Ostfalia
Hochschule für angewandte Wissenschaften

Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel

Fakultät Gesundheitswesen

Rassistisch-diskriminierende Einstellungen nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals in Deutschland

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ (B.Sc.)

im Studiengang

Berufspädagogik und Management im Rettungsdienst

Erstprüferin: Prof.in Dr.in phil. Sandra Tschupke

Zweitprüferin: Caroline Paeßens-Jack, (M.A.)

Laura Windhorst Bad

Lauterberg, den 22.06.2023

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis IV

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis V

1 Einleitung 1

1.1 Forschungsfrage 1

1.2 Hintergrund und Motivation 1

1.3 Zielsetzung 2

1.4 Methodik 2

1.5 Struktur der Arbeit 2

2 Theoretischer Hintergrund 3

2.1 Begriffsdefinitionen 3

2.2 Was ist Rassismus? 4

2.2.1 Rassifizierung und „Othering“ 5

2.2.2 Rassismus gegen bestimmte Gruppen 6

2.3 Rassismus als gesellschaftliches Verhältnis 8

2.3.1 Struktureller und institutioneller Rassismus 8

2.3.2 Individueller Rassismus 9

2.3.3 Alltagsrassismus 10

2.3.4 Warum es so schwer fällt, über Rassismus zu sprechen 11

2.3.5 Rassismus in der heutigen Zeit 11

2.4 Forschungsstand 12

2.4.1 Rassismus in Behörden mit Sicherheitsaufgaben 13

2.4.2 Rassismus im Rettungsdienst ? 14

3 Methodik 15

3.1 Konzeptionierung des Interview-Leitfadens 15

3.2 Stichprobenziehung 17

3.2 Datenerhebung: Durchführung der Interviews 18

3.3 Datenanalyse: Transkription der Interviews 19

3.4 Qualitative Auswertung 20

3.5.1 Vorstellung der Hauptkategorien 22

3.5.2 Kategorienbasierte Auswertung 32

4 Ergebnisse 33

4.1 Vorstellung der Interviewpersonen 34

4.2 Ergebnisse der Hauptkategorien 37

4.2.1 Begriffsverständnis 37
4.2.2 Rassismusformen 38
4.2.3 Ursachen 48
4.2.4 Lösungen 51
5 Diskussion 54
5.1 Interpretation der Ergebnisse 55
5.1.1 Begriffsverständnis 55
5.1.2 rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen 56
5.1.3 Ursachenfindung und Maßnahmen zur Bekämpfung 60
5.2 Begrenzungen der Untersuchung 62
5.3 Reflexion der Rolle als Interviewerin 63
5.4 Ausblick 64
6 Fazit 65

Literatur- und Quellenverzeichnis 67
Anhang I: Interview-Leitfaden 74
Anhang II: Einverständniserklärung zum Interview 75
Anhang III: Kategorien und Subkategorien mit Definitionen 76
Anhang IV: Mindmap des Codesystems 79
Anhang V: Interview1m-28 80
Anhang VI: Interview2-m-30 88
Anhang VII: Interview3-m-27 95
Anhang VIII: Interview4-w-27 104
Anhang IX: Ergebnisbericht aus f4analyse exportiert 113
Anhang X: Häufigkeitsverteilung aller Codes 190

Abkürzungsverzeichnis

AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AfD	Alternative für Deutschland
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
BF	Berufsfeuerwehr
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
HiOrg	Hilfsorganisation
JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe
KTW	Krankentransportwagen
MHD	Malteser Hilfsdienst
NaDiRa	Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor
NRettDG	Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz
NSchGesVO	Niedersächsische Verordnung über Anforderungen an Schulen für Gesundheitsfachberufe und an Einrichtungen für die praktische Ausbildung
NotSan	Notfallsanitäter:in
NSU	Nationalsozialistischer Untergrund
PAL	Praxisanleiter:in
PEGIDA	Patriotische Europäer gegen die Islamisierung des Abendlandes
QDA	Qualitative Data Analysis
RTW	Rettungswagen
RettAss	Rettungsassistent:in
RettSan	Rettungssanitäter:in

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Das vollständige Codesystem (eigene Darstellung) 22

Abb. 2: Hauptkategorie Begriffsverständnis mit Unterkategorien (eigene Darstellung) 23

Abb. 3: Hauptkategorie „Ursachen“ mit Subcodes (eigene Darstellung) 24

Abb. 4: Code „Lösungen“ mit dazugehörigen Subkategorien (eigene Darstellung) 26

Abb. 5: Hauptcode „Rassismusformen“ mit Unterkategorien (eigene Darstellung) 28

1 Einleitung

Der Rettungsdienst hat die Aufgabe, in Notfallsituationen lebensbedrohlich erkrankte oder verletzte Menschen medizinisch versorgen und lebensrettende Maßnahmen durchzuführen. Dabei kommt es auf schnelle und professionelle Hilfe an, unabhängig von Geschlecht, Herkunft oder sozialem Status der betroffenen Personen. Doch auch in der Berufsgruppe des nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals kommt es zunehmend zu Berichten von rassistisch-diskriminierenden Verhaltensweisen und Äußerungen (Erb & Fromm, 2022).

1.1 Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit untersucht rassistisch-diskriminierende Einstellungen unter nicht-ärztlichen Rettungsdienstmitarbeitenden in Deutschland. Die zentrale Fosrchungsfrage lautet: Welche rassistisch diskriminierenden Einstellungen bestehen unter nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal in Deutschland? Um diese Frage zu beantworten, wird zusätzlich betrachtet, welche Menschen und Gruppierungen von den resultierenden Verhaltensweisen betroffen sind. Besonders wichtig ist aufzuzeigen, ob die bestehenden Einstellungen Auswirkungen auf die Versorgung von Patient:innen in Notfalleinsätzen haben. Außerdem sollen Ursachen für die Entstehung von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen sowie Lösungsmöglichkeiten herausgearbeitet werden.

1.2 Hintergrund und Motivation

Diskriminierungsvorwürfe sind in Organisationen mit Sicherheitsaufgaben keine Seltenheit (Bundesministerium des Inneren und für Heimat, 2022). In jüngster Zeit werden verschiedene Bereiche hinsichtlich rassistischer Diskriminierung in Deutschland untersucht (Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa), o. D.). In den Medien ist ein besonderer Fokus auf der Rassismusforschung innerhalb der Polizei und Bundeswehr, doch auch bei Rettungsdiensten und Feuerwehren gibt es Hinweise auf rassistisch-diskriminierendes Verhalten. Ein Beispiel dafür ist die Bremer Berufsfeuerwehr, die sich im November 2020 Untersuchungen zu rassistischen, rechtsextremen und sexistischen Vorkommnissen stellen musste, nachdem es Beschwerden aus den eigenen Reihen gab (Buse, 2021). Auch im Rettungsdienst sind wiederholt rechtsextreme und rassistische Ereignisse medienwirksam geworden,

nachdem sich ein Notfallsanitäter mit Vorwürfen gegen seine Kolleg:innen und Vorgesetzten an die Presse wandte (Erb & Fromm, 2022). Gerade in Bezug auf die Rassismus- und Diskriminierungsforschung in Deutschlands Gesundheitswesen gibt es kaum empirisch verwertbare Erhebungen (Bartig et al., 2021).

1.3 Zielsetzung

Das Ziel der folgenden Arbeit ist es erste Einblicke über rassistische Diskriminierung im Rettungsdienst zu erhalten. Außerdem ist es wünschenswert, auf mögliche Ursachen für die Entstehung und Weiterverbreitung von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen zu schließen. Anhand dieser können Lösungsstrategien abgeleitet werden, um diese Einstellungen aktiv zu bekämpfen. Repräsentative Ergebnisse können auf Grund der Limitationen der Arbeit nicht erwartet werden, eine Datensättigung zu erreichen ist nicht das Ziel der Forschung.

1.4 Methodik

Da es wenig empirische Forschung über rassistisch-diskriminierende Einstellungen im Rettungsdienst gibt wurde sich für ein qualitatives Forschungsdesign entschieden (Bortz & Döring, 2016, S.26). Es wurden halbstrukturierte Einzelinterviews mit einem Leitfaden als Instrument durchgeführt. Diese Daten wurden transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse und kategorienbasierter Auswertung unterzogen.

1.5 Struktur der Arbeit

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden zunächst nötige Begrifflichkeiten erläutert und Auswirkungen von Rassismus auf die Gesellschaft erklärt. Abgeschlossen wird der Abschnitt mit einer Präsentation des aktuellen Forschungsstands. Dann folgt eine ausführliche Darstellung der Forschungsmethodik und eine Beschreibung des qualitativen Analyseprozesses. Anschließend werden die Ergebnisse beschrieben, begonnen mit einer Darstellung der Interviewpersonen und einer folgenden kategorienbasierten Auswertung der Interviewanalysen. Im Rahmen der Diskussion werden die vorher beschriebenen Ergebnisse interpretiert und in Zusammenhang mit dem aktuellen Forschungsstand gebracht. In der Diskussion werden die Begrenzung der Untersuchungen und die Rolle der Interviewerin kritisch reflektiert. Es folgt ein Ausblick auf mögliche Forschungen in der Zukunft und ein abschließendes Fazit.

2 Theoretischer Hintergrund

Zunächst werden in Kapitel 2.1 Begriffe, welche für diese Arbeit relevant sind, erklärt. In Kapitel 2.2 wird genauer erläutert, was Rassismus ist und welche ideologischen Prozesse dabei eine Rolle spielen. Anschließend befasst sich Kapitel 2.3 mit den Auswirkungen von Rassismus auf die Gesellschaft. Dann folgt eine Darstellung des aktuellen Forschungsstands zur Rassismus- und Diskriminierungsforschung in Deutschland (Kapitel 2.4).

2.1 Begriffsdefinitionen

Zur Klärung der Forschungsfrage, welche rassistisch-diskriminierenden Einstellungen unter nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal in Deutschland vorherrschen, müssen zunächst einige Begriffe bestimmt werden.

Mit „rassistisch-diskriminierend“ ist die bewusste oder unbewusste Andersbehandlung von Menschen, auf Grund von Herkunft, Hautfarbe, mutmaßlichem kulturellem Hintergrund oder anderen willkürlich gewählten Merkmalen gemeint (Rommelspacher, 2009, S. 25). Im Folgenden wird zeitweise nur der Begriff „Rassismus“ verwendet, dennoch ist immer die damit verbundene Diskriminierung impliziert.

Diskriminierung beschreibt die Verwendung von konstruierten Gruppen- oder Personenkategorien zur Herstellung, Begründung und Rechtfertigung sozialer Ungleichheiten (Scherr et al., 2017, S. V). Die Folgen von Diskriminierung sind Chancenungleichheiten (Rommelspacher, 2009, S. 30). In Kapitel 2.2.1 wird ausführlicher beleuchtet, wie bestimmte Gruppen rassistische Diskriminierung erfahren können und welche Abläufe diese Entstehungen begünstigen.

Einstellungen beeinflussen die Art und Weise, wie Menschen die Welt wahrnehmen und spiegeln sich im Verhalten wider (Jonas et al., 2014, S. 198). Um die Einstellungen der nichtärztlichen Mitarbeitenden zu bewerten, werden also Verhaltensweisen, Äußerungen und Interaktionen betrachtet.

Bei nicht-ärztlichem Personal im deutschen Rettungsdienst sind Rettungs-sanitäter:innen, Rettungsassistent:innen und Notfallsanitäter:innen gemeint. Bei der

Durchführung von Krankentransporten auf dem Krankentransportwagen (KTW) sind Rettungssanitäter:innen als höchst qualifizierte Person ausreichend (§10 Abs. 2 S. 6 NRettDG). Auf dem Rettungswagen (RTW) muss ein:e Notfallsanitäter:in eingesetzt sein (§10 Abs. 2 S. 3 NRettDG). Sowohl der RTW als auch der KTW sind mit mindestens zwei Mitarbeitenden besetzt (§10 Abs. 2 S. 1 NRettDG). Rettungswachen und -wagen werden von verschiedenen Hilfsorganisationen in Deutschland betrieben, welche durch den Träger des Rettungsdienstes beauftragt werden (§5 Abs. 1 S 1 – 2 NRettDG). Die größten sind dabei das Deutsche Rote Kreuz (DRK), der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), die Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) und der Malteser Hilfsdienst (MHD). Zusätzlich besetzen Berufsfeuerwehren Rettungswagen und übernehmen Einsätze der Notfallrettung.

2.2 Was ist Rassismus?

Rassismus ist ein komplexes, gesellschaftliches Phänomen mit vielen zu beleuchtenden Aspekten. Die trennscharfe Abgrenzung des Begriffs fällt schwer, da sich die Definition im Kontext der Zeit weiterentwickelt und verändert hat (Rommelspacher, 2009, S. 25). Allein durch die Komplexität des gesellschaftlichen Phänomens ist eine eindeutige, auf alle Situationen zutreffende Definition kaum realisierbar. Rassismus kann auf Grund der Entstehungsgeschichte, der Erscheinungsform und der Funktion der rassistischen Ausgrenzung betrachtet werden (Rommelspacher, 2009, S. 27). Stuart Hall, ein Soziologe und Kulturwissenschaftler der als einer der bedeutendsten Forscher auf dem Gebiet der Rassismusanalysen gilt, hat sich in einer Vielzahl von Arbeiten mit Migrationskultur, Rassismus und Ethnizität befasst (Leiprecht & Lutz, 2015, S. 289). Nach Hall ist Rassismus die Markierung von Unterschieden, die genutzt werden, um sich von anderen Gruppen abzugrenzen. Diese Abgrenzung dient der Begründung von politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Handlungen, die zur Folge haben, dass Ressourcen für Gruppen, die diese Markierungen erfüllen, nicht zur Verfügung stehen (Rommelspacher, 2009, S. 25). Die Auswahl der Kriterien ist willkürlich gewählt und kann beispielsweise die Hautfarbe, kulturelle Herkunft, Ethnie oder Religion betreffen. Ethnie oder ethnische Gruppe beschreibt eine Minderheit, die sich abgrenzt durch selbst gewählte Kriterien, wie eine gemeinsame Kultur, eine gemeinsame Herkunft und Geschichte und ähnliche Verhaltensmuster (Gans, o.D.).

2.2.1 Rassifizierung und „Othering“

Um zu verstehen wie rassistisch-diskriminierende Einstellungen entstehen und weiterverbreitet werden, werden Abläufe beleuchtet, die versuchen, die Entstehung zu erklären. Alle Ansätze der Rassismusforschung haben ideologische Prozesse der Rassifizierung oder Rassekonstruktion gemeinsam (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 42). In vier Schritten werden negative Eigenschaften und Verhaltensweisen mit der Herkunft und äußerlichen Merkmalen begründet (Attia, 2021). Die vier Schritte der Rassifizierung sind Kategorisierung, Generalisierung, Hierarchisierung und Legitimation. Im ersten Schritt, der Kategorisierung, werden Menschen aufgrund von Merkmalen wie Aussehen, Sprache, Namen, Herkunft, Kultur und Religion in Gruppen eingeteilt. Im Rahmen der Generalisierung werden Angehörigen diese konstruierten Gruppen Eigenschaften zugeschrieben und mit der Herkunft begründet. Diese Eigenschaften treffen auf alle Mitglieder dieser Gruppe zu. Durch die Hierarchisierung wird die Fremdgruppe im Vergleich zur eigenen Gruppe negativ bewertet, die eigenen Charakteristika gelten als gut, die der Fremdgruppe als schlecht. Im letzten Schritt werden im Rahmen der Legitimierung alle vorherigen Schritte genutzt, um Benachteiligungen und Andersbehandlungen zu rechtfertigen und zeitgleich weiter Rassismus zu reproduzieren (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 43).

Diese Konstruktion einer Gruppe anhand von willkürlich gewählten Merkmalen oder Markierungen nennt sich „Othering“ also „Andersmachung“ und kann auch bei anderen Diskriminierungsformen beobachtet werden, beispielweise beim Ausschluss von Menschen mit Behinderungen. Durch die Konstruktion einer Fremdgruppe im Kontrast zur Eigengruppe anhand von beliebig gewählten Merkmalen wird das „Wir“ von den „Anderen“ klar abgegrenzt (Scherr, 2017, S.44; Karakayalı, 2022, S. 21). Durch die Konstruktion der „Anderen“ kann diskriminierendes Verhalten gerechtfertigt werden. Die eigene Gruppe gilt als überlegen und richtig, während die „Anderen“ diese selbst kreierte Norm nicht erfüllt und deswegen unterlegen ist (Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung, o. D.).

2.2.2 Rassismus gegen bestimmte Gruppen

Um Festzustellen, welche Gruppen von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals betroffen sind muss auf verschiedene Formen der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit eingegangen werden. Auf Grund von rassistischen Zuschreibungen kann jede Bevölkerungsgruppe, welche durch eben beschriebene Prozesse als „andere“ Gruppe dargestellt wird, von Rassismus betroffen sein (Alabali-Radovan, 2023, S.15 ff.). Beispiele für gruppenbezogene Feindlichkeit ist zum einen Antisemitismus, also die christlich begründete Judenfeindschaft und zum anderen Anti-Schwarzer-Rassismus, der sich auf der Kolonialzeit begründet und bis heute gesellschaftlich tief verankert ist (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 21). Eine weitere Gruppe, die rassistische Diskriminierung erfährt sind Asiat:innen, gerade nach der Covid-19-Pandemie war diese Gruppe vermehrt von Hasskriminalität betroffen (Amadeu Antonio Stiftung, 2020). Es wurde sich dafür entschieden, auf eine Gruppierung besonders einzugehen, da medial zunehmend über Gewalt gegen Diese berichtet wird (Hass im Netz, 2023).

Antiislamischer Rassismus

Antiislamischer Rassismus basiert auf religiösen Unterschieden (Alabali-Radovan, 2023, S. 32). Es wurde sich dafür entschieden, besonders diese Form des Rassismus zu erläutern, da muslimisch gelesene Menschen am häufigsten über Diskriminierungs-erfahrungen berichten (Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR-Forschungsbereich), 2018).

Historisch betrachtet liefern sich das sogenannte „Morgenland“ und das „Abendland“ seit Jahrhunderten einen politischen Kampf. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass diese Begriffe veraltet und problematisch sind, für die Verwendung wurde sich trotzdem entschieden, um den Konflikt und das gesellschaftliche Narrativ zu veranschaulichen. Zunächst standen Orient und Okzident, also Morgenland und Abendland, für eine geographische Trennung aus Perspektive von Europa (Kolle, 2023). Auf der einen Seite steht das „Abendland“, also die europäische, westlich und größtenteils christlich geprägte Welt, auf der anderen das islamische „Morgenland“. Der Orient ist eine imaginäre Raumkonstruktion, die sich je nach Zeitalter, auf andere Länder

und Gebiete bezieht und nicht geographisch festgelegt werden kann (Kolle, 2023). Die Konstruktion des „Morgenlandes“ beruht auf Klischees, die sich seit den Kreuzzügen entwickelt haben und bis heute reproduziert werden. Die Fremdgruppe der Muslim:innen werden als gewalttätige, lüsterne und, aus christlicher Sicht, ungläubige Monster dargestellt, während Christ:innen die Religion des Friedens gewählt haben. So ergibt sich ein Bild vom Islam als Antagonist des „Westens“ (Rommelspacher, 2009, S. 27). Zuletzt wurde diese Narrative des „Abendlandes“ durch die „Patriotische Europäer gegen die Islamisierung des Abendlandes“, kurz PEGIDA, genutzt um radikale und rechtsextremistische Ausländer:innenfeindlichkeit zu verbreiten (Müller & Precht, 2018, S. 7).

Inzwischen existieren diese Anfeindungen nicht nur auf Grund des islamischen Glaubens, sondern auf Grund der kulturellen Herkunft (Bartig et al., 2021, S.20). Demnach werden auch Menschen, die nicht dem islamischen Glauben angehören aber wegen äußerlicher Merkmale als Muslim:a markiert sind anders behandelt und stereotypisiert (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S.22).

2.2.3 Menschen mit Migrationshintergrund

Im Verlauf werden mehrere Bezeichnungen und Umschreibungen genutzt, um eine Gruppe zu beschreiben, welche auf Grund von zugeschriebenen Merkmalen, wie Nationalität, ethnische Herkunft, Migrationsgeschichte, kulturelle Identität, Hautfarbe, Name, Sprache sowie Akzent eine bestimmte Abstammung oder ethnokulturelle Herkunft assoziiert wird (Bartig et al., 2021, S. 17). Es wurde sich bemüht, politisch korrekte Bezeichnungen zu nutzen. Die Bezeichnung „Menschen mit Migrationshintergrund“ erfasst nicht alle Menschen, die rassistische Diskriminierung erfahren (Bartig et al., 2021, S. 18). Menschen haben dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder ein Teil der Eltern nicht mit deutscher Staatsbürgerschaft geboren wurden (Statistisches Bundesamt, o. D.). Das heißt, dass Schwarze Menschen mit deutschen Eltern, gemäß dieser Definition, keinen Migrationshintergrund haben. Daraus ergibt sich, dass rassistische Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen bei Analysen, die auf dem Konzept des Migrationshintergrunds basieren, statistisch nicht erkennbar sind.

Es wurde sich dennoch entschieden „Menschen mit Migrationshintergrund“ als Begriff zu nutzen, um Personen zu beschreiben, die auf Grund von äußerlichen Markierungen zu einer Gruppe gezählt werden können.

2.3 Rassismus als gesellschaftliches Verhältnis

Nach der Begriffsdefinition wird sich nun mit den verschiedenen Formen von Rassismus im gesellschaftlichen Kontext befasst. Bei Rassismus handelt es sich nicht bloß um Vorurteile gegen eine bestimmte Gruppe, sondern um die gesellschaftliche Diskriminierung aufgrund von Vorurteilen (Rommelspacher, 2009, S. 30). Im Folgenden werden verschiedene Mechanismen beleuchtet, welche zur Ausgrenzung beitragen. Im Verlauf ist von biodeutsch und nicht-biodeutsch aussehenden Personen die Rede. Der Ausdruck „biodeutsch“ beschreibt Menschen, die optisch der *weißen* Mehrheits-gesellschaft entsprechen und nicht äußerlich angesehen werden kann, ob sie einen anderen ethnischen Hintergrund haben (Goldmann, 2017). Ein Verständnis der verschiedenen Darstellungen von Rassismus auf den unterschiedlichen Ebenen ist wichtig, um einzuordnen, welche rassistisch-diskriminierenden Einstellungen vorliegen und auf welcher Stufe diese stattfinden.

2.3.1 Struktureller und institutioneller Rassismus

Struktureller Rassismus liegt dann vor, wenn Ausgrenzungen durch Rechtsvorstellungen und politische, sowie ökonomische Strukturen einer Gesellschaft entstehen (Rommelspacher, 2009, S. 30). Der strukturelle Rassismus geht nicht von vielen rassistische Einzelhandlungen aus, sondern beschreibt ein historisch gewachsenes System, welches rassistisch wirkt (Hunold & Singelnstein, 2022, S. 3). Individuelle rassistische Handlungen, können durch handelnde Personen nicht als solche erkannt werden, wenn sie innerhalb eines solchen strukturellen Systems stattfinden (Karakayalı, 2022, S. 20 - 21). Die Diskriminierung erfolgt im Alltag durch das Nicht-Hinterfragen von bestehenden Abläufen, Routinen oder Verfahrensanweisungen, wodurch bestimmte Bevölkerungsgruppen benachteiligt werden.

Der Strukturelle Rassismus schließt den institutionellen Rassismus mit ein (Rommelspacher, 2009, S. 30). Institutioneller und struktureller Rassismus sind zum Teil schwer voneinander abzugrenzen und ähneln sich in der Erscheinungsform, deswegen

wurde sich hier entschieden, die Begriffe deckungsgleich zu verwenden. Institutioneller Rassismus beschreibt rassistische Handlungen auf Grund von Gewohnheiten und Wertvorstellungen der Mehrheitsgesellschaft. Selbst wenn sich Gesetze über Diskriminierung ändern, bleibt Rassismus auf der institutionellen Ebene bestehen (Gomolla, 2017, S. 135). Es gibt in Deutschland zahlreiche Beispiele für institutionellen Rassismus und seine Folgen. Ein großes Problem dabei ist, dass sich Politik und Gesellschaft weigern, dieses Phänomen anzuerkennen und so weitere Folgen ermöglichen (Gomolla, 2017, S. 138). Ein prominentes Beispiel dafür, sind die NSU-Morde. In den Medien wurden sie als „Dönermorde“ tituliert und die rassistischen Zusammenhänge zwischen den Morden wurden lange nicht erkannt, da die Polizei die Täter:innen innerhalb der türkischstämmigen Bürger:innen vermutete (Karakayali, 2019). Die Ermittlungen wurden in einem Abschlussbericht, den sogenannten NSU-Akten festgehalten, welche zunächst 120 Jahre, und dann 30 Jahre lang unter Verschluss gehalten werden sollten, da sie das Versagen des Verfassungsschutzes dokumentieren (Süddeutsche Zeitung, 2022). Nach Veröffentlichung der mutmaßlichen NSU-Akten durch Jan Böhmermann und seine Redaktion wurde das Verschulden zur Vorbeugung rechten Terrors deutlich, zumal einige Dokumente zur Aufklärung der NSU-Morde als verschollen gelten (FragDenStaat und ZDF Magazin Royale präsentieren: NSU-Akten gratis!, 2022). Die Ignoranz durch die Staatsgewalt rechten Terror als solchen zu erkennen und dementsprechend zu handeln, zeigt die Gefahr, die von institutionellem Rassismus ausgeht. Die konstante Behauptung, bei rassistisch motivierten Attentaten handle es sich um Einzelfälle, verhindert solche Taten in Zukunft vorzubeugen (Nobrega et al., 2021, S. 15).

2.3.2 Individueller Rassismus

Im Rahmen der zu erwartenden Ergebnisse innerhalb dieser Arbeit werden die meisten Schilderungen auf der Individualebene stattfinden, da die Untersuchung der strukturellen Ebene mehrere Erhebungen auf der Individualebene zur weiteren Analyse erfordert (Bergmann et al., 2021, S. 52). Diese Form von Rassismus beruht auf persönlichen Einstellungsmustern und Handlungen und bezieht sich auf die direkte Interaktion (Rommelspacher, 2009, S. 30). Individueller Rassismus kann auch unbeabsichtigt stattfinden, die Intention rassistisch zu handeln ist nicht erforderlich, um

rassistisch zu sein (Rommelspacher, 2009, S. 31). Dazu gehört beispielsweise der Gebrauch von diskriminierender oder abwertender Sprache oder Bezeichnungen, welche an dieser Stelle nicht reproduziert werden sollen (Albrecht, 2017).

Hier kann zwischen intentionalem und nichtintentionalem Rassismus differenziert werden. Intentionaler Rassismus ist das bewusste Herabsetzen von anderen Menschen aufgrund von willkürlichen Markierungen, während nicht intentionaler Rassismus auf ungewollte Weise die gleiche Wirkung hat (Rommelspacher, 2009, S. 31). Die Absicht zu diskriminieren, muss nicht gegeben sein um diskriminierend zu handeln (Rommelspacher, 2009, S. 32). Ein Beispiel dafür ist, eine Person mit nichtweißer Hautfarbe zu loben, wie gut sie deutsch spricht. Die Person wird, obwohl sie vielleicht in der dritten Generation in Deutschland lebt und dort geboren ist und sich selbst als deutsch sieht, lediglich auf ihr nichtweißes Aussehen reduziert. Symbolisch wird diese Person aus der Gesellschaft geschlossen und zu einer der „Anderen“ erklärt.

2.3.3 Alltagsrassismus

Alltagsrassismus beschreibt sämtliche Formen von Rassismus, mit denen Menschen, die auf Grund von äußerlichen Kriterien nicht der Mehrheitsgesellschaft angehören, im Alltag konfrontiert werden. Meist handelt es sich bei alltagsrassistischen Zwischenfällen um die Kategorie des nicht-intentionalem individuellen Rassismus, wie die Frage wo jemand herkommt der nicht dem äußeren Erscheinungsbild der Mehrheitsgesellschaft entspricht. Solche Äußerungen unterstreichen immer wieder, dass nichtweiße Menschen nicht Teil der Gesellschaft in Deutschland sind (Küpper, 2022). Die Annahme, jemand kommt „woanders“ her beruht auf Vorurteilen und Stereotypen, die durch die Mehrheitsgesellschaft mit Menschen auf Grund des Aussehens in Verbindung gebracht werden (Gelitz, 2017).

Auch wenn die geschilderten Beispiele primär individuell stattfinden, ist Alltagsrassismus auch auf der strukturellen und institutionellen Ebene verankert, denn durch diese Vorurteile entsteht eine Chancenungleichheit für Menschen außerhalb der Mehrheitsgesellschaft (Küpper, 2022). Die Ignoranz von Rassismus durch die Mehrheitsgesellschaft verhindert, dass über die Problematik des Alltagsrassismus gesprochen werden kann.

2.3.4 Warum es so schwer fällt, über Rassismus zu sprechen

Rassismus ist ein unbequemer Begriff. Niemand möchte sich damit auseinandersetzen, dass gut gemeinte Kommentare rassistisch sein können. Die Gesellschaft und alle darin enthaltenen Strukturen sind von der Mehrheitsgesellschaft für die Mehrheitsgesellschaft gemacht worden, durch Ausgrenzungen von Anderen (Rommelspacher, 2009, S. 32). So wird der Mehrheitsgesellschaft das Privileg gesichert, in der Norm zu leben und diese Norm verbindlich für Andere zu definieren. Durch diese Normalität erkennen Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft oft ihr eigenes Privileg nicht und reagieren abwehrend, wenn sie darauf aufmerksam gemacht werden. Durch das Aufzeigen von Privilegien werden herkömmliche Hierarchien in Frage gestellt und bedroht. Durch Abwehrreaktionen versuchen Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft diese Hierarchiestrukturen zu legitimieren (Kastein et al., 2021, S. 95). Die Menschen, die vom System am meisten profitiert haben, bewusst oder unbewusst, haben das größte Problem mit einer Verschiebung der Normen (Kastein et al., 2021, S. 103). Viele Menschen der Mehrheitsgesellschaft möchten sich nicht mit Rassismus auseinandersetzen, da es unbequem ist. Anders als Menschen, die auf Grund von Äußerlichkeiten nicht der Mehrheitsgesellschaft entsprechen, welche tagtäglich mit Rassismus konfrontiert sind, verfügen *weiße* Bürger:innen über das Privileg, Rassismus zu ignorieren, da es sie mutmaßlich nicht betrifft (Amnesty International, o. D.).

2.3.5 Rassismus in der heutigen Zeit

Rassismus ist ein allgegenwärtiges und anhaltendes Problem, das alle Gesellschaftsschichten in Deutschland betrifft (Alabali-Radovan, 2023, S. 9). In den letzten Jahren hat eine wachsende Sensibilisierung für dieses Thema stattgefunden, da immer mehr rassistische Übergriffe Einzug in die Medien finden. Dazu zählt der antisemitisch und rassistisch motivierte Anschlag am 9. Oktober 2019 vor einer Synagoge in Halle, welcher zwei Tote zur Folge hatte und durch den Täter auf einer Livestreaming Plattform übertragen wurde (Pörner et al., 2021, S. 6). Nur wenige Monate später, am 19. Februar 2020, suchte ein rechtsextremistischer Täter seine Opfer in Hanau ebenfalls nach rassistischen Kriterien aus, bevor er erst sich und dann seine Mutter erschoss (Bundeszentrale Für Politische Bildung, 2022). Bei diesem Attentat starben neun Menschen auf Grund der rechtsextremen und rassistischen

Überzeugungen des Täters: Gökhan Gültekin, Sedat Gürbüz, Said Nesar Hashemi, Mercedes Kierpacz, Hamza Kurtović, Vili Viorel Păun, Fatih Saraçoğlu, Ferhat Unvar, Kaloyan Velkov.

Zusätzlich treten medial vermehrt Schilderungen von Rassismus und Rechtsextremismus innerhalb von Sicherheitsbehörden wie Polizei und Bundeswehr auf, worin in Kapitel 2.4.1 näher eingegangen wird (Bundesministerium des Inneren und für Heimat, 2022). Solche Verdachtsfälle erschüttern das Vertrauen in den Staat und beeinträchtigen das Sicherheitsgefühl von marginalisierten Gruppen (Alabali-Radovan, 2023, S. 10).

2.4 Forschungsstand

Das Forschungsfeld der Rassismus- und Diskriminierungsforschung hat auf Grund eben geschildeter Vorfälle innerhalb der letzten Jahre auch in Deutschland an Relevanz gewonnen. Seit 2020 gibt es den nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa), welcher durch den deutschen Bundestag gefördert wird, um langfristig Rassismus und daraus resultierende Diskriminierung zu bekämpfen (Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa), o. D.). In einer Auftaktstudie wurden erste Hinweise erhoben, wie verbreitet Rassismus in allen Schichten der Gesellschaft ist, welches Problembewusstsein bei Menschen zur Thematik existiert und wie Rassismus aktiv entgegengewirkt werden kann (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022). Diese Studie ergab, dass Rassismus in Deutschland ein weit verbreitetes Phänomen ist, lediglich 35% der Befragten gaben an, weder direkt noch indirekt mit Rassismus in Berührung gekommen zu sein (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 5). Des Weiteren wurde aufgezeigt, wie tief rassistische Überzeugungen innerhalb der Bevölkerung verwurzelt sind. 27% der Bevölkerung glauben, bestimmte Kulturen seien besser als andere (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 6). Außerdem sagen 28% der Befragten, Chancengleichheit zu etablieren sei ungerecht und 27% stimmen der Aussage zu es müsse bessere und schlechtere Gruppen innerhalb der Gesellschaft geben. Ein Großteil der Teilnehmer:innen (61%) stimmt zu, dass Rassismus den Alltag in Deutschland prägt und 65% stimmen der

Existenz von institutionellem Rassismus in Behörden zu (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 7).

Die Existenz von Rassismus innerhalb der Gesellschaft wird nicht abgestritten, dennoch behaupten 60% Rassismus ginge in erster Linie von Rechtsextremen aus (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 8). Die in Kapitel 2.3.5 geschilderten rassistischen Attentäter gingen alle aus der Mitte der Gesellschaft heraus (Zick, 2021b, S. 141). Die Mitte-Studie untersucht seit 2006 alle zwei Jahre die politischen Einstellungen der Mehrheitsgesellschaft, abseits von rechtsextremen Strukturen um die Meinungen der „Mitte der Gesellschaft" zu Themen wie Rechtsextremismus, Antisemitismus und Gewaltbilligung empirisch zu erheben (Friedrich-Ebert-Stiftung, 2021). Die Ergebnisse der Mitte Studie zeigen, dass rechtsextreme und fremdenfeindliche Einstellungen vor allem in Gebieten, in denen die Partei Alternative für Deutschland (AfD) hohe Wahlergebnisse erzielt hat, vorhanden sind (Zick et al., 2021, S. 105 - 111). In der Vergangenheit haben sich gerade aus dem Teil der Bevölkerung, der nicht klar rechtsextrem eingestellt ist, Täter:innen radikalisiert, welche gewalttätig geworden sind (Zick, 2021a, S. 26). Deswegen ist die Untersuchung der Einstellungen zu rechten Ideologien in der Mitte der Gesellschaft essenziell, um zukünftigen Taten vorzubeugen.

2022 wurde das Amt der Antirassismus-Beauftragten geschaffen und mit Reem Alabali-Radovan besetzt, welche sich im Bundestag für die Bekämpfung von Rassismus und Diskriminierung einsetzt (Der Spiegel, 2022). Durch die Schaffung dieses Amtes, ist die Politik auf einem guten Weg die Problematik des institutionellen Rassismus zu erkennen und zu bekämpfen, auch wenn dieser gerade erst begonnen hat.

2.4.1 Rassismus in Behörden mit Sicherheitsaufgaben

In den letzten Jahren ist, wie bereits kurz in Kapitel 2.3.5 geschildert, auch in Deutschland eine Aufarbeitung des institutionellen Rassismus in Sicherheitsbehörden gefordert worden. Rassismus ist in allen Bereichen der Gesellschaft ein Problem, aber besonders in einem Bereich der in die Grundrechte der Bürger:innen eingreifen darf, sollte ein besonderes Augenmerk daraufgelegt werden, dass alle Menschen gleichbehandelt werden (Alabali-Radovan, 2023, S. 46). Außerdem bergen rassistische

Einstellungen unter Polizeibeamt:innen die Gefahr, rassistische Vorfälle nicht ernst zu nehmen oder als solche anzuerkennen. Seit dem hat der NaDiRa eine Kurzstudie erhoben und publiziert, welche sich mit institutionellem Rassismus innerhalb der Polizei befasst (Graevskaia & Handick, 2022). Die Ergebnisse zeigen, welche Elemente der Polizeiarbeit die Weitergabe von rassistischen Wissensständen begünstigen (Graevskaia & Handick, 2022, S. 20). Auf dieser Basis kann weitere empirische Forschung stattfinden. Über rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen in Deutschland gibt es wenig repräsentatives Material. In einer Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes zum Wissensstand und Forschungsbedarf wurde auch rassistische Diskriminierung beschrieben, mit dem Fazit, dass mehr Forschung erforderlich ist um die Auswirkungen von rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen einzuordnen (Bartig et al., 2021, S. 17 - 31).

2.4.2 Rassismus im Rettungsdienst ?

Zwar ist die Medienwirksamkeit von rassistischen oder rechtsextremen Zwischenfällen im rettungsdienstlichen Kontext nicht so groß wie bei Polizei und Bundeswehr, trotzdem können sie ähnlich dramatische Auswirkungen haben. Durch rassistische Vorverurteilungen im Rahmen von rettungsdienstlichen Notfalleinsätzen kann es zur Gefährdung von Menschen oder zur Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung kommen (Ventura et al., 2022; Kennel et al., 2019). Ein verheerendes Beispiel aus Deutschland ist der Tod eines 19-jährigen Jesiden in Polizeigewahrsam. Er klagte nach der Festnahme, bei der es zum Einsatz von Pfefferspray kam, über Atembeschwerden. Der dazu gerufene Rettungsdienst nahm die Symptome des Mannes nicht ernst und weigerte sich, laut einem Zeugen, ihn zu untersuchen. Einige Stunden später verstarb er, die Ermittlungen wurden eingestellt (Trammer, 2021).

In den USA gibt es inzwischen Studien über die Andersbehandlung von Patient:innen auf Grund der ethnischen Herkunft im Rahmen von präklinischen Einsätzen der Notfallversorgung (Ventura et al., 2022; Kennel et al., 2019). Deutschland ist im Rahmen der Diskriminierungsforschung noch an den Anfängen, dementsprechend gibt es keine empirischen Erhebungen im Rettungsdienst.

3 Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage welche Formen von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonals in Deutschland existieren, wurde sich für eine qualitative Forschungsmethode entschieden, da, wie bereits in Kapitel 2.4.2 geschildert, kaum empirische Daten vorliegen (Bortz & Döring, 2016, S. 14). Aus den erhobenen Ergebnissen lassen sich erste Beschreibungen generieren (Dresing & Pehl, 2018, S.6). Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden wissenschaftliche Interviews geführt, um Aspekte des subjektiven Erlebens zugänglich zu machen, welche bei Beobachtungen nicht erfasst werden (Bortz & Döring, 2016, S. 356). Die Ergebnisse der Interviewanalysen geben Rückschlüsse, welche Personen und -gruppen von den, mit den Einstellungen verbundenen, Verhaltensweisen betroffen sind. Es lässt sich durch die Interviews auch herausarbeiten, welche Auswirkungen rassistisch-diskriminierende Einstellungen auf die Versorgung von Patient:innen durch nicht-ärztliches Personal haben. Durch die Aussagen der Befragungspersonen kann ebenfalls beleuchtet werden, welche Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen beitragen und welche Maßnahmen und Strategien zur Prävention und Bekämpfung dieser ergriffen werden können.

Die mündliche Befragung von Interviewpartner:innen in einer Live-Situation bietet, anders als bei einem schriftlichen Fragebogen, die Möglichkeit von Rückfragen, was gerade bei Schilderungen von komplexen Zusammenhängen von Vorteil ist (Bortz & Döring, 2016, S. 357). Es wurde sich für die Durchführung von halbstrukturierten Einzelinterviews anhand eines Leitfadens als Instrument entschieden (Bortz & Döring, 2016, S. 358). Zur inhaltlichen Vorbereitung zum Befragungsthema wurden sich zunächst Fragen für den Interview-Leitfaden überlegt, um Daten zum Forschungsthema zu erheben (Bortz & Döring, 2016, S. 365).

3.1 Konzeptionierung des Interview-Leitfadens

Zunächst wurde bei der Konzeptionierung des Interview-Leitfadens bedacht, dass die Interviews jeweils etwa 30 Minuten dauern sollten. Der Interview-Leitfaden (siehe Anhang I) beginnt mit Feldern, auf welchen Ort, Datum und Name der Befragungsperson notiert werden. So kann der Leitfaden, welcher für jedes Interview neu ausgedruckt

wird, gleichzeitig für Notizen genutzt werden hinter der entsprechenden Frage. Anschließend folgt im Leitfaden die Aufklärung der Befragungsperson zum Ziel der Datenerhebung. Dann werden die Interviewpartner:innen zu biographischen Grundinformationen befragt (Bortz & Döring, 2016, S. 372). Dazu gehört die Frage nach dem Rettungsdienstbereich, also ob es sich um ein städtisches oder ländliches Gebiet handelt, sowie die Berufsbezeichnung und wie viele Jahre Berufserfahrung vorliegen. Außerdem wird nach einem speziellen Zusatzbereich gefragt, womit Tätigkeiten zusätzlich zur Arbeit im Rettungsdienst gemeint sind wie Praxisanleiter:in, Dozent:in oder Leitstellendisponent:in. Der spezielle Zusatzbereich kann weitere Perspektiven beleuchten. Der Leitfaden besteht hauptsächlich aus offenen Fragen, welche durch geschlossene Fragen ergänzt werden. Die Fragen sind sowohl stichpunktartig als auch wörtlich im Leitfaden formuliert (Bortz & Döring, 2016, S. 372). Beim Formulieren des Leitfadens wurde versucht, textgenerierende Fragen zu erstellen (Dresing & Pehl, 2018, S.10).

Der Hauptteil wird in zwei Themenblöcke unterteilt. Bei der Konzeptionierung wurde sich anhand der Forschungsfrage und den dazugehörigen Teilfragen orientiert. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf der Beantwortung der Frage nach den Auswirkungen von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen auf die Versorgung von Patient:innen. Im Wortlaut wurden die Forschungs- und Teilfragen jedoch nicht gestellt, da Fragen einfach und direkt sein sollen und zu komplexe Fragen den Gesprächsfluss behindern (Bortz & Döring, 2016, S. 403). Begonnen wird mit dem Thema Begriffsverständnis. Zunächst soll im Rahmen der ersten Hauptfrage erklärt werden, was die befragte Person unter Rassismus versteht (Bortz & Döring, 2016, S. 373). Dann sollen die Begriffe „Alltagsrassismus“ und „institutioneller Rassismus“ als Differenzierungsfragen definiert werden. Die letzte Frage zu diesem Themenblock befasst sich mit dem Begriffsverständnis zu „Diskriminierung“. Der Abschnitt mit Fragen über Begriffsverständnis dient, um festzustellen, ob bei den Befragten ausreichend Wissen über Rassismus und Diskriminierung vorhanden ist, um einzuordnen, ob bestimmte genannte Beispiele rassistisch sind.

Der zweite Teil befasst sich mit konkreten Erfahrungsberichten aus dem rettungsdienstlichen Alltag. Der Einstieg in diesen Themenkomplex beginnt mit der

geschlossenen Frage, ob die Befragungsperson glaubt, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt. Anschließend folgt die Fragestellung in welcher Art und Weise Rassismus im Rettungsdienstalltag beobachtet werden konnte. Um die Beantwortung dieser Frage zu erleichtern, wird sie durch Unterfragen ergänzt. So wird gefragt, ob es Beobachtungen von rassistischem Verhalten innerhalb des Einsatzes, auf der Rettungswache nach dem Einsatz, innerhalb des Kollegiums, von der Führungsetage und im speziellen Einsatzbereich gab. Dann wird gefragt, ob es konkrete Ereignisse gibt, über die die/ der Interviewpartner:in berichten möchte, falls es nicht bereits unter der vorherigen Frage geschah. Anschließend folgt eine Reihe von konkreten Fragen mit Schilderungen von potenziell rassistisch-diskriminierenden Situationen, welche übersprungen werden können, falls sie im Rahmen der davor gestellten Fragen bereits mit beantwortet wurden. Die erste Frage erkundigt sich nach den Formen von rassistisch-diskriminierendem Sprachgebrauch im rettungsdienstlichen Alltag. Anschließend wird nach konkreten Situationen gefragt, in denen Patient:innen auf Grund ihrer Hautfarbe, Kultur oder Herkunft anders behandelt wurden. Dann wird gefragt, ob es vorverurteilende Äußerungen gibt bei der Alarmierung in bestimmte Gegenden oder zu Patient:innen mit nicht-biodeutsch klingenden Nachnamen. Abschließend wird sich erkundigt, ob gewisse Patient:innen anders behandelt worden wären, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten und sich mit denselben Symptomen vorgestellt hätten.

3.2 Stichprobenziehung

Um repräsentative Ergebnisse zu erzielen, wurden Befragungspersonen mit Blick auf die Forschungsfrage bewusst ausgewählt (Wintzer, 2015, S. 4). Die Stichprobenart ist nicht-probabilistisch und die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte bewusst (Bortz & Döring, 2016, S. 294). Eine theoretische Sättigung ist im Rahmen dieser Arbeit nicht zu erreichen, allerdings sind die erhobenen Daten ausreichend, um innerhalb der Grenzen einer Bachelorarbeit, erste Erkenntnisse über das Forschungsfeld zu erhalten (Wintzer, 2015, S. 72; Bortz & Döring, 2016, S. 294). Die Stichprobengröße ist mit drei bis vier Interviewpartner:innen angesetzt. Die konkreten Auswahlkriterien der Stichprobe waren wie folgt (Bortz & Döring, 2016, S. 300 ff.): Die Befragungspersonen haben eine nicht-ärztliche, rettungsdienstliche Qualifikation und arbeiten in Voll- oder Teilzeit im

Rettungsdienst in Deutschland und führen Einsätze der Notfallrettung durch. Eine Anstellung im qualifizierten Krankentransport ist nicht ausreichend. Um die Ergebnisse nicht zu verfälschen oder sozial erwünschte Antworten zu generieren, wurden Personen, die zum Freundeskreis der Autorin gehören, von Vorherein ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Kolleg:innen, die beim gleichen Arbeitgeber wie die Autorin arbeiten, da auf die Identität von beschriebenen Kolleg:innen geschlossen werden kann. Es wurde außerdem versucht Interviewpartner:innen auszuwählen, die aus unterschiedlichen Rettungsdienstbereichen kommen. Die Rekrutierungsstrategie erfolgte über einen Aufruf auf der Plattform Instagram durch die Autorin (Bortz & Döring, 2016, S.303). Damit wurden die möglichen Teilnehmer:innen auf die Follower:innen der Autorin beschränkt. Auf den Aufruf, ob jemand aus dem Rettungsdienst Interesse hat, an einem Interview im Rahmen der Bachelorarbeit zum Thema Rassismus im Rettungsdienst teilzunehmen, meldeten sich insgesamt 12 Menschen. Sechs davon wurden ausgeschlossen, da sie aus dem direkten Freundeskreis oder Betrieb der Autorin kamen. Die potenziellen Befragungspersonen wurden über das Thema des Interviews und den geplanten zeitlichem Umfang von etwa 30 Minuten informiert und hatten weiterhin Interesse an der Teilnahme. Die genaue Forschungsfrage wurde nicht vorgestellt (Dresing & Pehl, 2018, S.12). Mit den sechs Übriggebliebenen wurden Gesprächstermine vereinbart. Vorab wurde ein Pretest durchgeführt, um das Interviewinstrument und die Aufnahme des Interviews zu testen (Bortz & Döring, 2016, S. 364). Der Pretest war erfolgreich, weswegen der Interview-Leitfaden nicht angepasst werden musste. Der Testperson wurde nach der Durchführung des Interviews Reflexionsfragen gestellt, um die Nachvollziehbarkeit und Anwendbarkeit des Interview-Leitfadens zu testen (Dresing & Pehl, 2018, S.12).

3.2 Datenerhebung: Durchführung der Interviews

Von den sechs vereinbarten Interviews wurde eins grundlos durch die Befragungsperson abgesagt, ein weiteres musste auf Grund von Erkrankung der Autorin zunächst verschoben und dann abgesagt werden. Wegen Zeitmangel der Befragungsperson wurde das Interview nicht nachgeholt.

Letztendlich fanden vier Interviews statt. Drei Interviews fanden als direkte Interviews in der häuslichen Umgebung der Befragungspersonen statt (Bortz & Döring, 2016, S.

359). Lediglich ein Interview musste wegen kurzfristiger Erkrankung der Interviewerin Online via Zoom stattfinden, dieses wurde über Zoom aufgezeichnet. Die anderen direkten Interviews wurden mit der iOS-App „Sprachmemos“ aufgenommen, was beim Pretest ebenfalls ausprobiert wurde (Bortz & Döring, 2016 S. 364). Der Interview-Leitfaden lag in ausgedruckter Form, gut lesbar vor. Die Atmosphäre und eventuell vorkommende Besonderheiten, sowie eigene Gedanken der Interviewenden wurden mit einer Notiz der Zeit auf dem ausgedruckten Leitfaden vermerkt (Bortz & Döring, 2016, S. 365). Zunächst wurde durch das Anbieten von Heißgetränken eine angenehme Atmosphäre generiert (Bortz & Döring, 2016, S. 366). Die Interviews fanden sich am Esstisch gegenübersitzend statt. Störende Dritte oder laute Umgebungsgeräusche gab es nicht. Alle Befragungspersonen sind Bekanntschaften der Autorin, weswegen eine Vorstellung der Autorin nicht nötig war und es nach der Begrüßung schnell zu Smalltalk kam. Zu Beginn des Interviews wurden die Befragungspersonen über die Audioaufnahme des Interviews und der Verarbeitung ihrer Daten im Rahmen der Bachelorarbeit aufgeklärt und ihnen wurde eine Einwilligungserklärung ausgehändigt, welche sie unterschrieben, diese ist im Anhang II zu finden (Bortz & Döring, 2016, S. 366). Das Smartphone der Autorin wurde zur Aufnahme genutzt, welches mit dem Display nach unten auf dem Tisch lag. So wurden Akzeptanzprobleme des Sprechens in ein Mikrofon vermieden. Beim Durchführen der Interviews wurde sich an die Handlungsempfehlung nach Dresing und Pehl gehalten (2018, S. 13). Die Interviews sollten etwa 30 Minuten dauern, eines der Interviews dauerte lediglich 21 Minuten, die anderen drei Interviews erreichten die geplante Dauer. Nach Beendigung der Interviews wurden noch freundschaftliche Gespräche über Themen außerhalb des Befragungsthemas geführt (Bortz & Döring, 2016, S. 366). Alle Interviewpartner:innen äußerten Interesse am Verlauf der Untersuchungen. Anschließend wurden die Notizen auf den Interviewleitfäden zur Gesprächsatmosphäre und Dauer des Gesprächs ergänzt (Bortz & Döring, 2016, S. 367).

3.3 Datenanalyse: Transkription der Interviews

Zur Datenaufbereitung wurden die Interviews mit der Transkriptionssoftware f4 wortwörtlich verschriftet (Bortz & Döring, 2016, S. 367). Dabei wurde sich an ein einfaches Regelsystem gehalten, um inhaltlich-semantische Transkripte zu generieren

(Dresing & Pehl, 2018, S. 17 - 22). Die besondere Betonung oder Darstellung von Dialekten spielt für die Forschungsfrage keine Rolle, weswegen ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem ausreichend ist. Es wurde sich am Regelsystem nach Dresing und Pehl orientiert (2018). Dementsprechend wurden die Audiodateien mit Hilfe des Programms f4x Spracherkennung zunächst automatisch transkribiert. Anschließend wurden die so erstellten Word Dateien im Programm f4 geöffnet und manuell überarbeitet, unter Beachtung der Transkriptionsregeln für inhaltlich-semantische Transkripte (Dresing & Pehl, 2018, S. 21). So wurden die Audiodateien wörtlich transkribiert und Wortverschleifungen an Schriftdeutsch angenähert, um einen gut lesbaren Text zu erstellen. Stottern, Interpunktion und Wortdopplungen wurden ebenfalls geglättet. In den Transkripten wurden die genannten Städte und Rettungsdienstbereiche anonymisiert und als „Stadt XY“ bezeichnet. Ebenfalls wurden die Namen der Hilfsorganisation aus den Transkripten entfernt, um die Identität der Befragungspersonen und Arbeitgebenden zu schützen. Die Transkripte wurden erstellt und korrigiert und anschließend einige Tage später ein zweites Mal Korrekturgelesen (Dresing & Pehl, 2018, S. 30). Dann wurden sie im Programm f4analyse hochgeladen, um ausgewertet zu werden. In diesem Schritt wurden die Dateien umbenannt und nummeriert, um nicht auf die Identität der Interviewpersonen schließen zu können.

3.4 Qualitative Auswertung

Zur Unterstützung bei der Auswertung der Transkripte wurde das Programm f4analyse als Qualitative Data Analysis (QDA) Software genutzt. Zunächst wurde anhand der Vorgehensempfehlung zur qualitativen Inhaltsanalyse eine initiierende Textarbeit durchgeführt (Dresing & Pehl, 2018, S. 50; Bortz & Döring, 2016, S. 542). Dazu wurden die Transkripte aller vier durchgeführten Interviews in Bezug auf die Forschungsfrage gelesen und relevante Aspekte markiert und kommentiert. Die Interviews wurden umbenannt und abgespeichert mit Geschlecht und Alter der Befragungsperson im Namen, um die Zuordnung der Transkripte zu erleichtern (Dresing & Pehl, 2018, S. 51).

Im nächsten Schritt wurden anhand der Forschungsfrage und Unterfragen Hauptkategorien gebildet (Kuckartz, 2016, S. 101). Diese erste Bildung von Kategorien erfolgte deduktiv und unabhängig vom erhobenen Datenmaterial (Kuckartz, 2016, S. 64). Anschließend wurden die Hauptkategorien im Programm f4analyse als Codes

angelegt (Dresing & Pehl, 2018, S. 51). Die entstandenen Hauptkategorien sind „Lösungen“, „Ursachen“, „Begriffsverständnis“ und „Rassismusformen“. Anschließend wurden kurze Beschreibungen der Kategorien erstellt. Zunächst wurde eines der erstellten Interviewtranskripte gelesen und anhand der festgelegten Kategorien bearbeitet (Kuckartz, 2016, S. 103). Beim Codieren des Materials wurden sich bereits mögliche Unterkategorien notiert, dazu konnte die Memo Funktion von f4analyse genutzt werden. Bei der Kategorisierung des Materials wurde auf die Verständlichkeit des Inhalts ohne den umgebenden Text geachtet, wobei die einzelnen Abschnitte in den meistens Fällen mindestens einen Satz umfassen (Kuckartz, 2016, S. 104). Wenn es zur Verständlichkeit erforderlich war, wurden Interviewfragen mit codiert. Dann wurden alle weiteren Interviewtranskripte gelesen und den vorher erstellten Kategorien zugeordnet (Dresing & Pehl, 2018, S. 53). Auch hier wurde die Memo Funktion genutzt, um mögliche Unterkategorien zu notieren. Nachdem alle Texte vollständig gelesen und codiert wurden, folgte die induktive Kategorienbildung am Material.

Dazu wurden alle Textstellen zu einer Hauptkategorie Zeile für Zeile durchgelesen (Dresing & Pehl, 2018, S. 54). Mit Hilfe der vorher notierten Memos und unter Beachtung der Forschungsfrage wurden erste Subcodes gebildet (Kuckartz, 2016, S. 91). Für die neu erstellen Subcodes, oder Unterkategorien, wurden Definitionen im Codekommentar festgehalten, um die Ausdifferenzierung zu vereinfachen. Textstelle für Textstelle wurden alle Passagen bereits bestehenden Subkategorien zugeordnet oder neue Subkategorien erstellt, bis alle Textstellen einer Hauptkategorie bearbeitet waren. Im Codekommentar wurden sinnvolle Gruppierungen festgehalten. Die zunächst vier Hauptkategorien konnten unterschiedlich umfangreich durch Subkategorien ergänzt werden. Manche Textstellen passen in mehrere Unterkategorien, weswegen sie mehrfach codiert wurden. Mehrfachcodierungen wurden dann notwendig, wenn Aspekte nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden konnten oder die Textstelle, je nach Perspektive der Subcodes, in mehrere Codes eingeteilt werden konnte (Spendrin, 2019). Nachdem alle erfassten Textstellen zugeordnet wurden, wurde das Kategoriensystem systematisiert und organisiert (Kuckartz, 2016, S. 93). Die vier Hauptkategorien blieben bestehen, allerdings wurden einige Unterkategorien fusioniert, da sie inhaltlich ähnlich waren. Andere Subkategorien wurden gelöscht, da

die dort codierten Aussagen besser in andere Subkategorien passten. Dann wurden alle gefundenen Subcodes mit den entsprechend codierten Textstellen durchgelesen und auf Plausibilität überprüft. Zudem wurden die im Codekommentar festgehaltenen Kategoriedefinitionen abschließend festgelegt, da es auf Grund des Überarbeitens des Codesystems notwendig war die Definitionen ebenfalls anzupassen. Die Definition für die Codes und Subcodes befinden sich in Anhang III.

3.5.1 Vorstellung der Hauptkategorien

Abb. 1: Das vollständige Codesystem (eigene Darstellung)

Das so entstandene Codesystem besteht aus den vier Hauptkategorien und weiter ausdifferenzierten Unterkategorien, die im Folgenden erläutert werden. Auf Grund der schlechten Lesbarkeit befindet sich eine größere Darstellung im Anhang IV.

Hauptkategorie Begriffsverständnis

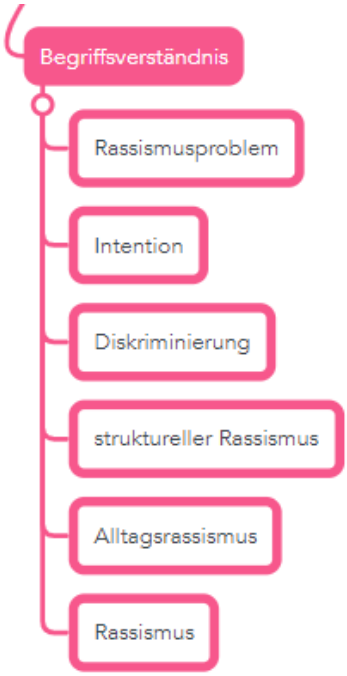

Abb. 2: Hauptkategorie Begriffsverständnis mit Unterkategorien (eigene Darstellung)

Die Hauptkategorie „Begriffsverständnis“, veranschaulicht in Abb. 2 dient, um festzustellen, ob Rassismus ein Begriff ist, der durch die Befragungspersonen erklärt und verstanden werden kann. Die hier erhobenen Antworten können die zur Beantwortung der Frage, nach möglichen Ursachen für die Entstehung und Verbreitung von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen beitragen.

Im Interview-Leitfaden wird nach strukturellem Rassismus und Alltagsrassismus gefragt. Außerdem nach der Definition von Diskriminierung. Erfasst werden die Definitionen und Auslegungen, die durch die Befragungspersonen bei der Frage genannt werden. Die hier gefundenen Unterkategorien sind „Rassismusproblem“, „Intention“, „Diskriminierung“, „struktureller Rassismus“, „Alltagsrassismus“ und „Rassismus“. Unter dem Subcode „Rassismusproblem“ werden alle Antworten auf die Frage erfasst, ob es laut der befragten Person, ein Problem mit Rassismus im deutschen Rettungsdienst gibt. Bei „Intention“ werden die Passagen codiert, in denen sich auf die Frage geäußert wird, ob Rassismus beabsichtigt und verletzend sein muss, um als rassistisch zu gelten. Die Unterkategorien „Diskriminierung“, „struktureller Rassismus“, „Alltagsrassismus“ und

„Rassismus“ erhalten jeweils die Textstellen, die die Reaktion auf die jeweilige Frage nach der Definition beinhalten.

Hauptkategorie Ursachen

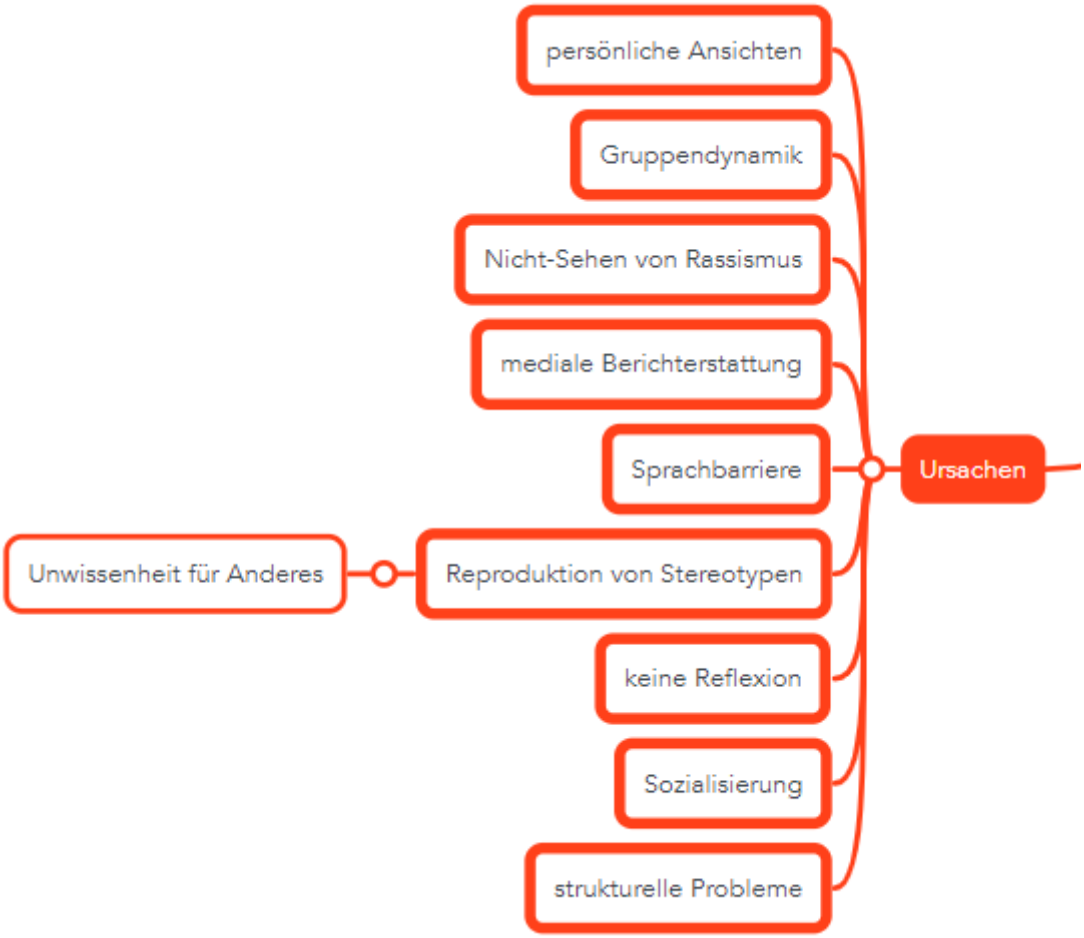

Abb. 3: Hauptkategorie „Ursachen“ mit Subcodes (eigene Darstellung)

In der Hauptkategorie, dargestellt in Abb. 3, werden Aussagen codiert, um zur Klärung der Frage nach möglichen Ursachen für rassistisch-diskriminierende Einstellungen unter nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal in Deutschland beizutragen. Die Textstellen können direkte Antworten auf die Frage nach möglichen Ursachen sein oder sich aus dem Kontext ergeben. Beim Kategorisieren der codierten Aussagen ergaben sich mehrere Subkategorien. Die Reihenfolge ist dabei nicht von Bedeutung.

In der ersten gefundenen Subkategorie "persönliche Ansichten" werden Textstellen gesammelt, welche sich mit den persönlichen Ansichten und Überzeugungen von nicht-

ärztlichen Rettungsdienstmitarbeitenden als Ursache für diskriminierendes Verhalten gegenüber Menschen außerhalb der Mehrheitsgesellschaft befassen.

Daraufhin folgt die Unterkategorie "Gruppendynamik", welche sich mit Passagen befasst, in denen deutlich wird, dass rassistisches Verhalten auf Grund der Gruppendynamik innerhalb der Rettungswache stattfindet und toleriert wird.

Der nächste Subcode "Nicht-Sehen von Rassismus" enthält Aussagen, aus denen hervorgeht, dass Rassismus nicht als solcher erkannt wird.

Dann folgt die Subkategorie „mediale Berichterstattung“. Hier werden alle Textstellen codiert, in der mediale Berichterstattung als Ursache für rassistisches Verhalten unter Rettungsdienstmitarbeitenden genannt wird.

Im Subcode „Sprachbarriere“ werden Textstellen gesammelt, welche die Sprachbarriere als Ursache für rassistisches Verhalten nennen. Es wird nicht unterschieden, ob die Sprachbarriere bei medizinischem oder pflegerischem Fachpersonal oder Patient:innen und Angehörigen vorliegt.

Die nächste Unterkategorie "Reproduktion von Stereotypen" fusioniert mit "Unwissenheit für Anderes" enthält Textstellen, in denen es direkt und indirekt um die Reproduktion von rassistischen Vorurteilen als Ursache für rassistisches Verhalten geht.

Ein weiterer Subcode in der Hauptkategorie der Ursachen ist „keine Reflexion“. Codiert werden Passagen, welche die Nicht-Reflexion des eigenen Verhaltens als Ursache für rassistisches Verhalten be- oder umschreiben.

Folgend wurde die Subkategorie „Sozialisierung“ gefunden. Erfasst sind alle Aussagen, die sich darauf beziehen, dass Kolleg:innen aus dem Rettungsdienst, insbesondere Auszubildende, Meinungen und Einstellungen von anderen Kolleg:innen annehmen. Ob das im Rahmen der schulischen Ausbildung oder auf der Rettungswache geschieht, wird nicht differenziert.

Der letzte Subcode ist „strukturelle Probleme“. Alle hier gefundenen Textstellen weisen darauf hin, dass Probleme in der Struktur des Gesundheitswesens Grund für rassistische Vorverurteilungen sein können. Mögliche Beispiele sind der Umgang mit Geflüchteten und deren Zugang zu medizinischer Versorgung.

Hauptkategorie Lösungen

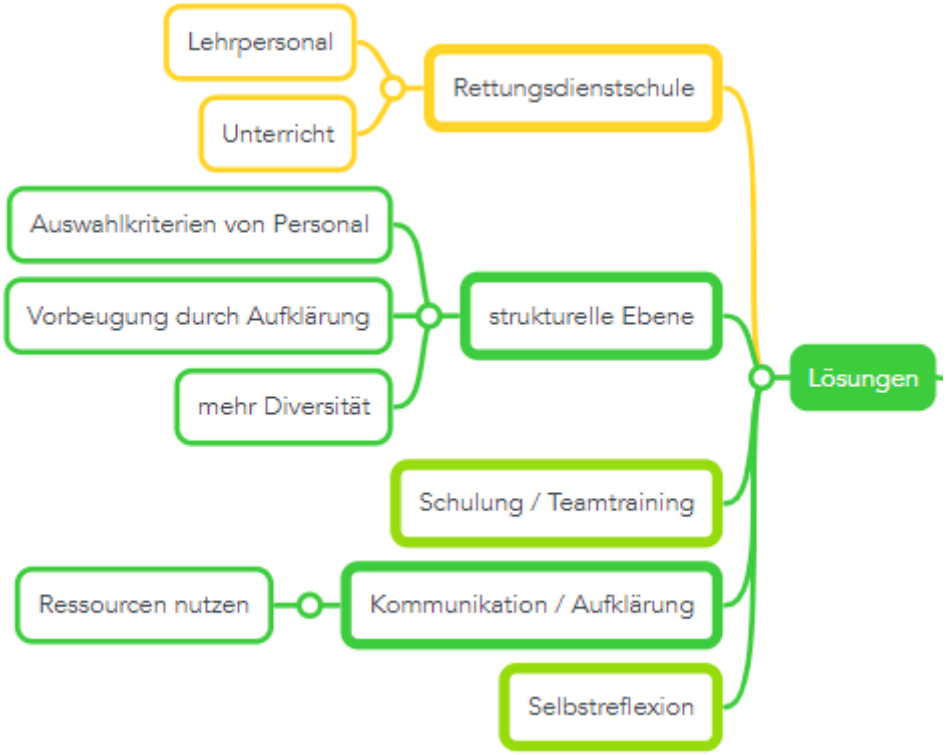

Abb. 4: Code „Lösungen“ mit dazugehörigen Subkategorien (eigene Darstellung)

Um zu erörtern welche Strategien zur Bekämpfung und Vorbeugung von rassistischen Einstellungen getroffen werden können, dient diese Kategorie. Die gefundenen Lösungen (Abb. 4) wurden in verschiedene Unterkategorien sortiert. Die erfassten Vorschläge sind entweder durch die Befragungsperson direkt als Lösungsvorschlag deklariert oder ergeben sich aus der Aussage.

