

Maria Egbert

# Epistemik in der Hörgeräteberatung: Das subtile Ausblenden klienten-initiiertes Relevanz

**Abstract:** In Deutschland verwenden weniger als 20 % der Menschen mit Hörbehinderung ein Hörgerät, obwohl es für die meisten die einzige medizinisch-technologische Hilfe darstellt. Die Zahl der Patient/innen, die zwar eine/n HNO-Arzt/Ärztin oder eine/n Hörgeräteakustiker/in kontaktieren, jedoch die Versorgung mit einem Hörgerät letztendlich nicht annehmen, liegt bei 88 %. Daher ist Ziel dieser konversationsanalytischen Studie herauszufinden, ob in der Hörgeräteberatung interaktionelle Probleme auftreten, die zur mangelnden Verwendung von Hörgeräten beitragen können. Die Analyse von 12 Stunden authentischer Videoaufnahmen zeigt einen problematischen Umgang des Hörgeräteakustikers mit spezifischen Wissensbereichen der Klient/innen. Wenn von Klient/innen Abweichungen vom professionellen Gesprächsverlauf initiiert werden, reagiert der Hörgeräteakustiker unterschiedlich, je nachdem, um welche Wissensbereiche es sich handelt. Er geht auf technische Probleme mit dem Hörgerät problemlösend ein. Ausschweifungen der Klient/innen über Themen, die außerhalb der Relevanz der Hörgeräteberatung liegen (*small talk*), nimmt er zuhörend oder kommentierend auf. In diesen Bereichen wird epistemisch Übereinstimmung hergestellt. Im Gegensatz dazu ist ein problematischer Umgang mit zwei Wissensbereichen der Klient/innen festzustellen. 1. Wenn Klient/innen psychosoziale Probleme bezüglich der Verwendung von Hörgeräten einbringen, geht der Hörgeräteakustiker nicht darauf ein. 2. Wenn Klient/innen eine eigenständige Bewertung von Technologie formulieren, insistiert der Hörgeräteakustiker auf seiner professionellen Einschätzung und somit auf seiner epistemischen Autorität, selbst wenn seine Einschätzung mit der des Klienten übereinstimmt. Dieses Ergebnis trägt zur Erforschung der Faktoren bei, die den Zusammenhang zwischen audiologischer Beratung und Klientenentscheidungen fokussieren.

## 1. Einleitung<sup>1</sup>

Nach offiziellen Schätzungen sind in Europa ca. 16 % der erwachsenen Bevölkerung von Hörminderung betroffen (Shield 2006). Bis 2020 soll diese Zahl um 25 % steigen (Rosenhall et al. 1999; Sorri et al. 2001). Lärm und Alterungsprozesse sind die häufigsten Ursachen für sensorineurale Hörminderung. Diese betrifft ca. 90 % der Schwerhörigen und ist medizinisch nicht heilbar (Hain 2010). Da die einzige medizinische Hilfe die Verwendung eines passend eingestellten Hörgerätes ist (Boeninghaus / Lenarz 2005), erscheint es überraschend, dass nur weniger als 20 % der Menschen mit Hörminderung in Deutschland ein Hörgerät verwenden (Bisgaard 2009). Ziel der vorliegenden Studie ist, herauszufinden, ob, und wenn ja, wie in Videoaufnahmen von zehn authentischen Hörgeräteberatungen mögliche Barrieren zur Hörgeräteverwendung beobachtbar sind. Hierbei wird mit der Methode der ethnomethodologischen Konversationsanalyse (Sacks et al. 1974; Goodwin / Heritage 1990; Bergmann 1994) der Analysefokus auf die Epistemik gerichtet, speziell darauf, wie die Interaktanten Probleme im Aushandeln von Wissensbereichen handhaben.

Die Konversationsanalyse in der Tradition von Sacks, Schegloff und Jefferson (1974) eignet sich insbesondere für die Erforschung von Epistemik in der Hörgeräteberatung, da sie als *the study of talk-in-interaction* (Schegloff 1979) untersucht, wie menschliches Verhalten in der Interaktion als soziales Phänomen organisiert ist. Untersuchungsgegenstand ist die Teilnehmerperspektive *in situ*. Die Konversationsanalyse geht davon aus, dass die Wirklichkeit der gesellschaftlichen, institutionellen und interpersonellen Tatbestände in wirklich ablaufenden Interaktionen durch soziales Handeln geschaffen wird. Daher besteht das untersuchte Material aus Video- oder Audioaufnahmen wirklich stattgefundenen Interaktionen.

Interview- und Befragungsstudien zeigen, dass die Gründe für die niedrige Verwendungsrate vielschichtig und zum Teil miteinander verstrickt sind. In den Anfangsstadien von Hörverlust akzeptieren viele Menschen ihre Einschränkung nicht (Kochkin 1993). Soziale Gründe sind zum einen

---

1 Ich möchte Inga Harren und Alexandra Groß für zahlreiche, äußerst hilfreiche Kommentare danken. Constanze Grassl danke ich für die genaue Inspektion der Transkripte und das Auffinden von Unklarheiten. Einem/er anonymen Gutachter/in gebührt Dank für weitere Korrekturen.

gesellschaftliche Tabus und Stigmata (,alt‘ und ,dumm‘) sowie der Wunsch, ,normal‘ zu erscheinen (Kochkin 1993; Hetu 1996). Insbesondere die Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren zeigt Widerstand, Hörhilfen zu verwenden (Kochkin 2005: 200). Weiterhin führen unrealistische Erwartungen der Patienten, dass ein Hörgerät die Hörminderung vollständig ausgleichen könne, zu mangelnder Akzeptanz (Bisgaard 2009). Eine weitere Barriere besteht im Umgang mit der Technologie (Kochkin 1993).

Vielfach ist belegt, dass eine klientenzentrierte Interaktion zur höheren Akzeptanz und Anwendung von ärztlichen Verordnungen beiträgt. Es wird erst in den letzten Jahren anhand authentischer Interaktionsdaten untersucht, ob, und wenn ja, wie diese Schwierigkeiten beim/bei der HNO-Arzt/Ärztin oder beim/bei der Hörgeräteakustiker/in aufgefangen werden. Bekannt ist jedoch, dass viele Menschen mit Hörminderung, die zunächst professionelle Hilfe suchen, den begonnenen Weg abbrechen und entweder kein Hörgerät anschaffen oder einmal erworbene Hörgeräte in der Schublade lagern (Kochkin 1993).

Hörgeräteakustiker/innen oder HNO-Ärzt/innen, manchmal auch Hausärzt/innen, sind im deutschen Gesundheitssystem die ersten Anlaufstellen für Menschen mit Hörminderung. Der/die HNO-Arzt/Ärztin diagnostiziert die Art des Hörverlustes durch eine medizinische Untersuchung. Der Grad der Hörminderung wird durch diese/n und/oder bei Hörgeräteakustiker/innen durch ein Audiogramm festgestellt. Letztere beraten auch bei der Auswahl und Einstellung von Hörgeräten. Normalerweise probiert ein/e Klient/in verschiedene Geräte über einen Zeitraum von mehreren Wochen aus. Auch die Programmierung und Auswahl der Feineinstellung des gewählten Hörgerätes kann mehrere Wochen dauern. Vor dem endgültigen Erwerb des Hörgerätes prüft der/die HNO-Arzt/Ärztin, ob durch das ausgewählte Hörgerät eine angemessene Verbesserung erzielt wird.

Die Konsultationen beim/bei der HNO-Arzt/Ärztin und beim/bei der Hörgeräteakustiker/in führen in den meisten Fällen nicht zum Erfolg, wie eine Studie an 190 Personen mit Hörverlust zeigt (Meis / Gabriel 2006). Ziel der Telefonbefragung war herauszufinden, wie viele Patient/innen mit einem Hörgerät versorgt wurden und an welchen Stationen des deutschen Gesundheitswesens sie auf der Strecke blieben. Die Patient/innen wurden fünf bis sechs Jahre nach ihrem Erstkontakt im Gesundheitssystem befragt. Das

Ergebnis zeigt, dass lediglich 12 % ein Hörgerät erwerben, während 88 % der Befragten den Weg durch den institutionellen Verlauf abgebrochen hatten.

Somit ist zwar indiziert, dass die Konsultationen wenig erfolgreich verlaufen, es ist jedoch nicht bekannt, ob, und wenn ja, in welcher Weise mögliche Probleme interaktionell erzeugt und/oder behandelt werden. Die ersten konversationsanalytischen Studien zur Interaktion im Gesundheitswesen mit Hörbehinderten weisen darauf hin, dass der Fokus bei Ärzt/innen und Hörgeräteakustiker/innen auf der Diagnose und Lösung von medizinischen und technischen Problemen liegt, dabei jedoch psycho-soziale Faktoren zu kurz kommen (Egbert 2012, 2013 für deutsche Daten; Brouwer / Day 2012 sowie Heinemann et al. 2012, 2013 für dänische Daten; Laakso 2011–14 für finnische Daten; Ekberg et al. 2014 für australische Daten).

