

IRAT Institute for Research in Arts Therapies

Abschlussbericht Evaluation des Projekts "Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz"

Michael Ganß, Dipl.-Kunsttherap., Dipl.-Geront. & Prof. Dr. habil. Anett Müller-Alcazar

Unter Mitarbeit von

Nele Reinsberg, M.Sc. und den Studierenden Kyra Elena Braatz, Nick Grossmann, Hugo Latz, Jaqueline Piontek, Carolin Pommer und Rebekka von Bergen

MSH Medical School Hamburg
ICAN (Institute for Cognitive and Affective Neuroscience)
IRAT (Institute for Research in Art Therapies)

Zusammenfassung

Antragsstellende und Durchführende: Herr Dipl.-Kunsttherap. & -Geront. Michael Ganß (MSH Medical School Hamburg) und Frau Prof. Dr. habil. Anett Müller-Alcazar (MSH Medical School Hamburg), Nele Reinsberg, M.Sc. (MSH Medical School Hamburg), Kyra Elena Braatz (MSH Medical School Hamburg), Nick Grossmann (MSH Medical School Hamburg), Hugo Latz (MSH Medical School Hamburg), Jaqueline Piontek (MSH Medical School Hamburg), Carolin Pommer (MSH Medical School Hamburg) und Rebekka von Bergen (MSH Medical School Hamburg).

Projektpartner:innen: Kommunaler Seniorenservice der Landeshauptstadt Hannover (KSH), Johanniter-Stift Hannover-Ricklingen, Dr. med. Ernst-August Wilkening Pflegeheim Döhren/Waldheim-Hannover, Anni-Gondro-Pflegezentrum im Eichenpark, Hannover-Langenhagen.

Projektzeitraum: 02.03.2023 – 28.06.2024

Ziel des Projektes: Die begleitende Evaluation des Projektes "Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz" in dessen Rahmen an drei teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in Hannover Theaterkurse für Bewohner:innen implementiert wurden. Die Evaluation erfolgte im Mixed-Methods-Ansatz mithilfe qualitativer (Beobachtungen, Interviews, Gruppendiskussionen) und quantitativer (Fragebögen) Datenerhebungen zu Beginn, im Verlauf und nach Abschluss der Theaterkurse. Einbezogen wurden neben den teilnehmenden Bewohner:innen ebenfalls die betreuenden Pflegekräfte sowie die Durchführenden der Theaterworkshops (Spielleitungen) zur Erzeugung einer möglichst hohen Datendichte. Forschungsgegenstand war die Analyse der Wirksamkeit der Theaterkurse. Dabei wurde der Einfluss der theaterpädagogischen Workshops auf die (1) psychische/psychosoziale Gesundheit, (2) die Lebensqualität sowie (3) das Wohlbefinden der Teilnehmenden untersucht. Ebenso wurde die (4) Arbeitsbelastung der Pflegekräfte explorativ betrachtet.

Zielgruppe: Bewohner:innen aus stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Durchführenden der Theaterkurse und Pflegekräfte.

Wir danken allen Beteiligten, insbesondere dem Kommunalen Seniorenservice der Landeshauptstadt Hannover (KSH) Martina Herr, Carolin Kraska, Corinna Rohwer, Baschar Al-Derzi, Holger Jahnel, dem Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung Niedersachsen (vdek, insbesondere Janika Manstein sowie dem Anni-Gondro-Pflegezentrum im Eichenpark (Hannover), dem Dr. med. Ernst-August Wilkening Pflegeheim (Hannover) und dem Johanniter-Stift (Hannover) für ihre freundliche Unterstützung.

I Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	2
2.1 Stationäre Pflegeeinrichtung	2
2.2 LEBENSQUALITÄT, WOHLBEFINDEN UND PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN VON PFLEGEHEIMBEWOHNENDEN	
2.2.1 Lebensqualität in Institutionen der Altenpflege	
2.2.2 Einsamkeit von Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen	
2.2.3 Wohlbefinden von Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen	
2.3 THEATERSPIELEN MIT MENSCHEN IM ALTER / IM PFLEGEHEIM	
2.3.1 Theaterpädagogik	
3 PROJEKTBESCHREIBUNG	15
4 METHODIK	16
4.1 Fragestellungen und methodischer Überblick	16
4.2 EINBEZUG VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN DIE EVALUATION	17
4.3 QUANTITATIVE DATENERHEBUNG	18
4.3.1 Instrumente zur Erfassung personenbezogener Daten	18
4.3.2 Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität der Bewohner:innen	19
4.3.3 Instrumente zur Erfassung des Wohlbefindens der Bewohner:innen	20
4.3.4 Instrumente zur explorativen Untersuchung der eigenen Beanspruchung und (
Belastung der Pflegekräfte	21
4.3.5 Statistische Analysen	22
4.4 Qualitative Datenerhebung	24
4.4.1 Passiv teilnehmende Beobachtung	24
4.4.2 Gruppendiskussion	25
4.4.3 Offenes Leitfadeninterview	25
4.4.4 Narratives Gruppeninterview	26
4.4.5 Datenauswertung	27
5 ERGEBNISSE	31
5.1 QUANTITATIVE ERGEBNISSE	31
5.1.1 Stichprobencharakteristika	31
5.1.1.1 Interventionsgruppe	31
5.1.1.2 Kontrollgruppe	
5.1.1.3 Pflegekräfte	
5.1.1.4 Spielleitung	
5.1.2 Lebensqualität der Bewohner:innen im Selbst- und Fremdbericht	
5.1.2.1 Lebenszufriedenheit (L-1)	
5.1.2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-3L)	
5.1.2.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12)	
5.1.2.4 Fremdeinschätzung der Lebensqualität (QUALIDEM)	
5.1.3 Wohlbefinden der Bewohner:innen im Selbstbericht	
5.1.3.1 Einsamkeitserleben (Einsamkeitsskala)	
5.1.3.2 Aktuelles Befinden (Smiley-Skala)	

5.1.3.3 Depressivität (GDS)	41
5.1.3.4 Ängstlichkeit (HADS-D)	
5.1.4 Explorative Untersuchung der Arbeitsbelastung sowie Arbeitsbeanspruchung	
Pflegepersonals und der Spielleitung	
5.1.4.1 Chronischer Stress (TICS)	
5.1.4.2 Arbeitsplatzbeschreibung (WDQ)	
5.1.5 Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse	
5.2 QUALITATIVE ERGEBNISSE	
5.2.1 Aussagen zur Lebensqualität	48
5.2.2 Motivation	
5.2.2.1 Motivation der Teilnehmer:innen	49
5.2.2.2 Motivation der Spielleiter:innen	51
5.2.3 Interaktion	
5.2.3.1 Interaktionen zwischen den Teilnehmenden	52
5.2.3.2 Interaktion zwischen der Spielleitung und den Teilnehmenden	53
5.2.4 Kommunikationskompetenz	57
5.2.5 Handlungsspielräume/Kompetenzen	58
5.2.6 Kreativität	62
5.2.7 Soziales Eingebundensein	64
5.2.8 Teilhabe	65
5.2.9 Empathie	66
5.2.10 Entscheidungen treffen	67
5.2.11 Probleme lösen	68
5.2.12 Stress	71
5.2.13 Emotionen	72
5.2.13.1 Aufregung	73
5.2.13.2 Interesse	74
5.2.13.3 Unsicherheit/Scham	75
5.2.13.4 Freude	76
5.2.13.5 Überraschung	78
5.2.13.6 Stolz	79
5.2.14 Orientiert sein	80
5.2.15 Biografische Bezüge	
5.2.16 Wahrnehmung der Teilnehmenden	81
5.2.17 Perspektivwechsel	83
5.2.18 Nutzen und Effekte	84
6 DISKUSSION	88
6.1 DISKUSSION DER QUANTITATIVEN ERGEBNISSE	88
6.2 DISKUSSION DER QUALITATIVEN ERGEBNISSE	89
6.3 Quantitative methodische Diskussion	95
6.4 Qualitative methodische Diskussion	97
6.5 FAZIT UND AUSBLICK	101
IV LITERATURVERZEICHNIS	102

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Instrumente und Messzeitpunkte der quantitativen Datenerhebung, die in diesem Projektioner von der die der die der der die
durchgeführt wurden
Tabelle 2. Methoden und Messzeitpunkte der qualitativen Datenerhebung, die in diesem Proje
durchgeführt worden sind2
Tabelle 3. Vergleich zentraler Stichprobencharakteristika zwischen Interventions- und Kontrollgrupp 3. Vergleich zentraler Stichprobencharakteristika zwischen Interventions- und Kontrollgrupp
Tabelle 4. Fremdeingeschätze Lebensqualität (QUALIDEM) der Bewohner:innen zum 1. Messzeitpun
und Follow-Up
Tabelle 5. Deskriptive Statistiken der WDQ-Subskalen der Pflegekräfte zu Messzeitpunkt 1
Tabelle 6. Kontinuität der Teilnahme in den Interventionsgruppen an den quantiativen Befragunge
Tabelle 7. Kontinuität der Teilnahme zu den Beobachtungsterminen

