

Die Methode des facettentheoretischen Abbildungssatzes zur Theorieentwicklung im Hebammenwesen

Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science“

im Masterstudiengang Pflegewissenschaft

an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der
Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

vorgelegt von

Karen Fried

Matrikelnummer 162234788007

Kalk-Mülheimer Straße 162

51103 Köln

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Albert Brühl

Zweitprüferin: Frau Prof.in Dr.in Helen Kohlen

vorgelegt am 31.08.2018

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	4
II. Care in der Hebammenwissenschaft und in der Care-Ethik	8
1. Care in Theorien zur Hebammenpraxis	8
2. Care in der Care-Ethik	13
2.1 Ziel der Auseinandersetzung mit Care in der Care-Ethik	14
2.2 Care bei Elisabeth Conradi	15
2.3 Care bei Joan Tronto	17
2.4 Care bei Virginia Held.....	18
2.5 Care bei Nel Noddings.....	19
2.6 Care bei Diemut Bubeck.....	20
3. Care als latentes Konstrukt	22
III. Grundlagen der Facettentheorie	24
1. Allgemein	24
2. Forschungsdesign.....	26
3. Datenanalyse.....	30
4. Korrespondenzhypothesen.....	32
IV. Entwicklung eines facettentheoretischen Abbildungssatzes zu Care	33
1. Theorieverständnis und wissenschaftstheoretische Annahmen.....	33
2. Abbildungssatz	37
2.1 Die Bildfacette.....	40
2.2 Die Facette „Motivation“	48
2.3 Die Facette „Art der Interaktion“	52
2.4 Die Facette „Ziel“	54
2.5 Die Facette „Rolle der Schwangeren“	61
2.6 Die Facette „Emotionale Zuwendung“	64
2.7 Strukturhypothesen des Abbildungssatzes.....	67
V. Multidimensionale Skalierung und Korrespondenzanalyse als mögliche Methoden zur empirischen Prüfung.....	73
1. Multidimensionale Skalierung	73
2. Korrespondenzanalyse.....	80
VI. Diskussion und Fazit.....	87
Literaturverzeichnis	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Übersicht der Elemente der Facettentheorie	25
Abbildung 2: Drei typische Möglichkeiten, wie Facetten sich im zweidimensionalen Raum abbilden können	31
Abbildung 3: Induktion und Deduktion.....	35
Abbildung 4: Abbildungssatz zu Care in der Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer	39
Abbildung 5: Care in Authentizität, Funktionalität und Handeln von Hebammen.	47
Abbildung 6: Beispiel eines Shepard-Diagramms	77
Abbildung 7: Cylindrex aus Intelligenz-Items.....	79
Abbildung 8: Korrespondenzanalyse aus fiktiven Daten	85

Vorbemerkung

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit bei Berufsbezeichnungen etc. immer nur eine Geschlechtsform genannt. Diese bezieht stets alle Geschlechter mit ein.

I. Einleitung

Hebammen können als Schlüsselprofession in der Betreuung von Frauen und Familien in der reproduktiven Phase betrachtet werden. Es wird angenommen, dass neben evidenzbasiertem Handeln auch eine theoriebasierte Hebammenpraxis von Bedeutung ist, da damit ein Bezugssystem für die Tätigkeit von Hebammen formuliert werden kann (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 806). Die beiden Hebammenwissenschaftlerinnen Cluett und Bluff sehen in Theorien die Aufgabe, Ereignisse, Handlungen und Phänomene zu erklären, indem verschiedene Konzepte, also Ideen oder abstrakte Gedanken, miteinander verbunden werden. Sie thematisieren, dass dem Hebammenwesen ein Mangel an Theorien über die eigene Profession vorgeworfen wird. In ihrem Verständnis liegt dies jedoch begründet in einem zu engen Verständnis von Theorie. Die beiden Wissenschaftlerinnen gehen davon aus, dass die Gesamtheit des hebammenspezifischen Wissens Theorien über die Hebammenpraxis liefert, auch wenn diese häufig ausschließlich implizit vorhanden sind und die Begründungen für ihre Angemessenheit noch ausstehen (vgl. Cluett / Bluff 2003 S. 46 f.). Axmacher beschreibt diesbezüglich für die Pflege, dass Wissenschaft insbesondere die Aufgabe einer Reflexion der Praxis hat, um habituell verfügbares Wissen einem Diskurs zugänglich zu machen (vgl. Axmacher 1991 S. 136).

Eine sprachliche Abgrenzung gegenüber der Geburtsmedizin wird von Hebammen häufig mit dem Begriff der Geburtshilfe vorgenommen, worunter beispielsweise mit den Begriffen „Begleiten“ und „Betreuen“ zu beschreiben versucht wird, was die Arbeit auszeichnet und von ärztlicher Geburtsmedizin unterscheidet (vgl. Dörpinghaus 2010 S. 32 f.). In verschiedenen Theorien zur Hebammenpraxis wird unter dem Begriff „Care“ zusammengefasst, was als Schlüsselement der geburtshilflichen Hebammenbetreuung verstanden werden kann (vgl. Swanson 1991 und 1993, vgl. Dickson 1997, vgl. Woodward 2000, vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011). Hierbei werden insbesondere die Individualität und die Bedürfnisse der einzelnen Schwangeren fokussiert und Konzepte wie emotionale Zuwendung und Empowerment innerhalb der Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer thematisiert. Teilweise finden sich in diesen Referenzen zur Care-Ethik (vgl. Swanson

1991, vgl. Dickson 1997), durch deren Vertreterinnen eine tiefgründige Auseinandersetzung mit der Thematik stattgefunden hat.

Schröck kritisiert die von ihr als „Caring-Paradigma“ bezeichnete Strömung der Pflegewissenschaft aufgrund ihres nach Schröcks Auffassung rein ideologischen Charakters, welcher die Realität der Pflege missachtet. Die hieraus erwachsenen Theorien sind in ihrem Verständnis eher als Theologien zu verstehen und in der Regel aufgrund ihrer fehlenden empirischen Verankerung ohne Nutzen für die Praxis (vgl. Schröck 1997 S. 42). Schröck scheint hiermit insbesondere auf Pflge-theorien, wie beispielsweise die von Watson, anzuspielen, welche unter anderem beschreibt, dass Caring bedeutet, Menschen in Liebe und Aufmerksamkeit zu begegnen oder tiefe spirituelle Verbindungen zur Heilung des Patienten zu schaffen (vgl. Kohlen / Kumbruck 2008 S. 9 f.). Schnepf ist der Auffassung, dass Caring durchaus als Kernstück der Pflege verstanden werden kann, unterstützt jedoch Schröcks Ausführungen insofern, dass Care alleine als „Heilslehre“ keinen Nutzen für die Pflegepraxis und -wissenschaft hat und Theorien empirisch verankert sein müssen (vgl. Schnepf 2016 S. 81).

Care kann als latentes Konstrukt betrachtet werden. Es kann demnach nicht unmittelbar empirisch beobachtet, sondern muss über sogenannte „Hilfsvariablen“ zugänglich gemacht werden. Eine Möglichkeit, um Annahmen über ein latentes Konstrukt zu explizieren und so einer empirischen Prüfung zugänglich zu machen, bietet die Facettentheorie, indem verschiedene beobachtbare Anteile des Konstrukts als Facetten in einem sogenannten „Abbildungssatz“ zusammengefasst werden. Im Anschluss hieran wird die folgende Forschungsfrage formuliert:

Lässt sich Care, wie es in Theorien zur Hebammenpraxis sowie in der Care-Ethik beschrieben wird, mithilfe eines facettentheoretischen Abbildungssatzes zur Beschreibung der Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer darstellen?

In den Fokus genommen werden soll hierbei also Care in der Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer auf der Mikroebene. Eine Beobachtung

auf der Mikroebene erscheint sinnvoll, da so möglicherweise implizit vorhandene Annahmen von Hebammen über ihre eigene Tätigkeit, welche sich in ihrer Interaktion mit der Schwangeren abbilden, expliziert und damit schlussendlich eine empirisch begründete Theorie formuliert werden kann. Der verwendete Ansatz ist theorieprüfend, es soll also ermöglicht werden, zu überprüfen, ob Care in der Hebammenpraxis stattfindet, möglicherweise, ohne dass Hebammen Theorien zu Care kennen und bewusst anwenden. Voraussetzung für eine empirische Prüfung ist, dass Care in den entsprechenden Arbeiten präzise genug dargestellt wird, um empirische Beobachtungen voneinander unterscheiden zu können und damit festgestellt werden kann, ob beziehungsweise wie Care stattfindet.

Die vorliegende Arbeit soll sich mit den Anteilen von Care befassen, welche als empirisch überprüfbare Praxis verstanden werden können. Hierbei soll nicht auf die Frage eingegangen werden, ob Care als normative Vorstellung einer guten Hebammenarbeit richtig scheint. Ethische Implikationen im Zusammenhang mit Care sind für die Pflege sicherlich von großer Bedeutung und werden insbesondere in der Care-Ethik diskutiert, sollen jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht thematisiert werden.

An dieser Stelle muss außerdem betont werden, dass keine Differenzierung zwischen Care und Cure erfolgen soll, wie sie aktuell in Debatten zur Pflegewissenschaft stattfindet (vgl. Hoberg et al. 2013). In diesen werden unter Care bestimmte Handlungen verstanden, wie beispielsweise „Alltagsgestaltung, hauswirtschaftliche[n] Basisversorgung, Grundpflege“ (Hoberg et al. 2013 S. 11), deren Ausführung im Gegensatz zu den Cure zugeordneten Aufgaben Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation dem sozialen Umfeld und nicht Fachkräften zugeordnet wird. In dem Verständnis von Care, das, basierend auf der einbezogenen Literatur, dieser Arbeit zugrunde gelegt wird, ist diese Trennung nicht möglich, da auch medizinische Handlungen unter den Begriff Care fallen können und somit keine Abgrenzung erfolgen kann (siehe hierzu Kapitel IV.2.4). Somit greift eine Definition von Care als bestimmte Handlungen zu kurz. Eine Auseinandersetzung damit, was unter Care verstanden werden kann, erfolgt in Kapitel II.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, basierend auf der Methodologie der Facettentheorie, die Grundlage zur Entwicklung eines Instruments zu schaffen,

in welchem Care, aufbauend auf Theorien aus Hebammenwissenschaft und Care-Ethik, operationalisiert wird, um so die Voraussetzung für eine Prüfung der empirischen Abbildbarkeit der Praxis Care in der Hebammenarbeit zu schaffen. Hierfür wird zunächst darauf eingegangen, was sowohl in der Hebammenwissenschaft als auch in der Care-Ethik unter Care verstanden wird (Kapitel II). Da Care als latentes Konstrukt zu verstehen ist, welches nicht unmittelbar beobachtbar ist, wurde zur Operationalisierung die Methodologie der Facettentheorie gewählt, welche in Kapitel III thematisiert wird. Im Anschluss daran erfolgt die Formulierung eines Abbildungssatzes, welcher zur Bildung von Items genutzt werden und auf dessen Grundlage eine Klassifizierung von empirischen Beobachtungen erfolgen kann (Kapitel IV). Kapitel V beinhaltet einen Ausblick darauf, wie eine empirische Überprüfung mittels Multidimensionaler Skalierung und Korrespondenzanalyse stattfinden kann. Im Anschluss daran wird im letzten Kapitel ein Fazit formuliert.

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „Care“ und „Fürsorge“ in Bezug auf Friesacher synonym verwendet. Dieser geht davon aus, dass das Wort „Fürsorge“, ähnlich wie „Care“, ein weites Feld an Bedeutungen abdeckt wie „Zuwendung, Zärtlichkeit, Gutes-Tun als auch [...] Bemutterung und Bevormundung“ (vgl. Friesacher 2016 S. 59). Außerdem muss zum Sprachgebrauch angemerkt werden, dass zu einem besseren Verständnis teilweise die Begriffe „Care-giver“ und „Care-receiver“ verwendet werden, obwohl, wie in Kapitel II beschrieben, diese Rollen im Sinne Conrads nicht klar verteilt sind.

II. Care in der Hebammenwissenschaft und in der Care-Ethik

Um zu definieren, was unter Care in der Arbeit von Hebammen verstanden werden kann, wurde Literatur aus der Hebammenwissenschaft sowie aus der Care-Ethik durchsucht. Es wurde von einer systematischen Literaturrecherche abgesehen, da hierfür klare Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt werden müssen und dies nicht möglich ist, ohne Care zuvor zu definieren, was jedoch das Ziel der Recherche sein soll. Bei der Recherche zu Bezügen zu Care in der Hebammenwissenschaft wurde die Dissertation von Kahl genutzt, welche eine Analyse der bisher geleisteten Forschungspraxis im Hebammenwesen darstellt und im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche alle deutsch- und englischsprachigen Forschungsarbeiten einschließt und reflektiert (vgl. Kahl 2013 S. IV). Die von Kahl eingeschlossene Literatur wurde durchsucht. Die Publikationen von Halldorsdottir und Karlsdottir (2011), Woodward (2000) und Dickson (1997), in welchen im Rahmen von Theorien zur Hebammenpraxis Care als bedeutsam beschrieben wird, konnten genutzt werden, um ein tieferes Verständnis von Care zu erlangen. Zwei Veröffentlichungen von Swanson (1991, 1993) wurden im Schneeballprinzip gefunden und ebenfalls genutzt. Zur Auseinandersetzung mit der Praxis Care in der Care-Ethik wurde, ausgehend von der Veröffentlichung von Conradi (2001), im Schneeballprinzip die von ihr zitierte Literatur durchsucht. Da sich hierbei bereits inhaltliche Überschneidungen zwischen den verschiedenen Publikationen zeigten, wurde die Literaturrecherche im Anschluss beendet. Im Folgenden werden die Inhalte der Literatur zu Care dargestellt.

1. Care in Theorien zur Hebammenpraxis

In verschiedenen Theorien zur Hebammenarbeit und perinatalen Betreuung wird Care als Kern der Tätigkeit von Hebammen beschrieben (vgl. Dickson 1997, vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011, vgl. Swanson 1991, vgl. Swanson 1993, vgl. Woodward 2000).

Halldorsdottir und Karlsdottir stellen mit ihrer Publikation eine Theorie zur Hebammenpraxis vor. Unter einer Theorie verstehen die Wissenschaftlerinnen einen Rahmen für die Praxis, aus welchem Ziele und Werte der Tätigkeit von Hebammen abgeleitet werden können (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 806). Zur Entwicklung ihrer Theorie über die Berufsausübung von Hebammen wurde im ersten Schritt eine Synthese von neun von den beiden Autorinnen durchgeführten und veröffentlichten Forschungsarbeiten formuliert, unter denen sich sowohl empirisch qualitative Studien als auch theoretische Arbeiten befinden. Im zweiten Schritt wurde diese Synthese abgeglichen mit etwa dreihundert weiteren wissenschaftlichen Publikationen, welche das Erleben der Hebammenarbeit von Hebammen wie auch Patientinnen thematisieren. Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse zusammengeführt (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 807 f.). Neben „professional wisdom“ wird „professional caring“ von den beiden Autorinnen eine zentrale Rolle in der Hebammenpraxis zugeschrieben. Sie beschreiben: „The midwife cares for the woman and her family within the professional domain. This individualized caring is the heart of midwifery“ (Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 810). Unter Care verstehen die beiden Wissenschaftlerinnen den Wunsch danach, eine andere Person beim Erreichen dauerhaften Glücks zu unterstützen. Was dies innerhalb der Hebammenarbeit bedeutet, wird an einigen Beispielen veranschaulicht, unter anderem, dass die Hebamme „warm, open and sensitive towards the woman“ ist und „there for the woman and grant the woman her undivided attention“ (Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 811). Sie beschreiben, dass Gebärende insbesondere eine persönliche, an ihre physischen wie mentalen Bedürfnisse angepasste Begleitung der Geburt wünschen. Als Ziel der Betreuung durch Hebammen formulieren sie, dass nicht die Geburt kontrolliert werden soll, sondern der Schwangeren Unterstützung dabei gegeben werden muss, in Zusammenklang mit ihrem Körper zu funktionieren. Als mögliche Ursache für Posttraumatische Belastungsstörungen nach der Geburt sehen Halldorsdottir und Karlsdottir „uncaring midwives“ (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 811).

Dicksons Ziel ist es, eine Theorie zu „Caring“ in der Hebammenpraxis zu formulieren, welche basiert auf den Werten sowie dem Konstrukt „Caring“. Um eine Definition von Care in der Hebammenarbeit zu formulieren, hält sie es für notwendig, verschiedene, für die Geburtshilfe bedeutsame Konzepte

von Care sowie daraus ableitbare Werte innerhalb einer Theorie zu verbinden. Hierfür beschreibt sie vier Konzepte. Das erste Konzept „Presencing“ beschreibt sie als emotionales Anwesendsein. Dies gründet in der Annahme, dass „caring was first and foremost a mental and emotional presence that evolves from deep feelings for the patient’s experience“ (Dickson 1997 S. 24). Für die Hebammenpraxis bedeutet dies in ihrem Verständnis insbesondere, dass die Hebamme aufmerksam und reaktionsfreudig zuhört und vorausschauend begleitet. Als zweites Konzept beschreibt Dickson „Knowing and Understanding“, was für sie insbesondere meint, dass sowohl der medizinische Zustand, jedoch auch die spezifische Situation der Gebärenden ohne Vorannahmen, welche auf sie übertragen werden, wahrgenommen werden. „Ensuring client control“ als drittes Konzept kann insgesamt als Empowerment der Gebärenden in ihren eigenen Fähigkeiten zusammengefasst werden und beinhaltet „informing, explaining, allowing, generating alternatives, teaching, validating and providing feedback“ (Dickson 1997 S. 24). Unter „Interacting“ fasst Dickson alle Formen der Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer zusammen. Hierzu gehören für sie verbale wie non-verbale Interaktionen, wie beispielsweise berühren, zuhören, sprechen und verfügbar sein (vgl. Dickson 1997 S. 24). Da Dickson sich in ihren Ausführungen mehrfach auf eine Publikation von Kristen Swanson bezieht, wird auf diese im Folgenden eingegangen.

Swansons definiert Care als „a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility“ (Swanson 1991 S. 165). Ihre Arbeit basiert auf drei phänomenologischen Studien, in welchen 20 Frauen nach einer Fehlgeburt, 19 Pflegekräfte einer Neugeborenenintensivstation sowie acht junge Mütter, welche an eine Interventionsstudie zur Verbesserung der mentalen Gesundheit von Patientinnen mit einem hohen Risiko für psychische Erkrankungen teilgenommen haben, anhand eines Leitfadens interviewt wurden (vgl. Swanson 1991 S. 162 f.). Auf dieser Grundlage beschreibt Swanson Care in fünf Prozessschritten. Unter „Knowing“ versteht sie das Wahrnehmen der Bedeutung, die ein Lebensereignis für eine andere Person hat, ohne hierbei eigene a-priori-Annahmen auf diese zu übertragen. Das „Knowing“ vollzieht sich über den gesamten Care-Prozess. „Being with“ bedeutet für sie das emotionale Öffnen für die zu

betreuende Person. Übernimmt die Hebamme Tätigkeiten für die Gebärende, welche diese selbst ausführen würde, wenn sie dazu in der Lage wäre, bezeichnet Swanson dies als „Doing for“. „Enabling“ beschreibt das Unterstützen der Gebärenden mit Expertinnenwissen in einer für sie neuen Situation, wodurch ihr der Umgang mit dieser erleichtert werden soll. Swanson bezeichnet „Maintaining belief“ als das Vertrauen in die Fähigkeit des anderen, diesen Übergang meistern zu können und Erfüllung in der neuen Situation zu finden (vgl. Swanson 1991 S. 163 ff.). Im Folgenden werden die Subdimensionen des Caring-Prozesses von Swanson tabellarisch dargestellt.

Knowing	<ul style="list-style-type: none"> • avoiding assumptions • centering on the one cared-for • assessing thoroughly • seeking cues • engaging the self of both
Being with	<ul style="list-style-type: none"> • being there • conveying ability • sharing feelings • not-burdening
Doing for	<ul style="list-style-type: none"> • comforting • anticipating • performing competently / skillfully protecting • preserving dignity
Enabling	<ul style="list-style-type: none"> • informing / explaining • supporting / allowing • focusing • generating alternatives / thinking it through • validating / giving feedback
Maintaining Belief	<ul style="list-style-type: none"> • believing in / holding in esteem • maintaining a hope-filled attitude • offering realistic optimism • „going the distance“

Tabelle 1: Subdimensionen im Caring-Prozess (vgl. Swanson 1991 S. 163)

Eine genaue Definition davon, was sie unter einer Theorie versteht und welchen Zweck sie erfüllen muss, gibt Swanson zwar nicht, hält es jedoch für notwendig, deduktiv empirisch zu überprüfen, ob die von ihr beschriebene Struktur von Care auch für andere Situationen der Betreuung in der Geburtshilfe zutrifft (vgl. Swanson 1991 S. 163 ff.).

In einer zweiten Publikation strukturiert Swanson die fünf von ihr formulierten Dimensionen von Care und führt sie weiter aus. Hierbei sieht sie „Maintaining belief“ als Grundlage von pflegerischem „Caring“, da dies „philosophical attitudes towards persons (in general), and the designated client (in specific)“ beschreibt (Swanson 1993 S. 355). Auf dieser Grundlage findet in ihrem Verständnis die zweite Dimension von Care, das „Knowing“, statt, was als „informed understanding of the clinical condition (in general) and the situation and client (in specific)“ definiert wird (Swanson 1993 S. 355). Hier wird deutlich, dass professionelles Caring nach Meinung von Swanson sowohl Fachwissen als auch das Verständnis für die individuelle Situation und Person benötigt. Die zweite Dimension steht in direktem Zusammenhang mit der dritten Dimension „Being with“, das sie als emotionale Präsenz der Hebamme beschreibt. In den beiden letzten Dimensionen, dem „Doing for“ und dem „Enabling“, sieht Swanson therapeutische Handlungen vertreten. Als angestrebtes Ziel von Caring sieht sie das Wohlbefinden der Patientin (vgl. Swanson 1993 S. 354 ff.).

Auch Woodward beschreibt es als essentiell bedeutsam, dass Hebammen ein Selbstverständnis bewahren, welches Caring und eine Frau-zentrierte Identität zur Grundlage hat. Nur so ist es in ihren Augen möglich, dass die Geburt nicht zu einer auf medizinische Kontrolle reduzierten Routinehandlung wird (vgl. Woodward 2000 S. 68). In einer ethnographischen Studie möchte sie die Frage beantworten, welche Interpretationen und Werte Pflegende in der palliativen Versorgung sowie Hebammen mit Care in Verbindung bringen. Hierfür wurden nicht teilnehmende Beobachtungen sowie semi-strukturierte Interviews mit den entsprechenden Berufsgruppen durchgeführt, um sowohl implizite Annahmen als auch artikulierbare Werte und Wissen erfassen zu können (vgl. Woodward 2000 S. 69 f.). Während die Pflegenden von einer „philosophy of care“ sprechen, weisen in dieser Studie die interviewten Hebammen konkrete Modelle eher ab, welche ihre Arbeit

beschreiben, mit der Begründung, diese sei zu komplex und divers. In der Hebammenpraxis scheint ein Konflikt zu bestehen zwischen medizinischer Überwachung und Care. Dieser spiegelt sich insbesondere wider in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen. Von einer Hebamme wird die Situation beschrieben, dass vor allem bei Zeitmangel medizinische Überwachung stattfindet, sie jedoch keine Möglichkeit hat, auf emotionale Bedürfnisse der Frau einzugehen, da dies vom ärztlichen Personal nicht wertgeschätzt wird (vgl. Woodward 2000 S. 71 f.). Woodward schlussfolgert aus ihren empirischen Ergebnissen, dass es notwendig ist, dass Hebammen die Vorteile von formaler Theorie kennen, um so geburtshilfliche Praxis entwickeln und begründen zu können (vgl. Woodward 2000 S. 74).

In den Theorien zur Hebammenpraxis finden sich Referenzen zur Care-Ethik, in der ausführliche Theorien zum Gegenstand von Care formuliert werden (vgl. Dickson 1997 S. 23, vgl. Swanson 1991 S. 161). Um ein tieferes Verständnis zur Praxis Care zu erlangen, erfolgt im folgenden Unterkapitel eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Theorien aus der Care-Ethik.

2. Care in der Care-Ethik

Der Begriff einer „Ethics of care“ taucht zum ersten Mal in Gilligans „In a different voice“ (Gilligan 1982) auf. Auf Grundlage qualitativer Interviews beschreibt Gilligan Unterschiede beim moralischen Urteilen zwischen Männern und Frauen. Während hierbei Männer eher dem Prinzip der Gerechtigkeit zu folgen scheinen, zeigt sich bei Frauen eine fürsorgliche Haltung (vgl. Kohlen / Kumbruck 2008 S. 3 f.), welche mit dem Begriff „Care“ beschrieben wird. Gilligan geht davon aus, dass mit der Identität als Frau verbunden ist, sich selbst in Beziehung zu anderen zu sehen (vgl. Gilligan 1982 S. 171). Demnach wird auch das In-Beziehung-Stehen bei moralischen Fragen beachtet, statt die Situation zu abstrahieren. Kritisiert wurde Gilligan insbesondere aufgrund der Zuschreibung von Geschlechterrollen, welche die Möglichkeit einer biologistischen Interpretation mit sich bringt, obwohl die zugeschriebenen Rollen auch als gesellschaftlich konstruiert verstanden werden können

(vgl. Kohlen / Kumbruck 2008 S. 4 f.). In der Folge Gilligans wurde eine Care-Ethik von verschiedenen Wissenschaftlerinnen weiter beschrieben.

Im diesem Kapitel wird zunächst auf das Ziel einer Auseinandersetzung mit Care in der Care-Ethik eingegangen. Im Anschluss hieran werden Arbeiten verschiedener Wissenschaftlerinnen vorgestellt.

2.1 Ziel der Auseinandersetzung mit Care in der Care-Ethik

Conradi beschreibt als Ziel ihrer Arbeit die Beschreibung und begriffliche Fassung der Praxis Care. Auf dieser Grundlage führt sie dann im nächsten Schritt ihre Kritik an zeitgenössischer deontologischer Ethik an (vgl. Conradi 2001 S. 12). Das Ziel einer Definition der Praxis Care findet sich auch bei Held, Tronto, Noddings und Bubeck wieder, die ebenfalls ethische Implikationen aus der Praxis Care ableiten (vgl. Held 2006 S. 29, vgl. Tronto 1993 S. 102, vgl. Noddings 1984 S. 7 ff., vgl. Bubeck 1995 S. 127).