Diese anfänglichen Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Richtlinien der Weltgesundheitsbehörde für eine ganzheitliche Behandlung nicht vollständig umgesetzt werden, denn es sollen alle relevanten biologischen, individuellen, sozialen und kontextuellen Faktoren in die Behandlung eingehen (WHO 2001). Die WHO-Richtlinien sind von über 100 Ländern unterschrieben, unter anderem von allen EU-Ländern. Die folgende Abbildung zeigt, wie nach Darstellung der WHO die Komponenten einer holistischen Behandlung aufeinander bezogen sind.

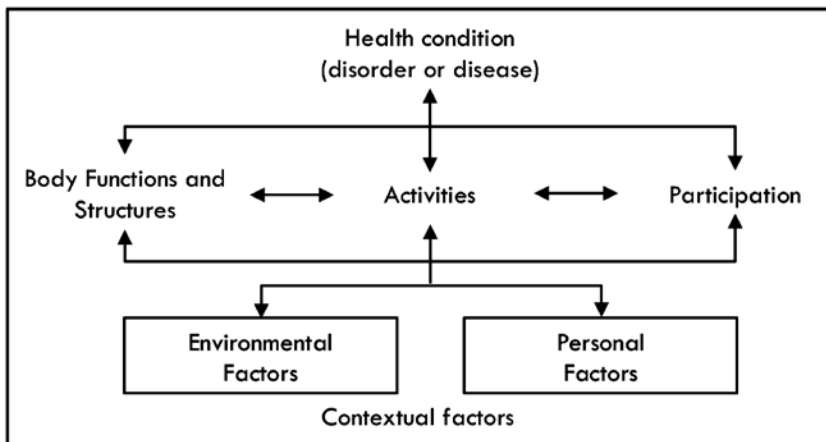


Abb.1.: „Interactions between the components of ICF“ (WHO 2001:18).

Für Menschen mit Hörminderung gehört zu den negativen kontextuellen Faktoren beispielsweise, wenn an Arbeitsplätzen die Lärmschutzbestimmungen nicht eingehalten werden. Ein positives Beispiel für kontextuelle Faktoren ist, dass in Großbritannien in vielen Hotels und Taxis ein *Loop Amplifier* zur Verfügung steht, der für eine bessere Stimmübertragung zum Hörgerät sorgt, so dass in der gesellschaftlichen Umgebung Verwender/innen von Hörgeräten technologisch unterstützt werden. Zu den persönlichen Faktoren zählt, dass Hörbehinderte ein Hörgerät erhalten sollen, das auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten ist, beispielsweise ob sie viel telefonieren, in der Arbeit an Gruppenbesprechungen teilnehmen oder in der Freizeit Musik hören. Das Ziel des WHO-Konzeptes besteht in der Maximierung der Aktivitäten, durch die Menschen am privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Dieses Ziel ist gerade für Personen mit Hörminderung zentral, da Frustrationen mit der Behinderung und mit der Verwendung von Hörgeräten kommunikative und sozio-psychologische Probleme mit sich bringen, die zu sozialer Exklusion und Isolierung führen können.

Wie sind in der Hörgeräteberatung die Aspekte der WHO-Rahmenrichtlinien repräsentiert? Die körperlichen Funktionen, das heißt die Diagnose der Art und des Grades der Hörminderung, wird im Audiogramm und in der medizinischen Untersuchung festgestellt (z. T. beim/bei der HNO-Arzt/Ärztin). In den Daten der vorliegenden Studie eruiert der Hörgeräteakustiker durch ausführliche Fragen während der Anamnese, an welchen Aktivitäten die Patient/innen teilnehmen (in der Arbeit, in der Familie, mit Freunden, Sport, Kultur, etc.), so dass die kontextuellen Faktoren systematisch in die Hörgeräteauswahl einbezogen werden. Hörgeräteakustiker/innen folgen dabei einem ausführlichen Fragenkatalog. Sie stützen ihre Empfehlung auf die so elizitierten Antworten, auf die Ergebnisse des Audiogramms sowie auf die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung. Insofern werden die WHO-Rahmenrichtlinien umgesetzt. Eine feinere Analyse der in dieser Studie untersuchten Hörgeräteberatungen zeigt jedoch, dass der Hörgeräteakustiker in den untersuchten Daten mit zwei Wissensbereichen der Klient/innen in problematischer Weise umgeht. 1. Er geht nicht darauf ein, wenn Klient/innen psycho-soziale Probleme ansprechen. Dieses Ergebnis repliziert die Resultate der Studie zu australischen, dänischen und finnischen Daten (s. o.). 2. Neu in der vorliegenden Studie ist das Ergebnis, dass der Hörge-

räteakustiker auf seiner eigenen Einschätzung und epistemischen Autorität beharrt, wenn Klient/innen eigenständige Bewertungen von Technologie einbringen. Somit erscheint die Analyse der interaktionellen Probleme im Bereich Wissensmanagement ergiebig, denn es kann die Akzeptanz zur Verwendung von Hörgeräten verringern, wenn in der Hörgeräteberatung Übereinstimmungsdefizite zwischen dem Akustiker und den Klient/innen nicht ausgeglichen werden: „When patients' concerns remained unaddressed, it was often the case that they left the appointment without having made a rehabilitation decision“ (Ekberg et al. 2014: 339).

## 2. Epistemik in der Konversationsanalyse

Die interaktionelle Handhabung von Wissensbereichen ist Forschungsgegenstand der Epistemik. „Within Conversation Analysis (CA), research into epistemics focuses on the knowledge claims that interactants assert, contest and defend in and through turns-at-talk and sequences of interaction“ (Heritage 2013: 370). Zentrale Untersuchungsgegenstände sind demnach, wie Interagierende ihre jeweiligen epistemischen Perspektiven handhaben und wie sie Wissensmanagement in der Gestaltung der Interaktion einsetzen. Dieses ist ein interaktionelles Aushandeln, denn Gesprächsteilnehmende können *epistemic authority* nicht nur anzeigen, sondern auch in Frage stellen, darauf insistieren oder revidieren: „epistemic authority can be challenged, competed with and negotiated in a flexible way within situated activities and evolving sequential contexts“ (Mondada 2013: 598). Wenn in der Interaktion erkennbar wird, dass situativ zwischen den Interaktionsteilnehmenden keine Übereinstimmung von Wissensbereichen besteht, wirken soziale Strukturen der *epistemic engine*, die so ausgerichtet sind, dass möglichst Übereinstimmung hergestellt wird:

„[...] when a speaker indicates that there is an imbalance of information between speaker and hearer, this indication is sufficient to motivate and warrant a sequence of interaction that will be closed when the imbalance is acknowledged as equalized for all practical purposes“ (Heritage 2012: 32).

Bezogen auf die Hörgeräteberatung liegen im Wissensbereich der Klient/innen üblicherweise das subjektive Erleben der Hörminderung, Erfahrungen im Umgang mit Hörtechnik und die eigenen psycho-sozialen Probleme, während Hörgeräteakustiker/innen über Expertenwissen bezüglich der Hör-

messung, der Hörtechnologie und der Einstellung von Hörgeräten verfügen. Für die Auswahl des passenden Hörgerätes ist also eine möglichst große Übereinstimmung der relevanten Wissensbereiche anzustreben, um *equalization of imbalances* und somit eine gemeinsame Handlungsperspektive herzustellen.

Teil der Epistemik ist die Sequenzanalyse (Schegloff 2007), denn die Bedeutung eines Redezuges wird innerhalb des Interaktionsablaufes verstanden. Dieses ist für die Hörgeräteberatung insofern relevant, als der Anamnese ein Fragenkatalog zugrunde liegt. Im Analyseteil wird dargestellt, bei welchen Wissensbereichen der Zusammenhang zwischen epistemischer Autorität und dem Abweichen vom institutionellen Sequenzverlauf problematisch verläuft.

### 3. Daten

Die vorliegende konversationsanalytisch-epistemische Studie von Hörgeräteberatungen basiert auf Videoaufzeichnungen authentischer Interaktionen zwischen einem Hörgeräteakustiker und zehn Klient/innen. Pro Klient/in fand eine Konsultation statt. Die Aufnahmen von insgesamt 12 Stunden Länge stammen aus einem Forschungszentrum für Audiologie, welches Beratungen frei von kommerziellem Gewinn anbietet. Klient/innen bezahlen nach Zeitaufwand, für die Teilnehmenden an dieser Studie wurde die Gebühr erlassen. Während kommerzielle Hörgeräteakustiker/innen in der Regel Hörgeräte von einem oder zwei Herstellern anbieten, sind in diesem Forschungszentrum über tausend Modelle aller europäischen und US-amerikanischen Hersteller verfügbar. Die Datenaufnahme in der Forschungsinstitution ist vorteilhaft, weil das kommerzielle Interesse von Hörgeräteakustiker/innen in diesem Kontext ausgeschaltet ist und eine maximale Auswahl von Hörgeräten zur Verfügung steht. Empfohlene Hörgeräte können Klient/innen dann entweder im Forschungszentrum oder bei einem kommerziellen Hörgeräteakustiker ihrer Wahl erwerben.