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Ablaufplan der Interventionsstruktur und Messzeitpunkte im Projekt Demenz bewegt
(Theater) bewegt Demenz
Abbildung 2. Übersicht der gebildeten Kategorien zur qualitativen Analyse
Abbildung 3. Übersicht der Anzahl an codierten Segmenten, aufgeteilt in die Einrichtungen
(Transkripte) und die Protokolle (passive Beobachtungen)
$\textbf{Abbildung 4.} \ \ \textbf{\"{U}} bersicht der codierten Segmente aus der Gruppe für die Beobachtungsprotokolle 29$
Abbildung 5. Übersicht der codierten Segmente aus der Gruppe der Gruppendiskussion und
Interviews
Abbildung 6. Übersicht der Gesamt-Verteilung der zusammengeführten Segmente beider Gruppen
(Beobachtungsprotokolle, Gruppendiskussion und Interviews)
Abbildung 7. Verlauf der Lebenszufriedenheit (L-1) der Kontroll- und Interventionsgruppe zu
Messzeitpunkt 1 und 6
$\textbf{Abbildung 8.} \ EQ-5D-3L VAS Mittelwerte der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 und Messzeitpunkt 2 und Messzeitpunkt 2 und Messzeitpunkt 3 un$
6
Abbildung 9. EQ-5D-3L VAS Mittelwerte in Selbst- und Fremdneinschätzung zu Messzeitpunkt 1, 6
sowie zur Follow-Up Messung
Abbildung 10. Körperliche Gesundheit (SF-12) der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt
1 und 6
Abbildung 11. Mentale Gesundheit (SF-12) der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1
und 6
Abbildung 12. Einsamkeit (Einsamkeitsskala) der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt
1 und 6
Abbildung 13. Mittelwerte der Smiley-Skala "Aktuelles Befinden" der Interventionsgruppe zu allen
Messzeitpunkten
Abbildung 14. Mittelwerte der Smiley-Skala "Empfinden des Theaterkurses" der Interventionsgruppe
zu allen Messzeitpunkten
Abbildung 15. Mittelwerte der Smiley-Skala "Einbringen von Spielideen" der Interventionsgruppe zu
allen Messzeitpunkten
Abbildung 16. Depressivitätswerte (GDS) der Interventions- und Kontrollgruppe zu Messzeitpunkt 1
und 6
Abbildung 17. HADS-D Ängstlichkeit Summenwerte der Kontroll- und Interventionsgruppe zu
Messzeitpunkt 1 und 6

1 Einleitung

Im Gegensatz zu internationalen Bereichen, sind partizipative künstlerische Projekte, wie Musik, Tanz, Malerei oder Theater, im Gesundheitskontext in Deutschland bislang weniger anerkannt und verbreitet. Ziele dieser Projekte sind unter anderem die Förderung von Teilhabe, Inklusion, sozialer Aktivität oder der persönlichen Entwicklung. Trotz methodischer Herausforderungen deuten Studien darauf hin, dass partizipative Kunstprojekte einen tendenziell positiven Einfluss auf das Selbstvertrauen, Ängstlichkeit, Depressivität oder die Lebensqualität der Teilnehmenden nehmen und die Krankheitsverarbeitung fördern können (Kirschning & Clar, 2017). Im speziellen bei Pflegeheimbewohnenden mit Demenz könnte das Theaterspielen vielversprechende Effekte erzielen. So zeigte eine niedersächsische Studie auf, dass sich Theaterinterventionen positiv auf die Lebensqualität der teilnehmenden Menschen mit Demenz auswirkten, insbesondere in den Bereichen soziale Isolation oder sich zu Hause fühlen, während das agitierte Verhalten unverändert blieb (Cordes et al., 2020). Diese Befunde sind in Anbetracht der Erkrankungsraten von hoher Relevanz. Während im Jahr 2021 rund 1,8 Millionen an Demenz erkrankte Personen in Deutschland lebten, werden weitere Prävalenzanstiege prognostiziert (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2022). Auch Pflegeheimbewohnende im Allgemeinen scheinen häufig belastet. So deuten Ergebnisse darauf hin, dass Bewohnende häufig Einsamkeit (Plattner et al., 2022) oder depressive Symptomatiken (Cramer-Ebner et al., 2017) erleben.

Da bislang wenige Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum vorliegen und dieser Forschungsbereich oft von methodologischen Herausforderungen geprägt ist, bedarf es weiterer qualitativ hochwertiger Evaluationen, um die Effekte partizipativer Projekte auf die Gesundheit der Teilnehmenden hervorzuheben (Kirschning & Clar, 2017) und im speziellen die Wirksamkeit theaterpädagogischer Maßnahmen näher zu analysieren (Gödecker, 2017).

Im Rahmen des Projektes Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz wurde genau dies angestrebt. So wurden Pflege- und Betreuungskräfte von drei vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe in Niedersachsen theaterpädagogisch geschult. Ziel der Studie war es, dass die geschulten Mitarbeiter:innen theaterpädagogische Elemente in den pflegerischen Alltag der teilnehmenden Einrichtungen implementieren. Während der Umsetzungsphase des Projektes initiierten und führten geschulte Pflege- sowie Betreuungskräfte der beteiligten Einrichtungen jeweils ein Theaterangebot (15 Theaterworkshops) für die Bewohner:innen dieser Einrichtungen durch. Begleitend wurde im Mixed-Methods Ansatz mittels quantitativer und qualitativer Evaluation im prä/post/Follow-Up-Design Erkenntnisse darüber gewonnen, inwieweit diese Theaterworkshops einen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit, (gesundheitsbezogene) Lebensqualität sowie das Wohlbefinden der teilnehmenden Bewohner:innen nahmen. Anhand von Selbst- und Fremdauskünften wurde eine hohe Datendichte angestrebt. Ebenso wurde explorativ die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte untersucht. Aufgrund des sehr geringen Datenrücklaufes wird dieser Aspekt jedoch lediglich kurz quantitativ berichtet. Die Erkenntnisse aus der Evaluation können dabei helfen, künstlerische Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung ggf. zu optimieren oder weiterzuentwickeln.

Der vorliegende Abschlussbericht soll eine Übersicht über zugrundeliegende theoretische Konstrukte und Studienbefunde, das methodische Vorgehen als auch die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Evaluation geben. Zudem werden Herausforderungen und Stärken beleuchtet sowie die Ergebnisse diskutiert und eingeordnet.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Stationäre Pflegeeinrichtung

Es existieren verschiedenste Betreuungs- und Versorgungsangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen. Neben häuslicher Pflege durch Angehörige, mobilen Diensten und /oder einer 24-Stunden-Unterbringungen Betreuung, bestehen zudem teilstationäre Angebote sowie Seniorenheime/Altenheime (Winkler, 2020). Der folgende Abschnitt konzentriert sich auf Pflegeheime, da in dieser Einrichtungsform die Evaluation stattfand. Ende des Jahres 2021 existierten in Deutschland über 16.000 Pflegeheime bei einer steigenden Zahl von rund 5 Millionen Pflegebedürftigen. Im Vergleich zu 1999 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen damit mehr als verdoppelt und wird Prognosen zufolge weiter ansteigen. Während überwiegend Frauen eine Pflegebedürftigkeit aufweisen, nimmt die Pflegequote mit steigendem Alter zu. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung, sind rund 54% der 85 bis unter 90-jährigen Pflegebedürftig, während die Quote bei den 90-jährigen und Älteren auf knapp 82% ansteigt. Allein in Niedersachsen lebten 2021 über eine halbe Million pflegebedürftige Menschen. Damit liegt Niedersachsen mit einer Pflegequote von 6,8% Pflegebedürftigen in der Gesamtbevölkerung knapp über der Deutschlandweiten Quote von 6%. Nicht alle Pflegebedürftigen leben in Pflegeheimen. Während über die Hälfte zuhause, überwiegend von Angehörigen gepflegt wird, leben rund 16% der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen (Statistisches Bundesamt Destatis, 2024).

Ein Großteil der Pflegeheime ist in freigemeinnütziger Trägerschaft, während der Anteil an privaten Trägerschaften geringer ist, jedoch wächst. Den geringsten Anteil machen öffentliche Träger aus. Durchschnittlich wurden im Jahr 2019 62 Personen pro Pflegeheim betreut, wobei der Anteil an betreuten Personen in Pflegeheimen mit öffentlichem Träger, höher ist. Die meisten Institutionen der Altenhilfe/pflege boten 2019 eine vollstationäre Dauerpflege an, jedoch steigt die Zahl der Einrichtungen, die ausschließlich Tagespflege bereitstellen, wobei ebenso Nachtpflege von einzelnen Einrichtungen angeboten wird (Kassenärztliche Bundesvereinigung, o.D.).

Aufgrund des soziodemographischen Wandels und bedingt durch eine längere ambulante und von privaten Bezugspersonen getragene Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, ziehen zunehmend ausgeprägt vulnerable, multimorbide Menschen in Altenpflegeeinrichtungen (Pöschel, 2013). In der Folge entsteht, aufgrund der hohen Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit, eine starke Unterstützungsbedürftigkeit. Gleichzeitig sind die Fähigkeiten der eigenständigen Alltagsbewältigung und Alltagsgestaltung durch die Bewohnenden sehr gering. Insbesondere der Einzug in ein Pflegeheim kann dabei eine Herausforderung darstellen, da er häufig einhergeht mit Verunsicherung und vielfältigen Abschiedsprozessen Brandenburg and Dorschner (2015) formulieren was es für die Betroffenen bedeutet, aus der eigenen Häuslichkeit in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu ziehen. Es wird eine große Bandbreite des gesamten Lebens eines Menschen auf einen kleinsten Punkt zusammengeschrumpft. Aus Haus und Hof, Familie, Kinder, Reisen, Auto wird ein Zimmer mit Bett, Fernsehen und Hocker. Ein Spagat den es zu leisten gilt. Herausgelöst aus dem vertrauten sozialen Umfeld, begleitet vom Verlust der eigenen Wohnung und der Mehrzahl von Dingen, die einen persönlichen Wert haben, geht es darum, die zu pflegende Personen lebenswürdig zu betreuen und im weiteren Alterungsprozess zu begleiten. Nicht selten findet sich hierzu in der Selbstdarstellung der Pflegeinstitutionen die Formulierung sich wie zu Hause zu fühlen. Doch das Problem liegt auf der Hand: eine Pflegeeinrichtung kann kein eigenes zu Hause sein. Auch dann nicht, wenn die Bewohnenden würdig zugewandt und liebevoll unterstützend pflegerisch und sozialbetreuend begleitet werden. Trotz allem ist es ein Leben in einer Gruppe fremder Menschen unter institutionellen Rahmenbedingungen (Brandenburg & Dorschner, 2015).