Die Arbeiten aus der Care-Ethik zielen demnach darauf ab, Care zu definieren und dadurch auch von anderen Konzepten abzugrenzen, als auch eine Sprache zu entwickeln, um Care einem Diskurs erst zugänglich zu machen. Care wird bei den verschiedenen Vertreterinnen als Praxis oder Aktivität beschrieben (vgl. Conradi 2001 S. 12, vgl. Held 2006 S. 29, vgl. Tronto 1993 S. 104, vgl. Noddings 1984 S. 10, vgl. Bubeck S. 127). Auf Grundlage der Beschreibung der Praxis Care wird von den Wissenschaftlerinnen abgeleitet, dass in die Lösung konkreter moralischer Konflikte persönliche Beziehungen mit einbezogen werden müssen. Dieser Gedanke kann sicherlich eine bedeutsame Rolle für die Entwicklung einer Ethik in der Hebammenarbeit spielen. Da die vorliegende Arbeit auf eine empirische Abbildung von Care als Praxis oder Aktivität in der Hebammenpraxis abzielt, sollen ethische Überlegungen jedoch hier nicht thematisiert werden. In den folgenden Unterkapiteln werden insbesondere die Anteile der Publikationen aus der Care-Ethik vorgestellt, welche sich mit der Praxis Care beschäftigen und demnach deskriptiv abbildbar sind und somit einer empirischen Überprüfung zugänglich sein können. Hierbei soll nicht auf die Frage eingegangen werden, ob Care als

Vorstellung einer guten Hebammenpraxis dienen *soll*, sondern ob die empirische Abbildbarkeit von Care in der Hebammenpraxis geprüft werden kann. Unter Praxis wird allgemein die „Aufführung, Anwendung von Gedanken, Vorstellungen, Theorien o. Ä. in der Wirklichkeit“ (Duden 2018) beziehungsweise eine „bestimmte Art und Weise, etwas zu tun, zu handhaben“ (Duden 2018) verstanden. Im aristotelischen Verständnis wird Praxis insbesondere in Abgrenzung zu Poiesis beschrieben. Beide Begriffe beschreiben Handlungen; während Poiesis jedoch ein bestimmtes Ziel verfolgt, welches sich von Poiesis unterscheidet, liegt das Ziel von Praxis in der Praxis selbst (vgl. Ebert 2018 S. 12 f.).

2.2 Care bei Elisabeth Conradi

Conradi formuliert in ihrer Dissertation neun Thesen, in denen sie Care als menschliche Interaktion definiert und ausführt, was dies in ihrem Verständnis bedeutet. Hierbei bezieht sie sich vor allen Dingen auf weitere Theorien aus der Care-Ethik, insbesondere die von Tronto, Held, Noddings und Bubeck, auf welche später eingegangen wird.

Care wird von Conradi als Interaktion definiert, an der (abgesehen von der Selbstsorge) immer mindestens zwei Menschen beteiligt sind. Sie betont, dass für sie hierbei die öffentliche Versorgung ausgeklammert wird, die berufliche Pflege jedoch nicht, obwohl Care hier im Rahmen dieser bezahlten Tätigkeit trotz allem als „Extra“ verstanden wird (vgl. Conradi 2001 S. 45 f.). In diesem Zusammenhang betont sie auch, dass Care eine zentrale Bedeutung für die Pflege zukommt, jedoch nicht mit ihr gleichgesetzt werden darf (vgl. Conradi 2001 S. 48). In diesem Zusammenhang wird auch auf Benner und Wrubel verwiesen, welche Pflegende als „Expertinnen und Experten für zwischenmenschliche Sorge“ (Benner / Wrubel 1997 S. 449) sehen und die Bedeutung von Care in der Bewältigung von Erkrankungen darstellen.

Conradi betont die Bedeutung von zwischenmenschlicher *Beziehung* innerhalb von Care-Interaktionen. Sie geht davon aus, dass *Verbundenheit* aktiv

von Menschen gestaltet wird, worin die Definition von Care als Praxis deutlich wird. Dies kann in ihrem Verständnis in bereits bestehenden Beziehungen geschehen, aber es können auch Beziehungen neu geknüpft werden. Conradi führt den Begriff der *Bezogenheit* ein, worunter sie das grundsätzliche Angewiesensein von Menschen versteht, das gegenseitige Bemühen, eine andere Person wahrzunehmen und das Knüpfen und Intensivieren von zwischenmenschlichen Kontakten aus einer sorgenden Einstellung heraus. Unter *Zuwendung* versteht Conradi, dass der Aspekt der helfenden Tätigkeit sowie Engagement zusammenkommen (vgl. Conradi 2001 S. 46 ff.).

Conradi versteht Care als gesellschaftlich geformte und demnach auch veränderbare Praxis, woraus sie die normative Implikation ableitet, dass Care als Praxis auch verändert werden muss (vgl. Conradi 2001 S. 48 ff.). Da die vorliegende Arbeit auf die empirisch abbildbaren Anteile von Care in der Arbeit zwischen Hebamme und Gebärender abzielt, wird hierauf an dieser Stelle nicht weiter eingegangen.

Basierend auf der Vorstellung von Care-Beziehungen geht Conradi in ihrer Dissertation auf den daraus resultierenden Aspekt von *Macht* in Care-Interaktionen ein. Sie führt aus, dass in ihrem Verständnis keine festen Rollen von „Care-giver“ und „Care-receiver“ zugeschrieben werden, sondern betont den Interaktionscharakter, was impliziert, dass beide in diesem Prozess aktiv sind und Care „sowohl das Zuwenden als auch das Annehmen der Zuwendung“ (Conradi 2001 S. 51) umfasst. Auch wenn in Care-Interaktionen Macht-Asymmetrien vorliegen, sollten daraus keine festen Rollen folgen. Sie betont den Empowerment-Charakter von Care-Interaktionen und sieht in der Ermächtigung von Personen die Möglichkeit, Machtunterschiede zu begrenzen (vgl. Conradi 2001 S. 53 f.).

Auf Grundlage der bereits dargelegten Vorstellungen über Care führt Conradi den für ihre Arbeit zentralen Begriff der *Achtsamkeit* an. Hierunter versteht sie, dass Achtung nicht an Autonomie gebunden ist und „Menschen sich anderen Menschen zuwenden, sie ernst nehmen, auf sie eingehen, für sie sorgen sowie dass Menschen Zuwendung zulassen, reagieren, sich einlassen“ (Conradi 2001 S. 55 f.). An dieser Stelle wird nochmals betont, dass

sowohl „Care-giver“ als auch „Care-receiver“ Achtsamkeit schenken und Reziprozität keine Grundlage für ihren Begriff von Achtsamkeit ist (vgl. Conradi 2001 S. 55 ff.).

Conradi versteht Care als „reflektiertes Handeln [...], das affektiv-emotionale mit kognitiven Anteilen verbindet“ (Conradi 2001 S. 59). Bezogen auf die Praxis Care, spricht sie von einer „Verwobenheit von Fühlen, Denken und Handeln“ (Conradi 2001 S. 58). Sie betont, dass Care sowohl verbal als auch nonverbal sein kann und häufig mit körperlichen Berührungen einhergeht (vgl. Conradi 2001 S. 58 f.).

2.3 Care bei Joan Tronto

Tronto fasst ihren Begriff von Care weiter als Conradi. Sie definiert Care als

„species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our world so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.“ (Tronto 1993 S. 103).

Im Unterschied zu Conradi definiert sie Care also insbesondere nicht nur als zwischenmenschliche Interaktion. Tronto betont, dass die Aussage „I care about ...“ mehr meint als bloßes Interesse an etwas, sondern dass der Begriff Care verbunden ist damit, dass etwas anderes als das eigene Selbst in den Fokus gerückt wird und hieraus eine Handlung resultiert (vgl. Tronto 1993 S. 102).

Care als Prozess wird von Tronto in vier Phasen beschrieben. „Caring about“ meint für sie das Erkennen eines Zustandes, der eine Care-Aktion notwendig macht (vgl. Tronto 1993 S. 106). Sich für das entsprechende Bedürfnis verantwortlich zu fühlen und eine Idee zu entwickeln, wie es erfüllt werden kann, bezeichnet Tronto als „Taking Care of“. „Care-giving“ beschreibt als dritte Phase von Care das direkte Erfüllen eines Bedürfnisses und beinhaltet in der Regel physische Arbeit sowie ein direktes In-Kontakt-Treten zwischen „Care-giver“ und „Care-receiver“. Als letzte Phase definiert Tronto „Care-receiving“, womit sie die Antwort des „Care-receivers“ auf Care meint. Sie betont die

Wichtigkeit dieses letzten Schrittes, da hierin erkannt werden kann, ob die bestehenden Bedürfnisse tatsächlich erfüllt werden konnten oder die am Care-Prozess beteiligten unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, welche Form von Care notwendig ist.

Tronto betont, dass Care als Praxis zu verstehen ist, in der Handlung und Überlegungen zusammenkommen, und auf ein Ziel ausgerichtet sind (vgl. Tronto 1993 S. 106 ff.). Als Ideal von Care bezeichnet sie „providing an integrated, holistic way to meet concrete needs“ (Tronto 2009 S. 109).

Ähnlich wie Conradi betont Tronto, dass alle Menschen angewiesen sind auf Care und dass Care gesellschaftlich und kulturell geformt ist (vgl. Tronto 1993 S. 110).

2.4 Care bei Virginia Held

Auch Virginia Held geht darauf ein, was Care als Praxis bedeutet. Sie hält eine theoretische Auseinandersetzung hiermit für notwendig, um diese Praxis verstehen und verändern zu können, und sieht darin eine Aufgabe der Care-Ethik. Held betont, dass Care sowohl ausgerichtet sein muss auf den Effekt der Bemühungen, die Bedürfnisse eines Menschen zu befriedigen, als auch auf die Motive, aufgrund derer eine Handlung stattfindet. Nur wenn beides zusammenkommt spricht sie nicht mehr von Arbeit, sondern Praxis (vgl. Held 2006 S. 36 f.). In diesem Zusammenhang spricht sie sowohl von Care als Praxis als auch als Wert.

Held beschreibt, dass Care als Motive einer Handlung „attentiveness, sensitivity and responding to needs“ beinhaltet und die bestehenden Bedürfnisse von sehr unterschiedlicher Natur sein können, beispielsweise emotionale oder psychische, aber auch Grundbedürfnisse wie Nahrungsaufnahme (vgl. Held 2006 S. 39).

Als Reaktion, welche „Care-receiver“ auf eine Care-Interaktion zeigen können, nennt Held als Beispiele „the look of satisfaction in the child, the smile of the patient“ (Held 2006 S. 36). Held betont den Aspekt der Beziehung

zwischen den an einer Care-Interaktion Beteiligten, worunter sie insbesondere gegenseitige Sorge und Vertrauen versteht (vgl. Held 2006 S. 42). Ist die Person, welche Care empfängt, beispielsweise aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht dazu in der Lage, eine Beziehung einzugehen, so muss sich der „Care-giver“ in Helds Verständnis eine Beziehung vorstellen (vgl. Held 2006 S. 36 f.).

2.5 Care bei Nel Noddings

Noddings definiert Care als „to be charged with the protection, welfare or maintenance of something or someone“ (Noddings 1984 S. 9). „To care about someone“ impliziert in ihrem Verständnis, dass eine Form von Handlung notwendig ist für die Person, welche Care empfangen soll (vgl. Noddings 1984 S. 10). Ursprünglich definiert Noddings Care als genuin weibliches Konzept (vgl. Kohlen / Kumbruck 2008 S. 6). Das Ändern des Untertitels ihres Werkes „Caring“ von „A Feminine Approach to Ethics and Moral Education“ zu „A Relational Approach to Ethics and Moral Education“ begründet sie damit, dass in Care-Theorien Beziehung statt Individualität in den Fokus genommen wird und dies insbesondere, aber nicht ausschließlich, von Frauen in Care-Beziehungen erfahren wird (vgl. Noddings 2013 S. xiii).

Noddings betont, dass Care-Handlungen nicht auf a priori festgelegten Regeln basieren und demnach auch keine Routinehandlungen sind. Sie sind zwar in einem globalen Sinn vorhersagbar, aber niemals für den konkreten Fall (vgl. Noddings 1984 S. 13, S. 24). Stattdessen ist das Verstehen der Realität des „Care-receivers“ als Kern von Care zu verstehen, wobei dessen Bedürfnisse und Erwartungen an den „Care-giver“ wahrgenommen werden. Grundlage für eine Care-Handlung bilden demnach in Noddings Verständnis sowohl die Wünsche des „Care-receivers“ als auch eine objektiv wahrnehmbare Problemsituation (vgl. Noddings 1984 S. 16, S. 24). Dieses Wahrnehmen und Aufnehmen durch den „Care-giver“ bezeichnet sie als „attitude“ (vgl. Noddings 1984 S. 19). Liegt der Fokus von Überlegungen bezüglich einer angepassten Handlung nicht auf der konkreten Person, sondern dem Problem, spricht Noddings nicht von Care (vgl. Noddings 1984 S. 25). Der

Fokus auf einen individuellen Kontext bedingt in ihrem Verständnis auch, dass Care nicht institutionalisiert werden kann und Regeln auf ein Minimum beschränkt sein sollten (vgl. Kohlen / Kumbruck 2008 S. 7). Bezüglich Care-Handlungen wird ebenfalls angenommen, dass hierfür „Care-giver“ und „Care-receiver“ nicht unbedingt physisch in Kontakt treten müssen (vgl. Noddings 1984 S. 19). In ihrem Verständnis wird Care erst durch die Anerkennung des „Care-receivers“ präsent (vgl. Kohlen / Kumbruck 2008 S. 6).

Care ist für Noddings immer assoziiert mit einem Mitfühlen. Sie lehnt jedoch ein klassisches Verständnis von Empathie ab, was insbesondere das Hineinfühlen in eine andere Person beschreibt. Stattdessen geht sie davon aus, dass nicht ein aktives In-die-Situation-des-Gegenübers-Versetzen stattfindet, sondern vielmehr eine Dualität entsteht, in der die Gefühle des anderen als eigene Gefühle wahrgenommen werden (vgl. Noddings 1984 S. 30). Dies erfordert in ihrem Verständnis kein rationales Nachdenken, weshalb sie Care als „essentially nonrational“ bezeichnet (Noddings 1984 S. 25).

2.6 Care bei Diemut Bubeck

Bubeck definiert Care als Aktivität folgendermaßen:

„Caring for is the meeting of the needs of one person by another person where face-to-face interaction between carer and cared for is a crucial element of the overall activity and where the need is of such a nature that it cannot possibly be met by the person in need herself.“ (Bubeck 1995 S. 129)

Bubeck betont, dass in dieser Definition zwar von „Carer“ und „Cared for“ die Rede ist, diese Rollen jedoch als vorübergehend zu betrachten sind und selbst in professionellen Kontexten wechseln können, in denen Care stattfindet, beispielsweise in der professionellen Pflege.

Als Kernelement von Care versteht sie die Interaktion zwischen „Carer“ und „Cared for“. Bei den meisten Care-Handlungen findet diese Interaktion „face-to-face“ statt, wobei in Bubecks Verständnis, auch wenn kein räumlicher Kontakt besteht, Handlungen als Care bezeichnet werden, bei denen eine

Person Tätigkeiten zur Befriedigung von Bedürfnissen einer anderen ausführt, welche diese nicht selbst ausführen kann (vgl. Bubeck 1995 S. 130 f.).

Dass Care sich immer auf die Erfüllung von Bedürfnissen bezieht, welche vom „Cared for“ nicht selbst erfüllt werden können, wird von Bubeck betont. In diesem Sinne kann die zunächst gleiche Handlung, zum Beispiel das Zubereiten einer Mahlzeit für eine Person, sowohl Care als auch „Service“ sein. Wäre die Person selbst dazu in der Lage, die Mahlzeit zuzubereiten, beispielsweise ein Gast in einem Restaurant, wäre dies in Bubecks Verständnis als Service zu bezeichnen, während das Zubereiten einer Mahlzeit für eine pflegebedürftige Person, welche dies nicht selbst kann, als Care zu verstehen ist (vgl. Bubeck 1995 S. 131 f., S. 135). Care kann somit bezeichnet werden als „response to a particular subset of basic human needs, i. e. those which make us dependent on others“ (Bubeck 1995 S. 132).

Bubeck sieht in der Beziehung zwischen „Carer“ und „Cared for“ eine Asymmetrie, welche darin besteht, dass die Bedürfnisse des „Cared for“ erfüllt werden, wofür der „Carer“ Zeit und Energie aufwendet. Bubeck beschreibt, dass Caring somit auch zu einer Belastung werden kann, da die Bedürfnisse des anderen erfüllt werden müssen, unabhängig davon, ob der „Carer“ sich dazu in der Lage fühlt, diese zu erfüllen, oder nicht. Zugleich befindet der „Cared for“ sich in einer Abhängigkeit, da das Enthalten von Care eine existentielle Bedrohung sein kann (vgl. Bubeck 1995 S. 139 ff.).

Als wichtigste Eigenschaften des „Carers“ führt Bubeck Achtsamkeit und Empfänglichkeit an, welche notwendig sind, um Bedürfnisse eines anderen überhaupt wahrzunehmen, sowie die Fähigkeit, auf die Bedürfnisse des „Cared for“ in angemessener Form zu reagieren. Die Empfänglichkeit für die Situation des anderen macht in Bubecks Verständnis auch aus, dass keine Macht-Asymmetrie zwischen den Beteiligten entsteht und diese Empfänglichkeit sogar vom „Cared for“ ausgenutzt werden kann (vgl. Bubeck 1995 S. 143 f.). Zudem kann die Fürsorge für andere für den „Carer“ nicht nur eine Belastung sein, sondern insbesondere auch positive Gefühle auslösen (vgl. Bubeck 1995 S. 148).

3. Care als latentes Konstrukt

Um überprüfen zu können, ob Care, wie es in der Care-Ethik und Theorien zur Hebammenpraxis beschrieben wird, empirisch abbildbar ist, muss es in einem deduktiven Ansatz zunächst operationalisiert werden. Care kann als latente Variable betrachtet werden. Dies bedeutet, dass sie im Gegensatz zu manifesten Variablen nicht direkt und unmittelbar erfasst werden kann. Bevor Care empirisch beobachtet werden kann, muss theoretisch definiert werden, was unter Care verstanden wird, also was überhaupt beobachtet werden soll. Bevor eine Operationalisierung stattfinden kann, ist es demnach notwendig, eine ausführliche Beschreibung des Gegenstandes vorzunehmen, um so Hypothesen über diesen formulieren zu können (vgl. Döring / Bortz 2016 S. 224). In einem theorieprüfenden Vorgehen erfolgt also nach einer genauen theoretischen Definition die Entwicklung oder Auswahl eines bereits vorhandenen angemessenen Messinstruments, welches es ermöglicht, das latente Konstrukt in messbare Variablen zu überführen, mit deren Hilfe empirische Daten erhoben und Annahmen geprüft werden können (vgl. Döring / Bortz 2016 S. 223).

Um Care empirisch zu beobachten, muss es möglich sein, Beobachtungen voneinander unterscheiden zu können. Hierzu ist es notwendig, das Konstrukt Care zuvor so differenziert zu beschreiben, dass auf Grundlage dieser Beschreibungen eine Unterscheidung zwischen Situationen, in welchen Care stattfindet, und solchen, in welchen Care nicht stattfindet, überhaupt erst theoretisch möglich sind. Auf dieser Basis kann eine Operationalisierung in ein Messinstrument, häufig einen Fragebogen, erfolgen. In dessen Items sind die theoretischen Vorannahmen über das latente Konstrukt enthalten. Mit Hilfe der Items werden grundsätzlich mögliche empirische Beobachtungen im Rahmen einer Theorie formuliert. Unter Anwendung eines Messmodells werden die Items durch die Befragten einem bestimmten Wert auf einer Skala zugeordnet. Das Ordnen von Items zu einer Zahl macht es letztlich möglich, das latente Konstrukt zu messen und mathematische Operationen durchzuführen (vgl. Planer 2014 S. 26 f.).

Items sind zu verstehen als „Schnittstelle zwischen inhaltlicher Theorie und Empirie“ (Borg 1995 S. 26). Eine Möglichkeit, dass in Items Annahmen über

ein latentes Konstrukt nicht nur implizit, sondern transparent enthalten sind, bietet das Vorgehen in der Facettentheorie (vgl. Borg 1995 S. 26), welches eine Beziehung zwischen abstrakter Theorie und empirischer Wissenschaft schafft (vgl. Guttman 1959 S. 318). Auf diese wird im folgenden Kapitel eingegangen.

III. Grundlagen der Facettentheorie

1. Allgemein

Die Facettentheorie kann als Methodologie oder Metatheorie der empirischen Sozialwissenschaften betrachtet werden. Sie wurde von Louis Guttman entwickelt und bietet die Möglichkeit einer fächerübergreifenden Erleichterung von Theoriekonstruktion, Forschungsplanung und Datenanalyse. Indem sie die Anwenderin zwingt, den zu untersuchenden Forschungsgegenstand systematisch zu definieren, können empirisch prüfbare Hypothesen formuliert werden. So kann eine Operationalisierung erfolgen, ein Design zur empirischen Überprüfung entwickelt und letztlich auch eine angemessene Form der Datenanalyse durchgeführt werden, woraus wiederum Konsequenzen für die Entwicklung von Theorie entstehen (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 135, S. 159).

„Theorie“ wird von Guttman definiert als „Korrespondenzhypothese zwischen einer wohldefinierten Grundgesamtheit grundsätzlich möglicher Beobachtungen und der empirischen Struktur tatsächlicher Beobachtungen mit einer rationalen Basis für eine solche Hypothese“ (Levy / Guttman 1989 S. 469, zitiert nach Bilsky / Cairns 2009 S. 135). Dieses Theorieverständnis bildet sich im Vorgehen der Facettentheorie ab.

Die Facettentheorie bietet die Möglichkeit, das Universum möglicher Beobachtungen auf Grundlage einer inhaltlichen Theorie in einem Abbildungssatz zu definieren und damit eine Struktur darzulegen, auf deren Grundlage ein Forschungsdesign zur systematischen Erhebung von Daten entwickelt werden kann, wodurch theoretische Annahmen einer empirischen Überprüfung zugänglich werden. Mittels angemessener Datenanalysemethoden können so empirische Beobachtungen hinsichtlich ihrer Struktur und deren Übereinstimmung mit den zuvor formulierten Definitionen analysiert werden. Die Formulierung von Korrespondenzhypothesen ermöglicht eine Verbindung zwischen inhaltlicher Theorie und erhobenen Daten, welche es letztlich im Sinne des Theorieverständnisses von Levy und Guttman ermöglicht, die Struktur grundsätzlich möglicher und empirisch erhobener Beobachtungen darzustellen (vgl. Borg / Shye 1995 S.13 ff.). Die Facettentheorie kann somit

in drei Hauptschritte untergliedert werden, erstens das Facetten-Design, welches basiert auf einem Definitionssystem möglicher Beobachtungen in Bezug auf den Forschungsgegenstand, zweitens die Datenanalyse, bei der empirische Daten bezüglich ihrer Struktur innerhalb des formulierten Definitionssystems untersucht werden, und drittens die Formulierung von Korrespondenzhypothesen, womit Beziehungen zwischen dem Definitionssystem und empirischen Beobachtungen formuliert werden (vgl. Guttman / Greenbaum 1998 S. 13, vgl. Planer 2014 S. 46 f.).

Die verschiedenen Elemente der Facettentheorie und ihre Beziehungen untereinander werden im Folgenden schematisch dargestellt.

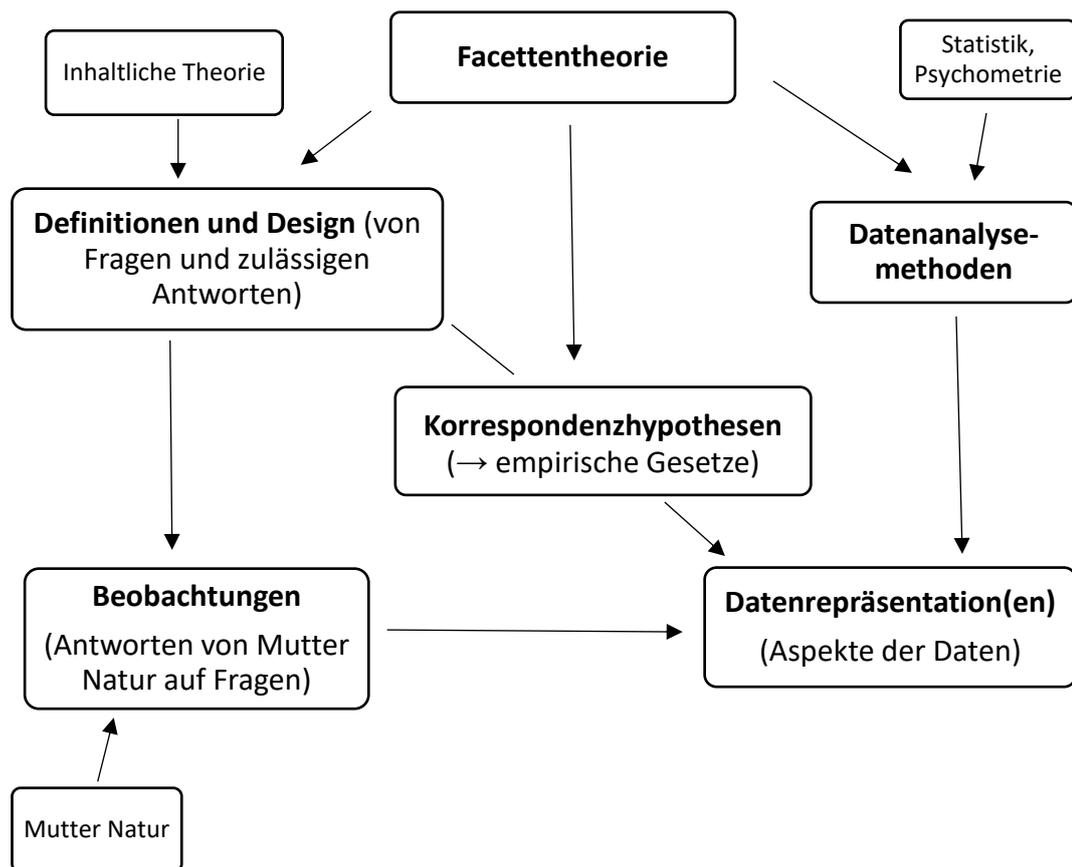


Abbildung 1: Schematische Übersicht der Elemente der Facettentheorie, ihre Beziehung untereinander und zu anderen Kernelementen empirischer Forschung (vgl. Borg / Shye 1995 S. 15)

Aufgrund der Möglichkeit, mit Hilfe des Facettendesigns das Universum möglicher Beobachtungen innerhalb einer Theorie zu definieren, auf dessen Grundlage empirische Daten systematisch erhoben werden können und somit eine Verbindung zwischen inhaltlicher Theorie und Empirie erzeugt werden kann, scheint die Facettentheorie für eine Operationalisierung des latenten Konstrukts Care geeignet zu sein.

2. Forschungsdesign

Das Forschungsdesign im Rahmen der Facettentheorie hat zum Ziel, die Struktur des Forschungsgegenstandes möglichst genau darzulegen, um auf dieser Grundlage systematisch Daten erheben zu können (vgl. Borg / Shye 1995 S. 13). Hierzu werden die für die Facettentheorie namensgebenden Facetten genutzt, welche in einem Abbildungssatz dargestellt werden.

Grundannahme bei der Definition von für die entsprechende Forschungsfrage bedeutsamen Facetten ist es, dass bei Fragestellungen in den Sozialwissenschaften in der Regel drei Gegenstandsbereiche von Interesse sind, nämlich die Personengruppe (P), auf welche sie sich die Forschungsfrage bezieht, die Fragen, Stimuli, Situationen oder ähnliches, welchen die Personen ausgesetzt sind (S) und deren Reaktion auf die entsprechende Situation (R). Aus diesen Gegenstandsbereichen kann ein kartesisches Produkt gebildet werden, indem jede Person aus P auf eine bestimmte Situation aus S mit einer Möglichkeit aus R reagiert. Das heißt, $P \times S \rightarrow R$. Indem P, S und R definiert werden, kann der Gegenstandsbereich festgelegt werden, auf den sich die Fragestellung beziehen soll (vgl. Borg 1986 S. 121 f.).