Eine Konsultation von insgesamt ca. einer Stunde besteht aus drei Phasen. Zunächst findet ein Anamnesegespräch statt (ca. 20–30 Minuten), danach wird das Hörvermögen durch ein Audiogramm getestet (ca. 20 Minuten), und in der darauffolgenden Phase berät der Hörgeräteakustiker den Klienten/die Klientin, welches Hörgerät/welche Hörgeräte ausprobiert werden

sollten (ca. 10–20 Minuten). In drei Fällen wurden außerdem Spracherkennungstests durchgeführt. Sie unterscheiden sich vom Audiogramm dadurch, dass gesprochene Wörter oder Sätze als Input für die Messung der Hörleistung gegeben werden, während für das Audiogramm Sinustöne verwendet werden. Während der audiometrischen Messung trägt der/die Patientin zunächst Kopfhörer auf beiden Ohren, über die Töne in ansteigender Lautstärke eingespielt werden, phasenweise ins linke oder rechte Ohr, da der Grad des Hörvermögens unterschiedlich ausfallen kann. Der/die Klient/in signalisiert dem/der Akustiker/in, wann der jeweilige Ton hörbar ist. In einer zweiten Phase wird die Leitung von Tönen über die Knochen festgestellt. Hierzu wird der Ton in ansteigender Stärke auf einen Knochenleitungshörer hinter dem Ohr des Patienten gespielt. Aufgrund der Ergebnisse der Anamnese und des Audiogramms schlägt der Hörgeräteakustiker dem Klienten oder der Klientin dann ein oder mehrere Hörgeräte zum Ausprobieren vor und erklärt das weitere Vorgehen.

Alle Klient/innen in den Videoaufnahmen gaben ihre Einwilligung zur Publikation der Daten in anonymisierten Transkriptionen. Nur einige stimmten der Publikation der visuellen Daten zu.

Die Transkripte sind angefertigt nach dem in der Konversationsanalyse international verwendeten Notationssystem von Jefferson (cf. Sacks et al. 1974: 731–733; Atkinson / Heritage 1984: ix–xvi). Diese Transkripte enthalten Details zu *turn-taking* (Sprecher/innenwechsel, Stille, Überlappungen und Intonationskonturen), zur Artikulierung und zu relevanten nonverbalen Handlungen. Zur Kennzeichnung der nonverbalen Handlungen und deren zeitlicher Positionierung zum Verbalen wird im Transkript ein \* verwendet. Die nonverbale Handlung ist in kursiv oberhalb der Transkriptzeile der verbalen Äußerung eingefügt, zum Beispiel:

\*wendet Blick zu K

01 A: \*mh

Es sind ausschließlich solche nonverbalen Handlungen im Transkript vermerkt, die zum Verständnis der Analyse notwendig sind, das heißt, die aus den Arbeitstranskripten generierten Publikationstranskripte wurden diesbezüglich aus Gründen der Übersichtlichkeit vereinfacht.



## 4. Relevanz

Die Ergebnisse dieser Studie tragen zu zwei Forschungsrichtungen bei. Zunächst bieten sie einen Baustein, um eine Lücke in der Konversationsanalyse und der Gesprächsforschung zu schließen. Während mittlerweile eine Vielzahl von Studien zur Arzt-Patienten-Interaktion und zum Umgang mit medizinischer Technologie vorliegen (cf. den Überblick in Deppermann 2012), sind ethnografisch-konversationsanalytische Untersuchungen zu Hörminderung und Hörtechnologien erst in den letzten Jahren durchgeführt worden (Kaul 2003; Skelt 2006, 2007, 2010; Pajo / Kentala 2011; die Studien im Sammelband hrsg. von Egbert / Deppermann 2012; Brouwer 2012, 2013; Pajo 2012, 2013; Ekberg et al. 2014).

Diese Studie ist weiterhin ein Beitrag zur aktuellen Entwicklung, die Ergebnisse der Interaktionsforschung und Linguistik für die untersuchten Praxisbereiche zur Anwendung zu bringen (siehe z.B. den Sammelband herausgegeben von Antaki 2011 und die Beiträge in diesem Buch). Darüber hinaus kann diese Studie an deutschen Daten zu Vergleichen mit Daten aus anderen nationalen Gesundheitssystemen herangezogen werden, denn die länderspezifischen Verwendungsraten von Hörgeräten differieren stark:

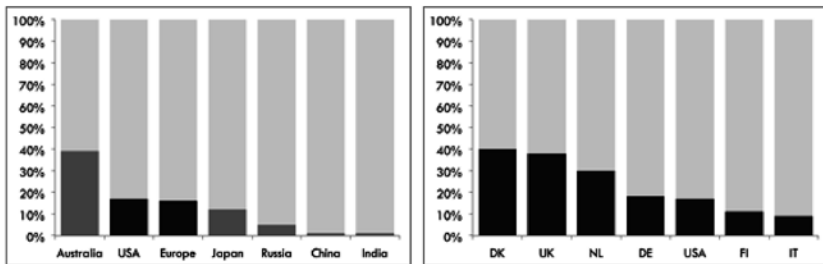


Abb. 2: Verwendungsraten von Hörhilfen nach Regionen, adaptiert nach Bisgaard (2009).

Diese Unterschiede in der nationalen Verteilung sind ein Hinweis dafür, dass einerseits mangelnde finanzielle Ressourcen, eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie Unterschiede im Gesundheitssystem eine Rolle spielen können, denn in ökonomisch schwachen Ländern (z.B. Indien) ist die Verwendungsraten deutlich niedriger als in der EU. Andererseits

erklärt dieses jedoch nicht, weshalb EU-Länder wie Deutschland, Finnland oder Italien bei einer Nutzerrate von unter 20 % liegen, hingegen Dänemark und Großbritannien fast 40 % erreichen.

Integraler Bestandteil der Hörversorgung in EU-Ländern ist die medizinische Untersuchung beim/bei der HNO-Arzt/Ärztin sowie die Beratung zur Auswahl und Einstellung von Hörgeräten. Letzteres wird in EU-Ländern an unterschiedlichen Stellen im Gesundheitssystem angeboten, beispielsweise beim/bei der Hörgeräteakustiker/in (wie in Deutschland), direkt bei Hörgeräteherstellern (z. B. in Dänemark), in Hörversorgungszentren (z. B. in Finnland) oder an Forschungsinstitutionen und Universitätskliniken. Die Untersuchung der Hörgeräteberatung daraufhin, wie interaktionell *in situ* mit möglichen Barrieren der Hörgeräteverwendung umgegangen wird, ist ein erster Ausgangspunkt um herauszufinden, wie Probleme bei der Verwendung von Hörtechnologie erkannt und abgebaut werden können. Somit trägt diese Studie im Sinne des Arbeitskreises Angewandte Gesprächsforschung (AAG) dazu bei, Kommunikation in institutionellen Zusammenhängen zu erforschen und anzuwenden.

## 5. Analyse

Die Analyse der Wissensbereiche zeigt, dass der Hörgeräteakustiker die Interaktion hauptsächlich nach medizinischen und technologischen Kriterien steuert, die darauf abzielen, Entscheidungen bezüglich der Auswahl von Hörgeräten zu eruieren. Wenn von Klient/innen Abweichungen vom professionellen Gesprächsverlauf initiiert werden, reagiert der Hörgeräteakustiker unterschiedlich, je nachdem, um welchen Wissensbereich es sich handelt. Er geht auf technische Probleme mit dem Hörgerät problemlösend ein. Ausschweifungen der Klient/innen über Themen, die außerhalb der Relevanz der Hörgeräteberatung liegen, nimmt er zuhörend oder kommentierend auf. In diesen Bereichen wird epistemisch Übereinstimmung hergestellt. Im Gegensatz dazu erscheint problematisch, dass der Hörgeräteakustiker auf psycho-soziale Probleme bezüglich der Verwendung von Hörgeräten nicht eingeht. Weiterhin erscheint der Umgang des Hörgeräteakustikers mit eigenständigen Bewertungen von Technologie durch Klient/inn/en problematisch. Er insistiert auf seiner professionellen Einschätzung und somit auf seiner epistemischen Autorität, selbst wenn seine Einschät-

zung mit der des Klienten übereinstimmt. Die folgenden sieben Datenausschnitte illustrieren die Ergebnisse der epistemischen Analyse.

### 5.1. Herstellung von Übereinstimmung, indem Hörgeräteakustiker auf Klientenrelevanzen eingeht

Die ersten vier Beispiele belegen, dass der Hörgeräteakustiker vom institutionellen Sequenzablauf abweicht, wenn Klient/innen eigeninitiativ Probleme einbringen, in denen es um den Wissensbereich des Hörgeräteakustikers geht, selbst wenn diese Abweichungen von der unmittelbaren audiologischen Relevanz wegführen. Zu den Beispielen gehören technische Probleme mit dem Hörgerät, Verstehensprobleme mit medizinischen Fachbegriffen, eine scherzhafte Problemdarstellung eines Klienten sowie persönliche Ausschweifungen zum Hobby eines Klienten.

Der erste Gesprächsausschnitt aus der Anfangsphase der Anamnese illustriert, wie der Hörgeräteakustiker vom institutionellen Sequenzverlauf abweicht, als der Klient ein mitgebrachtes defektes Hörgerät in die Interaktion einbringt. Zu Beginn der Anamnese hatte der Klient dem Hörgeräteakustiker den Bericht einer früheren Beratung bei einem anderen Hörgeräteakustiker überreicht.

