (Kapitel 4) zusammengefasst, in den theoretischen Rahmen (Kapitel 2) eingeordnet und hinsichtlich methodischer Aspekte kritisch reflektiert. Abschließend werden Implikationen für Praxis und Forschung aufgezeigt.

5.1 Hypothesenabgleich

Im Folgenden werden die drei Hypothesen der Arbeit systematisch geprüft. Dabei erfolgt jeweils eine Gegenüberstellung der quantitativen und qualitativen Befunde sowie eine Einordnung in theoretische Modelle.

Hypothese 1: „Erhöhte Ablenkbarkeit bei monotonen Tätigkeiten, gleichzeitig gesteigerte Leistungsfähigkeit in dynamischen Situationen.“

Die quantitativen Ergebnisse der ASRS-Skala zeigten, dass nahezu die Hälfte der Befragten auffällige Werte erreichte. Damit deutet sich eine relevante Subgruppe an, die durch erhöhte Unaufmerksamkeit und Impulsivität belastet ist. Die qualitativen Interviews bestätigten dieses Muster: Routinetätigkeiten wie Dokumentation wurden von Betroffenen wiederholt als besonders schwierig beschrieben, während in akuten Einsatzlagen von Hyperfokus, erhöhter Reaktionsfähigkeit und Spontaneität berichtet wurde.

Im Abgleich mit theoretischen Modellen stützen die Befunde das YerkesDodson-Gesetz, das eine nichtlineare Beziehung zwischen Erregung und Leistung beschreibt (Yerkes & Dodson, 1908). Auch Modelle exekutiver Dysfunktionen erklären die beobachtete Diskrepanz zwischen Leistungseinbrüchen bei Unterstimulation und kurzfristigen Leistungssteigerungen in hochdynamischen Situationen (Barkley, 2015).

Zwischenfazit: Hypothese 1 konnte sowohl durch quantitative wie auch qualitative Ergebnisse klar gestützt werden.

Hypothese 2: „Selbstwirksamkeit und soziale Integration sind bei Rettungskräften mit ADHS geringer und können durch pädagogische Maßnahmen gestärkt werden.“

Die Ergebnisse zeigten ein differenziertes Bild. Zwar berichteten Personen mit ADHS-Diagnose tendenziell geringere Werte in Selbstwirksamkeit und sozialer Integration, die Mehrheit der Gesamtstichprobe wies jedoch mittlere bis hohe Werte auf. Auffällige Defizite stellten somit nicht die Regel dar. Stattdessen lassen die Daten auf heterogene Subgruppen schließen: Während einige Teilnehmende niedrigere Werte angaben, verfügte ein Großteil offenbar über kompensatorische Ressourcen.

Theoretisch lässt sich dieses Muster mit dem Job-Demands-ResourcesModell erklären, das davon ausgeht, dass vorhandene Ressourcen potenzielle Belastungen abpuffern können (Bakker & Demerouti, 2007). Es ist plausibel, dass Faktoren wie Teamunterstützung, kollegiale Kommunikation und klare organisatorische Strukturen die potenziellen Defizite ausgleichen. Damit widersprechen die Befunde einer pauschalen Defizithypothese und sprechen für ein ressourcenorientiertes Verständnis von ADHS im Rettungsdienst.

Zwischenfazit: Hypothese 2 wurde nicht eindeutig bestätigt. Die Daten deuten eher auf eine große Variabilität hin, die sowohl Belastungen als auch Schutzfaktoren sichtbar macht.

Hypothese 3: „Erhöhte Empathiefähigkeit wirkt als Ressource in der Patientenversorgung, ist jedoch mit erhöhter emotionaler Belastung verbunden.“

Die qualitativen Interviews lieferten hierfür deutliche Evidenz. Mehrfach wurde hervorgehoben, dass Patient:innen sich durch empathisches Verhalten ernst genommen fühlten und dies die Versorgungsqualität erhöhte. Gleichzeitig beschrieben die Befragten aber auch eine erhebliche Erschöpfung nach besonders belastenden Einsätzen. Diese Ambivalenz zeigt, dass Empathie zwar eine zentrale Ressource darstellt, zugleich jedoch eine Quelle erhöhter Beanspruchung sein kann.

Theoretisch lässt sich dies mit der Resilienztheorie erklären, die Empathie als Schutzfaktor beschreibt, der zugleich bei Überlastung zum Risiko werden kann (Masten, 2014).

Zwischenfazit: Hypothese 3 wurde klar bestätigt. Die Ergebnisse belegen die Doppelfunktion von Empathie als Ressource und Belastungsfaktor.

Gesamtfazit Hypothesenabgleich

Insgesamt verdeutlicht der Hypothesenabgleich, dass ADHS im Rettungsdienst als ambivalentes Phänomen zu verstehen ist. Hypothese 1 (Ablenkbarkeit vs. Hyperfokus) und Hypothese 3 (Empathie als Ressource und Belastung) konnten überzeugend gestützt werden. Hypothese 2 (verminderte Selbstwirksamkeit und Integration) zeigte dagegen ein heterogeneres Muster: Anstatt eines generellen Defizits deuten die Ergebnisse auf eine große

Spannbreite individueller Ressourcen hin. Damit wird sichtbar, dass ADHS im Rettungsdienst weder ausschließlich als Belastung noch ausschließlich als Ressource verstanden werden kann, sondern vielmehr im Zusammenspiel von individuellen Merkmalen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu betrachten ist.

5.2 Methodendiskussion

Die methodische Anlage dieser Arbeit weist sowohl Stärken, als auch Einschränkungen auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse beeinflussen. Ein zentrales Merkmal war der Einsatz eines Mixed-Methods-Designs, das quantitative und qualitative Verfahren kombinierte. Durch die standardisierte Erhebung mithilfe validierter Instrumente wie der Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS; Kessler et al., 2005), dem Brief-COPE (Carver, 1997), der Skala zur Allgemeinen

Selbstwirksamkeit (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) sowie dem F-SozU (Fydrich et al., 2007) konnte eine hohe Anschlussfähigkeit an bestehende Forschung hergestellt werden. Dies stärkte die Reliabilität und Validität der Befunde. Einschränkend bleibt, dass die Skala zur sozialen Integration nur Teilaspekte abbildete und damit die internationale Vergleichbarkeit begrenzt ist.