Die Grundlage der Definition von Personen, Situationen und Reaktionen bilden verschiedene Facetten. Facetten dienen der Beschreibung des zu beobachtenden Forschungsgegenstandes und können betrachtet werden als Zusammenstellung einer endlichen Anzahl sich gegenseitig ausschließender Elemente, welche zur Klassifizierung von empirischen Beobachtungen genutzt werden können. Beispielsweise könnte die Facette „Gender“ mit den

Elementen „männlich“, „weiblich“ und „andere“ Personen auf Grundlage ihres Geschlechts kategorisieren. Da Empirie im Hinblick auf unterschiedlichste Facetten beobachtet werden kann, muss von der Forscherin festgelegt werden, welche Facetten in Bezug auf die formulierte Forschungsfrage von Bedeutung sind (vgl. Borg / Shye 1995 S. 25, vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 142). Aus den Elementen der festgelegten Facetten kann ein kartesisches Produkt gebildet werden, was bedeutet, dass jedes Element einer Facette mit jedem Element der übrigen Facette kombinierbar sein muss. In einem Abbildungssatz werden die verschiedenen Facetten und ihre Beziehung zueinander dargestellt, welche als bedeutsam für den entsprechenden Forschungsgegenstand angesehen werden. Unter der Annahme, dass Wissen definiert werden kann als Wissen um Unterschiede, kann mit Hilfe der Facetten und ihrer Elemente ein zunächst „monolithisches Konstrukt“ in seine verschiedenen semantischen und logischen Anteile zerlegt und so durch systematische Unterscheidungen einem Diskurs erst zugänglich gemacht werden (vgl. Borg / Shye 1995 S. 43).

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen Personen-, Inhalts- und Reaktionsfacetten, also alle drei für die Sozialwissenschaften bedeutsamen Gegenstandsbereiche können mittels Facettierung definiert werden (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 143 f.). In Bezug auf die Art ihrer Elemente können Facetten unterteilt werden in kategoriale und geordnete. Während die Elemente geordneter Facetten das zu beschreibende Merkmal in auf- oder absteigendem Maße beeinflussen (beziehungsweise dieser Zusammenhang auf Grundlage theoretischer Vorannahmen zugrunde gelegt wird), beschreiben kategoriale Facetten Inhalte, welche nicht geordnet werden können (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 149).

Die verschiedenen Facetten werden nicht isoliert voneinander betrachtet. In Form eines strukturierten Abbildungssatzes soll ihre Beziehung zueinander dargestellt werden. Ein Abbildungssatz besteht also aus den Facetten, jedoch in Kombination mit Anteilen „informeller Sprache“, welche dazu dienen soll, den Kontext zu beschreiben, in welchem die Facetten betrachtet werden. Der Forschungsgegenstand kann so auf eine Art beschrieben werden, welche der natürlichen Sprache entspricht. (vgl. Borg / Shye 1995 S. 50 f.). Ein kartesisches Produkt aus den Elementen der verschiedenen Facetten

kann gebildet werden, wenn der Abbildungssatz von links nach rechts gelesen und dabei ein Element aus jeder Facette ausgewählt wird (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 144). Aus der Beziehung, welche zwischen Facetten bestehen kann, resultiert, dass eine Facette eine modulierende Rolle gegenüber einer anderen übernehmen kann, also je nach Element von Facette A die verschiedenen Elemente von Facette B eine unterschiedliche Bedeutung aufweisen. Ist dies nicht der Fall und eine Facette unabhängig, wird sie als orthogonal bezeichnet (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 152). Mit der Definition von Facetten und der Formulierung eines Abbildungssatzes müssen möglicherweise implizite theoretische Vorannahmen expliziert werden. Der Abbildungssatz ist hierbei jedoch nicht zu verstehen als Theorie, sondern vielmehr als Universum möglicher Beobachtungen innerhalb einer Theorie (vgl. Planer 2014 S. 47).

Ausgehend von dem formulierten Abbildungssatz, wird das zu untersuchende latente Konstrukt operationalisiert. Grundlage hierfür bilden die verschiedenen Facetten des Gegenstandsbereiches „S“. Wird aus den Elementen der Facetten ein kartesisches Produkt gebildet, so können mit den verschiedenen Kombinationen der Elemente alle grundsätzlich möglichen Beobachtungen innerhalb der zugrunde liegenden inhaltlichen Theorie beschrieben werden. Die verschiedenen Kombinationen an Elementen werden als „Struktupel“ bezeichnet. Struktupel können beispielsweise der Formulierung von Items für einen Fragebogen dienen oder Beobachtungen klassifizieren (vgl. Borg 1986 S. 122). Die aus verschiedenen Elementen der Facetten des Gegenstandsbereiches „S“ bestehenden Struktupel beschreiben hierbei den Definitionsbereich des Konstrukts, also alle möglichen Beobachtungen im Rahmen der inhaltlichen Theorie. Da davon ausgegangen werden kann, dass die aus dem kartesischen Produkt aus „S“ beschriebenen Situationen häufig nicht für alle Personengruppen gleich bedeutsam sind, kann auch eine Facettierung des Gegenstandsbereichs „P“ je nach Fragestellung sinnvoll werden. Diese Facetten werden zusammen mit jenen aus „S“ dem Definitionsbereich zugeordnet. Der Definitionsbereich wird in der Regel in Form von Items verknüpft mit dem Bildbereich, welcher in der Reaktion „R“ beschrieben wird. Dieser bezieht sich auf das Gemeinsame der verschiedenen Struktupel aus „S“, woraufhin sie von einer Person „P“ bewertet werden

sollen (vgl. Planer 2014 S. 48 f., vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 144). Die Bildfacette kann demnach als Antwortmodus verstanden werden, auf den sich die verschiedenen Stimuli aus den Facettierungen von P und S beziehen (vgl. Antonovsky 1997 S. 81).

Ein gemeinsamer Bildbereich, auf den sich alle Items beziehen, wird bezeichnet als „Common Range“. Dieser liegt vor, wenn die Reaktionsmöglichkeiten für jedes Item geordnet sind sich auf eine gemeinsame Bildfacette beziehen. Hierfür ist es nicht notwendig, dass der Antwortbereich für jedes Item die gleiche sprachliche Formulierung aufweist, solange der Bezug zum gemeinsamen Kriterium eindeutig ist (vgl. Borg / Shye 1995 S. 60 f.). Eine gemeinsame Bildfacette macht es ebenfalls möglich, verschiedene Abbildungssätze zueinander in Beziehung zu setzen. Dies ermöglicht eine kumulative Entwicklung von Theorien (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 145).

Als wichtigste Hypothesen der Facettentheorie können betrachtet werden, dass, erstens, je formaler ein Abbildungssatz formuliert wird, umso höher die Reliabilität im Strukturieren, Erheben und Kommunizieren von Beobachtungen eingeschätzt wird, und zweitens, die Darstellung eines Universums grundsätzlich möglicher Beobachtungen in Form eines Abbildungssatzes langfristig gesehen dazu führen wird, dass wissenschaftliche Gesetze besser begründet werden können als auf Grundlage impliziter Definitionssysteme (vgl. Borg / Shye 1995 S. 17). Die Facettentheorie bietet dementsprechend gegenüber der traditionellen Formulierung und Auswahl von Items den Vorteil, dass deren Anwendung nicht nur inferenzstatistisch, sondern inhaltlich begründet werden kann. Warum sich bestimmte Items eignen und andere nicht, kann demnach auf Basis des zugrunde liegenden Abbildungssatzes inhaltlich erklärt werden, wodurch zum einen eine gezielte Verbesserung des Instruments und außerdem die Generierung von Theorie ermöglicht wird (vgl. Planer 2014 S. 49).

Ein Abbildungssatz kann als nützlich betrachtet werden, wenn verschiedenen Expertinnen für den entsprechenden Fachbereich Items die gleichen Struktupel zuordnen können, was empirisch überprüft werden kann. Auch ist es Ziel, dass die beinhalteten Facetten sich empirisch abbilden und so als nützlich zur Strukturierung des Forschungsgegenstandes erweisen (vgl. Borg / Shye 1995 S. 55). Einfach formuliert, soll überprüft werden, ob dem

Antwortverhalten der Befragten die gleichen Unterscheidungen zugrunde liegen wie der Strukturierung des latenten Konstrukts durch die Forscherinnen (vgl. Planer 2014 S. 93).

Insbesondere bei Abbildungssätzen, welche zahlreiche Facetten enthalten, können bei der empirischen Prüfung nicht alle theoretisch möglichen Struktupel in Items wiedergespiegelt werden. Dies ist auch nicht notwendig, da es im facettentheoretischen Vorgehen nicht darum geht, „dass die Facetten das Itemuniversum abgrenzen“ (Planer 2018 S. 48). Stattdessen werden sie genutzt, um die Struktur der vorliegenden empirischen Daten zu erklären (vgl. Planer 2014 S. 48).

3. Datenanalyse

Ziel der Datenanalyse im Rahmen der Facettentheorie ist es, zu prüfen, ob die definierten Facetten für „S“ und gegebenenfalls „P“ die Varianz der Daten in Bezug auf „R“ erklären (vgl. Planer 2014 S. 50). Um dies zu überprüfen, erscheinen intrinsische Datenanalysemethoden als angemessen, welche die Struktur der vorliegenden empirischen Daten beschreiben und es so ermöglichen, eine empirische Ordnung entsprechend des zuvor formulierten Abbildungssatzes zu entdecken. Gegenüber extrinsischen Analysemethoden unterscheiden diese sich insbesondere darin, wie Variablen behandelt werden. In traditionelleren statistischen Verfahren, wie beispielsweise linearen Regressionsmodellen, werden die beobachteten Variablen als exakt die Variablen betrachtet, welche zur Vorhersage eines bestimmten Phänomens von Bedeutung sind. Im Gegensatz dazu gründet die Facettentheorie auf der Annahme, dass Empirie in Bezug auf eine möglicherweise unendliche Anzahl an Variablen beobachtet werden kann und die definierten Facetten nur eine Auswahl aus diesen darstellen (vgl. Borg 1986 S. 123, vgl. Borg / Shye 1995 S. 14).

Die weiteste Verbreitung zur Datenanalyse in der Facettentheorie hat die Multidimensionale Skalierung (MDS), ebenfalls bezeichnet als Smallest Space Analysis (SSA) gefunden (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 145). Die MDS

dient der geometrischen Darstellung von Objekten auf Grundlage ihrer (Un)Ähnlichkeit in einem zwei- oder mehrdimensionalen Raum (vgl. Borg et al. 2013 S. 7). Im Rahmen der Facettentheorie bedeutet dies, dass die verschiedenen Items oder Beobachtungen auf Grundlage ihrer (un)ähnlichen Bewertung, bezogen auf den „Common Range“, angeordnet werden. Überprüft werden soll, ob die den Punkten zugrunde liegenden Struktupel, welche wiederum abbilden, welches Element einer jeden Facette verwendet wurde, sich in ihrer geometrischen Anordnung widerspiegeln. Hypothesen im Rahmen der Facettentheorie sind daher auch insbesondere als „Regionalhypothesen“ zu verstehen. Dies meint, es wird hypothetisiert, dass die MDS-Konfiguration so unterteilt werden kann, dass einer Region ein bestimmtes Element einer Facette zugeordnet werden kann. Hierbei spielt wiederum die Art der vorliegenden Facetten eine Rolle. Während davon ausgegangen werden kann, dass kategoriale Facetten in der Regel bei der Unterteilung des MDS-Raumes eine polare Rolle spielen, und ihre Elemente sich ähnlich Kuchenstücken keilförmig abbilden lassen, stellen geordnete Facetten sich in der Regel als Streifen dar. Facetten mit modularem Charakter weisen häufig eine radiale Anordnung auf, bei der die zentral platzierten Punkte ein Element enthalten, welches im Gegensatz zu den weiter außen repräsentierten Elementen der entsprechenden Facette ein höheres Maß an Allgemeinheit aufweist (vgl. Borg / Shye 1995 S. 130, vgl. Borg / Groenen 2005 S. 99 f., vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 149 f.).

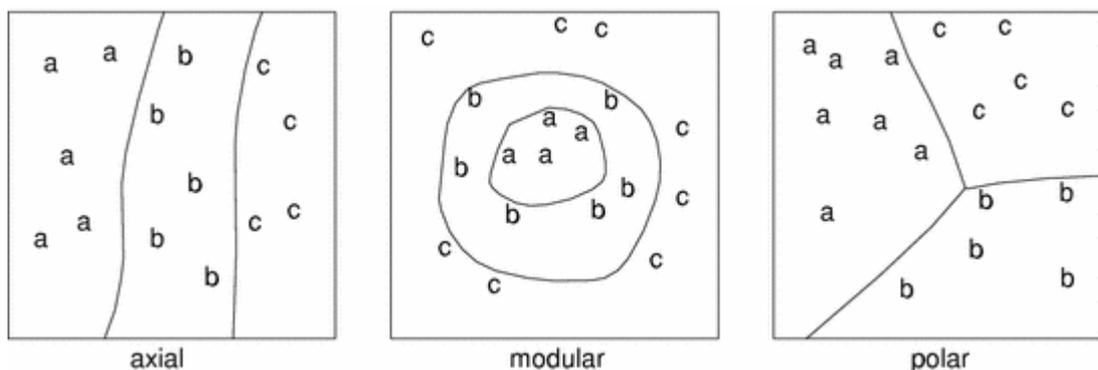


Abbildung 2: Drei typische Möglichkeiten, wie Facetten sich im zweidimensionalen Raum abbilden können (Quelle: Borg / Groenen 2005 S. 99)

Hieraus resultiert, dass mittels Multidimensionaler Skalierung nicht nur allgemein überprüft werden kann, ob die Facetten die Varianz der Daten erklären, sondern ebenso, ob die für eine Facette angenommene Struktur (beispielsweise eine geordnete) abgebildet wird (vgl. Planer 2014 S. 50). Eine ausführlichere Auseinandersetzung mit der Multidimensionalen Skalierung erfolgt in Kapitel V.

4. Korrespondenzhypothesen

Guttman beschreibt, dass das finale Ziel von Wissenschaft das Herstellen einer Verbindung zwischen Definitionssystemen und Empirie ist. Dies wird im Rahmen der Facettentheorie erreicht durch das Formulieren von Korrespondenzhypothesen auf Grundlage der in empirischen Daten abbildbaren Struktur, welche zuvor definierte Facetten abbildet (vgl. Borg / Shye 1995 S. 14 f.). Kann eine Facette empirisch abgebildet werden, so scheint sie für das zu untersuchende latente Konstrukt eine inhaltliche Bedeutung zu haben und stellt sich damit als nützlich für dessen Definition heraus (vgl. Planer 2014 S. 50).

IV. Entwicklung eines facettentheoretischen Abbildungssatzes zu Care

1. Theorieverständnis und wissenschaftstheoretische Annahmen

In Kapitel II und III wurden unter anderem die verschiedenen Auffassungen darüber dargelegt, was im Rahmen von Theorien zur Hebammenpraxis, in der Care-Ethik und in der Facettentheorie unter einer wissenschaftlichen Theorie verstanden wird. Diese unterscheiden sich mitunter stark voneinander.

In Veröffentlichungen von Professionstheorien zur Arbeit von Hebammen scheint kein einheitliches Verständnis darüber zu bestehen, was unter einer Theorie zu verstehen ist. Während Halldorsdottir und Karlsdottir in einer Theorie einen normativen Rahmen für die Tätigkeit von Hebammen sehen, in dem Ziele und Werte der Profession definiert werden (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 806), strebt Swanson eher eine Beschreibung der Tätigkeit von Hebammen an (vgl. Swanson 1991 S. 163 ff.). Dickson zielt auf die Entwicklung einer Theorie ab, welche das Konzept „Care“ beschreibt sowie Werte daraus ableitet. Dieses Verständnis findet sich auch in der Care-Ethik wieder, auf welche Dickson sich bezieht (vgl. Dickson 1997 S. 24). Auch hier wird Care als Praxis oder Aktivität beschrieben und definiert, woraus ethische Annahmen abgeleitet werden (vgl. Conradi 2001 S. 12 / vgl. Held 2006 S. 29, vgl. Tronto 1993 S. 102, vgl. Noddings 1984 S. 29, vgl. Bubeck 1995 S. 127).

Ein hiervon grundlegend zu unterscheidendes Verständnis von Theorie liegt der Methodologie der Facettentheorie zugrunde. Hier wird Theorie verstanden als „Korrespondenzhypothese zwischen einer wohldefinierten Grundgesamtheit grundsätzlich möglicher Beobachtungen und der empirischen Struktur tatsächlicher Beobachtungen mit einer rationalen Basis für eine solche Hypothese“ (Levy / Guttman 1989 S. 469, zitiert nach Bilsky / Cairns 2009 S. 135). Warum es trotz dieser Differenzen möglich und sinnvoll ist, auf Grundlage der beschriebenen Theorien zur Praxis und Aktivität Care einen Abbildungssatz im Sinne der Facettentheorie zu formulieren, welcher eine Grundgesamtheit an möglichen Beobachtungen innerhalb von Theorien zu

Care in der Hebammenpraxis beschreibt, auf dessen Basis empirische Beobachtungen stattfinden können und letztlich eine Korrespondenzhypothese zwischen dem Universum grundsätzlich möglicher und empirisch wahrgenommener Beobachtungen formuliert werden kann, soll in diesem Unterkapitel dargelegt werden.

In den unterschiedlichen Theorieverständnissen kann die Differenz zwischen Induktion und Deduktion beziehungsweise „Verstehen“ und „Erklären“ erkannt werden. Die theoretischen Auseinandersetzungen mit Care in Professionstheorien zur Hebammenarbeit basieren größtenteils auf qualitativen Studien (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011, vgl. Swanson 1991, vgl. Woodward 2000). Der von den verschiedenen Autorinnen gewählte Zugang ist induktiv, also empirische Daten werden nicht oder nur teilweise standardisiert erhoben. Halldorsdottir und Karlsdottir beziehen sich insbesondere auf phänomenologische Studien (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 810), genauso wie Swanson (vgl. Swanson 1991 S. 162). Woodward's ethnographische Studie setzt sich zusammen aus nicht-teilnehmenden Beobachtungen und semi-strukturierten Interviews (vgl. Woodward 2000 S. 69).

Der Zugang zu Konzeptionen von Care als Praxis oder Aktivität in der Care-Ethik erfolgt nur teilweise mittels empirischer Forschungsmethoden. Von den in Kapitel II beschriebenen Arbeiten basiert lediglich die Publikation Gilligans auf qualitativen Interviews. Die Ausführungen der verschiedenen Vertreterinnen können eher verstanden werden als normative Vorstellung darüber, wie Care aussehen *soll*. Trotz allem beschreiben die verschiedenen Vertreterinnen auch ihre Erfahrungen damit, wie sie Care als menschliche Tätigkeit oder Praxis wahrnehmen (vgl. Conradi 2001 S. 46, vgl. Tronto 1993 S. 103 ff., vgl. Held 2006 S. 30, vgl. Noddings 1984 S. 9, S. 31, vgl. Bubeck 1995 S. 128 ff.).

Den Zugängen von Hebammenwissenschaftlerinnen und Care-Ethikerinnen ist gemeinsam, dass Care zunächst nicht-standardisiert als Ganzes betrachtet, interpretiert und analysiert wird, mit dem Ziel, das Konzept detailliert darzustellen und hierdurch eine Theorie zu bilden. Im Gegensatz dazu werden bei einem deduktiven Vorgehen theoretische Konzepte, welche untersucht werden sollen, zunächst genau definiert und Hypothesen hieraus abgeleitet.

Im nächsten Schritt erfolgt hierbei eine Operationalisierung, indem theoretische Konstrukte in messbare Variablen überführt werden. Letztlich erfolgt eine empirische Überprüfung der Gültigkeit der aufgestellten Hypothesen (vgl. Döring / Bortz 2016 S. 223). Ein deduktives Vorgehen wird auch im Verständnis der Facettentheorie deutlich: Im ersten Schritt wird bei der Formulierung eines Abbildungssatzes das Universum möglicher Beobachtungen definiert und in Form einer Korrespondenzhypothese mit der empirischen Struktur tatsächlicher Beobachtungen verglichen (vgl. Levy / Guttman 1989 S. 469, zitiert nach Bilsky / Cairns 2009 S. 135).

Die Unterscheidung zwischen einem induktiven „Verstehen“ und einem deduktiven „Erklären“ geht zurück auf Wilhelm Dilthey. Er unterscheidet die Vorgehensweisen insbesondere darin, in welchem Verhältnis Theorie und Empirie zueinander stehen. Während beim induktiven Vorgehen auf Grundlage von Interpretationen der Empirie Theorien und daraus ableitbare Hypothesen formuliert werden, beginnt die Deduktion mit Hypothesen, welche empirisch überprüft werden (vgl. Dilthey 1894 S. 37).

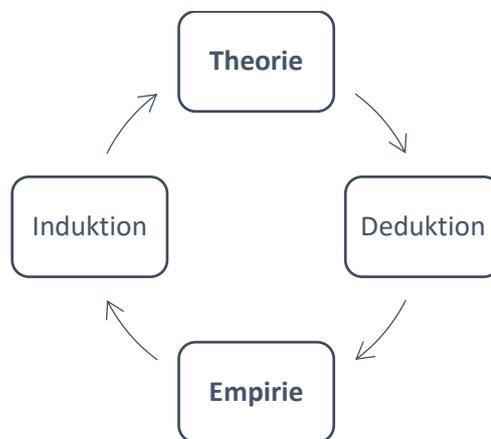


Abbildung 3: Induktion und Deduktion (vgl. Döring / Bortz S. 223)

Dilthey sieht die Aufgabe der Induktion insbesondere in einer Beschreibung und Zergliederung von Phänomenen (vgl. Dilthey 1984 S. 32). Dies findet in seinem Verständnis von außen nach innen statt, also eine Lebensäußerung, beispielsweise Care als menschliche Aktivität oder Praxis, wird von außen

wahrgenommen, mit dem Ziel, zu verstehen, welches Innere sie hervorgebracht hat, also zum Beispiel die Motivation oder das Ziel der beschriebenen Handlung (vgl. Dilthey 2013 S. 7, S.11 f.).

Bei einem deduktiven Vorgehen, wie dem innerhalb der Facettentheorie, muss hingegen, bevor Empirie untersucht wird, eine begrenzte Zahl eindeutig bestimmter Elemente definiert werden, welche als bedeutsam angesehen werden (vgl. Dilthey 2013 S.14, S. 81), und in Form von Hypothesen miteinander verknüpft werden (vgl. Dilthey 1894 S. 30). Um Elemente und Hypothesen zu formulieren, sind Erfahrung und Induktion erforderlich (vgl. Dilthey 1894 S. 7 f.). Abzugrenzen ist das Vorgehen in der Facettentheorie trotz des deduktiven Ansatzes vom klassischen Hypothesentesten nach dem Falsifikationsprinzip im Sinne des Popperschen Kritischen Rationalismus, in welchem durch eine Falsifikation von Gegenhypothesen falsifizierbare Hypothesen bestärkt werden (vgl. Popper 2005 S. 62 f.). Vielmehr können die mit der Facettentheorie in Zusammenhang stehenden statistischen Methoden, im vorliegenden Fall die Multidimensionale Skalierung und die Korrespondenzanalyse, als intrinsische Datenanalysemethoden betrachtet werden. Die Herangehensweise wird deutlich in dem Grundsatz „The model must fit the data, not vice versa“ (Benzécri, zitiert nach Backhaus et al. 2015 S. 405) von Benzécri, dem Entwickler der Korrespondenzanalyse. Auch bei Le Roux und Rouanet wird mit der Aussage „Description comes first. Statistics is not probability!“ (Le Roux / Rouanet 2004 S. 6) deutlich, dass geometrische Analysemethoden in der multivariaten Statistik insbesondere die Möglichkeit der Beschreibung von Empirie und nicht die Berechnung der Wahrscheinlichkeit für oder gegen eine Hypothese bieten. Im Zusammenhang mit der Facettentheorie werden die Methoden insofern deduktiv angewandt, dass eine vorliegende Theorie überprüft wird. Trotz allem lassen die gewählten Methoden die Daten weitgehend für sich selbst sprechen. Statt der statistischen Wahrscheinlichkeit für oder gegen eine zuvor formulierte Hypothese wird die Struktur der Daten in Bezug auf eine zuvor angenommene Struktur überprüft. Dieses intrinsische Verfahren der Datenanalyse bietet statt einem Verwerfen von Gegenhypothesen die Möglichkeit der Formulierung empirisch begründeter inhaltlicher Theorien.

Das beschriebene Zusammenspiel von Induktion und Deduktion, beziehungsweise von Verstehen und Erklären, macht deutlich, weshalb trotz der grundlegend unterschiedlichen Theorieverständnisse Arbeiten aus der Care-Ethik sowie qualitativ empirische Publikationen aus der Hebammenwissenschaft genutzt werden, um Care mit Hilfe eines Abbildungssatzes im Sinne der Facettentheorie zu operationalisieren. Als latentes Konstrukt kann Care nicht unmittelbar beobachtet werden, sondern muss in messbare Variablen überführt werden. Hierfür ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Gegenstand notwendig (vgl. Döring / Bortz 2016 S. 223 f.). Diese erfolgt in den beschriebenen Theorien aus der Hebammenwissenschaft und der Care-Ethik. Eine Methodologie, wie eine Operationalisierung stattfinden kann, bietet wiederum die Facettentheorie. Die Formulierung eines Abbildungssatzes zwingt dazu, aus den Theorien abgeleitete Annahmen darüber, was Care (nicht) ist, so differenziert zu definieren, dass Beobachtungen überhaupt erst voneinander unterschieden werden können. Indem theoriebasiert ein Universum möglicher Beobachtungen definiert wird, kann beforscht werden, ob formulierte Facetten sich auch empirisch abbilden, also die verschiedenen Elemente tatsächlich geeignet sind, Beobachtungen voneinander zu unterscheiden. So kann letztlich empirisch überprüft werden, ob Care in der Hebammenpraxis eine Bedeutung zukommt oder nicht.

2. Abbildungssatz

Die Formulierung eines facettentheoretischen Abbildungssatzes unterliegt keiner starr festgelegten Vorgehensweise. Für die vorliegende Arbeit wurde er formuliert auf Grundlage der in Kapitel II dargestellten Literatur. Der Abbildungssatz darf hierbei nicht als endgültig angesehen werden, im Gegenteil ist es für das Vorgehen der Facettentheorie typisch, dass dieser immer wieder reformuliert wird und die Facetten weniger deskriptiv, sondern zunehmend abstrakter werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die inhaltlichen Theorien, welche als Grundlage des Abbildungssatzes dienen, immer eine bestimmte Unschärfe aufweisen. Borg und Shye gehen davon aus, dass alle Theorien innerhalb der Sozialwissenschaften unklare Elemente

aufweisen und eine fortlaufende Präzisierung das Ziel von Forschung sein muss. Im Vorfeld empirischer Forschung muss das zu untersuchende Konstrukt dennoch ausreichend sprachlich präzisiert sein, um es beforschen zu können (vgl. Borg / Shye 1995 S. 56 f.). Nachfolgend wird der Abbildungssatz zu Care dargestellt, welcher im Rahmen der Arbeit entwickelt wurde.