Zunächst kristallisiert sich daraus die Unterkategorie "Rettungsdienstschule", in welcher alle Aspekte kategorisiert werden, die den schulischen Ausbildungsteil umfassen. Genauer spezifiziert werden diese in zwei weiter untergeordneten Subkategorien. „Lehrpersonal“ erfasst alle Codes, welche sich mit den Lehrpersonen an Rettungsdienstschulen befassen und inwiefern diese zur Lösungsfindung beitragen können. „Unterricht“ konkretisiert die Aussagen näher, die sich mit vermittelten Lerninhalten und dem sozialen Umgang miteinander im Unterricht befassen.

Eine weitere Unterkategorie, die sich beim Codieren der Textstellen ergab, ist „strukturelle Ebene“. Alle hier genannten Lösungen, um rassistisch-diskriminierende Einstellungen vorzubeugen, finden auf struktureller Ebene der Rettungswache statt.

Dementsprechend also Maßnahmen, die von Führungskräften wie Rettungdienst-leiter:innen, Geschäftsführer:innen und entfernt weitere Leitungspositionen wie Rettungswachenleiter:innen ergriffen und umgesetzt werden können. Auch diese Unterkategorie wird durch weitere Subkategorien ergänzt. Zuerst geht es bei „Auswahlkriterien von Personal“ um die zu erfüllenden Voraussetzungen, um im Rettungsdienst arbeiten zu können. Gemeint sind sowohl die Kriterien für Bewerber:innen für die Notfallsanitäter:innen-ausbildung, als auch für bereits ausgebildetes Personal. Eine weitere Maßnahme, die durch Führungspersonal getroffen werden kann, um rassistischem Verhalten vorzubeugen ist die Aufklärung und Transparenz. Daraus ergibt sich die nächste Unterkategorie "Vorbeugung durch Aufklärung". Hier werden alle Textstellen codiert, in denen deutlich wird, dass eine offene Gesprächsführung und Thematisieren von potenziellen Konflikten helfen können, um rassistischen Vorverurteilungen vorzubeugen. Die letzte ergänzende Unterkategorie zu Lösungen auf struktureller Ebene ist „mehr Diversität“. In diesem Subcode werden Passagen codiert, die als Lösung zur Vorbeugung von rassistisch-diskriminierendem Verhalten die Diversifizierung von Rettungsdienst-personal umfassen.

Eine weitere Lösungsstrategie wurde in der Unterkategorie "Schulung / Teamtraining" zusammengefasst. Diese Maßnahme kann sowohl an Rettungsschulen als auch auf Rettungswachen implementiert werden, weswegen der Code keinem der vorangegangenen Kategorien zugeordnet ist. Codiert werden Passagen, in denen Teamtrainings oder Schulungen als Lösungsmöglichkeit genannt oder suggeriert werden.

Als nächstes folgt die Unterkategorie "Kommunikation / Aufklärung". Sie beinhaltet Passagen, in denen die Kommunikation und Aufklärung von Mitmenschen als Lösungsstrategie genannt oder suggeriert wird, um Vorurteile abzubauen oder deeskalierend zu wirken. Es wird nicht unterschieden, ob die Kommunikation innerhalb des Kollegiums oder im Umgang mit Patient:innen und Angehörigen stattfindet. Ergänzt wird der Subcode durch den fusionierten Code "Ressourcen nutzen", in welchem Ressourcen erfasst werden, die genutzt werden können um mögliche Spannungsfelder im Vorhinein zu minimieren.

Die letzte Unterkategorie ist "Selbstreflexion". Hier werden alle Aspekte erfasst, die Selbstreflexion und das Hinterfragen der eigenen Ansichten umfassen.

Hauptkategorie Rassismusformen

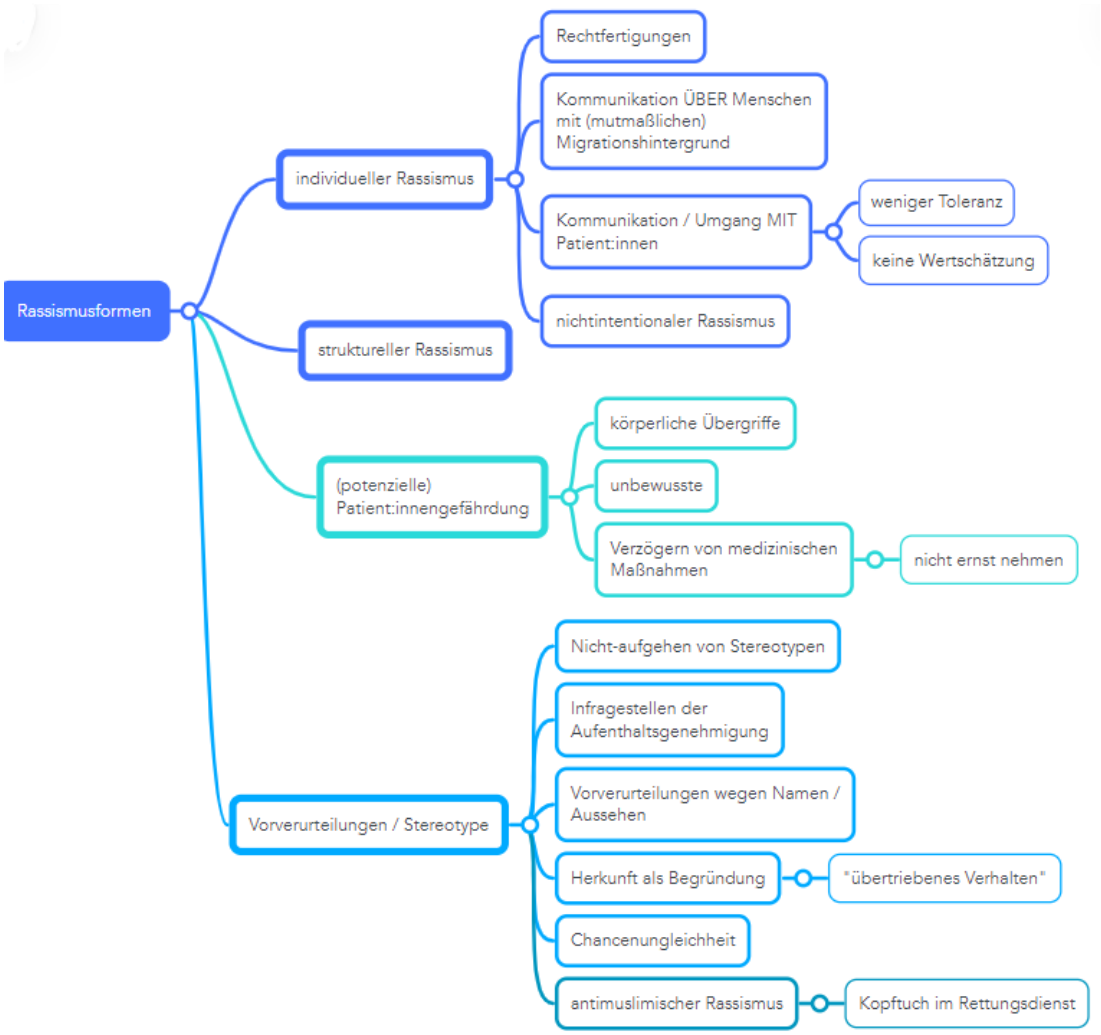

Abb. 5: Hauptcode „Rassismusformen“ mit Unterkategorien (eigene Darstellung)

In dieser Kategorie, veranschaulicht in Abb. 5 wurde versucht, die beschriebenen rassistisch-diskriminierenden Situationen einzuordnen. Mit den hier erfassten Textpassagen kann die Frage nach den von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen betroffenen Personen und Bevölkerungsgruppen beantwortet werden. Ebenfalls geklärt werden kann die Frage welche Personen von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen stigmatisiert werden. Als letztes wird betrachtet, ob Patient:innengefährdungen durch rassistisch-diskriminierende Einstellungen entstehen können.

Codiert wird jede Art von rassistischem Verhalten von nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal, welches geschildert wird. Sowohl rassistisches Verhalten auf individueller Ebene als auch auf struktureller Ebene. Auch Aussagen, welche durch die Befragungsperson nicht als Beschreibung von Rassismus intendiert sind, können codiert werden. Ob das Subjekt des Rassismus Patient:innen, Kolleg:innen oder andere Meschen sind, wird an dieser Stelle nicht unterschieden. In den Subcodes werden die Formen des Rassismus weiter differenziert. Der Name der Kategorie "Rassismusformen" ist beabsichtigt vage formuliert, um jegliche geschilderte, rassistische Situation zunächst einordnen zu können. In den Subkategorien werden diese möglichst trennscharf ausdifferenziert.

Aus den codierten Textstellen ergibt sich die erste Unterkategorie „Individueller Rassismus“. Hier werden alle geschilderten Aussagen und Situationen zusammengefasst, welche auf der Individualebene stattfinden. Nicht mit eingeschlossen sind (potenzielle) Patient:innengefährdungen, da ein separater Subcode vorgesehen ist. Die Form des Individualrassismus wird in ergänzenden Subcodes innerhalb dieser Unterkategorie weiter ausdifferenziert. Die Reihenfolge dabei ist nicht von Bedeutung. So ergibt sich zuerst „Rechtfertigungen“, hier erscheinen alle Passagen, in denen rassistisch-diskriminierendes Verhalten gerechtfertigt wird. Als nächstes folgt „nichtintentionaler Rassismus“. Diese Unterkategorie befasst sich mit Passagen, welche rassistisches Verhalten oder Aussagen beinhalten, welche nicht das Ziel des Verletzens oder Beleidigens von Menschen haben, aber dennoch rassistisch sind. Beispiele können Witze auf Grund von rassistischen Stereotypen sein. Dann stellte sich im Verlauf der Codierung des Materials die nächste Subkategorie „Kommunikation über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund“ heraus. Codiert werden alle Inhalte, mit rassistischen Aussagen über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund. Mutmaßlich deshalb, da auf Grund von Äußerlichkeiten und dem Namen auf die Herkunft geschlossen wird, was nicht unbedingt einen Migrationshintergrund bedeutet. Zwischen Patient:innen, Angehörigen oder anderen Betroffenen wird nicht unterschieden. Entscheidend ist, dass die Aussagen nicht in Anwesenheit der Person stattfinden. Nachfolgend werden in der Unterkategorie „Kommunikation / Umgang mit Patient:innen“ Aussagen erfasst, die beschreiben wie sich Mitarbeitende des

Rettungsdienstes gegenüber Patient:innen und Angehörigen, welche mutmaßlich nicht der Mehrheitsgesellschaft angehören, in direktem Kontakt Verhalten. Hier wird das Verhalten noch weiter in Unterkategorien unterschieden. Daraus ergibt sich zum einen „weniger Toleranz“, wo Textstellen codiert werden, in welchen von wenig Geduld und Toleranz im Umgang mit Menschen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund berichtet wird. Entscheidend ist, dass die Begründung für die Andersbehandlung bei der sozialen, kulturellen oder tatsächlichen Herkunft vermutet wird. Zum anderen werden in „keine Wertschätzung“ Passagen festgehalten, in welchen von weniger empathischen Umgang mit einer Patient:innengruppe im Vergleich zum Umgang mit Menschen aus der Mehrheitsgesellschaft berichtet wird.

Als zweite Unterkategorie des Codes „Rassismusformen“ folgt „struktureller Rassismus“. In diesem werden Textpassagen zusammengefasst, welche Beispiele für strukturellen Rassismus im deutschen Rettungsdienst beinhalten.

Dann ergibt sich aus dem codierten Material der Subcode „(potenzielle) Patient:innengefährdung“. Diese Subkategorie ist besonders wichtig, da sie festhält, welche Folgen rassistische Vorurteile für betroffene Menschen haben können. Durch eine Andersbehandlung, welche auf rassistisch-diskriminierenden Einstellungen beruht, kann die Versorgung von Patient:innen gefährdet sein (Bartig et al., 2021, S. 17 – 31). In dieser Subkategorie werden alle Inhalte gesammelt, in denen eine potenzielle oder tatsächliche Gefährdung von Patient:innen bestand. Eine potenzielle Gefährdung liegt beispielsweise dann vor, wenn therapeutische oder diagnostische Maßnahmen nicht ergriffen werden. Hier wird nicht explizit differenziert, ob die geschilderten Vorfälle auf der Individualebene oder auf struktureller Ebene stattfinden. Es wird vermutet, dass Patient:innengefährdung durch rassistisch-diskriminierende Einstellungen auf Grund verschiedener Aspekte bestehen kann, auf welche in der Erläuterung der weiter gefundenen Subcodes genauer eingegangen wird.

Zunächst ergibt sich die Unterkategorie "körperliche Übergriffe", in welcher Passagen codiert werden, in denen Patient:innen durch eine grobe Behandlung gefährdet oder verletzt wurden. Daraufhin folgt „unbewusst“, In dieser Unterkategorie geht es um Textstellen, in denen beschrieben wird, wie das Nicht-Anerkennen von Andersbehandlung aufgrund rassistischer Stereotype unter Umständen eine

Gefährdung von Patient:innen im Rettungsdienst zur Folge haben kann. Abschließend ergibt sich "Verzögern von medizinischen Maßnahmen" als zusätzliche Subdimension. Systematisiert werden alle Aussagen, die die Verzögerung von Maßnahmen beschreiben. Mögliche Beispiele sind sowohl das Nicht-Untersuchen oder nicht leitliniengetreue Untersuchen als auch das zügige Transportieren statt einer Diagnostik vor Ort. Ebenso zählt das Nicht-Durchführen von (medikamentösen) Therapien. Die Unterebene „nicht ernst nehmen“ ergänzt den vorherigen Subcode. Hier festgehalten werden Textabschnitte, in denen eine potenzielle Gefährdung von Patient:innen beschrieben wird auf Grund des Vernachlässigen von geschilderten Symptomen oder Schmerzen wegen der mutmaßlichen kulturellen Herkunft.

Die letzte Unterklassifizierung dieser Hauptkategorie heißt „Stereotype / Vorurteile“. Hier werden Ausschnitte der Interviews zusammengefasst, in denen rassistische Vorurteile, Stereotype oder Klischees beschrieben oder selbst reproduziert werden. Vorverurteilungen können beispielsweise auf Grund von Herkunft, Religion oder Kultur bestehen, in den folgenden Untercodes werden die Formen und Auswirkungen von Stereotypen präzisiert. Aus dem Textmaterial ergibt sich die Unterkategorie „Antimuslimischer Rassismus“. Diese Unterkategorie erfasst Äußerungen, aus denen ablehnendes oder vorverurteilendes Verhalten gegenüber muslimischen oder mutmaßlich muslimischen Menschen hervorgeht. Fast alle folgenden Subcodes zum Thema Vorverurteilungen und Stereotype beziehen sich auf Menschen, die anhand von äußerlichen Kriterien in die Gruppe der muslimisch gelesenen Menschen eingeordnet werden können. In der Subdimension „antimuslimischer Rassismus“ geht es explizit um die Ablehnung von muslimischen Traditionen und Bräuchen, weswegen ein eigener Subcode erstellt wurde. Ergänzt wird diese Unterkategorie durch die Fusion mit „Kopftuch im Rettungsdienst“, in welcher Zitate über das Tragen von Hijabs festgehalten werden. Dann kommt „Nicht-aufgehen von Stereotypen“ als neue Unterkategorie. Darin sind Textstellen beinhaltet, welche zeigen, dass sich bestehende Stereotypen über gewisse Bevölkerungsgruppen oder Religionen als falsch erweisen. Das pauschale Infragestellen ob Geflüchtete zurecht in Deutschland sind wird in „Infragestellen der Aufenthaltsberechtigung“ als nächste Subkategorie der Vorverurteilung genauer betrachtet. Im Anschluss wurde anhand des gesichteten

Textmaterials die Subdimension „Vorverurteilung anhand von Namen oder Aussehen“ gebildet. Hier werden Ausschnitte des Textmaterials codiert, in denen Menschen auf Grund ihres namens oder äußerlicher Merkmale vorverurteilt werden. Diese Vorverurteilung anhand der genannten Merkmale kann sowohl im Kolleg:innenkreis als auch bei Patient:innen und deren Angehörigen vorfallen. Die nächste Unterkategorie „Herkunft als Begründung“ erfasst Aussagen, in denen die mutmaßliche Herkunft von Menschen als Begründung genutzt wird, um sich negativ über eine Bevölkerungsgruppe zu äußern oder Andersbehandlungen zu rechtfertigen. Ob die soziale, kulturelle oder tatsächliche Herkunft gemeint ist, ist nicht von Bedeutung. Dazu ergänzend dient die Fusion mit „übertriebenes Verhalten“ als besondere Unterform von „Herkunft als Begründung“. Kategorisiert werden Textauszüge, in welchen suggeriert wird, dass Menschen auf Grund ihrer kulturellen Herkunft und des mutmaßlichen Migrationshintergrundes unangebracht reagieren, zumindest aus Perspektive von Angehörigen der Mehrheitsgesellschaft. Die letzte Subkategorisierung zum Thema Stereotype ist „Chancenungleichheit“. Chancenungleichheit ist die Folge von rassistischen Stereotypen und Vorurteilen (Rommelspacher, 2009, S. 30). In dieser Subkategorie werden konkrete Beispiele für Chancenungleichheit von Menschen, welche rassistisch stereotypisiert werden, zusammengefasst.

3.5.2 Kategorienbasierte Auswertung

Zur qualitativen Inhaltsanalyse wurde sich für eine Kategorienbasierte Auswertung entschieden (Dresing & Pehl, 2018, S. 55). Zunächst wurde für jede Subkategorie, nach dem Lesen jeder dort erfassten Textstelle, eine Zusammenfassung geschrieben. Danach wurden die Zusammenfassungen der Subcodes in den Hauptkategorien ebenfalls zusammengefasst (Dresing & Pehl, 2018, S. 56). Anschließend wurden die Ergebnisse miteinander verglichen und Zusammenhänge erkannt. Alle gefundenen Erkenntnisse wurden im Ergebnisbericht festgehalten, welche im Kapitel 4.2 zusammengefasst werden. Im ausführlichen Ergebnisbericht, aus f4analyse exportiert, in Anhang IX können alle Textstellen eingesehen werden, die zu den jeweiligen Haupt- und Subcodes zugeordnet werden.

4 Ergebnisse

Ziel der Untersuchung war es, zu erheben, welche rassistisch-diskriminierenden Einstellungen unter nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal bestehen. Um diese Frage ausreichend beantworten zu können, müssen weitere Teilfragen beleuchtet werden. Um Festzustellen, welche Arten von rassistisch diskriminierenden Einstellungen vorliegen ist von Interesse, welche Gruppen und Personen davon betroffen sind und inwiefern bestehende Einstellungen Auswirkungen auf die Versorgung von Patient:innen haben. Zusätzlich gilt es Ursachen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Einstellungen beitragen, herauszustellen. Das Herausarbeiten möglicher Strategien und Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung rassistischer Ansichten ist ein weiterer Unterpunkt.

Die erhobenen Ergebnisse anhand der qualitativen Inhaltsanalyse werden im Folgenden knapp zusammengefasst: Die Personen, welche von Andersbehandlungen auf Grund von bestehender rassistisch-diskriminierenden Einstellungen betroffen sind, sowohl Kolleg:innen aus dem Rettungsdienst und Gesundheitswesen als auch Patient:innen und Angehörige aus anderen Bevölkerungsgruppen sein können. Auf der Individualebene können diese Einstellungen verschiedene Auswirkungen auf den Umgang haben. Beim Sprechen über Menschen mit anderer kultureller oder sozialer Herkunft reichen die Äußerungen von negativen Konnotationen bis zu rassistisch-stereotypischen Beleidigungen. Im Umgang mit Patient:innen haben nichtärztliche Rettungsdienstmitarbeiter:innen oftmals einen weniger geduldigen Umgang und bringen keine Empathie oder Wertschätzung für das Gegenüber auf. Im Rahmen der Kommunikation mit Mitarbeitenden aus dem Rettungsdienst werden Witze und Sprüche auf Grund der Herkunft gemacht, das wird als nicht problematisch angesehen. Durch rassistisch-diskriminierende Einstellungen besteht eine potenzielle Patient:innengefährdung. Menschen, die auf Grund von äußerlichen Merkmalen als Menschen mit Migrationshintergrund und nicht zur Mehrheitsgesellschaft angehörig gelesen werden, werden weniger strukturiert und langsamer untersucht. Daraus folgt eine Verzögerung von Maßnahmen wie Diagnostik und körperliche Untersuchungen, was wiederum eine potenzielle Gefährdung für die körperliche Gesundheit bedeuten kann. Außerdem werden Menschen mit anderer kultureller oder sozialer Herkunft

oftmals nicht ernst genommen und Symptome kleingeredet. Die Andersbehandlung aufgrund von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen findet auf Grund von rassistischen Stereotypen und Vorverurteilungen statt. Besonders häufig sind dabei Menschen mit muslimischer, oder mutmaßlich muslimischer, Herkunft betroffen. Anhand des Aussehens oder des Namens werden Personen vorverurteilt, sowohl Patient:innen als auch Kolleg:innen. Außerdem wird die Herkunft als Begründung genutzt, warum es zu einer ungerechtfertigten Alarmierung des Rettungsdienstes kam.

Die Auswertung der Interviews ergab mehrere mögliche Ursachen für rassistisch diskriminierende Einstellungen und daraus resultierendes Verhalten. Vor allem das Reproduzieren von Stereotypen, verstärkt durch die Unwissenheit für andere Kulturen und Lebensweisen kombiniert mit der Sozialisierung und Gruppendynamik auf Rettungswachen sind mögliche Gründe für diese Einstellungen.

Im Bereich der möglichen Lösungsstrategien, um rassistisch-diskriminierende Einstellungen langfristig zu unterbinden gibt es mehrere Optionen. Zum einen können Maßnahmen auf der Ebene der schulischen Ausbildung, zum anderen auf der strukturellen Ebene von Rettungswachen getroffen werden.

Die genutzte Methode zur Erhebung der Daten, wie in Kapitel 3 bereits ausführlich erläutert, waren halbstrukturierte Interviews anhand eines Leitfadens (Bortz & Döring, 2016, S. 372). Die Transkripte wurden mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse und anschließender kategorienbasierter Auswertung bilanziert (Wintzer, 2015, S.103).

Zunächst werden die einzelnen Interviewpartner:innen mit einer kurzen Zusammenfassung des Ablaufs des Interviews vorgestellt. Dann folgen die Ergebnisse der einzelnen Kategorien. Im Rahmen der Diskussion werden diese miteinander verknüpft.

4.1 Vorstellung der Interviewpersonen

Interview1-m-28

Die Befragungsperson ist männlich, 28 Jahre alt und arbeitet seit 10 Jahren im Rettungsdienst. Er ist Notfallsanitäter, war vorher bereits Rettungssanitäter und hat dann die dreijährige Ausbildung zum Notfallsanitäter angetreten und erfolgreich

abgeschlossen Er ist nebenberuflich als Gastdozent an einer Rettungsdienstschule tätig, zusätzlich dazu arbeitet er als Reanimationstrainer im Krankenhaus. Außerdem sorgt er im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit seines Betriebs für Aufklärung über Telemedizin. Er arbeitet in einem eher ländlichen Rettungsdienstbereich.

Die Interviewatmosphäre war sehr angenehm und fand in der Häuslichkeit statt. Zwischendurch wurden Witze und sarkastische Kommentare gemacht, da sich die Interviewerin und Befragungsperson flüchtig kennen und ein Aufrechterhalten der professionellen Interviewsituation deshalb zeitweise schwierig war. Das Beantworten der Fragen wurde davon allerdings nicht beeinträchtigt. Die Interviewperson hat viel Fachwissen über Begriffsdefinitionen und kann die meisten der Begriffe, nach denen gefragt wurde, erklären. Im Laufe des Interviews und anhand der Antworten wird erkennbar, dass die Befragungsperson rassistische Situationen schildern und sie als solche einordnen kann. Der Gesprächsfluss des Interviews bedarf wenig Anstöße und das Interview dauerte insgesamt 27 Minuten. Im Anhang V kann das vollständig transkribierte Interview eingesehen werden.

Interview2-m-30

Diese Person ist männlich, 30 Jahre alt und seit 10 Jahren im Rettungsdienst. Er war zunächst Rettungsassistent und hat sich 2019 mit der Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter weiterqualifiziert. Neben seiner Tätigkeit als Notfallsanitäter ist er als Praxisanleiter auf der Rettungswache für die Ausbildung der Auszubildenden zuständig. Nebenbei ist er als Erste-Hilfe-Ausbilder und Ausbilder für die Breiten- und Sanitätsdienstausbildung tätig. Außerdem arbeitet er als freier Dozent an einer Hilfsorganisationsschule im Bereich der Ausbildung von Rettungssanitäter:innen. Seit Tätigkeitsfeld ist auf einer ländlich gelegenen Rettungswache.

Das Interview hatte eine angenehme Atmosphäre. Zum Teil werden Fragen nur kurz beantwortet und es sind viele Rückfragen erforderlich. Dieses Interview war mit knapp 21 Minuten Dauer das kürzeste, auch dieses befindet sich im Anhang VI.

Interview3-m-27

Der Befragte ist 28 Jahre alt und arbeitet seit fünf Jahren im Rettungsdienst als Notfallsanitäter. Er war vorher bereits Gesundheits- und Krankenpfleger in einer

chirurgischen Notaufnahme und ist im zweiten Lehrjahr in die Ausbildung zum Notfallsanitäter eingestiegen. Neben seiner Vollzeittätigkeit im Rettungsdienst ist er als Materialwart für das Lager zuständig, er hat außerdem die Weiterbildung zum Praxisanleiter absolviert, ist aber nicht als solcher tätig. Er arbeitet im ländlichen Rettungsdienstbereich, hat vorher aber seine Notfallsanitäterausbildung in einem städtischen Bereich absolviert.

Das Interview fand über Zoom statt. Zwischenzeitlich traten immer wieder technische Probleme mit der Kameraübertragung der Interviewerin auf, was kurzfristig abgelenkt hat und den Gesprächsfluss gestört hat. Dennoch wurden alle Fragen beantwortet.

Befragungsperson hat ein durchschnittlich ausgeprägtes Begriffsverständnis und ist sich des Rassismusproblems im Rettungsdienst bewusst. Auf Grund seiner vorherigen Tätigkeit in der Klinik und in zwei unterschiedlichen Rettungsdienstbereichen kann er seine gemachten Erfahrungen miteinander vergleichen und so mehrere Perspektiven schildern. Er berichtete sehr ausführlich und es wurden wenig Einwürfe und Rückfragen seitens der Interviewerin benötigt, dementsprechend wurde der Interview Leitfaden nur bedingt benötigt, um genug Daten zu erheben. Die Interviewdauer betrug etwa 35 Minuten und ist im Anhang VII nachzulesen.

Interview4-w-27

Die letzte Befragungsperson ist 27 Jahre alt und arbeitet seit achteinhalb Jahren im Rettungsdienst. Sie war zunächst Rettungssanitäterin und hat dann die Ausbildung zur Notfallsanitäterin erfolgreich abgeschlossen. Sie kennt die Arbeit sowohl im städtischen als auch im ländlichen Rettungsdienstbereich. Die Tätigkeit im Rettungsdienst ist inzwischen lediglich nebenberuflich, da sie in Vollzeit an einer Notfallsanitäter:innenschule arbeitet.

Die Atmosphäre des Gesprächs war sehr angenehm. Allerdings waren beide Personen erkältet und mussten immer wieder husten oder die Nase putzen. Die Qualität der Aussagen wurde davon nicht beeinträchtigt. Der Gesprächsfluss war ausreichend und es hat wenig Denkanstöße gebraucht, um die Fragen zu beantworten, der meiste Redeanteil lag bei der Befragungsperson. Der Interview Leitfaden wurde nicht genau befolgt, da auch ohne spezifische Rückfragen der Redefluss aufrecht blieb.

Durch ihre Tätigkeit an der Schule und langjährige Erfahrung in mehreren Tätigkeitsbereichen konnte sie mannigfaltige Blickwinkel aufzeigen und miteinander vergleichen. Dieses Gespräch dauerte knapp 31 Minuten und ist in Anhang VIII zu finden.

4.2 Ergebnisse der Hauptkategorien

Es folgt die Präsentation der Ergebnisse der kategorienbasierten Auswertung (Dresing & Pehl, 2018, S. 55). Die inhaltlichen Zusammenfassungen der einzelnen Kategorien und Subkategorien werden durch Zitate veranschaulicht, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Ergebnisse werden systematisch und logisch präsentiert. Es ist wichtig anzumerken, dass die präsentierten Ergebnisse auf den analysierten Daten basieren. Mit der Präsentation der Ergebnisse der kategorienbasierten Auswertung wird ein fundierter Einblick in die zentralen Themen der vorliegenden Daten gegeben. Diese Ergebnisse dienen als Grundlage für weiterführende Diskussionen, die im nächsten Abschnitt behandelt werden. Die Häufigkeitsverteilung aller Codes und Subcodes kann im Anhang X anhand einer ausführlichen Tabelle nachvollzogen werden.

4.2.1 Begriffsverständnis

Grundsätzlich sind alle Befragten in der Lage, Rassismus zu definieren. Rassismus ist demnach die Ausgrenzung einer Person oder Gruppierung auf Grund von äußeren und inneren Merkmalen. Genannte Beispiele für Merkmale sind Aussehen, Herkunft, Ethnie oder Glaubensrichtung.

Zur Unterkategorie „Alltagsrassismus“ lässt sich sagen, dass lediglich eine der vier befragten Personen den Begriff nicht erklären kann. Die Übrigen können den Begriff korrekt einordnen. Alltagsrassismus ist also die alltägliche Konfrontation von betroffenen Personen mit Rassismus. Rassistische Kommentare und Äußerungen der Mehrheitsgesellschaft gegenüber anderen Menschen im alltäglichen Kontext werden als legitim empfunden. Alltagsrassismus findet im direkten zwischenmenschlichen Kontakt statt und ist die Form von Rassismus, die die Betroffenen am meisten erfahren. Gleichzeitig wird es von Menschen, die Alltagsrassismus ausleben, als am wenigsten problematisch empfunden.

Nur eine von vier Befragungspersonen kann den Begriff "struktureller Rassismus" teilweise definieren. Struktureller Rassismus ist dementsprechend die strukturbedingte Benachteiligung und macht sich zum Beispiel in Form von Chancenungleichheit im Leben und Berufsleben bemerkbar. Institutionen, in denen Betroffene strukturellen Rassismus erfahren, können Hochschulen und Betriebe sein.

Menschen können auf Grund von bestimmten Merkmalen Diskriminierung erfahren, beispielsweise wegen der sexuellen Orientierung, geschlechtlichen Identität oder Kultur. Diese Diskriminierung kann in Form von Ausgrenzung, Mobbing oder Beleidigungen auftreten.

Aus der Frage, ob Rassismus beabsichtigt, rassistisch sein muss ergibt sich der Subcode "Intention". Diese Frage wurde zwei Befragungspersonen gestellt. Beide glauben, dass Rassismus nicht intentionell sein muss, um rassistisch zu sein. Vieles von rassistischem Verhalten findet unterbewusst statt. Eine Befragungsperson vermutet, dass das unbewusste Aneignen von Verhalten Grund dafür ist und der rassistische Inhalt nicht als solcher erkannt werden kann.

Drei von vier Befragungspersonen glauben, dass ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst existiert. Diese Einschätzung kann nicht empirisch belegt werden. Eine Person meint dazu Folgendes:

> „Also pauschal würde ich erst mal sagen ja. Es fällt mir schwer, das anhand jetzt so richtig zu greifen, weil ich jetzt natürlich immer denken will, okay, um zu sagen, dass es ein Problem ist, wie häufig kommt es wirklich vor? So kann ich nicht so richtig was sagen.“ (Interview4-w-27, Absatz 24)

4.2.2 Rassismusformen

In vier Subcodes mit jeweils weiteren Unterkategorien werden die Ergebnisse zusammengefasst. So wurden 121 Codes gefunden. Zunächst wird in den Subcodes unterschieden, ob der Rassismus auf struktureller oder individueller Ebene stattfindet. Für geschilderten Rassismus auf der Individualebene wurden insgesamt 31 Codierungen in vier Unterkategorien eingeteilt. Für die strukturelle Ebene gibt es drei Textabschnitte. Dann wird der Subcode "(potenzielle) Patient:innengefährdung" in weitere drei Subkategorien mit insgesamt 17 gefundenen Textstellen unterteilt, um zu bestimmen,

auf welche Arten Patient:innen durch rassistisch-diskriminierende Einstellungen unter Rettungsdienstpersonal in ihrer körperlichen und geistigen Unversehrtheit geschädigt werden könnten. In der letzten Unterkategorie "Vorverurteilungen / Stereotype" wird anhand sechs weiterer Subcodes aufgezeigt in welchen Formen Vorverurteilungen auf Grund rassistisch-diskriminierender Einstellungen stattfinden können. Für diesen Subcode wurden in weiteren sechs Unterebenen mit insgesamt 41 Codierungen die meisten Passagen in der Kategorie „Rassismusformen“ gefunden. Zur besseren Veranschaulichung der Subcodes folgt eine Darstellung der hierarchisch geordneten Unterkategorien.

Individueller Rassismus

Die erste Unterkategorie im Rahmen des individuellen Rassismus befasst sich mit den Rechtfertigungen. Wenn Befragungspersonen über beobachtetes rassistisches Verhalten gefragt wurden, kam oftmals automatisch und vermutlich unbeabsichtigt eine Rechtfertigung zur geschilderten Beobachtung. Gemäß der Befragungspersonen dienen Rassistische Äußerungen dem Stressabbau nach Einsätzen. Rassistische Vorfälle und Verhaltensweisen im Rettungsdienst werden damit gerechtfertigt, dass der Rettungsdienst nur ein Spiegelbild der Gesellschaft sei. Rassistische Witze werden damit verteidigt, dass die Betroffenen ebenfalls Witze über andere Kolleg:innen machen. In dem Bereich wurden drei Textausschnitte von zwei Personen eingeordnet. Eine Person sagt konkret folgendes:

> Irgendwie aufgrund des Meldebildes oder des Namens oder der Örtlichkeit jemanden zu vorverurteilen. Ich glaube eher, dass dieses Ablästern oder auch nochmal kurz Luft rauslassen, wenn man so sagen möchte, ein bisschen psychologische Hilfe oder Reinigung auch nach einem Einsatz sein kann. Und es gilt dann (...) festzustellen, und das konnte ich auf der Wache aber nicht erleben, dass es nicht in den Alltag überspringt, sondern dass es nur kurzzeitig bei der Alarmierung oder nach einem Einsatz so ist. (Interview1-m-28, Absatz 67)

Zur Kommunikation über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund gibt es zehn Ausschnitte von allen vier Interviewten. Sie berichten von diskriminierenden Äußerungen und Beleidigungen beim Reden über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund nach Notfalleinsätzen, beispielsweise auf der Rückfahrt vom Krankenhaus. Die Aussagen reichen von Kommentaren über das äußerliche

Erscheinungsbild, sehr reduziert auf Stereotype, bis hin zu rassistischen Schimpfwörtern. Ein Befragter berichtet:

> Nach außen hin, also so richtig vom Angesicht vorm Patienten finde ich eher weniger. Aber natürlich in der Nachbesprechung oder auf der Rückfahrt vom Krankenhaus oder vom Einsatzort. Da gibt es dann natürlich schon den einen oder anderen Spruch, den man natürlich hört. (Interview2-m-30, Absatz 26)

Bei der Subkategorie „Kommunikation und Umgang mit Patient:innen“ berichtet eine Person von beobachteten Provokationen gegenüber Angehörigen und Patient:innen. In dem untergeordneten Subcodierungen „weniger Toleranz“ gibt es zwei Textabschnitte von zwei Befragten. Es kann festgehalten werden, dass nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal im Umgang mit Patient:innen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund oftmals ungeduldiger ist und bei nicht dringlichen Einsätzen dies den Patient:innen gegenüber auch kundgetan wird, was bei anderen Patient:innen der Mehrheitsgesellschaft nicht vorkommen würden. Eine Person schildert:

> Vielleicht (…) auch vor dem Patienten mal gesagt wird "warum sind wir überhaupt hier?", was vielleicht bei anderen Einsätzen runtergeschluckt wird und erst nach dem Einsatz nachgesprochen wird. Das ist so das, was mir jetzt spontan einfällt, wo ich definitiv der Meinung bin, dass das dann traurigerweise mit (…) der Person und deren Herkunft, Kultur zusammenhängt, die vor uns da gerade ist. (Interview3-m-27, Absatz 50)

Zu „keine Wertschätzung“ schildern drei der Befragten, dass sich Kolleg:innen oftmals weniger empathisch, wertschätzend und freundlich verhalten, wenn sie bei Menschen mit Migrationshintergrund im Einsatz sind. Dieses Zitat dient zur Veranschaulichung:

> Es ist wirklich so, dass zum einen die Leute werden dann grober behandelt, das heißt dabei so einfach, sozusagen auf Freundlichkeit wird weitestgehend verzichtet. Das ist meine Beobachtung. Und weiß ich nicht. Einfach kein wertschätzender Umgang mit dem Patienten dann stattfindet. (Interview3-m-27, Absatz 50)

Die letzte Unterkategorie zum individuellen Rassismus ist „nichtintentioneller Rassismus“, hier können sieben Passagen von allen vier Personen einsortiert werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass witzig gemeinte rassistische Beleidigungen

besonders gegenüber Kolleg:innen mit Migrationshintergrund im Wachenalltag regelmäßig stattfinden und in Ordnung sind, da sie als Witz verpackt sind. Außerdem fühlen sich die Betroffenen, gemäß der Aussagen der Befragungspersonen, nicht angegriffen, da allen bewusst ist es sei nur Spaß. Meistens merken die Personen nicht, dass sie sich rassistisch Verhalten. Einer berichtet:

> „Da habe ich tatsächlich nicht das Gefühl, dass das böse gemeint ist. Okay. Also die meisten wissen, dass das Spaß ist. Und selbst diejenigen, die so angesprochen werden, die machen sich auch einen Spaß daraus und bezeichnen sich selbst so oder bezeichnen auch andere Kollegen halt (...) anders.“ (Interview2-m-30, Absatz 44)

Struktureller Rassismus

Alle drei erfassten Aussagen kommen von einer Befragungsperson. Sie berichtet von strukturellem Rassismus innerhalb eines Betriebs. Der Rettungsdienstleiter wurde auf rassistische Vorverurteilungen und Diskriminierung von muslimischen Kolleginnen in zwei verschiedenen Fällen aufmerksam gemacht und hat keine Maßnahmen dagegen ergriffen. Sie erzählt:

> Die Kollegen bei der Arbeitssicherheit und bei den Desinfektoren waren, um ja auf eigene Selbstjustiz nachzuprüfen, ob es denn überhaupt machbar wäre, mit einem Kopftuch Rettungsdienst zu fahren oder auf dem KTW oder auf dem RTW eingesetzt zu werden. Genau. Die Führung hat sich (…) damit GAR NICHT weiter beschäftigt. Die Führung WUSSTE das, dass das im Kollegium passiert, hat nichts gemacht, also hat es einfach alles so weiterlaufen lassen, diese ganze Maschinerie, die da gestartet ist und (...) es ging so weit, dass sich darüber unterhalten wurde, (...) Ob die Muslima, ob das erlaubt sein sollte, dass die im Rettungsdienst arbeiten? Spannend war da (lachen) von der Sozialstruktur her, dass wir eine Muslima im Kollegium hatten, von der es kaum jemand wusste, weil sie kein Kopftuch trägt und die dann natürlich sich erst mal beschwert hat, die Führung aber auch da nichts gemacht hat. “ (Interview4-w-27, Absatz 62)

(potenzielle) Patient:innengefährdung

Als nächstes folgen die Ergebnisse von der Unterkategorie „potenzielle Patient:innengefährdung“. Insgesamt wurden, wie bereits erwähnt, 17 Stellen in drei Subthemen zusammengefasst. In einem Fall wird von einem körperlichen Übergriff auf Grund der Herkunft berichtet. Eine unbewusste Andersbehandlung kann nicht

ausgeschlossen werden. Die häufigste Schilderung ist die Verzögerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, einschließlich dem Nicht-ernst nehmen von Symptomen auf Grund der mutmaßlichen sozialen, kulturellen oder tatsächlichen Herkunft.

Von körperlichen Übergriffen kann in einem Fall berichtet werden. In zwei codierten Textstellen schildert eine Befragungsperson eine Situation, in der eine geflüchtete Person auf Grund ihrer Herkunft Gewalt durch einen Rettungsdienstmitarbeitenden erfahren hat.

> „Ich kann mich zum Beispiel an einen Einsatz erinnern, bei dem es darum ging, dass ein/ Ich glaube, es war tatsächlich eine geflüchtete Person, die/ also es gab einen Abschiebebefehl (…) Und derjenige hat sich sozusagen selbstverletzt, um dem Ganzen zu entgehen. Und die Polizei war vor Ort und hat uns praktisch nachgefordert oder zur Einsatzstelle beordert, damit wir, laut deren Aussage, möglichst schnell ihn wieder heile machen und sie ihn dann halt abschieben können. (…) er (…) genäht werden musste und mein Kollege,(…) ohne das auch nur ansatzweise zu hinterfragen, diesen Beschluss, der halt feststand, offensichtlich nämlich, dass abgeschoben werden soll. (…) Und es dann also so war, dass er ohne diesen Patienten kannte, halt ihn so dermaßen grob behandelt hat. Und ihn damit halt direkt abgestraft hat, nach dem Motto wie kann er sich jetzt selbst verletzen? Dann fielen schon auch eben grobe, grobe Ansprachen, sag ich mal.(…) Naja, okay, es gibt halt Regeln. Und vielleicht ist es ja auch legitim, dass dieser Mensch jetzt hier nicht sein kann aufgrund von was auch immer. Aber das wussten wir halt beide nicht und daher war ich sehr verwundert, dass mein Kollege da so. (...) Gefühlt, hat er sich gefreut, das jetzt durchzuziehen. So gefühlt ist er da reingegangen und hat sich gefreut, den grob anzupacken, auf die Trage zu drücken. Und der Patient hat natürlich geschrien, der hat sich gewehrt. (Interview3-m-27, Absatz 36)

Zur unbewussten Patient:innengefährdung lässt sich ein Zitat finden. Die Person sagt es gibt zwar diskriminierende Sprüche gegen bestimmte Bevölkerungsgruppen, aber die Behandlung sei nicht davon beeinflusst.

> Da gibt es dann natürlich schon den einen oder anderen [rassistischen] Spruch, den man natürlich hört. Also da denke ich schon, dass das ein Problem ist. Aber das ist weder etwas, was die medizinische Versorgung der Patienten irgendwie einschränkt. Das ist eher zum einen natürlich der Frust gegenüber dieser Patientengruppe, die hilflos sind und nicht wissen, was sie in so einer Situation tun sollen. Aber trotzdem habe ich nie gemerkt, dass dadurch die Versorgung des Patienten irgendwie gefährdet ist oder eingeschränkt ist oder gesagt wird "Pff

> den behandeln wir anders als irgendwelche anderen Leute". (Interview2-m-30, Absatz 26 - 28)

Die meisten Textstellen für potenzielle Patient:innengefährdung, finden sich in dem Untercode „Verzögern von medizinischen Maßnahmen“. Alle der befragten Personen können in sieben Abschnitten Beispiele schildern, in denen medizinische Maßnahmen auf Grund der sozialen oder kulturellen Herkunft der Patient:innen verzögert wurden. Es werden Situationen geschildert, in denen auf Grund der Herkunft oder Religion auf ausführlichere Untersuchungen verzichtet wurde, gerade in "männerdominierten Kulturen". Außerdem berichteten zwei Befragte über die langsamere Durchführung der Untersuchungen und das der zügige Transport, ohne jegliche medizinische Indikation, für das andere Mitglied der RTW-Besatzung im Vordergrund stand. Eine Person meint, dass auf Grund von Sprachbarriere eine Andersbehandlung stattfindet, um Fehler zu vermeiden. Eine Person berichtet:

> Am Behandlungsergebnis kommt am Ende immer dasselbe bei raus, weil wenn ich dabei war, habe ich versucht, das dann eben auch vollständig dann zu machen. Aber die Herangehensweise der Diagnostik und der Erstuntersuchung, die habe ich durchaus festgestellt, dass das große Unterschiede hat. (Interview4-w-27, Absatz 46)

Die ergänzende Unterkategorie „nicht ernst nehmen“ umfasst ebenfalls sieben zusätzliche Textausschnitte von drei Personen Das Runterspielen einer Schmerzsymptomatik und Morbus Bosporus werden durch die Befragten als Beispiele für die Andersbehandlung von Menschen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund im Kontrast zur Behandlung von Personen der Mehrheitsgesellschaft genannt. Eine befragte Person sagt, gewisse Bevölkerungsgruppen zeigen Emotionen und Schmerzen vielleicht anders, dennoch stünden andere Parameter wie Vitalwerte zur Verfügung, um Schmerzen valide einzuschätzen, statt sie den Betroffenen abzusprechen. Oftmals wird die Symptomatik beziehungsweise das Meldebild lediglich auf Grund der vermeintlichen Herkunft der Patient:innen klein geredet. Die Untersuchung fällt oftmals weniger ausführlich und strukturiert aus, als das bei anderen Menschen der Fall wäre. Ein Beispiel dafür ist folgendes Zitat:

> Ich würde sagen, dass das Häufigste, was mir aufgefallen ist, was ich mehrfach erlebt habe, ist, dass auch Kollegen, von denen man sonst weiß, dass sie eine ganz normale, standardisierte Erstuntersuchung machen, an den Einsatz von vornherein lapidarer herangegangen sind und dann eher fragen "Ja, was haste denn?" Und da halt gar nicht SO standardisiert vorgehen, wie sie es sonst tun würden. Und das gerade bei den jüngeren Patienten Symptome abgetan werden und man halt sagt "okay, also Sie haben mit Mitte 30 keinen Herzinfarkt". Ohne dann genauer zu gucken, sondern einfach noch eher als bei den Deutschen zu sagen "Nee, ist nichts". (Interview4-w-27, Absatz 46)

Vorverurteilungen / Stereotype

In diesem letzten Subcode wurden die Textstellen in sechs weitere Unterkategorien eingeteilt und im Folgenden zusammengefasst. Die gefundenen Codes mit Schilderungen für Vorverurteilungen helfen die Forschungsfrage zu beantworten, welche Arten der rassistisch-diskriminierenden Einstellungen es unter nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeitenden gibt. Es ergeben sich anhand des Textmaterials Darstellungen von antimuslimischem Rassismus und das Hinterfragen vom Tragen von Hijabs im Rettungsdienst, sowie das Infragestellen der Aufenthaltsberechtigung. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass das Nicht-Aufgehen von Stereotypen ebenfalls eine Rolle spielt in Bezug auf bestehende Klischees. Es zeigt sich, dass Menschen lediglich auf Grund ihres Namens und Aussehens stigmatisiert werden und die Herkunft als Begründung für Verhaltensweisen, wie angeblich nicht angebrachtes und übertriebenes Betragen, genutzt wird. Zuletzt kristallisieren sich Chancenungleichheiten auf Grund von klischeebehaftetem Schubladendenken als Folge heraus.

Zum Thema des antimuslimischen Rassismus gibt es insgesamt neun codierte Stellen, fünf davon in der fusionierten Subkategorie „Kopftuch im Rettungsdienst“. Es wird laut zwei Befragungspersonen berichtet, dass die Eignung für einen Beruf im Gesundheitswesen auf Grund des Tragens einer Hijab von Kolleg:innen in Frage gestellt wurde und über die Kolleginnen, nur auf Grund der Hijab, im Vorfeld viel spekuliert wurde. Eine Erzählung geht so weit, dass die Mitarbeitenden der Rettungswache, noch vor Vertragsbeginn der muslimischen Kollegin, verlauten ließen das Tragen eines

Kopftuches sei mit der Arbeit im Rettungsdienst nicht vereinbar. Die Befragungsperson berichtet:

> Und bevor ich sie das erste Mal gesehen habe, glaube ich, schon so viel über sie gehört habe, wie über/ oder so viel über sie spekuliert wurde wie über die letzten zehn Leute davor nicht, die eingestellt wurden. Und ohne, dass wir sie kannten, ohne, dass Hintergründe zu ihr oder zu ihren Entscheidungen bekannt waren, wurde darüber diskutiert, wie denn der Rettungsdienst überhaupt mit einem Kopftuch vereinbar sei und wie es denn sein könnte, dass sie überhaupt eingestellt wird. (Interview4-w-27, Absatz 62)

Außerdem wird davon berichtet, dass auf Grund des islamischen Glaubens infrage gestellt wurde, ob der Glaube mit dem Beruf vereinbar sei und ob Muslima generell im Rettungsdienst arbeiten können. Andere geschilderte Beispiele für antimuslimische Vorverurteilungen ist das Hinterfragen der Arbeitsfähigkeit zu Ramadan und die Suggestion den Beruf auf Grund des Glaubens und der Herkunft zu wechseln. Eine weitere Vorverurteilung muslimisch gelesener Menschen passiert, wenn pauschal suggeriert wird, Männer dieser Gruppe seien aggressiv und deshalb der Umgang anders ist als mit Menschen der Mehrheitsgesellschaft. Es folgen einige Exempel:

> Die (…) Kollegin, (…) jedes Jahr am Ramadan teilnimmt, kann eigentlich jedes Jahr auch noch mal erläutern, wie sie denn quasi über den Dienst heraus sicherstellt, dass sie denn leistungsfähig wäre, obwohl sie quasi an dem Fasten teilnimmt. (…) das finde ich, ohne dass man sich damit beschäftigt (…) warum man das macht, wie man das macht, wie die genau sich in der Zeit ernähren. Darüber zu urteilen, ob das in Ordnung ist oder nicht (…) finde ich eine (…) Frechheit. Weil wenn jemand zu Ostern fastet im Christentum, dann wird da ja auch nichts zu gesagt. (Interview4-w-27, Absatz 62)

> Ganz am Anfang (…) war das gerade in den männerdominierten Kulturen problematisch für einige Kollegen, beispielsweise ein 12-Kanal-EKG zu kleben, wenn keine Frau im Team war. Dass man da Dinge definitiv verzögert hat (…) und dann den zügigen Transport angestrebt hat, um es nicht zur Eskalation kommen zu lassen. (Interview1-m-28, Absatz 44)

Zum Subthema „Nicht-aufgehen von Stereotypen“ wurden drei Textabschnitte von zwei Befragungspersonen codiert. Sie beinhalten Beispiele, in denen vorbestehende Klischees zu einer bestimmten Bevölkerungsgruppe nicht aufgehen. Eine Person erzählt folgendes:

> Würde ich jetzt nicht als ernsthaften Rassismus betrachten, aber ist schon sicherlich auch ein Teil von Alltagsrassismus, weil es einfach normal ist so ungefähr. Das ist tatsächlich etwas, was ich auch immer ganz witzig finde. Und ich meine, fast jede Firma hat ja mittlerweile auch Kollegen, Kolleg:innen, die irgendwie Migrationshintergrund vielleicht haben. Mit denen wird ganz normal zusammengearbeitet, mit denen lästert man auch zusammen. Und manche Kollegen stellen dann vielleicht intraoperativ erschreckt fest, dass sie gerade mit jemandem darüber reden wollen, der selber einen Migrationshintergrund hat. (Interview3-m-27, Absatz 34)

Zur Unterkategorie „Infragestellen der Aufenthaltsgenehmigung“ gibt es eine Passage, die hier als Form der Vorverurteilung eigeordnet werden kann. Es wird generell infrage gestellt ob Geflüchtete das Recht haben, sich in Deutschland aufzuhalten.

Nun folgen die Ergebnisse der Subdimension „Vorverurteilungen wegen Namen / Aussehen“. Dazu wurden zehn Textabschnitte von allen Teilnehmenden kategorisiert. Diese vorverurteilenden Aussagen fallen meist bereits bei der Alarmierung lediglich auf Grund des übermittelten, mutmaßlich nicht-deutschen Patient:innennamens noch vor Eintreffen am Einsatzort. Oftmals äußern sich Mitarbeitende des Rettungsdienstes lediglich auf Grund des Namens, abwertend und die Dringlichkeit des Einsatzes wird pauschal bezweifelt. Ein Beispiel ist folgendes Zitat:

> Wenn man so einen bestimmten, ausländisch klingenden Namen auf dem Melder hat und weiß "oh Gott, der hat doch bestimmt keine Ahnung" oder so. Oder "Jetzt fahren wir wieder zu so einem hin". Das gibt es tatsächlich. (Interview2-m-30, Absatz 30).

Beim Eintreffen am Einsatzort und beim Kontakt mit Patient:innen werden diese auf Grund des Namens oder des Aussehens anders behandelt. Teilweise wird aus dem äußerlichen Erscheinungsbild der Menschen geschlossen, sie seien der deutschen Sprache nicht mächtig. Ebenfalls wird geschildert, dass Menschen, die den stereotypischen, äußerlichen Merkmalen entsprechen, als Moslems bezeichnet werden, ohne Kenntnis über die praktizierte Religion. Den Personen werden auf Grund des Aussehens Eigenschaften zugesprochen, die mit Erfahrungen aus anderen Einsätzen mit Patient:innen aus der gleichen Bevölkerungsgruppe begründet und dann auf alle Menschen dieser Gruppe übertragen werden. Konkret sagt eine befragte Person:

> „Also das (…) häufigste Phänomen (…) Was ich erlebe, ist, dass aufgrund von Aussehen oder auch vor allem von Namen (…) den Patienten Eigenschaften

> angedichtet werden aus der Erfahrung heraus, die man vielleicht bei Lieschen Müller nicht unterstellen würde, obwohl, wenn man sich das genau angucken würde, wahrscheinlich die Patienten ähnlich sind oder man gar nicht sagen kann, dass die Deutschen so viel anders sind als die Nichtdeutschen oder aus einem anderen kulturellen Kreis. (Interview4-w-27, Absatz 28)

In der Unterkategorie „Herkunft als Begründung“ können drei der vier Befragungspersonen insgesamt fünf Beispiele nennen. Die Nicht-deutsche Herkunft wird als Begründung genutzt, warum es zu einer nicht gerechtfertigten Alarmierung eines Rettungsmittels kam, teilweise wird sich dabei rassistischer Aussagen bedient. Zur Veranschaulichung dienen folgende Zitate:

> Da spricht aber auch sehr viel der Frust auch mit. Also. (...) Es kommt einem halt auch so vor/ Oder man hört es ganz oft, dass Patienten mit Migrationshintergrund eher den deutschen Rettungsdienst benötigen als Normal/ also als anders, also als Deutsche. (Interview2-m-30, Absatz 82)

> Aber klassisch natürlich, wenn man einen niederschwelligen Alarmierungscode (…) hatte und stellt dann auch fest, dass das eher was für die hausärztliche Versorgung ist oder Menschen einfach zeitweise hilflos waren und jetzt einfach nur eine Beratung medizinischer Ebene brauchten. Und die fallen in dieses Klischee zurück. Dann wird sich oftmals auch dem klassischen Rassismusgedanken bedient, dass man sie einer festen Gruppierung zuordnet und sagt daran liegt es auch, dass es jetzt zu einer nicht gerechtfertigten Alarmierung des Rettungsdienstes kam. (Interview1-m-28, Absatz 52)

Ergänzend dazu lassen sich die fünf Aussagen des fusionierten Subcodes „“übertriebenes“ Verhalten“ so zusammenfassen: Gemäß den gefundenen Aussagen wird Menschen mit Migrationshintergrund grundsätzlich unterstellt sie seien wehleidiger als Angehörige der Mehrheitsgesellschaft. Auf Grund des kulturell bedingten Umgangs mit Emotionen und Trauer und dem familiären Zusammenhalt reagieren Kolleg:innen des Rettungsdienstes oftmals genervt und mit Unverständnis. Eine Person schildert es so:

> Da kann ich aus eigener Erfahrung sprechen. Die südländische Bevölkerung, die sind halt sehr emotional, was die Familienbande angeht. Und da ist es dann auch so natürlich, dass die Angehörigen mal ein bisschen übertreiben. Aber sie sind sehr hilfsbereit, vielleicht manchmal ein bisschen zu hilfsbereit. Dass die Kollegen oder man selber tatsächlich auch mal ein bisschen genervt ist und da erst mal einschreiten muss, dass die Behandlung nicht verzögert wird oder irgendwie blockiert wird. (Interview2-m-30, Absatz 60)

In den erfassten Textstellen in der letzten Unterkategorie geht es ausschließlich um Chancenungleichheit auf Grund von Vorverurteilungen durch Mitarbeitende innerhalb des rettungsdienstlichen Betriebs. Über Personen wurde noch vor Beschäftigungsbeginn auf Grund der mutmaßlichen Herkunft und damit verbundenen Vorurteilen negativ gesprochen, wodurch sie beim Antreten der Stelle einen schwereren Start im Kollegium hatten. Zwei Personen konnten drei Passagen beitragen, eine schildert die Situation so:

> Wir haben ein paar Kollegen und Kolleginnen, die aus anderen Kulturen stammen und bevor die sich persönlich vorstellen konnten, waren schon Steckbriefe draußen. Und da gab es kurzzeitig dieses klassische Tuscheln oder Raunen, dass man sich schon ausgetauscht hat und auch klar gesagt hat "Was soll das denn im Rettungsdienst werden?" (Interview1-m-28, Absatz 35)

4.2.3 Ursachen

In der Hauptkategorie wird versucht anhand der Schilderungen Ursachen für rassistisch-diskriminierende Einstellungen zu finden. Dafür werden die Inhalte der einzelnen Subthemen zusammengefasst. Aus 19 Textausschnitten ergeben sich 32 Codierungen in neun Subkategorien. Mögliche Ursachen für rassistisch diskriminierende Einstellungen und daraus resultierendes Verhalten sind persönliche Ansichten von Mitarbeitenden, sowohl auf Rettungswachen als auch an Rettungsdienstschulen, die vorherrschende Gruppendynamik, das Nicht-Sehen von Rassismus, die mediale Berichterstattung, eine vorhandene Sprachbarriere, die Reproduktion von Stereotypen welche durch Unwissenheit für Anderes verstärkt wird, keine Reflexion für das eigene Verhalten oder Ansichten, die Sozialisierung und schließlich strukturelle Probleme. Diese Ergebnisse ergeben sich aus den folgenden Erläuterungen der Subthemen und dazugehörigen Textabschnitten.

Im Bereich der Ursache der „persönlichen Ansichten“ wurden zwei Textstellen von einer Befragungsperson festgehalten. Demnach ist Rettungsdienstpersonal, welches problematische Ansichten propagiert, für einen sozialen Beruf wie den Rettungsdienst nicht geeignet und sollte nicht eingestellt werden. Gerade bei Lehrpersonal spielt das eine Rolle.

Zum Unterpunkt „Gruppendynamik“ lässt sich nach den Aussagen der Befragungspersonen zusammenfassen, dass rassistische Äußerungen toleriert oder ignoriert werden. Teilweise beteiligen sich Menschen mit Migrationshintergrund an den lustig gemeinten Aussagen, um dazuzugehören. Zwei der vier Befragten nennen Beispiele, die in diese Unterkategorie passen.

Alle drei Aussagen der Subkategorie „Nicht-Sehen von Rassismus“ stammen von einer Befragungsperson. Die Person sagt, dass es den Auszubildenden Notfallsanitäter:innen nur um die Hilfe von Menschen in Not geht und "Rassen" keine Rolle spielen, diskriminierende Einstellungen von anderen Kollegen würden sich nicht auf die Lernenden übertragen. Genau sagt eine Person dazu:

> „Im Bereich der Praxisanleitung, also unsere Auszubildenden momentan, die sind auch offen für alle Weltanschauungen und denen geht es nicht um irgendwelche Rassen, Religionen oder ähnliches. Es geht halt einfach nur um die Hilfe der Menschen in Not. Also da gibt es auch überhaupt nichts, was man darüber sagen könnte. (Interview2-m-30, Absatz 56)

Zur medialen Berichterstattung lässt sich, gemäß der codierten Zitate, sagen, dass der Umgang mit bestimmten Patient:innengruppen in der Vergangenheit durch mediale Berichterstattung ins Negative beeinflusst wurde. Hierzu wurden drei Textstellen von zwei Befragten kategorisiert.

Die Sprachbarriere wird mehrfach als Ursache für rassistische Aussagen und Verurteilungen genannt, sowohl gegenüber Patient:innen und Angehörigen, als auch gegenüber medizinischem Fachpersonal. Demnach kann es auf Grund der Sprachbarriere zu Konflikten zwischen Rettungsdienstpersonal und Menschen mit anderer Herkunft kommen. Die Sprachbarriere wird außerdem durch eine Befragungsperson als Begründung genannt, warum Menschen eine andere medizinische Behandlung durch Rettungsdienstmitarbeitende erfahren als Angehörige der Mehrheitsgesellschaft. Es wurden vier Aussagen von zwei Personen gefunden.

Zusammenfassend lässt sich im nächsten Bereich „Reproduktion von Stereotypen“ in Kombination mit „Unwissenheit für Anderes“ festhalten, dass gemachte negative Erfahrungen mit einzelnen Menschen mit Migrationshintergrund genutzt werden, um rassistische Vorurteile gegen eine gesamte Gruppe zu bestärken. Gemäß den Antworten

der Befragungspersonen kommt es durch Unverständnis und mangelndem Interesse an anderen Kulturen zu Vorverurteilungen, sowohl gegenüber Patient:innen als auch gegenüber anderen Mitarbeitenden aus dem Rettungsdienst. Zu „Reproduktion von Stereotypen“ wurden zwei Stellen von zwei Interviewten gefunden, zu „Unwissenheit für Anderes“ drei Stellen von zwei Personen.

Gemäß den eingeordneten Passagen kann zu „keine Reflexion“ zusammengefasst werden, dass durch mangelnde Reflexion der eigenen Aussagen, Meinungen und Umstände rassistisch-diskriminierende Verhaltensweisen nicht als solche erkannt werden. Hier lassen sich drei Zitate von drei Personen einteilen.

Ein Punkt, der immer wieder genannt und auch im Bereich der persönlichen Ansichten schon angerissen wurde, ist die Sozialisierung als Ursache für diskriminierendes Verhalten. Laut den Befragten werden Vorurteile und Meinungen innerhalb des sozialen Gefüges auf der Rettungswache oder der Notfallsanitäter:innenschule von Anderen übernommen. Gerade junge Menschen, die Aussagen und Meinungen noch nicht reflektieren können, sind anfällig für das Aneignen fremder Meinungen. Es ist ein unbewusstes, anerzogenes Verhalten, was oftmals selbst nicht als problematisch eingeordnet wird. Hierzu wurden fünf Aussagen von zwei Urhebern kategorisiert. Besonders prägnant stechen die folgenden Zitate hervor:

> Man wird halt auch im Rettungsdienst so erzogen, das ist vielleicht auch noch mal was was ich hier sagen möchte, dass es auch echt schwer ist, glaube ich, je nach Erziehung und auch sozialem Gefüge und wo man sich sonst so rumtreibt, dem Ganzen zu entkommen. Also den Vorurteilen. (Interview3-m-27, Absatz 60)

> „ich würde sagen, dass sich das Phänomen [rassistische Sprüche und Witze], was wir ja im Rettungsdienst beobachten (…) sich über die Lehrjahre hinweg, auf die Auszubildenden, vor allem auf die Neuen dann, überträgt. Und diese Sozialisierung, diese Sprüche adaptiert werden, ohne dass das reflektiert wird und ohne, dass darüber nachgedacht wird.“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

Zur nächsten Subkategorie. den strukturellen Problemen als Ursachen von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen und Äußerungen, lässt sich resümieren, dass das Gesundheitswesen in Deutschland überlastet ist und die Mitarbeitenden ihren Frust gegenüber Menschen mit Sprachbarriere äußern, da die anfänglich erschwerte Kommunikation zur Belastung beiträgt. Durch das Nichtkennen des Gesundheitssystems

in Deutschland greifen Geflüchtete aus Hilfslosigkeit oftmals auf den Rettungsdienst zurück, was die Arbeitsbelastung weiter steigert, gerade wenn eine andere Instanz, wie beispielsweise eine Notfallapotheke oder der kassenärztliche Notdienst die richtige Anlaufstelle gewesen wäre.

4.2.4 Lösungen

Die Ergebnisse aus diesem Code werden anhand der untergeordneten Kategorien präsentiert, um die Teilfrage zu beantworten, welche Lösungsmöglichkeiten bestehen, um rassistische Einstellungen unter nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal vorzubeugen und abzustellen. Insgesamt wurden dazu 16 Textstellen codiert, durch Mehrfachcodierungen ergeben sich 20 Codes in fünf Unterkategorien. Gemäß der Interviewpartner:innen können Maßnahmen auf der Ebene der Rettungsdienstschule getroffen werden, gerade in Bezug auf das Lehrpersonal und den Unterricht. Auch auf der strukturellen Ebene im Bereich der Rettungswache gibt es Möglichkeiten, um rassistische Zwischenfälle, die auf diskriminierenden Einstellungen beruhen, vorzubeugen. Durch Schulungen und Teamtrainings, Kommunikation und Aufklärung und schließlich Selbstreflexion, kann die Reproduktion von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen langfristig unterbunden werden. Es folgt die genauere Differenzierung der Inhalte der einzelnen Subcodes.

Im Bereich des Untercodes „Rettungsdienstschule“ lässt sich zusammenfassen, dass geeignet qualifiziertes Lehrpersonal essenziell ist, um Lernenden eine professionelle Arbeitsweise und Sozialkompetenz zu vermitteln.

Genauer differenziert wird das in den Textausschnitten zur Unterebene „Lehrpersonal“ und wie folgt prägnant dargestellt: Laut den Aussagen der Befragungspersonen sollte Lehrpersonal an Notfallsanitäterschulen geeignet qualifiziert sein, um Lernende zu unterrichten. Das Lehrpersonal sollte ein berufspädagogisches Studium absolviert haben und den Beruf aus Überzeugung machen wollen, statt als Beförderungschance zu nutzen. Die Zusatzqualifikation der Praxisanleiter:in ist nicht ausreichend, um guten Unterricht zu machen. Des Weiteren sollte Lehrpersonal für Themen wie Sexismus und Rassismus sensibilisiert werden, um diese Sensibilisierung wiederum an Lernende zu

vermitteln und in den Unterricht einfließen zu lassen. Zu diesem Subcode haben zwei Personen jeweils eine Aussage beigetragen.

In der zweiten Subkategorie „Unterricht“ werden die Textstellen ebenfalls resümiert: Gemäß der Interviewten sollte bei der Ausbildung von angehenden Notfallsanitäter:innen auf die Vermittlung und den Erhalt von Werten geachtet werden, um die Sozialkompetenz zu fördern. Themen wie Rassismus und Sexismus sollten Teil des Lerninhaltes sein. Wenn Auszubildende im Unterricht durch diskriminierende Kommentare auffallen, sollten Lehrpersonen darauf aufmerksam machen und bei einem erneuten Vorfall ein Gespräch führen, um zu vermitteln, dass ein solches Verhalten nicht professionell ist. Eine Befragungsperson suggeriert, dass bereits an allgemeinbildenden Schulen mehr getan werden sollte, um das Sozialverhalten zu verbessern, jedoch ist der Aspekt im Rahmen dieser Forschungsarbeit fehlplatziert und wird deswegen nicht weiter aufgegriffen. Zu diesem Subcode wurden vier Passagen von zwei Personen erfasst.

Zu den Lösungsvorschlägen auf der strukturellen Ebene wurden insgesamt sechs Textstellen in drei Subkategorien gefunden. In Kürze lässt sich der Inhalt wie folgt darstellen: Durch die Auswahl von Personal anhand von geeigneten Kriterien und eine klare Kommunikation seitens der Führungsebene kann die Verbreitung von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen unterbunden werden.

Zu den Auswahlkriterien von Personal lassen sich die gefundenen Codes ebenfalls auf das Wesentliche reduzieren: Die Kriterien zur Auswahl für geeignetes Rettungsdienstpersonal beschränken sich, neben der gesundheitlichen Eignung, meist auf (Schul)Noten und das eintragslose Führungszeugnis. Menschen, die im Rettungsdienst arbeiten, sollten in einem hohen Maß über Sozialkompetenz verfügen. Diese muss erhoben werden, beispielsweise durch Fragebögen oder das genaue Beobachten und Beurteilen über einen längeren Zeitraum. Falls dann auffällt, dass diese Personen auf Grund von mangelnder Sozialkompetenz nicht in den Beruf passen, sollte das klar kommuniziert werden und von einer Weiterbeschäftigung abgesehen werden. Zu diesem Bereich wurden zwei Textstellen von einer Person aufgegriffen.

