



MASTER THESIS | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Türkischsprachige Patient*innen in der psychiatrischen und
psychosozialen Versorgung: Eine Untersuchung zum
Dolmetschbedarf

verfasst von | submitted by
Mag.phil. Ahu Temizsoy

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

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

UA 992 883

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

Dolmetschen für Gerichte und Behörden (MA)

Betreut von | Supervisor:

Dr. Ivana Havelka Bakk. MA

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1 Dolmetschen im Gesundheitsbereich	8
<i>1.1 Dolmetschen für Migrant*innen in der psychosozialen Versorgung</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Dolmetschkompetenzen im gesundheitlichen Bereich</i>	<i>12</i>
<i>1.3 Rolle der Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen und Erwartungen an diese</i>	<i>18</i>
1.3.1 Die Rolle von Kindern als Dolmetschende in der Migrationsgesellschaft	19
1.3.2 Interkulturelle Rolle der Dolmetscher*in	21
1.3.3 Die Dolmetscher*in in der Rolle des*r Unsichtbaren	22
1.3.4 Die Dolmetscher*in in der Multiexpertenrolle	23
1.3.5 Die Dolmetscher*in in der Rolle als Ko-Therapeut*in	24
1.3.6 Zwischenfazit	24
2 Migration: Ein komplexes Phänomen und seine Auswirkungen auf sprachliche Verständigung in der psychosozialen Versorgung.....	26
<i>2.1 Datenlage in Österreich</i>	<i>27</i>
<i>2.2 Bestrebungen zur psychosozialen Versorgung türkischsprachiger Migrant*innen in Österreich</i>	<i>29</i>
<i>2.3 Gesundheit und Migration</i>	<i>31</i>
2.3.1 Auswirkungen der Migration auf Gesundheit.....	32
2.3.2 Inanspruchnahme und Zugangsbarrieren	33
2.3.3 Die Kostenfrage	35
2.3.4 Zwischenfazit	36
3 Bedeutung von Sprache in der gesundheitlichen Versorgung.....	37
<i>3.1 Sprache und Kultur</i>	<i>37</i>
<i>3.2 Missverständnisse und Fehldiagnosen</i>	<i>39</i>
3.2.1 Sprachliche Missverständnisse	40
3.2.2 Kulturelle Missverständnisse	42
3.2.3 Religiöse Missverständnisse	45
3.2.4 Verstehen von Chiffren und die metaphorische Artikulation von Schmerz	47
<i>3.3 Dolmetschen in der Psychotherapie: Herausforderungen der Triade</i>	<i>49</i>
3.3.1 Zum Einsatz von Dolmetscher*innen in der psychosozialen Versorgung	49
3.3.2 Herausforderungen und Konflikte beim Einsatz von Dolmetscher*innen	51
3.3.3 Professionalisierung und ethische Anforderungen an Dolmetscher*innen	52
3.3.4 Zwischenfazit	57
4 Empirische Studie.....	58
<i>4.1 Dolmetschbedarf türkischsprachiger Migrant*innen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung: Fragestellung und Kontext</i>	<i>58</i>
<i>4.2 Auswahl der Methode</i>	<i>58</i>
<i>4.3 Interviewpartner*innen</i>	<i>59</i>
<i>4.4 Auswertung</i>	<i>60</i>
4.4.1 Migrationserfahrungen.....	61
4.4.2 Bildungs- und Berufsbiografie.....	62
4.4.3 Deutschkenntnisse.....	62
4.4.4 Anamnese und Behandlungsanlass	63
4.4.5 Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem	64
4.4.6 Fehldiagnosen und Fehlversorgung	65
4.4.7 Eigenverantwortung- Umgang mit Medikamenten	67
4.4.8 Zugangsbarrieren	68
4.4.9 Zufriedenheit mit der Behandlung	68
4.4.10 Rolle der Sprache – Einfluss auf die Behandlung	69

4.4.11 Erfahrungen mit Dolmetscher*innen – Wahrnehmung von Professionalität, Nutzen und Herausforderungen.....	70
4.4.12 Vergleich zu bekannten Personen.....	75
4.4.13 Bedarfe an Sprachmittlung: Situationen, in denen Dolmetscher*innen gewünscht wurden	76
5 Diskussion.....	79
6 Schlussbetrachtungen.....	87
Abstract	90
Literaturverzeichnis	91
Abbildungsverzeichnis	110
Anhang A Fragenkatalog.....	111
Anhang B Transkripte	113

Mein Dank gilt von Herzen:

Meiner Betreuerin, Dr. Ivana Havelka, für ihr detailliertes und umfangreiches Feedback, ihre wertvollen Anregungen und ihre klare und hilfreiche Anleitung – insbesondere aber für ihr

Entgegenkommen hinsichtlich der Fristen.

Frau Prof. Mira Kadric danke ich dafür, dass sie die Bedeutung der Menschenwürde im Dolmetschkontext immer wieder betont hat – ein Gedanke, der mich durch das Studium getragen und schließlich zum Abschluss dieser Arbeit geführt hat.

Meinen Eltern danke ich von Herzen für ihre bedingungslose Unterstützung in jeder Hinsicht.

Tuba, Ali und Alptug - ich danke dafür, dass es euch gibt.

Mein besonderer Dank gilt Emel, Elpis und Binnaz für ihre Freundschaft.

Und ganz besonders danke ich meinen Kindern, Edip Rauf Theodor und Ophelia Melike, die während der Entstehung dieser Arbeit so viel Geduld bewiesen haben.

Einleitung

*"Die wahre Heimat ist eigentlich die Sprache."
(Wilhelm von Humboldt)*

Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung beträgt in Österreich gegenwärtig 27,2 Prozent. Zur Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund zählen jene, die entweder selbst oder deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden (Statistik Austria 2024). Die Gesellschaft in Österreich ist keineswegs homogen. Die Gastarbeiteraufnahme in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die Öffnung der Grenzen im europäischen Raum und schließlich die Flüchtlingspolitik haben zu einem wesentlichen Wandel der Gesellschaft beigetragen. Die Gesellschaft ist kulturell, ethnisch und religiös mannigfaltig.

Der Integrationsfonds und Statistik Austria führen aktuelle Zahlen zu Türk*innen mit türkischer Staatsbürgerschaft; 124.100 sind es im Jahr 2024 gewesen. Weitere Zahlen betreffen die Einbürgerungen pro Jahr, aber die Zahl, wie viele Türkeistämmige insgesamt aktuell in Österreich leben, ist lediglich eine Schätzzahl. Neue Studien, die die Sprachkenntnisse der gesamten türkischen Bevölkerung in Österreich abdecken, stehen bislang aus. Die letzten verfügbaren Angaben bezüglich deren Sprachkenntnisse führt der Österreichische Integrationsfonds (Potkanski 2010: 3) an: 53 Prozent der türkischen Zuwanderer besitzen eigener Einschätzung zufolge muttersprachliche oder sehr gute Deutschkenntnisse (24%) und zehn Prozent eher schlechte bzw. gar keine (1%). Die übrigen 22 Prozent liegen irgendwo dazwischen. Diese Zahlen verdeutlichen nicht nur die sprachliche Diversität unter den türkischstämmigen Zuwanderern, sondern weisen auch auf potenzielle Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung dieser heterogenen Gruppe hin. Sie werfen zudem Fragen hinsichtlich der psychosozialen Versorgung dieser Gruppe hierzulande auf.

Österreich hat eine lange Tradition in der Ausbildung, Entwicklung und Anwendung der Psychotherapie und Psychologie (vgl. Pawlowsky 2004: 167 ff.). Vor allem Wien verfügt über eine hohe Anzahl an Psychotherapeut*innen (Psychotherapeuten o.J.). Betrachtet man allerdings die psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung von Migrant*innen, so ist festzustellen, dass das Angebot äußerst reduziert ist und keineswegs die Bedürfnisse der doch beträchtlichen Migrant*innenzahl, welche laut Statistik Austria im Jahr 2023 bei 2,45 Millionen (27,2%) lag, deckt. Ein Vergleich der beiden Bundesländer mit dem höchsten Anteil türkischsprachiger Bevölkerung verdeutlicht dies: In Wien sind 5.180 Psychotherapeut*innen registriert, darunter 52, die Türkisch als Fremdsprache angeben. In Vorarlberg gibt es 220

Psychotherapeut*innen, von denen sechs Türkisch als Fremdsprache anbieten; von diesen sechs handelt es sich bei vier um Beratungsstellen des Instituts für Sozialdienste (ifs) (Psychptherapeuten o.J.). Während Deutschland seit über dreißig Jahren sich wissenschaftlich sowie praktisch intensiv mit der psychosozialen Betreuung von Migrant*innen beschäftigt, sind derartige Bestrebungen in Österreich nur sehr unzureichend zu verzeichnen.

Hinsichtlich der psychosozialen Versorgung türkischsprachiger Migrant*innen scheint das Angebot in Österreich nicht sehr flächendeckend zu sein (vgl. Psychptherapeuten o.J.). Während sich die Beratung eher auf den sozialen und bildungspolitischen Bereich konzentriert, sind Zugänge zur seelischen Behandlung und Heilung eher beschränkt. Bei den vorhandenen Einrichtungen handelt es sich meistens um Frauenberatungszentren oder um Flüchtlingshilfe. Bzgl. der psychosozialen Situation von Migrant*innen der ersten und zweiten Generation weist das österreichische Gesundheitssystem Defizite auf, insbesondere deshalb, weil sprachliche und kulturelle Barrieren den Zugang zur Behandlung (vgl. Kahraman 2008: 218; Wolf & Özkan 2012: 326; David et al. 2021: 53) und ebenso den Therapieerfolg (vgl. Schouler-Ocak & Aichberger 2017: 277) beeinflussen können. Im psychotherapeutischen Setting findet Wissensaustausch statt; gleichzeitig versuchen Therapeut*in und Klient*in gemeinsam, eine (Bewältigungs-) Strategie zu entwickeln (Dabic 2021: 60). Beides erfordert sprachliche Vermittlung und Kulturkenntnis. Um Fehldiagnosen, Fehlmedikation und Fehlbehandlung zu vermeiden, ist die Verfügbarkeit von Dolmetschdiensten in diesem Kontext fast ein ethischer Imperativ (Leanza et al. 2014: 91).

Daher lautet die konkrete Forschungsfrage: "Welche spezifischen dolmetschbezogenen Bedürfnisse haben türkischsprachige Patient*innen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, und was steht ihnen zur Verfügung?" Die Beantwortung des ersten Teils der Frage, der die Bedürfnisse der Patient*innen betrifft, stützt sich auf die Ergebnisse qualitativer Interviews, während der zweite Teil anhand der Auswertung von Sekundärliteratur beantwortet wird (vgl. dazu insbesondere Bahadir 2010; Pinzker 2017; Dabic 2021; Pöllabauer & Kadric 2021 u.a.).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Situation türkischsprachiger Patient*innen/Klient*innen im Hinblick auf den Dolmetschbedarf in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zu untersuchen. Dabei werden die Herausforderungen des Einsatzes von Dolmetscher*innen beleuchtet. Das erste Kapitel befasst sich mit dem Dolmetschen im Gesundheitsbereich und behandelt Themen wie Dolmetschkompetenzen, Probleme beim Einsatz von Laien- und professionellen Dolmetscher*innen, die Rolle der

Dolmetscher*innen und die Erwartungen an sie. Im zweiten Kapitel wird der Einfluss der Migration auf die Gesundheit und damit, welche Faktoren sich überhaupt in welcher Form und in welchem Ausmaß auf die psychische Gesundheit auswirken, behandelt. Das dritte Kapitel behandelt die Begriffe Sprache und Kultur im gesundheitlichen Setting sowie das Dolmetschen im psychotherapeutischen Kontext. Das vierte Kapitel schließlich beinhaltet die Auswahl und Begründung der angewandten Methode, die Darstellung der Interviewpartner*innen sowie die Beschreibung des Vorgehens bei der Auswertung der erhobenen Daten. Im Schlusskapitel der Arbeit werden die zentralen Argumente und Erkenntnisse aus den vorhergehenden Kapiteln zusammengefasst und in den Kontext der Ergebnisse der empirischen Studie gesetzt. Dabei wird aufgezeigt, wie diese Erkenntnisse den Bedarf einer interkulturellen Öffnung untermauern. Zudem werden Lösungsansätze aus der Literatur in Verbindung mit den Studienergebnissen reflektiert.

Diese Arbeit beleuchtet das gegenständliche Thema aus dem Blickfeld der Dolmetschwissenschaft. Berücksichtigt wird dabei die Interdisziplinarität dieses Feldes, welche Elemente aus der Medizin, Psychologie und Soziologie enthält.

1 Dolmetschen im Gesundheitsbereich

Das Dolmetschen im Gesundheitswesen ist in unserer heutigen multikulturellen Gesellschaft von großer Bedeutung. Bereits in der Antike halfen Dolmetscher*innen dabei, Kommunikationsbarrieren zwischen verschiedenen Kulturen und Sprachen zu überwinden. Heute spielt das Dolmetschen im Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle, indem es die Verständigung zwischen medizinischem Personal und Patient*innen mit unterschiedlichen sprachlichen Hintergründen ermöglicht. Es gewährleistet, dass Patient*innen die notwendige medizinische Versorgung und Informationen erhalten, und trägt dazu bei, Missverständnisse und Fehlbehandlungen zu vermeiden. Professionelle Dolmetscher*innen sind geschult, um medizinische Fachterminologie korrekt zu übertragen und kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen, was zu einer besseren Patient*innenversorgung und einem höheren Vertrauen zwischen Patient*innen und medizinischem Personal führt (vgl. Pöchhacker 2000: 13; Hsieh 2016: 10f.; Kliche et al. 2018: 205; Führer & Brzoska 2022: 474).

Angesichts der Bedeutung des Dolmetschens im Gesundheitswesen ist die Definition des Begriffs *Dolmetschen* zugrunde zu legen. Das Dolmetschen in allen Formen ist eine besondere Kommunikationsform, weil es aufgrund der triadischen Konstellation nicht nur kognitiv anspruchsvoll ist, sondern auch mit Verantwortung einhergeht.

Kade betont die Einmaligkeit und die Unwiederholbarkeit des Dolmetschprozesses. Dies ist insbesondere im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung, da dort häufig in Echtzeit und teilweise unter Druck gedolmetscht wird, wobei die Genauigkeit und die Schnelligkeit der Übertragung wichtige Informationen betrifft (Tipton & Furmanek 2016: 123).

Unter Dolmetschen verstehen wir die Translation eines einmalig (in der Regel mündlich) dargebotenen Textes der Ausgangssprache in einen wegen Zeitmangels kaum kontrollierbaren und nur begrenzt korrigierbaren Text der Zielsprache. (Kade 1968: 35)

Ein zentraler Aspekt von Kades Definition ist die Hervorhebung der begrenzten Kontrollierbarkeit des Zieltextes. Im Kontext des Gesundheitswesens ist dies besonders relevant, da Entscheidungen oft sofort getroffen werden müssen und keine Zeit für nachträgliche Korrekturen bleibt. Schließlich impliziert Kades Definition auch das "Vom-Blatt-Dolmetschen". Diese Form des Dolmetschens ist auch im Gesundheitswesen bedeutsam, da Dolmetscher*innen oft auch schriftliche Dokumente, wie medizinische Befunde oder Einverständniserklärungen, unmittelbar übertragen müssen. Diese Flexibilität und Vielseitigkeit, die in Kades Definition zum Ausdruck kommt, macht sie besonders geeignet,

um die vielfältigen und komplexen Anforderungen zu beschreiben, die Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen bewältigen müssen.

Das Community Interpreting (vgl. Pöchhacker 2022: 15) bildet einen übergeordneten Rahmen für das Dolmetschen im Gesundheitswesen (vgl. Mikkelsen 1999; Gavioli & Merlini 2023: 192). Eine Definition dafür wurde 1995 bei der 1. Internationalen Konferenz zum Thema “Interpreters in the Community” in Toronto/Canada (Carr et al. 1997) formuliert:

Community interpreting enables people who are not fluent speakers of the official language(s) of the country to communicate with the providers of public services so as to facilitate full and equal access to legal, health, education, government, and social services.

Im deutschsprachigen Raum ist der Begriff Kommunaldolmetschen (vgl. Pöchhacker 2000) verbreitet, der jedoch nicht vollständig mit dem weiter gefassten englischen Begriff Community Interpreting übereinstimmt. In translationswissenschaftlichen Nachschlagewerken werden zudem Subtypen wie das Krankhausdolmetschen, Gerichtsdolmetschen, Behördendolmetschen und soziales Dolmetschen aufgezählt (vgl. Millán & Bartrina 2013; Tipton & Furmanek 2016; Baker 2018; Pöchhacker 2022; Gavioli & Wandesjö 2023). Während in einigen Dolmetschsettings eine genaue Übertragung des Wortlautes und Unparteilichkeit erwartet wird, wird im Bereich des Community Interpreting eine „Hilfestellung bzw. Intervention in einer Fürsprecherrolle“ erwartet (vgl. Pöchhacker 2000: 65; Aguirre 2019: 64; Valero-Garcés 2023: 23). Kalina spricht „vom Dolmetschen in Situationen, in denen der Dolmetscher nicht ausschließlich über-, sondern auch vermittelt, so z.B. in verschiedenen Arten des community oder liaison interpreting, und solchen Situationen, in denen der mittlerischen Tätigkeit strikte Neutralitätsgrenzen gesetzt sind (Kalina 1995: 233ff).

Im Kommunaldolmetschen übernehmen Dolmetscher*innen kulturelle Brückenfunktion und beseitigen Missverständnisse (vgl. Pöchhacker 2008; Merlini 2009; Runciman 2020; Gavioli & Merlini 2023; Gavioli & Wandesjö 2023): „The Interpreter should not merely act as translator, but as a cultural bridge between therapist and client” (McIvor 1994: 268).

Diese Kulturvermittlerrolle ging in Berufskodizes für Dolmetscher*innen im medizinischen Bereich ein (vgl. NCIHC 2004, IMIA 2006, AUSIT 2012).

1.1 Dolmetschen für Migrant*innen in der psychosozialen Versorgung

Seit 2010 wird dem Dolmetschen im österr. Gesundheitsbereich aus translationswissenschaftlicher Perspektive eine größere Aufmerksamkeit zuteil als in den Jahren zuvor. Diese Entwicklung kann unter anderem auf die wegweisende Studie von

Pöchhacker zur Untersuchung an Wiener Spitälern und seine Arbeiten zum Community Interpreting, die das Dolmetschen in Krankenhäusern einschließen, zurückgeführt werden (vgl. Pöchhacker 2000). Dolmetschdienstleistungen in der psychosozialen Versorgung werden demzufolge auch dem Bereich des Community Interpreting zugeordnet, wie Dabic (2021: 51) feststellt. Das Community Interpreting umfasst eine Vielzahl an Zuordnungen und die Terminologie ist nicht immer einheitlich. Zu den häufig genannten Benennungen gehören unter anderem das Liaison Interpreting, bilaterales Dolmetschen, Dialogdolmetschen, kulturelles Dolmetschen, soziales oder intra-soziales Dolmetschen, konsekutives Dolmetschen (Bancroft 2015: 218). Das Public Service Interpreting hingegen ist auf derselben Benennungsebene wie das Community Interpreting einzuordnen (Pöchhacker 2022: 15). Bancroft (2015: 217) beschreibt Community Interpreting als die Praxis, jenen eine Stimme zu geben, die Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen suchen, jedoch die erforderliche Sprache nicht sprechen. Diese Definition unterstreicht die Bedeutung des Dolmetschens für die Integration und Teilhabe nicht-muttersprachlicher Patient*innen, insbesondere in kritischen Bereichen wie der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Ein zentrales Merkmal des Community Interpreting ist seine große Vielfalt und das Fehlen einheitlicher Standards, wie Hale (2007: 27) betont. Diese Heterogenität stellt eine Herausforderung dar, da sie die Konsistenz und Qualität der Dolmetschleistungen beeinträchtigen kann, zumal das Dolmetschen in dem Bereich den Dolmetschenden in äußerst private Angelegenheiten führen kann (Hale 2007: 25). Zudem sind Dolmetscher*innen im Community Interpreting häufig schlecht bezahlt und ihr Beruf wird oft nicht angemessen anerkannt, was zu einer geringen Berufsmotivation und -zufriedenheit führen kann (vgl. Rosenberg et al. 2008: 90ff.). Im Vergleich zum hoch angesehenen Konferenzdolmetschen, das durch klare Standards und hohe Anerkennung gekennzeichnet ist, wird das Kommunaldolmetschen oft als weniger prestigeträchtig angesehen. Ein Vergleich dieser beiden Dolmetschformen ist Gegenstand mehrerer wissenschaftlicher Arbeiten. Auch im Bereich des Community Interpreting liegt bereits eine umfangreiche Forschung vor, die sich mit verschiedenen Aspekten befasst. Rezente Beiträge zur Forschung im Bereich des Community Interpreting behandeln unterschiedliche Themen und Settings, wie unter anderem zur Professionalisierung und Normen und (Gavioli & Wadensjö 2023), der Entwicklung des Community Interpreting im DACH-Raum (Pöllabauer & Kadric 2021), oder globale Entwicklungen (Moratto & Li 2021).

Wesentliche Erkenntnisse zu den Herausforderungen und Bedeutungen von Dolmetschprozessen in der interkulturellen Psychotherapie liefert Kluge (2014). Ein zentraler Punkt der Arbeit ist die Rolle von Sprach- und Kulturmittler*innen im therapeutischen Kontext,

insbesondere bei der Behandlung von Migrant*innen. Kluge (2014: 49) hebt hervor, dass Dolmetschungen im therapeutischen Setting weit über das reine Übertragen von Wörtern hinausgehen. Sprach- und Kulturmittler*innen müssen nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Unterschiede berücksichtigen, um Missverständnisse und Fehlinterpretationen zu vermeiden. Dies erfordert ein tiefes Verständnis der kulturellen Kontexte sowohl der Patient*innen als auch des Therapeut*innen. Kluge et al. (2012) beschreiben die Rolle der Sprach- und Kulturmittler*innen als Vermittler*innen, die kulturelle und sprachliche Differenzen überbrücken und somit eine erfolgreiche Therapie ermöglichen können (2012: 57-60).

Die SeGeMi Studie (Seelische Gesundheit und Migration 2010) ist ein international angelegtes Forschungsprojekt, das sich der psychosozialen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und zur interkulturellen Öffnung des psychosozialen Versorgungssystems widmete. Die Projektstandorte waren Berlin, Hamburg und Istanbul. Ergebnisse der Studie belegen, dass Sprachbarrieren, mangelndes kulturelles Verständnis und Diskriminierung Hindernisse in der Inanspruchnahme von psychischen Gesundheitsdiensten darstellen (vgl. Penka et al. 2012: 1170, 1173).

Nichtsdestotrotz sind es hauptsächlich medizinische und soziologische Arbeiten (vgl. Graef-Calliess et al. 2017; Machleidt 2018; Klosinski et al. 2022 u.a), die sich mit dem Thema Migrant*innengesundheit und deren Versorgung beschäftigen. Bahadir (2010) begründet diesen Umstand damit, dass Migrant*innen über Jahrzehnte hinweg als Ausländer stigmatisiert waren, nie tatsächlich ein „ernsthaftes Information-und Beratungsnetz“ für sie aufgebaut wurde und „Verständigungsprobleme des Ausländers eben Probleme des Ausländers“ seien (2010: 31). Sie bemängelt außerdem, dass der universitären Ausbildung dieses Gebiet kaum bekannt ist und Laiendolmetscher*innen im deutschsprachigen Raum deshalb freie Hand haben.

Bermejo et al. (2012) untersuchten in ihrer Studie die subjektiv erlebten Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen in Deutschland. Auch diese Untersuchung zeigt, dass sprachliche Barrieren für türkische Migrant*innen ein erhebliches Hindernis darstellen. Ein Großteil der türkischen Befragten gab an, dass unzureichende Deutschkenntnisse die Nutzung von Gesundheitsdiensten erschweren. Zusätzlich wurde betont, dass Fachkräfte oft zu wenig über die türkische Kultur wissen, was zu Missverständnissen und mangelndem Vertrauen in die Gesundheitsversorgung führt.

Brisset et al. (2013) evaluieren in ihrer Metastudie die Zusammenarbeit und den Einsatz von Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen. Mithilfe einer systematischen Literaturrecherche und einer meta-ethnographischen Analyse wurden drei zentrale Themen identifiziert: die vielfältigen Rollen von Dolmetscher*innen; Schwierigkeiten, die sich aus Fragen von Vertrauen, Kontrolle und Macht ergeben; und die Bedeutung nicht-wörtlicher Dolmetschungen und Übersetzungen für effektive Kommunikation. Als Ergebnis führen sie an, dass die institutionelle Anerkennung des Dolmetschberufs notwendig ist. Zudem sei die komplexe Natur der interpretierten Interaktionen in der Forschung und Praxis stärker zu berücksichtigen.

Die Studie von Sleptsova et al. (2014) untersucht mittels systematischer Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken die Rolle von professionellen Gesundheitsdolmetscher*innen in klinischen Situationen. Von insgesamt 1121 Artikeln wurden 34 relevante ausgewählt und analysiert. Die Studie ergab, dass es hinsichtlich der Rolle von Dolmetscher*innen in medizinischen Konsultationen keine einheitlichen Standards gibt, weshalb es wichtig sei, vor jeder Konsultation klare Regeln und Vereinbarungen über die Funktion und Aufgaben der Dolmetscher*in festzulegen.

In einer weiteren Studien untersuchen Sleptsova et al. (2015) die Selbstdefinition und tatsächliche Rolle von Dolmetscher*innen in medizinischen Konsultationen. Durch den Einsatz von qualitativen Videoanalysen und quantitativen Fragebögen ergab die Studie, dass eine Diskrepanz zwischen dem selbst definierten Rollenverständnis und dem tatsächlichen Verhalten von Dolmetscher*innen in der Praxis besteht.

Dabic (2021) untersucht die Zusammenhänge zwischen Sprache, Kultur, Interkulturalität und Trauma. Sie betrachtet dabei die Perspektiven von Klient*innen, Dolmetscher*innen und Therapeut*innen und verwendet in diesem Kontext qualitative Leitfadeninterviews als Forschungsmethode.

1.2 Dolmetschkompetenzen im gesundheitlichen Bereich

Obwohl das Kompetenzanforderungsmodell von Pöchlhammer (2000) mittlerweile als veraltet betrachtet werden kann, veranschaulicht es dennoch auf prägnante und nachvollziehbare Weise die grundlegenden Kompetenzen, die für den Beruf der Dolmetschenden von zentraler Bedeutung sind. Insbesondere die Konzepte der Sprach- und Kulturkompetenz, die in die translatorische Kompetenz übergehen, sowie das entworfene Rollenbewusstsein und die

ethischen Überlegungen sind nach wie vor relevant für das Verständnis der Anforderungen im Dolmetschberuf (vgl. Pöchhacker 2000: 45).

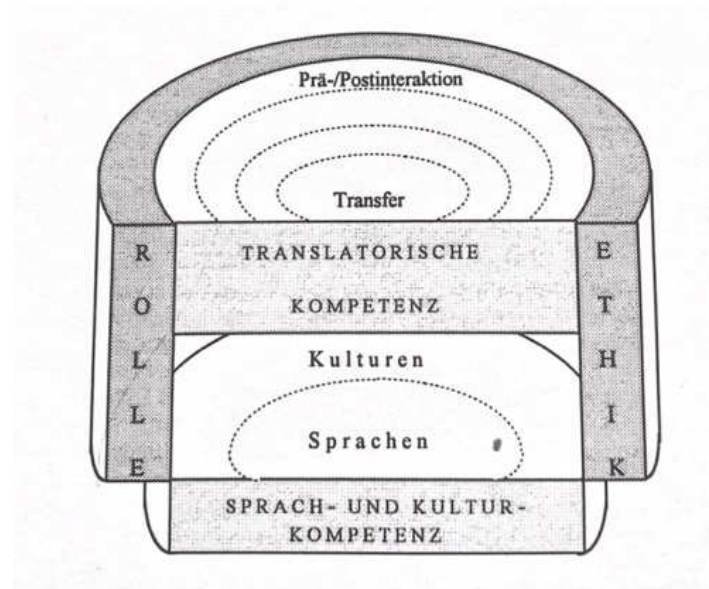


Abb.1: Kompetenzanforderungsmodell nach Pöchhacker (2000: 45)

Seit wann das Dolmetschen als berufliche Tätigkeit gilt, ist nicht ganz klar abzugrenzen und hängt von verschiedenen Faktoren wie Ausbildung, Berufsbild, Berufsethik, etc. ab. Grundsätzlich lassen sich Dolmetschkompetenzen in drei Hauptbereiche unterteilen: Kernkompetenzen (core competencies), entwicklungsspezifische Kompetenzen (developmental competencies) sowie bereichsspezifische Kompetenzen (domain-specific) (vgl. Tipton & Furmanek, 2016: 8f). Die ISO 13611:2024 (*Interpreting services — Community interpreting — Requirements and recommendations*) unterteilt die Kernkompetenzen in sprachliche (linguistische) Kompetenzen, Dolmetschkompetenzen, Informationsbeschaffungskompetenzen, interpersonelle und interkulturelle sowie technische Kompetenzen.

Zu den linguistischen Kompetenzen zählen insbesondere Kenntnisse der Grammatik, Lexik und Syntax sowie die Vertrautheit mit Sprachregistern (vgl. Angelelli 2008: 148), Redewendungen und spezifischen Ausdrücken in den Arbeitssprachen. Ergänzend gehört auch das Verständnis der kulturellen Kontexte dazu.

Dolmetschkompetenzen umfassen das Wissen über verschiedene Dolmetschmodi, den Einsatz von Notizentechniken sowie die Fähigkeit zur effizienten Informationsbeschaffung und -organisation.

Im Bereich der interkulturellen und interpersonellen Kompetenzen sind unter anderem die Kenntnis beruflicher Kodizes, das Bewusstsein für Machtasymmetrien und soziale Benachteiligungen sowie die Fähigkeit zum Vertrauensaufbau zu verorten.

Technische Kompetenzen beinhalten grundlegende Fertigkeiten wie das Aufzeichnen von Dolmetschleistungen, das Erstellen und Pflegen von Glossaren sowie die Nutzung moderner Technologien, einschließlich sozialer Medien.

Entwicklungsspezifische Kompetenzen betreffen hingegen Aspekte wie lebenslanges Lernen, die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (vgl. Abril 2006: 667) und die Wahrung sowie Förderung beruflicher Werte (Tipton & Furmanek 2016: 8f.).

Nicht zuletzt sind bereichsspezifische Kompetenzen hervorzuheben, die spezifische Anforderungen an das Dolmetschen in Kontexten wie Gerichten, Behörden oder dem Gesundheitswesen und anderem abdecken.

Im Gesundheitswesen gelten besondere Anforderungen, die in der DIN ISO 21998: 2020 (*Interpreting services — Healthcare interpreting — Requirements and recommendations*) präzise formuliert sind. Die in dieser Norm enthaltenen Empfehlungen richten sich an alle Akteure des Gesundheitssektors. Teilweise überschneiden sie sich mit den in der ISO 13611:2024 definierten Kompetenzen.

Im Kontext des Gesundheitsdolmetschens werden unter anderem folgende Kompetenzen als wesentlich angeführt: patientensicherheitsbezogene Kompetenz, sprachliche Kompetenz, interkulturelle Kompetenz, zwischenmenschliche Kompetenz, technische Kompetenz, Recherchekompetenz, Kompetenz im Umgang mit gesundheitsbezogenem Fachvokabular, Kompetenz im Umgang mit Wissensdefiziten im Gesundheitswesen, Kommunikationskompetenz, dolmetschspezifische Kompetenz, unternehmerische Kompetenz.

Hinsichtlich der patientensicherheitsbezogenen Kompetenz wird konkret hervorgehoben, dass „Dolmetscher im Gesundheitswesen über das notwendige Fachwissen zur Patientensicherheit verfügen müssen“. Dies ist unabdingbar, „um im Rahmen der Erbringung

medizinischer Versorgungsleistungen eine sichere Kommunikation zwischen Personen zu gewährleisten, die nicht dieselbe Sprache sprechen“ (DIN ISO 21998: 13).

Zusätzlich werden in der Literatur weitere zentrale Fähigkeiten hervorgehoben, darunter rhetorische Fertigkeiten, Gedächtnisleistung, Allgemeinwissen und Stressresistenz (vgl. Abril 2006: 666ff.; Tipton & Furmanek 2016: 151).

Umfangreich und detailliert hinsichtlich der Anforderungen an die Dolmetscher*innen ist das „prozess- und erfahrungsbasierte Modell der Dolmetschkompetenz“ von Albl-Mikasa (2012), welches ausgehend von Kalinas Beschreibungen zum Dolmetschprozess erweitert wird.

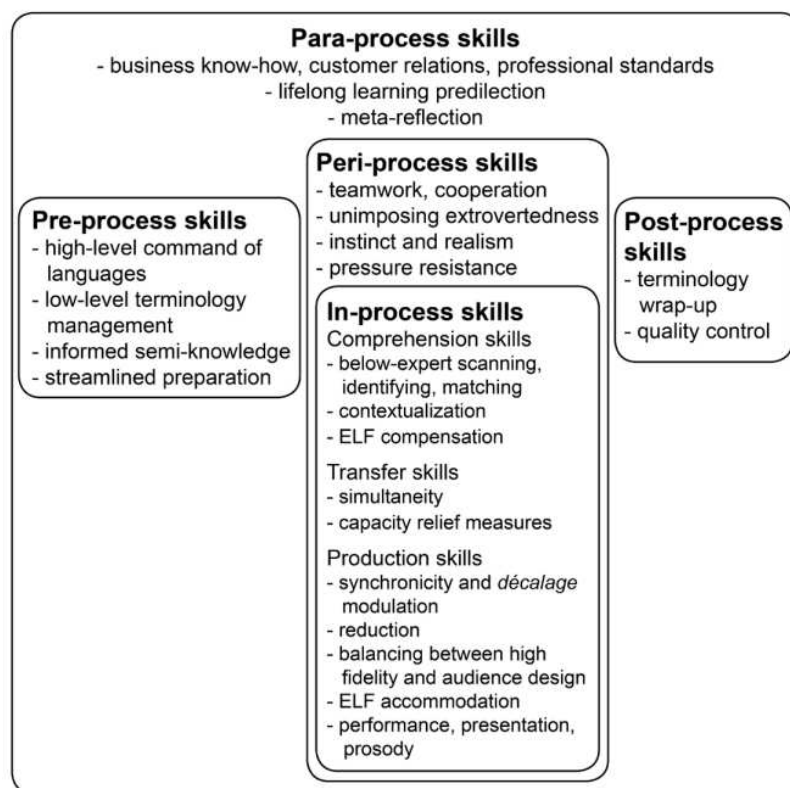


Abb.2: Prozess- und erfahrungsbasiertes Modell der Dolmetschkompetenz nach Albl-Mikasa (2012: 63)

Die Grafik veranschaulicht die multidimensionale Komplexität des Dolmetschprozesses, welche verschiedene - großteils oben bereits angeführte - Kompetenzen erfordert, darunter Sprach-, Kultur- und Translationswissen, lebenslanges Lernen, Business Knowhow und Metareflexion in der Para-Prozess-Dimension.

Im Bereich des Gesundheitswesens bleibt die Tätigkeit von ad hoc-Dolmetschenden und Laiendolmetschenden nach wie vor weit verbreitet (vgl. Angelelli, 2014: 574). Das Gesundheitswesen zeichnet sich zudem durch die größte Vielfalt an Settings aus (Tipton &

Furmanek 2016: 114).

Eine detaillierte Auflistung der Dolmetschkompetenzen im Gesundheitswesen wurde von Refki et al. (2013: 81f.) vorgenommen. Sie unterteilen die Kernkompetenzen in fünf Bereiche:

- The Context of Healthcare Interpreting, General, Regulatory and Legal Requirements
- The Healthcare Interpreting Profession
- Medical Terminology & Understanding the Human Body sowie
- Culture
- Language

Ergänzend dazu spezifizieren Refki et al. (2013) die Kompetenzbasis und professionelle Standards für Dolmetschende im Gesundheitssektor.

Die Rollen und Anforderungen an Kommunaldolmetscher*innen, insbesondere im medizinischen Einsatz sind nicht klar definiert und weitläufig. Die Literatur zeigt, dass diese über die reine Sprachmittlung hinausgehen. Seit den 1980er Jahren beschäftigt sich eine Vielzahl an Studien mit dem Rollenverständnis der Dolmetscher*in und ihren Aufgaben. Zu den häufig genannten Funktionen zählen unter anderem insbesondere die der kulturellen Mediator*in, der Verhandler*in (Angelelli 2004: 13; Tipton & Furmanek 2016: 129), die der Fürsprecher*in sowie der Sprachspezialist*in (Hsieh 2008: 1367ff.). Im besagten Feld werden darüber hinaus insbesondere die Aufgaben des wortwörtlichen Dolmetschens, der interkulturellen Erklärungen, dem Aufbau von Beziehung zwischen Patient*in und Leistungserbringer*in sowie die Begleitung von Migrant*innen übernommen (vgl. Bischoff 2006: 180).

Tipton und Furmanek (2016: 131) weisen einerseits darauf hin, dass das Fehlen internationaler Standards es schwierig macht, allgemeingültige Regeln und Anforderungen für das Dolmetschen im Gesundheitswesen zu definieren. Andererseits betonen sie, dass einheitliche Regelungen aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in verschiedenen Ländern nicht vollständig umsetzbar sind. Dennoch können internationale ISO-Standards (vgl. ISO 21998:2020 Interpreting services -Healthcare interpreting- Requirements and recommendations) als Grundlage dienen.

Neben den erforderlichen Kompetenzen ist die Verschwiegenheitspflicht eine zentrale ethische Verpflichtung für Dolmetscher*innen– unabhängig von ihrem Einsatzbereich – und findet sich in nahezu allen Berufskodizes: Sie ist u.a. verankert in Artikel 6 der Berufs- und Ehrenordnung des ÖGSDV (2025), in Artikel 2 des Ehrenkodexes des Internationalen

Verbands der Konferenzdolmetscher (AIIC 2023) und in Artikel 14 der Berufs- und Ehrenordnung des Universitäts (2017). Die Wahrung der Verschwiegenheit ist im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich von besonderer Bedeutung.

Sowohl das Kompetenzanforderungsmodell als auch das Prozess- und erfahrungsbasierte Modell haben ihre Grundlage im professionell etablierten Konferenzdolmetschen.

Trotz bestehender Herausforderungen hat sich das Kommunaldolmetschen in den vergangenen Jahren in Richtung einer höheren Professionalisierung entwickelt. Die Gründung des Ausschusses für Community Interpreting (AfCI) im Jahr 2013 und die Bemühungen der Universität Austria - Berufsverband für Dolmetschen und Übersetzen - zur Verbesserung der berufsrechtlichen Stellung verdeutlichen das Bestreben, das Kommunaldolmetschen in Österreich zu professionalisieren (vgl. Universität Austria 2024). Einen systematischen und objektiven Überblick über den Grad der Professionalisierung des Dialogdolmetschens in Österreich bietet die *Plattform Dialogdolmetschen* - ein Zusammenschluss universitärer und außeruniversitärer Einrichtungen (vgl. Pöllabauer et al. 2024). Die Plattform verfolgt das Ziel, Qualifizierungs- und Zertifizierungsmaßnahmen umzusetzen, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren (Plattform Dialogdolmetschen 2024).

In ihrem Bestreben um die Professionalisierung des Berufsprofils „Kommunaldolmetscher*in“ erachten Bahadır und Dizdar (2000) den Begriff des Fachdolmetschers als besonders geeignet, da dieser einerseits eine differenzierte Betrachtung der Dolmetschtätigkeiten ermöglicht und andererseits den Dolmetschmodus nicht einschränkt. Hinsichtlich des Berufsprofils Fachdolmetscher*in schreiben Dizdar und Bahadır:

[...] Dabei sollten alle Fachdolmetscher [sic] im Rahmen ihrer Ausbildung mit den notwendigen Komponenten der allgemeinen translatorischen Kompetenz ausgerüstet werden. Voraussetzung für alle sind Kulturkompetenz, Kommunikationskompetenz auf interkultureller und interpersoneller Ebene, Dolmetschtechniken, Strategien im Umgang mit Belastungssituationen etc. Zudem müssen sie alle Fachkompetenz aufweisen, wobei das Spezialisierungsgebiet als unterscheidendes Kriterium betrachtet werden kann. Somit entstehen innerhalb des Berufsprofils Spezialisierungen wie z. B. Fachdolmetscher im medizinischen Bereich [Fachdolmetscher, med ...]. (Dizdar & Bahadır 2000. In: Bahadır 2010: 57)

Weiters führt Bahadır aus:

Hierbei muss insbesondere hervorgehoben werden, dass interkulturelle Kommunikationskompetenz nicht eine passive ‚angelesene‘ Kulturkompetenz bedeutet, sondern hauptsächlich das Wissen über und das Ausführen-Können von intra- und interkulturellen Kommunikationsstrategien und Interaktionsformen miteinschließt. [...] Kultur

lernen bedeutet in dieser Kultur kommunizieren lernen [...]. Der Fachdolmetscher fungiert als Kommunikationsexperte, wobei kommunizieren beziehungsweise Kommunikation ermöglichen Zusammenarbeit und Verständigung impliziert. (Bahadir 2010: 59)

Bahadir betont, dass das Fachdolmetschen nicht auf eine Personengruppe, in dem Fall auf die Migrant*innen, reduziert wird bzw. werden darf. Aufgrund der Dolmetschtätigkeit von Laien wie Kindern, Verwandten, Freunden, Reinigungspersonal etc. entstand ein Bild von Dolmetschenden, das der Berufsgruppe nicht das verdiente Ansehen zuschreibt (Bahadir 2010: 58). Gleichzeitig ist es das Klientel im Bereich des Kommunaldolmetschen selbst, dessen meist niedriger sozialer Status auf das Ansehen der Kommunaldolmetscher*in übertragen wird (vgl. Hale 2007: 27; Marics & Nuč 2021: 250). Auch Barley schreibt, dass das Community Interpreting keine sehr prestigeträchtige Tätigkeit ist: „Generally community interpreting requires a great number of skills, is grossly underpaid and has low status. It is not glamorous but demanding“ (Barley 2008:149).

Abschließend lässt sich sagen, dass in der medizinischen Dolmetschpraxis von Dolmetscher*innen neben der reinen Dolmetschtätigkeit auch das Klären von Missverständnissen, die Vermittlung von kulturellen Aspekten sowie eine Fürsprecherrolle erwartet wird (vgl. Niska 2002: 134, 138). Angelelli (2007: 66) fügt weitere Kompetenzen wie Multitasking, Urteilsvermögen, den Aufbau von Vertrauen und Taktgefühl hinzu.

Zusammenfassend verdeutlichen sowohl das Kompetenzanforderungsmodell von Pöchlhacker (2000) als auch das prozess- und erfahrungsbasierte Modell von Albl-Mikasa (2012) die Komplexität und die anspruchsvollen Anforderungen an Dolmetscher*innen. Unter anderem dienen diese Modelle als Grundlage für die weitergehende Professionalisierung und das Verständnis der verschiedenen Rollen und Erwartungen, die an Dolmetschende in unterschiedlichen Kontexten gestellt werden.

1.3 Rolle der Dolmetscher*innen im Gesundheitswesen und Erwartungen an diese

Ursprünglich wurde das Dolmetschen im Gesundheitswesen nicht als professionelle Tätigkeit betrachtet. Verschiedene Untersuchungen und Studien haben jedoch gezeigt, dass es sich um ein sehr anspruchsvolles Fachgebiet handelt (vgl. Havelka 2018: 54 ff.).

Die Dolmetscher*innenrolle ist hierbei vielfältig und vielschichtig. Genauso unterschiedlich sind die Erwartungen an sie. Einerseits soll sie sich strikt an die Übermittlung des wörtlichen Inhalts halten, andererseits wird ihr eine Sonderaufgabe übertragen (Marics & Nuč 2021: 251). So soll sie vor, während und nach dem Dolmetscheinsatz den Klient*innen helfen, und zwar in

den verschiedensten Bereichen. Diese Aufgaben reichen teilweise vom Ausfüllen eines Formulars bis hin zur Schlichtung von Konflikten.

1.3.1 Die Rolle von Kindern als Dolmetschende in der Migrationsgesellschaft

Während professionelle Dolmetscher*innen eine Vielzahl von Aufgaben übernehmen und unterschiedliche Erwartungen erfüllen müssen, zeigt sich in der Praxis oft ein paradoxes Bild: Gerade in vulnerablen Gruppen, wie migrantischen Familien, werden diese schwierigen Aufgaben nicht selten von Personen ohne formale Ausbildung übernommen, darunter auch Kindern.

Die Rolle von Kindern als Dolmetschende ist in der Migrationsgesellschaft ein weit verbreitetes Phänomen (vgl. Schmidt-Glenewinkel 2013: 55ff.; Ahamer 2014: 141ff.). In vielen Familien, in denen die Eltern nur wenig oder gar keine Kenntnisse der Sprache des Aufnahmelandes haben, übernehmen Kinder oft die wichtige Aufgabe des Dolmetschens (vgl. Angelelli 2010: 94). Natürliche Dolmetscher*innen sind Personen, die durch ihre Zweisprachigkeit ohne formale Ausbildung als Sprachmittler fungieren. Sie erwerben ihre Sprachkenntnisse auf natürliche Weise, etwa innerhalb der Familie, im Alltag oder durch äußere Umstände (Angelelli 2010: 95ff.). Natürliche Dolmetscher*innen sind nicht nur im familiären Kontext tätig, sondern werden auch in jeglichen anderen öffentlichen, institutionellen, sozialen Einrichtungen und Organisationen, in Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen eingesetzt. Sie zeichnen sich durch Bikulturalität (vgl. Bahadir 2010: 26ff.) und einer fehlenden Dolmetschausbildung aus. Das bedeutet, dass sie alle lediglich basierend auf ihrer Bikulturalität dolmetschen, obwohl sie keine Dolmetschausbildung in irgendeiner Weise genossen haben. Das Problem in diesem Zusammenhang ist jedoch der an eine Dolmetschung gestellte Anspruch: Einerseits wird absolute Vollständigkeit erwartet. Laiendolmetscher*innen hingegen neigen zu Auslassungen, Erweiterungen sowie Kommentaren. Andererseits wird die Vermittlung des Interkulturellen vorausgesetzt, was in einem Dolmetschprozess ganz elementar und auch entscheidend ist. Meistens kommt diese zu kurz oder sie fehlt überhaupt oder, was unter Umständen sogar folgenswerer sein kann, ist, dass sie missverständlich erfolgt (vgl. Bahadir 2010: 16) - obwohl sie sich dem Ganzen eigentlich sehr wohlwollend nähern:

Sie möchten ein positives Resultat erzielen: die Arzt-Patient-Kommunikation ermöglichen und erleichtern, den Patienten glücklich und gesund machen, den Arzt in eine einsichtige und interkulturell versierte Fachkraft verwandeln, die Zugangsbarrieren für Migranten im Gesundheits- und Sozialsystem abschaffen, den Angeklagten vor Gericht eine Stimme geben und so für ihr Recht kämpfen [...]. (Bahadir 2010: 17)

Bahadir nennt Interferenzen als eine weitere Schwierigkeit, die die Dolmetschleistung von bilingualen Personen bzw. Native Translators beeinflusst. Dabei handelt es sich um wechselseitige sprachliche Einflüsse, bei denen eine Sprache die andere beeinflusst. Während sie natürlichen Dolmetschenden als normales Phänomen zugeschrieben werden und kaum von Belangen sind, klassifizieren professionelle Dolmetscher*innen sie als schwerwiegende Fehler, da sie - trotz Vermittlung der essenziellen Botschaft- manchmal doch zu Verständigungsproblemen führen können (vgl. Bahadir 2010: 27).

Es handelt sich hierbei nicht um eine Sprachenhierarchie, wo die Sprache des Aufnahmelandes als überlegen gilt und die Muttersprache von Migrant*innen marginalisiert wird. Vielmehr stehen beide Sprachen in einem Wechselspiel, das nicht nur von individuellen Sprachbiografien, sondern auch von gesellschaftlichen Machtverhältnissen geprägt ist. In vielen Kontexten wird die Sprache des Aufnahmelandes als Voraussetzung für soziale Integration betrachtet, während die Herkunftssprache oft auf den familiären Bereich reduziert bleibt. Dennoch ist Mehrsprachigkeit ein wertvolles Potenzial, das – je nach gesellschaftlicher Anerkennung – sowohl zur Identitätsstärkung als auch zur sprachlichen und kulturellen Vermittlung beitragen kann. Malakoff & Hakuta (1994: 163) plädieren, dass Migrantenkinder durch die Praxis als Native Translator “Stolz auf ihren Bilingualismus“ bilden können und Pöllabauer bekräftigt dies:

Dolmetschen ist für viele dieser Kinder eine völlig natürliche Tätigkeit und Teil ihrer Zweisprachigkeit. Ein positiver Aspekt dieser Dolmetschtätigkeit ist, dass die Kinder oft ein gesteigertes Selbstvertrauen entwickeln und innerhalb der Familie höheres Ansehen und größeren Respekt erfahren. (Pöllabauer 2001: 72)

Nichtsdestotrotz kann laut Bahadir diese Fähigkeit bzw. das Vermögen, sich in zwei Sprachen gut ausdrücken zu können, lediglich die Basis und die Voraussetzung für z.B. die Ausbildung zur professionellen Dolmetscher*in im sozialen und medizinischen Bereich sein (Bahadir 2010: 27). Ganz klar artikuliert sie das Ziel aller Professionalisierungstendenzen, nämlich

[...] die Überwindung von Sprach- und KulturbARRIEREN durch das für die Institution der Mehrheitskultur so bequeme Heranziehen von irgendwelchen Bikulturellen zu dementieren und zu unterbinden. Es soll so weit wie möglich vermieden werden, dass auf dem Glauben an die natürliche Dolmetschdienste von kleinen Kindern, von Putz- und Pflegepersonal, von Verwandten und Bekannten, von Ärzten und anderem (medizinischen) Fachpersonal legitimiert werden. (Bahadir 2010: 30)

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass der Einsatz von Kindern als Dolmetschende im medizinischen Kontext aus ethischer Perspektive auf Kritik stößt (vgl. Orellana 2009: 119ff.; Iqbal & Crafter 2022: 587f.). Beim Dolmetschen erleben Kinder häufig zusätzliche emotionale

Belastungen, die sich später unter anderem auch psychosomatisch äußern können (vgl. Kuljuh 2003: 147). Diese Belastung wird durch die Verantwortung, die sie in solchen Gesprächen tragen, verstärkt (Schmidt-Glenewinkel 2013: 72). Die Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Weisskirch & Alva-Alatorre 2002; Kotterba & Klamann 2009; Martinez et al. 2009; Morales & Aguayo 2010; Buriel et al. 2013; Kam & Lazarevic 2014) und auf die Familiendynamik (vgl. Trommsdorf 2001; Green et al. 2005; Love & Buriel 2007; Rajič 2008) wurden in mehreren Studien und wissenschaftlichen Arbeiten untersucht.

1.3.2 Interkulturelle Rolle der Dolmetscher*in

Göhring (1977: 175) beschreibt die ideale Dolmetscher*in als Kulturexpert*in, die in der Lage ist, in realen Lebenssituationen zwischen verschiedenen Kulturen zu vermitteln. In diesem Kontext schlägt Bahadir vor, Göhrings Konzept der Dolmetscher*in als „Mini-Ethnograf*in“ zu erweitern. Diese Erweiterung erfolgt durch die Integration des Modells der kritischen Ethnograf*in und führt zu einer professionellen Kommunal Dolmetscher*in (engl. Community Interpreter). Das Ziel dieser Synthese besteht darin, über eine rein technische Auffassung der Dolmetschrolle hinauszugehen und die Dolmetscher*in als reflektierte Vermittler*in zwischen Kulturen zu etablieren (Bahadir 2004: 805).

Die Funktion der Dolmetscher*in reicht von der mechanischen Übertragung von Sprache („word switching“) bis hin zur kulturellen Vermittlung („cultural brokerage“). Die Realität ist jedoch von einem Dazwischen beider Ansichten geprägt, da Sprache und Kultur untrennbar miteinander verbunden sind (Pinzker 2018: 97). Hale (2013: 322) betont: „Language and culture are intertwined and accurate interpreting cannot be achieved at the basic word level.“

Trotz dieser Erkenntnis bieten Berufskodizes und Leitlinien nur begrenzt Orientierung, hinsichtlich der Frage, wann und wie Dolmetscher*innen kulturelle Unterschiede thematisieren sollten (Hale 2013: 325). Dies führt häufig zu einer Zurückhaltung, aus Angst, die eigene Rolle zu überschreiten oder Stereotypisierungen vorzunehmen: „Professional interpreters are reluctant to offer such clarifications in fear of generalising, stereotyping or overstepping their role boundary“ (Hale 2013: 322).

Die kulturvermittelnde Rolle der Dolmetscher*in besteht darin, als Vermittler*in nicht nur zwischen zwei Sprachen, sondern auch Kulturen zu fungieren. Traditionen und Bräuche der Herkunftsländer müssen von der Dolmetscher*in im gegebenen Kontext verstanden werden, um diese Informationen anschließend adäquat weiterzugeben. Professionelle Dolmetscher*innen übernehmen also die Kommunikation „zwischen zwei oder mehr Personen

aus zwei oder mehr Kulturen, die sich nicht oder schlecht oder ungern oder nicht direkt verständigen können“ (Bahadir 2010: 74). In der Praxis stehen Dolmetscher*innen jedoch vor Schwierigkeiten, wenn aufgrund von pragmalinguistischen und soziopragmatischen Unterschieden zwischen Kulturen Verständigungsprobleme in der Kommunikation entstehen. Oft bleibt die Unsicherheit, wie in solchen Situationen reagiert werden soll (Hale 2014: 321), ungelöst, da es keine einheitliche Herangehensweise gibt. Soziopragmatische Missverständnisse sind häufig subtiler, da sie auf tief verwurzelten kulturellen Normen, wie z.B. nonverbaler Kommunikation, beruhen (Hale 2014: 324). Dolmetscher*innen tragen die Verantwortung, Missverständnisse zu vermeiden (Pinzker 2018: 97). Um diese zu minimieren, müssen sie pragmalinguistische und soziopragmatische Unterschiede aktiv berücksichtigen, etwa durch Anpassungen in der Höflichkeitsform oder der Gesprächsstruktur: „A good interpreter needs to interpret at the pragmatic level [...] to achieve the same level of politeness“ (Hale 2014: 324). Kulturelle Unterschiede dürfen nicht vereinfacht oder pauschalisiert werden, da Menschen mehreren Subkulturen angehören können (Bondi 2004: 53f.); eine solche Vereinfachung wird als „analytical stereotyping“ bezeichnet (Sarangi 1994: 409). Dabei laufen Forschende und Behandelnde Gefahr, sich unbewusst von Stereotypen leiten zu lassen.

Im medizinischen und therapeutischen Bereich nimmt die Dolmetscher*in die Rolle des „Dazwischen-Sein“ ein. Die triadische Kommunikationssituation setzt sich aus mindestens drei Parteien zusammen: dem/der Arzt/Ärztin-Therapeut*in, dem/der Patient*in/Klient*in und nicht zuletzt der Dolmetscher*in. Alle Parteien sind von einem anderen sozialen und kulturellen Hintergrund geprägt. In der Rolle des „Dazwischen“ agiert die Dolmetscher*in interkulturell und interpersonell (Bahadir 2010: 35f).

1.3.3 Die Dolmetscher*in in der Rolle des*r Unsichtbaren

Der metaphorische Unsichtbarkeitsanspruch ist in der Translationswissenschaft alt, wurde oft diskutiert, untersucht und zugleich hinterfragt (vgl. Laster & Taylor 1994; Morris 1995; Wadensjö 1998; Angelelli 2004; Hale 2007; Pöchhacker 2022). Werden professionelle Dolmetscher*innen beauftragt, hat man es nicht mit Maschinen, die lediglich als Sprachrohr fungieren, sondern mit Menschen zu tun. Personen, die mit Emotionen und Verstand und mehreren Identitäten ausgestattet sind. In der konkreten Dolmetschsituation sind sie daher nicht nur physisch im Hintergrund anwesend, sondern auch psychisch involviert. Abverlangt wird, aufgrund einer nüchternen, weltfremden Herangehensweise an das Rollenverständnis, ihnen oft „Neutralität“, d.h. eine Art Unsichtbarkeit (Angelelli 2004: 7-14; Pöllabauer 2005: 441, 451; Pöchhacker 2022: 174ff.). Vermutlich besteht diesbezüglich die Annahme, dass die

Gesprächsteilnehmer*innen sich auf das Thema einfacher und besser konzentrieren können, da sie von einer dritten Person nicht abgelenkt werden. Diese Art von distanzierter, lediglich auf verbalen Transfer reduzierten Dolmetschung funktioniert laut Bahadir nur in einem routinierten Setting. Sobald allerdings etwas Unerwartetes geschieht, etwas „Unvorhergesehenes, Konfliktreiches, Missverständliches oder Nichtakzeptables“, wird von der Dolmetscher*in eine aktive Anwesenheit erwartet (Bahadir 2007: 75). Der Unsichtbarkeitsanspruch erscheint allein deshalb schon unreal, weil der Mensch nach Watzlawick (2017: 59) „nicht nicht kommunizieren“ kann. Das heißt jegliche nonverbale Kommunikation impliziert teilweise mehr Informationen als das Wort selbst (vgl. Bahadir 2010: 75). Auch die Komponente der Wichtigkeit des Gesprächsinhalts, gerade in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, dass dieser nämlich verstanden wird, lässt die Forderung nach Objektivität in den Hintergrund rücken (vgl. Kalina 2002: 175ff.). Die narrative Übersicht von Sleptsova (2014) zeigt, dass von 34 empirischen Studien lediglich zwei eine rein objektive Rolle der Dolmetscher*in wiedergeben, während die restlichen 32 Studien die Aufgaben der Dolmetscher*in als kulturelle Vermittler*in, Manager*in, Klärer*in, Patientenführsprecher*in oder Mediator*in definieren. Objektivität zu gewährleisten, ist außerdem generell eine Herausforderung. Die Tatsache, dass die Dolmetscher*in von einer Seite/einer Klient*in/einer Auftraggeber*in für ihre Arbeit bezahlt wird, kann sie - auch wenn unbewusst parteiisch stimmen bzw. beeinflussen und die Interessen der Auftraggeber*in eher vertreten. Besonders problematisch ist eine derartige Verzerrung, wenn es um lebenswichtige Angelegenheiten geht (vgl. Knapp & Knapp-Potthoff 1985: 453). In der Analyse des Dolmetschbedarfs türkischsprachiger Patient*innen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zeigt sich, dass Dolmetscher*innen eine integrale Rolle spielen. Ihre Fähigkeit, sowohl sprachliche als auch kulturellen Barrieren zu überbrücken, ist entscheidend für Diagnose, Therapie sowie Wohlbefinden der Patient*innen.