Abbildungssatz	Theoretische Grundlage	Art der Facette
<p>Die Hebamme</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> • nimmt Bedürfnisse der Schwangeren wahr • beschreibt a-priori-Annahmen </div>	<p>Halldorsdottir + Karlsdottir, Swanson, Dickson, Woodward, Bubeck, Noddings, Held, Tronto, Conradi</p>	<p>modulierend</p>
<p>was zu einer</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Art der Interaktion</p> <ul style="list-style-type: none"> • verbalen • non-verbalen • verbalen und non-verbalen • indirekten </div>	<p>Conradi, Tronto, Noddings, Bubeck, Dickson, Swanson</p>	<p>kategorial</p>
<p>Interaktion führt, welche</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Ziel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empowerment • Ohnmacht </div> <p>zum Ziel hat bzw. dazu führt</p>	<p>Conradi, Swanson, Halldorsdottir + Karlsdottir, Young, Rommelspacher vs. Bubeck</p>	<p>modulierend</p>
<p>und in der die Rolle der Schwangeren verstanden werden kann als ein</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Rolle der Schwangeren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zulassen. • Zustimmung. • Einlassen. </div>	<p>Conradi, Tronto, Noddings, Held vs. Bubeck</p>	<p>geordnet oder kategorial</p>
<p>In der Interaktion beschreibt die Hebamme eigene Gefühle für die Situation der Gebärenden als</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">Emotionale Zuwendung</p> <ul style="list-style-type: none"> • wichtigen Teil ihrer Tätigkeit. • unwichtig oder hinderlich für ihre Tätigkeit. </div>	<p>Conradi, Tronto, Swanson, Noddings, Held, Dickson vs. Bubeck</p>	<p>modulierend</p>
<p>→ Dies beschreibt aus Sicht der Hebamme ihr(e)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <ul style="list-style-type: none"> • Authentizität. • Funktionalität. • Handeln. </div>	<p>Mead, Abels, Cassier-Woidasky, Gerlach</p>	<p>Bildfacette</p>

Abbildung 4: Abbildungssatz zu Care in der Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer (eigene Darstellung)

Der Abbildungssatz bietet die Möglichkeit, Interaktionen zwischen Hebamme und Schwangerer anhand der verschiedenen Elemente der Facetten voneinander zu unterscheiden. Die Facetten des Definitionsbereiches stellen hierbei verschiedene Faktoren dar, welche bezüglich Care als bedeutsam angenommen werden. In der Bildfacette wird dargestellt, worauf der Definitionsbereich bezogen wird. Auf die verschiedenen Facetten und ihre Elemente wird im Folgenden eingegangen.

2.1 Die Bildfacette

Die Bildfacette kann als Antwortmodus für die Befragten verstanden werden, auf den die beschriebenen Stimuli aus den Facetten des Definitionsbereiches bezogen werden. Zur Veranschaulichung: Antonovsky definiert in seinem Abbildungssatz zum Kohärenzsinn (SOC) als Elemente der Bildfacette die drei SOC-Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, auf welche er Stimuli bezieht und diese in Bezug auf die drei Komponenten von Studienteilnehmerinnen bewerten lässt (vgl. Antonovsky 1997 S. 81).

Der hier formulierte Abbildungssatz beschreibt Interaktionen zwischen Hebamme und Schwangerer. Die Facetten des Definitionsbereiches stellen Aspekte der Interaktion dar, welche basierend auf der durchsuchten Literatur als bedeutsam für Care angenommen werden. Der Bildbereich beschreibt mit seinen Elementen, worauf diese Interaktionen bezogen werden. Letztlich soll also in Items formuliert werden, inwiefern eine auf Grundlage der Facetten des Definitionsbereichs beschriebene Interaktion in Bezug auf ein bestimmtes Element der Bildfacette zutreffend ist. Die Interaktionen, welche mit dem Definitionsbereich beschrieben werden sollen, finden auf der Mikroebene, also im direkten Kontakt zwischen Hebamme und Schwangerer, statt. Ein Beobachtungsinteresse auf „unmittelbar wechselseitig orientierter Handlung“ (Flick 2016 S. 82) ist auch eine Grundlage des symbolischen Interaktionismus. Dies liegt in der Annahme begründet, dass Menschen auf

Grundlage der Bedeutung handeln, die Objekte (hierzu zählen unter anderem Gegenstände, Menschen, Werte etc.) für sie haben, und diese Bedeutung aus sozialer Interaktion ableitbar ist. Bedeutung kann demnach als soziales Produkt verstanden werden, welches in einem interpretativen Prozess generiert wird. Dies wird unter dem Konzept des „Self“ (im Deutschen bezeichnet mit „Identität“) zusammengefasst (vgl. Cassier-Woidasky 2007 S. 97 f.). Auf diesem basiert die Entwicklung der Bildfacette für den vorliegenden Abbildungssatz.

Mead beschreibt das „Self“ als ein Zusammenspiel aus „I“ und „Me“. Hierbei versteht er unter dem „I“ einen von ihm als „impulsives Ich“ bezeichneten Teil menschlicher Identität. Im Gegensatz zum Freud'schen „Es“ betont Mead jedoch die „konstruktive Funktion dieses biologischen Impulses“ (Abels 2017 S. 212). Im Gegensatz dazu spiegelt das „Me“ die „Identifikation des Ichs durch Andere“ (Abels 2017 S. 212) wider. Es wird daher als „reflektiertes Ich“ verstanden. Dies basiert auf der Annahme, dass der Mensch sich als „soziales Selbst“ wahrnimmt und „ich“ nur im Zusammenhang mit Gesellschaft gedacht werden kann (vgl. Abels 2017 S. 212). Aus der Differenz zwischen dem spontanen „I“ und dem reflektierten „Me“, welches aus der Sicht der anderen auf das Individuum entsteht, ergibt sich laut Mead das reflexive Bewusstsein („Self“), welches das Handeln bestimmt. Das „Self“ bzw. die Identität eines Menschen darf hierbei nicht als statisch gesehen werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Identität sich durch ständige Reflektionsprozesse stets in einer gewissen Dynamik befindet (vgl. Abels 2017 S. 114 f.). Dies kann für den Abbildungssatz dahingehend von Bedeutung sein, dass Reliabilität möglicherweise kein Gütekriterium sein darf. Im Zusammenhang mit Identität wird häufig zwischen individueller und kollektiver Identität unterschieden. Während psychologische Zugänge eher innerpsychische Prozesse in den Fokus nehmen, liegt bei soziologischen ein Schwerpunkt auf sozialen Zugehörigkeiten, welche die Identität beeinflussen (vgl. Gerlach 2013 S. 100 f.). Der Ansatz nach Mead beachtet neben dem individuellen, impulsiven „I“, und damit innerpsychischen Prozessen, auch das die soziale Wahrnehmung reflektierende „Me“. Es wird davon ausgegangen, dass beide Aspekte einen Einfluss auf die Identität und damit auch das Handeln von

Personen haben. Beide werden individuell wahrgenommen; trotz allem können sich im Sinne einer gemeinsamen beruflichen Identität kollektive Gemeinsamkeiten zwischen einzelnen Hebammen abbilden.

Berufliche Identität wird definiert als

„the perception of oneself as a professional, and a particular type of professional. It is closely related to the particular skills and knowledge one has, the work one does, and the work-related significant others or reference group“ (Bucher / Stelling 1997 S. 27, zitiert nach Cassier-Woidasky 2007 S. 104).

Sie kann als Teil der Gesamtidentität eines Menschen verstanden werden. In Bezug auf die Dynamik, welcher die Identität unterliegt, ist auch für die berufliche Identität anzunehmen, dass diese nicht das abgeschlossene Produkt einer Fachausbildung ist, sondern sich stets in einem Entwicklungsprozess befindet (vgl. Cassier-Woidasky 2007 S. 104).

Für die Bildfacette soll das „Self“-Konzept nach Mead dienen, um das Handeln der Hebamme in der Interaktion mit der Schwangeren zu betrachten. Hierbei wird davon ausgegangen, dass sowohl das „I“ als auch das „Me“ die Identität, und damit das Handeln, prägen. Die Elemente der Bildfacette werden bezeichnet mit „Authentizität“, „Funktionalität“ und „Handeln“. Hierbei soll unter „Authentizität“ der Einfluss auf das Handeln verstanden werden, welchen Mead mit dem „I“ beschreibt, also insbesondere eigene Überzeugungen und Ansichten der Hebamme als Person. Im Gegensatz dazu wird mit „Funktionalität“ beschrieben, was als soziale Erwartungen angenommen wird, und demnach, welche Funktion einer Hebamme zugeschrieben wird¹. Es wird in Bezug auf Mead angenommen, dass sowohl Authentizität als auch Funktionalität die berufliche Identität der Hebamme und damit ihr Handeln beeinflussen. Zwischen Authentizität und Funktionalität werden hinsichtlich Care Differenzierungen erwartet, worauf im weiteren Verlauf des Kapitels genauer eingegangen wird. Der Abbildungssatz soll es ermöglichen, zu

¹ Zu dem Element Funktionalität zählt nicht, welche Erwartungen eine einzelne, an einer Interaktion beteiligte Schwangere an die Hebamme stellt, auch wenn dies als soziale Erwartung im vom Mead definierten „Me“ vorkommen kann (vgl. Abels 2017 S. 212). Dieser Aspekt wird ausgelassen, da in verschiedenen in die Arbeit eingeschlossenen Auseinandersetzungen mit Care beschrieben wird, dass die Ziele und Wünsche der Person, welcher Fürsorge geschenkt wird, als die eigenen empfunden werden (siehe hierzu Kapitel IV.2.6) (vgl. Noddings 1984 S. 33 f., vgl. Swanson 1993 S. 355, vgl. Dickson 1997 S. 24).

überprüfen, inwiefern Care in der Authentizität, in der Funktionalität und als Produkt dieser Einflüsse im Handeln von Hebammen in der Interaktion mit einer Schwangeren beobachtbar ist. Welche Annahmen der Funktionalität und Authentizität von Hebammen getroffen werden können, wird im Folgenden ausgeführt.

Hebammen wird innerhalb der Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine bestimmte Funktion zugeordnet. Was diese Funktion beinhaltet, wird durch Gesetze, Forderungen von Krankenkassen und Arbeitgebern sowie innerhalb der Berufsausbildung vermittelte Inhalte definiert. So werden beispielsweise im Hebammengesetz der Bundesrepublik Deutschland folgende vorbehaltene Tätigkeiten von Hebammen festgelegt:

„Geburtshilfe im Sinne des Absatzes 1 umfaßt [sic] Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs.“

(Hebammengesetz der Bundesrepublik Deutschland, § 4)

Im Sozialgesetzbuch V wird in Bezug auf die Leistungen, welche, finanziert durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen, durch Hebammen erbracht werden, gefordert, dass „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen [...] dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen [haben]“ (SGB V, erstes Kapitel, § 2) sowie dass „die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden“ (SGB V, erstes Kapitel, § 2).

Der Inhalt der Hebammenausbildung wird vom Hebammenverband Nordrhein-Westfalen folgendermaßen beschrieben:

„Die Ausbildung umfasst medizinische und psychologische, aber auch naturwissenschaftliche, rechtliche und organisatorische Inhalte. Die Unterrichtsfächer sind im Einzelnen: Anatomie und Physiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwangerenbetreuung, Wochenbettbetreuung, Hebammen-tätigkeit, Kinderheilkunde, Ernährungslehre, Hygiene, Arzneimittellehre, Mikrobiologie, Chemie, Psychologie, Organisation im Krankenhaus, sowie Berufs-, Staatsbürger- und Gesetzeskunde.“

(Landesverband der Hebammen NRW 2018)

Als Ausbildungsziel wird im Hebammengesetz außerdem Folgendes formuliert:

„Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (Ausbildungsziel)“.

(Hebammengesetz der Bundesrepublik Deutschland, § 5)

Das im Hebammengesetz formulierte Ausbildungsziel definiert insbesondere das Arbeitsfeld von Hebammen in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und der Versorgung des Neugeborenen, währenddessen ihre Aufgabe vor allen Dingen darin liegt, „Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren“ (Hebammengesetz der Bundesrepublik Deutschland, § 5). Der Begriff der Fürsorge wird an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt. Er könnte ein Hinweis darauf sein, dass Care eine Bedeutung in der Arbeit von Hebammen beigemessen wird. Insbesondere die Beschreibung der Tätigkeit und des Ausbildungsziels im Hebammengesetz sowie die aufgezählten Inhalte im Rahmen der Hebammenausbildung sind sehr allgemein formuliert und lassen Spielraum dafür, wie die Funktion von Hebammen definiert wird. Dörpinghaus kritisiert die derzeitigen formalen Strukturen des Hebammenwesens in Deutschland, welches ihrer Auffassung nach aktuell insbesondere von Evidence-based-Midwifery (EbM) geprägt ist (vgl. Dörpinghaus 2013 S. 30 ff.). Dies scheint sich auch insbesondere im Sozialgesetzbuch abzubilden (vgl. SGB V, erstes Kapitel § 3).

In Dörpinghaus' Verständnis wird diese derzeitig definierte Funktion von Hebammen weder den historisch gewachsenen Praxen innerhalb der Berufsgruppe, noch den vielfältigen Formen geburtshilflichen Wissens gerecht (vgl. Dörpinghaus 2013 S. 30 ff., vgl. Dörpinghaus 2010 S. 32 ff.). Auf dieser Grundlage wird angenommen, dass neben der durch genannte Strukturen definierten Funktion von Hebammen die Praxis der Berufsgruppe durch etwas beeinflusst wird, was nicht in den hier unter dem Begriff „Funktionalität“ zusammengefassten Aspekten abgebildet wird. Dies wird in der Bildfacette

unter dem Element „Authentizität“ zusammengefasst. Unter „Authentizität“ wird verstanden, sich „seinen Gedanken, Emotionen, Bedürfnissen, Werten, Vorlieben, Überzeugungen etc. entsprechend auszudrücken und zu handeln“ (Emmerich / Rigotti 2018), was sich in dem von Mead definierten „I“ abbildet (vgl. Abels 2017 S. 211 f.). Welche Werte und Überzeugungen Hebammen ihrem Handeln zugrunde legen können, könnte beispielsweise im Internationalen Ethik-Kodex für Hebammen deutlich werden. In Bezug auf die Interaktion zwischen Frau und Hebamme wird hier insbesondere betont, dass die Schwangere oder Mutter mit Hilfe der Beratung durch die Hebamme in der Lage sein soll, eigene Entscheidungen zu treffen und Hebammen die Bedürfnisse ihrer Patientinnen auf allen Ebenen wahrnehmen und berücksichtigen sollen (vgl. Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen S. 1 ff.). Die Ausrichtung der Hebammenarbeit nach den Bedürfnissen der Schwangeren sowie Aspekte des Empowerments werden, gefasst unter das Konzept „Care“, auch in verschiedenen Theorien zur Hebammenarbeit deutlich (vgl. Swanson 1991, vgl. Swanson 1993, vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011, vgl. Dickson 1997, vgl. Woodward 2000).

Die These, dass Care in der Funktionalität von Hebammen eine untergeordnete Rolle spielen könnte, auch wenn es sich in der Authentizität abbilden könnte, scheint sich auch im Verständnis von Conradi abzubilden, da sie thematisiert, dass Care im Rahmen bezahlter Tätigkeiten wie der professionellen Pflege als „Extra“ verstanden wird (vgl. Conradi 2001 S. 45 f.). Auch Tronto beschreibt eine Marginalisierung von Care im öffentlichen Raum (vgl. Tronto 1993 S. 111). Während sie die von ihr beschriebenen ersten beiden Phasen von Care, das „Caring about“ und „Taking Care of“, noch eher im öffentlichen Diskurs verortet, finden „Care-giving“ und „Care-receiving“ im privaten Bereich statt² (vgl. Tronto 1993 S. 114 f.). Der Definitionsbereich des Abbildungssatzes beschreibt Interaktionen auf der Mikroebene, in denen alle von Tronto beschriebenen Phasen von Care vorkommen. Da die Funktion von Hebammen etwas ist, das gesellschaftlich festgelegt wird, muss hierüber ein öffentlicher Diskurs erfolgen. Wird Care in diesem, wie Tronto

² Eine tiefgründige Auseinandersetzung mit der Unterscheidung zwischen dem privaten und öffentlichen Raum findet insbesondere bei Arendt statt. Sie beschreibt unter anderem, dass „Lebensnotwendigkeiten“, worunter unter der Annahme, dass alle Menschen auf Fürsorge angewiesen sind, auch Care zu fassen ist, im privaten Raum, also in der Regel innerhalb eines Haushaltes, verortet sind (vgl. Arendt 2016 S. 40 f.).

beschreibt, marginalisiert, so kann Care in der Funktion von Hebammen nicht explizit vorkommen.

Die Ausführungen in diesem Kapitel machen deutlich, dass neben den Aspekten, die Hebammen in ihrer Funktion gemäß Hebammengesetz, Ausbildungsinhalten sowie durch Krankenkassen und Arbeitgeber erteilte Aufgaben erfüllen müssen, Hebammen in ihrer Authentizität, ihrem Handeln auch etwas anderes zugrunde zu legen scheinen. Es ist davon auszugehen, dass das Handeln einer Hebamme sowohl durch ihre Funktion, die ihr innerhalb des Gesundheitswesens und der Gesellschaft zuteil wird, als auch durch ihre eigene Authentizität beeinflusst wird. Auf dieser Grundlage werden für die Bildfacette die drei Elemente „Funktionalität“, „Authentizität“ und „Handeln“ definiert. Im Element „Funktionalität“ werden die beschriebenen Interaktionen zwischen Schwangerer und Hebamme auf die Funktion von Hebammen bezogen. Unter „Funktion“ wird, wie zuvor beschrieben, beispielsweise verstanden, was Hebammen zum Erlangen ihrer Berufszulassung können müssen, was von Krankenkassen oder Arbeitgebern erwartet wird und was innerhalb gesetzlicher Vorgaben getan werden muss. Unter dem Element „Authentizität“ der Bildfacette können Items formuliert werden, in denen beurteilt werden soll, ob eine beschriebene Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer als gut oder richtig bewertet wird im Sinne der Hebamme, welche diese beurteilt. Im Element „Handeln“ können Interaktionen zwischen Hebamme und Schwangerer beschrieben und von der teilnehmenden Hebamme auf eine erlebte Situation bezogen und bewertet werden, inwiefern diese die Interaktion beschreiben. In Verbindung mit dem Definitionsbereich kann so beobachtet werden, welche Rolle Care in den verschiedenen Elementen der Bildfacette spielt. Im folgenden Schaubild wird dies zusammenfassend dargestellt.

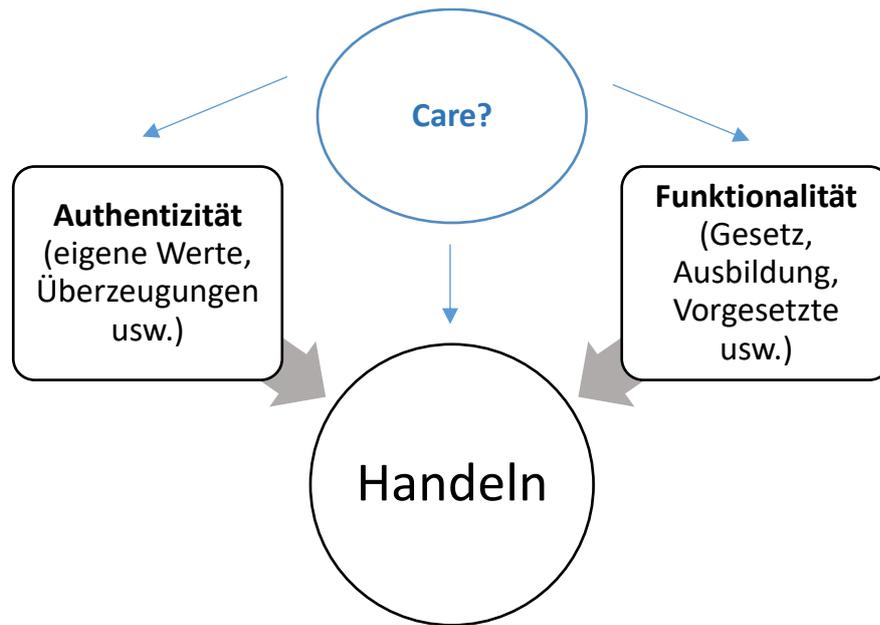


Abbildung 5: Care in Authentizität, Funktionalität und Handeln von Hebammen (eigene Darstellung)

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass das Element „Authentizität“ voraussetzt, dass die Hebamme einen eigenen Anspruch an ihre Arbeit hat und nicht lediglich die ihr zugeschriebene Funktion erfüllt. Aus eigener heuristischer Erfahrung wird angenommen, dass dieser eigene Anspruch bei Hebammen in der Regel vorliegt. Sollte dies jedoch wider Erwarten nicht der Fall sein, könnte sich dies entweder dadurch abzeichnen, dass Items zur Authentizität nicht beantwortet werden (hierzu ist es notwendig, dass bei einem Fragebogen die Möglichkeit besteht, Items mit „Kann ich nicht beurteilen“ oder Ähnlichem zu beantworten), oder auch dadurch, dass sich die Elemente der Bildfacette empirisch nicht abzeichnen, was bedeuten würde, dass zumindest bezüglich Care keine eigene Vorstellung von einer guten Hebammenarbeit besteht, welche sich von der zugeschriebenen Funktion diesbezüglich unterscheidet.

Im Folgenden werden nun die weiteren Facetten und ihre Elemente beschrieben, welche dem Definitionsbereich zuzuordnen sind.

2.2 Die Facette „Motivation“

Die Facette „Motivation“ wurde entwickelt auf Grundlage aller in Kapitel zwei beschriebenen Theorien. Mit ihren beiden Elementen differenziert die Facette zwischen einer Handlungsmotivation, welche als Voraussetzung für Care beschrieben wird (Element 1: „nimmt Bedürfnisse der Schwangeren wahr“), und einer dieser entgegengesetzten (Element 2: „beschreibt a-priori-Annahmen“).

Als Motivation für eine Care-Handlung werden in der Literatur die wahrgenommenen Bedürfnisse der Person beschrieben, welche Care empfängt. Diemut Bubeck formuliert dies sehr deutlich mit „Caring for is the meeting of the needs of one person by another person“ (Bubeck 1995 S. 129). Tronto definiert im „Caring about“, der von ihr beschriebenen ersten Phase von Care, unter anderem „noting the existence of a need and making an assessment that this need should be met“ (Tronto 1993 S. 106). Bei Held wird als Motiv einer Care-Aktivität „attentiveness, sensitivity and responding to needs“ (Held 2006 S. 39) beschrieben. Sie betont, dass hierunter alle menschlichen Bedürfnisse verstanden werden, sowohl Grundbedürfnisse wie Nahrungsaufnahme als auch beispielsweise emotionale Bedürfnisse (vgl. Held 2006 S. 39). Noddings beschreibt Care-Handlungen in Abgrenzung zu Routinehandlungen, welche auf a priori festgelegten Regeln basieren (vgl. Noddings 1984 S. 13, S. 24). Das Verstehen der Realität des „Care-receivers“ sowie das Wahrnehmen seiner oder ihrer Bedürfnisse und Wünsche bezeichnet sie als „attitude“ (vgl. Noddings 1984 S. 16, S. 19, S. 24). Care findet in Noddings' Verständnis nicht statt, wenn der Fokus einer Handlung oder Überlegungen bezüglich einer Handlung auf eine bestimmte Problematik fokussiert sind (beispielsweise eine bestimmte Erkrankung, unabhängig von der erkrankten Person) und nicht auf die Bedürfnisse der konkreten Person, welche Care empfängt (vgl. Noddings 1984 S. 25).

Conradi betont, dass sie Care als Interaktion versteht und nicht als Tätigkeit, welche eine Person für eine andere erbringt. Hiermit geht einher, dass sie die Rollen von „Care-giver“ und „Care-receiver“ weniger als festgelegt betrachtet als die zuvor zitierten Wissenschaftlerinnen. Stattdessen geht sie davon aus, dass alle Menschen zum Erfüllen bestimmter Bedürfnisse auf die

Unterstützung anderer angewiesen sind (vgl. Conradi 2001 S. 46 f., S. 52). In der hier formulierten Facette „Handlungsmotivation“ erfolgt eine gewisse Zuschreibung von Rollen, da nur das Angewiesensein der Schwangeren betrachtet wird. An dieser Stelle ist anzumerken, dass trotz allem nicht ausgeschlossen wird, dass in der Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer Bedürfnisse der Hebamme von der Schwangeren wahrgenommen werden können und sie in ihrem Angewiesensein unterstützt werden kann (beispielsweise kann es sein, dass die Hebamme darauf angewiesen ist, dass ihre Arbeit gewürdigt und wertgeschätzt wird, und die Schwangere dieses Bedürfnis erfüllt, indem sie Dankbarkeit zeigt). Da die formulierte Forschungsfrage sich jedoch auf die Tätigkeit von Hebammen bezieht, erfolgt im Abbildungssatz eine Reduzierung darauf, welche Motivation zu einer Handlung der Hebamme führt. Auf die von Conradi formulierten Grundsätze von Care als Interaktion, in welcher alle Teilnehmenden aktiv sind und dynamische Machtverhältnisse vorliegen (vgl. Conradi 2001 S. 53 f.), wird in den Facetten „Ziel“ und „Rolle der Schwangeren“ noch weiter eingegangen.

Auch in den von Hebammenwissenschaftlerinnen publizierten Theorien werden die Bedürfnisse der Schwangeren als Handlungsmotivation der Hebamme beschrieben. Halldorsdottir und Karlsdottir definieren, dass Care „adapted to each individual being served“ (Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 811) sein muss. Sie beschreiben, dass Frauen eine menschliche und persönliche Begleitung während der Geburt wünschen, die ihre eigenen Bedürfnisse beachtet (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 811). Auch Dickson beschreibt mit dem Konzept „Knowing and Understanding“, dass Care in der Hebammenpraxis nicht nur meint, dass der medizinische Zustand eingeschätzt werden kann, sondern die einzelne Gebärende in der speziellen Geburtssituation wahrgenommen wird, ohne dass Vorannahmen auf sie übertragen werden (vgl. Dickson 1997 S. 24). Sie bezieht sich hierbei unter anderem auf Swanson, die „Knowing“ als ersten Prozessschritt von Care in der geburtshilflichen Versorgung definiert, worunter sie versteht, dass die Hebamme die Bedeutung, welche das Ereignis der Geburt für die Schwangere hat, wahrnimmt und nicht eigene a-priori-Annahmen auf die Situation überträgt. Dies beschreibt sie auch als „avoiding assumptions“ und „centering on the one cared-for“ (vgl. Swanson 1991 S. 63 ff.). Auch Woodward unterscheidet ein „being with women“ (Woodward 2000 S. 68) von Routinehandlungen

und sieht dies als Kern der Hebammentätigkeit an (vgl. Woodward 2000 S. 68). In ihrer Publikation werden jedoch auch Konflikte deutlich, in denen Hebammen sich in ihrer praktischen Arbeit befinden. Eine Interviewteilnehmerin beschreibt, dass sie zwar Bedürfnisse einer von ihr betreuten Schwangeren wahrnimmt, auf diese jedoch aufgrund der Menge an auszuführenden Routinehandlungen nicht eingehen kann (vgl. Woodward 2000 S. 72).

Die von Bubeck eingeführte Differenzierung bezüglich Bedürfnissen, welche selbst erfüllt werden können, und solchen, welche nicht selbst erfüllt werden können (vgl. Bubeck 1995 S. 131 f., S. 135), wird in der Facette „Motivation“ nicht beachtet. Dies ist zum einen darin begründet, dass von keiner der weiteren Autorinnen das Verständnis geteilt wird, dass Care nur stattfindet, wenn es sich um das Erfüllen von Bedürfnissen handelt, die von der angewiesenen Person nicht selbst erfüllt werden können. Zum anderen ist eine klare Abgrenzung, wie sie im Vorgehen der Facettentheorie notwendig ist, nicht möglich, da nicht immer eindeutig ist, ob das Bedürfnis auch selbst erfüllbar ist beziehungsweise ob dies eventuell nur unter großer Anstrengung möglich ist.