#### Ausschnitt 1: Eingehen auf ein Technikproblem (HGB 7a/3:50)

A=Akustiker, K=Klient

- 01 ((A liest in dem Bericht, den K ihm überreicht hat))  
 02 A: tz sie tragen jetzt zur zeit hörgeräte?  
 02 (0.7)  
 04 K: ja.  
 05 (0.8)((A liest in Bericht))  
 06 A: wie kommt sie mit den geräten zurecht?  
 07 K: m w schlecht.  
 \*wendet Blick zu K  
 08 A: \*mh  
 09 (5.0)(( A liest weiter))  
 \*K greift in seine Hosentasche und legt Hörgerät auf den Tisch  
 10 K: eins \*is mir sogar gestern, (.)  
 11 oder vorgestern °( )  
 \*A nimmt Hörgerät in linke Hand und betrachtet es  
 12 A: \*°mhm

- \*K nimmt zweites Hörgerät aus seiner Hosentasche  
und reicht es A*
- 13 K: °hier \*dieses (auch)s  
           *\*A nimmt Hörgerät in seine linke Hand*
- 14 A: \*ja  
 15 (0.1)  
           *\*A wendet Blick zu seinen Unterlagen*
- 16 A: \*ich kuck da gleich ma nach,  
 17 (17.0) ((A schreibt in seinen Unterlagen))

Regulär besteht die Anamnese aus einer Serie von Fragen des Hörgeräteakustikers, auf die der Klient antwortet, wie hier in den Zeilen 2 bis 4. Als der Klient eigeninitiativ die defekten Hörgeräte einbringt (ab Z. 10), geht der Akustiker darauf kurz nonverbal ein, indem er ein Hörgerät in seine linke Hand nimmt und es betrachtet. Währenddessen hält er in seiner rechten Hand weiterhin den Stift, mit dem er sich in seinen Unterlagen Notizen macht. So hält er die Orientierung zur Hauptaktivität nonverbal aufrecht. Verbal ordnet er die Inspektion der Hörgeräte der Hauptaktivität, dem Lesen des Berichts, unter.

Nach Beendigung des Lesens (Z. 18 unten) wendet er sich dann ausführlich den beiden Hörgeräten zu. Eine Minute lang beschreibt er den Defekt, ebenso eine mögliche Reparatur sowie weitere technische Details des Hörgeräts (bis Z. 47).

### Fortsetzung Ausschnitt 1: Eingehen auf ein Technikproblem (HGB 7a/3:50)

A=Akustiker, K=Klient

- 18 (1.0) ((A wendet Blick zum Hörgerät))  
 19 K: °° ( )  
 20 A: das is für: s li:nke  
 21 (0.5)  
 22 K: °° ( )  
 23 (.)  
 24 K: un sach ma, was is hier denn  
 25 (.)  
           *\*K blickt auf Hörgerät*
- 26 \*dies rädchen  
 27 K: was hat das denn zu bedeuten  
 28 A: hiermit könn'n sie die lautstärke verändern.  
 29 (.)  
 30 A: allerdings, wird man das eventuell ausgeschaltet habm,  
 31 A: so dass sie da keine funktion mehr dabei haben.

32 (.)  
 33 normalerweise is es für die lautstärke zuständig.  
 34 (.)  
 35 K: °das, is kaputtgegangen.  
 36 A: mhm  
 37 A: ich kuck grad hier rein=  
 38 =hier das innenteil is drin kaputt.  
 39 (0.5)  
 40 das kann man aber reparieren lassen=  
 41 =das is gar nich so: wild, (.)  
 42 das gehäuse is hier noch in ordnung  
 43 ((50 Sekunden ausgelassen, in denen A Details des  
 44 Hörgerätes und des Defekts erklärt))  
 45 A: wenn sie jetz ma an diesem rädchen dre:hn,  
 46 merken sie dann dass es lauter wird?  
 47 oder leiser?

Auf die Frage des Hörgeräteakustikers in Zeile 45–47 (oben), die sich auf die Lautstärkeregelung des Hörgeräts bezieht, antwortet der Klient (Z. 48–54 unten), indem er schrittweise von der Behandlung der Hörgeräte abweicht und seine Hörprobleme bei Gesprächen mit Geräuschkulissen relevant setzt (s. Jefferson 1984 zu *step-wise topic shifts*).

### Fortsetzung Ausschnitt 1: Eingehen auf ein Technikproblem (HGB 7a/3:50)

A=Akustiker, K=Klient

48 K: ich bin- jetz- ich mein wenn ich so  
 49 mit ihn ( ) kann ich mehr hörn  
 50 als wenn ichs ni:ch drinhabe  
 51 (.)  
 52 K: aber, (.) in dem moment wo ich- wo eine  
 53 geräuschkulisse kommt, .hh denn is bei, bei  
 54 da wirds immer schwe:rer.  
 55 A: das: will ich mir ma ebn alles aufschreiben=  
 56 K: [( )  
 57 A: [in welchen- in welchen situationen haben sie denn mit  
 58 den hörgeräten proble~~me~~.

Da es zur Routine des Hörgeräteakustikers gehört, während der Anamnese die Hörprobleme der Klient/innen in unterschiedlichen Hörsituationen (z.B. auch Gespräche mit Hintergrundgeräuschen) zu erfragen, ist dieser Themenwechsel des Klienten interessant, denn der Hörgeräteakustiker geht darauf ein, indem er zur Anamneseagenda zurückkehrt (Z. 56). Dadurch übergeht er an dieser Stelle das vom Klienten thematisierte Hörproblem bei

Geräuschkulissen und priorisiert die institutionelle Agenda. Der Akustiker setzt mit seinem Fragenkatalog fort, indem er die Situationen erfragt, in denen der Klient mit dem Hörgerät Probleme hat (Z. 57–58). In diesem Beispiel wird deutlich, dass der Hörgeräteakustiker auf klienten-initiierte Abweichungen von der routinemäßigen Anamnese eingeht, diese Abweichungen jedoch der institutionellen Agenda unterordnet. Diese vom Klienten eingebrachte Problematik liegt im Kernbereich des Expertenwissens des Akustikers.

Im nächsten Datenausschnitt signalisiert der Klient in einer kurzen Einschubsequenz ein Verstehensproblem mit dem medizinischen Fachbegriff „Hörsturz“ (Z. 04), welcher zum Expertenwissen des Akustikers gehört. Der Akustiker erklärt die Bedeutung sogleich. Wie aus der Antwort des Klienten (Z. 07, 09) offensichtlich ist, ist damit das Problem behoben.

## **Ausschnitt 2: Eingehen auf Verstehensproblem des Klienten mit einem medizinischen Begriff (HGB 7a/8:45)**

A=Akustiker, K=Klient

01 A: hatten sie ma n hö:rsturz gehabt, oder:,  
 02 (.)  
 03 A: ode[r]:  
 04 K: [nee. wüsst ich auch nich was das is,?  
 05 A: das is, ganz plötzlich, ganz schlecht wurde das ohr  
 06 dass es plötzlich  
 07 K: ach so.  
 08 (.)  
 09 K: nein.

Diese klienten-initiierte Erweiterung der institutionellen Agenda ist erklärbar, denn die Wiederherstellung von Intersubjektivität durch konversationelle Reparaturen hat interaktionell Vorrang (Schegloff et al. 1977; Egbert 2009). Außerdem dient diese Reparatur dem institutionellen Ziel der Hörgeräteberatung. Beides erklärt, weshalb der Akustiker darauf eingeht. Dieses ist jedoch nicht immer der Fall. Wie die Analyse des Interaktionsverhaltens während der Erstellung des Audiogramms zeigt, priorisiert der Akustiker den Ablauf des Testverfahrens gegenüber klienten-initiierten Hör- und Verstehensproblemen (Egbert 2012).

Im Kontrast zu den gerade untersuchten Beispielen führt die folgende schrittweise Themenerweiterung durch den Klienten von der routinemäßi-

gen Anamnese weg. Das Hobby des Patienten, Jagen, ist audiologisch relevant, da laute Gewehrschüsse zu Hörverlust beitragen können. Nachdem die audiologische Bedeutung besprochen ist, führt der Klient das Thema weiter in Bereiche, die als Small Talk vom Ziel der Interaktion abweichen (ab Z. 05).

### Ausschnitt 3: Eingehen auf abschweifende Themen zum Hobby des Klienten (HGB1–10:50; Ende des Small Talks 13:17)

A=Akustiker, K=Klient

- 01 A: ts machen sie so was mit gehörschutz,?  
 02 K: nee,  
 03 (0.2) ((A wendet Blick mit hochgezogenen Augenbrauen von seinen Schreibunterlagen zu K))  
 04 A: gut.  
 05 K: aufn schießstand ge:h ich nich,  
 06 wenn dann schießn wa draußn:  
 07 K: mal=n hasen tot oder so,  
 08 A: hm.  
 09 K: oder hier da=am (.) busch da [geh ( )  
 10 A: [un=dann- un=dann  
 11 A: schön aufn mittagstisch kommt der dann.  
 12 K: jHaha genau. he he  
 13 A: l:lecker.  
 14 (.)  
 15 K: [ja,  
 16 A: [hn he he  
 17 K: genau.