1.3.4 Die Dolmetscher*in in der Multiexpertenrolle

In der Regel müssen sich Dolmetscher*innen in mehreren Bereichen ein Allgemeinwissen und in verschiedenen Fachgebieten tiefgehende Kenntnisse aneignen. So werden bei einem medizinischen Setting medizinische Grundkenntnisse erwartet, in einem psychologischen oder psychotherapeutischen Setting sind Kenntnisse über die Therapie und das Vorgehen wesentlich. Im Allgemeinen sind Arzt/Ärztin-Patient*in-Beziehungen bzw. Behörde-Bürger*in-Dialoge oder kommunale Vertreter*innen von einem unausgewogenen Machtgefüge bestimmt. Ihre Tätigkeit/ ihr Amt verleiht ihnen mehr Macht. Darüber hinaus verfügen sie über elaborierte

Sprachcodes und umfassende Fachkenntnisse (vgl. Marics & Nuč 2021: 250). Die Klient*innen hingegen sprechen überwiegend Sprachen, die in der Sprachenhierarchie weiter unten angesiedelt sind und sind meist gekennzeichnet von einem niedrigen Bildungsstatus. Im Falle der „sprachlosen“ Patient*in mit Migrationshintergrund verstärkt sich dieses Machtungleichgewicht in Richtung einer Ohnmacht und eines Ausgeliefert-Sein. Hier agiert die Dolmetscher*in nicht nur als Kommunikationsexpert*in, sondern nimmt laut Bahadir eine Zwischenposition ein, womit das Gleichgewicht der Kommunikation geregelt wird (Bahadir 2010: 32).

1.3.5 Die Dolmetscher*in in der Rolle als Ko-Therapeut*in

Im Therapieprozess stellt das Dolmetschen eine gewisse Gratwanderung dar. In den Verantwortungsbereich der Dolmetscher*innen fällt die Vermittlung, die Ermöglichung einer Kommunikation. Ohne Erklärungen und geliefertem Material (vgl. Bahadir 2010: 41) ist der Therapeut*in eine Diagnose bzw. Therapie gar nicht bzw. kaum möglich. Dieser Umstand impliziert allerdings nicht, dass der Dolmetscher*in die medizinische Verantwortung generell übertragen werden kann. Daneben zeichnet sich das spezifische Problem in einer triadischen Situation ab, dass nämlich die Dolmetscher*in auf der einen Seite eine Brückenfunktion einnehmen und auf der anderen Seite so weit wie möglich objektiv bleiben soll.

1.3.6 Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Dolmetschen im Gesundheitswesen weit über eine bloße Sprachmittlung hinausgeht. Es ist vielmehr eine hochkomplexe Tätigkeit, die eine Vielzahl an Kompetenzen vereint: von der Beherrschung unterschiedlicher Dolmetschmodi über das Wissen um medizinische Fachterminologie und kulturelle Unterschiede bis hin zur Fähigkeit, in konflikthaften oder emotional belastenden Situationen angemessen zu agieren. Neben den klassischen Anforderungen an Sprache und Kultur stellt gerade der interkulturelle Vermittlungsaspekt ein zentrales Element der professionellen Kommunikation zwischen Ärzt*innen/ Therapeut*innen und Patient*innen/Klient*innen dar.

Insbesondere die Diskussion um Laiendolmetschende verdeutlicht, welchen Risiken alle Beteiligten ausgesetzt sind, wenn adäquate Sprach- und Fachkompetenz fehlt. Dies betrifft zum einen ethische Aspekte – etwa bei Dolmetscheinsätzen von Kindern – und zum anderen die Qualität der Versorgung, wenn etwa Missverständnisse zu Fehldiagnosen oder mangelndem Vertrauen führen. Im Zuge der Professionalisierungsbestrebungen sind in den letzten Jahren

jedoch deutliche Fortschritte erkennbar, etwa durch spezialisierte Aus- und Weiterbildungen oder die Ausarbeitung von Kodizes und ISO-Standards. Gerade für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich zeigt sich, dass Dolmetscher*innen als interkulturelle Brückenbauer*innen auftreten, um Sprach- und Kulturbarrrieren abzubauen sowie ein Vertrauensverhältnis zwischen Fachpersonal und Patient*innen zu fördern. Damit gewinnt das Dolmetschen im Gesundheitswesen weiter an Relevanz und stellt eine essenzielle Voraussetzung für eine qualitätsvolle, faire und an den Bedürfnissen aller Beteiligten orientierte Gesundheitsversorgung dar.

2 Migration: Ein komplexes Phänomen und seine Auswirkungen auf sprachliche Verständigung in der psychosozialen Versorgung

Max Frischs (1965) Zitat “Wir riefen Arbeitskräfte, und es kamen Menschen” zeichnet nicht nur die Unzulänglichkeit deutschsprachiger Einwanderungsländer im Hinblick auf die Herausforderungen, die die Migration seit Ende der 1950er mit sich brachte. Vielmehr verdeutlicht es die Situation, in welcher Migrant*innen sich selbst überlassen wurden: das Sich-Einfügen in eine neue Gesellschaft, in neue Systeme, neue Institutionen, in eine neue Sprache und neue Kultur, neue medizinische Versorgung, aber allen voran der psychosozialen Versorgung, welche gerade in Zusammenhang mit diesem komplexen Gerüst von Bedeutung gewesen wäre (Gün 2018: 221f.).

Ansätze, sich den Schwierigkeiten dieser Menschen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung neugierig und offen zu nähern, gab es, auch wenn nur in sehr bescheidenem Maße.

Wie können wir diese türkischen Patienten behandeln, wenn wir von ihrem Leben nichts wissen, wenn wir nicht ihr Krank-Sein im biographischen und soziokulturellen Zusammenhang begreifen und deuten können, wenn wir die Krankheit und unser therapeutisches Angebot nicht aushandeln können? (Theilen 1985: 293f.)

Diese relativ frühzeitige Warnung zeigt auf, wie wichtig es ist, sich sowohl offen als auch ernsthaft mit den besonderen Bedürfnissen und Erfahrungen von Migrant*innen in der psychosozialen Betreuung auseinanderzusetzen.

In diesem Kontext ist auch ein Zitat von Hannah Arendt (1943, dt. Übersetzung von Eike Geisel 1986) relevant:

Wir haben unsere Sprache verloren und mit ihr die Natürlichkeit unserer Reaktionen, die Einfachheit unserer Gebärden und den ungezwungenen Ausdruck unserer Gefühle. Unsere Identität wechselt so häufig, dass keiner herausfinden kann, wer wir eigentlich sind. [...] und das bedeutet den Zusammenbruch unserer privaten Welt.

Das Zitat veranschaulicht die Auswirkungen von Flucht und Vertreibung auf die Identität von Menschen. Mit dem Verlust der eigenen Sprache gehen häufig Isolation und Einsamkeit einher. Obwohl Arendts Überlegungen sich primär auf Geflüchtete beziehen, sind ihre Einsichten auch für Migrant*innen relevant, die, unabhängig von ihren individuellen Erfahrungen, oft kollektiven Traumata ausgesetzt sind.

Es gibt unzählige Ansichten und Definitionen von Migration, je nachdem, welcher Perspektive oder Disziplin man folgt. Allgemein anerkannt wird, dass Migration nicht nur die physische

Bewegung von Menschen von einem Ort zu einem anderen beinhaltet (International Organization for Migration 2024), sondern auch tiefgreifende Auswirkungen auf die Identität, das Gefühl des Ortes und das Zugehörigkeitsgefühl hat (International Organization for Migration 2010). Diese Bewegungen tragen zur Übertragung von Bräuchen, Glaubensvorstellungen, Lebensweisen sowie Werten und Ideen bei. Solche Transfers können sowohl die kulturelle Identität der Migrant*innen als auch die der Aufnahmegesellschaft in bedeutendem Maße beeinflussen (vgl. Castles et al. 2014: 54ff.; Rapoport et al. 2020: 3-7).

Migrants transform and are transformed by the communities and societies they become a part of, and translation is central to this process. With the aid of different types of translation, strangers to one another's cultures and languages glimpse their differences but also their possible overlapping values and prior experiences. These precarious moments of attempted mutual recognition establish the initial conditions for further contact. (Inghilleri 2017: 4)

Migration und Fluchtbewegungen waren, sind und werden stets aktuell sein. Seit 2003 sieht die EU vor, Schutzbedürftigen- so z.B. traumatisierten Menschen- den Zugang zur Behandlung zu gewährleisten, um chronische psychische und psychosomatische Erkrankungen vorzubeugen. Hierfür sind nicht nur „ein geschützter therapeutischer Raum und eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung, sondern auch das Beiziehen von professionellen Sprach- und Integrationsmittlern“ vorgesehen (Gün 2018: 94). Der Einsatz von professionellen Dolmetscher*innen ist auch ein Anliegen des medizinischen Personals, das bei der Behandlung von Migrant*innen teilweise doch überfordert ist (Brucks & Wahl 2003; Trummer & Novak-Zezula 2017: 19).

Im Folgenden wird die Datenlage zur unter anderem psychosozialen Situation türkischer Migrant*innen dargestellt.

2.1 Datenlage in Österreich

Die Definition von „Migrant*innen“ und „Migrationshintergrund“ in dieser Arbeit orientiert sich an den Vorgaben der UNECE (2012). Migrant*innen umfassen demnach Personen, die im Ausland geboren wurden oder deren Eltern im Ausland geboren wurden, wobei diese Gruppe in erste und zweite Generation unterteilt wird.

Am 1. Januar 2024 belief sich die Gesamtbevölkerungszahl in Österreich auf 9,2 Millionen (ÖIF 2024). 27,2 % der Bevölkerung hatten einen Migrationshintergrund, was rund 2,5 Millionen Menschen entspricht (Statistik Austria, 2023). Etwa 165.300 Personen stammten

aus der Türkei, davon besaßen 124.068 die türkische Staatsbürgerschaft. Das durchschnittliche Nettoeinkommen türkischer Staatsbürger*innen betrug im Jahr 2022 24.496 €, womit sie 83 % des Median-Einkommens erreichten (ÖIF 2024). Zudem hatten nur 6,6 % der türkischen Migrant*innen einen Hochschulabschluss.

Die Transkulturelle Ambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik Wien (Stompe 2010: 155) zeigte auf, dass türkischsprachige Patient*innen mit türkischer Staatsangehörigkeit eine geschlechterspezifische Verteilung bei psychischen Erkrankungen aufweisen: Männer sind seltener betroffen (37,2 %) als Frauen (62,8 %). Dies ist jedoch weniger auf Resilienz zurückzuführen, sondern vielmehr auf kulturelle Einflüsse. Psychische Probleme werden von vielen Männern nicht als Krankheit anerkannt und häufig als Schwäche interpretiert. Außerdem variieren die Deutschkenntnisse der Patient*innen stark: 25,5 % gaben an, sehr gut Deutsch zu sprechen, 21,7 % gut, während 21,9 % über sehr geringe und 34,9 % über keine Deutschkenntnisse verfügten (Stompe 2010: 157).

Psychische Erkrankungen korrelieren häufig mit psychosozialen Problemen (vgl. Wancata 2017). Das bestätigt auch das erhöhte Depressionsrisiko bei türkischen Migrant*innen: 16 % dieser Gruppe zeigten Symptome, wobei Männer stärker betroffen waren als Frauen. Laut der Gesundheitsstudie des ÖIF aus 2019 sind Personen mit türkischem Migrationshintergrund häufiger krank als andere Migrant*innengruppen. 51 % der türkischen Migrant*innen litten an einer chronischen Krankheit, wobei 14 % chronische Kopfschmerzen und 12 % Depressionen angaben (Hofmarcher & Singhuber 2021: 39). Die psychische Gesundheit ist stark beeinträchtigt, und finanzielle Hindernisse erschweren die Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung. 5 % der türkischen Migrant*innen in der Gesundheitsbefragung gaben an, dass sie aufgrund finanzieller Belastungen keine Hilfe bei psychischen Problemen in Anspruch nehmen konnten und lediglich 9 % erhielten in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (Hofmarcher & Singhuber: 2021: 51).

Der ÖIF-Forschungsbericht zu *Migration in Österreich* (Hofmarcher & Singhuber: 2021) zeigt, dass die türkische Migrant*innengruppe im Allgemeinen eine geringe Zufriedenheit mit ihren Lebensbedingungen äußert, insbesondere im Hinblick auf ihre Gesundheit und Lebensqualität (2021: 62). Trotz einer vergleichsweise jungen Altersstruktur zeigen die türkischen Migrant*innen den schlechtesten subjektiven Gesundheitszustand. Lediglich 55 % der Frauen und 58 % der Männer geben an, sich in einem sehr guten gesundheitlichen Zustand zu befinden. Die psychische Gesundheit ist besonders beeinträchtigt: 11 % der Männer und 10 % der Frauen zeigen Symptome einer Depression. Darüber hinaus

besteht ein Problem der vererbten Bildungsarmut in dieser Gruppe, was sich auch in einem erhöhten Arzneimittelkonsum und einer unzureichenden medizinischen Versorgung widerspiegelt (Hofmarcher & Singhuber 2021: 64).

Die Migrant*innen in Österreich stellen eine heterogene Gruppe dar, die hinsichtlich sozioökonomischer Faktoren, Bildungsstatus sowie kulturellen und religiösen Praktiken variiert (2021: 25). Insgesamt weisen jedoch Migrant*innen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Niedriges Einkommen und Bildungsniveau (Anzenberger et al. 2015: 7; Case & Deaton 2017: 397), Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung (Binder-Fritz & Rieder 2014: 1033f.), belastende Wohnbedingungen (Lamei et al. 2019: 56ff.) und Stresssituationen (Kluge et al. 2019: 1103) sowie belastende Berufe und Arbeitsbedingungen tragen zu diesem Befund bei.

2.2 Bestrebungen zur psychosozialen Versorgung türkischsprachiger Migrant*innen in Österreich

Im Folgenden wird eine Übersicht über verschiedene Initiativen, Einrichtungen und Institutionen gegeben, die sich unter anderem mittels Einsatz von Dolmetschdiensten mit der Verbesserung der psychosozialen Versorgung -insbesondere für türkischsprachige Migrant*innen- befassen.

In Österreich gibt es unterschiedliche Bestrebungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Migrant*innen mit psychischen Erkrankungen. Trotz der Gründung von transkulturellen Ambulanzen an mehreren österreichischen Kliniken- wie z.B. der Wiener Universitätsklinik, dem Uniklinikum Salzburg, dem Kepler Universitätsklinikum (bis 2015 Landesnervenklinik Wagner-Jauregg Linz) – sowie den Bemühungen von Non-Profit-Organisationen und Vereinen ist der Bedarf an muttersprachlichen Gesundheitsdienstleistern, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit, weiterhin nicht ausreichend gedeckt (Ganahl et al. 2016:13; Weigl & Gaiswinkler 2019: 29). Ein Grund dafür ist, dass transkulturelle Psychiatrie und interkulturelle Medizin im Allgemeinen nicht im universitären Curriculum verpflichtend vorgesehen sind. Seit Oktober 2014 bietet die Medizinische Universität Wien den kostenpflichtigen postgradualen Universitätslehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversity Care“ an. Spitalsambulanzen bieten Dolmetschdienste, weshalb sie häufiger aufgesucht werden (Anzenberger 2015: 44). An der Medizinischen Universität Wien-Universitätsklinikum AKH können Ärzt*innen bei medizinischem Bedarf externe

Dolmetschleistungen beantragen. Voraussetzung ist das Nichtvorhandensein von internem fremdsprachenkundigem Personal. Die Kosten für diese Dolmetschleistungen werden in solchen Fällen von der Klinik übernommen (MEDUNI Wien 2022).

Das Uniklinikum Salzburg bietet einen hausinternen Dolmetschdienst an, der sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal umfasst. Das Team habe sehr gute Fremdsprachenkenntnisse, meist eigenen Migrationshintergrund und fachspezifische Zusatzqualifikationen. Darüber hinaus seien auch externe Dolmetschdienste sowie ein 24-Stunden-Telefondolmetschdienst und ein Videodolmetschdienst verfügbar (Uniklinikum Salzburg 2022).

Die Landesnervenklinik Wagner-Jauregg Linz (heute Kepler Universitätsklinikum, Neuromed Campus) etablierte gegen Ende 2003 angesichts der zunehmend komplexeren Behandlungssituation für Migrant*innen und Flüchtlinge mit unzureichenden Deutschkenntnissen einen Dolmetscher*innen-Pool für die Sprachen Serbokroatisch, Türkisch, Russisch und Albanisch. Die Dolmetscher*innen -bzw. hier auch Sprach- und Kulturmittler*innen genannt- wurden speziell hinsichtlich des psychiatrischen, psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungsablaufs geschult und waren als fester Bestandteil des Personals der Interkulturellen Ambulanz bei jeder Ärzt*in-Patient*in-Begegnung anwesend. Ihre Aufgaben umfassten die Dolmetschung aller Aussagen der Patient*in sowie kulturspezifische Erläuterungen. Zudem wurden eine neutrale und empathische Grundhaltung sowie die Wahrung der Verschwiegenheit vorausgesetzt. Erwähnenswert ist, dass ihnen Vor- bzw. Nachbesprechungs- sowie Supervisionsmöglichkeiten angeboten wurden (vgl. Stompe 2010: 179ff). Weiters wurden Informationsblätter und Broschüren zu Krankheitsbildern in den jeweiligen Sprachen bereitgestellt. Die Etablierung eines solchen Dolmetschangebots im Rahmen einer interkulturellen Ambulanz führte zu positiven Ergebnissen und trug zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Zugangsbarrieren für Migrant*innen zur psychosozialen Versorgung wurden signifikant reduziert. Die Patient*innen waren nicht mehr auf Angehörige oder Freunde angewiesen. Die Bemühungen der Interkulturellen Ambulanz wurden mit dem Gesundheitspreis der Stadt Linz gewürdigt (Stompe 2010: 191). Aktuelle Informationen zu diesem Dolmetschpool sind jedoch auf der Website des Klinikums nicht mehr verfügbar.

Für den niedergelassenen Bereich gibt es keine Zahlen, inwiefern Dolmetscher*innen zum Einsatz kommen. 2019 lebten etwa 76.000 über 65-jährige Migrant*innen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei in Österreich. Insbesondere diese Gruppe ist mit großen Hürden in der medizinischen Versorgung und Bürokratie konfrontiert, was vor allem durch

Sprachdefizite, trotz langjährigem Aufenthalt, bedingt ist (Trummer & Novak-Zezula 2017: 22f.; Habermann & Schenk 2020: 1ff.).

Im Jahr 2021 führte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eine Erhebung über das psychosoziale Versorgungsangebot für Menschen mit Fluchthintergrund und Migrationsgeschichte durch. Auf der Website des Ministeriums ist eine detaillierte Liste verfügbar, die Informationen zu den Einrichtungen, zur Art der Angebote, zu Schwerpunkten, Zielgruppen sowie zu Sprach- und Dolmetschleistungen enthält. Diese Liste wurde zuletzt im August 2022 aktualisiert. Für Angebote in türkischer Sprache oder mit türkischem Dolmetschdienst ergibt sich folgende Verteilung:

Österreichweit sind insgesamt vier Einrichtungen verfügbar. Regional verteilt sich das Angebot wie folgt: in Burgenland gibt es eine Einrichtung, in Kärnten keine, in Niederösterreich acht, in Oberösterreich zwei, in Salzburg eine, in der Steiermark vier, in Tirol zwei, in Vorarlberg zwei und in Wien elf Institutionen bzw. Vereine (BMSGPK 2022).

Auffällig ist, dass die Zielgruppen hauptsächlich Menschen mit Fluchthintergrund oder Frauen umfassen. Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen bei den Themen Gewalt, Krieg, Folter und Flucht. Vereinzelt finden sich Beratungsangebote, die auch Themen wie Familie, Gesundheit, rechtliche Angelegenheiten, wirtschaftliche Fragen und Bildung abdecken. Eine flächendeckende Abdeckung der allgemeinen psychosozialen Versorgung in türkischer Sprache ist jedoch nicht gegeben (BMSGPK 2022).

Inwiefern der Sprachbarriere in der psychosozialen Versorgung von Migrant*innen Sorge getragen wird, bestimmen Migrations- und Integrationspolitik sowie Gesundheit- und Sozialpolitik (Pöchlhammer 2000: 141; Trummer & Krasnik 2017: 590).

2.3 Gesundheit und Migration

Migration bringt für die Einwanderer selbst meist Belastungen mit sich. Es ist nicht nur die Anpassung an ein neues Land und die Trennung von Familie und Freunden, sondern auch das Zurechtfinden mit der alten bzw. einer neuen Identität, das Verstehen und Nachvollziehen, Verinnerlichen oder einfach nur Zurechtkommen mit einer neuen Werteordnung, rechtliche Unsicherheit in Bezug auch das Bleiberecht für Asylwerber*innen, Diskriminierung und die gesellschaftliche Exklusion aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse und damit verbunden das Ausüben von schwerer und meist gesundheitlich bedenklicher Berufe; „Entwurzelung und soziale Benachteiligung“ (vgl. Stompe 2010: 153; Schenk & Pepler 2020: 26ff.), all das führt zur psychischen und physischen Belastung (Inghilleri 2017: 2).

Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle- so z.B. der healthy migrant effect, das Modell des gesundheitlichen Übergangs sowie das Lebenslaufmodell-, die aufzeigen, wie Gesundheit und Migration sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Spallek & Razum 2023:189 ff). Dieser Einfluss ist mehrdimensional und generationenübergreifend (Spallek & Razum 2023: 198). Dabei unterscheidet sich die Sozialisation von Migrant*innen der zweiten und dritten Generation grundlegend von jener der einheimischen Bevölkerung. Faktoren wie Kultur, Tradition und Religion prägen die Einstellungen und Vorstellungen (Gün 2018: 12).

Gleichzeitig variieren die gesundheitlichen Unterschiede zwischen der Ziellandbevölkerung und den Migrant*innen stark – je nach Aufnahmeland und der spezifischen Migrant*innengruppe, zumal diese Gruppen auch untereinander sehr heterogen sind. Daten für Österreich finden sich bei Anzengruber (2015) und Gaiswinkler & Weigl 2019 sowie den Forschungsberichten des ÖIF 2024 und 2021.

2.3.1 Auswirkungen der Migration auf Gesundheit

Migration ist nicht nur ein geografischer, sondern auch ein emotional-sozialer und gesundheitlicher Prozess ist, der von den Bedingungen wie Krieg, politische Verfolgung, Finanzielles und anderem, unter denen er stattfindet, maßgeblich beeinflusst wird. Das impliziert gleichzeitig, dass es nicht die Migration selbst ist, die das Gesundheitsbefinden von Migrant*innen im positiven wie im negativen Sinne bestimmt, sondern dass ebenso die Chancen und Möglichkeiten im Zielland in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind (Schenk & Peppler 2020: 26f).

Migration und erhöhtes Erkrankungsrisiko korrelieren miteinander (vgl. World Health Organization 2018: 35f.; Kluge et al. 2019: 1104). Demzufolge leiden Migrant*innen häufiger an somatischen und psychischen Erkrankungen als die einheimische Bevölkerung (Bermejo et al. 2010; Aichberger et al. 2011: 116; Schouler-Ocak & Aichberger 2015: 487). Insbesondere psychische Erkrankungen treten bei Migrant*innen und Flüchtlingen signifikant häufiger auf als sowohl in der Bevölkerung des Aufnahmelandes als auch bei den im Herkunftsland lebenden Personen (vgl. Fazel et al. 2005: 1309; Heeren et al. 2014: 821ff.). Arbeitsmigrant*innen und Flüchtlinge unterscheiden sich hingegen in der Art der psychischen Störungen: Während Arbeitsmigrant*innen hauptsächlich von Schizophrenie (Bourque et al. 2011: 904) betroffen sind, leiden Flüchtlinge häufig an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Fazel 2005: 1309ff.). Von Depressionen und Angststörungen sind beide Gruppen betroffen (Heeren et al. 2014: 818). Studien belegen, dass Menschen mit

Migrationshintergrund häufiger und in jüngerem Alter an Demenzerkrankungen leiden und diese Erkrankungen bei jener Bevölkerungsgruppe erst spät diagnostiziert werden (vgl. Tezcan-Güntekin & Razum 2015; Schouler-Ocak 2020). Als Ursachen hierfür nennen die Studien unzureichende bzw. gar fehlende sprachliche und kulturelle Kenntnis sowie Fehldiagnosen. Abgesehen von Fehldiagnosen werden psychische Probleme bei Migrant*innen in der Primärdiagnose meist nur spät festgestellt (vgl. Odell et al. 1997: 537).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Migration Spuren auf der Seele hinterlässt. Zur Behandlung dieser ist sprach- und kulturspezifische Kenntnis unerlässlich. Das Ermöglichen einer Behandlung bzw. Therapie durch Dolmetschdienste erweist sich in diesem Kontext als besonders wertvoll (Tribe & Morrissey 2002: 202ff). Besonders in der Behandlung von Flüchtlingen, die oft stark traumatisiert sind, ist der Einsatz von Dolmetscher*innen unverzichtbar, da eine Behandlung ohne sprachliche Verständigung nicht möglich wäre. Dies zeigt, dass Dolmetscher*innen in vielen Fällen nicht nur eine Unterstützung, sondern eine Notwendigkeit darstellen (Kluge 2014: 32).

2.3.2 Inanspruchnahme und Zugangsbarrieren

Die Inanspruchnahme und Zugangsbarrieren in der psychosozialen Versorgung von Migrant*innen werden maßgeblich durch drei Aspekte geprägt: strukturelle Bedingungen, Merkmale der Behandelnden und Merkmale der Migrant*innen, worunter auch Sprachdefizite fallen (Kahraman 2008: 31). Die Verstrickung mehrerer, aus diesen Aspekten resultierender Faktoren führt zu Fehldiagnosen, Missverständnissen, Über- oder Unterversorgung (Carta et al. 2005: 2, 12; Schouler-Ocak & Aichberger 2015: 478). Insbesondere Sprachdefizite und eine mangelnde Kenntnis kultureller Werte erweisen sich als zentrale Barrieren.

Obwohl Migrant*innen in Österreich im Vergleich zu anderen EU-Ländern einen relativ guten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben, bleibt dieser durch mehrere Barrieren eingeschränkt. Sprachliche Hürden und die fehlende Kenntnis des Gesundheitssystems (Kluge et al. 2012: 57) stellen hierbei wesentliche Hindernisse dar. In einer Literaturübersicht (Lebano et al. 2020), die 77 Artikel zum Thema „Migrants’ and refugees’ health status and healthcare in Europe“ umfasst und Studien aus neun EU-Ländern – darunter Österreich, Zypern, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Malta, Spanien und Schweden – einbezieht, identifizieren auch Lebano et al. (2020: 6) unter anderem sprachliche und kommunikative Barrieren sowie das Fehlen von entsprechenden Dolmetschdiensten als zentrale Herausforderungen. Hinzu kommen Diskriminierung sowie soziale Faktoren wie ein geringes

Bildungs- oder Einkommensniveau (Schouler-Ocak & Aichberger 2015: 477; Lim et al. 2018: 2; ÖIF 2021: 6). Religiöse, kulturelle oder traditionelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit können ebenfalls den Zugang erschweren (vgl. Mayer 2011: 16ff.; Gün 2018: 104).

In Österreich gibt es nur wenige Studien zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von Migrant*innen. Es zeigt sich jedoch, dass Migrant*innen psychosoziale Angebote seltener in Anspruch nehmen als Einheimische (Kohlenberger 2019: 14; Abebe et al. 2017: 684). Gründe hierfür sind lange Wartelisten, sprachliche Barrieren und das Abwarten, ob sich Probleme von selbst lösen (Kohlenberger 2019: 16). Professionelle Dolmetschdienste oder Sprach- und Kulturmittler sind oft nicht ausreichend verfügbar oder werden nicht konsequent eingesetzt (Kluge et al. 2012: 60). Besonders in der Psychiatrie und Psychotherapie ist Sprache ein unverzichtbares Instrument der Behandlung (Schouler-Ocak & Aichberger 2015: 479).

Türkische Migrant*innen zeigen eine hohe Bereitschaft, psychosoziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, bevorzugen jedoch eine Behandlung, die kulturelle Sensibilität und Vertrautheit mit den Behandelnden beinhaltet (Haab et al. 2010: 78). Dabei werden psychische Probleme teils somatisch interpretiert und Notfallambulanzen oder Hausärzt*innen sind häufig erste Anlaufstellen (Borde & David 2008: 9, 12ff). Eine Therapie in der Muttersprache wird bevorzugt, da Laiendolmetscher*innen oft nicht über das notwendige Fachvokabular verfügen. In der Studie von Weigl und Gaiswinkler (2019: 57) geben befragte türkische Klient*innen explizit an, teilweise das Gefühl zu haben, seitens der Therapeut*in nicht verstanden zu werden und befürchten gleichzeitig, dass Verständigungsschwierigkeiten zu Fehldiagnosen und Fehlmedikation führen könnten.

Außerdem erleben Patient*innen mit Migrationshintergrund häufiger negative Erlebnisse in der Kommunikation mit Ärztinnen oder Pflegepersonal. Sie empfinden oft einen geringeren Grad an Wertschätzung als Patient*innen ohne Migrationshintergrund (Ganahl et al. 2016: 141). Ein Mangel an interkultureller Kompetenz, Vorurteile gegenüber Migrant*innen und diskriminierendes Verhalten des Gesundheitspersonals verringern die Qualität der Versorgung und untergraben das Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem (Mayer 2011: 19). Zu beachten ist jedoch auch, dass die Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund für das medizinische Fachpersonal eine zusätzliche Herausforderung darstellt (Trummer & Novak-Zezula 2017: 23).

2.3.3 Die Kostenfrage

Die Kostenfrage in der psychosozialen Versorgung ist grundsätzlich zweigeteilt: Einerseits fallen Kosten für die Therapie selbst an, andererseits entstehen Kosten für die Dolmetschung. Studien zeigen, dass sowohl in Deutschland als auch in Österreich Verbesserungen nötig sind, insbesondere hinsichtlich einer klaren gesetzlichen Regelung und Finanzierung von Dolmetschdiensten (Ingleby 2011: 72; Dauvrin et al. 2012: 3; Havelka 2018: 94).

In Österreich übernehmen die staatlichen Versicherungsträger die Behandlungskosten in der Regel – jedoch auch nur teilweise. Das Leistungsspektrum ist nicht vollständig abgedeckt, dies bedeutet, dass Migrant*innen oft in Vorleistung treten müssen und häufig an mangelndem Wissen über Rückerstattungsmöglichkeiten scheitern. Hinzu kommt, dass die Finanzierung gesundheitlicher Leistungen aus privaten Mitteln häufig die monatlich verfügbaren finanziellen Ressourcen vieler Betroffener übersteigt (ÖIF 2021: 8). Insbesondere Asylwerber*innen sind oft Gewalt- und Folteropfer (Stompe 2010: 167) und brauchen psychiatrische und/oder psychotherapeutische Hilfe, welcher sich Österreich laut Artikel 20 in der Richtlinie 2003/9/EG verpflichtet hat. Darin heißt es:

Die Mitgliedsstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für die Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist. (Europäische Union 2003)

In Deutschland wird die Übernahme von Dolmetschkosten oft mit der Begründung abgelehnt, dass „die Amtssprache Deutsch“ sei (Belz et al. 2020: 38).

Es sind deshalb vor allem Vertrauenspersonen und bilinguales Krankenhauspersonal, die die Aufgabe der Sprachmittlung übernehmen. Zwar verfügen einige Krankenhäuser über ein Budget für Dolmetschdienste (Marics & Nuč 2021: 260), dennoch ist es üblich, dass diese Dolmetschleistungen ehrenamtlich erbracht werden. Eine Vergütung der Leistung erfolgt von keiner Seite, die Parteien sind also keine Kund*innen, keine Auftraggeber*innen (vgl. Bahadir 2010: 52).

Getragen wird der psychotherapeutische Dienst für Migrant*innen und insbesondere für Flüchtlinge überwiegend von Vereinen und nichtstaatlichen Organisationen (z.B. OMEGA, ZEBRA, Ankyra, Aspis, Esra, Hemayat, Projekte der Volkshilfe, der Diakonie oder Caritas und andere). Die Bezahlung ist hier sehr weit unten angesetzt und beträgt etwa 20€ brutto pro Stunde (Marics & Nuč 2021: 261). Zudem sind die meisten dieser Einrichtungen von öffentlichen Fördergeldern abhängig und überlaufen. Darüber hinaus ist die Arbeit emotional sehr belastend. Qualifizierte Dolmetscher*innen, die mit Opfern von Folter, Gewalt oder

Vergewaltigung arbeiten, sind besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt, wobei sekundäre Traumatisierung eine bekannte Gefahr ist (Stompe 2010: 172).

So gesehen stellt die Kostenfrage für professionelle Dolmetschdienstleistungen eines der Hauptprobleme für den Zugang von Migrant*innen zur psychosozialen Versorgung dar. Die Notwendigkeit professioneller Dolmetschdienste in diesem sensiblen Bereich muss - im Vergleich zum Einsatz hochqualifizierter Dolmetscher*innen in Politik und Wirtschaft - noch weiter gefördert werden (Bahadir 2010: 52).

2.3.4 Zwischenfazit

Das Zitat von Max Frisch „Wir riefen Arbeitskräfte, und es kamen Menschen“, mit dem dieses Kapitel eingeleitet wird, verdeutlicht, dass sich viele Migrant*innen trotz zahlreicher Bestrebungen nach wie vor im Zugang zu psychosozialen Angeboten eingeschränkt fühlen. Studien belegen die Notwendigkeit, die biografischen und soziokulturellen Hintergründe von Migrant*innen in die Versorgung einzubeziehen, um deren spezifische Bedürfnisse zu erkennen und angemessen zu behandeln. Daten aus unterschiedlichen Studien machen deutlich, dass Migrant*innen überdurchschnittlich häufig an chronischen und psychischen Erkrankungen leiden, was auf strukturelle, sprachliche und kulturelle Barrieren zurückzuführen ist. Beispielsweise führt der mangelnde Zugang zu professionellen Dolmetschdiensten und kultursensiblen Behandlungsangeboten häufig zu Fehldiagnosen, Über- oder Unterversorgung und letztlich zu einer schlechteren Lebensqualität. Die verschiedenen Ansätze, wie transkulturelle Ambulanzen und der Einsatz von Dolmetscher*innen, stellen wichtige Schritte hin zu einer verbesserten psychosozialen Versorgung dar. Dennoch zeigen sich in der praktischen Umsetzung noch Defizite: Die Verfügbarkeit solcher Angebote variiert regional stark, und auch die Finanzierung bleibt eine große Herausforderung.

3 Bedeutung von Sprache in der gesundheitlichen Versorgung

3.1 Sprache und Kultur

In der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie ist kulturelle Sensibilität von großer Bedeutung, birgt jedoch auch Herausforderungen. Eine übermäßige Fokussierung auf kulturelle Aspekte kann zu einer sogenannten Kulturalisierung führen, bei der soziale oder individuelle Probleme zu stark auf den kulturellen Hintergrund zurückgeführt werden. Dies wiederum kann dazu führen, dass die tatsächlichen Ursachen übersehen werden, insbesondere wenn stereotype Wahrnehmungen unterstützt werden, anstatt eine differenzierte Betrachtung zu fördern (Dabic 2021: 19f). Diese Gefahr zeigt sich vor allem dann, wenn Klischees oder Vorurteile anstelle einer nuancierten Perspektive gefördert werden.

In diesem Zusammenhang wird die Rolle der Dolmetscher*in als interkulturelle Vermittlung verstanden, die sowohl sprachliche als auch kulturelle Dimensionen umfasst. Die professionelle Verantwortung besteht darin, sprachliche Barrieren zu überwinden und kulturelle Kontexte angemessen zu übertragen. Es ist eine besondere Herausforderung, kulturelle Unterschiede weder zu überschätzen noch zu vernachlässigen (Dabic 2021: 20).

Kadric et al. (2012: 42) betonen, dass die Bedeutung eines Textes erst durch die Interpretation der Rezipient*innen entsteht, da jeder Text in einem spezifischen kulturellen Kontext verwurzelt ist. Dieser Kontext ist entscheidend, um den Text zu verstehen, denn nur durch das nötige Wissen über die jeweilige Kultur kann eine korrekte Interpretation erfolgen. Diese Überlegungen sind besonders relevant im Bereich der Translation, wo unterschiedliche kulturelle Realitäten und Sprachen aufeinandertreffen. Translation wird so zu einem Prozess des kulturellen Transfers, bei dem fundiertes Wissen über die jeweilige Kultur unverzichtbar ist. Fundiertes Wissen über die jeweilige Kultur ist unerlässlich für professionelle Dolmetschungen, da Sprache stets ein Ausdruck kultureller Erfahrungen und Werte ist. Dieses Erkenntnis gilt nicht nur für den Translationsprozess, sondern ist auch in der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie von zentraler Bedeutung. In beiden Bereichen sind kulturelle Sensibilität und die Berücksichtigung kultureller Unterschiede unerlässlich, um Missverständnisse zu vermeiden und eine differenzierte Perspektive zu fördern.

Kadric et al. (2012: 43) erklären:

Translation ist ein wichtiges Mittel des kulturellen Transfers. Translation ist deswegen möglich, weil Menschen die Fähigkeit haben, sich auf verschiedene Weise auf die Welt zu beziehen. Dieser Bezug drückt sich in den unterschiedlichen Kulturen und Sprachen aus. Translatorinnen haben gelernt, sich mittels Sprache zwischen unterschiedlichen Realitätsbezügen zu bewegen

und zu entscheiden, welche Realitätsinterpretationen mit welchen sprachlichen Mitteln nach welchen Kriterien auszudrücken sind.

Sowohl in der transkulturellen Psychiatrie als auch in der Translation spielt die Berücksichtigung kultureller Unterschiede eine zentrale Rolle. Während in der Psychiatrie bzw. Psychotherapie kulturelle Sensibilität notwendig ist, um Patient*innen angemessen zu behandeln, erfordert die professionelle Translation ein tiefes Verständnis kultureller Hintergründe, um die Bedeutung eines Textes korrekt zu übertragen. Beide Disziplinen sind darauf angewiesen, stereotype Wahrnehmungen zu vermeiden und die Komplexität kultureller Kontexte zu berücksichtigen.

Dieser Aspekt wird besonders deutlich, wenn man die historische Entwicklung der ethnozentrischen Prägung der Psychiatrie betrachtet. Viele psychiatrische und psychotherapeutische Methoden und Modelle basieren auf den seit Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelten christlich-jüdischen Lehren. Diese ethnozentrische Ausrichtung, die sich auf die Überbewertung eigener kultureller Wissensbestände und Traditionen stützt (Machleidt 2002: 1208; Tribe & Morrissey 2004), steht jedoch zunehmend im Widerspruch zu einer europäischen Gesellschaft, die heutzutage durch kulturelle und sprachliche Vielfalt geprägt ist. Eine Konsequenz dieser ethnozentrischen Ausrichtung ist, dass bestehende therapeutische Ansätze nicht für alle kulturellen Gruppen gleichermaßen geeignet sind. Eine sprachliche Anpassung allein reicht daher nicht aus; vielmehr erfordert es eine interkulturelle Öffnung, um Patient*innen mit unterschiedlichen Weltanschauungen und kulturellen Hintergründen auf Augenhöhe begegnen zu können (vgl. Gün 2018: 11).

Kadric (2012) definiert: „Kultur ist das Ensemble gesellschaftlicher Erfahrungen, Denkstrukturen und Handlungspraktiken“ (Kadric et al. 2012: 27). Sie besteht nicht nur aus Kunst oder Musik, sondern umfasst alle menschlichen Aktivitäten und Lebensweisen. Dies schließt ein, wie Menschen ihre sozialen Beziehungen organisieren, welche Normen und Werte sie teilen und wie sie die Welt verstehen und mit ihr interagieren (2012: 27f.). Gesellschaftliche Erfahrungen prägen kollektive Identitäten und beeinflussen, welche Praktiken als angemessen oder erwünscht gelten. Denkstrukturen und Weltanschauungen steuern wiederum, wie Menschen die Realität wahrnehmen und welche Handlungsoptionen sie als sinnvoll erachten. Sprache ist laut Kadric et al. (2012: 34) „das wichtigste Medium, mit dem wir unsere Erfahrungen und Interpretationen der Realität kommunizieren.“ Als Kommunikationsmittel ist Sprache eng mit den Konzepten von Kultur und gesellschaftlichen Normen verbunden. Kulturelle Prägungen beeinflussen nicht nur die Wahrnehmung von Gesundheit, sondern auch, wie Menschen Krankheit erleben und ausdrücken. Jede Gesellschaft entwickelt im Laufe der Zeit eigene Normen und Werte, die den Umgang mit Gesundheit und Krankheit prägen.

Sprache fungiert hierbei als Katalysator, der diese kulturellen Werte in den gesundheitlichen Diskurs integriert. Die kulturelle Prägung von Gesundheitskonzepten ist besonders relevant, da Begriffe wie Gesundheit und Krankheit selbst kulturspezifisch geprägt sind. In diesem Zusammenhang stellt Thomas (2003: 19) fest, dass für diese Begriffe „Kulturstandards in besonderem Maße [gelten], was auch bedeutet, dass jede Krankheitsäußerung in gewissem Sinne kulturspezifisch ist“. Demnach sind gesundheitliche Äußerungen und Symptome nicht nur biologischer, sondern auch kultureller Natur. Dieses Erkenntnis verdeutlicht die Notwendigkeit, sprachliche und kulturelle Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zu berücksichtigen, insbesondere in einer globalisierten Welt, in der Migrantengruppen und multikulturelle Gesellschaften zunehmend präsent sind.

3.2 Missverständnisse und Fehldiagnosen

Migrant*innen zeichnen sich durch kulturelle, traditionelle und religiöse Norm- und Wertvorstellungen sowie durch Gewohnheiten, Einstellungen und Sprachen aus, die sich von jenen der einheimischen Bevölkerung unterscheiden. All diese Faktoren bergen bei einer psychosozialen Maßnahme bzw. Therapie das Risiko, missverstanden zu werden, was wiederum Unsicherheit und Hemmungen, überhaupt eine Maßnahme gegen das psychische Leiden zu ergreifen, hervorruft (Schouler-Ocak 2020: 581).

Gerade bei psychischem Leiden neigen Menschen mit sprachlichem Defizit dazu, keine professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Abgesehen davon können im interkulturellen therapeutischen Prozess weitere Probleme hinsichtlich der Kommunikation auftreten: Gün (2018: 28) schreibt diesbezüglich, dass „Unsicherheitsgefühle aufgrund der Andersartigkeit und Fremdheit verstärkt sein können“. Kommunikationsschwierigkeiten betreffen aber nicht nur Patient*innen und Klient*innen, sondern auch die Behandelnden. Gün (2018) zitiert einen Therapeuten aus seiner Studie:

Man muss natürlich einschränkend sagen, dass manchmal die Stellung der Diagnose etwas unsicher bleibt und dann bei einer erst einmal nicht korrekten Diagnose natürlich Behandlungen erfolgen, die sich nachher als nicht notwendig herausstellen, aber das ist natürlich 'ne Unwägbarkeit, die man im Moment nicht so abstellen kann. (Gün 2018: 37)

Die Klärung der Thematik, wie psychische Krankheiten in verschiedenen Kulturkreisen aufgefasst bzw. wie damit umgegangen wird, ist ebenso relevant; insbesondere deshalb, weil dadurch potenzielle Fehler in der Ermittlung der Krankheitsursache, des Verlaufs sowie der Behandlung ausgeschlossen werden können (Bialas 2022: 46). Schmerzempfinden und

Schmerzausdruck sind nämlich sowohl individuell als auch kulturell verschieden. Das bedeutet, dass die Artikulation von körperlichem bzw. seelischen Unwohlsein anders – und zwar je nach kultureller Sozialisation–erlernt wird (Kohnen 2007: 323; Bialas 2022: 46).

Fehldiagnosen betreffen nicht nur Patient*innen mit Migrationshintergrund, aber in Relation zu Patient*innen ohne Migrationshintergrund kommen sie wesentlich öfter vor (vgl. DGPPN 2007). v. Ferber et al. (2003: 304) weisen auch darauf hin, dass Gespräche mit türkischen Patient*innen sehr verkürzt sind und diese Großteils medikamentös behandelt werden. Eine Beratung bzw. Besprechung würde nur sehr selten stattfinden (vgl. Gün 2018: 37). Schwierigkeiten in der Kommunikation führen zu Verlegenheitsdiagnosen (Erim & Glier 2017: 728; Haasen et al. 2007: 456) wie Mittelmeersyndrom, Anatolischer Kopfschmerz, Heimwehsyndrom, Gastarbeitersyndrom u.ä., aber auch zu Zeitverlust (Bhui & Bhugra 2002: 27-30) und Kosten.

3.2.1 Sprachliche Missverständnisse

Sprache stellt das zentrale Medium dar, durch das Patient*innen in der medizinischen Versorgung ihre Anliegen artikulieren können. In der Psychotherapie und psychiatrischen Behandlung gilt dies in besonderem Maße, da ohne die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der Zugang zu Einzel- und Gruppentherapien erheblich eingeschränkt ist. Sprachliche Kommunikation wird oft von Therapeut*innen als Voraussetzung für die Behandlung gefordert, um Missverständnisse und Fehldiagnosen zu vermeiden und eine angemessene Therapie zu gewährleisten. Daher sollte, wo nötig, eine sprach- und fachkundige Person hinzugezogen werden (vgl. Gün 2018: 89).

Darüber hinaus ist Sprache eng mit Kultur verknüpft, was die Arbeit mit Personen unterschiedlicher kultureller Hintergründe erschweren kann. Therapeut*innen schätzen die Behandlung von Menschen aus anderen Kulturkreisen, insbesondere bei eingeschränktem sprachlichen Vermögen, oft als mühsamer ein. Sie empfinden es als anstrengend, wenn Fragen wiederholt und umformuliert werden müssen, bis diese verstanden werden (Gün 2018: 89ff). Auch das nonverbale Verhalten – also Gestik, Mimik, Tonfall und Körperhaltung – ist stark von kulturellen und sprachlichen Einflüssen sowie Emotionen geprägt. Dies stellt bei der Dolmetschung eine zusätzliche Herausforderung dar, zumal für manche Begriffe in der Zielsprache keine exakten Entsprechungen existieren (vgl. Thomas 2003: 420). Zwar kann nonverbales Verhalten eine Stütze in der Therapie sein, dennoch sollte eine Behandlung nicht allein auf eine „Irgendwie-Methode“ reduziert werden, bei der sprachliche Verständigung auf unzureichender Basis stattfindet (Gün 2018: 90).

Ghaeni (1999: 39) hebt ebenfalls die Risiken einer unzureichenden sprachlichen Verständigung hervor:

Ist eine sprachliche Verständigung nicht gegeben, besteht oft die Gefahr von Fehldiagnosen. Dies führt möglicherweise zu falschen Behandlungen oder erschwert zumindest den Therapieprozess erheblich.

Andererseits ist die Muttersprache eng mit dem Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit verknüpft. So fühlen sich viele Menschen in ihrer Muttersprache wohler und sicherer (Pap 2023: 51), während die Sprache des Aufnahme- bzw. Einwanderungslandes oft als distanzierend erlebt wird. Diese Sprachdistanz kann ein zusätzlicher hindernder Faktor im therapeutischen Kontext und im Wohlbefinden sein, da die Patient*innen sich möglicherweise weniger verstanden und unterstützt fühlen.

Es ist allgemein anerkannt, dass die sprachliche Verständigung ein grundlegender Faktor für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient*innen ist (Mehnert et al. 2012: 1135). Zahlreiche Studien belegen, dass sprachliche und kulturelle Hindernisse die medizinische Versorgung von Migrant*innen erschweren. Ein erhöhtes Risiko für Fehldiagnosen (Razum et al. 2008: 109) sowie eine geringere Bereitschaft fremdsprachiger Patient*innen, sich behandeln zu lassen, werden in der Literatur (Flores 2005: 256) thematisiert. Diese Patient*innen empfinden oft, dass nicht ausreichend über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten kommuniziert wurde (Flores 2005: 258). Zudem führt sprachliche Unsicherheit häufig dazu, dass Unklarheiten nicht angesprochen werden, was ein verringertes Wissen über den eigenen Gesundheitszustand zur Folge haben kann (Borde 2002: 76ff.).

Fallbeispiele aus Güns Arbeit (2018: 96f.) zeigen eindrücklich, dass Sprach- und Kulturkenntnisse untrennbar miteinander verknüpft sind. Eine gelungene Kommunikation im therapeutischen Kontext erfordert nicht nur sprachliche Präzision, sondern auch ein tiefes Verständnis kultureller Normen und Kontexte. Zudem ist in vielen Fällen auch die Kenntnis von religiösen Inhalten und Codes notwendig, um den Hintergrund und die Lebensrealität der Patient*innen vollständig zu erfassen. Gerade in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ist es essenziell, religiöse und kulturelle Werte miteinzubeziehen, da diese oft einen bedeutenden Einfluss auf das individuelle Krankheitserleben und die Behandlungsbereitschaft haben (Erim & Glier 2017: 731).

Gün (2018:100) plädiert für den Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern- kurz SIM (BDÜ 2015). Diese zeichnen sich häufig durch einen eigenen Migrationshintergrund aus, während sie in Bezug auf ihre Bildung unterschiedliche Hintergründe aufweisen. Dennoch

seien sie in der Lage, professionell zu dolmetschen und würden über wesentliche Kenntnisse kultureller sowie religiöser Kontexte verfügen, wodurch sie kultursensibel vermitteln könnten. Betont wird auch, dass sie durch ihre Arbeit wesentlich zum Vertrauensaufbau zwischen Patient*innen und Behandelnden beitragen würden, was die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung bildet.

Insbesondere in der psychotherapeutischen Behandlung steht interkulturelle Kompetenz an oberster Stelle, da die Fähigkeit, sich präzise auszudrücken und verstanden zu werden, die Basis für eine erfolgreiche Therapie bildet.

Im Unterschied dazu steht der Einsatz von Laiendolmetscher*innen, der mit Risiken wie der Beeinträchtigung der Qualität von Kommunikation und somit auch der Therapie verbunden ist. Zu den häufigsten Fehlern von Laiendolmetscher*innen zählen Ergänzungen, unzulässige Verkürzungen, das Ersetzen von Begriffen und der Rollentausch (Baraldi & Gavioli 2017: 84ff.; Pöhhacker 2022: 179ff.). Ergänzungen und Verkürzungen können den Sinn einer Aussage verfälschen und somit zu Missverständnissen führen, die im medizinischen Kontext gravierende Folgen haben können.

Die Notwendigkeit von Dolmetscher*innen mit sowohl sprachlicher als auch interkultureller Kompetenz wird vor allem dadurch deutlich, dass selbst kleine Fehler in der Dolmetschung weitreichende Konsequenzen haben können. Sie können nicht nur zu Fehldiagnosen führen, sondern auch das Vertrauen der Patient*innen in die Behandlung untergraben und den therapeutischen Prozess erheblich erschweren.

3.2.2 Kulturelle Missverständnisse

Kulturelle Unterschiede können in der Therapie sowohl als Bereicherung, Erleichterung und Vorteil empfunden werden können, aber auch als Erschwerung, Einengung und Benachteiligung (Schouler-Ocak & Aichberger 2017: 277f.). In therapeutischen Kontexten bevorzugen Klient*innen oft jemanden aus der eigenen Kultur (Pap 2023: 50f.). Die Gründe hierfür liegen in der Wahrnehmung von Nähe und Vertrautheit seitens der Klient*innen sowie in den Schwierigkeiten, die Therapeut*innen bei der Bewältigung kultureller Unterschiede erleben. Trotz Bemühungen, kulturelles Wissen zu erlangen, bleiben nonverbale Ausdrucksformen wie Gestik und Mimik sowie bestimmte Aussagen oft unverständlich (Felgner 2017 :16).

Diagnose und Behandlung erfordern ein tiefgehendes Wissen über kulturspezifische Krankheitsvorstellungen (Kirmayer & Bhugra 2009: 30). So können kulturspezifische

Äußerungen in der einen Kultur als psychotisch eingeordnet werden, obwohl sie in ihrem kulturellen Kontext eine andere Bedeutung haben (Gün 2007: 142). Klient*innen aus der türkischen Kultur berichten von grundsätzlichen Unterschieden zwischen den Kulturen, die zu Missverständnissen führen. Diese Missverständnisse resultieren oft aus den unterschiedlichen Sitten und Gebräuchen, die in einer interkulturellen Begegnung nicht immer ausreichend bekannt sind (Kressing & Schochow 2020: 210ff.).

Kulturelle Differenzen in der Therapie können somit ein Hindernis darstellen. Stereotype und Vorurteile wie z.B. Türke, Moslem, Migrant, Flüchtling (vgl. Kahraman 2008: 272) führen dazu, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in nur schwer aufgebaut werden kann. Ein Beispiel hierfür ist das Rollenverständnis von Mann und Frau in der türkischen und westlichen Kultur. Wenn eine Therapeut*in die Vorstellung hat, dass die Frau in der türkischen Kultur dem Mann untergeordnet ist, fühlen sich Klient*innen oft missverstanden, da ihr eigentliches Anliegen in den Hintergrund gerät (Gün 2007: 145). Es besteht die Tendenz, Einzelerfahrungen auf eine gesamte Personengruppe zu übertragen (vgl. Kahraman 2008: 272).

Sowohl Therapeut*en als auch Klient*en berichten, dass sie gelegentlich das Gefühl haben, nicht über dieselben Dinge zu sprechen, selbst wenn sie vermeintlich dieselben Begriffe verwenden (Gün 2007: 145). Slapp (2004: 20) verdeutlicht diese Problematik treffend: „Denn nur weil zwei Personen dasselbe sagen, heißt das noch lange nicht, dass sie auch dasselbe meinen.“ Dies unterstreicht die Notwendigkeit, dass Dolmetscher*innen dem Kommunikationsprozess mit Sensibilität und Aufmerksamkeit begegnen.

Damit eine Therapie fruchtet, bedarf es einer „effektiven Kooperation zwischen verschiedenen kulturell sozialisierten Partnern“, wozu nach Thomas (2003: 438) ein „gewisses Maß an Fähigkeit und Bereitschaft, fremde Kulturstandards in das eigene Wahrnehmungs –, Denk –, Bewertungs – und Handlungsmuster zu integrieren“, erforderlich ist. Hierfür wiederum sei „interkulturelles Lernen“ erforderlich“ (2003: 439). Eine Therapeutin im Rahmen der Studien von Gün (2007: 83) meint: „Aber was mich auch einfach ärgert, ist, wenn noch Patienten hier, die schon seit vielen Jahren in diesem Land leben und (...) der deutschen Sprache nicht mächtig sind, das macht mich sauer, stinkig.“

Die Kritik an den Sprachkenntnissen lässt sich implizit darauf zurückführen, dass die Kultur der Klient*in als minderwertig betrachtet wird, was wiederum das Machtgefälle zwischen Therapeut*in und Klient*in verstärkt (Kahraman 2008: 271). Die Kritik seitens der Therapeut*in wird von Gün (2007: 147) dahingehend entkräftet, dass Migrant*innen, die seit mehreren Jahrzehnten im deutschsprachigen Raum leben, nicht die notwendigen

Rahmenbedingungen vorgefunden haben, um adäquat behandelt zu werden. Zudem weist er darauf hin, dass die Ursachen für Migration sowie die damit verbundenen Hintergründe häufig nicht berücksichtigt werden, was eine angemessene therapeutische Versorgung erschwert. Würde man die Migrationsgründe aus einer tiefenpsychologischen Perspektive betrachten, so ließe sich nachvollziehen, warum Menschen der ersten Generation weder die Sprache noch die Kultur ihres einstmaligen Gastlandes in vollem Umfang erlernten. Tief verwurzelte psychische und emotionale Mechanismen, die mit dem Prozess der Migration einhergehen, wie Entwurzelung, Identitätsverlust oder der Wunsch, die Herkunftskultur zu bewahren, spielen dabei eine zentrale Rolle.