Die beiden Elemente „nimmt Bedürfnisse der Schwangeren wahr“ und „beschreibt a-priori-Annahmen“ wurden in Bezug auf die Ausführungen in diesem Unterkapitel literaturbasiert entwickelt. Es ist möglich, dass als Handlungsmotivation eine Verknüpfung von wahrgenommenen Bedürfnissen und a-priori-Annahmen stattfindet. Beispielsweise kann die Hebamme ein Bedürfnis der Schwangeren wahrnehmen und aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrung, was a-priori-Annahmen zuzuordnen ist, eine bestimmte Handlung ausführen, um das Bedürfnis zu befriedigen. Für den Abbildungssatz wird definiert, dass von Bedeutung ist, was als Ausgangspunkt der Motivation angesehen werden kann. Nimmt also beispielsweise die Hebamme wahr, dass die Gebärende sich in einer bestimmten Position nicht wohlfühlt, und schlägt ihr daraufhin eine andere Position vor, von der sie weiß, dass viele Gebärende diese als angenehm empfinden, kann dies dem Element „nimmt Bedürfnisse der Schwangeren wahr“ zugeordnet werden. Schlägt die Hebamme eine Geburtsposition vor, weil sie diese für die Geburtsphase für gut erachtet, ohne vorher ein Bedürfnis der Schwangeren wahrgenommen zu haben, wird dies dem Element „beschreibt a-priori-Annahmen“ zugeordnet.

Rommelspacher bezeichnet es als Kernelement professioneller Fürsorge, dass individuelle Erfahrungen vor dem Hintergrund allgemeiner Gesetzmäßigkeiten interpretiert werden, und kritisiert dies, da die Situation so ihrer Einzigartigkeit beraubt werde (vgl. Rommelspacher 1992 S. 119). Ihre Kritik der Beraubung der Einzigartigkeit durch das Einbinden von Regelwissen, auch wenn es lediglich als Grundlage der Interpretation eines konkreten Falles genutzt wird, wird in der Facette „Ziel“ aufgenommen und differenziert beschrieben³. Im Sinne Oevermanns liegt professionelles Handeln nur vor, wenn hermeneutisches Fallverstehen verknüpft ist mit Regelwissen (vgl. Weidner 1995 S. 49). Aus diesem Grund wurde erwogen, die Anwendung von Regelwissen (a-priori-Annahmen) und hermeneutischem Fallverstehen (Wahrnehmen der Bedürfnisse der Schwangeren) als zwei eigene Facetten im Abbildungssatz darzustellen. Verworfen wurde diese Idee, da in keiner der Theorien aus der Care-Ethik (Fach)Wissen einbezogen wird. Auch in den Theorien von Swanson, Dickson und Woodward wird auf professionelles Wissen zwar eingegangen, dies steht jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit Care. In der Theorie von Halldorsdottir und Karlsdottir werden „professional wisdom“ und „professional competence“ zwar als für die Hebammenarbeit bedeutsame Konzepte beschrieben, welche in Zusammenhang stehen mit „professional caring“, welches dennoch als eigenes Konzept beschrieben wird, indem explizites Fachwissen zunächst keine Rolle spielt (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 811 f.). Aus diesem Grund wird in den Abbildungssatz keine Facette aufgenommen, welche differenziert, ob Regelwissen Anwendung findet oder nicht. Bestünde die Absicht, zwischen professioneller Fürsorge, durch beispielsweise eine Hebamme, und nicht-professioneller Fürsorge durch eine Begleitperson zu unterscheiden, könnte es sinnvoll sein, eine derartige Facette aufzunehmen.

³ Benhabib spricht bezogen auf Moralauffassungen von dem generalisierten und dem konkreten Anderen. Während beim generalisierten Anderen für alle zutreffende Rechte und Pflichten im Vordergrund stehen, finden beim konkreten Anderen individuelle Bedürfnisse, Ziele und Wünsche Beachtung (vgl. Benhabib 2015 S. 175 f.). Dies ist auch übertragbar auf zwischenmenschliche Interaktion, wie sie in der Facette „Motivation“ mit den beiden Elementen differenziert wird.

2.3 Die Facette „Art der Interaktion“

Mit der Facette „Art der Interaktion“ soll differenziert werden, welche Form der Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer stattfindet. Dass Care-Handlungen als Interaktion zwischen Menschen verstanden werden, basiert auf den Ausführungen von Conradi (vgl. Conradi 2001 S. 45 f.). Für die Facette „Art der Interaktion“ werden die Elemente „verbale Interaktion“, „non-verbale Interaktion“, „verbale und nonverbale Interaktion“ sowie „indirekte Interaktion“ definiert. Dies basiert auf den Arbeiten von Dickson, Swanson, Conradi, Tronto, Noddings und Bubeck und wird im Folgenden begründet.

In Dicksons Theorie zu Caring in der Hebammenarbeit fasst sie unter „Interacting“ alle möglichen Interaktionsformen zwischen Hebamme und Gebärender zusammen und betont, dass sowohl verbale als auch non-verbale Kommunikation und Interaktion möglich sind (vgl. Dickson 1997 S. 24).

Swanson beschreibt mit den Prozessschritten „Doing for“ und „Enabling“ therapeutische Handlungen (vgl. Swanson 1993 S. 354 ff.). Was genau dies bedeutet, wird von ihr an Beispielen erklärt, etwa dem Informieren und Erklären sowie Geben von Feedback, was verbalen Interaktionen zuzuordnen ist. Swanson beschreibt auch auf abstraktere Weise Handlungen, welche die Hebamme vornimmt, beispielsweise das Schenken von Trost oder das Wahren der Würde der Schwangeren (vgl. Swanson 1991 S. 163). Da diese Variablen nicht unmittelbar beobachtbar sind, sind sie nicht geeignet, um Beobachtungen klar voneinander zu differenzieren, und können aus diesem Grund für die Entwicklung des Abbildungssatzes nicht beachtet werden. Handlungen, welche mit dem Abbildungssatz beschrieben werden, können diese Elemente zwar enthalten, es ist jedoch aus den beschriebenen Gründen nicht möglich, sie danach zu differenzieren.

In Conradis Verständnis sind an Care-Interaktionen immer mindestens zwei Menschen beteiligt, außer es handelt sich um Selbstsorge (vgl. Conradi 2001 S. 45 f.). Care kann in ihrem Sinne als reflektiertes Handeln sowohl verbal als auch nonverbal sein und bezieht häufig körperliche Berührungen mit ein (vgl. Conradi 2001 S. 58 f.).

Tronto beschreibt mit ihrer dritten Phase von Care, dem „Care-giving“, das Erfüllen eines Bedürfnisses, das üblicherweise einhergeht mit physischer Arbeit und einem direkten Aufeinandertreffen von den an der Care-Interaktion Beteiligten (vgl. Tronto 1993 S. 107). Noddings beschreibt, dass ein physischer Kontakt nicht unbedingt stattfinden muss (vgl. Noddings 1984 S. 19). Dies stimmt überein mit Bubecks Verständnis einer Care-Handlung, die auch in ihrem Sinne nicht zwangsläufig „face-to-face“ stattfinden muss, auch wenn dies in der Regel der Fall ist (vgl. Bubeck 1995 S. 130 f.).

Auf Grundlage der Theorien von Dickson, Swanson und Conradi werden die Elemente „verbale Interaktion“, „nonverbale Interaktion“ sowie „verbale und nonverbale Interaktion“ für Beobachtungen festgelegt, in denen beides zusammenkommt. Unter „nonverbalen Interaktionen“ werden alle Interaktionen zusammengefasst, in denen Schwangere und Hebamme sich face-to-face gegenüberstehen, aber keine verbale Interaktion stattfindet. Dies schließt beispielsweise eine Massage genauso mit ein wie Blickkontakt oder das Unterstützen beim Aufstehen. Für Handlungen, bei welchen kein direkter Kontakt zwischen Hebamme und Schwangerer besteht, also weder face-to-face, noch verbal (beispielsweise telefonisch), wird das Element „indirekte Interaktion“ formuliert, da auch dies in Bezug auf Tronto, Noddings und Bubeck im Rahmen von Care-Handlungen möglich ist.

Während der Auseinandersetzung mit der Facette „Art der Interaktion“ tauchte die Frage auf, welchem Element vorgenommene medizinische Untersuchungen (beispielsweise die fetale Herztonüberwachung oder eine vaginale Untersuchung) zugeordnet werden sollen. Findet hierbei eine körperliche Berührung statt, werden diese dem Element „non-verbale Interaktion“ zugeordnet. Beobachtet die Hebamme beispielsweise nur einen Bildschirm, auf dem die Herztonkontrolle abgebildet ist, wird dies dem Element „indirekte Interaktion“ zugeordnet. Hier ist anzumerken, dass die Facette „Art der Interaktion“ moduliert wird durch die Facetten „Motivation“, „Ziel“ und „emotionale Zuwendung“. Die verschiedenen Elemente dieser Facette haben demnach eine unterschiedliche Bedeutung, je nachdem, welches Element aus den genannten modulierenden Facetten vorliegt. Der Unterschied zwischen beispielsweise einer körperlichen Untersuchung und einer Entspannungsmas-

sage, welche beide dem Element „non-verbale Interaktion“ in der Handlungs-facette zugeordnet werden würden, wird sich demnach in den modulierenden Facetten finden. Hierauf wird im Kapitel 2.7 „Strukturhypothesen des Abbildungssatzes“ weiter eingegangen.

Auch wurde erwogen, ob ein zusätzliches Element Handlungen abbilden soll, welche keine Interaktion darstellen. Dies wurde verworfen, da die Forschungsfrage sich auf die Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer bei der Begleitung und Betreuung der Geburt bezieht. Hiermit werden Handlungen ausgeschlossen, welche unabhängig von der Schwangeren stattfinden, auch wenn diese bei jeder Betreuung anfallen (beispielsweise die Dokumentation).

An dieser Stelle muss außerdem thematisiert werden, dass die „gekonnte Nichtintervention“ (Duden 2012 S. 35) von einigen Vertreterinnen der Hebammenwissenschaft als ein Kernelement der Hebammentätigkeit beschrieben wird (vgl. Dörpinghaus 2013 S. 162, vgl. Duden 2012 S. 35). Aus diesem Grund wurde erwogen, das Element „keine Handlung“ hinzuzufügen. Diese Idee wurde jedoch verworfen, da sich die „gekonnte Nichtintervention“ zum einen insbesondere auf medizinische Eingriffe zu beziehen scheint. Zum anderen kann auch die reine Anwesenheit der Hebamme als Interaktion zwischen ihr und der Schwangeren im Sinne einer Care-Handlung verstanden werden, da auch in dieser Situation die Schwangere die Hebamme wahrnehmen kann und die Hebamme bewusst ihre Tätigkeit aufgrund eines wahrgenommenen Bedürfnisses der Schwangeren oder ihrer bestehenden a-priori-Annahmen einer guten Geburtshilfe auf eine reine Anwesenheit reduzieren kann. Die reine Anwesenheit der Hebamme wird daher dem Element „non-verbale Interaktion“ zugeordnet.

2.4 Die Facette „Ziel“

Die Facette „Ziel“ basiert auf den Ausarbeitungen von Conradi, Halldorsdottir und Karlsdottir sowie Swanson bezüglich Macht-Asymmetrien in der Care-

Beziehung und der Möglichkeit des „Empowerments“ oder „Enablings“ innerhalb dieser.

Haldorsdottir und Karlsdottir beschreiben, dass in der Beziehung zwischen Hebamme und Gebärender durchaus eine Differenz von Macht bestehen kann. Sie sehen es daher als grundlegendes Ziel der Hebammenarbeit, der Schwangeren dabei zu helfen, Kontrolle über die Geburt zu haben (vgl. Haldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 813). Swanson beschreibt als Ziel von „Enabling“, das sie als eine Kategorie der Betreuung im Rahmen der Geburt beschreibt, „to facilitate the other's capacity to grow, heal, and / or practice self-care“ (Swanson 1991 S. 164). Hierzu gehören in ihrem Verständnis beispielsweise Informationen und Erklärungen durch die Betreuenden, Unterstützen und Zulassen sowie das Geben von Feedback.

Conradi gründet ihre Auseinandersetzung mit Macht-Asymmetrien auf einer Kritik an der Theorie zu Care von Bubeck. Bubeck definiert als Care-Handlungen ausschließlich solche, die zur Erfüllung eines Bedürfnisses dienen, welches nicht selbst erfüllt werden kann. Hieraus entsteht zwangsläufig ein Herrschaftsverhältnis, da der „Care-giver“ die Macht hat, dem „Care-receiver“ die notwendige Fürsorge vorzuenthalten (vgl. Bubeck 1995 S. 130 f., S. 139 ff.). Im Gegensatz dazu sieht Conradi Machtdifferenzen als beweglich an. Auch wenn in einer konkreten Situation häufig ein unterschiedliches Ausmaß an Macht sowie Autonomie zwischen den Beteiligten vorliegt, muss dies nicht zu einem Herrschaftsverhältnis führen. Vielmehr sieht Conradi in Care-Interaktionen die Möglichkeit des Empowerments und des Eröffnens von Handlungsspielräumen (vgl. Conradi 2001 S. 53 ff.). Dieses Verständnis ist eng verbunden mit ihren Annahmen bezüglich der Autonomie von an Care-Interaktionen Beteiligten. Conradis Begriff der Achtsamkeit bezieht ein, dass Menschen unterschiedlich autonom sind und Autonomie keine Voraussetzung für Achtung ist. Vielmehr kann ein höheres Maß an Autonomie das Ziel einer Care-Interaktion sein. Conradi betont in diesem Zusammenhang auch, dass Care-Handlungen nicht reziprok sind (vgl. Conradi 2001 S. 55 ff.).

Es scheint sich abzubilden, dass Care-Interaktionen aufgrund einer häufig vorliegenden Machtasymmetrie sowohl zu einem Herrschaftsverhältnis zwischen „Care-giver“ und „Care-receiver“ führen können als auch die Möglichkeit des Empowerments bieten. Diese beiden Möglichkeiten sollen in den

Elementen der Facette „Handlungsziel“ abgebildet werden. Um genauer definieren zu können, was hierunter zu verstehen ist und wie die Elemente klar definiert und voneinander abgegrenzt werden können, wurde im Schneeballsystem die von Conradi diesbezüglich zitierte Literatur durchsucht.

Rommelspacher beschreibt, dass mit Machtunterschieden produktiv umgegangen werden kann und Macht nicht nur zur eigenen Selbstermächtigung, sondern auch zur Unterstützung der Selbstermächtigung der Person, der Fürsorge geschenkt wird, genutzt werden kann (vgl. Rommelspacher 1992 S. 122). Sie betont, dass Machtasymmetrien innerhalb von Beziehungen, in welchen Fürsorge geschenkt wird, nur vermieden und aufgehoben werden können, wenn Wissen, Entscheidungsbefugnis und konkrete Mittel umverteilt werden (vgl. Rommelspacher 1992 S. 115).

Eine von Conradi zitierte Publikation von Young bezieht sich auf politische Zugänge im Umgang mit drogenabhängigen schwangeren Frauen. Sie unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Behandlung und Empowerment. Behandlung versteht sie als „militarylike forms of rules and obedience paternalistically enforced ‚for the patients own good““ (Young 1994 S. 43). Weiter schreibt sie:

„The authority of disciplinary power comes not from commands of a sovereign, upheld and enforced through law, but from the rules that experts claim as natural, the normal structure of operation of human subjects. Disciplinary practices of medical treatment, exercise, therapy, school or workplace examinations, and so forth, aim to constitute subjects in conformity with those norms“ (Young 1994 S. 43).

Wissen und Fähigkeiten der Betreuenden werden in diesem Fall in Form paternalistischer Macht angewandt, um die Patientin zu normalisieren (vgl. Young 1994 S. 44). Ihre Kritik gründet sie auf Foucaults Vorstellung von Gouvernementalität, welcher Regieren definiert als „das richtige Verfügen über die Dinge, derer man sich annimmt, um sie dem angemessenen Zweck zuzuführen“ (Foucault 2005 S. 159).

Als Alternative zu „Behandlung“ beschreibt Young Empowerment. Sie führt zwei Definitionen hierfür an, zum einen „the development of individual autonomy, self-control, and confidence“, als auch „the development of a sense of collective influence over the social conditions of life“ (Young 1994 S. 48).

Obwohl Young die zweite Definition bevorzugt, da sie sowohl das persönliche als auch das kollektive Empowerment thematisiert, ist für die vorliegende Arbeit die erste Definition passender und nützlicher. Da der Abbildungssatz sich auf die konkrete Interaktion zwischen Schwangerer und Hebamme im Rahmen der Geburt beziehen soll, können die Auswirkungen von Empowerment auf die sozialen Umstände im Leben der Schwangeren nicht beachtet werden.

Dass Empowerment stattfinden kann, auch wenn eine Person auf Fürsorge durch andere Personen angewiesen ist, beschreibt Young in Bezug auf Surrey:

„The mobilization of the energies, resources, strength or powers of each person through a mutual, relational process. Personal empowerment can be viewed only through the lens of power through connection, that is, through the establishment of mutually empathic and mutually empowering relationships.“ (Surrey 1991 S. 164, zitiert nach Young 1994 S. 49)

Trotz eines bestehenden Angewiesenseins kann in diesem Sinne also ein Empowerment stattfinden, was dazu befähigt, mit bestehenden Situationen und Verantwortlichkeiten umzugehen (vgl. Young 1994 S. 49).

Auf Macht und Gouvernementalität in der Pflege geht Friesacher ein. Er beschreibt, dass beispielsweise mittels Edukationsmaßnahmen Patienten „normalisiert“ werden sollen. In Bezug auf die Geburt thematisiert Friesacher, dass auch dieser Bereich stark reglementiert ist durch Vorstellungen davon, was als „normal“ und als pathologisch zu betrachten ist. Auch sei sowohl zwischen Laien und Fachexpertinnen als auch zwischen den verschiedenen Professionen klar festgelegt, welche Rechte und Kompetenzen wem zukommen (vgl. Friesacher 2004 S. 367).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Empowerment sich also insbesondere dadurch auszuzeichnen scheint, dass (häufig innerhalb einer abhängigen Beziehung) die Möglichkeit geschaffen wird, Energien und Ressourcen eines Menschen zu nutzen, um mehr Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben und Selbstvertrauen zu erlangen (vgl. Rommelspacher 1992 S. 115, vgl. Young 1994 S. 48 f.). Conradi betont, dass in diesem Zusammenhang Machtdifferenzen konkret wahrgenommen werden müssen, damit sie nicht auf andere Bereiche der Interaktion übertragen werden (vgl.

Conradi 2001 S. 54). Im Gegensatz dazu entsteht für den „Care-receiver“ Ohnmacht, wenn Autonomie nicht gefördert und eine Abhängigkeit dadurch geschaffen und verstärkt wird. Dies geht häufig damit einher, dass durch Experten festgelegte Ziele im Sinne einer „Normalisierung“ erreicht werden sollen beziehungsweise kontrolliert werden soll, ob eine Übereinstimmung mit diesen Normen vorliegt (vgl. Young 1994 S. 43, vgl. Friesacher 2004 S. 367). In Conradis Verständnis führt „ein Mangel an ganz bestimmten Fähigkeiten oder Möglichkeiten in einer Zuschreibung an das „Wesen“ einer Person“ (Conradi 2001 S. 54) zu Ohnmacht.

Auf den beschriebenen Grundlagen werden die beiden Elemente der Facette „Handlungsziel“ formuliert und definiert. Das Element „Empowerment“ beschreibt Interaktionen, in welchen vorhandene Stärken und Fähigkeiten der Schwangeren gefördert und genutzt und in welchen Fähigkeiten vermittelt werden, indem Ressourcen wie Wissen und Entscheidungsbefugnisse an die Schwangere weitergegeben werden. Unter dem Element „Ohnmacht“ werden Interaktionen zusammengefasst, in welchen keine Elemente von Empowerment deutlich werden. Dies sind Interaktionen, in welchen demnach Autonomie nicht gefördert oder sogar eingeschränkt wird und somit durch die verstärkte Abhängigkeit von Expertinnen Ohnmacht entsteht. Im Sinne von Young sind dies häufig Interaktionen, in welchen entweder ein klares, durch Experten festgelegtes Ziel im Sinne einer Behandlung erreicht werden soll oder eine Überprüfung einer Übereinstimmung mit einer Norm im Sinne einer Untersuchung stattfindet.

Ziel dieser Facette ist es nicht, zwischen Care und Cure zu differenzieren, auch wenn die Begriffe *Behandlung* und *Diagnostik* zunächst einen starken medizinischen Bezug vermuten lassen. Eine Unterscheidung zwischen Care, dem insbesondere die Grundpflege zugeordnet wird, und Cure, worunter Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation begrifflich gefasst werden, wird von Hoberg et al. beschrieben (vgl. Hoberg et al. 2013 S. 11). Diese soll hier nicht erfolgen, da auch eine medizinische Maßnahme, beispielsweise die Gabe eines Schmerzmittels während der Geburt, das Ziel Empowerment verfolgen kann, weil die Gebärende so in die Lage versetzt werden soll, ihre Ressourcen bestmöglich zu nutzen. Genauso kann auch in der sogenannten Grundpflege ein Herrschaftsverhältnis entstehen, wenn

beispielsweise die Anreicherung von Nahrung nicht das Ziel verfolgt, dass der Pflegebedürftige entscheidet, was oder wie viel er oder sie isst, sondern die Pflegekraft.

Ob mit einer Interaktion, in welcher Defizite statt Stärken der Schwangeren in den Fokus genommen werden, immer einhergeht, dass die Defizite einer Person im Sinne eines Herrschaftsverhältnisses nach Conradi ihrem Wesen zugeschrieben werden, bleibt in diesem Zusammenhang dahingestellt. Da mit dem Abbildungssatz konkrete Situationen beschrieben werden sollen, kann hierin nicht die Beziehung zwischen Hebamme und Schwangerer in Gänze dargestellt werden. Hieraus folgt, dass nicht dargestellt werden kann, ob das fehlende Vorhandensein bestimmter Fähigkeiten dauerhaft dem Wesen der Schwangeren zugeschrieben wird. Daher muss dieser Aspekt für den Abbildungssatz außer Acht gelassen werden.

Im Rahmen der Formulierung der Facette „Ziel“ wurde in Frage gestellt, ob eine Überschneidung zur Facette „Motivation“ besteht und das Element „Ohnmacht“ nur in Zusammenhang mit dem Element „beschreibt a-priori-Annahmen“ aus der ersten Facette auftreten kann, da Behandlung und Diagnose immer mit der Vorstellung einer Norm, also a-priori-Annahmen, verbunden sind. Die Facette „Motivation“ wurde trotzdem formuliert, da auch einer Handlung mit dem Ziel „Ohnmacht“ das Wahrnehmen eines Bedürfnisses vorangehen kann. Beispielsweise kann die Hebamme erkennen, dass die Schwangere in Sorge ist um das Wohlbefinden ihres Kindes und das Bedürfnis nach Sicherheit über dessen Zustand hat. Eine hierauf folgende Interaktion, die dem Element „Empowerment“ zuzuordnen ist, könnte sein, dass sie die Schwangere über Wach- und Schlafphasen des Ungeborenen informiert und sie dazu ermutigt, die Bewegungen ihres Kindes wahrzunehmen. Hierbei wird Wissen an die Schwangere weitergegeben und ihre Fähigkeit im Erspüren ihres Kindes gestärkt. Eine Reaktion auf das Bedürfnis, welches dem Element „Ohnmacht“ zuzuordnen wäre, könnte sein, dass die Hebamme die Herztöne des Ungeborenen untersucht und die Schwangere darüber informiert, dass diese im Normbereich sind. Diese Interaktion verstärkt insofern die Abhängigkeit der Schwangeren, da sie in folgenden ähnlichen Situationen immer wieder auf die Hilfe der Hebamme angewiesen sein wird

und diese nicht ihr Wissen weitergibt, um der Schwangeren zu mehr Autonomie zu verhelfen. Ebenso ist es möglich, dass mit der Handlungsmotivation „beschreibt a-priori-Annahmen“ trotzdem das Ziel „Empowerment“ verfolgt wird, beispielsweise innerhalb eines Geburtsvorbereitungskurses, in dem Wissen vermittelt werden soll, um der Schwangeren die Möglichkeit zu geben, Entscheidungen zu treffen (Anmerkung: Es ist ebenso möglich, einen Geburtsvorbereitungskurs als Edukationsmaßnahme zu gestalten, mit der das Ziel verfolgt wird, Schwangere nach Vorstellung einer bestimmten Norm zu „guten Müttern“ zu formen; das wäre dann nicht als Empowerment zu verstehen) und sie somit zu ermächtigen, ohne dass vorher ein Bedürfnis der Schwangeren wahrgenommen wurde.

An dieser Stelle ist es notwendig, kritisch zu erwähnen, dass auch die Weitergabe von Wissen genutzt werden kann, um eine Person von etwas Bestimmtem zu überzeugen, und Informationen einseitig dargestellt werden können. Um auf dem Abbildungssatz basierende Items klar zuordnen zu können, kann es notwendig sein, bei Items, welche die Weitergabe von Wissen beschreiben, außerdem zu versprachlichen, ob das Ziel verfolgt wird, dass die Schwangere eine eigene Entscheidung treffen kann oder sie von einer bestimmten Expertenmeinung überzeugt werden soll. Ist eine Zuordnung auch ohne einen solchen Zusatz möglich, muss dieser auch nicht hinzugefügt werden. In Bezug auf Noddings ist davon auszugehen, dass Care-Handlungen zu einem bestimmten Ziel führen können, ohne dass dies im Vorhinein explizit formuliert werden muss (vgl. Noddings 1984 S. 62).

Ob die Formulierung eines Handlungsziels im Zusammenhang mit einer Praxis überhaupt möglich ist, muss kritisch betrachtet werden, da per Definition das Ziel einer Praxis in ihr selbst liegt (vgl. Ebert 2018 S. 12 f.). Hier muss beachtet werden, dass in der Literatur nicht die Rede von einem festgelegten Ziel ist, sondern eher beschrieben wird, dass in Care-Interaktionen die Möglichkeit des Empowerments oder Ohnmacht des „Care-receivers“ gegeben ist (vgl. Conradi 2001 S. 54), und mehr Autonomie ein Ergebnis der Interaktion sein kann. Young bezeichnet Empowerment und Behandlung eher als Vorgehensweisen (vgl. Young 1994 S. 33). Die Bezeichnung „Ziel“ für die Facette des Abbildungssatzes wurde gewählt, um sie sprachlich klar abzu-

grenzen von der Facette „Motivation“. Empowerment und Ohnmacht sind jedoch nicht zu verstehen als feste Ziele oder Endpunkte einer Interaktion, sondern finden durch die gesamte Interaktion statt.

2.5 Die Facette „Rolle der Schwangeren“

Die drei ersten beschriebenen Facetten beziehen sich insbesondere auf die Rolle der Hebamme in der Care-Interaktion. In dieser Facette soll beschrieben werden, welche Rolle der Schwangeren innerhalb dieser zukommt.

Conradi betont den Interaktionscharakter von Care, was in ihrem Verständnis nicht etwas ist, das eine Person für eine andere tut, sondern eine Interaktion, in der beide aktiv sind. Auch das Annehmen von Zuwendung definiert sie demnach als Aktivität (vgl. Conradi 2001 S. 51 f.). Mit dem Begriff der „Achtsamkeit“ beschreibt sie sowohl das Zuwenden und die Sorge um einen anderen Menschen als auch das „zulassen, reagieren, sich einlassen“ (Conradi 2001 S. 55f) auf Zuwendung oder irgendeine andere Art, zur Interaktion beizutragen (vgl. Conradi 2001 S. 55 ff.). Dieser Beitrag kann im Sinne Conrads auch darauf beschränkt sein, dass Care nicht verweigert wird (vgl. Conradi 2001 S. 52).