In den 1970-iger Jahren prägte Goffmann (1973) für soziale Einrichtungen und damit auch für Institutionen der Altenhilfe den Begriff der *Totalen Institution*. Obgleich dieser Begriff immer wieder kritisch diskutiert wurde, können einzelne von Goffman beschriebe Aspekte auch heute noch in abgemilderter Form als gegeben angesehen werden. Die nachfolgenden Aspekte verdeutlichen, warum sich in der Betrachtung der Lebensqualität von Bewohnenden von Pflegeheimen weiterhin mit den Einflussfaktoren einer Totalen Institution auseinandergesetzt werden sollte. Schließlich unterscheiden sich Pflegeheime von anderen nicht-institutionalisierten sozialen Lebensräumen. Da viele der gleich aufgeführten Aspekte eine Mehrzahl der Pflegeheime charakterisieren, erfüllen, wenn auch in abgemilderter Form, Pflegeheime die Aspekte einer Totalen Institution.

Standardisierte Abläufe: In Pflegeheimen gibt es eine ganze Reihe standardisierter Prozesse und Routinen, die für alle Bewohnenden gelten. Dies kann dazu führen, dass individuelle Bedürfnisse und Vorlieben nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Vollständige Kontrolle: In einem Pflegeheim haben die Bewohnenden oft wenig Gestaltungsraum für ihre eigenen Belange. Das Pflegekonzept der Institution, die berufliche Professionalität und die Verantwortlichkeit für das Wohlergehen bestimmen und kontrollieren die pflegerische Versorgung, die Aktivierung und den Tagesablauf. Damit einher geht der Verlust der Selbstkontrolle der Bewohnenden über ihre Lebensgestaltung. Die täglichen Versorgungsroutinen, Essenszeiten, Aktivitäten, mitunter sogar die Schlafzeiten werden von der Einrichtung maßgeblich geprägt, auch wenn hier flexibel auf Bedürfnisse eingegangen wird. Dies führt zu einer Einschränkung der individuellen Autonomie.

Abgeschlossene Umgebung: Pflegeheime werden von Bewohnenden und Mitarbeitenden als relativ geschlossene Einrichtungen erlebt (Pöschel, 2013). Auch wenn Bewohnende jederzeit wieder ausziehen können, ziehen die meisten Menschen mit dem Bewusstsein in ein Pflegeheim, bis zu ihrem Lebensende dort zu verbleiben. Die Bewohnenden verbringen den größten Teil ihres Tages in der Einrichtung. Trotz gesetzlichen Auftrages findet, aufgrund von Personalmangel, kaum gesellschaftliche Teilhabe im Quartier statt. Dadurch bedingt haben die Bewohnenden begrenzten Zugang zur Außenwelt und sind stark von den internen Strukturen abhängig (Wißmann, 2017).

Soziale Isolation: Obgleich sich viele Bewohnende frei in der Institution bewegen können und Gemeinschafträume oder -aktivitäten Begegnungen ermöglichen, haben Bewohnende oft eingeschränkte Sozialkontakte zu anderen Bewohnenden. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zudem haben viele Bewohnende begrenzte Möglichkeiten zur sozialen Interaktion außerhalb der Einrichtung. Dies kann zu Isolation und Einsamkeit führen.

Hierarchische Struktur: Ein zugewandter und freundlicher Umgang, gepaart mit professioneller Kompetenz verfolgt meist das Ziel, die Lebensqualität der Bewohnenden zu verbessern. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in Pflegeheimen eine klare Hierarchie vorherrscht, in der das Personal (wie Pfleger:innen, Betreuungskräfte, Hauswirtschaftskräfte, Verwaltung, Hausleitung) die Entscheidungsgewalt innehat, die von Bewohnenden in der Regel akzeptiert wird. Entscheidungen werden zumeist in Dienstbesprechungen getroffen, ohne dass die Bewohnenden partizipativ eingebunden werden. Dies kann bei den Bewohnenden zu einem Gefühl von Ohnmacht führen, was in eine Schwächung des Selbstwirksamkeitsempfinden resultieren kann.

Entpersonalisierung: Aufgrund der mitunter großen Anzahl von Bewohnenden und des Personalnotstandes kann es schwierig sein, individuelle Betreuung und persönliche Beziehungen aufrechtzuerhalten. Dies kann zu einer Entpersonalisierung führen, bei der die Bewohnenden sich als

Teil einer Masse behandelt fühlen. Auf Seiten der Mitarbeitenden kann sich durch Überlastung ein Empfinden einstellen, der einzelnen Person nicht mehr gerecht werden zu können.

Es ist wichtig zu beachten, dass nicht alle Pflegeheime die gleichen Merkmale aufweisen und es große Unterschiede zwischen Einrichtungen gibt. Auch, wenn sich die Einrichtungen hin zu einer stärkeren individuellen Betreuung und Versorgung entwickelt haben und Betreuungskräfte versuchen, mit ihren Angeboten, individuelle Bedürfnisse zu befriedigen.

2.2 Lebensqualität, Wohlbefinden und psychische Erkrankungen von Pflegeheimbewohnenden

2.2.1 Lebensqualität in Institutionen der Altenpflege

Die Lebensqualität von Bewohnenden in Pflegeheimen stellt ein zentrales Thema dar, dass sowohl in der Forschung als auch in der Praxis diskutiert und anhand unterschiedlicher Faktoren eingeordnet wird. Im folgenden Abschnitt wird näher auf den Begriff *Lebensqualität* eingegangen sowie Studienbefunde beleuchtet. Während Publikationen zu diesem Diskurs übersichtlich sind, steigt die Bedeutung des Aspekts der Aufrechterhaltung der Lebensqualität von älteren Menschen in Institutionen der Altenpflege. So gilt hier die Lebensqualität aufgrund oft fehlender präventiver oder kurativer Behandlungsmöglichkeiten als bedeutsames patientenrelevantes Versorgungsziel (Behr et al., 2014; Heßmann et al., 2018). Der Begriff der Lebensqualität umfasst dabei die Bedürfnisse von Menschen und ist eng mit dem Maß an Zufriedenheit und dem Wohlbefinden verknüpft. Eine einheitliche Definition besteht für Lebensqualität jedoch nicht. Lebensqualität bezieht sich ausschließlich auf das Individuum und setzt sich aus multidimensionalen, subjekt-bezogenen Faktoren zusammen (Estermann & Kneubühler, 2018; Lützenkirchen, 2013; Renneberg & Lippke, 2006), wobei neben sozialen und gesundheitlichen auch umweltbezogene Aspekte eine Rolle spielen (Lützenkirchen, 2013; Winkler et al., 2003).

Lebensqualität von älteren Menschen sollte zudem, aufgrund der Prägung von unterschiedlichen Kultur- und Wertesystemen, interkulturell differenziert betrachten und eingeordnet werden (Radoschewski, 2000; Winkler et al., 2003). Folgend werden Bereiche, die die Lebensqualität in diesem Kontext beeinflussen können, aufgezählt. Dabei werden die Aspekte genannt, die in den Studien von Alagic and Staudinger (2011) und dem Rahmenmodell von Weidekamp-Maicher (2018) erfasst wurden, sowie durch die Leitlinien der Gesellschaft für Pflegegesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften, 2020) ausgegeben wurde.

Soziale Interaktion und Beziehungen: Die Qualität der sozialen Interaktionen mit anderen Bewohnenden, Pflegekräften und Besuchenden spielt eine entscheidende Rolle. Ein unterstützendes soziales Umfeld kann das Wohlbefinden und die Lebensqualität verbessern.

Gesundheit und körperliches Wohlbefinden: Der Zugang zu medizinischer Versorgung, eine ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivität und die Behandlung von Gesundheitsproblemen beeinflussen die Lebensqualität. Schmerzmanagement und die Vermeidung von Druckgeschwüren sind zudem wichtig.

Psychische Gesundheit: Depressionen, Angstzustände und Einsamkeit stellen häufige Herausforderungen für ältere Menschen in Pflegeheimen dar. Psychosoziale Unterstützung, Aktivitäten und geistige Stimulation sind daher von Bedeutung.

Umwelt und Komfort: Die Gestaltung der Pflegeumgebung, Privatsphäre, Sauberkeit und Sicherheit tragen zur Lebensqualität bei. Ein angenehmes und komfortables Umfeld kann das Wohlbefinden steigern.

Autonomie und Selbstbestimmung: Die Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen, persönliche Vorlieben auszudrücken und am Alltag teilzunehmen sind wichtige Faktoren. Respekt vor der Autonomie der Bewohnenden ist entscheidend.

Aktivitäten und Beschäftigung: Sinnvolle Aktivitäten, kulturelle Veranstaltungen, Hobbies und Freizeitgestaltung tragen zur Lebensqualität bei.

Beziehungen zu Angehörigen: Die Unterstützung durch Familienmitglieder und regelmäßige Besuche tragen zur emotionalen Gesundheit und Lebensqualität bei.