Abgesehen von den typischen kulturellen Unterschieden wie Sitten, Geschlechterrollen etc. ist ein interessanter Aspekt, dass auch das ethnische Unbewusste kulturell geprägt ist. Devereux (1973: 23) führt hierzu aus:

Das ethnische Unbewusste eines Individuums ist jener Teil seines gesamten Unbewussten, den es gemeinsam mit der Mehrzahl der Mitglieder seiner Kultur besitzt. Es setzt sich aus all dem zusammen, was jede Generation, entsprechend den fundamentalen Anforderungen ihrer Kultur, selbst zu verdrängen lernt und dann ihrerseits die folgende Generation zu verdrängen zwingt. [...] Jede Kultur gestattet gewissen Phantasien, Trieben und anderen Manifestationen des Psychischen den Zutritt und das Verweilen auf bewusstem Niveau und verlangt, dass andere verdrängt werden. Dies ist der Grund, warum allen Mitgliedern ein und derselben Kultur, eine gewisse Anzahl unbewusster Konflikte gemeinsam ist.

Demnach ist das ethnische Unbewusste jener Teil des psychischen Apparats, der durch die Kultur geprägt wird und über Generationen hinweg durch Repression und Weitergabe an die nächste Generation entsteht. In der Behandlung türkischsprachiger Patient*innen, die oft zwischen zwei Kulturen – ihrer Herkunftskultur und der Mehrheitskultur – agieren, können diese unbewussten kulturellen Konflikte verstärkt auftreten. Ein anschauliches Beispiel für die zuvor diskutierte Dynamik des kulturellen Unbewussten lässt sich am „Schameffekt“ in der türkischen Kultur verdeutlichen. In diesem Kontext ist Scham eng mit dem Konzept der Ehre verknüpft. Ehre stellt in der türkischen Kultur ein zentrales soziales Konstrukt dar, das das Leben eines Individuums stark prägt. Dies spiegelt sich auch in dem türkischen Sprichwort „Für die Ehre lebt man, für die Ehre stirbt man“ wider, welches die Bedeutung der Ehre für das individuelle und kollektive Selbstverständnis hervorhebt. Scham und Ehre sind demnach kulturell übertragene Werte, die nicht nur das soziale Verhalten regulieren, sondern auch tief in die psychische Struktur des Individuums eingebettet sind (Vanderheiden & Mayer 2023: 2ff.).

Die kulturelle Prägung von Verdrängungsmechanismen und psychischen Konflikten kann dazu führen, dass bestimmte psychische Phänomene, die in der Mehrheitsgesellschaft als

problematisch empfunden werden, in der Herkunftskultur anders bewertet oder nicht thematisiert werden. Der Einsatz von Dolmetscher*innen in der Therapie spielt hier eine zentrale Rolle, da sprachliche Barrieren nicht nur den Zugang zu verbaler Kommunikation behindern, sondern auch kulturell geprägte psychische Prozesse unbewusst verschleiern können. Das Zitat verdeutlicht, dass alle Mitglieder einer Kultur ähnliche unbewusste Konflikte teilen, die durch das kulturelle Repressionssystem geformt werden. In der Arbeit mit türkischsprachigen Patient*innen ist es daher unerlässlich, nicht nur die Sprache, sondern auch das kulturelle Unbewusste zu berücksichtigen. Dies führt erneut zur Schlussfolgerung, dass Dolmetscher*innen nicht nur als Sprachmittler*innen fungieren, sondern auch eine Vermittlerrolle zwischen den kulturellen Bedeutungs- und Wertesystemen einnehmen müssen, um eine adäquate und kultursensible Versorgung zu gewährleisten.

3.2.3 Religiöse Missverständnisse

Religiöse Rituale sind teilweise tief in den kulturellen Alltag integriert und werden daher oftmals als kulturelle Praktiken interpretiert und nicht mehr ausschließlich als religiöse Handlungen. Das gilt auch in umgekehrter Richtung. Missverständnisse resultieren häufig aus ungenügender Berücksichtigung oder fehlerhaftem Verständnis religiöser Überzeugungen und Praktiken.

Im türkisch-islamischen Kulturkreis ist der Glaube weit verbreitet, dass Krankheiten religiöse Ursachen haben können; sie werden oft als Prüfung im Diesseits oder als Folge einer Sünde betrachtet (Ilkilic 2002: 39ff.).

Traditionelle Heiler, sogenannte Hodschas, werden bei psychischen Erkrankungen häufig konsultiert, wobei ihnen teilweise beträchtliche Honorare gezahlt werden (vgl. Assion 2004a: 490ff.; 2004b: 33; Kizilhan 2016: 346;). In einer deutschen Studie aus 2007 wurde festgestellt, dass 39% der befragten türkischen Patient*innen einen traditionellen Heiler aufgesucht haben (Yavuz 2007: 1). Stöckigt und Machleidt (2011: 458) zeigen auf, dass 80% der afrikanischen Bevölkerung traditionelle Heiler aufsuchen. Die Motive für die Konsultation traditioneller Hodschas bestehen in Verzweiflung und Enttäuschung aufgrund eines erfolglosen Heilungsprozesses. Zudem sind selbst Personen, die sich als nicht gläubig betrachten, der Meinung, dass Religion einen Einfluss auf Kultur, Sitten, Gebräuche und Ethik hat. Nichtsdestotrotz ist festzuhalten, dass „traditionell-religiös-magische Krankheits- und Heilsvorstellungen“ (Gün 2018: 105-107; 182) theologisch nicht mit islamischen Prinzipien vereinbar sind und demnach Krankheit sowie Gesundheit zum menschlichen Dasein gehören (Ilkilic & Göksu 2017: 16).

Zwei Fallbeispiele verdeutlichen die Bedeutung der Berücksichtigung von religiösen Überzeugungen und Praktiken: Die von Gün (2018: 108-109) detailliert geschilderten Fälle wurden hier möglichst wortgetreu zusammengefasst:

Psychose oder Glaubensüberzeugung?

Ein aus Afrika stammender und nach traditionell-islamischen Wertvorstellungen erzogener Mann wurde mit der Diagnose einer „Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis“ mehrere Monate in einer psychiatrischen Klinik behandelt. Während der Behandlung war sein Gesundheitszustand schwankend. In besseren Phasen las er im Koran. Trotz guter medikamentöser Einstellung galt er klinisch weiterhin als produktiv-psychotisch, da er „Selbstgespräche“ führte, was als psychotisches Symptom interpretiert wurde. Daraufhin wurde die Medikation entsprechend angepasst. Nachdem ein Psychotherapeut aus dem islamischen Kulturkreis hinzugezogen wurde, klärte sich, dass die als floride Symptomatik missverstandene Verhaltensweise des Patienten tatsächlich ein Ausdruck seiner Glaubensüberzeugung war. Die vermeintlichen Selbstgespräche waren seine Pflicht, 99-mal täglich einen Koranvers zu rezitieren und Allah um Vergebung zu bitten, ein Teil seiner Heilung, und nicht Anzeichen für eine psychotische Erkrankung.

Der Fall zeigt, dass religiöse Missverständnisse gravierende Maßnahmen wie Zwangsbehandlung und falsche Medikation nach sich ziehen können.

„Wenn ich morgen noch lebe“

Ein Psychiater entschied, einen muslimischen Patienten wegen Suizidgefahr in eine geschlossene Station zu verlegen. Ein muttersprachlicher Psychotherapeut, der kurz zuvor mit dem Patienten gesprochen hatte und keine Suizidalität feststellte, hinterfragte diese Entscheidung. Der Psychiater hatte die Aussage des Patienten, einem gläubigen Moslem, „wenn ich morgen noch lebe“ fälschlicherweise als suizidale Äußerung interpretiert. Hingegen hatte dieser lediglich auf die Verabschiedung des Psychiaters „Auf Wiedersehen, wir sehen uns morgen“ geantwortet und war nicht tatsächlich suizidal.

Diese Redewendung spiegelt die religiöse Überzeugung wider, dass die Zukunft allein der göttlichen Fügung unterliegt und er darüber keine definitive Aussage machen darf. Abweichendes Verhalten würde nach seinem Glauben als Sünde gelten.

In beiden Fällen war die Hinzuziehung von Fachpersonal mit passenden sprachlichen und religiösen Kompetenzen entscheidend zur Klärung der Umstände. Da muttersprachliches Personal nicht immer verfügbar ist, ist der Einsatz professioneller Dolmetscher*innen unerlässlich, um eine ethisch und rechtlich vertretbare Behandlung sicherzustellen.

3.2.4 Verstehen von Chiffren und die metaphorische Artikulation von Schmerz

Organchiffren bezeichnen insbesondere im psychotherapeutischen Zusammenhang ein Leiden im übertragenen Sinne. Sie sind kulturell besetzt, d.h. dass ein bestimmtes Organ in unterschiedlichen Kulturen in Bezug auf seelischen Schmerz andere Bedeutungen haben kann. Insbesondere türkische Patient*innen und Klient*innen drücken ihr Leiden häufig in Organchiffren aus, welche von Behandelnden, die keinen interkulturellen Zugang pflegen bzw. den kulturellen, religiösen, ethnischen und sprachlichen Hintergrund der Patient*in/ Klient*in nicht kennen, falsch gedeutet werden können (Yildirim-Fahlbusch 2003: 1180f.). Bei einem interethnischen bzw. interkulturellen Therapiesetting sollte die Anamneseerhebung aus diesem Grund im Idealfall unter Berücksichtigung sprachlicher, kultureller, ethnischer sowie religiöser Hintergründe erfolgen.

Im Folgenden werden einige Beispiele erläutert, die zur Veranschaulichung von Organchiffren dienen sollen:

- ***Sıkıntı***, dt. *Gefühl der Bedrängnis, Beklemmung, Trübsal, Unbehagen* kann verursacht werden durch Trauer, Ärger, Sorgen, u.ä.; meist treten dabei auch ein Erstickungsgefühl, Atmungsprobleme, Bauchkrämpfe, Kopfschmerzen, etc. in Erscheinung (Gün 2018: 46)
- ***Ciğerim Yandı***, dt. *„Meine Lunge ist verbrannt“* symbolisiert einen sehr großen seelischen Schmerz, Trauer, v.a. aber auch einen Verlust (eigene Übersetzung)
- ***İçime ateş düştü***, dt. *„Feuer fiel in mein Inneres“* bezeichnet ebenso Kummer, Verlust, Besorgnis, Seelenschmerz; ähnlich verhält es sich mit der Redewendung *„Ocağıma ateş düştü“* - *„Feuer fiel in mein Zuhause“* bedeutet nicht, dass das Haus bzw. die Wohnung abgebrannt ist; vielmehr steht das Feuer als Metapher für Schmerz und Leid (eigene Übersetzung)
- ***Dizlerimin bağı çözüldü***, dt. *„Meine Kniebänder sind aufgegangen“* ist kein Bänderriss, sondern der Zustand, dass man vor lauter Angst, Aufregung oder Erschöpfung nicht mehr stehen kann (eigene Übersetzung)
- ***Kafayı yemek***, dt. *„den Kopf essen“* im Sinne von verrückt werden; so ist z. B. die Frage *„Kafayı mi yedin?“* nicht mit *„Hast du den Kopf gegessen?“* zu dolmetschen, sondern mit *„Hast du den Verstand verloren?“* (eigene Übersetzung)

- **Aklım başımda değil**, dt. „*Mein Verstand ist nicht in meinem Kopf*“ bedeutet, dass man nicht klar denken kann (eigene Übersetzung)
- **Ocağıma incir ağacı eki**, dt. „*Er/sie hat einen Feigenbaum in mein Zuhause gepflanzt*“
Dieser sehr bildhaft formulierte Ausdruck –den Behandelnde womöglich kaum verstehen würden- steht dafür, dass einem das Leben sehr schwer gemacht wird/wurde, ihm/ihr der innere wie äußere Frieden bzw. die Ruhe genommen wird/wurde, familiäre Probleme verursacht wurden u.ä. Die Redewendung hat ihren Ursprung in der Botanik. Der Feigenbaum ist nämlich dafür bekannt, dass er ein sehr ausgedehntes, tiefes, standfestes und verzweigtes Wurzelsystem hat, das selbst massive Gesteinsschichten durchbrechen kann. Aus dieser Kenntnis meiden es viele Einheimische in der Türkei, einen Feigenbaum in unmittelbarer Nähe ihres Hauses zu pflanzen, da das Wurzelgeflecht des Baumes die Hausmauern zerstören kann. (eigene Übersetzung)
- **Beni ezdi geçti**, dt. „*Er/sie hat mich getreten und ist gegangen*“ oder *Üstüme basıp geçti* „*Er/sie ist auf mich getreten und ist gegangen*“; beide Redewendungen sind nicht physisch zu verstehen, denn in einem solchen Fall wäre körperliche Gewalt involviert. Hier hingegen wird lediglich ein Frust zur Sprache gebracht, nicht beachtet worden zu sein. (eigene Übersetzung)

Kennt man den Hintergrund derartiger kultureller Phrasen nicht bzw. werden sie aus dem Kontext gerissen, können sie psychotisch interpretiert bzw. missinterpretiert werden (Glaesmar 2012: 24). Güns (2018) Untersuchung zeigt auch auf, dass befragten Therapeut*innen der Begriff „Organchiffren“ unbekannt ist. Dennoch ist es durch einen neugierigen und offenen Zugang möglich, Gesagtes richtig zu bewerten. Die wesentliche Herausforderung für die Dolmetscher*in in diesem Setting ist es, die Aussagen bzw. Redewendungen, Symbole und Organchiffren richtig zu dolmetschen- und zwar ableitend aus dem soziokulturellen Hintergrund des zu Behandelnden-, um der Therapeut*in ein richtiges Verständnis zu ermöglichen (Gün 2018: 45-48). Darüber hinaus liefern professionelle Dolmetscher*innen auch Hintergrundwissen: Die symbolreiche Artikulation von türkischen Patient*innen wurzelt nicht in der „*Anatomie bzw. der Physiologie des Körpers – da die Symptome nicht in übliche westliche Diagnose-Schemata passen*“- , sondern ist zurückzuführen auf den türkischen Volksglauben (Machleidt 2011: 72).

3.3 Dolmetschen in der Psychotherapie: Herausforderungen der Triade

Sprache ist das zentrale Werkzeug in der Psychotherapie und dient sowohl der Diagnostik als auch der therapeutischen Intervention (Akbayir & Brune 2008: 4; Morina et al. 2010: 105). Fehlt eine gemeinsame Sprache zwischen Patient*in und Therapeut*in, wird der Einsatz von Dolmetscher*innen erforderlich. Das klassische dyadische Setting, bestehend aus zwei Personen – Therapeut*in und Patient*in – wird dadurch zu einer Triade erweitert, die sowohl Chancen als auch Herausforderungen birgt (vgl. Hsieh 2006: 721). Bolton (2002: 99) bezeichnet den Einsatz von Dolmetscher*innen im therapeutischen Umfeld als Kompromiss, der trotz potenzieller Fehleranfälligkeit eine bedeutende Grundlage für den Beginn eines Gesprächs schafft und Patient*innen die Möglichkeit zur Öffnung erleichtert (Bauer & Alegria 2010: 765).

3.3.1 Zum Einsatz von Dolmetscher*innen in der psychosozialen Versorgung

Der Einsatz von Dolmetscher*innen bietet klare Vorteile, besonders in Bezug auf kulturelle und sprachliche Barrieren. Professionelle Dolmetscher*innen können sprachliche Missverständnisse reduzieren und dabei helfen, kulturelle und soziologische Hintergründe zu klären (Vasquez & Javier 1991: 163, 165; Bischoff & Hudelson 2010: 210f.). Morina et al. (2010:105) betonen, dass Dolmetscher*innen als „Sprachmittler“ zwischen Therapeut*in und Patient*in agieren, wobei sie die kulturellen und sozialen Unterschiede berücksichtigen. Durch ihre Arbeit können Patient*innen in ihrer Muttersprache sprechen, was das Vertrauen stärkt und die Bereitschaft zur Therapie fördert. Das ist besonders wichtig, da sich Menschen in ihrer Muttersprache wohler fühlen und sich besser öffnen können.

Eine professionelle Dolmetscher*in bietet auch die Möglichkeit, interkulturelle Missverständnisse aufzuklären und kulturelle Nuancen in einer Nachbesprechung an die Therapeut*in zu übermitteln (vgl. Tribe & Morrissey 2004: 131, 136; Morina et al. 2010: 105). Dies ermöglicht eine tiefergehende Reflexion der kulturellen Hintergründe und deren Einfluss auf das Therapiegespräch.

So definieren Vasquez & Javier (1991: 165) einen „guten Dolmetscher“ als jenen, der kulturelle, sprachliche, aber auch geschichtliche und geographische Brücken zwischen Patient*in und Therapeut*in schlägt. Truschnig & Arbeiter (2014: 7) schreiben:

Die Dolmetscherin ist im Idealfall nicht lediglich ‚Sprachrohr‘ oder ‚Übersetzungsmaschine‘, sondern bringt sich als Person in das therapeutische System ein.

Wenn die Dolmetscherin spür- und wahrnehmbar ist, kann die Dreisamkeit im Therapiezimmer positiv und fördernd wirken [...].

Ausgehend von Alexieva (2002) erläutert Dabic (2021: 60), dass es sich im psychotherapeutischen Setting um eine Gesprächskonstellation mit informativem Charakter handelt. Das Machtverhältnis ist überwiegend einseitig, wenngleich nicht ausschließlich. Während Therapeut*innen persönliche Informationen über Klient*innen gewinnen, erhalten die Klient*innen keine persönlichen Einblicke in das Leben der Therapeut*innen, jedoch Erkenntnisse über ihre eigene Person. Im therapeutischen Setting wird gleichzeitig etwas gemeinsam erarbeitet bzw. produziert, wobei es die Aufgabe der Therapeut*in ist, das Gespräch entsprechend zu lenken; die Aufgabe der Klient*in ist es, sich zu beteiligen, und die Aufgabe der Dolmetscher*in ist, auch Konflikte und Unannehmlichkeiten entsprechend wiederzugeben und nicht auszublenden (2021:61).

Flores (2005: 255) und Karliner et al. (2007: 727) kamen in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass der Einsatz professioneller Dolmetscher*innen einen positiven Einfluss auf die Kommunikation zwischen Patient*innen und Gesundheitsdienstleistern, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, die gesundheitlichen Resultate und die Zufriedenheit der Patient*innen hat. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse von Karliner et al. (2007: 727), dass die medizinische Versorgung von Menschen mit begrenzten Englischkenntnissen durch professionelle Dolmetscher*innen in ihrer Qualität der Versorgung von Muttersprachler*innen gleichgestellt oder sehr ähnlich ist.

In den EPA-Leitlinien - EPA guidance on cultural competence training- (Schouler-Ocak et al. 2015) wird festgehalten, dass manchmal eine Kommunikation zwischen Patient*innen und medizinischem Personal in der psychosozialen Versorgung aufgrund der Sprachbarriere und den kulturellen Unterschieden ohne den Einsatz von Dolmetschenden gar nicht möglich wäre. Aus diesem Grund sei es unerlässlich, dass sich das medizinische Personal, insbesondere Behandelnde, sich Kompetenzen aneignen, womit sie interkulturelle Behandlung mit Unterstützung einer Dolmetscher*in anbieten können. Dass der Einsatz von professionellen Dolmetschenden sowohl die Qualität der Behandlung als auch die Zufriedenheit mit der Behandlung erhöht, wird in der Literatur mehrfach erwähnt (vgl. Schouler-Ocak et al. 2015). In der EPA Guidance mental health care of migrants (Bhugra et al. 2014) wird zusätzlich noch als Empfehlung angeführt, dass professionelle Dolmetschende für alle Patient*innen mit ungenügenden Sprachkenntnissen des Aufnahmelandes erreichbar sein sollten. Ein Fehlen von Dolmetschdiensten könne als indirekte Diskriminierung gewertet werden.

3.3.2 Herausforderungen und Konflikte beim Einsatz von Dolmetscher*innen

Trotz der Vorteile gibt es auch Bedenken und Herausforderungen, die mit der Triade einhergehen. Die Anwesenheit einer Dolmetscher*in wird von manchen Therapeut*innen als Störung der therapeutischen Beziehung gesehen, da die Dyade „keinen Dritten“ vertrage (Freud zit. n. Morina et al. 2010: 107). Es wird häufig befürchtet, dass die Dolmetscher*in das Gespräch verfälscht oder die therapeutische Intention verloren geht, da die Therapeut*in nicht kontrollieren kann, wie die Dolmetschung erfolgt (Bot 2005):

As a psychotherapist I have been taught to word my interventions very carefully – the choice of words, tenses and mood each influence the effect of the intervention. At the same time I have no idea what the interpreter is doing to my words – does he retain the therapeutic intention that I put in them or does he turn them into something completely different? Likewise, what happens to the words used by the patient? Psychotherapists have also been taught of the importance of a therapeutic relationship. It has to be built up carefully between therapist and patient. At the same time I needed to deal with the situation that the interpreter could be ‚anyone‘ – so one session with a patient I would have one interpreter to assist us, whereas in the next session with the same patient there would be another interpreter. How could I explain and justify this? (Bot 2005: 5)

Ebenso unerwünscht ist in der Psychotherapie die Funktion als Co-Therapeut*in -im Sinne einer weiteren psychosozialen Ressource (Röhrle 2020) oder Patientenvertreter*in, während dies in anderen medizinischen Kontexten als vorteilhaft erachtet wird (Morina et al. 2010: 105; Kliche et al. 2018: 209;).

Die Triade ist durch potenzielle zwischenmenschliche Konflikte geprägt (vgl. Dabic 2021:61). Rivalitäten, Rollenkonfusionen, Parteilichkeit, Machtkämpfe und Unzufriedenheit können innerhalb der Dreierkonstellation entstehen (Pinzker 2018: 91-96), da die Dolmetscher*in in die therapeutische Dynamik eingreift und nicht immer klar ist, wie diese Rolle auszufüllen ist (Salman 2002: 72-76). Toker (1997: 281) beschreibt die Dolmetscher*in als „Dritte im Bunde“, wobei es durch diese „Stille-Post“-Konstellation zu Informationsverlusten oder -verfälschungen kommen könne. Diese Triangulierung erschwert die direkte Kommunikation und birgt Risiken, die nicht immer kontrollierbar sind.

Darüber hinaus besteht das Risiko, dass Laiendolmetscher*innen, wie Familienangehörige oder Krankenhauspersonal, die therapeutische Kommunikation stören, indem sie Informationen auslassen, verzerren oder emotional beeinflusst weitergeben (Tribe & Morrissey 2004: 132). Dies kann den Therapieerfolg erheblich gefährden, da insbesondere sensible psychologische Inhalte präzise gedolmetscht werden müssen. Dennoch übernehmen nach wie vor am häufigsten enge Angehörige das Dolmetschen, gefolgt von entfernten

Verwandten, Bekannten oder Nachbarn. Erst an dritter Stelle kommen beeidigte Dolmetscher*innen, speziell ausgebildete Dolmetscher*innen für Therapie sowie zweisprachige Ehrenamtliche zum Einsatz, während in Kliniken oft Kolleg*innen zum Dolmetschen herangezogen werden (vgl. Wolf & Özkan 2012: 326).

Hinsichtlich der Frage, ob Dolmetscher*innen oder muttersprachliches Personal eingesetzt werden sollten, scheiden sich die Geister. Insbesondere dort, wo die Sprachenvielfalt sehr heterogen ist, ist es nicht möglich, eine Versorgung durch muttersprachliches Personal zu gewährleisten. Kluge erläutert dies am Beispiel der Charité Berlin; hier würden Patient*innen mit 80 verschiedenen Sprachen betreut. Auch in einer sehr multikulturellen Stadt wie Berlin könne ein solcher Bedarf nicht durch zweisprachiges Fachpersonal gedeckt werden. Aus diesem Grund sei der Einsatz von Dolmetscher*innen sinnvoll (Kluge 2018: 53).

3.3.3 Professionalisierung und ethische Anforderungen an Dolmetscher*innen

Einigkeit herrscht in der Literatur darüber, dass in der Psychotherapie ausschließlich professionell ausgebildete Dolmetscher*innen eingesetzt werden sollten (vgl. Salman 2002). Unzureichend geschulte Personen neigen dazu, Informationen zu verdichten oder eigene Interpretationen einzubringen, was den Therapieprozess behindern kann (Vasquez & Javier 1991: 163). Besonders wichtig ist dabei, dass die Dolmetschenden ethische Prinzipien wie Allparteilichkeit, Schweigepflicht und Transparenz wahren. Zudem sollten Dolmetscher*innen ihre eigenen Grenzen und die der anderen Beteiligten kennen und respektieren (Morina et al. 2010: 106). Dolmetscher*innen sollen in der „Ich-Form“ dolmetschen und dabei möglichst genau die Inhalte, Gefühle und sprachliche Eigenheiten, wie Metaphern, wiedergeben. Auch wenn die Worte der Patient*in seltsam oder unlogisch erscheinen, ist es wichtig, diese nicht zu verändern, sondern originalgetreu zu dolmetschen (Farooq & Fear 2003: 43f.; Bot & Wadensjö 2004: 357, 364-367). Dies erfordert hohe Präzision und ein tiefes Verständnis für die sprachlichen und kulturellen Nuancen beider Gesprächspartner*innen.

Empfehlungen für den Einsatz von Dolmetscher*innen in der Psychotherapie umfassen unter anderem konkrete Anweisungen zur Sitzordnung und Gesprächsführung (vgl. Morina et al. 2010: 108f.; Kluge 2014: 58ff.; Geiling et al. 2022: 103ff.). Morina et al. (2010: 109) schlagen vor, dass ein Dialog im Trialog stattfinden solle, anstatt dass die Dolmetscher*in unsichtbar bleibt. Dies bedeutet, dass die Dolmetscher*in nicht nur als „Schaltstelle“ (vgl. Toker 1997:

281) fungiert, sondern aktiv am Gespräch beteiligt ist und auch empathische Elemente transparent macht, ohne jedoch ihre Rolle als Sprachmittler*in zu überschreiten.

Der Dolmetscher soll und kann dabei nicht anstreben, unsichtbar zu sein, sondern hat sich möglichst strikt und präzise mit der Rolle des sprachlichen Mediums zu identifizieren. Mit dieser Nuancierung ist zum Beispiel gemeint, dass sehr wohl die Empathie des Dolmetschers für den Patienten transparent werden kann. Empathie zu vermitteln ist aber nicht die primäre Aufgabe des Dolmetschers, sondern eine Begleiterscheinung. Gerade indem sich der Dolmetscher an die ihm zugedachte Rolle hält und nichts anderes tut, als sorgfältig zu dolmetschen, erweist er dem Patienten Respekt und zeigt Empathie. (Morina et al 2010: 109)

Verhaltensregeln für Therapeuten	Dolmetscher
Gesprächsführung und -verantwortung	Gesprächsmittlung
Zeit während Dolmetschung nutzen	Emotionen vermitteln
Blickkontakt zum Patienten	keine privaten Kontakte mit Patienten
Direkte Ansprache des Patienten	in Ich-Form dolmetschen
Interkulturelles berücksichtigen	auf Interkulturelles hinweisen
Rollenklärung	Neutralität und Loyalität
Dolmetschprozess beachten	Schweigepflicht
einfache, klare Sprache	dem Gesagten nichts hinzufügen oder weglassen

Abb. 3: Empfehlungen für Therapeut*innen und Dolmetscher*innen nach Morina et al. (2010: 108)

Vorgespräch
– Klärung der Aufgabenteilung
– Informationen über Ziel und Ablauf der Therapie
– Vermittlung kultureller Aspekte
Gespräch selbst
– Vorstellung der Personen
– Aufklärung der jeweiligen Rollen
– Sitzordnung
– Einhaltung der Gesprächsregelung
Nachgespräch
– Gegenseitiges Feedback
– Missverständnisse aufklären
– Schwierigkeiten ansprechen
– Übertragungen erläutern

Abb.4: Drei Phasen des gedolmetschten Therapiegesprächs nach Morina et al. (2010: 109)

Kluge (2018: 51) erstellt in Anlehnung an Marcos (1979) und Salman (2001) einen Leitfaden, der weitere wichtige Aspekte für das Setting umfasst: konsekutives Dolmetschen, Verwendung der Ich-Form, eine gleichschenklige Sitzordnung und die Einhaltung der Schweigepflicht. Bolton (2002: 97) nennt drei wesentliche Elemente für das therapeutische Setting: Vertrauen, Problembewusstsein und Problemlösung.

Pinzker (2017: 67) schlägt zur Erfassung der Triade eine Schulung vor, die als Dolmetschinszenierung konzipiert ist und sich an Psychotherapeut*innen sowie Dolmetscher*innen richtet. Diese Dolmetschinszenierung ist ihrer Ansicht nach interdisziplinär und setzt sich aus Translationswissenschaft, Anthropologie, Ethnologie, Soziologie, Theaterpädagogik und den Performance Studies zusammen. Das Besondere an der Schulung wäre, dass nicht nur theoretisches, sondern auch praktisches Wissen vermittelt würde. Laut Pinzker ist der Vergleich von Dyade und Triade sowie das Anliegen, Dolmetscher*innen in der Therapie „unsichtbar“ zu machen, überflüssig (Pinzker 2015: 35ff.; Pinzker 2018: 90; Dabic 2021: 63). Vielmehr solle die Triade als eigenes Konzept verstanden werden. Dabic schreibt, ausgehend von Pinzkers Ansatz, dass das triadische Setting in der Translationswissenschaft die Regel sei und nicht die Ausnahme. In der Psychotherapie hingegen sei es etwas Ungewohntes, das einer Gewöhnung bedürfe. Diese Neuheit müsse hinsichtlich der Chancen und Konflikte, die das Setting mit sich bringt, überdacht und berücksichtigt werden (Dabic 2021: 64).

	Vorteile	Nachteile
Behandler spricht dieselbe Muttersprache wie Patient/ Nutzer	• Optimale sprachliche Verständigung • Direkte Verständigung ohne eine dritte Person • Kein Transferverlust • Komponente der Kulturmittlung, bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten/ Nutzers ist zumeist gegeben. • Keine Kosten für Dolmetscher	• Verfügbarkeit problematisch, da Anerkennung von Nicht-EU-Abschlüssen in Deutschland noch immer problematisch • Je nach Größe der Institution sind nicht alle notwendigen Muttersprachen mit muttersprachlichen Therapeuten abzudecken • Wenn es sich um eine „Kolonialsprache“ handelt, ist zu klären in welchem Verhältnis Patient zu dieser Sprache und dem damit verbundenen kulturellen Kontext steht und ob es sich wirklich um die Muttersprache oder eine Zweitsprache handelt. • Muttersprachliche Therapeuten berichten von erneuter „Ghettoisierung“, wenn sie aufgrund ihrer Muttersprache nur Behandler für Personen aus ihrer Herkunftsgruppe sind. Interkultureller, bzw. Transkultureller Ansatz ist dann nicht gegeben • Falls muttersprachlicher Behandler in Deutschland geboren, steht in Frage, ob die Komponente der Kulturmittlung ausgefüllt werden kann.

Behandler ist verhandlungssicher in der Muttersprache des Patienten	• Direkte Verständigung ohne eine dritte Person • Kein Transferverlust (Voraussetzung ist, dass der Behandler seine sprachlichen Kompetenzen richtig einschätzt) • Im Idealfall gelingt eine sehr gute sprachliche Verständigung • Keine Kosten für Dolmetscher	• Je nach Größe der Institution sind nicht alle notwendigen Muttersprachen mit muttersprachlichen Therapeuten abzudecken • Nur für eine begrenzte Anzahl von Sprachen möglich • Wenn es sich um eine “Kolonialsprache“ handelt ist zu klären in welchem Verhältnis Patient zu dieser Sprache und dem damit verbundenen kulturellen Kontext steht und ob es sich wirklich um die Muttersprache handelt • Kulturelle Komponente kann oft nicht ausgefüllt werden
Laiendolmetscher (Familie, Freunde)	• Sofortige Verfügbarkeit der benötigten Sprache • Eventuell sehr gute Sprachkenntnisse in beiden Sprachen • Komponente der “Kulturmittlung“, bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten/ Nutzers ist zumeist gegeben. • Keine Kosten für Dolmetscher • Gute Kenntnis über den Patienten/ Nutzer	• Indirekte Verständigung aufgrund der dritten Person im Raum • Transferverlust • Keine Qualifikation weder für die sprachliche, noch die kulturelle noch die psychosozialen Gesprächsinhalte • Gemeinsame Community/Familie kann auch problematisch für die Übersetzungstätigkeit sein • Rollenkonfusion speziell auch in psychiatrischen/ psychotherapeutischen Kontexten, da oft Themen besprochen werden, die einer nicht-involvierten unabhängigen dritten Person bedürfen • Oft kein geregeltes Prozedere, Übersetzung geschieht ad hoc
Laiendolmetscher („fremd“, z.B. Mitarbeiter der entsprechenden Institution)	• Gute Verfügbarkeit in Abhängigkeit der Größe und des interkulturellen Teams der in der Institution • Eventuell sehr gute Sprachkenntnisse • Komponente der “Kulturmittlung“, bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten/ Nutzers ist zumeist gegeben. • Kostengünstiger • Möglicherweise gute Kenntnis der Institution • Eventuell gute Kenntnis über die Herkunftsgemeinschaft des Patienten	• Indirekte Verständigung aufgrund der dritten Person im Raum • Transferverlust • Sprachkompetenzen zuweilen begrenzt • Zumeist keine Qualifikation weder für die sprachlichen, noch die kulturellen noch die psychosozialen Gesprächsinhalte • Gemeinsame Community kann problematisch für die Übersetzungstätigkeit sein • Rollenkonfusion, je nachdem in welchem Setting die Übersetzung stattfindet • Oft kein geregeltes Prozedere, Übersetzung geschieht eher auf Zuruf (ad hoc)
Vereidigter Dolmetscher	• Sehr gute sprachliche Kompetenzen • Sehr professionelle Übersetzung	• Indirekte Verständigung aufgrund der dritten Person im Raum • Transferverlust hängt von Einführung in Dolmetscherprinzipien im psychosozialen Bereich ab • Verfügbarkeit hängt von Organisation im Vorfeld ab • Komponente der “Kulturmittlung“, bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten ist nicht notwendigerweise gegeben. • Kostenintensiv • Für den Gesundheitsbereich und speziell für den psychosozialen Bereich nicht ausgebildet • Aufgrund der Ausbildung zuweilen eher distanziert in ihrer Haltung • Qualifikation zumeist auf die sprachlichen Kompetenzen begrenzt, kulturelle und psychosozialen Gesprächsinhalte nicht im Fokus dieser Ausbildung
Sprach- und Integrationsmittler/ Gemeindedolmetscher (vgl. SprInt- Transfer Netzwerk: http://www.sprint-	• Da häufig institutionell in einem Sprach- und Kulturmittlerpool organisiert, besteht die Verfügbarkeit für Mittler in vielen verschiedenen Muttersprachen • Eventuell sehr gute Sprachkenntnisse	• In nicht allen Fällen besteht Bewusstsein für die Kultur- neben der Sprachmittlung als Teil des Übersetzungsprozesses • Zuweilen sehr unterschiedlich gute Qualität • Nicht ausschließlich für den psychosozialen Bereich ausgebildet

transfer.de/cms/)	• Komponente der “Kulturmittlung“, bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten/ Nutzers ist zumeist gegeben. • Kostengünstiger als vereidigte Dolmetscher • Übersetzungsqualifikation in Abhängigkeit der Weiterbildung Je nachdem, wo sie ausgebildet sind gute Kenntnis über Sozial- und Gesundheitssystem	• Ausbildung für die Übersetzungstätigkeit in psychotherapeutischen Kontexten eher gering
Sprach- und Kulturmittler (siehe Publikation 6- 8, nach diesem Konzept wird im Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) an der Charité gearbeitet)	• Eventuell sehr gute Sprachkenntnisse • Kulturmittler: Bewusstsein darüber, dass in ihrer Übersetzungstätigkeit Irritationen und Missverständnisse, die auf kulturelle Unterschiede zurückgehen benannt, thematisiert werden sollten • Kostengünstiger als vereidigte Dolmetscher, aber mit Kosten verbunden • Je nachdem wie sie geschult worden, haben sie gute Kenntnisse über Sozial- und Gesundheitssystem, speziell über das psychosoziale System und das Setting Psychotherapie, im Idealfall auch über die psychotherapeutische Sprache.	• Verfügbarkeit hängt von Organisation im Vorfeld ab • Indirekte Verständigung aufgrund der dritten Person im Raum • Transferverlust hängt von Einführung in Dolmetscherprinzipien im psychosozialen Bereich ab • Noch kein einheitliches Ausbildungsprozedere, entsprechende Institutionen führen eigene Fortbildungen durch oder führen mit geeigneten Personen, wie vereidigten Dolmetschern, guten Gemeindedolmetschern, Medizinstudenten ein training on the job durch und bauen so ihren eigenen Pool auf. • Da noch keine einheitliche Fortbildung ist die Qualität noch nicht einheitlich hoch. • Es sollte perspektivisch einen Sprach- und Kulturmittler – Pool geben. Hierzu haben die Sprach- und Integrationsmittler-Pools Anregungspotential.

Abb. 5: Eine Übersicht über mögliche Vor- und Nachteile für die Planung und den Einsatz der unterschiedlichen Dolmetscherarten nach Kluge (2014: 58ff.)

Die Tabelle verdeutlicht, dass es verschiedene Ansätze gibt, sprachliche Barrieren in der psychosozialen Versorgung zu überwinden. Jede dieser Möglichkeiten ist jedoch mit spezifischen Vor- und Nachteilen verbunden. Im Hinblick auf türkischsprachige Migrant*innen lässt sich feststellen, dass die Verfügbarkeit von Behandler*innen, die dieselbe Muttersprache sprechen, in Österreich vermutlich noch geringer ist als in Deutschland, wo die türkische Migrationsgeschichte bereits 1961 begann. Die direkte Kommunikation zwischen Behandler*in und Patient*in stellt dabei einen klaren Vorteil dar, da sie potenziell Missverständnisse minimiert und das Vertrauensverhältnis stärkt.

Bezüglich des Einsatzes von Laiendolmetscher*innen kann davon ausgegangen werden, dass diese in Österreich die am häufigsten genutzte Variante darstellen. Sie sind kostenfrei und vergleichsweise leicht verfügbar, jedoch häufig mit Problemen wie unzureichender Qualität der Übersetzung und mangelnder Professionalität verbunden.

Der Einsatz vereidigter Dolmetscher*innen ist eine qualitativ überlegene Lösung im Vergleich zum Laiendolmetschen. Diese garantieren eine höhere Qualität der Dolmetschung, doch stellt die Kostenfrage hier ein Problem dar, insbesondere im Hinblick auf eine flächendeckende Umsetzung. Für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist es entscheidend,

Transferverluste zu vermeiden, da diese nicht nur die Verständigung, sondern auch die therapeutische Wirksamkeit erheblich beeinträchtigen können.

3.3.4 Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Einsatz von Dolmetscher*innen in der Psychotherapie sowohl Chancen als auch Herausforderungen bietet. Professionelle Dolmetscher*innen können nicht nur die Kommunikation zwischen Patient*in und Therapeut*in erleichtern, sondern auch kulturelle Barrieren überwinden. Gleichzeitig bringt die Triade potenzielle Konflikte und Komplexitäten mit sich, die durch klare Rollenverteilungen und professionelle Standards minimiert werden können. Der Einsatz von Dolmetscher*innen ist daher ein unverzichtbares Hilfsmittel, um sprachliche Barrieren in der Psychotherapie zu überwinden und Patient*innen den Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen zu ermöglichen. Ein erfolgreiches triadisches Setting erfordert jedoch ein hohes Maß an Professionalität, ethische Sensibilität und die Bereitschaft aller Beteiligten, sich auf die besonderen Dynamiken einzulassen, die das Dreiecksverhältnis mit sich bringt.

4 Empirische Studie

4.1 Dolmetschbedarf türkischsprachiger Migrant*innen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung: Fragestellung und Kontext

Die vorliegende Arbeit untersucht das Thema des Dolmetschbedarfs türkischsprachiger Migrant*innen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Ziel dieser Untersuchung ist es, die Herausforderungen und Bedürfnisse dieser Gruppe in Bezug auf sprachliche Unterstützung zu ermitteln. Die konkrete Fragestellung lautet daher: „Welche spezifischen dolmetschbezogene Bedürfnisse haben türkischsprachige Patient*innen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, und welche Maßnahmen können ergriffen werden, um ihre Versorgung zu verbessern?“

Das Interesse an diesem Thema ergibt sich aus den persönlichen Erfahrungen im Kontext der migrationsbedingten Belange von Gastarbeiter*innen. In Anlehnung an Flick (2019:154), der schreibt, dass die Wahl einer bestimmten Fragestellung häufig von den Lebensrealitäten und sozialen Kontexten der Forschenden abhängt, wird in dieser Arbeit die Frage erörtert, welche spezifischen dolmetschbezogene Bedürfnisse türkischsprachige Patient*innen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung haben, und welche Maßnahmen ergriffen werden können, um ihre Versorgung zu verbessern.

4.2 Auswahl der Methode

Um einen detaillierten Einblick in die subjektiven Perspektiven, Erfahrungen und Bedürfnisse der betroffenen Personengruppe zu gewinnen, wurde die Methode der halbstrukturierten, offenen Leitfadeninterviews gewählt. Diese Methode ermöglicht es einerseits, die Erfahrungen der Befragten umfassend zu erfassen. Andererseits gibt es die Möglichkeit, situationsabhängig Fragen zu erweitern oder auszulassen (vgl. Hopf 1995: 177). Die Interviews wurden als offene Gespräche geführt, wobei ein Leitfaden (vgl. Anhang A) als Orientierung diente, ohne den natürlichen Gesprächsfluss zu stark einzuschränken. Es wurde je Interviewpartner*in ein Interview (vgl. Dabic 2021: 300) - zu je einem Termin in türkischer Sprache geführt, als Sprachmemo aufgezeichnet, transkribiert und stellenweise- besonders relevante Passagen- übersetzt. Die Interviews dauerten 11 -32 Minuten (vgl. Hopf 1995: 177; Mayring 2010: 54). Die Transkription erfolgte wörtlich, allerdings wurden Füllwörter weggelassen. Dialektale Ausdrücke wurden hochtürkisch festgehalten, Verballhornungen wurden ausgebessert. Deutsche Wörter und Ausdrücke wie z.B. *Überweisung*, *sofort aufhören*, *hilft nix* und ähnliches. im türkischen Redefluss wurden beibehalten. Für den Kontext bedeutendes

Verhalten wurde in Klammern festgehalten (Mayring 2010: 57). Orte und Namen wurden mit jeweils drei Rautezeichen (###) anonymisiert, Medikamentennamen wurden durch ihre generischen Bezeichnungen- z. B. „ein Antidepressivum“ - ersetzt.

Auffallend war, dass die Interviewpartner*innen häufig Unterstützung benötigten, um an das Gespräch anzudocken. Bei konkreten, jedoch nicht suggestiven Nachfragen waren sie hingegen in der Lage, ausführlich über ihre Erfahrungen zu berichten. Dies legt nahe, dass der entwickelte Fragenkatalog sowie die angewandte Methodik als angemessen und zielführend eingestuft werden können.

4.3 Interviewpartner*innen

Insgesamt wurden im Rahmen der Untersuchung vier Frauen und zwei Männer interviewt. Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte im Sinne eines Theoretical Sampling (Misoch 2015: 100). Ziel war es, gezielt Personen der ersten und zweiten Migrant*innengeneration zu befragen, die Erfahrungen mit psychiatrischer und psychosozialer Versorgung gemacht haben. Besonderes Augenmerk lag auf dem Vorliegen migrationsbedingter psychischer Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen oder Panikattacken. Ein Teil der Interviewpartner*innen wurde über persönliche Kontakte identifiziert. Im persönlichen Umfeld der Autorin wurden Personen der ersten Migrant*innengeneration und in psychiatrischer Behandlung direkt angesprochen und um ihre Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Die Bereitschaft zur Mitwirkung ergab sich hierbei insbesondere durch die bereits bestehende Vertrauensbasis. Darüber hinaus wurden im Zeitraum 2020 und 2024 vier psychiatrische Kliniken und Rehabilitationszentren kontaktiert, um weitere potenzielle Teilnehmer*innen zu gewinnen. Leider blieben Rückmeldungen aus. Eine zusätzliche Schwierigkeit war, dass viele potenziell geeignete Personen aufgrund sprachlicher Barrieren überhaupt keinen Zugang zur psychosozialen Versorgung fanden (vgl. Wolf & Özkan 2012). Die Deutschkenntnisse der Befragten variieren von elementaren Basiskenntnissen- unterhalb des Niveaus A1- bis zum Niveau B1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (CEFR) (Mayring 2010: 52f).

Die Altersstruktur der Befragten gestaltet sich wie folgt:

- Frauen: geboren zwischen 1945 -1977
- Männer: geboren zwischen 1962- 1969

Vor den Interviews wurde den Teilnehmenden das Vorhaben sowie die Zielsetzung der wissenschaftlichen Arbeit erläutert. Zudem wurde sichergestellt, dass alle erhobenen Daten anonymisiert und vertraulich behandelt werden. Die Interviewpartner*innen zeigten eine große Bereitschaft zur Teilnahme und äußerten, dass sie durch ihre Mitwirkung einen Beitrag für eine Sache leisten möchten, die für sie persönlich eine Last ist bzw. war.

4.4 Auswertung

Zur Analyse des Datenmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) herangezogen, wobei die Inhalte zusammengefasst wurden. Im Sinne des von Mayring vorgeschlagenen Gedankenexperiments wurde angestrebt, einen Überblick über die generellen Probleme hinsichtlich des Dolmetschbedarfs zu erstellen (Mayring 2010: 67ff). Um die wesentlichen Aspekte herauszuarbeiten, erfolgte eine Reduktion des Materials. Es ist anzumerken, dass für eine detailliertere Analyse eine umfangreichere Studie mit erweiterten Ressourcen erforderlich wäre. Dies steht im Einklang mit Mayrings Feststellung, dass "eine Interpretation sprachlichen Materials auch durch qualitative Inhaltsanalyse immer prinzipiell unabgeschlossen ist. Sie birgt immer die Möglichkeit der Re-Interpretation" (Mayring 2010: 36).

Für jeden Interviewpartner (IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6) wurde eine separate Kodierungstabelle erstellt. Anmerkungen sowie zusätzliche Informationen, die off the record erlangt wurden, sind kursiv festgehalten. Schließlich wurden die Aussagen der Interviewpartner*innen in jeweils einer Tabelle nach Kategorien zusammengeführt, um gemeinsame Probleme, Muster und Unterschiede zu ermitteln.

Die Kategorien (Mayring 2010: 50) wurden von den Interviewfragen abgeleitet und umfassen:

Anamnese und Behandlungserfahrungen

- Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, Zufriedenheit mit der Behandlung
- Anamnese und Behandlungsanlass
- Zugangsbarrieren: Schwierigkeiten, Zugang zu Behandlung oder Unterstützung zu finden
- Art der Betreuung: Differenzierung zwischen stationärer, ambulanter, medikamentöser, therapeutischer Behandlung
- Eigenverantwortung: Umgang mit Medikamenten

Sprachliche Herausforderungen

- Deutschkenntnisse: Selbsteinschätzung, Alltagserfahrungen mit der Sprache
- Rolle der Sprache: Einfluss der Sprachkenntnisse auf die Behandlung und den Alltag
- Situationen, in denen Sprachbarrieren zu Problemen führten, Missverständnisse, falsche Diagnosen

Rolle von Dolmetscher*innen

- Erfahrungen mit Dolmetscher*innen: Wahrnehmung von Professionalität, Nutzen oder Herausforderungen
- Vertrauen und Hemmungen: Gefühle von Sicherheit, Bedenken oder Unsicherheit
- Erwartungen an Dolmetscher*innen: Eigenschaften, Verhalten, Neutralität oder aktive Vermittlung
- Vergleich zu bekannten Personen: Vorteile/Nachteile von Familienmitgliedern oder Bekannten als Sprachmittler
- Bedarfe an Sprachmittlung: Situationen, in denen Dolmetscher*innen gewünscht wurden

Biografische und soziokulturelle Hintergründe

- Migrationserfahrung: Gründe und Zeit der Migration, ursprüngliche Herkunft
- Bildungs- und Berufsbiografie: Schulbildung, beruflicher Hintergrund
- Alltagsintegration: Kontakte zu deutschsprachigen Menschen, Nutzung der Sprache im Alltag

4.4.1 Migrationserfahrungen

Die Migrationserfahrungen der Interviewpartner*innen lassen sich wie folgt zusammenfassen: Drei der Befragten (IP2, IP5, IP6) migrierten zwischen 1974 und 1977 im Rahmen der frühen Arbeitsmigration nach Österreich. Ein weiterer Interviewpartner (IP3) kam 1989, was als späte Phase der Arbeitsmigration betrachtet werden kann. Zwei der Befragten (IP1, IP4) zogen in den Jahren 1997 und 2009 im Zuge von Familienzusammenführungen nach Österreich. Hauptbeweggrund für die Migration war vor allem die wirtschaftliche Notwendigkeit. Die Herkunft der Interviewpartner*innen reicht von ländlichen Regionen bis hin zu städtischen Gebieten, was auf unterschiedliche sozioökonomische Ausgangsbedingungen schließen lässt. Frühere Unsicherheiten und Ängste aufgrund des Aufenthaltsstatus sowie Befürchtungen vor

Abschiebung und polizeilichen Kontrollen führten zu erheblichem psychischen Druck: „*Wir hatten Angst vor den Polizisten... der erste (Anm.: psychologische) Druck begann da*“ (IP3: 6-7). Diese Belastungen trugen zu den ersten depressiven Symptomen bei. Zusätzlich verstärkte die Angst, dass Arztbesuche möglicherweise eine Kündigung und den Verlust der Aufenthaltsgenehmigung nach sich ziehen könnten, den Druck weiter. Existenzängste durch hohe Lebenshaltungskosten, strikte Leistungsvorgaben wie Akkordarbeit und emotionale Belastungen, etwa die Notwendigkeit, das Kind bereits im Alter von drei Monaten in Fremdbetreuung zu geben, führten zu dauerhaftem Stress und zusätzlicher psychischer Belastung. Auch Einsamkeit wird als zentraler Auslöser genannt, verstärkt durch das Fehlen eines sozialen Netzwerks, das emotionale Unterstützung hätte bieten können.

4.4.2 Bildungs- und Berufsbiografie

Die Mehrheit der Interviewpartner*innen (IP1, IP2, IP3, IP4, IP5) hat lediglich eine Grundschulausbildung absolviert (fünf Jahre), was auf ein niedriges formales Bildungsniveau hinweist. Eine Ausnahme bildet IP6, die eine Berufsausbildung als Krankenschwester in der Türkei abgeschlossen hat. Dies hebt einen höheren Bildungsstand im Vergleich zu den anderen Befragten hervor. Die Befragten waren in unterschiedlichen Berufsfeldern tätig, darunter die Textilbranche (IP2 und IP5), das Bauwesen (IP3), die Gastronomie (IP6) sowie als Reinigungskraft (IP1). Zwei von ihnen (IP3, IP5) mussten aufgrund von Depressionen frühzeitig in Invaliditätspension gehen. Eine der Befragten (IP5) nahm vor Antritt ihrer Invaliditätspension ihren erwachsenen Sohn als Sprachmittler mit zum Arbeitgeber, um ihre gesundheitlichen Beschwerden und ihr Anliegen angemessen ausdrücken zu können. Nach einem längeren Krankenstand wechselte sie schließlich in die Invaliditätspension. Aktuell befinden sich insgesamt vier der Befragten in regulärer Pension.

4.4.3 Deutschkenntnisse

Einige Befragte (IP1, IP3, IP4) empfinden ihre Deutschkenntnisse als unzureichend, was ihre Integration und den Zugang zu Dienstleistungen, insbesondere im Gesundheitssystem, erschwert. Die Mehrheit der Befragten hat Deutsch auf der Arbeit, in der Nachbarschaft oder durch Selbststudium gelernt. Sprachkurse waren entweder nicht verfügbar, wurden nicht abgeschlossen, waren finanziell nicht leistbar oder erwiesen sich als unzureichend. Der Grad der sozialen Integration und die Nutzung der Sprache im Alltag variieren stark: Während einige Befragte regelmäßige Kontakte zu deutschsprachigen Menschen haben, fehlen diese bei

anderen nahezu vollständig. Zertifikate spielen nur eine begrenzte Rolle. Stattdessen prägen praktische Alltagserfahrungen – wie Arztbesuche, Small Talk in der Nachbarschaft oder Einkaufen – sowie informeller Spracherwerb das Sprachvermögen der meisten Befragten.

Selbsteinschätzungen der Deutschkenntnisse

IP1: Einschätzung zu Beginn als „null“ (IP1: 180); nach einem dreimonatigen Deutschkurs mit A1-Zertifikat beschreibt die Befragte Fortschritte, aber auch weiterhin Unsicherheiten in der Anwendung der Sprache (IP1:18)

IP2: Selbsteinschätzung als ausreichend, um sich verständlich zu machen, aber nicht perfekt (IP 2: 9-10)

IP3: Empfindet die eigenen Sprachkenntnisse als unzureichend, da sie nicht das Niveau der Muttersprache erreichen (IP3: 76-78)

IP4: Schätzt ihre Deutschkenntnisse als sehr eingeschränkt ein; die Bemühungen um Spracherwerb wurden durch persönliche und gesundheitliche Belastungen wie Schwangerschaft und Depression stark beeinträchtigt (IP4: 17-18)

IP5: Hat ihre Deutschkenntnisse auf der Arbeit erworben, beschreibt ihre Kenntnisse als ausreichend für einfache Situationen (IP5: 107-109)

IP6: Schätzt ihre Sprachkenntnisse als ausreichend für den Alltag ein (IP6: 27-29); die Befragte hebt hervor, dass sie sich Deutsch durch Sprachkurs, Selbststudium und mit Unterstützung ihres Ehepartners angeeignet hat (IP6: 32-34)

4.4.4 Anamnese und Behandlungsanlass

Alle Befragten berichten von Depressionen – teilweise schweren –, die sich durch Symptome wie Angstzustände, Panikattacken, Schlafprobleme, Schweißausbrüche, Aggressivität und psychosomatische Beschwerden äußerten. IP1 und IP2 beschreiben zusätzliche körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Übelkeit und Herzrasen, die zunächst zu falschen oder unklaren Diagnosen führten. Häufig wurden die Beschwerden zunächst als körperliche Probleme wahrgenommen: z. B. „*Ich hatte starke Kopfschmerzen*“ (IP1: 158) „*Am Anfang war ich extrem erschöpft. Es war meine erste Depression, aber da es bei mir schrittweise verlief, habe ich sehr stark geschwitzt, meine Hände und Füße zitterten extrem, und ich fühlte mich*

unglaublich müde“ (IP4: 51-56). Erst später erfolgte eine Überweisung in die psychologische bzw. psychiatrische Versorgung. Einige Befragte (IP2 und IP4) suchten in der Türkei nach psychologischer Unterstützung, da sie sich im österreichischen Gesundheitssystem nicht ausreichend verstanden fühlten.

Art der Betreuung

Drei der Befragten (IP1, IP3, IP 5) waren für mehrere Wochen (4–8 Wochen) in stationärer psychiatrischer Behandlung, teilweise mit zeitweisen Aufenthalten zu Hause. Die stationäre Betreuung wurde durch medikamentöse und therapeutische Maßnahmen ergänzt. Eine der Befragten (IP6) konnte keine stationäre Betreuung in Anspruch nehmen, da familiäre Verpflichtungen dies verhinderten. Alle Befragten berichten von medikamentöser Behandlung. Fünf der sechs Befragten (IP1, IP3, IP4, IP5, IP6) geben eine langjährige Einnahme von Antidepressiva an. Diese wurde teils als belastend empfunden, insbesondere wegen Nebenwirkungen. IP4 und IP5 litten unter erheblichen Nebenwirkungen, die ihre Lebensqualität stark beeinträchtigten. Drei der Befragten (IP1, IP3, IP4) erhielten neben der medikamentösen Behandlung auch therapeutische Unterstützung.

Herausforderungen in der Betreuung

Einige Befragte berichteten von anfänglichen Fehldiagnosen, da körperliche Symptome im Vordergrund standen. Dies verzögerte den Zugang zu angemessener psychiatrischer Behandlung. *„Meine Seele fühlte sich eingeengt. In der Türkei habe ich dann gefragt, wo und wie kann ich Hilfe bekommen kann?“* (IP2: 86). IP4 und IP6 berichten von einer Depression, die durch Überlastung im familiären Umfeld ausgelöst wurde.

4.4.5 Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Positive Erfahrungen

IP1 hebt hervor, dass das medizinische Personal auf der Psychiatrie sehr unterstützend und fürsorglich war: *„Sie haben mich sofort aufgenommen, akzeptiert und sich sehr um mich gekümmert“* (IP1: 148-149). IP2 äußert eine allgemeine Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem: *„Im Allgemeinen bin ich mit dem Gesundheitsdienst zufrieden“* (IP5: 20). Besonders positiv wird der strukturierte Ablauf von Überweisungen zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten hervorgehoben. IP5 zeigt sich zufrieden mit der Betreuung während eines sechswöchigen stationären Aufenthalts auf der Psychiatrie. IP6 würdigt die Entwicklung des österreichischen Gesundheitssystems im Laufe der Jahre.

Insbesondere die zunehmende Verfügbarkeit türkischsprachiger Ärzt*innen erleichterte den Zugang zur medizinischen Versorgung.