In Bubecks Verständnis sind die Rollen innerhalb der Care-Interaktion klar verteilt, da der „Care-giver“ die Erfüllung von Bedürfnissen des „Care-receivers“ übernimmt, die dieser nicht selbst erfüllen kann (vgl. Bubeck 1995 S. 141 f.). Conradi kritisiert, dass dieser Definition eine zu einseitige Vorstellung von Care zugrunde liegt, in welcher der Beitrag der Person, welche Care empfängt, unterschätzt wird (vgl. Conradi 2001 S. 51 f.).

Tronto beschreibt die Rolle der Person, welcher Fürsorge geschenkt wird, in der letzten Phase von Care, dem „Care-receiving“. Für sie meint dies die Antwort auf die Care-Handlung, in welcher deutlich wird, ob die Bedürfnisse der Person tatsächlich erfüllt werden konnten. Mögliche Konflikte innerhalb von Care-Interaktionen können in ihrem Verständnis nämlich dann entstehen, wenn die an der Interaktion Beteiligten unterschiedliche Vorstellungen

davon haben, welche Form von Care notwendig ist, was die Bedeutung der Reaktion des „Care-receivers“ deutlich macht (vgl. Tronto 1993 S. 107 ff.).

Held erwähnt eine mögliche Antwort des „Care-receivers“ nur beiläufig. Hierzu gehören für sie „the look of satisfaction in the child, the smile of the patient“ (Held 2006 S. 36). Ist der „Care-receiver“ hierzu nicht in der Lage, soll der „Care-giver“ in Helds Verständnis eine imaginäre Beziehung eingehen (vgl. Held 2006 S. 36 f.).

In Noddings Vorstellung von Care trägt die Person, welche Care empfängt zur Beziehung einerseits bei, weil die Bemühungen der sorgenden Person anerkannt werden und darauf geantwortet wird (vgl. Noddings 1984 S. 78), andererseits weil der „Care-receiver“ sich dem „Care-giver“ gegenüber öffnet, was Noddings als „unselfconscious revealing“ bezeichnet. Hierunter versteht sie beispielsweise, dass Ziele und Wünsche mitgeteilt werden. Dies erleichtert wiederum das Care-giving, da es an die Vorstellungen des „Care-receivers“ angepasst werden kann (vgl. Noddings 1984 S. 72 f.).

Als Elemente der Facette „Rolle der Schwangeren“ werden auf Grundlage der Literatur „Zulassen“, „Zustimmen“ und „Einlassen“ definiert, mit welchen verschiedene Formen des Beitrags zur Interaktion durch die Schwangere differenziert werden sollen. Sprachlich sind die Elemente orientiert an Conrads Verständnis davon, dass Menschen Fürsorge durch andere „zulassen, reagieren, sich einlassen“ (Conradi 2001 S. 55 f.), wobei statt „Reagieren“ der Ausdruck „Zustimmen“ gewählt wurde, um die Elemente klarer voneinander unterscheiden zu können. Unter „Zulassen“ werden Interaktionen gefasst, in denen die Schwangere die Handlung durch die Hebamme nicht verweigert, jedoch keine weitere Form eines Beitrags stattfindet. Mit „Zustimmen“ werden Situationen beschrieben, in denen der Beitrag der Schwangeren so zu verstehen ist, dass sie der Handlung verbal oder non-verbal zustimmt. Unter das Element „Einlassen“ werden alle Interaktionen gefasst, in denen der Beitrag, den die Schwangere leistet, als mehr als ein Zustimmung zu einer Handlung der Hebamme zu verstehen ist. Dies kann sich darin äußern, dass sie im Sinne Noddings' einen Wunsch oder ein Ziel äußert, dass sie innerhalb der Interaktion eine bestimmte Handlung vornimmt, beispielsweise im Zuge einer Beratung durch die Hebamme eine Entscheidung trifft

oder dass sie Dankbarkeit oder Anerkennung zeigt. Unter dem Element „Einlassen“ werden demnach eine Vielzahl verschiedener Beiträge zusammengefasst, welche die Schwangere zur Interaktion leisten kann. Eine weitere Differenzierung könnte sinnvoll sein, ist aber auf Grundlage der Arbeiten zu Care derzeit nicht möglich. Es werden zwar Beispiele für Beiträge zur Interaktion genannt, eine erschöpfende Definition der Facette mit einer endlichen Anzahl an Elementen, wie es die Methodologie der Facettentheorie verlangt (vgl. Borg / Shye 1995 S. 25), ist jedoch nicht möglich, wenn das Element „Einlassen“ weiter differenziert wird.

Da der Abbildungssatz eine stattfindende Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer beschreibt, bezieht die Facette „Rolle der Schwangeren“ nicht ein, dass eine Interaktion auch verweigert werden kann. Auch in dem Element „Einlassen“ kann nicht abgebildet werden, dass eine Interaktion abgelehnt wird, da dies bedeuten würde, dass die Interaktion trotzdem zunächst zugelassen oder ihr zugestimmt wurde und damit eine klare Zuordnung zu einem Element der Facette nicht mehr möglich wäre. Der Abbildungssatz muss demnach Situationen ausschließen, in welchen die Interaktion vor Beginn oder in ihrem Verlauf abgelehnt wird. In der Facette „Rolle der Schwangeren“ wird deutlich, dass eine Schwäche von facettentheoretischen Abbildungssätzen ihre Linearität ist. In der Realität könnte eine Care-Interaktion auch so ablaufen, dass die Schwangere in der Interaktion eine Handlung der Hebamme zunächst zulässt, im späteren Verlauf der Interaktion jedoch einen Wunsch äußert, was dem Element „Einlassen“ zugeordnet werden müsste. Auch wäre es möglich, dass einer Interaktion zunächst zugestimmt, diese im späteren Verlauf jedoch auch wieder abgelehnt werden kann. Diese Situationen können mit den Abbildungssatz nicht dargestellt werden, da ein „Zurückgehen“ zu den vorherigen Facetten nicht möglich ist. Diese Schwäche muss bei der verwendeten Methode in Kauf genommen werden.

Es muss beachtet werden, dass bei einer empirischen Prüfung des vorliegenden Abbildungssatzes die Rolle der Schwangeren durch die Wahrnehmung der Hebamme definiert werden soll. Es ist also möglich, dass die Schwangere selbst ihre Rolle anders beschreiben würde als die Hebamme. In Bezug auf Tronto ist es von Bedeutung, dass der „Care-giver“ die Reaktion

im „Care-receiving“ wahrnimmt, da nur so erkannt werden kann, ob die Bedürfnisse des anderen tatsächlich erfüllt werden konnten (vgl. Tronto 1993 S. 107 ff.). Daher scheint es sinnvoll, die Beteiligung der Schwangeren auch aus Sicht der Hebamme zu betrachten, da, wenn eine mögliche Reaktion der Schwangeren nicht wahrgenommen wird, die Hebamme diese nicht in den weiteren Verlauf der Interaktion integrieren kann.

2.6 Die Facette „Emotionale Zuwendung“

Care-Interaktionen wird neben dem Aspekt der praktischen Tätigkeit von Conradi ein Beziehungsaspekt zugeschrieben, den sie mit „Zuwendung“ bezeichnet. Hiermit möchte sie den Umstand beschreiben, dass Tätigkeiten, welche im eigentlichen Sinne nicht Care zuzuordnen sind, mit einem sorgenden Engagement ausgeführt werden können, als auch beispielsweise pflegende Tätigkeiten ohne dieses Engagement (vgl. Conradi 2001 S. 47 f.). Auch Tronto vertritt ein Verständnis von Care, in dem sowohl eine Aktivität als auch eine bestimmte Einstellung (disposition) zusammenkommen (vgl. Tronto 1993 S. 105).

Noddings betont in ihren Ausführungen zu Care den Aspekt der Beziehung. Für sie gehört zu Care stets ein „Mitfühlen“, was sie jedoch vom Konzept der Empathie abgrenzt. Dies begründet sie damit, dass beispielsweise Mütter sich nicht aktiv in ihr Kind „einfühlen“, um zu wissen, was es braucht, sondern ein natürlicher Impuls stattfindet. In ihrem Verständnis müssen also nicht bestimmte Äußerungen einer Person interpretiert werden, sondern in der Care-Beziehung entsteht eine Art Dualität, in der die Gefühle des Gegenübers zu den eigenen werden (vgl. Noddings 1984 S. 30 f.). Hiermit verbunden ist für Noddings auch, dass die Ziele des Gegenübers als die eigenen wahrgenommen werden. Sie betont hierbei auch, dass in Care-Handlungen Probleme nicht gelöst werden durch ein rationales Nachdenken, sondern stattdessen durch ein emotionales Bewusstsein (vgl. Noddings 1984 S. 33 ff.). Hier wird Noddings Verständnis von Care als „essentially nonrational“ (Noddings 1984 S. 25) deutlich, welches im Widerspruch zu Conradis Beschreibung einer

Verwobenheit von Denken, Fühlen und Handeln steht (vgl. Conradi 2001 S. 59).

Auch Held beschreibt Care sowohl als Tätigkeit als auch als Beziehung. Dabei können die beiden Aspekte in einem unterschiedlichen Verhältnis zueinanderstehen. Während für Eltern die Arbeit das Resultat aus der Beziehung zu ihrem Kind ist, ist es für die Betreuungspersonen die Beziehung, welche aus der Arbeit entsteht (vgl. Held 2006 S. 33).

Bubecks Vorstellung von Care unterscheidet sich in Bezug auf die Beziehung zwischen den Beteiligten von Conrads, Trontos, Noddings' und Helds Ausführungen insofern, dass sie zwar beschreibt, dass Care-Handlungen, in welchen in ihrem Verständnis stets Bedürfnisse einer Person erfüllt werden, die diese selbst nicht erfüllen kann, Ausdruck von Zuneigung zwischen Menschen sein können, jedoch nicht müssen. Sie betont, dass keine emotionale Beziehung zwischen den Beteiligten bestehen muss (vgl. Bubeck 1995 S. 134 f.).

Swanson beschreibt in ihrer Theorie zu Care in der Geburtshilfe „Being with“ als eine Dimension von Caring. Sie bezeichnet dies als emotionale Präsenz und sieht hierin „a way of sharing in the meanings, feelings and lived experience of the one-cared for“ (Swanson 1993 S. 355). Ähnlich wie Noddings geht auch Swanson davon aus, dass „Being with“ mehr meint, als das Gegenüber zu verstehen, sondern dass Gefühle und Erfahrungen des Gegenübers miterlebt werden (vgl. Swanson 1991 S. 163). Dies kann sich beispielsweise zeigen in „offering a joyful cheer at birth, to crying with the bereaved, to sharing the frustration of a family caregiver, to carrying a 24-hour beeper so that the adolescent with leukemia knows that his nurse is just a phone call away“ (Swanson 1993 S. 355). Dass dies für die Betreuenden auch eine belastende Situation sein kann, wenn eine feine Linie zwischen dem Teilen und dem Übernehmen der Realität des Gegenübers überschritten wird, muss im Sinne Swansons vermieden werden, da Care sonst nicht mehr möglich ist (vgl. Swanson 1993 S. 355 f.). Auch Dickson beschreibt im Konzept des „Presencing“, was sie als emotionale Präsenz begreift, da in ihrem Verständnis Care auf Grundlage von wahrhaftigen Gefühlen für die Situation der Patientin entsteht (vgl. Dickson 1997 S. 24).

Für den Abbildungssatz müssen die Elemente klar definiert und voneinander abgrenzbar sein. Hierfür eignen sich Beschreibungen wie die eines sorgenden Engagements bei Conradi (vgl. Conradi 2001 S. 47 f.) oder des Zusammenkommens einer bestimmten Einstellung mit einer Aktivität bei Tronto (vgl. Tronto 1993 S. 105) nur sehr bedingt, da nicht eindeutig ist, wann genau dies vorliegt und wann nicht. Ähnlich verhält sich dies bei Held, welche von der Beziehung zwischen „Care-giver“ und „Care-receiver“ spricht (vgl. Held 2006 S. 33). Was dennoch in den Ausführungen dieser Autorinnen bedeutsam für den Abbildungssatz ist, ist das Verständnis, dass Care neben der Tätigkeit eine weitere Komponente hat, welche mit den genannten Begriffen umschrieben wird. Noddings, Swanson und Dickson gehen auf die Gefühle des „Care-givers“ ein und beschreiben insbesondere, dass Gefühle erlebt werden wie die Freude über eine Geburt, ohne sich aktiv in das Gegenüber einfühlen zu müssen (vgl. Noddings 1984 S. 33 f., vgl. Swanson 1993 S. 355, vgl. Dickson 1997 S. 24). Abzugrenzen sind all diese Ausführungen von der Arbeit Bubecks, in deren Verständnis es keine Rolle spielt, ob zwischen den an der Care-Interaktion Beteiligten eine emotionale Beziehung besteht oder nicht (vgl. Bubeck 1995 S. 134 f.). In Bezug auf die übrigen Autorinnen soll in dem Abbildungssatz unterschieden werden zwischen Interaktionen, in denen eine emotionale Beziehung vorliegt, und solchen, in denen Care auf eine Tätigkeit reduziert ist. Hierfür werden für die Facette zwei Elemente formuliert. Unter das erste Element werden Interaktionen gefasst, in denen die Hebamme eigene Gefühle für die Situation der Gebärenden als „wichtigen Teil ihrer Tätigkeit“ wahrnimmt. Das zweite Element stellt Interaktionen dar, in welchen diese als „unwichtig oder hinderlich“ beschrieben werden. Möglicherweise stellt diese Unterscheidung nicht oder nicht vollständig dar, was Conradi und Tronto unter „Zuwendung“, „sorgendem Engagement“ und „Einstellung“ verstehen. Da die Begriffe jedoch nicht ausreichend konzeptualisiert sind, um mit ihnen Situationen klar voneinander unterscheiden zu können, stellt eine Bezugnahme auf die Ausführungen von Noddings, Swanson und Dickson zunächst eine geeignete Möglichkeit dar, die Elemente der Facette zu definieren.

2.7 Strukturhypothesen des Abbildungssatzes

In diesem Unterkapitel werden die Strukturhypothesen des Abbildungssatzes zusammenfassend dargestellt, welche auf den zuvor erarbeiteten Facetten basieren.

Der formulierte Abbildungssatz soll mit seinen Facetten des Definitionsbereiches mögliche Faktoren abbilden, auf deren Grundlage im Sinne der verschiedenen Auseinandersetzungen mit Care Interaktionen unterschieden werden können. Diese Interaktionen werden in Bezug auf den Bildbereich des Abbildungssatzes betrachtet, was es möglich macht, zu überprüfen, ob in der Funktionalität, in der Authentizität und in dem Handeln von Hebammen Care sichtbar wird. Der Definitionsbereich soll ein Universum möglicher Beobachtungen auf Grundlage von theoretischen Auseinandersetzungen mit Care abbilden. Im Sinne des Selbstverständnisses der Facettentheorie muss hier angemerkt werden, dass die Facetten als Möglichkeiten gesehen werden müssen, Beobachtungen voneinander zu unterscheiden, und nicht als genau die Faktoren, welche Care ausmachen (vgl. Borg 1986 S. 123, vgl. Borg / Shye 1995 S. 14). Es ist davon auszugehen, dass aus der für diese Arbeit verwendeten Literatur auch andere Facetten und Elemente erarbeitet werden könnten.

Die Facette „Motivation“ basiert mit ihren Elementen „nimmt Bedürfnisse der Schwangeren wahr“ und „beschreibt a-priori-Annahmen“ auf allen in die Arbeit einbezogenen Auseinandersetzungen mit Care. Als Voraussetzung für Care wird hier beschrieben, dass nicht nach festen Regeln oder eigenen Annahmen gehandelt wird, sondern eine Handlung stets als Reaktion auf das Wahrnehmen eines Bedürfnisses verstanden werden kann (vgl. Bubeck 1995 S. 129, vgl. Tronto 1993 S. 106, vgl. Held 2006 S. 39, vgl. Noddings 1984 S. 13, S. 24 f., vgl. Conradi 2001 S. 46 f., S. 52, vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 811, vgl. Dickson 1997 S. 24, vgl. Swanson 1992 S. 63 ff., vgl. Woodward 2000 S. 68). Hierauf basierend wird in der Facette also zwischen einer Handlungsmotivation differenziert, welche als Voraussetzung für Care verstanden wird, und einer, welche gegen das Vorliegen einer Care-Interaktion spricht. Daher wird angenommen, dass die Facette eine modulierende Wirkung auf die Facetten „Art der Interaktion“ sowie „Rolle der

Schwangeren“ hat, da die Handlungsmotivation entscheidend dafür ist, ob eine Interaktion als Care verstanden werden kann. Beispielsweise könnte das Bereitstellen einer Mahlzeit in einem Krankenhaus sowohl Care als auch nicht Care sein, abhängig davon, ob es als Routinehandlung durchgeführt wird, weil zu einer festgelegten Uhrzeit die Mahlzeit stattfindet (a-priori-Annahme), oder ob beispielsweise von einer Pflegekraft wahrgenommen wird, dass eine pflegebedürftige Person hungrig ist.

In der Facette „Art der Interaktion“ wird unterschieden zwischen verschiedenen Formen der Interaktion, welche zwischen Hebamme und Schwangerer stattfinden können, nämlich einer verbalen, einer non-verbalen, einer kombiniert verbalen und non-verbalen sowie einer indirekten Interaktion. Auf Grundlage der Arbeiten von Conradi, Tronto, Noddings, Bubeck, Dickson und Swanson können alle diese Formen der Interaktion Care darstellen (vgl. Conradi 2001 S. 45 f., S. 58 f., vgl. Dickson 1997 S. 24, vgl. Swanson 1991 S. 193, vgl. Swanson 1993 S. 354 ff., vgl. Tronto 1993 S. 107, vgl. Noddings 1984 S. 19, vgl. Bubeck 1995 S. 130 f.). Zugleich ist es auch für jedes der Elemente möglich, dass eine Interaktion dargestellt wird, welche nicht Care ist. Es wird angenommen, dass dies durch die Facetten „Motivation“, „Ziel“ und „Emotionale Zuwendung“ moduliert wird. Aufgrund des Umstandes, dass keine Klassifizierung der Elemente vorgenommen werden kann, ist davon auszugehen, dass die Facette eine kategoriale ist.

Die beiden Elemente „Empowerment“ und „Ohnmacht“ sollen in der Facette „Ziel“ dazwischen differenzieren, wozu eine Handlung führt. In Bezug auf Conradi, Swanson, Held, Halldorsdottir und Karlsdottir, Young und Rommelspacher liegt innerhalb von Care-Interaktionen in der Regel aufgrund unterschiedlich ausgeprägter Autonomie zwar eine Machtasymmetrie vor, innerhalb dieses Angewiesenseins kann jedoch eine Ermächtigung im Sinne von Empowerment stattfinden, indem Wissen und Entscheidungsbefugnisse weitergegeben werden und indem die Schwangere in ihren Fähigkeiten und ihren Entscheidungen Unterstützung erfährt und somit mehr Autonomie erlangt. Hierdurch kann verhindert werden, dass die Abhängigkeit verstärkt und aus der Machtasymmetrie ein Herrschaftsverhältnis wird (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011 S. 813, vgl. Swanson 1991 S. 164, vgl. Conradi 2001 S. 53 ff., vgl. Rommelspacher 1992 S. 115, S. 122, vgl. Young 1994 S. 43 f.,

S. 48 f.). Ein davon zu unterscheidendes Verständnis findet sich bei Bubeck, die davon ausgeht, dass Handlungen nur als Care zu verstehen sind, wenn hierbei das Bedürfnis einer Person von einer anderen erfüllt wird, das nicht selbst erfüllt werden kann. Daraus resultierend besteht in Care-Interaktionen immer eine Ohnmacht des „Care-receivers“, da der „Care-giver“ ihm oder ihr die notwendige Fürsorge vorenthalten kann (vgl. Bubeck 1995 S. 130 f., S. 139 ff.). In Abgrenzung zu Bubeck wird in Bezug auf Swanson, Halldorsdottir und Karlsdottir, Conradi, Rommelspacher und Young angenommen, dass Care-Interaktionen zwischen Hebamme und Schwangerer das Ziel Empowerment verfolgen. Daher wird angenommen, dass die Facette „Ziel“ modulierend auf die Facetten „Art der Interaktion“ und „Rolle der Schwangeren“ wirkt, da mit den beiden Elementen unterschieden wird, welche Interaktionen als Care zu verstehen sind und welche nicht.

In der Facette „Rolle der Schwangeren“ wird mit den Elementen „Zulassen“, „Zustimmen“ und „Einlassen“ differenziert, wie die Schwangere an der Interaktion mit der Hebamme beteiligt ist. Diese wurde formuliert in Bezug auf Conradi, Tronto, Held und Noddings. Im Gegensatz zu Bubeck definieren die genannten Vertreterinnen Care als Interaktion, zu der auch die Person, welche Care empfängt, einen Beitrag leistet (vgl. Bubeck 1995 S. 141 f., vgl. Conradi 2001 S. 51 f., S. 55 ff., vgl. Held 2006 S. 36 f., vgl. Tronto 1993 S. 107 ff., vgl. Noddings 1984 S. 72 f.). Während unter „Zulassen“ Interaktionen gefasst werden, in denen die Beteiligung der Schwangeren reduziert ist darauf, dass die Handlung der Hebamme nicht verweigert wird, finden in den Interaktionen, welche dem Element „Zustimmen“ zugeordnet werden, eine verbale oder non-verbale Zustimmung durch die Schwangere statt. Findet hierüber hinaus ein Beitrag durch die Schwangere statt, wird dies dem Element „Einlassen“ zugeordnet. In Bezug auf Conradi müsste davon ausgegangen werden, dass alle hier genannten Formen der Rolle der Schwangeren in Care-Interaktionen vorliegen können (vgl. Conradi 2001 S. 51 f., S. 55 ff.). In Trontos Verständnis beinhaltet das „Care-receiving“, dass vom „Care-giver“ wahrgenommen wird, ob eine Handlung tatsächlich das Bedürfnis des „Care-receivers“ erfüllt (vgl. Tronto 1993 S. 107 ff.), was dem Element „Zustimmen“ oder auch „Einlassen“ zugeordnet werden könnte. Was Noddings unter „unselfconscious revealing“ (vgl. Noddings 1984 S. 72 f.) versteht, also beispielsweise das Äußern eines Gefühls oder Wunsches,

wird abgebildet in dem Element „Einlassen“. Auf diesen verschiedenen Grundlagen wäre sowohl eine kategoriale als auch eine geordnete Abbildung der Facette möglich. Im Verständnis Conradis können alle mit den Elementen beschriebenen Interaktionen als Care bezeichnet werden (vgl. Conradi 2001 S. 55 f.), was für eine kategoriale Abbildung spricht. Währenddessen wäre in Bezug auf Tronto zumindest ein Zustimmung notwendig, da so sichergestellt ist, dass die Beteiligten eine gleiche Vorstellung davon haben, welche konkrete Interaktion notwendig ist, oder auch ein Einlassen in Form einer Rückmeldung nach der Care-Handlung (vgl. Tronto 1993 S. 107 ff.). Noddings versteht die Rolle des „Care-receivers“ wiederum so, dass etwas von sich selbst preisgegeben wird (vgl. Noddings 1984 S. 72 f.), was hier ebenfalls als „Einlassen“ bezeichnet werden würde. Die Ausführungen von Tronto und Noddings könnten also eher für eine geordnete Abbildung der Facette sprechen. Des Weiteren wird angenommen, dass die Facette „Rolle der Schwangeren“ moduliert wird durch die Facetten „Motivation“, „Ziel“ und „Emotionale Zuwendung“, da diese beeinflussen, ob eine Interaktion grundsätzlich als Care verstanden werden kann oder nicht.

Die Facette „Emotionale Zuwendung“ soll differenzieren, ob die Hebamme in der Interaktion mit der Schwangeren ihre eigenen Gefühle als „wichtigen Teil ihrer Tätigkeit“ oder als „unwichtig oder hinderlich für ihre Tätigkeit“ empfindet. Auf Grundlage der durchsuchten Literatur kann davon ausgegangen werden, dass dies einen Einfluss auf die Interaktion hat. Mit unterschiedlichen Begriffen wird dieses Konzept in den Arbeiten von Conradi, Tronto, Noddings, Held, Swanson und Dickson beschrieben (vgl. Conradi 2001 S. 47 f., vgl. Tronto 1993 S. 105, vgl. Noddings 1984 S. 30 f., S. 33 ff., vgl. Held 2006 S. 33, vgl. Swanson 1993 S. 355 f., vgl. Swanson 1991 S. 163, vgl. Dickson 1997 S. 24). Conradi spricht davon, dass in Care-Interaktionen neben der Tätigkeit auch ein bestimmtes Engagement zugrunde liegen muss (vgl. Conradi 2001 S. 47 f.); Tronto geht von einer bestimmten Einstellung aus, welche mit der Aktivität zusammenkommt (vgl. Tronto 1993 S. 105). Noddings führt aus, dass Care stets Mitfühlen bedeutet, indem eine Dualität entsteht, in der die Gefühle des „Care-receivers“ auch zu den Gefühlen des „Care-givers“ werden (vgl. Noddings 1984 S. 30 f.), Held spricht in diesem Zusammenhang von der Beziehung zwischen den an der Interaktion Beteiligten (vgl. Held 2006 S. 33). In Swansons Theorie beschreibt „Being with“

das Teilen von Gefühlen und Erfahrungen mit der Schwangeren (vgl. Swanson 1993 S. 355). Dickson bezeichnet mit „Presencing“, dass wahrhaftige Gefühle für die Situation der Schwangeren bestehen (vgl. Dickson 1997 S. 24). All diese Konzepte werden für den Abbildungssatz in dem Element zusammengefasst, dass die Hebamme eigene Gefühle als „wichtigen Teil ihrer Tätigkeit“ beschreibt, welches als Voraussetzung für Care im Sinne der genannten Ausführungen verstanden werden kann. Abzugrenzen sind diese von der Arbeit Bubecks, welche beschreibt, dass Care-Handlungen zwar Ausdruck von Zuneigung sein können, Care aber genauso ohne eine emotionale Beziehung zwischen den Beteiligten stattfinden kann (vgl. Bubeck 1995 S. 134 f.). Betrachtet die Hebamme eigene Gefühle als „unwichtig oder hinderlich für ihre Tätigkeit“, so wird dies im gleichnamigen Element der Facette dargestellt. Es wird angenommen, dass die Facette einen modulierenden Einfluss auf die Facetten „Art der Interaktion“ und „Rolle der Schwangeren“ hat, da mit ihr differenziert wird, ob eine Care-Interaktion vorliegen kann oder nicht. Möglicherweise hat die emotionale Zuwendung auch einen Einfluss auf die Motivation und das Ziel der Interaktion, da durch ein „Mitfühlen“ schon beeinflusst werden könnte, wie die Hebamme Bedürfnisse der Schwangeren wahrnimmt und worauf sie ihre Handlung ausrichtet. Das würde bedeuten, dass auch diese Facetten durch die Facette „Emotionale Zuwendung“ moduliert werden.