Ergänzend zu den Auswahlkriterien von Personal lassen sich die Codes zur nächsten Unterkategorie „Vorbeugung durch Aufklärung“ in Kürze darstellen. Durch Transparenz und eine offene Gesprächsführung können rassistische Vorverurteilungen schon im Vorhinein abgewehrt werden. Es wurden zwei Textpassagen von zwei Befragten erfasst. Eine Person schildert ein prägnantes Beispiel für Vorbeugung durch Aufklärung auf die Frage, ob es Beispiele für strukturellen Rassismus gibt:

> Der Betrieb (…) hat sich sogar positiv dafür eingesetzt. (…) Aber das wir halt eine Auszubildende mit Kopftuch bekommen oder die zumindest sehr viel Wert auf das Kopftuchtragen legt und hat sich, bevor die Ausbildung überhaupt gestartet ist als Leiter Rettungsdienst dafür enorm eingesetzt, dass solche Kopftücher etc. dienstlich beschafft werden, also dass es da gar keine Probleme gibt und hat da auch viel für Aufklärung und Co noch mal gesorgt. (Interview1-m-28, Absatz 58)

Die letzte Zusammenfassung eines Unterthemas zum Subcode der strukturellen Ebene befasst sich mit mehr Diversität. Dazu gibt es zwei passende Textausschnitte von zwei befragten Rettungsdienstmitarbeitenden. Durch die Einstellung von mehr Personal außerhalb der Mehrheitsgesellschaft können Vorurteile gegenüber gewissen Bevölkerungsgruppen abgebaut werden. Das Kennenlernen anderer Kulturen und Hintergründe und Offenheit gegenüber Neuem ist hilfreich, um Vorurteile abzulegen. Das spiegelt auch dieses Zitat eines Befragten wider:

> Ich stelle fest, wenn die Teams multikultureller werden, um beispielsweise andere Kulturen zu (…) sehen, dann merke ich, dass bei den Auszubildenden, dass es einfach schon welche gibt, die sich für eine andere Kultur beschäftigen (…) Zumindest interessieren, dass sie dann hinterfragen "Ja, wo kommst du genau her?" "Wie ist das denn bei euch?" (Interview1-m-28, Absatz 77)

Im Bereich Teamtraining / Schulungen lässt sich resümieren, dass Teamtrainings als Lösungsvorschlag genannt werden, um das Miteinander zu fördern und Vorurteile abzubauen. Zu dieser Subkategorie zählen zwei Textstellen von zwei Befragten.

Aus den Aussagen der Interviewten ergibt sich Folgendes, was zur Subebene „Kommunikation / Aufklärung“ zählt: Um rassistische Vorurteile abzubauen kann Aufklärung und offene Kommunikation hilfreich sein. Das Auseinandersetzen mit anderen Kulturen und Bräuchen hilft dabei, Diskrepanzen zu reduzieren. Durch das

genaue Erklären der Maßnahmen im Einsatz kann Konfliktpotenzial mit Patient:innen und Angehörigen reduziert werden. Hierfür wurden drei Zitate von einem Notfallsanitäter festgehalten. Er sagt konkret:

> „Sich auch viel über Lebensmittel oder so austauschen. Also auch darüber gibt es ja einfach kulturelle Zweige und man kommt einfach mehr mit ins Gespräch und kann so Diskrepanzen abbauen. (…) Wenn man sich aber für die Person interessiert und mit denen in Austausch kommt, dann baut man einfach Vorurteile ab und sieht dahinter den Menschen und kann auch viel besser seine eigentliche Tätigkeit in der medizinischen Welt dann wahrnehmen.“ (Interview1-m-28, Absatz 77)

Zum fusionierten Code "Ressourcen nutzen" trägt eine Person bei, dass Sprachapps, Dolmetscher oder sprachtalentierte Kolleg:innen hinzugezogen werden können, um Sprachbarrieren zu überwinden.

Zur letzten „Selbstreflexion“ konnten zwei Zitate von einer Befragungsperson kategorisiert werden, die sich wie folgt zusammenfassen lassen: Statt rassistische Vorurteile unbedarft weiterzuverbreiten, sollten eigene Erfahrungen und Einstellungen kritisch hinterfragt und eingeordnet werden um professionell handeln zu können.

5 Diskussion

Die vorliegende Diskussion widmet sich der Vertiefung und kritischen Reflexion der Ergebnisse in Bezug auf die zentrale Forschungsfrage: "Welche rassistisch-diskriminierenden Einstellungen gibt es unter nicht-ärztlichen Rettungsdienstmitarbeitenden in Deutschland?" Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse legen den Grundstein für eine umfassende Auseinandersetzung mit der Thematik. Ebenfalls werden mögliche Ursachen für rassistisch-diskriminierendes Verhalten sowie Lösungsstrategien erörtert.

Zunächst werden die eben zusammengefassten Interpretationen der Ergebnisse ausführlicher erläutert. Anschließend folgt die Einordnung der Resultate in Bezug auf die Begrenzungen der durchgeführten Untersuchung, gefolgt von der Reflexion der Rolle als

Interviewerin. Abgeschlossen wird das Kapitel der Diskussion mit einem Ausblick auf weitere Forschungsperspektiven.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Hauptkategorie "Begriffsverständnis" und die erhobenen Antworten zeigen, dass Wissen über die Thematik meist nur oberflächlich besteht. Alle Definitionen finden auf der individuellen und zwischenmenschlichen Ebene statt. Aspekte auf struktureller Ebene, wie Chancenungleichheit und andere weniger sichtbare Folgen von Rassismus, werden nicht genannt. Durch mangelndes Wissen über Rassismus und rassistische Phänomene kann beobachtetes Verhalten durch die Befragungspersonen nur schwer als rassistisch eingeordnet werden. Auch die Reflexion des eigenen Handelns und eigener Aussagen in Bezug auf Rassismus ist ohne Hintergrundwissen nicht möglich. Durch das Nutzen von Begriffen wie "Rasse" zeigt sich ebenfalls, dass das Wissen über Rassismus ausbaufähig ist, da es keine menschlichen Rassen gibt (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 43). Das deckt sich auch mit den Ergebnissen einer Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Demnach mangelt es Personal im Gesundheitswesen an Wissen über die Erscheinungsformen von rassistischer Diskriminierung (Bartig et al., 2021, S. 31).

5.1.1 Begriffsverständnis

Die gefundenen Ergebnisse zeigen, dass rassistisch-diskriminierende Einstellungen unter Rettungsdienstmitarbeitenden durchaus vorliegen. Die Interaktionen, in denen sich die rassistisch-diskriminierenden Einstellungen anhand der Verhaltensweisen äußern, finden meist auf der Individualebene statt und sind zum Großteil nichtintentional. Das rassistisch-diskriminierende Einstellungen vorliegen scheint allerdings nicht allen Befragungspersonen bewusst zu sein. Beim Lesen der Transkripte fiel auf, dass beim Sprechen über beobachtetes rassistisches Verhalten oftmals automatisch und vermutlich unbeabsichtigt eine Rechtfertigung folgte, warum dieses rassistische Verhalten nicht problematisch ist. Eine Person sagt beispielsweise: „Ich glaube, der Rettungsdienst ist ein Spiegelbild der Gesellschaft.“ (Interview1-m-28, Absatz 75). So soll begründet werden, warum kein explizites Rassismusproblem im Rettungsdienst vorliegen kann, da sich Rassismus durch die gesamte Gesellschaft zieht. Zwar stimmt es, dass Rassismus ein allgemeines Problem in allen Bevölkerungsschichten

in Deutschland ist (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 39), dennoch ist die Behauptung, der Rettungsdienst sei ein Spiegelbild der Gesellschaft, in diesem Kontext schlichtweg falsch. Im Jahr 2021 hatten 27,4 % aller Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2022). Im Rettungsdienst wird diese Zahl, auch wenn es wenig Daten dazu gibt, nicht erreicht. Im Bereich des Ehrenamtlichen Rettungsdienstes und der freiwilligen Feuerwehr haben weniger als 1% der Mitglieder einen Migrationshintergrund (Deutscher Feuerwehrverband e. V. (DFV), 2023). Es fällt auf, dass die Personen, die im Abschnitt zum Begriffsverständnis wenig Fachwissen zeigen, Rechtfertigungen zur Relativierung von rassistischem Verhalten äußern. Es entsteht der Verdacht, dass ein umfangreiches Wissen über rassistische Phänomene erforderlich ist, um sie als solche zu erkennen.

5.1.2 rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen

Alle der beschriebenen Phänomene in der Hauptkategorie Rassismusformen können eine Andersbehandlung von Patient:innen bedeuten. Orientierend an den Kategorien werden die gefundenen Ergebnisse in Zusammengang gebracht.

Auf der Ebene des Individualrassismus wird von weniger empathischem Umgang mit Patient:innen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund berichtet und weniger Geduld in der Kommunikation. Außerdem fallen rassistisch-diskriminierende Aussagen und Beleidigungen, lediglich auf Grund der kulturellen oder tatsächlichen Herkunft. Zunächst scheint dieses Verhalten keinen Einfluss auf die Versorgung von Patient:innen zu haben, dennoch zeugt es davon, wie tief verwurzelt rassistische Stereotype in der Gesellschaft sind (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 39). Die Menschen werden anhand von äußeren Merkmalen, wie Hautfarbe, Name, Sprache und Religion in Gruppen, außerhalb der eigenen, eingeteilt. Dieser Gruppe werden bestimmte Eigenschaften zugeschrieben und auf alle Angehörigen dieser Gruppe übertragen. Diese Eigenschaften sind meistens negativ behaftet. Die Abgrenzung der anderen Gruppe wird dann genutzt, um eine Andersbehandlung, wie weniger Geduld und keine Wertschätzung im Umgang, zu legitimieren. Auch wenn es noch nicht ausreichend empirische Forschung zur Diskriminierung im Gesundheitswesen gibt, deckt sich dieses Ergebnis mit bereits bestehenden

Erhebungen, die Hinweise auf Andersbehandlung im Gesundheitssystem ergeben (Bartig et al., 2021, S. 18). Dort wird zum einen von Stereotypisierungen und rassistischen Beleidigungen berichtet, zum anderen von „subtileren“ Formen des Rassismus, wie respektloser Umgang (Bartig et al., 2021, S .19).

Auch im Gesundheitswesen arbeitende Kolleg:innen erfahren Rassismus in Form von Witzen, auf Grund ihres kulturellen Hintergrundes als Form von nichtintentionalem Alltagsrassismus (Rommelspacher, 2009, S.31). Witze und Humor spielen eine bedeutsame Rolle bei der Verbreitung und Relativierung rassistischer Vorurteile in der Gesellschaft. Sie ermöglichen es den Menschen, gemeinsam über rassifizierte Gruppen zu lachen, wodurch diese Vorurteile auf eine scheinbar harmlose Weise reproduziert werden (Stern et at., 2018).

Der nächste zu beleuchtende Bereich sind Stereotype und Vorverurteilungen. Alle Befragungspersonen nennen Beispiele dafür in ihren Ausführungen, teilweise reproduzieren sie dabei selbst Vorurteile und erkennen diese nicht. Die geschilderten Beispiele finden zum größten Teil auf der Individualebene statt, einige wenige beschreiben auf struktureller Ebene stattfindende Beobachtungen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Stereotypisierung anhand des Namens oder des Aussehens, zum Teil noch vorm Eintreffen am Einsatzort, stattfindet. Im Interview-Leitfaden (Anhang I) wird nicht explizit nach Gruppen gefragt, gegen die sich Rassismus richtet, dennoch werden fast ausschließlich Beispiele für Rassismus gegen muslimisch gelesene Menschen geschildert. Das deckt sich mit einer Befragung von 2016 in der gezeigt wurde, das Zugewanderte mit äußerlichen Merkmalen, wie Hijab oder nichtweißer Hautfarbe, deutlich öfter Diskriminierungserfahrungen berichten als Zugewanderte, die äußerlich der Mehrheitsgesellschaft gleichen (Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR-Forschungsbereich), 2018). Zusätzlich gehören 55% der zugewanderten Menschen, die angeben Diskriminierungserfahrungen gemacht zu haben, zur Glaubensgemeinschaft des Islams. Auch für die antimuslimische Stereotypisierung von Patient:innen im Gesundheitswesen gibt es in der Forschung Hinweise. Demnach werden Muslim:innen durch medizinisches Fachpersonal oftmals klischeehaft dargestellt und sozial herabgewürdigt (Bartig et al.,

2021, S.19). Ob die stereotypischen Zuschreibungen eine Auswirkung auf die medizinische Behandlung in Deutschland haben, bleibt offen.

Zur antimuslimischen Diskriminierung zählen auch die berichteten Vorverurteilungen gegenüber muslimischen Kolleg:innen im Rettungsdienst. Das Infragestellen der Berufseignung durch andere Mitarbeitende auf Grund der Herkunft, Religion oder praktizierenden Bräuchen ist eine Benachteiligung nach § 3 des allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG), da diese Personen durch Kolleg:innen eine weniger günstige Behandlung erfahren. Arbeitgeber:innen sind verpflichtet Maßnahmen zu ergreifen, um Betroffene vor Benachteiligungen zu schützen (§ 12 Abs. 1 S. 1 – 2 AGG).

Wie tief verankert die rassistischen Zuschreibungen sind, zeigen die Ergebnisse ebenfalls. Alle Befragungspersonen berichten von der Herkunft als Begründung für bestimmte Verhaltensweisen, gerade in Bezug auf den Umgang mit Angehörigen und das „übertriebene“ Zeigen von Emotionen und Schmerzen. Anders als bei Menschen der Mehrheitsgesellschaft wird bei Personen, die in das rassistisch-stereotypisierte Bild des "Ausländers" passen, laut den Befragten, immer die Herkunft als Begründung genannt, wenn sie erwartete Verhaltensweisen nicht erfüllen. Diese Tatsache wird dann pauschal auf alle Mitglieder dieser Bevölkerungsgruppe übertragen (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 42). Andere mögliche Ursachen wie die Lebensumstände, Intelligenz oder andere Faktoren werden nicht erwähnt. Es gibt Untersuchungen, welche suggerieren, dass das Empfinden und Zeigen von Schmerzen stark von der Kultur abhängt (Kohnen, 2007). In Familien mit einer starken familiären Bindung und Zusammenhalt wird Krankheit und Schmerz gemeinschaftlich bewältigt (Machado, 2019, S. 73). Hier erfahren Betroffene uneingeschränkte Aufmerksamkeit und Unterstützung von den engsten Familienangehörigen. Die Äußerung von Schmerz hat eine auffordernde Funktion, bei der Patient:innen ihr Leiden deutlich und laut zum Ausdruck bringen, um die Unterstützung der Familie zu aktivieren (Machado, 2019, S. 74). Der Schmerz erfüllt hierbei eine Funktion: Während er innerhalb der deutschen Mehrheitsgesellschaft hauptsächlich als rationales Symptom betrachtet wird, wird in anderen Kulturen Schmerz als ein Zeichen für Krankheit erwartet und vorausgesetzt (Machado, 2019, S. 75). Wenn jemand kühl und rational über seine Schmerzen spricht, wird er in diesen

Kulturen nicht als wirklich krank wahrgenommen. Im Kontrast zur Funktion der Schmerzäußerung zeigen die Ergebnisse der ausgewerteten Interviews, dass Rettungsdienstmitarbeitende das lautstarke Leiden von Menschen mit Migrationshintergrund eher weniger ernst nehmen.

Durch das nicht-ernstnehmen von Symptomen und Schmerzen kann eine Gefährdung für Patient:innen durch das Übersehen von lebensbedrohlichen Krankheiten bestehen. Drei von vier Befragungspersonen können Beispiele nennen, in denen Patient:innen auf Grund ihrer kulturellen oder sozialen Herkunft nicht ernst genommen wurden. Es fällt auf, dass die vierte Befragungsperson, welche keine Beispiele schildert, grundsätzlich nicht glaubt, dass Andersbehandlung auf Grund von bewussten oder unbewussten rassistischen Einstellungen existiert. Das verstärkt den Verdacht, dass Wissen über rassistische Phänomene vorhanden sein muss, um diese zu erkennen.

Innerhalb der durchgeführten Interviews wurde berichtet, dass Menschen mit Migrationshintergrund oftmals nicht standardisiert untersucht wurden und ein zügiger Transport, ohne eine medizinische Indikation dafür, diagnostischen Maßnahmen am Einsatzort vorgezogen wurde. Die Befragten berichteten von Verzögerungen eines 12-Kanal-EKGs bei weiblichen muslimischen Patientinnen. Bei lebensbedrohlichen Symptomen wie Brustschmerz soll, laut den aktuellen Leitlinien für Notfallsanitäter:innen in Niedersachsen, innerhalb von zehn Minuten nach Erstkontakt zu Patient:innen ein 12-Kanal-EKG geschrieben werden um einen lebensbedrohlichen Herzinfarkt frühzeitig zu erkennen und zu behandeln (Landessausschuss Rettungsdienst Niedersachsen, 2022, S. 214). Wenn das nicht geschieht, da eine Person auf Grund ihrer kulturellen Herkunft anders behandelt wird, wird sich nicht an den Regeln der standardisierten Untersuchung orientiert. In einem Artikel von 2021 über die Erfahrungen von Frauen* in der westlichen Gesundheitsversorgung wurde beschrieben, dass besonders nichtweiße Frauen* von medizinischem Fachpersonal nicht ernst genommen wurden (Sebring, 2021). Ob es durch diese Andersbehandlung durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal zu Gefährdungen der Gesundheit kommt, muss in Zukunft weiter erforscht werden.

5.1.3 Ursachenfindung und Maßnahmen zur Bekämpfung

Um der Reproduktion von rassistischen Vorurteilen, die aus rassistisch-diskriminierenden Einstellungen resultieren langfristig Einhalt zu gebieten, sind im Rahmen dieser Forschungsarbeit mögliche Ursachen und Lösungsmöglichkeiten erhoben worden. Im Folgenden werden diese miteinander verknüpft.

Die strukturellen Probleme innerhalb des Gesundheitswesens werden mehrfach als Ursache für rassistische Schilderungen genannt. Zum einen ist der Rettungsdienst auf Grund von Personalmangel und zunehmenden Einsatzzahlen überlastet (Sieber et al., 2020; Deutscher Ärzteverlag GmbH Redaktion Deutsches Ärzteblatt, 2022). Zum anderen wird innerhalb der Interviews berichtet: „Patienten mit Migrationshintergrund eher den deutschen Rettungsdienst benötigen als Normal/ also als anders, also als deutsche.“ (Interview2-m-30, Absatz 82). Es gibt keine empirischen Daten aus der Präklinik, dennoch ist eine mögliche Ursache dafür, dass es für Menschen schwer ist, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden (Bartig et al., 2021, S. 26). und deswegen auf die bekannte Notrufnummer zurückgegriffen wird. Zahlen zeigen außerdem, dass Menschen mit Migrationshintergrund seltener auf Vorsorge- und Präventionsangebote eingehen oder Fachärzt:innen aufsuchen (Bartig et al., 2021, S. 19 - 23). Grund dafür können Zugangs- oder Verständnisprobleme sein, den Rettungsdienst in Anspruch zu nehmen ist möglicherweise einfacher.

Die mediale Berichterstattung wurde als Faktor genannt, der Einfluss auf die Einstellungen von Mitarbeitenden im Rettungsdienst haben kann. Die Medienberichterstattung in den letzten Jahren war gegenüber Geflüchteten oftmals negativ und hatte zum Teil schwerwiegende Folgen (Maurer et al., 2021). Nach der Berichterstattung der BILD-Zeitung mit falschen Informationen über einen Geflüchteten erhielt dieser Morddrohungen und musste auf Grund der psychischen Belastung in einer Klinik behandelt werden (von Holt & Stendera, 2023). Die Medien haben also Einfluss auf das Verhalten der Gesellschaft, nichtsdestotrotz obliegt es der Professionalität des Rettungsdienstes eine gleiche Behandlung für alle Menschen zu gewährleisten.

Außerdem wurde die Sprachbarriere als Grund genannt, warum Menschen eine andere Behandlung erfahren. Kommunikationsbarrieren sind ein Risikofaktor, der

Diskriminierung im Gesundheitswesen begünstigt (Bartig et al., 2021, S. 23). Eine Lösung für das Überwinden von Sprachbarrieren ergibt sich ebenfalls aus den Antworten der Befragungspersonen, beispielsweise das Nutzen von Spracherkennungsapplikationen.

Im Bereich der Ursachenerhebung für rassistisch-diskriminierende Einstellungen und damit verbundenes Verhalten zeigt sich außerdem, dass das Hauptproblem das Nicht-sehen von Rassismus zu sein scheint. Das Nicht-Erkennen von Rassismus ist wiederum tief in der Gesellschaft verankert und kann durch weitere Punkte verstärkt werden (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V., 2022, S. 50). Dadurch, dass der Rassismus nicht als solcher erkannt wird, besteht die Gefahr, diese Einstellungen an andere Mitarbeitenden, vor allem an Auszubildende, zu vermitteln. Rassismus prägt also die Wahrnehmung und das Verhalten unbewusst (Alabali-Radovan, 2023, S. 18). Durch fehlende Selbstreflexion der eigenen Verhaltensweisen entsteht eine Verzerrung der Realität, da Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft, die keine rassistischen Erfahrungen machen, Probleme für Menschen außerhalb der Mehrheitsgesellschaft nicht wahrnehmen (Bundeszentrale Für Politische Bildung, 2021).

Es gibt verschiedene Lösungsstrategien, die dazu beitragen können, dass nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal in Zukunft die eigenen Ansichten und Verhaltensweisen reflektiert, um rassistisch-diskriminierende Einstellungen nicht weiter zu reproduzieren. Um diese Selbstreflexion zu erreichen, können Teamtrainings und Schulungen genutzt werden. Arbeitgeber:innen sind verpflichtet, Mitarbeitende fort- und auszubilden, um sie so auf diskriminierendes Verhalten aufmerksam zu machen (§ 12 Abs. 2 AGG). Um zu verhindern, dass Lernende im Bereich der Rettungsschule unbewusst Meinungen anderer aneignen, sollten Lehrpersonen unterrichten, die fachlich geeignet sind und ein berufspädagogisches Studium absolviert haben. Das entspricht § 6 Abs. 1 – 3 der Niedersächsischen Verordnung über Anforderungen an Schulen für Gesundheitsfachberufe und an Einrichtungen für die praktische Ausbildung (NSchGesVO). Die Lehrpersonen sollten gerade auf Themen wie Sexismus und Rassismus sensibilisiert werden um im Rahmen des Unterrichts entsprechend darauf einzugehen, beispielsweise wenn älteres Unterrichtsmaterial rassistische Stereotype reproduziert (Petermann et al., 2023, S. 5).

Um auf struktureller Ebene aktiv zu werden, können und müssen Arbeitgeber:innen Aufklärung betreiben, um Vorverurteilungen auf Grund der Herkunft im Vorfeld zu unterbinden (§ 12 Abs. 2 AGG). Außerdem kann die Einstellung von mehr Personal außerhalb der Mehrheitsgesellschaft dazu beitragen, dass Vorurteile abgebaut werden und Angst vor anderen Traditionen und Lebensweisen abnimmt. Dadurch könnte die demographische Verteilung von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal an die der Gesellschaft mit einem Migrationsanteil von 27,4 % angenähert werden (Statistisches Bundesamt, 2022). Auf dem Arbeitsmarkt erfahren Menschen mit anderer ethnischer Herkunft oftmals Ablehnung (Bartig et al., 2021, S 60). Ein Projekt „Lebensretter integriert“ bildet gezielt Geflüchtete zu Rettungsanitäter:innen aus (Nowaczyk, 2022). Durch die Einstellung von mehr Menschen außerhalb der Mehrheitsgesellschaft wird das Rettungsdienstpersonal diverser und Mitarbeitende aus dem Rettungsdienst können ihre Stereotype und Berührungsängste ablegen und die weitere Reproduktion dieser verhindern. Zum Anderen erhalten Geflüchtete eine Chance auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen.

5.2 Begrenzungen der Untersuchung

Die vorliegende Erhebung liefert erste Erkenntnisse über rassistisch-diskriminierende Einstellungen von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal. Dennoch gibt es bestimmte Begrenzungen, die berücksichtigt werden müssen.

Die Forschungsmethode basiert auf selbstberichteten Daten und Interviews. Obwohl diese Methode wertvolle qualitative Informationen liefert, besteht das Potenzial für Verzerrungen oder ungenaue Angaben. Die Teilnehmer:innen könnten dazu neigen, Berichte zu verharmlosen, insbesondere wenn es um sensitive Themen wie Rassismus geht um nicht negativ über den eigenen Betrieb oder Kolleg:innen zu berichten. Zudem ist die Stichprobe zu klein, um eine vollständige Datensättigung zu erzielen, dennoch ausreichend für erste Einblicke in die Thematik. Die Stichprobe bestand nur aus Notfallsanitäter:innen und dementsprechend aus Menschen, die im Notfalleinsatz die Entscheidungen über Diagnostik und Therapie treffen und die Verantwortung tragen. Mögliche Folgen von Andersbehandlung auf Grund von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen hätten durch Rettungssanitäter:innen aus einer anderen Perspektive

geschildert werden können, da diese die Entscheidungen von höher qualifizierten Notfallsanitäter:innen selten bezweifeln.

Außerdem konzentrierte sich diese Studie auf die Perspektive der nicht-ärztlichen Rettungsdienstmitarbeitenden. Es wurden jedoch keine direkten Einsichten von Patient:innen oder anderen relevanten Akteur:innen im Gesundheitswesen berücksichtigt. Die Einbeziehung dieser Perspektiven könnte weitere Erkenntnisse liefern und eine umfassendere Analyse ermöglichen.

Trotz dieser Begrenzungen liefern die vorliegenden Ergebnisse wertvolle Informationen zur Existenz rassistisch-diskriminierender Einstellungen im Rettungsdienst, gerade da der Rettungsdienst ein sehr junges Forschungsfeld ist.

5.3 Reflexion der Rolle als Interviewerin

Im Rahmen der Begrenzungen der Untersuchung liegt ein besonderes Augenmerk auf der Interviewer:in. Bei der Durchführung der Interviews wurden wenig Rückfragen gestellt und sich stattdessen viel am Leitfaden orientiert. Das kann mit der Unerfahrenheit der Interviewerin begründet werden. Nachfragen hätten tiefere Einblicke ermöglicht und geholfen, die Forschungsfrage genauer zu beantworten. Da alle Befragungspersonen aus dem entfernten Umfeld der Interviewerin stammen, war es teilweise schwierig eine professionelle Atmosphäre beizubehalten, dennoch ist dies zum größten Teil gelungen.

Außerdem ist wichtig anzumerken, dass die eigene Position und Vorannahmen der Interviewerin eine Rolle bei der Interpretation der Daten spielen, was bei einem qualitativen Forschungsdesign erwünscht ist und im Rahmen der Gütekriterien der reflektierten Subjektivität berücksichtigt wird (Bortz & Döring, 2016, S. 111). Persönliche Hintergründe, Erfahrungen und eigenen Vorurteile könnten bewusst oder unbewusst Einfluss auf die Fragen, die Art der Gesprächsführung und die Interpretation der Antworten genommen haben (Bortz & Döring, 2016, S. 16). Dies könnte sich auf die Art und Weise ausgewirkt haben, wie bestimmte Themen angesprochen wurden oder wie die Daten analysiert und interpretiert wurden. Um mögliche Verzerrungen zu minimieren, wurde versucht, sich der eigenen Vorannahmen bewusst zu sein und eine reflexive Haltung einzunehmen (Bortz & Döring, 2016, S. 364). Dies beinhaltete

regelmäßige Selbstreflexion über die eigenen Standpunkte, die Auseinandersetzung mit relevanter Literatur und Forschungsergebnissen, um verschiedene Perspektiven einzubeziehen und die Validität und Zuverlässigkeit der Daten zu gewährleisten. Außerdem wurde sich mit möglichen Fehlern, die im Rahmen eines Interviews auftreten können, vertraut gemacht, um diese zu vermeiden (Bortz & Döring, 2016, S. 360).

5.4 Ausblick

Die Rassismus- und Diskriminierungsforschung in Deutschland steht in allen Bereichen noch in den Anfängen. Um aussagekräftige Ergebnisse für den Rettungsdienst zu erheben, müssen weitere Untersuchungen erfolgen. Zunächst kann ein ähnliches Forschungsdesign mit einer größeren Stichprobe sinnvoll sein, um eine repräsentative Datensättigung zu erreichen. Da bei Befragungen die Möglichkeit der Unehrlichkeit besteht, ist ein Forschungsdesign in Form der teilnehmenden Beobachtung als weitere empirische Forschungsmethode sinnvoll. So kann diskriminierendes Verhalten direkt beobachtet und besser eingeordnet werden (Bergmann et al., 2021, S. 51). Um rassistische Diskriminierung und die damit verbundenen Einstellungen weiter zu erörtern, können Fragebögen über Meinungen in quantitativen Studiendesigns großflächig an Rettungsdienstmitarbeitende ausgegeben werden. So kann anonym erhoben werden, in welcher Form Rassismus in den Überzeugungen von Einzelnen verankert ist. Eine flächendeckende, quantitative Erhebung, angelehnt an die Mitte-Studie, kann Rückschlüsse auf Häufungen von bestimmten Mustern zulassen (Zick & Küpper, 2021). Um die Perspektive Betroffener mit einzubeziehen können diese in Einzel- oder Gruppeninterviews zu ihren Diskriminierungserfahrungen von Rettungsdienstmitarbeitenden befragt werden. Eine weitere Möglichkeit zur Beurteilung der rassistisch-diskriminierenden Einstellungen ist ein longitudinales Studiendesign. Durch die Durchführung von Längsschnittstudien kann der zeitliche Verlauf und die Veränderung von rassistischen Einstellungen im Rettungsdienst überprüft werden. Dies ermöglicht Veränderungen im Laufe der Zeit zu erfassen und die Effektivität von Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Rassismus zu bewerten. Durch die Auswertung mehrerer Studien auf Individualebene kann ebenfalls erforscht werden, ob ein institutionelles und strukturelles Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst besteht.

Langfristig betrachtet sind mehrere Studien notwendig, um ein komplexes, gesellschaftlichen Phänomen wie rassistische Diskriminierung zu beleuchten. Eine bloße Quantifizierung wird der komplexen Thematik nicht gerecht.

6 Fazit

Diese Arbeit konnte, im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten, erste Erkenntnisse über die rassistisch-diskriminierenden Einstellungen nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals in Deutschland liefern. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf den Auswirkungen dieser Einstellungen auf die Behandlung von Patient:innen. Zusätzlich wurde sich mit Ursachenforschung und möglichen Lösungsstrategien für die Bekämpfung von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen befasst.

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse haben die Forschungsfrage nach den rassistisch-diskriminierenden Einstellungen nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals wie folgt beantworten können: Die rassistisch-diskriminierenden Einstellungen von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal sind größtenteils nichtintentional und finden auf der Individualebene statt. Betroffen von diesen Einstellungen und damit verbundenen Verhaltensweisen sind sowohl Patient:innen und Angehörige als auch Kolleg:innen. Besonders Menschen, die anhand des Namens, des Aussehens oder der Hautfarbe muslimisch gelesen werden, sind Ziel der rassistisch-diskriminierenden Einstellungen. Bei der Versorgung von Patient:innen scheinen rassistische Stereotype eine Auswirkung auf diese zu haben. Die Hauptursache für die bestehenden Einstellungen und die Reproduktion dieser scheint das Nicht-Erkennen von Rassismus zu sein. Mögliche Lösungsstrategien in verschiedenen Bereichen zielen darauf ab, Bewusstsein für Rassismus-kritisches Denken zu schaffen und Vorurteile abzubauen, um die Entstehung von rassistisch-diskriminierenden Einstellungen zu bekämpfen.

Aufgrund der Begrenzungen der Erhebung sind weitere Forschungen zu rassistischer Diskriminierung im Rettungsdienst und im Gesundheitswesen allgemein, erforderlich. Bislang gibt es wenig Erkenntnisse über die Folgen von Diskriminierung und deren Ausmaß und Erscheinungsform im deutschen Gesundheitssystem (Bartig et al., 2021, S 18). Durch das wachsende Bewusstsein für rassistische Diskriminierung innerhalb der Gesellschaft und Politik sind zukünftig weitere empirische Studien geplant, um Folgen

und Ursachen zu erheben, auch innerhalb des Gesundheitswesens (*Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa)*, o. D.). Mit Blick auf die Zukunft verspricht das Forschungsfeld der Rassismus- und Diskriminierungsforschung in den nächsten Jahren interessante Ergebnisse. Es bleibt zu hoffen, dass die resultierenden Erkenntnisse genutzt werden, um eine inklusive Gesellschaft zu fördern.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Abdul-Rahman, L., Espín Grau, H., Klaus, L. & Singelnstein, T. (2020). Rassismus und Diskriminierungserfahrungen im Kontext polizeilicher Gewaltausübung: Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Körperverletzung im Amt durch Polizeibeamt*innen“ (KviAPol). In *Forschungsprojekt KviAPol*. Ruhr-Universität Bochum. Abgerufen am 11. Januar 2023, von https://kviapol.rub.de/images/pdf/KviAPol_Zweiter_Zwischenbericht.pdf

Alabali-Radovan, R. (2023). *Lagebericht Rassismus in Deutschland: Ausgangslage, Handlungsfelder, Maßnahmen*. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Albrecht, M. (2017). *Hintergrund- und Diskussionspapier: Rassismus und Sprache* (ISSN 1439-2011). Bund für soziale Verteidigung e.V. Abgerufen am 27. Februar 2023, von https://www.soziale-verteidigung.de/system/files/hud.57.rass_.sprache_webprint_0.pdf

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (2020). *Bundesgesetztblatt,* Nr. 17/2022, S. 768 – 771

Amadeu Antonio Stiftung. (2020, 30. April). *Was ist Anti-Asiatischer Rassismus? - Amadeu Antonio Stiftung*. https://www.amadeu-antonio-stiftung.de/rassismus/was-ist-anti-asiatischer-rassismus/

Amnesty International. (o. D.). *Warum wir alle Rassismus persönlich nehmen sollten*. Abgerufen am 26. Februar 2023, von https://www.amnesty.de/2017/3/1/warum-wir-alle-rassismus-persoenlich-nehmen-sollten

Attia, I. (2021). Rassismus (nicht) beim Namen nennen. *bpb.de*. https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/180854/rassismus-nicht-beim-namen-nennen/

Bartig, S., Kalkum, D., Le, H. M. & Lewicki, A. (2021). Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen : Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. In *antidiskriminierungsstelle.de*. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Bergmann, J., Jacobsen, A. & © Bundesministerium für Inneres – Sicherheitsakademie / Verlag Österreich, 2021. (2021). Diskriminierung und Rassismus der Polizei als Forschungsfeld: Eine problemorientierte Bestandsaufnahme. *SIAK-Journal – Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis*, *(4)*, 45–57. https://doi.org/10.7396/2021_4_D

Bortz, J. & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5

Bundesministerium des Inneren und für Heimat. (2022, 13. Mai). *Verfassungsfeinde in Sicherheitsbehörden erkennen und bekämpfen* [Pressemeldung]. https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2022/05/lagebild-rexsibe.html

Bundeszentrale Für Politische Bildung. (2021). „Offensichtlich und zugedeckt"- Alltagsrassismus in Deutschland. *bpb.de*. https://www.bpb.de/themen/rechtsextremismus/dossier-rechtsextremismus/194569/offensichtlich-und-zugedeckt-alltagsrassismus-in-deutschland/

Bundeszentrale Für Politische Bildung. (2022, 25. November). *Vor zwei Jahren: Anschlag in Hanau*. bpb.de. Abgerufen am 15. Februar 2023, von https://www.bpb.de/kurz-knapp/hintergrund-aktuell/505333/vor-zwei-jahren-anschlag-in-hanau/

Buse, K. (2021). Rassismus, Rechtsextremismus und Sexismus in der Feuerwehr Bremen? In *https://www.inneres.bremen.de*. der Senator für Inneres Hansestadt Bremen.

Der Spiegel. (2022, 23. Februar). Kabinett ernennt Alabali-Radovan zur Antirassismus-Beauftragten. *DER SPIEGEL, Hamburg, Germany*. Abgerufen am 27. Februar 2023, von https://www.spiegel.de/politik/deutschland/bundesregierung-reem-alabali-radovan-neue-antirassismus-beauftragte-a-118d6657-8a03-4ab3-a501-b52fc175783d

Deutscher Ärzteverlag GmbH Redaktion Deutsches Ärzteblatt. (2022, 12. Dezember). *Rettungsdienste schlagen Alarm: Neues Bündnis fordert mehr. . .* Deutsches Ärzteblatt. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139559/Rettungsdienste-schlagen-Alarm-Neues-Buendnis-fordert-mehr-Personal

Deutscher Feuerwehrverband e. V. (DFV). (2023, 23. Mai). *Integration - Feuerwehrverband*. Feuerwehrverband. https://www.feuerwehrverband.de/kampagnen/integration/#:~:text=Nat%C3%BCrlich%20sind%20auch%20Menschen%20mit,ihnen%20in%20der%20Feuerwehr%20aktiv.

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V. (2022). Rassistische Realitäten: Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus auseinander? In *rassismusmonitor.de*. Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e.V. Abgerufen am 27. Februar 2023, von https://www.rassismusmonitor.de/studie-rassistische-realitaeten/

Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). dr. dresing & pehl GmbH.

Erb, S. & Fromm, A. (2022, 19. Dezember). Rassismus beim Rettungsdienst: Rechte Retter. *TAZ Verlags- und Vertriebs GmbH*. Abgerufen am 16. Februar 2023, von https://taz.de/Rassismus-beim-Rettungsdienst/!5879278/

Fittkau, L. & Pindur, M. (2022, 15. Juli). Fünf Jahre Haft für Anschlagsplan - Die verworrene Geschichte um Franco A. *Deutschlandfunk*. Abgerufen am 16. Februar 2023, von https://www.deutschlandfunk.de/prozess-wegen-terrorverdachts-die-verworrene-geschichte-um-100.html

Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR-Forschungsbereich). (2018). „Wo kommen Sie eigentlich ursprünglich her?“: Diskriminierungserfahrungen und phänotypische Differenz in Deutschland. In *svr-migration.de*.

FragDenStaat und ZDF Magazin Royale präsentieren: NSU-Akten gratis! (2022). Abgerufen am 25. Februar 2023, von https://nsuakten.gratis/

Friedrich-Ebert-Stiftung. (2021). *Mitte-Studie 2021 zu rechtsextremen Einstellungen*. fes.de. Abgerufen am 28. Februar 2023, von https://www.fes.de/referat-demokratie-gesellschaft-und-innovation/gegen-rechtsextremismus/mitte-studie-2021

Gans, P. (o. D.). *Ethnie*. spektrum.de. Abgerufen am 26. Februar 2023, von https://www.spektrum.de/lexikon/geographie/ethnie/2209

Gelitz, C. (2017, 19. Juli). *Die verschiedenen Facetten von Rassismus*. https://www.spektrum.de/news/die-verschiedenen-facetten-von-rassismus/1464453

Goldmann, F. (2017, 6. Juni). Ist biodeutsch nur ein anderes Wort für Arier? *DER SPIEGEL, Hamburg, Germany*. Abgerufen am 26. Februar 2023, von https://www.spiegel.de/panorama/biodeutsch-wer-benutzt-den-begriff-und-was-bedeutet-er-a-00000000-0003-0001-0000-000001410970

Gomolla, M. (2016). Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung. In *Handbuch Diskriminierung* (S. 134–155). Scherr, A. (Hg.).

Graevskaia, A. & Handick, T. (2022). Institutioneller Rassismus in der Polizei: Rassistisches Wissen und seine Nutzung. *NaDiRa working papers*, *4*, ISBN: 978-3-948289-25-6.

Hass im Netz. (2023, 10. Februar). *Antimuslimischer Rassismus online*. https://www.hass-im-netz.info/themen/artikel/antimuslimischer-rassismus-online.html

Hunold, D. & Singelnstein, T. (2022). *Rassismus in der Polizei: Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme* (1. Aufl. 2022). Springer VS.

Jonas, K., Stroebe, W., Hewstone, M. & Reiss, M. (2014). *Sozialpsychologie: Eine Einführung (Springer-Lehrbuch)* (6. Aufl.). Springer.

Karakayali, J. (2019). Warum wurden die Morde des NSU nicht als rassistische erkannt. *Komplexe Dynamiken globaler und lokaler Entwicklungen. Verhandlungen des 39. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Göttingen 2018.*, *39*. https://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2018/article/download/1077/1377

Karakayalı, J. (2022). Kritische Rassismusforschung: Theorien, Konzepte, zentrale Befunde. In *Rassismus in der Polizei: eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme* (S. 15–32). Springer VS.

Kastein, M., Horwarth, I., Finke, J. & Dağlar-Sezer, N. (2021). „Ohne den weißen Mann würden Leute wie Sie noch in Erdhöhlen wohnen“ - Die Markierung der Unmarkierten. In *Mobilisierungen gegen Feminismus und ´Gender`* (S. 92–107). Verlag Barbara Budrich. https://doi.org/10.3224/84742528.06

Kennel, J., Withers, E., Parsons, N. & Woo, H. (2019). Racial/Ethnic Disparities in Pain Treatment. *Medical Care*, *57*(12), 924–929. https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001208

Kohnen, N. (2007). Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten. *Trauma und Berufskrankheit*, *9*(S3), S323–S328. https://doi.org/10.1007/s10039-007-1231-6

Kolle, G. (2023, 31. Januar). *Orientalismus: Der Orient als Projektion*. kultursharker.de. Abgerufen am 21.06.2023, von https://kultursharker.de/orientalismus-das-morgenland-als-projektion/

Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Aufl.). Beltz Juventa.

Küpper, B. (2022, 5. August). *Was ist Alltagsrassismus?* Initiative Kulturelle Integration. https://www.kulturelle-integration.de/2022/07/04/was-ist-alltagsrassismus/

Landesausschuss Rettungsdienst nach § 13 NRettDG; Niedersächsische Umsetzung Notfallsanitätergesetz (NUN) (2022). *Niedersächsisches Ministerialblatt,* Nr. 06/2022, S. 202 – 236

Leiprecht, R. & Lutz, H. (2015). Without Guarantees. Stuart Halls Analysen und Interventionen im Kontext von Rassismus, Kultur und Ethnizität. In *Schlüsselwerke der Migrationsforschung* (S. 289–307). Springer VS.

Machado, C. (2019). Patienten aus fremden Kulturen im Notarzt- und Rettungsdienst. In *Springer eBooks* (2. Aufl.). https://doi.org/10.1007/978-3-662-58292-3

Maurer, M., Jost, P., Kruschinski, S. & Haßler, J. (2021). *Fünf Jahre Medienberichterstattung über Flucht und Migration*. Johannes Gutenberg-Universität Mainz Institut für Publizistik.

Müller, M. & Precht, J. (2018). *Narrative des Populismus: Erzählmuster und -strukturen populistischer Politik* (1. Aufl. 2019). Springer VS.

Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa). (o. D.). DeZIM Institut. https://www.rassismusmonitor.de/

Niedersächsische Verordnung über Anforderungen an Schulen für Gesundheitsfachberufe und an Einrichtungen für die praktische Ausbildung (2017). *Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt*, Nr. 21/2017, S. 434

Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (2022). *Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt*, Nr. 21/2022, S. 403

Nobrega, O. S., Quent, M. & Zipf, J. (2021). Von München über den NSU bis Hanau. In *Rassismus. Macht. Vergessen.* (S. 9–24). transcript Verlag. https://doi.org/10.14361/9783839458631

Nowaczyk, A. (2022, 25. November). Ausbildung von Flüchtlingen: Wie sich der Rettungsdienst selbst rettet. *FAZ.NET*. Abgerufen am 19. Juni 2023, von https://www.faz.net/aktuell/rhein-main/frankfurt/ausbildung-von-fluechtlingen-wie-sich-der-rettungsdienst-selbst-rettet-18479930.html

Petermann, F., Georgi, V. B. & Lange, S. (2023). Rassismus in Lehrkontexten: wie äußert er sich? was können wir tun?: Handreichung des Projektes „Diversity und Chancengleichheit in Studium und Lehre“ an der Universität Hildesheim (2023). In *uni-hildesheim.de*. Uni Hildesheim.

Pörner, L., Sommer, C. & Wand, P. (2021). *Halle, 09. Oktober 2019 Der Anschlag, Ereignisse, Folgen, Hintergründe: Handreichung für die Bildungsarbeit* (1. Aufl.). Netzwerk für Demokratie und Courage Sachsen-Anhalt e.V. https://www.demokratie-leben.de/magazin/magazin-details/den-anschlag-von-halle-in-der-bildungsarbeit-behandeln-92

Rommelspacher, B. (2009). Was ist eigentlich Rassismus? In *Rassismustheorie und -forschung* (S. 25–38). Melter, Claus/Mecheril, Paul (Hg.).

Scherr, A. (2017). Soziologische Diskriminierungsforschung. In *Handbuch Diskriminierung* (S. 39–58). Scherr, A. (Hg.).

Scherr, A., El-Mafaalani, A. & Yüksel, G. (2017). *Handbuch Diskriminierung*. Springer Publishing.

Sebring, J. (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of Health and Illness*, *43*(9), 1951–1964. https://doi.org/10.1111/1467-9566.13367

Sieber, F., Kotulla, R., Urban, B., Groß, S. & Prückner, S. (2020). Entwicklung der Frequenz und des Spektrums von Rettungsdiensteinsätzen in Deutschland. *Notfall & Rettungsmedizin*, *23*(7), 490–496. https://doi.org/10.1007/s10049-020-00752-1

Spendrin, K. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse in der Erforschung von Kompetenzanforderungen: ein Forschungsbeispiel zur Analyse von Anforderungssituationen didaktischen Handelns. *Forum Qualitative Social Research*, *20*(3). https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3351

Statistisches Bundesamt. (2022, April). *Gut jede vierte Person in Deutschland hatte 2021 einen Migrationshintergrund* [Pressemeldung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_162_125.html

#:~:text=WIESBADEN%20%E2%80%93%20Im%20Jahr%202021%20hatten,%3A%2021%2C9%20Millionen).

Statistisches Bundesamt. (o. D.). *Migrationshintergrund*. Abgerufen am 20. Juni 2023, von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html

Stern, A., Lindemeyer, M. & Tezcan-Güntekin, H. (2018). „Rassistische Witze“ - Diskriminierungserfahrungen von Studierenden. *interculture journal: Online-Zeitschrift für interkulturelle Studien*, *17*(30), 11–27. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/document/58524/1/ssoar-interculturej-2018-30-stern_et_al-Rassistische_Witze_-_Diskriminierungserfahrungen_von.pdf

Stiftung für Kulturelle Weiterbildung und Kulturberatung. (o. D.). Othering. In *Diversity Arts Culture*. https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/othering

Süddeutsche Zeitung. (2022, 30. Oktober). Böhmermann veröffentlicht NSU-Akten. *Süddeutsche.de*. https://www.sueddeutsche.de/medien/nsu-boehmermann-zdf-magazin-royale-frag-den-staat-1.5684004

Trammer, M. (2021, 29. Dezember). Ermittlungen im Fall Qosay Khalaf: Trotz offener Fragen eingestellt. *TAZ Verlags- und Vertriebs GmbH*. https://taz.de/Ermittlungen-im-Fall-Qosay-Khalaf/!5821955/

Ventura, C., Denton, E. & Asack, B. R. (2022). Implications of systemic racism in emergency medical services: On prehospital bias and complicity. *eClinical Medicine*, *50*, 101525. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101525

von Holt, L. & Stendera, P. (2023, 24. April). *Die Kampagne (Folge 3) in: Boys Club – Macht & Missbrauch bei Axel Springer*. Spotify Studios in Zusammenarbeit mit TRZ Media.

Wintzer, J. (2015). *Qualitative Methoden in der Sozialforschung: Forschungsbeispiele von Studierenden für Studierende*. Springer Spektrum.

Zick, A. & Küpper, B. (2021). *Die geforderte Mitte: Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2020/21*.

Zick, A. (2021a). Hinführung zur Mitte-Studie 2020/21. In *Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2020/21* (S. 17–31). Herausgegeben für die Friedrich-Ebert-Stiftung von Franziska Schröter. https://www.fes.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=78925&token=792eddadb739a54903b934fc52256c5bbddd4428

Zick, A. (2021b). Menschenfeindlicher Rassismus und Ungleichwertigkeitszuschreibungen. In *Die geforderte Mitte: Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2020/21* (S. 141–162). Herausgegeben für die Friedrich-Ebert-Stiftung von Franziska Schröter. https://www.fes.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=78925&token=792eddadb739a54903b934fc52256c5bbddd4428

Zick, A., Küpper, B. & Rump, M. (2021). Rechtsextreme Einstellungen in der Mitte 2020/21. In *Die geforderte Mitte: Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2020/21* (S. 75–111). Herausgegeben für die Friedrich-Ebert-Stiftung von Franziska Schröter. https://www.fes.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=78925&token=792eddadb739a54903b934fc52256c5bbddd4428

Anhang I: Interview-Leitfaden

Interview-Leitfaden

Name:	Rettungsdienstbereich: (städtisch O / ländlich O)
Ort:	Berufsbezeichnung: NotSan O RettAss O RettSan O
Datum:	Jahre im Rettungsdienst:
	spezieller Zusatzbereich:

Einstieg:

Kurze Info an die Befragungsperson zum Thema des Interviews und Datenschutz.

Hauptteil:

Thema 1: Begriffsverständnis

Was verstehen Sie unter Rassismus?
- Alltagsrassismus?
- Institutioneller Rassismus?

Was verstehen Sie unter Diskriminierung?

Thema 2: Erfahrungsberichte

Glauben Sie, dass es ein Rassismus Problem im deutschen Rettungsdienst gibt?

In welcher Art und Weise haben Sie in ihrem Rettungsdienst-Alltag Rassismus beobachten können?

Welche rassistischen Verhalten können Sie bei Kolleg:innen beobachten?

- Innerhalb vom Einsatzgeschehen?
- auf der Rettungswache, beim Reden über den Einsatz?
- innerhalb des Kollegiums?
- von der Führungsetage ?
- spezieller Einsatzbereich? (nur wenn Zusatzbereich vorhanden)

Gibt es konkrete Ereignisse, von denen Sie berichten möchten?

Welche Formen von Rassistisch-diskriminierender Sprachgebrauch hören Sie im Rahmen ihrer täglichen Arbeit?

Können Sie konkrete Situationen beschreiben, in denen Patient:innen durch ihre Kolleg:innen anders behandelt wurden auf Grund ihrer Herkunft, Kultur oder Hautfarbe?

Haben Sie erlebt, dass bereits bei der Alarmierung auf Grund des Einsatzortes oder des Patient:innennamens vorverurteilende Äußerungen gemacht wurden?

Denken Sie, dass bestimmte Patient:innen anders behandelt worden wären, wenn Sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten und sich mit den gleichen Symptomen vorgestellt hätten?

Was könnte verändert werden, um Rassismus und rassistisches Verhalten im Rettungsdienst vorzubeugen?

Anhang II: Einverständniserklärung zum Interview

Ostfalia
Hochschule für angewandte
Wissenschaften

Einverständniserklärung zum Interview

Bachelorarbeit:	Rassistisch diskriminierende Einstellungen von nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal in Deutschland.
Hochschule:	Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften
Studiengang:	Berufspädagogik und Management für den Rettungsdienst
Erstprüferin:	Prof.^{in} Dr.^{in} Sandra Tschupke
Projektleiterin:	Laura Windhorst Hinterstraße 12 37431 Bad Lauterberg email: l.windhorst@ostfalia.de

Ich erkläre mich hiermit bereit, im Rahmen der Datenerhebung für eine Bachelorarbeit an einem Interview teilzunehmen.

Das Interview soll Erfahrungen und Beobachtungen von nicht-ärztlichen Mitarbeitenden aus dem Rettungsdienst abbilden. Das Gespräch soll etwa 30 Minuten dauern.

Zur Auswertung wird das Interview aufgenommen und transkribiert. Die Daten werden mit dem Audiotranskriptionsprogramm f4x verarbeitet. Die Aufnahmen werden DSGVO konform verarbeitet. Nach Transkription der Audiodateien werden diese gelöscht und liegen lediglich der Projektleiterin lokal als Textdatei vor. Nähere Informationen über die DSGVO konforme Verarbeitung der Daten können Sie hier einsehen: https://www.audiotranskription.de/sicherheit/

Bei der Verarbeitung der Interview Inhalte werden personenbezogene Daten nicht abgebildet, ein Rückschluss auf die Identität ist also nicht möglich. Die interviewte Person kann das Einverständnis zur Aufzeichnung und Weiterverwendung der Daten jederzeit widerrufen.

_____
Name

_____
Unterschrift

_____
Datum, Ort

Anhang III: Kategorien und Subkategorien mit Definitionen

Begriffsverständnis: Diese Kategorie dient, um festzustellen, ob "Rassismus" ein Begriff ist, der erklärt und verstanden werden kann. Im Interview-Leitfaden wird nach strukturellem Rassismus und Alltagsrassismus gefragt. Außerdem nach der Definition von Diskriminierung. Erfasst werden die Definitionen und Auslegungen, die durch die Befragungspersonen bei der Frage genannt werden.

- **Rassismusproblem:** Codiert werden alle Antworten auf die Frage, ob die Befragungsperson glaubt, dass es im deutschen Rettungsdienst ein Rassismusproblem gibt.
- **Intention:** Codiert werden die Antworten auf die Frage, ob Rassismus beabsichtigt und verletzend sein muss um als rassistisch zu gelten.
- **Diskriminierung:** Codiert werden Antworten auf die Frage nach der Definition von Diskriminierung.
- **struktureller Rassismus:** Codiert werden alle Antworten auf die Frage, nach der Definition von strukturellem Rassismus.
- **Alltagsrassismus:** Codiert werden alle Antworten auf die Frage nach der Definition von Alltagsrassismus.
- **Rassismus:** Codiert werden alle Antworten auf die Frage nach der Definition von Rassismus.

Lösungen: Codiert werden alle genannten Lösungsstrategien und -ideen, um rassistisch-diskriminierendes Verhalten im Rettungsdienst in Zukunft vorzubeugen.

- **Rettungsdienstschule:** Kategorisiert werden alle Aspekte, die den schulischen Ausbildungsteil umfassen. Inklusive Lehrpersonal und deren Schulung und Ausbildung, sowie Unterrichtskonzepte.
    - **Lehrpersonal:** Dieser Subcode umfasst Vorschläge wie rassistischem Verhalten vorgebeugt werden kann. Explizit um Passagen, welche sich mit den Lehrkräften an Rettungsdienstschulen befassen.
    - **Unterricht:** Codiert werden Passagen, die sich mit Lösungsvorschlägen befassen, um Rassismus und rassistischem Verhalten vorzubeugen innerhalb des Unterrichts an Rettungsdienstschulen. Sowohl der Inhalt des Unterrichts als auch der Umgang mit Schülern im Unterricht wird codiert.
- **Strukturelle Ebene:** Codiert werden alle Maßnahmen, die auf struktureller Ebene einer Rettungswache oder eines Rettungsdienstes getroffen werden (können) um Rassismus und rassistisch-diskriminierendem Verhalten vorzubeugen.
    - **Auswahlkriterien von Personal:** Erfasst werden alle Punkte, bei denen es um die Kriterien zur Einstellung von Rettungsdienstpersonal geht.

Sowohl von bereits ausgelerntem Personal als auch der Auswahl von Auszubildenden.
    - **Vorbeugung durch Aufklärung:** In dieser Kategorie befinden sich alle Aspekte, die auf struktureller Ebene durch Aufklärung zur Vorbeugung von rassistischem Verhalten gewertet werden können.
    - **Mehr Diversität:** In diesem Subcode werden Passagen codiert, die als Lösung zur Vorbeugung von rassistisch-diskriminierendem Verhalten die Diversifizierung von Rettungsdienst-personal umfassen.
- **Schulung / Teamtraining:** Codiert werden Passagen, in denen Teamtrainings oder Schulungen als Lösungsmöglichkeit genannt oder suggeriert werden, um rassistischem Verhalten vorzubeugen.
- **Kommunikation / Aufklärung:** Codiert werden alle Passagen, in denen die Kommunikation und Aufklärung von Mitmenschen als Lösungsstrategie genannt wird, um Vorurteile abzubauen oder deeskalierend zu wirken. Es wird nicht unterschieden, ob diese Kommunikation innerhalb des Kollegiums oder im Umgang mit Patient:innen und Angehörigen stattfindet.
    - **Ressourcen nutzen:** Codiert werden Aussagen über Hilfsmittel, die genutzt werden können, um im Vorhinein mögliche Spannungsfelder zu minimieren.
- **Selbstreflexion:** Codiert werden alle Aspekte, die Selbstreflexion und das Hinterfragen der eigenen Einsichten umfassen.

Ursachen: Codiert werden alle Passagen mit möglichen Ursachen für rassistisches Verhalten im Rettungdienst.

- **Persönliche Ansichten:** Codiert werden Textstellen, in denen es um die persönlichen Ansichten und Überzeugungen von Rettungsdienstpersonal geht, welche Auswirkungen auf das Verhalten gegenüber Menschen außerhalb der Mehrheitsgesellschaft haben könnten.
- **Gruppendynamik:** Codiert werden Passagen, in denen deutlich wird, dass rassistisches Verhalten auf Grund der Gruppendynamik innerhalb der Rettungswache stattfindet und toleriert wird.
- **Nicht-Sehen von Rassismus:** Codiert werden Passagen, in denen deutlich wird, dass Rassismus als solcher nicht erkannt wird, wodurch Rassismus weiter reproduziert wird.
- **Mediale Berichterstattung:** Codiert werden Aussagen, welche die mediale Berichterstattung als Ursache für rassistisches Verhalten nennen.
- **Sprachbarriere:** Codiert werden Aussagen, die eine Sprachbarriere nennen als mögliche Ursache für rassistische Aussagen und Verurteilungen.
- **Reproduktion von Stereotypen:** Alle Passagen, in denen es direkt und indirekt um die Reproduktion von rassistischen Vorurteilen geht.

    - **Unwissenheit für Anderes:** Alle Punkte, die beschreiben, dass Unwissenheit und mangelndes Interesse auf Seiten des Rettungdienstpersonals über andere Lebensweisen und Kulturen Grund für Ablehnung sind.
- **Keine Reflexion:** Codiert werden Passagen, welche die nicht-Reflexion des eigenen Verhaltens als Ursache für rassistisches Verhalten be- oder umschreiben.
- **Sozialisierung:** Alle Passagen, die sich darauf beziehen, dass Kolleg:innen aus dem Rettungsdienst, insbesondere Auszubildende, Meinungen und Einstellungen von anderen Kolleg:innen annehmen. Sowohl im schulischen Kontext als auch auf der Rettungswache.
- **Strukturelle Probleme:** Codiert werden Aussagen, die sich auf strukturelle Probleme beziehen, welche in rassistisch-diskriminierendem Verhalten enden. Mögliche Beispiele sind das ausgelastete Gesundheitswesen und der Umgang mit geflüchteten Personen und deren Zugang zu medizinischer Versorgung.

Rassismusformen: Codiert wird jede Art von rassistischem Verhalten von nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal, welches geschildert wird. Sowohl rassistisches Verhalten auf individueller Ebene als auch auf struktureller Ebene. Auch Aussagen, welche durch die Befragungsperson nicht als Beschreibung von Rassismus intendiert sind, können codiert werden. Ob das Subjekt des Rassismus Patient:innen, Kolleg:innen oder andere Meschen sind, wird nicht unterschieden. In den Subcodes werden die Formen des Rassismus weiter differenziert.

- **Individueller Rassismus:** Codiert werden alle Passagen, mit rassistischen Aussagen und Phänomenen, welche auf der Individualebene stattfinden. Nicht codiert werden (potenzielle) Patient:innengefährdungen, da dafür ein weiterer Code vorgesehen ist.
    - **Rechtfertigungen:** Codiert werden alle Aussagen, in denen rassistisches Verhalten gerechtfertigt wird.
    - **Kommunikation ÜBER Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund:** Codiert werden alle Inhalte, mit rassistischen Aussagen über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund (zwischen Patient:innen, Angehörigen oder anderen Betroffenen wird nicht unterschieden). Entscheidend ist, dass die Aussagen nicht in Anwesenheit der Person stattfinden.
    - **Kommunikation / Umgang MIT Patient:innen:** Codiert werden alle Aussagen, in den es um rassistische Verhaltensweisen und Umgangsformen im direkten Patienten- oder Angehörigenkontakt geht.
        - **Weniger Toleranz:** Codiert werden Passagen, in denen über weniger Geduld und Toleranz im Umgang mit Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund berichtet wird.