Spezifisch für die Entwicklung eines Messinstrumentes der Erfassung der Lebensqualität im Pflegeheim stützten sich Estermann and Kneubühler (2018) auf die Kategorien Autonomie (definiert als Entscheidungsfreiheit und Kontrolle über diese Entscheidungen und deren Resultate); Empathie (definiert als Fähigkeit zur gedanklichen Einnahme der Perspektive des andern in der Kommunikation und Interaktion); Privatheit (definiert als Respektierung von räumlichen, sozialen und personalen Grenzen); Sicherheit (definiert als Absehbarkeit von Strukturen und Prozessen sowie der Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten) und Akzeptanz im Heim (definiert als das Gefühl im Heim nicht abgelehnt zu werden). Dabei wird die Spannbreite der möglichen Dimensionen der Faktoren deutlich, um die individuelle Lebensqualität in einer subjektiven Qualität zu erfassen.

Für Lützenkirchen (2013) werden insbesondere im höheren Alter die Aspekte der Gesundheit und Zufriedenheit im Hinblick auf die Lebensqualität im Vergleich zu jüngeren Personen relevanter. Viel diskutiert wird zudem die Veränderbarkeit der Lebensqualität. So kann durch eigene Aktivität die Lebensqualität gesteigert werden. Besonders hinsichtlich der Gesundheit bestehen jedoch meist äußere Einflussfaktoren, die durch Selbsthandeln kaum veränderbar sind. Jedoch überwiegen die Dimensionen, die durch aktive Gestaltung, wie soziale Interaktionen und Beziehungen oder Autonomie und Selbstbestimmung, zu einer erhöhten Lebensqualität führen (Lützenkirchen, 2013).

Lützenkirchen (2013) zählt folgende Handlungs- und Dispositionsspielräume für die Beeinflussbarkeit von Lebensqualität durch den Grad der eigenen Nutzungskompetenz älterer Menschen auf:

- Vermögens- und Einkommensspielraum
- Materieller Versorgungsspielraum (Umfang der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen)
- Kontakt-, Kooperations- und Aktivierungsspielraum (Möglichkeiten der Kommunikation, der Interaktion und der außerberuflichen Betätigung)
- Lern- und Erfahrungsspielraum (Möglichkeiten der Entfaltung, Weiterentwicklung, Interessenrealisierung)
- Dispositions- und Partizipationsspielraum (Ausmaß der Teilnahme und Teilhabe, der Mitbestimmung und Mitgestaltung in den verschiedenen Lebensbereichen)
- Muße- und Regenerationsspielraum (psycho-physische Veränderungen bewältigen, Gesundheitszustand, Konstitution)
- Spielraum, der durch die Existenz von Unterstützungsressourcen bestimmt ist

Übergeordnet gilt, insbesondere für die Unterbringung in einem Pflegeheim und besonders hinsichtlich einer erhöhten Pflegebedürftigkeit und möglicher Selbstständigkeit, dass die Nutzungskompetenz pflegebedürftiger Menschen limitiert ist. Einerseits führt der Pflegegrad und die Einschränkung essenzieller Alltagstätigkeiten wie Essen, hygienische Pflege und/oder sich frei zu bewegen zu gravierendem Autonomieverlust und Teilhabebegrenzung. Daraus kann bereits eine starke

Verminderung der Lebensqualität resultieren (Lützenkirchen, 2013; Winkler et al., 2003). Andererseits können zusätzlicher Kontrollverlust und die Einschränkung autonomer Handlungsmöglichkeiten der eigenen Lebensführung entstehen, die durch eine erhöhte Fremdbestimmung in der Pflegeieinrichtung geprägt ist (Behr et al., 2014; Estermann & Kneubühler, 2018).

Damit einhergehend interviewten Behr et al. (2014) Bewohnende aus acht Pflegeheimen in Berlin und Umland und zeigten auf, dass insbesondere Gesundheit von hoher Relevanz in Bezug auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität war. Während einige Bewohnenden Gesundheit als nicht beeinflussbar und als sich zwangsweise verschlechternd im Altern empfanden, gaben andere Bewohnenden an, Gesundheit beeinflussen zu können, beispielsweise durch einen gemäßigten Lebensstil. Teilaspekte, wie eine intakte geistige Fähigkeit, schienen für die Befragten ebenfalls von zentraler Bedeutung und wurde mit Kontrolle über das eigene Leben und Selbstbestimmung verbunden. Ebenso wurde der Bereich des sozialen Miteinanders hervorgehoben sowie Schwierigkeiten im Kontaktaufbau zu anderen Bewohnenden und daraus resultierenden Einsamkeitsgefühlen. Erwähnt wurden zudem Überforderungsgefühle in Bezug auf den Umgang mit an Demenz Erkrankten Bewohnenden, die teils aggressiv und nicht vorhersehbar handelten. Auch Mobilität scheint für viele Bewohnenden wichtig und gleichgestellt mit Unabhängigkeit und Teilhabe. So stehen in dieser Studie die Determinanten Gesundheit, soziale Beziehungen, kognitive Fähigkeiten und Mobilität im Fokus als Einflussfaktoren auf die Lebensqualität (Behr et al., 2014).

Zusätzlich sind die Bewohner:innen für die Dienstleistungen der Pflegeheime meist einer hohen finanziellen Belastung ausgesetzt (Winkler et al., 2003). Damit einhergehend arbeiteten Winkler et al. (2003) über die interkulturelle Lebensqualität von älteren Menschen heraus, dass die Lebensqualität der Befragten besonders durch die finanzielle Belastung der Kosten der Pflegeeinrichtung eingeschränkt wird. Zudem unterstreicht die Studie von (Behr et al., 2014), dass sich die Bewohner:innen von Pflegeheimen eine aktive Förderung der kognitiven Weiterbildung und des Denkens wünschen. Fehlende Ressourcen, Zeit- und Personalmangel ermöglichen meist lediglich die Grundversorgung von Bewohner:innen und schließen größtenteils Interaktionen oder Förderangebote zur Steigerung der Lebensqualität der Bewohner:innen, aus (Behr et al., 2014; Winkler et al., 2003).

Interessanterweise zeigten Crespo et al. (2012) bei an Demenz erkrankten Pflegeheimbewohner:innen in Spanien auf, dass Bewohnende ihre Lebensqualität selbst signifikant höher einzuschätzen scheinen, im Vergleich zu Angehörigen oder Pflegeheim-Mitarbeitenden. Insbesondere bei milden bis moderaten kognitiven Beeinträchtigungen sollten daher Betroffene selbst befragt werden, obgleich alle Perspektiven einzigartig und bedeutsam sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Lebensqualität eine zentrale Rolle, auch bei alten Menschen, beigemessen werden kann (Behr et al., 2014); Heßmann et al., 2018). Lebensqualität ist ein multimodaler Begriff, der von der subjektiven individuellen Wahrnehmung geprägt ist und von zahlreichen Bereichen beeinflusst werden kann. Daher ist es entscheidend, die Bedürfnisse und Präferenzen jedes Bewohnenden zu berücksichtigen und eine ganzheitliche Pflege anzubieten (Weidekamp-Maicher, 2018). Insbesondere, da die Beeinflussungsmöglichkeit bei Pflegeheimbewohnenden limitiert scheint (Lützenkirchen, 2013; Winkler et al., 2003).

2.2.2 Einsamkeit von Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen

Während unterschiedliche Konzeptionen von Einsamkeit existieren, haben sie gemeinsam, dass Einsamkeit als ein als unangenehm empfundener subjektiver Zustand beschrieben wird, welcher aufgrund eines Defizits in sozialen Beziehungen entsteht (Luhmann, 2022). Dabei wird *Einsamkeit* von *Alleinsein* unterschieden. Während das Gefühl von Einsamkeit meist negativ besetzt ist, kann Alleinsein quantifiziert werden und wird sowohl negativ als auch positiv empfunden. So sind manche Menschen zufrieden und glücklich, sind sie allein (Gross, 2021).

Einsamkeit wird multidimensional betrachtet. So kann Einsamkeit nach der Beziehungsform unterschieden werden, beispielsweise zwischen der physischen Einsamkeit, welche sich durch das Fehlen körperlicher Nähe auszeichnet oder der sozialen Einsamkeit, welche durch das Fehlen von Beziehungen zu Freunden oder Familie geprägt ist. Auch kann Einsamkeit nach zeitlicher Dauer (chronisch vs. situational) oder nach Intensität und Häufigkeit differenziert werden (Luhmann, 2022). Einsamkeit betrifft viele Menschen in Deutschland. Das kürzlich veröffentlichte Einsamkeitsbarometer der Bundesregierung zeigte, dass im Jahr 2021 rund 11,3% von Einsamkeitsbelastungen betroffen waren. Zwar zeigte sich in den letzten 30 Jahren ein Abwärtstrend im Einsamkeitserleben, dieser wurde jedoch durch die COVID-19 Pandemie mit einer fast Vervierfachung des Einsamkeitserlebens im Vergleich zu 2017, unterbrochen. Im Jahr 2021 setze sich der Abwärtstrend erneut fort. Besonders betroffen von Einsamkeit war die Gruppe der 18-29-jährigen, mit 14,1% Betroffenen. Über 75-jährige waren mit 10,2% etwas weniger einsam, wobei sie zwischen 1992 und 2017 die Gruppe darstellten, die die höchsten Einsamkeitswerte aufzeigten. Insgesamt scheinen Frauen häufiger von Einsamkeit betroffen, im Vergleich zu Männern (Bundesministerium für Familie, 2024).