Die anonyme Online-Befragung erwies sich angesichts der Arbeitsbedingungen im Rettungsdienst (Schichtdienst, regionale Streuung) als praktikabel und ermöglichte eine hohe Reichweite. Gleichzeitig ist mit Selbstselektions- und Verzerrungseffekten zu rechnen: Personen mit besonderem Interesse oder eigener Betroffenheit nahmen möglicherweise überproportional teil. Zudem konnten die Bearbeitungsbedingungen nicht kontrolliert werden, was externe Einflüsse auf die Datenerhebung nicht ausschließt.

Ein zentrales methodisches Thema betrifft die ausschließliche Nutzung von Selbstberichten. Diese erlaubten eine ökonomische Datenerhebung, sind jedoch anfällig für soziale Erwünschtheit und Erinnerungsverzerrungen. Besonders relevant ist das Phänomen des Camouflaging, das eine Unterschätzung von Belastungen wahrscheinlich macht. Dies könnte erklären, warum Hypothese 2 (verminderte Selbstwirksamkeit und Integration) nicht eindeutig gestützt wurde.

Die qualitativen Interviews wirkten hier kompensatorisch, indem sie verdeckte Belastungen sichtbar machten, waren jedoch mit $n=3$ sehr klein und daher explorativ zu interpretieren.

Ein weiterer Aspekt betrifft die quantitative Auswertung. Die Daten wurden überwiegend deskriptiv dargestellt, was zentrale Muster sichtbar machte, jedoch keine inferenzstatistische Absicherung ermöglichte. Unterschiede zwischen Subgruppen können daher nur als Tendenzen gedeutet werden. Diese Einschränkung reduziert die Generalisierbarkeit. Sie ist im Rahmen des explorativen Charakters einer Bachelorarbeit jedoch methodisch vertretbar. Für zukünftige Forschung erscheint der Einsatz inferenzstatistischer Verfahren unerlässlich, um Hypothesen systematisch zu prüfen.

Auch die Nutzung des ASRS verdient kritische Reflexion: Das Screening erfasst Symptomschwere zuverlässig, ersetzt jedoch keine klinische Diagnostik. Auffällige Werte dürfen daher nicht als Prävalenzraten interpretiert werden. Künftige Studien sollten Screening, klinische Interviews und Fremdeinschätzungen kombinieren, um eine höhere diagnostische Präzision zu erzielen.

Die Zusammensetzung der Stichprobe ist eine weitere Einschränkung. Mit $n=111$ wurde eine solide quantitative Datengrundlage erreicht, doch bleibt die Rekrutierung über offene Kanäle nicht repräsentativ. Auch fehlende Angaben zum Medikationsstatus schränken die Interpretierbarkeit ein, da pharmakologische Behandlungen wesentliche Einflussfaktoren darstellen können.

Schließlich erlaubt das Querschnittsdesign keine kausalen Schlussfolgerungen.

Zwischenfazit: Das Mixed-Methods-Design stellt eine wesentliche Stärke dar, da es sowohl quantitative Muster, als auch qualitative Tiefenschärfe abbildet. Einschränkungen ergeben sich vor allem aus der ausschließlichen Nutzung von Selbstberichten, dem Camouflaging-Phänomen, der fehlenden inferenzstatistischen Prüfung, der nicht repräsentativen Stichprobe sowie dem Screeningcharakter der ADHS-Erfassung. Für künftige Forschung erscheint eine Kombination aus repräsentativen Stichproben, klinischer Diagnostik, inferenzstatistischen Verfahren und Längsschnittdesigns sinnvoll.

Einsatz von KI-Werkzeugen

Zur sprachlichen Unterstützung wurde ergänzend ein KI-gestütztes Schreibtool (DeepL Write) eingesetzt. Dies diente ausschließlich der Korrektur von Rechtschreibung, Grammatik und der Glättung einzelner Textabschnitte, insbesondere zur Gewährleistung einer möglichst neutralen, wertungsfreien Darstellung der Ergebnisse. Eine inhaltliche Generierung oder Interpretation erfolgte nicht. Der Einsatz wird im Hilfsmittel- und Prompt-Verzeichnis dokumentiert.

5.3 Konsequenzen für Praxis und Forschung

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass ADHS im Rettungsdienst nicht ausschließlich mit Belastungen, sondern zugleich mit bedeutsamen Ressourcen verbunden ist. Während das Screening auf eine erhöhte Symptomlast hinwies, machten die qualitativen Interviews besondere Stärken wie Hyperfokus, Empathie und Improvisationsfähigkeit sichtbar. Daraus lassen sich praxisrelevante Handlungsempfehlungen sowie Forschungsdesiderate ableiten, die im Folgenden systematisch dargestellt werden.

5.3.1 Pädagogische Handlungsempfehlungen

Die Befunde legen nahe, dass pädagogische Interventionen auf mehreren Ebenen ansetzen sollten:

- Individuelle Ebene: Förderung funktionaler Bewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeit durch Empowerment-Programme, Resilienztrainings und Coaching-Angebote.
- Teamebene: Peer-Support, kollegiale Fallbesprechungen und regelmäßige Supervision können Integration und Kommunikation im Team stärken.
- Organisationale Ebene: Strukturen wie Checklisten, standardisierte Übergaben und systematische Feedbackprozesse schaffen Orientierung und verringern Fehleranfälligkeit.
- Gesellschaftliche Ebene: Informationskampagnen und die rechtliche Absicherung durch UN-BRK und AGG tragen zum Abbau von Stigmatisierung und zur Sensibilisierung für neurodiverse Mitarbeitende bei.