Negative Erfahrungen

Sprachliche Barrieren werden von mehreren Befragten als große Herausforderung beschrieben. Fehlende Deutschkenntnisse führten zu Unsicherheiten, ob die Ärzt*innen die Beschwerden richtig verstanden: *„Ich kann ja mein Problem nicht erklären, mein Deutsch ist gleich null“* (IP1: 65-67). IP3 kritisiert, dass Beschwerden vom Hausarzt oft als altersbedingt abgetan wurden, ohne angemessene Untersuchungen oder Behandlungen durchzuführen: *„Er sagt, es sei normal, schließlich bist du 58 Jahre alt...“* (IP3: 181). IP6 berichtet, dass es in den Anfangsjahren an türkischsprachigen Ärzt*innen mangelte, was die Kommunikation erschwerte und die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem zunächst einschränkte.

Neutrale und gemischte Erfahrungen

IP4 beschreibt das Gesundheitssystem als „normal“ und gibt an, keine großen Probleme erlebt zu haben. Diese Aussage weist auf eine eher distanzierte Nutzung von Gesundheitsangeboten hin: *„Da ich selbst jemand bin, der eher selten zum Arzt geht (...)“* (IP4: 41).

Präferenzen und kulturelle Aspekte

IP6 bevorzugt türkischsprachige Ärzt*innen aufgrund sprachlicher und kultureller Nähe. Dennoch gibt die Befragte an, mittlerweile auch deutschsprachige Ärzt*innen konsultieren zu können: *„Heute kann ich natürlich auch zu deutschen Ärzten gehen, aber ich bevorzuge es, zu türkischen Ärzten zu gehen, die meine Sprache sprechen“* (IP6: 29-30).

In der türkischen Diaspora, insbesondere unter Arbeitsmigrant*innen, werden alle Deutschsprachigen unabhängig von ihrer Herkunft, ob Österreicher*innen oder Deutsche, als "alman" bezeichnet. Dies geschieht unreflektiert und ohne jegliche bewusste Absicht.

4.4.6 Fehldiagnosen und Fehlversorgung

Fehlversorgung durch unzureichende Medikamentenüberwachung

IP1 setzte ihre Medikamente eigenständig ab, ohne ärztliche Rücksprache, was zu einer Verschlechterung ihrer Depression führte: *„Dann habe ich aufgehört, aber ich bin erneut in eine Depression gefallen“* (IP1: 301). Grund hierfür war ein Missverständnis: Während eines Facharztbesuchs, den sie ohne sprachliche Begleitung wahrnahm, fragte ihr Arzt, warum sie diese Medikamente einnehmen würde (IP1: 291). Die Befragte antwortete, dass er diese ihr

verschrieben habe und fühlte sich daraufhin verunsichert (IP1: 293). Aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse konnte sie keine weiteren Rückfragen stellen und entschied sich, die Medikamente abzusetzen. Eine Apothekerin wies sie darauf hin, dass diese Medikamente nicht ohne Rücksprache abgesetzt werden dürfen, und begleitete sie erneut zum Arzt. Der Arzt erklärte, er habe nicht erwartet, dass die Patientin das Medikament nach dem ersten Gespräch einfach absetzt. Das Medikament wurde erneut verschrieben, ergänzt durch ein weiteres Präparat. Die neuen Medikamente führten jedoch zu schweren Nebenwirkungen wie Herzrasen, was die Befragte dazu veranlasste, die Medikation erneut aus Angst abzubrechen: *„Er gab mir ein neues Medikament, aber ich hatte nicht den Mut, es einzunehmen. Es hatte Nebenwirkungen, mein Herz schlug schneller, deshalb hörte ich damit auf“* (IP1: 319-322). Sie äußerte zudem, dass ihr der Mut fehle, die Medikamente weiter einzunehmen. Auch der fehlende Mut lässt sich auf die sprachliche Barriere zurückführen.

Fehlmedikation

IP3 nahm über fünf Jahre hinweg falsche Psychopharmaka ein, was zu erheblichen körperlichen Beschwerden führte: *„Meine Beine zitterten ... ich konnte zum Beispiel die Treppen nicht hinuntergehen, entweder musste ich mit zwei Krücken gehen oder jemand musste mich am Arm stützen und hinunterhelfen“* (IP3: 44-45). Die Fehlmedikation wurde erst durch auftretende Nebenwirkungen und nach einem Wechsel zu einer psychiatrischen Ambulanz erkannt. Trotz wiederholter Besuche bei niedergelassenen Fachärzten blieb die Fehlversorgung über Jahre hinweg bestehen, was zu einer unnötigen Verschlechterung des Gesundheitszustands führte.

Fehlende Diagnosen und verspätete Behandlung

Die Beschwerden von IP4 wurden lange Zeit nicht als psychisch erkannt und ausschließlich auf körperliche Ursachen untersucht. Ihr wurde gesagt, ihr fehle nichts: *„Hier ging ich zu Hausärzten, und sie sagten, ich hätte nichts. Sie schickten mich zum Röntgen, aber kam ihnen nie in den Sinn, dass es von den Nerven (Anm.: psychologisch) kommen könnte?“* (IP4:132-133). Erst in der Türkei wurde die Diagnose Depression gestellt, da die Befragte sich im österreichischen Gesundheitssystem nicht verstanden fühlte: *„Hier ging ich zum Arzt, aber sie haben nichts gemacht“* (IP4: 53-54).

Auswirkungen der Fehlversorgung

Alle Befragten berichten von erheblichen emotionalen und körperlichen Belastungen, die durch Fehldiagnosen oder unzureichende Versorgung verursacht wurden. Insbesondere IP4 und IP2 fühlten sich im österreichischen Gesundheitssystem nicht ernst genommen, was sie dazu

veranlasste, medizinische Hilfe in der Türkei zu suchen. In den Fällen von IP1 und IP3 spielten externe Personen wie eine Apothekerin eine entscheidende Rolle, um auf Fehlversorgungen aufmerksam zu machen und geeignete Maßnahmen zu initiieren.

4.4.7 Eigenverantwortung- Umgang mit Medikamenten

Das eigenständige Absetzen von Medikamenten erfolgte häufig ohne ärztliche Rücksprache, da Sprachbarrieren eine klare Kommunikation erschwerten. Unsicherheiten führten dazu, dass die Betroffenen eigenständig Entscheidungen trafen, was in einigen Fällen zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führte, etwa durch Rückfälle in depressive Episoden oder Symptome wie Schlaflosigkeit, Herzrasen und Ängste. Gründe für das Absetzen waren Kommunikationsprobleme, Nebenwirkungen, mangelnde Wirkung und Angst vor Abhängigkeit. IP1 entschied mehrmals, Medikamente eigenständig abzusetzen. Das Absetzen führte jedoch zu Symptomen wie Schlaflosigkeit und Ängsten: *„Das war sehr schwierig. Ich konnte nicht mehr schlafen, Angstzustände, Schweißausbrüche fingen an“* (IP1: 186). Während eines Arztgesprächs konnte sie aufgrund fehlender Deutschkenntnisse keine Rückfragen stellen und war unsicher, ob der Arzt sie richtig verstanden hatte. Diese Unsicherheit führte dazu, dass sie ihre Medikamente absetzte: *„Ich teilte es dem Arzt mit. Er meinte, es sei eine große Leistung, selbst damit aufhören zu können; aber schließlich fiel ich erneut in eine Depression“* (IP1: 192). Informationen aus ihrem Umfeld, die auf eine potenzielle Abhängigkeit durch Medikamente hinwiesen, verstärkten ihre Entscheidung gegen die Einnahme: *„In meinem Umfeld bekam ich mit, dass das (Anm.: die Medikamente) abhängig macht; deshalb hörte ich damit auf“* (IP1: 182-183). IP3 setzte Medikamente ohne Rücksprache ab, da er keine Klarheit über seine Behandlung hatte und sich unsicher fühlte. IP5 empfand die Medikamente als zu stark und litt unter erheblichen Nebenwirkungen wie Benommenheit und dem Gefühl, dass *„das Gehirn taub sei“* (IP5: 91). Unsicherheit und fehlende Rücksprache mit Ärzt*innen führten auch bei ihr dazu, dass sie die Medikamente eigenständig absetzte, da sie nicht sicher war, ob ihre Beschwerden ausreichend ernst genommen wurden: *„Sie gaben mir falsche, schwere Medikamente“* (IP5: 101). IP6 setzte Medikamente ab, da sie keine Verbesserung ihres Zustands bemerkte und unsicher war, ob die verschriebenen Medikamente überhaupt die richtige Behandlung darstellten: *„Ich habe das selbst entschieden, weil mich das Medikament nicht glücklich gemacht hat“* (IP6: 82).

4.4.8 Zugangsbarrieren

Die am häufigsten genannten Barrieren sind finanzielle und sprachliche Hindernisse, Informationsdefizite sowie das Fehlen von Dolmetscherunterstützung. Die Kosten für Psychotherapie und Sprachkurse stellten für IP1 eine erhebliche Hürde dar. Obwohl sie einen Sprachkurs besucht hatte, empfand sie die finanzielle Belastung als groß: *„Ich würde zur Psychotherapie gehen, aber es ist teuer“* (IP1: 324). *„Ich wollte einen Deutschkurs besuchen, aber 350 Euro waren mir zu teuer. Ich habe nur einmal einen Kurs besucht“* (IP1: 22-23). IP4 musste die muttersprachliche Psychotherapie nach zwei Jahren aufgrund finanzieller Schwierigkeiten beenden, obwohl weiterhin ein Bedarf bestand. Sprachliche Schwierigkeiten führten dazu, dass die Befragten ihre Beschwerden nicht adäquat ausdrücken konnten. IP1: *„Also gut, du sagst irgendetwas mit Gesten (Handbewegungen), aber versteht der Arzt das oder nicht?“* (IP1: 66-67). Ohne ausreichende Deutschkenntnisse griffen IP2 und IP6 auf schriftliche Notizen – Übersetzungen ihrer Nachbarn oder Kinder- oder die Hilfe ihrer Kinder zurück, um ihre Anliegen zu verdeutlichen: *„Ich konnte mich hier nicht ausreichend ausdrücken; ich notierte es (Anm.: deutsch) auf einen Zettel und ging damit zum Arzt“* (IP6: 63-64); *„manchmal ließ ich es Nachbarn schreiben (Anm.: übersetzen), und manchmal meine Kinder“* (IP6: 66-67). *„Wenn es etwas gibt, das ich nicht verstehe, schreibe ich mir das auf und frage meine Kinder“* (IP2: 192-193). Fehlende Informationen über die Abläufe im Gesundheitssystem und mangelnde Anleitung durch den Hausarzt führten dazu, dass IP2 notwendige Facharztbesuche nicht wahrnahm: *„Hier ging ich nicht zum (Anm.: Facharzt), weil ich es nicht wusste. Der Hausarzt hat mich auch nicht darauf aufmerksam gemacht, oder ich konnte mich nicht entsprechend ausdrücken“* (IP2: 79-80). IP6 war auf die Unterstützung ihres sozialen Umfelds angewiesen, um Zugang zum Gesundheitssystem zu finden: *„Wie wir einen Arzt aufsuchen mussten, haben uns die Arbeitskollegen meines Mannes vermittelt“* (IP6: 6). Zudem konnte sie ihre Anliegen nur schwer vermitteln und beschreibt die Belastung durch sprachliche Missverständnisse und das Fehlen einer sprachlichen Unterstützung: *„Ich konnte die Sprache nicht (...), deshalb hätte ich mir einen professionellen Dolmetscher beim Arzt gewünscht“* (96-99).

4.4.9 Zufriedenheit mit der Behandlung

Die Zufriedenheit mit der Behandlung variiert stark zwischen den Befragten und ist durch die Qualität der Kommunikation und den Zugang zu unterstützenden Maßnahmen geprägt. IP6 zum Beispiel äußert deutliche Unzufriedenheit mit ihrer Behandlung. Sie fühlte sich nicht ausreichend verstanden und kritisiert, dass ihr Arzt nur Medikamente verschrieb, ohne auf ihre

individuellen Bedürfnisse einzugehen: *„Ich hätte mir gewünscht, dass mir der Arzt mehr zuhört; er hingegen hat mir nur Medikamente verschrieben und hat mich weggeschickt“* (IP6: 73-74). Aufgrund der mangelnden Wirkung der Medikamente wurde sie von ihrem Ehemann zeitweise zur Behandlung in die Türkei geschickt, wo sie offenbar auf mehr Verständnis und Unterstützung hoffte. Im Gegensatz dazu zeigte sich IP5 insgesamt zufrieden mit ihrer Behandlung. Nach einem sechswöchigen stationären Aufenthalt erhielt sie Psychotherapie im Einzelsetting, die sie als hilfreich empfand. Sprachliche Hürden konnte sie teilweise überwinden, indem sie ihre Tochter oder ihren Sohn zu Terminen mitnahm. Ein professioneller Dolmetschdienst wurde ihr jedoch nicht angeboten. Während ihres stationären Aufenthalts soll es türkischsprachige Personen gegeben haben, die bei der Sprachmittlung halfen. Allerdings war unklar, ob es sich dabei um ausgebildete Dolmetscher*innen handelte oder um anderes Personal, das diese Aufgabe übernahm.

4.4.10 Rolle der Sprache – Einfluss auf die Behandlung

Die Sprache spielte für die Befragten eine zentrale Rolle in ihrer medizinischen Behandlung, insbesondere bei der Kommunikation mit Ärzt*innen und der Vermittlung von Beschwerden. Fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse führten häufig zu Missverständnissen, Unsicherheiten und einem Gefühl des Nicht-Verstanden-Werdens. IP1 beschreibt deutliche Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit Ärzt*innen, da es ihr schwerfiel, die richtigen Worte zu finden. Sie hatte oft das Gefühl, dass die Ärzt*in sie nicht vollständig verstand. Diese Sprachbarrieren führten auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung, wie z.B. beim Frauenarztbesuch, zu Missverständnissen. IP2 nutzt technologische Hilfsmittel wie Übersetzungs-Apps, um sprachliche Hürden zu überwinden. Dennoch stößt er insbesondere bei Fachbegriffen auf Verständnisprobleme und ist oft auf die Unterstützung seiner Kinder angewiesen, die Begriffe für ihn übersetzen. Dies verdeutlicht den Einfluss sprachlicher Defizite auf die Eigenständigkeit und das Vertrauen in die Behandlung. IP3 hatte häufig das Gefühl, insbesondere bei psychischen Problemen nicht verstanden zu werden: *„Manchmal denke ich, sie sagen zwar: ‚Ja, ich verstehe Sie‘, aber in meinem Kopf bleiben Fragezeichen. Ich frage mich, ob sie mich besser verstanden hätten, wenn ich anders gesprochen hätte. Aber am Ende bin ich es, der immer wieder fragt: ‚Haben Sie mich verstanden? Verstehen Sie alles, was ich gesagt habe?‘ Sie antworten: ‚Ja, wir haben es verstanden‘“* (IP3: 256-258). Die Einnahme von Psychopharmaka führte zu Vergesslichkeit, weshalb er auf die Unterstützung seiner Ehepartnerin angewiesen war. Diese sprach jedoch noch weniger Deutsch: *„Sie hat dann wie Tarzan in einem gebrochenen Deutsch erzählt, aber sie haben mich dann verstanden“* (IP3:

322-323). Die Bezeichnung „Tarzan-Deutsch“ verdeutlicht die geringen Sprachkenntnisse, die in der Kommunikation zwar hilfreich und oft notwendig waren, jedoch nicht immer ausreichten. Dieses Beispiel zeigt, dass improvisierte Sprachmittlung zwar kurzfristig helfen kann, jedoch nicht alle Herausforderungen effektiv löst. In anderen medizinischen Bereichen, abgesehen von der Psychiatrie, empfand er die Kommunikation hingegen als weniger problematisch. IP4 entschied sich, ihre psychotherapeutische Behandlung schließlich bei einer muttersprachlichen (türkisch) Psychiaterin fortzusetzen, da sie sich im österreichischen Gesundheitssystem nicht ausreichend verstanden fühlte. Sie zweifelte an der Übersetzungsfähigkeit ihres Ehemanns, der sie oft begleitete, und beschrieb sowohl sprachliche als auch emotionale Barrieren (IP4: 95). Sprachliche Unterstützung erwies sich hier als essenziell, um Zugang zu einer adäquaten Behandlung zu finden. IP6 betont die Bedeutung sprachlicher Nähe und bevorzugt türkischsprachige Ärzt*innen, um Missverständnisse zu vermeiden. Sie berichtet von Situationen, in denen die Ärzt*in sie nicht richtig verstand oder ihre Anliegen unvollständig aufnahm. Gleichzeitig empfand sie es als belastend, ihre Kinder zur Sprachmittlung einzusetzen, da sie diese emotional nicht belasten wollte (IP6: 105-106). Die fehlende Kontrolle über die Genauigkeit der Übersetzung verstärkte ihr Unsicherheitsgefühl.

4.4.11 Erfahrungen mit Dolmetscher*innen – Wahrnehmung von Professionalität, Nutzen und Herausforderungen

Die Erfahrungen der Befragten mit Dolmetscher*innen zeigen ein gemischtes Bild, das von positiven Erlebnissen bis hin zu erheblichen Herausforderungen reicht. IP1 beschreibt die Anwesenheit einer professionellen Dolmetscher*in in einem Krankenhaus als sehr entlastend. Die Dolmetscher*in habe ihre Aussagen exakt an den Arzt weitergegeben, was die Kommunikation erheblich erleichterte (IP1: 177). Die Befragte hebt hervor, dass die Unterstützung der Dolmetscher*in ihr ein Gefühl der Sicherheit vermittelte und die Verständigung effizient machte (IP1: 177-178). Für viele Befragte war das Fehlen professioneller Dolmetscher*innen ein wiederkehrendes Problem. IP1 kritisiert, dass sie außerhalb eines Krankenhauses keine professionelle Unterstützung fand und stattdessen oft auf Angehörige oder Improvisation zurückgreifen musste: *„Ich ging immer allein oder mit meinem Mann (Anm.: zum Arzt); (...) es ist sehr schwierig eine Dolmetscher*in zu finden.“* (IP1: 60). IP2 vermied es, Dolmetscher*innen in Anspruch zu nehmen, da er die Professionalität der Dolmetscher*innen infrage stellte. Außerdem hinderte die Vertrautheit in kleineren

Örtlichkeiten den Befragten daran, persönliche Angelegenheiten über Dolmetscher*innen zu teilen. IP3 berichtet von einem Test zur Deutschkompetenz in einer psychosozialen Einrichtung. Ihm wurde mitgeteilt, dass eine Dolmetscher*in nicht erforderlich sei, da seine Deutschkenntnisse als ausreichend eingeschätzt wurden. Trotz mehrfacher Hinweise von IP3, dass er nur etwa 50 % verstehe und Deutsch ausschließlich von Arbeitskolleg*innen gelernt habe, wurde ihm versichert, dies reiche aus. Die Fachkräfte erklärten, sie könnten ihn verstehen, auch wenn die Satzstellung gelegentlich nicht korrekt sei. Auf die Nachfrage von IP3, ob die Ablehnung einer Dolmetscher*in aus Kostengründen erfolge, wurde dies verneint. Diese Situation führte bei IP3 zu erheblichen Unsicherheiten und Zweifeln, ob er in der medizinischen Versorgung tatsächlich angemessen verstanden wurde. In rechtlich relevanten Verfahren, wie beispielsweise bei Gutachten, stand hingegen immer eine Dolmetschung zur Verfügung. Dieser Umstand kontrastiert mit der zuvor erlebten Unsicherheit in psychosozialen Kontexten. IP3 schildert zudem eine negative Erfahrung mit einer Dolmetscherin bei der Antragstellung für einen Behindertenpass. Die Dolmetschung wurde von der Arbeiterkammer bereitgestellt. Trotz mehrfacher Bitten von IP3, ausschließlich das zu dolmetschen, was er gesagt habe, mischte sich die Dolmetscherin inhaltlich ein. Sie äußerte mehrfach, dass sein Antrag nicht akzeptiert werden könne, obwohl dies nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich lag. IP3 empfand dies als unangemessen und berichtete, dass die Dolmetscherin scheinbar die Rolle der zuständigen Sachbearbeiterin oder einer Anwältin übernommen habe. Diese Erfahrung führte dazu, dass er seine Unterlagen einpackte und die Situation verließ. Dies lässt vermuten, dass die Dolmetscherin möglicherweise mit den hierarchischen Anforderungen und dem Machtgefüge in diesem Kontext überfordert war. Zusätzlich berichtet IP3, dass ihm in der Psychotherapie keine Dolmetschung zur Verfügung gestellt wurde. Dies erschwerte die therapeutische Kommunikation erheblich, und IP3 wechselte daraufhin zweimal die Therapeut*in. IP4 wurde von ihrem Ehemann und gelegentlich von ihren Kindern begleitet. Auch IP5 nahm die Unterstützung ihres Sohnes oder ihrer Tochter in Anspruch, um ihre Beschwerden beim Arzt zu erklären. IP6 erklärt, dass sie in der medizinischen Versorgung nie professionelle Dolmetscher*innen erlebt habe, ja sogar nicht einmal von der Verfügbarkeit solcher wusste und häufig Missverständnisse befürchtete. Stattdessen griff sie auf Nachbarn, Nachbarskinder, ihre eigenen Kinder oder Bekannte zurück. Teilweise schrieb sie sich die übersetzten Begriffe auf und zeigte der Ärzt*in auf diese Art ihre Anliegen. Diese improvisierten Lösungen boten jedoch keine vollständige Sicherheit, da die Befragte unsicher war, ob ihre Anliegen korrekt gedolmetscht wurden. Besonders belastend war, dass sie ihre Kinder nicht mit persönlichen

Details belasten wollte, was die Kommunikation weiter einschränkte. Dies führte zu Frustration und einem Gefühl der Hilflosigkeit.

Die Befragten betonen die Notwendigkeit professioneller und neutraler Dolmetscher*innen, um Barrieren in der medizinischen Versorgung zu überwinden. Während positive Erfahrungen mit professionellen Dolmetscher*innen selten, aber hilfreich waren, überwiegt der Eindruck, dass ein Mangel an professionellen Angeboten besteht. Die Improvisation durch Familienmitglieder und Bekannte konnte nur bedingt Abhilfe schaffen und brachte oft neue Herausforderungen mit sich.

*4.4.11.1 Vertrauen und Hemmungen gegenüber Dolmetscher*innen*

Die befragten Personen äußern gemischte Gefühle hinsichtlich ihres Vertrauens und möglicher Hemmungen gegenüber Dolmetscher*innen. Während einige diese als wichtige Unterstützung empfinden, bestehen auch Unsicherheiten und Bedenken. IP1 (220-222) schildert ein grundsätzlich hohes Vertrauen in Dolmetscher*innen. Sie betont, dass sie sich in Gegenwart einer Dolmetscher*in, der sie vertraut, leichter öffnen könne. IP5 (192) gibt an, dass sie einer hausinternen Dolmetscher*in des Krankenhauses vertrauen würde. IP6 (127-129) hebt hervor, dass sie einer beeidigten Dolmetscher*in vertraut, da diese durch ihre Verpflichtung zur Verschwiegenheit Sicherheit bietet.

Trotz des allgemeinen Vertrauens gibt es auch Unsicherheiten. IP1 (253-254) erwähnt, dass sie sich bei sensiblen Themen wie Frauenleiden eine weibliche Dolmetscher*in wünschen würde. Sie ist sich bewusst, dass Dolmetscher*innen die Verantwortung haben, ihre Aussagen vertraulich und korrekt weiterzugeben, hat aber dennoch Bedenken, dass dies nicht immer gewährleistet ist: *„Ich habe ihr (Anm.: der Dolmetscher*in) mein Anliegen geschildert, und sie hat es dem Arzt weitergegeben. Wenn sie es korrekt übermittelt hat, freue ich mich. Aber das liegt auch an ihrer Menschlichkeit (Anm.: Charakter). Sie könnte es draußen weitererzählen. Letztendlich ist es ja nichts Schlimmes. Ich habe diese Krankheit durchgemacht und leugne es auch nicht“* (IP1: 280-283). IP2 (146-148) berichtet von einem bewussten Verzicht auf Dolmetscher*innen, die nicht als professionell wahrgenommen wurden. Zudem war er in einem kleinen Ort besorgt, dass vertrauliche Informationen durch bekannte Dolmetscher*innen nicht ausreichend geschützt werden könnten. IP3 äußert sich ganz klar im Hinblick auf den Einsatz in bestimmten Organisationen: *„Solchen Dolmetscher*innen wie bei der Arbeiterkammer zum Beispiel, denen vertraue ich nicht“* (IP3: 326-327). IP6 äußert ebenfalls Bedenken gegenüber nicht-professionellen Dolmetscher*innen, insbesondere, wenn es sich um Bekannte handelt.

Sie befürchtet, dass diese private Informationen weitergeben könnten (IP6: 146-147). Zudem besteht Unsicherheit darüber, ob eine Dolmetscher*in ihre Aussagen korrekt dolmetscht.

Die befragten Personen empfinden professionelle Dolmetscher*innen grundsätzlich als hilfreiche und vertrauenswürdige Unterstützung. Beeidigte Dolmetscher*innen genießen aufgrund ihres rechtlichen Status besonderes Vertrauen. Gleichzeitig bestehen Hemmungen gegenüber Dolmetscher*innen, die nicht professionell sind, da die Wahrung der Vertraulichkeit und die korrekte Dolmetschung nicht immer garantiert scheinen. Sensible Themen und das Geschlecht der Dolmetscher*in nehmen zusätzlich Einfluss auf das Vertrauen und die Bereitschaft zur Offenheit.

*4.4.11.2 Erwartungen an Dolmetscher*innen – Eigenschaften, Verhalten, Neutralität*

Die Befragten äußern vielfältige Erwartungen an Dolmetscher*innen, die fachliche, persönliche und emotionale Aspekte umfassen. Neutralität, Genauigkeit, Professionalität, Empathie und kulturelle Nähe spielen eine zentrale Rolle. IP2 (217-218) betont, dass die politische und religiöse Einstellung der Dolmetscher*in für ihn irrelevant sei und ihn nichts angehe. Auch für IP1 ist die ethnische Herkunft des Dolmetschers ohne Bedeutung. Es sei egal, ob er/ sie Türk*in, Kurd*in sei oder eine andere Herkunft habe (IP1: 249).

4.4.11.2.1 Neutralität und Genauigkeit

Eine präzise und unverfälschte Wiedergabe der Aussagen steht für die Befragten im Mittelpunkt. IP1 wünscht sich, dass die Dolmetscher*in ihre Worte „ohne eigene Meinung“ und „genau so an die Ärzt*in weitergibt, wie sie gesagt wurden“ (IP1: 273). IP3 betont, dass er von Dolmetscher*innen erwartet, präzise und wörtlich zu übersetzen, ohne persönliche Interpretationen einzubringen: „Was auch immer ich gesagt habe, gib es genauso weiter,“ und was sie mir gesagt haben, gibst du genauso an mich weiter (IP3: 286-287). (..) „Das erwarte ich von einem Dolmetscher: meine Worte klar und gut an die andere Seite zu übermitteln. Ja, so wie sie sind. Wenn ich kein bisschen Deutsch könnte, würde ich es glauben. Aber ich verstehe Deutsch, ich bin seit 30 Jahren hier. Manchmal merke ich, dass sie nicht das wiedergeben, was ich gesagt habe, sondern es auf eine andere Weise ausdrücken, also wirklich anders ausdrücken“ (IP3: 330- 333). In der genauen Dolmetschung sieht er die Möglichkeit, frühzeitigere Diagnosen und bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen: „Was hätte sich ändern können (Ann.: beim Einsatz einer professionellen Dolmetschung)? Bei meiner Krankheit hätte vielleicht eine frühere Diagnose gestellt werden können“ (IP3: 352-353). Für IP5 (176) ist es wichtig, dass die Dolmetscher*in alles korrekt übersetzt. Sie gibt zusätzlich an,

dass sie mit einer Dolmetscher*in viel entspannter ihr Problem zur Sprache bringen könnte (IP5: 164). Die präzise Vermittlung wird von den Befragten als entscheidender Vorteil angesehen. IP2 fasst dies treffend zusammen: *„Mit einem Dolmetscher kannst du dein Anliegen bis ins kleinste Detail, Punkt und Komma genau erklären. Das heißt, du schilderst es richtig, wirst richtig verstanden und kannst entsprechend handeln“* (IP2: 158-159).

4.4.11.2.2 Professionalität und fachliche Kompetenz

Die Befragten legen großen Wert auf die Qualifikation der Dolmetscher*innen. IP2 betont: *„Das heißt, sie sollten ausreichend Wissen und Qualifikationen haben. Also eine angemessene Ausbildung“* (IP2: 216-217). IP2 und IP5 fordern zudem, dass Dolmetscher*innen ehrlich und vertrauenswürdig sind *„Ich muss sicher sein, dass er/sie ehrlich ist. ...Für mich ist es wichtig, dass ehrlich und klar übersetzt wird“* (IP2: 216; IP5: 231). Für IP4 ist ebenfalls wichtig, dass Dolmetscher*innen in ihrem Fachbereich kompetent sind. IP3 (376-377) ergänzt, dass sie eine formale Ausbildung und eine entsprechende Zertifizierung haben sollten.

4.4.11.2.3 Empathie und persönlicher Hintergrund

IP6 betont die Bedeutung von Empathie und persönlicher Erfahrung. Sie glaubt, dass eine Dolmetscher*in, die ähnliche Lebenserfahrungen gemacht hat, besser in der Lage ist, ihre Situation zu verstehen. Außerdem bevorzugt sie Dolmetscher*innen aus derselben kulturellen und religiösen Gemeinschaft, was für sie Vertrautheit und Sicherheit schafft (IP6: 111-114).

*4.4.11.2.4 Bevorzugtes Geschlecht und Alter von Dolmetscher*innen*

Für einige Befragte spielt das Geschlecht der Dolmetscher*innen eine Rolle, insbesondere bei sensiblen Themen. IP6 bevorzugt bei Frauenleiden eine Dolmetscherin: *„Die Dolmetscherin sollte eine Frau sein; ich denke, eine Frau versteht mich besser“* (IP6: 111). Auch IP5 und IP4 stimmen darin überein, dass eine Frau bei bestimmten Anliegen besser geeignet ist. Gleichzeitig bevorzugen IP1, IP5 und IP6 erfahrene und ältere Dolmetscher*innen, da sie glauben, dass diese aufgrund ihrer Lebenserfahrung besser geeignet sind. IP6 meint: *„Die Dolmetscherin sollte erfahren sein, ein junger Mensch kann meine Erlebnisse/Erfahrungen nicht nachvollziehen...Die Dolmetscherin sollte mittleren Alters sein, je älter, desto erfahrener“* (IP6: 116-119). IP2 und IP3 hingegen sehen im Geschlecht keinen Unterschied (IP2: 225; IP3: 367).

4.4.11.2.5 Aktive Unterstützung

Einige Befragte erwarten, dass Dolmetscher*innen nicht nur neutral vermitteln, sondern auch aktiv ihre Interessen vertreten. IP6 betont: *„Die Dolmetscherin sollte mich vertreten und meine Seite einnehmen (...) Sie sollte mich nach außen hin vertreten, um auch mein Vertrauen zu gewinnen (IP6: 159-161). Ähnlich formuliert IP4: „Natürlich sollte sie mich, wenn es nötig ist, gegenüber der anderen Seite schützen. (...) sollte sie mich gegenüber der anderen Seite verteidigen“ (IP4: 175-176). Für IP5 (182) ist es ebenfalls wichtig, dass die Dolmetscher*in aktiv unterstützt: „Natürlich möchte man, dass sie hilft“ Auch IP2 (174) gibt an, dass er sich erwartet, vom Dolmetscher richtige Informationen zu erhalten.*

Trotz dieser Erwartungen berichten einige Befragte von Unsicherheiten und Misstrauen gegenüber Dolmetscher*innen. Die Befragten erwarten von Dolmetscher*innen eine präzise, professionelle und neutrale Arbeitsweise. Persönliche Eigenschaften wie Empathie, kulturelle Nähe und Lebenserfahrung werden als wichtige Qualifikationen angesehen. Herausforderungen wie Misstrauen gegenüber der Professionalität und Neutralität sowie Unsicherheiten bei sensiblen Themen zeigen, dass qualifizierte Dolmetschung im Gesundheitssystem nicht nur eine funktionale, sondern auch eine emotionale Komponente hat.

4.4.12 Vergleich zu bekannten Personen

Die Befragten schildern unterschiedliche Erfahrungen und Perspektiven im Umgang mit professionellen Dolmetscher*innen und Laiendolmetscher*innen wie Familienmitgliedern oder Bekannten. Einige ziehen es vor, in bestimmten Situationen Familienmitglieder oder Bekannte als Sprachmittler*in einzusetzen. Dabei sehen sie sowohl Vorteile als auch Nachteile, die oft von der jeweiligen Beziehung, der Situation und den individuellen Bedürfnissen abhängen. Vorteile sind die Verfügbarkeit und Vertrautheit dieser Personen, besonders in einfachen Situationen. Nachteile betreffen die mangelnde Professionalität, mögliche Verletzungen der Privatsphäre und emotionale Belastungen, insbesondere für Kinder.

Vorteile: Vertrautheit und Erleichterung im Austausch

Ein häufiger Vorteil, der genannt wird, ist die Vertrautheit mit der Person, die dolmetscht. IP1 betont: *„Ein vertrauter Dolmetscher wäre besser“ (IP1: 264). Sie erzählt von einer positiven Erfahrung während der stationären Behandlung, wo eine andere Patientin - selbst depressiv - für sie gedolmetscht hat und so die Verständigung einfacher erfolgte: „Zum Beispiel war dort ### abla, sie war selbst krank, aber hat für mich gedolmetscht. Wir haben uns leichter*

verständigt“ (IP1: 128-130). (Anm.: Der türkische Begriff *abla* bedeutet wörtlich „ältere Schwester“, wird jedoch auch als respektvolle Anrede für Frauen verwendet, die älter als die sprechende Person sind, unabhängig vom genauen Altersunterschied. Die Bezeichnung drückt Höflichkeit und soziale Nähe aus und ist vergleichbar mit *ağabey/ abi* für ältere Männer). Auch IP5 sieht Vorteile, wenn enge Angehörige zur Verfügung stehen: *„Wenn jemand zu Hause ist, zum Beispiel mein eigenes Kind, könnte man diese Person mitnehmen. Ich denke, man müsste dann niemanden extra suchen“* (IP5: 207-208). Für IP2 ist es eine praktische Lösung, auf die Unterstützung seiner Kinder zurückzugreifen. Allerdings bei sehr persönlichen Themen würde er eine professionelle Dolmetschung vorziehen: *„Ich lasse mich von meinen Kindern unterstützen, aber wenn es sehr privat/persönlich ist, ziehe ich professionelle Hilfe vor“* (IP2: 180-183).

Nachteile: Mangelnde Professionalität und emotionale Belastung

Gleichzeitig äußern die Befragten auch Bedenken gegenüber der Nutzung von Familienmitgliedern oder Bekannten als Dolmetscher*innen. Ein häufiger Kritikpunkt ist der fehlende professionelle Hintergrund. IP1 zweifelt zudem an der Kompetenz von Dolmetscher*innen, die sich als professionell ausgeben: *„Ich weiß nicht, ob sie offiziell zertifiziert sind, aber ich halte sie nicht für professionell“* (IP1: 239). IP6 teilt eine ähnliche Sorge, vor allem in Bezug auf Vertraulichkeit: *„Bei einer bekannten Person hatte ich immer Angst, dass sie das, was ich gesagt habe, anderen weitererzählt“* (IP6: 149-150). Ein weiterer Nachteil ist die emotionale Belastung für die Beteiligten, insbesondere für Kinder. IP6 bedauert, dass ihre Kinder oft als Dolmetschende einspringen mussten: *„Ich war traurig, wenn meine Kinder dolmetschen mussten und Zeuge solcher Situationen wurden“* (IP6: 105). Aus diesem Grund hat sie darauf geachtet, ihnen nicht alles mitzuteilen: *„Ich habe meinen Kindern nicht alles eins zu eins erzählt, weil ich sie nicht belasten wollte“* (IP6: 106). Manchmal wurde sie auch von älteren Kindern der Nachbarn begleitet. IP2 (182) schildert ebenfalls, dass er sich bei sensiblen Themen unwohl fühlt, wenn die Kinder involviert sind.

4.4.13 Bedarfe an Sprachmittlung: Situationen, in denen Dolmetscher*innen gewünscht wurden

Die Befragten schildern zahlreiche Situationen, in denen sie sich die Unterstützung durch professionelle Dolmetscher*innen gewünscht hätten. Diese Bedarfe betreffen vor allem medizinische und soziale Kontexte, in denen Sprachbarrieren die Kommunikation erschwerten und das Verstehen sowie die Vermittlung von Anliegen behinderten. IP1 (204-205) beschreibt Schwierigkeiten beim Frauenarzt: *„Man geht zum Frauenarzt, aber die eigenen*

*Deutschkenntnisse sind nicht perfekt (...) eine Dolmetscher*in wäre hilfreich gewesen“ (211).* Sie betont, dass sie sich mit Dolmetscher*innen besser hätte ausdrücken können. Auch IP4 (145) berichtet von ähnlichen Erfahrungen und hätte sich beim Frauenarzt die Unterstützung durch eine Dolmetscher*in gewünscht. Sie wurde von ihrem Ehemann begleitet und betont, dass auch sein Deutsch nur eingeschränkt sei und er auch aus Verlegenheit nicht all ihre Anliegen der Ärztin weitergab (IP4: 155-158). Für IP6 war der fehlende Zugang zu Dolmetscher*innen eine Belastung. Sie erklärt: *„Ja, wenn mir ein Dolmetscher geholfen hätte, wäre ich vielleicht nicht so lange traurig gewesen, hätte nicht die Freude am Leben verloren (...); es macht mich sehr traurig, weil sie mich nicht verstanden haben; die Ärzte konnten mich nicht verstehen, weil ich die Sprache nicht kannte, und selbst als ich die Sprache lernte, konnte ich mich nicht ausdrücken. Und ich bin sehr wütend auf mich selbst, weil ich mein Kind, das für mich dolmetschte, damit auch belastet habe. Damals war ich nicht wütend, aber natürlich war ich traurig und frustriert darüber, dass ich mich nicht ausdrücken konnte. Ich ärgerte mich auch über mich selbst, weil ich nicht wusste, ob das gedolmetschte Wort richtig war oder nicht“ (IP6: 96-102).* Sie bedauert, dass ihre Kinder häufig einspringen mussten und glaubt, dass eine Dolmetscher*in auch ihre emotionalen Belastungen hätte verringern können.

Neben dem medizinischen Bereich äußerten die Befragten auch in sozialen und administrativen Situationen den Bedarf an Dolmetschung. IP3 berichtet von Erfahrungen bei Gutachten der Pensionskasse: *„Zum Beispiel bei Gutachten wie bei der Pensionskasse. Wenn meine befristete Pension (Anm.: Invalidenpension) endet, werde ich zum Gutachten eingeladen. Ich frage vorher, ob ein Dolmetscher da ist, aber dann heißt es, es geht ohne Dolmetscher“ (IP3: 313-316).* Obwohl ihm gesagt wurde, dass eine Dolmetschung nicht notwendig sei, hätte er sich diese Unterstützung gewünscht: *„Ich wünschte, es hätte einen Dolmetscher gegeben, es wäre besser gewesen“ (IP3: 318-319).*

Auf die Frage, wo man professionelle Dolmetscher findet

Die meisten Befragten wissen nicht, wie sie professionelle Dolmetscher*innen finden können. IP1 wisse es selbst nicht, ihr Mann wüsste das (IP1: 233). IP2 hebt hervor, dass er oft nicht wusste, wo er professionelle Unterstützung finden konnte: *„Ich weiß nicht, wer diese Arbeit in ### jetzt professionell macht.“* Er nennt jedoch erste Anlaufstellen wie die Arbeiterkammer oder Sozialberater: *„Zuerst denkt man an die Arbeiterkammer oder Sozialberater“ (IP2: 202-207).* Ähnlich äußert sich IP3: *„Vielleicht würde ich es in kahvehanes erfahren oder auf Veranstaltungen wie Hochzeiten oder Feiern“ (IP3: 345).* Er betont, dass er selbst noch nie eine Dolmetschung arrangiert hat, teilweise aus finanziellen Gründen, und unsicher ist, ob die

gefundenen Dolmetscher*innen professionell wären. Kaffeehäuser (türkisch: kahvehane/kıraathane) waren/sind insbesondere für Männer der ersten und zweiten Generation ein zentraler Ort der sozialen Interaktion, an dem Austausch möglich war/ist. Ähnliches gilt für Hochzeiten, die traditionell oft mit mehr als 500 Gästen gefeiert wurden und als wichtige Treffpunkte für soziale Netzwerke innerhalb der Gemeinschaft dienten. Diese Orte und Anlässe waren essenziell für die Pflege von Kultur, Identität und sozialem Zusammenhalt in der Diaspora. IP5 gibt ebenfalls zu, dass sie nicht weiß, wie man professionelle Dolmetscher*innen aufsuchen kann (IP5: 201). Diese Unsicherheiten verdeutlichen, dass viele Menschen Schwierigkeiten haben, Zugang zu qualifizierter Dolmetschung zu erhalten. Die Befragten betonen den hohen Bedarf an Dolmetschdiensten. Sprachbarrieren führten nicht nur zu Verständigungsproblemen, sondern auch zu emotionalen Belastungen. Der Einsatz professioneller Dolmetscher*innen wird als zentrale Unterstützung angesehen, um präzise Kommunikation zu gewährleisten, Missverständnisse zu vermeiden und eine angemessene Betreuung zu ermöglichen. Gleichzeitig zeigt sich, dass es häufig an Informationen und Zugängen zu professionellen Dolmetscher*innen mangelt, was die Situation für viele Betroffene zusätzlich erschwert.

5 Diskussion

Ziel dieser Untersuchung war es, den Dolmetschbedarf von türkischen Migrant*innen erster und zweiter Generation in der psychosozialen Versorgung zu ermitteln. Die erhobenen Daten geben Einblicke in die Zugangsbarrieren, die Erwartungen an Dolmetscher*innen sowie die individuellen Strategien der Befragten, diese Hindernisse zu überwinden. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse eingeordnet, ihre Bedeutung für Theorie und Praxis diskutiert und mögliche Lösungswege, die in der Literatur vorgeschlagen werden, beleuchtet.

Migrationsbedingte Erfahrungen

Die erhobenen Daten zeigen, dass migrationsbedingte Belastungen sowie arbeitsplatzbezogene und familiäre Trennungen bzw. Stressfaktoren entscheidende Rollen in der psychischen Gesundheit der Befragten spielen. Als psychische Belastungsfaktoren werden unter anderem Unsicherheiten im Aufenthaltsstatus, Angst vor Jobverlust und Anforderungen von Akkordarbeit genannt. Dies bestätigt die Aussagen von Herold et al. (2022), die in ihrer systematischen Übersicht die Verbindung zwischen arbeitsplatzbezogenem Stress und mentaler Gesundheit bei Migrant*innen und Geflüchteten in Europa herausstellen. Zusätzlich verdeutlicht der Fall von IP6, dass Einsamkeit und soziale Isolation die psychische Gesundheit stark beeinträchtigen können. Die Bedeutung von sozialer Unterstützung für die psychische Stabilität wird in der Literatur oftmals aufgegriffen (vgl. Kienle et al. 2006; Borgmann et al. 2017). Die Ergebnisse zeigen auch, dass neben der Krankheitsgeschichte selbst, bei der Diagnose von psychischen Beschwerden auch migrationsspezifische Faktoren wie Migrationsmotivation, Lebensbedingungen und Verständigungsschwierigkeiten etc. zu beachten sind (vgl. Bhugra et al. 2014; Gün 2018).

Rolle der Sprache und Fehlversorgung

Anhand der Interviews wurde festgestellt, dass sprachliche Barrieren einen erheblichen Einfluss auf die psychosoziale Versorgung haben und oft mit Missverständnissen, Fehlversorgung und Fehldiagnosen einhergehen. Dies steht im Einklang mit der Studie von David et al. (2021), wo aufgezeigt wird, dass Migrant*innen aus der Türkei ihre Deutschkenntnisse als besonders schlecht einschätzen. Auch Wolf und Özkan (2012) betonen, dass Migrant*innen psychosoziale Versorgungsangebote oft aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse nicht wahrnehmen können (vgl. Angelelli 2014).

Fehlende Sprachkenntnisse führten bei den Befragten zu Unsicherheiten in der Vermittlung ihrer Beschwerden. Dies schwächte das Vertrauen in die Diagnosen und Behandlungen, da die Patient*innen das Gefühl hatten, nicht verstanden zu werden. Häufig mussten sie auf Laiendolmetscher*innen oder improvisierte Lösungen wie Übersetzungs-Apps zurückgreifen, was die Gefahr von Missverständnissen erhöhte (Wassermann et al. 2014). So berichtet IP3, dass er besonders bei psychischen Problemen nicht sicher war, ob die Ärzt*innen seine Anliegen korrekt erfasst hatten, während er bei anderen gesundheitlichen Anliegen weniger Schwierigkeiten empfand.

Kommunikationsprobleme trugen auch direkt zu Fehldiagnosen und Fehlversorgung bei. Kluge (2014) hebt hervor, dass Fehler in der Dolmetschung bisher wenig untersucht sind, ihre Relevanz jedoch nicht zu unterschätzen ist. Die Untersuchung bestätigt diesen Aspekt: IP4 erhielt über längere Zeit keine adäquate Behandlung, da ihre Beschwerden fälschlicherweise als rein körperlich diagnostiziert wurden. Erst in ihrer Muttersprache wurde die psychische Komponente ihrer Beschwerden erkannt. IP1 erlebte ähnliche Probleme, als sie Medikamente aufgrund von Missverständnissen mit ihrem Arzt bzw. mangelnder Möglichkeit zur Klärung eigenständig absetzte, was zu einem Rückfall in depressive Episoden, zusätzlichen Symptomen und einer allgemeinen Verschlechterung ihrer Gesundheit führte. IP erhielt über fünf Jahre hinweg falsche Medikamente.

Die Abhängigkeit von unzureichenden Lösungen hinsichtlich der Sprachbarriere führte dazu, dass viele Befragte den Zugang zum psychosozialen Gesundheitssystem als schwierig empfanden. Das Heranziehen von Laiendolmetscher*innen, wie Familienmitgliedern, brachte zusätzliche emotionale Belastungen mit sich, insbesondere bei sensiblen Themen. Beispielsweise empfand IP 6 es als belastend, ihre Kinder zur Sprachmittlung einzusetzen, da sie diese emotional schützen wollte. Solche Erfahrungen unterstreichen die Bedeutung von professioneller Sprachmittlung, um eine qualitativ hochwertige und vertrauensvolle psychosoziale Versorgung zu gewährleisten.

Zugangsbarrieren

Hinsichtlich der Zugangsbarrieren schilderten die Befragten vier zentrale Herausforderungen: finanzielle Hürden, sprachliche Hindernisse, Informationsdefizite und fehlende Dolmetschdienste. Genau diese Barrieren werden auch in der Fachliteratur weitreichend thematisiert (vgl. Kahraman 2008; Morina et al. 2010; Menz et al. 2013). Die Kosten für Psychotherapie und Sprachkurse wurden von einigen Befragten als große Belastung

wahrgenommen. IP1 berichtet, dass sie aufgrund hoher Kosten keinen regelmäßigen Zugang zu Therapie oder Sprachkursen hatte. Auch IP4 musste ihre muttersprachliche Psychotherapie nach zwei Jahren aus finanziellen Gründen abbrechen, obwohl der Bedarf weiterhin bestand (vgl. Schouler-Ocak & Aichberger 2015). Fehlende Deutschkenntnisse erschwerten die Kommunikation mit medizinischem Personal erheblich. Die Befragten griffen häufig auf Gesten, Handbewegungen oder schriftliche Notizen zurück, um ihre Anliegen zu verdeutlichen – eine Lösung, die jedoch nur bedingt funktionierte und keine nachhaltige Unterstützung bot. Einige Befragte gaben an, nicht ausreichend über die Abläufe im Gesundheitssystem informiert gewesen zu sein. So führte ein Mangel an klaren Anweisungen durch den Hausarzt dazu, dass notwendige Facharztbesuche, beispielsweise beim Psychiater, nicht wahrgenommen wurden. Das Fehlen professioneller Dolmetscher*innen verschärfte die Situation weiter, da es zu Missverständnissen und Unsicherheiten in der Kommunikation führte.

Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Trotz dieser Barrieren schilderten einige Befragte auch positive Erfahrungen. Besonders hervorgehoben wurden die fürsorgliche Betreuung durch das medizinische Personal auf der Psychiatrie sowie die Einzelpsychotherapie, die als hilfreich und unterstützend empfunden wurden. Gleichzeitig kritisierten andere Befragte die sprachlichen Barrieren und einen Mangel an Empathie seitens des medizinischen Personals. IP3 bemängelt beispielsweise, dass Beschwerden vom Hausarzt oft als altersbedingt abgetan wurden, ohne dass angemessene Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt wurden. IP6 fühlte sich aufgrund sprachlicher Missverständnisse und unzureichender Kommunikation nicht verstanden und berichtet von belastenden Erfahrungen, insbesondere in den Anfangsjahren nach ihrer Migration. IP4 beschreibt ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem als „normal“ und gibt an, keine gravierenden Probleme erlebt zu haben. Ihre eher distanzierte Nutzung von Gesundheitsangeboten deutet darauf hin, dass sie das System nicht regelmäßig in Anspruch nahm. Die Zufriedenheit mit der Behandlung war stark von der Qualität der Kommunikation und dem Zugang zu unterstützenden Maßnahmen abhängig. Während zwei Befragte deutliche Unzufriedenheit äußerten, da sie sich nicht gehört und verstanden fühlten, zeigte sich eine Befragte zufrieden mit ihrer Behandlung. Ein gemeinsames Thema bei allen Befragten war das Fehlen eines professionellen Dolmetschdienstes. Ein solches Angebot war meist die Ausnahme und nicht die Regel, was die psychosoziale Versorgung weiter erschwerte (vgl. Lebano et al. 2020).

Erfahrungen mit Dolmetscher*innen

Die Befragten schildern sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit Dolmetscher*innen. Ein zentrales Problem war die begrenzte Verfügbarkeit professioneller Dolmetscher*innen. Diese Ergebnisse spiegeln die allgemeine Problematik wider, dass Sprachbarrieren im Gesundheitssystem häufig unzureichend adressiert werden (vgl. Kluge et al. 2012; David et al. 2021). Zwei Befragte betonten die positiven Auswirkungen professioneller Dolmetschdienste. So beschreibt IP1 die Anwesenheit einer Dolmetscherin im Krankenhaus als äußerst entlastend. Die Dolmetscherin habe ihre Aussagen präzise an die Ärztin weitergeleitet, was die Kommunikation erleichterte und ihr ein Gefühl von Sicherheit gab. Solche positiven Erfahrungen blieben jedoch die Ausnahme, da professionelle Dolmetscher*innen außerhalb stationärer Einrichtungen nicht verfügbar waren. Die Unsicherheit von IP3 in einer psychosozialen Einrichtung, wo seine Deutschkenntnisse als ausreichend eingeschätzt wurden, zeigt exemplarisch, wie die unzureichende Berücksichtigung von Sprachbarrieren zu einem Gefühl des Nicht-Verstanden-Werdens führen kann. Ähnliche Beobachtungen finden sich in Studien, die betonen, dass durch mangelnde Sprachunterstützung die Qualität der Versorgung beeinträchtigt und das Vertrauen in das Gesundheitssystem geschwächt wird (vgl. Merx et al. 2021).

David et al. (2021) nennen als ertragreichste Lösung den Einsatz von professionellen, auch im Medizinvokabular geschulten Dolmetscher*innen; allerdings verwerfen sie diesen Vorschlag gleich wieder, weil sie diesen aus organisatorischen und finanziellen Gründen als realitätsfern bezeichnen. Als umsetzbare Möglichkeit nennen auch sie die Einrichtung einer Telefondolmetschzentrale „24/7“, dessen Finanzierung vom Staat getragen werden solle. Tribe und Thompson (2022) bieten praxisorientierte Empfehlungen für die Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen. Sie heben hervor, dass die Qualifikation der Dolmetschenden sorgfältig geprüft und Vor- sowie Nachbesprechungen für die Sitzungen eingeplant werden sollten, um die Qualität der Zusammenarbeit zu gewährleisten und die psychische Gesundheit der Dolmetscher*innen zu schützen, insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung von Sekundärtraumatisierungen.

Die negativen Erfahrungen mit Dolmetscher*innen, wie im Fall von IP3 bei der Antragstellung für die Invalidenpension, werfen wichtige Fragen zur Qualität und Professionalität von Dolmetschleistungen auf. Die Überschreitung der Rolle durch die Dolmetscherin legt nahe, dass es sich dabei um eine nicht professionelle Person handelte und deutet gleichzeitig darauf hin, dass es an klaren Standards und Schulungen für

Sprachmittler*innen im medizinischen Kontext mangelt. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Kluge (2014), die die Notwendigkeit von professionellen und interkulturell kompetenten Sprachmittler*innen betont, um solche Herausforderungen zu minimieren.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass professionelle Sprachmittlung nicht nur die Qualität der Behandlung verbessert, sondern auch das Vertrauen in das Gesundheitssystem stärkt. Um die beschriebenen Defizite zu beheben, sollten Schulungen und Standards für Dolmetscher*innen sowie eine nachhaltige Finanzierung solcher Dienste etabliert werden (vgl. Schouler-Ocak & Aichberger 2015). Dies könnte dazu beitragen, bestehende Ungleichheiten im Zugang zur medizinischen Versorgung für Migrant*innen zu reduzieren und eine bedarfsgerechte Unterstützung zu gewährleisten (Möske et al. 2012).

Vertrauen und Hemmungen gegenüber Dolmetscher*innen

Skepsis gegenüber Dolmetscher*innen betrifft insbesondere Fragen der Vertraulichkeit sowie der Professionalität. Solche Bedenken decken sich mit den Ausführungen von Kluge (2014). Sie beschreibt hinsichtlich der psychosozialen Versorgung von Migrant*innen Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung sowie ein erhöhtes Risiko der Marginalisierung. IP1 äußerte grundsätzlich hohes Vertrauen in Dolmetscher*innen. Sie betonte, dass sie sich in der Gegenwart einer vertrauten Dolmetscherin leichter öffnen könne. Besonders wichtig war ihr, dass die Dolmetscherin die übermittelten Informationen korrekt weitergibt. Gleichzeitig äußerte sie Bedenken hinsichtlich der Vertraulichkeit, insbesondere bei sensiblen Themen. Sie führte aus, dass es von der "Menschlichkeit" der Dolmetscherin abhängt, ob persönliche Anliegen vertraulich behandelt werden. Damit spielt sie möglicherweise auf die Charakterstärke und die Fähigkeit der Dolmetscher*in an, die Verschwiegenheitspflicht einzuhalten. Diese Einschätzung verdeutlicht, wie eng Vertrauen und Unsicherheiten miteinander verknüpft sind. Ähnlich äußerte sich IP6, die vereidigte Dolmetscher*innen aufgrund ihrer Verpflichtung zur Verschwiegenheit als besonders vertrauenswürdig ansieht. Sie betonte jedoch, dass Unsicherheiten gegenüber Bekannten oder nicht-professionellen Dolmetscher*innen bestehen, da diese private Informationen weitergeben könnten. Zusätzlich zeigte sie sich unsicher, ob ihre Anliegen korrekt gedolmetscht würden. Im Gegensatz dazu verzichtete IP2 bewusst auf Dolmetscher*innen, die sie nicht als professionell wahrnahm. Besonders in kleinen Örtlichkeiten war sie besorgt, dass vertrauliche Informationen nicht ausreichend geschützt wären. Dieses Bedenken zeigt, wie wichtig der professionelle Status für das Vertrauen in die Sprachmittlung ist. IP3 äußerte sich kritisch gegenüber bestimmten

Organisationen. Er begegne diesen mit Misstrauen, da er negative Erfahrungen gemacht habe. Seine Bedenken richteten sich insbesondere gegen eine Dolmetscherin, die aus seiner Sicht ihre Rolle überschritten hatte.

Die Ergebnisse zeigen, dass professionelle Dolmetscher*innen grundsätzlich als hilfreiche und vertrauenswürdige Unterstützung wahrgenommen werden. Gleichzeitig bestehen jedoch Hemmungen gegenüber jenen Dolmetschenden, die nicht professionell wirken, da Zweifel an der Wahrung der Vertraulichkeit und der Genauigkeit der Übersetzung vorherrschen.

Erwartungen an Dolmetscher*innen

Die Befragten äußerten vielfältige Erwartungen an Dolmetschende, insbesondere in Bezug auf Ehrlichkeit, Neutralität, Professionalität und Empathie. Diese Anforderungen stehen größtenteils im Einklang mit den Ausführungen von Treiber et al. (2020), die betonen, dass Migrant*innen unterschiedliche Erwartungen an Dolmetscher*innen haben, um Barrieren im Bereich des Community Interpreting zu überwinden.

Ein zentraler Aspekt ist die Erwartung an eine ehrliche Haltung sowie eine präzise und unverfälschte Dolmetschung. IP1 und IP3 betonen, dass Dolmetscher*innen ihre Worte exakt wiedergeben und keine persönliche Meinung einbringen sollten. IP3 hebt zudem hervor, dass ungenaue Übersetzungen zu Missverständnissen und möglicherweise zu verzögerten Diagnosen führen können. Die Befragten legen großen Wert auf die Qualifikation der Dolmetscher*innen. IP2 und IP4 fordern eine angemessene Ausbildung und fachliche Kompetenz, um korrekte und zuverlässige Dolmetschungen zu gewähren. Diese Forderungen decken sich mit den ethischen Prinzipien, die im Trainingshandbuch für Dolmetscher*innen (Bergunde & Pöllabauer 2023) formuliert sind. Diese betonen insbesondere die Wichtigkeit von Genauigkeit, Vertraulichkeit und respektvollem Umgang (Bergunde & Pöllabauer 2023). Für IP6 spielt Empathie eine entscheidende Rolle. Sie ist der Ansicht, dass Dolmetscher*innen, die ähnliche Lebenserfahrungen gemacht haben, besser in der Lage sind, ihre Situation zu verstehen. Zusätzlich bevorzugt sie Dolmetscher*innen, die ihrer kulturellen und religiösen Gemeinschaft angehören, da dies Vertrauen und Vertrautheit schafft. Ähnliche Erwartungen finden sich auch in der Praxis: Empathie, Neutralität und die Wahrung der Schweigepflicht gelten als wesentliche Voraussetzungen für Dolmetscher*innen, die in Dolmetschpools aufgenommen werden (Stompe 2010).