Alarmierend vor dem Hintergrund der Anzahl an Betroffenen ist, dass Einsamkeit zudem einen erheblichen negativen Effekt auf die physische und mentale Gesundheit zu nehmen scheint. So konnte Einsamkeit mit einem erhöhten Risiko für koronare Herzerkrankungen und Schlaganfällen assoziiert werden. Diejenigen, die Einsamkeitserleben mindestens einmal über einen Zeitraum von sechs Jahren berichtet hatten, wiesen eine um 27% höhere Erkrankungsrate auf (Valtorta et al., 2020). Diesem Zusammenhang könnten zum einen biologische Mechanismen zugrunde liegen, wie beispielsweise die Aktivierung von Stresssystemen im Körper, die durch das Erleben von Einsamkeit bedingt worden sind. Der daraus resultierende erhöhte Blutdruck sowie eine erhöhte Stresshormonkonzentration im Blut könnten zu kardiovaskulären Erkrankungen führen. Zudem konnte Einsamkeit mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Rauchen oder Alkoholkonsum assoziiert werden. Auch erhöhte Suizidalitätsraten konnten aufgezeigt werden (Hodgson et al., 2020). Damit einhergehend scheinen häufig einsame Erwachsene eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit aufzuweisen, eine Depression zu entwickeln, im Vergleich zu nicht/kaum einsamen Menschen. Ebenso konnten Studien Einsamkeit mit einem erhöhten Risiko für Angsterkrankungen assoziieren (Mann et al., 2022).

Trotz dieser alarmierenden Ergebnisse war Einsamkeit von Bewohner:innen in Pflegeheimen bislang selten Forschungsgegenstand. Hinzu kommt, dass die eigene Einsamkeit unter den Befragten häufig schwer artikuliert werden konnte und Einsamkeit zudem häufig Stigmatisierung ausgesetzt ist (Plattner et al., 2022). Trotzdem konnten Plattner et al. (2022) in ihrer systematischen Literaturarbeit aufzeigen, dass Einsamkeit in europäischen Pflegeheimen ein prominentes Gefühl darstellt und unter anderem aufgrund struktureller Gegebenheiten, das Wohnen innerhalb eines Pflegeheimes das Gefühl von Einsamkeit verstärken könne. Einsamkeit wurde insbesondere einhergehend mit dem Einzug in ein Pflegeheim sowie nach dem Verlust von Freunden oder Familienangehörigen berichtet. Auch fehlten Bewohner:innen bedeutsame Beziehungen zu anderen Menschen. Bewohner:innen berichteten von Heimweh, dem Gefühl nicht zugehörig zu sein oder eingeschränkter Partizipation. Zudem gaben

Bewohner:innen an, den Kontakt mit an Demenz erkrankten Personen zu meiden, was insbesondere innerhalb der betroffenen Personengruppe in vermehrten Einsamkeitsgefühlen resultieren könnte (Plattner et al., 2022). Das Einsamkeitserleben von Pflegeheim-Bewohner:innen scheint sich im Rahmen der COVID-19 Pandemie und einhergehender Schutzmaßnahmen weiter verstärkt zu haben (Benzinger et al., 2021). So zeigte eine niederländische Studie, dass 77% der Bewohner:innen Einsamkeit in einer Zeit berichteten, in welcher Besuchsverbote in Pflegeheimen vorherrschten. Darunter fielen 16%, die sich als stark vereinsamt und 11%, die sich als sehr stark vereinsamt wahrnahmen (Van der Roest et al., 2020).

2.2.3 Wohlbefinden von Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen

Zusätzlich deuten Untersuchungen daraufhin, dass nicht nur die Einsamkeit infolge der COVID-19 zunahm. Studien zeigen ebenso Effekte auf das Wohlbefinden der Bewohner:innen von Pflegeheimen. In einem systematischen Review mit Teilnehmenden aus 14 Ländern zeigt sich, dass Bewohner:innen über Angst, Traurigkeit, Depressivität oder Aggression berichteten. Allerdings wurden auch gegenteilige Effekte beobachtet. So schienen an Demenz erkrankte Bewohner:innen teilweise von der - durch Kontaktrestriktion bedingten Ruhe - in den Pflegeeinrichtungen zu profitieren (Benzinger et al., 2021).

Auch defizitäre Arbeitsbedingungen für Pflege- und Betreuungskräfte in Altenpflegeeinrichtungen können sich negativ auf Bewohnende auswirken. Müssen Pflege- und Betreuungskräfte unter hohem Stress arbeiten, kann dies die Qualität der Pflege beeinträchtigen. Müdigkeit, Zeitdruck und Überlastung können dazu führen, dass wichtige Aufgaben vernachlässigt oder Fehler begangen werden. Wie auch Wirsing (2023) betont, ist die emotionale Stimmung von Pfleger:innen zusätzlich ein negativer Garant für ungenügende Pflege. Pflege- und Betreuungskräfte, die unter defizitären Arbeitsbedingungen leiden, könnten weniger geduldig, einfühlsam und positiv gegenüber den Bewohnenden sein. Dies hat eine mögliche Auswirkung auf die emotionale Stimmung und das Wohlbefinden der Bewohnenden. Eine hohe Mitarbeiterfluktuation kann zusätzlich dazu führen, dass die Bewohnenden ständig neue Gesichter sehen und Menschen kennenlernen. Solche Situationen können Unsicherheit und Angst fördern, insbesondere bei Menschen mit Demenz (Weidekamp-Maicher, 2016). Naheliegend ist zudem, wie auch die breit angelegte Studie des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023) herausfand, der Faktor der körperlichen Gesundheit. Sind Pfleger:innen überlastet, könnten sie weniger Zeit haben, sich um die körperliche Gesundheit der Bewohnenden zu kümmern. Dies kann zu Druckgeschwüren, Stürzen und anderen gesundheitlichen Problemen führen. Und nicht nur das, auch die Lebensqualität der Arbeitenden sinkt mit steigender Arbeitsbelastung.

2.2.3.1 Depressivität und Ängstlichkeit

Depressionen werden den affektiven Störungen zugeordnet. Zu den Kernsymptome einer depressiven Störung zählen u.a. eine mindestens zweiwöchig anhaltende gedrückte Stimmung, Interessensverlust und Freudlosigkeit sowie Antriebslosigkeit. Zudem können eine Vielzahl weiterer affektiver, kognitiver, behavioraler und somatischer Symptome auftreten, wie bspw. Reizbarkeit (affektiv), ständiges Grübeln (kognitiv), sozialer Rückzug (behavioral) oder Appetit- und Gewichtsveränderungen (somatisch) (Berking & Radkovsky, 2012).

Neben den affektiven Störungen sind die Angststörungen ebenfalls sehr häufig vertreten und vom Erscheinungsbild vielfältig. So können spezifische Phobien – eine extreme Furcht vor spezifischen Objekten oder Situationen (bspw. vor Spinnen oder Fahrstühlen) – (Kowalsky & Berking, 2012), soziale

Phobien – eine starke Angst in u.a. interaktionsbezogenen Situationen sowie die Befürchtung negativer Bewertungen anderer (Rusch et al., 2012) oder generalisierte Angststörungen (GAS) auftreten. Bei einer GAS leiden Betroffene unter ausgeprägten, anhaltenden Sorgen und Ängsten, die sich auf verschiedenste Lebensbereiche beziehen können und als übertrieben und unkontrollierbar erlebt werden (Filipek et al., 2012).

Im Hinblick auf die im Folgenden vorgestellten Studienergebnisse ist es wichtig zu betonen, dass Ängstlichkeit und/oder Depressivität meist mithilfe von Fragebögen, Interviews oder Fremdauskünften zwar erhoben wurden, allerdings keine klinische Diagnosestellung ersetzen und somit lediglich Hinweise für einzelne Symptome bzw. Kriterien der Störungsbilder bieten.

Während internationale Studien die Depressivität und Ängstlichkeit von Pflegeheimbewohnenden beleuchteten, liegen für den deutschsprachigen Raum hingegen kaum Untersuchungen vor.

In einer Studie wurden beispielsweise Bewohner:innen eines kroatischen Pflegeheimes interviewt und berichteten über ein signifikant geringeres Selbstwertgefühl bei gleichzeitig signifikant ausgeprägterer Depressivität und Ängstlichkeit als ältere Befragten, die in eigener häuslicher Umgebung lebten. Zudem konnten die Autor:innen eine signifikant positive Korrelation zwischen Ängstlichkeit und Depressivität aufweisen. Es zeigte sich eine starke Zunahme der Depressivität bei zunehmender Ängstlichkeit. Interessanterweise zeigte sich nach der Kontrolle von Unterschieden zwischen Pflegeheimbewohnenden und älteren in häuslicher Umgebung lebender Menschen, dass das Leben in einem Pflegeheim nicht mit dem Selbstwert oder depressiven Symptomen assoziiert werden konnte. Ein höheres Alter hingegen konnte signifikant mit Depressivität in Verbindung gebracht werden, während sich männliches Geschlecht und das Leben in einem Pflegeheim als Prädiktor für Angstsymptome darstellte (Sare et al., 2021).

Diese Befunde gehen einher mit einer niederländischen Studie, in der bereits ein paar Jahre zuvor aus 14 Häusern Pflegeheimbewohnende interviewt worden sind und ein häufiges Auftreten von Angststörungen (5,7%) – gemäß DSM-IV Kriterien – bei den Pflegeheimbewohnenden aufgezeigt werden konnte. Auch Angst-Symptome traten mit knapp 30% häufig auf. Zudem zeigte sich, dass sowohl Schmerzen als auch Depressivität signifikant mit Angststörungen assoziiert waren. Jedoch waren die Prävalenzen, im Vergleich zu vorherigen großangelegten Studien, niedriger als erwartet. Die Autor:innen begründeten dies u.a. mit Unterschieden in Diagnosekriterien, aber auch mit Pflegeheim-Charakteristika. So könnte einerseits die hoch strukturierte Routine und andererseits die professionelle Pflege zu einem Gefühl von Sicherheit führen und gleichzeitig Angstsymptome reduzieren (Smalbrugge et al., 2005).