Der Exkurs zum Thema Jagd wird anschließend noch zwei Minuten länger mit Beiträgen beider Teilnehmer aufrecht erhalten. Hier wird deutlich, dass der Hörgeräteakustiker nicht nur Abschweifungen zulässt oder minimal darauf eingeht, sondern selbst zur Verlängerung beiträgt, auch wenn diese keine audiologische Relevanz beinhalten.

Ein weiteres Beispiel für eine klienten-initiierte Abweichung vom institutionellen Ziel ist ein Scherz. Als der Hörgeräteakustiker den Klienten nach seiner Problemdarstellung fragt (Z. 01–02 unten), scheint der Klient in seiner Antwort zunächst ein Hörproblem zu formulieren, gibt dem Redezug dann jedoch eine scherzhafte Wendung. Indem er seinen Hörverlust damit erklärt, er könne immer nur dann nicht gut hören, „wenn zu hause ärger is“ (Z. 06), verlässt er den Fokus der audiologischen Anamnese.

#### Ausschnitt 4: Eingehen auf scherzhaft dargestelltes Problem (HGB1/2:20)

A=Akustiker, K=Klient

- 01 A: ja:h bhp w: wie: kann ich ihnen denn persönlich helfen=  
           *\*A wendet Blick zu K*
- 02       oder \*wo gibts: be:i ihnen denn die probleme.  
   *\*Lächelstimme*
- 03 K: probleme gibt es:, \*eh ich [he (kann) hören=  
 04 A:   [°ja,°  
 05 K: =hören kann ich immer dann nich gut=  
   *\*A wendet Blick zum Formular  
   auf Schreibtisch*
- 06       =wenns zu hause, (.) wenn \*zu hause ärger is=  
 07       =he will ich mal sagen=nech,?=aber,  
 08 A: hm,  
   *\*Lächelstimme*
- 09 K: das \*is- >das nich aufschreibn=is-  
 10       so'n quatsch schreiben se man nich auf. <  
 11 A: n:a:in.  
 12 K: h[hh  
           [                                   *\*Schreibbewegung und  
           [                                   gespielt ernsthafte Mimik*
- 13 A: [hehe hehehe ·h \*zu hause ärger.  
 14 A: [°hehehe[he ·h he°  
 15 K: [ja,       [(       )]  
 16 K: ·h ja:.  
 17       (.)  
 18 K: ja. wo hab ich probleme,?  
 19       (0.7)  
 20 K: wenn ich zum beispiel, (0.5)

Der Akustiker geht verspätet auf den Witz ein (ab Z. 11). Zunächst deutet der Klient den Blickrichtungswechsel des Akustikers weg von ihm hin zum Schreibtisch so, als würde der Akustiker sich den Beitrag als Problem notieren wollen (Z. 09). Erst das emphatisch vorgebrachte „n:a:in“ des Akustikers (Z. 11) zeigt, dass er das Scherzhafte in der Äußerung des Klienten registriert hat. Der Akustiker führt den Witz des Klienten weiter, indem er Ernsthaftigkeit simuliert und andeutet, dieses als wichtige Notiz aufzuschreiben (Z. 13). Er nimmt also scherzend das scherzhaft vorgetragene Klischee auf. Interessant bezüglich der institutionellen Agenda ist hier, dass der Klient in Zeile 18 selbst zur Anamnese zurückleitet mit: „ja. wo hab ich probleme,?“



Diese vier Datenexzerpte illustrieren die Flexibilität des Hörgeräteakustikers, Beiträge der Klienten aufzunehmen, wenn es um die Technik der Hörgeräte, ein Verstehensproblem im Bereich Medizin, aber auch um eine Erzählung aus der Freizeit oder um einen Scherz geht. Sein Kommunikationsverhalten zeigt darüber hinaus, dass er auf klienten-initiierte Abweichungen von der institutionellen Agenda eingeht. Somit erreicht er eine Übereinstimmung mit den Wissensbereichen der Klienten. Im Kontrast zu diesen Abweichungen, die der Akustiker aufnimmt und in einigen Fällen sogar weiterführt, stehen die folgenden Beispiele.

## 5.2. Mangelnde Übereinstimmung, indem Hörgeräteakustiker Belange der Klienten ausblendet

Im zweiten Teil der Analyse wird ein problematischer Umgang des Akustikers mit spezifischen Belangen der Klienten exemplarisch an drei Datenausschnitten dargestellt. Die ausgewählten Beispiele stehen für eine durchgängige Tendenz in der Datenbasis, dass klienten-initiierte psychosoziale Probleme übergangen werden und dass sich der Hörgeräteakustiker von eigenständigen Bewertungen der Klienten der Technologie distanziert, selbst wenn diese mit seiner eigenen Einschätzung übereinstimmen.

Im folgenden Datenbeispiel nimmt der Ehemann der Klientin an der Beratung teil. Auf die elizitierende Frage des Akustikers nach Problemen antwortet zunächst die Klientin (Z. 03, 05), dann unterbricht sie sich jedoch selbst und fordert ihrem Mann auf zu sprechen (Z. 05). Dieser stellt die stärker werdenden Hörprobleme seiner Frau und ihre mangelnde Bereitschaft zur Verwendung von Hörgeräten aus seiner Sicht dar (Z. 06–16). Er schließt damit ab, dass die Barriere zur Verwendung von Hörgeräten „ne psychologische angelegenheit“ sei (Z. 17–21).

### Ausschnitt 5: Themenwechsel bei psychischem Problem (HGB10a – 5:45)

A=Akustiker; K=Klientin; E=Ehemann

- 01 A: ·hh äm:: (0.8) ts †ja=wo liegen denn derzeit  
 02 die proble:me oder wo: (0.2) wo [kann ich denn (0.4)  
 03 K: [·hhhhhhhhhh  
 04 A: unterstüt:tzend sein=  
 05 K: =ich möchte einfach, DA! (0.2) da bist du dran.  
 06 E: ja. also ich habe den eindruck als wenn das (.)

- 07 ä: ·h (0.3) sich verändert hat=als wenn (sie jetzt)  
 08 E: das hörvermögen schlechter geworden is.  
 09 ((8 Zeilen ausgelassen))  
 10 also ich hab das gefü:hl ·hhh als wenn das  
 11 schlechter geworden is.  
 12 (.)  
 13 A: [°mm°  
 14 E: [und daraufhin hab ich das dann a:ngestoßen  
 15 und auch n bisschen forciert,  
 16 E: ·h gesacht komm la:ss ä lass doch (.) noch mal überprüfen  
                   \*A hört auf zu schreiben  
                   und blickt auf zu E  
 17 du musst dich damit (h) ausenan(h)\*dersetzen  
 18 A: °m[m,°  
 19 E: [mit der ganzen geschichte  
 20 E: dass es mal n hörgerät gibt.  
 21 E: ·hh das is ja auch ne psychologische angelegenheit.  
 22 A: also allgemein sprachverstehen so vom gefühl her, (0.5)  
 23 A: is schlechter geworden.  
 24 E: ja.  
 25 (.)  
 26 E: das gefühl hab ich.

Der aus mehreren Turnkonstruktionseinheiten (*turn-constructive units*, Sacks et al. 1974) bestehende Redezug des Ehemannes enthält eine Reihe von inhaltlichen Themen: die stärker werdende Hörminderung seiner Frau, seine eigene Initiative und Unterstützung zur Abklärung dieser Hörminderung, die mangelnde Auseinandersetzung seiner Frau mit der Notwendigkeit, ein Hörgerät zu verwenden, und die Nennung des Grundes, weshalb sie aus seiner Sicht keine Hörgeräte verwendet. In seiner Antwort bezieht sich der Akustiker ausschließlich auf die stärker werdende Hörminderung, auf die „psychologische“ Barriere zur Verwendung von Hörgeräten nimmt er jedoch keinen Bezug. Stattdessen knüpft er an die Beschreibung der Hörminderung an, indem er eine ja/nein-Frage stellt: „also allgemein sprachverstehen so vom gefühl her, (0.5) is schlechter geworden.“ (Z. 22–23). In dieser Frage übernimmt er die Formulierung des Ehemann „gefühl“ (Z. 10). Die affirmative Antwort des Ehemanns auf diese Frage (Z. 24–26) ratifiziert das vom Akustiker gewählte Thema. Auch dieser Redezug enthält wieder das Wort „gefühl“. Jedoch ist die nicht aufgegriffene „psychologische angelegenheit“ ausgeblendet und sequenziell getilgt (*sequential deletion*, Jefferson 1985:459). Sie wird im Laufe der Beratung nicht wieder aufgenommen.

Es ist anzunehmen, dass Hörgeräteakustikern die verschiedenen Barrieren zur Nutzung von Hörgeräten bekannt sind, es gehört jedoch nicht zu ihren fachlichen Aufgaben, Probleme dieser Art zu behandeln. Insofern ist nachvollziehbar, dass der Hörgeräteakustiker auf die in seinem Wissensbereich liegende Hörminderung eingeht und die Benennung der psychischen Barriere außerhalb seines Zuständigkeitsbereichs ignoriert. Aus den Aussagen des Ehemannes der Klientin ist jedoch evident, dass für ihn die Hörgeräteberatung eine Situation ist, in welcher eine psychische Barriere angesprochen werden kann. Diese falsche Erwartungshaltung wird jedoch nicht korrigiert.