5.3.2 Neurodiversität und Inklusion im Rettungsdienst

Der Neurodiversitätsansatz versteht Unterschiede in Wahrnehmung und Informationsverarbeitung als Ausdruck menschlicher Vielfalt und nicht primär als Defizit. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass gerade das Spannungsfeld zwischen Ressourcen (z. B. Hyperfokus, Empathie) und Belastungen (z. B. Ablenkbarkeit, Erschöpfung) gezielte pädagogische Konzepte erfordert. Pädagog:innen kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu, da sie Lern- und Arbeitsräume gestalten können, die Reflexion über Camouflaging ermöglichen und gleichzeitig individuelle Ressourcen nutzbar machen. Rechtliche Grundlagen wie UN-BRK, SGB IX und AGG bilden hierfür den normativen Rahmen.

5.3.3 Vergleich mit verwandten Berufsgruppen

Ein Blick auf verwandte Hochbelastungsberufe verdeutlicht, dass spezifische Interventionskonzepte bereits erfolgreich implementiert wurden. In der Feuerwehr kommen Resilienztrainings zum Einsatz, in der Polizei wurde Supervision etabliert, in der Pflege finden fallorientierte Lernformate Anwendung, und im ärztlichen Notfalldienst werden interdisziplinäre Schulungsangebote genutzt. Diese Konzepte sind auf den Rettungsdienst übertragbar, da sie vergleichbare Belastungsprofile adressieren, jedoch bislang nur begrenzt systematisch adaptiert wurden.

5.3.4 Forschungsperspektiven

Aus den Ergebnissen ergeben sich mehrere Perspektiven für zukünftige Forschung. Erstens erscheint die Kombination von Screeningverfahren und klinischen Interviews notwendig, um belastbare Prävalenzdaten für Rettungsdienstpersonal zu gewinnen. Zweitens sollte das Phänomen des Camouflaging und die Frage der Diagnoseoffenlegung systematisch untersucht werden. Drittens sind Interventionsstudien zu Empowerment-Workshops, Peer-Support und adaptiven Ausbildungsformaten erforderlich, um pädagogische Ansätze empirisch zu evaluieren. Viertens bieten Längsschnittdesigns die Möglichkeit, langfristige Belastungen und Ressourcen zu analysieren. Schließlich ist die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede sowie des Medikationsstatus im Berufskontext ein zentrales Forschungsdesiderat.

Die hier formulierten Empfehlungen sind explorativ und nicht unmittelbar auf alle Rettungskräfte generalisierbar. Sie liefern jedoch wertvolle Hinweise, die in zukünftigen Studien mit größeren und repräsentativen Stichproben überprüft werden sollten.

Zwischenfazit: Die Konsequenzen für Praxis und Forschung verdeutlichen, dass ADHS im Rettungsdienst nicht eindimensional als Defizit, sondern als komplexes Zusammenspiel von Risiken und Ressourcen verstanden werden muss. Entscheidend ist, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Belastungen reduzieren und vorhandene Stärken gezielt nutzbar machen.

5.4 Zusammenfassung der Diskussion

Zur sprachlichen Optimierung wurde ergänzend ein KI-gestütztes Schreibtool eingesetzt. Dies diente ausschließlich der sprachlichen Glättung, um eine wertungsfreie Darstellung der Ergebnisse zu unterstützen. Inhalt und Interpretation der Arbeit beruhen vollständig auf eigenständiger wissenschaftlicher Leistung.

Die vorliegende Arbeit untersuchte Belastungen und Ressourcen von Rettungskräften mit ADHS-Symptomatik anhand eines Mixed-Methods-Designs. Ziel war es, ein differenziertes Bild der besonderen Herausforderungen und Potenziale dieser Gruppe zu gewinnen und daraus pädagogische Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Im Abgleich der Hypothesen zeigte sich ein ambivalentes Muster. Qualitative Befunde bestätigten die Annahme erhöhter Ablenkbarkeit in monotonen Situationen und gleichzeitig gesteigerter Leistungsfähigkeit in dynamischen Einsatzlagen, was im Einklang mit dem Yerkes-Dodson-Gesetz steht. Die Hypothese verringerter Selbstwirksamkeit und Integration konnte hingegen nicht bestätigt werden; vielmehr berichteten die meisten Teilnehmenden mittlere bis hohe Werte. Die qualitative Ergänzung verdeutlichte jedoch, dass Belastungen wie

Erschöpfung und Camouflaging in Fragebögen unterschätzt werden können.

Schließlich wurde die Annahme einer erhöhten Empathiefähigkeit qualitativ gestützt, verbunden mit einem erhöhten Risiko emotionaler Erschöpfung.

Die methodische Anlage erwies sich als Stärke, da sie quantitative Muster mit qualitativen Tiefenschärfen verband. Der Einsatz etablierter Instrumente (ASRS, Brief-COPE, SWE, F-SozU) gewährleistete eine hohe methodische Qualität. Limitationen ergeben sich jedoch durch die Nutzung von Selbstberichten, die nicht repräsentative Stichprobe, den Screeningcharakter der ADHS-Erfassung und das Querschnittsdesign. Diese Faktoren schränken die Generalisierbarkeit ein, mindern aber nicht den explorativen Wert der Befunde.

Für die Praxis verdeutlicht die Arbeit, dass pädagogische Maßnahmen auf mehreren Ebenen ansetzen müssen: individuell (Selbstwirksamkeit, Copingstrategien), im Team (Peer-Support, Supervision), organisational (klare Strukturen, Feedbackprozesse) und gesellschaftlich (Abbau von Stigmatisierung, rechtliche Absicherung). Der Neurodiversitätsansatz bietet hierfür einen geeigneten Orientierungsrahmen, da er Unterschiede nicht defizitorientiert, sondern als Ausdruck menschlicher Vielfalt interpretiert.

Für die Forschung ergeben sich deutliche Desiderate. Zukünftige Studien sollten repräsentativ angelegte Stichproben, Längsschnittdesigns und klinische Diagnostik einbeziehen, um verlässlichere Prävalenz- und Belastungsdaten zu generieren. Zudem erscheint die Evaluation pädagogischer und organisationaler Interventionen – etwa Empowerment-Programme oder Peer-Support – dringend erforderlich. Auch Camouflaging, Diagnoseoffenlegung und geschlechtsspezifische Unterschiede sollten systematisch untersucht werden.