Ein systematisches Review unterstreicht die dargelegten Befunde, dass Angststörungen und Angstsymptome häufig bei Bewohner:innen von Pflegeheimen vorzufinden sind. Jedoch unterscheiden sich die herangezogenen Studien sowohl in ihren Ergebnissen als auch in ihren Methoden (u.a. in ihren Diagnosekriterien oder Instrumenten). So schwanken die Prävalenzen von Angstsymptomen von über 6% bis auf über 58% (Creighton et al., 2016). In einem weiteren systematischen Review wurden die Korrelate der Angstsymptomatik von Pflegeheimbewohnenden untersuchte und es konnte gezeigt werden, dass Schmerzen, Depression sowie eine als reduziert wahrgenommene Lebensqualität mit größerer Ängstlichkeit assoziiert war. Auch gibt es Hinweise, dass u.a. weibliches Geschlecht, ein höheres Bildungsniveau oder eine höhere Anzahl verschriebener Medikamente, ebenfalls mit erhöhter Ängstlichkeit assoziiert waren, wobei dies weiteren Untersuchungen bedarf (Creighton et al., 2017). Auch für den deutschsprachigen Raum liegen erste Befunde vor. In zwei Nürnberger Pflegeheimen gab die Hälfte der Bewohnenden ein gut bis sehr gutes allgemeines Wohlbefinden an, während über 20% der männlichen und knapp 13% der weiblichen Befragten ein schlechtes bis sehr schlechtes

allgemeines Wohlbefinden aufwiesen. Interessanterweise konnten die Autor:innen aufzeigen, dass das allgemeine Wohlbefinden mit zunehmender Wohndauer im Pflegeheim signifikant anstieg. Alarmierende Ergebnisse zeigten jedoch bei knapp 45% der befragten Bewohnenden Anzeichen einer depressiven Symptomatik, wobei bei rund 9% Hinweise auf eine schwere depressive Symptomatik vorlagen. Die Autor:innen zogen erklärend das Bewusstsein über Einbußen von altersbedingter Selbstständigkeit und Selbstbestimmung heran. Zudem zeigten sich bei rund 76% der Befragten eine demenzielle und bei knapp 18% bereits eine schwere Entwicklung (Cramer-Ebner et al., 2017).

2.2.3.2 Demenz

Aufgrund hoher Prävalenzen in Pflegeheimen wird im folgenden Abschnitt im Speziellen auf Demenz eingegangen. Gemäß der aktuellen Diagnosekriterien stellt Demenz ein Syndrom dar, in dessen Folge es zu voranschreitenden Störungen zahlreicher höherer kortikalen Funktionen, wie Kurz- und Langzeitgedächtnis, Orientierung, Sprache oder Urteilsvermögen kommt. Damit einhergehend entstehen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung, wie Einkaufen, Kochen oder Körperpflege. Demenz resultiert aus verschiedensten chronisch fortschreitenden Erkrankungen des Gehirns (Gatterer & Croy, 2020). Eine Demenz kann in jedem Alter auftreten. Ende 2021 lebten in Deutschland knapp 1,8 Millionen Menschen mit Demenz, wobei die häufigste Ursache die Alzheimererkrankung darstellte. Allein in Niedersachsen betrug 2021 der Anteil demenzerkrankter Personen unter den über 65-jährigen Ende rund 166.600, was rund 2,1% der Gesamtbevölkerung in Deutschland entspricht. So lebten Schätzungen zur Folge Ende des Jahres 2021 mehr als 100.000 unter 65-jährige in Deutschland, die von einer Demenz betroffen waren. Weitaus häufiger ist diese Krankheit allerdings im höheren Alter. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung steigen auch die Erkrankungsraten. So sollen Schätzungen zu Folge im Jahr 2050 zwischen 2,4 und 2,8 Millionen über 65-jährige Menschen in Deutschland von Demenz betroffen sein (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2022). Neben dem individuellen Leidensdruck stellt Demenz eine erhebliche Herausforderung dar, aus gesellschaftlicher und finanzieller Sicht. So sollen sich Analysen zufolge die Gesamtkosten für über 65-jährige Menschen mit Demenz bis zum Jahr 2060 für die Kostenträger auf 90 Mrd.€ verdreifachen (Michalowsky et al., 2019).

Menschen mit Demenz scheinen häufig in Pflegeheimen zu leben. Eine bundesweite Studie zeigte auf, dass 2013 knapp 69% der Bewohner:innen von Pflegeheimen an Demenz erkrankt waren, darunter knapp 57% Betroffene mit einer schweren Demenz. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz signifikant (Schäufele et al., 2013). Studien deuten darauf hin, dass die Umgebung einen Einfluss auf die Lebensqualität nehmen kann. So wiesen an Demenz Erkrankte, die in häuslicher Umgebung gepflegt wurden, eine höhere Lebensqualität und stärkere soziale Vernetzung im Vergleich zu Pflegeheimbewohnenden mit milder Demenz auf (Nikmat et al., 2015). Im Gegensatz dazu fand man in einer Studie an schwer an Demenz erkrankten Bewohner:innen in Pflegeheimen in Deutschland, die sich über einen Zeitraum von zwei Jahren erstreckte, keinen Einfluss der Unterbringungsform auf die Lebensqualität. Unterschieden wurde zwischen kleinen und großen Pflegestationen, in denen an Demenz Erkrankte integriert mit Menschen ohne Demenzerkrankungen zusammenlebten oder separiert (Palm et al., 2019). Zusätzlich scheinen bei einem Großteil der an Demenz erkrankten Personen behaviorale und psychologische Symptome, wie Veränderung des Schlafrhythmus oder der Essgewohnheiten, Halluzinationen oder Depressivität und Ängstlichkeit aufzutreten. Diese heterogenen Symptome treten sehr häufig auf, unabhängig von der Form der Demenz, und können durch Stress und einer verringerten Lebensqualität ausgelöst werden (Cerejeira et al., 2012).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass einige internationale Studien auf das Vorliegen von Angst- und Depressionssymptomen bei Bewohner:innen von Pflegeheimen hindeuten. Dabei scheinen Depressivität, Ängstlichkeit und Demenz häufig gemeinsam aufzutreten und sollten nicht als voneinander isolierte Konstrukte betrachtet werden. Allerdings unterscheiden sich diese Studien häufig sowohl methodisch als auch qualitativ. Zudem liegen nur vereinzelt Studien für den deutschsprachigen Raum vor. Da Pflegesysteme und -einrichtungen nicht über alle Ländergrenzen hinweg vergleichbar sind, sollten aktuelle Befunde für Bewohnende von Pflegeheimen in Deutschland dringend näher erforscht werden.

2.3 Theaterspielen mit Menschen im Alter / im Pflegeheim

2.3.1 Theaterpädagogik

Im Praxishandbuch *Theater in der Pflege von Menschen mit Demenz* wird die Theaterpädagogik als die künstlerisch pädagogisch sowie theoretisch reflektierende Auseinandersetzung mit der Kunstform Theater beschrieben (Seeling et al., 2020; S.18). Des Weiteren werden dabei aus dem Theater Spielund Interaktionsverfahren für die Theaterpädagogik abgeleitet. Das Ziel der Theaterpädagogik ist es, ästhetische Erfahrungen und Bildung zu vermitteln. Dabei verfolgt die Theaterpädagogik sowohl künstlerische als auch pädagogische Ziele. Im Vordergrund der Theaterpädagogik steht beim Theaterspielen nicht die künstlerische Arbeit, sondern die Beziehungsarbeit. Diese Beziehungsarbeit findet zwischen den Teilnehmenden, den Theaterpädagog:innen und Spielleiter:innen sowie dem Publikum statt. Durch die Interaktionen während des Theaterspielens werden künstlerische Prozesse angestoßen und gefördert, die sowohl ästhetische als auch soziale und pädagogische Entwicklungen ermöglichen (Seeling et al., 2020). Des Weiteren kann Theaterpädagogik speziell zur Unterstützung der eigenen Wahrnehmung, Fremdwahrnehmung und Kommunikation genutzt werden. Die nonverbale Kommunikation wird in der Theaterpädagogik durch Rollenspiele in Gestik, Mimik und Körperausdruck gefördert (Vgl. Schrewe, o.D.)

Theaterpädagogik kann einen wertvollen Beitrag zur Begleitung von Menschen mit Demenz leisten, indem sie kreative Angebote zur Verfügung stellt und soziale Teilhabe ermöglicht. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Theaterpädagogik und Pflegewissenschaft ist dabei entscheidend. Theaterpädagogik in Pflegeheimen ist ein Forschungsfeld, das sich mit der kulturellen Teilhabe von Menschen mit Demenz beschäftigt. Bei der Zielgruppe von Menschen mit Demenz ergeben sich einige Besonderheiten für die Theaterpädagogik. Diese Besonderheiten wurden von Höhn et al. (2023) herausgearbeitet. Unter anderem wird beschrieben, dass das alltägliche Leben von Menschen mit Demenz geprägt ist von einer Versagensangst, Dinge im Alltag nicht mehr wie gewohnt meistern zu können. Dies führt häufig dazu, dass die Menschen das eigene soziale Umfeld meiden und sich zurückziehen. Durch die zunehmend erschwerte Interaktion mit dem sozialen Umfeld, verändert sich auch die Selbst- und Fremdwahrnehmung der erkrankten Menschen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Demenz und Fähigkeiten, kann die Lebensgestaltung sowie das Finden neuer Aufgaben und Betätigungsfelder für Patient:innen erleichtern. Der Schritt hin zur Akzeptanz und Auseinandersetzung mit der Demenz, kann einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben.