Das Geschlecht der Dolmetschenden ist bei sensiblen Themen ein weiterer wichtiger Faktor. IP6 wünscht sich bei Frauenleiden explizit eine weibliche Dolmetscherin, während IP5

und IP4 ähnliche Präferenzen äußern. Ältere und erfahrene Dolmetscher*innen werden von vielen Befragten als geeigneter angesehen, da sie aufgrund ihrer Lebenserfahrung besser auf die Bedürfnisse eingehen können.

Einige Befragte erwarten von Dolmetscher*innen nicht nur eine neutrale Vermittlung, sondern auch aktive Unterstützung. IP6 und IP4 betonen, dass Dolmetschende ihre Interessen vertreten und bei Bedarf ihre Rechte verteidigen sollten (vgl. Treiber et al. 2020). Diese Erwartung hebt hervor, dass Dolmetscher*innen in bestimmten Situationen auch eine unterstützende und beratende Rolle einnehmen können, was mehrfach in der Literatur beschrieben wurde (Sleptsova et al. 2014; Chang et al. 2021; Tribe & Thompson 2022).

Vergleich zu Laiendolmetscher*innen – Vorteile und Nachteile von Angehörigen und Bekannten als Laiendolmetscher*innen

Der Einsatz von Familienmitgliedern oder Bekannten als Laiendolmetscher*innen wurde von den Befragten unterschiedlich bewertet. Während Vertrautheit und Verfügbarkeit als zentrale Vorteile wahrgenommen werden, stehen dem erhebliche Nachteile wie mangelnde Professionalität, potenzielle Verletzungen der Privatsphäre und emotionale Belastungen gegenüber. Dass Ad-hoc-Dolmetschlösungen häufig zu Verzerrungen und Fehlversorgung führen und somit keine nachhaltige Lösung darstellen, ist eine Erkenntnis, die nahezu in jeder wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema bestätigt wird (vgl. Pöchhacker & Kadric 1999; Bahadir, 2010; Ahamer 2014; Angelelli 2015; David et al. 2021). Befragte betonen die Praktikabilität und Verfügbarkeit von Familienmitgliedern, insbesondere bei weniger komplexen Anliegen. Unterstützung durch die Kinder wurde als praktische Lösung wahrgenommen, hingegen bei sensiblen oder sehr persönlichen Themen eine professionelle Unterstützung bevorzugt. Die Befragten äußerten jedoch auch zahlreiche Bedenken gegenüber Laiendolmetschenden. Ein wiederkehrender Kritikpunkt ist der fehlende professionelle Hintergrund. Nachbar*innen oder Bekannte würden oft ungenau übersetzen. Zudem besteht Zweifel an deren Qualifikation. Sie befürchten insbesondere Verletzungen der Vertraulichkeit. Eine weitere Herausforderung ist die emotionale Belastung, insbesondere für Kinder, die als Dolmetscher*innen eingesetzt werden. Sie werden in eine Doppelrolle als emotionale Stütze und Sprachmittler*in gedrängt. Der Einsatz einer Mitpatientin als Dolmetscherin, die selbst an einer schweren und langjährigen Depression leidet, wird von einer Befragten zwar als positiv bewertet, da diese Patientin die Verständigung erleichterte. Aus therapeutischer Sicht müsste dies jedoch kritisch hinterfragt werden. Es stellt sich die Frage, wie es im psychosozialen

Kontext ethisch vertretbar sein kann, dass eine depressive Patientin für eine andere depressive Patientin dolmetschen darf. Ein solches Vorgehen könnte nicht nur die emotionale Belastung der dolmetschenden Patientin verstärken, sondern auch die Qualität der Dolmetschung und die therapeutische Integrität gefährden.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass Laiendolmetscher*innen zwar kurzfristig pragmatische Lösungen bieten, jedoch keine adäquate Alternative zu professionellen Dolmetschdiensten darstellen.

Dolmetschbedarf

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass ein Bedarf an sprachlicher Verständigung in medizinischen, sozialen und administrativen Kontexten besteht. Sprachbarrieren erschweren die Kommunikation, insbesondere bei komplexen oder sensiblen Themen. Die Befragten schilderten zahlreiche Situationen, in denen sie professionelle Dolmetscher*innen als hilfreich empfunden hätten. Gleichzeitig wird deutlich, dass Unsicherheiten und mangelnde Informationen über die Verfügbarkeit solcher Dienste die Nutzung erschweren. Ein zentrales Hindernis stellt der fehlende Zugang zu qualifizierter Dolmetschung dar. Viele Befragte gaben an, nicht zu wissen, wie sie professionelle Dolmetscher*innen finden können, oder äußerten Zweifel an deren Professionalität. Zusätzlich wurden Bedenken hinsichtlich der Dolmetschkosten geäußert. So schilderte IP3, dass er Informationen über Dolmetscherinnen möglicherweise in sozialen Netzwerken wie Kaffeehäusern oder auf festlichen Veranstaltungen erhalten könnte. Dies deutet auf eine informelle Vermittlung hin, die weder strukturiert noch verlässlich ist. Ein auffälliger Unterschied zeigte sich zwischen den Geschlechtern: Während die befragten Männer oft angeben, selbst Lösungen im Falle eines Dolmetschbedarfs finden zu können, verwiesen weibliche Befragte häufig darauf, dass ihre Ehemänner dieses Wissen hätten oder entsprechende Informationen beschaffen würden. Dieser Unterschied lässt sich teilweise darauf zurückführen, dass es sich bei den Befragten um Migrant*innen der ersten und zweiten Generation handelt, deren Rollenverteilung oft traditionell geprägt ist.

Die Untersuchung zeigt deutlich, dass türkischsprachige Patient*innen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung spezifischen Hürden gegenüberstehen, die sich vor allem aus sprachlichen Barrieren, migrationsbedingten Belastungen und unzureichender professioneller Dolmetschleistungen ergeben. Besonders deutlich wird, dass Laiendolmetscher*innen nur eine unzureichende Alternative darstellen und stattdessen professionelle Dolmetscher*innen eine Schlüsselrolle in der Gewährleistung einer angemessenen Versorgung einnehmen sollten.

Die Arbeit hat bestätigt, was wissenschaftlich kein Neuland ist: Sprachliche und kulturelle Barrieren sind zentrale Hindernisse für eine gerechte und effektive psychosoziale Versorgung von Migrant*innen. Besonders bedenklich ist, dass die Ergebnisse darauf hindeuten, dass das österreichische Gesundheitssystem es verfehlt hat, die psychosoziale Gesundheit der ersten Generation türkischer Migrant*innen systematisch abzufangen und zu fördern.

Ein neuer Aspekt, der in der Literatur kaum behandelt wird, konnte durch die Interviews festgestellt werden: Während die Befragten gut wissen, wie und wo sie Dolmetschdienste für arbeitsrechtliche oder bürokratische Angelegenheiten organisieren können, ist der Einsatz von Dolmetscher*innen im Gesundheitsbereich fremd oder wenig bekannt. Dieses Unkenntnis führt dazu, dass Sprachbarrieren in der psychosozialen Versorgung weiterhin bestehen und den Zugang zu adäquaten Angeboten erschweren.

Ein zentraler Aspekt ist daher die Notwendigkeit, psychosoziale Angebote interkulturell zu öffnen und Standards für Dolmetschdienste zu etablieren. Die Ergebnisse unterstreichen, dass sprachliche und kulturelle Sensibilität nicht nur die Qualität der Versorgung verbessern, sondern auch das Vertrauen in das Gesundheitssystem stärken. Diese Erkenntnisse sind von erheblicher Bedeutung, um bestehende strukturelle Barrieren abzubauen und eine gerechte Versorgung zu ermöglichen.

6 Schlussbetrachtungen

Im Kontext von Globalisierung und Migration bergen Sprachbarrieren gewisse Herausforderungen, insbesondere wenn Gespräche nicht in der Erstsprache der Beteiligten stattfinden. Dies betrifft beispielsweise Flucht- und Migrationssituationen, in denen eine Verständigung in einer Drittsprache den Austausch wichtiger Informationen erschwert (vgl. Treiber & Kazzazi 2020). Besonders in kritischen Kontexten, wie behördlichen Anhörungen oder therapeutischen Gesprächen, ist die Verständigung in einer vertrauten Sprache hingegen

unabdingbar, um Migrant*innen und Geflüchteten es zu ermöglichen, ihre oft traumatischen Erfahrungen adäquat und emotional ausdrücken zu können.

Sprache und Kultur sind dabei untrennbar miteinander verbunden: Sprache ist nicht nur ein Kommunikationsmittel, sondern auch ein Träger kultureller Bedeutungen, Werte und Normen (Kadric et al. 2012: 34). Ohne entsprechende Sprachkenntnisse bleibt der Zugang zu diesen Werten oft verschlossen (Dabic 2021). Besonders in der medizinischen und psychosozialen Versorgung ist daher eine professionelle Sprachmittlung unverzichtbar (Schouler-Ocak 2020). Dabei sollte vielmehr von einer karitativen Auslegung dieser Dienstleistung abgesehen und berufsethische Kodizes und allgemeine Standards sowie interkulturelle Leitlinien etabliert werden (Bahadir 2010). Diese Ansätze bilden die Grundlage für eine kulturelle Öffnung des Gesundheitssystems, die den heutigen Anforderungen gerecht werden kann.

Neben Behandelnden, die offen dafür sind, Migrant*innen zu verstehen und angemessen zu behandeln, gibt es auch jene, die sprachlichen Defiziten mit Unverständnis und Ablehnung begegnen. Um diese Haltung zu überwinden und eine gerechte Versorgung zu gewährleisten, sind sowohl interkulturelle Kompetenz auf individueller Ebene als auch institutionelle Öffnung wichtig. Interkulturelle Kompetenz umfasst dabei die Fähigkeit, kulturelle Unterschiede zu erkennen und zu reflektieren sowie mit Eigenschaften wie Empathie, Selbstreflexion, dem Bewusstsein für die eigene kulturelle Identität, der Wahrnehmung eigener Vorurteile (Schouler-Ocak et al. 2015: 436), Offenheit, Kulturwissen, kultursensibler Kommunikation, Wertschätzung, Dezentrierung, Konfliktfähigkeit sowie der Fähigkeit, Unsicherheiten und Mehrdeutigkeiten auszuhalten (Gün 2018: 17–25), angemessen zu reagieren (Schouler-Ocak et al. 2015)

Mittlerweile gibt es sowohl in der Translationswissenschaft als auch in der psychosozialen Medizin und Versorgung Bestrebungen, entsprechende Leitlinien und Standards zu formulieren und interkulturelle Ansätze im Sinne einer kultursensiblen Diagnostik und Behandlung auf institutioneller Ebene zu etablieren:

Die EPA-Leitlinien zur interkulturellen Kompetenz (Schouler-Ocak et al. 2015: 436) betonen die Notwendigkeit des Einsatzes professioneller Dolmetscher*innen und empfehlen zudem die Schulung medizinischen Personals, um kultursensibel und kompetent zu kommunizieren. Die Sonnenberger Leitlinien (2002) der DGPPN fordern in ihrer dritten Leitlinie zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrant*innen die Organisation und den Einsatz von kulturell und psychologisch geschulten Fachdolmetscher*innen, die als zertifizierte Dolmetscher*innen oder Kulturmediator*innen sowohl in persönlichen Begegnungen als auch

telefonisch tätig sein können. Ergänzend hierzu wird in der Literatur auf die Bedeutung der Einrichtung von Dolmetschpools sowie die gesetzliche Regelung der Dolmetscherkosten hingewiesen (Hanft-Robert et al. 2018).

Zusammenfassend verdeutlicht die vorliegende Arbeit, dass die psychosoziale Versorgung türkischsprachiger Patient*innen maßgeblich durch sprachliche und kulturelle Barrieren erschwert wird. Um diese Defizite zu beheben, bedarf es einer systematischen Integration professioneller Dolmetschdienste, der Schulung medizinischen Personals in interkultureller Kompetenz und einer institutionellen Öffnung des Gesundheitssystems. Diese Maßnahmen sind entscheidend, um die gesundheitliche Chancengleichheit in einer multikulturellen Gesellschaft zu fördern.

Gleichzeitig soll auf Einschränkungen der Arbeit hingewiesen werden, wie die begrenzte Anzahl von Interviewpartner*innen und die spezifische Fokussierung auf türkischsprachige Migrant*innen. In weiterer Forschung könnten daher ein breiterer Fokus gewählt und auch andere Migrant*innengruppen sowie die Perspektive der Behandelnden einbezogen werden. Weiters könnten quantitative Studien Aufschluss darüber geben, wie häufig professionelle Dolmetschdienste in Österreich in der psychosozialen Versorgung tatsächlich zum Einsatz kommen und wie effektiv diese in der Verbesserung der Versorgungsqualität sind. Hierzu gibt es kaum aktuelle Studien.

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen die Dringlichkeit, die psychosoziale Versorgung an die Bedürfnisse einer vielfältigen Gesellschaft anzupassen. Eine nachhaltige, gerechte und chancengleiche Lösung kann nur durch die Kombination aus professionellen Dolmetschdiensten, interkultureller Kompetenz und strukturellen Reformen erreicht werden.

Abstract

„Nehmen Sie einen Dolmetscher mit“ – eine Empfehlung, die in der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgung von Migrant*innen allzu oft als vermeintlich einfache Lösung für sprachliche Hürden angeführt wird. Tatsächlich verdeutlicht sie jedoch die Herausforderungen, mit denen diese Patient*innengruppe konfrontiert ist. Migrant*innen, die psychologische Unterstützung suchen, stehen häufig vor unüberwindbaren Sprachbarrieren, die nicht nur ihre seelische Gesundheit, sondern auch die Qualität der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung beeinträchtigen können. In einer Welt, die zunehmend von kultureller Vielfalt geprägt ist, stellt sich die Frage: Wie kann sichergestellt werden, dass Migrant*innen nicht nur Zugang zu psychosozialer Hilfe haben, sondern auch in der Lage sind, sich aktiv an ihrem eigenen Heilungsprozess zu beteiligen, ohne primär auf den Rat zurückgreifen zu müssen, eine Dolmetscher*in mitzubringen? Diese Frage bildet den Ausgangspunkt für die vorliegende wissenschaftliche Arbeit, die sich mit den vielschichtigen Herausforderungen und einer potenziellen Lösung für die sprachlichen Probleme in der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgung von Migrant*innen auseinandersetzt.

Literaturverzeichnis

- Abebe, Dawit Shawel; Lien, Lars & Elstad, Jon Ivar (2017). Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: A nationwide register study in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 679–687.
- Abril Martí, Maria Isabel (2006). *La Interpretación en los Servicios Públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. PhD thesis, University of Granada.
- Aguirre Fernández Bravo, Elena (2019). Interpreter role (self-)perception: A model and an assessment tool. *Revista de Llengua i Dret, Journal of Language and Law* 71, 62–72.
- Ahamer, Vera (2014). *Unsichtbare Spracharbeit: Jugendliche Migranten als Laiendolmetscher. Integration durch "Community Interpreting"* (1. Aufl.). Bielefeld: transcript.
- Aichberger, Marion C.; Neuner, Bruno; Hapke, Ulfert; Rapp, Michael A.; Schouler-Ocak, Meryam & Busch, Markus A. (2012). Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 39(3), 116–121.
- Akbayir, Emine & Brune, Michael (2008). Die Macht der Sprache in der Psychotherapie. In: Flüchtlingsrat Niedersachsen e. V. (Hrsg.), *Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen* (Sonderheft 125, Nr. 4) Psychotherapie zu Dritt – Über die Arbeit mit Dolmetschern im therapeutischen Gespräch.
- Albl-Mikasa, Michaela (2012). The importance of being not too earnest: a process- and experience-based model of interpreter competence. In Ahrens, Barbara; Albl-Mikasa Michaela & Sasse Claudia (Hg.) *Dolmetschqualität in Praxis, Lehre und Forschung: Festschrift für Sylvia Kalina*. Tübingen: Narr, pp. 59-92.
- Angelelli, Claudia Viviana (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli, Claudia Viviana (2007). Assessing Medical Interpreters. *The Translator*, 13(1), 63–82.
- Angelelli, Claudia Viviana (2008). The Role of the Interpreter in the Healthcare Setting: A Plea for a Dialogue Between Research and Practice. In Valero-Garcés, Carmen & Martin, Anne (Eds.) *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, pp. 147–164.
- Angelelli, Claudia Viviana (2010). A professional ideology in the making: Bilingual youngsters interpreting for their communities and the notion of (no) choice. *Translation and Interpreting Studies*, 5(1), 94–108. <https://doi.org/10.1075/tis.5.1.06ang>
- Angelelli, Claudia Viviana (2014). Interpreting in the Healthcare Setting: access in crosslinguistic communication. In: Hamilton, Heidi & Chou, Wen-ying Sylvia (eds) *The*

- Routledge Handbook of Language and Health Communication*. Hoboken, NJ: Taylor & Francis, 573-585.
- Angelelli, Claudia Viviana (2015). *Study on Public Service Translation in Cross-Border Healthcare*. Final Report for the European Commission. Directorate-General for Translation. <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6382fb66-8387-11e5-b8b7-01aa75ed71a1> (Stand: 01.11.2024)
- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea & Breyer, Elisabeth (2015). *Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- Anzenberger, Judith & Gaiswinkler, Sylvia (2016). *Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen* (Vol. 13). Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Arendt, Hannah (1943). We refugees. *The Menorah Journal*, 31(1), 69-77.
- Arendt, Hannah (1986). Wir Flüchtlinge. In: Knott, Marie Luise (Hg) *Zur Zeit. Politische Essay. Aus dem Amerikansichen von Eike Geisel*. Berlin: Rotbuch.
- Assion, Hans-Jörg (2004a). Behandlungsprobleme bei psychisch kranken Migranten. In Rössler, Wulf (Ed.) *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer, pp. 489-503. https://doi.org/10.1007/978-3-642-18823-7_38
- Assion, Hans-Jörg. (2004b). *Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten*. Aachen: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung Amand Aglaster.
- Assion, Hans-Jörg; Graef-Calliess, Iris Tatjana und Koch, Eckhardt (2015). Menschen auf der Flucht - psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsbedarf. In: Graef-Calliess, Iris Tatjana & Schouler-Ocak, Meryam (Hg.) *Migration und Transkulturalität: neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Association Internationale des Interprètes de Conférence (AIIC) (2009). *Berufsethik des AIIC*. <https://aiic.de/berufsethik/> (Stand: 09.07.2024).
- Association Internationale des Interprètes de Conférence (AIIC) (2023). *Code of Professional Ethics*. <https://aiic.org/company/roster/companyRosterDetails.html?companyId=13403&companyRosterId=120> (Stand: 07.02.2025).
- Australian Institute of Interpreters and Translators (2012). *Code of Ethics and Code of Conduct*. <https://ausit.org/wp-content/uploads/2024/09/AUSIT-Code-of-Ethics-and-Code-of-Conduct.pdf> (Stand: 20.12.2024).
- Bahadır-Berzig, Şebnem (2000). Von natürlichen Kommunikationskrücken zu professionellen Kommunikationsbrücken (Reflexionen zum Berufsprofil und zur Ausbildung professioneller Dolmetscher im medizinischen, sozialen und juristischen Bereich). In: *TEXTconTEXT* 14 (2), 211-229.
- Bahadır, Şebnem (2004). Moving in-between: The interpreter as ethnographer and the interpreting-researcher as anthropologist. *Meta*, 49(4), 805-821. <https://doi.org/10.7202/009783ar>.

- Bahadır, Şebnem (2007). *Verknüpfungen und Verschiebungen: Dolmetscherin, Dolmetschforscherin, Dolmetschausbilderin*. Berlin: Frank & Timme.
- Bahadır, Şebnem (2010). *Dolmetschinszenierungen: Kulturen, Identitäten, Akteure*. Berlin: SAXA Verl.
- Baker, Mona (2018). *In Other Word. A Coursebook on Translation*. London: Routledge.
- Balkir Neftçi, Nazlı & Barnow, Sven (2016). One size does not fit all in psychotherapy: Understanding depression among patients of Turkish origin in Europe. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 53(1), 72–79.
- Bancroft, Marjory A. (2015). Community interpreting: A profession rooted in social justice. In Mikkelsen, Holly & Jourdenais, Renée (Hg.) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London and New York: Routledge, pp. 217-235.
- Baraldi, Claudio & Gavioli, Laura (2017). Intercultural mediation and “non”professional interpreting in Italian healthcare institutions. In: Antonini, Rachele; Cirillo, Letizia; Rossato, Linda & Torresi, Ira (eds) (2017). *Non-Professional Interpreting and Translation: State of the Art and Future of an Emerging Field of Research*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Bauer, Amy M., & Alegría, Margarita (2010). The impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services*, 61(8), 765-773.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2946248/pdf/nihms227061.pdf>
- BDÜ Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (2015). *Positionspapier zum Projekt „Sprach- und Integrationsmittler“ (SprInt-Transfer)*.
https://bdue.de/fileadmin/files/PDF/Positionspapiere/BDUe_Dolmetscherpools_2015.pdf (Stand: 24.11.2024).
- Belz, Maria; Hüseler, Julie & Özkan, Ibrahim (2020). Erkundungen zum Einsatz von Sprachmittler/-innen in der Psychotherapie. In: Habermann, Monika & Schenk, Liane (Hg.) *Migration und Alter*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Bergunde, Annika & Pöllabauer, Sonja (2023). *Trainingshandbuch für DolmetscherInnen im Asylverfahren*. 3. Aufl. Hrsg. UNHCR Österreich. Linz: Trauner.
https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2023/03/AT_UNHCR_Dolmetschhandbuch_3Auflage_2023.pdf
- Bermejo, Isaac; Mayninger, Elena; Kriston, Levente & Härter, Martin (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 37(5), 225–232. [10.1055/s-0029-1223513](https://doi.org/10.1055/s-0029-1223513)
- Bermejo, Isaac; Kriston, Levente; Härter, Martin & Hölzel, Lars P. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(8), 944-953. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>

- Bhugra, Dinesh; Gupta, Susham; Schouler-Ocak, Meryam; Graeff-Calliess, Iris; Deakin, N. A., Qureshi, Adil; Dales, Jolyon; Moussaoui, Driss; Kastrup, Marianne; Tarricone, Ilaria; Till, A.; Bassi, M.; & Carta, Mauro G. (2014) EPA Guidance mental health care of migrants. *European Psychiatry* 29 (2), 107-115.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.01.003>
- Bhui, Kamaldeep & Bhugra, Dinesh (2002). Mental illness in black and Asian ethnic minorities: Pathways to care and outcomes. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(1), 26–33.
- Bialas, Patric (2022). Kulturelle Schmerz Aspekte und wie wir damit umgehen. *Schmerzmedizin* 38, 46–49 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00940-021-3287-y>
- Binder-Fritz, Claudia & Rieder, Andrea (2014). Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 57(9), 1031–1037. doi: 10.1007/s00103-014-2009-1
- Bischoff, Alexander (2006). Measuring Quality and Patient Satisfaction in Healthcare Communication with Foreign-Language Speakers. *Linguistica Antverpiensia* 5, 177–87. doi: <https://doi.org/10.52034/lanstts.v5i.159>
- Bischoff, Alexander & Hudelson, Patricia (2010). Access to healthcare interpreter services: Where are we and where do we need to go? *Int J Environ Res Public Health*. 2010 July (7): pp 2838-44. doi: 10.3390/ijerph7072838.
- BMSGPK (2022). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. *Erhebung psychosozialer Angebote und weitere Unterstützungsleistungen für Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund in Österreich (Langfassung) (Stand: 20.12.24)*.
- Bolton, Jonathan (2002). The third presence: A psychiatrist's experience of working with non-English speaking patients and interpreters. *Transcultural Psychiatry*, 39(1), 97-114.
- Bondi, M. (2004). “If you think it sounds very complicated, you are correct”: Awareness of cultural difference in specialized discourse. In C. N. Cadlin & M. Gotti (Hrsg.), *Intercultural aspects of specialized communication* (S. 53–78). Bern: Peter Lang AG, European Academic Publishers.
- Borde, Theda (2002): *Patientinnenorientierung im Kontext der interkulturellen Vielfalt im Krankenhaus*. Dissertation, Technische Universität Berlin.
- Borde, Theda & David, Matthias (2008). Zuwanderung und Notfallambulanz - Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten und Migranten. Problembeschreibung, Ursachenanalyse u. Lösung. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) *Versorgungsforschung. Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (2000-2008)* Bonn, Berlin, 32-33.

- Borgmann, Lea-Sophie; Rattay, Petra & Lampert Thomas (2017). Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4). Berlin: Robert Koch-Institut. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-120
- Bot, Hanneke & Wadensjö, Cecilia (2004). The presence of a third party: A dialogical view on interpreter-assisted treatment. In: Wilson, John & Drozdek, Boris (Eds.), *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner-Routledge, pp. 355-378. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.4324/9780203310540>
- Bot, Hanneke (2005). *Dialogue Interpreting in Mental Health*. Leiden, Boston: BRILL.
- Bourque, François; van der Ven, Els, & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine* 41(5), 897–910. [10.1017/S0033291710001406](https://doi.org/10.1017/S0033291710001406)
- Brisset, Camille; Leanza, Yvan & Laforest, Karine (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling* 91(2), 131–140. doi: 10.1016/j.pec.2012.11.008
- Brucks, Ulrich & Wahl, Wolfgang B. (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Borde, Theda & David, Matthias: *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag: S. 15-33.
- Buriel, Raymond; Love, Jessica A & de Ment, Tracy L. (2013). The relation of language brokering to depression and parent-child bonding among Latino adolescents. In: Bornstein, Marc (Ed.) *Acculturation and parent-child relationships: Measurement and development*. New York: Psychology Press, pp. 249–270.
- Carr, Silvana; Roberts, Roda; Dufour, Aideen & Steyn, Dini (1997). *The Critical Link: Interpreters in the Community: Papers from the first International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Settings* (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Carta, Mauro G., Bernal, Mariola; Hardoy, Maria Carolina & Haro-Abad, Josep Maria (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1 (13). <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13>
- Case, Anne & Deaton, Angus (2017). Mortality and Morbidity in the 21st Century. *Brookings Papers on Economic Activity* Spring 2017. Washington. <https://www.brookings.edu/bpea-articles/mortality-and-morbidity-in-the-21st-century/>. (Stand: 13.08.2024).
- Castles, Stephen; de Haas, Hein & Miller, Mark J. (2014). *The age of migration: International population movements in the modern world* (5th ed.). Basingstoke: Guilford Press.
- Chang, Doris F.; Hsieh, Elaine; Somerville, William B.; Dimond, Jon; Thomas, Monica; Nicasio, Anel; Boiler, Marit & Lewis-Fernández, Roberto (2021). Rethinking interpreter

- functions in mental health services. *Psychiatric Services*, 72(3), 320–323. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000085>
- Dabić, Mascha (2021). *Dolmetschen in der Psychotherapie: Prekäres Gleichgewicht* (1. Aufl.). Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Dauvrin, Marie; Lorant, Vincent; Sandhu, Sima; Deville, Walter; Dia, Hamidou & Dias, Sonia et al. (2012). Health care for irregular migrants: Pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC Research Notes*, 5.
- David, Matthias; Teschemacher, Laura M. & Borde, Theda (2021). Wie kann die „Sprachbarriere“ überwunden werden? Aspekte der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Monitor Versorgungsforschung*, 2021(6), 53–58. <https://doi.org/10.24945/MVF.06.21.1866-0533.2358>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2007). *Häufig Fehldiagnosen bei Migranten*. Ärzte Zeitung, 27.11.2017. <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Haeufig-Fehldiagnosen-bei-Migranten-400202.html> (Stand: 04.10.2024).
- Deutsches Institut für Normung - International Organization for Standardization (DIN ISO 2020). *Interpreting services — Healthcare interpreting — Requirements and recommendations*. ISO 21998: 2020. Erscheinungsdatum Juli 2022)
- Dizdar, Dilek & Bahadir, Sebnem (2000): Fachdolmetscher für den medizinischen und/oder sozialen und/oder juristischen etc. Bereich; Positionspapier für das Treffen Dolmetscher im medizinischen und sozialen Bereich. Entwurf eines Berufsprofils für den deutschsprachigen Raum. Germersheim 05.02.2000 (unveröffentlicht) (Stand: 20.06.2024).
- Erim, Yesim & Glier, Barbara (2017). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig, Birgit; Frettlöh, Jule; Klinger, Regine & Nilges, Paul (Eds) *Schmerzpsychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 723-739. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50512-0_37
- Europäische Union (2003): *Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten*. Amtsblatt Nr. L 031 vom 06/02/2003, pp 8-25. <http://eur-lex.europa.eu: 32003L009>. (Stand: 15.08.2024)
- Farooq, Saeed & Fear, Chris (2003). Working through interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment* 9(2), 104-109. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.9.2.104>
- Fazel Mina; Wheeler Jeremy & Danesh, John (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365 (9467): 1309–1314.
- Felgner, Lars (2017). *Nonverbale Kommunikation beim medizinischen Dolmetschen*. Berlin: Frank Timme.

- v. Ferber, Ludger; Köster, Irina & Celayir-Erdogan, Nese (2003). Türkische und deutsche Hausarztpatienten - Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen*, 65(5), 304-311. <https://doi.org/10.1055/s-2003-39542>
- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von, & Steinke, Ines (Hg.) (2019). *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (Originalausgabe, 13. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flores, Glenn (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review* 62(3), 255-299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Führer, Amand & Brzoska, Patrick (2022). Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Das Gesundheitswesen* 84(05), 474–478. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0897>
- Ganahl, Kristin; Dahlvik, Julia; Röthlin, Florain; Alpagu, Faime; Sikic-Fleischhacker, Ankica; Peer, Sandra & Pelikan, Jürgen M. (2016). *Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie*. LBIHPR Forschungsbericht. Wien.
- Gavioli, Laura, & Merlini, Raffaella (2023). Public service interpreting in healthcare. In: Gavioli, Laura & Wadensjö, Cecilia (Eds.) *The Routledge handbook of public service interpreting* (1st ed.) London: Routledge, Taylor & Francis Group, pp. 192–206.
- Gavioli, Laura & Wadensjö, Cecilia (Eds) (2023). *The Routledge handbook of public service interpreting* (1st edition). London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Geiling, Angelika; Knaevelsrud, Christine; Behnam Shad, Klaus & Stammel, Nadine (2022). Psychotherapie mit Dolmetschenden – Schritt für Schritt. *PSYCH update* 16(2), 102–107. <https://doi.org/10.1055/a-1392-3352>
- Ghaeni, Z. (1999): *Krank in der Fremde. Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken*. Frankfurt am Main: Cinko.
- Glaesmer, H., Brähler, E., & von Lersner, U. (2012). Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis: Stand des Wissens und Entwicklungspotenziale. *Psychotherapeut*, 57(1), 22–28. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0877-5>
- Göhring, Heinz (1977). Sozialwissenschaftliche Anregungen für die Sprachlehrforschung. In: Bender, Karl-Heinz; Berger, Klaus & Wandruszkan, Mario (Hrsg.) *Imago Linguae. Beiträge zu Sprache, Deutung und Übersetzen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Fritz Paepcke*. München: Wilhelm Fink Verlag, 169–177.
- Graef-Calliess, Iris Tatjana; Schouler-Ocak, Meryam & Adam, Hubertus (Hg.) (2017). *Migration und Transkulturalität: neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Green, Judith; Free, Carolina; Bhavnani, Vanita & Newman, Tony (2005). Translators and mediators: Bilingual young people's accounts of their interpreting work in health care. *Social Science & Medicine*, 60 (9), 2097-2110.

- Gün, Ali Kemal (2007). *Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie: Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten*. Freiburg: Lambertus.
- Gün, Ali Kemal (2018). *Interkulturelle therapeutische Kompetenz: Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischen Handelns*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haab, Katharina; Bolzman, Claudio; Kugler, Andrea & Yilmaz, Özcan (2010). Diaspora und Migrantengemeinschaften aus der Türkei in der Schweiz. Bundesamt für Migration (Hg.). Bern.
- Haasen, Christian; Lambert, Martin; Agorastos, Agorastos & Demiralay, Cüneyt (2007). Risiken, Belastungen und Diagnostische Schwierigkeiten bei schizophrenen Störungen bei Migranten. In: *Abstracts of the 2007 DGPPN* (German society of psychiatry, psychotherapy and neurology) congress. November 21-24, 2007. Berlin, Germany (2007). *Der Nervenarzt*, 78 Suppl 2, S. 57–524. <https://doi.org/10.1007/s00115-007-2382-1>
- Habermann, Monika & Schenk, Liane (Hg.) (2020). *Migration und Alter*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Hanft-Robert, Saskia; Römer, Maxiliman; Morgenroth, Olaf; Redlich, Alex & Metzner, Franka (2018). Handlungsempfehlungen für die dolmetschergestützte Psychotherapie mit Flüchtlingen und Asylbewerbern: Ergebnisse qualitativer Interviews mit Psychotherapeuten und Dolmetschern zu Chancen und Herausforderungen in der Triade. *Verhaltenstherapie*, 28(2), 73–81. <https://doi.org/10.1159/000480667>
- Hale, Sandra Beatriz (2007). *Community interpreting* (1st ed.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hale, Sandra Beatriz (2014). Interpreting culture: Dealing with cross-cultural issues in court interpreting. *Perspectives*, 22(3), 321–331. <https://doi.org/10.1080/0907676X.2013.827226>
- Havelka, Ivana (2018). *Videodolmetschen im Gesundheitswesen: Dolmetschwissenschaftliche Untersuchung eines österreichischen Pilotprojektes*. Berlin: Frank & Timme.
- Heeren, Martina; Wittmann, Lutz; Ehlert, Ulrike; Schnyder, Ulrich; Maier, Thomas & Müller, Julia (2014). Psychopathology and resident status– Comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 818–825.
- Heinz, Andreas & Kluge, Ulrike (2018). Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt Wielant; Kluge, Ulrike; Sieberer, Marcel & Heinz, Andreas (Hrsg.) *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie- Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, 23–29. DOI:[10.1016/B978-3-437-24571-8.00003-4](https://doi.org/10.1016/B978-3-437-24571-8.00003-4)
- Herold, R., Wuchenauer, F., Kandler, A., Morawa, E., Unverzagt, S., Voss, A., & Erim, Y. (2022). Association of cultural origin and migration status with work-related mental

- health of migrants and refugees in Europe: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 12(1), e052395. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052395>
- Hofmarcher, M. M., & Singhuber, C. (2021). ÖIF- Forschungsbericht. Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte. Österreichischer Integrationsfonds.
- Hopf, Christel (1995). Befragungsverfahren. Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Krupp, Heiner; Rosenstiel, Lutz von & Wolff, Stephan (Hg.) (1995). *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. S. 177-188
- Hsieh, Elaine (2006). Conflicts in how interpreters manage their roles in provider–patient interactions. *Social Science & Medicine*, 62(3), 721–730.
- Hsieh Elaine (2008). "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Res.* 2008 (10): pp 1367-1383. doi: 10.1177/1049732308323840.
- Hsieh, E. (2016). *Bilingual Health Communication: Working with Interpreters in Cross-Cultural Care*. Routledge.
- Ilkic, Ilhan (2002). *Der muslimische Patient: medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft*. Münster: Lit-Verl.
- Ilkic, Ilhan & Göksu, Ahmet (2017). Spiritualität und Seelsorge in der Gesundheitsversorgung von Muslimen. *Spiritual Care: Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen*, 7(1), 15–23. <https://doi.org/10.1515/spircare-2017-0054>
- Inghilleri, Moira (2017). *Translation and migration*. London, New York: Routledge.
- Ingleby, David (2011). Good practice in health service provision for migrants. In: Rechel, Bernd; Mladovsky, Philipa; Deville, Walter; Rijks, Barbara; Petrova-Benedict, Roumyana & McKee, Martin (Eds.) *Migration and health in the European Union*. Berkshire: Open University Press, 227-242.
- Iqbal, Humera & Crafter, Sarah (2022). Child Language Brokering in Healthcare: Exploring the Intersection of Power and Age in Mediation Practices. *Journal of Child and Family Studies* 32 (2023), 586–597. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02376-0>
- International Medical Interpreters Association (2006). *IMIA Code of Ethics*. <https://www.imiaweb.org/code/#:~:text=1.,the%20messages%20of%20their%20clients> (Stand: 08.07.2024).
- International Organization for Migration (IOM) (2010). Societies and Identities. The multifaceted impact of migration. Background paper for International Dialogue on migration intersessional workshop on 19-20 July 2010. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd12616/files/2018-07/background_paper_1.pdf (Stand: 02.01.2025)
- International Organization for Migration (IOM) (2024). *World Migration Report 2024*. <https://www.iom.int/fundamentals-migration>

https://publications.iom.int/system/files/pdf/pub2023-047-l-wmr2024-ch1-en_1.pdf
Geneva: IOM. (Stand: 02.01.2025).

- International Organization for Standardization (ISO) (2024). *Interpreting services — Community interpreting — Requirements and recommendations*. ISO 13611 Second edition 2024.
- Kade, Otto (1968). Zufall und Gesetzmäßigkeit in der Übersetzung. *Beihefte zur Zeitschrift Fremdsprachen* (1). Leipzig: Verl. Enzyklopädie.
- Kadrić, Mira; Kaindl, Klaus & Cooke, Michèle (2012). *Translatorische Methodik* (5. überarb. Aufl.). Wien: Facultas.WUV.
- Kahraman, Birsen (2008). *Die kultursensible Therapiebeziehung: Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kalina, Sylvia (1995). Dolmetschen und Diskursanalyse – Anforderungen an Dolmetschleistungen. In: Beyer, Manfred; Diller, Hans-Jürgen u.a. (Hg.) *Realities of Translating (anglistik und englischunterricht 55/56)*, 233-245. Heidelberg: Winter.
- Kalina, Sylvia (2002). Interpreters as professionals. *Across Languages and Cultures* 3(1), 169-187.
- Kam, Jennifer A. & Lazarevic, Vanja (2014). The stressful (and not so stressful) nature of language brokering: Identifying when brokering functions as a cultural stressor for Latino immigrant children in early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 43(12), 1994–2011. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0061-z>
- Karliner, Lea S., Jacobs, Elisabeth A.; Chen, Alice Hm & Mutha, Sunita (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 42(2), 727-754.
- Kienle, Rolf; Knoll, Nina & Renneberg, Babette (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In: Renneberg, Barbara & Hammelstein, Philipp (eds) *Gesundheitspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_7
- Kirmayer, Laurence J. & Bhugra, Dinesh (2009). Culture and mental illness: Social context and explanatory models. In: Salloum, Ihsan M & Mezzich, Juan E. (Eds.) *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Wiley-Blackwell, 29-40. DOI:[10.1002/9780470743485.ch3](https://doi.org/10.1002/9780470743485.ch3)
- Kizilhan, Jan Ilhan (2016). Kulturelle Deutungen des Schmerzes in familienorientierten Gesellschaften. *Der Schmerz*, 30(4), S. 346–350.
- Kliche, Ortrun; Agbih, Sylva; Altanis-Protzer, Ute; Eulerich, Sabine; Klingler, Corinna; Neitzke, Gerald; Peters, Tim & Coors, Michael (2018). Ethische Aspekte des Dolmetschens im mehrsprachig-interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnis. *Ethik Med* 30, 205–220. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0488-6>

- Klosinski, Matthias; Castro Núñez, Sandra; Oestereich, Cornelia & Hegemann, Thomas (Hg.) (2022). *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (1. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kluge, Ulrike (2014). *(Un)Sichtbare Dritte - Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Quantitative und qualitative Untersuchungen in Europa und Deutschland*. Dissertation, Freie Universität Berlin.
- Kluge, Ulrike (2018). Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Machleidt Wielant; Kluge, Ulrike; Sieberer, Marcel & Heinz, Andreas (Hrsg.) *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie- Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, pp.169-180. DOI:10.1016/B978-3-437-24571-8.00015-0
- Kluge, Ulrike; Bogic, Marija; Devillé, Walter; Greacen, Tim; Dauvrin, M., Dias, Sonia et al. (2012). Health services and the treatment of immigrants: Data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *European Psychiatry*, 27 (Suppl. 2), 56–S62.
- Kluge, Ulrike; Rapp, Michael A.; Mehran, Nassim; Jumaa, Jinan & Aichberger, Marion C. (2019). Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 90(10), 1103–1108. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00790-2>
- Knapp, Karlfried & Knapp-Potthoff, Annelie (1985). Sprachmittlertätigkeit in interkultureller Kommunikation. In: Rehbein, Jochen (Ed), *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: Gunter Narr Verlag, pp. 450-263.
- Kohlenberger, Judith (2019). *Refugee Health and Integration Survey (RHIS): Psychosoziale Gesundheit und Gesundheitszugang von Geflüchteten in Österreich*. Wien: Wirtschaftsuniversität Wien.
- Kohnen, Norbert (2007). Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten. *Trauma Berufskrankh* 9 (Suppl 3), S. 323–328. <https://doi.org/10.1007/s10039-007-1231-6>
- Kotterba, Darja & Klamann, Doreen (2009). Parentifizierung – Wenn Kinder und Eltern ihre Rollen tauschen: Psychische und emotionale Belastungen bei Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien. *Human Place* 1(09), 9-11.
- Kramer, Silke (2022). *Patientenfürsprecher*. In Pschyrembel Online. De Gruyter. <https://www.pschyrembel.de/Patientenf%C3%BCrsprecher/S0387/doc/> (Stand: 02.12.2024).
- Kressing, Frank & Schochow, Maximilian (2020): Aspects of migration, culture and health care in Germany's past and present. In: Steger, Florian; Orzechowski, Marcin; Rubeis, Giovanni & Schochow, Maximilian (Eds.). *Migration and Medicine*. Freiburg, München: Verlag Karl Alber.
- Kuljuh, Emir (2003). Kinder als Dolmetscher. In: Pöllabauer, Sonja & Prunč, Erich (Hg). *Brücken bauen statt Barrieren Sprach- und Kulturmittlung im sozialen, medizinischen und therapeutischen Bereich*. Graz: Selbstverlag Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft. 143-148.

- Laster, Kathy & Taylor, Veronica L. (1994). *Interpreters and the legal system* (1. publ.). Annandale: The Federation Press.
- Lamei, Nadja; Psihoda, Sophie & Skina-Tabue, Magdalena (2019). *Gesundheit und Einkommen. Analyse von Daten des EU-SILC-Moduls 2017 zu Gesundheit und Kindergesundheit*. Statistische Nachrichten 3/2019. Statistik Austria.
- Leanza, Yvan; Miklavcic, Alessandra; Boivin, Isabelle & Rosenberg, Ellen (2014). Working with Interpreters. In: Kirmayer, L., Guzder, J., Rousseau, C. (eds) *Cultural Consultation. International and Cultural Psychology*. New York, NY: Springer, pp 71-96. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7615-3_5
- Lebano, Adele; Hamed, Sarah; Bradby, Hannah; Gil-Salmeron, Alejandro; Dura-Ferrandis, Estrella; Garces-Ferrer, Jorge et al. (2020) Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health* 20, Article number 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Lim, Anastasia; Hoek, Hans W.; Ghane, Samrad; Deen, Mathijs & Blom, Jan D. (2018). The attribution of mental health problems to Jinn: An explorative study in a transcultural psychiatric outpatient clinic. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 89.
- Love, Julia A. & Buriel, Raymond (2007). Language brokering, autonomy, parent-child bonding, biculturalism, and depression: A study of Mexican American adolescents from immigrant families. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 29(4), 472-491. <https://doi.org/10.1177/0739986307307229>
- Machleidt, W., & Agorastos, A. (2011). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (1. Aufl.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Machleidt Wielant; Kluge, Ulrike; Sieberer, Marcel & Heinz, Andreas (Hrsg.) (2018) *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie- Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier.
- Machleidt, Wielant (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Nervenarzt* 73, 1208–1212. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1460-7>
- Malakoff, Marguerite & Hakuta, Kenji (1994). Translation skill and metalinguistic awareness in bilinguals. In: Bialystok, Ellen (Ed.) *Language processing in bilingual children*. Cambridge: Cambridge University Press, 141-166.
- Marcos, Luis R. (1979). Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English speaking patients. *American Journal of Psychiatry* 136 (2). <https://doi.org/10.1176/ajp.136.2.171>
- Marics, Alexandra & Nuč, Aleksandra (2021), Der österreichische Kommunaldolmetschmarkt. IN: Pöllabauer, Sonja & Kadric, Mira (Ed) *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext: Translationskultur(en) im DACH-Raum*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag, 249-271.

- Martinez, Charles R. Jr.; McClure, Heather & Eddy, J. Mark (2009). Language brokering contexts and behavioral and emotional adjustment among Latino parents and adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 29 (1), 71–98. <https://doi.org/10.1177/0272431608324477>
- Mayer, Julia (2011). Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. *ÖIF-Dossier Nr. 17*. Wien: Österreichischer Integrationsfonds.
- Mayring, Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McIvor, Ronan (1994). Making the most of interpreters. *The British Journal of Psychiatry* 165 (2), pp. 268. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.268a>
- Medizinische Universität Wien (MEDUNI Wien) (2022). https://www.meduniwien.ac.at/web/fileadmin/content/klinik/onkologie/Formulare_Mitarbeiter_innen_Patient_innen/Dolmetschleistung_Bestellung_2022.06.22.docx (Stand: 23.07.2024).
- Mehnert, Anja; Lehmann, Claudia & Koch, Uwe (2012). Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(9), 1134–1143. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1544-x>
- Menz, Florian; Reisigl, Martin & Sator, Marlene (2013). Migration, Interkulturalität und gemittelte Kommunikation im medizinischen Gespräch – einige Überlegungen. In: *Migration und medizinische Kommunikation*. (1. Aufl., Bd. 1). Wien: V&R Unipress, Vienna University Press, 17-32. <https://doi.org/10.14220/9783847099499.17>
- Merlini, Raffaella (2009). Seeking asylum and seeking identity in a mediated encounter: The projection of selves through discursive practices. *Interpreting*, 11(1), 57–92.
- Merx, Andreas; Lewicki, Aleksandra; Schlenzka, Nathalie & Vogel, Katrin (2021). *Diskriminierungsrisiken und Handlungspotenziale im Umgang mit kultureller, sozioökonomischer und religiöser Diversität*. Stiftung Mercator. https://www.stiftung-mercator.de/content/uploads/2021/07/Gutachten_Diversita%CC%88t.pdf. (Stand: 12.11.2024).
- Mikkelsen, Holly (1999). Interpreting is Interpreting – or is it?. <https://acebo.myshopify.com/pages/interpreting-is-interpreting-or-is-it> (Stand: 23.07.2015).
- Millán, Carmen & Bartrina, Francesca (2013). *The Routledge Handbook of Translation Studies*. London: Routledge.
- Misoch, Sabina (2019) *Qualitative Interviews*. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. München; Wien : De Gruyter Oldenbourg.
- Morales, Alejandro & Aguayo, David (2010). Parents and children talk about their language brokering experiences: The case of a Mexican immigrant family. *mediAzioni* 10 - Special Issue 2010. http://www.mediazioni.sitlec.unibo.it/images/stories/PDF_folder/document-

pdf/monografia2010CLB/10%20morales_and_aguayo%20pp215_238.pdf
(Stand: 13.8.2024).

- Morina, Naser; Maier, Thomas & Schmid Mast, Marianne (2010). Lost in translation? – Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 60(3-4), 104-110.
- Moratto, Riccardo & Li, Defeng (2021). *Global insights into public service interpreting: theory, practice and training*. London: Routledge.
- Morris, Ruth (1995). The Moral Dilemmas of Court Interpreting. *Translator* 1(1), 25–46.
<https://doi.org/10.1080/13556509.1995.10798948>
- Möske, Mike-Oliver; Baschin, Kirsten; Längst, Gerda & Lersner, Ulrike (2012). Interkulturelle Trainings für die psychosoziale Versorgung. *Psychotherapeut* 57, 15–21 (2012).
<https://doi.org/10.1007/s00278-011-0878-4>
- National Council on Interpreting in Health Care (2004). *Code of Ethics*.
<https://www.ncihc.org/assets/documents/publications/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf> (Stand: 08.07.2024).
- Niska, Helge (2002). Community interpreter training: Past, present, future. In: Garzone, Giuliana & Viezzi, Maurizio (Eds.) *Interpreting in the 21st Century: Challenges and opportunities*. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins, pp. 133-144.
- Odell, Susan M.; Surtees Paul G.; Wainwright Nicholas W.; Commander Martin J. & Sashidharan S.P. (1997). Determinants of general practitioner recognition of psychological problems in a multi-ethnic inner-city health district. *British Journal of Psychiatry* (171): 537-541. doi: 10.1192/bjp.171.6.537.
- Orellana, Marjorie Faulstich (2009). *Translating childhoods: immigrant youth, language, and culture* (1st ed.). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Österreichischer Integrationsfonds (2024). *Länder-Factsheet Türkei*.
https://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/monitor/Laender_Factsheet_Tuerkei_web.pdf (Stand: 24.12.2024).
- Österreichischer Integrationsfonds (2024). *Statistische Broschüre: Migration und Integration 2024*.
<https://www.integrationsfonds.at/mediathek/mediathek-publikationen/publikation/statistische-broschuere-zu-migration-und-integration-2024-20989/> (Stand: 24.12.2024).
- Österreichischer Integrationsfonds (ÖIF) (2024) *Statistiken*. Bevölkerung in Österreich.
<https://www.integrationsfonds.at/statistiken/> (Stand: 02.01.2025).
- Österreichischer Verband der Dolmetscher:innen und Übersetzer:innen für ÖGS und Deutsch (ÖGSDV) (2025). *Berufs- und Ehrenordnung*. https://oegsdv.at/ueber_uns/berufs-und-ehrenordnung#:~:text=a%20Dolmetscher%3Ainnen%20sind%20zur,Grunds%C3%A4tze%20der%20Rechtssprechung%20Ausnahmen%20erzwingen (Stand: 07.07.2025).

- Pap, Gabriela (2023). Die Bedeutung der gemeinsamen Muttersprache in Psychotherapien mit traumatisierten Migrant*innen. *Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie* 10(1), 48–65. <https://doi.org/10.15136/2023.10.1.48-65>
- Pawlowsky, Gerhard (2004). Zur Entwicklung der Psychotherapie in Österreich. In: Mehta, Gerda (ed) *Die Praxis der Psychologie*. Vienna: Springer, pp 167-174. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0571-9_12
- Penka, Simone; Schouler-Ocak, Meryam; Heinz, Andreas & Kluge, Ulrike (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55 (9), 1168-1175. <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-012-1538-8>.
- Pinzker, Inge (2015). Die Dolmetscherin als Mensch zu sehen, das muss man auch üben– Dolmetschvermittelte Personenzentrierte Psychotherapie mit Flüchtlingen. Master-Thesis. Krems: Donau Universität. <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/93355.pdf> (Stand: 05.07.2024).
- Pinzker, Inge (2017). Dolmetschvermittelte personenzentrierte Psychotherapie mit Flüchtlingen. *Resonanzen. Dialoge in psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 01/2017, 56-74. <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/399> (Stand: 03.05.2024).
- Pinzker, Inge (2018). Personenzentriertes und Experienzielles Verständnis triadischer Psychotherapie. Die Rolle der Dolmetscher*in und Aspekte der Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in. *Person* 22(2), 89-100.
- Plattform Dialogdolmetschen (2024). <https://dialogdolmetschen.at/> (Stand: 09.01.2025).
- Pöchhacker, Franz & Kadric, Mira (1999). The Hospital Cleaner as Healthcare Interpreter: A Case Study. *The Translator* 5(2), 161–178. <https://doi.org/10.1080/13556509.1999.10799039>
- Pöchhacker, Franz (2000). *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen* (2. Aufl.). Tübingen: Stauffenburg.
- Pöchhacker, Franz (2008). Interpreting as mediation. In Valero-Garcés, Carmen & Martin, Anne (Eds.) *Crossing borders in community interpreting*. John Benjamins, 9–26.
- Pöchhacker, Franz (2022). *Introducing interpreting studies* (Third edition). United Kingdom: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Pöllabauer, Sonja (2001). Nema problema, alles paletti...? Community Interpreting aus der Sicht von NGOs – Eine empirische Erhebung der Situation in Graz. In: Kelletat, Andreas F. (ed.), 65-78.
- Pöllabauer, Sonja (2005). *I don't understand your English, Miss. Dolmetschen bei Asylanhörungen*. Tübingen: Günter Narr.

- Pöllabauer, Sonja & Kadric, Mira (2021). *Entwicklungslinien des Dolmetschens im soziokulturellen Kontext: Translationskultur(en) im DACH-Raum*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Pöllabauer, Sonja; Griebner, Florika; Bahadir-Berzig, Sebnem; Behr, Martina; Bergunde, Annika; Feyrer, Cornelia; Grbic, Nadja; Kadric, Mira; Oberhofer, Maria; Redl, Katharina (2024). *Ausbildungspyramide Dialogdolmetschen*. Interaktive PDF-Datei, erstellt von der Plattform Dialogdolmetschen. Wien: Zentrum für Translationswissenschaft.
- Potkanski, Monika (2010). *Türkische Migrant/-innen in Österreich. Zahlen, Fakten, Einstellungen*. Österreichischer Integrationsfond (ÖIF)-Dossier. Wien. https://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/Downloads/Publikationen/n13_Dossier_tuerkische_Migrantinnen_in_OEsterreich.pdf?utm_source=chatgpt.com (Stand: 17.10.18)
- Psychotherapeuten.at (o. J.) *Psychotherapeuten in Österreich*. <https://www.psychotherapeuten.at> (Stand: 07.07.2024).
- Psychotherapeuten.at (o.J.). *Psychotherapeutinnen mit Fremdsprache Türkisch**. <https://www.psychotherapeuten.at/fremdsprachen/psychotherapeutinnen-mit-fremdsprache-tuerkisch/pt/105/0/0/0> (Stand: 07.07.2024).
- Rajič, Kristina (2008). 'Die Familienaußenminister': Kinder als Sprach- und KulturmittlerInnen – eine empirische Erhebung. In: Pöllabauer, Sonja & Grbić, Nadja (Hrsg.), *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting: Probleme – Perspektiven – Potenziale*. Berlin: Frank & Timme, 131–170.
- Rapoport, Hillel; Sardoschau, Sulin & Silve, Arthur (2020). *Migration and cultural change*. CESifo Working Paper No. 8547.
- Razum, Oliver; Meesmann, Uta; Bredehorst, Maren; Brzoska, Patrick; Dercks, Tanja; Glodny, Susanne; Zeeb, Hajo; Schenk, Liane; Salman, Ramazan; Menkhau, Björn; Ulrich, Ralf & Saß, Anke-C. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Refki, Dina; Paz Avery, Maria & Dalton, Angela (2013). Core Competencies for Healthcare Interpreters. *International Journal of Humanities and Social Science* 3 (2), 72–83.
- Röhrle, Bernd & Redaktion Pschyrembel (2020). *Co-Therapeut*. In: Pschyrembel Online. De Gruyter. <https://www.pschyrembel.de/Co-Therapeut/P044G/doc/> (Stand: 02.12.2024).
- Rosenberg, Ellen; Seller, Robbyn & Leanza, Yvan (2008). Through interpreters' eyes: comparing roles of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 70 (1), 87–93.
- Salman, Ramazan (2001). Sprach- und Kulturmittlung: Konzepte und Methoden aus der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann, Thomas & Salman, Ramazan (Eds.) *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie Verlag, pp. 169-190.

- Salman, Ramazan (2002). Sprachliche, kulturelle und migrationsspezifische Hintergründe psychosozialer und psychiatrischer Praxis. In: Mauthe, Jürgen (Ed.) *Informationsgesellschaft und Psyche*. Königslutter: Asept Verlag, pp. 68-81.
- Sarangi, Srikant (1994). Intercultural or not? Beyond celebration of cultural differences in miscommunication analysis. *Pragmatics Vol. 4 (Issue 3) 1994. Critical perspectives on intercultural communication*. Pp. 409-427. <https://doi.org/10.1075/prag.4.3.05sar>
- Schenk, Liane; Peppler, Lisa (2020): Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit. In: Liane Schenk und Monika Habermann (Hg.): *Migration und Alter*. Berlin/Boston: De Gruyter. Seite 21–32.
- Schmidt-Glenewinkel, Annika (2013). *Kinder als Dolmetscher in der Arzt-Patienten-Interaktion* (1st ed.). Berlin: Frank & Timme.
- Schouler-Ocak, Meryam & Aichberger, Marion C. (2015). Versorgung von Migranten. *PSYCH up2date* 9(3), 177–188.
- Schouler-Ocak Meryam; Graef-Calliess, Iris Tatjana; Tarricone, Ilaria; Qureshi, Adil; Kastrup, Marianne C. & Bhugra, Dinesh (2015). EPA Guidance on cultural competence training. *European Psychiatry* 30(3), pp. 431-440. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.012
- Schouler-Ocak, Meryam & Aichberger, Marion C. (2017). Kulturelle Einflussfaktoren in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 62, 277–284. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0204-x>
- Schouler-Ocak, Meryam (2020). Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In: Riecken, Andrea & Genkova, Petia (Hg.) *Handbuch Migration und Erfolg*. Wiesbaden: Springer, 567–587. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18236-6_33
- SeGeMi (2010). Seelische Gesundheit und Migration. Internationales Forschungsbericht der Studiengruppe Charité Berlin & Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; gefördert von der VolkswagenStiftung. <http://www.segemi.de/> (Stand: 02.02.2024).
- Sleptsova, Marina; Hofer, Gertrud; Morina, Naser & Langewitz, Wolf (2014). The role of the health care interpreter in a clinical setting—A narrative review. *Journal of Community Health Nursing* 31(3), 167-184. <https://doi.org/10.1080/07370016.2014.926682>
- Sleptsova, Marina; Hofer, Gertrud; Egger, Marcel; Grossman, Paul; Morina, Naser; Schick, Matthis; Daly, Mary-Louise; Weber, Irina; Kocagöncü, Oktay & Langewitz, Wolf (2015). Wie verstehen Dolmetscher ihre Rolle in medizinischen Konsultationen und wie verhalten sie sich konkret in der Praxis? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 65 (09/10), 363-389. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1554691>
- Spallek, Jacob & Razum, Oliver (2023): Migration und Gesundheit. In: Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus. *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (2nd ed. 2023). Wiesbaden: Springer.