Anhang IV: Mindmap des Codesystems

Anhang V: Interview1m-28

I: Cool. Danke, dass du das machst. Ich habe dich über den Inhalt der Bachelorarbeit aufgeklärt und was am Ende mit deinen Daten passiert. #00:00:11-1#

B: Hm (bejahend). #00:00:11-5#

I: Das Ziel von dem Interview ist/. Ich habe am Anfang so ein paar relativ strukturierte Fragen. Es geht hier nicht darum, dass du beweist, was dein Fachwissen ist, sondern einfach, dass du so ein bisschen berichtest. Und wenn du Sachen noch dazu sagen willst, immer machen. Es ist jetzt nicht so ein Frage-Antwort-Spiel, sondern ich rede wenig und du redest viel. Ist eigentlich das Ziel dahinter. #00:00:32-6#

B: Okay. #00:00:33-4#

I: Okay. Als erstens. Wie lange arbeitest du jetzt schon im Rettungsdienst? #00:00:39-6#

B: Seit 2013. #00:00:41-8#

I: Und du bist Notfallsanitäter? #00:00:48-8#

B: Ja. #00:00:48-8#

I: Und? Machst du noch irgendwas anderes nebenbei? #00:00:49-3#

B: Nein. Also im Rettungsdienst nicht. #00:00:53-5#

I: Im Rettungsdienst nicht? #00:00:54-6#

B: Nein. Also, sonst bin ich noch Reanimationstrainer im Krankenhaus. #00:00:57-4#

I: Ah ja. Und bist du nicht auch manchmal an ´ner Schule? #00:01:01-9#

B: Dann als Gastdozent. #00:01:04-3#

I: Gastdozent. Okay, aber das ist ja auch was, was du noch machst. #00:01:07-7#

B: Okay. Ja. Okay. #00:01:09-2#

I: Oder Erste Hilfe Ausbilder? Praxisanleiter? Sowas? #00:01:12-7#

B: Nein, Keine Zusatzqualifikation im Rettungsdienst, außer noch Geräteeinweisender. #00:01:16-7#

I: Okay, also hast du quasi mit Kollegen im Rettungsdienst zu tun. Mit Patienten und mit Lernenden in der Schule, wenn du da als Gastdozent tätig bist. #00:01:29-4#

B: Und wenn man das noch weiter ausbreiten möchte im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit für Aufklärung und Tele-Notfallmedizin. #00:01:36-9#

I: Interessant. Das wusste ich auch noch nicht über dich. Okay. Wie ich dir vorhin schon gesagt habe, ist das Thema Rassismus und deswegen einfach ein paar Verständnisfragen zum Einstieg. Was ist für dich Rassismus? #00:01:54-4#

B: Die Ausgrenzung einer Person oder einer Gruppierung aufgrund äußerer und innerer Merkmale. Das kann von außen natürlich optische Gründe haben, die man sicherlich sofort erkennen kann. Klassisch irgendwie. Das sofortige Denken an Kopftuch oder ähnliches, aber

gilt auch für kulturellen oder religiösen Background, sodass man dann als Rassismus dieses abstoßende oder abwertende Verhalten aus meiner Perspektive hauptsächlich damit assoziiert. #00:02:27-2#

I: Sagt dir der Begriff Alltagsrassismus was? Kannst du das definieren? #00:02:32-1#

B: Die klassische Definition dafür ist mir nicht geläufig. Ich könnte mir das einfach herleiten aus beiden Begriffen. Das heißt also, im alltäglichen Kontext bin ich vielleicht mit Rassismus schon konfrontiert oder was ich im Alltag damit erlebe und erlebt habe. Und das hat ja dann keinen Bezug auf den beruflichen Kontext, sondern so wie ich durch die Stadt laufe oder vielleicht auch Gruppierungen aufeinandertreffen, politische Diskussionen stattfinden oder ähnliches. #00:03:02-9#

I: Und institutioneller oder struktureller Rassismus? #00:03:08-3#

B: Habe ich schon mal gehört, kann ich bestimmt nicht hundertProzentig sicher wiedergeben, aber ist dann ja schon auf die verschiedenen Strukturen oder auf die verschiedenen Organe hier Institutionen zurückzuziehen, zu begreifen, wie das dann dort stattfindet, beispielsweise in einem Betrieb, in der Hochschule oder wo auch immer. #00:03:27-4#

B: Okay. #00:03:27-9#

I: Was ist deine Definition von Diskriminierung? #00:03:33-8#

B: Ja. (...) Diskriminierung ist das Ausgrenzen bis hin zu Mobbing, ergo Runtermachen, negatives Verhalten gegenüber einer Gruppe oder einem Individuum. #00:03:56-8#

I: (...) Muss für dich Rassismus immer beabsichtigt sein, um rassistisch zu sein? #00:04:06-7#

B: Nein, ich glaube, ganz vieles findet unterbewusst statt.Die Frage ist, ob wir es dann ausleben, verkörpern oder ob wir es wahrnehmen, kurzzeitig innerlich überdenken. So selbstreflektiert auch vielleicht sind und mit gemachten Vorurteilen aufhören, um Rassismus nicht aufleben zu lassen. #00:04:27-0#

I: Also jetzt haben wir so ein bisschen über Begriffsdefinitionen geredet und der zweite Themenbereich befasst sich mit Erfahrungsberichten aus deiner Zeit im Rettungsdienst. Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? Und die Fragen beziehen sich alle auf nicht ärztliches Personal, Also deine Kolleg:innen, mit denen du unmittelbar zusammenarbeitest, die nicht Ärzte sind. #00:04:56-4#

B: Ja, okay. Ich denke es gibt kein spezielles oder kein großes spezielles Rassismusproblem im Rettungsdienst. Ich persönlich nehme das eher als alltäglichen Kontext wahr, dass auch einfach zwiespältige oder zweideutige Aussagen getroffen werden oder aufregende Themen, sei es politisch oder auch gesellschaftlicher Kontext, debattiert werden. Einiges lebt im Arbeitsumfeld Rettungsdienst anders auf. Da der Umschwung aus meiner Perspektive hier deutlich bemerkbar ist, was den kulturellen Background angeht oder auch zum Teil das Auftreten der Persönlichkeiten. Klassisch wirklich, diese Kopftuchdebatte, wie sie an den Unis und Schulen stattgefunden hat, dass ja auch immer mehr ärztliches und nicht ärztliches Personal mit Kopftüchern beispielsweise zu sehen ist, was sicherlich für kurzzeitigen Aufruhr oder zu einer kurzzeitigen Besprechung des aufregenden Themas geführt hat, aber auch genauso schnell wieder abgeebbt ist in meiner Wahrnehmung. Das ist sicherlich so der Grundeinstieg und ich glaube einfach, dass dieses Problem, wenn man Rassismus als solches erstmal als Problem benennen möchte, weil es ja immer ein Negativ suggeriert bzw. negativ

aufploppt, weil es oft sofort abwertend gemeint ist, weil keine Reflexion stattfindet auf seine eigene Ansicht. Im Gesundheitswesen immer wieder momentan problemhaft werden kann oder wird, weil der Fachkräftemangel dazu führen kann beziehungsweise dazu führt, dass ja immer mehr ausländische Mitbürger für diesen Bereich hierherkommen oder extra eingekauft werden und das mitunter dafür sorgen kann, dass man eine kurzzeitige Sprachbarriere am Anfang hat und sich dann so eine Aufregerthemen kurz auch hochschaukeln. #00:07:07-0#

I: (...) In welcher Art und Weise hast du in deinem Rettungsdienstalltag Rassismus beobachten können? #00:07:15-6#

B: (...) Ich glaube primär mit ablehnenden Verhalten, also ganz viel mit Vorurteilen. Ein Stück weit auch mit Ausgrenzung, aber meistens eher vorweg. Also Beispiel: Wir haben ein paar Kollegen und Kolleginnen, die aus anderen Kulturen stammen und bevor die sich persönlich vorstellen konnten, waren schon Steckbriefe draußen. Und da gab es kurzzeitig dieses klassische Tuscheln oder Raunen, dass man sich schon ausgetauscht hat und auch klar gesagt hat "Was soll das denn im Rettungsdienst werden?" Nicht so stark wie sicherlich damals die Debatte über Frauen im Rettungsdienst. Aber im Grundgedanken, glaube ich, vergleichbar. Und nachdem man die Person kennengelernt hat oder gar ein paar Dienste mit denen hatte, hat sich das sofort gelegt. Also man muss nur, glaube ich, darauf achten, dass man die kennenlernt. #00:08:20-6#

I: Und du meinst jetzt Kolleg:innen, die noch nicht angefangen haben. Und da hängt dann ein Steckbrief aus und da sieht man dann anhand des Steckbrief, dass sie mutmaßlich einen Migrationshintergrund haben? #00:08:30-0#

B: Genau. Also das hatten wir ganz klassisch mit einem Kopftuch, weil das halt von außen doll erkennbar ist. Aber da will ich keinen drauf reduzieren. Dann hatten wir das über Hörensagen, dass man sagt, ja, "da sitzt jetzt ein Moslem im Ausbildungskurs" beispielsweise, dann werden gleich wieder negativ gemachte Erfahrungen damit assoziiert, ohne denjenigen zu kennen und sich auch für Kultur Background zu interessieren. Und wenn man dann ein paar Dienste mit dem hatte oder den zumindest auf der Wache mal erleben konnte, dann hat man festgestellt, das ist genau so ein Dude wie du und ich. #00:09:00-0#

B: Okay. #00:09:01-0#

I: Und ist es dir mal aufgefallen, dass Kolleg:innen Patient:innen anders behandelt haben aufgrund von Migrationshintergrund im Einsatz? #00:09:11-0#

B: Ja, kann ich auch nicht ausschließen. Da gibt es ja auch die klassischen Themenfelder in Anführungsstrichen, also Morbus Bosporus oder so, wo ja viel darauf reduziert wird, dass man sagt, ein verändertes Schmerzbild oder Schmerzwahrnehmung, wo es dann auch schon klassisch so heißt, ja, "dann hatten die auch nichts". Also das will ich gar nicht ausschließen, dass es Kollegen gibt, die das sehr runterspielen oder auch eher schon fast gefühlskalt manchmal wahrnehmen. Das ist, glaube ich, mitunter ein großes Problem, weil sich dann einige wenige nicht mit der Kultur, oder der Schmerzwahrnehmung in dem Fall, wirklich auseinandersetzen, weil das ja von Individuum zu Individuum, von Gruppierung zu Gruppierung unterschiedlich sein kann. #00:10:03-7#

I: Und werden die Leute dann auch anders behandelt im Einsatz? #00:10:11-1#

B: Im seltensten Fall ja. Da finde ich persönlich in meiner Wahrnehmung, dass so ein Kompensationsmechanismus über das Team ganz gut funktioniert, dass man oftmals gerade

bei einer Sprachbarriere dann denjenigen vorschickt, egal welche medizinische Qualifikation er besitzt, der einfach das bessere Sprachtalent in dem Moment darstellt. Oder man kommuniziert über Dritte, was für die medizinische Versorgung manchmal schlechter sein kann, weil körperliche Untersuchungen oder ähnliches verzögert oder gar nicht gemacht werden und man eher anamnestisch tätig wird, sei es über Sprachapps, Handy oder den anwesenden Dolmetscher. Die Digitalisierung hilft da, glaube ich, mittlerweile. Wir nutzen jetzt ja auch diese Apps und so, um das zu kompensieren. Aber ich kann es nicht ausschließen und habe es auch schon miterlebt, dass initial weniger wertschätzend als mein persönliches Gusto es vorliegt, mit solchen Menschen umgegangen wird. #00:11:17-8#

I: Ist dir mal aufgefallen, dass irgendwelche Maßnahmen nicht ergriffen wurden aufgrund von Migrationshintergrund oder von kulturellen Unterschieden? #00:11:31-9#

B: (...) Ja. Ganz am Anfang, also schon vor vielen Jahren, würde ich beinahe behaupten, war das gerade in den männerdominierten Kulturen problematisch für einige Kollegen beispielsweise ein 12-Kanal-EKG zu kleben, wenn keine Frau im Team war. Dass man da Dinge definitiv verzögert hat oder auf die Krankenhausversorgung zurückgegriffen hat und dann den zügigen Transport angestrebt hat, um es nicht zur Eskalation kommen zu lassen. In meiner Wahrnehmung gab es aber auch einen Umschwung, dass man mittlerweile mehr aufklärt und die umstehenden, meist männlichen Mitbürger dann dort noch weiter abfängt und denen genau klarmacht, warum diese Maßnahme jetzt auch von einem Mann durchgeführt werden muss. Und oftmals gab es da positive Zustimmung. #00:12:30-0#

I: Aber irgendwie, dass man jemanden nicht ernst genommen hat und deswegen kein 12-Kanal-EKG geklebt hat, weil "er simuliert eh nur" oder keine Medikamente gegeben hat bei Schmerzen, weil "er ist ja eh empfindlich" irgendwie so was mal vorgefallen? #00:12:46-2#

B: Schmerzen finde ich schwierig in der Wahrnehmung, weil wir sowohl nach der numerischen Skalierung her arbeiten als auch nach der visuellen Skalierung und ich schon häufiger beobachtet habe, dass es da krasse Differenzen gab, dass die Patienten, die dann oftmals auch in solchen Bereiche oder Gruppierungen eingeordnet werden können, extrem hohe Zahlen angeben, die meistens sogar utopisch, also jenseits der eigentlichen Skala liegen. Und wenn man dann auf die visuellen Effekte achtet, und die grinsend noch bei rumlaufen durch die Wohnung. Dann gab es da keine medikamentöse Therapie mit der Begründung der verzerrten Wahrnehmung. #00:13:31-6#

I: Wenn diese Person keinen Migrationshintergrund gehabt hätte und die gleichen Symptome geäußert hätte und sich gleich verhalten hätte? #00:13:40-1#

B: Wäre es genauso erfolgt. Also mit der medizinischen Begründung auf zwei unerheblich oder zumindest voneinander getrennten Skalierungssystemen, die dann nicht deckungsgleich oder ansatzweise deckungsgleich waren, sodass man die weitere Therapie dann doch eher dem Akademiker im klinischen Umfeld überlässt. #00:13:59-0#

I: Aber dass man, auch wenn jetzt die, die die visuelle Rating Scale und die numerische wenn das passt zueinander, dass man trotzdem gesagt hat es gibt keine Schmerzmittel? #00:14:16-3#

B: konnte ich bisher so nicht beobachten. Dann eher primär vor allem eine körperliche Untersuchung, die nicht so ausführlich, wenn überhaupt stattgefunden hat. Aber die Maßnahmen waren immer plausibel und deckungsgleich.#00:14:32-6#

I: Hast du schon mal erlebt, dass danach, also nach einem Einsatz oder zwischen Einsätzen beim Reden über den Einsatz in einem, in einer Patientengruppe, über die wir gerade sprechen, dass da dann irgendwie sich rassistisch oder diskriminierend geäußert wurde von Kollegen? #00:14:52-8#

B: Ja, definitiv. Der Effekt, der da besteht, war aber meist kurzzeitig, also nur unmittelbar nach dem Einsatz und ist bei Dienstende schon nicht mehr aufgetaucht. Sei es bei den nächsten Diensten, zählt aber sicherlich für gemachte Erfahrungen, sodass sie im Unterbewusstsein immer noch mitschwingen, ob die ausgelebt werden kann ich nicht abschließend in voller Gänze beurteilen für jeden Einzelnen. Aber klassisch natürlich, wenn man einen niederschwelligen Alarmierungscode oder Priorität hatte und stellt dann auch fest, dass das eher was für die hausärztliche Versorgung ist oder Menschen einfach zeitweise hilflos waren und jetzt einfach nur eine Beratung medizinischer Ebene brauchten. Und die fallen in dieses Klischee zurück. Dann wird sich oftmals auch dem klassischen Rassismusgedanken bedient, dass man sie einer festen Gruppierung zuordnet und sagt daran liegt es auch, dass es jetzt zu einer nicht gerechtfertigten Alarmierung des Rettungsdienstes kam. #00:16:00-7#

I: Werden denn auch irgendwelche Schimpfwörter benutzt oder wird das so neutral geschildert, wie du es mir gerade schilderst? #00:16:06-5#

B: Doch größtenteils neutral. Also klar, schon mit einer negativen Abwertung, weil man sich vielleicht vom System ausgebeutet fühlt, dass man jetzt da hingefahren ist und es andere Versorgungseinrichtungen gegeben hätte, aber nicht mit klassischen Schimpfwörtern, die mir bekannt sind, sondern höchstens mit einer negativen Assoziierung. #00:16:27-2#

I: Du hast vorhin schon mal angefangen zu schildern über rassistisches Verhalten innerhalb des Kollegiums. Aber. Also was du schon sagtest, dass die Leute vorverurteilt werden, noch bevor sie angefangen haben. Gibt es da auch Sachen, die sich in einer Zeit immer noch halten? Also wenn man sich dann schon länger kennt und die Leute kennengelernt hat, dass sie sich dann trotzdem immer noch mit solchen Sachen auseinandersetzen müssen im Alltag. #00:16:57-6#

B: Ich glaube, dass einige schlechte Witze, wie man sie auch aus dem Alltag im Freundeskreis kennt, also unabhängig von der Institution immer noch gemacht werden, aber eher um Sticheleien zu tätigen. Ansonsten konnte ich jetzt keine Diskriminierung großartig erleben, sondern es ist das individuelle Umgehen miteinander. Und das ist sehr wertschätzend in meiner Wahrnehmung. #00:17:26-5

I: Gibt es bei euch im Betrieb von der Führungsetage aus irgendwie rassistische Vorverurteilungen? #00:17:38-7#

B: Definitiv nicht. Sondern der Betrieb bzw. die Betriebsleitung hat sich sogar positiv dafür eingesetzt. Das ist jetzt wieder sehr reduzierend. Aber das wir halt eine Auszubildende mit Kopftuch bekommen oder die zumindest sehr viel Wert auf das Kopftuchtragen legt und hat sich, bevor die Ausbildung überhaupt gestartet ist als Leiter Rettungsdienst dafür enorm eingesetzt, dass solche Kopftücher et cetera dienstlich beschafft werden, also dass es da gar keine Probleme gibt und hat da auch viel für Aufklärung und Co noch mal gesorgt, damit wir möglichst multikulturell durchstarten können und da auch Klischees oder Denkweisen abgebaut werden. #00:18:26-8#

B: Hm. Ja, okay. #00:18:29-4#

I: Das ist ja eigentlich was sehr Schönes. #00:18:31-7#

B: Ja (lachen) das war nett. #00:18:34-8#

I: Ja, voll. In deinem speziellen Einsatzbereich, den du sonst nebenbei noch hast, Also entweder als Dozent, kennst du da irgendwelche, also kommst du da mit irgendwelchen rassistischen Äußerungen oder Vorfällen in Kontakt. #00:18:50-7#

B: (...) Ich glaube die Sprachbarriere ist das größte Problem, wo man auch manchmal Aufreger findet, die aber schon im deutschen Bereich einfach mit verschiedenen Dialekten und Verständnisgraden stattfinden können. Und in meiner Wahrnehmung durch das interdisziplinär professionell teamübergreifende Arbeiten kann ich das kaum feststellen, weil der Grundgedanke der Versorgung oder dann in anderen Themenbereichen halt wirklich der Ausbildung oder des Wissenserwerbs im Fokus steht, sodass das ein marginalen bis gar keinen Anteil findet. #00:19:35-6#

I: Gut. Ist das bei euch auf der Wache so, dass es da rassistisch diskriminierenden Sprachgebrauch gibt? Also was soll ich noch erläutern oder weißt du, was ich meine? #00:19:50-3#

B: Du darfst gerne noch erläutern. #00:19:51-5#

I: Zum Beispiel wenn man ein bestimmtes Meldebild auf einem Meldeempfänger hat und also einen Nachnamen liest, der ausländisch klingt oder ein Einsatzgebiet, wo man weiß, das ist vielleicht ein Geflüchtetenheim oder ähnliches oder da wohnen viele Geflüchtete. Dass dann schon eine Aussage darüber gemacht wird, das ist jetzt wieder Quatsch oder so in der Art? #00:20:16-1#

B: Es wird sich primär, wenn glaube ich, bei Alarmierungseingang nochmal negativ damit geäußert, oftmals in der Erzählung durch gemachte Erfahrungen, leider manchmal aber auch nur durch Hörensagen.Und dann kann ich natürlich wenig dafür sprechen, wie es weiter aussieht. In meiner Wahrnehmung ist es dann so, dass sich aber auf der Anfahrt ja nochmal klassisch Gedanken gemacht wird, wie man das aus der Ausbildung ja auch kennt, was einen gleich erwarten könnte und das man sich dort auch noch mal so ein bisschen im Team abholt und nicht weiter da reinsteigert. Irgendwie aufgrund des Meldebildes oder des Namens oder der Örtlichkeit jemanden zu vorverurteilen. Ich glaube eher, dass dieses Ablästern oder auch nochmal kurz Luft rauslassen, wenn man so sagen möchte, ein bisschen psychologische Hilfe oder Reinigung auch nach einem Einsatz sein kann. Und es gilt dann (...) Festzustellen, und das konnte ich auf der Wache aber nicht erleben, dass es nicht in den Alltag überspringt, sondern dass es nur kurzzeitig bei der Alarmierung oder nach einem Einsatz so ist und dass man das dann auch wieder vergisst und nicht in sich aufbaut, aufstaut und davon die ganze Zeit zehrt und jemanden fest in eine Schublade steckt, nur weil er an der gleichen Stelle wohnt oder ähnliches. #00:21:41-0#

I: Ist dir mal aufgefallen, ob Menschen mit Migrationshintergrund oder die einfach irgendwelche der Markierungen erfüllen, also andere Ethnie, andere Kultur? Dass die schneller mal geduzt werden? (...) Als jemand, der Biodeutsch ist? #00:22:00-8#

B: Finde ich in meiner Wahrnehmung nicht so krass. Wenn wir den Aspekt Duzen betrachten, dann finde ich gerade im pflegerischen Umfeld, also Behinderteneinrichtungen oder auch Pflegeheime, dass das eher stattfindet. Mittlerweile aber auch vom Rettungsdienst weiter Abstand findet. Die letzten zwei bis vier Jahre würde ich beinahe sagen, dass man auch sich hinterfragt, warum Pflegekräfte, die den Bewohner kennen, jetzt die ganze Zeit duzen, was

doch eine andere Persönlichkeitsebene hätte. Da achtet man wirklich schon auf eine gewisse professionelle Distanz. So ist das im Feld klassisches Rassismus Denken, dass man jetzt andere Ethnien, Gruppen oder ähnliches hat, für mich auch zu beleuchten, dass ich da finde, dass ich schon auf einer professionellen Distanz unterhalten wird und nur wenn das Angebot gemacht wird oder das für den Einsatz zuträglich ist, weil die Sprachbarriere vielleicht den Vornamen besser aussprechen lässt als die Nachnamen und man das Einverständnis des Patienten hat, dann wird sich darauf berufen oder darauf zurückgegriffen zu duzen. #00:23:15-9#

I: Aber so initial man geht in den Einsatz rein, sieht, da ist jemand, der meine Migrationsklischees erfüllt und man duzt ihn dann gleich? #00:23:24-3#

B: Ja also nicht dieses klassische "Ey du Ali" oder so, um jetzt vielleicht auch noch richtig ins Klischee zu greifen (lachen) "was ist los", um um jemanden abzustempeln. Das kann ich nicht feststellen. Dann wird schon Sie-Form gewahrt und gegebenenfalls auf einen einheitlichen Sprachgebrauch aber auch zurückgegriffen. Also wenn wir die ganze Zeit geduzt werden, liegt es dann am Ermessensspielraum des Teams, entweder auf das Sie zurückzugreifen, um auch wieder einen Abstand zu gewinnen und denjenigen so ein bisschen zu bitten, darauf zu achten. Oder wenn es auch gerade mit der Sprache einfacher fällt, dann wird sich gegenseitig geduzt. #00:23:59-3#

I: Denkst du, dass bestimmte Patienten anders behandelt worden wären, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten und sich mit den gleichen Symptomen vorgestellt hätten? #00:24:21-5#

B: Vor wenigen Jahren glaube ich ja ein ganz geringer, marginaler Anteil, weil man sehr ehrfürchtig zwischendurch, vielleicht auch medial getriggert mit besonderen Gruppierungen umgegangen ist. Wieder die Betrachtungsweise, gerade arabische Welt mit verändertem Weltbild und Rechten der Frau. Das dann weibliche Patientinnen in Anwesenheit der Männer sicherlich nicht ganz so fokussiert, wenn nicht gut untersucht worden sind. Und ich nehme aber für mich deutlich wahr, dass es die letzten Jahre dort auch einen Abbau gab. Und ich finde auch, dass der multimediale Hype da ein bisschen rückläufig ist. #00:25:09-3#

I: Hast du sonst noch irgendwas, was du erzählen willst? Sonst wären wir jetzt gleich durch. #00:25:16-8#

B: Ich glaube, der Rettungsdienst ist ein Spiegelbild der Gesellschaft. Wenn im Internet, Fernsehen, Presse, wie auch immer, rassistische Themen getriggert, suggeriert werden, dann ist das auch erst mal ein alltägliches Thema, was auf einer Rettungswache debattiert wird, wie das vermutlich auch in anderen Personenkreisen oder Arbeitskreisen mit anderem Background gemacht wird. Und es liegt an der Professionalität des Rettungsdienstes und des jeweiligen Teams, sich aber nicht auf sowas einzulassen und auch seine gemachten Erfahrungen kritisch zu hinterfragen. Und dann den Patienten individuell zu betrachten und nicht in eine Schublade zu stecken. #00:25:58-0#

I: Ja, was könnte man machen, um das zu verbessern, das Schubladendenken zu reduzieren? #00:26:04-4#

B: Ich glaube sicherlich in Richtung Teamtrainings. Also Vorurteile abbauen. Da ist immer die Frage, wie das geht. Ich stelle fest, wenn die Teams multikultureller werden, um beispielsweise andere Kulturen zu zu sehen, dann merke ich das bei den Auszubildenden, dass es einfach schon welche gibt, die sich für eine andere Kultur beschäftigen oder identifizieren, ist das

falsche Wort. Zumindest interessieren, dass sie dann hinterfragen "Ja, wo kommst du genau her?" "Wie ist das denn bei euch?" Sich auch viel über Lebensmittel oder so austauschen. Also auch darüber gibt es ja einfach kulturelle Zweige und man kommt einfach mehr mit ins Gespräch und kann so Diskrepanzen abbauen. Und das ist, glaube ich, auf ärztliche/ oder wir stellen es oft fest zurzeit mit der ärztlichen Debatte in Krankenhäusern, dass da verschiedenste Kulturen oder auch Sprachen aufeinandertreffen. Wenn man sich aber für die Person interessiert und mit denen in Austausch kommt, dann baut man einfach Vorurteile ab und sieht dahinter den Menschen und kann auch viel besser seine eigentlichen Tätigkeit in der medizinischen Welt dann wahrnehmen. #00:27:11-1#

I:: Okay. #00:27:12-2#

B: Ja, also esst mehr miteinander (lachen). #00:27:14-6#

I: Ja, dann vielen Dank. #00:27:16-8#

B: Ja. #00:27:17-4#

Anhang VI: Interview2-m-30

I: Auf jeden Fall vielen Dank, dass du das machst. Ich habe dich darüber aufgeklärt, über die Datenschutzbestimmungen. Das Thema meiner Bachelorarbeit ist Rassismus im Rettungsdienst und Rassismuserfahrungen von Personal im Rettungsdienst. Ich habe da einen Fragebogen für vorbereitet mit mehreren Abschnitten und der Plan ist, dass du zu jeder Frage ganz locker einfach erzählen sollst. Wenn du Anmerkungen hast zu irgendwas, wenn du Rückfragen hast, immer alles fragen. Es ist jetzt nicht so, dass es ganz streng in der Reihenfolge sein muss. Okay, dann magst du mir kurz mal erzählen, wie lange du schon im Rettungsdienst arbeitest? #00:00:41-4#

B: Ich bin jetzt seit zehn Jahren im Rettungsdienst. #00:00:44-1#

I: Und du bist Notfallsanitäter. #00:00:46-8#

B: Notfallsanitäter. Genau. #00:00:51-8#

I: . Und/ #00:00:51-8#

B: Praxisanleiter. #00:00:50-1#

I: Okay, machst du nebenbei noch irgendwas anderes? Also irgendwelche Extrafunktionen? #00:00:59-1#

B: Erste-Hilfe-Ausbilder und Ausbilder für Breiten- und Sanitätsdienstausbildung. Freier Dozent an einer Hilfsorganisationsschule und beim Bundesverband einer Hilfsorganisation. Da aber eher im Bereich der Rettungssanitäter-Ausbildung tätig oder in der Ausbildung für (...) neue Erste-Hilfe-Ausbilder. #00:01:24-7#

I: Also relativ viel Kontaktbereich in relativ viele Bereiche. #00:01:28-7#

B: Genau. #00:01:29-3#

I: Und du bist in einem ländlichen Gebiet tätig. Bist schon immer im ländlichen Gebiet oder warst du mal in der Stadtrettung? #00:01:38-6#

B: Nein, ich bin seit zehn Jahren nur im ländlichen Gebiet und halt Kleinstadt. #00:01:42-8#

I: Alles klar. Wie ich dir vorhin schon gesagt habe, geht es grob um das Rassismusthema im Rettungsdienst. Und ich habe als Einstiegsfragen so ein paar Begriffsdefinitionen. Ich frage dich, was deine Definition von den bestimmten Begriffen ist. Da geht es nicht darum, dass das fachlich richtig ist, sondern einfach nur, was deine Auffassung davon ist. Was verstehst du unter Rassismus? #00:02:09-2#

B: (...) Das ist tatsächlich Gott. Also, was ich darunter verstehe, ist, dass. (...) Wie sagt man das jetzt am besten? #00:02:23-7#

I: Einfach. Irgendwie. #00:02:26-8#

B: Ja, das (...) Etwas gegen (...) Rasse, Aussehen, Herkunft oder irgendetwas anderen eines Menschen haben, aufgrund einer anderen Ethnie, einer anderen Einstellung (...) einer anderen Glaubensrichtung oder so was. #00:02:48-0#

I: Kannst du mit dem Begriff Alltagsrassismus etwas anfangen? #00:02:54-5#

B: (...) Oh. Ich glaube eher nicht. #00:03:02-9#

I: Und institutioneller oder struktureller Rassismus. Sagt dir das was? #00:03:10-6#

B: Da muss ich leider auch passen. #00:03:12-8#

I: Alles gut. Und der Begriff Diskriminierung. Was verstehst du darunter? #00:03:19-6#

B: (...) Ja eine eine Form von Unterdrückung, auch aufgrund von Rasse, Aussehen, Hautfarbe und Glaubensrichtung. Oder halt natürlich auch noch auf Grund anderer persönlicher Meinungen, die man nicht teilt. #00:03:41-9#

I: Okay. Also wie gesagt, es ist kein Vorführen oder so, sondern einfach nur, was du unter den Begriffen verstehst. Zum zweiten Themenbereich. Einfach mal Erfahrungsberichte aus deiner Tätigkeit, also sowohl rettungsdienstlich als auch in den Zusatzbereichen, die du eben hast. Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:04:18-5#

B: Ja, denke ich. Aber ich glaube, dass es (...) Tatsächlicherweise toleriert wird von den Kollegen untereinander. Also wir haben Kollegen mit verschiedenen Herkunftsländern und Ethnien und auch Religionen und da gibt es sehr oft witzig gemeinte Sprüche, die den anderen halt aufgrund seiner Herkunft oder aufgrund seiner Religion so ein bisschen, ja schon diskriminieren und angreifen. #00:04:56-5#

I: Also Kollegen untereinander. #00:04:58-8#

B: Genau, Kollegen untereinander. Nach außen hin, also so richtig vom Angesicht vorm Patienten finde ich eher weniger. Aber natürlich in der Nachbesprechung oder auf der Rückfahrt vom Krankenhaus oder vom Einsatzort. Da gibt es dann natürlich schon den einen oder anderen Spruch, den man natürlich hört. Also da denke ich schon, dass das ein Problem ist. #00:05:23-4#

I: Okay. #00:05:24-0#

B: Aber das ist weder etwas, was die medizinische Versorgung der Patienten irgendwie einschränkt. Das ist eher zum einen natürlich der Frust gegenüber dieser Patientengruppe, die hilflos sind und nicht wissen, was sie in so einer Situation tun sollen. Aber trotzdem habe ich nie gemerkt, dass dadurch die Versorgung des Patienten irgendwie gefährdet ist oder eingeschränkt ist oder gesagt wird "Pff den behandeln wir anders als irgendwelche anderen Leute". #00:05:57-0#

I: Okay. (...) Jetzt muss ich ein bisschen hier rum skippen, weil du viele Fragen schon beantwortet hast, was gut ist. Also die nächste Frage wäre, in welcher Art und Weise hast du im Rettungsdienstalltag Rassismus beobachten können? Und das hast du ja gerade schon gesagt. Dann innerhalb vom Einsatzgeschehen, also in der Situation mit dem Patienten? #00:06:23-8#

B: Nein, nein. Also entweder davor, wenn man so einen bestimmten ausländisch klingenden Namen auf dem Melder hat und weiß "oh Gott, der hat doch bestimmt keine Ahnung" oder so. Oder "Jetzt fahren wir wieder zu so einem hin". Das gibt es tatsächlich, aber so, dass es dann aggressiv gegenüber dem Patienten ist. Also von Angesicht zu Angesicht habe ich noch nie erlebt. #00:06:45-6#

I: Und Situationen, wo Patienten anders behandelt wurden oder bestimmte Maßnahmen nicht ergriffen wurden in der Behandlung? #00:06:59-6#

B: Nein #00:06:59-6#

I: weil man irgendwie die Symptome abtut oder denkt, der übertreibt oder so was. #00:06:59-4#

B: Nein, nein, das nicht. Da werden bis jetzt alle Bedürfnisse des Patienten eigentlich wahrgenommen. #00:07:06-2#

I: Dann auf der Rettungswache beim Reden über den Einsatz. #00:07:14-1#

B: Richtig. Das ist eher so das Problem, das man da hört, wenn die Kollegen über irgendwelche anderen Bevölkerungsgruppen herziehen. (...) Das denke ich, ist schon ein Problem, was wir im Rettungsdienst haben. #00:07:31-0#

I: Kannst du da konkrete Situation schildern? #00:07:33-5#

B: (...) Es gibt tatsächlich gewisse Orte, wo man häufiger mal ist. Weil die Leute so als Stammkunden zählen, wo man dann sagt "Oh, jetzt fallen wir schon wieder in diese Kanaken Bude" oder in das/ Oder jetzt auch gerade die Frage mit dem aktuellen, mit der aktuellen Neubelegung des Asylantenheim, also das Flüchtlingsheim, was bei uns ja in der Region aufgemacht oder aufmachen soll, wo man dann auch wieder hört, "dann fahren wir doch da immer hin und müssen uns um die kümmern" . Und dann geht es auch schon in die politischen Themen. "Sind das denn wirklich Flüchtlinge oder sind das nicht einfach nur irgendwelche Wirtschaftsflüchtlinge, die sich hier breitmachen wollen?" Also das ist dann eher so eine Verallgemeinerung, die man da immer hört. #00:08:25-1#

I: Dann innerhalb des Kollegiums. Das hattest du ja eben auch schon angerissen. #00:08:32-6#

B: Richtig, da gibt es natürlich die Sprüche. Wir haben zum Beispiel einen Russen auf Wache und der eine Kollege, der hat den immer ein bisschen so angefixt und getriezt, dass es dann bis zum Rettungsdienstleiter gegangen ist, dass sich darüber beschwert wurde, was ich natürlich auch voll und ganz nachvollziehen kann. Und an anderen Wachen, wo es dann auch Kollegen gibt, die dann aus den Balkanländern kommen/ Na also aus Südeuropa, wo es dann auch den ein oder anderen Spruch gibt. #00:09:07-1#

I: Kannst du ganz konkret sagen. #00:09:10-2#

B: Also zum Beispiel halt auch wieder "Kanacke" oder "Beute Germane" oder so was in der Art. #00:09:19-4#

I: Okay. Und hast du das Gefühl, dass das jetzt einfach nur so Geplänkel ist? Oder dass sich die Leute wirklich angegriffen fühlen? Und auch auf der anderen Seite die, die das sagen, das auch wirklich böse meinen? #00:09:32-7#

B: Da habe ich tatsächlich nicht das Gefühl, dass das böse gemeint ist. Okay. Also die meisten wissen, dass das Spaß ist. Und selbst diejenigen, die so angesprochen werden, die machen sich auch einen Spaß daraus und bezeichnen sich selbst so oder bezeichnen auch andere Kollegen halt (...) anders. #00:09:54-3#

I: Okay, aber in dem Fall, was du gesagt hast, was bis zur Rettungsdienstleitung gegangen ist. #00:09:59-7#

B: Da hat der eine Kollege ein bisschen übertrieben, so dass der andere Kollege sich wirklich gestört gefühlt hat. #00:10:03-6#

I: Okay. Und da hat die Rettungsdienstleitung etwas gegen gemacht? #00:10:06-9#

B: Ja, es gab ein Gespräch mit der Rettungswachenleitung und Praxisanleitung. Und dann wurde das Thema relativ zügig niedergelegt und der Kollege hat das dann nicht so aufgenommen, dass es dann langsam zu viel wurde. Aber er hat das akzeptiert und die sind dann halt wieder freundschaftlich auseinandergegangen. Also da gab es dann halt einfach ein Missverständnis. #00:10:28-0#

I: Der hat das nicht gemerkt, dass das zu viel wurde? #00:10:33-0#

B: Nein. #00:10:36-9#

I: Dann von der Führungsetage. Gibt es da irgendwelche Sachen? Also, dass vielleicht gehadert wird, jemanden einzustellen aufgrund von Religion, Herkunft, Ethnie? #00:10:45-6#

B: Auf gar keinen Fall. Also, wir sind offen für alle Religionen, gerade von unserer konfessionslosen Hilfsorganisation. Wir haben da keinerlei Bedenken. Wir sind weder christlich noch/ Also wir sind weder religiös noch irgendeiner Partei zugehörig. Und da gibt es solche Fragen überhaupt gar nicht. #00:11:03-2#

I: Okay. Und auch innerhalb von Betrieb, dass das unterbewusst irgendwie Leute ausgesondert werden, auch nicht? #00:11:17-0#

B: Nein, ganz und gar nicht. #00:11:17-0#

I: In deinem speziellen Einsatzbereich sowohl als Praxisanleiter als auch als Erste-Hilfe-Ausbilder. Also dein ganzer spezieller Bereich, der jetzt nicht nur Rettungsdienst ist? Gibt es da irgendwelche Vorkommnisse, wo Sachen gesagt werden, wenn du irgendwie unterrichtest, ausbildest, irgendwelche Seitenkommentare, dass man da irgendwas bemerkt? #00:11:33-7#

B: Nein. Nein, komplett gar nicht. Also in der ersten Hilfeausbildung sowieso weniger, weil die Leute da eher gar nicht kommunikativ sind. Und im Bereich der Praxisanleitung also unsere Auszubildenden momentan die sind auch offen für alle Weltanschauungen und denen geht es nicht um irgendwelche Rassen, Religionen oder ähnliches. Es geht halt einfach nur um die Hilfe der Menschen in Not. Also da gibt es auch überhaupt nichts, was man darüber sagen könnte. #00:12:06-7#

I: Du hattest das vorhin schon mal angesprochen mit den, dass man Sachen in Frage stellt, wie die Daseinsberechtigung der Geflüchtete. Hast du erlebt, dass sich da irgendwas von dieser Mentalität auf die Azubis abfärbt? #00:12:24-5#

B: Nein nein, ganz und gar nicht. #00:12:26-7#

I: (...) Kannst du irgendwelche konkreten Situationen beschreiben, in denen Patienten durch deine Kolleg:innen anders behandelt wurden, Also wo du dabei warst, dass Kollegen Patienten anders behandelt haben aufgrund der Herkunft? #00:12:47-7#

B: (...) Hatte ich ja vorhin schon gesagt, dass die Patienten eigentlich so behandelt werden, wie sie behandelt werden müssen nach aktuellen Leitlinien und nicht anders als andere Menschen auch. Vielleicht ist der Umgang mit den Angehörigen in der in dieser Situation eher etwas anders, weil da kann ich aus eigener Erfahrung sprechen. Die südländische Bevölkerung, die sind halt sehr emotional, was die Familienbande angeht. Und da ist es dann auch so natürlich, dass die Angehörigen mal ein bisschen übertreiben. Aber sie sind sehr hilfsbereit, vielleicht manchmal ein bisschen zu hilfsbereit. Dass die Kollegen oder man selber tatsächlich auch mal

ein bisschen genervt ist und da erst mal einschreiten muss, dass die Behandlung nicht verzögert wird oder irgendwie blockiert wird. Aber ansonsten? Das Patienten anders behandelt werden als andere. Das sehe ich nicht so. #00:13:40-8#

I: Ist erst mal aufgefallen, dass Menschen mit Migrationshintergrund und oder mit Sprachbarriere schneller mal geduzt werden, als dass sie gesiezt werden? #00:13:48-7#

B: (...) Ich glaube eher weniger. Also, das ist mir noch nicht aufgefallen. #00:14:04-5#

I: Okay. #00:14:04-5#

B: Da ist es/ Also Sprachbarriere ist schon schwierig. Deswegen könnte vielleicht die Behandlung etwas problematisch werden, weil man natürlich auch immer noch im Hinterkopf behalten muss, dass man auch nicht zu viel machen darf. Denn wenn es dann irgendwelche Rückfragen gibt, "wieso wurde dies gemacht?" Weil es vielleicht irgendeinen Fehler gab, dass man den Patienten halt vielleicht falsche Medikamente gegeben hat, weil er in der Anamnese nicht sagen konnte, dass er darauf eine Allergie hat oder so was. Da ist man schon ein bisschen vorsichtiger und ist deswegen vielleicht ein bisschen/ behandelt, ein bisschen anders. Einfach nur, weil man auf Nummer sicher gehen möchte, dass man keine Fehler macht in der Situation. Also ich würde schon sagen, dass die Leute trotzdem gesiezt werden. #00:14:54-0#

I: Oder dass man aufgrund von der Sprachbarriere anfängt zu schreien. Oder wie mit jemandem Dummen zu reden? #00:15:02-5#

B: (...) Wie mit einem Dummen reden eher weniger. Man probiert halt einfache Sprache zu benutzen. Das ist natürlich in einer hochtechnisierten medizinischen Versorgung echt problematisch. Aber dass man jetzt so extrem abschweift und jemanden wie mit so einem Kleinkind oder mit einem Dummen probiert zu reden eher weniger. #00:15:28-3#

I: Hast du erlebt, dass bei der Alarmierung aufgrund des Einsatzortes oder des Patient:innennamens vorverurteilende Aussagen gemacht wurden? #00:15:46-8#

B: Ja, definitiv. #00:15:48-0#

I: Okay. Also sagt dir Morbus Mediterranum und Morbus Bosporus was? #00:15:57-0#

B: Richtig. Genau darüber hatten wir/ Hab ich auch gerade schon geredet, dass man da ein bisschen aufgeregter ist und sehr fürsorglich und sehr klagend und emotional. #00:16:06-6#

I: Das ist tatsächlich nicht das, was es meint. Also die eigentliche Definition davon ist, dass man Leuten unterstellt, aufgrund von ihrer Herkunft empfindlicher zu sein, was Schmerzen angeht. #00:16:18-4#

B: Oh, okay, dann habe ich das komplett falsch verstanden. Die ganze Zeit über. Ja, aber. Nein. Okay, gut. #00:16:26-3#

I: Das kann halt dazu führen, dass Symptome nicht ernst genommen werden und bestimmte Maßnahmen nicht ergriffen werden. Wie beim Brustschmerz kein 12-Kanal-EKG oder bei einer gewissen Zahl auf der Schmerzskala kein Analgetikum, da man dem Menschen halt unterstellt es sei nicht so schlimm, weißt du? #00:16:43-4#

B: Nein, das auf keinen Fall. Okay, das auf keinen Fall. #00:16:45-5#

I: (...) Denkst du, dass es Patienten gibt, die anders behandelt worden wären, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten? #00:16:57-9#

B: Jein, würde ich sagen. Da würde ich aber wieder die Sprachbarriere vorschieben, weil hätte man besser vernünftiger/ also hätte man besser kommunizieren können, wäre natürlich auch vieles einfacher gewesen herauszufinden. Und halt auch zu behandeln. Das würde ich eher sagen, aber ich würde das eher im Positiven sehen und nicht so, dass man jetzt sagt "okay, der ist jetzt so einer, der kriegt jetzt weniger Behandlung als andere". Das würde ich auf gar keinen Fall sagen oder niemandem unterstellen. #00:17:32-6#

I: Okay. Und du hast am Anfang gesagt, dass du grundsätzlich glaubst, dass es ein Rassismusproblem gibt. Also hast du Ideen, wie man dem vorbeugen könnte? #00:17:45-4#

B: Ich denke, das ist etwas, was man nicht vorbeugen könnte, weil. (...) Es ist halt nichts, was nach außen dringt. Das ist eher so etwas, was hinter geschlossenen Türen passiert und was hinter geschlossenen Türen passiert und niemand anspricht, da wird sich nichts ändern. Also. Die Patienten werden versorgt. Oder auch mit den Kollegen die sich rassistisch verhalten wird gearbeitet. Aber. (...) Ich denke nicht, dass da sich irgendwas ändern wird. Ich habe auch keine Lösungsansätze, wie man da rangehen könnte. Okay. Außer eine offene Gesprächsführung. Aber das wurde schon so oft probiert und es hat sich auch eigentlich nichts geändert. #00:18:36-4#

I: (...) Und du meinst jetzt so innerhalb der der Kollegen und untereinander auf der Wache. #00:18:47-0#

B: Richtig. #00:18:47-7#

I: Und so Aussagen, die dann getätigt werden, die so in eine rassistische Richtung gehen. Auch über Patientinnen. Wird das dann weg ignoriert, wird das grundsätzlich angesprochen? So untereinander sagt man dann "Hey, das war jetzt uncool" oder ist das eher so," ja ist halt seine Meinung" und man toleriert das? #00:19:09-8#

B: (...) Ich denke, das wird einfach toleriert. Da spricht aber auch sehr viel der Frust auch mit. Also. (...) Es kommt einem halt auch so vor/ Oder man hört es ganz oft, dass Patienten mit Migrationshintergrund eher den deutschen Rettungsdienst benötigen als Normal/ also als anders, also als deutsche. #00:19:44-8#

I: Biodeutsche?. #00:19:45-4#

B: Als Biodeutsche, die hier wohnen. Gerade wenn es um ihre Kinder geht, dass die nicht wissen okay, was machen sie jetzt, wenn das Kind Fieber hat? Dass es in der Apotheke Zäpfchen gibt, wissen die auch oft nicht. Und wie sie dann zum Arzt gehen und (...) dann haben sie kein Auto und die Kinderärztin schickt sie halt mit dem Rettungswagen, obwohl wir im Rettungswagen die natürlich auch nicht transportieren könnten. Reintheoretisch. Also das ist eher so das Problem, wo man sagt, das ist so die Unzufriedenheit, einfach weil es Probleme gibt mit dem Verständnis des deutschen Gesundheitswesen. #00:20:23-4#

I: Strukturproblem halt #00:20:28-0#

B: Richtig. #00:20:25-9#

I: Okay. Also, sonst noch irgendwelche Anmerkungen? #00:20:38-5#

B: Nein. #00:20:38-5#

I: Dann sind wir jetzt durch. Dann kläre ich dich noch darüber auf, was mit deinen Daten passiert, was ich dir eben schon gesagt habe, also dass das transkribiert wird und so

anonymisiert verwendet, dass niemand auf dich Rückschlüsse ziehen kann. Und ich bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich. #00:20:51-1#

B: Sehr gerne. #00:20:53-8#

Anhang VII: Interview3-m-27

I: Wie lange bist du schon im Rettungsdienst? #00:00:22-3#

B: Mit Ausbildung oder ohne? #00:00:25-4#

I: mit. #00:00:25-4#

B: Vollzeit seit 2018. Also wären es fünf Jahre. #00:00:32-7#

I: (...) Und du bist Notfallsanitäter in einem ländlichen Rettungsdienst Bereich und warst aber auch in der Stadt? #00:00:43-0#

B: Ja genau. Also die Ausbildung war in der Stadt zwei Jahre lang. Und jetzt bin ich zwei Jahre auf dem Land. #00:00:51-4#

I: Okay. Hast du eine weitere Zusatzfunktion zum Notfallsanitäter? #00:00:57-3#

B: Auf der Wache? #00:00:59-6#

I: hm (bejahend) #00:00:59-6#

B: Ja, ich mache bei uns Materialmanagement. Also Lagerführung. #00:01:05-1#

I: Okay. Aber bist du Praxisanleiter oder so? #00:01:08-3#

B: Bin ich. Also ich habe die Ausbildung letztes Jahr gemacht, bin aber bei meiner Hilfsorganisation noch nicht offiziell berufen worden. Weil die Stellen sozusagen gerade besetzt waren. #00:01:20-7#

I: Alles klar. Okay. Also meine Fragen sind in verschiedene Teile gegliedert. Als erstes kommt so ein bisschen was zum Begriffsverständnis. Und der Plan ist nicht, dass das so ein Frage-Antwort-Spiel wird, sondern dass du frei erzählst von deinen Erfahrungen und// #00:01:41-9#

B: Macht es für dich zwar schwieriger in der Auswertung, aber ja. (lachen) #00:01:44-5#

I: Ja, das stimmt. (lachen) Also was verstehst du unter Rassismus? #00:01:54-2#

B: Platt gesagt Ausländerfeindlichkeit und Ausgrenzung von Minderheiten. Ganz simpel erstmal gesagt. #00:02:16-2#

I: Ja. Kannst du mit dem Begriff Alltagsrassismus was anfangen und eventuell erklären? #00:02:22-6#

B: Vielleicht treffe ich jetzt nicht die offizielle Definition, aber darum geht es ja auch nicht. Also Alltagsrassismus. Glaube ich. Habe ich so verstanden, dass letztendlich. Für die Leute, die sozusagen sich im Ton vergreifen oder eben. Also es ist für die Leute völlig normal in ihrem täglichen Gebrauch von Wörtern und in der täglichen Kommunikation mit den Kollegen jetzt im Rettungsdienst-Fall zum Beispiel eben immer wieder rassistische und ausländerfeindliche Kommentare zu lassen und es ist legitimiert. Es stößt sich daran offiziell niemand an. Sagen wir es mal so. #00:03:19-1#

I: und Institutioneller Rassismus? #00:03:20-9#

B: Schwieriger auf jeden Fall. (...) Kannst du mir/ Hast du noch ein anderes Wort dafür? #00:03:39-0#

I: Ja, Man kann es auch als strukturellen Rassismus bezeichnen. Also, es ist ähnlich. #00:03:43-7#

B: Ich glaub erklären kann ich das jetzt tatsächlich nicht. #00:03:50-0#

I: Musst du auch nicht. #00:03:51-3#

B: Nee, ich glaub nicht. #00:03:54-5#

I: Okay. Und Diskriminierung? #00:03:58-1#

B: (...) Naja, Diskriminierung ist halt letztendlich, dass ich eine konkrete Person aufgrund einer Eigenschaft letztendlich mobbe oder beleidige oder ausgrenze zum Beispiel. Ja. #00:04:23-5#

I: Okay. #00:04:25-7#

B: Also Eigenschaft. Auch nicht nur Eigenschaft, sondern vielleicht auch eben Herkunft oder sexuelle Ausrichtung oder oder oder #00:04:36-9#

I: Ja. Dann würden wir jetzt zu dem zweiten Thema kommen und zwar Erfahrungsberichte aus deiner Arbeit im Rettungsdienst. Alle Fragen beziehen sich, wie gesagt, auf nicht ärztliches Personal, also Notärzt:innen und zählen nicht dazu. Es geht eben um die Erfahrungen, die du gemacht hast auf der Wache und miterlebt hast. Also die Fragen werden dann auch relativ spezifisch zu deinen Erfahrungen mit Kolleg:innen und mit Patient:innen. In dem Umgang von Kolleg:innen mit Patient:innen beispielsweise und ich bitte dich darum, das Verhalten von Kolleg:innen konkret zu beschreiben. Sachen bei denen du dabei warst, nichts vom Hörensagen. #00:05:07-3#

B: hm (bejahend) #00:05:07-3#

I: Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:05:18-4#

B: Ja. #00:05:19-7#

I: In welcher Art und Weise hast du in deinem Rettungsdienstalltag Rassismus beobachten können? #00:05:31-6#

B: (...) Das geht zum Beispiel mit der Alarmierung los, dass je nach Meldung bestimmte abwertende Kommentare fallen, Rückschlüsse gezogen werden aufgrund von Adressen, wo man vielleicht schon mal war. (...) Ja geht weiter im Einsatz direkt, wo ich oft leider beobachten musste, dass Personen, vielleicht Patient:innen anders behandelt werden, weil sie vielleicht Migrationshintergrund haben oder (abwertendes Kopfschütteln) auch nur aufgrund von dem Nachnamen, der vielleicht anmuten lassen könnte, dass es keine deutsche Herkunft ist. Also Gleichbehandlung findet nicht statt. Und dann auch nach dem Einsatz sich ausgelassen wird oder auch einfach/ Genau. Also vor dem Einsatz. Während des Einsatzes. Nach dem Einsatz sich ausgelassen wird. Über die Unnötigkeit des Einsatzes. Dann natürlich auf Wache. Sei es Kommentare zu den Nachrichten, die gerade im Fernsehen laufen oder so was. Sei es vielleicht auch (...) Also Praktikanten zum Beispiel mit nichtdeutscher Herkunft würde ich da auch mit reinzählen, die manchmal betroffen sind. Natürlich nur, wenn sie nicht da sind. Dann wird über sie geredet, negativ. Kollegen die direkt über Kollegen abwertend reden habe ich jetzt eher nicht wahrgenommen. Wobei. Also unter Kollegen. Wobei das auch nicht ganz stimmt, aber das wird dann auf so eine witzige Art und Weise auch dem Gegenüber sozusagen kundgetan. Würde ich jetzt nicht als ernsthaften Rassismus betrachten, aber ist schon

sicherlich auch ein Teil von Alltagsrassismus, weil es einfach normal ist so ungefähr. Aber das ist tatsächlich etwas, was ich auch immer ganz witzig finde.Und ich meine, fast jede Firma hat ja mittlerweile auch Kollegen, Kolleg:innen, die irgendwie Migrationshintergrund vielleicht haben. Mit denen wird ganz normal zusammengearbeitet, mit denen lästert man auch zusammen. Und manche Kollegen stellen dann vielleicht intraoperativ erschreckt fest, dass sie gerade mit jemandem darüber reden wollen, der selber einen Migrationshintergrund hat. Und selbst solche Leute [Kolleg:innen mit Migrationshintergrund] werden teilweise mitmachen, weil sie sich vielleicht auch gezwungen fühlen und dazugehören wollen. Genau, aber das sind so ganz grob die Sachen. Also eigentlich durch meinen ganzen Wachalltag kann man sagen immer wieder Kleinigkeiten, aber er zieht sich überall durch. #00:08:36-0#

I: Und du hast ja die Fragen, die jetzt kommen zum Teil schon beantwortet, aber ich stelle sie dir nochmal, vielleicht fallen dir noch konkrete Ereignisse ein die du schildern möchtest. Hast du innerhalb vom Einsatzgeschehen? Kannst du da konkrete Ereignisse schildern von rassistischen Situationen? #00:08:50-5#

B: Ich kann mich zum Beispiel an einen Einsatz erinnern, bei dem es darum ging, dass ein/ Ich glaube, es war tatsächlich eine geflüchtete Person, die/ also es gab einen Abschiebebefehl oder wie man das dann nennt. Und derjenige hat sich sozusagen selbstverletzt, um dem Ganzen zu entgehen. Und die Polizei war vor Ort und hat uns praktisch nachgefordert oder zur Einsatzstelle beordert, damit wir laut deren Aussage möglichst schnell ihn wieder heile machen und sie ihn dann halt abschieben können. Das war nebenbei bemerkt auch ein Einsatz, der mich ziemlich beschäftigt hat, weil ich also erstens mich da auch nicht so ganz auskenne, wer nun überhaupt abgeschoben wird und wer abgeschoben werden kann. Aber zurück zum Fall, er jedenfalls genäht werden musste und mein Kollege, wie soll ich sagen? (unv.) und ohne das auch nur ansatzweise zu hinterfragen, diesen Beschluss, der halt feststand, offensichtlich nämlich, dass abgeschoben werden soll und dass das auch jetzt schnell passieren muss, weil eben der Flieger um. Weiß ich nicht, wie viel uhr geht. Und es dann also so war, dass er ohne diesen Patienten kannte, halt ihn so dermaßen grob behandelt hat. Und ihn damit halt direkt abgestraft hat, nach dem Motto wie kann er sich jetzt selbst verletzen? Dann fielen schon auch eben grobe, grobe Ansprachen, sag ich mal. Und dann wurde der Patient, also ich war der NotSan, der andere war RS. Wurde der Patient in die Klinik XY verbracht und dort halt vom Kollegen der Chirurgie irgendwie versorgt. Und auch dieser hat sich davon total einfangen lassen. Und ich war so ein bisschen/ ich stand so ein bisschen neben mir, der Arzt oder die Ärztin, ich weiß gar nicht mehr, hat eben gleich gesagt "ja, okay, dann, dann beeilen wir uns". Und hat alles stehen und fallen gelassen und hat diesen Patienten sozusagen versorgt. Und auch das schien mir nach meinen Erfahrungen, und ich habe ja auch ein Jahr in der chirurgischen Notaufnahme gearbeitet, erschien auch das mir sehr, wie soll ich sagen, oberflächlich und schnell, schnell. Es wurde keine Anamnese oder sonstige körperliche Untersuchungen durch den Arzt unternommen, sondern der Patient wurde nur in Bezug auf den offensichtlichen Cut versorgt. Das wurde genäht und das war's. Es gab keine richtige Untersuchung, keine Anamnese, keine Vormedikation. Und dann wurde der Patient sozusagen postwendend an die Polizei zurück übergeben. Und alle Beteiligten, außer mir gefühlt, haben sich sichtlich gefreut, dass sie das jetzt ja erfolgreich bewältigt haben und der Patient eben umgehend zum Flughafen gefahren werden konnte. Und dann liefen halt auch auf Rückfahrt zur Wache noch diverse Kommentare meines Kollegen was weiß ich, "nutzloses Pack" und was weiß ich, was da alles dann gefallen ist. Und ich stand so richtig eigentlich neben mir und. War natürlich auch ein bisschen zwiegespalten, muss ich eigentlich sagen. Ich weiß zwar nicht, ob das jetzt für deine Arbeit interessant ist, aber das habe ich einmal so groß ausgeholt, weil ich

halt wirklich nicht wusste in dem Moment. Naja, okay, es gibt halt Regeln. Und vielleicht ist es ja auch legitim, dass dieser Mensch jetzt hier nicht sein kann aufgrund von was auch immer. Aber das wussten wir halt beide nicht und daher war ich sehr verwundert, dass mein Kollege da so. (...) Gefühlt, hat er sich gefreut, das jetzt durchzuziehen. So gefühlt ist er da reingegangen und hat sich gefreut, den grob anzupacken, auf die Trage zu drücken. Und der Patient hat natürlich geschrien, der hat sich gewehrt. Also ich bin da einfach mit einem sehr schlechten Gefühl aus dem Einsatz gegangen und wusste halt nicht so richtig, woran ich jetzt glauben soll. An die staatliche Macht (macht Anführungszeichen mit den Händen) die halt jetzt, da nach reichlicher Überlegung eine Entscheidung getroffen hat, die wir jetzt als Rettungsdienst sozusagen auch als öffentliche Institutionen irgendwo zu unterstützen haben oder ob das eigentlich mit meinem persönlichen Einstellungen und Dafürhalten einfach eigentlich nicht vertretbar ist. So, das war auf jeden Fall ein sehr prägendes Erlebnis. Wo ich mich relativ allein auf weiter Flur gefühlt habe, weil eben, wie gesagt, alle anderen, selbst der Arzt oder die Ärztin, da komplett dahinter standen. So. #00:14:17-5#

I: Also da du ja jetzt Stadt und Land Rettung kennst. Wo ist es mit denn gefühlt schlimmer mit diesem rassistischen oder antiflüchtlings Verhalten? Schlimmer auf dem Land oder in der Stadt? #00:14:30-2#

B: Also ich denke schon, dass es in der Stadt schlimmer ist. Liegt halt zu einem großen Teil daran, dass zumindest auch in Stadt XY, aber eigentlich in jeder größeren Stadt du halt verschiedene Straßen hast oder Häuser hast, die halt bekannt sind, wo halt tausende von Einsätzen gelaufen sind und wo halt auch entsprechend sich, sagen wir mal, ein Patientenklientel tummelt. Zwangsläufig. Die haben sich das da weiß Gott nicht ausgesucht. Wo es einfach leicht ist, sagen wir mal, auch mit Vorurteilen da anzufahren oder anzureisen als Rettungsdienst. Während das auf dem Land. Keine Ahnung. Also wir haben doch da nichts auszustehen. Ich weiß nicht, wie es in (nennt den Namen des Rettungsdienstbereichs in dem Interviewerin arbeitet) ist, aber in (nennt Namen seines Rettungsdienstbereichs) haben wir außer alte Menschen ja eigentlich nichts Schlimmes so gefühlt. Also nicht, dass alte Menschen jetzt, aber du weißt, was ich meine (lachen). #00:15:36-9#

I: Ja #00:15:36-9#

B: Also du hast halt deine Reha Kliniken und deine ganzen Pflegeheime und klar, so ein paar Adressen oder Häuser, wo vielleicht auch sowas stattfindet wie im städtischen Bereich mit viel Klientel, aber in Summe würde ich schon um deine Frage zu beantworten sagen, in der Stadt ist es schlimmer, weil es da sozusagen mehr ein Thema ist durch mehr Menschen die angreifbar sind und Bezug auf rassistische Vorurteile. Und weil ich habe ja meine Ausbildung bei der BF gemacht und gefühlt Beamte manchmal bisschen den Blick auf die Realität verloren haben, weil es ihnen eigentlich im Vergleich zu vielen anderen sehr gut geht und das Gemecker da gefühlt noch größer ist als bei Angestellten einer HiOrg. #00:16:25-9#

I: Hast du schon mal erlebt, dass es von der Führungsetage rassistisches Verhalten gab? Also dass zum Beispiel Leute von vornherein irgendwie nicht genommen werden bei Bewerbungen oder so.. #00:16:44-3#

B: Nein, zum Glück nicht. Also. Nein, kann ich absolut nicht sagen. Muss man aber natürlich auch erwähnen, dass man als Angestellter im "Bodenpersonal" auch nicht alles vielleicht mitkriegt. Genau. Aber nein, habe ich nicht. #00:17:05-5#

I: Okay, das ist ja schon mal gut. #00:17:07-7#

B: Ja. #00:17:08-5#

I: Also die anderen Fragen Hast du eigentlich mehr oder weniger schon beantwortet. Kannst du eine konkrete Situation beschreiben, in denen Patient:innen durch Kolleg:innen anders behandelt wurden, aufgrund von ihrer Herkunft, Kultur und Hautfarbe im Einsatz? Also wenn zum Beispiel ein Patient, der sich genau so dargestellt hätte von den Symptomen her der "biodeutsch" ist anders behandelt wurde oder worden wäre? #00:17:40-6#

B: Ja, auf jeden Fall. Das kommt häufiger vor. Möchtest du jetzt hören, was dann anders lief, oder? #00:17:54-9#

I: Ja. #00:17:54-9#

B: Also, was meine Beobachtung war? #00:18:04-1#

I: Ja. #00:18:04-1#

B: Also, meine Beobachtung ist dann in den Fällen. Also, ich muss da von Fällen sprechen, weil es, wie gesagt, regelmäßig vorkommt. Natürlich kennt man seine Kollegen dann auch irgendwann. Und da meine ich jetzt wirklich Kollegen, weil wir haben nicht viele Frauen (sarkastisches lachen). Es ist wirklich so, dass zum einen die Leute werden dann grober behandelt, das heißt dabei so einfach, sozusagen auf Freundlichkeit wird weitestgehend verzichtet. Das ist meine Beobachtung. Und weiß ich nicht. Einfach kein wertschätzender Umgang mit dem Patienten dann stattfindet. Und gut, ich bin NotSan. Das heißt ich entscheide ja zum Glück dann auch, was wir am Patienten machen und was nicht, aber gefühlt halt auch da versucht wird, mich mehr zu bremsen als vielleicht bei anderen. Sozusagen. "Ja, lass uns schnell fahren" oder vielleicht auch eher mal gesagt wird/ auch vor dem Patienten mal gesagt wird "warum sind wir überhaupt hier?", was vielleicht bei anderen Einsätzen runtergeschluckt wird und erst nach dem Einsatz nachgesprochen wird. Das ist so das, was mir jetzt spontan einfällt, wo ich definitiv der Meinung bin, dass das dann traurigerweise mit mit der Person und deren Herkunft, Kultur zusammenhängt, die vor uns da gerade ist. #00:19:22-2#

I: Ja gut, das ist natürlich echt ein Vorteil, dass du quasi als NotSan entscheidest, welche Maßnahmen getroffen werden und welche nicht. #00:19:30-2#

B: Du fährst natürlich auch mit anderen NotSans, dann ist es schon nicht mehr so klar, das Gefüge und gerade dann auch vielleicht mit älteren Kollegen kann es dann da schon auch problematischer werden, dass ich eben nicht mehr da eigreifen kann. Vielleicht bin ich auch gefahren und wir halten die Trennung dann relativ klar wer Teamführer ist. Das heißt, es ist dann auch schlichtweg nicht mein Einsatz. Aber... In den meisten Fällen kann ich zumindest das, was am Patienten direkt läuft, dann schon sehr beeinflussen. Aber ich meine, wir treten da als Team auf und wenn ich da in der Bude bin und mein Kollege sich total daneben benimmt, dann kann ich das auch nur begrenzt abfangen. Selbst wenn ich dann zum Beispiel versucht ha/, ich hab mich auch schon erwischt, das ich dann vielleicht hier und da versuche noch eine Spur netter zu sein um das irgendwie auszugleichen. Aber das funktioniert halt nur sehr begrenzt. Gerade wenn vielleicht auch Kollegen dann sich hinreißen lassen tatsächlich den Patienten oder Angehörige zu provozieren in irgendeiner Art und Weise. Keine Ahnung. Es gibt. Ja vielleicht. Menschen, die in ihrer Kultur anders mit Trauer oder anders mit Schmerzen umgehen, als wir das tun. Und wenn, dann halt der Kollege.. Ja das zum Anlass nimmt, irgendwie das zu kritisieren oder eben auch das nicht ernst zu nehmen/ Dein Kamerabild ist wirklich lustig. #00:21:08-7#

I: Ja, ich sehe es gerade auch. Ich habe keine Ahnung was da passiert. (An dieser Stelle traten technische Schwierigkeiten auf und das Kamerabild der Interviewerin flackerte). #00:21:13-3#

B: Genau das. Das ist schon echt, dass es mir diverse Male extrem aufgefallen. Ich kann das auch. Also jetzt Schmerzen zum Beispiel ist eher eine schwierige Sache als für mich, das einzuschätzen. Und ich habe da so meine Parameter, an denen ich mich orientiere. Und ja, es gibt Patientengruppen, die für mich wesentlich schwerer einzuschätzen sind als vielleicht die meisten Patienten die wir fahren oder die wir haben. (...) Aber deswegen kann ich halt nicht irgendwie denen die Schmerzen absprechen oder in irgendeiner Form halt mich drüber lustig machen, sondern dann muss ich halt trotzdem rausfinden, wie der tatsächliche Zustand ist und die Leute vernünftig untersuchen. Und ja, das ist also auf jeden Fall ein konkretes Beispiel, was ich immer wieder sehe, dass da kein Verständnis oder sehr, sehr wenig Verständnis da ist und dann halt das zum Anlass genommen wird zu schimpfen über andere Kulturen und die (sarkastisch) bösen Ausländer. Im Einsatz und vor allem auch nach dem Einsatz. Oder manchmal auf der Rückfahrt wo ich wirklich am liebsten aussteigen will oder so und das eben wirklich nicht leicht fällt, dann damit umzugehen. #00:22:35-6#

I: Fallen dann auch rassistisch diskriminierende Äußerungen gegenüber den Leuten, also irgendwelche Schimpfwörter oder dispektierliche Bezeichnungen? #00:22:44-3#

B: Ja also auch das. Tatsächlich. Vielleicht nicht unbedingt ins Gesicht, aber ich sage mal, manchmal sind die Einsatzstellen ja nicht ganz leise. Dann sind vielleicht viele Leute in einem Raum und (...) Klar bin ich dann auch ein bisschen sensibilisiert, aber ich achte auf meinen Kollegen und höre auch, was der sagt. Schon allein, weil es ja auch für mich relevant sein kann. So dass da schon immer mal so und wenn es nur geflüstert ist oder so in die Ecke reingebrabbelt, halt irgendwelche halt schon so.. Ja, "asoziales Pack". Keine Ahnung, oder? (...) Meinetwegen auch, ja, "ihr könnt gleich die großen Koffer packen" oder so was. Also für die Heimreise. Keine Ahnung. Also muss ich schon sagen, habe ich schon echt derbes Zeug auch im Einsatz gehört was ich auch einfach nicht wiederholen möchte. #00:23:49-9#

I: Also das hast du vorhin auch schon angerissen, dass bereits bei Alarmierung aufgrund des Einsatzortes oder des Patient:innennamens vorverurteilende Äußerungen getroffen wurden. #00:24:10-8#

B: Ja. habe ich auf jeden Fall erlebt. Oder es ist eher an der Tagesordnung. Und dann sind die Kollegen vielleicht manchmal erschrocken, wenn dann da gefühlt doch, wie du gesagt hast, ein Biodeutscher vor ihm steht. Ich meine, meine Freundin hat auch keinen deutschen Namen und ist aber halt deutsch. Also ihre Oma ist halt aus Polen aber sie ist deutsch. Weißt schon was ich meine. Bei dem Namen erwartet man halt keinen der perfekt deutsch spricht. #00:24:44-9#

I: Und in welche Richtung kommen dann Kommentare? Regen sich die Kollegen darüber auf, dass man schon wieder da hinfährt? Oder wird die Meldung kleingeredet und "ist ja eh wieder nicht so schlimm"? In welche Richtung geht das hauptsächlich? #00:24:59-8#

B: Ich glaube hauptsächlich, geht es in Richtung Kleinreden. So eine Alarmierung kann ja alles und nichts sein, das wissen wir. Es kann halt auch vom Disponenten abhängig sein, was er dann tatsächlich darauf schreibt. Und dann steht da halt irgendwas, was halt wirklich auch Nichts sein kann. Aber das hat halt nichts mit der Herkunft zu tun. Also es ist komplett sinnlos, das irgendwie dann in Zusammenhang bringen zu wollen. Und ich meine, über die Alarmierung rege ich mich ja auch regelmäßig auf und und erwische mich da auch, dass ich halt sage ja, "was ist das denn jetzt" oder so oder keine Ahnung. Man wird halt auch im Rettungsdienst so

erzogen, dass ist vielleicht auch noch mal was was ich hier sagen möchte, dass es auch echt schwer ist, glaube ich, je nach Erziehung und auch sozialem Gefüge und wo man sich sonst so rumtreibt, dem Ganzen zu entkommen. Also den Vorurteilen. Also gerade auch zumindest jetzt in Stadt XY und ich meine, da gab es ja jetzt auch Fälle, wo über Ausschreitungen berichtet wurde nach einer Demo während Corona. Da würde ich sagen, dass es bei der BF nochmal deutlich schlimmer ist als bei HiOrgs, zumindest jetzt die HiOrgs, die ich bisher kennengelernt habe. Und was wollte ich jetzt eigentlich sagen? #00:26:32-2#

I: Erziehung. #00:26:35-5#

B: Ja genau. Also das, dass es echt schwer ist, wenn man in den Rettungsdienst reinkommt und da vielleicht noch nicht ganz politisch gefestigt ist, dann sich diesem zu entziehen. Dem Aneignen der Meinung von anderen so. Das stelle ich mir echt schwer vor. Weil eben das wirklich keine Einzelmeinung ist. #00:26:57-6#

I: Hast du Ideen, wie man das verbessern könnte? Ich meine, du hast ja deine Ausbildung als NotSan in Vollzeit gemacht. Hast du eine Idee, wie man das vielleicht im Rahmen der Ausbildung verbessern könnte? Das Verständnis dafür?. #00:27:14-4#

B: Also erstmal, ich habe auch Krankenpfleger gelernt und da muss ich sagen, waren die Bewerber gefühlt auch andere Leute. Und soll heißen bei der Krankenpflege-Ausbildung war mein Eindruck. Ja, okay, das sind alles grundsätzlich soziale Menschen, die auch Nächstenliebe.. ja leben, auf Deutsch gesagt, die auch den Beruf gewählt haben, weil sie Menschen was Gutes tun wollen et cetera.. Im Rettungsdienst konnte ich das so nicht beobachten. Ich meine, ich habe ja nun die Ehre gehabt in zwei NotSan Klassen unterwegs zu sein. In der einen war der Schnitt, aus meiner Sicht, ganz gut in Sachen Sozialverträglichkeit, mal ganz grob gesagt. Und in der anderen Klasse, muss ich ehrlich sagen, war ich erschüttert, gerade im Vergleich mit meiner ersten Ausbildung. Dass da eigentlich Typen dabei waren, wo ich mir gedacht habe "Warum willst du einen sozialen Beruf?" Also Punkt eins würde ich sagen in den Auswahlverfahren muss viel mehr auf sowas [Sozialverträglichkeit] geachtet werden. Es kann nicht sein, dass Leute, die regelmäßig und auch offensichtlich braunes Gedankengut teilen in so einen Job überhaupt reinkommen, das kann nicht sein. Und das können wir nicht nur vom Führungszeugnis abhängig machen, wo gefühlt bei niemandem was drin steht. Es sei denn, er hat wen umgebracht. Nein, jetzt mal also das reicht halt einfach nicht als Parameter aus. Das heißt, im Auswahlverfahren muss aus meiner Sicht viel mehr darauf Wert gelegt werden, eben nicht nur auf Noten zu gucken. Wobei ja selbst das im Rettungsdienst jetzt nicht der erste Parameter ist. Und jetzt so eine Ausbildung zu bekommen ist jetzt auch glaube ich gar nicht mal so schwer aktuell, weil einfach nicht genug Nachfrage da ist. Aber da müsste man halt viel mehr die Leute wirklich persönlich angucken, müsste vielleicht auch Fragebögen entwickeln um sowas festzustellen und muss auch viel mehr aus meiner Sicht sowohl in der Ausbildung als auch in der Anstellung von Kollegen die Probezeit als solche wahrnehmen und danach auch eine Entscheidung treffen. Und wenn man in einem halben Jahr lernt man Menschen kennen, dann vielleicht auch eben zu sagen okay, gerade in der Ausbildung ist es halt wichtig, dass man dann sagt "Sorry, aber ich glaube, dass es nicht das Richtige für dich". Genau. Und dann, wenn die Leute da sind und so negativ nicht offensichtlich auffallen.. Dann müsste man/ Es fängt aber schon in der Schule an. Müsste man da viel mehr politische Aufklärung halt auch machen. #00:30:07-5

I: Warte kurz, was meinst du? NotSan Schule oder/ #00:30:10-7#

B: Ich meine, es fängt auch in der Schule Schule schon an. Also, keine Ahnung. Ich hab Fachabi gemacht und ich fand jetzt die Inhalte auch aus jetziger Sicht, nachdem ich jetzt schon, ziemlich genau zehn Jahre oder so aus der Schule raus bin, muss ich sagen, habe ich da Sachen lernen müssen, die halt einfach mich nicht weitergebracht haben im Leben. Und dazu gehört eben auch, dass ich finde, dass man Geschichtsunterricht und eben auch wirklich Politik unterrichten sollte und viel mehr/ Also wir brauchen nicht, wir müssen nicht nur wissen wie unser deutsches System aufgebaut ist mit Bundestag und Bundesrat. Das ist alles schön zu wissen, aber wir sollten darüber hinaus halt auch viel mehr aufgeklärt werden über die Geschichte und Politik. Und da muss man, glaube ich, also so früh wie möglich halt ansetzen, um einfach den Leuten klarzumachen, dass das halt alles am Ende nicht lustig ist und dass uns die Geschichte ja irgendwie eines Besseren belehren sollte und und das ja auch kann. Also ich meine (sarkastisches Lachen), dafür hat die Menschheit ja genug Scheiße gebaut, dass wir da uns auch ein Beispiel dran nehmen können. Und in der NotSan Ausbildung dann halt auch darauf aufbauend ähm (...) einfach Werte/ Das ist zwar dann vielleicht bei manchen zu spät, aber dann halt auch schon auf Werterhalt irgendwie achten und die auch sozusagen verbreiten. Vielleicht auch viel teambildende Maßnahmen machen, die einfach auch das menschliche Miteinander fördern. Und ich überleg grad wir hatten in der NotSan Ausbildung, da hatten wir... Da musst du mir vielleicht helfen.... da gab es schon auch irgendein Lernfeld mit Minderheiten oder mit irgendwo. #00:32:12-1#

I: Umgang mit besonderen Patientengruppen. #00:32:14-4#

B: Mit besonderen Patienten. Kann ich mich ehrlich gesagt nicht an viel erinnern, was jetzt nicht für sich spricht? #00:32:24-7#

I: So. Ich weiß, das gehört jetzt eigentlich an dieser Stelle nicht rein, aber du hast ja gefragt. Unsere Azubis hatten das Thema gerade und haben mir entsetzt die Powerpoints gezeigt. Also die Kernessenz dieses Lernfeldes ist alle Männer, die Muslime sind, sind frauenfeindlich und muslimische Frauen tragen alle Kopftuch und sind total traditionell. Man muss aufpassen, dass man nichts falsch macht, damit man nicht aufs Maul kriegt. Und alle Menschen die obdachlos sind, sind drogenabhängig und man muss aufpassen, dass man nicht in Nadeln kniet. Das ist. #00:32:55-3#

B: Wahnsinn. Ist das dann struktureller Rassismus (lachen)? #00:32:58-0#

I: Ist es tatsachlich. Also das wäre quasi ein Paradebeispiel dafür. Also die Lernsituation legt jede Schule auch anders aus und bereitet den Unterricht anders vor. #00:33:15-1#