Die Vorteile und Möglichkeiten von künstlerischen Interventionen, zum Beispiel Theaterprojekten in Pflegeheimen, werden in dem Abschlussbericht des Evaluationsprojektes "gesund*mit*kunst" zusammengefasst. Künstlerische Interventionen zielen unter anderem darauf ab, den Alltag der Pflegeheimbewohner:innen ästhetisch zu bereichern und diese zu mehr künstlerischer Selbstbetätigung zu ermutigen und zu befähigen (Ganß et al., 2021). Die Teilnahme an Theaterinterventionen ermöglicht Menschen mit Demenz außerhalb ihres gewohnten Alltages neue Erfahrungen und Perspektiven zu entdecken. Außerdem werden durch künstlerische Interventionen das gemeinsame kreative Handeln sowie die Gestaltung sozialer Quartiersräume gefördert. Des Weiteren werden Inklusionsprozesse ermöglicht und eine Fremdheit unter den Teilnehmenden überwunden. Die soziale Inklusion von Menschen mit Demenz wird in Theaterprojekten durch die gleichwertige Behandlung aller Mitwirkenden gestärkt und führt dadurch zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls jedes Einzelnen (Vogt et al., 2017).

Ein weiterer wichtiger Aspekt von künstlerischen Interventionen wird in der *Bestandsaufnahme zum Seniorentheater in Nordrhein-Westfalen* herausgestellt: die Unterstützung der individuellen Entwicklung sowie die Sensibilisierung für wichtige Gesundheitsthemen. Bei Theaterprojekten wird besonders Wert auf den Freiraum für Improvisationen sowie den persönlichen Ausdruck jedes Einzelnen gelegt. Die Theaterarbeit mit älteren Menschen ist häufig biografisch ausgerichtet und nutzt unter anderem die Erinnerungsarbeit sowie biografische Anknüpfungspunkte, um darüber authentische und bedeutungsvolle Erfahrungen zu schaffen (Skorupa, 2014). Die Autoren Höhn et al. (2023) stellen heraus, dass eine biografische Orientierung von Spielszenen nicht notwendig ist, sondern Menschen mit Demenz auch Spielsituationen und Rollen in hoher Intensität ausfüllen, wenn diese keinen Bezug zu ihrer eigenen Biografie haben. Sie in der Lage ihre Lebenserfahrung in andere Kontexte und Situationen zu übertragen.

Die Spielsituationen innerhalb der Theaterinterventionen sind oft improvisatorisch und erzeugen dadurch einen freien Spielraum, in dem sich das Theaterspiel im Spielen entwickelt. Da sich jede Person mit ihren eigenen Spielimpulsen einbringen kann, ist dieser freie Spielraum von einer authentischen Theateratmosphäre geprägt. Die geschaffene Atmosphäre ist frei von Voraussetzungen und Erwartungen der Spielleitung und möglichst auch der Teilnehmenden. Zugleich wird auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden geachtet und ihnen damit ein Gefühl von Sicherheit vermittelt. Durch die Verwendung vertrauter Bewegungsmuster, bekannter Lieder und Gegenstände können Spielhandlungen angeregt oder ein Erinnern an bereits gespielte Situationen unterstützt werden. In biografieorientierten Theateransätzen werden in der Regel biografische Trigger genutzt, wie biografisch bedeutsame Lieder, Gedichte oder Gegenstände. Diese, an der Vergangenheit orientierten Spielimpulse, können unter Umständen die Teilnahme und das erinnerungsgestützte Eintauchen in die Spielhandlung erleichtern (Vogt et al., 2017). Ein anderer Weg in der Theaterarbeit ist, die Theaterstücke aus Themen der privaten Lebenswelt der Teilnehmenden zu entwickeln. Dies kann die Relevanz und Bedeutung der Inhalte für die Teilnehmenden verstärken. Zur Unterstützung der gewählten Themen werden in der Theaterarbeit auch Requisiten verwendet (Seeling et al., 2020).

Auf der sozialen Ebene fördern verschiedene künstlerische Angebote die Kommunikationsprozesse sowie die Beziehungsgestaltung unter den Teilnehmenden. Im Theaterspiel wechseln sich spielerische Momente mit spielerischer Kommunikation sowie wiederholte Verständigung über das Spielgeschehen ab. Dadurch wird das Verständnis sowie die Teilhabe in der Gruppe gefördert. Die Gleichstellung aller Teilnehmenden, die Wertschätzung der Bedürfnisse in der Gruppe und den Raum für sich im Spiel zu exponieren, führt zum Sichtbarwerden jedes einzelnen Teilnehmenden als Individuum in der Gruppe. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist, dass im Theaterprojekt alle Beteiligten gleichberechtigt sind und aktiv an der Intervention teilnehmen. Durch einen direkten Austausch zwischen den Teilnehmenden, werden in dieser Form die Selbstwirksamkeit und das Gemeinschaftsgefühl gestärkt (Höhn et al., 2020). Die meisten künstlerischen Interventionen in sozialen Feldern haben den Aspekt der Partizipation gemeinsam. Dadurch wird es Teilnehmenden ermöglicht, nicht nur an den Projekten mitzuwirken, sondern auch Entscheidungen über den Verlauf sowie die Gestaltung des Projektes zu treffen. Dabei ist die Ausprägung der Entscheidungshoheit abhängig von dem Grad der Partizipation innerhalb des Projektes (Ganß et al., 2021).

Im Mittelpunkt einer Theatereinheit steht das gemeinsame Theaterspielen. Dabei helfen Impulse die verschiedenen Wahrnehmungskanäle der Teilnehmenden anzuregen und die Entwicklung kleinerer Spielszenen innerhalb der Gruppe zu fördern. Das inhaltliche Konzept einer Theaterintervention mit

Menschen mit Demenz in einem Pflegeheim, verbindet theaterpädagogische Mittel mit Instrumenten aus der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz und ermöglicht daher eine integrative und ganzheitliche Herangehensweise. Die Struktur der einzelnen Theatereinheiten bietet den Teilnehmenden, durch die Nutzung von Wiederholungen, Sicherheit und Orientierung. Alles in allem begünstigen diese Einflüsse eine Steigerung der Lebensqualität von Menschen in Pflegeeinrichtungen und anderen sozialen Interaktionsräumen (Seeling et al., 2020).

Der Einfluss und die Wirkung von künstlerischen Projekten unterschiedlicher Formate auf die Gesundheit und Lebensqualität verschiedener Zielgruppen, wurde in mehreren Metastudien untersucht und ausgewertet. Dabei wurden unter anderem positive Effekte für die Parameter Selbstvertrauen, Angst, Stressreduktion sowie auf das Verhalten wie Bewegung, die Entwicklung von Fähigkeiten und die Lebensqualität festgestellt und herausgearbeitet. Bei der Studie *ARTEMIS*, in der Menschen mit Demenz gemeinsam mit ihren Angehörigen Kunst in einem Museum betrachteten und im Anschluss daran selbst aktiv künstlerisch tätig waren, zeigte sich eine signifikante Abnahme von Angst, depressiver Verstimmung und Apathie (Ganß et al., 2021).

Das Forschungsprojekt *TiP.De – Theater in der Pflege von Menschen mit Demenz* der Hochschule Osnabrück (Seeling et al., 2020) setzte sich innerhalb von drei Jahren mit dem Einfluss des Theaterspielens auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz auseinander und untersuchte die Fragestellung, welchen Effekt theaterpädagogische Beschäftigungsangebote auf die Lebensqualität, das agitierte Verhalten im Alltag, die Emotionalität und den Grad der dementiellen Erkrankung von Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen nehmen. In diesem Forschungsprojekt wurden auch die Betreuungskräfte aktiv am Theaterspielen und an der Erhebung der Forschungsdaten beteiligt. Die Ergebnisse des Forschungsprojekte zeigten, dass die Teilnahme an der Studie einen positiven Effekt für die Bewohner:innen hatte. Das zehnwöchige theaterpädagogische Interventionskonzept hatte nachweislich einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der Menschen mit Demenz. Die Emotionalität der Teilnehmenden entwickelte sich ebenfalls im Verlauf des Interventionszeitraums positiv. Sowohl die Häufigkeit als auch die Intensität des emotionalen Ausdrucks nahmen im Verlauf der Interventionszyklen zu. Im Gegensatz zu der Emotionalität und der Lebensqualität hat sich das agitierte Verhalten sowie der Grad der Demenz der Teilnehmenden in dem Zeitraum der Forschung nicht statistisch signifikant verändert (Cordes et al., 2020).

Die besondere Bedeutung von Aufführung vor einem öffentlichen Publikum wird von Höhn et al. (2023) herausgearbeitet und verweist auf die hohe Relevanz von Aufführungen für die Teilhabe sowie den Einfluss auf die Selbstwahrnehmung, trotz eines Lebens mit Demenz einen sinnvollen Beitrag für die Gemeinschaft leisten zu können. Daneben fördere es bei Spieler:innen mit Demenz die Motivation und nimmt Einfluss auf die Spielpräsenz und Leistungsfähigkeit im Spiel. Des Weiteren würde, so die Autor:innen, erst durch das Theaterspiel vor Publikum ein wechselseitiger Kommunikationsraum mit dem Publikum geöffnet, welcher dazu führt, dass sich die Spieler:innen nicht mehr von der Gesellschaft ausgegrenzt, sondern als Teil der Sozialen Gemeinschaft erleben würden. Bedeutungsvoll ist dabei auch, dass sie mit ihrem öffentlichen Spiel einen Beitrag zum kulturellen Leben beitragen, sie dieses bereichern, Freude beim Publikum erzeugen und darüber Anerkennung erfahren, was einen Effekt auf das Selbstwertgefühl hat. Diese Erfahrung wird für die Spieler:innen unmittelbar in der Theateraufführung erlebt, da sie sich sinnlich wahrnehmbar und nicht kognitiv vollzieht.