Während Psychologie nicht zum audiologischen Aufgaben- und Wissensbereich des Hörgeräteakustikers gehört, ist die Technik eindeutig sein Kernwissensgebiet. Wie er auf technische Probleme unverzüglich affilierend eingeht, wurde im Analyseteil 5.1 belegt. Dieses gilt jedoch nicht generell für den Bereich Technik, wie nun kontrastiv gezeigt wird. Analysegegenstand ist die Bewertung eines vom Klienten verwendeten Kopfhörers der Firma Sennheiser, das die akustischen Signale des Fernsehschallverstärkers verstärkt. Diese Technologie wird im Anamneseteil (vor der Erstellung des Audiogramms) angesprochen und erneut im Beratungsteil (nach dem Audiogramm) aufgegriffen. Es wird gezeigt, dass in der Bewertung dieser Technologie subtile interaktionelle Probleme auftreten, die darauf beruhen, dass der Hörgeräteakustiker die Markierung seines professionellen technologischen Wissensbereiches dem institutionellen Ziel der Beratung und den Relevanzen des Klienten überordnet.

In Ausschnitt 6 aus der Anamnese phase fragt der Akustiker den Klienten erstmalig nach dem Hörerleben beim Fernsehen (Z. 01). Der Klient beschreibt zunächst, welche Technologie er verwendet (Z. 03–04) und bewertet diese dann positiv (Z. 06).

### Ausschnitt 6: Klient bewertet eine Technologie positiv (HGB7a)

A=Akustiker; K=Klient

- 01 A: ehm: (0.5) tz (0.3) wie: is es denn beim fernsehn.  
 02 (0.5)  
 03 K: ja: da- da- da- (.)  
 04 da: hab ich von s:ennheiser diese sachen.  
 05 A: m↑hm  
 06 K: die sind hervorragend.  
 07 (0.5)  
 08 A: sehr gut.

Die Reaktion des Akustikers „sehr gut.“ (Z. 08) wird nun mit Fokus auf die sozialen Normen für *assessments* sowie den Wissensbereichen des Klienten und des Akustikers untersucht.

*Assessments* sind Paarsequenzen (*adjacency pairs*, Pomerantz 1984; Golato 2005), das heißt die Äußerung einer Bewertung stellt gleichzeitig eine Einladung an den Gesprächspartner dar, eine zweite Bewertung des Gegenstandes abzugeben. Interaktionell fungiert eine erste Bewertung als „a place for heightened mutual orientation and action“ und drückt eine emotionale Involviertheit mit dem bewerteten Objekt aus (Goodwin / Goodwin 1992: 154–155). Eine zweite Bewertung in präferierter Form fällt stärker aus als die erste, z. B. auf „beautiful“ die Reaktion „gorgeous“ (Pomerantz 1984: 59). Ein weiteres Merkmal einer präferierten Reaktion besteht darin, dass sie unmittelbar angeschlossen wird. Im obigen audiologischen Beispiel ist auffällig, dass die Bewertung des Akustikers verzögert angeschlossen wird (Z. 07) und schwächer ausfällt als die erste (Z. 08). Durch eine präferierte zweite Bewertung (hypothetisch z. B. „die sind wirklich hervorragend“ oder „das sind die besten auf dem Markt“) hätte der Akustiker die Möglichkeit gehabt, „sociability, support, and solidarity“ (Pomerantz 1984: 77) zu signalisieren und eine gemeinsame Involviertheit mit dem Klienten herzustellen.

*Assessments* haben eine sequenzabschließende Funktion. Im obigen Beispiel beschreibt der Klient zunächst, welche Technologie er verwendet (Z. 04), und produziert nach einem Zuhörersignal „m↑hm“ des Akustikers (Z. 05) die Bewertung (Z. 06). Solche „post-positioned assessments“ fungieren als „techniques for displaying closure“ (Goodwin / Goodwin 1992: 161–162). Der Klient signalisiert so dem zuhörenden Akustiker, dass er der Bewertung nichts hinzuzufügen hat. Angesichts des Beratungsziels erscheint ein Abschließen hier sinnvoll, da der Klient eine hohe Zufriedenheit expliziert.

Daher ist es von analytischem Interesse, dass der Hörgeräteakustiker die Hörsituation beim Fernsehen mit der genannten Technologie im dritten Teil der Beratung (nach dem Audiogramm) erneut anspricht:

## Ausschnitt 7: Akustiker bewertet Technologie schwächer als Klient (HGB7c/1:08)

A=Akustiker; K=Klient

01 A: .hh beim fe:rnsehn sachten sie  
 02 haben sie (ja) immer diesen kopfhörerbügel ne,?  
 03 K: ^ja ja die: die: m von: sennheis[er  
 04 A: [von: sennheiser.=

In Zeile 01 bis 02 wählt der Akustiker die Bezeichnung „kopfhörerbügel“. Diese ist fachlich spezifischer als die vom Klienten benutzte Bezeichnung „von sennheiser diese sachen“ (Abschnitt 6), lässt jedoch die Firmenbezeichnung aus, was eine Fokussierung auf die Technologie und nicht die Marke bewirkt. Der Klient reagiert mit einem „^ja ja“ und einer Wiederholung der Marke (Z. 03).

Im Deutschen gehört ein „jaja“ zu den *acknowledgment tokens*, die signalisieren, dass das vorher Geäußerte offensichtlich und/oder dem jaja-Sprecher bereits bekannt ist (Golato / Fagyal 2008). Ein „jaja“ mit *pitch peak* auf dem ersten „ja“ (wie „^jaja“ in Z. 03 oben) signalisiert, dass der Inhalt des vorher Geäußerten nicht nur bekannt ist, sondern dass der Gesprächspartner die Handlung beenden soll im Sinne von „I already got it, so stop“ (Golato / Fagyal 2008: 242). Der Klient im obigen Beispiel drückt also aus, dass ihm der Inhalt der Äußerung des Akustikers bereits bekannt ist und dieser die Handlung beenden sollte.

Jedoch stoppt der Akustiker seine Handlung nicht, sondern er wiederholt den Firmennamen und schließt eine Bewertung an „undas klappt so weit ganz gu:t“ (Z. 05 unten), die im Vergleich zur Bewertung des Klienten aus der ersten Phase der Hörgeräteberatung („die sind hervorragend“) deutlich schwächer ausfällt. Die Bewertung des Akustikers ist als ja/nein-Frage formuliert und macht eine Bestätigung durch den Klienten relevant.

## Fortsetzung Ausschnitt 7: Akustiker bewertet Technologie schwächer als Klient (HGB7c/1:08)

A=Akustiker; K=Klient

03 K: ^ja ja die: die: m von: sennheis[er  
 04 A: [von: sennheiser.=  
 05 A: =undas klappt so weit ganz gu:t=  
 06 K: =jo: die sind ja hervorragend die dinger.

\*nickt

07 A: \*ja.  
 08 (0.2)  
 09 A: also beim fernsehen muss ich sagen sind die wirklich,  
 10 (0.5) sehr gut=  
 11 =sind sogar besser als hörgeräte beim fernsehen.  
 12 (0.5)  
 13 K: ja mit den sennheiser, ja:.  
 14 A: ja.  
 15 (.)  
 16 A: ja  
 17 (.)  
 18 A: das is auch unsere erfahrung beim:  
 19 die sennheiser sind beim fernsehen besser,  
 20 [als hörgeräte  
 21 K: [(^ja ja)

Angesichts der Tatsache, dass der Klient die Technologie sehr positiv bewertet hat, erscheint diese erneute Frage des Akustikers nicht nur redundant, sondern macht ein *alignment* des Klienten mit dieser schwächeren Bewertung relevant. Der Klient wiederholt jedoch seine eigene Bewertung „hervorragend“ (Z. 06), woraufhin der Akustiker das Thema noch weiter führt, indem er zweimal eine eigenständige Bewertung formuliert (Z. 09–11 und 18–20). Der Einschub „muss ich sagen“ in Zeile 09 unterstreicht die Eigenständigkeit seiner Bewertung. Auch in Zeile 19–20 drückt er seine Expertise aus, indem er weiteres technisches Wissen als Bewertungsgrundlage hinzufügt. In dieser erneuten Bewertung benutzt er die Selbstreferenz „unsere“ und markiert damit seine institutionelle Zugehörigkeit (Z. 18).

Interessant ist im Zusammenhang mit der institutionellen Agenda außerdem, dass der Akustiker mehrere Gelegenheiten zur Weiterführung der Beratung verstreichen lässt, nachdem der Klient in Zeile 03 und 06 Zustimmung signalisiert hat. In Zeile 08, 12, 15 und 17 lässt der Akustiker Lücken entstehen, anstatt den nächsten Aspekt der Beratung aufzugreifen und wiederholt sogar in Zeile 18–20 seine Einschätzung, welches der Klient erneut mit „^ja ja“ quittiert.