B: Also in Stadt XY, da muss ich einfach auch grundsätzlich sagen, man zieht halt unweigerlich Vergleiche. Klar, die NotSan Ausbildung ist noch recht jung. Die Lehrer, die an den Berufsschulen rumrennen, sind für mich zumindest für Stadt XY sprechend, zu meiner Zeit keine Lehrer gewesen. Das sind Altassistenten, die vielleicht Lehrettungsassistenten waren, die dann NotSan auf die Schulter gelegt bekommen haben, die dann noch den PAL geschenkt bekommen haben, auf Deutsch gesagt. Und die dann auf einmal als Dozenten in der Rettungsdienst-Schule landen und ohne Studium, ohne pädagogische Ausbildung weitergehend da eine Klasse auch als Klassenlehrer betreuen und dann alibimäßig oder eben weil sie es müssen und weil es vorgeschrieben ist, dann berufsbegleitend studieren, wo ich qualitativ auch nicht viel von gesehen oder mitbekommen habe. Und das halt wiederum vergleichend wie gesagt, mit der Krankenpflege, wo aus meiner Sicht wirklich, das waren ganz andere Leute, also unabhängig von von dem Menschlichen mal kurz aufs Fachliche. Die Lehrer an der Krankenpflegeschule kannst du auch alles fragen, die wussten alles. Und wir wissen

beide, dass nur weil du zum Beispiel NotSan bist, weißt du ja nicht alles und um Lehrer zu sein, finde ich, gehört halt dann doch nochmal eine Schippe mehr drauf und da reicht eben auch der PAL als Qualifikation nicht. So das spielt halt dann auch in die Karten, wenn dann halt irgendwelche Beamte da in der Schule rumspringen, die halt selber fragwürdige Ansichten haben und da einfach selber offensichtlich nicht gut geschult worden sind oder wie auch immer. #00:35:04-9#

I: Ich bin mit meinen Fragen eigentlich so weit durch. Ich habe noch mehr, aber die hast du alle nebenbei so mit beantwortet, dass ich sie dir nicht explizit nochmal stellen muss #00:35:18-8#

B: Sorry #00:35:18-8#

I: . Nein, alles gut. Das ist gut, das ist gut! Es geht ja darum deine Erfahrungen zu hören und es ist gut wenn du viel dazu erzählen kannst ohne dass ich viel nachfragen muss. Aber ich würde jetzt die Aufnahme beenden, weil wir dann mit den Fragen durch sind. #00:35:25-6#

B: Ok #00:35:28-4#

Anhang VIII: Interview4-w-27

I: Hallo, ich freue mich sehr, dass du dich dazu bereit erklärt hast, dich heute mit mir zu treffen. #00:00:06-3#

B: Hi Laura. #00:00:07-0#

I: In meiner Bachelorarbeit geht es um das Thema Rassismuserfahrungen im Rettungsdienst. Also was du so in deiner Zeit im Rettungsdienst beobachtet hast, bei Kollegen. Eigentlich sind alle nicht-ärztlichen Mitarbeitenden im Rettungsdienst die sich rassistisch verhalten haben gemeint. Einfach nur ein paar Beobachtungen schildern geht auch nicht darum, irgendwem etwas anzukreiden oder ähnliches, sondern einfach nur von deiner Zeit im Rettungsdienst zu berichten. Also wie lange bist du im Rettungsdienst? Seit. (...) Ich. #00:00:55-4#

B: Seit (...) Seit acht bis neun Jahren. Also ist jetzt das neunte Jahr was läuft. #00:01:01-9#

I: Okay. Und du/ #00:01:02-6#

B: seit achteinhalb Jahren. #00:01:03-6#

I: Und du bist Notfallsanitäterin. #00:01:04-9#

B: Ja. Notfallsanitäterin. #00:01:05-9#

I: Und in einem städtischen Rettungsdienst Bereich? Oder eher ländlich? #00:01:10-5#

B: Jetzt ländlich, Vorher städtisch. #00:01:13-3#

I: Okay. Ja. Und du arbeitest aber nicht Vollzeit, sondern bist sonst an der Schule? #00:01:18-3#

B: Genau. Also ich bin nebenberuflich im Rettungsdienst tätig und Vollzeit in einer Notfallsanitäter Schule hier in Stadt XY. #00:01:26-1#

I: Für die folgenden Fragen kannst du gerne sowohl die Erfahrungen aus dem Rettungsdienst Alltag als auch die von der Schule schildern. Und es ist eigentlich auch egal, wo das passiert ist, ob im ländlichen Bereich, im städtischen Bereich. Und es geht, wie schon gesagt, primär um nicht-ärztliches Personal. Deswegen Notärzt:innen gerne außen vor lassen. Erst mal gibt es ein paar Fragen zum Begriffsverständnis. Was verstehst du denn unter Rassismus? #00:01:56-5#

B: Hm, also Rassismus bedeutet für mich, dass Menschen aufgrund ihrer Rasse, also ihrer Herkunft, ihrer kulturellen oder halt auch örtlichen Herkunft, quasi diskriminiert werden und ausgegrenzt werden und eben negative Erfahrungen erleben, die sich darauf zurück schließen lassen, dass sie aus einem fremden Land kommen beziehungsweise einem anderen Land als in dem wir hier sind. Aber auch eine andere Kultur. Also auch gegenüber Menschen, die anders aussehen oder sich anders verhalten, selbst wenn sie hier wohnen. #00:02:34-9#

I: Sagt dir der Begriff Alltagsrassismus was? Und kannst du das definieren? Hm. #00:02:43-4#

B: Also ich könnte nur sagen, was ich darunter verstehen würde (...) es würde glaube ich, für mich bedeuten, dass. (...) Der Rassismus. Also der ist ein bisschen weniger dolle vielleicht als ein struktureller, organisatorischer Rassismus, der sich über über große Gebiete zieht, sondern eher zwischenmenschlich wirklich IM Alltag verortet. Und ich glaube, das könnte auch der Rassismus sein, den die betroffenen Personen am meisten spüren und von denen, die es

ausüben, am wenigsten gesehen wird. Also ich könnte mir vorstellen, dass die Leute das gar nicht/ Also die, die Alltagsrassismus leben, merken es nicht. häufig. #00:03:33-0#

I: Und institutioneller Rassismus, du hattest das ja eben schon mal so erwähnt. Was ist das für dich? #00:03:40-5#

B: Also ich kenne die Begrifflichkeit nicht hundertProzentig. Ich könnte mir da zwei verschiedene Sachen drunter vorstellen. Einmal das quasi auch von den Strukturen, die wir hier bei uns haben, Leute halt einfach weniger Chancen haben, weniger Geld bekommen, weniger Jobchancen haben. Also alles das, was ich eher so ein bisschen gröber zieht. Dann aber auch, dass man vielleicht schon auch noch sagen könnte, dass es flächendeckend einfach so ist, dass Leute nicht nur in ihrem Alltag, sondern auch in allen möglichen Sachen Rassismus erfahren. Aber hundertProzentig weiß ich nicht. #00:04:15-3#

I: Und noch mal zu dem Alltagsrassismus Thema. Du hast gesagt, dass die Leute das nicht merken, wenn sie es ausüben. Muss rassistisches Verhalten immer mit Absicht sein? #00:04:28-2#

B: Nee, also natürlich muss es auf keinen Fall mit Absicht sein. Gerade wenn man es nicht merkt kann es auch Rassismus sein. Ich würde nur sagen, dass die Leute häufig wahrscheinlich erst gar nicht merken, dass es einer ist. Also nicht, dass sie es nur nicht wollen, sondern auch, dass sie halt es nicht merken. Viele werden es auch mit Absicht machen, aber ich könnte mir vorstellen, dass es eher so ein unterbewusstes, anerzogenes Verhalten ist, was man so mitgegeben bekommen hat und es abstreiten würde, wenn einem jemand vorwerfen würde, "hier das ist rassistisch", dann würden die meisten wahrscheinlich sagen "wieso?" und das gar nicht unbedingt merken. Würde ich mir zumindest vorstellen. #00:05:04-3#

I: Was verstehst du unter Diskriminierung? #00:05:08-9#

B: (...) Genau also Diskriminierung ist für mich, dass Menschen ein/ (...) Negative Gefühle empfinden, aufgrund eines bestimmten Merkmals aber durch andere Leute getriggert. Also nicht, dass sie sich selber damit nicht gut fühlen als solches, sondern dass durch Personen getriggert, man eben Ausgrenzung erlebt, sich weniger wert fühlt, nicht wertgeschätzt wird und das eben letzendlich aufgrund eines bestimmten Merkmals. Egal ob geschlechtliche Orientierung oder geschlechtliche Identität oder sexuelle Orientierung oder halt soziale Herkunft, Kultur. Ja, so würde ich es beschreiben. #00:05:53-2#

I: Okay, gut. Jetzt. Der zweite Teil des Interviews befasst sich mit Erfahrungsberichten aus dem rettungsdienstlichen Alltag, gerne auch aus deinem Schulalltag. Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:06:11-5#

B: (...) Also pauschal würde ich erst mal sagen ja. Es fällt mir schwer, das anhand jetzt so richtig zu greifen, weil ich jetzt natürlich immer denken will okay, um zu sagen, dass es ein Problem ist, wie häufig kommt es wirklich vor? So kann ich nicht so richtig was sagen. Aus meiner eigenen Erfahrung heraus würde ich sagen ja, weil ich glaube, dass es halt ein Problem ist, dass die Leute es nicht merken, dass sie sich rassistisch verhalten, beziehungsweise diskriminierend verhalten. Ohne jetzt schon von der Definition her zu sagen, ist das schon Rassismus oder nicht? Aber sie verhalten sich auf jeden Fall diskriminierend. Und ich persönlich habe erfahren, dass die Leute es meistens auch nicht mal merken. #00:06:58-2#

I: Okay. Dann kommen wir gleich zur nächsten Frage. Die Antwort hast du schon ein wenig mit gegeben. Welche Form des Rassismus kannst du in deinem Rettungsdienstalltag beobachten oder konntest du beobachten? #00:07:12-6#

B: Also meinst du jetzt so was wie Diskriminierung oder Gewalt? Oder meinst du aufgrund oder in welchen Situationen oder alles?. #00:07:21-5#

I: Alles. Also so ein bisschen/ Wir hatten ja schon so ein bisschen die die Begriffsdefinitionen mit strukturell und Alltagsrassismus ob da irgendwas dir pauschal einfällt zu? #00:07:37-3#

B: Ja (...) Also das meiste oder das häufigste Phänomen, würde ich sagen. Was ich erlebe ist, dass aufgrund von Aussehen oder auch vor allem von Namen, was ja bei uns eigentlich so das häufigste ist, weil man hat den Namen meistens bevor man den Patienten sieht. Dass den Patienten Eigenschaften angedichtet werden aus der Erfahrung heraus, die man vielleicht bei Lieschen Müller nicht unterstellen würde, obwohl, wenn man sich das genau angucken würde, wahrscheinlich die Patienten ähnlich sind oder man gar nicht sagen kann, dass die Deutschen so viel anders sind als die Nichtdeutschen oder aus einem anderen kulturellen Kreis. Ich glaube, das ist wirklich das, was ich am meisten beobachtet habe. Wenn ein ausländischer Name oder ein nicht deutscher Name auftaucht oder ein nicht-typischer Name, dass schon von vornherein der Einsatz eigentlich als nicht ganz so wichtig oder als nicht ganz so schlimm betitelt wird, weil den Leuten unterstellt wird, dass sie wehleidig oder wehleidiger als der weiße Deutsche sind. #00:09:00-0#

I: Also, dass quasi Leute vorverurteilt werden aufgrund von ihrem Aussehen oder//. #00:09:07-8#

B: //In dem Fall sogar schlimmstenfalls sogar nur wegen den Namen. Ja. #00:09:10-8#

I: Okay, das passt ganz gut. Ich habe nämlich sogar eine Frage: Haben Sie erlebt, dass bereits bei der Alarmierung aufgrund des Einsatzortes oder des Patient in den Namen vorverurteilende Äußerungen gemacht wurden? Also haben wir quasi// #00:09:28-5#

B:// mehr als genug #00:09:28-5#

I: das gerade schon mit beantwortet. Und so im Alltag auf der Rettungswache? Konntest du da rassistische Verhaltensweisen beobachten innerhalb vom Einsatzgeschehen? #00:09:41-7#

B: Dass darüber gesprochen wurde am Ende oder? #00:09:45-9#

I: Nein, das also einfach das, dass Patient anders behandelt wurden aufgrund von ihrer Herkunft oder oder oder. #00:09:54-3#

B: Ja also (...) ich würde sagen, auf jeden Fall werden sie anders behandelt. Ob sie wirklich diskriminierend behandelt werden, kann ich gerade gar nicht sagen. Da muss ich im Moment drüber nachdenken, was mir tatsächlich auffällt. Was jetzt aber eher positiv wäre, ist, dass die meisten schon versuchen, denen die kulturellen Besonderheiten, die manche Gruppen mit sich bringen, zu berücksichtigen. Also dass zum Beispiel, muslimische Frauen, also die von außen als muslimisch interpretierbar sind, beispielsweise dadurch, dass sie ein Kopftuch tragen, da halt deutlich vorsichtiger bei körperlichen Untersuchungen vorgegangen wird oder auch das EKG dann halt an die weibliche Kollegin abgegeben wird, also dass da eher so positive Sachen auch auffallen. Was aber im Einsatz selbst? (...) Ich glaube schon, dass sie. Ich würde schon sagen, dass manchmal die Symptome, die die Patienten haben, abgetan werden und ich auch meine zu glauben, dass jemand mit/ also junge Patienten mit Brustschmerz oder

Herzrhythmusstörungen und so eher abgetan werden, als das bei Deutschen der Fall ist. Das würde ich schon vermuten, aber das ist eher Vermutung, als dass ich es konkret erlebt habe, weil. Also wenn ich dabei bin, ich versuche das eben nicht zu machen und meine Patienten gleich zu behandeln. Deswegen habe ich jetzt so im Einsatz direkt selbst nichts mitbekommen, dass die Behandlung am Ende ein anderes Ergebnis hat. #00:11:25-4#

I: Okay. Und innerhalb auf der Rettungswache, so nach dem Einsatz? Erlebst du da manchmal diskriminierende Äußerungen oder// #00:11:38-1#

B: //Ja #00:11:38-1#

I: kannst du da konkrete Beispiele nennen? #00:11:37-0#

B: Ja, also ich glaube, es ist halt so der typische Einsatz. Man fährt zu jüngeren Patienten, die/ ob es einen grippalen Infekt ist oder ob es jetzt Herzbeschwerden oder sonstige Notfälle sind und sich am Ende herausstellt, dass das nicht gerechtfertigt war im unserm Sinne, also dass wir nicht dieselbe Definition von Beschwerden oder Notfall angelegt haben und der Patient am Ende sogar vielleicht wirklich zu Hause bleibt, wird bei deutschen Patienten eher gesagt "okay, das war jetzt unnötig", bei den ausländischen Patienten wird es aber gesagt, das war unnötig, weil dann so Äußerungen wie Morbus Bosporus oder Morbus Mediterran oder sonstige Äußerungen, also da wird derselbe Sachverhalt, den man bei deutschen Patienten GENAU SO hat, immer auf die Herkunft geleitet, nicht darauf auf die Intelligenz oder auf irgendwas anderes, auf Erziehung oder sonstiges, sondern immer auf diesen großen Schwerpunkt kulturelle Herkunft oder halt anderes Land, anderes Geburtsland, andere Sprache. Das fällt in dem Kontext zusammen. Eigentlich immer. #00:12:45-8#

I: Okay. Gibt es auch in solchen Kontexten rassistisch diskriminierende Sprache? Also, dass ich über Patient:innen mit Migrationshintergrund oder anderer kultureller Herkunft irgendwie diskriminierend rassistisch geäußert wird, auch wenn es in dem Kontext überhaupt nichts verloren hat? #00:13:02-4#

B: Ja, also halt Morbus mediterranum, Morbus Bosporus. Das wird/ zählt das dazu, sowas?. #00:13:07-6#

I: Ja. #00:13:08-1#

B: Genau. Und dann Kanaken. Das ist halt eigentlich so das typische was kommt. Dann, wo ich jetzt nicht weiß, ob das in deiner Definition quasi diskriminierend ist, weil ich da auch in der ganzen Theorie natürlich nicht so gut drin stecke, ist das häufig auch, die Religion mit einbezogen wird, ohne dass das überhaupt zur Debatte stehen würde. Also das halt NICHTS mit dem Einsatz zu tun hat oder ohne dass erkennbar ist, ob derjenige überhaupt diese Religion hat, also dass zum Beispiel über die Moslems oder sowas geredet wird, was natürlich vom vom Wortbegriff her erst mal einfach nur die Bezeichnung der Religion ist, aber was nichts mit dem Einsatz zu tun hat und häufig auch gar nicht erkennbar war, weil wir wissen selber, dass das natürlich auch also was weiß ich, unter den Nordafrikanern/ also wenn man jetzt auf Ägypten zum Beispiel guckt, dass halt ein Großteil des Landes ja selber christlich ist, selbst wenn die genauso aussehen wie die, die halt dem Islam angehörig sind. Also da fällt halt oft der Bezug zum Islam, ohne dass es was zur Sache getan hätte. Aber eher mit Moslems, nichts mit beleidigenden Begriffen. Also dass nur dieses, ja erst mal vom Wortstamm her neutrale Wort. Sonst vielleicht so was wie Kopftuchträger also, oder südländische Haut oder keine Ahnung so was, was dann fallen könnte. #00:14:43-7#

I: Okay. Und kannst du konkrete Situationen beschreiben, bei denen du selber dabei warst, wo Patientinnen durch ihre, also durch deine Kollegen jetzt im Rettungsdienst anders behandelt wurden, wegen ihrer Herkunft, Kultur oder Hautfarbe? #00:15:03-9#

B: Ich würde sagen, dass das häufigste, was mir aufgefallen ist, was ich mehrfach erlebt habe, ist, dass auch Kollegen, von denen man sonst weiß, dass sie eine ganz normale, standardisierte Erstuntersuchung machen, an den Einsatz von vornherein lapidarer herangegangen sind und dann eher fragen "Ja, was haste denn?" Und da halt gar nicht SO standardisiert vorgehen, wie sie es sonst tun würden. Und da halt dann so der Kontakt mit den Menschen weniger empathisch ist. Ich hab ja vorhin schon gesagt, am Behandlungsergebnis kommt am Ende immer dasselbe bei raus, weil wenn ich dabei war, habe ich versucht, das dann eben auch vollständig dann zu machen. Aber die Herangehensweise der Diagnostik und der Erstuntersuchung, die habe ich durchaus festgestellt, dass das große Unterschiede hat. Und was ich immer unangenehm finde, ist, dass auf ausländisch AUSSEHENDE Patienten so zugegangen wird, als könnten sie die Sprache nicht. Dann wird in einer deutlich einfacheren Sprache geredet. Teilweise werden die Patienten auch geduzt, weil die Kollegen sich nicht sicher sind, ob die das Siezen quasi verstehen in der deutschen Sprache, ohne dass überhaupt es versucht wurde auf einem normalen Niveau, wie man es mit jedem anderen deutschen Patienten auch machen würde. Das ist mir aufgefallen. Genau. Und das gerade bei den jüngeren Patienten Symptome abgetan werden und man halt sagt "okay, also Sie haben mit Mitte 30 keinen Herzinfarkt". Ohne dann genauer zu gucken, sondern einfach noch eher als bei den Deutschen zu sagen "Nee, ist nichts". #00:16:48-0#

I: Aber würden solche Kollegen bei dem Deutschen das genauso machen mit dem Mitte 30-jährigen? Sie haben keinen Herzinfarkt, sie sind zu jung. Oder denkst du, dass man da dann vielleicht empathischer vorgehen würde oder die Untersuchung vollständiger machen würde? #00:17:02-1#

B: Also ein Teil der Kollegen würde das sicherlich auch bei deutschen Patienten machen, aber die Toleranzgrenze ist eine andere, also diese dieser Moment bis von von "Guten Tag" hin zu. Ja, "Sie haben nicht stellen Sie sich nicht so an" ist bei den Deutschen länger. Also, der Moment bis es da wirklich hinkommt, die Toleranzgrenze ist meiner Erfahrung nach länger. #00:17:24-7#

I: Denkst du, dass manche Patient:innen anders behandelt worden wären, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten und mit den gleichen Symptomen sich vorgestellt hätten wie ein Biodeutscher? Mehr oder weniger hast du das eben eigentlich schon beantwortet. #00:17:45-1#

B: Also das größte Problem oder ein Problem, das ich noch sehe, ist, dass wenn die Patienten in die Notaufnahme kommen, was jetzt natürlich nicht Teil des Interviews ist, sich das halt weiter fortsetzt. Ich glaube schon, dass jemand, der eine eine weiße Hautfarbe hat und der deutschen Sprache mächtig ist einen einfacheren Behandlungsweg hat. Einfacher. Nicht unbedingt einen immer besseren oder einen schnelleren, keine Ahnung, das kann ich beurteilen. Aber ich glaube, dass es einfach einfacher ist, durch das System einmal durchzulaufen. Wenn du dich ausdrücken kannst und wenn dir einfach jeder pauschal oder EHER glaubt als jemand, der das eben nicht hat. Ich glaube, dass sie einfach einen SCHWIERIGEREN Weg haben, ohne beurteilen zu können. Also konkret habe ich es nicht erlebt, dass jemand jetzt dann gar nicht behandelt wurde. #00:18:43-9#

I: Ja und jetzt mal zu deiner Rolle als Lehrkraft an der Schule. Hörst du da manchmal irgendwelche Äußerungen von von deinen Schülern oder eher nicht? #00:18:57-4#

B: Ja, ich würde sagen, dass sich das Phänomen, was wir ja im Rettungsdienst beobachten oder zumindest glaube ich, die Personen, die dafür sensibilisiert sind, beobachten, sich über die Lehrjahre hinweg, auf die Auszubildenden, vor allem auf die Neuen dann überträgt. Und diese Sozialisierung, diese Sprüche adaptiert werden, ohne dass das reflektiert wird und ohne dass darüber nachgedacht wird. Also wir versuchen ja, mittlerweile ist das im Unterricht inkludiert und wir versuchen Themen da auch anzusprechen. Momentan mehr auf so ein bisschen mehr auf Sexismus bezogen, aber Rassismus taucht da eben auch auf. Und es ist tatsächlich immer wieder so, dass es Gruppen gibt, in denen nur die Hälfte der Auszubildenden überhaupt erkennt, dass es diese Probleme gibt und anfängt, es zu reflektieren. Wir versuchen jederzeit darauf aufmerksam zu machen, was aber teilweise deutlich schwerer fällt, weil natürlich auch im Kollegium noch nicht alle die komplette Sensibilisierung haben und ich persönlich zum Beispiel auch mehr auf auf das Sexismus Thema quasi gepolt bin als auf Rassismus. Aber sobald mir was auffällt, gibt das ein Kommentar. Und wenn es nicht aufhört, dann gibt es ein Gespräch um den Auszubildenden, das natürlich deutlich zu machen, dass das ein Thema ist, mit dem wir uns beschäftigen und dass das nichts mit einer professionellen Arbeitsweise zu tun hat. #00:20:25-8#

I: Und nach deinen neun, acht Jahren Berufserfahrung kannst du sagen, dass es im städtischen Bereich mehr Kommentare gibt oder eher im ländlichen. Oder ist es nicht vergleichbar? #00:20:39-7#

B: Also es ist reine Spekulation. Ich würde fast sagen (husten), dass es im städtischen Rettungsdienst häufiger ist. Weil aber auch die Patienten/ (husten). Weil aber auch die Patientenanzahl viel häufiger ist.Und ich glaube, die Wahrscheinlichkeit, dass du, wenn du im ländlichen Rettungsdienst Bereich tätig bist, auf ein Ausländer triffst, dort eine rassistische Bemerkung hast, größer ist als bei im städtischen Rettungsdienst Bereich. Obwohl die rassistischen Äußerungen in der absoluten Zahl häufiger sind, weil die Einsätze häufiger sind. Aber ich im städtischen Rettungsdienst natürlich/ Ich würde fast sagen, dass es keinen Tag gibt, wo ich nicht einen nicht typisch deutschen weißen Mann fahre, sondern eine andere soziale Herkunft oder sonst irgendwas als auf dem Land. Weil da ist es so selten und wenn, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich rassistisch geäußert wird, hoch. #00:21:40-3#

I: Ja, und kannst du bei den, bei den Kollegen, die solche Äußerungen machen, sind es tendenziell eher ältere, eher jüngere, eher Männer eher Frauen? Oder kann man da auch nicht wirklich Schlüsse ziehen? #00:21:52-9#

B: (...) Ebenfalls spekulativ würde ich/ Also mein erster Gedanke war ältere Personen. Was sich aber, glaube ich, für mich persönlich nicht bestätigen lässt, sondern ich es wirklich aufs männliche Geschlecht beziehen würde. Weil es auch viele junge Leute sind, die/ (...) Und also ohne dass ich/ Also es auch rein spekulativ ist, sind häufig die, die vielleicht nicht den höchsten Bildungsstand haben. #00:22:26-3#

I: Ja. #00:22:27-7#

B: Also Männer generell, VIELLEICHT eher ältere, aber AUCH jüngere und welche, die einen niedrigeren Bildungs oder einen nicht so hohen Bildungsabschluss haben. #00:22:38-3#

I: Ja. Und in der Schule ist es ja schon sehr gut, dass ihr generell das Thema ansprecht und nicht stumpf weiter reproduziert. #00:22:53-7#

B: Soll ich noch was zum/ also ich hätte noch tatsächlich eine Erfahrung, wo ich noch ein bisschen was zu erzählen könnte. #00:23:00-5#

I: Ja, unbedingt. #00:23:00-5#

B: Zum Kollegium auf der Rettungswache. Wir haben/ Also ich noch im städtischen Rettungsdienst Bereich tätig war, wurde eine Kollegin eingestellt, die ein Kopftuch getragen hat. Das wussten wir erst gar nicht, weil wir nur wussten okay, wir kriegen eine neue Kollegin. Aber es war relativ schnell so, dass über diese Kollegin mit Abstand am meisten gesprochen wurde, weil sie einen nichtdeutschen oder deutsch typischen Namen hatte. Und sie von Kollegen beim Vorstellungsgespräch gesehen wurde. Dort gesehen wurde, dass sie ein Kopftuch trägt. Und bevor ich sie das erste Mal gesehen habe, glaube ich, schon so viel über sie gehört habe, wie über/ oder so viel über sie spekuliert wurde wie über die letzten zehn Leute davor nicht, die eingestellt wurden. Und ohne, dass wir sie kannten, ohne, dass Hintergründe zu ihr oder zu ihren Entscheidungen bekannt waren, wurde darüber diskutiert, wie denn der Rettungsdienst überhaupt mit einem Kopftuch vereinbar sei und wie es denn sein könnte, dass sie überhaupt eingestellt wird. Und es ging quasi so weit, dass bevor sie überhaupt angefangen hat, die Kollegen bei der Arbeitssicherheit und bei den Desinfektoren waren, um ja auf eigene Selbstjustiz nachzuprüfen, ob es denn überhaupt machbar wäre, mit einem Kopftuch Rettungsdienst zu fahren oder auf dem KTW oder auf dem RTW eingesetzt zu werden. Genau, die Führung hat sich da/ Und ich glaube auch, dass da ein ganz großes Problem herrscht, damit GAR NICHT weiter beschäftigt. Die Führung WUSSTE das, dass das im Kollegium passiert, hat nichts gemacht, also hat es einfach alles so weiterlaufen lassen, diese ganze Maschinerie, die da gestartet ist und (...) so war ihr Einstieg, war gar nicht leicht. Es wurde auch sie dann regelmäßig gefragt, wie sie meint, das machen zu zu müssen. Und es ging so weit, dass sich darüber unterhalten wurde, ob (...) Muslima/ Genau weil sich das Kopftuch auf die Frauen bezieht. Ob die Muslima, ob das erlaubt sein sollte, dass die im Rettungsdienst arbeiten? Spannend war da (lachen) von der Sozialstruktur her, dass wir eine Muslima im Kollegium hatten, von der es kaum jemand wusste, weil sie kein Kopftuch trägt und die dann natürlich sich erst mal beschwert hat, die Führung aber auch da nichts gemacht hat. Sie hat das dann eher so im eigenen Kreis geregelt und dann verstummte die ganze Diskussion eigentlich auch erstmal wieder. Aber als die Kollegin dann da war, wurde halt das nicht mehr auf das, also auf den Islam generell, sondern auf das Kopftuch als solches gemünzt, also nicht mehr nur auf die ganze Religion, sondern dann auf speziell die Entscheidung, ein Kopftuch zu tragen. Genau. Die andere Kollegin, die relati/ oder eigentlich jedes Jahr am Ramadan teilnimmt, kann eigentlich jedes Jahr auch noch mal erläutern, wie sie denn quasi über den Dienst heraus sicherstellt, dass sie denn leistungsfähig wäre, obwohl sie quasi an dem Fasten teilnimmt. Und da muss ich ganz ehrlich sagen, das finde ich, ohne dass man sich damit beschäftigt, was die überhaupt dürfen, weil es wird ja nicht sechs Wochen lang komplett gefastet und ohne dass man weiß, warum man das macht, wie man das macht, wie die genau sich in der Zeit ernähren. Darüber zu urteilen, ob das in Ordnung ist oder nicht, muss ich sagen, finde ich eine finde ich eine Frechheit. Weil wenn jemand zu Ostern fastet im Christentum, dann wird da ja auch nichts zugesagt. Oder wenn jemand eine Darmkur macht oder Heilfasten oder keine Ahnung was, da hat man sich auch nicht einzumischen. #00:26:53-7#

I: sechzehn zu acht Intervallfasten. #00:26:55-6#

B: Genau. Mal davon abgesehen, dass in der Zeit dann gar nichts/ oder zum Beispiel beim Heilfasten oder bei sowas, ja KOMPLETT gefastet wird, was ja beim Ramadan gar nicht der Fall ist. Ja, genau. Also das war ein prägendes Erlebnis gegenüber der Kollegin, die natürlich auch nicht lange geblieben ist. Dann den Rettungsdienst Bereich gewechselt hat und da bessere Erfahrungen wohl gemacht hat. #00:27:17-9#

I: Die eine die Kollegin, die neu eingestellte, die mit dem Kopftuch oder die andere? #00:27:22-6#

B: Beide sind nicht mehr da, weil die eine studieren gegangen ist, aber die mit dem Kopftuch hat die Rettungswache gewechselt und dann auch ihre Notfallsanitäter-Ausbildung angefangen, weil auch hier die Kollegen zu ihr gesagt haben, dass sie (...) Also. Das hatte nichts mit der Führung zu tun, sondern es war nur zwischen den Kollegen. Aber die jetzt schon gesagt haben, dass ihre Chancen mit der Herkunft nicht gut stehen würden. #00:27:50-5#

I: (...) Da fällt mir echt nichts zu ein. Okay. Krass. Also. #00:28:01-7#

B: Ja. Also, ich muss ehrlich gestehen, ganz ehrlich, ich war auch gespannt, wie sie das macht, weil vom Sicherheitsaspekt her ist das ja schon relevant. Wenn ich keinen Muff oder keinen Schal tragen darf, wie sie das macht. Aber ich muss sagen, dass es für mich eher einfach/ Also ich habe es als Auflockerung gesehen oder war einfach gespannt, welchen neuen Weg wir gehen, anstatt zu sagen, dass das nicht geht, weil sie eine andere Herkunft hat. Also ich war auch gespannt auf sie, aber mit, finde ich, halt einer ganz andere Motivation, sondern ich habe mich eher gefreut, dass jemand kommt, der das mal aufbricht irgendwie. Und mal zeigt, dass es halt auch anders geht, anstatt dass man halt mit so einer Skepsis und Argwohn und Feindseligkeit irgendwo ja auch schon dem entgegenkommt. #00:28:55-3#

I: Und dann sogar einer Kollegin. Und also die ganzen Fragen bezogen sich ja jetzt eher auf die Patientenversorgung. Aber gerade dass das dann bei Kolleg:innen halt auch so passiert finde ich richtig übel. #00:29:08-6#

B: Einen Fall hatten wir noch, das war auch ein südländischer Kollege, wo glaube ich über die/ Also das war unabhängig von der Religion. Das war immer wirklich nur aufs Aussehen gemünzt. Der hatte einige Probleme, der hat auch einige Probleme mit in den Betrieb reingebracht, weil am Ende dann bekannt wurde, dass er quasi ein paar Vorstrafen hat und dann auch mehrere Dienste nicht antreten konnte, weil er eben in irgendwelchen Orten von der Polizei eingefangen wurde, um seine Geldstrafen, die er nicht bezahlen konnte, im Gefängnis abzusitzen. Mal davon abgesehen, (lachen) dass Geldprobleme auch sich durch die deutsche Gesellschaft ziehen können und das wahrscheinlich auch viele Deutsche betrifft, war es natürlich so, dass dieser Fall, was wir natürlich so noch nie mitbekommen haben, dass wir jetzt einen Kollegen hatten, der ins Gefängnis muss. Natürlich aber ein willkommenes Geschenk war,dass derjenige ein von außen deutlich sichtbaren andere Herkunft hatte und eben dieses typische südländische Aussehen hatte, einen dementsprechenden Namen hatte. Und ja, es. (...) Einfach alles reingepackt hat, dass es eben nicht der weiße Deutsche war, sondern ein (...) Eine Person anderer Herkunft. #00:30:23-8#

I: Und da hat sich bei dem Gerede dann auch alles darauf bezogen//. #00:30:26-4#

B: // Ja Ja klar, also rein aufs Aussehen bezogen. Ausländer sind kriminell. Das war eigentlich so der Kern. Die Kernessenz. Unabhängig davon, dass es um nur um das Absitzen einer Geldstrafe

ging. Ja, der hatte seine Finanzen anscheinend nicht im Griff. Aber wie gesagt, das betrifft ja auch andere Personen. #00:30:45-0#

I: Na ja, alles klar. #00:30:46-7#

B: Ja, Dann. #00:30:47-9#

I: Vielen Dank für das Interview. #00:30:49-6#

B: Gerne. #00:30:50-5#

I: Und dann würde ich jetzt die Aufnahme stoppen.

Anhang IX: Ergebnisbericht aus f4analyse exportiert

CODES

Begriffsverständnis

In dieser Kategorie werden die Antworten auf die Fragen nach Begriffsdefinitionen festgehalten. Aus den gestellten Fragen ergibt sich zunächst die Subkategorie "Rassismus" mit den Antworten der Befragungspersonen auf die Frage, was sie unter Rassismus verstehen. Grundsätzlich sind alle Befragten in der Lage, Rassismus zu definieren. Rassismus ist demnach die Ausgrenzung einer Person oder Gruppierung auf Grund von äußeren und inneren Merkmalen. Genannte Beispiele für Merkmale sind Aussehen, Herkunft, Ethnie oder Glaubensrichtung. Allerdings finden alle Definitionen auf der individuellen und zwischenmenschlichen Ebene statt. Aspekte auf struktureller Ebene, wie Chancenungleichheit und andere weniger sichtbare Folgen von Rassismus werden nicht genannt.

Ein weiterer Subcode ist "Alltagsrassismus", in welchem die Passagen erfasst werden, die sich mit der Definition von Alltagsrassismus befassen. Lediglich eine der vier befragten Personen kann den Begriff nicht erklären. Die Übrigen können den Begriff korrekt einordnen. Alltagsrassismus ist demnach die alltägliche Konfrontation von betroffenen Personen mit Rassismus. Rassistische Kommentare und Äußerungen der Mehrheitsgesellschaft gegenüber anderen Menschen im alltäglichen Kontext werden als legitim empfunden. Alltagsrassismus findet im direkten zwischenmenschlichen Kontakt statt und ist die Form von Rassismus, die die Betroffenen am meisten erfahren. Gleichzeitig wird es von Menschen, die Alltagsrassismus ausleben, am wenigsten als problematisch empfunden.

Die nächste Unterkategorie "struktureller Rassismus" beinhaltet die Aussagen zur Frage, was struktureller Rassismus bedeutet. Lediglich eine von vier Befragungspersonen kann den Begriff "struktureller Rassismus" teilweise definieren. Struktureller Rassismus ist demnach die struktur-bedingte Benachteiligung und macht sich zum Beispiel in Form

von Chancenungleichheit im Leben und im Berufsleben bemerkbar. Institutionen, in denen Betroffene strukturellen Rassismus erfahren sind beispielweise Hochschulen und Betriebe.

"Diskriminierung" ist eine andere Subkategorie in dieser Hauptkategorie und umfasst die Antworten der Befragten zur Fragestellung, was sie unter Diskriminierung verstehen. Die genannten Definitionen der Befragungspersonen beziehen sich auf Aspekte, welche auf individueller Ebene stattfinden. Menschen können dementsprechend auf Grund von bestimmten Merkmalen Diskriminierung erfahren, beispielsweise wegen der sexuellen Orientierung, geschlechtlichen Identität oder Kultur. Diese Diskriminierung kann in Form von Ausgrenzung, Mobbing oder Beleidigungen auftreten. Keine der Befragungspersonen nennt Aspekte auf einer strukturellen Ebene, wie weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt oder im Bildungssystem.

Aus der Frage, ob Rassismus beabsichtigt, rassistisch sein muss ergibt sich der Subcode "Intention". Diese Frage wurde zwei Befragungspersonen gestellt. Beide glauben, dass Rassismus nicht intentionell sein muss, um rassistisch zu sein. Vieles von rassistischem Verhalten findet unterbewusst statt. Eine Befragungsperson vermutet, dass das unbewusste Aneignen von Verhalten Grund dafür ist und der rassistische Inhalt nicht als solcher erkannt werden kann.

Die letzte Unterkategorie ist "Rassismusproblem", in welcher die Passagen erfasst werden, in denen es darum geht, ob die befragten Personen an ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst glauben. Drei von vier Befragungspersonen glauben, dass ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst existiert. Diese Einschätzung kann nicht empirisch belegt werden.

Die Hauptkategorie "Begriffsverständnis" und die erhobenen Antworten zeigen, dass Wissen über die Thematik meist nur oberflächlich besteht. Durch mangelndes Wissen über Rassismus und rassistische Phänomene kann beobachtetes Verhalten nur schwer als rassistisch eingeordnet werden. Auch die Reflexion des eigenen Handelns und eigener Aussagen in Bezug auf Rassismus ist ohne Hintergrundwissen nicht möglich. Durch das Nutzen von Begriffen wie "Rasse" zeigt sich ebenfalls, dass das Wissen über Rassismus ausbaufähig ist, da es keine menschlichen Rassen gibt.

„Was ist für dich Rassismus? #00:01:54-4#

B: Die Ausgrenzung einer Person oder einer Gruppierung aufgrund äußerer und innerer Merkmale. Das kann von außen natürlich optische Gründe haben, die man sicherlich sofort erkennen kann. Klassisch irgendwie. Das sofortige Denken an Kopftuch oder ähnliches, aber gilt auch für kulturellen oder religiösen Background, sodass man dann als Rassismus dieses abstoßende oder abwertende Verhalten aus meiner Perspektive hauptsächlich damit assoziiert.“ (Interview1-m-28, Absatz 21 - 22)

„Sagt dir der Begriff Alltagsrassismus was? Kannst du das definieren? #00:02:32-1#

B: Die klassische Definition dafür ist mir nicht geläufig. Ich könnte mir das einfach herleiten aus beiden Begriffen. Das heißt also, im alltäglichen Kontext bin ich vielleicht mit Rassismus schon konfrontiert oder was ich im Alltag damit erlebe und erlebt habe. Und das hat ja dann keinen Bezug auf den beruflichen Kontext, sondern so wie ich durch die Stadt laufe oder vielleicht auch Gruppierungen aufeinandertreffen, politische Diskussionen stattfinden oder ähnliches.“ (Interview1-m-28, Absatz 23 - 24)

„und institutioneller oder struktureller Rassismus? #00:03:08-3#

B: Habe ich schon mal gehört, kann ich bestimmt nicht hundertProzentig sicher wiedergeben, aber ist dann ja schon auf die verschiedenen Strukturen oder auf die verschiedenen Organe hier Institutionen zurückzuziehen, zu begreifen, wie das dann dort stattfindet, beispielsweise in einem Betrieb, in der Hochschule oder wo auch immer“ (Interview1-m-28, Absatz 25 - 26)

„B: Ja. (...) Diskriminierung ist das Ausgrenzen bis hin zu Mobbing, ergo Runtermachen, negatives Verhalten gegenüber einer Gruppe oder einem Individuum“ (Interview1-m-28, Absatz 29)

„Ich denke es gibt kein spezielles oder kein großes spezielles Rassismusproblem im Rettungsdienst.“ (Interview1-m-28, Absatz 33)

„Was verstehst du unter Rassismus? #00:02:09-2#

B: (...) Das ist tatsächlich Gott. Also, was ich darunter verstehe, ist, dass. (...) Wie sagt man das jetzt am besten? #00:02:23-7#

I: Einfach. Irgendwie. #00:02:26-8#

B: Ja, das (...) Etwas gegen (...) Rasse, Aussehen, Herkunft oder irgendetwas anderen eines Menschen haben, aufgrund einer anderen Ethnie, einer anderen Einstellung (...) einer anderen Glaubensrichtung oder so was.“ (Interview2-m-30, Absatz 13 - 16)

„Kannst du mit dem Begriff Alltagsrassismus etwas anfangen? #00:02:54-5#

B: (...) Oh. Ich glaube eher nicht“ (Interview2-m-30, Absatz 17 - 18)

„Und institutioneller oder struktureller Rassismus. Sagt dir das was? #00:03:10-6#

B: Da muss ich leider auch passen.“ (Interview2-m-30, Absatz 19 - 20)

„Und der Begriff Diskriminierung. Was verstehst du darunter? #00:03:19-6#

B: (...) Ja eine eine Form von Unterdrückung, auch aufgrund von Rasse, Aussehen, Hautfarbe und Glaubensrichtung. Oder halt natürlich auch noch auf Grund anderer persönlicher Meinungen, die man nicht teilt.“ (Interview2-m-30, Absatz 21 - 22)

„Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:04:18-5#

B: Ja, denke ich.“ (Interview2-m-30, Absatz 23 - 24)

„Also was verstehst du unter Rassismus? #00:01:54-2#

B: Platt gesagt Ausländerfeindlichkeit und Ausgrenzung von Minderheiten. Ganz simpel erstmal gesagt“ (Interview3-m-27, Absatz 15 - 16)

„Kannst du mit dem Begriff Alltagsrassismus was anfangen und eventuell erklären? #00:02:22-6#

B: Vielleicht treffe ich jetzt nicht die offizielle Definition, aber darum geht es ja auch nicht. Also Alltagsrassismus. Glaube ich. Habe ich so verstanden, dass letztendlich. Für die Leute, die sozusagen sich im Ton vergreifen oder eben. Also es ist für die Leute völlig normal in ihrem täglichen Gebrauch von Wörtern und in der täglichen Kommunikation mit den Kollegen jetzt im Rettungsdienst-Fall zum Beispiel eben immer wieder rassistische und ausländerfeindliche Kommentare zu lassen und es ist legitimiert. Es stößt sich daran offiziell niemand an. Sagen wir es mal so.“ (Interview3-m-27, Absatz 17 - 18)

„und Institutioneller Rassismus? #00:03:20-9#

B: Schwieriger auf jeden Fall. (...) Kannst du mir/ Hast du noch ein anderes Wort dafür? #00:03:39-0#

I: Ja, Man kann es auch als strukturellen Rassismus bezeichnen. Also, es ist ähnlich. #00:03:43-7#

B: Ich glaub erklären kann ich das jetzt tatsächlich nicht.“ (Interview3-m-27, Absatz 19 - 22)

„Naja, Diskriminierung ist halt letztendlich, dass ich eine konkrete Person aufgrund einer Eigenschaft letztendlich mobbe oder beleidige oder ausgrenze zum Beispiel. Ja. #00:04:23-5#

I: Okay. #00:04:25-7#

B: Also Eigenschaft. Auch nicht nur Eigenschaft, sondern vielleicht auch eben Herkunft oder sexuelle Ausrichtung oder oder oder“ (Interview3-m-27, Absatz 26 - 28)

„Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:05:18-4#

B: Ja.“ (Interview3-m-27, Absatz 31 - 32)

„Hm, also Rassismus bedeutet für mich, dass Menschen aufgrund ihrer Rasse, also ihrer Herkunft, ihrer kulturellen oder halt auch örtlichen Herkunft, quasi diskriminiert werden und ausgegrenzt werden und eben negative Erfahrungen erleben, die sich darauf zurück schließen lassen, dass sie aus einem fremden Land kommen beziehungsweise einem anderen Land als in dem wir hier sind. Aber auch eine andere Kultur. Also auch gegenüber Menschen, die anders aussehen oder sich anders verhalten, selbst wenn sie hier wohnen“ (Interview4-w-27, Absatz 14)

„Sagt dir der Begriff Alltagsrassismus was? Und kannst du das definieren? Hm. #00:02:43-4#

B: Also ich könnte nur sagen, was ich darunter verstehen würde (...) es würde glaube ich, für mich bedeuten, dass. (...) Der Rassismus. Also der ist ein bisschen weniger dolle vielleicht als ein struktureller, organisatorischer Rassismus, der sich über über große Gebiete zieht, sondern eher zwischenmenschlich wirklich IM Alltag verortet. Und ich glaube, das könnte auch der Rassismus sein, den die betroffenen Personen am meisten spüren und von denen, die es ausüben, am wenigsten gesehen wird. Also ich könnte mir vorstellen, dass die Leute das gar nicht/ Also die, die Alltagsrassismus leben, merken es nicht. häufig.“ (Interview4-w-27, Absatz 15 - 16)

„Und institutioneller Rassismus, du hattest das ja eben schon mal so erwähnt. Was ist das für dich? #00:03:40-5#

B: Also ich kenne die Begrifflichkeit nicht hundertProzentig. Ich könnte mir da zwei verschiedene Sachen drunter vorstellen. Einmal das quasi auch von den Strukturen, die wir hier bei uns haben, Leute halt einfach weniger Chancen haben, weniger Geld bekommen, weniger Jobchancen haben. Also alles das, was ich eher so ein bisschen gröber zieht. Dann aber auch, dass man vielleicht schon auch noch sagen könnte, dass es flächendeckend einfach so ist, dass Leute nicht nur in ihrem Alltag, sondern auch in allen möglichen Sachen Rassismus erfahren. Aber hundertProzentig weiß ich nicht.“ (Interview4-w-27, Absatz 17 - 18)

„Du hast gesagt, dass die Leute das nicht merken, wenn sie es ausüben. Muss rassistisches Verhalten immer mit Absicht sein? #00:04:28-2#

B: Nee, also natürlich muss es auf keinen Fall mit Absicht sein. Gerade wenn man es nicht merkt, kann es auch Rassismus sein. Ich würde nur sagen, dass die Leute häufig wahrscheinlich erst gar nicht merken, dass es einer ist. Also nicht, dass sie es nur nicht wollen, sondern auch, dass sie halt es nicht merken. Viele werden es auch mit Absicht machen, aber ich könnte mir vorstellen, dass es eher so ein unterbewusstes, anerzogenes Verhalten ist, was man so mitgegeben bekommen hat und es abstreiten würde, wenn einem jemand vorwerfen würde, "hier das ist rassistisch", dann würden die meisten wahrscheinlich sagen "wieso?" und das gar nicht unbedingt merken. Würde ich mir zumindest vorstellen.“ (Interview4-w-27, Absatz 19 - 20)

„Genau also Diskriminierung ist für mich, dass Menschen ein/ (...) Negative Gefühle empfinden, aufgrund eines bestimmten Merkmals aber durch andere Leute getriggert.

Also nicht, dass sie sich selber damit nicht gut fühlen als solches, sondern dass durch Personen getriggert, man eben Ausgrenzung erlebt, sich weniger wert fühlt, nicht wertgeschätzt wird und das eben letzendlich aufgrund eines bestimmten Merkmals. Egal ob geschlechtliche Orientierung oder geschlechtliche Identität oder sexuelle Orientierung oder halt soziale Herkunft, Kultur. Ja, so würde ich es beschreiben“ (Interview4-w-27, Absatz 22)

„Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:06:11-5#

B: (...) Also pauschal würde ich erst mal sagen ja. Es fällt mir schwer, das anhand jetzt so richtig zu greifen, weil ich jetzt natürlich immer denken will, okay, um zu sagen, dass es ein Problem ist, wie häufig kommt es wirklich vor? So kann ich nicht so richtig was sagen.“ (Interview4-w-27, Absatz 23 - 24)

Begriffsverständnis — Rassismusproblem

Diese Kategorie dient, um festzustellen, ob "Rassismus" ein Begriff ist, der erklärt und verstanden werden kann. Im Interview-Leitfaden wird nach strukturellem Rassismus und Alltagsrassismus gefragt. Außerdem nach der Definition von Diskriminierung. Erfasst werden die Definitionen und Auslegungen, die durch die Befragungspersonen bei der Frage genannt werden. Drei von vier Befragungspersonen glauben, dass ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst existiert.

„Ich denke es gibt kein spezielles oder kein großes spezielles Rassismusproblem im Rettungsdienst.“ (Interview1-m-28, Absatz 33)

„Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:04:18-5#

B: Ja, denke ich.“ (Interview2-m-30, Absatz 23 - 24)

„Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:05:18-4#

B: Ja.“ (Interview3-m-27, Absatz 31 - 32)

„Glaubst du grundsätzlich, dass es ein Rassismusproblem im deutschen Rettungsdienst gibt? #00:06:11-5#

B: (...) Also pauschal würde ich erst mal sagen ja. Es fällt mir schwer, das anhand jetzt so richtig zu greifen, weil ich jetzt natürlich immer denken will, okay, um zu sagen, dass

es ein Problem ist, wie häufig kommt es wirklich vor? So kann ich nicht so richtig was sagen.“ (Interview4-w-27, Absatz 23 - 24)

Begriffsverständnis — Intention

Codiert werden die Antworten auf die Frage, ob Rassismus beabsichtigt und verletzend sein muss um als rassistisch zu gelten. Rassismus muss nicht intentionell sein, um rassistisch zu sein. Vieles von rassistischem Verhalten findet unterbewusst statt. Eine Befragungsperson vermutet, dass das unterbewusste Aneignen von Verhalten Grund dafür ist und der rassistische Inhalt nicht als solcher erkannt werden kann.

„Muss für dich Rassismus immer beabsichtigt sein, um rassistisch zu sein? #00:04:06-7#

B: Nein, ich glaube, ganz vieles findet unterbewusst statt.“ (Interview1-m-28, Absatz 30 - 31)

„Nee, also natürlich muss es auf keinen Fall mit Absicht sein. Gerade wenn man es nicht merkt kann es auch Rassismus sein. Ich würde nur sagen, dass die Leute häufig wahrscheinlich erst gar nicht merken, dass es einer ist. Also nicht, dass sie es nur nicht wollen, sondern auch, dass sie halt es nicht merken. Viele werden es auch mit Absicht machen, aber ich könnte mir vorstellen, dass es eher so ein unterbewusstes, anerzogenes Verhalten ist, was man so mitgegeben bekommen hat und es abstreiten würde, wenn einem jemand vorwerfen würde, "hier das ist rassistisch", dann würden die meisten wahrscheinlich sagen "wieso?" und das gar nicht unbedingt merken. Würde ich mir zumindest vorstellen.“ (Interview4-w-27, Absatz 20)

Begriffsverständnis — Diskriminierung

Codiert werden Antworten auf die Frage nach der Definition von Diskriminierung.

Die Definitionen der Befragungspersonen zur Frage nach Diskriminierung beziehen sich auf Aspekte, welche auf individueller Ebene stattfinden. Menschen können auf Grund von bestimmten Merkmalen Diskriminierung erfahren, beispielsweise auf Grund der sexuellen Orientierung, geschlechtlichen Identität oder Kultur. Diese Diskriminierung kann in Form von Ausgrenzung, Mobbing oder Beleidigungen auftreten. Keine der Befragungspersonen nennt Aspekte auf einer strukturellen Ebene wie weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt oder im Bildungssystem.

„Ja. (...) Diskriminierung ist das Ausgrenzen bis hin zu Mobbing, ergo Runtermachen, negatives Verhalten gegenüber einer Gruppe oder einem Individuum“ (Interview1-m-28, Absatz 29)

„Ja eine eine Form von Unterdrückung, auch aufgrund von Rasse, Aussehen, Hautfarbe und Glaubensrichtung. Oder halt natürlich auch noch auf Grund anderer persönlicher Meinungen, die man nicht teilt.“ (Interview2-m-30, Absatz 22)

„Naja, Diskriminierung ist halt letztendlich, dass ich eine konkrete Person aufgrund einer Eigenschaft letztendlich mobbe oder beleidige oder ausgrenze zum Beispiel. Ja. #00:04:23-5#

I: Okay. #00:04:25-7#

B: Also Eigenschaft. Auch nicht nur Eigenschaft, sondern vielleicht auch eben Herkunft oder sexuelle Ausrichtung oder oder oder“ (Interview3-m-27, Absatz 26 - 28)

„Genau also Diskriminierung ist für mich, dass Menschen ein/ (...) Negative Gefühle empfinden, aufgrund eines bestimmten Merkmals aber durch andere Leute getriggert. Also nicht, dass sie sich selber damit nicht gut fühlen als solches, sondern dass durch Personen getriggert, man eben Ausgrenzung erlebt, sich weniger wert fühlt, nicht wertgeschätzt wird und das eben letzendlich aufgrund eines bestimmten Merkmals. Egal ob geschlechtliche Orientierung oder geschlechtliche Identität oder sexuelle Orientierung oder halt soziale Herkunft, Kultur. Ja, so würde ich es beschreiben“ (Interview4-w-27, Absatz 22)

Begriffsverständnis — struktureller Rassismus

Codiert werden alle Antworten auf die Frage, nach der Definition von strukturellem Rassismus.Lediglich eine von vier Befragungspersonen kann den Begriff "struktureller Rassismus" definieren. Struktureller Rassismus ist demnach die struktur-bedingte Benachteiligung und macht sich zum Beispiel in Form von Chancenungleichheit im Leben und im Berufsleben bemerkbar.

„Habe ich schon mal gehört, kann ich bestimmt nicht hundertProzentig sicher wiedergeben, aber ist dann ja schon auf die verschiedenen Strukturen oder auf die verschiedenen Organe hier Institutionen zurückzuziehen, zu begreifen, wie das dann dort stattfindet, beispielsweise in einem Betrieb, in der Hochschule oder wo auch immer“ (Interview1-m-28, Absatz 26)

„Und institutioneller oder struktureller Rassismus. Sagt dir das was? #00:03:10-6#

B: Da muss ich leider auch passen.“ (Interview2-m-30, Absatz 19 - 20)

„Schwieriger auf jeden Fall. (...) Kannst du mir/ Hast du noch ein anderes Wort dafür? #00:03:39-0#

I: Ja, Man kann es auch als strukturellen Rassismus bezeichnen. Also, es ist ähnlich. #00:03:43-7#

B: Ich glaub erklären kann ich das jetzt tatsächlich nicht.“ (Interview3-m-27, Absatz 20 - 22)

„Also ich kenne die Begrifflichkeit nicht hundertProzentig. Ich könnte mir da zwei verschiedene Sachen drunter vorstellen. Einmal das quasi auch von den Strukturen, die wir hier bei uns haben, Leute halt einfach weniger Chancen haben, weniger Geld bekommen, weniger Jobchancen haben. Also alles das, was ich eher so ein bisschen gröber zieht. Dann aber auch, dass man vielleicht schon auch noch sagen könnte, dass es flächendeckend einfach so ist, dass Leute nicht nur in ihrem Alltag, sondern auch in allen möglichen Sachen Rassismus erfahren. Aber hundertProzentig weiß ich nicht.“ (Interview4-w-27, Absatz 18)

Begriffsverständnis — Alltagsrassismus

Codiert werden alle Antworten auf die Frage nach der Definition von Alltagsrassismus. Alltagsrassismus ist die alltägliche Konfrontation mit Rassismus. Rassistische Kommentare und Äußerungen der Mehrheitsgesellschaft gegenüber anderen Menschen im alltäglichen Kontext werden als legitim empfunden. Alltagsrassismus finden im direkten zwischenmenschlichen Kontakt statt und ist die Form von Rassismus, die Betroffenen am meisten erfahren. Gleichzeitig wird es von Menschen die Alltagsrassismus ausleben am wenigsten als problematisch empfunden.

„Die klassische Definition dafür ist mir nicht geläufig. Ich könnte mir das einfach herleiten aus beiden Begriffen. Das heißt also, im alltäglichen Kontext bin ich vielleicht mit Rassismus schon konfrontiert oder was ich im Alltag damit erlebe und erlebt habe. Und das hat ja dann keinen Bezug auf den beruflichen Kontext, sondern so wie ich durch die Stadt laufe oder vielleicht auch Gruppierungen aufeinandertreffen, politische Diskussionen stattfinden oder ähnliches.“ (Interview1-m-28, Absatz 24)

„Kannst du mit dem Begriff Alltagsrassismus etwas anfangen? #00:02:54-5#

B: (...) Oh. Ich glaube eher nicht“ (Interview2-m-30, Absatz 17 - 18)

„B: Vielleicht treffe ich jetzt nicht die offizielle Definition, aber darum geht es ja auch nicht. Also Alltagsrassismus. Glaube ich. Habe ich so verstanden, dass letztendlich. Für die Leute, die sozusagen sich im Ton vergreifen oder eben. Also es ist für die Leute völlig normal in ihrem täglichen Gebrauch von Wörtern und in der täglichen

Kommunikation mit den Kollegen jetzt im Rettungsdienst-Fall zum Beispiel eben immer wieder rassistische und ausländerfeindliche Kommentare zu lassen und es ist legitimiert. Es stößt sich daran offiziell niemand an. Sagen wir es mal so.“ (Interview3-m-27, Absatz 18)

„B: Also ich könnte nur sagen, was ich darunter verstehen würde (...) es würde glaube ich, für mich bedeuten, dass. (...) Der Rassismus. Also der ist ein bisschen weniger dolle vielleicht als ein struktureller, organisatorischer Rassismus, der sich über über große Gebiete zieht, sondern eher zwischenmenschlich wirklich IM Alltag verortet. Und ich glaube, das könnte auch der Rassismus sein, den die betroffenen Personen am meisten spüren und von denen, die es ausüben, am wenigsten gesehen wird. Also ich könnte mir vorstellen, dass die Leute das gar nicht/ Also die, die Alltagsrassismus leben, merken es nicht. häufig.“ (Interview4-w-27, Absatz 16)

Begriffsverständnis — Rassismus

Codiert werden alle Antworten auf die Frage nach der Definition von Rassismus. Rassismus ist die Ausgrenzung einer Person oder Gruppierung auf Grund von äußeren und inneren Merkmalen. Beispiele für Merkmale sind Aussehen, Herkunft, Ethnie oder Glaubensrichtung.

„B: Die Ausgrenzung einer Person oder einer Gruppierung aufgrund äußerer und innerer Merkmale. Das kann von außen natürlich optische Gründe haben, die man sicherlich sofort erkennen kann. Klassisch irgendwie. Das sofortige Denken an Kopftuch oder ähnliches, aber gilt auch für kulturellen oder religiösen Background, sodass man dann als Rassismus dieses abstoßende oder abwertende Verhalten aus meiner Perspektive hauptsächlich damit assoziiert.“ (Interview1-m-28, Absatz 22)

„Ja, das (...) Etwas gegen (...) Rasse, Aussehen, Herkunft oder irgendetwas anderen eines Menschen haben, aufgrund einer anderen Ethnie, einer anderen Einstellung (...) einer anderen Glaubensrichtung oder so was.“ (Interview2-m-30, Absatz 16)

„Platt gesagt Ausländerfeindlichkeit und Ausgrenzung von Minderheiten. Ganz simpel erstmal gesagt“ (Interview3-m-27, Absatz 16)

„Hm, also Rassismus bedeutet für mich, dass Menschen aufgrund ihrer Rasse, also ihrer Herkunft, ihrer kulturellen oder halt auch örtlichen Herkunft, quasi diskriminiert werden und ausgegrenzt werden und eben negative Erfahrungen erleben, die sich darauf zurück schließen lassen, dass sie aus einem fremden Land kommen beziehungsweise einem anderen Land als in dem wir hier sind. Aber auch eine andere Kultur. Also auch gegenüber Menschen, die anders aussehen oder sich anders verhalten, selbst wenn sie hier wohnen“ (Interview4-w-27, Absatz 14)

Lösungen

In dieser Hauptkategorie geht es um genannte Lösungsvorschläge, um rassistischen Einstellungen im Rettungsdienst zukünftig vorzubeugen und gegenwärtig zu unterbinden. Diese wurden in verschiedene Unterkategorien sortiert. Die erfassten Vorschläge sind endweder durch die Befragungsperson direkt als Lösungsvorschlag deklariert oder ergeben sich aus der Aussage.

Zunächst ergibt sich daraus die Unterkategorie "Rettungsdienstschule", auch wenn sich die Lösungsvorschläge ausschließlich auf die Ausbildung an Notfallsanitäter:innenschulen beziehen. Alle interviewten Personen, die etwas zu dieser Kategorie beisteuern konnten, sind dreijährig ausgebildet worden und dementsprechend mehr auf die Ausbildung von Notfallsanitäter:innen geprägt als von Rettungssanitäter:innen. In dieser Kategorie werden Lösungsmöglichkeiten erfasst, welche im Rahmen der schulischen Ausbildung an der Notfallsanitäter:innenschule ergriffen werden können, um rassistische Einstellungen zu unterbinden.

Die Subkategorie "Rettungsdienstschule" wird in weitere Subcodes eingeordnet. Eine Subkategorie, die sich aus den codierten Aussagen ergibt, befasst sich mit dem Lehrpersonal. Laut den Aussagen der Befragungspersonen sollte Lehrpersonal an Notfallsanitäterschulen geeignet qualifiziert sein, um Lernende zu unterrichten. Das Lehrpersonal sollte ein berufspädagogisches Studium absolviert haben und den Beruf aus Überzeugung machen wollen, statt als Beförderungschance zu nutzen. Die Zusatzqualifikation der Praxisanleiter:in ist nicht ausreichend, um guten Unterricht zu machen. Des Weiteren sollte Lehrpersonal für Themen wie Sexismus und Rassismus sensibilisiert werden, um diese Sensibilisierung wiederum an Lernende zu vermitteln und in den Unterricht einfließen zu lassen.

Die andere Subkategorie "Unterricht" befasst sich mit dem Unterricht im Rahmen der Notfallsanitäter:innenausbildung an den Schulen, sowie den Lerninhalten. Gemäß der Befragugspersonen sollte bei der Ausbildung von angehenden Notfallsanitäter:innen auf die Vermittlung und den Erhalt von Werten geachtet werden, um die Sozialkompetenz zu fördern. Themen wie Rassismus und Sexismus sollten teil des Lerninhaltes sein. Wenn Auszubildende im Unterricht durch diskriminierende Kommentare auffallen, sollten

Lehrpersonen darauf aufmerksam machen und bei einem erneuten Vorfall ein Gespräch führen, um zu vermitteln, dass ein solches Verhalten nicht professionell ist. Eine Befragungsperson suggeriert, dass bereits an allgemeinbildenden Schulen mehr getan werden sollte, um das Sozialverhalten zu verbessern, jedoch ist der Aspekt im Rahmen dieser Forschungsarbeit fehlplatziert und wird deswegen nicht weiter aufgegriffen.

Der nächste Subcode für genannte Lösungsmöglichkeiten "strukturelle Ebene" wird ebenfalls in weitere Unterkategorien eingeteilt. Um auf struktureller Ebene eines Rettungsdienstes rassistisch-diskriminierende Einstellungen und das damit verbundene Verhalten zu unterbinden, werden in dieser Subkategorie mehrere Lösungsmöglichkeiten genannt. Alle dieser Optionen finden auf struktureller Ebene statt, also von Führungskräften wie Rettungdienstleiter:innen, Geschäftsführer:innen und entfernt weitere Leitungspositionen wie Rettungswachenleiter:innen.

Zunächst ergibt sich der Subcode "Auswahlkriterien von Personal". Gemeint sind sowohl die Kriterien für Bewerber:innen für die Notfallsanitäter:innen-ausbildung, als auch für bereits ausgebildetes Personal, welches sich in einem neuen Betrieb bewirbt. Die Kriterien zur Auswahl für geeignetes Rettungsdienstpersonal beschränken sich, neben der gesundheitlichen Eignung, meist auf (Schul)Noten und das eintragslose Führungszeugnis. Menschen, die im Rettungsdienst arbeiten, sollten in einem hohen Maß über Sozialkompetenz verfügen. Diese muss erhoben werden, beispielsweise durch Fragebögen oder das genaue Beobachten und Beurteilen des Verhaltens über einen längeren Zeitraum. Falls dann auffällt, dass diese Personen auf Grund von mangelnder Sozialkompetenz nicht in den Beruf passen, sollte das der Person klar kommuniziert werden und von einer Weiterbeschäftigung abgesehen werden.

Eine weitere Maßnahme, die durch Führungspersonal getroffen werden kann um rassistischem Verhalten vorzubeugen ist die Aufklärung und Transparenz. Daraus ergibt sich die nächste Unterkategorie "Vorbeugung durch Aufklärung". Durch eine offene Gesprächsführung und das direkte Thematisieren von rassistischen Aussagen und Vorfällen, kann Rassismus zukünftig vorgebeugt werden. Im Idealfall muss es nicht erst zu einem Vorfall kommen. Durch das Erkennen von potenziellen Problemen zwischen Mitarbeitenden anderer Kulturen und eine rasche Klärung der möglichen Konfliktpunkte kann diskriminierendem Verhalten vorgebeugt werden. Eine Befragungsperson erzählt

dazu von einem Positivbeispiel aus dem eigenen Betrieb. Um Vorverurteilungen einer Muslima zu vermeiden, wurde durch den Rettungsdienstleiter noch vor Beschäftigungsbeginn für Aufklärung innerhalb des Betriebs über das Tragen von Kopftüchern im Rettungsdienst gesorgt. Außerdem wurden dienstliche Hijabs als Teil der persönlichen Schutzausrüstung für sie bestellt.

Der letzte Subcode zu Lösungen auf struktureller Ebene ist "mehr Diversität". In Deutschland haben etwa 27,3% (QUELLE) der Menschen einen Migrationshintergrund. Diese Zahl wird in den wenigsten Rettungsdiensten erreicht. Durch die Einstellung von mehr Personal außerhalb der Mehrheitsgesellschaft können Vorurteile gegenüber gewissen Bevölkerungsgruppen abgebaut werden. Gemäß der Aussagen der Befragungspersonen kann das Kennenlernen anderer Kulturen und deren Hintergründe hilfreich sein, um Vorurteile abzulegen und Offenheit gegenüber Neuem zu entwickeln.

Eine weitere Lösungsstrategie wurde in der Unterkategorie "Schulung / Teamtraining" zusammengefasst. Diese Maßnahme kann sowohl an Rettungsschulen als auch auf Rettungswachen implementiert werden, weswegen der Code keinem der vorangegangenen Kategorien zugeordnet ist. Teamtrainings können laut zwei der Befragungspersonen hilfreich sein, um das Miteinander zu fördern und Vorurteile abzubauen.

Die nächste Subkategorie ist "Kommunikation / Aufklärung". Sie beinhaltet Passagen, in denen die Kommunikation und Aufkärung von Mitmenschen als Löungsstrategie genannt oder suggeriert wird, um Vorurteile abzubauen oder deeskalierend zu wirken. Es wird nicht unterschieden, ob die Kommunikation innerhalb des Kollegiums oder im Umgang mit Patient:innen und Angehörigen stattfindet. Aus den Aussagen der Befragten ergibt sich Folgendes: Um rassistische Vorurteile abzubauen kann Aufklärung und offene Kommunikation hilfreich sein. Das Auseinandersetzen mit anderen Kulturen und Bräuchen hilft dabei, Diskrepanzen zu reduzieren. Durch das genaue Erklären der Maßnahmen im Einsatz kann Konfliktpotenzial mit Patient:innen und Angehörigen reduziert werden. Ergänzt wird der Subcode durch den fusionierten Code "Ressourcen nutzen", in welchem Ressourcen erfasst werden, die genutzt werden können, um mögliche Spannungsfelder im Vorhinein zu minimieren. Eine adäquate Kommunikation im Einsatz kann nur stattfinden, wenn sich alle Anwesenden verstehen können. Um das

zu gewährleisten, können Sprachapps, Dolmetscher oder sprachtalentierte Kolleg:innen hinzugezogen werden, um Sprachbarrieren zu überwinden.

Die letzte Unterkategorie ist "Selbstreflexion". Hier werden alle Aspeke erfasst, die Selbstreflexion und das Hinterfragen der eigenen Ansichten umfassen. Zusammenfassend ist Selbstreflexion eine notwendige Fähigkeit, um die bewusste und unbewusste Reproduktion von Rassismus zu vermeiden. Statt rassistische Vorurteile unbedarft weiterzuverbreiten, sollten eigene Erfahrungen und Einstellungen kritisch hinterfragt und eingeordnet werden, um professionell handeln zu können.