Der Abbildungssatz bietet die Möglichkeit zu überprüfen, ob Struktupel des Definitionsbereiches unterschiedlich bewertet werden, je nachdem, auf welches Element des Bildbereiches sie bezogen werden. In Bezug auf die in die Arbeit eingeschlossenen Theorien zur Hebammenarbeit wird angenommen, dass insbesondere Interaktionen zwischen Hebamme und Schwangerer als authentisch bewertet werden, in welchen Aspekte von Care stattfinden. Aufgrund der Annahme, dass Care im Rahmen bezahlter Tätigkeiten als „Extra“ verstanden (vgl. Conradi 2001 S. 46) und im öffentlichen Diskurs marginalisiert wird (vgl. Tronto 1993 S. 111), wird davon ausgegangen, dass in der Funktion von Hebammen Care nicht thematisiert wird, was möglicherweise dazu führt, dass eher Struktupel, in welchen wenige oder keine Aspekte von Care abgebildet sind, als zutreffendere Beschreibung der Funktion bewertet werden. Es wird angenommen, dass die Arbeit von Hebammen sowohl beeinflusst wird durch ihre Authentizität als auch durch die definierte Funktion,

möglicherweise wird jedoch einem der beiden Aspekte eine größere Bedeutung beigemessen. Dies kann bedeuten, dass sich für das Element „Handeln“ als Mischform zwischen den beiden übrigen Elementen des Bildbereichs abbildet, eventuell jedoch mit einer mehr oder weniger starken Tendenz zu „Authentizität“ oder „Funktionalität“, was bedeuten würde, dass einem der beiden Faktoren in der Hebammenarbeit mehr Bedeutung zukommt.

V. Multidimensionale Skalierung und Korrespondenzanalyse als mögliche Methoden zur empirischen Prüfung

Der entwickelte Abbildungssatz kann zur Erstellung von Items dienen, um so im Sinne des Theorieverständnisses der Facettentheorie eine Korrespondenzhypothese formulieren zu können zwischen der Gesamtheit grundsätzlich möglicher und der Struktur empirischer Beobachtungen (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 135). In einem Fragebogen werden diese Items mit einem Antwortbereich, beispielsweise einer Likert-Skala, verknüpft, wodurch jedem Item ein bestimmter Wert zugeordnet werden kann, was Voraussetzung für die Anwendung statistischer Auswertungsmethoden ist. Auf Grundlagen zur Messtheorie soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Wie bereits in Kapitel III.3 thematisiert, eignen sich insbesondere intrinsische Datenanalysemethoden zur Überprüfung der Struktur auf diese Art und Weise erhobener empirischer Daten (vgl. Borg / Shye 1995 S. 14). Die Multidimensionale Skalierung stellt die im Zusammenhang mit der Facettentheorie am häufigsten angewandte Datenanalysemethode dar (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 145). Für den vorliegenden Abbildungssatz erscheint neben einer (konfirmatorischen) Multidimensionalen Skalierung auch die Durchführung einer Korrespondenzanalyse angemessen. Auf beide Verfahren wird im Folgenden eingegangen.

1. Multidimensionale Skalierung

Auf Grundlage ihrer (Un)Ähnlichkeit werden bei der Multidimensionalen Skalierung Objekte in einem zwei- oder mehrdimensionalen Raum angeordnet. Die Begründung, auf welcher die (Un)Ähnlichkeiten basieren, muss hierbei zunächst nicht bekannt sein (vgl. Backhaus et al. 2016 S. 611 f., vgl. Borg et al. 2013 S. 1 f.), was es möglich macht, die MDS als induktives Verfahren anzuwenden (vgl. Borg et al. 2013 S. 10 f.). Im Rahmen der Facettentheorie wird die MDS deduktiv angewandt, um die im Abbildungssatz formulierte angenommene Struktur der Daten zu überprüfen (vgl. Borg et al. 2013 S. 16 f., vgl. Borg 1986 S. 122 ff.). Hier kann eine konfirmatorische MDS zum Einsatz kommen (vgl. Borg et al. 2010 S. 227), auf welche später eingegangen wird.

Im Rahmen der Facettentheorie ergeben sich die Unähnlichkeiten zwischen Items, welche als Punkte im multidimensionalen Raum dargestellt werden sollen, aus deren Bewertungen durch die Studienteilnehmer (vgl. Planer 2014 S. 67). Im Folgenden werden Distanzen mit d bezeichnet, die Unähnlichkeit zwischen Objekten mit p (für engl. *proximity*) und MDS-Konfigurationen mit X .

Grundsätzlich gilt, dass Distanzen zwischen Objekten in einer MDS-Konfiguration keine negativen Werte aufweisen können und nur die Selbstdistanz den Wert null hat ($d_{ii} = d_{jj} = 0 \leq d_{ij}$), dass sie symmetrisch sind ($d_{ij} = d_{ji}$) sowie dass die Distanz zwischen Objekt i und Objekt j via k mindestens so groß ist wie die Distanz zwischen den Objekten i und j ($d_{ij} \leq d_{ik} + d_{jk}$) (vgl. Borg et al. 2013 S. 12). Zusätzlich muss in Bezug auf die Distanzen festgelegt werden, ob die MDS metrisch oder ordinal angewandt werden soll, wobei die ordinale MDS die häufiger verwendete Form darstellt. Die (Un)Ähnlichkeiten zwischen Objekten werden hierbei als ordinalskaliert betrachtet. In der Darstellung der Objekte soll die Struktur der empirischen Daten abgebildet werden, was in der Funktion $f : p_{ij} \rightarrow d_{ij}(X)$ deutlich wird. Die Funktion ist monoton, was bedeutet, dass, wenn zwei Objekte i und j als ähnlicher bewertet wurden als zwei Objekte k und l , die Distanz d zwischen k und l in der Konfiguration X größer oder gleich dargestellt werden soll wie die Distanz d zwischen i und j ($f : p_{ij} < p_{kl} \rightarrow d_{ij}(X) \leq d_{kl}(X)$). Ob Rangbindungen ($p_{ij} \equiv p_{kl}$) auch in der Konfiguration beachtet werden müssen, kann variieren. Beim „primary approach to ties“ bleiben diese unbeachtet, und Distanzen müssen nicht gleich dargestellt werden, da es beispielsweise bei einer Skala von 1 bis 9 zwangsläufig zu Ties kommt und diesen daher nicht zu viel Beachtung geschenkt wird. Beim „secondary approach to ties“ müssen die Ties auch in der Konfiguration abgebildet sein ($f : p_{ij} = p_{kl} \rightarrow d_{ij} \equiv d_{kl}$) (vgl. Borg et al. 2013 S. 37 f.). Eine Alternative zur ordinalen ist die metrische MDS. Eine häufig verwendete Form stellt dabei die Intervall-MDS dar. Hierbei ergeben Distanzen sich beispielsweise aus einer linearen Funktion ($p_{ij} \rightarrow a + b \cdot p_{ij} = d_{ij}(X)$) oder einer logistischen Funktion ($p_{ij} \rightarrow a + b \cdot \log(p_{ij}) = d_{ij}(X)$). Liegen Daten intervallskaliert vor, ergibt sich durch diese Transformationen kein Informationsverlust (vgl. Borg / Groenen 2010 S. 201).

Bezüglich der Distanzen einer MDS-Konfiguration muss zudem ein Distanzmodell bestimmt werden. Die hierbei häufigste Variante stellt die euklidische Metrik dar, da sie der natürlichen Wahrnehmung entspricht und Konfigurationen so gut interpretiert werden können. Hierfür werden die Abstände zwischen zwei Objekten i und j auf allen Dimensionen quadriert und aus der Summe dieser die Wurzel gezogen (Satz des Pythagoras). Eine Alternative hierzu stellt die City-Block-Metrik dar, bei welcher die Abstände auf allen Dimensionen summiert werden (vgl. Backhaus 2016 S. 614). Verallgemeinert können Distanzmaße in der Minkowski-Metrik dargestellt werden:

$$d_{ij}(X) \equiv \left[\sum_{a=1}^m |x_{ia} - x_{ja}|^p \right]^{\frac{1}{p}}$$

Hierbei muss $p \geq 1$ sein. Für die euklidische Metrik gilt $p = 2$, für die City-Block-Metrik $p = 1$. Allgemein gilt, dass wenn $p > 1$ ist, intradimensionale Abstände die Distanz umso stärker beeinflussen, je größer sie sind (vgl. Borg et al. 2013 S. 13 f.). Im Rahmen der Facettentheorie ist das Distanzmaß auch dahingehend relevant, wie aus den Profilen der Items, welche sich aus den Bewertungen der Studienteilnehmerinnen ergeben, die Distanzen berechnet werden. Für die euklidische Distanz ergibt sich die Distanz aus der Wurzel der Summe der quadrierten Unterschiede in den Bewertungen zweier Items durch die einzelnen Studienteilnehmer, wobei die Richtung der Abweichung unerheblich ist (vgl. Planer 2014 S. 67 f.).

MDS-Konfigurationen werden mittels Statistik-Software iterativ erstellt. Dies bedeutet, dass ausgehend von einer Start-Konfiguration die Objekte so lange verschoben werden, bis sie die Daten möglichst genau darstellen und keine Verbesserung des sogenannten „Stress-Wertes“ mehr erzielt werden kann (vgl. Borg et al. 2013 S. 6). Mit Hilfe des Stress-Wertes kann bestimmt werden, wie genau die Konfiguration die Struktur der Daten wiedergibt. Um diesen zu berechnen, wird zusätzlich zu den Distanzen d und Unähnlichkeiten p die Größe der Disparitäten \hat{d} eingeführt (vgl. Borg et al. 2013 S. 22 f.). Während die Disparitäten sich in der Intervall-MDS aus der gewählten Funktionsgleichung (beispielsweise einer linearen oder logistischen Transformation der Unähnlichkeiten) ergeben (vgl. Borg / Groenen 2005 S. 201), sind

sie in der ordinalen MDS als schwach monotone Transformation der Unähnlichkeiten zu verstehen, für welche gilt, dass wenn $p_{ij} > p_{kl} \rightarrow \hat{d}_{ij} \geq \hat{d}_{kl}$. Für Bereiche, in welchen die Ordnung der Distanzen in X der Ordnung der Unähnlichkeiten der Objektpaare entspricht, sind der Wert der Distanz und der Wert der Disparität identisch. Für Bereiche, in denen die Monotoniebindung verletzt wird, wird das arithmetische Mittel der Distanzwerte in diesem Bereich berechnet, welches die Disparität der entsprechenden Distanzen darstellt (vgl. Borg / Groenen 2005 S. 203 f., S. 206 ff.). Ziel ist es, dass die Summen der quadrierten Abweichungen zwischen Distanzen und Disparitäten einen möglichst geringen Wert aufweisen (Kleinstquadratkriterium). Um diesen Wert um die Größe der Konfiguration X zu bereinigen, wird die Summe der quadrierten Abweichungen durch die Summe der quadrierten in X dargestellten Distanzen dividiert und im Anschluss aus dem Ergebnis die Wurzel gezogen. Dies wird in dem von Kruskal entwickelten Algorithmus dargestellt (vgl. Borg et al. 2013 S. 22 f., vgl. Borg / Groenen 2005 S. 41 f.):

$$\text{Stress-1: } \sqrt{\frac{\sum d_{ij}(X) - \hat{d}_{ij}^2}{\sum d_{ij}^2(X)}}$$

Eine MDS-Konfiguration, welche die Struktur der Daten perfekt wiedergibt, hat einen Stress-Wert von 0. Da dies in der Regel jedoch nur möglich ist in einer Konfiguration mit $n-1$ Dimensionen, welche dann nicht mehr natürlich wahrnehmbar und somit nur schwer interpretierbar ist, sollte das nicht das Ziel sein. Der Stress-Wert einer MDS-Konfiguration kann als gut angesehen werden, wenn er mindestens zwei Standardabweichungen kleiner ist als der Stress einer Konfiguration, in welcher die Objekte zufällig verteilt sind. Der Stress-Wert wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Werden zusätzliche Anforderungen an die Konfiguration gestellt, wie beispielsweise beim „secondary approach to ties“ oder einer metrischen MDS, im Gegensatz zu einer ordinalen, ist grundsätzlich von einem höheren Wert auszugehen. Beeinflusst wird der Stress-Wert ebenfalls durch die Anzahl der Objekte (je größer n , umso größer der Stress-Wert) sowie die Anzahl der Dimensionen (je mehr Dimensionen m , umso geringer der Stress-Wert). Zusätzlich gibt es unterschiedliche Herangehensweisen, wie mit Ausreißern in den Daten um-

gegangen wird und ob diese in die Konfiguration übernommen werden müssen (vgl. Borg et al. 2013 S. 23 f.). Der Stress-Wert kann gewissermaßen mit einem Korrelationskoeffizienten verglichen werden, wobei er die „badness-of-fit“ statt der „goodness-of-fit“ darstellt. Ähnlich wie ein Korrelationskoeffizient durch Ausreißer künstlich hoch oder durch einen nicht linearen Zusammenhang künstlich niedrig erscheinen kann, wird der Stress-Wert möglicherweise künstlich beeinflusst, beispielsweise durch einen der oben genannten Faktoren. Daher können die Unähnlichkeiten im Vergleich zu den Distanzen und Disparitäten im sogenannten „Shepard-Diagramm“ dargestellt werden.

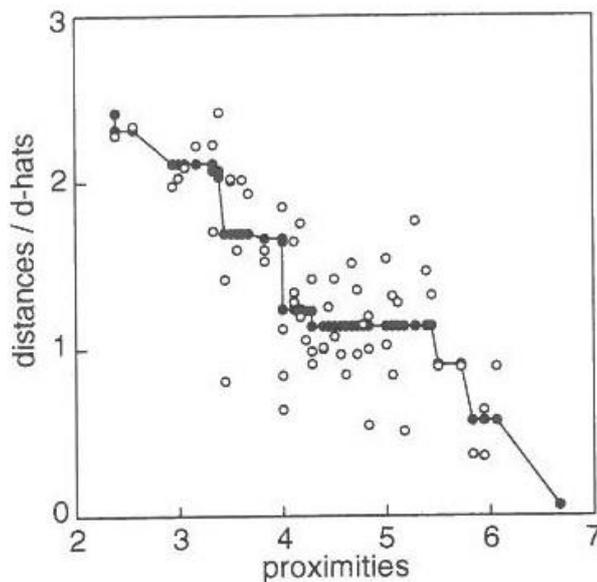


Abbildung 6: Beispiel eines Shepard-Diagramms (Quelle: Borg / Groenen 2010 S. 43)

In dem dargestellten Shepard-Diagramm stellen die leeren Punkte die Unähnlichkeiten der Objektpaare im Vergleich zu den Distanzen der Konfiguration dar. Die ausgefüllten Punkte sind zu verstehen als Paare aus Unähnlichkeiten und Disparitäten, welche alle auf einer monoton abfallenden Linie liegen, wie es für die ordinale MDS typisch ist. Während auf der X-Achse lediglich die Unähnlichkeiten dargestellt werden, dient die Y-Achse sowohl zur Veranschaulichung der Distanzen als auch der Disparitäten. Die vertikale Distanz zwischen den leeren Punkten, welche Unähnlichkeiten und Distanzen darstellen, und den ausgefüllten Punkten, welche Unähnlichkeiten und

Disparitäten darstellen, zeigt hierbei den Fehler der MDS-Konfiguration für ein bestimmtes Objektpaar (vgl. Borg / Groenen 2010 S. 42 f.).

Die Darstellung des Vorgehens in der Multidimensionalen Skalierung zeigt, dass zur Erstellung einer MDS-Konfiguration zunächst nicht mehr über die Objekte bekannt sein muss als die Unähnlichkeiten von Objektpaaren. Ist, wie im Vorgehen der Facettentheorie, in der den Objekten, welche im mehrdimensionalen Raum dargestellt werden sollen, eine inhaltliche Theorie zugrunde liegt, mehr bekannt als nur die Unähnlichkeiten, kann dies für die Erstellung einer Konfiguration beachtet werden. In diesem Falle spricht man von konfirmatorischer MDS. Die MDS-Konfiguration soll hierbei nicht nur einen niedrigen Stress-Wert aufweisen, sondern auch weitere Ansprüche erfüllen, welche sich aus der inhaltlichen Theorie ergeben. Der Vergleich des Stress-Wertes einer konfirmatorischen und einer zufälligen Konfiguration bietet die Möglichkeit zu überprüfen, inwieweit die Theorie sich in den empirischen Daten abbildet (vgl. Borg / Groenen 2010 S. 227).

Eine Möglichkeit für ein Muster, welches sich in einer, auf einem facettentheoretisch entwickelten Abbildungssatz basierenden, MDS-Konfiguration zeigt, erläutern Borg und Groenen beispielhaft mit Intelligenz-Items. Die den Items zugrunde liegenden Facetten „language“ mit den Elementen „verbal, numerical, geometrical“, „requirement“ mit den Elementen „learning, applying, inferring“ sowie „communication“ mit den Elementen „oral, manual, paper-and-pencil“ bilden sich in einer MDS-Konfiguration in einem sogenannten Cylinder ab (vgl. Borg Groenen 2010 S. 88, S. 91).

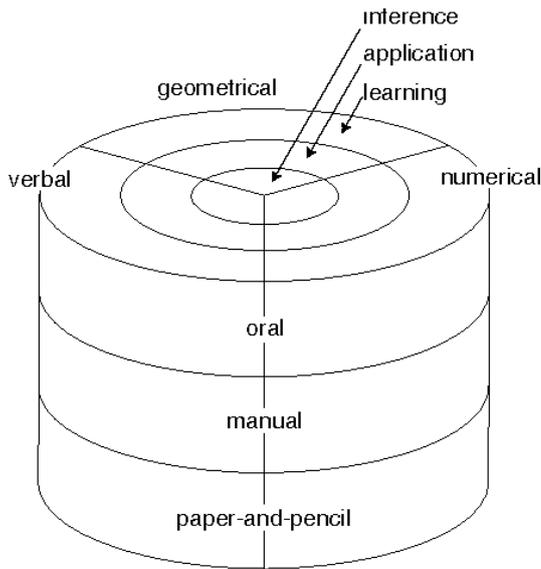


Abbildung 7: *Cylindrex aus Intelligenz-Items* (Quelle: Borg / Groenen 2010 S. 91)

Die Abbildung zeigt beispielhaft, wie sich die Struktur von auf Facetten basierenden Items in einer MDS-Konfiguration darstellen kann. Da jedes Item in jeder Facette einem bestimmten Element zugeordnet werden kann, ist es letztlich das Ziel, den multidimensionalen Raum für jede Facette in deren unterschiedliche Elemente zu unterteilen. Ist dies möglich, so scheinen sich die auf der inhaltlichen Theorie basierenden Facetten des zuvor formulierten Abbildungssatzes auch empirisch abzubilden (vgl. Borg / Groenen 2010 S. 91). Die MDS wird also die Möglichkeit bieten, Items, welche auf Grundlage des in dieser Arbeit entwickelten Abbildungssatzes zu Care formuliert werden sollen, im multidimensionalen Raum darzustellen, basierend auf empirischen Bewertungen durch Hebammen. Wird hierbei eine Struktur in der Anordnung deutlich, in der sich die Facetten und ihre Elemente abbilden, so scheinen die Bewertungen durch die Studienteilnehmerinnen auf den Faktoren zu beruhen, welche mit den Facetten und Elementen des Abbildungssatzes dargestellt werden.

2. Korrespondenzanalyse

Neben der Multidimensionalen Skalierung kann zur empirischen Prüfung des Abbildungssatzes auch eine Korrespondenzanalyse zum Einsatz kommen. Ähnlich wie die MDS dient auch dieses Verfahren der geometrischen Darstellung von Daten. Grundlage der Korrespondenzanalyse ist eine Kontingenztafel, in welcher dargestellt ist, wie häufig die verschiedenen Ausprägungen zweier nominaler oder ordinaler Variablen zusammen auftreten. Durch die geringen Anforderungen an die Daten (beispielsweise im Vergleich zur Faktorenanalyse, welche metrische Daten benötigt) kommt der Korrespondenzanalyse eine große praktische Bedeutung zu. Ziel ist es, die Ausprägungen der Variablen auf Grundlage ihrer gemeinsamen Häufigkeiten als Punkte im multidimensionalen Raum darzustellen. Hierbei sollen Ausprägungen, welche häufig zusammen auftreten, mit geringem Abstand, und solche, welche selten zusammen auftreten, mit einem großen Abstand dargestellt werden (vgl. Backhaus et al. 2015 S. 404 f.).

Im ersten Schritt der Korrespondenzanalyse werden Zeilen- und Spaltenprofile der Kontingenztafel erstellt. Dies bedeutet, dass die Häufigkeiten der verschiedenen Ausprägungen in einer Zeile durch die entsprechende Zeilensumme dividiert werden, wodurch die Häufigkeitsverteilungen der Zeilen vergleichbar werden.

$$\text{Zeilenprofil } i: \left\{ \frac{n_{ij}}{n_i} \right\} \quad (i = 1, \dots, I)$$

Hierbei stellt n_i die Zeilensumme i , also die Häufigkeit von Merkmal i der Variable I , dar und n_{ij} die Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens von Merkmal i der Variable I und Merkmal j der Variable J . Gleiches erfolgt mit den Spalten der Tabelle:

$$\text{Spaltenprofil } j: \left\{ \frac{n_{ij}}{n_j} \right\} \quad (j = 1, \dots, J)$$

(vgl. Backhaus et al. 2015 S. 407 ff., vgl. Greenacre 2017 S. 9 ff.).

Eine weitere Größe, welche in der Korrespondenzanalyse eingeführt wird, sind die Massen. Diese ergeben sich aus der Division der Randsummen durch die Gesamthäufigkeit n (Beispiel: Masse von Zeile i : $\frac{n_i}{n}$). Aus ihnen

ergibt sich, wie häufig die Ausprägung i einer Variable I im Verhältnis zum gesamten n aufgetreten ist (vgl. Backhaus et al. 2015 S. 411). Die Massen können zudem als Centroide interpretiert werden, welche, geometrisch gesehen, den Mittelpunkt der gesuchten Konfiguration bilden. Die Massen der Zeilen bilden hierbei den Centroid der Spalten. Hieraus ergibt sich zudem, dass die prozentualen Häufigkeiten der Ausprägung i von Variable I in Bezug auf die verschiedenen Ausprägungen j der Variablen J Gewichte darstellen, um den abzubildenden Abstand von i zu den verschiedenen Ausprägungen von J zu bestimmen (vgl. Greenacre 2017 S. 19 f.).

Ein grundlegendes statistisches Verfahren bei der Betrachtung von Kontingenztabellen ist die Chi-Quadrat-Statistik, mit welcher die Abhängigkeit zwischen Zeilen und Spalten bestimmt werden kann. Der Chi-Quadrat-Wert wird berechnet aus der Summe der quadrierten Differenzen zwischen der beobachteten Häufigkeit n_{ij} und der erwarteten Häufigkeit e_{ij} , dividiert durch die erwartete Häufigkeit. Dies kann als Formel folgendermaßen dargestellt werden:

$$\text{Chi - Quadrat} = \sum \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

Je größer die quadrierten Abweichungen zwischen beobachtetem und erwartetem Wert, umso größer wird der Chi-Quadrat-Wert. Ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen besteht, kann mittels der Chi-Quadrat-Verteilung überprüft werden. Im Falle der Korrespondenzanalyse dient die Chi-Quadrat-Statistik als „Maß für die Streuung der beobachteten Werte um die erwarteten Werte und somit als Maß für die in ihnen enthaltene Streuung oder Information“ (Backhaus et al. 2015 S. 413). Innerhalb der Korrespondenzanalyse wird diese Streuung mit Hilfe der totalen Inertia dargestellt. Diese hat gegenüber der Chi-Quadrat-Statistik den Vorteil, dass sie unabhängig von der Fallzahl ist (Anmerkung: Chi-Quadrat-Werte werden auch bei niedriger Streuung signifikant, wenn die Fallzahl groß genug ist). Hierfür wird der Chi-Quadrat-Wert durch n geteilt. Der maximale Wert der Inertia ergibt sich aus dem Minimum von Zeilen und Spalten minus eins, der minimale Wert ist null (vgl. Backhaus et al. 2015 S. 413 f., vgl. Greenacre 2017 S. 28 f.). Die geometrische Darstellung in der Korrespondenzanalyse soll so erfolgen, dass die Profile der Zeilen und Spalten in einer Konfiguration

mit möglichst geringer Dimensionalität und einem möglichst geringen Verlust an Information dargestellt werden. Ohne Informationsverlust kann eine Darstellung in einem Raum mit einer Anzahl an Dimensionen, die der maximalen Inertia für die Kontingenztabelle entspricht, erfolgen (vgl. Backhaus et al. 2015 S. 414 f.).

Zur Gewinnung der Koordinaten, mit welchen die Objekte im multidimensionalen Raum dargestellt werden sollen, müssen die Daten der vorliegenden Kontingenztabelle zunächst standardisiert werden. Hierfür wird folgende Formel angewandt:

$$z_{ij} = \frac{p_{ij} - \hat{e}_{ij}}{\sqrt{\hat{e}_{ij}}}$$

Indem von jedem Wert der Kontingenztabelle der Erwartungswert subtrahiert und das Ergebnis dividiert wird durch die Wurzel des Erwartungswertes, ergeben sich Werte, welche im Sinne der MDS als Ähnlichkeitsmaß interpretiert werden können. Beträgt der Wert null, so sind die beiden entsprechenden Ausprägungen der Variablen genauso häufig zusammen aufgetreten, wie bei einer unabhängigen Verteilung zu erwarten ist. Bei einem positiven Wert sind die beiden Ausprägungen i und j häufiger als erwartet zusammen aufgetreten, je höher der Wert, umso ähnlicher sind sich i und j in den Worten der MDS. Unähnlichkeiten ergeben sich entsprechend aus negativen Werten (vgl. Backhaus et al. 2015 S. 415 ff.). Um bei der Darstellung der Elemente im multidimensionalen Raum einen möglichst geringen Informationsverlust zu generieren, wird die Matrix mit den standardisierten Daten im folgenden Schritt einer Einzelwertzerlegung unterzogen, welche im Gegensatz zur Eigenwertzerlegung auch bei nicht quadratischen Matrizen Anwendung finden kann, was folgendermaßen dargestellt werden kann:

$$Z = U \cdot S \cdot V'$$

Hierbei ist Z die $I \times J$ -Matrix mit den standardisierten Daten, U die $I \times K$ -Matrix für die Zeilenelemente, V' die Transponierte der $J \times K$ -Matrix für die Spaltenelemente und S die $K \times K$ -Diagonalmatrix mit den Einzelwerten. K entspricht hierbei der maximalen Inertia und damit der maximalen Anzahl der Dimensionen. Die Matrizen U und V sind so skaliert, dass die quadrierten Werte der Spalten jeweils 1 ergeben. Da die Einzelwertzerlegung in der Regel mittels

Statistik-Software durchgeführt wird, wird auf die mathematischen Grundlagen an dieser Stelle nicht weiter eingegangen.