Als zweiter Analyseaspekt wird nun der Zusammenhang zwischen Bewertungen und epistemischem Anspruch herangezogen, denn eine Bewertung hat unterschiedliche epistemische Relevanz, je nachdem ob sie als erstes oder als zweites eingebracht wird, wie an englischen Interviewdaten festgestellt wurde (Heritage / Raymond 2005: 34). Ein Interaktionsteilnehmer, der zuerst eine Bewertung abgibt, signalisiert dadurch gleichzei-

tig, dass er ein primäres Anrecht darauf hat: „[...] these assessments also carry an implied claim that the speaker has primary rights to evaluate the matter assessed“ (ibid: 16). Im Falle der Hörgeräteberatung ist es der Klient, der als erster die Sennheiser-Technologie bewertet. Wäre der Akustiker in lediglich zustimmender Weise auf diese Bewertung eingegangen, hätte er damit gleichzeitig den *primary epistemic claim* (ibid.) des Klienten ratifiziert. Dieses hätte zu einer Übereinstimmung ihrer Wissensbereiche geführt, gleichzeitig wäre jedoch die alleinige epistemische Autorität des Akustikers in Frage gestellt.

Was erreicht der Akustiker durch das erneute Aufgreifen der beim Fernsehen genutzten Hörtechnologie? Als Information zur Hörgeräteberatung ist es nicht notwendig, dieses Thema wieder zu eröffnen, da der Klient eindeutig hohe Zufriedenheit ausgedrückt hat und so kein Problem gelöst werden muss. Auf der Beziehungsebene jedoch signalisiert der Akustiker auf vielfache Weise epistemische Autorität, die sich graduell von der Bewertung des Klienten unterscheidet. Dadurch verringert er die *responsiveness* der zweiten zur ersten Bewertung und stärkt sein professionelles Anrecht auf diese Information.

„Because social interaction is organized sequentially and because someone must necessarily be first to assess a referent, the management of information preserves is inexorably relevant in social interaction (Heritage / Raymond 2005: 34).

Wie aus der wiederholten Reaktion des Klienten ersichtlich ist, weist er diese Handlungen des Akustikers implizit zurück. So wird aus der Zufriedenheit des Klienten mit einer Hörtechnologie eine soziale Unstimmigkeit, indem der Akustiker seine fachliche Autorität in den Vordergrund stellt. Es geht also nicht mehr um die Klientenberatung, sondern um *epistemic authority*.

Zusammenfassend zeigt die Analyse in Teil 1, wie der Akustiker auf Klientenbelange eingeht, während durch die Ergebnisse in Teil 2 gezeigt wird, wie der Hörgeräteakustiker nicht auf klienten-initiierte Abweichungen vom institutionellen Ablauf eingeht, wenn es um psycho-sozialen Faktoren und um eigenständige Bewertungen von Hörtechnologie geht. Somit exkludiert der Akustiker einerseits psycho-soziale Probleme von der Beratung, andererseits grenzt er seine Expertise im Wissensbereich bezüglich Hörtechnologie von der des Klienten ab, selbst wenn beide übereinstimmen. Hierdurch manifestiert er seine institutionelle Expertise und Autorität.

## 6. Fazit

Die Ergebnisse der epistemischen Analyse zeigen, dass die Untersuchung des interaktionellen Umganges mit Wissensbereichen ein feineres Verständnis für den Unterschied ermöglicht, wie der Hörgeräteakustiker mit Klientenrelevanzen umgeht. Es sind zwei Probleme festzustellen.

1. Wie für australische, dänische, deutsche und finnische audiologische Konsultationen festgestellt wurde, bestätigt auch diese Studie, dass der Akustiker nicht die durch Klienten angesprochene psycho-soziale Barriere zur Verwendung von Hörgeräten integriert. Hier wird keine epistemische Übereinstimmung erreicht. Der interaktionelle Umgang mit solchen Problemen ist im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen zu betrachten, denn eine psycho-soziale Beratung für Menschen mit Hörminderung ist in Deutschland nicht routinemäßig vorgesehen. Standard ist die medizinische, audiologische und technologische Versorgung. Insofern kann der Hörgeräteakustiker keine Empfehlung geben, wohin sich im Gesundheitssystem Menschen mit Hörbehinderung wenden können. Eine Psychotherapie ist in Deutschland möglich, hierzu müssen jedoch Bedingungen der Krankenkassen erfüllt werden. Außerdem ist in Deutschland eine psychotherapeutische Behandlung noch immer mit Stigmata belegt. Im Vergleich zum deutschen Gesundheitssystem bietet das staatliche dänische System eine solche Beratung. Diese ist zwar nicht vorgeschrieben, wie etwa die HNO-Untersuchung, doch sie kann von Patient/innen kostenlos und ohne Antrag in Anspruch genommen werden. Daher erscheint es zentral, dass nicht nur psycho-soziale Beratungen angeboten werden, sondern auch, dass Ärzt/innen und Hörgeräteakustiker/innen von Klient/innen angesprochene psycho-soziale Probleme als relevant erkennen und interaktionell darauf eingehen.
2. Die epistemische Analyse zeigt subtile und problematische interaktionelle Auseinandersetzungen. Der Akustiker priorisiert die Wahrung der professionellen Autorität, selbst wenn dieses zu Abweichungen von der institutionellen Agenda führt. Auf klienten-initiierte Abweichungen geht er nur ein, wenn dies mit dem Aufrechterhalten seiner audiologischen Autorität einhergeht (s. auch Egbert 2012, 2013). Epistemische Übereinstimmung ist nicht nur für den Informationsaustausch relevant, sondern



unterliegt dem sozialen Mechanismus der *epistemic engine*, der zu einer gemeinsamen Handlungsperspektive beiträgt.

Zur Anwendung der ethnografischen Konversationsanalyse exemplifiziert diese Studie, dass die aufwändige mikrosoziale Vorgehensweise (Videoaufnahmen, Transkriptionen, qualitative Analyse des Interaktionsverhaltens) im Vergleich zu anderen Forschungsmethoden zwar nur relativ kleine Datenmengen untersucht, jedoch zu innovativen Resultaten führt, die durch andere Forschungsmethoden nicht erreicht werden, diese aber signifikant ergänzen.

## Literatur

- Antaki, Charles, (Hrsg.), 2011: *Applied Conversation Analysis*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan.
- Atkinson, John M. / Heritage, John (Hrsg.), 1984: *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Ayaß, Ruth / Meyer, Christian (Hrsg.), 2012: *Sociality in Slow Motion: Theoretical and Empirical Perspectives*. Springer: Wiesbaden.
- Bergmann, Jörg R., 1994: „Ethnomethodologische Konversationsanalyse“. In: Fritz, Gerd / Hundsnurscher, Franz (Hrsg.): *Handbuch der Dialoganalyse*. Niemeyer: Tübingen, 3–16.
- Bisgaard, Nikolai, 2009: Global Hearing Aid Usage. Internal Hearcom-Workshop, retrieved 22.1.2014, from: [http://hearcom.eu/lenya/hearcom/authoring/about/DisseminationandExploitation/Workshop/5\\_Nikolai\\_Bisgaard\\_Industry-perspectives.pdf](http://hearcom.eu/lenya/hearcom/authoring/about/DisseminationandExploitation/Workshop/5_Nikolai_Bisgaard_Industry-perspectives.pdf).
- Boenninghaus, Hans-Georg / Lenarz, Thomas, 2005: *Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde*. Springer: Berlin.
- Brouwer, Catherine E. / Day, Dennis, 2012: „WHO/ICF guidelines and compliance in a hearing aid consultation,„. In: Egbert, Maria / Deppermann, Arnulf (Hrsg.): *Hearing Aids Communication: Integrating Social Interaction, Audiology and User Centered Design to Improve Communication with Hearing Loss and Hearing Technologies*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim, 125–137.
- Brouwer, Catherine E. / Day, Dennis / Rasmussen, Gitte (Hrsg.), 2012: *Evaluating Cognition*. John Benjamins Publishing Company: Amsterdam.

- Brouwer, Catherine E., 2012: „Notes on Talking Cognition in the Audiology Clinic”. In: Brouwer, Catherine E. / Day, Dennis / Rasmussen, Gitta (Hrsg.): *Evaluating Cognition*. John Benjamins Publishing Company: Amsterdam.
- Chevalier, Fabienne / Moore, John (Hrsg.), 2014: *Institutional constraints*. John Benjamins: Amsterdam.
- Deppermann, Arnulf, 2012: „Negotiating hearing problems in doctor-patient interaction: Practices and problems of accomplishing shared reality”. In: Egbert, Maria / Deppermann, Arnulf (Hrsg.): *Hearing Aids Communication. Integrating Social Interaction, Audiology and User Centered Design to Improve Communication with Hearing Loss and Hearing Technologies*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim, 90–103.
- Duranti, Alessandro / Goodwin, Charles (Hrsg.), 1992: *Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Egbert, Maria 2009: *Der Reparatur-Mechanismus in deutschen Gesprächen*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim.
- Egbert, Maria / Deppermann Arnulf (Hrsg.), 2012: *Hearing Aids Communication. Integrating Social Interaction, Audiology and User Centered Design to Improve Communication with Hearing Loss and Hearing Technologies*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim.
- Egbert, Maria / Groeber, Simone / Damsø Johansen, Jette / Lonka, Eila / Meis, Markus / Pajo, Kati / Ruusuvoori, Johanna / Skelt, Louise, 2012: „Hearing health care provision in the national systems of Australia, Denmark, Finland, Germany and Switzerland: Similarities and differences”. In: Egbert, Maria / Deppermann, Arnulf (Hrsg.): *Hearing Aids Communication. Integrating Social Interaction, Audiology and User Centered Design to Improve Communication with Hearing Loss and Hearing Technologies*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim, 22–34.
- Egbert, Maria, 2012: „Interaktion in der Audiometrie: Zur Paradoxie der Relevanzmarkierung von Störungen,.. In: Ayaß, Ruth / Meyer, Christian (Hrsg.): *Sociality in Slow Motion: Theoretical and Empirical Perspectives*. Springer: Wiesbaden, 463–479.
- Egbert, Maria, 2013: „Technology and social interaction in the multimodal, multispace setting of audiometric testing”. In: Okumura, Manabu / Bekki, Daisuke / Satoh, Ken (Hrsg.): *New Frontiers in Artificial Intelligence*. Springer: Wiesbaden, 240–252.