Zusammenfassend verdeutlicht die Arbeit, dass ADHS im Rettungsdienst ein ambivalentes Phänomen darstellt. Belastungen wie Ablenkbarkeit, Erschöpfung und Stigmatisierungsrisiken stehen besonderen Ressourcen wie Hyperfokus, Empathie und Improvisationsfähigkeit gegenüber. Entscheidend ist, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Risiken abmildern und Stärken gezielt nutzbar machen. Damit leistet die Arbeit einen Beitrag zur Schließung einer Forschungslücke und liefert zugleich Impulse für eine diversitätssensible pädagogische Praxis im Rettungsdienst.

6 Schlussfolgerung/ Fazit

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit untersuchte, wie sich ADHS auf Arbeitsverhalten, Stressbewältigung, Selbstwirksamkeit und soziale Integration von Rettungskräften auswirkt. Grundlage war ein Mixed-Methods-Design mit einer Online-Befragung (n=111) und drei leitfadengestützten Interviews.

Die Ergebnisse lassen sich in drei Kernpunkten zusammenfassen:

1. Nahezu die Hälfte der Befragten zeigte auffällige Werte im ASRS, was auf eine relevante Symptomlast innerhalb der Stichprobe hinweist.
2. Die Mehrheit berichtete dennoch mittlere bis hohe Werte in Selbstwirksamkeit, funktionaler Stressbewältigung und sozialer Integration.
3. Die qualitativen Interviews verdeutlichten ein kontextabhängiges Muster: Hyperfokus, Empathie und Reaktionsschnelligkeit in dynamischen Einsatzlagen standen Ablenkbarkeit, Camouflaging und Erschöpfung in Routinetätigkeiten gegenüber.

ADHS im Rettungsdienst stellt sich damit nicht als eindimensionales Defizit dar, sondern als ambivalentes Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen.

6.2 Pädagogische und praktische Implikationen

Aus den Ergebnissen ergeben sich praxisrelevante Handlungsempfehlungen auf mehreren Ebenen:

- Individuelle Ebene: Resilienztrainings, Mentoring und digitale Tools zur Selbstorganisation können die Selbstwirksamkeit stärken und Alltagsbelastungen reduzieren.
- Teamebene: Supervision, Peer-Support-Gruppen und kollegiale Fallbesprechungen fördern Ressourcenorientierung und Teamkohäsion.
- Organisationale Ebene: Standardisierte Übergabeprotokolle, neurodiversitätssensible Ausbildungskonzepte und konstruktive Feedbacksysteme können strukturelle Barrieren minimieren.
- Gesellschaftliche Ebene: Aufklärungskampagnen sowie die Umsetzung bestehender rechtlicher Vorgaben (UN-BRK, AGG, SGB IX) tragen zur Entstigmatisierung und Inklusion im Gesundheitswesen bei.

Diese Befunde verdeutlichen, dass pädagogische Konzepte nicht nur Belastungen adressieren, sondern auch vorhandene Stärken systematisch nutzbar machen sollten.

6.3 Forschungsperspektiven

Für zukünftige Forschung ergeben sich mehrere zentrale Desiderate:

1. Kombination von Screeningverfahren mit klinischen Interviews zur Validierung von Prävalenzdaten.
2. Systematische Untersuchung von Camouflaging und der Rolle von Diagnoseoffenlegung.
3. Evaluation pädagogischer Interventionen, wie Empowerment-Programme oder adaptive Ausbildungsformate.
4. Einsatz von Längsschnittdesigns zur Analyse langfristiger Entwicklungen.
5. Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden und medikamentöser Behandlung im Berufskontext.

6.4 Abschließendes Fazit

Die Arbeit zeigt, dass ADHS im Rettungsdienst weder als Defizit noch als reine Ressource verstanden werden kann. Vielmehr handelt es sich um ein ambivalentes Zusammenspiel individueller Merkmale und organisationaler Bedingungen. Durch die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden konnte ein differenziertes Bild dieser Ambivalenz gezeichnet werden.

Zentraler Beitrag dieser Arbeit ist die Sichtbarmachung neurodiverser Potenziale im Rettungsdienst und die Ableitung praxisnaher Handlungsempfehlungen für eine inklusionsförderliche Arbeitskultur. Für die Zukunft eröffnen sich daraus zwei wesentliche Perspektiven:

1. die Weiterentwicklung von Aus- und Fortbildungsformaten, u. a. durch verpflichtende Supervision, neurodiversitätssensible Didaktik und standardisierte Arbeitsmaterialien,
2. die wissenschaftliche Vertiefung durch größere, repräsentative Studien, welche die hier identifizierten Muster systematisch überprüfen.

Langfristig kann die Anerkennung neurodiverser Potenziale nicht nur die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit von Rettungskräften sichern, sondern auch zur Bewältigung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen beitragen.

Auf Grundlage der Ergebnisse wurden praxisrelevante Handlungsempfehlungen entwickelt, die in Abbildung 7 auf vier Ebenen individuell, teambezogen, organisational und gesellschaftlich dargestellt sind

Praxisempfehlungen für den Rettungsdienst (auf 4 Ebenen)