Die den Dimensionen zugehörigen Einzelwerte können als Maß für den Informationsgehalt der einzelnen Dimensionen interpretiert werden. Werden sie quadriert, so ergeben sich aus ihnen die sogenannten „Trägheitsgewichte“ der Dimensionen, deren Summe die totale Inertia ergibt. Hieraus resultiert, dass der Eigenwert einer Dimension, dividiert durch die totale Inertia, den prozentualen Anteil der Information ergibt, welche eine Dimension aufnimmt. Um nun die endgültigen Koordinaten bestimmen zu können, werden die Matrizen U und V reskaliert (vgl. Backhaus et al. 2015 S. 418 ff.). Hierfür muss zunächst entschieden werden, ob dies symmetrisch oder asymmetrisch erfolgen soll. Bei der symmetrischen Normalisierung wird die Inertia gleichermaßen auf Zeilen- und Spaltenelemente verteilt, bei den asymmetrischen Varianten werden nur die Zeilen- oder die Spaltenelemente mit den Einzelwerten gewichtet. Die Entscheidung darüber, welche Form der Normalisierung sinnvoll erscheint, hängt vom inhaltlichen Gegenstand der Kontingenztafel ab (vgl. Backhaus et al. 2015 S. 425). Die Gewichtung mit den Einzelwerten erfolgt, indem die Werte der Matrizen U und V mit der Wurzel aus dem zugehörigen Einzelwert multipliziert werden. Während in diesem Schritt eine Transformation der Werte in Bezug auf die Achsen durchgeführt wurde, erfolgt im nächsten Schritt eine zeilen- bzw. spaltenweise Transformation, indem die Werte geteilt werden durch die Wurzel der entsprechenden Masse der Zeile oder Spalte. Die Ermittlung der Koordinaten ist in folgender Formel abgebildet:

$$r_{ik} = u_{ik} \cdot \frac{\sqrt{s_k}}{\sqrt{p_i}}$$

Hierbei stellt r_{ik} die Koordinate des Zeilenpunktes i auf Dimension k dar, u_{ik} bezeichnet den Wert des Elementes i in Dimension k in der bei der Einzelwertzerlegung gebildeten Matrix U der Zeilenelemente, s_k bezeichnet den Einzelwert der Dimension k und p_i die Masse der Zeile i. Gleiches erfolgt analog für die Spaltenpunkte (vgl. Backhaus 2015 S. 420 f., vgl. Greenacre 2017 S. 60 f.).

Die auf diese Art und Weise entstandene Konfiguration bildet demnach grafisch ab, wie häufig oder selten Elemente zusammen auftreten. Hierbei wird

durch die Einführung der Centroide ein Zeilenelement, welches in allen Spaltenelementen prozentual gleich häufig vorkommt, im Koordinatenursprung abgebildet. Je weiter ein Zeilenelement vom Koordinatenursprung entfernt liegt, umso eher scheint es mit einem spezifischen Spaltenelement zusammen aufzutreten. Analog gilt dies auch für die Spaltenelemente (vgl. Blasius / Schmitz 2013 S. 207).

Für den entwickelten Abbildungssatz scheint bei der empirischen Überprüfung neben der Multidimensionalen Skalierung eine Anwendung der Korrespondenzanalyse sinnvoll, um zu überprüfen, ob je nach Element der Bildfacette unterschiedliche Struktupel des Definitionsbereiches als zutreffend bewertet werden. Hierfür können Struktupel des Definitionsbereiches mit den unterschiedlichen Elementen der Bildfacette kombiniert werden, um auf dieser Grundlage eine Kontingenztafel mit den drei Elementen als Spalten und den Struktupeln als Zeilen darzustellen, in welcher die Bewertungen der Items durch Studienteilnehmerinnen dargestellt werden. Auf dieser Grundlage können in einer Konfiguration die Elemente und die Struktupel als Objekte im zweidimensionalen Raum dargestellt werden. Dieses Analyseverfahren bietet so die Möglichkeit, geometrisch darzustellen, welche Struktupel (und demnach auch welche Elemente der Facetten des Definitionsbereiches) für welches Element der Bildfacette als zutreffend bewertet werden.

Zur Veranschaulichung wurde beispielhaft eine Korrespondenzanalyse mit fiktiven Daten in „R“ unter Anwendung des Packages „ca“ von Greenacre und Nenadic (Greenacre / Nenadic 2016) durchgeführt. Hierbei wurden Zeilen- und Spaltenpunkte symmetrisch normalisiert. Die Konfiguration ist im Folgenden abgebildet.

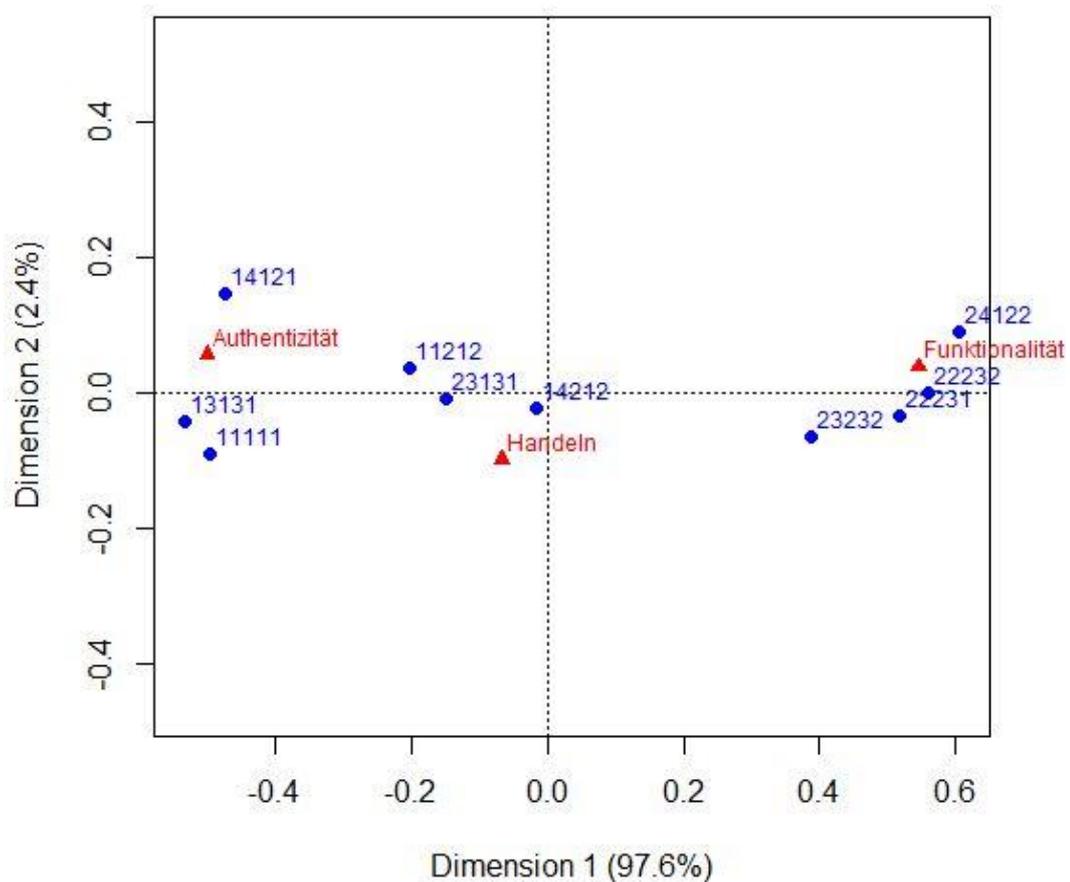


Abbildung 8: Korrespondenzanalyse aus fiktiven Daten (eigene Darstellung, erstellt in „R“ unter Anwendung des Packages „ca“)

In der Konfiguration sind die drei Elemente der Bildfacette als rote Dreiecke dargestellt, die Struktupel aus den übrigen Facetten als blaue Punkte. Hierbei stellen die Zahlenkombinationen dar, das wievielte Element aus jeder Facette des Definitionsbereiches vorliegt in der Reihenfolge, in welcher die Facetten im Abbildungssatz dargestellt sind. Die Korrespondenzanalyse macht es möglich, zu beurteilen, welche Facetten des Definitionsbereiches sich dazu eignen, zwischen den Elementen der Bildfacette zu unterscheiden, und welches Element einer Facette des Definitionsbereiches für ein bestimmtes Element des Bildbereiches spricht. Am abgebildeten fiktiven Beispiel könnte so festgestellt werden, dass Struktupel mit dem Element „nimmt

Bedürfnisse der Schwangeren wahr“ aus der Facette „Motivation“ insbesondere in dem Element „Authentizität“ des Bildbereiches als zutreffend bewertet werden, während das Element „beschreibt a-priori-Annahmen“ aus derselben Facette eher der „Funktionalität“ zugeordnet wird. Diese Facette würde sich demnach dazu eignen, Unterscheidungen vornehmen zu können. Gleiches kann für alle Facetten überprüft werden. Auch kann festgestellt werden, dass das Element „Handeln“ zwischen „Funktionalität“ und „Authentizität“ liegt und demnach durch beides beeinflusst wäre. Eine leichte Tendenz zur „Authentizität“ wäre hierbei sichtbar.

VI. Diskussion und Fazit

Abschließend soll in diesem Kapitel das Vorgehen bei der Erstellung der Arbeit rückblickend bewertet sowie Stärken und Schwächen dargestellt werden.

Mit Hilfe der Facettentheorie konnte Care auf Grundlage verschiedener Arbeiten zum Thema systematisch aufgeschlüsselt werden. Hier wurde ein großer Nutzen der Facettentheorie deutlich, da sie die Anwenderin dazu zwingt, Annahmen über ein latentes Konstrukt systematisch zu explizieren (vgl. Bilsky / Cairns 2009 S. 159). Mit der Entwicklung der Facetten konnten so Punkte herausgearbeitet werden, welche in Care-Interaktionen von Bedeutung zu sein scheinen. Trotz allem darf der Abbildungssatz nicht als endgültig angesehen werden. Im Sinne von Borg und Shye kann ein Abbildungssatz als nützlich betrachtet werden, wenn von verschiedenen Expertinnen Items den gleichen Struktupeln zugeordnet werden können (vgl. Borg / Shye 1995 S. 55). Diese Überprüfung steht noch aus und kann möglicherweise dazu führen, dass Facetten und Elemente verändert werden müssen. Erst nach einer empirischen Prüfung kann eine Korrespondenzhypothese formuliert werden zwischen der Struktur prinzipiell möglicher und empirischer Beobachtungen und so im Verständnis der Facettentheorie eine Theorie entstehen (vgl. Levy / Guttman 1989 S. 469, zitiert nach Bilsky / Cairns 2009 S. 135). Ob der Abbildungssatz sich tatsächlich eignet, Beobachtungen von Interaktionen zwischen Hebamme und Schwangerer zu strukturieren, bleibt daher noch offen. Wie dies empirisch überprüft werden kann, wurde in Kapitel V thematisiert. Es ist anzunehmen, dass die Entwicklung facettentheoretischer Abbildungssätze auch zur Explizierung von Annahmen über andere latente Konstrukte im Hebammenwesen genutzt werden kann, um diese einer empirischen Prüfung zugänglich zu machen und empirisch begründete Theorien zu entwickeln.

Borg und Shye beschreiben, dass, je abstrakter ein Abbildungssatz formuliert ist, umso eher eine hohe Reliabilität im Strukturieren, Erheben und Kommunizieren von Beobachtungen erreicht werden kann (vgl. Borg / Shye 1995 S. 17). Möglicherweise kann der in dieser Arbeit entwickelte

Abbildungssatz, wenn kleine sprachliche Änderungen im Sinne einer abstrakteren Formulierung stattfinden, nicht nur Interaktionen in der Hebammenarbeit, sondern auch in anderen Bereichen der Pflege strukturieren. An dieser Stelle muss außerdem angemerkt werden, dass in der Arbeit immer von einer Interaktion zwischen Hebamme und Schwangerer die Rede ist, der Abbildungssatz sich jedoch auch auf Interaktionen mit einer Wöchnerin beziehen kann. Aufgrund einer besseren Lesbarkeit wurde auf diesen Zusatz in der Arbeit verzichtet.

Der entwickelte Abbildungssatz konzentriert sich insbesondere auf das Handeln der Hebamme. Lediglich in der Facette „Rolle der Schwangeren“ wird deren Beitrag zur Interaktion thematisiert. Die Formulierung der Facette stellte sich als herausfordernd dar, da die Formen des Beitrages des sogenannten „Care-receiver“ zur Care-Interaktion häufig nicht so klar definiert sind, dass Beobachtungen eindeutig unterschieden werden können. Dies könnte darin begründet liegen, dass insbesondere in den Theorien aus der Hebammenwissenschaft ein Schwerpunkt auf dem Handeln der Hebamme liegt. Wäre es das Ziel, zu beobachten, wie die Schwangere die Interaktion erlebt, so müsste der Abbildungssatz überarbeitet und angepasst werden, wobei möglicherweise auch auf weitere Literatur zurückgegriffen werden müsste.

Zur Entwicklung des Abbildungssatzes wurden sowohl normative Vorstellungen von Care als auch empirische Arbeiten einbezogen, welche Care in der Betreuung durch Hebammen untersuchen. An manchen Stellen vermischen sich in den eingeschlossenen Arbeiten Empirie und Normativität, beispielsweise in der Arbeit von Halldorsdottir und Karlsdottir, welche basierend auf qualitativen empirischen Studien sowie theoretischen Arbeiten eine Theorie über die Arbeit einer „guten Hebamme“ entwickeln (vgl. Halldorsdottir / Karlsdottir 2011). Um ein möglichst breites Verständnis von Care zu entwickeln, wurden für die Entwicklung des Abbildungssatzes trotz des grundsätzlich verschiedenen Ansatzes normative und deskriptive Arbeiten zu Care eingeschlossen. Hierbei zeigten sich inhaltliche Überschneidungen trotz der unterschiedlichen Zugänge. Möglicherweise könnte trotz allem in Betracht gezogen werden, rein normative und rein deskriptive Arbeiten zu Care zu trennen und sich bei der Entwicklung eines

Abbildungssatzes auf nur einen Zugang zu beschränken. Außerdem muss beachtet werden, dass für den Abbildungssatz keine Arbeiten aus der Pflegewissenschaft eingeschlossen wurden, sondern ausschließlich Publikationen aus der Hebammenwissenschaft beziehungsweise der geburtshilflichen Betreuung. Möglicherweise kann auch pflegewissenschaftliche Forschung weitere Informationen zu Care liefern, welche für den Abbildungssatz von Bedeutung sein könnten. Da aus den in Kapitel II dargestellten Gründen keine systematische Literaturrecherche erfolgt ist, könnte in Betracht gezogen werden, vor einer empirischen Prüfung des Abbildungssatzes eine systematische Recherche in den für Pflege- und Hebammenwissenschaft relevanten Datenbanken durchzuführen, um mögliche weitere Auseinandersetzungen zu Care mit dem Abbildungssatz abzugleichen.

Eine Schwäche von Abbildungssätzen, welche im Rahmen der Arbeit deutlich wurde, ist ihre Linearität. In der Facettentheorie werden die verschiedenen Facetten sozusagen nacheinander „abgearbeitet“, und es ist kein „Zurückgehen“ zu vorherigen Facetten möglich. Da Care als zwischenmenschliche Interaktion zu verstehen ist, ist davon auszugehen, dass diese nicht linear abläuft. Auch muss beachtet werden, dass mit dem Abbildungssatz niemals die Beziehung zwischen Hebamme und Schwangerer, sondern immer nur Ausschnitte der Interaktion dargestellt werden können. Hier wird deutlich, dass auch mit Hilfe der Facettentheorie Care nicht in Gänze erfasst und operationalisiert werden kann und dies nicht Ziel dieser Arbeit sein darf. Trotz allem kann der Abbildungssatz sich zur Strukturierung empirischer Beobachtungen eignen, auch wenn es nicht möglich ist, diese in ihrer Komplexität vollständig erfassen.

Auch hat sich gezeigt, dass Teile der eingeschlossenen Arbeiten zu allgemein formuliert sind, um sie einer empirischen Prüfung zu unterziehen. Beispielsweise kann mit Beschreibungen wie der von Halldorsdottir und Karlsdottir, dass Care den Wunsch zum Schaffen dauerhaften Glücks für eine andere Person bedeutet (vgl. Halldorsdottir und Karlsdottir 2011 S. 811), nicht empirisch überprüft werden, ob Care in der Hebammenpraxis stattfindet, da nicht eindeutig festgestellt werden kann, ob dieser Zustand in einer Situation vorliegt oder nicht. Schnepps Kritik, dass Care allein als

„Heilslehre“ keinen Nutzen hat, sondern empirisch begründet sein muss (vgl. Schnepf 2016 S. 81), wird in diesem Zusammenhang deutlich. Bevor in einem deduktiven Ansatz wie der Facettentheorie die empirische Abbildbarkeit einer inhaltlichen Theorie überprüft werden kann, muss der entsprechende Gegenstand genau genug beschrieben sein, um empirisch prüfbare Hypothesen formulieren zu können (vgl. Bortz / Döring 2016 S. 224).

Für die Disziplin der Pflegewissenschaft und Pflege beziehungsweise das Hebammenwesen insgesamt ist es von grundlegender Bedeutung, induktive Theorien deduktiv zu überprüfen, um, so weit wie möglich, allgemeine Aussagen formulieren zu können. Auch wenn die für die Disziplin herausragend bedeutsame zwischenmenschliche Interaktion in konkreten Situationen niemals gänzlich erfassbar und standardisierbar sein kann, muss versucht werden, Allgemeines zu extrahieren (vgl. Planer 2014 S. 98 f.). Nur so kann die Arbeit von Hebammen und Pflegenden begründbar und erklärbar werden. Möglicherweise kann mit dem Begriff Care und den diesem zugrunde liegenden Auseinandersetzungen Hebammenarbeit beschrieben werden. Die Facettentheorie bietet die Möglichkeit, Care zu strukturieren, zu überprüfen, ob es in der Hebammenarbeit stattfindet, und so möglicherweise eine empirisch begründete Theorie für das Hebammenwesen zu formulieren. Mit der vorliegenden Arbeit konnte ein erster Schritt dieses Prozesses getan werden.

Literaturverzeichnis

- Abels, Heinz (2017): Identität. Über die Entstehung des Gedankens, dass der Mensch ein Individuum ist, den nicht leicht zu verwirklichenden Anspruch auf Individualität und Kompetenzen, Identität in einer riskanten Moderne zu finden und zu wahren. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden, Springer.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen, dgvt-Verlag.
- Arendt, Hannah (2016): Vita activa oder Vom tätigen Leben. München, Piper.
- Axmacher, Dirk (1991): Pflegewissenschaft - Heimatverlust in der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg (Hg.): Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld, KT. S. 120-138.
- Backhaus, Klaus / Erichson, Bernd / Weiber, Rolf (2015): Fortgeschrittene Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 3. Auflage. Heidelberg, Springer.
- Backhaus, Klaus / Erichson, Bernd / Plinke, Wulff / Weiber, Rolf (2016): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 14. Auflage. Heidelberg, Springer.
- Benhabib, Seyla (2015): Selbst im Kontext. Kommunikative Ethik im Spannungsfeld von Feminismus, Kommunitarismus und Postmoderne. 4. Auflage. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Benner, Patricia / Wrubel, Judith (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern, Hans Huber.
- Bilsky, Wolfgang / Cairns, David (2009): Facettentheorie. In Holling, H. (Hg.): Enzyklopädie der Psychologie: Sec. B/IV/1. Evaluation. Grundlagen und Methoden der Evaluationsforschung. Göttingen, Hogrefe. S. 135-162.
- Blasius, Jörg / Schmitz, Andreas (2013): Sozialraum- und Habituskonstruktion: Die Korrespondenzanalyse in Pierre Bourdieus Forschungsprogramm. In: Lenger, Alexander / Schneickert, Christian / Schumacher, Florian (Hg.): Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven. Wiesbaden, Springer. S. 201 – 218.
- Borg, Ingwer (1986): Facettentheorie. Prinzipien und Beispiele. In Psychologische Rundschau, 37, S. 121-137.
- Borg, Ingwer / Shye, Samuel (1995): Facet Theory. Form and Content. Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Borg, Ingwer (1995): Zur Rolle von Items in der Facettentheorie. In: ZUMA Nachrichten, 19 (36), S. 24-34.

- Borg, Ingwer / Groenen, Patrick J.F. (2005): Modern Multidimensional Scaling. Theory and Applications. New York, Springer.
- Borg, Ingwer / Groenen, Patrick J. F. (2010): Modern Multidimensional Scaling. Theory and Applications. Second Edition. New York, Springer.
- Borg, Ingwer / Groenen, Patrick J.F. / Mair, Patrick (2013): Applied Multidimensional Scaling. Heidelberg, Springer.
- Bubeck, Diemut E. (1995): Care, Gender and Justice. Oxford, Oxford University Press.
- Cassier-Woidasky, Anne-Kathrin (2007): Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Frankfurt am Main, Mabuse.
- Cluett, Elizabeth R. / Bluff, Rosalind (2003): Von der Praxis zur Forschung. In: Cluett, Elizabeth R. / Bluff, Rosalind (Hg.): Hebammenforschung. Grundlagen und Anwendung. Bern, Hans Huber. S. 41-60.
- Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt, Campus.
- Dickson, Noni (1997): A Theory of Caring for Midwifery. In: Australian College of Midwives Incorporated journal, 10 (2), S. 23-28.
- Dilthey, Wilhelm (1894): Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. Online verfügbar unter: <http://www.uwe-mortensen.de/Dilthey%20Ideen%20beschreibende%20zergliederndePsychologie.pdf> (Zugriff am 20.06.2018).
- Dilthey, Wilhelm (2013): Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften. 2. Auflage. Berlin, Holzinger.
- Döring, Nicola / Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Heidelberg, Springer.
- Dörpinghaus, Sabine (2010): Was Hebammen erspüren. Ein leiborientierter Ansatz in Theorie und Praxis. Frankfurt am Main, Mabuse.
- Dörpinghaus, Sabine (2013): Dem Gespür auf der Spur. Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe. Freiburg / München, Verlag Karl Alber.
- Duden, Barbara (2012): Doppelte Falle. Evidenzbasierte Medizin als neue Hebammenkunst?. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift, 2012 (9), S. 34-38.
- Dudenredaktion (2018): „Praxis“ auf Duden online. Online verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Praxis> (Zugriff am 19.06.2018).
- Ebert, Theodor (2018): Praxis und Poiesis. Zu einer handlungstheoretischen Unterscheidung des Aristoteles. In: Zeitschrift für philosophische Forschung, 30 (1), S. 12–30.

Emmerich, Astrid / Rigotti, Thomas (2018): Authentizität. In: Wirtz, M. A. (Hg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie. Online verfügbar unter: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/authentizitaet/> (Zugriff am 17.06.2018).

Foucault, Michel (2005): Die „Gouvernementalität“ (Vortrag). In: Foucault, Michel: Analytik der Macht. Frankfurt am Main, Suhrkamp. S. 148-179.

Friesacher, Heiner (2004): Foucaults Konzept der Gouvernementalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft. In: Pflege, 2004 (17), S. 364-374.

Friesacher, Heiner (2016): Professionalisierung und Caring – passt das überhaupt zusammen?. In: Kleibel, Veronika / Urban-Huser, Catherine (Hg.): Caring – Pflicht oder Kür? Gestaltungsspielräume für eine fürsorgliche Pflegepraxis. Wien, facultas. S. 55 – 71.

Gerlach, Anke (2013): Professionelle Identität in der Pflege. Akademisch Qualifizierte zwischen Tradition und Innovation. Frankfurt am Main, Mabuse.

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz - HebG). Online verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/BJNR009020985.html#BJNR009020985BJNG000100309 (Zugriff am 17.06.2018)

Gilligan, Carol (1982): In a different voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge, Harvard University Press.

Greenacre, Michael / Nenadic, Oleg (2016): Simple, Multiple and Joint Correspondence Analysis. R Package „ca“.

Greenacre, Michael (2017): Correspondence Analysis in Practice. Third Edition. Boca Raton, CRC Press.

Guttman, Louis (1959): A Structural Theory for Intergroup Beliefs and Action. In: American Sociological Review, 24 (3), S. 318-328.

Guttman, Ruth / Greenbaum, Charles W. (1998): Facet Theory: Its development and Current Status. In: European Psychologist, 3 (1), S. 13-36.

Halldorsdottir, Sigridur / Karlsdottir, Sigfridur I. (2011): The primacy of the good midwifery service: an evolving theory of professionalism in midwifery. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25, S. 806-817.

Held, Virginia (2006): The Ethics of Care. Personal, Political, and Global. New York, Oxford University Press.

Hoberg, Rolf / Klie, Thomas / Künzel, Gerd (2013): Strukturreform PFLEGE und TEILHABE. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. Freiburg, FEL-Verlag.

International Confederation of Midwives (ICM) (2014): International Code of Ethics for Midwives. Online verfügbar unter: <https://internationalmidwives.org/>

ves.org/assets/uploads/documents/Core-Documents/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf (Zugriff am 18.06.2018).

Kahl, Cornelia (2013): Stand der Entwicklung der Hebammenwissenschaft. Beschreibung der Ist-Situation Anhand der Diskursuntersuchung der Forschungslage. Inaugural-Dissertation an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Online verfügbar unter: https://kidoks.bsz-bw.de/files/92/DissTeill_Kahl_Final_revision_juni13.pdf (Zugriff am 30.07.18).

Kohlen, Helen / Kumbruck, Christel (2008): Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). Artec-Paper Nr. 151. Universität Bremen. Online verfügbar unter: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/21959> (Zugriff am 24.07.2018).

Landesverband der Hebammen Nordrheinwestfalen e.V. (2018): Was gehört zur Ausbildung?. Online verfügbar unter: <https://www.hebammen-nrw.de/cms/beruf-hebamme/ausbildung/ausbildungsinhalte/> (Zugriff am 18.06.2018).

Le Roux, Brigitte / Rouanet, Henry (2004): Geometric Data Analysis. From Correspondence Analysis to Structured Data Analysis. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

Noddings, Nel (1984): Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education. Berkeley, University of California Press.

Noddings, Nel (2013): Caring. A Relational Approach to Ethics and Moral Education. Berkeley, University of California Press.

Planer, Katarina (2014): Die Bedeutung der Facettentheorie für die Theorie- und Instrumentenentwicklung in der Pflege am Beispiel des „Family Sense of Coherence (FSOC)“. Inaugural-Dissertation an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Online verfügbar unter: http://opus.bsz-bw.de/kidoks/volltexte/2014/327/pdf/Planer_Dissertation_2013final.pdf (Zugriff am 20.05.2018).

Popper, Karl (2005): Logik der Forschung. 11., durchgesehene und ergänzte Auflage. Tübingen, Mohr Siebeck.

Rommelspacher, Birgit (1992): Mitmenschlichkeit und Unterwerfung. Zur Ambivalenz weiblicher Moral. Frankfurt am Main, Campus.

Schnepp, Wilfried (2016): Caring – ein Stiefkind der deutschsprachigen Pflegewissenschaft?. In: Kleibel, Veronika / Urban-Huser, Catherine (Hg.): Caring – Pflicht oder Kür? Gestaltungsspielräume für eine fürsorgliche Pflegepraxis. Wien, facultas. S. 72 – 82.

Schröck, Ruth (1997): Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflege-theorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Dr. med. Mabuse, 107, S. 39-45.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477. Online verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG000100328 (Zugriff am 17.06.2018).

Swanson, Kirsten M. (1991): Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring. In: *Nursing Research*, 40 (3), S. 161-166.

Swanson, Kirsten M. (1993): Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), S. 352-357.

Tronto, Joan (1993): *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York, Routledge.

Weidner, Frank (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt am Main, Mabuse.

Woodward, Vivien (2000): Caring for women: the potential contribution of formal theory to midwifery practice. In: *Midwifery*, 2000 (16), S. 68-75.

Young, Iris M. (1994): Punishment, Treatment, Empowerment: Three Approaches to Policy for Pregnant Addicts. In: *Feminist Studies*, 20 (1), S. 32-57.

Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit bestätige ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig verfasst wurde und ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel, insbesondere keine im Quellenverzeichnis nicht benannten Internetquellen, benutzt habe und die Arbeit von mir vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht wurde. Die eingereichte schriftliche Fassung entspricht der auf dem elektronischen Speichermedium (CD-ROM).

Karen Fried

Köln, den 31.08.2018

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Masterarbeit online über den Hochschulschriftenserver KiDokS oder in der Bibliothek der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar veröffentlicht und damit der Fachleserschaft zugänglich gemacht wird.

Karen Fried

Köln, den 31.08.2018