- Ekbert, Katie / Grenness, Caitlin / Hickson, Louise, 2014: „Addressing Patients’ Psychosocial Concerns Regarding Hearing Aids Within Audiology Appointments for Older Adults”. *American Journal of Audiology* 23, 337–350.
- Fritz, Gerd / Hundsnurscher, Franz (Hrsg.), 1994: *Handbuch der Dialoganalyse*. Niemeyer: Tübingen.
- Golato, Andrea, 2005: *Compliments and compliment responses: Grammatical structure and sequential organization*. John Benjamins: Amsterdam.
- Golato, Andrea / Fagyal, Zsuzsanna, 2008: „Comparing single and double sayings of the German response token ja and the role of prosody – A conversation analytic perspective”. *Research on Language and Social Interaction*, 41(3), 1–30.
- Goodwin, Charles / Goodwin, Marjorie Harness, 1992: „Assessments and the Construction of Context”. In: Duranti, Alessandro / Goodwin, Charles (Hrsg.) *Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon*. Cambridge University Press: Cambridge, 147–190.
- Goodwin, Charles / Heritage, John, 1990: „Conversation Analysis”. *Annual Review of Anthropology* 19: 283–307.
- Hain, Timothy C., 2010: Hearing loss, retrieved 22.1.2014, from: <http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/hearing/hearing.html>.
- Heinemann, Trine / Matthews, Ben, 2014: „Concessions in audiology”. In: Chevalier, Fabienne / Moore, John (Hrsg.): *Institutional constraints*. John Benjamins: Amsterdam.
- Heinemann, Trine / Matthews, Ben / Raudaskoski, Pirkko L., 2012: „Hearing aid adjustment: Translating symptom descriptions into treatment and dealing with expectations”. In: Egbert, Maria / Deppermann, Arnulf (Hrsg.): *Hearing Aids Communication: Integrating Social Interaction, Audiology and User Centered Design to Improve Communication with Hearing Loss and Hearing Technologies*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim, 113–124.
- Heritage, John, 2012: „Epistemic engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge”. *Research on Language and Social Interaction* 45(1), 30–52.
- Heritage, John, 2013: „Epistemics in Conversation”. In: Sidnell, Jack / Stivers, Tanya (Hrsg.): *Handbook of Conversation Analysis*. Wiley-Blackwell: Boston, 370–394.

- Heritage, John / Raymond, Geoffrey, 2005: „The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in assessment sequences”. *Social Psychology Quarterly* 68(1), 15–38.
- Hetu, Raymond, 1996: „The Stigma Attached to Hearing Impairment”. *Scandinavian Audiology* 25 (43), 12–24.
- Jefferson, Gail, 1984: „On step-wise transition from talk about trouble to inappropriately next-positioned matters”. In: Atkinson, John Maxwell / Heritage, John (Hrsg.): *Structures of Social Action*. Cambridge University Press: Cambridge, 191–222.
- Jefferson, Gail, 1985: „On the interactional unpackaging of a ‘gloss’”. *Language in Society* 14(4), 435–466.
- Kaul, Thomas, 2003: *Kommunikation schwerhöriger Erwachsener*. Kovaéc: Hamburg.
- Kochkin, Sergei, 1993: „MarkeTrak III: Why 20 million in US don’t use Hearing aids for their Hearing loss”. *Hearing Journal* 46(1), 20–27; 46, 2, 26–31; 46, 4, 36–37.
- Kochkin, Sergei, 2005: „Hearing loss Population Tops 31 Million”, retrieved 22.1.2014, from: [http://www.hearingreview.com/issues/articles/2005-07\\_01](http://www.hearingreview.com/issues/articles/2005-07_01).
- Kochkin, Sergei, 2008: „MarkeTrak VIII: 25-Year Trends in the Hearing Health Market”, retrieved 19.8.2011, from: [www.hearingreview.com/issues/articles/2009-10\\_01.asp](http://www.hearingreview.com/issues/articles/2009-10_01.asp).
- Laakso Minna, 2011–2014: *Communication with Hearing Aid. A comparative study of persons with acquired hearing loss within their interactions in private settings and with hearing health practitioners. Project funded by the Finnish Academy*. (Unveröffentlichtes Manuskript).
- Meis, Markus / Gabriel, Birgitta, 2006: „Barriers in the Supply with Hearing Systems: The View of the Customer”. In: *Proceedings of the 51st International Congress of Hearing Aid Acousticians*, held from 10 to 20 October 2006 in Frankfurt a. M.
- Mondada, Lorenza, 2013: „Displaying, contesting and negotiating epistemic authority in social interaction: Descriptions and questions in guided visits”. *Discourse Studies* 15(5), 597–626.
- Okumura, Manabu / Bekki, Daisuke / Satoh, Ken (Hrsg.), 2013: *New Frontiers in Artificial Intelligence*. Springer: Wiesbaden

- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail, 1974: „A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation”. *Language* 50(4), 696–735.
- Pajo, Kati, 2013: *Joint multimodal management of hearing impairment in conversations at home. Implication for communication therapy*. (Dissertation) University of Helsinki: Helsinki.
- Pajo, Kati, 1998: *Aikuisten kuulovammaisten kommunikaatiostrategioiden harjaannuttaminen: Tapaustutkimus kolmen pariskunnan kuntoutuksesta (Communication strategies training in audiology: A case study of three married couples)*. (Unveröffentlichte Masterarbeit), Universität Helsinki: Helsinki.
- Pajo, Kati / Kentala, Erna, 2011: „Keskustelu huonokuuloisen kanssa. Conversation with a Hearing-Impaired, Lääketieteellinen”. *Aikakauskirja Duodecim* 127(8), 843–847.
- Pomerantz, Anita, 1984: „Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes“. In: Atkinson, John M. / Heritage, John (Hrsg.): *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press: Cambridge, 57–101.
- Psathas, George (Hrsg.), 1979: *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. Irvington Publishers: New York.
- Rosenhall, Ulf / Jönsson, Radoslava / Söderlind, Olof, 1999: „Self-Assessed Hearing Problems in Sweden: A Demographic Study”. *Audiology* 38(6), 328–334.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail, 1974: „A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation”. *Language* 50(4), 696–735.
- Schegloff, Emanuel A., 1979: „Identification and Recognition in Telephone Conversation Openings”. In: Psathas, George (Hrsg.): *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. Irvington Publishers: New York, 23–78.
- Schegloff, Emanuel A., 2007: *Sequence organization in interaction. A primer in conversation analysis (Vol. 1)*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail / Sacks, Harvey, 1977: „The preference for self-correction in the organization of repair in conversation”. *Language* 54(2), 361–82.

- Shield, Bridget, 2006: *Evaluation of the Social and Economic Costs of Hearing Impairment. A report for Hear-it*, retrieved 19.8.2011, from: <http://www.hear-it.org/node/101229>.
- Skelt, Louise, 2006: *See What I Mean: Hearing loss, Gaze and Repair in Conversation*. Canberra. (Dissertation). The Australian National University: Canberra.
- Skelt, Louise, 2012: „Hearing health care provision in the national systems of Australia, Denmark, Finland, Germany and Switzerland: Similarities and differences”. In: Egbert, Maria / Deppermann, Arnulf (Hrsg.): *Hearing Aids Communication. Integrating Social Interaction, Audiology and User Centered Design to Improve Communication with Hearing Loss and Hearing Technologies*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim, 22–34.
- Skelt, Louise, 2007: „Damage Control: Closing Problematic Sequences in Hearing-Impaired Interaction”. *Australian Review of Applied Linguistics* 30(3), 1–34.
- Skelt, Louise, 2010: „‘Are you looking at me?’ The Influence of Gaze on Frequent Conversation Partners’ Management of Interaction with Adults with Acquired Hearing Impairment”. *Seminars in Hearing* 31(2), 116–216.
- Sorri, Martii / Jounio-Ervasti, Katariina / Uimonen, Seija / Huttunen, Kerrttu, 2001: „Will Hearing Health Care be Affordable in the Next Millennium?”. *Scandinavian Audiology* 30, 203–204.
- World Health Organization WHO, 2001: *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*. World Health Organization: Genf.