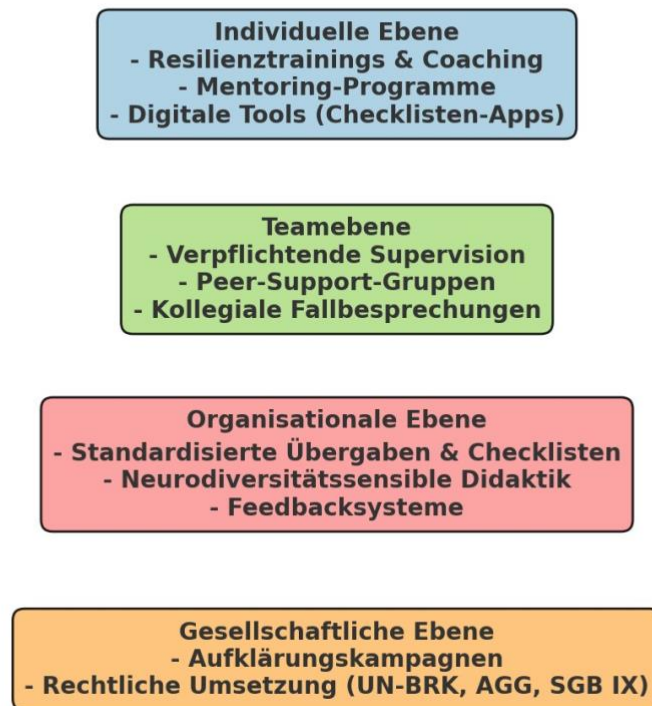


Abbildung 7 Praxisempfehlungen für den Rettungsdienst auf vier Ebenen

(Eigene Darstellung)

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Armstrong, T. (2010). *Neurodiversity: Discovering the extraordinary gifts of autism, ADHD, dyslexia, and other brain differences*. Da Capo Lifelong Books.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands–resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of later diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Bortz, J., & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Springer.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Castellanos, F. X., & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: Beyond the prefrontal–striatal model. *Trends in Cognitive Sciences, 16*(1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.007>

- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: A meta-analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry*, 169*(10), 1038–1055. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101521>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Sage.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs). (2016). *Ethische Richtlinien der DGPs und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.*
https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/Berufsetische_Richtlinie_n/BER-Foederation-20230426-Web-1.pdf
- DGPPN, & AWMF. (2023). S3-Leitlinie ADHS im Erwachsenenalter. AWMFRegister-Nr. 038-017. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-017.html>
- Faraone, S. V., & Buitelaar, J. K. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19*(4), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0054-3>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... & Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128*, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung und Validierung der Kurzform (K-14). *Diagnostica*, 53*(1), 43–54. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.1.43>
- Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2019). Living “in the zone”: Hyperfocus in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11*(2), 191–208. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0272-y>
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... &

- Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD SelfReport Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine, 35*(2), 245–256. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>
- Krause, A., Dorsemagen, C., & Krick, A. (2019). Inklusion und Diversität in Organisationen: Eine arbeitspsychologische Perspektive. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie, 50*(1), 5–18. <https://doi.org/10.1007/s11612-019-00466-4>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leiner, D. J. (2019). *SoSci Survey* (Version 3.2.00). <https://www.soscisurvey.de/de/changelog>
- Livingston, L. A., Shah, P., & Happé, F. (2020). Compensatory strategies below the behavioural surface in autism: A qualitative study. *The Lancet Psychiatry, 7*(9), 762–770. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30271-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30271-6)
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Beltz.
- Müller, H., & Obermeier, M. (2021). ADHS im Rettungsdienst – Eine explorative Studie. *Notfall & Rettungsmedizin, 24*(6), 466–472. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00786-1>
- Norman, L. J., Carlisi, C. O., Lukito, S., Hart, H., Mataix-Cols, D., Radua, J., & Rubia, K. (2021). Comparative meta-analysis of neuroimaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry, 78*(2), 188–199. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3359>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage.

- Rohmert, W., & Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung von Belastung und Beanspruchung*. Gentner.
- Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general selfefficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries.
European Journal of Psychological Assessment, 18(3), 242–251.
<https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Freie Universität Berlin.
- Sedgwick, J. A., Merwood, A., & Asherson, P. (2019). The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: A qualitative investigation of successful adults with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 11*(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0273-x>
- Singer, J. (1999). *Why can't you be normal for once in your life? From a 'problem with no name' to the emergence of a new category of difference*. In M. Corker & S. French (Eds.), *Disability discourse* (pp. 59–67). Open University Press.
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology, 18*(5), 459–482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>

Anhang A: Tabellenübersicht Neurobiologische Grundlagen

Hirnregion / System	Typische Befunde bei ADHS	Funktion im Gehirn	Relevanz für den Rettungsdienst	Quellen
Präfrontaler Cortex (PFC)	Reduzierte kortikale Dicke, geringere Aktivität bei exekutiven Aufgaben	Planung, Arbeitsgedächtnis, Fehlerkontrolle, Aufmerksamkeitssteuerung	Schwierigkeiten bei Organisation, Dokumentation und Handlungsplanung	Barkley, 2015; Castellanos & Proal, 2012
Basalganglien (v. a. Striatum, Nucleus caudatus)	Verminderte Volumina, gestörte Belohnungsverarbeitung	Motivation, motorische Steuerung, Impulskontrolle	Stärkere Abhängigkeit von externen Reizen, Probleme bei Routinetätigkeiten	Seidman et al., 2005
Kleinhirn	Reduziertes Volumen, gestörte Verbindungen zum PFC	Motorische Koordination, zeitliche Verarbeitung, emotionale Regulation	Probleme bei Koordination und in komplexen, zeitkritischen Entscheidungssituationen	Krause, 2021
Cingulärer Cortex	Funktionelle Dysregulation, beeinträchtigte Fehlerkontrolle	Aufmerksamkeitslenkung, Fehlerkorrektur, Selbstkontrolle	Erhöhte Ablenkbarkeit, impulsives Verhalten, geringere Fehleranpassung	Arnsten, 2009
Dopaminerges System	Verminderte Dopaminverfügbarkeit im frontostriatalen Netzwerk	Belohnungsverarbeitung, Motivation, Aufmerksamkeitsfilter	Ablenkbarkeit, Schwierigkeiten bei längerfristiger Motivation	Volkow et al., 2009
Noradrenerges System	Gestörte Noradrenalinregulation im PFC	Fokussierung, Stressregulation	Probleme bei Stressbewältigung und selektiver Aufmerksamkeit	NICE, 2019
Funktionelle Netzwerke (DMN, Salienz-, Frontoparietales Netzwerk)	Instabile Aktivierungsmuster, erhöhte Grundaktivität im DMN	Steuerung von Aufmerksamkeit, Reizfilterung, kognitive Kontrolle	Instabile Aufmerksamkeitsregulation, Schwierigkeiten in wechselnden Einsatzsituationen	Castellanos & Proal, 2012

Anhang B: Onlinefragebogen

Hinweis zur veröffentlichten Fassung

Der im Rahmen der Untersuchung eingesetzte Onlinefragebogen enthielt unter anderem Items standardisierter und validierter Erhebungsinstrumente. Hierzu gehörten die Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), der Brief-COPE, die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) sowie der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU).