„Muss für dich Rassismus immer beabsichtigt sein, um rassistisch zu sein? #00:04:06-7#

B: Nein, ich glaube, ganz vieles findet unterbewusst statt.Die Frage ist, ob wir es dann ausleben, verkörpern oder ob wir es wahrnehmen, kurzzeitig innerlich überdenken. So selbstreflektiert auch vielleicht sind und mit gemachten Vorurteilen aufhören, um Rassismus nicht aufleben zu lassen.“ (Interview1-m-28, Absatz 30 - 31)

„Also Beispiel: Wir haben ein paar Kollegen und Kolleginnen, die aus anderen Kulturen stammen und bevor die sich persönlich vorstellen konnten, waren schon Steckbriefe draußen. Und da gab es kurzzeitig dieses klassische Tuscheln oder Raunen, dass man sich schon ausgetauscht hat und auch klar gesagt hat "Was soll das denn im Rettungsdienst werden?" Nicht so stark wie sicherlich damals die Debatte über Frauen im Rettungsdienst. Aber im Grundgedanken, glaube ich, vergleichbar. Und nachdem man die Person kennengelernt hat oder gar ein paar Dienste mit denen hatte, hat sich das sofort gelegt. Also man muss nur, glaube ich, darauf achten, dass man die kennenlernt.“ (Interview1-m-28, Absatz 35)

„Da finde ich persönlich in meiner Wahrnehmung, dass so ein Kompensationsmechanismus über das Team ganz gut funktioniert, dass man oftmals gerade bei einer Sprachbarriere dann denjenigen vorschickt, egal welche medizinische Qualifikation er besitzt, der einfach das bessere Sprachtalent in dem Moment darstellt. Oder man kommuniziert über Dritte, was für die medizinische Versorgung manchmal schlechter sein kann, weil körperliche Untersuchungen oder ähnliches verzögert oder gar nicht gemacht werden und man eher anamnestisch tätig wird, sei es über Sprachapps, Handy oder den anwesenden Dolmetscher. Die Digitalisierung hilft da, glaube ich, mittlerweile. Wir nutzen jetzt ja auch diese Apps und so, um das zu kompensieren.“ (Interview1-m-28, Absatz 42)

„In meiner Wahrnehmung gab es aber auch einen Umschwung, dass man mittlerweile mehr aufklärt und die umstehenden, meist männlichen Mitbürger dann dort noch weiter abfängt und denen genau klarmacht, warum diese Maßnahme jetzt auch von einem Mann durchgeführt werden muss.“ (Interview1-m-28, Absatz 44)

„Sondern der Betrieb bzw. die Betriebsleitung hat sich sogar positiv dafür eingesetzt. Das ist jetzt wieder sehr reduzierend. Aber das wir halt eine Auszubildende mit Kopftuch bekommen oder die zumindest sehr viel Wert auf das Kopftuchtragen legt und hat sich, bevor die Ausbildung überhaupt gestartet ist als Leiter Rettungsdienst dafür enorm eingesetzt, dass solche Kopftücher et cetera dienstlich beschafft werden, also dass es da gar keine Probleme gibt und hat da auch viel für Aufklärung und Co noch mal gesorgt, damit wir möglichst multikulturell durchstarten können und da auch Klischees oder Denkweisen abgebaut werden.“ (Interview1-m-28, Absatz 58)

„Wenn im Internet, Fernsehen, Presse, wie auch immer, rassistische Themen getriggert, suggeriert werden, dann ist das auch erst mal ein alltägliches Thema, was auf einer Rettungswache debattiert wird, wie das vermutlich auch in anderen Personenkreisen oder Arbeitskreisen mit anderem Background gemacht wird. Und es liegt an der Professionalität des Rettungsdienstes und des jeweiligen Teams, sich aber nicht auf sowas einzulassen und auch seine gemachten Erfahrungen kritisch zu hinterfragen. Und dann den Patienten individuell zu betrachten und nicht in eine Schublade zu stecken.“ (Interview1-m-28, Absatz 75)

„Und du hast am Anfang gesagt, dass du grundsätzlich glaubst, dass es ein Rassismusproblem gibt. Also hast du Ideen, wie man dem vorbeugen könnte? #00:17:45-4#

B: Ich denke, das ist etwas, was man nicht vorbeugen könnte, weil. (...) Es ist halt nichts, was nach außen dringt. Das ist eher so etwas, was hinter geschlossenen Türen passiert und was hinter geschlossenen Türen passiert und niemand anspricht, da wird sich nichts ändern. Also. Die Patienten werden versorgt. Oder auch mit den Kollegen, die sich rassistisch verhalten wird gearbeitet. Aber. (...) Ich denke nicht, dass da sich irgendwas ändern wird. Ich habe auch keine Lösungsansätze, wie man darangehen könnte. Okay. Außer eine offene Gesprächsführung. Aber das wurde schon so oft probiert und es hat sich auch eigentlich nichts geändert.“ (Interview2-m-30, Absatz 77 - 78)

„Also Punkt eins würde ich sagen in den Auswahlverfahren muss viel mehr auf sowas [Sozialverträglichkeit] geachtet werden. Es kann nicht sein, dass Leute, die regelmäßig und auch offensichtlich braunes Gedankengut teilen in so einen Job überhaupt reinkommen, das kann nicht sein. Und das können wir nicht nur vom Führungszeugnis abhängig machen, wo gefühlt bei niemandem was drinsteht. Es sei denn, er hat wen umgebracht. Nein, jetzt mal also das reicht halt einfach nicht als Parameter aus. Das heißt, im Auswahlverfahren muss aus meiner Sicht viel mehr darauf Wert gelegt werden, eben nicht nur auf Noten zu gucken.“ (Interview3-m-27, Absatz 64)

„Aber da müsste man halt viel mehr die Leute wirklich persönlich angucken, müsste vielleicht auch Fragebögen entwickeln, um sowas festzustellen und muss auch viel mehr aus meiner Sicht sowohl in der Ausbildung als auch in der Anstellung von Kollegen die Probezeit als solche wahrnehmen und danach auch eine Entscheidung treffen. Und wenn man in einem halben Jahr lernt man Menschen kennen, dann

vielleicht auch eben zu sagen okay, gerade in der Ausbildung ist es halt wichtig, dass man dann sagt "Sorry, aber ich glaube, dass es nicht das Richtige für dich".“ (Interview3-m-27, Absatz 64)

„Und dann, wenn die Leute da sind und so negativ nicht offensichtlich auffallen.. Dann müsste man/ Es fängt aber schon in der Schule an. Müsste man da viel mehr politische Aufklärung halt auch machen. #00:30:07-5

I: Warte kurz, was meinst du? NotSan Schule oder/ #00:30:10-7#

B: Ich meine, es fängt auch in der Schule Schule schon an. Also, keine Ahnung. Ich hab Fachabi gemacht und ich fand jetzt die Inhalte auch aus jetziger Sicht, nachdem ich jetzt schon, ziemlich genau zehn Jahre oder so aus der Schule raus bin, muss ich sagen, habe ich da Sachen lernen müssen, die halt einfach mich nicht weitergebracht haben im Leben. Und dazu gehört eben auch, dass ich finde, dass man Geschichtsunterricht und eben auch wirklich Politik unterrichten sollte und viel mehr/ Also wir brauchen nicht, wir müssen nicht nur wissen wie unser deutsches System aufgebaut ist mit Bundestag und Bundesrat. Das ist alles schön zu wissen, aber wir sollten darüber hinaus halt auch viel mehr aufgeklärt werden über die Geschichte und Politik. Und da muss man, glaube ich, also so früh wie möglich halt ansetzen, um einfach den Leuten klarzumachen, dass das halt alles am Ende nicht lustig ist und dass uns die Geschichte ja irgendwie eines Besseren belehren sollte und und das ja auch kann. Also ich meine (sarkastisches Lachen), dafür hat die Menschheit ja genug Scheiße gebaut, dass wir da uns auch ein Beispiel drannehmen können.“ (Interview3-m-27, Absatz 64 - 66)

„Und in der NotSan Ausbildung dann halt auch darauf aufbauend ähm (...) einfach Werte/ Das ist zwar dann vielleicht bei manchen zu spät, aber dann halt auch schon auf Werterhalt irgendwie achten und die auch sozusagen verbreiten“ (Interview3-m-27, Absatz 66)

„Vielleicht auch viel teambildende Maßnahmen machen, die einfach auch das menschliche Miteinander fördern.“ (Interview3-m-27, Absatz 66)

„Also in Stadt XY, da muss ich einfach auch grundsätzlich sagen, man zieht halt unweigerlich Vergleiche. Klar, die NotSan Ausbildung ist noch recht jung. Die Lehrer, die an den Berufsschulen rumrennen, sind für mich zumindest für Stadt XY sprechend, zu meiner Zeit keine Lehrer gewesen. Das sind Altassistenten, die vielleicht Lehrettungsassistenten waren, die dann NotSan auf die Schulter gelegt bekommen haben, die dann noch den PAL geschenkt bekommen haben, auf Deutsch gesagt. Und die dann auf einmal als Dozenten in der Rettungsdienst-Schule landen und ohne Studium, ohne pädagogische Ausbildung weitergehend da eine Klasse auch als Klassenlehrer betreuen und dann alibimäßig oder eben, weil sie es müssen und weil es vorgeschrieben ist, dann berufsbegleitend studieren, wo ich qualitativ auch nicht viel von gesehen oder mitbekommen habe. Und das halt wiederum vergleichend wie gesagt, mit der Krankenpflege, wo aus meiner Sicht wirklich, das waren ganz andere Leute, also unabhängig von von dem Menschlichen mal kurz aufs Fachliche. Die Lehrer an der Krankenpflegeschule kannst du auch alles fragen, die wussten alles. Und wir

wissen beide, dass nur weil du zum Beispiel NotSan bist, weißt du ja nicht alles und um Lehrer zu sein, finde ich, gehört halt dann doch nochmal eine Schippe mehr drauf und da reicht eben auch der PAL als Qualifikation nicht.“ (Interview3-m-27, Absatz 72)

„mittlerweile ist das im Unterricht inkludiert und wir versuchen Themen da auch anzusprechen. Momentan mehr auf so ein bisschen mehr auf Sexismus bezogen, aber Rassismus taucht da eben auch auf“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

„Wir versuchen jederzeit darauf aufmerksam zu machen, was aber teilweise deutlich schwerer fällt, weil natürlich auch im Kollegium noch nicht alle die komplette Sensibilisierung haben und ich persönlich zum Beispiel auch mehr auf auf das Sexismus Thema quasi gepolt bin als auf Rassismus.“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

„sobald mir was auffällt, gibt das ein Kommentar. Und wenn es nicht aufhört, dann gibt es ein Gespräch um den Auszubildenden, das natürlich deutlich zu machen, dass das ein Thema ist, mit dem wir uns beschäftigen und dass das nichts mit einer professionellen Arbeitsweise zu tun hat“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

Lösungen — Rettungsdienstschule

In dieser Kategorie werden Lösungsmöglichkeiten erfasst, welche im Rahmen der schulischen Ausbildung an der Notfallsanitäter:innenschule ergriffen werden können, um rassistische Einstellungen zu unterbinden.

Die erste Subkategorie, die sich aus den codierten Aussagen ergibt ist befasst sich mit dem Lehrpersonal. Gemäß den Aussagen der Befragungspersonen sollte Lehrpersonal an Notfallsanitäterschulen geeignet qualifiziert sein, um Lernende zu unterrichten. Das Lehrpersonal sollte ein berufspädagogisches Studium absolviert haben und den Beruf aus Überzeugung machen wollen, statt als Beförderungschance zu nutzen. Die Zusatzqualifikation Praxisanleiter:in ist nicht ausreichend, um guten Unterricht zu machen. Des Weiteren sollte Lehrpersonal sollte für Themen wie Sexismus und Rassismus sensibilisiert werden, um diese Einstellung wiederum an Lernende zu vermitteln.

Die andere Subkategorie "Unterricht" befasst sich mit dem Unterricht im Rahmen der Notfallsanitäter:innenausbildung an den Schulen, sowie den Lerninhalten. Gemäß der Befragugspersonen sollte bei der Ausbildung von angehenden Notfallsanitäter:innen auf die Vermittlung und den Erhalt von Werten geachtet werden, um die Sozialkompetenz

zu fördern. Themen wie Rassismus und Sexismus sollten teil des Lerninhaltes sein. Wenn Auszubildende im Unterricht durch diskriminierende Kommentare auffallen, sollten Lehrpersonen darauf aufmerksam machen und bei einem erneuten Vorfall ein Gespräch führen, um zu vermitteln, dass solches Verhalten nicht professionell ist.

Lösungen — Rettungsdienstschule — Lehrpersonal

Lehrpersonal an Notfallsanitäter:innenschulen sollte geeignet qualifiziert sein, um Lernende zu unterrichten. Das Lehrpersonal sollte ein berufspädagogisches Studium absolviert haben und den Beruf aus Überzeugung machen wollen. Die Zusatzqualifikation Praxisanleiter:in ist nicht ausreichend, um guten Unterricht zu machen. Lehrpersonal sollte für Themen wie Sexismus und Rassismus sensibilisiert werden, um diese Sensibilisierung an Lernende zu vermitteln.

„Also in Stadt XY, da muss ich einfach auch grundsätzlich sagen, man zieht halt unweigerlich Vergleiche. Klar, die NotSan Ausbildung ist noch recht jung. Die Lehrer, die an den Berufsschulen rumrennen, sind für mich zumindest für Stadt XY sprechend, zu meiner Zeit keine Lehrer gewesen. Das sind Altassistenten, die vielleicht Lehrettungsassistenten waren, die dann NotSan auf die Schulter gelegt bekommen haben, die dann noch den PAL geschenkt bekommen haben, auf Deutsch gesagt. Und die dann auf einmal als Dozenten in der Rettungsdienst-Schule landen und ohne Studium, ohne pädagogische Ausbildung weitergehend da eine Klasse auch als Klassenlehrer betreuen und dann alibimäßig oder eben weil sie es müssen und weil es vorgeschrieben ist, dann berufsbegleitend studieren, wo ich qualitativ auch nicht viel von gesehen oder mitbekommen habe. Und das halt wiederum vergleichend wie gesagt, mit der Krankenpflege, wo aus meiner Sicht wirklich, das waren ganz andere Leute, also unabhängig von von dem Menschlichen mal kurz aufs Fachliche. Die Lehrer an der Krankenpflegeschule kannst du auch alles fragen, die wussten alles. Und wir wissen beide, dass nur weil du zum Beispiel NotSan bist, weißt du ja nicht alles und um Lehrer zu sein, finde ich, gehört halt dann doch nochmal eine Schippe mehr drauf und da reicht eben auch der PAL als Qualifikation nicht.“ (Interview3-m-27, Absatz 72)

„Wir versuchen jederzeit darauf aufmerksam zu machen, was aber teilweise deutlich schwerer fällt, weil natürlich auch im Kollegium noch nicht alle die komplette Sensibilisierung haben und ich persönlich zum Beispiel auch mehr auf auf das Sexismus Thema quasi gepolt bin als auf Rassismus.“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

Lösungen — Rettungsdienstschule — Unterricht

In der Ausbildung von Notfallsanitäter:innen sollte im schulischen Teil auf die Vermittlung von Werten und Werteerhalt gachtet werden. Im Unterricht soll über Themen wie Rassismus und Sexismus unterrichtet werden. Wenn sich Auszubildende im Unterricht diskriminierend äußern, sollte das von Lehrpersonen unterbunden werden und bei erneutem Vorkommen ein Gespräch stattfinden.

„Und dann, wenn die Leute da sind und so negativ nicht offensichtlich auffallen. Dann müsste man/ Es fängt aber schon in der Schule an. Müsste man da viel mehr politische Aufklärung halt auch machen. #00:30:07-5

I: Warte kurz, was meinst du? NotSan Schule oder/ #00:30:10-7#

B: Ich meine, es fängt auch in der Schule Schule schon an. Also, keine Ahnung. Ich hab Fachabi gemacht und ich fand jetzt die Inhalte auch aus jetziger Sicht, nachdem ich jetzt schon, ziemlich genau zehn Jahre oder so aus der Schule raus bin, muss ich sagen, habe ich da Sachen lernen müssen, die halt einfach mich nicht weitergebracht haben im Leben. Und dazu gehört eben auch, dass ich finde, dass man Geschichtsunterricht und eben auch wirklich Politik unterrichten sollte und viel mehr/ Also wir brauchen nicht, wir müssen nicht nur wissen wie unser deutsches System aufgebaut ist mit Bundestag und Bundesrat. Das ist alles schön zu wissen, aber wir sollten darüber hinaus halt auch viel mehr aufgeklärt werden über die Geschichte und Politik. Und da muss man, glaube ich, also so früh wie möglich halt ansetzen, um einfach den Leuten klarzumachen, dass das halt alles am Ende nicht lustig ist und dass uns die Geschichte ja irgendwie eines Besseren belehren sollte und und das ja auch kann. Also ich meine (sarkastisches Lachen), dafür hat die Menschheit ja genug Scheiße gebaut, dass wir da uns auch ein Beispiel dran nehmen können.“ (Interview3-m-27, Absatz 64 - 66)

„Und in der NotSan Ausbildung dann halt auch darauf aufbauend ähm (...) einfach Werte/ Das ist zwar dann vielleicht bei manchen zu spät, aber dann halt auch schon auf Werterhalt irgendwie achten und die auch sozusagen verbreiten“ (Interview3-m-27, Absatz 66)

„mittlerweile ist das im Unterricht inkludiert und wir versuchen Themen da auch anzusprechen. Momentan mehr auf so ein bisschen mehr auf Sexismus bezogen, aber Rassismus taucht da eben auch auf“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

„sobald mir was auffällt, gibt das ein Kommentar. Und wenn es nicht aufhört, dann gibt es ein Gespräch um den Auszubildenden, das natürlich deutlich zu machen, dass

das ein Thema ist, mit dem wir uns beschäftigen und dass das nichts mit einer professionellen Arbeitsweise zu tun hat“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

Lösungen — strukturelle Ebene

Um auf struktureller Ebene eines Rettungsdienstes rassistisch-diskriminierende Einstellungen und das damit verbundene Verhalten zu unterbinden, werden in dieser Subkategorie mehrere Lösungsmöglichkeiten genannt. Alle dieser Optionen finden auf struktureller Ebene statt, also von Führungskräften wie Rettungdienstleiter:innen, Geschäftsführer:innen und entfernt weitere Leitungspositionen wie Rettungswachenleiter:innen.

Zunächst ergibt sich der Subcode "Auswahlkriterien von Personal". Gemeint sind sowohl die Kriterien für Bewerber:innen für die Notfallsanitäter:innen-ausbildung, als auch für bereits ausgebildetes Personal. Die Kriterien zur Auswahl für geeignetes Rettungsdienstpersonal beschränken sich, neben der gesundheitlichen Eignung, meist auf (Schul)Noten und das eintragslose Führungszeugnis. Menschen, die im Rettungsdienst arbeiten, sollten in einem hohen Maß über Sozialkompetenz verfügen. Diese muss erhoben werden, beispielsweise durch Fragebögen oder das genaue Beobachten und Beurteilen über einen längeren Zeitraum. Falls dann auffällt, dass diese Personen auf Grund von mangelnder Sozialkompetenz nicht in den Beruf passen, sollte das klar kommuniziert werden und von einer Weiterbeschäftigung abgesehen werden.

Eine weitere Maßnahme, die durch Führungspersonal getroffen werden kann um rassistischem Verhalten vorzubeugen ist die Aufklärung und Transparenz. Daraus ergibt sich die nächste Unterkategorie "Vorbeugung durch Aufklärung". Durch eine offene Gesprächsführung und das direkte Thematisieren von rassistischen Aussagen und Vorfällen, kann Rassismus zukünftig vorgebeugt werden. Im Idealfall muss es nicht erst zu einem Vorfall kommen. Durch das Erkennen von potenziellen Problemen zwischen Mitarbeitenden anderer Kulturen und eine rasche Klärung der möglichen Konfliktpunkte kann durch Aufklärung diskriminierendem Verhalten vorgebeugt werden. Eine Befragungsperson erzählt dazu von einem Positivbeispiel aus dem eigenen Betrieb. Um Vorverurteilungen einer Muslima zu vermeiden, wurde durch den Rettungsdienstleiter

noch vor Beschäftigungsbeginn für Aufklärung innerhalb des Betriebs über das Tragen von Kopftüchern im Rettungsdienst gesorgt. Außerdem wurden dienstliche Hijabs als Teil der persönlichen Schutzausrüstung für sie bestellt.

Der letzte Subcode zu Lösungen auf struktureller Ebene ist "mehr Diversität". In Deutschland haben etwa 27,3% der Menschen einen Migrationshintergrund. Diese Zahl wird in den wenigsten Rettungsdiensten erreicht. Durch die Einstellung von mehr Personal außerhalb der Mehrheitsgesellschaft können Vorurteile gegenüber gewissen Bevölkerungsgruppen abgebaut werden. Das Kennenlernen anderer Kulturen und Hintergründe und Offenheit gegenüber Neuem ist hilfreich, um Vorurteile abzulegen.

Lösungen — strukturelle Ebene — Auswahlkriterien von Personal

Bei der Auswahl von Personal, sowohl für Ausbildungsplätze als auch für bereits fertig ausgebildete Personen, muss auf andere Kriterien geachtet werden, als auf Noten und das Führungszeugnis. Menschen die im Rettungsdienst arbeiten sollten in einem hohen Maß über Sozialkompetenz verfügen. Diese muss erhoben werden, beispielsweise über Fragebögen oder das genaue Beobachten über einen längeren Zeitraum. Falls dann auffällt, dass sie auf Grund von mangelnder Sozialkompetenz nicht in den Beruf passen, sollte das klar kommuniziert werden und von einer Weiterbeschäftigung abgesehen werden.

„Also Punkt eins würde ich sagen in den Auswahlverfahren muss viel mehr auf sowas [Sozialverträglichkeit] geachtet werden. Es kann nicht sein, dass Leute, die regelmäßig und auch offensichtlich braunes Gedankengut teilen in so einen Job überhaupt reinkommen, das kann nicht sein. Und das können wir nicht nur vom Führungszeugnis abhängig machen, wo gefühlt bei niemandem was drin steht. Es sei denn, er hat wen umgebracht. Nein, jetzt mal also das reicht halt einfach nicht als Parameter aus. Das heißt, im Auswahlverfahren muss aus meiner Sicht viel mehr darauf Wert gelegt werden, eben nicht nur auf Noten zu gucken.“ (Interview3-m-27, Absatz 64)

„Aber da müsste man halt viel mehr die Leute wirklich persönlich angucken, müsste vielleicht auch Fragebögen entwickeln um sowas festzustellen und muss auch viel mehr aus meiner Sicht sowohl in der Ausbildung als auch in der Anstellung von Kollegen die Probezeit als solche wahrnehmen und danach auch eine Entscheidung

treffen. Und wenn man in einem halben Jahr lernt man Menschen kennen, dann vielleicht auch eben zu sagen okay, gerade in der Ausbildung ist es halt wichtig, dass man dann sagt "Sorry, aber ich glaube, dass es nicht das Richtige für dich".“ (Interview3-m-27, Absatz 64)

Lösungen —

strukturelle Ebene —

Vorbeugung durch Aufklärung

Um Vorverurteilungen einer Muslima zu vermeiden, wurde durch den Rettungsdienstleiter noch vor Beschäftigungsbeginn für Aufklärung innerhalb des Betriebs über das Tragen von Kopftüchern im Rettungsdienst gesorgt. Außerdem wurden dienstliche Hijabs als Teil der persönlichen Schutzausrüstung für sie bestellt. Eine offene Gesprächsführung und das direkte Thematisieren von rassistischen Aussagen und Vorfällen kann helfen, um Rassismus zukünftig vorzubeugen.

„Sondern der Betrieb bzw. die Betriebsleitung hat sich sogar positiv dafür eingesetzt. Das ist jetzt wieder sehr reduzierend. Aber das wir halt eine Auszubildende mit Kopftuch bekommen oder die zumindest sehr viel Wert auf das Kopftuchtragen legt und hat sich, bevor die Ausbildung überhaupt gestartet ist als Leiter Rettungsdienst dafür enorm eingesetzt, dass solche Kopftücher et cetera dienstlich beschafft werden, also dass es da gar keine Probleme gibt und hat da auch viel für Aufklärung und Co noch mal gesorgt, damit wir möglichst multikulturell durchstarten können und da auch Klischees oder Denkweisen abgebaut werden.“ (Interview1-m-28, Absatz 58)

„Und du hast am Anfang gesagt, dass du grundsätzlich glaubst, dass es ein Rassismusproblem gibt. Also hast du Ideen, wie man dem vorbeugen könnte? #00:17:45-4#

B: Ich denke, das ist etwas, was man nicht vorbeugen könnte, weil. (...) Es ist halt nichts, was nach außen dringt. Das ist eher so etwas, was hinter geschlossenen Türen passiert und was hinter geschlossenen Türen passiert und niemand anspricht, da wird sich nichts ändern. Also. Die Patienten werden versorgt. Oder auch mit den Kollegen die sich rassistisch verhalten wird gearbeitet. Aber. (...) Ich denke nicht, dass da sich irgendwas ändern wird. Ich habe auch keine Lösungsansätze, wie man da rangehen könnte. Okay. Außer eine offene Gesprächsführung. Aber das wurde schon so oft probiert und es hat sich auch eigentlich nichts geändert.“ (Interview2-m-30, Absatz 77 - 78)

Lösungen —
strukturelle Ebene —
mehr Diversität

Durch die Einstellung von mehr Personal außerhalb der Mehrheitsgesellschaft können Vorurteile gegenüber gewissen Bevölkerungsgruppen abgebaut werden. Das Kennenlernen anderer Kulturen und Hintergründe und Offenheit gegenüber Neuem ist hilfreich, um Vorurteile abzulegen.

„Ich stelle fest, wenn die Teams multikultureller werden, um beispielsweise andere Kulturen zu zu sehen, dann merke ich das bei den Auszubildenden, dass es einfach schon welche gibt, die sich für eine andere Kultur beschäftigen oder identifizieren, ist das falsche Wort. Zumindest interessieren, dass sie dann hinterfragen "Ja, wo kommst du genau her?" "Wie ist das denn bei euch?"“ (Interview1-m-28, Absatz 77)

„Also ich habe es als Auflockerung gesehen oder war einfach gespannt, welchen neuen Weg wir gehen, anstatt zu sagen, dass das nicht geht, weil sie eine andere Herkunft hat. Also ich war auch gespannt auf sie, aber mit, finde ich, halt einer ganz andere Motivation, sondern ich habe mich eher gefreut, dass jemand kommt, der das mal aufbricht irgendwie. Und mal zeigt, dass es halt auch anders geht, anstatt dass man halt mit so einer Skepsis und Argwohn und Feindseligkeit irgendwo ja auch schon dem entgegenkommt.“ (Interview4-w-27, Absatz 68)

Lösungen —
Schulung / Teamtraining

Teamtrainings werden als Lösungsvorschlag genannt um das Miteinander zu fördern und Vorurteile abzubauen. Diese Maßnahmen können sowohl in der Ausbildung von der schulischen Seite ergriffen werden als auch als Fortbildungsinhalt auf der Rettungswache.

„Ich glaube sicherlich in Richtung Teamtrainings. Also Vorurteile abbauen.“ (Interview1-m-28, Absatz 77)

„Vielleicht auch viel teambildende Maßnahmen machen, die einfach auch das menschliche Miteinander fördern.“ (Interview3-m-27, Absatz 66)

Lösungen —

Kommunikation/ Aufklärung

Codiert werden alle Passagen, in denen die Kommunikation und Aufklärung von Mitmenschen als Lösungsstrategie genannt oder suggeriert wird, um Vorurteile abzubauen oder deeskalierend zu wirken. Es wird nicht unterschieden, ob diese Kommunikation innerhalb des Kollegiums oder im Umgang mit Patient:innen und Angehörigen stattfindet.

Um rassistische Vorurteile abzubauen kann Aufklärung und offene Kommunikation hilfreich sein. Das Auseinandersetzen mit anderen Kulturen und Bräuchen hilft dabei, Diskrepanzen zu reduzieren. Durch das genaue Erklären der Maßnahmen im Einsatz kann Konfliktpotenzial mit Patient:innen und Angehörigen reduziert werden.

„Also Beispiel: Wir haben ein paar Kollegen und Kolleginnen, die aus anderen Kulturen stammen und bevor die sich persönlich vorstellen konnten, waren schon Steckbriefe draußen. Und da gab es kurzzeitig dieses klassische Tuscheln oder Raunen, dass man sich schon ausgetauscht hat und auch klar gesagt hat "Was soll das denn im Rettungsdienst werden?" Nicht so stark wie sicherlich damals die Debatte über Frauen im Rettungsdienst. Aber im Grundgedanken, glaube ich, vergleichbar. Und nachdem man die Person kennengelernt hat oder gar ein paar Dienste mit denen hatte, hat sich das sofort gelegt. Also man muss nur, glaube ich, darauf achten, dass man die kennenlernt.“ (Interview1-m-28, Absatz 35)

„In meiner Wahrnehmung gab es aber auch einen Umschwung, dass man mittlerweile mehr aufklärt und die umstehenden, meist männlichen Mitbürger dann dort noch weiter abfängt und denen genau klarmacht, warum diese Maßnahme jetzt auch von einem Mann durchgeführt werden muss.“ (Interview1-m-28, Absatz 44)

„Ich glaube sicherlich in Richtung Teamtrainings. Also Vorurteile abbauen. Da ist immer die Frage, wie das geht. Ich stelle fest, wenn die Teams multikultureller werden, um beispielsweise andere Kulturen zu zu sehen, dann merke ich das bei den Auszubildenden, dass es einfach schon welche gibt, die sich für eine andere Kultur beschäftigen oder identifizieren, ist das falsche Wort. Zumindest interessieren, dass sie dann hinterfragen "Ja, wo kommst du genau her?" "Wie ist das denn bei euch?" Sich auch viel über Lebensmittel oder so austauschen. Also auch darüber gibt es ja einfach kulturelle Zweige und man kommt einfach mehr mit ins Gespräch und kann so Diskrepanzen abbauen. Und das ist, glaube ich, auf ärztliche/ oder wir stellen es oft fest zurzeit mit der ärztlichen Debatte in Krankenhäusern, dass da verschiedenste Kulturen oder auch Sprachen aufeinandertreffen. Wenn man sich aber für die Person interessiert und mit denen in Austausch kommt, dann baut man einfach Vorurteile ab

und sieht dahinter den Menschen und kann auch viel besser seine eigentlichen Tätigkeit in der medizinischen Welt dann wahrnehmen.“ (Interview1-m-28, Absatz 77)

Lösungen — Kommunikation/ Aufklärung — Ressourcen nutzen

Codiert werden Aussagen über Hilfsmittel, die genutzt werden können, um im Vorhinein mögliche Spannungsfelder zu minimieren.

Durch das Überwinden von Sprachbarrieren mit Hilfe von Apps kann die Kommunikation verbessert werden.

„Da finde ich persönlich in meiner Wahrnehmung, dass so ein Kompensationsmechanismus über das Team ganz gut funktioniert, dass man oftmals gerade bei einer Sprachbarriere dann denjenigen vorschickt, egal welche medizinische Qualifikation er besitzt, der einfach das bessere Sprachtalent in dem Moment darstellt. Oder man kommuniziert über Dritte, was für die medizinische Versorgung manchmal schlechter sein kann, weil körperliche Untersuchungen oder ähnliches verzögert oder gar nicht gemacht werden und man eher anamnestisch tätig wird, sei es über Sprachapps, Handy oder den anwesenden Dolmetscher. Die Digitalisierung hilft da, glaube ich, mittlerweile. Wir nutzen jetzt ja auch diese Apps und so, um das zu kompensieren.“ (Interview1-m-28, Absatz 42)

Lösungen — Selbstreflexion

Codiert werden alle Aspekte, die Selbstreflexion und das Hinterfragen der eigenen Einsichten umfassen.

Selbstreflexion ist eine notwendige Fähigkeit, um die bewusste und unbewusste Reproduktion von Rassismus zu vermeiden. Statt rassistische Vorurteile unbedarft weiterzuverbreiten, sollten eigene Erfahrungen und Einstellungen kritisch hinterfragt und eingeordnet werden um professionell handeln zu können.

„Muss für dich Rassismus immer beabsichtigt sein, um rassistisch zu sein? #00:04:06-7#

B: Nein, ich glaube, ganz vieles findet unterbewusst statt.Die Frage ist, ob wir es dann ausleben, verkörpern oder ob wir es wahrnehmen, kurzzeitig innerlich überdenken. So

selbstreflektiert auch vielleicht sind und mit gemachten Vorurteilen aufhören, um Rassismus nicht aufleben zu lassen.“ (Interview1-m-28, Absatz 30 - 31)

„Wenn im Internet, Fernsehen, Presse, wie auch immer, rassistische Themen getriggert, suggeriert werden, dann ist das auch erst mal ein alltägliches Thema, was auf einer Rettungswache debattiert wird, wie das vermutlich auch in anderen Personenkreisen oder Arbeitskreisen mit anderem Background gemacht wird. Und es liegt an der Professionalität des Rettungsdienstes und des jeweiligen Teams, sich aber nicht auf sowas einzulassen und auch seine gemachten Erfahrungen kritisch zu hinterfragen. Und dann den Patienten individuell zu betrachten und nicht in eine Schublade zu stecken.“ (Interview1-m-28, Absatz 75)

Ursachen

Codiert werden alle Passagen mit möglichen Ursachen für rassistisches Verhalten im Rettungdienst.

In dieser Hauptkategorie geht es um mögliche Ursachen für rassistisch-diskriminierende Einstellungen unter nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal in Deutschland. Die codierten Aussagen können direkte Antworten auf die Frage nach möglichen Ursachen sein oder sich aus den Aussagen ergeben. Beim einkategorisieren der codierten Aussagen ergaben sich mehrere Subkategorien. Die Reihenfolge ist dabei nicht von Bedeutung.

In der ersten gefundenen Subkategorie "persönliche Ansichten" werden Textstellen gesammelt, welche sich mit den persönlichen Ansichten und Überzeugungen von nicht-ärztlichen Rettungsdienstmitarbeitenden als Ursache für diskriminierendes Verhalten gegenüber Menschen außerhalb der Mehrheitsgesellschaft befassen. Gemäß einer Befragungsperson ist Rettungsdienstpersonal, welches rechtes Gedankengut propagiert, für einen sozialen Beruf wie den Rettungsdienst nicht geeignet und sollte nicht eingestellt werden. Gerade bei Lehrpersonal ist es wichtig, dass problematische politische Ansichten nicht an Schüler:innen vermittelt werden. (hier vlt dann Überleitung zu "Sozialisierung")

Eine weitere Unterkategorie "Gruppendynamik" befasst sich mit Passagen, in denen deutlich wird, dass rassistisches Verhalten auf Grund der Gruppendynamik innerhalb der Rettungswache stattfindet und toleriert wird. Nach den Aussagen der

Befragungspersonen lässt sich zusammenfassen, dass rassistische Äußerungen toleriert oder ignoriert werden. Teilweise beteiligen sich Menschen mit Migrationshintergrund an den lustig gemeinten Aussagen, um dazuzugehören. Zwei der vier Befragten nennen Beispiele, die in diese Unterkategorie passen.

Der nächste Subcode "Nicht-Sehen von Rassismus" enthält Aussagen aus denen deutlich hervorgeht, dass Rassismus nicht als solcher erkannt wird und so zur weiteren Reproduktion von Rassismus führt. Alle Aussagen dieser Subkategorie stammen von einer Befragungsperson. Die Person sagt, dass es den Auszubildenden Notfallsanitäter:innen nur um die Hilfe von Menschen in Not geht und "Rassen" keine Rolle spielen, diskriminierende Einstellungen von anderen Kollegen würden sich nicht auf die Lernenden übertragen. Durch die Antworten wird deutlich, dass die Person Rassismus als solchen nicht erkennt, und demnach die Folgen, wie beispielsweise das unbewusste Vermitteln von rassistischen Einstellungen an Auszubildende, nicht als Gefahr wahrnimmt. (hier dann vlt Referenz zu Form von Rassismus)

Eine Ursache die durch eine befragte Person mehrfach als Ursache von Rassismus genannt wird, ist die mediale Berichterstattung, woraus sich die nächste Subkategorie ergibt. Gemäß der Aussagen wurde der Umgang mit bestimmten Patient:innengruppen in der Vergangenheit durch mediale Berichterstattung ins Negative beeinflusst. (vlt BILD quelle)

Der anschließende Subcode erfasst mehrere Aussagen zum Thema Sprachbarriere. Diese wurde mehrfach als Ursache für rassistische Aussagen und Verurteilungen genannt, sowohl gegenüber Patient:innen und Angehörigen, als auch gegenüber medizinischem Fachpersonal. Demnach kann es auf Grund der Sprachbarriere zu Konflikten zwischen Rettungsdienstpersonal und Menschen mit anderer Herkunft kommen. Die Sprachbarriere wird außerdem durch eine Befragungsperson als Begründung genannt, warum Menschen eine andere medizinische Behandlung durch Rettungsdienstmitarbeitende erfahren als Angehörige der Mehrheitsgesellschaft.

Die nächste Unterkategorie "Reproduktion von Stereotypen" fusioniert mit "Unwissenheit für Anderes" enthält Textstellen, in denen es direkt und indirekt um die Reproduktion von rassistischen Vorurteilen als Ursache für rassistisches Verhalten geht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass gemachte negative Erfahrungen mit einzelnen Menschen mit Migrationshintergrund genutzt werden, um rassistische Vorurteile gegen eine gesamte Gruppe zu bestärken. Ergänzt wird diese Subkategorie wie bereits erwähnt durch "Unwissenheit für Anderes", welche Passagen enthält, die zeigen, dass durch fehlende Neugier an anderen Lebensweisen rassistische Stereotype weiter verstärkt werden können. Gemäß der Aussagen der Befragungspersonen kommt es durch Unverständnis und mangelndem Interesse an anderen Kulturen zu Vorverurteilungen, sowohl gegenüber Patient:innen als auch gegenüber anderen Mitarbeitenden aus dem Rettungsdienst. (Überleitung zu Nicht-ernst Nehmen bei Rassismusformen / Patientengefährung)

Die nächste Subkategorie die sich als Ursache für rassistische Einstellungen aus den Aussagen ergibt ist "keine Reflexion". Gemäß der codierten Passagen lässt sich zusammenfassen, dass durch mangelnde Reflexion der eigenen Aussagen, Meinungen und Umstände rassistisch-diskriminierende Verhaltensweisen nicht als solche erkannt werden. (So entstehlt eine verzerrte Wahrnehmung der Realität, da Aspekte die Mitglieder außerhalb der Mehrheitsgesellschaft betreffen, nicht als Problem erkannt werden.)

Ein Punkt, der immer wieder genannt und auch im Bereich der persönlichen Ansichten schon angerissen wurde, ist die Sozialisierung als Ursache für diskriminierendes Verhalten. In diesem Subcode sind alle Aussagen, die sich darauf beziehen, dass Kolleg:innen aus dem Rettungsdienst, insbesondere Auszubildende, Meinungen und Einstellungen von anderen Kolleg:innen annehmen. Dieses Phänomen kann sowohl im schulischen Kontext als auch auf der Rettungswache stattfinden. Laut den Befragten werden Vorurteile und Meinungen innerhalb des sozialen Gefüges auf der Rettungswache oder der Notfallsanitäter:innenschule von Anderen übernommen. Gerade junge Menschen, die Aussagen und Meinungen noch nicht reflektieren können, sind anfällig für das Aneignen fremder Meinungen. Es ist ein unbewusstes, anerzogenes Verhalten, was oftmals selbst nicht als problematisch eingeordnet wird.

Die letzte Unterkategorie "strukturelle Probleme" erfasst Textpassagen, die sich auf strukturelle Probleme beziehen, welche in rassistisch-diskriminierenden Einstellungen enden. Das Gesundheitswesen in Deutschland ist überlastet und die Mitarbeitenden

äußern ihren Frust gegenüber Menschen mit Sprachbarriere, da die anfänglich erschwerte Kommunikation zur Belastung beiträgt. Durch das Nichtkennen des Gesundheitssystems in Deutschland greifen Geflüchtete aus Hilfslosigkeit oftmals auf den Rettungsdienst zurück, was die Arbeitsbelastung weiter steigert, gerade wenn eine andere Instanz, wie beispielsweise eine Notfallapotheke oder der kassenärztliche Notdienst die richtige Anlaufstelle gewesen wäre.

„Das ist, glaube ich, mitunter ein großes Problem, weil sich dann einige wenige nicht mit der Kultur, oder der Schmerzwahrnehmung in dem Fall, wirklich auseinandersetzen, weil das ja von Individuum zu Individuum, von Gruppierung zu Gruppierung unterschiedlich sein kann.“ (Interview1-m-28, Absatz 40)

„Der Effekt, der da besteht, war aber meist kurzzeitig, also nur unmittelbar nach dem Einsatz und ist bei Dienstende schon nicht mehr aufgetaucht. Sei es bei den nächsten Diensten, zählt aber sicherlich für gemachte Erfahrungen, sodass sie im Unterbewusstsein immer noch mitschwingen, ob die ausgelebt werden kann ich nicht abschließend in voller Gänze beurteilen für jeden Einzelnen.“ (Interview1-m-28, Absatz 52)

„Ich glaube die Sprachbarriere ist das größte Problem, wo man auch manchmal Aufreger findet, die aber schon im deutschen Bereich einfach mit verschiedenen Dialekten und Verständnisgraden stattfinden können.“ (Interview1-m-28, Absatz 63)

„Denkst du, dass bestimmte Patienten anders behandelt worden wären, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten und sich mit den gleichen Symptomen vorgestellt hätten? #00:24:21-5#

B: Vor wenigen Jahren glaube ich ja ein ganz geringer, marginaler Anteil, weil man sehr ehrfürchtig zwischendurch, vielleicht auch medial getriggert mit besonderen Gruppierungen umgegangen ist.“ (Interview1-m-28, Absatz 72 - 73)

„Wenn im Internet, Fernsehen, Presse, wie auch immer, rassistische Themen getriggert, suggeriert werden, dann ist das auch erst mal ein alltägliches Thema, was auf einer Rettungswache debattiert wird, wie das vermutlich auch in anderen Personenkreisen oder Arbeitskreisen mit anderem Background gemacht wird.“ (Interview1-m-28, Absatz 75)

„Und im Bereich der Praxisanleitung also unsere Auszubildenden momentan die sind auch offen für alle Weltanschauungen und denen geht es nicht um irgendwelche Rassen, Religionen oder ähnliches. Es geht halt einfach nur um die Hilfe der Menschen in Not. Also da gibt es auch überhaupt nichts, was man darüber sagen könnte.“ (Interview2-m-30, Absatz 56)

„I: Du hattest das vorhin schon mal angesprochen mit den, dass man Sachen in Frage stellt, wie die Daseinsberechtigung der Geflüchtete. Hast du erlebt, dass sich da irgendwas von dieser Mentalität auf die Azubis abfärbt? #00:12:24-5#

B: Nein nein, ganz und gar nicht.“ (Interview2-m-30, Absatz 57 - 58)

„Also Sprachbarriere ist schon schwierig. Deswegen könnte vielleicht die Behandlung etwas problematisch werden, weil man natürlich auch immer noch im Hinterkopf behalten muss, dass man auch nicht zu viel machen darf.“ (Interview2-m-30, Absatz 64)

„Denkst du, dass es Patienten gibt, die anders behandelt worden wären, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten? #00:16:57-9#

B: Jein, würde ich sagen. Da würde ich aber wieder die Sprachbarriere vorschieben, weil hätte man besser vernünftiger/ also hätte man besser kommunizieren können, wäre natürlich auch vieles einfacher gewesen herauszufinden.“ (Interview2-m-30, Absatz 75 - 76)

„Und so Aussagen, die dann getätigt werden, die so in eine rassistische Richtung gehen. Auch über Patientinnen. Wird das dann weg ignoriert, wird das grundsätzlich angesprochen? So untereinander sagt man dann "Hey, das war jetzt uncool" oder ist das eher so," ja ist halt seine Meinung" und man toleriert das? #00:19:09-8#

B: (...) Ich denke, das wird einfach toleriert.“ (Interview2-m-30, Absatz 81 - 82)

„Gerade wenn es um ihre Kinder geht, dass die nicht wissen okay, was machen sie jetzt, wenn das Kind Fieber hat? Dass es in der Apotheke Zäpfchen gibt, wissen die auch oft nicht. Und wie sie dann zum Arzt gehen und (...) dann haben sie kein Auto und die Kinderärztin schickt sie halt mit dem Rettungswagen, obwohl wir im Rettungswagen die natürlich auch nicht transportieren könnten. Reintheoretisch. Also das ist eher so das Problem, wo man sagt, das ist so die Unzufriedenheit, einfach weil es Probleme gibt mit dem Verständnis des deutschen Gesundheitswesen“ (Interview2-m-30, Absatz 84)

„Also ich denke schon, dass es in der Stadt schlimmer ist. Liegt halt zu einem großen Teil daran, dass zumindest auch in Stadt XY, aber eigentlich in jeder größeren Stadt du halt verschiedene Straßen hast oder Häuser hast, die halt bekannt sind, wo halt tausende von Einsätzen gelaufen sind und wo halt auch entsprechend sich, sagen wir mal, ein Patientenklientel tummelt. Zwangsläufig. Die haben sich das da weiß Gott nicht ausgesucht. Wo es einfach leicht ist, sagen wir mal, auch mit Vorurteilen da anzufahren oder anzureisen als Rettungsdienst.“ (Interview3-m-27, Absatz 38)

„Und weil ich habe ja meine Ausbildung bei der BF gemacht und gefühlt Beamte manchmal bisschen den Blick auf die Realität verloren haben, weil es ihnen eigentlich im Vergleich zu vielen anderen sehr gut geht und das Gemecker da gefühlt noch größer ist als bei Angestellten einer HiOrg.“ (Interview3-m-27, Absatz 40)

„Man wird halt auch im Rettungsdienst so erzogen, dass ist vielleicht auch noch mal was was ich hier sagen möchte, dass es auch echt schwer ist, glaube ich, je nach Erziehung und auch sozialem Gefüge und wo man sich sonst so rumtreibt, dem Ganzen zu entkommen. Also den Vorurteilen.“ (Interview3-m-27, Absatz 60)

„Also das, dass es echt schwer ist, wenn man in den Rettungsdienst reinkommt und da vielleicht noch nicht ganz politisch gefestigt ist, dann sich diesem zu entziehen. Dem Aneignen der Meinung von anderen so. Das stelle ich mir echt schwer vor. Weil eben das wirklich keine Einzelmeinung ist.“ (Interview3-m-27, Absatz 62)

„Es kann nicht sein, dass Leute, die regelmäßig und auch offensichtlich braunes Gedankengut teilen in so einen Job überhaupt reinkommen, das kann nicht sein.“ (Interview3-m-27, Absatz 64)

„Ja, ich würde sagen, dass sich das Phänomen, was wir ja im Rettungsdienst beobachten oder zumindest glaube ich, die Personen, die dafür sensibilisiert sind, beobachten, sich über die Lehrjahre hinweg, auf die Auszubildenden, vor allem auf die Neuen dann überträgt. Und diese

Sozialisierung, diese Sprüche adaptiert werden, ohne dass das reflektiert wird und ohne dass darüber nachgedacht wird.“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

„Und es ist tatsächlich immer wieder so, dass es Gruppen gibt, in denen nur die Hälfte der Auszubildenden überhaupt erkennt, dass es diese Probleme gibt und anfängt, es zu reflektieren. Wir versuchen jederzeit darauf aufmerksam zu machen, was aber teilweise deutlich schwerer fällt, weil natürlich auch im Kollegium noch nicht alle die komplette Sensibilisierung haben und ich persönlich zum Beispiel auch mehr auf auf das Sexismus Thema quasi gepolt bin als auf Rassismus“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

„Also es ist reine Spekulation. Ich würde fast sagen (husten), dass es im städtischen Rettungsdienst häufiger ist. Weil aber auch die Patienten/ (husten). Weil aber auch die Patientenanzahl viel häufiger ist.Und ich glaube, die Wahrscheinlichkeit, dass du, wenn du im ländlichen Rettungsdienst Bereich tätig bist, auf ein Ausländer triffst, dort eine rassistische Bemerkung hast, größer ist als bei im städtischen Rettungsdienst Bereich. Obwohl die rassistischen Äußerungen in der absoluten Zahl häufiger sind, weil die Einsätze häufiger sind. Aber ich im städtischen Rettungsdienst natürlich/ Ich würde fast sagen, dass es keinen Tag gibt, wo ich nicht einen nicht typisch deutschen weißen Mann fahre, sondern eine andere soziale Herkunft oder sonst irgendwas als auf dem Land. Weil da ist es so selten und wenn, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich rassistisch geäußert wird, hoch.“ (Interview4-w-27, Absatz 54)

Ursachen — persönliche Ansichten

Codiert werden Textstellen, in denen es um die persönlichen Ansichten und Überzeugungen von nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal geht, welche Auswirkungen auf das Verhalten gegenüber Menschen außerhalb der Mehrheitsgesellschaft haben könnten.

Rettungsdienstpersonal, welches rechtes Gedankengut propagiert, ist für einen sozialen Beruf nicht geeignet und sollte nicht eingestellt werden. Gerade bei Lehrpersonen ist es wichtig, dass sie problematische politische Ansichten nicht an Schüler:innen vermitteln.

„Es kann nicht sein, dass Leute, die regelmäßig und auch offensichtlich braunes Gedankengut teilen in so einen Job überhaupt reinkommen, das kann nicht sein.“ (Interview3-m-27, Absatz 64)

„So das spielt halt dann auch in die Karten, wenn dann halt irgendwelche Beamte da in der Schule rumspringen, die halt selber fragwürdige Ansichten haben und da einfach selber offensichtlich nicht gut geschult worden sind oder wie auch immer.“ (Interview3-m-27, Absatz 72)

Ursachen — Gruppendynamik

Codiert werden Passagen, in denen deutlich wird, dass rassistisches Verhalten auf Grund der Gruppendynamik innerhalb der Rettungswache stattfindet und toleriert wird.

Rassistische Äußerungen werden toleriert oder ignoriert, teilweise beteiligen sich selbst Menschen mit Migrationshintergrund daran, um dazuzugehören.

„Und so Aussagen, die dann getätigt werden, die so in eine rassistische Richtung gehen. Auch über Patientinnen. Wird das dann weg ignoriert, wird das grundsätzlich angesprochen? So untereinander sagt man dann "Hey, das war jetzt uncool" oder ist das eher so," ja ist halt seine Meinung" und man toleriert das? #00:19:09-8#

B: (...) Ich denke, das wird einfach toleriert.“ (Interview2-m-30, Absatz 81 - 82)

„Und selbst solche Leute [Kolleg:innen mit Migrationshintergrund] werden teilweise mitmachen, weil sie sich vielleicht auch gezwungen fühlen und dazugehören wollen.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

Ursachen — Nicht-Sehen von Rassismus

Codiert werden Passagen, in denen deutlich wird, dass Rassismus als solcher nicht erkannt wird, wodurch Rassismus weiter reproduziert wird.

Alle Aussagen dieser Subkategorie stammen von einer Befragungsperson. Die Person sagt, dass es den Auszubildenden Notfallsanitäter:innen nur um die Hilfe von Menschen in Not geht und "Rassen" keine Rolle spielen, diskriminierende Einstellungen von anderen Kollegen würden sich nicht auf die Lernenden übertragen. Durch die Antworten wird deutlich, dass die Person Rassismus als solchen nicht erkennt, und demnach die Folgen, wie beispielsweise das unbewusste Vermitteln von rassistischen Einstellungen an Auszubildende, nicht als Gefahr wahrnimmt.

„Ja, es gab ein Gespräch mit der Rettungswachenleitung und Praxisanleitung. Und dann wurde das Thema relativ zügig niedergelegt und der Kollege hat das dann nicht so aufgenommen, dass es dann langsam zu viel wurde. Aber er hat das akzeptiert und die sind dann halt wieder freundschaftlich auseinandergegangen.“ (Interview2-m-30, Absatz 48)

„Und im Bereich der Praxisanleitung also unsere Auszubildenden momentan die sind auch offen für alle Weltanschauungen und denen geht es nicht um irgendwelche Rassen, Religionen oder ähnliches. Es geht halt einfach nur um die Hilfe der Menschen in Not. Also da gibt es auch überhaupt nichts, was man darüber sagen könnte.“ (Interview2-m-30, Absatz 56)

„I: Du hattest das vorhin schon mal angesprochen mit den, dass man Sachen in Frage stellt, wie die Daseinsberechtigung der Geflüchtete. Hast du erlebt, dass sich da irgendwas von dieser Mentalität auf die Azubis abfärbt? #00:12:24-5#

B: Nein nein, ganz und gar nicht.“ (Interview2-m-30, Absatz 57 - 58)

Ursachen — Mediale Berichterstattung

Codiert werden Aussagen, welche die mediale Berichterstattung als Ursache für rassistisches Verhalten nennen.

Der Umgang mit bestimmten Patient:innengruppen wurde in der Vergangenheit durch mediale Berichterstattung ins Negative beeinflusst.

„Denkst du, dass bestimmte Patienten anders behandelt worden wären, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten und sich mit den gleichen Symptomen vorgestellt hätten? #00:24:21-5#

B: Vor wenigen Jahren glaube ich ja ein ganz geringer, marginaler Anteil, weil man sehr ehrfürchtig zwischendurch, vielleicht auch medial getriggert mit besonderen Gruppierungen umgegangen ist.“ (Interview1-m-28, Absatz 72 - 73)

„Wenn im Internet, Fernsehen, Presse, wie auch immer, rassistische Themen getriggert, suggeriert werden, dann ist das auch erst mal ein alltägliches Thema, was auf einer Rettungswache debattiert wird, wie das vermutlich auch in anderen Personenkreisen oder Arbeitskreisen mit anderem Background gemacht wird.“ (Interview1-m-28, Absatz 75)

„Dann natürlich auf Wache. Sei es Kommentare zu den Nachrichten, die gerade im Fernsehen laufen oder so was.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

Ursachen — Sprachbarriere

Codiert werden Aussagen, die eine Sprachbarriere nennen als mögliche Ursache für rassistische Aussagen und Verurteilungen.

Auf Grund der Sprachbarriere kann es zu Konflikten zwischen Rettungsdienstpersonal und Menschen mit anderer Herkunft kommen. Die Sprachbarriere wird außerdem als Begründung genannt, warum Menschen eine andere medizinische Behandlung durch Rettungsdienstmitarbeitende erfahren. (letzteres wirkt wie ein vorgeschobener Grund).

„Im Gesundheitswesen immer wieder momentan problemhaft werden kann oder wird, weil der Fachkräftemangel dazu führen kann beziehungsweise dazu führt, dass ja immer mehr ausländische Mitbürger für diesen Bereich hierherkommen oder extra eingekauft werden und das mitunter dafür sorgen kann, dass man eine kurzzeitige Sprachbarriere am Anfang hat und sich dann so eine Aufregerthemen kurz auch hochschaukeln“ (Interview1-m-28, Absatz 33)

„Ich glaube die Sprachbarriere ist das größte Problem, wo man auch manchmal Aufreger findet, die aber schon im deutschen Bereich einfach mit verschiedenen Dialekten und Verständnisgraden stattfinden können.“ (Interview1-m-28, Absatz 63)

„Also Sprachbarriere ist schon schwierig. Deswegen könnte vielleicht die Behandlung etwas problematisch werden, weil man natürlich auch immer noch im Hinterkopf behalten muss, dass man auch nicht zu viel machen darf.“ (Interview2-m-30, Absatz 64)

„Denkst du, dass es Patienten gibt, die anders behandelt worden wären, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätten? #00:16:57-9#

B: Jein, würde ich sagen. Da würde ich aber wieder die Sprachbarriere vorschieben, weil hätte man besser vernünftiger/ also hätte man besser kommunizieren können, wäre natürlich auch vieles einfacher gewesen herauszufinden.“ (Interview2-m-30, Absatz 75 - 76)

Ursachen — Reproduktion von Stereotypen

Alle Passagen, in denen es direkt und indirekt um die Reproduktion von rassistischen Vorurteilen als Ursache für rassistisches Verhalten geht.

Gemachte negative Erfahrungen mit einzelnen Menschen mit Migrationshintergrund bestärken rassistische Vorurteile gegen eine gesamte Gruppe.

„Der Effekt, der da besteht, war aber meist kurzzeitig, also nur unmittelbar nach dem Einsatz und ist bei Dienstende schon nicht mehr aufgetaucht. Sei es bei den nächsten Diensten, zählt aber sicherlich für gemachte Erfahrungen, sodass sie im Unterbewusstsein immer noch mitschwingen, ob die ausgelebt werden kann ich nicht abschließend in voller Gänze beurteilen für jeden Einzelnen.“ (Interview1-m-28, Absatz 52)

„Also ich denke schon, dass es in der Stadt schlimmer ist. Liegt halt zu einem großen Teil daran, dass zumindest auch in Stadt XY, aber eigentlich in jeder größeren Stadt du halt verschiedene Straßen hast oder Häuser hast, die halt bekannt sind, wo halt tausende von Einsätzen gelaufen sind und wo halt auch entsprechend sich, sagen wir mal, ein Patientenklientel tummelt. Zwangsläufig. Die haben sich das da weiß Gott nicht ausgesucht. Wo es einfach leicht ist, sagen wir mal, auch mit Vorurteilen da anzufahren oder anzureisen als Rettungsdienst.“ (Interview3-m-27, Absatz 38)

Ursachen — Reproduktion von Stereotypen — Unwissenheit für Anderes

Alle Punkte die beschreiben, dass Unwissenheit und mangelndes Interesse auf Seiten des Rettungdienstpersonals über andere Lebensweisen und Kulturen Grund für Ablehnung sind.

Durch Unwissenheit und mangelndes Interesse über andere Kulturen kommt es zu Vorverurteilungen, sowohl gegenüber Patient:innen als auch gegenüber anderen Mitarbeitenden aus dem Rettungsdienst.

„Dann hatten wir das über Hörensagen, dass man sagt, ja, "da sitzt jetzt ein Moslem im Ausbildungskurs" beispielsweise, dann werden gleich wieder negativ gemachte Erfahrungen damit assoziiert, ohne denjenigen zu kennen und sich auch für Kultur Background zu interessieren.“ (Interview1-m-28, Absatz 37)

„Das ist, glaube ich, mitunter ein großes Problem, weil sich dann einige wenige nicht mit der Kultur, oder der Schmerzwahrnehmung in dem Fall, wirklich auseinandersetzen, weil das ja von Individuum zu Individuum, von Gruppierung zu Gruppierung unterschiedlich sein kann.“ (Interview1-m-28, Absatz 40)

„. Und ja, es gibt Patientengruppen, die für mich wesentlich schwerer einzuschätzen sind als vielleicht die meisten Patienten die wir fahren oder die wir haben. (...) Aber deswegen kann ich halt nicht irgendwie denen die Schmerzen absprechen oder in irgendeiner Form halt mich drüber lustig machen, sondern dann muss ich halt trotzdem rausfinden, wie der tatsächliche Zustand ist und die Leute vernünftig untersuchen. Und ja, das ist also auf jeden Fall ein konkretes Beispiel, was ich immer wieder sehe, dass da kein Verständnis oder sehr, sehr wenig

Verständnis da ist und dann halt das zum Anlass genommen wird zu schimpfen über andere Kulturen und die (sarkastisch) bösen Ausländer“ (Interview3-m-27, Absatz 54)

Ursachen — keine Reflexion

Codiert werden Passagen, welche die nicht-Reflexion der eigenen Umstände als Ursache für rassistisches Verhalten be- oder umschrieben werden.

Durch mangelnde Reflexion der eigenen Aussagen, Meinungen und Situation werden rassistisch-diskriminierende Verhaltensweisen nicht als solche erkannt. (So entsteht eine verzerrte Wahrnehmung der Realität, die Aspekte, die Mitglieder außerhalb der Mehrheitsgesellschaft betreffen, werden nicht als Problem erkannt)

„Ich persönlich nehme das eher als alltäglichen Kontext wahr, dass auch einfach zwiespältige oder zweideutige Aussagen getroffen werden oder aufregende Themen, sei es politisch oder auch gesellschaftlicher Kontext, debattiert werden. Einiges lebt im Arbeitsumfeld Rettungsdienst anders auf. Da der Umschwung aus meiner Perspektive hier deutlich bemerkbar ist, was den kulturellen Background angeht oder auch zum Teil das Auftreten der Persönlichkeiten. Klassisch wirklich, diese Kopftuchdebatte, wie sie an den Unis und Schulen stattgefunden hat, dass ja auch immer mehr ärztliches und nicht ärztliches Personal mit Kopftüchern beispielsweise zu sehen ist, was sicherlich für kurzzeitigen Aufruhr oder zu einer kurzzeitigen Besprechung des aufregenden Themas geführt hat, aber auch genauso schnell wieder abgeebbt ist in meiner Wahrnehmung. Das ist sicherlich so der Grundeinstieg und ich glaube einfach, dass dieses Problem, wenn man Rassismus als solches erstmal als Problem benennen möchte, weil es ja immer ein Negativ suggeriert bzw. negativ aufploppt, weil es oft sofort abwertend gemeint ist, weil keine Reflexion stattfindet auf seine eigene Ansicht.“ (Interview1-m-28, Absatz 33)

„Und weil ich habe ja meine Ausbildung bei der BF gemacht und gefühlt Beamte manchmal bisschen den Blick auf die Realität verloren haben, weil es ihnen eigentlich im Vergleich zu vielen anderen sehr gut geht und das Gemecker da gefühlt noch größer ist als bei Angestellten einer HiOrg.“ (Interview3-m-27, Absatz 40)

„Aus meiner eigenen Erfahrung heraus würde ich sagen ja, weil ich glaube, dass es halt ein Problem ist, dass die Leute es nicht merken, dass sie sich rassistisch verhalten, beziehungsweise diskriminierend verhalten. Ohne jetzt schon von der Definition her zu sagen, ist das schon Rassismus oder nicht? Aber sie verhalten sich auf jeden Fall diskriminierend. Und ich persönlich habe erfahren, dass die Leute es meistens auch nicht mal merken.“ (Interview4-w-27, Absatz 24)

Ursachen — Sozialisierung

Alle Passagen, die sich darauf beziehen, dass Kolleg:innen aus dem Rettungsdienst, insbesondere Auszubildende, Meinungen und Einstellungen von anderen Kolleg:innen annehmen. Sowohl im schulischen Kontext als auch auf der Rettungswache.

Vorurteile und Meinungen werden innerhalb des sozialen Gefüges auf der Rettungswache oder der Notfallsanitäterschule von Anderen übernommen. Gerade junge Menschen, die Aussagen und Meinungen noch nicht reflektieren können, sind anfällig für das Aneignen fremder Meinungen. Es ist ein unbewusstes, anerzogenes Verhalten was oftmals selbst nicht als problematisch eingeordnet wird.

„Man wird halt auch im Rettungsdienst so erzogen, dass ist vielleicht auch noch mal was was ich hier sagen möchte, dass es auch echt schwer ist, glaube ich, je nach Erziehung und auch sozialem Gefüge und wo man sich sonst so rumtreibt, dem Ganzen zu entkommen. Also den Vorurteilen.“ (Interview3-m-27, Absatz 60)

„Also das, dass es echt schwer ist, wenn man in den Rettungsdienst reinkommt und da vielleicht noch nicht ganz politisch gefestigt ist, dann sich diesem zu entziehen. Dem Aneignen der Meinung von anderen so. Das stelle ich mir echt schwer vor. Weil eben das wirklich keine Einzelmeinung ist.“ (Interview3-m-27, Absatz 62)

„So das spielt halt dann auch in die Karten, wenn dann halt irgendwelche Beamte da in der Schule rumspringen, die halt selber fragwürdige Ansichten haben und da einfach selber offensichtlich nicht gut geschult worden sind oder wie auch immer.“ (Interview3-m-27, Absatz 72)

„Viele werden es auch mit Absicht machen, aber ich könnte mir vorstellen, dass es eher so ein unterbewusstes, anerzogenes Verhalten ist, was man so mitgegeben bekommen hat und es abstreiten würde, wenn einem jemand vorwerfen würde, "hier das ist rassistisch", dann würden die meisten wahrscheinlich sagen "wieso?" und das gar nicht unbedingt merken.“ (Interview4-w-27, Absatz 20)

„Ja, ich würde sagen, dass sich das Phänomen, was wir ja im Rettungsdienst beobachten oder zumindest glaube ich, die Personen, die dafür sensibilisiert sind, beobachten, sich über die Lehrjahre hinweg, auf die Auszubildenden, vor allem auf die Neuen dann überträgt. Und diese Sozialisierung, diese Sprüche adaptiert werden, ohne dass das reflektiert wird und ohne dass darüber nachgedacht wird.“ (Interview4-w-27, Absatz 52)

Ursachen — strukturelle Probleme

Codiert werden Aussagen, die sich auf strukturelle Probleme beziehen, welche in rassistisch-diskriminierendem Verhalten enden. Mögliche Beispiele sind das ausgelastete Gesundheitswesen und der Umgang mit geflüchteten Personen und deren Zugang zu medizinischer Versorgung.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist überlastet und die Mitarbeitenden äußern ihren Frust gegenüber Menschen mit Sprachbarriere, da die anfänglich erschwerte Kommunikation zur Belastung beiträgt. Durch das Nichtkennen des Gesundheitssystems in Deutschland greifen Geflüchtete aus Hilfslosigkeit oftmals auf den Rettungsdienst zurück, was die Arbeitsbelastung weiter steigert, gerade wenn eine andere Instanz, wie beispielsweise eine Notfallapotheke oder der kassenärztliche Notdienst die richtige Anlaufstelle gewesen wäre.

„Im Gesundheitswesen immer wieder momentan problemhaft werden kann oder wird, weil der Fachkräftemangel dazu führen kann beziehungsweise dazu führt, dass ja immer mehr ausländische Mitbürger für diesen Bereich hierherkommen oder extra eingekauft werden und das mitunter dafür sorgen kann, dass man eine kurzzeitige Sprachbarriere am Anfang hat und sich dann so eine Aufregerthemen kurz auch hochschaukeln“ (Interview1-m-28, Absatz 33)

„Aber klassisch natürlich, wenn man einen niederschwelligen Alarmierungscode oder Priorität hatte und stellt dann auch fest, dass das eher was für die hausärztliche Versorgung ist oder Menschen einfach zeitweise hilflos waren und jetzt einfach nur eine Beratung medizinischer Ebene brauchten. Und die fallen in dieses Klischee zurück. Dann wird sich oftmals auch dem klassischen Rassismusgedanken bedient, dass man sie einer festen Gruppierung zuordnet und sagt daran liegt es auch, dass es jetzt zu einer nicht gerechtfertigten Alarmierung des Rettungsdienstes kam. #00:16:00-7#

I: Werden denn auch irgendwelche Schimpfwörter benutzt oder wird das so neutral geschildert, wie du es mir gerade schilderst? #00:16:06-5#

B: Doch größtenteils neutral. Also klar, schon mit einer negativen Abwertung, weil man sich vielleicht vom System ausgebeutet fühlt, dass man jetzt da hingefahren ist und es andere Versorgungseinrichtungen gegeben hätte, aber nicht mit klassischen Schimpfwörtern, die mir bekannt sind, sondern höchstens mit einer negativen Assoziierung.“ (Interview1-m-28, Absatz 52 - 54)

„Das ist eher zum einen natürlich der Frust gegenüber dieser Patientengruppe, die hilflos sind und nicht wissen, was sie in so einer Situation tun sollen.“ (Interview2-m-30, Absatz 28)

„Oder jetzt auch gerade die Frage mit dem aktuellen, mit der aktuellen Neubelegung des Asylantenheim, also das Flüchtlingsheim, was bei uns ja in der Region aufgemacht oder aufmachen soll, wo man dann auch wieder hört, "dann fahren wir doch da immer hin und müssen uns um die kümmern"“ (Interview2-m-30, Absatz 38)

„Gerade wenn es um ihre Kinder geht, dass die nicht wissen okay, was machen sie jetzt, wenn das Kind Fieber hat? Dass es in der Apotheke Zäpfchen gibt, wissen die auch oft nicht. Und wie sie dann zum Arzt gehen und (...) dann haben sie kein Auto und die Kinderärztin schickt sie halt mit dem Rettungswagen, obwohl wir im Rettungswagen die natürlich auch nicht transportieren könnten. Reintheoretisch. Also das ist eher so das Problem, wo man sagt, das ist so die Unzufriedenheit, einfach weil es Probleme gibt mit dem Verständnis des deutschen Gesundheitswesen“ (Interview2-m-30, Absatz 84)

Rassismusformen

Codiert wird jede Art von rassistischem Verhalten von nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal, welches geschildert wird. Sowohl rassistisches Verhalten auf individueller Ebene als auch auf struktureller Ebene. Auch Aussagen, welche durch die Befragungsperson nicht als Beschreibung von Rassismus intendiert sind, können codiert werden. Ob das Subjekt des Rassismus Patient:innen, Kolleg:innen oder andere Meschen sind, wird nicht unterschieden. In den Subcodes werden die Formen des Rassismus weiter differenziert. Der Name der Kategorie "Rassismusformen" ist beabsichtigt vage formuliert. Er dient dazu um zu anhand der gefundenen Codes einzuordnen, auf welche Arten rassistisch-

diskriminierende Einstellungen in deutschen Rettungsdiensten unter nicht-ärztlichem Personal vorliegen kann.