- Statistik Austria (2023). *Statistisches Jahrbuch. Migration & Integration 2023. Zahlen, Daten, Indikatoren*. https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/MIG2023.pdf (Stand: 05.09.2024)
- Statistik Austria (2024). *Statistisches Jahrbuch Migration und Integration 2024. Zahlen, Daten, Indikatoren*. https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/Migration_und_Integration_2024.pdf (Stand: 02.09.2024).
- Stompe, Thomas (2010). *Psychisch kranke Migranten: Die Versorgungssituation in Österreich*. Wien: Facultas WUV.
- Stompe, Thomas & Ritter, Kristina M. (Eds) (2015). *Krankheit und Kultur: Einführung in die kulturvergleichende Psychiatrie* (1st ed.). Wien: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954661558>
- Slapp, Ashley M. (2004). *Community interpreting in Deutschland: Gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft*. München: Meidenbauer.
- Tezcan-Güntekin Hürrem & Razum Oliver (2018). Pflegende Angehörige türkeistämmiger Menschen mit Demenz – Paradigmenwechsel von Ohnmacht zu Selbstmanagement. *Pflege & Gesellschaft* 32: 69–83.
- Theilen, Irmgard (1985). Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik: Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In: Collatz, Jürgen; Kürsat-Ahlers, Elcin & Korporal, Johannes (Hrsg.) *Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg: EB-Verlag Rissen, 292-322.
- Thomas, Alexander (Hg.) (2003). *Kulturvergleichende Psychologie* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Tipton, Rebecca & Furmanek, Olgierda (2016). *Dialogue interpreting: a guide to interpreting in public services and the community* (1st ed.). London, New York: Routledge.
- Toker, Mehmet Z. (1997). *Türkischsprachige Psychotherapieangebote im deutschsprachigen Raum*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Treiber, Angela; Kazzazi, Kerstin & Jaciuk, Marina (Eds) (2020). *Migration Übersetzen: Alltags- und Forschungspraktiken des Dolmetschens im Rahmen von Flucht und Migration* (1st ed.). Wiesbaden: Springer.
- Tribe, Rachel & Morrissey, Jean (2002). The refugee context and the role of interpreters. In: Tribe, Rachel & Raval, Hitesh (Eds.) *Working with interpreters in mental health*. London, New York: Routledge, pp. 198-218.
- Tribe, Rachel & Morrissey, Jean (2004). Good practice issues in working with interpreters in mental health. *Intervention*, 2(2), 129–142.

- Tribe, Rachel & Thompson, Kate (2022). Working with interpreters when working with forced migrants in mental health. *International Review of Psychiatry*, 34(6), 613–621. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2073202>
- Trommsdorff, Gisela (2001). Eltern-Kind-Beziehungen aus kulturvergleichender Sicht. In: Walper, Sabine & Pekrun, Reinhard (Eds.) *Familie und Entwicklung: Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie*. Göttingen: Hogrefe, pp. 36-62.
- Trummer, Ursula & Krasnik, Allan (2017). Migrant health: the economic argument. *European Journal of Public Health* 27(4), 590–591.
- Trummer Ursula & Novak-Zezula Sonja (2017). Diversitätsmanagement in Ambulanzen. Aktuelle Herausforderungen und Lösungen aus Mitarbeitersicht, *Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft* 3(2), 19–27. DOI: 10.17193/HNU. ZFPG.03.02.2017-04.
- Uniklinikum Salzburg (2022). *Der hausinterne Dolmetschdienst*. <https://salk.at/6951.html> (Stand: 23.07.2024).
- Universitas Austria (2017). *Berufs- und Ehrenordnung des UNIVERSITAS Austria Berufsverbands für Dolmetschen und Übersetzen*. https://www.universitas.org/wp-content/uploads/Berufs-_und_Ehrenordnung_2017_final-1.pdf (Stand: 02. 02. 2025).
- Universitas Austria (2024). https://www.universitas.org/de/organisation/#getsub_p4 (Stand: 23.09.2024).
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2012). *Measurement of socio-economic conditions of migrants: progress, challenges and lessons learned. Progress report on work of the United Nations Economic Commission for Europe Task Force on Measurement of the socio-economic conditions of migrants*. Conference of European Statisticians, Group of Experts on Migration Statistics, Working paper for the Work Session on Migration Statistics, Geneva, 17-19 October 2012 https://unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ecc/ces/ge.10/2012/WP_21_TF.pdf (Stand: 04.09.2024).
- Valero-Garcés, Carmen (2023). General issues about public service interpreting: Institutions, codes, norms, and professionalisation. In: Gavioli, Laura & Wadensjö, Cecilia (Eds) *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting* (1st ed.). London, New York: Routledge. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.4324/9780429298202>
- Vanderheiden, Elisabeth & Mayer, Claude-Hélène (2023). *Der Wert der Scham: Die Erforschung einer Gesundheitsressource in kulturellen Kontexten*. Cham: Springer.
- Vasquez, Carmen & Javier, Ricardo (1991): The Problem with interpreters: communicating with spanish-speaking patients. *Hospital and Community Psychiatry* 42 (2): 163-165.
- Wadensjö, Cecilia (1998). *Interpreting as Interaction*. London, New York: Longman.
- Wancata, Johannes (2017). *Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich Wissenschaftlicher Bericht*. Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien. Wien.

- Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin & Jackson, Don D. (2017) *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. 13., unveränderte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Weigl, Marion & Gaiswinkler, Sylvia (2019). *Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Weisskirch, Rob S. & Alva-Alatorre, Sylvia (2002). Language brokering and the acculturation of Latino children. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 24(3), 369-378.
- Wolf, Veronika & Özkan, Ibrahim (2012). Dolmetschen in der Psychotherapie- Ergebnisse einer Umfrage. *Psychotherapeutenjournal* 4, 325-327.
- World Health Organization (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347> (Stand: 09.11.24)
- Yavuz, A. (2007). *Die Inanspruchnahme mystisch-traditioneller Heiler durch türkische Patienten in Deutschland und in der Türkei*. Dissertation, Ruhr-Universität Bochum.
- Yildirim-Fahlbusch, Yavuz (2003). Türkische Migranten - Kulturelle Missverständnisse. *Deutsches Ärzteblatt* 100 (18). <https://www.aerzteblatt.de/dac-plus/zusatzinfo?heftid=2376> (Stand: 08.09.24).

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Kompetenzanforderungsmodell (Pöckhacker 2000)
- Abbildung 2: Prozess- und erfahrungsbasiertes Modell der Dolmetschkompetenz nach Albl-Mikasa (2012)
- Abbildung 3: Empfehlungen für Therapeut*innen und Dolmetscher*innen nach Morina et al. (2010)
- Abbildung 4: Drei Phasen des gedolmetschten Therapiesgesprächs nach Morina et al. (2010)
- Abbildung 5: Eine Übersicht über mögliche Vor- und Nachteile für die Planung und den Einsatz der unterschiedlichen Dolmetscherarten nach Kluge (2014)

Anhang A Fragenkatalog

Anamnese und Behandlungserfahrungen

- Welche Erfahrungen haben Sie mit dem österreichischen Gesundheitssystem gemacht?
- Was war der Anlass für Ihre aktuelle psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung?
- Welche Art von medizinischer, psychischer oder therapeutischer Betreuung nehmen Sie derzeit in Anspruch?
- Wer hat Ihr Leiden artikuliert?
- Fühlen Sie sich in Ihrer Behandlung verstanden? Gab es Momente, in denen Sie das Gefühl hatten, falsch diagnostiziert zu werden?
- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer bisherigen Behandlung?
- Haben Sie schon einmal Medikamente eigenständig abgesetzt? Wenn ja, warum?

Bildungsstandard und Deutschkenntnisse

- Welche Schul- und Ausbildung haben Sie in Ihrem Herkunftsland und in Österreich genossen?
- Wie würden Sie Ihre Deutschkenntnisse beschreiben?
- Hatten/Haben Sie Gelegenheiten, die deutsche Sprache im Alltag zu nutzen oder zu verbessern?

Biografische Angaben

- Wann sind Sie nach Österreich gekommen, und was war der Grund für Ihre Migration?
- Aus welcher Region oder Stadt stammen Sie ursprünglich?

Beruflicher Hintergrund und Alltag

- Sind Sie derzeit berufstätig? Falls nein, waren Sie früher berufstätig?
- Haben Sie in Ihrem Arbeitsumfeld oder in anderen Situationen regelmäßig Kontakt zu deutschsprachigen Menschen?
- Gibt es Gelegenheiten, bei denen Sie auf Deutsch kommunizieren müssen?

Erfahrungen mit Dolmetscher*innen

- Wurde bei Ihrer Behandlung ein Dolmetscher hinzugezogen? Wenn ja, wie haben Sie das empfunden?
- War es für Sie eine Hilfe oder eher eine zusätzliche Herausforderung?
- Hatten Sie Hemmungen, in Anwesenheit eines Dolmetschers zu sprechen?
- Wo hatten Sie bereits professionelle Dolmetscher*innen, und wo nicht?
- In welchen Situationen hätten Sie sich einen Dolmetscher gewünscht?

Erwartungen an Dolmetscher*innen

- Welche Erwartungen haben Sie an eine Dolmetscher*in in der Therapie?
- Was sind aus Ihrer Sicht die Vor- und Nachteile der Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetscher*innen?
- Wie empfinden Sie das Vertrauen in eine Dolmetscher*in? Gab es Verständigungsschwierigkeiten?
- Haben Sie Bedenken, dass eine dritte Person während der Therapie anwesend ist?
- Wer hat die Sprachmittlung in Ihrer Behandlung arrangiert?
- Wissen Sie, wie Sie selbst eine professionelle Dolmetscher*in beauftragen können?
- Können Sie eine Situation schildern, in der Sie einen Dolmetscher genutzt haben?

Dolmetscher*innen im Vergleich zu bekannten Personen

- Wer übernimmt normalerweise die Sprachmittlung für Sie?
- In welchen Situationen empfinden Sie eine bekannte Person (z. B. Familie) als geeigneten Sprachmittler, und in welchen nicht?
- Welche Eigenschaften sollte ein gute Dolmetscher*in Ihrer Meinung nach haben?
- Alter, Geschlecht, Religion, persönliche Eigenschaften?
- Sollte eine Dolmetscher*in neutral agieren oder auch als Vermittler auftreten?

Anhang B Transkripte

Interviewpartner*in 1 - IP 1

- 1 **Interviewerin:** [00:00:04] Şimdi ilk önce genel sorular olacak. Avusturya'ya ne zaman
2 geldiniz? Hangi yılda?
- 3 **IP1:** [00:00:12] Avusturya'ya Şubat'ın 12'si, 2009 muydu?
- 4 **Interviewerin:** [00:00:18] Yıl önemli sadece, kaç yıl oldu?
- 5 **IP1:** [00:00: 22] 19 yıl oldu.
- 6 **Interviewerin:** [00:00:31] 19 sene oldu ve hangi amaçla geldiniz Avusturya'ya?
- 7 **IP1:** [00:00:32] Eşim buradaydı diye.
- 8 **Interviewerin:** [00:00:33] İşçiydi. Evet, aile birleşimi. Tamam, Türkiye'den geldiniz.
- 9 **IP1:** [00:00:38] Evet, Türkiye'den geldik.
- 10 **Interviewerin:** [00:00:40] Hangi bölgesinden?
- 11 **IP1:** [00:00:42] Anadolu, ###.
- 12 **Interviewerin:** [00:00:42] Hangi dilleri konuşuyorsunuz?
- 13 **IP1:** [00:00:48] Türkçe, Kürtçe.
- 14 **Interviewerin:** [00:00:50] Tamam. Her ikisini de ne seviyede? Yani mesela Türkçe ile Kürtçe
15 aynı mı? Kürtçe daha mı iyi? Almanca da var biraz.
- 16 **IP1:** [00:01:00] Tabii ki Kürtçe ana dilim olduğu için Kürtçeyi güzel biliyorum, evet.
- 17 **Interviewerin:** [00:01:05] Peki, Almanca kursuna gittiniz mi burada hiç?
- 18 **IP1:** [00:01:08] Burada gittim, ###'de üç ay gittim.
- 19 **Interviewerin:** [00:01:12] Oradan böyle seviye aldınız mı? Sertifika A1, A2?
- 20 **IP1:** Evet, aldım.
- 21 **IP1:** [00:01:19] 3 ay gittim. Ama A1 miydi, neydi? Yani sertifikayı aldım. Ondan sonra da
22 gitmedim daha. Hani pahalı geliyordu, 350 Euro kendim istedim ama kimse göndermedi. Yani
23 hastaneye yattığım zaman doktor dedi ki, “Ne istiyorsun?” Ben de dedim ki Almanca
24 öğrenmeyi çok istiyorum. Bir de ehliyet yapmayı. O yüzden o da dedi ki, “Gidebilirsin.” Yani
25 hani herhangi bir devlet filan göndermedi. Ben kendi istediğim için sadece bir kere gittim.
- 26 **Interviewerin:** [00:01:48] Tamam, yani kendiniz ödemiş oldunuz.

- 27 **IP1:** [00:01:51] Evet, kendimiz ödedik.
- 28 **Interviewerin:** [00:01:53] Tamam, o hastane konusunda sonra tekrar sorayım.
- 29 **IP1:** Tamam.
- 30 **Interviewerin:** Bu ilkokul mezunu mu, ortaokul mezunu mu? En yüksek hangi okuldan mezun
31 oldunuz?
- 32 **IP1:** [00:02:03] Ben? İlkokul.
- 33 **Interviewerin:** [00:02:04] İlkokul.
- 34 **IP1:** [00:02:04] Evet.
- 35 **Interviewerin:** [00:02:05] Türkiye'de beş yıl.
- 36 **IP1:** [00:02:06] Evet, 5 yıl.
- 37 **Interviewerin:** [00:02:07] Evet. Hiç çalıştınız mı?
- 38 **IP1:** [00:02:10] Türkiye'de? Türkiye'de hiç çalışmadım, üç çocuk vardı.
- 39 **Interviewerin:** [00:02:14] Burada?
- 40 **IP1:** [00:02:19] Burada da çalıştım bir firmada, o ### var ya.
- 41 **Interviewerin:** [00:02:20] Hı hı hı. Kaç sene?
- 42 **IP1:** [00:02:21] İki, iki buçuk yıl filan çalıştım. Ondan sonra merdiven temizliğine gidiyordum.
43 Yedi, sekiz, sekiz buçuk yıl. Ondan sonra ###'e girdim. İki, iki buçuk ay herhalde üç ay
44 çalıştım.
- 45 **Interviewerin:** [00:02:37] Orası bir firma mı?
- 46 **IP1:** [00:02:39] Evet, şey, "Wäsche" firması hı hı.
- 47 **Interviewerin:** [00:02:41] Peki, orada mesela Almanca konuşma şansınız oluyor muydu?
- 48 **IP1:** [00:02:44] Almanca tabii ki Meister filan Almanca bizle konuşuyordu. O zaman
49 Yugoslav'dı ama diğerleri Türk'tü. Türk bayanlarla Türkçe konuşuyordum ama Meister geldiği
50 zaman Almanca konuşuyordum.
- 51 **Interviewerin:** [00:02:55] Şimdi çalışıyor musunuz?
- 52 **IP1:** [00:02:56] Yok, şimdi çalışmıyorum.
- 53 **Interviewerin:** [00:02:59] Şimdi evdesiniz?
- 54 **IP1:** [00:03:00] Şimdi evdeyim, evet.

55 **Interviewerin:** [00:03:01] Peki, şimdi mesela böyle Almanca konuşabileceğiniz durumlar
56 oluyor mu? Günlük hayatta nerede Almanca konuşuyorsunuz?

57 **IP1:** [00:03:12] Mesela doktora gittiğin zaman Almanca konuşuyorsun. Sonuçta doktor Türkçe
58 bilmiyor. (lacht)

59 **Interviewerin:** [00:03:20] Kendiniz mi gidiyorsunuz?

60 **IP1:** [00:03:22] Evet, ben kendim gidiyorum, ### ile gidiyorum, eşimle gidiyorum işte. Ondan
61 sonra arkadaşları gördüğüm zaman mahallede konuşurlar. Ben evet.

62 **Interviewerin:** [00:03:32] Tamam. Şimdi ikinci bir kısma geçmiş olacağız. Avusturya'daki
63 sağlık sektörüyle ilgili tecrübeleriniz nasıl? Mesela burada doktora gitmek nasıl? Doktora
64 gittiğinizde kendinizi ifade edebiliyor musunuz? Ya da ne gibi zorluklar çekiyorsunuz?

65 **IP1:** [00:03:52] Tabii ki zorluklar çekiyorsun. Tam olarak Almanca, yani nerde desen sıfır.
66 Yani tamam el kol hareketiyle bir şeyler söylüyorsun, doktor anlıyor mu anlamıyor mu? Tam
67 olarak hani derdini biliyor musun? İşte tarif ederek şey yaparak. O kadar yani.

68 **Interviewerin:** [00:04:13] Kendiniz mi istiyorsunuz ya da birisiyle mi doktora? Tercüman
69 olarak götürdüğünüz birisi oluyor mu?

70 **IP1:** [00:04:18] Tercüman yok, ### ile gidiyorum. Eşimle gidiyorum.

71 **Interviewerin:** [00:04:20] Onun da Almancası nasıl?

72 **IP1:** [00:04:22] O da pek şey değil işte. O da evet.

73 **Interviewerin:** [00:04:25] Peki, hiç böyle çocuğunuzla ya da Almanca bilen bir tanıdığınızla
74 gittiğiniz oldu mu?

75 **IP1:** [00:04:31] Hayır. Hep ben kendim ya da eşimle beraber gittim.

76 **Interviewerin:** [00:04:35] Tamam. Peki şimdi, mesela sizin bir rahatsızlığınız var. Dediniz ki
77 depresyon hastasıyım.

78 **IP1:** Evet.

79 **Interviewerin:** Bu teşhis konmuş bir rahatsızlık. Bununla ilgili, yani, nasıl gelişti süreç? Nasıl
80 bu teşhis kondu? Nasıl doktora gitmeye karar verdiniz?

81 **IP1:** [00:04:53] Ben aniden, yani hastalığımın başlaması mı, nasıl oldu?

82 **Interviewerin:** [00:04:56] Hastalığın başlaması ya da nasıl, ne zaman doktora gitmeye karar
83 verdiniz?

84 **IP1:** [00:05:01] Hemen, zaten hemen aynı o gün başladığını hissettiğim zaman o sıkıntı,
85 ağlama, kusma filan başladığı an hemen eşimi aradım. Hemen işten çıkıp geldi. Çalışıyordu da
86 çıkıp geldi, izin aldı. Ondan sonra ev doktoruna gittik. Burada ### diye bir doktor vardı. ###'ta,
87 ona gittim. O da hemen direkt hastaneye havale etti.

88 **Interviewerin:** [00:05:26] Hangi hastaneye?

89 **IP1:** [00:05:27] ###'e.

90 **Interviewerin:** [00:05:29] Nörolojiye, psikiyatriye?

91 **IP1:** [00:05:31] Evet, psikiyatriye.

92 **Interviewerin:** [00:05:32] Tamam, ne dedi peki doktor?

93 **IP1:** [00:05:33] Doktor dedi "schwere" depresyon dedi. Hı hı, yılların birikintisi. Ama şeyde
94 ###'de tercüman geldi. İkinci, üçüncü haftası mı ne, tercüman geldi.

95 **Interviewerin:** [00:05:44] İkinci, üçüncü haftasında mı geldi? ###'de. Hemen hastanede mi
96 kaldınız?

97 **IP1:** [00:05:48] Hastanede yatılı olarak. İkinci haftası hafta sonu eve gönderiyorlardı. Hı hı.

98 **Interviewerin:** [00:05:56] Kaç gün kaldınız?

99 **IP1:** [00:05:58] Cuma öğleden sonra mı gönderiyorlardı, cumartesi pazar akşamı geri
100 alıyorlardı.

101 **Interviewerin:** [00:06:03] Toplam kaç gün, ne kadar kaldınız?

102 **IP1:** [00:06:05] İki gün kalıyordum.

103 **Interviewerin:** [00:06:06] Hastanede?

104 **IP1:** [00:06:07] Hani ben evde iki gün, hafta sonları gönderiyorlardı.

105 **Interviewerin:** [00:06:11] Ne kadar devam etti bu? Bir ay mı, iki ay mı?

106 **IP1:** [00:06:15] 37 gün kaldım işte.

107 **Interviewerin:** [00:06:16] 37 gün?

108 **IP1:** [00:06:17] 37 gün, evet, otuz yedi gün kaldım. Onlar baktı ki daha düzeliyorum, ilaçlarla
109 evde devam edersin. Sürekli psikiyatristine yine kontrole gidebilirsin.

110 **Interviewerin:** [00:06:26] Peki, mesela şimdi önce Hausarzt'a gittiniz, ondan sonra o dedi ki
111 depresyon olabilir. O Überweisung yazdı. ### psikiyatri bölümüne. Orada sizi kim karşıladı?
112 Derdinizi nasıl anlattınız?

113 **IP1:** [00:06:43] Önce eşim. Eşim önce çalışıyordu şeyde, işte ###'da ###'e yakın. O gitmiş,
114 söylemiş, demiş, hayır, alamayız, demiş. Eşim de demiş ki, çok hasta, istifra ediyor, ağlıyor,
115 çok kötü. Hani kendi intihar ederse sorumlusu sizsiniz. Yanında da, hani, şey olarak bir arkadaşı
116 vardı iş arkadaşı. Ondan sonra demiş. Evet, demiş. Hani biz aile aynı köyden oturuyoruz, aynı
117 memleketten. Böyle böyle, benim de haberim var. Ben şahitlik yapıyorum bir şey olursa.
118 Hemen doktor eşime söylemiş. Eşim hemen geldi, beni aldı. Üstümüzü başımızı toparladık,

- 119 çıkıp gittik dedi. Tamam dedi, özür dilerim dedi. Depresyonmuş dedi. Hemen, yani hemen
120 aldılar.
- 121 **Interviewerin:** [00:07:31] Ne kadar? Aradan zaman geçti, ev doktorundan çıktınız. Oraya
122 gitmek ne kadar sürdü?
- 123 **IP1:** [00:07:36] He, doktorum hemen aynı gün, hemen havale etti, Überweisen etti.
- 124 **Interviewerin:** [00:07:41] Ondan sonra ne zaman hastaneye yattınız? Kaç gün sonra?
- 125 **IP1:** [00:07:43] Hemen aynı o gün gönderdi ev doktoru. Hemen aynı. O gün, eşim alıp aynı o
126 gün götürdü.
- 127 **Interviewerin:** [00:07:50] Tamam, anladım. Peki, mesela oraya gittiniz. Yani tedavi süreci
128 nasıl başladı? Siz kendi derdinizi nasıl anlattınız?
- 129 **IP1:** [00:08:00] İşte önce eşim anlattı. Eşim anlattı. Ondan sonra orada bir tane arkadaş vardı,
130 ### abla diye. O sağ olsun, o yardımcı oldu, yardımcı oldu. Ondan sonra tercümanlık
131 yapıyordu.
- 132 **Interviewerin:** [00:08:15] O ### abla kim?
- 133 **IP1:** [00:08:15] Oluyor, o da hasta, depresyon hastası ama yıllardır burada. O ###'de oturuyor.
134 O tercümanlık yaptı bana, işte böyle böyle. Bundan sonra o yardımcı oldu. İşte böyle şeyler
135 olunca spor salonlarını gösteriyordu, yüzme yerlerini orada. Ama ilaçlarımızı Schwester'ler
136 veriyordu, Krankenschwester'ler veriyordu. Hani içen vardı, içmeyen vardı. Düzenli olarak ben
137 ilaçlarımı içiyordum. Bir ### vardı, ### vardı. Ondan sonra bu da biraz önce bu hapları verdi,
138 işte odur budur, devam ediyorum.
- 139 **Interviewerin:** [00:08:51] Oraya gittiniz, doktor geldi, doktorla görüştünüz. Eşiniz anlattı,
140 evet, nasıl anlattı eşiniz?
- 141 **IP1:** [00:09:01] İşte denildi, böyle böyle. Ben işte çalışıyordum, aniden evdeymiş. Çocuklar
142 okuldaymış, böyle ağlamayla korkuyla terle, ateş başlamış.
- 143 **Interviewerin:** [00:09:09] Bunların hepsini söyleyebildi mi eşiniz?
- 144 **IP1:** [00:09:11] İşte sözde söylemiş, ne kadar anlattıysa. İşte bildiğin gibi Almanca tam temel
145 olmayınca bu kadar. Sen biliyorsun.
- 146 **Interviewerin:** [00:09:18] Ama siz emin değilsiniz. Söyleyip söylemediğini, söylediğini
147 düşünüyorsunuz.
- 148 **IP1:** [00:09:22] Evet. Hani bizi aldılar, kabul ettiler diye ki anlamışlar diye düşünüyor. Ondan
149 sonra aldılar. Yani çok da şey, ilgi gösterdiler o an. “Korkma, biz senin yanındayız,” filan.
150 Ondan sonra tabii o anda ben anlatamıyorum ki. Hep ağlıyorum. Hani işte ağlıyorum. Böyle
151 yapıyor eşim. Dedi, “Bak, siz almadınız. Böyle böyle ben işi bıraktım geldim. Hani çıkışımı
152 verecekler. Bilemiyordum böyle hastalık olduğunu. İlk kez biliyorum.” Ondan sonra aldılar.
153 Eşim beni bırakıp eve geldi, işte.
- 154 **Interviewerin:** [00:09:56] İşte orada. Tercümanlığı ### abla diye başka bir hasta mı yaptı?

- 155 **IP1:** [00:10:00] Evet, başka bir hasta.
- 156 **Interviewerin:** [00:10:01] Sonra nasıl oldu mesela? Çünkü psikiyatride hani sürekli doktor
157 gelip görüşmeye bakıyor.
- 158 **IP1:** [00:10:06] Başım şiddetli ağrıyordu, işte. Beyin şeyine gönderdiler. Başında herhangi bir
159 tümör filan var mı? Ondan sonra bir şey yok, dediler. Depresyona bağlı olan bunlar. Hepsi
160 kasmalar, ağlamalar, titremeler, korku, panik. Bunlar, hepsi.
- 161 **Interviewerin:** [00:10:23] Peki, 2-3 hafta sonu tercüman geldi, dediniz. Peki, ne yaptı?
- 162 **IP1:** [00:10:28] Evet. İşte sordu bana. ###'da eşim de yanımdaydı. Sordu bana. Ondan sonra
163 doktor da Frau ### diye bir doktor vardı, Yugoslav. O soruyor tercümana, tercüman bana
164 soruyor. ###'ya bakıyor, işte. Sordu. Şeyi yaptı işte. Neden oldu, nasıl oldun, nasıl sen anlattın?
165 Söyledi, işte böyle devam etti, işte. Yıllarca Türkiye'de tek başımaydım. Üç çocuğum vardı.
166 Eşim yurt dışındaydı. İşte kaynanam hani şeydi, böyle rahat vermiyordu. O da rahatsızdı. Aynı
167 hastalığımı bana da yaşattı, filan. Doktor böyle yazdı, çizdi. Dedi, uzun bir süre burada kalması
168 lazım.
- 169 **Interviewerin:** [00:11:08] Peki, mesela böyle. Sizce doktor sizi anlamış mı? Ya da yanlış bir
170 teşhis olmuş olabilir mi ya da eksik mi anlamış olabilir? Şimdiye baktığınızda, hastaneden
171 çıkınca iyileşmiş oldunuz mu?
- 172 **IP1:** [00:11:27] Yok, canım. Hemen, çok uzun sürdü. Ağır ilaçlar verdiler. Her ay kontrole
173 doktor ###'a havale ettiler. Doktor ###'a Überweisung yazdılar. O başka, kendisi ilaç verdi.
174 Hani onlar yazmış ki, bu Frau ###'ye bu ilaçları vereceksin. Bundan sonra o da doktor ### da
175 bu ilaçları verdi bana. Bunun bunu içeceksin. Her ay 2-3 ayda bir kontrole geleceksin.
- 176 **Interviewerin:** [00:11:54] O tercüman geldiğinde rahat oldu mu? Daha iyi oldu mu tercümanın
177 gelmiş olması?
- 178 **IP1:** [00:11:59] Tabii ki rahat oldu. Hani en azından yük üzerinde gidiyor. Sen söylüyorsun, o
179 doktora anlatıyor. O zaman, geldiğim ikinci seneydi, hasta oldum. Yani hani sıfır Almanca.
180 Hani hallo, servus. Sadece öyle şeyleri, gel git, danke, bitte. Öyle şeyleri biliyordum.
- 181 **Interviewerin:** [00:12:19] Peki, mesela daha önce ilaçlarımı kendim bıraktım, dediniz. Evet,
182 ona nasıl böyle bir şey yaptınız?
- 183 **IP1:** [00:12:28] Ya, o çevrede duyduklarım göre iyi değilmiş. Bağımlılık filan yapıyormuş,
184 yani. Bırakmam da çok zor oldu. Bundan on beş yıl önce Antalya'ya gittik, ilk tatile. Türkiye'ye
185 gittiğimiz zaman buraya geldik. Yedi, sekiz sene gidemedik. Ondan sonra gider gitmez, uyku
186 ilacı mesela ### diye bir ilaç. Akşam 8'den, 9'dan içiyordum. Ben de uçaktaydım. Dedim ki,
187 içmeyeceğim. Öyle denedim ama çok zor oldu. Uykum gelmedi, korkular, ter başladı. Ama
188 dedim ki, içmeyeyim. Denedim onu, öyle atlattım. Bundan sonra dönüşte ### diye bir ilacım
189 vardı. Onu da çok direndim, kendim bıraktım. Bundan sonra çok ağır ilaçlar vardı, yani. Çok
190 aklımda kalmamış, isimlerini bilmiyorum ama ondan sonra onları hep kendim bıraktım. Şimdi
191 en son kaldı. Bu ilaçları sana gösterdim.
- 192 **Interviewerin:** [00:13:21] Yani çevreden ağır olduğunu duyduğunuz için bıraktınız.

193 **IP1:** [00:13:24] Evet. Tekrar doktora söyledim, çok sevindi. “Kendiniz bırakmanız çok büyük
194 bir şey. Ehliyetinizi yaptınız, Almancanızı kendinize göre geliştirdiniz. Hani kendinizi
195 kurtardınız. Yeni hedefiniz sizin için böyleyse başardınız,” dedi. Hı hı.

196 **Interviewerin:** [00:13:41] Hı, anladım.

197 **IP1:** [00:13:42] Evet.

198 **Interviewerin:** [00:13:43] Peki, mesela şimdiye kadar profesyonel bir tercüman sadece o
199 hastanede mi bulundu?

200 **IP1:** [00:13:52] Evet.

201 **Interviewerin:** [00:13:52] Onun dışında hiç profesyonel bir tercüman gelmedi mi?

202 **IP1:** [00:13:55] Hayır, hayır.

203 **Interviewerin:** [00:13:56] Peki, neden gelmedi? Ya da ister miydiniz gelmesini? Profesyonel
204 bir tercümanın burada gelseydi çok işime yarardı dedğiniz hangi durumlar var?

205 **IP1:** [00:14:11] İşe, doktora gittiğin zaman mesela bir Frauenarzt’a gidiyorsun. Dört dörtlük
206 Almanca yok ki...

207 **Interviewerin:** [00:14:17] Mesela Frauenarzt’a kendiniz mi gidiyorsunuz?

208 **IP1:** [00:14:20] Kendim, evet, kendim gidiyorum. İşte soruyor, kontrol ediyor: “Bu ilacı
209 verdim, şunu yap, bunu kullan, geçmezse bir daha gelirsin.” Zyste vardı. Ondan sonra menopoz
210 oldu. İşte bunların hepsi bir süreç, yani benim için.

211 **Interviewerin:** [00:14:38] Orada tercüman olsaydı iyi olurdu?

212 **IP1:** [00:14:41] İyi, illaki, evet.

213 **Interviewerin:** [00:14:43] Peki, sizce mesela bir tercümanın gelmiş olmasının avantajları ne,
214 dezavantajları ne?

215 **IP1:** [00:14:50] Avantajı, benim için iyi olurdu. Ben mesela anadilim Türkçe olduğu için
216 söyledim. Hani böyle oldum, kendimi rahat hissedirdim, iyi olurdu. Benim için illa ki iyi
217 olurdu.

218 **Interviewerin:** [00:15:05] Peki, mesela tercümanın şu durumda iyi olmazdı dedğiniz bir şey
219 var mı? Mesela, “Ben buna güvenemem” ya da “Benim böyle bir sıkıntım var bu kişinin
220 yanında” dedğiniz bir durum var mı?

221 **IP1:** [00:15:17] Yok, öyle bir şeyim yok. Herhangi bir düşüncem yok yani. Mesela senin gibi
222 bir tercüman olsa yanımda, seve seve içimi açarım. Hani. Çok güzel olur, daha rahatlarım. Hı
223 hı.

224 **Interviewerin:** [00:15:37] Şimdi birkaç soru daha var. Bu ###’deki tercümanı birisi mi
225 ayarladı? Hastane mi ayarladı?

- 226 **IP1:** [00:15:47] Evet, termin yaptılar, hastane ayarladı. ###'yi aradılar, eşimi.
- 227 **Interviewerin:** [00:15:52] Peki, mesela profesyonel bir tercümana ihtiyacınız olduğunda
228 nereye başvuracağınızı biliyor musunuz?
- 229 **IP1:** [00:15:59] Şimdi mi? Evet, şimdi biliyor eşim. Mesela o zaman çalışıyordu, izin
230 alamıyordu, zamanı yoktu. Üç çocuk evde, Almancaları yok. Yeni gelmişler, yani. Bizim için
231 çok zor bir süreçti.
- 232 **Interviewerin:** [00:16:10] Hı hı. Şimdi diyelim, şuradan şuraya gidip profesyonel bir tercüman
233 bulabilirim. Nereden bulunabilir?
- 234 **IP1:** [00:16:19] Mesela tercüman... Eşim biliyor yani.
- 235 **Interviewerin:** [00:16:24] Hı hı. Anladım.
- 236 **IP1:** [00:16:25] Biliyor. Avukatlarını da biliyor, tercümanları da biliyor. Ama mesela tercüman.
237 Bildiğim ### var, böyle. Ondan sonra başka da ###'nın bildikleri var. Yani ### onunla gidiyor.
238 Mesela benim için hangi tercümanı ayarladıysa eşim, orayı düşünür, karar vermesi lazım.
- 239 **Interviewerin:** [00:16:35] Ama bunlar profesyonel tercüman değiller?
- 240 **IP1:** [00:16:50] Kaşeleri var mı yok mu bilmiyorum. Yani, onları bilmiyorum. (Lacht)
- 241 **Interviewerin:** [00:16:54] Kaşesi olması da profesyonel anlamına gelmiyor. (Lacht)
- 242 **IP1:** [00:16:58] Bir işi olarak, yani ### gidip geliyordu kağıt kürek işleri için. Ama böyle. Hani
243 özel mesele bir doktorda, sizin gibi bir bayanla Almancası, doğma büyüme burada, yani
244 güvenerek anlatması benim için daha doğru olur. Yani şimdi şu an sizinle konuşuyorum, yani
245 sanki üstümden bir yük gitmiş. (Lacht)
- 246 **Interviewerin:** [00:17:19] Şimdi mesela size göre iyi bir tercüman nasıl olmalı? Mesela kendi
247 durumunuza göre bunun yaşı olabilir, cinsiyeti olabilir, kadın mı erkek mi, dini ya da milliyeti
248 mi? Şimdi, siz Kürt kökenli Türk'üm diyorsunuz. Ve "Ben yanımda Türk değil de Türkçe
249 öğrenmiş bir Avusturyalı olsun isterim" de diyebilirsiniz. Hani bunlar sizin...
- 250 **IP1:** [00:17:49] Hayır, hiçbir ayrımım yok benim için.
- 251 **Interviewerin:** [00:17:51] Hiç?
- 252 **IP1:** [00:17:51] Hiç ayrımım yok benim için.
- 253 **Interviewerin:** [00:17:53] Ama kadın ya da erkek, mesela hastanede ya da doktorda?
- 254 **IP1:** [00:17:57] O da herhangi bir şeyim yok ama eğer ki doktor olursa, kadınsal durum olursa
255 tabii ki bayan olsa benim için daha iyi olur.
- 256 **Interviewerin:** [00:18:07] Evet. Peki, mesela size göre bir tercüman sizin avukatlığınızı da
257 yapmalı mı? Yoksa sadece "Benim dediğimi desin" yeter mi?
- 258 **IP1:** [00:18:18] Benim dediğimi desin.

259 **Interviewerin:** [00:18:20] Yeter yani?

260 **IP1:** [00:18:20] Evet.

261 **Interviewerin:** [00:18:21] “Ben kendimi savunurum,” diyorsunuz. Tamam. Peki, bir tercüman
262 sizi tanımalı mı? Tanımadan mı tercümanlık yapmalı? Yani, mesela sizin tercümana ihtiyacınız
263 var. Profesyonel bir tercüman çağırılıyor. Onun yabancı olması sizi rahatsız eder mi? Yoksa
264 tanıdık bir tercüman olsa daha mı iyi olur?

265 **IP1:** [00:18:53] Tanıdık bir tercüman olsa daha iyi olur. (Lacht)

266 **Interviewerin:** [00:18:59] Anladım. Onu hastane ayarlıyor. Hiç çocuklarınız sizin için
267 tercümanlık yaptı mı? Mesela bir yerde çocuklarınız ya da akrabalarınız?

268 **IP1:** [00:19:15] Benim, benim bir ### tanıyorsun. ###. Bir kez o doktora ###’ya gelmişti,
269 Hausarzt’a. Komşu yani, komşu gelmişti. Ondan sonra bir de kızım gelmişti ###. Frauenarzt’a
270 da hep eşimle gidiyordum. Eşim olduğu zaman, terminleri olduğu zaman, hastaneye filan yattığı
271 zaman illaki ben kendim gidiyordum. Çocukları da aramıyordum.

272 **Interviewerin:** [00:19:45] Peki, mesela profesyonel bir tercüman geleceğini biliyorsunuz.
273 Ondan beklentiniz ne olur?

274 **IP1:** [00:19:54] Benim söylediklerimi olduğu gibi doktora aktarmasını istiyorum.

275 **Interviewerin:** [00:19:58] Olduğu gibi aktarmasını istiyorsunuz?

276 **IP1:** Evet.

277 **Interviewerin:** Mesela başka şeylerde de beklentiniz olabilir. “Benim söylediğimi kimseye,
278 dışarıda kimseye anlatmasın” gibi. Mesela doktorların yeminleri oluyor ya.

279 **IP1:** [00:20:12] Evet, tercümanların da yeminli olduğunu biliyoruz.

280 **Interviewerin:** [00:20:15] Evet. Bu tarz beklentileriniz de var mı?

281 **IP1:** [00:20:17] Ya benim için o önemli değil. Söylerse söylesin. Ben hani derdimi ona anlattım,
282 o doktora anlattı. Aktardıysa benim için ne mutlu. Ama o da onun insanlığına kalmış. Gidip
283 dışarıda söylesin. Sonuçta kötü bir şey değil ki. Ben bu rahatsızlığı geçirdim, inkâr da
284 etmiyorum. Rahatsızlandım, yani. Gönül isterdi olmasaydım ama oldum.

285 **Interviewerin:** [00:20:41] Hım, tamam. O zaman bir saniye...

286 **IP1:** [00:20:51] Ev doktoru, doktor ### söyledi ki, “Kur’a gitsen iyi olur.” Ben de dedim ki,
287 üzıldüm. Hani o an ağladım. Gitmek istemiyorum. Doktor dedi, “Okay, seni zorla
288 göndermiyorum. Hani senin için daha iyi olur. Kur’a gitsen, seni yüzmelere filan...” Dedim,
289 “Ben istemiyorum. Çocuklarım küçük.” Biraz da korku vardı içimde. “Gitmek istemiyorum,”
290 dedim. “Evde kalmak istiyorum,” okey dedi. Hı hı, evet, evet, ben gittim kontrole. Doktor
291 ###’a. ###’den sonra her ay dedi, iki ayda bir, üç ayda bir gidiyordum. Dedi ki, “Frau ###, sen
292 neden bu ilaçları içiyorsun?” dedi. “Ne için, für was?” Dedim ki...

293 **Interviewerin:** [00:21:31] Kendi yazdığı ilacı mı?

294 **IP1:** [00:21:33] Evet. Dedim ki, “Siz bana yazdınız, depresyonun var diye.” Hani siz yazdınız,
295 ben de içiyorum. Kontrol olduğu zaman. Ben de hani eşim işte çalışıyor, ben kendim otobüse
296 bindim, geldim. Ondan sonra eve geldim. Dedim, “Doktor acaba neden bana böyle söyledi?
297 Ben içmeyeyim o zaman?” Ben de bıraktım. O zaman ikinci depresyonu geçirdim. O ### diye
298 bir Yugoslav, apotekeci, okulu bitirmiş. Dedi ki, “Hayır, sen bu ilacı kendi kafana göre
299 bırakamazsın.” Dedim, “Doktorum bana böyle dedi.” Hemen bana telefon etti, aldı götürdü
300 ###’a. Kızdı, dedi ki, “Siz neden böyle söylediniz? O daha o tramvayı geçirmemiş, siz ikinci
301 tramvayı geçirttiniz.” Ja, ach so. “Ben böyle söyledim, işte. Bilmiyordum bırakacağını.” Ondan
302 sonra ilaçlarımı, o depresyonu bir daha geçirdim. Tekrar başa döndüm. Tam biraz düzelmişim.
303 Gene ondan sonra bir daha içtim bu ilaçlarımı.

304 **Interviewerin:** O Süryani tercüman mı?

305 **IP1:** Evet. ###. O da götürdü beni. Tercüman değil ama burada doğmuş büyümüş. Almanya’da
306 ama Avusturya’da ###’de duruyor. Dedi ki...

307 **Interviewerin:** Türkçe biliyor mu?

308 **IP1:** Evet, Türkçe biliyor. Dedi ki, “Siz neden böyle yaptınız? Çok kötü oldu.” Bir sene sürekli
309 gidip gelmeler. ### de benimle tanıştılar. Ev ev geziyorlar ya. Onlar bize gelince sormuşlar.
310 Çocuklarım evdeymiş. “Hani, sizin anneniz babanız yok mu?” demiş. Babam, işte annem
311 hastalandı ###’e. Beni ziyarete geldiler. Orada tanıştım. Hani yardım amacıyla sizin gibi, nasıl
312 yardım ediyorsanız. Kimsesi olmayanlara, Almancası olmayanlara, o da ona yardım etti, işte.
313 Ondan sonra o da beni bir iki kere ###’a götürdü. Dedi ki, “So geht nix. Siz ### de dediniz,
314 ###’e gittik. Çok hasta, çok kötü,” dedi. Ondan sonra böyle olmuş. Böyle bakıyor ###. İşte o
315 yüzden eşim dedi ki, “Benim gittiğim psikiyatriste seni götüreceğim.” Doktor ###. Ondan sonra
316 ona götürdü beni. O da çok iyi davranıyor yani. Hani diyor, “Bu senin Lebens-Medikamenten.
317 Migräne und depresyon.” Ama o şeyde yazdı. Benim eşimin doktoru da yazdı ilaçları. Bir parça
318 içtim, kötü oldu. İyi. Şimdi başka bir ilaç yazdı, onu da korkudan almıyorum. Bana gene kalbim
319 çarpıntı yaptı. Eşimin verdiği doktor dedi ki, “Okay. Sana yan etki yapıyorsa sofort aufhören
320 yaparsın.” Şimdi verdiği ikinci hapi da cesaret edip kullanmıyorum. Hafta sonları dene, dedi.
321 Ama buna cesaretim yok yani. Hani içmem için. Sadece bu ilacı doktor ### diyor, “Bütün iç.”
322 Ama ben yarım içiyorum. Ama doktor ### dedi, “Bu sana helfen yapmaz. Verdiğim ilaçları
323 iç.” Ama buna da cesaretim yok yani.

324 **Interviewerin:** [00:24:36] Anladım.

325 **IP1:** [00:24:38] Psikoterapiye, tercümana da giderdim ama pahalı.

Interviewpartner*in 2 – IP 2

2 **Interviewerin:** [00:00:01] Ne zamandan beri Avusturya'da bulunuyorsunuz ve ne zaman
3 geldiniz? Hangi sebeple geldiniz? Tam olarak nereden geldiniz?

4 **IP2:** [00:00:11] 1977'nin 10. ayında babamla geldim. Babam Avusturya'da işçi olarak
5 çalışıyordu. Beni getirdi. ###'nın ### köyünde ikamet ediyorduk. Oradan geldik.

6 **Interviewerin:** [00:00:25] Kaç doğumlusunuz?

7 **IP2:** [00:00:27] 62. 62 doğumluyum.

8 **Interviewerin:** [00:00:30] Peki hangi dilleri konuşuyorsunuz?

9 **IP2:** [00:00:33] Türkçe. Almanca. Tam %100 değil ama Almanca. Yeterli derecede Almanca
10 konuşabiliyorum. Kendimi ifade edecek derecede.

11 **Interviewerin:** [00:00:40] Şu anda bir sertifikanız var mı? Ya da hangi derecede sertifikanız?

12 **IP2:** [00:00:47] Almanca kursuna gittim, sertifikam var.

13 **Interviewerin:** [00:00:50] Peki ne kadar iyi ifade ediyorsunuz kendinizi?

14 **IP2:** [00:00:54] Ne kadar iyi ifade? Malum, resmi dairelerde işimi görece kadar, doktora
15 gittiğimde işimi görece kadar ifade edebiliyorum. Yani bir arkadaşımın sohbet edecek kadar
16 kendimi ifade edebiliyorum az çok.

17 **Interviewerin:** [00:01:10] Eğitim seviyeniz? Eğitim durumunuz nasıl?

18 **IP2:** [00:01:13] Benim okula gittiğim yıllarda Türkiye'de ilkokul beş yıllık. Beş yıllık ilkokul
19 mezunuyum.

20 **Interviewerin:** [00:01:20] Siz 77'de geldim dediniz. Geldikten sonra yani kaç yaşında
21 oluyorsunuz geldiğinizde?

22 **IP2:** [00:01:26] 15 buçuk.

23 **Interviewerin:** [00:01:28] 15 yaşındaydınız. Peki tekrar burada bir okula gittiniz mi?

24 **IP2:** [00:01:33] Yaşım dolduğu için almadılar.

25 **Interviewerin:** [00:01:37] Direkt işe mi başladınız?

26 **IP2:** [00:01:38] Başlamadım. O zaman yaşım tutmadığı için iş vermediler. Bekledim. 78 olunca
27 iş oldu. Türkiye'ye gittim. Üç dört ay kaldım. Tekrar 78 olunca iş müsaadem geldi, iş oldu. O
28 günden beri de çalışmaktayım. Şimdi emekli oldum.

29 **Interviewerin:** [00:01:57] Yani artık çalışmıyorsunuz.

30 **IP2:** [00:01:59] Mayıs 2024'ten itibaren emekliyim.

31 **Interviewerin:** [00:02:05] Peki bundan önce yani daha öncesinde diyeyim ya da hâlâ Almanca
32 konuşmak için belli ortamlara girebiliyor musunuz? Böyle muhatap olabileceğiniz insanlar var
33 mı? Almanca konuşulan bir ortam.

34 **IP2:** [00:02:21] Şu anda mı?

35 **Interviewerin:** [00:02:22] Öncelikle genel olarak Avusturya'da yaşadığınız süre boyunca,
36 mesela.

37 **IP2:** [00:02:26] Bu süre boyunca tabii kendimizi ifade edemiyoruz. O zaman Almanca
38 bilmiyorduk ama sonra öğrendik. Son yıllarda belli ortamlara gidip konuşabiliyor, kendimizi
39 ifade edebiliyoruz.

40 **Interviewerin:** [00:02:35] Bir çevreniz var yani Avusturyalı bir çevreniz var.

41 **IP2:** [00:02:39] Tabii komşulardan, işte iş arkadaşları vesaire bir çevrem var.

42 **Interviewerin:** [00:02:43] Yani en çok Almanca konuştuğunuz durumlar neler oluyor?

43 **IP2:** [00:02:47] En çok işle alakalı konuştuğum her şeyde.

44 **Interviewerin:** [00:02:50] Genel olarak Almanca'yı kullanıyorsunuz.

45 **IP2:** [00:02:52] Almanca'yı da kullanıyorum. İşte alışverişte kullanıyorum, arkadaşlarla günlük
46 hayatta ne gerekiyorsa o şekilde kullanmaya çalışıyorum.

47 **Interviewerin:** [00:03:02] Tamam, o zaman ikinci kısmına geçelim soruların. Avusturya'daki
48 sağlık hizmeti ile ilgili birkaç sorumuz olacak. Bununla ilgili kabaca böyle tecrübeleriniz,
49 Avusturya'daki sağlık sistemi ile ilgili.

50 **IP2:** [00:03:20] Valla memnunum sağlık hizmetinden. Tamam, ufak tefek sorunlar olabilir her
51 yerde olduğu gibi. Ama genelde sağlık hizmetinden memnunum.

52 **Interviewerin:** [00:03:30] Ne gibi memnunsunuz?

53 **IP2:** [00:03:34] Bir sıkıntı olduğunda gidiyorsun. Mesela uzman bir doktora gitmen gerekiyor,
54 uzman doktora gönderiyor. Hastaneye gitmen gerekiyorsa hastaneye gönderiyor. Orada gerekli
55 tahkikatları yapıyorlar. Yani gerekli ilgi ve alakayı gösteriyorlar.

56 **Interviewerin:** [00:03:50] Peki biraz hasta geçmişinizden bahsedebilir misiniz? Bugüne kadar
57 ne gibi rahatsızlıklarınız oldu? Ne gibi tedaviler gördünüz? İşte genel tıbbi mi, psikolojik mi ya
58 da terapi? Herhangi bir terapi gördünüz mü?

59 **IP2:** [00:04:10] Çocukluktan beri bir romatizma hastalığım vardı, o devam ediyor. Ona dikkat
60 ediyorum, dikkat ettiğim sürece çok bir sıkıntı olmuyor. Ama onun dışında tansiyon yüksekliği
61 var. Tansiyon hapi kullanıyorum, son aşağı yukarı 20 senedir. Bir ara 80'li, 90'lı yılların
62 ortasında, 90'lı ve 2000'li yıllara doğru bir psikolojik rahatsızlıklarım oldu. O zaman doktora
63 gittim. Bir psikoloğa yönlendirmedim. Sonra ben Türkiye'ye gittim. Türkiye'de çok güvenilir bir
64 hocayla görüştüm. O bana tavsiyelerde bulundu. Onları yaptım, uyguladım. Uğraşlarımdan
65 kurtuldum çok şükür.

66 **Interviewerin:** [00:04:59] Burada hangi doktora gittiniz?

67 **IP2:** [00:05:02] O zaman doktor benim ev doktorumdu. Doktor ### vardı, emekli oldu. Şimdi
68 Doktor ###'e gidiyorum ama o da bu konuları bilmiyor yani. Eğer o bilgileri gönderdiyse,
69 bilmiyorum tabii. Doktor ### normalde eski bilgileri gönderiyor diğer gideceğin doktora. Şu
70 anda Doktor ###. Şu anda bel ağrısı sıkıntılarım var. Romatizma devam ediyor.

71 **Interviewerin:** [00:05:25] O sizin psikolojik sıkıntı yaşadığınız dönemde bunu nasıl ifade
72 ettiniz?

73 **IP2:** [00:05:32] Onu ifade edemedim, ev doktoruna ifade edemedim işte. Rahatsızım, başım
74 ağrıyor dedim. Sonra beni ###'e, Facharzt'a gönderdi. O da "Burada sinüzit var." dedi. İşte
75 buralarda bir test yaptı, bir testten geçirdi. Sonuçta bana bir hap yazdı. Hap kullandım. Sonra
76 bir paket daha kullandım. Sonra çok şükür geçti. Türkiye'de işte böyle psikolojik destekler
77 aldım izne gittiğimde. Şu anda iyiyim.

78 **Interviewerin:** [00:06:01] Yani burada gitmediniz, herhangi bir psikolojik destek almaya?

79 **IP2:** [00:06:04] Burada gitmedim çünkü ben bilmiyordum. Ev doktoru da yönlendirmedi ya da
80 ben ifade edemedim. Bilemiyorum. Yani ifade etsem yönlendirirdi. Yani doktoru da suçlamak
81 istemiyorum şimdi.

82 **Interviewerin:** [00:06:14] Peki o zaman çalışıyor muydunuz?

83 **IP2:** [00:06:16] Tabii, çalışıyordum.

84 **Interviewerin:** [00:06:18] Yani sizi anlamamış olabilir mi doktor?

85 **IP2:** [00:06:21] Olabilir. Ben de ifade edememiş olabilirim. O da anlamamış olabilir. Çünkü
86 benim sürekli başım ağrıyordu. Birtakım sıkıntım vardı. Ruhum daralıyordu. İşte midem...
87 Daha doğrusu midem ağrıyordu. Buramda bir sıkıntı oluyordu. Bunu anlattım doktora. O da
88 beni Facharzt'a, uzman doktorlara gönderdi. Mide hapi yazdı vesaire. Fakat onun sonradan
89 mide olmadığını anladım ben kendim. Türkiye'de de göründüm. İşte dedim ya, iyi bir tecrübe
90 sahibi hoca ile görüştüm. O bana bazı tavsiyelerde bulundu. Neler yapmam gerektiğini söyledi.
91 Ben de onun tavsiyelerini, yapmam gerektiği şeyleri yaptım. Neticede buna bir süre devam
92 ettim, hemen hemen iki seneye yakın. İki sene içerisinde tamamen o sıkıntıdan kurtuldum.

93 **Interviewerin:** [00:07:13] Peki o zaman bir tercümanla gitmediniz, doktora kendiniz mi ifade
94 ettiniz?

95 **IP2:** [00:07:19] Ben kendimi ifade edebildiğim kadarıyla kendim ifade etmeye çalıştım. Midem
96 ağrıyor, başım ağrıyor, buram ağrıyor. İşte burada sinüzit teşhisi koydular, hap yazdı, o geçti,
97 midem geçmedi. Mide hapları filan yazdılar, işte onları kullandım bir müddet, onlar da
98 geçirmedi. Sonra işte dediğim gibi Türkiye'ye gittim, Türkiye'de göründüm. İşte o bahsettiğim
99 hocanın tavsiyeleriyle ona bir sene, iki seneye yakın devam ettim. Sonra şu anda bir sıkıntım
100 yok.

101 **Interviewerin:** [00:07:49] Peki şöyle diyebilir miyiz? Ben bu tedaviden genel olarak memnun
102 kalmadığım için Türkiye'de başka yerlere başvurdum. Çünkü kendimi burada yeterince ifade
103 edemediğimi hissettim.

104 **IP2:** [00:08:01] Kesinlikle, kesinlikle kendimi yeterince ifade edemedim. Çünkü Türkiye’de
105 sordum, ya böyle bir yardım nasıl, nereden alabilirim? Beni oraya yönlendirdiler. Bahsettiğim
106 hocaya yönlendirdiler. O şekilde oldu, yani Türkiye’de.

107 **Interviewerin:** [00:08:20] Peki mesela bir psikolog ya da bir psikiyatriste gitmeyi düşündünüz
108 mü?

109 **IP2:** [00:08:25] Açık konuşmak gerekirse, o yıllarda bir psikoloğa sadece deliler gider diye
110 düşünüyorduk. Bundan da biraz tırstık. Gitmedim yani. "Ya ben deli miyim, psikoloğa
111 gideceğim?" diye düşündüm. Anladım. Sonradan bunun böyle olmadığını anladık. Ama tabii
112 biz de sağlığınıza kavuşmuş olduk, çok şükür.

113 **Interviewerin:** [00:08:45] Peki, bugüne kadar hiç?

114 **IP2:** [00:08:49] Yanlış bir algıydı. Biz onu doğru olarak kabul ettik. O yıllarda yanlış bir algı
115 olduğunu hissettik. Ona da bir açıklık getirmek lazım.

116 **Interviewerin:** [00:08:58] Daha sonra tekrar burada böyle bir ihtiyaç duyduunuz mu?