Aus urheber- und lizenzrechtlichen Gründen wird der vollständige Wortlaut der verwendeten Fragebogenitems in dieser öffentlich zugänglichen Fassung der Bachelorarbeit nicht wiedergegeben.

Die eingesetzten Instrumente, ihre wissenschaftlichen Quellen, die verwendeten Antwortskalen sowie das Vorgehen bei der Auswertung sind im Methodenkapitel der Arbeit beschrieben und im Literaturverzeichnis vollständig nachgewiesen. Die Entfernung der vollständigen Fragebogenitems aus dieser Veröffentlichungsfassung hat keinen Einfluss auf die dargestellte Methodik, die erhobenen Daten, die Auswertung oder die Ergebnisse der ursprünglichen Bachelorarbeit.

In der ursprünglich eingereichten Prüfungsfassung war der vollständige Onlinefragebogen im Anhang enthalten.

Anhang C Interviewleitfaden

Das Interview wurde als halbstandardisiertes Leitfadeninterview nach Mayring (2015) konzipiert. Ziel war es, eine inhaltliche Orientierung durch zentrale Themenblöcke sicherzustellen und zugleich Offenheit für individuelle Erfahrungen und Narrative der Befragten zu wahren.

Einleitung:

- Begrüßung und Dank für die Teilnahme
- Hinweis auf Anonymität und Pseudonymisierung
- Einverständnis zur Aufzeichnung einholen
- Hinweis auf Freiwilligkeit und Abbruchmöglichkeit

1. Arbeitsalltag

- Wie erleben Sie Ihren Arbeitsalltag im Rettungsdienst?
- Gibt es Situationen, die Ihnen besonders leicht oder schwerfallen?

2. Akuter Einsatzstress

- Wie wirkt sich akuter Einsatzstress auf Ihre Handlungsfähigkeit aus?
- Was erleben Sie als förderlich, was als hinderlich?

3. Stressbewältigung (Coping) • Welche Strategien

nutzen Sie zur Stressbewältigung?

- Gibt es Unterschiede zwischen Einsatzsituationen und Routinetätigkeiten?

4. Selbstwirksamkeit

- In welchen Momenten erleben Sie sich als besonders wirksam?
- Wo fühlen Sie sich eingeschränkt?

5. Soziale Integration im Team

- Wie erleben Sie die Zusammenarbeit im Team?
- Welche Rückmeldungen bekommen Sie von Kolleg:innen?

6. Stärken und Belastungen

- Welche Stärken sehen Sie bei sich (oder bei Kolleg:innen mit ADHS) im Berufsalltag?
- Welche Belastungen nehmen Sie wahr?

7. Umgang mit der Diagnose

- Welche Rolle spielt ADHS in Ihrem Berufsalltag?
- Haben Sie Ihre Diagnose im Betrieb offengelegt? Warum (nicht)?

8. Abschluss

- Gibt es etwas, das Sie noch ergänzen oder besonders betonen möchten?
- Dank und Hinweis auf weiteren Ablauf (z. B. Löschung der Audiodatei nach Transkription).

Anhang D: Interviewtranskript–Betroffene Rettungskraft (ADHS-Diagnose)

1 Interviewer: Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen. Wie schon erwähnt: alles
2 bleibt anonym, die Daten werden pseudonymisiert, die Aufzeichnung nach der
3 Transkription gelöscht. Sie können jederzeit abbrechen, wenn Sie möchten.
4 Einverstanden?

5 Teilnehmer: Ja, das ist in Ordnung.

6 Interviewer: Wie erleben Sie Ihren Arbeitsalltag im Rettungsdienst?

7 Teilnehmer: Sehr unterschiedlich. Einsätze motivieren mich extrem, da bin ich
8 sofort konzentriert. Aber Routinetätigkeiten wie Dokumentation oder längere
9 Wartezeiten empfinde ich als sehr anstrengend, da verliere ich schnell den Fokus.
10 Besonders die langen Nachtdienste sind schwierig, da merke ich, wie meine
11 Konzentration noch schneller abnimmt.

12 Interviewer: Wie wirkt sich akuter Einsatzstress auf Ihre Handlungsfähigkeit
13 aus?

14 Teilnehmer: Positiv! Ich bin in solchen Momenten unglaublich fokussiert und
15 nehme Details sehr schnell wahr. Manchmal ist das wie ein Turbo, ich nehme
16 kleinste Signale von Patient:innen wahr und handle sehr schnell. Aber danach
17 falle ich oft in ein Loch, bin erschöpft und emotional ausgelaugt. Das ist wie ein
18 Rebound-Effekt – die Anspannung kippt in Erschöpfung.

19 Interviewer: Welche Strategien nutzen Sie zur Stressbewältigung?

20 Teilnehmer: Struktur, Checklisten, und ich rede viel mit Kolleg:innen. Ich habe
21 mir auch Apps installiert, um Dokumentationen besser zu organisieren.
22 Außerdem mache ich Sport, um Stress abzubauen. Aber manchmal verberge ich
23 auch meine Anstrengung, damit es nicht auffällt – dieses Verstecken kostet viel
24 Kraft.

25 Interviewer: Welche Rolle spielt ADHS in Ihrem Berufsalltag?

28 Teilnehmer: Es ist beides: eine Herausforderung bei Routinetätigkeiten, aber
29 eine Stärke bei Notfällen. Ich bin sehr empathisch, nehme viel wahr, was
30 Patient:innen nicht sagen. Das hilft. Aber es kostet auch viel Kraft. Es fehlt an
31 Fortbildungen und an einer offenen Kultur im Rettungsdienst. Ich habe das
32 Gefühl, dass man immer stark wirken muss, und dann verberge ich vieles.