Zunächst wird in den Subcodes unterschieden, ob der Rassismus auf struktureller oder individueller Ebene stattfindet. Für geschilderten Rassismus auf der Individualebene wurden insgesamt 31 Codierungen in vier Unterkategorien eingeteilt. Dann wird der Subcode "(potenzielle) Patient:innengefährdung" in weitere drei Subkategorien mit insgesamt 17 gefundenen Textstellen unterteilt um zu bestimmen, auf welche Arten Patient:innen durch rassistisch-diskriminierende Einstellungen unter Rettungsdienstpersonal in ihrer körperlichen und geistigen Unversehrtheit geschädigt werden können. Die geschilderten Beispiele finden zunächst auf der Individualebene statt, sind aber strukturell und gesellschaftlich verankert. Diese Subkategorie ist besonders wichtig, da sie festhält, welche Folgen rassistische Vorurteile für Betroffene Menschen haben kann. In der letzten Unterkategorie "Vorverurteilungen / Stereotype" wird anhand sechs weiterer Subcodes aufgezeigt in welchen Formen Vorverurteilungen auf Grund rassistischer Einstellungen stattfinden kann. Für diesen Subcode wurden mit 41 Codierungen die meisten Passagen in der Kategorie Rassismusformen gefunden. Die hier geschilderten Beispiele finden zum größten Teil auf der Individualebene statt, einige wenige beschreiben auf struktureller Ebene stattfindende Beobachtungen. (Begründen, warum es so ist, weil struktureller Rassismus schwer zu sehen ist)

Individueller Rassismus: Dieser Subcode fasst alle geschilderten Aussage und Phänomene zusammen, welche auf der Individualebene stattfinden. Nicht mit eingeschlossen sind (potenzielle) Patient:innengefährdungen, da ein seperater Subcode vorgesehen ist. Die Reihenfolge der weiteren Unterkategorien hat keine Bedeutung.

Die erste Unterkategorie im Rahmen des individuellen Rassismus befasst sich mit den Rechtfertigungen. Wenn Befragungspersonen über beobachtetes rassistisches Verhalten gefragt wurden, kam oftmals automatisch und vermutlich unbeabsichtigt eine Rechtfertigung zur geschilderten Beobachtung. Gemäß der Befragungspersonen dienen Rassistische Äußerungen dem Stressabbau nach Einsätzen. Rassistische Vorfälle und Verhaltensweisen im Rettungsdienst werden damit gerechtfertigt, dass der Rettungsdienst nur ein Spiegelbild der Gesellschaft sei. Rassistische Witze werden damit verteidigt, dass die Betroffenen ebenfalls Witze über andere Kolleg:innen machen oder sich selbst rassistisch bezeichnen. (Korrelation, die Leute die wenig Begriffsverständnis am anfang hatten, tätigen Rechtfertigende Aussagen)

Die nächste Subkategorie befasst sich mit der Kommunikation von nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund. Mutmaßlich deshalb, da auf Grund von Äußerlichkeiten und dem Namen auf die Herkunft geschlossen wird, was nicht unbedingt einen Migrationshintergrund bedeutet. Es wird nicht unterschieden ob über Patient:innen, Kolleg:innen oder Dritte gesprochen wird. Entscheidend ist, dass Betroffene die Aussagen nicht hören. Die Äußerungen beziehen sich lediglich auf die mutmaßliche Herkunft der Personen, nicht auf deren Verhalten oder den Ablauf des Einsatzes. Gemäß den Erzählungen der Befragten wird sich über andere Bevölkerungsgruppen in Nicht-

Anwesenheit dieser Menschen negativ geäußert. Betroffene können Patient:innen, Angehörige oder Praktikant:innen sein.

Die Befragungspersonen berichten von diskriminierenden Äußerungen und Beleidigungen beim Reden über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund nach Notfalleinsätzen, beispielsweise auf der Rückfahrt vom Krankenhaus. Die Aussagen reichen von Kommentaren über das äußerliche Erscheinungsbild, sehr reduziert auf Stereotype, bis hinzu rassistischen Schimpfwörtern. Zu dieser Kategorie konnten Aussagen von allen vier Befragten codiert werden.

Der nächste Subcode des individuellen Rassismus ergänzt den vorangegangenen. Die Unterkategorie "Kommunikation / Umgang mit Patient:innen" erfasst die beschriebenen Verhaltensweisen im direkten Kontakt mit Patient:innen und Angehörigen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund. In diesem Subcode berichtet eine Person von beobachteten Provokationen eines Kollegen gegenüber Angehörigen und Patient:innen.

Die Unterkategorie wird weiter eingegrenzt in "weniger Toleranz" und "keine Wertschätzung". In der ersten Subkategorie wird über weniger Geduld und Toleranz im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund berichtet. Entscheidend ist, dass die genannte Begründung für die Andersbehandlung der Person der vermeintliche Migrationshintergrund ist. Die Aussagen zwei Befragungspersonen zusammenfassend lässt sich sagen, dass Rettungsdienstpersonal im Umgang mit Patient:innen mit Migrationshintergrund oftmals ungeduldiger ist. Sie klären Patient:innen eher über die Unnötigkeit auf, den Rettungsdienst für eine solche Lappalie zu rufen, was sie bei anderen Patient:innen der Mehrheitsgesellschaft nicht tun.

Die Subcodes für "keine Wertschätzung" beschreiben Verhalten im Umgang mit Patient:innen und Angehörigen. Drei der Befragten schildern, dass sich Rettungsdienstmitarbeitende oftmals weniger empathisch, wertschätzend und freundlich verhalten wenn sie bei Menschen mit Migrationshintergrund im Einsatz sind.

Die letzte Unterkategorie "nichtintentionaler Rassismus" befasst sich mit Passagen, welche rassistisches Verhalten oder Aussagen beinhalten, welche nicht das Ziel des Verletzens oder Beleidigens von Menschen hat aber dennoch rassistisch ist. Die meisten der Aussagen beinhalten rassistische Sprüche und Sticheleien unter Kolleg:innen, welche als Witz gemeint sind. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass witzig gemeinte rassistische Beleidigungen gegenüber Kolleg:innen mit Migrationshintergrund im Wachenalltag regelmäßig stattfinden und in Ordnung sind, da sie als Witz verpackt sind. Außerdem würden sich die Leute nicht angegriffen fühlen, da allen bewusst ist es sei nur Spaß. Eine Person berichtet von einem Zwischenfall, in dem sich ein Kollege auf Grund der stetigen rassistischen Sprüche und Witze beim Rettungsdienstleiter beschwerte. Meistens merken die Personen nicht, dass sie sich rassistisch Verhalten.

struktureller Rassismus: erfasst werden alle Aussagen, in denen Beispiele für strukturellen Rassismus genannt werden. (schwierig strukturellen Rassismus zu erfassen wegen mehreren

Gründen, Begriffsverständnis zeigt, dass wenigen bekannt ist was das ist, also können schwieirg besipiele gefunden werden)

Alle erfassten Aussagen kommen von einer Befragungsperson. Sie berichtet von strukturellem Rassismus innerhalb eines Betriebs. Der Rettungsdienstleiter wurde auf rassistische Vorverurteilungen und Diskriminierung von muslimischen Kolleginnen in zwei verschiedenen Fällen aufmerksam gemacht. Statt dem Einhalt zu gebieten, wurden keine Maßnahmen ergriffen um die Kolleginnen zu schützen oder die Verursachenden zu ahnden.

(potentielle) Patient:innengefährdung: Codiert werden alle Passagen in denen eine potenzielle oder tatsächliche Gefährdung von Patient:innen bestand. Patient:innengefährdung durch rassistische Einstellungen kann durch verschiedene Aspeke deutlich werden, auf welche in der Erläuterung der gefundenen Subcodes weiter eingegangen wird.

Zunächst ergibt sich die Unterkategorie "körperliche Übergriffe", in welcher Passagen codiert werden, in denen Patient:innen durch eine grobe Behandlung gefährdet oder verletzt wurden. Ob die Handlung bewusst oder unbewusst stattfand wird nicht differenziert. Von körperlichen Übergriffen kann glücklicherweise nur in einem Fall berichtet werden. In zwei codierten Textstellen schildert eine Befragungsperson eine Situation, in der eine geflüchtete Person auf Grund ihrer Herkunft Gewalt durch einen Rettungsdienstmitarbeitenden erfahren hat. Der Patient hatte sich selbst verletzt um der Abschiebung zu entgehen, der Kollege der RTW Besatzung hat den Patienten grob angefasst und ihn auf die Trage gedrückt um ihn zügig in ein Krankenhaus zu transportieren um ihn rasch durch die Polizei abschieben lassen zu können. Der Rettungsdienstler hatte augenscheinlich Freude, diese Machtposition auszuüben. Es scheint sich bei dieser Schilderung, zumindest im Rahmen dieser Forschungsarbeit, allerdings um einen Ausnahmefall zu handeln.

Die nächste Subkategorie erfasst alle Aussagen, in denen eine unbewusste Gefährdung von Patient:innen vorliegen kann, durch das nichtintentionale Andersbehandeln. Eine Befragungsperson zeigt durch ihre Aussage, dass Patient:innengefährdung vorliegen kann, indem sie sich über rassistische Vorveruteilung und dessen Folgen für die medizinische Behandlung nicht bewusst ist. Die Person sagt es gäbe zwar rassistische Sprüche über Patient:innengruppen, dennoch sei die Versorgung dadurch nicht beeinflusst. (die person sagt auch, sozialisierung würde sich nicht auf Lernende übertragen)

Die Unterkategorie mit den häufigsten codierten Textstellen ist "Verzögern von medizinischen Maßnahmen". Codiert werden alle Aussagen, die die Verzögerung von Maßnahmen beschreiben. Sowohl das Nicht-Untersuchen oder weniger strukturiert Untersuchen, als auch das zügige Transportieren statt einer Untersuchung vor Ort. Ebenso zählt das Nicht-Durchführen von (medikamentösen) Therapien. Alle der befragten Personen können Beispiele schildern, in denen medizinische Maßnahmen auf Grund der sozialen oder kulturellen Herkunft der Patient:innen verzögert wurden. Es werden Situationen geschildert, in denen auf Grund der Herkunft oder Religion auf ausführlichere Untersuchungen verzichtet wurde, gerade in "männerdominierten Kulturen". Außerdem berichteten zwei Befragte über die langsamere

Durchführung der Untersuchungen und das der zügige Transport, ohne jegliche medizinische Indikation, für das andere Mitglied der RTW Besatzung im Vordergrund stand. Eine Person meint, dass auf Grund von Sprachbarriere eine Andersbehandlung stattfindet um Fehler zu vermeiden.

Ergänzend zu der Unterkategorie "Verzögern von medizinischen Maßnahmen" wurde der Subcode "Nicht ernst nehmen" gefunden. Zusammegefasst werden hier Passagen, in denen eine potenzielle Gefährdung von Patient:innen auf Grund des Vernachlässigen von geschilderten Symptomen oder Schmerzen vorliegt. Die Vernachlässigung von Symptomen, also dem Nicht-ernst-nehmen kann die Verzögerung medizinischer Maßnahmen zur Folge haben und so zu Schaden an Patient:innen führen. Drei von vier Befragungspersonen können Beispiele nennen, in denen Patient:innen auf Grund ihrer kulturellen oder sozialen Herkunft nicht ernst genommen wurden. Es fällt auf, das die vierte Befragungsperson, welche keine Beispiele schildert, grundsätzlich nicht glaubt, dass Andersbehandlung auf Grund von bewussten oder unbewussten rassistischen Einstellungen existiert. Das Runterspielen einer Schmerzsymptomatik und Morbus Bosporus werden durch die Befragten als Beispiele für die Andersbehandlung von Menschen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund im Kontrast zur Behandlung von Personen der Mehrheitsgesellschaft genannt. Eine befragte Person sagt, gewisse Bevölkerungsgruppen zeigen Emotionen und Schmerzen vielleicht anders, dennoch stünden andere Parameter wie Vitalwerte zur Verfügung, um Schmerzen valide einzuschätzen, statt sie den Betroffenen abzusprechen. Oftmals wird die Symptomatik beziehungsweise das Meldebild lediglich auf Grund der vermeintlichen Herkunft der Patient:innen klein geredet. Die Untersuchung fällt oftmals weniger ausführlich und strukturiert aus, als das bei anderen Menschen der Fall wäre.

(Ergänzend zur Analyse: Umgang mit kulturellen Besonderheiten und Beachtung dieser ist positiv, es darf nur deswegen die Behandlung nicht pauschal anders sein)

Vorverurteilungen / Stereotype: Codiert werden alle Aussagen, die als Vorurteile, Stereotype oder Klischees gewertet werden können oder Beispiele solcher enthalten. Vorverurteilungen auf Grund von beispielsweise der (mutmaßlichen) Herkunft, Religion oder Kultur. (definition von Stereotype und Vorurteil muss noch gemacht werden)

Alle erfassten Aussagen können die Behandlung von Patient:innen oder den Umgang mit Kolleg:innen beeinflussen.

In dieser Subkategorie mit allen weiteren Unterkategorien wurden mit insgesamt 41 Codierungen die meisten Aussagen zu gefunden. Passagen von allen Befragungspersonen konnten in diese Kategorie eingeteilt werden. Die Reihenfolge der Auflistung der gefundenen Subcodes ist auch hier nicht von Bedeutung.

Die erste gefundene Unterkategorie "antimuslimischer Rassismus" erfasst Passagen, aus denen ablehnendes oder vorverurteilendes Verhalten gegenüber muslimischen oder mutmaßlich muslimischen Menschen hervorgeht. Mit eingeschlossen ist das Infragestellen von muslimischen Bräuchen und Traditionen. Fast alle folgenden Subcodes zum Thema

Vorverurteilungen und Stereotype beziehen sich auf Menschen, die anhand von äußerlichen Kriterien in die Gruppe der muslimisch gelesenen Menschen eingeordnet werden können. Die hier genannten Aussagen fassen explizit Ablehnung gegenüber muslimischer Bräuche und Traditionen zusammen.

In dieser Subkategorie stellt das Tragen eines Kopftuchs eine fusionierte Unterkategorie dar, da besonders häufig darüber gesprochen wurde. Es wird laut zwei Befragungspersonen berichtet, dass die Eignung für einen Beruf im Gesundheitswesen auf Grund des Tragens einer Hijab von Kolleg:innen in Frage gestellt wurde. Eine Erzählung geht so weit, dass die Mitarbeitenden der Rettungswache, noch vor Vertragsbeginn der muslimischen Kollegin, verlauten ließen das Tragen eines Kopftuches sei mit der Arbeit im Rettungsdienst nicht vereinbar. Sie gingen sogar zu den zuständigen Stellen der Arbeitssicherheit und Hygiene um selbstständig zu prüfen, ob die Einstellung der Kollegin richtig war.

Außerdem wird davon berichtet, dass die Kollegin nach Antritt der Stelle direkt angesprochen wurde ob ihr Glaube mit dem Beruf vereinbar sei und ob Muslima generell im Rettungsdienst arbeiten könnten. Ein Kollege hatte ihr Nahe gelegt, den Beruf auf Grund ihrer Herkunft und ihres Glaubens zu wechseln, da sie keine guten Chancen hätte. Eine weitere Muslima aus dem gleichen Betrieb, welche allerdings keine Hijab trägt und deswegen nicht äußerlich als solche zu erkennen ist, wird zu Ramadan jedes Jahr gefragt, ob sie arbeitsfähig sei wenn sie fastet.

Eine weitere Vorverurteilung muslimisch gelesener Menschen passiert, wenn pauschal suggeriert wird, Männer dieser Gruppe seien aggressiv und deshalb der Umgang anders ist als mit Menschen der Mehrheitsgesellschaft.

Zunächst ergibt sich aus den codierten Aussagen die Subkategorie "Nicht-aufgehen von Stereotypen". Damit ist gemeint, dass bestehende Stereotypen über gewisse Bevölkerungsgruppen oder Religionen sich nicht bestätigen. „Zwei Befragungspersonen schildern Situationen auf der Rettungswache innerhalb des nicht-ärztlichen Kollegenkreises, in welcher die vorbestehenden Stereotype über bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht aufgehen. Einer berichtet darüber, dass Kolleg:innen auf der Rettungswache über gewisse Gruppen und deren Herkunft herziehen und dabei vergessen, dass ihre eigenen Kolleg:innen mit denen sie sprechen aus der gleichen Kultur stammen. Eine weitere Person erzählt, dass Mitarbeitende in Frage gestellt haben, ob Muslima für den Rettungsdienst geeignet sind und wussten dabei nicht, dass eine ihrer langjährigen Kolleginnen ebenfalls Muslima ist,da sie dem stereotypischen Erscheinungsbild nicht entsprach.

Auch im Einsatz gibt es Situationen, in denen Vorurteile nicht aufgehen. Bei einem ausländisch klingenden Patient:innennamen sind die eintreffenden Rettungsdienstmitarbeitenden überrascht, wenn die Person dem äußerlichen Erscheinungsbild, welches beim Hören des Namens entsteht, nicht entsprechen. (dumm wegen Namen auf Herkunft und deutschkenntnisse zu schließen, der fakt, dass sich Klischees nich bestätigen kann genutzt werden, um die Eigenen Einstellungen zu hinterfragen und Selbstreflexion zu erlangen um

zukünftig die aufkommenden rassistischen Stereotype als solche zu erkennen und sie nicht weiter zu reproduzieren)

Eine weitere Beobachtung ergibt den nächsten Subcode, das Infragestellen der Aufenthaltsberechtigung. Codiert werden Passagen, in denen der Aufenthalt von Geflüchteten pauschal infragegestellt wird, was eine Vorverurteilung bedeutet da die Situation des einzelnen nicht bekannt ist.

Es wird generell infragegestellt, ob Geflüchtete das Recht haben, sich in Deutschland aufzuhalten. (kann eine Andersbehandlung zur Folge haben, da die Grundeinstellung gegeüber dieser Gruppe negativ konnotiert ist. Überleitung zur medialen Berichterstattung als Ursache?, Überleitung zu potentielle Patient:innengefährdung mit der Situation des groben Anfassens bei der Abschiebung)

Die nächste gefundene Subkategorie ist die Vorverurteilung anhand von Namen oder Aussehen. Codiert werden alle Aussagen, in denen Menschen auf Grund ihres Namens oder Aussehens oder des mutmaßlichen Nicht-deutsch-seins vorverurteilt werden. Diese Vorverurteilung anhand der genannten Merkmale kann sowohl im Kollegenkreis als auch bei der Patient:innen und deren Angehörigen vorfallen. (alle diese sachen können zu einer Andersbehandlung führen oder eiem verzögerten Ausrücken etc)

Alle vier Befragungspersonen können Situationen schildern, in denen Menschen auf Grund ihres Namens oder des Aussehens vorverurteilt wurden. Diese vorverurteilenden Aussagen fallen meist bereits bei der Alarmierung lediglich auf Grund des übermittelten, mutmaßlichen nicht-deutschen Patient:innennamens noch vor Eintreffen am Einsatzort. Oftmals fallen, lediglich auf Grund des Namens, abwertende Aussagen und die Dringlichkeit des Einsatzes wird bezweifelt.

Dann beim Eintreffen am Einsatzort und beim Kontakt mit Patient:innen werden diese auf Grund des Namens oder des Aussehens anders behandelt. Den Personen werden auf Grund des Aussehens Eigenschaften zugesprochen, die mit Erfahrungen aus anderen Einsätzen mit Patient:innen aus der gleichen Bevölkerungsgruppe begründet und dann auf alle Menschen dieser Gruppe übertragen werden. Teilweise wird aus dem äußerlichen Erscheinungsbild der Menschen geschlossen, sie seien der deutschen Sprache nicht mächtig. Oftmals werden Menschen, die den stereotypischen, äußerlichen Merkmalen entsprechen, als Moslems bezeichnet, ohne Kenntnis über die praktizierte Religion der Menschen zu haben. (Ursachen Unwissenheit, mangelndes Interesse für anderes, Folge: weitere Reproduktion von Stereotypen)

Eine Person berichtet von vorveruteilendem Verhalten des Kollegiums im Rahmen einer Rettungswache. Eine Kollegin mit Kopftuch wurde eingestellt und nur auf Grund des Namens und der Tatsache, dass sie Kopftuch trägt wurde im Vorhinein viel über sie gesprochen. (Folge: Chancenungleichheit), vlt dann Verknüpfung zu antimuslimischem Rassismus)

In einem weiteren gefundenen Subcode "Herkunft als Begründung" werden Passagen zusammengefasst, in denen die mutmaßliche Herkunft von Menschen als Begründung genutzt wird, um sich negativ zu äußern oder Andersbehandlungen zu rechtfertigen. Ob die soziale, kulturelle oder tatsächliche herkunft gemeint ist, wird nicht unterschieden.

In diesem Subcode können drei der vier Befragungspersonen Beispiele nennen. Die Nicht-deutsche Herkunft wird als Begründung genutzt, warum es zu einer nicht gerechtfertigten Alarmierung eines Rettungsmittels kam, teilweise wird sich dabei rassistischer Aussagen bedient. Anders als bei Menschen der Mehrheitsgesellschaft wird bei Personen, die in das rassistisch-stereotypisierte Bild des "Ausländers" passen, immer die Herkunft als Begründung genannt, wenn sie erwartete Verhaltensweisen nicht erfüllen. Diese Tatsache wird dann pauschal auf alle Mitglieder dieser Bevölkerungsgruppe übertragen. Andere mögliche Ursachen wie die Lebensumstände, Intelligenz oder andere Faktoren werden nicht erwähnt. (weiteres Reproduzieren von Stereotypen, Gefahr der PAtient:innengefährdung etc.)

Ergänzend zum Subcode "Herkunft als Begründung" werden in dieser fusionierten Unterkategorie "übertriebenes Verhalten" Aussagen festgehalten, welche suggerieren, dass Menschen auf Grund des mutmaßlichen Migrationshintergrundes oder der kulturellen Herkunft unangebracht reagieren. Gemäß der gefundenen Aussagen wird Menschen mit MENA Migrationshintergrund grundsätzlich unterstellt sie seien wehleidiger als Angehörige der Mehrheitsgesellschaft. Auf Grund des kulturellbedingten Umgangs mit Emotionen und Trauer und dem familiären Zusammenhalt reagieren Kolleg:innen des Rettungsdienstes oftmals genervt und mit Unverständnis.

Die nächste Subkategorie "Chancenungleichheit" befasst sich mit geschilderten Situationen welche zeigen, dass durch das Festhalten an rassistischen Vorurteilen und Stereotypen ungleiche Bedingungen für betroffene Personen entstehen. Diese Chancenungleichheit findet sowohl auf struktureller als auch auf individueller Ebene statt.

In den erfassten Aussagen geht es ausschließlich um Chancenungleichheit auf Grund von Vorverurteilungen durch Mitarbeitende innerhalb des rettungsdienstlichen Betriebs. Über Personen wurde noch vor Beschäftigungsbeginn auf Grund der mutmaßlichen Herkunft und damit verbundenen Vorurteilen negativ gesprochen, wodurch sie beim Antreten der Stelle einen schwereren Start im Kollegium hatten. Noch bevor sich die neuen Kolleg:innen persönlich vorstellen konnten, hingen Steckbriefe aus, worauf die Vorverurteilungen fundierten. Anders als Menschen der Mehrheitsgesellschaft mussten sich die Betroffenen von rassistischen Vorverurteilungen zunächst einmal beweisen, für die Stelle geeignet zu sein. Die Eignung wird dabei an der Herkunft der Person festgemacht.

(So entsteht eine Chancenungleichheit im Vergleich zu anderen Menschen, die der Mehrheitsgesellschaft zugehörig sind. (antidiskriminierungsgestz) Die Verantwortung, die Vorurteile durch Kennenlernen zu beseitigen, wird den Betroffenen zugeschoben, statt den Kolleg:innen, die sich vorverurteilend geäußert haben.)

Rassismusformen — individueller Rassismus

Dieser Subcode fasst alle geschilderten Aussage und Phänomene zusammen, welche auf der Individualebene stattfinden. Nicht mit eingeschlossen sind (potenzielle) Patient:innengefährdungen, da ein seperater Subcode vorgesehen ist. Die Reihenfolge der weiteren Unterkategorien hat keine Bedeutung.

Die erste Unterkategorie im Rahmen des individuellen Rassismus befasst sich mit den Rechtfertigungen. Wenn Befragungspersonen über beobachtetes rassistisches Verhalten gefragt wurden, kam oftmals automatisch und vermutlich unbeabsichtigt eine Rechtfertigung zur geschilderten Beobachtung. Gemäß der Befragungspersonen dienen Rassistische Äußerungen dem Stressabbau nach Einsätzen. Rassistische Vorfälle und Verhaltensweisen im Rettungsdienst werden damit gerechtfertigt, dass der Rettungsdienst nur ein Spiegelbild der Gesellschaft sei. Rassistische Witze werden damit verteidigt, dass die Betroffenen ebenfalls Witze über andere Kolleg:innen machen oder sich selbst rassistisch bezeichnen. (Korrelation, die Leute die wenig Begriffsverständnis am anfang hatten, tätigen Rechtfertigende Aussagen)

Die nächste Subkategorie befasst sich mit der Kommunikation von nicht-ärztlichem Rettungsdienstpersonal über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund. Mutmaßlich deshalb, da auf Grund von Äußerlichkeiten und dem Namen auf die Herkunft geschlossen wird, was nicht unbedingt einen Migrationshintergrund bedeutet. Es wird nicht unterschieden ob über Patient:innen, Kolleg:innen oder Dritte gesprochen wird. Entscheidend ist, dass Betroffene die Aussagen nicht hören. Die Äußerungen beziehen sich lediglich auf die mutmaßliche Herkunft der Personen, nicht auf deren Verhalten oder den Ablauf des Einsatzes. Gemäß den Erzählungen der Befragten wird sich über andere Bevölkerungsgruppen in Nicht-Anwesenheit dieser Menschen negativ geäußert. Betroffene können Patient:innen, Angehörige oder Praktikant:innen sein.
Die Befragungspersonen berichten von diskriminierenden Äußerungen und Beleidigungen beim Reden über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund nach Notfalleinsätzen, beispielsweise auf der Rückfahrt vom Krankenhaus. Die Aussagen reichen von Kommentaren über das äußerliche Erscheinungsbild, sehr reduziert auf Stereotype, bis hinzu rassistischen Schimpfwörtern. Zu dieser Kategorie konnten Aussagen von allen vier Befragten codiert werden.

Der nächste Subcode des individuellen Rassismus ergänzt den vorangegangenen. Die Unterkategorie "Kommunikation / Umgang mit Patient:innen" erfasst die beschriebenen Verhaltensweisen im direkten Kontakt mit Patient:innen und Angehörigen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund. In diesem Subcode berichtet eine Person von beobachteten Provokationen eines Kollegen gegenüber Angehörigen und Patient:innen.
Die Unterkategorie wird weiter eingegrenzt in "weniger Toleranz" und "keine Wertschätzung". In der ersten Subkategorie wird über weniger Geduld und Toleranz im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund berichtet. Entscheidend ist, dass die genannte Begründung für die Andersbehandlung der Person der vermeintliche Migrationshintergrund ist. Die Aussagen zwei

Befragungspersonen zusammenfassend lässt sich sagen, dass Rettungsdienstpersonal im Umgang mit Patient:innen mit Migrationshintergrund oftmals ungeduldiger ist. Sie klären Patient:innen eher über die Unnötigkeit auf, den Rettungsdienst für eine solche Lappalie zu rufen, was sie bei anderen Patient:innen der Mehrheitsgesellschaft nicht tun.
Die Subcodes für "keine Wertschätzung" beschreiben Verhalten im Umgang mit Patient:innen und Angehörigen. Drei der Befragten schildern, dass sich Rettungsdienstmitarbeitende oftmals weniger empathisch, wertschätzend und freundlich verhalten wenn sie bei Menschen mit Migrationshintergrund im Einsatz sind.

Die letzte Unterkategorie "nichtintentionaler Rassismus" befasst sich mit Passagen, welche rassistisches Verhalten oder Aussagen beinhalten, welche nicht das Ziel des Verletzens oder Beleidigens von Menschen hat aber dennoch rassistisch ist. Die meisten der Aussagen beinhalten rassistische Sprüche und Sticheleien unter Kolleg:innen, welche als Witz gemeint sind. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass witzig gemeinte rassistische Beleidigungen gegenüber Kolleg:innen mit Migrationshintergrund im Wachenalltag regelmäßig stattfinden und in Ordnung sind, da sie als Witz verpackt sind. Außerdem würden sich die Leute nicht angegriffen fühlen, da allen bewusst ist es sei nur Spaß. Eine Person berichtet von einem Zwischenfall, in dem sich ein Kollege auf Grund der stetigen rassistischen Sprüche und Witze beim Rettungsdienstleiter beschwerte. Meistens merken die Personen nicht, dass sie sich rassistisch Verhalten.

Rassismusformen — individueller Rassismus — Rechtfertigungen

Codiert werden alle Aussagen, in denen rassistisches Verhalten bewusst oder unbewusst gerechtfertigt wird.

Rassistische Äußerungen dienen dem Stressabbau nach Einsätzen. Rassistische Vorfälle und Verhaltensweisen im Rettungsdienst werden damit gerechtfertigt, dass der Rettungsdienst nur ein Spiegelbild der Gesellschaft sei. Rassistische Witze werden damit verteidigt, dass die Betroffenen ebenfalls Witze über andere Kolleg:innen machen oder sich selbst rassistisch bezeichnen.

„Irgendwie aufgrund des Meldebildes oder des Namens oder der Örtlichkeit jemanden zu vorverurteilen. Ich glaube eher, dass dieses Ablästern oder auch nochmal kurz Luft rauslassen, wenn man so sagen möchte, ein bisschen psychologische Hilfe oder Reinigung auch nach einem Einsatz sein kann. Und es gilt dann (...) Festzustellen, und das konnte ich auf der Wache aber nicht erleben, dass es nicht in den Alltag überspringt, sondern dass es nur kurzzeitig bei der Alarmierung oder nach einem Einsatz so ist und dass man das dann auch wieder vergisst und nicht in sich aufbaut, aufstaut und davon die ganze Zeit zehrt und jemanden fest in eine

Schublade steckt, nur weil er an der gleichen Stelle wohnt oder ähnliches.“ (Interview1-m-28, Absatz 67)

„Ich glaube, der Rettungsdienst ist ein Spiegelbild der Gesellschaft.“ (Interview1-m-28, Absatz 75)

„Und hast du das Gefühl, dass das jetzt einfach nur so Geplänkel ist? Oder dass sich die Leute wirklich angegriffen fühlen? Und auch auf der anderen Seite die, die das sagen, das auch wirklich böse meinen? #00:09:32-7#

B: Da habe ich tatsächlich nicht das Gefühl, dass das böse gemeint ist. Okay. Also die meisten wissen, dass das Spaß ist. Und selbst diejenigen, die so angesprochen werden, die machen sich auch einen Spaß daraus und bezeichnen sich selbst so oder bezeichnen auch andere Kollegen halt (...) anders.“ (Interview2-m-30, Absatz 43 - 44)

Rassismusformen — individueller Rassismus — Kommunikation ÜBER Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund

Codiert werden alle Inhalte, mit rassistischen Aussagen über Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund (zwischen Patient:innen, Angehörigen oder anderen Betroffenen wird nicht unterschieden). Entscheidend ist, dass die Aussagen nicht in Anwesenheit der Person stattfinden.

Gemäß den Erzählungen wird sich über andere Bevölkerungsgruppen in Nicht-Anwesenheit dieser Menschen negativ geäußert. Betroffene können Patient:innen oder Praktikant:innen mit Migrationshintergrund sein. Die negativen Abwertungen beziehen sich auf die Herkunft und sind unabhängig vom Ablauf des Einsatzes.

„Werden denn auch irgendwelche Schimpfwörter benutzt oder wird das so neutral geschildert, wie du es mir gerade schilderst? #00:16:06-5#

B: Doch größtenteils neutral. Also klar, schon mit einer negativen Abwertung, weil man sich vielleicht vom System ausgebeutet fühlt, dass man jetzt da hingefahren ist und es andere Versorgungseinrichtungen gegeben hätte, aber nicht mit klassischen Schimpfwörtern, die mir bekannt sind, sondern höchstens mit einer negativen Assoziierung.“ (Interview1-m-28, Absatz 53 - 54)

„Nach außen hin, also so richtig vom Angesicht vorm Patienten finde ich eher weniger. Aber natürlich in der Nachbesprechung oder auf der Rückfahrt vom Krankenhaus oder vom Einsatzort. Da gibt es dann natürlich schon den einen oder anderen Spruch, den man natürlich hört. Also da denke ich schon, dass das ein Problem ist.“ (Interview2-m-30, Absatz 26)

„Das ist eher so das Problem, das man da hört, wenn die Kollegen über irgendwelche anderen Bevölkerungsgruppen herziehen. (...) Das denke ich, ist schon ein Problem, was wir im Rettungsdienst haben“ (Interview2-m-30, Absatz 36)

„Es gibt tatsächlich gewisse Orte, wo man häufiger mal ist. Weil die Leute so als Stammkunden zählen, wo man dann sagt "Oh, jetzt fahren wir schon wieder in diese Kanaken Bude"“ (Interview2-m-30, Absatz 38)

„Nach dem Einsatz sich ausgelassen wird. Über die Unnötigkeit des Einsatzes.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„Also Praktikanten zum Beispiel mit nichtdeutscher Herkunft würde ich da auch mit reinzählen, die manchmal betroffen sind. Natürlich nur, wenn sie nicht da sind. Dann wird über sie geredet, negativ.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„Und alle Beteiligten, außer mir gefühlt, haben sich sichtlich gefreut, dass sie das jetzt ja erfolgreich bewältigt haben und der Patient eben umgehend zum Flughafen gefahren werden konnte. Und dann liefen halt auch auf Rückfahrt zur Wache noch diverse Kommentare meines Kollegen was weiß ich, "nutzloses Pack" und was weiß ich, was da alles dann gefallen ist. Und ich stand so richtig eigentlich neben mir“ (Interview3-m-27, Absatz 36)

„Fallen dann auch rassistisch diskriminierende Äußerungen gegenüber den Leuten, also irgendwelche Schimpfwörter oder dispektierliche Bezeichnungen? #00:22:44-3#

B: Ja also auch das. Tatsächlich. Vielleicht nicht unbedingt ins Gesicht, aber ich sage mal, manchmal sind die Einsatzstellen ja nicht ganz leise. Dann sind vielleicht viele Leute in einem Raum und (...) Klar bin ich dann auch ein bisschen sensibilisiert, aber ich achte auf meinen Kollegen und höre auch, was der sagt. Schon allein, weil es ja auch für mich relevant sein kann. So dass da schon immer mal so und wenn es nur geflüstert ist oder so in die Ecke reingebrabbelt, halt irgendwelche halt schon so.. Ja, "asoziales Pack". Keine Ahnung, oder? (...) Meinetwegen auch, ja, "ihr könnt gleich die großen Koffer packen" oder so was. Also für die Heimreise. Keine Ahnung. Also muss ich schon sagen, habe ich schon echt derbes Zeug auch im Einsatz gehört was ich auch einfach nicht wiederholen möchte.“ (Interview3-m-27, Absatz 55 - 56)

„Gibt es auch in solchen Kontexten rassistisch diskriminierende Sprache? Also, dass ich über Patient:innen mit Migrationshintergrund oder anderer kultureller Herkunft irgendwie diskriminierend rassistisch geäußert wird, auch wenn es in dem Kontext überhaupt nichts verloren hat? #00:13:02-4#

B: Ja, also halt Morbus mediterranum, Morbus Bosporus. Das wird/ zählt das dazu, sowas?. #00:13:07-6#

I: Ja. #00:13:08-1#

B: Genau. Und dann Kanaken. Das ist halt eigentlich so das typische was kommt.“ (Interview4-w-27, Absatz 41 - 44)

„Sonst vielleicht so was wie Kopftuchträger also, oder südländische Haut oder keine Ahnung so was, was dann fallen könnte“ (Interview4-w-27, Absatz 44)

Rassismusformen — individueller Rassismus — Kommunikation / Umgang MIT Patient:innen

Codiert werden alle Aussagen, in den es um rassistische Verhaltensweisen und Umgangsformen im direkten Patienten- oder Angehörigenkontakt geht.

In der Kommunikation mit Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund berichtet eine Befragungsperson von beobachteten Provokationen gegenüber Angehörigen und Patient:innen.

„Aber ich kann es nicht ausschließen und habe es auch schon miterlebt, dass initial weniger wertschätzend als mein persönliches Gusto es vorliegt, mit solchen Menschen umgegangen wird.“ (Interview1-m-28, Absatz 42)

„Natürlich kennt man seine Kollegen dann auch irgendwann. Und da meine ich jetzt wirklich Kollegen, weil wir haben nicht viele Frauen (sarkastisches lachen). Es ist wirklich so, dass zum einen die Leute werden dann grober behandelt, das heißt dabei so einfach, sozusagen auf Freundlichkeit wird weitestgehend verzichtet. Das ist meine Beobachtung. Und weiß ich nicht. Einfach kein wertschätzender Umgang mit dem Patienten dann stattfindet.“ (Interview3-m-27, Absatz 50)

„vielleicht auch eher mal gesagt wird/ auch vor dem Patienten mal gesagt wird "warum sind wir überhaupt hier?", was vielleicht bei anderen Einsätzen runtergeschluckt wird und erst nach dem Einsatz nachgesprochen wird. Das ist so das, was mir jetzt spontan einfällt, wo ich definitiv der Meinung bin, dass das dann traurigerweise mit mit der Person und deren Herkunft, Kultur zusammenhängt, die vor uns da gerade ist.“ (Interview3-m-27, Absatz 50)

„Aber ich meine, wir treten da als Team auf und wenn ich da in der Bude bin und mein Kollege sich total daneben benimmt, dann kann ich das auch nur begrenzt abfangen. Selbst wenn ich dann zum Beispiel versucht ha/, ich hab mich auch schon erwischt, das ich dann vielleicht hier und da versuche noch eine Spur netter zu sein um das irgendwie auszugleichen. Aber das funktioniert halt nur sehr begrenzt. Gerade wenn vielleicht auch Kollegen dann sich hinreißen lassen tatsächlich den Patienten oder Angehörige zu provozieren in irgendeiner Art und Weise. Keine Ahnung. Es gibt. Ja vielleicht. Menschen, die in ihrer Kultur anders mit Trauer oder anders mit Schmerzen umgehen, als wir das tun. Und wenn, dann halt der Kollege.. Ja das zum Anlass nimmt, irgendwie das zu kritisieren oder eben auch das nicht ernst zu nehmen/“ (Interview3-m-27, Absatz 52)

„Und da halt dann so der Kontakt mit den Menschen weniger empathisch ist.“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

„Aber würden solche Kollegen bei dem Deutschen das genauso machen mit dem Mitte 30-jährigen? Sie haben keinen Herzinfarkt, sie sind zu jung. Oder denkst du, dass man da dann vielleicht empathischer vorgehen würde oder die Untersuchung vollständiger machen würde? #00:17:02-1#

B: Also ein Teil der Kollegen würde das sicherlich auch bei deutschen Patienten machen, aber die Toleranzgrenze ist eine andere, also diese dieser Moment bis von von "Guten Tag" hin zu. Ja, "Sie haben nicht stellen Sie sich nicht so an" ist bei den Deutschen länger. Also, der

Moment bis es da wirklich hinkommt, die Toleranzgrenze ist meiner Erfahrung nach länger.“ (Interview4-w-27, Absatz 47 - 48)

Rassismusformen — individueller Rassismus — Kommunikation / Umgang MIT Patient:innen — weniger Toleranz

Codiert werden Passagen, in denen über weniger Geduld und Toleranz im Umgang mit Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund berichtet wird. Entscheidend ist, dass die genannte Begründung für die Andersbehandlung der Person der (mutmaßliche) Migrationshintergrund der Patient:innen ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal im Umgang mit Patient:innen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund oftmals ungeduldiger ist und bei nicht dringlichen Einsätzen dies den Patient:innen gegenüber auch kundtun, was sie bei anderen Patient:innen der Mehrheitsgesellschaft nicht tun würden.

„vielleicht auch eher mal gesagt wird/ auch vor dem Patienten mal gesagt wird "warum sind wir überhaupt hier?", was vielleicht bei anderen Einsätzen runtergeschluckt wird und erst nach dem Einsatz nachgesprochen wird. Das ist so das, was mir jetzt spontan einfällt, wo ich definitiv der Meinung bin, dass das dann traurigerweise mit mit der Person und deren Herkunft, Kultur zusammenhängt, die vor uns da gerade ist.“ (Interview3-m-27, Absatz 50)

„Aber würden solche Kollegen bei dem Deutschen das genauso machen mit dem Mitte 30-jährigen? Sie haben keinen Herzinfarkt, sie sind zu jung. Oder denkst du, dass man da dann vielleicht empathischer vorgehen würde oder die Untersuchung vollständiger machen würde? #00:17:02-1#

B: Also ein Teil der Kollegen würde das sicherlich auch bei deutschen Patienten machen, aber die Toleranzgrenze ist eine andere, also diese dieser Moment bis von von "Guten Tag" hin zu. Ja, "Sie haben nicht stellen Sie sich nicht so an" ist bei den Deutschen länger. Also, der Moment bis es da wirklich hinkommt, die Toleranzgrenze ist meiner Erfahrung nach länger.“ (Interview4-w-27, Absatz 47 - 48)

Rassismusformen — individueller Rassismus — Kommunikation / Umgang MIT Patient:innen — keine Wertschätzung

Codiert werden Passagen mit beschriebenem Verhalten im Umgang mit Patient:innen und Angehörigen, in denen sich Rettungsdienstmitarbeiter:innen wenig wertschätzend oder empathisch verhalten haben.

Im Umgang mit Menschen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund verhalten sich nicht-ärztliche Rettungsdienstmitarbeitende oftmals weniger wertschätzend, freundlich und empathisch als im Einsatz mit.

„Aber ich kann es nicht ausschließen und habe es auch schon miterlebt, dass initial weniger wertschätzend als mein persönliches Gusto es vorliegt, mit solchen Menschen umgegangen wird.“ (Interview1-m-28, Absatz 42)

„Natürlich kennt man seine Kollegen dann auch irgendwann. Und da meine ich jetzt wirklich Kollegen, weil wir haben nicht viele Frauen (sarkastisches lachen). Es ist wirklich so, dass zum einen die Leute werden dann grober behandelt, das heißt dabei so einfach, sozusagen auf Freundlichkeit wird weitestgehend verzichtet. Das ist meine Beobachtung. Und weiß ich nicht. Einfach kein wertschätzender Umgang mit dem Patienten dann stattfindet.“ (Interview3-m-27, Absatz 50)

„Und da halt dann so der Kontakt mit den Menschen weniger empathisch ist.“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

Rassismusformen — individueller Rassismus — nichtintentionaler Rassismus

Alle Passagen, die rassistisches Verhalten oder Aussagen beinhalten, welche nicht das Ziel des Verletzens oder Beleidigens von Menschen hat aber dennoch rassistisch ist.

Die meisten der Aussagen beinhalten rassistische Sprüche und Sticheleien unter Kolleg:innen, welche als Witz gemeint sind. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass witzig gemeinte rassistische Beleidigungen gegenüber Kolleg:innen mit Migrationshintergrund im Wachenalltag regelmäßig stattfinden und in Ordnung sind, da sie als Witz verpackt sind. Außerdem würden sich die Leute nicht angegriffen fühlen, da allen bewusst ist es sei nur Spaß. Eine Person berichtet von einem Zwischenfall, in dem sich ein Kollege auf Grund der stetigen rassistischen Sprüche und Witze beim Rettungsdienstleiter beschwerte. Meistens merken die Personen nicht, dass sie sich rassistisch Verhalten.

Es fällt auf, dass lediglich Kolleg:innen Ziel von witzig gemeintem nichtintentionalem Rassismus auf Individual Ebene sind. (vlt Überleitung zu "Nicht-Sehen von Rassismus" und "Alltagsrassismus")

„Ich glaube, dass einige schlechte Witze, wie man sie auch aus dem Alltag im Freundeskreis kennt, also unabhängig von der Institution immer noch gemacht werden, aber eher um Sticheleien zu tätigen“ (Interview1-m-28, Absatz 56)

„Aber ich glaube, dass es (...) Tatsächlicherweise toleriert wird von den Kollegen untereinander. Also wir haben Kollegen mit verschiedenen Herkunftsländern und Ethnien und auch Religionen und da gibt es sehr oft witzig gemeinte Sprüche, die den anderen halt aufgrund seiner Herkunft oder aufgrund seiner Religion so ein bisschen, ja schon diskriminieren und angreifen.“ (Interview2-m-30, Absatz 24)

„Richtig, da gibt es natürlich die Sprüche. Wir haben zum Beispiel einen Russen auf Wache und der eine Kollege, der hat den immer ein bisschen so angefixt und getriezt, dass es dann bis zum

Rettungsdienstleiter gegangen ist, dass sich darüber beschwert wurde, was ich natürlich auch voll und ganz nachvollziehen kann.“ (Interview2-m-30, Absatz 40)

„Und an anderen Wachen, wo es dann auch Kollegen gibt, die dann aus den Balkanländern kommen/ Na also aus Südeuropa, wo es dann auch den ein oder anderen Spruch gibt. #00:09:07-1#

I: Kannst du ganz konkret sagen. #00:09:10-2#

B: Also zum Beispiel halt auch wieder "Kanacke" oder "Beute Germane" oder so was in der Art. #00:09:19-4#“ (Interview2-m-30, Absatz 40 - 42)

„Und hast du das Gefühl, dass das jetzt einfach nur so Geplänkel ist? Oder dass sich die Leute wirklich angegriffen fühlen? Und auch auf der anderen Seite die, die das sagen, das auch wirklich böse meinen? #00:09:32-7#

B: Da habe ich tatsächlich nicht das Gefühl, dass das böse gemeint ist. Okay. Also die meisten wissen, dass das Spaß ist. Und selbst diejenigen, die so angesprochen werden, die machen sich auch einen Spaß daraus und bezeichnen sich selbst so oder bezeichnen auch andere Kollegen halt (...) anders.“ (Interview2-m-30, Absatz 43 - 44)

„Kollegen die direkt über Kollegen abwertend reden habe ich jetzt eher nicht wahrgenommen. Wobei. Also unter Kollegen. Wobei das auch nicht ganz stimmt, aber das wird dann auf so eine witzige Art und Weise auch dem Gegenüber sozusagen kundgetan. Würde ich jetzt nicht als ernsthaften Rassismus betrachten, aber ist schon sicherlich auch ein Teil von Alltagsrassismus, weil es einfach normal ist so ungefähr.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„Aus meiner eigenen Erfahrung heraus würde ich sagen ja, weil ich glaube, dass es halt ein Problem ist, dass die Leute es nicht merken, dass sie sich rassistisch verhalten, beziehungsweise diskriminierend verhalten. Ohne jetzt schon von der Definition her zu sagen, ist das schon Rassismus oder nicht? Aber sie verhalten sich auf jeden Fall diskriminierend. Und ich persönlich habe erfahren, dass die Leute es meistens auch nicht mal merken.“ (Interview4-w-27, Absatz 24)

Rassismusformen — struktureller Rassismus

Alle Aussagen, in denen Beispiele für strukturellen Rassismus genannt werden.

Alle erfassten Aussagen kommen von einer Befragungsperson. Sie berichtet von strukturellem Rassismus innerhalb eines Betriebs. Der Rettungsdienstleiter wurde auf rassistische Vorverurteilungen und Diskriminierung von muslimischen Kolleginnen in zwei verschiedenen Fällen aufmerksam gemacht. Statt dem Einhalt zu gebieten, wurden keine Maßnahmen ergriffen um die Kolleginnen zu schützen oder die Verursachenden zu ahnden.

„Ich glaube schon, dass jemand, der eine eine weiße Hautfarbe hat und der deutschen Sprache mächtig ist einen einfacheren Behandlungsweg hat. Einfacher. Nicht unbedingt einen immer besseren oder einen schnelleren, keine Ahnung, das kann ich beurteilen. Aber ich glaube, dass es einfach einfacher ist, durch das System einmal durchzulaufen. Wenn du dich ausdrücken kannst und wenn dir einfach jeder pauschal oder EHER glaubt als jemand, der das eben nicht

hat. Ich glaube, dass sie einfach einen SCHWIERIGEREN Weg haben, ohne beurteilen zu können“ (Interview4-w-27, Absatz 50)

„Genau, die Führung hat sich da/ Und ich glaube auch, dass da ein ganz großes Problem herrscht, damit GAR NICHT weiter beschäftigt. Die Führung WUSSTE das, dass das im Kollegium passiert, hat nichts gemacht, also hat es einfach alles so weiterlaufen lassen, diese ganze Maschinerie, die da gestartet ist und (...) so war ihr Einstieg, war gar nicht leicht.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Spannend war da (lachen) von der Sozialstruktur her, dass wir eine Muslima im Kollegium hatten, von der es kaum jemand wusste, weil sie kein Kopftuch trägt und die dann natürlich sich erst mal beschwert hat, die Führung aber auch da nichts gemacht hat.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

Rassismusformen — (potenzielle) Patient:innengefährdung

Codiert werden alle Passagen in denen eine potenzielle oder tatsächliche Gefährdung von Patient:innen bestand. Patient:innengefährdung durch rassistische Einstellungen kann durch verschiedene Aspeke deutlich werden, auf welche in der Erläuterung der gefundenen Subcodes weiter eingegangen wird.

Zunächst ergibt sich die Unterkategorie "körperliche Übergriffe", in welcher Passagen codiert werden, in denen Patient:innen durch eine grobe Behandlung gefährdet oder verletzt wurden. Ob die Handlung bewusst oder unbewusst stattfand wird nicht differenziert. Von körperlichen Übergriffen kann glücklicherweise nur in einem Fall berichtet werden. In zwei codierten Textstellen schildert eine Befragungsperson eine Situation, in der eine geflüchtete Person auf Grund ihrer Herkunft Gewalt durch einen Rettungsdienstmitarbeitenden erfahren hat. Der Patient hatte sich selbst verletzt um der Abschiebung zu entgehen, der Kollege der RTW Besatzung hat den Patienten grob angefasst und ihn auf die Trage gedrückt um ihn zügig in ein Krankenhaus zu transportieren um ihn rasch durch die Polizei abschieben lassen zu können. Der Rettungsdienstler hatte augenscheinlich Freude, diese Machtposition auszuüben. Es scheint sich bei dieser Schilderung, zumindest im Rahmen dieser Forschungsarbeit, allerdings um einen Ausnahmefall zu handeln.

Die nächste Subkategorie erfasst alle Aussagen, in denen eine unbewusste Gefährdung von Patient:innen vorliegen kann, durch das nichtintentionale Andersbehandeln. Eine Befragungsperson zeigt durch ihre Aussage, dass Patient:innengefährdung vorliegen kann, indem sie sich über rassistische Vorveruteilung und dessen Folgen für die medizinische Behandlung nicht bewusst ist. Die Person sagt es gäbe zwar rassistische Sprüche über Patient:innengruppen, dennoch sei die Versorgung dadurch nicht beeinflusst. (die person sagt auch, sozialisierung würde sich nicht auf Lernende übertragen)

Die Unterkategorie mit den häufigsten codierten Textstellen ist "Verzögern von medizinischen Maßnahmen". Codiert werden alle Aussagen, die die Verzögerung von Maßnahmen beschreiben. Sowohl das Nicht-Untersuchen oder weniger strukturiert Untersuchen, als auch

das zügige Transportieren statt einer Untersuchung vor Ort. Ebenso zählt das Nicht-Durchführen von (medikamentösen) Therapien. Alle der befragten Personen können Beispiele schildern, in denen medizinische Maßnahmen auf Grund der sozialen oder kulturellen Herkunft der Patient:innen verzögert wurden. Es werden Situationen geschildert, in denen auf Grund der Herkunft oder Religion auf ausführlichere Untersuchungen verzichtet wurde, gerade in "männerdominierten Kulturen". Außerdem berichteten zwei Befragte über die langsamere Durchführung der Untersuchungen und das der zügige Transport, ohne jegliche medizinische Indikation, für das andere Mitglied der RTW Besatzung im Vordergrund stand. Eine Person meint, dass auf Grund von Sprachbarriere eine Andersbehandlung stattfindet um Fehler zu vermeiden.
Ergänzend zu der Unterkategorie "Verzögern von medizinischen Maßnahmen" wurde der Subcode "Nicht ernst nehmen" gefunden. Zusammegefasst werden hier Passagen, in denen eine potenzielle Gefährdung von Patient:innen auf Grund des Vernachlässigen von geschilderten Symptomen oder Schmerzen vorliegt. Die Vernachlässigung von Symptomen, also dem Nicht-ernst-nehmen kann die Verzögerung medizinischer Maßnahmen zur Folge haben und so zu Schaden an Patient:innen führen. Drei von vier Befragungspersonen können Beispiele nennen, in denen Patient:innen auf Grund ihrer kulturellen oder sozialen Herkunft nicht ernst genommen wurden. Es fällt auf, das die vierte Befragungsperson, welche keine Beispiele schildert, grundsätzlich nicht glaubt, dass Andersbehandlung auf Grund von bewussten oder unbewussten rassistischen Einstellungen existiert. Das Runterspielen einer Schmerzsymptomatik und Morbus Bosporus werden durch die Befragten als Beispiele für die Andersbehandlung von Menschen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund im Kontrast zur Behandlung von Personen der Mehrheitsgesellschaft genannt. Eine befragte Person sagt, gewisse Bevölkerungsgruppen zeigen Emotionen und Schmerzen vielleicht anders, dennoch stünden andere Parameter wie Vitalwerte zur Verfügung, um Schmerzen valide einzuschätzen, statt sie den Betroffenen abzusprechen. Oftmals wird die Symptomatik beziehungsweise das Meldebild lediglich auf Grund der vermeintlichen Herkunft der Patient:innen klein geredet. Die Untersuchung fällt oftmals weniger ausführlich und strukturiert aus, als das bei anderen Menschen der Fall wäre.
(Ergänzend zur Analyse: Umgang mit kulturellen Besonderheiten und Beachtung dieser ist positiv, es darf nur deswegen die Behandlung nicht pauschal anders sein)

„Da gibt es ja auch die klassischen Themenfelder in Anführungsstrichen, also Morbus Bosporus oder so, wo ja viel darauf reduziert wird, dass man sagt, ein verändertes Schmerzbild oder Schmerzwahrnehmung, wo es dann auch schon klassisch so heißt, ja, "dann hatten die auch nichts". Also das will ich gar nicht ausschließen, dass es Kollegen gibt, die das sehr runterspielen oder auch eher schon fast gefühlskalt manchmal wahrnehmen.“ (Interview1-m-28, Absatz 40)

„Ja. Ganz am Anfang, also schon vor vielen Jahren, würde ich beinahe behaupten, war das gerade in den männerdominierten Kulturen problematisch für einige Kollegen beispielsweise ein 12-Kanal-EKG zu kleben, wenn keine Frau im Team war. Dass man da Dinge definitiv

verzögert hat oder auf die Krankenhausversorgung zurückgegriffen hat und dann den zügigen Transport angestrebt hat, um es nicht zur Eskalation kommen zu lassen.“ (Interview1-m-28, Absatz 44)

„Dann eher primär vor allem eine körperliche Untersuchung, die nicht so ausführlich, wenn überhaupt stattgefunden hat. Aber die Maßnahmen waren immer plausibel und deckungsgleich.“ (Interview1-m-28, Absatz 50)

„Das dann weibliche Patientinnen in Anwesenheit der Männer sicherlich nicht ganz so fokussiert, wenn nicht gut untersucht worden sind.“ (Interview1-m-28, Absatz 73)

„Aber das ist weder etwas, was die medizinische Versorgung der Patienten irgendwie einschränkt. Das ist eher zum einen natürlich der Frust gegenüber dieser Patientengruppe, die hilflos sind und nicht wissen, was sie in so einer Situation tun sollen. Aber trotzdem habe ich nie gemerkt, dass dadurch die Versorgung des Patienten irgendwie gefährdet ist oder eingeschränkt ist oder gesagt wird "Pff den behandeln wir anders als irgendwelche anderen Leute".“ (Interview2-m-30, Absatz 28)

„Denn wenn es dann irgendwelche Rückfragen gibt, "wieso wurde dies gemacht?" Weil es vielleicht irgendeinen Fehler gab, dass man den Patienten halt vielleicht falsche Medikamente gegeben hat, weil er in der Anamnese nicht sagen konnte, dass er darauf eine Allergie hat oder so was. Da ist man schon ein bisschen vorsichtiger und ist deswegen vielleicht ein bisschen/ behandelt, ein bisschen anders. Einfach nur, weil man auf Nummer sicher gehen möchte, dass man keine Fehler macht in der Situation.“ (Interview2-m-30, Absatz 64)

„Naja, okay, es gibt halt Regeln. Und vielleicht ist es ja auch legitim, dass dieser Mensch jetzt hier nicht sein kann aufgrund von was auch immer. Aber das wussten wir halt beide nicht und daher war ich sehr verwundert, dass mein Kollege da so. (...) Gefühlt, hat er sich gefreut, das jetzt durchzuziehen. So gefühlt ist er da reingegangen und hat sich gefreut, den grob anzupacken, auf die Trage zu drücken. Und der Patient hat natürlich geschrien, der hat sich gewehrt.“ (Interview3-m-27, Absatz 36)

„Und gut, ich bin NotSan. Das heißt ich entscheide ja zum Glück dann auch, was wir am Patienten machen und was nicht, aber gefühlt halt auch da versucht wird, mich mehr zu bremsen als vielleicht bei anderen. Sozusagen. "Ja, lass uns schnell fahren"“ (Interview3-m-27, Absatz 50)

„Genau das. Das ist schon echt, dass es mir diverse Male extrem aufgefallen. Ich kann das auch. Also jetzt Schmerzen zum Beispiel ist eher eine schwierige Sache als für mich, das einzuschätzen. Und ich habe da so meine Parameter, an denen ich mich orientiere. Und ja, es gibt Patientengruppen, die für mich wesentlich schwerer einzuschätzen sind als vielleicht die meisten Patienten die wir fahren oder die wir haben. (...) Aber deswegen kann ich halt nicht irgendwie denen die Schmerzen absprechen oder in irgendeiner Form halt mich drüber lustig machen, sondern dann muss ich halt trotzdem rausfinden, wie der tatsächliche Zustand ist und die Leute vernünftig untersuchen. Und ja, das ist also auf jeden Fall ein konkretes Beispiel, was ich immer wieder sehe, dass da kein Verständnis oder sehr, sehr wenig Verständnis da ist und dann halt das zum Anlass genommen wird zu schimpfen über andere Kulturen und die (sarkastisch) bösen Ausländer. Im Einsatz und vor allem auch nach dem Einsatz. Oder manchmal auf der Rückfahrt wo ich wirklich am liebsten aussteigen will oder so und das eben wirklich nicht leicht fällt, dann damit umzugehen.“ (Interview3-m-27, Absatz 54)

„Ich glaube hauptsächlich, geht es in Richtung Kleinreden. So eine Alarmierung kann ja alles und nichts sein, das wissen wir. Es kann halt auch vom Disponenten abhängig sein, was er dann tatsächlich darauf schreibt. Und dann steht da halt irgendwas, was halt wirklich auch Nichts sein kann. Aber das hat halt nichts mit der Herkunft zu tun. Also es ist komplett sinnlos, das irgendwie dann in Zusammenhang bringen zu wollen.“ (Interview3-m-27, Absatz 60)

„Ich glaube schon, dass sie. Ich würde schon sagen, dass manchmal die Symptome, die die Patienten haben, abgetan werden und ich auch meine zu glauben, dass jemand mit/ also junge Patienten mit Brustschmerz oder Herzrhythmusstörungen und so eher abgetan werden, als das bei Deutschen der Fall ist. Das würde ich schon vermuten, aber das ist eher Vermutung, als dass ich es konkret erlebt habe, weil. Also wenn ich dabei bin, ich versuche das eben nicht zu machen und meine Patienten gleich zu behandeln. Deswegen habe ich jetzt so im Einsatz direkt selbst nichts mitbekommen, dass die Behandlung am Ende ein anderes Ergebnis hat.“ (Interview4-w-27, Absatz 36)

„Ich würde sagen, dass das häufigste, was mir aufgefallen ist, was ich mehrfach erlebt habe, ist, dass auch Kollegen, von denen man sonst weiß, dass sie eine ganz normale, standardisierte Erstuntersuchung machen, an den Einsatz von vornherein lapidarer herangegangen sind und dann eher fragen "Ja, was haste denn?" Und da halt gar nicht SO standardisiert vorgehen, wie sie es sonst tun würden“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

„Ich hab ja vorhin schon gesagt, am Behandlungsergebnis kommt am Ende immer dasselbe bei raus, weil wenn ich dabei war, habe ich versucht, das dann eben auch vollständig dann zu machen. Aber die Herangehensweise der Diagnostik und der Erstuntersuchung, die habe ich durchaus festgestellt, dass das große Unterschiede hat.“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

„Und das gerade bei den jüngeren Patienten Symptome abgetan werden und man halt sagt "okay, also Sie haben mit Mitte 30 keinen Herzinfarkt". Ohne dann genauer zu gucken, sondern einfach noch eher als bei den Deutschen zu sagen "Nee, ist nichts".“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

Rassismusformen — (potenzielle) Patient:innengefährdung — körperliche Übergriffe

Codiert werden Aussagen, in denen Patient:innen durch das grobe Behandeln gefährdet oder verletzt wurden. Ob die Handlung bewusst oder unbewusst stattfand wird nicht unterschieden.

Eine der vier Befragungspersonen schildert eine Situation, in der eine geflüchtete Person auf Grund ihrer Herkunft Gewalt durch einen Rettungsdienstmitarbeitenden erfahren hat. Der Patient hatte sich selbst verletzt um der Abschiebung zu entgehen, der Kollege der RTW Besatzung hat den Patienten grob angefasst und ihn auf die Trage gedrückt um ihn zügig in ein Krankenhaus zu transportieren um ihn rasch durch die Polizei abschieben lassen zu können. Der Rettungsdienstler hatte augenscheinlich Freude, diese Machtposition auszuüben.

„Ich kann mich zum Beispiel an einen Einsatz erinnern, bei dem es darum ging, dass ein/ Ich glaube, es war tatsächlich eine geflüchtete Person, die/ also es gab einen Abschiebebefehl oder wie man das dann nennt. Und derjenige hat sich sozusagen selbstverletzt, um dem

Ganzen zu entgehen. Und die Polizei war vor Ort und hat uns praktisch nachgefordert oder zur Einsatzstelle beordert, damit wir laut deren Aussage möglichst schnell ihn wieder heile machen und sie ihn dann halt abschieben können. Das war nebenbei bemerkt auch ein Einsatz, der mich ziemlich beschäftigt hat, weil ich also erstens mich da auch nicht so ganz auskenne, wer nun überhaupt abgeschoben wird und wer abgeschoben werden kann. Aber zurück zum Fall, er jedenfalls genäht werden musste und mein Kollege, wie soll ich sagen? (unv.) und ohne das auch nur ansatzweise zu hinterfragen, diesen Beschluss, der halt feststand, offensichtlich nämlich, dass abgeschoben werden soll und dass das auch jetzt schnell passieren muss, weil eben der Flieger um. Weiß ich nicht, wie viel uhr geht. Und es dann also so war, dass er ohne diesen Patienten kannte, halt ihn so dermaßen grob behandelt hat. Und ihn damit halt direkt abgestraft hat, nach dem Motto wie kann er sich jetzt selbst verletzen? Dann fielen schon auch eben grobe, grobe Ansprachen, sag ich mal.“ (Interview3-m-27, Absatz 36)

„Naja, okay, es gibt halt Regeln. Und vielleicht ist es ja auch legitim, dass dieser Mensch jetzt hier nicht sein kann aufgrund von was auch immer. Aber das wussten wir halt beide nicht und daher war ich sehr verwundert, dass mein Kollege da so. (...) Gefühlt, hat er sich gefreut, das jetzt durchzuziehen. So gefühlt ist er da reingegangen und hat sich gefreut, den grob anzupacken, auf die Trage zu drücken. Und der Patient hat natürlich geschrien, der hat sich gewehrt.“ (Interview3-m-27, Absatz 36)

Rassismusformen — (potenzielle) Patient:innengefährdung — unbewusst

Codiert werden Aussagen, in denen eine unbewusste Gefährdung von Patient:innen vorliegen kann, durch das nichtintentionale Andersbehandeln. Beispielsweise auf Grund des Nicht-Erkennens von rassistischen Vorurteilen und Stereotypen.

Eine Befragungsperson zeigt durch ihre Aussage, dass Patient:innengefährdung vorliegen kann, indem sie sich über rassistische Vorveruteilung und dessen Folgen für die medizinische Behandlung nicht bewusst ist. Die Person sagt es gäbe zwar rassistische Sprüche über Patient:innengruppen, dennoch sei die Versorgung dadurch nicht beeinflusst.

„Aber natürlich in der Nachbesprechung oder auf der Rückfahrt vom Krankenhaus oder vom Einsatzort. Da gibt es dann natürlich schon den einen oder anderen Spruch, den man natürlich hört. Also da denke ich schon, dass das ein Problem ist. #00:05:23-4#

I: Okay. #00:05:24-0#

B: Aber das ist weder etwas, was die medizinische Versorgung der Patienten irgendwie einschränkt. Das ist eher zum einen natürlich der Frust gegenüber dieser Patientengruppe, die hilflos sind und nicht wissen, was sie in so einer Situation tun sollen. Aber trotzdem habe ich nie gemerkt, dass dadurch die Versorgung des Patienten irgendwie gefährdet ist oder eingeschränkt ist oder gesagt wird "Pff den behandeln wir anders als irgendwelche anderen Leute".“ (Interview2-m-30, Absatz 26 - 28)

Rassismusformen — (potenzielle) Patient:innengefährdung — Verzögern von medizinischen Maßnahmen

codiert werden alle Aussagen, die die Verzögerung von Maßnahmen beschreiben. Sowohl das Nicht-Untersuchen oder weniger strukturiert Untersuchen, als auch das zügige Transportieren statt einer Untersuchung vor Ort. Ebenso zählt das Nicht-Durchführen von (medikamentösen) Therapien.

Alle befragten Personen können Beispiele schildern, in denen medizinische Maßnahmen auf Grund der sozialen oder kulturellen Herkunft der Patient:innen verzögert wurden. Es werden Situationen geschildert, in denen auf Grund der Herkunft oder Religion auf ausführlichere Untersuchungen verzichtet wurde, gerade in "männerdominierten Kulturen". Außerdem berichteten zwei Befragte über die langsamere Durchführung der Untersuchungen und das der zügige Transport, ohne jegliche medizinische Indikation, für das andere Mitglied der RTW Besatzung im Vordergrund stand. Eine Person meint, dass auf Grund von Sprachbarriere eine Andersbehandlung stattfindet um Fehler zu vermeiden.

„Ja. Ganz am Anfang, also schon vor vielen Jahren, würde ich beinahe behaupten, war das gerade in den männerdominierten Kulturen problematisch für einige Kollegen beispielsweise ein 12-Kanal-EKG zu kleben, wenn keine Frau im Team war. Dass man da Dinge definitiv verzögert hat oder auf die Krankenhausversorgung zurückgegriffen hat und dann den zügigen Transport angestrebt hat, um es nicht zur Eskalation kommen zu lassen.“ (Interview1-m-28, Absatz 44)

„Dann eher primär vor allem eine körperliche Untersuchung, die nicht so ausführlich, wenn überhaupt stattgefunden hat. Aber die Maßnahmen waren immer plausibel und deckungsgleich.“ (Interview1-m-28, Absatz 50)

„Das dann weibliche Patientinnen in Anwesenheit der Männer sicherlich nicht ganz so fokussiert, wenn nicht gut untersucht worden sind.“ (Interview1-m-28, Absatz 73)

„Denn wenn es dann irgendwelche Rückfragen gibt, "wieso wurde dies gemacht?" Weil es vielleicht irgendeinen Fehler gab, dass man den Patienten halt vielleicht falsche Medikamente gegeben hat, weil er in der Anamnese nicht sagen konnte, dass er darauf eine Allergie hat oder so was. Da ist man schon ein bisschen vorsichtiger und ist deswegen vielleicht ein bisschen/ behandelt, ein bisschen anders. Einfach nur, weil man auf Nummer sicher gehen möchte, dass man keine Fehler macht in der Situation.“ (Interview2-m-30, Absatz 64)

„Und gut, ich bin NotSan. Das heißt ich entscheide ja zum Glück dann auch, was wir am Patienten machen und was nicht, aber gefühlt halt auch da versucht wird, mich mehr zu bremsen als vielleicht bei anderen. Sozusagen. "Ja, lass uns schnell fahren"“ (Interview3-m-27, Absatz 50)

„Ja also (...) ich würde sagen, auf jeden Fall werden sie anders behandelt. Ob sie wirklich diskriminierend behandelt werden, kann ich gerade gar nicht sagen. Da muss ich im Moment drüber nachdenken, was mir tatsächlich auffällt. Was jetzt aber eher positiv wäre, ist, dass die meisten schon versuchen, denen die kulturellen Besonderheiten, die manche Gruppen mit sich bringen, zu berücksichtigen. Also dass zum Beispiel, muslimische Frauen, also die von außen

als muslimisch interpretierbar sind, beispielsweise dadurch, dass sie ein Kopftuch tragen, da halt deutlich vorsichtiger bei körperlichen Untersuchungen vorgegangen wird oder auch das EKG dann halt an die weibliche Kollegin abgegeben wird, also dass da eher so positive Sachen auch auffallen.“ (Interview4-w-27, Absatz 36)

„Ich hab ja vorhin schon gesagt, am Behandlungsergebnis kommt am Ende immer dasselbe bei raus, weil wenn ich dabei war, habe ich versucht, das dann eben auch vollständig dann zu machen. Aber die Herangehensweise der Diagnostik und der Erstuntersuchung, die habe ich durchaus festgestellt, dass das große Unterschiede hat.“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

Rassismusformen — (potenzielle) Patient:innengefährdung — Verzögern von medizinischen Maßnahmen — Nicht ernst nehmen

codiert werden Passagen, in denen eine potentielle Gefährdung von Patient:innen beschrieben wird auf Grund des Vernachlässigen von geschilderten Symptomen oder Schmerzen. Die Vernachlässigung von Symptomen, also dem Nicht-ernst-nehmen kann die Verzögerung medizinischer Maßnahmen zur Folge haben und so zu Schaden an Patient:innen führen.