117 **IP2:** [00:09:01] Duymadım, çok şükür. Duysam giderim. Hiç sıkıntı yok.

118 **Interviewerin:** [00:09:05] Peki, o zaman kendinizi ifade edecek kadar böyle bir Almancaya
119 kendinize güveniyor musunuz?

120 **IP2:** [00:09:12] Ne zaman? Şimdi mi?

121 **Interviewerin:** [00:09:12] Şimdi, evet. Çünkü hani psikolojik terapi ya da psikoterapide insan
122 kendisini, hissiyatını, duygularını çok iyi ifade edebilmesi gerekiyor. Sizce Almanca yeterli
123 mi?

124 **IP2:** [00:09:26] Yüzde yüz yeterli değil. Ama şimdi teknoloji gelişti. Telefonda indiriyorsun,
125 anında tercüme ediyor. O şekilde anlatabiliyorum derdimi. Anlatabilirim derdimi. Yani ihtiyaç
126 duymadım ama böyle bir olanak var. Yani orada o programa giriyorsun, konuşuyorsun, o da
127 sana tekrar hangi dilde şey etmen gerekiyorsa o da sana veriyor.

128 **Interviewerin:** [00:09:48] Peki bugüne kadar bunun dışında hiç profesyonel bir destek aldınız
129 mı? Tercümanlık desteği?

130 **IP2:** [00:10:02] Yok. Hiçbir alanda almadım. Yok. Bir şey olmuştu. Uzun yıllar önce bir işle
131 alakalı, işten çıkma olayı olmuştu. Orada bir de tercüman desteği almıştım. 80’li yıllarda.

132 **Interviewerin:** [00:10:21] Onun dışında hep kendi?

133 **IP2:** [00:10:23] Hep kendi işimi kendim hallettim.

134 **Interviewerin:** [00:10:25] Peki şurada bir tercüman olsaydı iyi olurdu dediğiniz bir şey var mı?
135 Profesyonel biri.

136 **IP2:** [00:10:31] Olmuştur mutlaka. Şu anda hatırlamıyorum.

- 137 **Interviewerin:** [00:10:35] Peki sizce bir tercümanla bir işi halletmenin, yani kendimi yeterince
138 ifade edemiyorsam, bunun avantajı, dezavantajı sizce ne olabilir?
- 139 **IP2:** [00:10:47] Bilmiyorum. Şu ana kadar tercümana ihtiyacım olmadı. Olsaydı mutlaka bir
140 avantajı olurdu. Ama şu an destek, tercümana hiçbir ihtiyacım olmadığı için kendi işimi kendim
141 halletmeye çalıştım.
- 142 **Interviewerin:** [00:11:01] Bu işyerinin dışında, hiç profesyonel tercümana siz mi
143 başvurduğunuz? İşyeriniz mi başvurdu?
- 144 **IP2:** [00:11:09] Arbeiterkammer veriyor. Tercüman yardımcı oluyordu, destek aldım. Onun
145 dışında tercümana elbette ihtiyacım olduğu zamanlar olmuştu ama buradakiler profesyonel
146 olmadığı için belli bir zamanda gelmişler. Bir şekilde tercümanlık yapıyorlardı. Yani tam resmi,
147 profesyonel olmadıklarını bildiğim için onlardan destek almadım. Bir de burası ufak bir yerdi.
148 Herkes tanıdığı için özel meselelerini onlarla paylaşmak istemedim. Ama gerçekten
149 profesyonel bir tercüman olduğuna kanaat getirseydim alırdım elbette.
- 150 **Interviewerin:** [00:11:46] Peki onların profesyonel olmadığını nereden biliyorsunuz?
- 151 **IP2:** [00:11:49] Çünkü geçmişte buraya okumaya gelmiş birisi, mesela bir tanesi. İsim vermek
152 doğru değil ama gelmiş, burada okumuş. Biraz sonra bir şekilde tercümanlık yapıyordu. İhtiyacı
153 olan insanlar gidiyorlardı yani. Ama ben gitmedim. Başka biri, mesela buraya Türkçe öğretmen
154 olarak gelmiş, tercümanlık yapıyordu. Bir de burada okumuşlar fakat profesyonel olmadıklarını
155 biliyordum. Vardı öyle birkaç kişi.
- 156 **Interviewerin:** [00:12:16] Peki sizce bir tercümanla bir yere gitmenin avantajı ne olur,
157 dezavantajı ne olur?
- 158 **IP2:** [00:12:22] Elbette avantaj olur. Bir kere tercüman derdini tam noktası virgülüne kadar
159 anlatırsın. Yani doğru anlatırsın, doğru anlarsın, ona göre hareket edersin.
- 160 **Interviewerin:** [00:12:35] Peki dezavantaj olarak bir şey geliyor mu aklınıza? Tercümanla bir
161 yere gitmiş olsanız, yani sağlık sisteminde, sağlık hizmetlerinde tercümanla nasıl işiniz
162 kolaylaşır ya da bir engelle karşılaşırsınız?
- 163 **IP2:** [00:12:53] Zaten tercümanla gitmememin sebebi profesyonel olmadıkları için. Yani olaki
164 tam tercüme etmiş olabilirler, bir hata yapmış olabilirler. Bana tam tercüme etmemiş olabilirler.
165 O yüzden ben gitmedim.
- 166 **Interviewerin:** [00:13:06] Peki profesyonel bir tercümandan beklentileriniz ne olur?
- 167 **IP2:** [00:13:11] Beklentim, doğru tercüme etmesi.
- 168 **Interviewerin:** [00:13:15] Bunun dışında aklınıza bir şey geliyor mu? Doğru tercümenin
169 dışında.
- 170 **IP2:** [00:13:20] Aklıma bir şey gelmiyor. Yani daha ne yapabilir ki?
- 171 **Interviewerin:** [00:13:22] Yani herhangi bir konuda yardımcı olmasını da bekler misiniz?

172 **IP2:** [00:13:28] Yok, beklemem. Çünkü adamın vazifesi tercüme etmek. Yani ne gibi bir
173 yardım bekleyebilirim ki? Bana olduğu gibi Almanca-Türkçe, Türkçe-Almanca tercüme
174 etmesi, beni doğru bilgilendirmesi yeterli.

175 **Interviewerin:** [00:13:38] Anladım. Peki, şimdi bir rahatsızlığınız olsa, yeniden psikolojik bir
176 rahatsızlığınız. Terapi alacak olsanız tercümana mı başvurursunuz, yoksa kendiniz mi ifade
177 edersiniz?

178 **IP2:** [00:13:56] Kendim giderim. Anlamadığım yerlerde de gerekirse çocuklarımdan destek
179 alırım.

180 **Interviewerin:** [00:14:01] Peki mesela psikolojik terapide. Bazen çok özel durumlardan
181 bahsetmek zorunda kalabiliyor ya da bahsediyorlar. Böyle bir durumda rahat eder misiniz?
182 Çocuklarınız bunu tercüme etsin?

183 **IP2:** [00:14:19] Tabii ki orada rahat etmem. Yani çok özelse profesyonel destek alırım. Ama
184 çocuklarımdan bildiği bir rahatsızlığında onlardan destek alırım. Tercümana gitmem yani.
185 Profesyonel tercümanlık istemem.

186 **Interviewerin:** [00:14:34] Anladım. Peki ne gibi bir durumda “Tercümanla gitseydim iyi
187 olurdu.” dediğiniz bir şey var mı?

188 **IP2:** [00:14:41] Şu ana kadar olmadı.

189 **Interviewerin:** [00:14:43] Siz aile içi kendinize yetiyor musunuz? Yani sizin Almancanız?

190 **IP2:** [00:14:49] Şu anda yetiyor. Yetmediği yerde, biraz önce dediğim gibi, çocuklardan destek
191 alıyorum. Yani doktora gidiyoruz, hanımı doktora götürüyorum. Mesela doktora götürdüm,
192 anlamadığım bir şey varsa orada not alıyorum, geliyorum, çocuklarıma soruyorum. O şekilde
193 destek alıyorum.

194 **Interviewerin:** [00:15:04] Anladım. Yani eşiniz için siz mi tercümanlık yapıyorsunuz?

195 **IP2:** [00:15:07] Eşim için ben tercümanlık yapıyorum. Onun Almancası daha zayıf.

196 **Interviewerin:** [00:15:10] Anladım. Anlamadığınız yerlerde Almanca bilen birilerine
197 soruyorsunuz...

198 **IP2:** [00:15:15] Anlıyorum ama ola ki anlamadım, tıbbi terimler oluyor arada. Çocuklardan
199 destek alıyorum. Sonra onlardan destek alıp not alıyorum, tekrar doktora gidip anlatıyorum.

200 **Interviewerin:** [00:15:28] Peki, bir profesyonel tercümana ihtiyaç duyduğunuzda nereye
201 başvurabileceğinizi biliyor musunuz? Bu tarz bir yardımı nereden alabilirsiniz?

202 **IP2:** [00:15:42] Şu anda ###'de bu işi profesyonel yapan kim var, bilmiyorum açıkçası. Hiç
203 ihtiyacım olmadığı için. Önce sorar soruştururum. Profesyonel kim varsa, ondan alırım.

204 **Interviewerin:** [00:15:50] Yani nereye sorarsınız mesela?

205 **IP2:** [00:15:52] Yani ilk akla gelen Arbeiterkammer var, işçi temsilcilikleri var, sosyal
206 danışmanlar var, sosyal bürolar var. Oralara gider bilgi alırım. Onların verdiği bilgi
207 doğrultusunda destek alırım.

208 **Interviewerin:** [00:16:07] Anladım. Yani doğrudan başvurabileceğiniz bir yer bilmiyorsunuz.
209 Sizden birisi bu konuda yardım istemiş olsa, yönlendirebileceğiniz bir yer var mı?

210 **IP2:** [00:16:23] Yani bu konuda danışılacak yerler sosyal bürolar olduğunu biliyorum. Şu anda
211 böyle bir ihtiyacım olmadı ama araştırırım, yönlendiririm. Yani resmi sosyal danışma büroları
212 var. Oralara sorarım, nasıl bir destek alacağımı öğrenirim.

213 **Interviewerin:** [00:16:40] Peki sizce iyi bir tercüman nasıl olmalı? Yani yaşı olabilir mi? Dini
214 görüşü önemli mi? Eğitim önemli mi? Ya da sizi hem temsil etmeli mi yoksa sadece
215 tercümanlık mı yapmalı?

216 **IP2:** [00:17:01] Benim için dürüst olmalı. Dürüst olduğundan emin olmalıyım. Yani bilgi
217 yeterli, donanım olmalı, yeterli eğitim olmalı. Profesyonel olmalı. Bu yeterli benim için. Siyasi
218 ya da dini görüşü beni çok ilgilendirmiyor.

219 **Interviewerin:** [00:17:15] Yani yaşının ya da cinsiyetinin bir önemi var mı?

220 **IP2:** [00:17:19] Hayır, yaşının önemi var tabii ama cinsiyeti hiç önemli değil. Yaşlı olanlar
221 daha tecrübeli olduğu inancı akla gelir. Yani mutlaka tecrübelidir.

222 **Interviewerin:** [00:17:32] Yaşı daha büyükse daha tecrübeli mi yani?

223 **IP2:** [00:17:35] Daha tecrübeli, daha olgundur.

224 **Interviewerin:** [00:17:37] Anladım.

225 **IP2:** [00:17:38] Cinsiyeti önemli değil.

226 **Interviewerin:** [00:17:41] Peki, şimdi siz hiç genel olarak kendi durumunuzu düşündünüz mü?
227 Siz hiç öyle bir durumda kalmadınız, tıbbi açıdan bir tercümana ihtiyaç duymadınız, anladım.
228 Ama siz, "Eşim için tercümanlık yapıyorum." dediniz. Bunun dışında Almanca konusunda
229 yardımcı olduğunuz kişiler oldu mu? Çünkü sizin jenerasyon, şimdi 60 üstüsünüz, o dönemde
230 zannediyorum Almanca çok iyi bilen olmuyordu, özellikle 70'lerin sonu 80'lerde. Siz
231 tercümanlık yaptınız mı? Bildiğiniz Almancayla?

232 **IP2:** [00:18:22] Bildiğim kadarıyla yaptıklarım olmuştu. Fabrikada mesela yardımcı olduğum
233 arkadaşlar olmuştur. Komşulardan birkaç kişiyle doktora gittik, onlara yardımcı oldum bildiğim
234 kadarıyla.

235 **Interviewerin:** [00:18:34] Doktora gittiğinizde mesela şöyle düşündünüz mü: "İyi ki ben bu
236 insana yardımcı olabildim bu konuda."

237 **IP2:** [00:18:40] Tabii, tabii, tabii.

238 **Interviewerin:** [00:18:41] Ya da tam tersi, "Bu konudan rahatsız oldum. Keşke başka biriyle
239 gelmiş olsaydı. Çok özeline girmiş olabilir." Böyle bir şey yaşadınız mı?

240 **IP2:** [00:18:51] Yok, zaten normal rahatsızlıklar, normal hastalıklar, grip, soğuk algınlığı
241 vesaire o tarz, herkesin anlatabileceği rahatsızlıklardı. O şekilde yardımcı oldum. Zaten ileri
242 derecede bir şey olsaydı tercüman tavsiye ederdim, daha iyi bilen birini tavsiye ederdim.

243 **Interviewerin:** [00:19:11] Tamam, peki eklemek istediğiniz bir şey var mı? Aklınıza takılan
244 ya da sormak istediğiniz bir şey? Konuyla ilgili eklemek istediğiniz ya da sormak istediğiniz.
245 Yani aklınıza bir şey geliyor mu bu şekilde?

246 **IP2:** [00:19:25] Yani şu anda bir şey gelmiyor.

247 **Interviewerin:** [00:19:27] Tamam, o halde. Teşekkür ederim.

248 **IP2:** [00:19:29] Bir şey değil.

Interviewpartner*in 3 – IP 3

1 **Interviewerin:** [00:00:02] İlk önce, Avusturya'ya ne zaman geldiniz ve hangi amaçla geldiniz
2 ve nereden geldiniz?

3 **IP3:** [00:00:09] Ben doğu tarafı dediğin ###, Doğu Anadolu'da, ###'dan geldim 89 senelerinde.
4 Ağustos sonlarıydı. Tabii ki para kazanmak için geldik buraya. Ondan sonra 2 sene işçi
5 olamadık. Bir sürü şeyler çektik. Polislerden kork. Vay yurtdışına gönderilirsiniz, polis
6 yakaladığı zaman Türkiye'ye gönderirler, şu bu deyince o ilk baskılar orada olmaya başladı.
7 Yani belirtiler (Anm: depresyon) orada başladı. Ondan sonra da işte 91 miydi, 91 senelerinde
8 işe başladık. Gene tabii hep baskı. Ondan sonra doktorlara gitmemek... Doktora gittiğiniz
9 zaman hasta olduğunuzda işten çıkış verebilirler. Ondan sonra tabii buradaki eski işçilerden
10 babam olmak üzere devam ettik. O bile söylüyordu yani: "Doktora giderseniz çıkış alırsınız,
11 daha vize vermezler size," şu bu diyince baskılar olmaya başladı yani.

12 **Interviewerin:** [00:01:13] Evet, peki doktora gitmemenizin sebebi sadece "Çıkış alırım, iş
13 bulamam" mı yoksa kendimi de zaten yeterince ifade edememek mi?

14 **IP3:** [00:01:22] Tabii, ikinci problem de o. Tabii ki Almanca yok, bir şey yok, kimse de
15 yardımcı olmuyor. Tercümanlık yap falan. Tercümanlar var, paralı oluyor, o da güç gidilmiyor.

16 **Interviewerin:** [00:01:36] Anladım. Peki, siz hangi dilleri konuşuyorsunuz ve ne derecede
17 konuşuyorsunuz?

18 **IP3:** [00:01:44] Ana dili olarak Kürtçe ile başladım. Tabii çocukken, tam olarak ben
19 konuşamıyorum, anlıyorum ama konuşamıyorum. Türkçe, Almanca.

20 **Interviewerin:** [00:01:53] Almancanız ne seviyede?

21 **IP3:** [00:01:56] Almanca beni nerede test etmiştiler? ###'de Psychosomatik Abteilung'da test
22 ettiler beni.

23 **Interviewerin:** [00:02:04] Ne Abteilung'da?

24 **IP3:** [00:02:05] Psychosomatik.

25 **Interviewerin:** [00:02:06] Psychosomatik.

26 **IP3:** [00:02:07] Evet, doğru, evet. Orada test ettiler. Normalde ben tercümanla orada kalmak
27 istedim, biliyorum da.

28 **Interviewerin:** [00:02:14] Orası neresi?

29 **IP3:** [00:02:16] Orası da şey ya, bu *psychische Probleme* olan kişilerin 4 hafta mı, 6 hafta filan
30 orada kalması lazım. Yani gözetim altında bulunması lazım.

31 **Interviewerin:** [00:02:27] Yatılı mı kalınıyor?

- 32 **IP3:** [00:02:28] Yatılı, evet. Hiç hafta sonları izin vermiyorlardı herhalde, değil mi?
33 Vermiyorlardı, evet.
- 34 **Interviewerin:** [00:02:34] Bu bir *Kur* gibi bir şey mi?
- 35 **IP3:** [00:02:35] *Kur* gibi bir şey, yani *Kur* gibi bir şey.
- 36 **Interviewerin:** [00:02:39] Für *psychosomatische Krankheiten*.
- 37 **IP3:** [00:02:42] Gözetim altında, hapları kendileri veriyor. Günlük kan almalar, hap içiyor
38 musun, içmiyor musun, gece kontrol etmeler. Kamera yok, kamera yok ama kendileri kamera
39 gibi yani. Ondan sonra benimki en fazla büyük problem olan uyku problemiydi, biliyor musun.
40 Ondan sonra sabahları her hastaya ait bir doktor vardı. Evet, baktılar, uyku problemi sende çok
41 filan. Ondan sonra bir de yanlış ilaç bana verildiğini oradaki *Chefarzt*lar tespit etti. O ilaçları
42 benden uzaklaştırdılar, yeni ilaçlar yazıp verdiler bana.
- 43 **Interviewerin:** [00:03:25] Bunu nasıl tespit ettiler, yanlış ilaç verdiklerini?
- 44 **IP3:** [00:03:28] Şey, ben mesela merdivenlerden aşağı inemiyordum yani. Ya baston olacak,
45 ikili baston. Ya da bir kişi kolumdan girip beni aşağı indirecek yani.
- 46 **Interviewerin:** [00:03:41] Bu, bacadan falan bir rahatsızlığınız olduğu için mi?
- 47 **IP3:** [00:03:46] Yok, hiç rahatsızlık yok. Onunla bir ilgisi yok. O ilaçları içtiğin zaman şey
48 yapıyormuş ya, uyuşma gibi bir şey yapıyormuş. Komple vücut, komple vücut uyuşma.
- 49 **Interviewerin:** [00:03:54] Onlar depresyon ilaçları mı?
- 50 **IP3:** [00:03:56] Evet, evet, depresyon ilaçları. Sonra tespit ettiler. Doktor ####. Ondan sonra ben
51 de dedim, onunla kontağa girdiler, şu bu. O da diyor ki ya #### sene 2010'dan beri durmadan
52 diyor ki, "İşte iyi değilim, bu ilaçlar beni şişiriyor, kilo aldırıyor. Bunlar beni zayıflatıyor. Ben
53 mecburen değiştirmem gerekiyor." Ondan sonra işte oranın doktorları devreye girdiler. Kendi
54 kafalarına göre ilacı verdiler, daha iyi olduğunu söylediler yani.
- 55 **Interviewerin:** [00:04:28] Hı hı. Peki, bu test ettiklerinde, doktorla ya da psikiyatristle muhatap
56 olabilmek için mi test ettiler Almanca seviyenizi?
- 57 **IP3:** [00:04:40] Evet, şimdi toplu halde bazen şey yapıyor, kendi problemlerini...
- 58 **Interviewerin:** [00:04:44] Terapi, böyle grup.
- 59 **IP3:** [00:04:44] Evet. En azından kaç kişiydik biz? 20, 21 kişiydik. Özel şeylerini hep o kişilerin
60 yanında söylemen gerekiyor ama tam özel olduğu zaman da ayrı odada, psikiyatrlarla filan.
61 Ondan sonra dedim ki, *bitte* dedim, "Benim Almancam fazla yok, yüzde elli ancak." Ondan
62 sonra birisi döndü, *Psycholog*, "Na na na na," dedi. "Biz seni çok dinlemişiz ve anlıyorsun.
63 Yüzde yetmiş senin Almancan var," dedi. Dedim, "Nein." Ben bu Avusturya'da 89'da geldiğim
64 zaman hiç kurs, *Kurs*, da yapmamışım, dedim. Hep iş arkadaşları ile öğrenmişim. Benim yüzde
65 70'lik bir Almancam yok. En fazla yüzde 40, yüzde 45 Almancam var." *Na*, dedi. "Sana
66 tercüman gerekmiyor," dedi. "Biz seni anlıyoruz, sen bizi anlıyorsun," dedi. Öyle test ettiler
67 beni.

- 68 **Interviewerin:** [00:05:36] Yani bir yazılı bir sınav falan yok, öyle konuşarak?
- 69 **IP3:** [00:05:43] Konuşarak. Eee, ondan sonra ben diyormuşum ki, "Eğer yanlış konuştum ise,
70 yanlış konuştum ise, söyleyin ki böyle konuşun, düzeltiniz benim şeyi." Diyor, "Hepsini de
71 anlıyoruz," diyor. "Diyor, önde söyleyeceğin yerde arkalarda da bazen söylüyorsun ama biz
72 anlıyoruz," diyor. "Tercümana gerek yok." Dedim, "Paralı olduğu için mi?" "Nein," diyor,
73 "burada tercüman var, istiyorsanız şey getirebilirim ama sana lazım değil," bana dedi. "Sana
74 lazım değil," dedi.
- 75 **Interviewerin:** [00:06:10] Ama size göre yetersiz.
- 76 **IP3:** [00:06:13] Normal, bana göre yetersiz çünkü neden? Kendini anlatman için %100
77 Türkçeyi nasıl konuşuyorsam, Almancayı da öyle konuşmam lazım. Yani anlayan lazım. Yani
78 benim için yetersiz yani.
- 79 **Interviewerin:** [00:06:26] Peki, orada mesela tercüman gerçekten var mıydı ya da?
- 80 **IP3:** [00:06:28] Vardı, vardı. Şey, bizim Türk bayanlar grubu vardı mesela, bu şey ###'nin
81 annesi ile. Onlar hep tercümanla geldi. Tercümanla... benimkini kabul etmediler. Bir Türk
82 olarak ben o gruptaydım. Dedim, "Beni o bayanların grubuna verin, ben de orada şey olayım,
83 yani derdimi anlatabileyim." "Hayır," dedi, "olmaz," dedi.
- 84 **Interviewerin:** [00:06:53] Anladım. Peki, o kurumun adı ne, biliyor musunuz? Hatırlıyor
85 musunuz? Orada kalsanız.
- 86 **IP3:** [00:06:59] Şey bu. Önceleri bu ###'da, bu şey dediğimiz Sinir Hastalık dediğimiz. Oranın
87 bir bölümü önceleri o da ###'da idi, sonra taşındı, şeye geldi, ### Hastanesi'ne geldi. İkinci
88 katta bir yer yani.
- 89 **Interviewerin:** [00:07:16] Tam olarak *Abteilung*'un adını...
- 90 **IP3:** [00:07:18] Biraz önce söylemiştiniz ya, *Psy*...
- 91 **Interviewerin:** [00:07:21] *Psychosomatische Abteilung*. Ama hastanenin bünyesinde.
- 92 **IP3:** [00:07:24] Evet, bir bölümü yani, bir bölümü. Hâlâ da orada yani.
- 93 **Interviewerin:** [00:07:24] Ha tamam, tamam, anladım. Onu ben bir not alayım. Tamam. En
94 yüksek bitirdiğiniz okul? Mezun olduğunuz ilkokul?
- 95 **IP3:** [00:07:49] İlkokul 5. Beş. Türkiye'den. Şey, çalışıyor musunuz?
- 96 **Interviewerin:** [00:07:49] Şimdi şu anda mı?
- 97 **IP3:** [00:07:55] Yok. Ben sene 2010'dan beri çalışmıyorum.
- 98 **Interviewerin:** [00:07:55] Daha önce çalıştınız ama?
- 99 **IP3:** [00:07:55] Evet, evet, çalıştım.

100 **Interviewerin:** [00:07:57] Peki o çalıştığınız ortamda Almanca muhatap olabileceğiniz
101 insanlar var mıydı?

102 **IP3:** [00:08:03] Vardı, vardı.

103 **Interviewerin:** [00:08:04] Orada yani iletişim kurabiliyordunuz?

104 **IP3:** [00:08:06] Benim genellikle hepsiyle Avusturyalılar ile hep muhatap oluyordum. Yani
105 Türklerle pek az, iş üzerine bazı böyle Türklerle. Yoksa böyle gezmem, tozma hep
106 Avusturyalılar ile idi.

107 **Interviewerin:** [00:08:18] Peki, böyle günlük hayatta muhatap olup Almanca konuştuğunuz
108 işler, ortamlar, insanlar oluyor mu?

109 **IP3:** [00:08:25] Hep vardı ama. Ne zamandan beri yok, kesildi... 2010'dan beri. Bütün
110 arkadaşlar, hepsi kayboldu, gitti. Yani ben görmek istemiyorum. Bu hastalığı aldığım zaman,
111 görmek istemiyorum dedim. Ondan sonra bu devlet kurumu var, *Tageszentrum* diye bir yer,
112 ###'ye ait. Bilmiyorum, duymuşsunuzdur.

113 **Interviewerin:** [00:08:47] ### biliyorum, evet.

114 **IP3:** [00:08:50] Evet, sonra baktı ki ben hep evde kötüyüm. Arkadaşlar, hepsini kaybetmişim.
115 Benim yaş grupları, hepsi temelli Türkiye'ye gitmiş. Kimisi vefat etmiş. Ondan sonra evde kötü
116 olduğumu biliyorum da, sonra bizim *Sozialarbeiter*'ler var, hâlâ da var yani, ####' de. Durumu
117 anlattım. Ondan sonra o da benim şeyi psikiyatriye söylemiş. *Termin*'de söyledim, dedi,
118 "Hayır," dedi, "evde duramazsın," dedi. "Tek başına duramazsın. O ki ailen de var ama olmuyor
119 böyle," dedi. Mecbur dışarı çıkmam lazım. Ben hapis kaldım yani. 8-9 sene hep hapistim yani.
120 Balkondan içeriye, içeriden balkona, bazen de garajı tercih ederdim yani, kimse beni görmesin.
121 Çünkü neden mi? Gelince hep aynı sorular soruluyor. Komşusu olsun, tanıyan arkadaşları
122 olsun: "Ne ediyorsun? Ne yapıyorsun? Nerede çalışıyorsun? Sen önceki bir durumun yok.
123 Neden yüzün böyle şişmiş? Neden çok kilolusun?" Gerçekten öyleydin yani. O hapları
124 kullandım, yani acayip kötü oldum. Şimdi iyileşme gelince... iyileşme değildir. Yani seni
125 robotlaştırıyor. Mesela bugün ne yediğini, ne yediğini unutuyorsun. Sor bana, "Sen dün ne
126 yedin akşam yemeğinde?" Bilmiyorum yani.

127 **Interviewerin:** [00:10:10] Şimdi şöyle özetleyebilir miyiz? Yılların birikimi vardı. Ondan
128 sonra siz psikiyatra gitmeye nasıl karar verdiniz?

129 **IP3:** [00:10:21] Benimki şöyle başladı.

130 **Interviewerin:** [00:10:22] Hangi rahatsızlıkla yani?

131 **IP3:** [00:10:24] İlk önce benim *Bandscheibe* ile başladı. Hem çalış, hem o *Bandscheibe* ile
132 mücadele et, doktorlara git, şu bu. Ondan sonra masajlar, ilaçlar, şu bu deyince, gece beni
133 acayip sıkıştırıyordu yani. Ağrıdan yatamıyordum. Ondan sonra bana ne yaptı? Öyle başladı
134 benim depresyonum. Uyku problemi, uyku problemim de başladı. Terlemeler, ondan sonra el,
135 kol titremeler, aşırı sinirlilik, lafları yanlış anlamalar, şu bu... Öyle başladı. Ondan sonra da işte
136 psikiyatriye git. Her ay zaten benim kontroller vardı.

137 **Interviewerin:** [00:11:05] Psikiyatriye *Überweisung* alıp mı gittiniz *Hausarzt*'tan? Ya da nasıl
138 oldu?

139 **IP3:** [00:11:12] Kim beni gönderdi? Yok, ####'den sonra, ####'den çıktıktan sonra.

140 **Interviewerin:** [00:11:17] ####'de mi *Bandscheibe* için yattınız?

141 **IP3:** [00:11:19] Yok, *Bandscheibe*... ,####'de ben yatmışım.

142 **Interviewerin:** [00:11:25] ####'ye nasıl geldiniz?

143 **IP3:** [00:11:26] ####'ye ben çok kötüydüm, değil mi? Çok kötüydüm. Böyle uyum falan
144 gelmiyordu. Çocuk beni aldı, oraya götürdü. Hiç *Termin* verme de yok, biliyor musun? Zaten
145 şey, *Chefarzt* benimle konuştu, durumumu gördü. Tabii o zamanlar ilaç da kullanmıyordum.
146 Bir doktora gitmişim, yani bu ####'a. Ondan sonra oğlana dedi ki, "Babanı hemen götür, şu şu
147 numaralı odaya götür, hemen yatırsınlar," dedi. "Babanın durumu iyi değil." İşte ondan sonra...

148 **Interviewerin:** [00:11:52] Psikiyatri bölümü, değil mi?

149 **IP3:** [00:11:56] Evet, evet. Ondan sonra işte iki ay mı ne filan kaldım orada. İki ay sonra da
150 ondan sonra başka doktordu. İlk önce ####'nin di, sonra şey aktardılar, bu doktora aktardılar.

151 **Interviewerin:** [00:12:07] Anladım. Yani ####'ye kendiniz gittiniz. Çocukta derken #### ile mi...
152 tercüman olarak mı?

153 **IP3:** [00:12:14] Tercüman olarak, bir de şeyden, "Araba maraba kullanayım," dedi.

154 **Interviewerin:** [00:12:17] Hı hı, anladım. O orada tercümanlık yaptı. Kendiniz ifade ettiniz.
155 ####' in Almancası tabii çok güzel, burada büyüdüğü için. Ondan sonra çıktınız, ondan sonra
156 psikiyatrik tedavi başladı. Ama ondan sonrasında hep kendiniz mi konuşarak ifade ettiniz, ya
157 da bir yerde bir tercüman oldu mu? Ya da şöyle bir his oluştu mu: "Bu doktor beni anlamıyor."

158 **IP3:** [00:12:43] Haaa, evet, öyle düşündüm. Ama yalnızca tercümanlık ne olarak tercüman bana
159 şey yaptılar. Bu *Gutachten*'ler oluyor ya... Tamamıyla işi kaybettim. Yani çıkışım geldi, her
160 şeyim. 12 sene bir firmada çalışmışım. En sevdiğim işti, çıkışım geldi. Ondan sonra da
161 *Arbeitsamt* bana dedi, "Böyle olmuyor," dedi. "Sana göre iş yok," dedi. "Bu haplarla, bu
162 ilaçlarla mümkün değil," dedi. Yaş da daha elli iki filandı, biliyor musun? Ondan sonra şey,
163 *Gutachten*'lara beni çağırdılar mesela. İlk önce beni dışarıda *Pensionskassa*'ya ait doktorlar var,
164 oraya gönderdiler. İç hastalıkları, *Facharzt*'lar... Ondan sonra psikiyatr şeyleri, *Arzt*'ları, şu bu,
165 hep tercümanlı. Hep mecburi orası. Yalnızca...

166 **Interviewerin:** [00:13:32] Ama o emeklilik olduğu için.

167 **IP3:** [00:13:33] Evet, emekli olduğu için. Ama başka türlü tercüman, mercüman yok yani.

168 **Interviewerin:** [00:13:36] Hatta o emeklilik için hususi tercüman atıyorlar zaten. Onun dışında
169 yok.

170 **IP3:** [00:13:41] Yok, hatta birkaç sefer de ben kızla, o küçük kızla da ben gitmişim. İçeri bile
171 almadılar, psikiyatrilere. "Hayır, babanın Almancası var, gerek yok."

172 **Interviewerin:** [00:13:51] Hı hı, anladım. Peki, şimdi genel olarak Avusturya'daki sağlık
173 sektörüyle, sağlık hizmetleriyle tecrübeniz nasıl?

174 **IP3:** [00:14:03] Vallahi, şimdi bu 3-4 senedir tamamıyla değişik yani. Çok değişik... Olumsuz
175 bence.

176 **Interviewerin:** [00:14:12] Hangi açıdan?

177 **IP3:** [00:14:13] Olumsuz. Mesela gidiyorum, diyor ki, "Ya benim sol tarafım ağrıyor," veyahut
178 da göğüs kafesim mi ağrıyor, veyahut da boğazımda bir şey var, şüpheleniyorum, veyahut da
179 bağırsakta bir şey var veya herkeste olan bir şey olabilir yani. Çünkü yaşı daha ilerlemiş. 58
180 yaşındaki bir insansın. Bunu kim bana söylüyor? Ev doktoru bana söylüyor. Bana diyor,
181 "Normaldir," diyor. "Yani 58 yaşındasın, iki sene sonra 60'a basıyorsun," diyor. "Çok normal
182 yani, bağırsak problemlili olabiliyor, mide problemlili olabiliyor. Göğüste bir şeyler olabilir. Çok
183 normal," diyor. Bence de normal değil yani.

184 **Interviewerin:** [00:14:52] Peki sizi yeterince anlıyor mudur?

185 **IP3:** [00:14:58] Anlıyor tabii. Ben hatta hep soruyorum, "Beni anladınız mı? Ne dediğimi
186 anladınız mı?" Tabii ki, "Anlamışım," diyor, "Anlıyorum," diyor.

187 **Interviewerin:** [00:15:07] Anladım. Peki, şimdi dedik işte ###'den çıktınız, ondan sonra
188 psikiyatrik tedavi başladı. İlaç aldınız, yanlış ilaç verildiğini sonradan anladılar. Orada
189 hastanede kaldınız mı?

190 **IP3:** [00:15:23] ###'de mi? Tabii kaldım, iki aya yakın kaldım yani.

191 **Interviewerin:** [00:15:27] Sonra bu ###'deki bir *Abteilung*'da, *Kur* gibi bir şeye mi katıldınız?
192 Orada kaldınız gene?

193 **IP3:** [00:15:36] 6 haftalık gibi bir şey, evet.

194 **Interviewerin:** [00:15:36] 6 hafta da orada kaldınız?

195 **IP3:** [00:15:38] Orada çözdüler, ilaçları çözdüler oradan.

196 **Interviewerin:** [00:15:40] Kaç yıl geçti aradan?

197 **IP3:** [00:15:42] Beş sene oldu, oradan çıkalı biliyor musun? Beş sene, beş sene oldu.

198 **Interviewerin:** [00:15:47] ###'den sonra beş yıl mı sürdü, orada yanlış ilaç verdiklerini
199 anlamaları?

200 **IP3:** [00:15:54] ###'de tabii. 5 yıl boyunca bu ilaçları kullandım yani. Yanlış ilacı kullanmışım.

201 **Interviewerin:** [00:16:01] Ondan sonra ###'e gittiniz, orada anlaşıldı bir şekilde.

202 **IP3:** [00:16:04] Evet, evet. "Hayır," dedi. "Ne için gezemiyorsun? Senin ayaklarında bir şey
203 yok. Senin iskeletinde bir şey yok. *Bandscheibe* var ama *Bandscheibe* ile bir alakası yok. Sen
204 merdivenden aşağı inemiyorsun," diyor. Yani arkadaşlar beni tutuyordu, aşağı indireyim diye.
205 Titriyordu böyle ayaklarım, titriyordu...

206 **Interviewerin:** [00:16:21] Bunu nasıl anladılar, yanlış ilaç olduğunu?

207 **IP3:** [00:16:22] Ya şey, orada dediğim gibi kamera yok. Ama affedersin, lavaboya git,
208 peşindeler yani, peşindeler.

209 **Interviewerin:** [00:16:31] Ondan sonra da şimdi de *Tagesheim* mı, *Tages...*?

210 **IP3:** [00:16:35] *Tageszentrum*.

211 **Interviewerin:** [00:16:36] *Tageszentrum*.

212 **IP3:** [00:16:37] *Tageszentrum*. Bu *Psychiatriearzt* bana dedi ki, "Evde duramazsın," dedi.
213 "Nein," dedi. "Yeni arkadaşları tanımaya başlayacaksınız," dedi.

214 **Interviewerin:** [00:16:47] *Tageszentrum*'a kaç zamandır gidiyorsunuz?

215 **IP3:** [00:16:50] Ooo, 8 sene oluyor. 8 sene, 8.

216 **Interviewerin:** [00:16:52] Her gün mü?

217 **IP3:** [00:16:53] Yok. Perşembe günleri oluyor.

218 **Interviewerin:** [00:16:54] Perşembe.

219 **IP3:** [00:16:56] Pazartesi günleri de şey. Perşembe günleri şey, yürüyüş grubu var, gidiyorum.
220 Pazartesi günleri de gidip böyle şey, arkadaşlarla oyun oynuyorsun. Mesela okey oynuyorsun,
221 domino, momo gibi bir şeyler oynuyorsun. Sonra yeni arkadaşlar tanıyorsun. Ama tabii ki orası
222 beni düzeltti yani, düzeltti. *pro mente* diye o kurum düzeltti yani.

223 **Interviewerin:** [00:17:22] Peki, orada böyle psikoterapi aldınız mı? Birebir.

224 **IP3:** [00:17:26] Evet, evet, evet aldım. Ayıryeten ben *Privat*'da gidiyordum yani.

225 **Interviewerin:** [00:17:29] *Privat*, kendiniz mi ödüyordunuz? Yoksa sigorta bir kısmını mı geri
226 veriyor?

227 **IP3:** [00:17:34] Yok, ben hiç ödemiordum, hiç ödemiordum, hiç.

228 **Interviewerin:** [00:17:38] Peki, şey, bu psikoterapide... yani dil çok önemli. Kendinizi
229 anlatmanız... Orada yine kendiniz mi anlatıyordunuz, ya da...?

230 **IP3:** [00:17:46] Tabii. Ben gidiyordum. Mesela psikoloğun bayan diye iki tane değiştim ben.
231 Hatta da ben diyordum, "Bana şey soruları sorun, size cevap vereyim." Ondan sonra o
232 soruyordu, işte bir ay içinde ne geçti, nasıl gidiyor filan. Tabii özel problemler de oluyordu. İşte
233 damatlar, yer sorunu, suyu, buyu, işte hepsini biliyorlardı biliyor musun? Ondan sonra da ben
234 hep soruyordum, "Benim dediğimi... Aynı sizin gibi de yazıyordu, not alıyordu. Ben hep
235 diyordum, 'Beni anladınız mı? Ben ne size söyledim, anlıyor musunuz?'" Filan. Diyor, "Tabii
236 ki anlıyoruz," diyor. "Tabii ki anlıyoruz," diyor.

237 **Interviewerin:** [00:18:24] Anladım. Peki, siz şimdi az önce şeyi dedik ya, yanlış teşhis 5 yıl
238 sürdü düzeltmeleri. Şimdi memnun musunuz?

239 **IP3:** [00:18:34] Evet, şimdi memnunum. Şimdi. Şimdi ilaç olarak da kaç diyeyim? Uyku
240 ilaçları var diyeyim. Bir de bir damla var, böyle panik için, böyle ###. Belki duymuşsundur.
241 Çok özel bir ilaç yani. Şey, katkı maddeleri içinde bir şey yokmuş. *Natur* gibi bir şeymiş. O
242 beni uyutabiliyor. Ondan sonra 20 damla da sabahları aldığım zaman böyle dışarıya rahatlıkla
243 çıkabiliyorum yani. Her insanla da *Kontakt* yapabiliyorum, konuşabiliyorum yani.

244 **Interviewerin:** [00:19:06] Anladım. Peki, hiç kendi kendinize ilacınızı bıraktığınız oldu mu?

245 **IP3:** [00:19:12] Bir sefer oldu. Bilinçli olarak, bilinçli yaptım.

246 **Interviewerin:** [00:19:15] Doktor gözetimi olmadan.

247 **IP3:** [00:19:18] Evet. Hatta iki gün mü, üç gün içmedim. "Dur, bir gün daha deneyeyim,"
248 dedim. Ondan sonra sigara içenler oluyor ya, aratıyor, ceplerine bakıyorsun, bir şey
249 kaybetmişsin sanki. Ondan sonra ben bunu şey, kendi psikiyatrima da söyledim. Dedi, "Nein,"
250 dedi, "olmuyor böyle. Ben de izinsiz olmuyor. İlk önce bunların gramlarını düşüreceğim.
251 Ondan sonra yavaş yavaş, hep yavaş yavaş." Ama şimdi çok şükür, çok az, çok az.

252 **Interviewerin:** [00:19:50] Peki, şurada "Bir tercüman olsaydı, iyi olurdu," dediğiniz bir durum
253 oldu mu?

254 **IP3:** [00:19:53] Tabii ki, tabii ki.

255 **Interviewerin:** [00:19:55] Hangi durumda mesela?

256 **IP3:** [00:19:58] Ya, acaba onlar diyor, "Tamam, sizi anlıyorum," ama benim kafamda soru
257 işaretleri var yani. Acaba ben böyle konuşsaydım, daha mı iyi anlardı? Ama hep ben
258 soruyorum, "Anladınız mı beni? Ne söyledim size, anladınız mı hepsini?" "Evet," diyor,
259 "anladık," diyor.

260 **Interviewerin:** [00:20:16] Peki, sizce böyle kültürel de bir şey olabilir mi, bir anlaşmazlık?
261 Yani mesela aile... Türk, Kürt yapılarında çok önemli. Avusturyalı belki bunu o kadar
262 anlayamayabilir. Hani bir tercüman olsaydı, eğitilmiş, donanımlı bir tercüman, bunu ona izah
263 edebilir miydi? Bu şekilde hiç?

264 **IP3:** [00:20:42] Vallahi tercüman... Hiç sanmıyorum. Tercümanları... Tamam, siz daha iyisini
265 bulacaksınız eğer, öyle değil mi?

266 **Interviewerin:** [00:20:49] Olacağından değil. Ben sadece genel olarak soruyorum.

267 **IP3:** [00:20:53] Ben ileride *Behindertenpass* için gitmiştim *Arbeiterkammer*'e. Tercümanla.
268 Orada bir bayandı, şey, onun yaşlarında filan vardı. Ben diyorum ki, "Benim dediklerimi söyle.
269 Diyorum ki avukata, dediklerimi söyle." "Hayır," diyor, "sizin dosyanızı alamayız," diyor.
270 "Neden alamıyorsunuz ya?" dedim. "Sen tercümansın, ben ne diyorsam onu aktar," diyorum.
271 "Hayır, sizin dosyanızı alamayız," diyor. "Sizin zaten %70'lik şeyiniz var," diyor.

272 **Interviewerin:** [00:21:20] Yani üstüne vazife olmayan bir şeye karıştı.

273 **IP3:** [00:21:23] Evet, evet. "Hayır, sizin dosyanızı alamayız," diyor. "Bu şekilde mahkemeye
274 sizinle gidemeyiz." Bende dosya, mosya vardı, güzelce böyle şey yaptım, topladım. Dedim,
275 "Sen yoksun, dedim, bundan sonra ben kendi *Rechtsschutz*'uma gideceğim," dedim, tercümana.

276 **Interviewerin:** [00:21:43] *Rechtsschutz*'a? Yani orada bir tercüman verdiler ama keşke
277 olmasaydı.

278 **IP3:** [00:21:47] Olmasaydı, evet. Diyor, diyor, "Ben sizinle bu şeyi yapamıyorum yani, bu
279 çalışmayı yapamam." Diyor ki, "Ona söyle, ben ne diyorsam ona aktar. Onunkini de bana
280 aktar." "Hayır," diyor, diyor, "siz zaten anlıyorsunuz," diyor, "avukat ne dediğini siz çok iyi
281 anlıyorsunuz." Ama dedim, "Avukat sen misin, o mu? Bilmiyorum," dedim (*Anm: ironisch*).
282 "Tercüman değil misiniz?" "Evet, tercümanım," diyor. "Biz bununla çalışıyoruz," diyor.
283 Dosyamı almadı mesela. Belki de değişik bir şeyler söyledi, bilmiyorum.

284 **Interviewerin:** [00:22:15] Yani şöyle söyleyeyim, gerçekten onun üstüne vazife değil.
285 Tercüman sadece...

286 **IP3:** [00:22:18] Ben ne dediysem aktaracaksın, o bana dediyse bana aktaracaksın... (*Anm: ab*
287 *hier unverständlich*).

288 **Interviewerin:** [00:22:40] Şimdi mesela olumsuz örnek olarak onu verdiniz. Yani, "O benim
289 avukatlığımı yapsın istemiordum ki," diyorsunuz. Ama yani avukatlığımı bırak, aleyhime
290 çalıştı hani. Nitekim orada keşke bir tercüman olmasaydı.

291 **IP3:** [00:23:05] Olmasaydı, kendim anlatsaydım yani.

292 **Interviewerin:** [00:23:06] Evet. Bu *Arbeiterkammer*'in *Behindertenpass*'i için.

293 **IP3:** [00:23:10] *Behindertenpass*'im zaten var. Şimdi bu bel fitiğinden dolayı. Üç ay öncesi
294 değişik oldu, ayaklarıma attı. Şimdi taban üzerime basamıyorum, biliyor musun? Ondan sonra
295 benim *Orthopädiarzt* dedi ki, "Normalde şey, sana *Behindertenparkplatz* lazım," dedi. "Senin
296 sağ ayağın hiç tutmuyor," dedi. "Otomatik araba lazım sana, bilmem ne şu bu." Dedi, "Bir daha
297 başvurursanız daha iyi olur çünkü en azından park sorunu yaşamazdınız," dedi. Park için
298 yapıyorum. Normalde %70'lik benim *Behinderten* şeyim var. Psikolog için yani her şey içinde
299 yani. Dedim, "Şey, bir park yerleri için benim için daha iyi olur yani. Uğraşmam, şu bu." Ondan
300 sonra döndü bana dedi, "Hayır," dedi, "sizin dosyanızı alamayız," dedi. "Mahkemeye böyle
301 başvuramayız." Ama dedim, "Avukat herhangi böyle bir şey söylemedi ki." Dedi, "Onu siz
302 kendiniz söylüyorsunuz." Dedim, "O zaman daha konuşma şeyim yok." Dosyaları topladım,
303 çıktım, geldim işte.

304 **Interviewerin:** [00:24:17] Hı hı. Bu *Arbeiterkammer*'de mi oluyor? Nerede oluyor?

305 **IP3:** [00:24:21] *Arbeiterkammer*'de oluyor. Feldkirch'de.

306 **Interviewerin:** [00:24:22] *Arbeiterkammer*... Hukuk danışmanlığında mı? Tercümanı onlar mı
307 veriyor, ya da...?

308 **IP3:** [00:24:27] Onlar kendiliğinden ayarlıyor sana, ayarlıyor.

309 **Interviewerin:** [00:24:32] Peki, şurada bir avukat—pardon, bir tercüman—olsaydı iyi olurdu
310 dediğiniz bir olay yaşadınız mı?

311 **IP3:** [00:24:39] Tabii ki, tabii ki.

312 **Interviewerin:** [00:24:40] Bir örnek?

313 **IP3:** [00:24:42] Mesela *Gutachten*'larda. Mesela *Pensionskassa*. Eğer benim geçici emeklilik
314 bittiği zaman beni *Gutachten*'e çağırıyor. Mesela önceleri diyor ki, "Tercüman var mı?"
315 diyorum, yok, "Tercümansız olacak," diyor. "Zaten bütün raporlar önümüzde," diyor.
316 "Tercümana gerek yok. Yalnızca bizim sorduğumuz sorulara çok hafifçe cevap vereceksiniz:
317 Neresi ağrıyor, nasıl oluyor, gece kaç saat yatıyorsunuz?" O sorulara cevap vereceksiniz yani.
318 "Tercüman gerekmiyor," diyor. E tabii ki düşündüğüm anlar olabiliyor. Keşke tercüman
319 olsaydı, daha iyi idi.

320 **Interviewerin:** [00:25:24] Anladım.

321 **IP3:** [00:25:25] Mesela bazen de o ilaçların etkisinde unuttuğum şeyler vardı. Mesela eşim
322 yardımcı oluyordu. Artık *Tarzan*-marzanca bir şeyler anlatıyordu, anlıyorlardı beni,
323 anlıyorlardı yani.

324 **Interviewerin:** [00:25:40] Peki, mesela bu tercümanın... O her tercümana güvenebilir misiniz?
325 Ya da mesele güven meselesine nasıl bakarsınız tercümanla ilgili?

326 **IP3:** [00:25:48] Mesela o *Arbeiterkammer*'deki gibi tercümanlara güvenmiyorum yani,
327 güvenmiyorum.

328 **Interviewerin:** [00:25:56] Anladım. Peki, mesela sizin beklentiniz ne? Bir psikiyatristten, bir
329 terapistten ya da bir tercümandan beklentileriniz ne?

330 **IP3:** [00:26:06] Tercümandan beklediğim şey, benim konuştuğum sözleri iyi bir şekilde karşı
331 tarafa aktarmak. Yani olduğu gibi. Şimdi Almancam olmasa, biraz Almancam olmasa...
332 İnaniyorum çünkü ben Almanca anlıyorum. 30 senedir buradayım. Bazen anlıyorum, benim
333 dediklerimi söylemiyor, değişik şekilde söylüyor yani, değişik şekilde söylüyor.

334 **Interviewerin:** [00:26:36] Anladım, anladım. Peki, bu tercüman olan yerlerde... Mesela
335 dediniz ki, *Arbeiterkammer*'de onlar ayarlıyor tercümanı. Başka yerlerde kimler ayarladı
336 tercümanı?

337 **IP3:** [00:26:50] Başka yerlerde yine kendileri. *Gutachten*'larda hep kendileri ayarlıyor.

338 **Interviewerin:** [00:26:58] Sizin hiç ayarladığınız oldu mu?

339 **IP3:** [00:26:59] Yok, hiç ayarlamadım, hiç.

340 **Interviewerin:** [00:27:01] Anladım. Peki, mesela bir tercümana ihtiyaç duysanız, bir
341 tercümana nasıl başvuracağınızı biliyor musunuz? Nerede, nasıl bir tercüman bulurum?

342 **IP3:** [00:27:16] Onu tabii ki iyi yerlere sormam gerekiyor yani.

343 **Interviewerin:** [00:27:24] Anladım. Mesela şimdi Türklerin olduğu bir çevre var işte. Az önce
344 saydığınız birkaç isim vardı.

345 **IP3:** [00:27:31] Ya kahvelerde duyacağım veyahut da toplu bir halde, bir düğünde, bir
346 eğlencede, veyahut da.

347 **Interviewerin:** [00:27:39] Ama onların nasıl iyi bir tercüman olup ya da eğitimli olup
348 olmadığını bilmiyorsunuz.

349 **IP3:** [00:27:43] Bilmiyorsun tabii.

350 **Interviewerin:** [00:27:45] Tercüman olduğunu biliyorsunuz. Evet. Peki, mesela sizce
351 profesyonel bir tercüman gelmiş olsa, sizin talep ettiğiniz yerlere, sizce neler değiştirebilir?

352 **IP3:** [00:28:03] Neler mi değiştirebilir? Benim bu hastalıkla ilgili daha belki erken teşhis
353 olabilirdi. Bir. İkincisi, zaten ben işimi kaybetmişim. %72'lik bir şeyim var, iş kaydım var.
354 Belki de önceleri *fix* olabiliyordum yani. Emekli, emekli, emekli. 5 sene boyunca hep geçici.
355 Bir sene, ondan sonra iki, iki verdiler.

356 **Interviewerin:** [00:28:35] Bu da bir stres oluşturdu, değil mi?

357 **IP3:** [00:28:37] Tabii, stres. Acayip stres, acayip stres.

358 **Interviewerin:** [00:28:39] Şimdi kesin mi, süresiz?

359 **IP3:** [00:28:45] Şimdi kesin. İki senedir *fix* yani, kurtuldum yani. O yük biraz bende gitti. Şimdi
360 daha böyle, ya, titremeler fazla olmuyor, panikler fazla olmuyor. Daha rahatsın böyle.

361 **Interviewerin:** [00:28:58] Yani rahatsızlığım daha erken teşhis edilirdi. İki, rahatsızlığım
362 ilerlemezdi bu kadar.

363 **IP3:** [00:29:05] İlerlemezdi, evet, ilerlemezdi.

364 **Interviewerin:** [00:29:15] Peki, sizce mesela bir tercümana başvuracak olsanız, sizin için
365 cinsiyeti önemli mi? Yaşı önemli mi? Dini önemli mi? Ya da bunun gibi şeyler... Aklınıza ne
366 geliyor?

367 **IP3:** [00:29:30] Yok, benim için cinsiyet hiç önemli değil. Fark etmiyor. Yalnızca diyorum ki,
368 benim dediklerimi tam sağlam bir şekilde karşı kişiye aktarsın. Onunkini de bana güzel bir dille
369 aktarsın. O bana yetiyor.

370 **Interviewerin:** [00:29:50] Ve avukatlık yapmasın arada.

371 **IP3:** [00:29:51] Evet, evet. Benim için insan insandır, fark etmiyor yani.

372 **Interviewerin:** [00:29:54] Anladım. Peki, tercümanın sizi tanıyor olmasını mı tercih edersiniz?
373 Ya da tamamen yabancı mı? Çünkü normalde bir tercümanın da, tıpkı bir doktorun olduğu gibi,
374 şey olması gerekiyor. Yani sizin sırrınızı kimseyle paylaşmayacak. Evet. Sizin için yani tanıdık
375 biri mi iyi olur, yoksa fark etmez mi?

376 **IP3:** [00:30:18] Önce de anlattığınız gibi iyi, böyle düzenli bir şekilde okul okumuşsa, mühürü
377 varsa, gerçek bir tercümansa fark etmiyor. Mesela siz gibi, sizi tanıyoruz, ailenizi tanıyoruz.
378 Benim için fark etmiyor yani.

379 **Interviewerin:** [00:30:32] Hm, hm, anladım. Peki, normalde kim yapıyor sizin için
380 tercümanlığı? Siz kendiniz mi gittiniz hep? Çocuklarınız hiç yaptı mı? Ya da bir komşuyla, bir
381 iyi bir arkadaşla?

382 **IP3:** [00:30:44] Bir sefer, bir sefer mi iki sefer, kız geldi. Benim için daha iyi oldu.

- 383 **Interviewerin:** [00:30:48] Psikiyatriye mi geldi? Nereye geldi?
- 384 **IP3:** [00:30:51] Psikiyatriydi herhalde, psikiyatri. Ondan sonra psikiyatr dedi, "Gerekmiyor,"
385 dedi. "Sen konuştuğunu ben anlayabiliyorum," filan. Şu bu. Tabii ki şimdi değişik şeyler oluyor
386 yani. Keşke işte kızı bıraksaydı da daha iyi konuşurdu, derdimi daha iyi anlatabilirdi filan.
- 387 **Interviewerin:** [00:31:10] Hiç böyle bir arkadaşınızla, bir komşunuz sizin için tercümanlık
388 yaptı mı?
- 389 **IP3:** [00:31:15] Yok, yok.
- 390 **Interviewerin:** [00:31:22] Tamam o zaman.
- 391 **IP3:** [00:31:24] Bu kadar, teşekkür ederim.

Interview*partnerin 4 – IP 4

- 1 **Interviewerin:** [00:00:04] Avusturya'ya ne zaman geldiniz ve buraya gelme sebebiniz neydi?
- 2 Türkiye'den mi? Türkiye'den geldiniz. Nereden geldiniz?
- 3 **IP4:** [00:00:12] 1976'da İstanbul'dan evlilik yoluyla geldim.
- 4 **Interviewerin:** [00:00:16] 76'da? Yok, önemli değil yani. Bunu bir ben dinleyeceğim.
- 5 **IP4:** [00:00:22] 97'de.
- 6 **Interviewerin:** [00:00:24] 97'de? Hm tamam, yani kaç yıl oluyor? 22.
- 7 **IP4:** [00:00:27] Ya sen karıştırma diyerekten doğum tarihim söyledim.
- 8 **Interviewerin:** [00:00:30] Tamam, yani 22 yıl olmuş. Evlilik nedeniyle geldiniz ve
- 9 İstanbul'dan geldiniz. Tamam. Hangi dilleri konuşuyorsunuz? Türkçe, Türkçe, Almanca?
- 10 **IP4:** [00:00:41] Almanca mı?
- 11 **Interviewerin:** [00:00:42] Hiç mi?
- 12 **IP4:** [00:00:42] Hiç.
- 13 **Interviewerin:** [00:00:44] Yani günlük hayatta?
- 14 **IP4:** [00:00:46] Aynen yani istiyorum ama karşımda kimse olmadığı için hep Alman Türkçe.
- 15 **Interviewerin:** [00:00:50] Türkçe tamam ama vs. Günlük hayatta böyle işte, atıyorum
- 16 komşularla, markette?
- 17 **IP4:** [00:00:55] Çat pat.
- 18 **Interviewerin:** [00:00:55] Çat pat?
- 19 **IP4:** [00:00:56] Çok çok az.
- 20 **Interviewerin:** [00:00:57] Kursa gittiniz mi hiç?
- 21 **IP4:** [00:00:58] Gittim, iki üç kere gittim ama zamanlamaları çok kötüydü. Birinde hamileyken
- 22 gittim, birinde çocuğum üç aylıktı. Doğum yaptım, gittim. Birinde de tam gittim, depresyonum
- 23 ağır tuttu. Üç kere gittim, üçünde de zamanlamaları kötüydü.
- 24 **Interviewerin:** [00:01:15] Anladım. Peki, mesela en yüksek mezun olduğunuz okul?
- 25 **IP4:** [00:01:19] İlkokul.
- 26 **Interviewerin:** [00:01:20] İlkokul. Çalıştınız mı daha önce hiç?