33 Interviewer: Haben Sie Ihre Diagnose im Betrieb offengelegt?

34 Teilnehmer: *paraphrasiert: Die Diagnose wurde im beruflichen Umfeld nicht*
35 *offengelegt. Als Grund wurden Befürchtungen möglicher beruflicher Nachteile*
36 *genannt.*

37 **Anhang E: Interviewtranskript – Kollegin**

38 Interviewer: Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit einem Kollegen / einer
39 Kollegin mit ADHS?

40 Kollegin: Sehr spannend. In Einsätzen ist er extrem schnell, reagiert sofort und
41 oft auch kreativ. Da profitiert das ganze Team. Bei Routineaufgaben merkt man
42 aber schon, dass er ungeduldiger ist oder Fehler passieren, gerade bei langen
43 Schreibarbeiten.

44 Interviewer: Wie nehmen Sie das im Team wahr?

45 Kollegin: Unterschiedlich. Manche schätzen die Energie, andere finden es
46 anstrengend. Aber insgesamt herrscht Verständnis. Es wäre aber hilfreich, wenn
47 wir als Team mehr Hintergrundwissen zu ADHS hätten – dann würden manche
48 Reaktionen nicht falsch gedeutet.

49 Interviewer: Gibt es Stärken, die besonders auffallen?

50 Kollegin: Ja, Empathie. Er ist oft sehr nah an den Patient:innen dran und
51 vermittelt Vertrauen. Das ist eine große Stärke. In Stresssituationen hat er einen
52 Hyperfokus, da denkt er oft an Dinge, die anderen entgehen.

53 **Anhang F: Interviewtranskript – Kollege**

54 Interviewer: Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit
55 gemacht?

56 Kollege: Ich sehe vor allem den Hyperfokus in kritischen Situationen. Wenn es
57 brennt, dann ist er voll da – fast wie ein Turbo. Aber bei Schreibkram oder langen
58 Bereitschaften ist es schwerer. Ich habe auch das Gefühl, dass er manchmal
59 versucht, seine Probleme zu überspielen, damit es nicht auffällt.

60 Interviewer: Würden Sie sich Unterstützung wünschen?

61 Kollege: Ja, vielleicht mehr Flexibilität bei Routineaufgaben. Und Aufklärung
62 im Team, damit man versteht, dass das nicht Faulheit ist, sondern Teil der
63 Symptomatik. Supervision oder strukturierte Nachbesprechungen wären auch
64 hilfreich, damit man Belastungen nicht mit nach Hause nimmt.

Anhang G: Hinweis zur Einwilligung der Interviewteilnehmenden

Hinweis zur Einwilligung und zur veröffentlichten Fassung

Die Teilnahme an den qualitativen Interviews erfolgte freiwillig und nach vorheriger Information über Ziel, Ablauf und Verwendung der erhobenen Daten im Rahmen der Bachelorarbeit. Vor Durchführung der Interviews wurde das Einverständnis der Teilnehmenden zur Teilnahme und zur Audioaufzeichnung eingeholt.

Die Audioaufzeichnungen dienten ausschließlich der Transkription und wurden anschließend gelöscht. Personenbezogene bzw. unmittelbar identifizierende Angaben wurden nicht in die wissenschaftliche Auswertung übernommen. Die Darstellung der Interviewdaten in der vorliegenden Arbeit erfolgt ohne Namen, konkrete Arbeitsorte, Arbeitgeber oder andere unmittelbar identifizierende Angaben.

Für die öffentliche Bereitstellung der Bachelorarbeit wurde die Fassung erneut hinsichtlich des Schutzes der Interviewteilnehmenden geprüft und entsprechend aufbereitet.

Die ursprünglich im Anhang der Prüfungsfassung enthaltene Mustervorlage der Einverständniserklärung wird in dieser öffentlich zugänglichen Fassung nicht wiedergegeben. Die Entfernung betrifft ausschließlich die Darstellung im Anhang und verändert weder die Durchführung der Untersuchung noch die wissenschaftliche Auswertung oder die Ergebnisse der ursprünglich eingereichten Bachelorarbeit.

Anhang H: Vollständiges Codebuch (Langfassung)

Kategorie	Sub- kategorie	Definition / Kodierregel	Ankerzitate (Beispiele)
Arbeitsverhalten	Routinebelastung	Aussagen über Schwierigkeiten bei monotonen Tätigkeiten wie Dokumentation, Materialpflege oder Wartezeiten.	„Routineaufgaben wie Dokumentation empfinde ich als sehr anstrengend...“ (Anhang D, Z.10ff) „Bei langen Schreibarbeiten passieren Fehler.“ (Anhang E, Z.6f)
	Hyperfokus im Einsatz	Fokussierung und hohe Leistungsfähigkeit in akuten Einsatzsituationen.	„Wenn es brennt, ist er voll da – fast wie ein Turbo.“ (Anhang F, Z.3f) „In Notfällen bin ich unglaublich fokussiert...“ (Anhang D, Z.17f)
Stress & Erholung	Strategien	Beschriebene Mittel zur Stressbewältigung (z. B. Checklisten, Sport, Gespräche, Apps).	„Ich nutze Checklisten und rede mit Kolleg:innen.“ (Anhang D, Z.23f) „Sport hilft mir, Stress abzubauen.“ (Anhang D, Z.24f)
	Rebound-Effekt	Erschöpfung nach intensiven Belastungsphasen, z. B. nach Einsätzen.	„Nach dem Einsatz falle ich oft in ein Loch, bin erschöpft...“ (Anhang D, Z.19f) „Danach bin ich oft ausgelaugt.“ (Anhang D, Z.19f)
Team & Integration	Reaktionen im Team	Wahrnehmungen durch Kolleg:innen, sowohl positive (Energie, Kreativität) als auch negative (Ungeduld).	„Manche schätzen die Energie, andere finden es anstrengend.“ (Anhang E, Z.9f) „Im Team wird das unterschiedlich gesehen.“ (Anhang F, Z.9f)