Drei von vier Befragungspersonen können Beispiele nennen, in denen Patient:innen auf Grund ihrer kulturellen oder sozialen Herkunft nicht ernst genommen wurden. Es fällt auf, das die vierte Befragungsperson, welche keine Beispiele schildert, grundsätzlich nicht glaubt, dass Andersbehandlung auf Grund von bewussten oder unbewussten rassistischen Einstellungen existiert.

Das Runterspielen einer Schmerzsymptomatik und Morbus Bosporus werden durch die Befragten als Beispiele für die Andersbehandlung von Menschen mit mutmaßlichem Migrationshintergrund im Kontrast zur Behandlung von Personen der Mehrheitsgesellschaft genannt. Eine befragte Person sagt, gewisse Bevölkerungsgruppen zeigen Emotionen und Schmerzen vielleicht anders, dennoch stünden andere Parameter wie Vitalwerte zur Verfügung, um Schmerzen valide einzuschätzen, statt sie den Betroffenen abzusprechen. Oftmals wird die Symptomatik beziehungsweise das Meldebild lediglich auf Grund der vermeintlichen Herkunft der Patient:innen klein geredet. Die Untersuchung fällt oftmals weniger ausführlich und strukturiert aus, als das bei anderen Menschen der Fall wäre.

„Da gibt es ja auch die klassischen Themenfelder in Anführungsstrichen, also Morbus Bosporus oder so, wo ja viel darauf reduziert wird, dass man sagt, ein verändertes Schmerzbild oder Schmerzwahrnehmung, wo es dann auch schon klassisch so heißt, ja, "dann hatten die auch nichts". Also das will ich gar nicht ausschließen, dass es Kollegen gibt, die das sehr runterspielen oder auch eher schon fast gefühlskalt manchmal wahrnehmen.“ (Interview1-m-28, Absatz 40)

„Aber ich meine, wir treten da als Team auf und wenn ich da in der Bude bin und mein Kollege sich total daneben benimmt, dann kann ich das auch nur begrenzt abfangen. Selbst wenn ich dann zum Beispiel versucht ha/, ich hab mich auch schon erwischt, das ich dann vielleicht hier und da versuche noch eine Spur netter zu sein um das irgendwie auszugleichen. Aber das

funktioniert halt nur sehr begrenzt. Gerade wenn vielleicht auch Kollegen dann sich hinreißen lassen tatsächlich den Patienten oder Angehörige zu provozieren in irgendeiner Art und Weise. Keine Ahnung. Es gibt. Ja vielleicht. Menschen, die in ihrer Kultur anders mit Trauer oder anders mit Schmerzen umgehen, als wir das tun. Und wenn, dann halt der Kollege.. Ja das zum Anlass nimmt, irgendwie das zu kritisieren oder eben auch das nicht ernst zu nehmen/“ (Interview3-m-27, Absatz 52)

„Genau das. Das ist schon echt, dass es mir diverse Male extrem aufgefallen. Ich kann das auch. Also jetzt Schmerzen zum Beispiel ist eher eine schwierige Sache als für mich, das einzuschätzen. Und ich habe da so meine Parameter, an denen ich mich orientiere. Und ja, es gibt Patientengruppen, die für mich wesentlich schwerer einzuschätzen sind als vielleicht die meisten Patienten die wir fahren oder die wir haben. (...) Aber deswegen kann ich halt nicht irgendwie denen die Schmerzen absprechen oder in irgendeiner Form halt mich drüber lustig machen, sondern dann muss ich halt trotzdem rausfinden, wie der tatsächliche Zustand ist und die Leute vernünftig untersuchen. Und ja, das ist also auf jeden Fall ein konkretes Beispiel, was ich immer wieder sehe, dass da kein Verständnis oder sehr, sehr wenig Verständnis da ist und dann halt das zum Anlass genommen wird zu schimpfen über andere Kulturen und die (sarkastisch) bösen Ausländer. Im Einsatz und vor allem auch nach dem Einsatz. Oder manchmal auf der Rückfahrt wo ich wirklich am liebsten aussteigen will oder so und das eben wirklich nicht leicht fällt, dann damit umzugehen.“ (Interview3-m-27, Absatz 54)

„Ich glaube hauptsächlich, geht es in Richtung Kleinreden. So eine Alarmierung kann ja alles und nichts sein, das wissen wir. Es kann halt auch vom Disponenten abhängig sein, was er dann tatsächlich darauf schreibt. Und dann steht da halt irgendwas, was halt wirklich auch Nichts sein kann. Aber das hat halt nichts mit der Herkunft zu tun. Also es ist komplett sinnlos, das irgendwie dann in Zusammenhang bringen zu wollen.“ (Interview3-m-27, Absatz 60)

„Ich glaube schon, dass sie. Ich würde schon sagen, dass manchmal die Symptome, die die Patienten haben, abgetan werden und ich auch meine zu glauben, dass jemand mit/ also junge Patienten mit Brustschmerz oder Herzrhythmusstörungen und so eher abgetan werden, als das bei Deutschen der Fall ist. Das würde ich schon vermuten, aber das ist eher Vermutung, als dass ich es konkret erlebt habe, weil. Also wenn ich dabei bin, ich versuche das eben nicht zu machen und meine Patienten gleich zu behandeln. Deswegen habe ich jetzt so im Einsatz direkt selbst nichts mitbekommen, dass die Behandlung am Ende ein anderes Ergebnis hat.“ (Interview4-w-27, Absatz 36)

„Ich würde sagen, dass das häufigste, was mir aufgefallen ist, was ich mehrfach erlebt habe, ist, dass auch Kollegen, von denen man sonst weiß, dass sie eine ganz normale, standardisierte Erstuntersuchung machen, an den Einsatz von vornherein lapidarer herangegangen sind und dann eher fragen "Ja, was haste denn?" Und da halt gar nicht SO standardisiert vorgehen, wie sie es sonst tun würden“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

„Und das gerade bei den jüngeren Patienten Symptome abgetan werden und man halt sagt "okay, also Sie haben mit Mitte 30 keinen Herzinfarkt". Ohne dann genauer zu gucken, sondern einfach noch eher als bei den Deutschen zu sagen "Nee, ist nichts".“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype

codiert werden alle Aspekte, die als Vorurteile, Stereotype oder Klischees gewertet werden können. Vorverurteilungen auf Grund von beispielsweise der (mutmaßlichen) Herkunft, Religion oder Kultur. (definition von Stereotype und Vorurteil muss noch gemacht werden)

Alle erfassten Aussagen können die Behandlung von Patient:innen oder den Umgang mit Kolleg:innen beeinflussen.

In dieser Subkategorie mit allen weiteren Unterkategorien wurden mit insgesamt 41 Codierungen die meisten Aussagen zu gefunden. Passagen von allen Befragungspersonen konnten in diese Kategorie eingeteilt werden. Die Reihenfolge der Auflistung der gefundenen Subcodes ist auch hier nicht von Bedeutung.

Die erste gefundene Unterkategorie "antimuslimischer Rassismus" erfasst Passagen, aus denen ablehnendes oder vorverurteilendes Verhalten gegenüber muslimischen oder mutmaßlich muslimischen Menschen hervorgeht. Mit eingeschlossen ist das Infragestellen von muslimischen Bräuchen und Traditionen. Fast alle folgenden Subcodes zum Thema Vorverurteilungen und Stereotype beziehen sich auf Menschen, die anhand von äußerlichen Kriterien in die Gruppe der muslimisch gelesenen Menschen eingeordnet werden können. Die hier genannten Aussagen fassen explizit Ablehnung gegenüber muslimischer Bräuche und Traditionen zusammen.
In dieser Subkategorie stellt das Tragen eines Kopftuchs eine fusionierte Unterkategorie dar, da besonders häufig darüber gesprochen wurde. Es wird laut zwei Befragungspersonen berichtet, dass die Eignung für einen Beruf im Gesundheitswesen auf Grund des Tragens einer Hijab von Kolleg:innen in Frage gestellt wurde. Eine Erzählung geht so weit, dass die Mitarbeitenden der Rettungswache, noch vor Vertragsbeginn der muslimischen Kollegin, verlauten ließen das Tragen eines Kopftuches sei mit der Arbeit im Rettungsdienst nicht vereinbar. Sie gingen sogar zu den zuständigen Stellen der Arbeitssicherheit und Hygiene um selbstständig zu prüfen, ob die Einstellung der Kollegin richtig war.
Außerdem wird davon berichtet, dass die Kollegin nach Antritt der Stelle direkt angesprochen wurde ob ihr Glaube mit dem Beruf vereinbar sei und ob Muslima generell im Rettungsdienst arbeiten könnten. Ein Kollege hatte ihr Nahe gelegt, den Beruf auf Grund ihrer Herkunft und ihres Glaubens zu wechseln, da sie keine guten Chancen hätte. Eine weitere Muslima aus dem gleichen Betrieb, welche allerdings keine Hijab trägt und deswegen nicht äußerlich als solche zu erkennen ist, wird zu Ramadan jedes Jahr gefragt, ob sie arbeitsfähig sei wenn sie fastet.
Eine weitere Vorverurteilung muslimisch gelesener Menschen passiert, wenn pauschal suggeriert wird, Männer dieser Gruppe seien aggressiv und deshalb der Umgang anders ist als mit Menschen der Mehrheitsgesellschaft.

Zunächst ergibt sich aus den codierten Aussagen die Subkategorie "Nicht-aufgehen von Stereotypen". Damit ist gemeint, dass bestehende Stereotypen über gewisse

Bevölkerungsgruppen oder Religionen sich nicht bestätigen. „Zwei Befragungspersonen schildern Situationen auf der Rettungswache innerhalb des nicht-ärztlichen Kollegenkreises, in welcher die vorbestehenden Stereotype über bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht aufgehen. Einer berichtet darüber, dass Kolleg:innen auf der Rettungswache über gewisse Gruppen und deren Herkunft herziehen und dabei vergessen, dass ihre eigenen Kolleg:innen mit denen sie sprechen aus der gleichen Kultur stammen. Eine weitere Person erzählt, dass Mitarbeitende in Frage gestellt haben, ob Muslima für den Rettungsdienst geeignet sind und wussten dabei nicht, dass eine ihrer langjährigen Kolleginnen ebenfalls Muslima ist,da sie dem stereotypischen Erscheinungsbild nicht entsprach.
Auch im Einsatz gibt es Situationen, in denen Vorurteile nicht aufgehen. Bei einem ausländisch klingenden Patient:innennamen sind die eintreffenden Rettungsdienstmitarbeitenden überrascht, wenn die Person dem äußerlichen Erscheinungsbild, welches beim Hören des Namens entsteht, nicht entsprechen. (dumm wegen Namen auf Herkunft und deutschkenntnisse zu schließen, der fakt, dass sich Klischees nich bestätigen kann genutzt werden, um die Eigenen Einstellungen zu hinterfragen und Selbstreflexion zu erlangen um zukünftig die aufkommenden rassistischen Stereotype als solche zu erkennen und sie nicht weiter zu reproduzieren)

Eine weitere Beobachtung ergibt den nächsten Subcode, das Infragestellen der Aufenthaltsberechtigung. Codiert werden Passagen, in denen der Aufenthalt von Geflüchteten pauschal infragegestellt wird, was eine Vorverurteilung bedeutet da die Situation des einzelnen nicht bekannt ist.
Es wird generell infragegestellt, ob Geflüchtete das Recht haben, sich in Deutschland aufzuhalten. (kann eine Andersbehandlung zur Folge haben, da die Grundeinstellung gegeüber dieser Gruppe negativ konnotiert ist. Überleitung zur medialen Berichterstattung als Ursache?, Überleitung zu potentielle Patient:innengefährdung mit der Situation des groben Anfassens bei der Abschiebung)

Die nächste gefundene Subkategorie ist die Vorverurteilung anhand von Namen oder Aussehen. Codiert werden alle Aussagen, in denen Menschen auf Grund ihres Namens oder Aussehens oder des mutmaßlichen Nicht-deutsch-seins vorverurteilt werden. Diese Vorverurteilung anhand der genannten Merkmale kann sowohl im Kollegenkreis als auch bei der Patient:innen und deren Angehörigen vorfallen. (alle diese sachen können zu einer Andersbehandlung führen oder eiem verzögerten Ausrücken etc)
Alle vier Befragungspersonen können Situationen schildern, in denen Menschen auf Grund ihres Namens oder des Aussehens vorverurteilt wurden. Diese vorverurteilenden Aussagen fallen meist bereits bei der Alarmierung lediglich auf Grund des übermittelten, mutmaßlichen nicht-deutschen Patient:innennamens noch vor Eintreffen am Einsatzort. Oftmals fallen, lediglich auf Grund des Namens, abwertende Aussagen und die Dringlichkeit des Einsatzes wird bezweifelt.
Dann beim Eintreffen am Einsatzort und beim Kontakt mit Patient:innen werden diese auf Grund des Namens oder des Aussehens anders behandelt. Den Personen werden auf Grund

des Aussehens Eigenschaften zugesprochen, die mit Erfahrungen aus anderen Einsätzen mit Patient:innen aus der gleichen Bevölkerungsgruppe begründet und dann auf alle Menschen dieser Gruppe übertragen werden. Teilweise wird aus dem äußerlichen Erscheinungsbild der Menschen geschlossen, sie seien der deutschen Sprache nicht mächtig. Oftmals werden Menschen, die den stereotypischen, äußerlichen Merkmalen entsprechen, als Moslems bezeichnet, ohne Kenntnis über die praktizierte Religion der Menschen zu haben. (Ursachen Unwissenheit, mangelndes Interesse für anderes, Folge: weitere Reproduktion von Stereotypen)
Eine Person berichtet von vorveruteilendem Verhalten des Kollegiums im Rahmen einer Rettungswache. Eine Kollegin mit Kopftuch wurde eingestellt und nur auf Grund des Namens und der Tatsache, dass sie Kopftuch trägt wurde im Vorhinein viel über sie gesprochen. (Folge: Chancenungleichheit), vlt dann Verknüpfung zu antimuslimischem Rassismus)

In einem weiteren gefundenen Subcode "Herkunft als Begründung" werden Passagen zusammengefasst, in denen die mutmaßliche Herkunft von Menschen als Begründung genutzt wird, um sich negativ zu äußern oder Andersbehandlungen zu rechtfertigen. Ob die soziale, kulturelle oder tatsächliche herkunft gemeint ist, wird nicht unterschieden.
In diesem Subcode können drei der vier Befragungspersonen Beispiele nennen. Die Nicht-deutsche Herkunft wird als Begründung genutzt, warum es zu einer nicht gerechtfertigten Alarmierung eines Rettungsmittels kam, teilweise wird sich dabei rassistischer Aussagen bedient. Anders als bei Menschen der Mehrheitsgesellschaft wird bei Personen, die in das rassistisch-stereotypisierte Bild des "Ausländers" passen, immer die Herkunft als Begründung genannt, wenn sie erwartete Verhaltensweisen nicht erfüllen. Diese Tatsache wird dann pauschal auf alle Mitglieder dieser Bevölkerungsgruppe übertragen. Andere mögliche Ursachen wie die Lebensumstände, Intelligenz oder andere Faktoren werden nicht erwähnt. (weiteres Reproduzieren von Stereotypen, Gefahr der PAtient:innengefährdung etc.)
Ergänzend zum Subcode "Herkunft als Begründung" werden in dieser fusionierten Unterkategorie "übertriebenes Verhalten" Aussagen festgehalten, welche suggerieren, dass Menschen auf Grund des mutmaßlichen Migrationshintergrundes oder der kulturellen Herkunft unangebracht reagieren. Gemäß der gefundenen Aussagen wird Menschen mit MENA Migrationshintergrund grundsätzlich unterstellt sie seien wehleidiger als Angehörige der Mehrheitsgesellschaft. Auf Grund des kulturellbedingten Umgangs mit Emotionen und Trauer und dem familiären Zusammenhalt reagieren Kolleg:innen des Rettungsdienstes oftmals genervt und mit Unverständnis.

Die nächste Subkategorie "Chancenungleichheit" befasst sich mit geschilderten Situationen welche zeigen, dass durch das Festhalten an rassistischen Vorurteilen und Stereotypen ungleiche Bedingungen für betroffene Personen entstehen. Diese Chancenungleichheit findet sowohl auf struktureller als auch auf individueller Ebene statt.
In den erfassten Aussagen geht es ausschließlich um Chancenungleichheit auf Grund von Vorverurteilungen durch Mitarbeitende innerhalb des rettungsdienstlichen Betriebs. Über

Personen wurde noch vor Beschäftigungsbeginn auf Grund der mutmaßlichen Herkunft und damit verbundenen Vorurteilen negativ gesprochen, wodurch sie beim Antreten der Stelle einen schwereren Start im Kollegium hatten. Noch bevor sich die neuen Kolleg:innen persönlich vorstellen konnten, hingen Steckbriefe aus, worauf die Vorverurteilungen fundierten. Anders als Menschen der Mehrheitsgesellschaft mussten sich die Betroffenen von rassistischen Vorverurteilungen zunächst einmal beweisen, für die Stelle geeignet zu sein. Die Eignung wird dabei an der Herkunft der Person festgemacht.
(So entsteht eine Chancenungleichheit im Vergleich zu anderen Menschen, die der Mehrheitsgesellschaft zugehörig sind. (antidiskriminierungsgestz) Die Verantwortung, die Vorurteile durch Kennenlernen zu beseitigen, wird den Betroffenen zugeschoben, statt den Kolleg:innen, die sich vorverurteilend geäußert haben.)

„Ich glaube primär mit ablehnenden Verhalten, also ganz viel mit Vorurteilen. Ein Stück weit auch mit Ausgrenzung, aber meistens eher vorweg. Also Beispiel: Wir haben ein paar Kollegen und Kolleginnen, die aus anderen Kulturen stammen und bevor die sich persönlich vorstellen konnten, waren schon Steckbriefe draußen. Und da gab es kurzzeitig dieses klassische Tuscheln oder Raunen, dass man sich schon ausgetauscht hat und auch klar gesagt hat "Was soll das denn im Rettungsdienst werden?" Nicht so stark wie sicherlich damals die Debatte über Frauen im Rettungsdienst. Aber im Grundgedanken, glaube ich, vergleichbar. Und nachdem man die Person kennengelernt hat oder gar ein paar Dienste mit denen hatte, hat sich das sofort gelegt. Also man muss nur, glaube ich, darauf achten, dass man die kennenlernt. #00:08:20-6#

I: Und du meinst jetzt Kolleg:innen, die noch nicht angefangen haben. Und da hängt dann ein Steckbrief aus und da sieht man dann anhand des Steckbrief, dass sie mutmaßlich einen Migrationshintergrund haben? #00:08:30-0#

B: Genau. Also das hatten wir ganz klassisch mit einem Kopftuch, weil das halt von außen doll erkennbar ist. Aber da will ich keinen drauf reduzieren. Dann hatten wir das über Hörensagen, dass man sagt, ja, "da sitzt jetzt ein Moslem im Ausbildungskurs" beispielsweise, dann werden gleich wieder negativ gemachte Erfahrungen damit assoziiert, ohne denjenigen zu kennen und sich auch für Kultur Background zu interessieren. Und wenn man dann ein paar Dienste mit dem hatte oder den zumindest auf der Wache mal erleben konnte, dann hat man festgestellt, das ist genau so ein Dude wie du und ich.“ (Interview1-m-28, Absatz 35 - 37)

„Schmerzen finde ich schwierig in der Wahrnehmung, weil wir sowohl nach der numerischen Skalierung her arbeiten als auch nach der visuellen Skalierung und ich schon häufiger beobachtet habe, dass es da krasse Differenzen gab, dass die Patienten, die dann oftmals auch in solchen Bereiche oder Gruppierungen eingeordnet werden können, extrem hohe Zahlen angeben, die meistens sogar utopisch, also jenseits der eigentlichen Skala liegen. Und wenn man dann auf die visuellen Effekte achtet, und die grinsend noch bei rumlaufen durch die Wohnung. Dann gab es da keine medikamentöse Therapie mit der Begründung der verzerrten Wahrnehmung.“ (Interview1-m-28, Absatz 46)

„I: Zum Beispiel wenn man ein bestimmtes Meldebild auf einem Meldeempfänger hat und also einen Nachnamen liest, der ausländisch klingt oder ein Einsatzgebiet, wo man weiß, das ist vielleicht ein Geflüchtetenheim oder ähnliches oder da wohnen viele Geflüchtete. Dass dann schon eine Aussage darüber gemacht wird, das ist jetzt wieder Quatsch oder so in der Art? #00:20:16-1#

B: Es wird sich primär, wenn glaube ich, bei Alarmierungseingang nochmal negativ damit geäußert, oftmals in der Erzählung durch gemachte Erfahrungen, leider manchmal aber auch nur durch Hörensagen.“ (Interview1-m-28, Absatz 66 - 67)

„wenn man so einen bestimmten ausländisch klingenden Namen auf dem Melder hat und weiß "oh Gott, der hat doch bestimmt keine Ahnung" oder so. Oder "Jetzt fahren wir wieder zu so einem hin". Das gibt es tatsächlich, aber so, dass es dann aggressiv gegenüber dem Patienten ist. Also von Angesicht zu Angesicht habe ich noch nie erlebt.“ (Interview2-m-30, Absatz 30)

„Und dann geht es auch schon in die politischen Themen. "Sind das denn wirklich Flüchtlinge oder sind das nicht einfach nur irgendwelche Wirtschaftsflüchtlinge, die sich hier breitmachen wollen?" Also das ist dann eher so eine Verallgemeinerung, die man da immer hört.“ (Interview2-m-30, Absatz 38)

„Es kommt einem halt auch so vor/ Oder man hört es ganz oft, dass Patienten mit Migrationshintergrund eher den deutschen Rettungsdienst benötigen als Normal/ also als anders, also als deutsche.“ (Interview2-m-30, Absatz 82)

„Das geht zum Beispiel mit der Alarmierung los, dass je nach Meldung bestimmte abwertende Kommentare fallen, Rückschlüsse gezogen werden aufgrund von Adressen, wo man vielleicht schon mal war.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„Ja geht weiter im Einsatz direkt, wo ich oft leider beobachten musste, dass Personen, vielleicht Patient:innen anders behandelt werden, weil sie vielleicht Migrationshintergrund haben oder (abwertendes Kopfschütteln) auch nur aufgrund von dem Nachnamen, der vielleicht anmuten lassen könnte, dass es keine deutsche Herkunft ist. Also Gleichbehandlung findet nicht statt.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„Aber das ist tatsächlich etwas, was ich auch immer ganz witzig finde.Und ich meine, fast jede Firma hat ja mittlerweile auch Kollegen, Kolleg:innen, die irgendwie Migrationshintergrund vielleicht haben. Mit denen wird ganz normal zusammengearbeitet, mit denen lästert man auch zusammen. Und manche Kollegen stellen dann vielleicht intraoperativ erschreckt fest, dass sie gerade mit jemandem darüber reden wollen, der selber einen Migrationshintergrund hat.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„Also das meiste oder das häufigste Phänomen, würde ich sagen. Was ich erlebe ist, dass aufgrund von Aussehen oder auch vor allem von Namen, was ja bei uns eigentlich so das häufigste ist, weil man hat den Namen meistens bevor man den Patienten sieht. Dass den Patienten Eigenschaften angedichtet werden aus der Erfahrung heraus, die man vielleicht bei Lieschen Müller nicht unterstellen würde, obwohl, wenn man sich das genau angucken würde, wahrscheinlich die Patienten ähnlich sind oder man gar nicht sagen kann, dass die Deutschen so viel anders sind als die Nichtdeutschen oder aus einem anderen kulturellen Kreis. Ich glaube, das ist wirklich das, was ich am meisten beobachtet habe. Wenn ein ausländischer Name oder ein nicht deutscher Name auftaucht oder ein nicht-typischer Name, dass schon von

vornherein der Einsatz eigentlich als nicht ganz so wichtig oder als nicht ganz so schlimm betitelt wird, weil den Leuten unterstellt wird, dass sie wehleidig oder wehleidiger als der weiße Deutsche sind.“ (Interview4-w-27, Absatz 28)

„Also, dass quasi Leute vorverurteilt werden aufgrund von ihrem Aussehen oder//. #00:09:07-8#

B: //In dem Fall sogar schlimmstenfalls sogar nur wegen den Namen. Ja. #00:09:10-8#

I: Okay, das passt ganz gut. Ich habe nämlich sogar eine Frage: Haben Sie erlebt, dass bereits bei der Alarmierung aufgrund des Einsatzortes oder des Patient in den Namen vorverurteilende Äußerungen gemacht wurden? Also haben wir quasi// #00:09:28-5#

B:// mehr als genug“ (Interview4-w-27, Absatz 29 - 32)

„Ja, also ich glaube, es ist halt so der typische Einsatz. Man fährt zu jüngeren Patienten, die/ ob es einen grippalen Infekt ist oder ob es jetzt Herzbeschwerden oder sonstige Notfälle sind und sich am Ende herausstellt, dass das nicht gerechtfertigt war im unserm Sinne, also dass wir nicht dieselbe Definition von Beschwerden oder Notfall angelegt haben und der Patient am Ende sogar vielleicht wirklich zu Hause bleibt, wird bei deutschen Patienten eher gesagt "okay, das war jetzt unnötig", bei den ausländischen Patienten wird es aber gesagt, das war unnötig, weil dann so Äußerungen wie Morbus Bosporus oder Morbus Mediterran oder sonstige Äußerungen, also da wird derselbe Sachverhalt, den man bei deutschen Patienten GENAU SO hat, immer auf die Herkunft geleitet, nicht darauf auf die Intelligenz oder auf irgendwas anderes, auf Erziehung oder sonstiges, sondern immer auf diesen großen Schwerpunkt kulturelle Herkunft oder halt anderes Land, anderes Geburtsland, andere Sprache. Das fällt in dem Kontext zusammen. Eigentlich immer.“ (Interview4-w-27, Absatz 40)

„Dann, wo ich jetzt nicht weiß, ob das in deiner Definition quasi diskriminierend ist, weil ich da auch in der ganzen Theorie natürlich nicht so gut drin stecke, ist das häufig auch, die Religion mit einbezogen wird, ohne dass das überhaupt zur Debatte stehen würde. Also das halt NICHTS mit dem Einsatz zu tun hat oder ohne dass erkennbar ist, ob derjenige überhaupt diese Religion hat, also dass zum Beispiel über die Moslems oder sowas geredet wird, was natürlich vom vom Wortbegriff her erst mal einfach nur die Bezeichnung der Religion ist, aber was nichts mit dem Einsatz zu tun hat und häufig auch gar nicht erkennbar war, weil wir wissen selber, dass das natürlich auch also was weiß ich, unter den Nordafrikanern/ also wenn man jetzt auf Ägypten zum Beispiel guckt, dass halt ein Großteil des Landes ja selber christlich ist, selbst wenn die genauso aussehen wie die, die halt dem Islam angehörig sind. Also da fällt halt oft der Bezug zum Islam, ohne dass es was zur Sache getan hätte. Aber eher mit Moslems, nichts mit beleidigenden Begriffen. Also dass nur dieses, ja erst mal vom Wortstamm her neutrale Wort.“ (Interview4-w-27, Absatz 44)

„Und was ich immer unangenehm finde, ist, dass auf ausländisch AUSSEHENDE Patienten so zugegangen wird, als könnten sie die Sprache nicht. Dann wird in einer deutlich einfacheren Sprache geredet. Teilweise werden die Patienten auch geduzt, weil die Kollegen sich nicht sicher sind, ob die das Siezen quasi verstehen in der deutschen Sprache, ohne dass überhaupt es versucht wurde auf einem normalen Niveau, wie man es mit jedem anderen deutschen Patienten auch machen würde. Das ist mir aufgefallen.“ (Interview4-w-27, Absatz 46)

„Einen Fall hatten wir noch, das war auch ein südländischer Kollege, wo glaube ich über die/ Also das war unabhängig von der Religion. Das war immer wirklich nur aufs Aussehen

gemünzt. Der hatte einige Probleme, der hat auch einige Probleme mit in den Betrieb reingebracht, weil am Ende dann bekannt wurde, dass er quasi ein paar Vorstrafen hat und dann auch mehrere Dienste nicht antreten konnte, weil er eben in irgendwelchen Orten von der Polizei eingefangen wurde, um seine Geldstrafen, die er nicht bezahlen konnte, im Gefängnis abzusitzen. Mal davon abgesehen, (lachen) dass Geldprobleme auch sich durch die deutsche Gesellschaft ziehen können und das wahrscheinlich auch viele Deutsche betrifft, war es natürlich so, dass dieser Fall, was wir natürlich so noch nie mitbekommen haben, dass wir jetzt einen Kollegen hatten, der ins Gefängnis muss. Natürlich aber ein willkommenes Geschenk war,dass derjenige ein von außen deutlich sichtbaren andere Herkunft hatte und eben dieses typische südländische Aussehen hatte, einen dementsprechenden Namen hatte. Und ja, es. (...) Einfach alles reingepackt hat, dass es eben nicht der weiße Deutsche war, sondern ein (...) Eine Person anderer Herkunft. #00:30:23-8#

I: Und da hat sich bei dem Gerede dann auch alles darauf bezogen//. #00:30:26-4#

B: // Ja Ja klar, also rein aufs Aussehen bezogen. Ausländer sind kriminell. Das war eigentlich so der Kern. Die Kernessenz. Unabhängig davon, dass es um nur um das Absitzen einer Geldstrafe ging. Ja, der hatte seine Finanzen anscheinend nicht im Griff. Aber wie gesagt, das betrifft ja auch andere Personen.“ (Interview4-w-27, Absatz 70 - 72)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype — Nicht-aufgehen von Stereotypen

Codiert werden Passagen, in denen es darum geht, dass vorbestehende Klischees und Stereotype nicht erfüllt werden.

Zwei Befragungspersonen schildern Situationen auf der Rettungswache innerhalb des nicht-ärztlichen Kollegenkreises, in welcher die vorbestehenden Stereotype über bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht aufgehen. Einer berichtet darüber, dass Kolleg:innen auf der Rettungswache über gewisse Gruppen und deren Herkunft herziehen und dabei vergessen, dass ihre eigenen Kolleg:innen mit denen sie sprechen aus der gleichen Kultur stammen. Eine weitere Person erzählt, dass Mitarbeitende in Frage gestellt haben, ob Muslima für den Rettungsdienst geeignet sind und wussten dabei nicht, dass eine ihrer langjährigen Kolleginnen ebenfalls Muslima ist, da sie dem stereotypischen Erscheinungsbild nicht entsprach.
Auch im Einsatz gibt es Situationen, in denen Vorurteile nicht aufgehen. Bei einem ausländisch klingenden Patient:innennamen sind die eintreffenden Rettungsdienstmitarbeitenden überrascht, wenn die Person dem äußerlichen Erscheinungsbild, welches beim Hören des Namens entsteht, nicht entsprechen. (dumm wegen Namen auf Herkunft und deutschkenntnisse zu schließen)

„Aber das ist tatsächlich etwas, was ich auch immer ganz witzig finde.Und ich meine, fast jede Firma hat ja mittlerweile auch Kollegen, Kolleg:innen, die irgendwie Migrationshintergrund vielleicht haben. Mit denen wird ganz normal zusammengearbeitet, mit denen lästert man auch zusammen. Und manche Kollegen stellen dann vielleicht intraoperativ erschreckt fest, dass sie gerade mit jemandem darüber reden wollen, der selber einen Migrationshintergrund hat.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„Und dann sind die Kollegen vielleicht manchmal erschrocken, wenn dann da gefühlt doch, wie du gesagt hast, ein Biodeutscher vor ihm steht. Ich meine, meine Freundin hat auch keinen deutschen Namen und ist aber halt deutsch. Also ihre Oma ist halt aus Polen aber sie ist deutsch. Weißt schon was ich meine. Bei dem Namen erwartet man halt keinen der perfekt deutsch spricht.“ (Interview3-m-27, Absatz 58)

„Und es ging so weit, dass sich darüber unterhalten wurde, ob (...) Muslima/ Genau weil sich das Kopftuch auf die Frauen bezieht. Ob die Muslima, ob das erlaubt sein sollte, dass die im Rettungsdienst arbeiten? Spannend war da (lachen) von der Sozialstruktur her, dass wir eine Muslima im Kollegium hatten, von der es kaum jemand wusste, weil sie kein Kopftuch trägt und die dann natürlich sich erst mal beschwert hat, die Führung aber auch da nichts gemacht hat.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype — Infragestellen der Aufenthaltsberechtigung

Codiert werden Passagen, in denen der Aufenthalt von Geflüchteten pauschal infragegestellt wird, was eine Vorverurteilung bedeutet da die Situation des einzelnen nicht bekannt ist.

Es wird generell infragegestellt ob Geflüchtete das Recht haben, sich in Deutschland aufzuhalten. (kann eine Andersbehandlung zur Folge haben, da die Grundeinstellung gegeüber dieser Gruppe negativ konnotiert ist. Überleitung zur medialen Berichterstattung als Ursache?)

„Oder jetzt auch gerade die Frage mit dem aktuellen, mit der aktuellen Neubelegung des Asylantenheim, also das Flüchtlingsheim, was bei uns ja in der Region aufgemacht oder aufmachen soll, wo man dann auch wieder hört, "dann fahren wir doch da immer hin und müssen uns um die kümmern" . Und dann geht es auch schon in die politischen Themen. "Sind das denn wirklich Flüchtlinge oder sind das nicht einfach nur irgendwelche Wirtschaftsflüchtlinge, die sich hier breitmachen wollen?" Also das ist dann eher so eine Verallgemeinerung, die man da immer hört.“ (Interview2-m-30, Absatz 38)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype — Vorverurteilungen wegen Namen / Aussehen

Codiert werden alle Aussagen, in denen Menschen auf Grund ihres Namens oder Aussehens oder des mutmaßlichen Nicht-deutsch-seins vorverurteilt werden. (alle diese sachen können zu einer Andersbehandlung führen oder eiem verzögerten Ausrücken etc)

Alle vier Befragungspersonen können Situationen schildern, in denen Menschen auf Grund ihres Namens oder des Aussehens vorverurteilt wurden. Diese vorverurteilenden Aussagen fallen meist bereits bei der Alarmierung lediglich auf Grund des übermittelten, mutmaßlichen nicht-deutschen Patient:innennamens noch vor Eintreffen am Einsatzort. Oftmals fallen, lediglich auf Grund des Namens, abwertende Aussagen und die Dringlichkeit des Einsatzes wird bezweifelt.
Dann beim Eintreffen am Einsatzort und beim Kontakt mit Patient:innen werden diese auf

Grund des Namens oder des Aussehens anders behandelt. Den Personen werden auf Grund des Aussehens Eigenschaften zugesprochen, die mit Erfahrungen aus anderen Einsätzen mit Patient:innen aus der gleichen Bevölkerungsgruppe begründet und dann auf alle Menschen dieser Gruppe übertragen werden. Teilweise wird aus dem äußerlichen Erscheinungsbild der Menschen geschlossen, sie seien der deutschen Sprache nicht mächtig. Oftmals werden Menschen, die den stereotypischen, äußerlichen Merkmalen entsprechen, als Moslems bezeichnet, ohne Kenntnis über die praktizierte Religion der Menschen zu haben. (Ursachen Unwissenheit, mangelndes Interesse für anderes, Folge: weitere Reproduktion von Stereotypen)
Eine Person berichtet von vorveruteilendem Verhalten des Kollegiums im Rahmen einer Rettungswache. Eine Kollegin mit Kopftuch wurde eingestellt und nur auf Grund des Namens und der Tatsache, dass sie Kopftuch trägt wurde im Vorhinein viel über sie gesprochen. (Folge: Chancenungleichheit), vlt dann Verknüpfung zu antimuslimischem Rassismus

„I: Zum Beispiel wenn man ein bestimmtes Meldebild auf einem Meldeempfänger hat und also einen Nachnamen liest, der ausländisch klingt oder ein Einsatzgebiet, wo man weiß, das ist vielleicht ein Geflüchtetenheim oder ähnliches oder da wohnen viele Geflüchtete. Dass dann schon eine Aussage darüber gemacht wird, das ist jetzt wieder Quatsch oder so in der Art? #00:20:16-1#

B: Es wird sich primär, wenn glaube ich, bei Alarmierungseingang nochmal negativ damit geäußert, oftmals in der Erzählung durch gemachte Erfahrungen, leider manchmal aber auch nur durch Hörensagen.“ (Interview1-m-28, Absatz 66 - 67)

„wenn man so einen bestimmten ausländisch klingenden Namen auf dem Melder hat und weiß "oh Gott, der hat doch bestimmt keine Ahnung" oder so. Oder "Jetzt fahren wir wieder zu so einem hin". Das gibt es tatsächlich, aber so, dass es dann aggressiv gegenüber dem Patienten ist. Also von Angesicht zu Angesicht habe ich noch nie erlebt.“ (Interview2-m-30, Absatz 30)

„Das geht zum Beispiel mit der Alarmierung los, dass je nach Meldung bestimmte abwertende Kommentare fallen, Rückschlüsse gezogen werden aufgrund von Adressen, wo man vielleicht schon mal war.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„Ja geht weiter im Einsatz direkt, wo ich oft leider beobachten musste, dass Personen, vielleicht Patient:innen anders behandelt werden, weil sie vielleicht Migrationshintergrund haben oder (abwertendes Kopfschütteln) auch nur aufgrund von dem Nachnamen, der vielleicht anmuten lassen könnte, dass es keine deutsche Herkunft ist. Also Gleichbehandlung findet nicht statt.“ (Interview3-m-27, Absatz 34)

„I: Also das hast du vorhin auch schon angerissen, dass bereits bei Alarmierung aufgrund des Einsatzortes oder des Patient:innennamens vorverurteilende Äußerungen getroffen wurden. #00:24:10-8#

B: Ja. habe ich auf jeden Fall erlebt. Oder es ist eher an der Tagesordnung.“ (Interview3-m-27, Absatz 57 - 58)

„Also das meiste oder das häufigste Phänomen, würde ich sagen. Was ich erlebe ist, dass aufgrund von Aussehen oder auch vor allem von Namen, was ja bei uns eigentlich so das

häufigste ist, weil man hat den Namen meistens bevor man den Patienten sieht. Dass den Patienten Eigenschaften angedichtet werden aus der Erfahrung heraus, die man vielleicht bei Lieschen Müller nicht unterstellen würde, obwohl, wenn man sich das genau angucken würde, wahrscheinlich die Patienten ähnlich sind oder man gar nicht sagen kann, dass die Deutschen so viel anders sind als die Nichtdeutschen oder aus einem anderen kulturellen Kreis. Ich glaube, das ist wirklich das, was ich am meisten beobachtet habe." (Interview4-w-27, Absatz 28)

„Also, dass quasi Leute vorverurteilt werden aufgrund von ihrem Aussehen oder//. #00:09:07-8#

B: //In dem Fall sogar schlimmstenfalls sogar nur wegen den Namen. Ja. #00:09:10-8#

I: Okay, das passt ganz gut. Ich habe nämlich sogar eine Frage: Haben Sie erlebt, dass bereits bei der Alarmierung aufgrund des Einsatzortes oder des Patient in den Namen vorverurteilende Äußerungen gemacht wurden? Also haben wir quasi// #00:09:28-5#

B:// mehr als genug" (Interview4-w-27, Absatz 29 - 32)

„Dann, wo ich jetzt nicht weiß, ob das in deiner Definition quasi diskriminierend ist, weil ich da auch in der ganzen Theorie natürlich nicht so gut drin stecke, ist das häufig auch, die Religion mit einbezogen wird, ohne dass das überhaupt zur Debatte stehen würde. Also das halt NICHTS mit dem Einsatz zu tun hat oder ohne dass erkennbar ist, ob derjenige überhaupt diese Religion hat, also dass zum Beispiel über die Moslems oder sowas geredet wird, was natürlich vom vom Wortbegriff her erst mal einfach nur die Bezeichnung der Religion ist, aber was nichts mit dem Einsatz zu tun hat und häufig auch gar nicht erkennbar war, weil wir wissen selber, dass das natürlich auch also was weiß ich, unter den Nordafrikanern/ also wenn man jetzt auf Ägypten zum Beispiel guckt, dass halt ein Großteil des Landes ja selber christlich ist, selbst wenn die genauso aussehen wie die, die halt dem Islam angehörig sind. Also da fällt halt oft der Bezug zum Islam, ohne dass es was zur Sache getan hätte. Aber eher mit Moslems, nichts mit beleidigenden Begriffen. Also dass nur dieses, ja erst mal vom Wortstamm her neutrale Wort." (Interview4-w-27, Absatz 44)

„Und was ich immer unangenehm finde, ist, dass auf ausländisch AUSSEHENDE Patienten so zugegangen wird, als könnten sie die Sprache nicht. Dann wird in einer deutlich einfacheren Sprache geredet. Teilweise werden die Patienten auch geduzt, weil die Kollegen sich nicht sicher sind, ob die das Siezen quasi verstehen in der deutschen Sprache, ohne dass überhaupt es versucht wurde auf einem normalen Niveau, wie man es mit jedem anderen deutschen Patienten auch machen würde. Das ist mir aufgefallen." (Interview4-w-27, Absatz 46)

„Zum Kollegium auf der Rettungswache. Wir haben/ Also ich noch im städtischen Rettungsdienst Bereich tätig war, wurde eine Kollegin eingestellt, die ein Kopftuch getragen hat. Das wussten wir erst gar nicht, weil wir nur wussten okay, wir kriegen eine neue Kollegin. Aber es war relativ schnell so, dass über diese Kollegin mit Abstand am meisten gesprochen wurde, weil sie einen nichtdeutschen oder deutsch typischen Namen hatte. Und sie von Kollegen beim Vorstellungsgespräch gesehen wurde. Dort gesehen wurde, dass sie ein Kopftuch trägt." (Interview4-w-27, Absatz 62)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype — Herkunft als Begründung

Codiert werden alle Aussagen, in denen die mutmaßliche Herkunft von Menschen als Begründung genutzt wird, um sich negativ zu äußern oder Andersbehandlungen zu rechtfertigen. Ob die soziale, kulturelle oder tatsächliche herkunft gemeint ist, wird nicht unterschieden.

In diesem Subcode können drei der vier Befragungspersonen Beispiele nennen. Die Nicht-deutsche Herkunft wird als Begründung genutzt, warum es zu einer nicht gerechtfertigten Alarmierung eines Rettungsmittels kam, teilweise wird sich dabei rassistischer Aussagen bedient. Anders als bei Menschen der Mehrheitsgesellschaft wird bei Personen, die in das rassistisch-stereotypisierte Bild des "Ausländers" passen, immer die Herkunft als Begründung genannt, wenn sie erwartete Verhaltensweisen nicht erfüllen. Diese Tatsache wird dann pauschal auf alle Mitglieder dieser Bevölkerungsgruppe übertragen. Andere mögliche Ursachen wie die Lebensumstände, Intelligenz oder andere Faktoren werden nicht erwähnt. weiteres Reproduzieren von Stereotypen, Gefahr der PAtient:innengefährdung etc.

„Aber klassisch natürlich, wenn man einen niederschwelligen Alarmierungscode oder Priorität hatte und stellt dann auch fest, dass das eher was für die hausärztliche Versorgung ist oder Menschen einfach zeitweise hilflos waren und jetzt einfach nur eine Beratung medizinischer Ebene brauchten. Und die fallen in dieses Klischee zurück. Dann wird sich oftmals auch dem klassischen Rassismusgedanken bedient, dass man sie einer festen Gruppierung zuordnet und sagt daran liegt es auch, dass es jetzt zu einer nicht gerechtfertigten Alarmierung des Rettungsdienstes kam“ (Interview1-m-28, Absatz 52)

„Werden denn auch irgendwelche Schimpfwörter benutzt oder wird das so neutral geschildert, wie du es mir gerade schilderst? #00:16:06-5#

B: Doch größtenteils neutral. Also klar, schon mit einer negativen Abwertung, weil man sich vielleicht vom System ausgebeutet fühlt, dass man jetzt da hingefahren ist und es andere Versorgungseinrichtungen gegeben hätte, aber nicht mit klassischen Schimpfwörtern, die mir bekannt sind, sondern höchstens mit einer negativen Assoziierung.“ (Interview1-m-28, Absatz 53 - 54)

„Es kommt einem halt auch so vor/ Oder man hört es ganz oft, dass Patienten mit Migrationshintergrund eher den deutschen Rettungsdienst benötigen als Normal/ also als anders, also als deutsche.“ (Interview2-m-30, Absatz 82)

„Ja, also ich glaube, es ist halt so der typische Einsatz. Man fährt zu jüngeren Patienten, die/ ob es einen grippalen Infekt ist oder ob es jetzt Herzbeschwerden oder sonstige Notfälle sind und sich am Ende herausstellt, dass das nicht gerechtfertigt war im unserm Sinne, also dass wir nicht dieselbe Definition von Beschwerden oder Notfall angelegt haben und der Patient am Ende sogar vielleicht wirklich zu Hause bleibt, wird bei deutschen Patienten eher gesagt "okay, das war jetzt unnötig", bei den ausländischen Patienten wird es aber gesagt, das war unnötig, weil dann so Äußerungen wie Morbus Bosporus oder Morbus Mediterran oder sonstige Äußerungen, also da wird derselbe Sachverhalt, den man bei deutschen Patienten GENAU SO

hat, immer auf die Herkunft geleitet, nicht darauf auf die Intelligenz oder auf irgendwas anderes, auf Erziehung oder sonstiges, sondern immer auf diesen großen Schwerpunkt kulturelle Herkunft oder halt anderes Land, anderes Geburtsland, andere Sprache. Das fällt in dem Kontext zusammen. Eigentlich immer.“ (Interview4-w-27, Absatz 40)

„Einen Fall hatten wir noch, das war auch ein südländischer Kollege, wo glaube ich über die/ Also das war unabhängig von der Religion. Das war immer wirklich nur aufs Aussehen gemünzt. Der hatte einige Probleme, der hat auch einige Probleme mit in den Betrieb reingebracht, weil am Ende dann bekannt wurde, dass er quasi ein paar Vorstrafen hat und dann auch mehrere Dienste nicht antreten konnte, weil er eben in irgendwelchen Orten von der Polizei eingefangen wurde, um seine Geldstrafen, die er nicht bezahlen konnte, im Gefängnis abzusitzen. Mal davon abgesehen, (lachen) dass Geldprobleme auch sich durch die deutsche Gesellschaft ziehen können und das wahrscheinlich auch viele Deutsche betrifft, war es natürlich so, dass dieser Fall, was wir natürlich so noch nie mitbekommen haben, dass wir jetzt einen Kollegen hatten, der ins Gefängnis muss. Natürlich aber ein willkommenes Geschenk war,dass derjenige ein von außen deutlich sichtbaren andere Herkunft hatte und eben dieses typische südländische Aussehen hatte, einen dementsprechenden Namen hatte. Und ja, es. (...) Einfach alles reingepackt hat, dass es eben nicht der weiße Deutsche war, sondern ein (...) Eine Person anderer Herkunft. #00:30:23-8#

I: Und da hat sich bei dem Gerede dann auch alles darauf bezogen//. #00:30:26-4#

B: // Ja Ja klar, also rein aufs Aussehen bezogen. Ausländer sind kriminell. Das war eigentlich so der Kern. Die Kernessenz. Unabhängig davon, dass es um nur um das Absitzen einer Geldstrafe ging. Ja, der hatte seine Finanzen anscheinend nicht im Griff. Aber wie gesagt, das betrifft ja auch andere Personen.“ (Interview4-w-27, Absatz 70 - 72)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype — Herkunft als Begründung — "übertriebenes" Verhalten

Alle Aussagen, die suggerieren, dass Menschen auf Grund des (mutmaßlichen) Migrationshintergrundes oder der kulturellen Herkunft unangebracht reagieren. Gerade in Bezug auf das Zeigen von Emotionen.

Ergänzend zum Subcode "Herkunft als Begründung" werden in dieser fusionierten Unterkategorie Aussagen festgehalten, welche suggerieren, dass Menschen auf Grund des mutmaßlichen Migrationshintergrundes oder der kulturellen Herkunft unangebracht reagieren. Gemäß der gefundenen Aussagen wird Menschen mit MENA Migrationshintergrund grundsätzlich unterstellt sie seien wehleidiger als Angehörige der Mehrheitsgesellschaft. Auf Grund des kulturellbedingten Umgangs mit Emotionen und Trauer und dem familiären Zusammenhalt reagieren Kolleg:innen des Rettungsdienstes oftmals genervt und mit Unverständnis.

„Schmerzen finde ich schwierig in der Wahrnehmung, weil wir sowohl nach der numerischen Skalierung her arbeiten als auch nach der visuellen Skalierung und ich schon häufiger beobachtet habe, dass es da krasse Differenzen gab, dass die Patienten, die dann oftmals auch

in solchen Bereiche oder Gruppierungen eingeordnet werden können, extrem hohe Zahlen angeben, die meistens sogar utopisch, also jenseits der eigentlichen Skala liegen. Und wenn man dann auf die visuellen Effekte achtet, und die grinsend noch bei rumlaufen durch die Wohnung. Dann gab es da keine medikamentöse Therapie mit der Begründung der verzerrten Wahrnehmung.“ (Interview1-m-28, Absatz 46)

„Vielleicht ist der Umgang mit den Angehörigen in der in dieser Situation eher etwas anders, weil da kann ich aus eigener Erfahrung sprechen. Die südländische Bevölkerung, die sind halt sehr emotional, was die Familienbande angeht. Und da ist es dann auch so natürlich, dass die Angehörigen mal ein bisschen übertreiben. Aber sie sind sehr hilfsbereit, vielleicht manchmal ein bisschen zu hilfsbereit. Dass die Kollegen oder man selber tatsächlich auch mal ein bisschen genervt ist und da erst mal einschreiten muss, dass die Behandlung nicht verzögert wird oder irgendwie blockiert wird.“ (Interview2-m-30, Absatz 60)

„Also sagt dir Morbus Mediterranum und Morbus Bosporus was? #00:15:57-0#

B: Richtig. Genau darüber hatten wir/ Hab ich auch gerade schon geredet, dass man da ein bisschen aufgeregter ist und sehr fürsorglich und sehr klagend und emotional.“ (Interview2-m-30, Absatz 69 - 70)

„Es gibt. Ja vielleicht. Menschen, die in ihrer Kultur anders mit Trauer oder anders mit Schmerzen umgehen, als wir das tun. Und wenn, dann halt der Kollege.. Ja das zum Anlass nimmt, irgendwie das zu kritisieren oder eben auch das nicht ernst zu nehmen/“ (Interview3-m-27, Absatz 52)

„Wenn ein ausländischer Name oder ein nicht deutscher Name auftaucht oder ein nicht-typischer Name, dass schon von vornherein der Einsatz eigentlich als nicht ganz so wichtig oder als nicht ganz so schlimm betitelt wird, weil den Leuten unterstellt wird, dass sie wehleidig oder wehleidiger als der weiße Deutsche sind.“ (Interview4-w-27, Absatz 28)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype — Chancenungleichheit

Erfasst werden Aussagen, aus denen hervorgeht, dass Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund andere ungleiche Bedingungen haben als Menschen ohne Migrationshintergrund.

In den erfassten Aussagen geht es ausschließlich um Chancenungleichheit auf Grund von Vorverurteilungen durch Mitarbeitende innerhalb des rettungsdienstlichen Betriebs. Über Personen wurde noch vor Beschäftigungsbeginn auf Grund der mutmaßlichen Herkunft und damit verbundenen Vorurteilen negativ gesprochen, wodurch sie beim Antreten der Stelle einen schwereren Start im Kollegium hatten. Noch bevor sich die neuen Kolleg:innen persönlich vorstellen konnten, hingen Steckbriefe aus, worauf die Vorverurteilungen fundierten. Anders als Menschen der Mehrheitsgesellschaft mussten sich die Betroffenen von rassistischen Vorverurteilungen zunächst einmal beweisen, für die Stelle geeignet zu sein. Die Eignung wird dabei an der Herkunft der Person festgemacht.

So entsteht eine Chancenungleichheit im Vergleich zu anderen Menschen, die der Mehrheitsgesellschaft zugehörig sind. (antidiskriminierungsgestz) Die Verantwortung, die Vorurteile durch Kennenlernen zu beseitigen, wird den Betroffenen zugeschoben, statt den Kolleg:innen, die sich vorverurteilend geäußert haben.

„Ich glaube primär mit ablehnenden Verhalten, also ganz viel mit Vorurteilen. Ein Stück weit auch mit Ausgrenzung, aber meistens eher vorweg. Also Beispiel: Wir haben ein paar Kollegen und Kolleginnen, die aus anderen Kulturen stammen und bevor die sich persönlich vorstellen konnten, waren schon Steckbriefe draußen. Und da gab es kurzzeitig dieses klassische Tuscheln oder Raunen, dass man sich schon ausgetauscht hat und auch klar gesagt hat "Was soll das denn im Rettungsdienst werden?" Nicht so stark wie sicherlich damals die Debatte über Frauen im Rettungsdienst. Aber im Grundgedanken, glaube ich, vergleichbar. Und nachdem man die Person kennengelernt hat oder gar ein paar Dienste mit denen hatte, hat sich das sofort gelegt. Also man muss nur, glaube ich, darauf achten, dass man die kennenlernt. #00:08:20-6#

I: Und du meinst jetzt Kolleg:innen, die noch nicht angefangen haben. Und da hängt dann ein Steckbrief aus und da sieht man dann anhand des Steckbrief, dass sie mutmaßlich einen Migrationshintergrund haben? #00:08:30-0#

B: Genau. Also das hatten wir ganz klassisch mit einem Kopftuch, weil das halt von außen doll erkennbar ist. Aber da will ich keinen drauf reduzieren. Dann hatten wir das über Hörensagen, dass man sagt, ja, "da sitzt jetzt ein Moslem im Ausbildungskurs" beispielsweise, dann werden gleich wieder negativ gemachte Erfahrungen damit assoziiert, ohne denjenigen zu kennen und sich auch für Kultur Background zu interessieren. Und wenn man dann ein paar Dienste mit dem hatte oder den zumindest auf der Wache mal erleben konnte, dann hat man festgestellt, das ist genau so ein Dude wie du und ich.“ (Interview1-m-28, Absatz 35 - 37)

„Und bevor ich sie das erste Mal gesehen habe, glaube ich, schon so viel über sie gehört habe, wie über/ oder so viel über sie spekuliert wurde wie über die letzten zehn Leute davor nicht, die eingestellt wurden. Und ohne, dass wir sie kannten, ohne, dass Hintergründe zu ihr oder zu ihren Entscheidungen bekannt waren, wurde darüber diskutiert, wie denn der Rettungsdienst überhaupt mit einem Kopftuch vereinbar sei und wie es denn sein könnte, dass sie überhaupt eingestellt wird.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Genau, die Führung hat sich da/ Und ich glaube auch, dass da ein ganz großes Problem herrscht, damit GAR NICHT weiter beschäftigt. Die Führung WUSSTE das, dass das im Kollegium passiert, hat nichts gemacht, also hat es einfach alles so weiterlaufen lassen, diese ganze Maschinerie, die da gestartet ist und (...) so war ihr Einstieg, war gar nicht leicht.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype — Antimuslimischer Rassismus

Codiert werden Passagen, aus denen ablehnendes oder vorverurteilendes Verhalten gegenüber muslimischen oder mutmaßlich muslimischen Menschen hervorgeht. Mit eingeschlossen sind das Infragestellen von muslimischen Bräuchen und Traditionen.

In dieser Subkategorie stellt das Tragen eines Kopftuchs eine fusionierte Unterkategorie dar, da besonders häufig darüber gesprochen wurde. Es wird laut zwei Befragungspersonen berichtet, dass die Eignung für einen Beruf im Gesundheitswesen auf Grund des Tragens einer Hijab von Kolleg:innen in Frage gestellt wurde. Eine Erzählung geht so weit, dass die Mitarbeitenden der Rettungswache, noch vor Vertragsbeginn der muslimischen Kollegin, verlauten ließen das Tragen eines Kopftuches sei mit der Arbeit im Rettungsdienst nicht vereinbar. Sie gingen sogar zu den zuständigen Stellen der Arbeitssicherheit und Hygiene um selbstständig zu prüfen, ob die Einstellung der Kollegin richtig war.
Außerdem wird davon berichtet, dass die Kollegin nach Antritt der Stelle direkt angesprochen wurde ob ihr Glaube mit dem Beruf vereinbar sei und ob Muslima generell im Rettungsdienst arbeiten könnten. Ein Kollege hatte ihr Nahe gelegt, den Beruf auf Grund ihrer Herkunft und ihres Glaubens zu wechseln, da sie keine guten Chancen hätte. Eine weitere Muslima aus dem gleichen Betrieb, welche allerdings keine Hijab trägt und deswegen nicht äußerlich als solche zu erkennen ist, wird zu Ramadan jedes Jahr gefragt, ob sie arbeitsfähig sei wenn sie fastet. Eine weitere Vorverurteilung muslimisch gelesener Menschen passiert, wenn pauschal suggeriert wird, Männer dieser Gruppe seien aggressiv und deshalb der Umgang anders ist als mit Menschen der Mehrheitsgesellschaft.

„Einiges lebt im Arbeitsumfeld Rettungsdienst anders auf. Da der Umschwung aus meiner Perspektive hier deutlich bemerkbar ist, was den kulturellen Background angeht oder auch zum Teil das Auftreten der Persönlichkeiten. Klassisch wirklich, diese Kopftuchdebatte, wie sie an den Unis und Schulen stattgefunden hat, dass ja auch immer mehr ärztliches und nicht ärztliches Personal mit Kopftüchern beispielsweise zu sehen ist, was sicherlich für kurzzeitigen Aufruhr oder zu einer kurzzeitigen Besprechung des aufregenden Themas geführt hat, aber auch genauso schnell wieder abgeebbt ist in meiner Wahrnehmung.“ (Interview1-m-28, Absatz 33)

„Ist dir mal aufgefallen, dass irgendwelche Maßnahmen nicht ergriffen wurden aufgrund von Migrationshintergrund oder von kulturellen Unterschieden? #00:11:31-9#

B: (...) Ja. Ganz am Anfang, also schon vor vielen Jahren, würde ich beinahe behaupten, war das gerade in den männerdominierten Kulturen problematisch für einige Kollegen beispielsweise ein 12-Kanal-EKG zu kleben, wenn keine Frau im Team war. Dass man da Dinge definitiv verzögert hat oder auf die Krankenhausversorgung zurückgegriffen hat und dann den zügigen Transport angestrebt hat, um es nicht zur Eskalation kommen zu lassen.“ (Interview1-m-28, Absatz 43 - 44)

„Vor wenigen Jahren glaube ich ja ein ganz geringer, marginaler Anteil, weil man sehr ehrfürchtig zwischendurch, vielleicht auch medial getriggert mit besonderen Gruppierungen

umgegangen ist. Wieder die Betrachtungsweise, gerade arabische Welt mit verändertem Weltbild und Rechten der Frau. Das dann weibliche Patientinnen in Anwesenheit der Männer sicherlich nicht ganz so fokussiert, wenn nicht gut untersucht worden sind.“ (Interview1-m-28, Absatz 73)

„Und es ging quasi so weit, dass bevor sie überhaupt angefangen hat, die Kollegen bei der Arbeitssicherheit und bei den Desinfektoren waren, um ja auf eigene Selbstjustiz nachzuprüfen, ob es denn überhaupt machbar wäre, mit einem Kopftuch Rettungsdienst zu fahren oder auf dem KTW oder auf dem RTW eingesetzt zu werden.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Es wurde auch sie dann regelmäßig gefragt, wie sie meint, das machen zu zu müssen. Und es ging so weit, dass sich darüber unterhalten wurde, ob (...) Muslima/ Genau weil sich das Kopftuch auf die Frauen bezieht. Ob die Muslima, ob das erlaubt sein sollte, dass die im Rettungsdienst arbeiten?“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Spannend war da (lachen) von der Sozialstruktur her, dass wir eine Muslima im Kollegium hatten, von der es kaum jemand wusste, weil sie kein Kopftuch trägt und die dann natürlich sich erst mal beschwert hat, die Führung aber auch da nichts gemacht hat.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Aber als die Kollegin dann da war, wurde halt das nicht mehr auf das, also auf den Islam generell, sondern auf das Kopftuch als solches gemünzt, also nicht mehr nur auf die ganze Religion, sondern dann auf speziell die Entscheidung, ein Kopftuch zu tragen. Genau“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Die andere Kollegin, die relati/ oder eigentlich jedes Jahr am Ramadan teilnimmt, kann eigentlich jedes Jahr auch noch mal erläutern, wie sie denn quasi über den Dienst heraus sicherstellt, dass sie denn leistungsfähig wäre, obwohl sie quasi an dem Fasten teilnimmt. Und da muss ich ganz ehrlich sagen, das finde ich, ohne dass man sich damit beschäftigt, was die überhaupt dürfen, weil es wird ja nicht sechs Wochen lang komplett gefastet und ohne dass man weiß, warum man das macht, wie man das macht, wie die genau sich in der Zeit ernähren. Darüber zu urteilen, ob das in Ordnung ist oder nicht, muss ich sagen, finde ich eine finde ich eine Frechheit. Weil wenn jemand zu Ostern fastet im Christentum, dann wird da ja auch nichts zugesagt. Oder wenn jemand eine Darmkur macht oder Heilfasten oder keine Ahnung was, da hat man sich auch nicht einzumischen.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Ja, genau. Also das war ein prägendes Erlebnis gegenüber der Kollegin, die natürlich auch nicht lange geblieben ist. Dann den Rettungsdienst Bereich gewechselt hat und da bessere Erfahrungen wohl gemacht hat. #00:27:17-9#

I: Die eine die Kollegin, die neu eingestellte, die mit dem Kopftuch oder die andere? #00:27:22-6#

B: Beide sind nicht mehr da, weil die eine studieren gegangen ist, aber die mit dem Kopftuch hat die Rettungswache gewechselt und dann auch ihre Notfallsanitäter-Ausbildung angefangen, weil auch hier die Kollegen zu ihr gesagt haben, dass sie (...) Also. Das hatte nichts mit der Führung zu tun, sondern es war nur zwischen den Kollegen. Aber die jetzt schon gesagt haben, dass ihre Chancen mit der Herkunft nicht gut stehen würden.“ (Interview4-w-27, Absatz 64 - 66)

Rassismusformen — Vorverurteilungen / Stereotype — Antimuslimischer Rassismus — Kopftuch im Rettungsdienst

Alle Aussagen, in denen es um das negative Äußern in Bezug auf das Tragen von Kopftüchern geht.

Es wird laut zwei Befragungspersonen berichtet, dass die Eignung für einen Beruf im Gesundheitswesen auf Grund des Tragens einer Hijab von Kolleg:innen in Frage gestellt wurde. Eine Erzählung geht so weit, dass sich die Mitarbeitenden der Rettungswache noch vor Vertragsbeginn bei den zuständigen Stellen erkundigt haben, ob sie mit Kopftuch überhaupt im Rettungsdienst arbeiten könne. Später wurde die Kollegin direkt gefragt ob sie auf Grund ihres Glaubens für den Beruf geeignet sei.

„Einiges lebt im Arbeitsumfeld Rettungsdienst anders auf. Da der Umschwung aus meiner Perspektive hier deutlich bemerkbar ist, was den kulturellen Background angeht oder auch zum Teil das Auftreten der Persönlichkeiten. Klassisch wirklich, diese Kopftuchdebatte, wie sie an den Unis und Schulen stattgefunden hat, dass ja auch immer mehr ärztliches und nicht ärztliches Personal mit Kopftüchern beispielsweise zu sehen ist, was sicherlich für kurzzeitigen Aufruhr oder zu einer kurzzeitigen Besprechung des aufregenden Themas geführt hat, aber auch genauso schnell wieder abgeebbt ist in meiner Wahrnehmung.“ (Interview1-m-28, Absatz 33)

„Und bevor ich sie das erste Mal gesehen habe, glaube ich, schon so viel über sie gehört habe, wie über/ oder so viel über sie spekuliert wurde wie über die letzten zehn Leute davor nicht, die eingestellt wurden. Und ohne, dass wir sie kannten, ohne, dass Hintergründe zu ihr oder zu ihren Entscheidungen bekannt waren, wurde darüber diskutiert, wie denn der Rettungsdienst überhaupt mit einem Kopftuch vereinbar sei und wie es denn sein könnte, dass sie überhaupt eingestellt wird.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Und es ging quasi so weit, dass bevor sie überhaupt angefangen hat, die Kollegen bei der Arbeitssicherheit und bei den Desinfektoren waren, um ja auf eigene Selbstjustiz nachzuprüfen, ob es denn überhaupt machbar wäre, mit einem Kopftuch Rettungsdienst zu fahren oder auf dem KTW oder auf dem RTW eingesetzt zu werden.“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Es wurde auch sie dann regelmäßig gefragt, wie sie meint, das machen zu zu müssen. Und es ging so weit, dass sich darüber unterhalten wurde, ob (...) Muslima/ Genau weil sich das Kopftuch auf die Frauen bezieht. Ob die Muslima, ob das erlaubt sein sollte, dass die im Rettungsdienst arbeiten?“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

„Aber als die Kollegin dann da war, wurde halt das nicht mehr auf das, also auf den Islam generell, sondern auf das Kopftuch als solches gemünzt, also nicht mehr nur auf die ganze Religion, sondern dann auf speziell die Entscheidung, ein Kopftuch zu tragen. Genau“ (Interview4-w-27, Absatz 62)

Anhang X: Häufigkeitsverteilung aller Codes

Häufigkeit absolut

Jeder Code zählt separat
(Nur Textstellen werden gezählt, die dem gewählten Code zugeordnet wurden.)

	Interview1-m-28	Interview2-m-30	Interview3-m-27	Interview4-w-27	Anzahl Textstellen im Code
Begriffsverständnis	5	5	5	6	21
Rassismusproblem	1	1	1	1	4
Intention	1	-	-	1	2
Diskriminierung	1	1	1	1	4
struktureller Rassismus	1	1	1	1	4
Alltagsrassismus	1	1	1	1	4
Rassismus	1	1	1	1	4
Lösungen	6	1	6	3	16
Rettungsdienstschule	-	-	-	-	-
Lehrpersonal	-	-	1	1	2
Unterricht	-	-	2	2	4
strukturelle Ebene	-	-	-	-	-

Auswahlkriterien von Personal	-	-	2	-	2
Vorbeugung durch Aufklärung	1	1	-	-	2
mehr Diversität	1	-	-	1	2
Schulung / Teamtraining	1	-	1	-	2
Kommunikation/ Aufklärung	3	-	-	-	3
Ressourcen nutzen	1	-	-	-	1
Selbstreflexion	2	-	-	-	2
Ursachen	5	6	5	3	19
persönliche Ansichten	-	-	2	-	2
Gruppendynamik	-	1	1	-	2
Nicht-Sehen von Rassismus	-	3	-	-	3
Mediale Berichterstattung	2	-	1	-	3
Sprachbarriere	2	2	-	-	4
Reproduktion von Stereotypen	1	-	1	-	2
Unwissenheit für Anderes	2	-	1	-	3
keine Reflexion	1	-	1	1	3
Sozialisierung	-	-	3	2	5
strukturelle Probleme	2	3	-	-	5
Rassismusformen	-	-	-	-	-
individueller Rassismus	-	-	-	-	-
Rechtfertigungen	2	1	-	-	3
Kommunikation ÜBER Menschen mit (mutmaßlichem) Migrationshintergrund	1	3	4	2	10

Kommunikation / Umgang MIT Patient:innen	1	-	3	2	6
weniger Toleranz	-	-	1	1	2
keine Wertschätzung	1	-	1	1	3
nichtintentionaler Rassismus	1	4	1	1	7
struktureller Rassismus	-	-	-	3	3
(potenzielle) Patient:innengefährdung	4	2	4	4	14
körperliche Übergriffe	-	-	2	-	2
unbewusst	-	1	-	-	1
Verzögern von medizinischen Maßnahmen	3	1	1	2	7
Nicht ernst nehmen	1	-	3	3	7
Vorverurteilungen / Stereotype	3	3	3	6	15
Nicht-aufgehen von Stereotypen	-	-	2	1	3
Infragestellen der Aufenthaltsberechtigung	-	1	-	-	1
Vorverurteilungen wegen Namen / Aussehen	1	1	3	5	10
Herkunft als Begründung	2	1	-	2	5
"übertriebenes" Verhalten	1	2	1	1	5
Chancenungleichheit	1	-	-	2	3
Antimuslimischer Rassismus	3	-	-	6	9
Kopftuch im Rettungsdienst	1	-	-	4	5

Anzahl Textstellen im Text	67	47	66	71	251