- 27 **IP4:** [00:01:23] Bekârlığımda kendi işimizde çalıştım.
- 28 **Interviewerin:** [00:01:26] Hm hm, hep. Ne olarak çalıştınız?
- 29 **IP4:** [00:01:29] Kazak üzerine yani esnafılık mı oluyor?
- 30 **Interviewerin:** [00:01:31] Esnafılık. Burada hiç çalıştınız mı?
- 31 **IP4:** [00:01:36] Çok az, yani böyle privat gibi diyeyim.
- 32 **Interviewerin:** [00:01:39] Peki, mesela burada Almanca konuşabileceğiniz hiç ortam oluyor mu?
- 33
- 34 **IP4:** [00:01:46] Çok az. Komşularla "nasılsın, iyi misin" gibi.
- 35 **Interviewerin:** [00:01:51] Tamam. Avusturya'daki sağlık sektörüyle, sağlık hizmetleriyle ilgili
- 36 tecrübeleriniz nasıl? Yani sorabilirsiniz, anlamadığınız yeri. Mesela olumlu tecrübelerim var:
- 37 Doktora gittiğimde kendimi ifade edebiliyorum ya da doktor hizmetlerini çok iyi buluyorum,
- 38 şurada yetersiz buluyorum.
- 39 **IP4:** [00:02:15] Yani öyle çok büyük bir problemle karşılaşmadım.
- 40 **Interviewerin:** [00:02:19] Avusturya'da sağlık sektöründe? Peki mesela?
- 41 **IP4:** [00:02:23] Mhmh normal yani. Kendim de çok aşırı doktora giden biri değilim. Ama
- 42 sıradan yani, normal.
- 43 **Interviewerin:** [00:02:33] Mhmh.
- 44 **IP4:** [00:02:34] Mhmh. Tamam.
- 45 **Interviewerin:** [00:02:36] Peki şey. Şimdi siz depresyon hastası olduğunuzu söylediniz. Bu
- 46 teşhisi konmuş bir rahatsızlık mı?
- 47 **IP4:** [00:02:43] Tabii ki uzmanlar tarafından.
- 48 **Interviewerin:** [00:02:44] Burada nasıl teşhisi konu bunun?
- 49 **IP4:** [00:02:47] Ya ben de sürekli... Hastalığımın belirtilerini mi anlatayım?
- 50 **Interviewerin:** [00:02:51] Ya o da olabilir. Sorun nasıl? Doktora gitmeye karar verdiniz?
- 51 **IP4:** [00:02:56] Ya ilk başlarda çok aşırı halsizdim. İlk depresyonum ama benimki aşama aşama
- 52 olduğu için çok aşırı terliyordum, çok aşırı elim ayağım titriyordu, çok aşırı kendimi yorgun
- 53 hissediyordum. Sürekli aşırı baş ağrısı. Hele öyle. Doktora gittim, burada gittim, burada bir şey
- 54 yapmadılar. Röntgen falan çektiler, cart curt bir sürü. Ondan sonra Türkiye'ye gittim. Bir de
- 55 bende çok aşırı derecede boğaz ağrısı oldu, boğaz ağrısı geçmedi. Ondan sonra doktor
- 56 "depresyon" dedi.
- 57 **Interviewerin:** [00:03:26] Buradaki doktor mu dedi?

58 **IP4:** [00:03:26] Türkiye'deki.

59 **Interviewerin:** [00:03:27] Buradaki doktor ne dedi?

60 **IP4:** [00:03:29] Burada ev doktorlarına gidiyordum, "Bir şeyi yok" diyorlardı. Yani hiç
61 göremiyorlar.

62 **Interviewerin:** [00:03:33] Yani hiç yönlendirmediler mi? Peki doktora gittiğinizde kendinizi
63 siz mi ifade ediyorsunuz?

64 **IP4:** [00:03:37] Äää, eşim.

65 **Interviewerin:** [00:03:39] Eşle beraber. Hiç çocuğunuzla gittiniz mi?

66 **IP4:** [00:03:45] Çocuklarım yanımda oluyordu.

67 **Interviewerin:** [00:03:47] Peki uzman biriyle gittiniz mi hiç? Böyle uzun yani, Almancası çok
68 iyi, Türkçesine de vakıf, her iki dili de çok iyi konuşan bir tercüman olacak?

69 **IP4:** [00:03:58] Yani bir iki defa arkadaşım ile gitmişim. Ama bu depresyon konusunda değil.
70 O böyle termin yerinden falan.

71 **Interviewerin:** [00:04:06] Şimdi bu doktora gittiğinizde?

72 **IP4:** [00:04:11] Türkiye'de gittim.

73 **Interviewerin:** [00:04:12] Türkiye'de. Çünkü burada kendinizi ifade edemediğinizi
74 düşündünüz?

75 **IP4:** [00:04:15] Türkiye'de sinir ve ruh... Sey, yeğenim de hemşire, onun yönlendirmesiyle
76 gittim.

77 **Interviewerin:** [00:04:22] Ruh ve sinir hastalıklarına?

78 **IP4:** [00:04:24] Mhmh. Ondan sonra bana ilaç tedavisi yaptı. Eşimin desteksizliği yüzünden
79 hiç almadım. Sonra çok ağır tutunca tekrar Türkiye'de kulak burun boğaza gittim. Çünkü
80 geçmedi. Burada antibiyotikleri çok kullandım. Geçmeyince şeye gittim işte, Türkiye'de o dedi,
81 "depresyon" dedi, işte.

82 **Interviewerin:** [00:04:43] Mhmh.

83 **IP4:** [00:04:44] Şeyle alakası yok dedi, boğazla dedi. Ondan sonra bana böyle ### diye bir ilaç
84 verdi. O çok iyiydi dört beş sene.

85 **Interviewerin:** [00:04:51] ### mi?

86 **IP4:** [00:04:52] Mhmh, ama ben tabii bunu doktor kontrolünde almıyordum. Doktora
87 yazdırıyordum. Doktor Türkiye'de yazdığı için burada hiç doktora gitmiyordum.

88 **Interviewerin:** [00:05:00] Neden gitmiyordunuz?

89 **IP4:** [00:05:02] Ya eşim desteklemiyor, öyle.

90 **Interviewerin:** [00:05:06] Peki mesela sizin imkânınız olsaydı, kendinizi ifade edebilecek
91 olsaydınız gider miydiniz?

92 **IP4:** [00:05:12] E tabii ki giderdim. Yani bu kontrolünde, yani birebir uzmanla konuşarak tabii
93 ki daha iyi olurdu.

94 **Interviewerin:** [00:05:18] Yani bunun sadece dil engeli nedeniyle mi gitmemiş oldunuz?

95 **IP4:** [00:05:21] Yani hem engel olarak hem manevi bir desteksizlik. Yani öyle diyeyim.

96 **Interviewerin:** [00:05:27] Anladım. Peki, şimdi mesela burada herhangi bir psikolojik veya
97 psikiyatrik terapi alıyor musunuz?

98 **IP4:** [00:05:30] Mhmh.

99 **Interviewerin:** [00:05:32] Neye gittiniz?

100 **IP4:** [00:05:37] Mhmh, gittim. ### psikiyatriste gittim. Bir iki sene kadar.

101 **Interviewerin:** [00:05:40] O ne oluyor?

102 **Interviewerin:** [00:05:41] Psikiyatrist mi?

103 **IP4:** [00:05:42] Psikiyatrist, psikiyatrist.

104 **Interviewerin:** [00:05:46] Mhmh, doktor yani? Yoksa psikolog mu?

105 **IP4:** [00:05:48] Psikiyatrist. Mhmh, ilaç yazıyor.

106 **Interviewerin:** [00:05:51] Ha, ilaç yazıyor. Peki, nasıl bir tedavi oldu? Türkçe mi konuşuyor?

107 **IP4:** [00:05:54] Evet, birebir benimle Türkçe konuşuyor. Ana dili Türkçe zaten. Türkçe
108 konuşuyoruz.

109 **Interviewerin:** [00:05:59] Hı hı, anladım.

110 **Interviewerin:** [00:06:02] Peki, terapi aldınız mı?

111 **IP4:** [00:06:06] Ää, terapi aldım. Bana göre yeterli miydi? Değildi. Ama iyi de... Dediğim gibi
112 işte bazılarına kızdığım için bıraktım. Şimdi, şöyle bir de paralı olduğu için ağır oluyordu.
113 Parası da.

114 **Interviewerin:** [00:06:17] Psikoterapi aldınız? Yine bir Türk'e mi gittiniz?

115 **IP4:** [00:06:20] Yok yok, evet. Burada, aynı doktorum, aynı doktor.

116 **Interviewerin:** [00:06:23] Anladım.

117 **IP4:** [00:06:24] Gittim ve ilaç kullandım işte.

118 **Interviewerin:** [00:06:26] Peki, böyle bir sıkıntınız olduğunda, yani siz Avusturya'da doktora
119 ya da terapiye gittiğinizde kendinizi hiçbir zaman kendiniz ifade etmediniz, sıkıntınızı hep
120 eşiniz ya da karşınızdaki doktor mu anlattı?

121 **IP4:** [00:06:41] Psikiyatriste gitmeden önce evet, eşim.

122 **Interviewerin:** [00:06:44] Mhmh. Karşınızdaki doktor ya da terapist Türk ise, siz ancak o zaman
123 mı kendiniz ifade edebildiniz?

124 **IP4:** [00:06:49] Mhmh. Psikiyatristle kendim görüştüm.

125 **Interviewerin:** [00:06:51] Peki, sizce burada yanlış bir teşhis konmuş olabilir mi? Burada Türk
126 bir doktorla görüşmeden önce?

127 **IP4:** [00:06:56] Hayır. Doğru teşhis konuldu.

128 **Interviewerin:** [00:07:00] Şöyle sorayım o zaman: Buradaki ev doktorları bir şey yapmıyordu,
129 bir şey...

130 **IP4:** [00:07:02] Yapmıyordu değil.

131 **IP4:** [00:07:05] Ben mesela diyordum ki, "Halsizim." Diyeyim, diyordum. Bana kanıma
132 bakıyorlardı. "Başım ağrıyor," diyordum. Ne yapıyorlardı? Beni röntgene gönderiyorlardı. Ama
133 bunun sinirden olacağı hiç akıllarına mı gelmedi bilmiyorum ki.

134 **Interviewerin:** [00:07:17] Anladım.

135 **IP4:** [00:07:19] Yoksa yapmadıklarından değil yani.

136 **Interviewerin:** [00:07:20] Anladım.

137 **Interviewerin:** [00:07:21] Peki, burada yazılan bir ilacı hiç aldınız mı ya da bıraktınız mı?

138 **IP4:** [00:07:24] Tabii, tabii. ####'i beş sene, dört sene kullandım. Onu bıraktım yine kendi
139 kendime (lacht). Ondan sonra da tabii Doktor ####'e gittim. ####' in gözleminde iki sene kadar
140 Hidralasyon diye bir ilaç aldım. Yine aynı. Onu kendim sinirle bıraktım ama çok hata ettim. Şu
141 an çok, çok kötüyüm.

142 **Interviewerin:** [00:07:45] Mhmh, anladım. Peki, şuraya bir tercümanla gitmek isterdim
143 dediğiniz bir kurum ya da bir rahatsızlığınız var mı? Yani şimdi o doktor mesela Türkçe bildiği
144 için rahat ettiniz.

145 **IP4:** [00:08:00] Doğum uzmanına isterdim. Hep eşimle gittim.

146 **Interviewerin:** [00:08:03] Kadın doğum?

147 **IP4:** [00:08:04] Evet.

148 **Interviewerin:** [00:08:06] Mhmh, Türkçe bilen tercümanla yani. Şimdiye kadar hiç
149 profesyonel bir tercümanla bir yere gittiniz mi? Bir doktora?

150 **IP4:** [00:08:13] Hayır, yok. Hiçbir yere.

151 **Interviewerin:** [00:08:15] Hiçbir yere. Ya da mesela hastanede kaldınız mı?

152 **IP4:** [00:08:15] Hiçbir yere.

153 **Interviewerin:** [00:08:17] Hiç, hiçbir yere. Sizce bunun avantajı ya da dezavantajı ne olurdu?

154 Bir tercüman olmuş olsaydı?

155 **IP4:** [00:08:23] Ya tabii ki içim rahat olurdu. Mesela eşime söylüyorum ama bazen söylediğimi

156 bile çekiniyor, söylemiyor mesela. O da kendi çapında ne kadar biliyorsa... Mesela onun

157 Almancası da çok ahiim şahım değil, ama kendince yetiyor. Ama hani bir de erkek olduğu için

158 beni ne kadar anlıyor, karşıya ne kadar anlatıyor o da var.

159 **Interviewerin:** [00:08:42] Hı hı.

160 **Interviewerin:** [00:08:44] Anladım. (Pause) Peki, profesyonel bir tercümana güven duyabilir

161 miydiniz? Peki, mesela şu anda profesyonel bir tercümana ihtiyaç duysanız nereye

162 başvuracağınızı biliyor musunuz?

163 **IP4:** [00:09:05] Hayır. (*Flüstern, unverständlich*)

164 **Interviewerin:** [00:09:16] Şuradan sorayım. Peki, herhangi bir kurum ya da bir dernek var mı

165 sizin için tercüman arayabilecek olan? Böyle bir şey de yok? Ähm.

166 **Interviewerin:** [00:09:32] İyi bir tercüman nasıl olmalı sizce? Şimdi şöyle düşünün: Bir

167 tercümanla bir doktora ya da bir yere gideceksiniz. Siz nasıl rahat edersiniz? "Tamam, benim

168 şimdi içim rahat" diyebileceğiniz bir tercüman nasıl olmalı?

169 **IP4:** [00:09:47] Yani hemcinsim olması lazım önce.

170 **Interviewerin:** [00:09:49] Hemcinsiniz? Mhmh.

171 **Interviewerin:** [00:09:51] Bir de işinde uzman olması.

172 **IP4:** [00:09:52] Tarafsız, tarafsız olması.

173 **Interviewerin:** [00:09:54] Mhmh, tarafsız. Peki, sizin avukatlığınızı da üstlenmesini ister

174 misiniz? Yoksa sadece tercümanlık mı yapsın?

175 **IP4:** [00:10:00] Ya yeri geldiğinde tabii ki karşı tarafa beni korusun. Tabii ki eğer bu

176 avukatlıkta beni savunması, karşı tarafa.

177 **Interviewerin:** [00:10:06] Evet, o avukatlık oluyor (lacht).

178 **IP4:** [00:10:07] E tabii ki.

179 **Interviewerin:** [00:10:08] Ama sadece şöyle düşünün: Sizin dediğinizi diyebilecek bir kişi,

180 yani bir makine gibi de düşünebilirsiniz. O zaman kendinizi savunamaz mısınız?

181 **IP4:** [00:10:17] İşte diyorum ya... Hayır, ben kendimi savunurum ama o uzman olduğu için
182 daha güzel savunur beni.

183 **Interviewerin:** [00:10:24] Ama o sadece dilde uzman, yani o mesela...

184 **IP4:** [00:10:26] Ya ben kendimi savunurum tabii ki.

185 **Interviewerin:** [00:10:30] Tamam, yani o uzmanlığı derken?

186 **IP4:** [00:10:32] Hayır canım, ben kendimi savunurum, niye? Allah'a şükür, aklım yerinde
187 (lacht).

188 **Interviewerin:** [00:10:37] (lacht) Tamam. Ve normalde sizin için eşiniz tercümanlık yapıyor?

189 **IP4:** [00:10:40] Aynen. O bana neler yapıyor, kumalık da yapıyor, kaynanalık da yapıyor, neler
190 yapıyor, neler yapmıyor ki? (lacht) Bir kocalık yapmıyor.

191 **Interviewerin:** [00:10:52] Şey, çocuklarınız da tercümanlık yapıyor mu?

192 **IP4:** [00:10:53] Hayır, sıfır.

193 **Interviewerin:** [00:10:56] Arkadaşlarınız?

194 **IP4:** [00:10:57] Arkadaşlarımla fazla gitmediğim için.

195 **Interviewerin:** [00:10:58] Böyle bir ihtiyaç olduğunda hep eşiniz?

196 **IP4:** [00:11:03] Ya istersem arkadaşlarım var tabii ki ama çok nadir oldu. Tabii ki arkadaşım
197 benimle doktora gitsin gibisinden falan.

198 **Interviewerin:** [00:11:11] Tamam, tamam, o zaman.

199 **IP4:** [00:11:14] Bu kadar mı?

200 **IP4:** [00:11:15] Bu kadar. Teşekkür ederim

Interviewpartner*in 5 – IP 5

- 1 **Interviewerin:** [00:00:00] Şimdi kaç doğumlusunuz?
- 2 **IP5:** [00:00:03] 61.
- 3 **Interviewerin:** [00:00:05] 61 doğumlusunuz. Kaç yılında Avusturya'ya geldiniz?
- 4 **IP5:** [00:00:10] 77.
- 5 **Interviewerin:** [00:00:12] 77'de. Hangi sebeple?
- 6 **IP5:** [00:00:15] Aile birleşimi.
- 7 **Interviewerin:** [00:00:17] Aile birleşimi. Ondan sonra burada işçi olarak mı kaldınız, ya da
- 8 çalıştınız mı?
- 9 **IP5:** [00:00:21] İşçi olarak kaldım.
- 10 **Interviewerin:** [00:00:23] Kaldınız. Hep çalıştınız mı?
- 11 **IP5:** [00:00:26] Çalıştım.
- 12 **Interviewerin:** [00:00:28] Hep çalıştınız. Şu anda emeklisiniz.
- 13 **IP5:** [00:00:31] 30 sene çalıştım.
- 14 **Interviewerin:** [00:00:34] 30 sene. Şu anda emeklisiniz?
- 15 **IP5:** [00:00:37] Emekliyim.
- 16 **Interviewerin:** [00:00:39] Malulen emekli.
- 17 **IP5:** [00:00:41] Malulen emekli oldum.
- 18 **Interviewerin:** [00:00:44] Tamam. Bugüne kadar genel olarak... Şimdi Avusturya'daki sağlık
- 19 sistemi ile nasıl bir tecrübeniz var? Olumlu mu, olumsuz mu?
- 20 **IP5:** [00:00:51] Avusturya'da sağlık sistemi güzel. Bence iyi.
- 21 **Interviewerin:** [00:00:55] Güzel.
- 22 **IP5:** [00:00:56] Ben öyle kötü bir şey almadım.
- 23 **Interviewerin:** [00:01:00] Tamam, yani böyle bir şey... Şöyle bir şey olmuştu, çok hoşuma
- 24 gitti; ya da şöyle bir şey oldu, hiç hoşuma gitmedi dediğiniz bir olay var mı?
- 25 **IP5:** [00:01:07] Yok, öyle bir şey yok yani.
- 26 **Interviewerin:** [00:01:11] Yani...

27 **IP5:** [00:01:12] Ben psikolojik tedavi gördüm. İki sene, iki sene gördüm ama onun verdiği
28 hapları on sene kullandım. On sene kullandım.

29 **Interviewerin:** [00:01:19] O tedavi terapi şeklinde mi?

30 **IP5:** [00:01:22] Terapi şeklinde. Hastanede kaldım altı hafta. Orada da çok yardımcı oldular,
31 iyiydi yani. Çok güzeldi. Tedavi güzel geçti. Şimdi iyiyim yani, Allah'a çok şükür iyiyim.

32 **Interviewerin:** [00:01:33] O zaman depresyon teşhisi mi koymuşlar?

33 **IP5:** [00:01:36] Depresyon.

34 **Interviewerin:** [00:01:38] Orada hastanede şey... Yatılı kaldınız.

35 **IP5:** [00:01:42] Hastanede yatılı kaldım altı hafta.

36 **Interviewerin:** [00:01:45] Ondan sonra terapiye mi devam ettiniz?

37 **IP5:** [00:01:47] Terapiye devam ettim. Konuşmaya devam ettim, konuşma terapisine.

38 **Interviewerin:** [00:01:52] Peki, bu konuşma terapisi hangi dilde oluyordu?

39 **IP5:** [00:01:55] Almanca.

40 **Interviewerin:** [00:01:57] Almanca. Siz orada yalnız mı bulunuyordunuz, ya da?

41 **IP5:** [00:02:01] Almanca anlıyordum. Bazı anlamadığım konularda kızımı götürüyordum,
42 oğlumu götürüyordum. Öyle bir şey oluyordu yani.

43 **Interviewerin:** [00:02:09] Birebir terapi miydi? Terapistle?

44 **IP5:** [00:02:12] Birebir, birebir.

45 **Interviewerin:** [00:02:14] Anladım. Peki, onlar hiç teklif etmişler miydi: "Bir dolmacı
46 çağıralım, bir tercüman çağıralım," diye?

47 **IP5:** [00:02:19] Dolmacı çağırılım teklif etmediler.

48 **Interviewerin:** [00:02:23] Hiç etmediler?

49 **IP5:** [00:02:24] Ben kendimi kurtarıyorum o kadar. Ama fazla işte... Hani belki anlatamam
50 burayı deyip, öyle çocukları götürüyordum bazen.

51 **Interviewerin:** [00:02:32] Anladım. Peki, mesela o yattığınız sürede, o yatılı kaldığınız sürede
52 hiç böyle bir tercüman geldi mi? Çünkü bu önemli bir konuydu.

53 **IP5:** [00:02:39] Yattığım yerde orada tercüman vardı. O vardı, Türk tercümanlar vardı. Orada
54 iki tane vardı.

55 **Interviewerin:** [00:02:46] Geliyor muydu sizin?

56 **IP5:** [00:02:48] Geliyordu, yani soruyordu bize. "Anlamadığınız bir konu olursa anlatayım,"
57 falan diyordu.

58 **Interviewerin:** [00:02:53] Peki, onlar tercüman mıydı, ya da orada çalışan...

59 **IP5:** [00:02:56] Orada çalışan birisi, yani eğitmen gibi.

60 **Interviewerin:** [00:03:00] Anladım.

61 **IP5:** [00:03:01] Yani şey, terapi veriyorlar. Yani onlar da bir şey ama hemşire ya da temizlik
62 görevlisi falan değil.

63 **Interviewerin:** [00:03:07] Mesela haftada iki saat geliyorlardı. Orada yardımcı oluyorlardı
64 hastalara. Haftada iki saat, üç saat.

65 **IP5:** [00:03:13] Sadece Türklere.

66 **Interviewerin:** [00:03:15] Evet, sadece Türkler için geliyordu işte. Tamam. Yani
67 anlamadığınız, zorlandığınız bir yer var mı?

68 **IP5:** [00:03:20] Varsa bana söyleyebilirsin diyordu onlar.

69 **Interviewerin:** [00:03:23] Anladım, anladım. Ama siz onun ne sıfatla olduğunu tam
70 bilmiyordunuz?

71 **IP5:** [00:03:27] Orada... Yani onlar devamlı geliyor hastaneye. Hastanenin onlar görevlileri.
72 **Interviewerin:** [00:03:32] Anladım. Ama böyle psikolojik görevliler mi, terapist gibi mi yoksa
73 tercüman olarak mı?

74 **IP5:** [00:03:37] Tercüman gibi geliyorlar.

75 **Interviewerin:** [00:03:39] Evet, anladım. Peki, siz şimdi şey dediniz: "Ben doktorda kendimi
76 ifade edebiliyorum, kurtarıyorum." Mesela o dönem ya da şimdi tedavi görürken doktorun sizi
77 her konuda anladığını düşünüyor musunuz?

78 **IP5:** [00:03:49] Doktorun... Ben tabii ki o kadar anlayamıyorum. Ben kendimi kurtarıyorum
79 ama derdimi anlatıyorum. Ama hepsinde tam detaylı anlayamıyorum, anlatamıyorum. Hani
80 önemliyse birini götürüyorum yanıma.

81 **Interviewerin:** [00:04:01] Anladım.

82 **IP5:** [00:04:02] Önemli. Mesela ufak bir tedavi olacağım... Mesela şey. Mesela ayağım ağrıyır.
83 Onun için gidiyorum şimdi. Şu anda dizim ağrıyıyor. Onu kendim anlatabiliyorum yani.
84 **Interviewerin:** [00:04:13] Ama önemli. Kendiniz önemli bulduğunuz konularda?

85 **IP5:** [00:04:17] Önemli. Ben anlamayacağım konularda, şüphelendiğim bir durumda birini
86 götürüyorum.

87 **Interviewerin:** [00:04:22] Tamam. Yani mesela kızınızı ya da oğlunuzu. Tamam. Peki, o
88 dönemki tedaviden memnun kaldınız mı? İki sene tedavi gördüm dediniz. Ondan sonra ilaç
89 kullandım.

90 **IP5:** [00:04:32] Hap içiyordum, ağır haplar içiyordum ama o zaman haplar bana daha çok yan
91 etki yaptı. O zaman evden çıkamıyordum sanki. Sanki beynim uyuşmuş gibiydi o zaman.

- 92 Baktım, böyle olmuyor, onu bıraktım. Şimdi yürüyüş devam ediyormuş, yürüyüş yapıyorum.
93 Dışarılara çıkıyorum.
- 94 **Interviewerin:** [00:04:48] Kendiniz mi?
- 95 **IP5:** [00:04:50] Doğaya çıkıyorum.
- 96 **Interviewerin:** [00:04:52] Kendiniz mi bıraktınız?
- 97 **IP5:** [00:04:53] Kendim dedim doktora: "Ben bunları bırakıyorum," dedim. Bir tek uyku hapını
98 alıyorum. Başka bir şey almıyorum.
- 99 **Interviewerin:** [00:05:00] Peki, sizce bunu yanlış vermiş olabilir mi? Ya da gelişigüzel mi
100 vermiş olabilir?
- 101 **IP5:** [00:05:05] Yanlış. Ağır haplar veriyorlardı, yani haplar bayağı ağırdı.
- 102 **Interviewerin:** [00:05:10] Anladım. Peki, şimdi Almanca hiç kursa gittiniz mi?
- 103 **IP5:** [00:05:14] Almanca hiç kursa gitmedim.
- 104 **Interviewerin:** [00:05:16] Yani kendi kendinize öğrendiniz işte.
- 105 **IP5:** [00:05:19] İş yerinde öğrendim.
- 106 **Interviewerin:** [00:05:21] İş yerinde?
- 107 **IP5:** [00:05:22] Mesela arkadaşlarla beraber işte... Almanlarla çalışıyorsun ya beraber,
108 onlardan öğreniyorsun işte. Almanca konuşuyorum, Türkçe konuşmuyorum orada. Ben iş
109 yerinde öğrendim daha çok.
- 110 **Interviewerin:** [00:05:33] İş yerinde?
- 111 **IP5:** [00:05:34] İş yerinde öğrendim. Ama tabii ki okula gidenlerle... Benim konuşmam aynı
112 değil tabii.
- 113 **Interviewerin:** [00:05:41] Peki, böyle günlük hayatta Almanca konuştuğunuz yerler var mı?
114 Doktorun dışında?
- 115 **IP5:** [00:05:46] Doktor var, bazı Alman arkadaşlar var, komşular var. Onlarla da konuşuyoruz
116 dışarılarda.
- 117 **Interviewerin:** [00:05:51] Yani Alman, günlük Almanca da...
- 118 **IP5:** [00:05:54] Günlük konuşabiliyoruz yani. "Nasılsın, iyi misin?" gibi.
- 119 **Interviewerin:** [00:05:58] Tamam. Peki...
- 120 **IP5:** [00:05:59] "Nasıl geçti?" Onları konuşabiliriz.
- 121 **Interviewerin:** [00:06:03] Peki, Türkiye'den hangi bölgeden geldiniz?

122 **IP5:** [00:06:06] Düzce.

123 **Interviewerin:** [00:06:08] Düzce'den. Hep 30 yıl çalıştım dediniz.

124 **IP5:** [00:06:11] 30 yıl çalıştım.

125 **Interviewerin:** [00:06:13] Tamam. Hep aynı yerde mi çalıştınız, ya da değişiklik yaptınız mı?

126 **IP5:** [00:06:18] Hiç değişiklik yapmadım. Tekstile başladım. Firma Wolford diye bir firma
127 var, rada çalıştım. İsmi verdim. Orada 30 sene çalıştım. Hiç karens de almadım. O zaman
128 karens yoktu yani. Çocuğuma kendim bakacaktım. Hep çalıştım, bakıma verdim.
129 **Interviewerin:** [00:06:34] Karens yoktu.

130 **IP5:** [00:06:36] Bakıma verdim, çalıştım.

131 **Interviewerin:** [00:06:38] Peki, sizce onun sebebi ne? Yılların birikimi dediniz.

132 **IP5:** [00:06:43] Hayat şartları yani. Kiradasın.

133 **Interviewerin:** [00:06:47] O yüzden çocukları verdiğim için de her şey...

134 **IP5:** [00:06:50] Çalışıyorsun tabii ki.

135 **Interviewerin:** [00:06:52] Bir araya geldiği için de bir yerden sonra depresyona girdiniz?

136 **IP5:** [00:06:56] Evet, evet. Çok çok kötü. Oralar çok kötü. Küçükken çocuk mesela üç aylıkken
137 bakıma veriyorsun, ondan sonra iki haftada bir alıyorsun. Uzak buradan mesela... Kaç
138 kilometre? 40 kilometre mi burası? 30-40 kilometre bir yere veriyorsun, oradan her hafta
139 alamıyorsun.

140 **Interviewerin:** [00:07:12] En çok bu tarz şey mi...

141 **IP5:** [00:07:14] Ondan depresyon başladı zaten bende.

142 **Interviewerin:** [00:07:17] Yani onca yıl bu şey üzerinizde mi taşıdınız, bu sıkıntıyı?

143 **IP5:** [00:07:21] Evet, evet, evet. Hâlâ. Hâlâ çıkmıyor insanın içinden.

144 **Interviewerin:** [00:07:25] Çocuklar doğduğundan... I

145 **P 5:** [00:07:27] Bakıma veriyorsun.

146 **Interviewerin:** [00:07:29] Bugüne kadar onun sıkıntısı.

147 **IP5:** [00:07:31] Evet, evet. Ondan sonra akort çalışıyorsun. Tekstil, akort. Akort, yani orası bir
148 sayı veriyor. "Sen şu sayıyı çıkaracaksın," diyor. Sen de korkuyorsun. Diyorsun ki "Acaba beni
149 işten mi çıkaracak?" Onu çıkarmaya uğraşıyorsun. Onu da... O da stres yapıyor.

150 **Interviewerin:** [00:07:48] Bütün stres, bütün gün stresle geçiyor zaten?

151 **IP5:** [00:07:51] Akort işler kötü bir şey. Ondan sonra orada çalıştım işte. 30 sene çalıştım.

152 Karens yok, hiçbir şey yok. Ondan sonra hastalandım da gidemedim yani. Bir sene şey

153 yaptım... Krank yaptım, krankenstand yani yaptım. Bir sene sonra da ondan sonra emekli
154 oldum.

155 **Interviewerin:** [00:08:01] Tamam, peki şimdi şöyle sorsam... Bugüne kadar, yani o yatılı
156 dışında böyle bir iki bize sorduk dediğiniz dışında hiç tercüman geldi mi herhangi bir
157 durumunuzda?

158 **IP5:** [00:08:09] Tercüman iş yerine mi? İş yerinden iş yerine götürdüm. Oğlumu götürdüm.
159 Tercüman olarak bazı şeylerde... Yani kendi hastalığımı anlatmak için çağırdılar. Dedim,
160 burada anlatayım dedim. Doğrusunu anlatayım dedim. Götürmüştüm, oğlumu götürmüştüm.

161 **Interviewerin:** [00:08:23] Onun dışında ama profesyonel bir yönü yok. Peki, mesela böyle bir
162 tercüman olmuş olsa, sizce size bunun bir avantajı olur mu? Yardım olur mu ya da?

163 **IP5:** [00:08:31] Olur bence. Tabii ki olur. Yardımcı olsa mesela biri, hemen çağırırsın, daha
164 rahat konuşursun. O zaman “Anlatayım derdimi,” diye. Daha rahat, daha rahat konuşursun.
165 Evet.

166 **Interviewerin:** [00:08:42] Peki, mesela şu durumda olsaydı, çok iyi olurdu benim için
167 dediğiniz... Geçmişte kalmış artık ya da bundan sonra şöyle olsaydı dediğiniz bir şey var mı?

168 **IP5:** [00:08:50] Şu durumda olsaydı... Mesela çocuklarıma kendim baksaydım, daha iyiydi
169 benim için. Bu kadar psikolojim bozulmazdı. İşe geç başlasaydım, mesela çocuklar büyüyünce
170 başlasaydım... Şu andaki durum daha iyi bence. Çocuklarını büyütüyorlar iki buçuk yaşına
171 kadar, ondan sonra işe başlıyorlar. O çok güzel. Bence daha iyi. Ben onu isterdim yani o zaman.
172 O zamanın şeyinde öyle olsaydı, daha mutlu olurum.

173 **Interviewerin:** [00:09:14] Evet. Peki, mesela şimdi diyelim ki siz şöyle bir örnek verelim...
174 Siz terapi göreceksiniz diyelim yeniden. O zaman bir tercüman eşlik edecek size, profesyonel
175 bir tercüman. Sizin beklentiniz ne olur bir tercümandan?

176 **IP5:** [00:09:28] Ne beklerim? Doğruyu anlatsın diye beklerim.

177 **Interviewerin:** [00:09:33] Sizin dediğinizin?

178 **IP5:** [00:09:35] Dediğimin aynısını anlatsın diye beklerim. Peki, onun dediğini de anlayayım,
179 güzelce diye beklerim.

180 **Interviewerin:** [00:09:41] Mesela sizin işte savunmanızı yapsın, ya da ne bileyim böyle ekstra
181 size bilgiler versin, ya da form doldursun?

182 **IP5:** [00:09:49] Tabii, tabii. Yardımcı olsun istersin tabii ki.

183 **Interviewerin:** [00:09:53] Yani daha çaplı böyle... Sadece dediğimi demesin, bana yardımcı
184 da olsun.

185 **IP5:** [00:09:58] Yardımcı olabilir ama hani...

186 **Interviewerin:** [00:10:01] Peki, güvenebilir misiniz bir tercümana?

187 **IP5:** [00:10:04] Güveneceğim insan olur. Tanıdığım insan olursa güvenirim. Niye
188 tanımıyorum?

189 **Interviewerin:** [00:10:09] Tanıdık olursa. Peki, nasıl güvenelim? Hastanedeki bu işte, bu
190 alanda eğitim almış uzman bir tercüman hiç görmediniz. Tanımadığınız, nereden geldiğini
191 bilmiyorsunuz. O zaman güvenebilir misiniz?

192 **IP5:** [00:10:21] Hastanenin tercümanı olduğu için güvenirim, evet.

193 **Interviewerin:** [00:10:25] Evet. Hastanenin?

194 **IP5:** [00:10:27] Hastanenin tercümanı olduğunu... Gizlilik yükümlülüğü olduğu için mi?
195 **Interviewerin:** [00:10:33] Anladım. Tamam. Peki, mesela bir tercümana ihtiyacınız var.
196 Nereye başvuracağınızı biliyor musunuz?

197 **IP5:** [00:10:39] Bilmiyoruz.

198 **Interviewerin:** [00:10:41] Bilmiyorsunuz. Peki, mesela başka bir konu da olsa, işle ilgili olsa
199 ya da herhangi bir yardım alacağınız zaman... O zaman nereye başvuracağınızı biliyor
200 musunuz?

201 **IP5:** [00:10:50] Onu da bilmiyorum.

202 **Interviewerin:** [00:10:52] Tamam.

203 **IP5:** [00:10:53] Hiçbir şey bilmiyorum.

204 **Interviewerin:** [00:10:56] Tamam, tamam. Mesela şimdi şöyle oldu. Siz dediniz ki normalde
205 işte çocuklarım tercümanlık yapıyor, ya da bir tanıdık tercümanlık yapıyor. Hangisi sizce daha
206 avantajlı? Bir tanıdığın gelmesi mi, ya da profesyonel bir tercümanın gelmesi mi?

207 **IP5:** [00:11:15] Mesela evde insan olursa birisi... Kendi çocuğum olursa, gelirse seninle
208 götürebilirsin. Yani aramaya gerek yok bence. Ama...

209 **Interviewerin:** [00:11:24] Peki, şöyle olabilir mi?

210 **IP5:** [00:11:29] Ama onlar da yanında olmadığı için, mecbur tercüman gelmesi lazım. Yanımda
211 yok mesela şimdi benim. Kimse yanımda yok. Mecbur tercüman çağırırsın mesela. Öyle bir
212 anlamadığın bir işin içinden çıkamıyorsun, tercüman çağırırsın.

213 **Interviewerin:** [00:11:49] Peki, mesela şimdi terapi olsun ya da başka özel şeylerde... İnsan
214 bazen şey istemeyebilir: "Benim çocuğum da öğrenmesin. Benim bu kadar özelime ya da benim
215 düşüncelerim ona yük olmasın." Ya da mesela çocuğumla ilgili... Çocuğum bana bir sıkıntı
216 vermiştir. Terapistle bunu anlatacağım ama çocuğum tercümansa onun yanında anlatamam. Ya
217 da eşi sıkıntı veren bir sürü insan var. Eşi sıkıntı veriyordur mesela kadına. Ama eşinin verdiği
218 sıkıntıyı terapistle anlatamaz, tercümanı eşiyse. Hani burada mesela bir şey olur mu? Avantajı
219 ya da dezavantajı? Profesyonel birisi gelmiş olsa?

220 **IP5:** [00:12:24] Olur bence. Olur, olur, olur.

221 **Interviewerin:** [00:12:29] Anladım. Peki, mesela size gelecek olsa böyle kadın mı olsun, erkek
222 mi olsun?

223 **IP5:** [00:12:27] Kadın olsa daha iyi olur.

224 **Interviewerin:** [00:12:34] Anladım. Kadın olsa. Ve yaşı önemli mi mesela?

225 **IP5:** [00:12:45] Ne bileyim, yaşı... Yaşı da tabii ki şey olması lazım. Böyle hani çok da yeni
226 olmayıp, bilgili olması lazım.

227 **Interviewerin:** [00:12:59] Tecrübeli?

228 **IP5:** [00:13:01] Tecrübeli olması.

229 **Interviewerin:** [00:13:08] Anladım. Ama böyle dini ya da ırkı... Bunların bir önemi yok.
230 Mesela Hristiyan olabilir.

231 **IP5:** [00:13:21] Olabilir, olabilir. Niye olmasın ki? İnsan olsun. Önemli olan dürüst olması.
232 **Interviewerin:** [00:13:34] Anladım.

233 **IP5:** [00:13:39] Dürüstlük önemli.

234 **Interviewerin:** [00:13:45] Anladım. Tamam. Sizin sormak ya da eklemek istediğiniz bir şey
235 var mı?

236 **IP5:** [00:13:56] Yok, bir şey yok istediğim.

237 **Interviewerin:** [00:14:01] Tamam. Teşekkür ederim.

238 **IP5:** [00:14:09] O kadar.

Interviewpartner*in 6 – IP 6

- 1 **Interviewerin:** [00:00:00] Avusturya'daki sağlık sistemi ile ilgili bir soru sorayım: Önce size,
2 genel olarak tecrübeleriniz neler, Avusturya'daki sağlık sistemi ile ilgili?
- 3 **IP6:** [00:00:15] Avusturya'daki sağlık sistemi çok güzel, ancak ilk geldiğim yıllarda Türk bir
4 doktorumuz yoktu; aile hekimimizin nerede olduğunu bilmiyordum. Tanıdıklar yardım etti;
5 doktora nasıl gidileceğini, sağlık sisteminin nasıl işlediğini, yani doktorların nerede olduğunu
6 ve nasıl gidileceğini, eşimin iş arkadaşları öğretti. Biz de öyle doktora gittik. Daha sonradan,
7 yıllar geçtikçe Türk doktorları çoğaldıkça, sağlık sistemini daha güzel buldum.
- 8 **Interviewerin:** [00:00:48] Peki, teşekkür ederim. Bir şey sormayı unuttum, size özür dilerim.
9 Peki, teşekkür ederim, bir şey sormayı unuttum, size özür dilerim: Avusturya'ya ne zaman
10 geldiniz ve niçin geldiniz?
- 11 **IP6:** [00:01:01] Avusturya'ya 1974 senesinde işçi olarak eşimle geldim. Eşim yurtdışında
12 çalışmak istiyordu; hayali, hep yurtdışına gelmekti. Avusturya olsun, Almanya olsun,
13 başvuruda bulundu. Ankara'dan geldik biz Avusturya'ya; ben Ankara'da çalışıyordum. Eşim
14 yurtdışı istediği için ben de işçi olarak başvurdum ve Avusturya'ya geldiğimde garson olarak
15 çalıştım.
- 16 **Interviewerin:** [00:01:39] Anladım, Türkiye'de ne iş yapıyordunuz?
- 17 **IP6:** [00:01:49] Türkiye'de hemşire okulunu bitirdim, hemşire olarak çalışıyordum.
- 18 **Interviewerin:** [00:02:02] Anladım. Buraya geldiğinizde de garsonluk mu yaptınız, yoksa
19 mutfakta mı, bulaşıkçılık mı yaptınız?
- 20 **IP6:** [00:02:15] Mutfakta bulaşık da çalıştım, sonra yemek dağıttım, sonra mutfakta bulaşık
21 temizledim; daha çok mutfakta çalıştım, evet.
- 22 **Interviewerin:** [00:02:30] Anladım, peki, evet, "Türkiye'de hemşirelik okulunu bitirdim"
23 dediniz. Ondan önce lise mi okumuştunuz?
- 24 **IP6:** [00:02:43] Ben ortaokulu bitirdim; ortaokuldan sonra hemşirelik okuluna gittim, evet.
- 25 **Interviewerin:** [00:02:53] Peki, Almanca'nızı soracak olursam, Almanca bilginizi nasıl
26 tanımlarsınız?
- 27 **IP6:** [00:03:08] Günlük hayatta beni idare edecek şekilde tanımlarım; her işimi kendim
28 görüyorum. Yani, alışverişe gittiğimde kendim konuşabiliyorum, alışveriş olmazsa bir yere
29 gittiğimde yemek siparişi verebiliyorum. Bugün, tabii ki yıllar sonra Alman doktorlara da
30 gidebiliyorum, ama tercihim kendi dilimi bilen Türk doktorlarına gitmek.
- 31 **Interviewerin:** [00:03:41] Almanca kursuna hiç gittiniz mi?

32 **IP6:** [00:03:52] Almanca kursu, o dönemlerde ben geldiğimde yoktu. Sonradan ben bir kursa
33 katıldım, ama kurs öyle çok verimli gibi gelmedi; bana çok ezber dersi vardı, o zamanlar
34 çocuklar da çok küçüktü ve ders çalışmadım.

35 **Interviewerin:** [00:04:20] Yani, kendi kendinize mi öğrendiniz Almanca'yı?

36 **IP6:** [00:04:28] Evet, kendi kendime, eşimden dolayı öyle öğrendim.

37 **Interviewerin:** [00:04:37] Şu anda da zaten yaşımız itibariyle çalışmıyorsunuz.

38 **IP6:** [00:04:45] Hayır, çalışmıyorum; emekliyim.

39 **Interviewerin:** [00:04:53] Peki, çalışırken ya da şimdi mesela günlük hayatta Almanca
40 konuşabileceğiniz ortamlar oluyor muydu, yoksa hala oluyor mu?

41 **IP6:** [00:05:04] Tabii ki oluyordu; Alman komşularla, çok tatlı Almanca komşularım vardı.
42 Onlarla her zaman Almanca konuşuyorduk; onlar tabii ki Türkçe bilmiyordu. Ben de o zaman
43 elimdeki rehberle bakarak kelimeleri, kendimi öyle ifade ediyordum. Hala da Alman
44 komşularım var, onlarla Almanca konuşuyorum, evet.

45 **Interviewerin:** [00:05:26] Peki, "psikolojik tedavi gördüm" dediniz; sebebiniz neydi, ya da
46 nasıl bir psikolojik tedavi gördünüz?

47 **IP6:** [00:05:39] Ben, Almanya'ya geldikten birkaç sene sonra, yani uzun yıllar sonra, evde kalıp
48 evde yemekle, çocuklarla uğraşırken; eşim hep çok çalıştığı için eve geç geldiği ve daha az
49 vakit geçirdiğimiz için çok ilgilenemedi; çocukların sorunlarıyla—çocuklar büyüdükçe,
50 sorunlarının da büyümesiyle—çok yalnızlık çektim ve doktora gittim. Bunu da komşularımın
51 yardımıyla yaptım. Bu doktorlar da bana hep ilaç yazdı; ilaç tedavisi gördüm, uzun yıllar.

52 **Interviewerin:** [00:06:12] Anladım, peki doktor nasıl bir teşhis koydu, hatırlıyor musunuz?

53 **IP6:** [00:06:23] Depresif olduğumu söyledi; doktor, "iyi değil misin?" bazen de "bunalımda
54 mısınız?" diye soruyordu. Öyle anlıyordum, öyle tercüme ediyorlardı; yani, hani, mutsuzdum
55 ben, o zamanlar çok.

56 **Interviewerin:** [00:06:51] Peki, ilaç tedavisi mi gördünüz, yoksa hiç hastanede kaldınız mı?

57 **IP6:** [00:07:03] Hayır, hastanede kalmadım hiç; çocukları olduğu için öyle bir imkan yoktu,
58 sunmadılar da. Evet, ilaç tedavisi gördüm; sadece psikoloğa da gidemedim, çünkü kendi
59 dilimde psikolog yok diyorlardı.

60 **Interviewerin:** [00:07:26] Peki, doktora gittiğinizde, kendi kendinizi mi ifade ettiniz, yoksa
61 başka biri mi tercümanlık yaptı sizin için?

62 **IP6:** [00:07:39] Tanıdığınız komşuların büyük çocukları tercümanlık yaptı; bazen de
63 çocuklarımdan kendisi tercümanlık yaptı. Kendimi ifade edemiyordum; hiç kimse gelemiyorsa,
64 bir kağıdın üzerine yazıp derdimi öyle götürüyordum, doktora anlatmak için.

65 **Interviewerin:** [00:08:07] Evde mi yazıyordunuz? Kime yazdırıyordunuz?

66 **IP6:** [00:08:18] Bazen komşuma yazdırıyordum, bazen de kendi çocuklarıma; kağıdın üzerine
67 dertlerimi yazdırır, doktor beni anlayabilsin diye götürürdüm.

68 **Interviewerin:** [00:08:35] Peki, doktora gittiğinizde mesela hiç şöyle düşündünüz mü: Bu
69 doktor beni yanlış anladı, ya da eksik anladı, ya da tam olarak anlamadı mı?

70 **IP6:** [00:08:48] Çok hissettim; öyle, bazen haykırmak istedim, doktora söylemek istedim:
71 "Sadece bu ilaçla olacak iş değil, ilaçların fayda etmediğini anlatmaya çalışıyorum." O zaman
72 da doktor bana başka bir ilaç daha verdi, "Bunu uzun süre kullanacaksınız" diye hemen
73 düzelmeyeceğimi anlattı. Ama ben, doktorum; beni daha çok dinleyip anlamasını isterdim, ama
74 o ilaç verip gönderdi.

75 **Interviewerin:** [00:09:21] Peki, genel olarak tedavi ile memnun muydunuz, yoksa memnun
76 değil miydiniz?

77 **IP6:** [00:09:32] Memnun değildim, çünkü bir faydasını görmedim; eşim beni bir ara Türkiye'ye
78 gönderdi ki, biraz kafamı dinleyebileyim, kendime gelebileyim, üzüntümden çıkabileyim diye.

79 **Interviewerin:** [00:09:55] Kendi kendinize ilacı bıraktığınız oldu mu hiç?

80 **IP6:** [00:10:07] İlacı, faydasını görmediğim de bıraktım, evet.

81 **Interviewerin:** [00:10:18] Kendi kendinize mi bıraktınız, kendi kendinize mi karar verdiniz?

82 **IP6:** [00:10:29] Evet, kendi kendime karar verdim, çünkü ilaç beni mutlu etmedi.

83 **Interviewerin:** [00:10:40] Anladım, peki bunu doktorunuzdan habersiz yaptınız mı?

84 **IP6:** [00:10:51] Evet, bunu doktorumdan habersiz yaptım.

85 **Interviewerin:** [00:10:59] Peki, şimdi tercümanlıkla ilgili birkaç sorum olacak: Hiç tedavi
86 olurken ya da doktora gittiğinizde herhangi bir tercüman eşlik etti mi size? Yani, "komşunun
87 çocukları" dediniz, "kendi çocuklarım" dediniz; onun dışında, daha profesyonel ya da bu işin
88 ehli olan birisi eşlik etti mi size?

89 **IP6:** [00:11:14] Hayır, öyle birisini tanımadım da duymadım; o yüzden ben tercümanları sadece
90 Türkiye'den, adliyeden biliyorum. Yeminli tercümanları, böyle tercüman olduğunu daha
91 önceden hiç duymadım; doktor eşliğinde birlikte giden tercüman hiç duymadım. Benim
92 zamanımda da hiç bilmiyordum.

93 **Interviewerin:** [00:11:47] Hiç profesyonel tercüman eşlik etmedi dediniz. Şurada, şöyle bir
94 durumda, "Bunu çok iyi yapan birisi bana eşlik etseydi, çok iyi olurdu" dediğiniz bir durumu
95 hatırlıyor musunuz?

96 **IP6:** [00:12:02] Evet, bana yardım edecek bir tercüman olsaydı, belki uzun süre üzüntülü olup
97 hayattan soğumazdım, mutsuz olmazdım; çocuklarıma ve aileme daha verimli olabilirdim. Çok
98 üzüliyorum, çünkü beni anlamadıkları için; doktorlar kendimi ifade edemedi, çünkü dil
99 bilmiyordum, dili öğrenip de kendimi anlatamadım; ve tercüme eden çocuğumu da üzdüğüm
100 için kendime çok kızıyorum. O zaman kızmıyordum; tabi, "Niye anlatamıyor?" diye
101 üzüliyordum, kıızıyordum; tercüme ettiği kelimenin doğru olup olmadığını anlamadığım için
102 kendime de kıızıyordum.

103 **Interviewerin:** [00:12:45] Peki, çocuğunuz buna şahit olduğu için rahatsızlığınıza, buna
104 üzüliyordunuz; yani, çocuğunuzu götürmenin dezavantajı ne oldu?

105 **IP6:** [00:12:59] Dezavantajı, çocuğumun buna şahit olması; benim üzüldüğümü, bir de
106 çocuğum olduğu için her şeyi birebir çocuğuma aktaramıyordum. Sadece üzüntülü olduğumu
107 söyleyebiliyordum, ama neden söylediğimi, neden üzüntülü olduğumu, çocuğumu da
108 düşündüğüm için anlatamıyordum.

109 **Interviewerin:** [00:13:32] Diyelim ki şimdi tedavi olacaksınız ve size profesyonel birisi eşlik
110 edecek; o zaman tercümandan nasıl bir beklentiniz olur?

111 **IP6:** [00:13:45] Tercümanımın, benim dilimi ve dinimi bilmesi, aynı zamanda kadın olması ve
112 daha tecrübeli olması; hayatta, onun da birçok şey görüp tecrübe etmesini isterdim ki, beni daha
113 iyi ifade edebilsin. Hiç zorluk çekmeyen bir insan, benim çektiğim zorluğu anlayamaz diye
114 düşünüyorum; o yüzden tercümanımın, daha çok beni anlamasını beklerdim.

115 **Interviewerin:** [00:14:13] Peki, yaşla ilgili galiba bir şey dediniz, tam olarak yakalayamadım.

116 **IP6:** [00:14:24] Evet, tercüman genç birisi olamaz; tercümanlık yapan birisinin yıllarca
117 deneyim kazanmış olması gerekir ki, beni daha iyi ifade edebilsin, beni daha iyi anlayabilsin.
118 En az orta yaşta olması lazım; ne kadar yaşlı olursa, o kadar çok tecrübeli olacağını
119 düşünüyorum.

120 **Interviewerin:** [00:14:46] Hm, peki, böyle yabancı birisine güvenebilir misiniz? Sonuçta
121 tercümanların da bir gizlilik mükellefiyeti var; görüşüklerini tercüme ettikleri saklı tutmaları
122 gerekir. Belki siz bunu hasta olarak bilmezsiniz, ama bu tercümanlıktan faydalanacak kişi
123 olarak bilmeyebilirsiniz; ancak, tıpkı bir doktorun gizlilik mükellefiyeti varsa, tercümanların da
124 bunu gizli tutması gerekir. Sizce, böyle bir profesyonel birisine güvenebilir misiniz, yoksa
125 aklınıza böyle bir şüphe gelir mi? Nasıl karşılırsınız, yabancı birinin size profesyonel
126 tercümanlık yapacağını bilerseniz?

127 **IP6:** [00:15:04] Bence zaten, tercüman yeminli olduğu için, yemin ettiği için sırlarını saklayıp,
128 başkasına anlatmayacağını düşünüyorum. Bu nedenle, doktora ne anlatsam, onun da benim
129 anlatmamı isteyeceğini düşünüyorum; ama tercümanın beni ne şekilde ifade ettiğini kontrol
130 edemem; hani, her şeyi biliyorum, bu dilde de zor; ama her şey tercüme edilmiyor, beni nasıl
131 ifade edeceğini bilemem.

132 **Interviewerin:** [00:15:42] Peki, ihtiyaç duyduğunuzda profesyonel birisine nasıl
133 başvuracağınızı biliyor musunuz?

134 **IP6:** [00:15:53] Yok, hiç duymadım.

135 **Interviewerin:** [00:16:02] Peki, hiç bugüne kadar profesyonel bir tercümana başvurduğunuz
136 oldu mu, bu tedavinizin dışında?

137 **IP6:** [00:16:14] Biz, bir belge çıkarmamız gerekiyordu; o zaman yeminli bir tercümana gidip
138 belgemizi Almanca'ya çevirtirdik. O zaman yeminli bir tercümana gitmiştik; evet, bir büroya
139 eşimle gitmiştik.

140 **Interviewerin:** [00:16:37] İşle ilgili miydi?

141 **IP6:** [00:16:48] Evet, evet; işle ilgili.

- 142 **Interviewerin:** [00:16:59] Normalde, "çocuklarım çeviriyor" dediniz, "artık kendimi ifade
143 edebiliyorum" dediniz; onun dışında, komşunuz mu dediniz, ya da onun dışında tercüme eden
144 oldu mu?
- 145 **IP6:** [00:17:12] Hayır, sadece komşum ve komşumun çocukları yardımcı oldu bana; onlar
146 destek oldu, sağ olsunlar bana.
- 147 **Interviewerin:** [00:17:24] Peki, sizce tanıdık birisinin mi tercümanlık yapması avantaj sağlar,
148 yoksa profesyonel birisine mi?
- 149 **IP6:** [00:17:37] Profesyonel birisini tercih ederdim; tanıdık birisinde hep, "başkasına anlatacak
150 derdim" diye korkuyordum. Vardır ya, öyle; bizim bir deyişimiz, atasözümüz...
- 151 **Interviewerin:** [00:17:55] Hangi atasöz? Ben hatırlayamadım.
- 152 **IP6:** Söylerim: [00:18:06] "Derdimi dostuma, döner; anlatır postuma, söyleme derdimi." O
153 atasözünü çok iyi hatırlıyorum; o yüzden hep çekinirdim, derdimi de herkese anlatamıyordum.
- 154 **Interviewerin:** [00:18:29] Hihi, anladım. Peki, son olarak şunu sorayım size: Sizce bir
155 tercüman tarafsız mı olmalı, yoksa sizin için etraflı bilgileri vermeli, sizin haklarınızla ilgili
156 bilgi sunmalı mı? Genel olarak muayenenizde doktorun ya da terapistin söylediğini birebir
157 çevirmeli mi, yoksa sizin hakkınızda ek bilgi de vermeli mi? Sizce hangisi daha uygun bir
158 tercümanlık?
- 159 **IP6:** [00:18:43] Benim adıma tercümanlık ediyorsa, benim tarafımı tutmalı, beni ifade etmeli,
160 beni dışarıya temsil etmelidir ki bu tercüman güvenimi de kazansın; eğer beni temsil etmiyorsa,
161 neden benim için tercümanlık ediyor?
- 162 **Interviewerin:** [00:19:06] Anladım, peki eklemek istediğiniz bir şey var mı?
- 163 **IP6:** [00:19:19] Ben tam olarak, tercümanların böyle yardımda bulunduğunu bilmiyordum;
164 yani, böyle bir yer varsa komşularımdan da duymadım. Dilerim ki, benim yaşadığımı şimdiler
165 yaşamasın; zaten biz ilk kuşak olarak çok çektik, gelecek kuşaklar çekmediğinden eminim;
166 burada doğup büyüyenler daha rahat, eminim. Ama dil çok önemli; herkesin öğrenmesini
167 diliyorum. Hala komşularım var; Türkiye'den gelinlerini getiriyorlar, onlara da her zaman
168 tavsiyede bulunuyorum, Almanca öğrenmelerine.
- 169 **Interviewerin:** [00:19:52] Peki, çok teşekkür ederim, çok sağ olun.
- 170 **IP6:** [00:19:59] Ben teşekkür ederim, kızım.