Kategorie	Sub- kategorie	Definition / Kodierregel	Ankerzitate (Beispiele)
Empathie	Patient:innen bezug	Hervorgehobene Empathie und Sensibilität im Umgang mit Patient:innen.	„Ich bin sehr empathisch, nehme viel wahr, was Patient:innen nicht sagen.“ (Anhang D, Z.29f) „Er vermittelt Vertrauen.“ (Anhang E, Z.15f)
Camou- flaging	Verbergen / Maskieren	Aussagen zum Verschweigen der Diagnose oder bewussten Kaschieren von Symptomen, um Nachteile zu vermeiden.	„Ich verberge meine Anstrengung, damit es nicht auffällt.“ (Anhang D, Z.25f) „Manchmal überspielt er Probleme, damit es niemand merkt.“ (Anhang F, Z.5f)
Organisation	Unterstützungsbedarf	Hinweise auf notwendige strukturelle Anpassungen wie Supervision, Aufklärung, flexible Aufgabenverteilung.	„Vielleicht mehr Flexibilität bei Routineaufgaben.“ (Anhang F, Z.8) „Es sollte mehr Aufklärung im Team geben.“ (Anhang D, Z.36f)

Anhang I: Hilfsmittelverzeichnis & Prompt-Verzeichnis (Perplexity)

Hilfsmittelverzeichnis

Im Rahmen der Erstellung dieser Bachelorarbeit wurden folgende digitale Hilfsmittel und KI-gestützte Werkzeuge verwendet:

- DeepL Write – Verbesserung von Rechtschreibung, Grammatik und sprachlichem Ausdruck; Sicherstellung einer wertungsfreien Sprache in den Ergebnissen.
- Perplexity AI – Unterstützung bei der Identifikation relevanter Fachliteratur (Generierung von Suchbegriffen, Vorschläge zu Studien). Die endgültige Auswahl und Bewertung der Literatur erfolgte ausschließlich über Primärquellen (z. B. PubMed, PsycINFO).
- Citavi – Verwaltung und Organisation der Literaturquellen, Erstellung von Exzerpten sowie automatische Formatierung des Literaturverzeichnisses gemäß APA-Standards.

Prompt-Verzeichnis DeepL Write

- DeepL Write [1], 22.07.2025

Anwendung: Korrektur von Rechtschreibung, Grammatik und Satzbau in Kap. 4 (Ergebnisse).

Hinweis: Inhaltliche Änderungen erfolgten nicht; es wurden lediglich sprachliche Glättungen vorgenommen.

Perplexity AI Perplexity [1], 18.07.2025

- Prompt: „Finde peer-reviewed Studien zu ‘ADHD AND emergency medical services OR paramedics’ zwischen 2015 und 2024.“
- Ergebnis: Liste relevanter Artikel, die anschließend in PubMed über-prüft und über Primärquellen zitiert wurden.

Perplexity [2], 19.07.2025

- Prompt: „Welche systematischen Reviews gibt es zu ADHS im Erwachsenenalter mit Fokus auf Arbeitskontext oder Stressbewältigung?“
- Ergebnis: Vorschläge zu Reviews (z. B. Sedgwick et al., 2019), die in PubMed verifiziert und als Primärquelle aufgenommen wurden.

Perplexity [3], 21.03.2025

- Prompt: „Welche deutschsprachigen Leitlinien zu ADHS im Erwachsenenalter sind verfügbar?“
- Ergebnis: Hinweis auf die S3-Leitlinie ADHS bei Erwachsenen (DGPPN & AWMF, 2023), die direkt als Primärquelle zitiert wurde.

Citavi

- Citavi [1], laufend

Anwendung: Verwaltung und Organisation der Literaturquellen, Erstellung von Exzerpten, Zitationsverwaltung und automatische Formatierung des Literaturverzeichnisses gemäß APA-Standards.

Ethikerklärung

Die Durchführung der vorliegenden Studie erfolgte unter Beachtung der gängigen forschungsethischen Standards (DGPs, 2016; APA, 2017).

1. Freiwilligkeit und Einwilligung

Die Teilnahme an der Untersuchung war vollständig freiwillig. Alle Teilnehmenden wurden vorab über Ziel, Inhalt und Ablauf der Studie informiert und gaben ihre informierte Einwilligung zur Teilnahme.

2. Anonymität und Vertraulichkeit

Die quantitative Onlinebefragung erfolgte anonym. Es wurden hierbei insbesondere keine Namen, Adressen oder IP-Adressen gespeichert. Die qualitativen Interviews wurden nach der Aufzeichnung transkribiert und hinsichtlich identifizierender Angaben pseudonymisiert bzw. für die Auswertung anonymisiert. Die Audioaufzeichnungen wurden nach Abschluss der Transkription gelöscht. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt ohne unmittelbar identifizierende Angaben.

3. Recht auf Abbruch

Den Teilnehmenden wurde zu jedem Zeitpunkt das Recht eingeräumt, die Teilnahme ohne Angabe von Gründen abzubrechen. Bereits erhobene Daten wären in diesem Fall nicht in die Analyse eingeflossen.

4. Verwendung standardisierter Verfahren

Es kamen ausschließlich standardisierte, international etablierte und nicht-invasive Selbstberichtsverfahren zum Einsatz (ASRS, Brief-COPE, Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, Skala zur sozialen Integration). Es bestand zu keiner Zeit ein Risiko körperlicher oder psychischer Schädigung.

5. Unabhängigkeit der Teilnahme

Die Teilnahme hatte keinerlei Auswirkungen auf die berufliche oder organisatorische Situation der Teilnehmenden im Rettungsdienst.

6. Ethische Unbedenklichkeit

Aufgrund der anonymen Datenerhebung, des nicht-invasiven Designs sowie der Berücksichtigung der genannten Aspekte wird die Untersuchung als ethisch unbedenklich eingestuft.