3 Projektbeschreibung

Das Projekt "Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz" hat die Sensibilisierung von Pflegeheimen für die Einbindung von theaterpädagogischen Maßnahmen in die pflegerische Praxis als Ziel. Eine übergeordnete Vision ist dabei sowohl die Stärkung der psychosozialen Gesundheit als auch die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Bewohner:innen. Neben dem Zusammenwirken von Theater, Gesundheit und Pflege soll ebenfalls eine Öffnung des Sozialraumes mitgedacht und angestrebt werden (Öffnung hinsichtlich einer Synergie zwischen Pflegeheim und Sozialraum). In diesem Rahmen sollte sich das Projekt vornehmen, eine Handlungs- bzw. Umsetzungshilfe zur Implementierung theaterpädagogischer Methoden im Pflege- und Betreuungsalltag zu erstellen, um diese interessierten Einrichtungen zur Verfügung stellen zu können. Die Handlungsleitlinie sollte als Schulungsgrundlage dienen, sodass eine kompetente und qualifizierte Umsetzung der Methoden unterstützt wird sowie Fachkräfte in ihren Kompetenzen eine Stärkung erfahren. In diesem Sinne soll das Projekt ein Beitrag zur Verbesserung der Qualität der betreuenden Praxis in Form eines Entwicklungsprozesses von (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen darstellen, der besonders Menschen mit Demenz zugutekommt.

Um die praktische Anwendbarkeit der Handlungs- bzw. Umsetzungshilfe sicher zu stellen, wurden im Laufe des Projektes Möglichkeiten geprüft, die Maßnahmen den relevanten Akteur:innen (Pflege- und Betreuungskräfte) in digitaler wie auch analoger Form zur Verfügung zu stellen (in Form von z.B. erklärenden Videoclips, Kurzanleitung zu Methoden und Übungen sowie ergänzenden Materialien). So wurde ein flexibler und unabhängiger Zugriff auf die Handlungs- bzw. Umsetzungshilfe sichergestellt. Videos haben den Vorteil, dass sie Lerninhalte kurz und knapp vermitteln können und intensiver erinnert werden. Damit sind sie auch im Sinne unserer Informationsgesellschaft ein Format, welches (anders als umfangreiche Texte) Informationen leicht zugänglich macht. Zusätzlich trägt diese Variante auch zur Öffnung der medial oft weniger aufbereiteten Strukturen in Pflegeheimen bei.

4 Methodik

4.1 Fragestellungen und methodischer Überblick

Im Folgenden wird ein kurzer methodischer Überblick über die verwendeten quantitativen als und qualitative Methoden gegeben. Ein Ethikbescheid, der das Vorgehen als methodisch unbedenklich eingestuft worden ist, liegt der Projektleitung von der Ethikkommission der MSH Medical School Hamburg vom 12. Juni 2023 vor.

Das Projekt *Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz"* wurde im Zeitraum vom 02.03.2023 bis 28.06.2024 im Mixed-Methods Ansatz evaluiert. Um die Wirksamkeit der Theaterkurse zu analysieren, sollte der Einfluss der theaterpädagogischen Arbeit auf die psychische und psychosoziale Gesundheit, die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität sowie das Wohlbefinden auf die teilnehmenden Bewohner:innen untersucht werden. Zusätzlich wurden Erfolgsfaktoren und Hindernisse identifiziert. Ergänzend hinzugezogen wurde die explorative Fragestellung, inwiefern sich die theaterpädagogische Arbeit auf die Arbeitsbelastung – und Beanspruchung der Mitarbeitenden auswirkt. Letztere Fragestellung wird, aufgrund einer geringen Datendichte, im Bericht lediglich kurz betrachtet und explorativ ausgewertet.

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

- 1. Haben die theaterpädagogischen Workshops einen Einfluss auf die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität der Teilnehmenden?
- 2. Haben die theaterpädagogischen Workshops einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Teilnehmenden?
- 3. Haben die theaterpädagogischen Workshops einen Einfluss auf die psychische und psychosoziale Gesundheit der Teilnehmenden?
- 4. Welchen Einfluss hat die theaterpädagogische Arbeit auf die Arbeitsbelastung und Beanspruchung der Mitarbeitenden?

Die Theaterworkshops wurden in drei teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in Hannover durchgeführt: dem Johanniter-Stift Hannover-Ricklingen, dem Dr. med. Ernst-August Wilkening Pflegeheim in Döhren/Waldheim und dem Anni-Gondro-Pflegezentrum im Eichenpark in Langenhagen. Letztere Pflegeeinrichtung diente dabei als Kontrollgruppe. Zwar nahmen auch hier Bewohnende an Theaterworkshops teil, befragt wurden allerdings ausschließlich diejenigen, die nicht an den Workshops teilnahmen. Dies sollte der Kontrolle nicht-programmgebundener Effekte dienen.

Insgesamt fanden in den teilnehmenden Häusern die Theaterangebote für die Bewohnenden an 15 aufeinanderfolgenden Wochen statt. Vorgesehen waren Datenerhebungen vor dem ersten Theaterworkshop (Vorerhebung), nach dem 1., 4., 7., 10., 13. und 15. Theaterworkshop sowie vier Wochen nach dem letzten Theaterworkshop (Nacherhebung). Dabei wurden zu den verschiedenen Messzeitpunkten die Daten von unterschiedlichen Gruppen (Bewohnenden, Pflegekräften und Spielleitung) quantitativ und/oder qualitativ erhoben, näher in Abbildung 1 dargestellt.

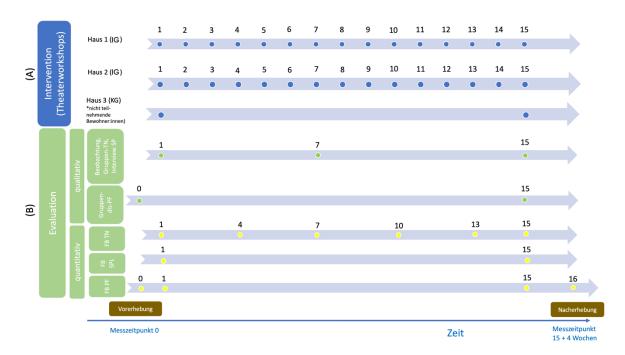


Abbildung 1. Ablaufplan der Interventionsstruktur und Messzeitpunkte im Projekt Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz. Hinweis: Teil (A): Illustration der zeitlichen Feinplanung der Interventionsstruktur in 3 Pflegeeinrichtungen (eine Pflegeeinrichtung dient als Kontrollgruppe (KG)). Teil (B): Illustration der zeitlichen Evaluationsstruktur in den 2 Interventionsgruppen (IG) sowie der Kontrollgruppe (KG) mit Vorerhebung (vor Beginn der theaterpädagogischen Elemente) sowie einer Nacherhebung (4 Wochen nach Abschluss der theaterpädagogischen Elemente) anhand der qualitativen Datenerhebung (TN=Teilnehmende, SP=Spielleiter:in, Gruppendis-PF=Gruppendiskussion Pflegepersonal) sowie quantitativen (FB=Fragebogen, PF=Pflegepersonal, TN=Teilnehmende) Datenerhebung.

4.2 Einbezug von Menschen mit Demenz in die Evaluation

Im Sinne eines partizipativen Forschungsansatzes ist ein grundsätzlicher Aspekt der Evaluation, Menschen mit Demenz in die Befragungen einzubeziehen. Die Aussagen von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, sind ein zentraler Bestandteil wissenschaftlicher Studien im Kontext von Demenz (Goldsmith, 1996). Die Betroffenen werden dabei als Expert:innen in Hinblick auf die Bedeutung der demenziellen Veränderungen für ein Leben mit Demenz angesehen. Menschen mit Demenz können, wenn sie ihren kommunikativen Fähigkeiten entsprechend einbezogen werden, wichtige Aussagen dazu machen, ob Angebote ihren gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Bedürfnissen entsprechen (Cantley & Steven, 2004; Clare, 2003). Die Darstellungen eigener Erfahrungen der Betroffenen sind für ein Generieren demenzbezogener Erkenntnisse in anwendungsbezogenen Studien unverzichtbar (Clare, 2003). Goldsmith (1996; S. 163) formuliert: "Mit dem überwiegenden Teil, der von einer Demenz Betroffenen kann in bedeutungsvoller Weise kommuniziert werden. Voraussetzung ist jedoch unsere Fähigkeit, sich in ihre Welt hineinzuversetzen, ihr spezifisches Tempo und Zeitgefühl zu verstehen."

Alle an dem Theaterprojekt teilnehmenden Bewohnenden konnten qualitative Auskünfte zu ihrer Person und zu ihrem Erleben der Theaterarbeit geben. Mittels einer zugewandten, an den individuellen Potentialen der Teilnehmenden angepassten Fragestellung und dem Einräumen von Zeit für eine langsame Artikulation eigener Gedanken konnten Teilnehmende mit kognitiven Einschränkungen, Wortfindungsstörungen, verminderter Sprachflüssigkeit, Probleme im Verständnis komplexer Sachverhalte, ins Gruppeninterview einbezogen werden, um sich aktiv daran zu beteiligen.

Die eigenständige Beantwortung der Fragebögen wurde mittels Assistenz ermöglicht, welche sich am individuellen Bedarf der Teilnehmenden orientierte. Zunächst wurde über die Beziehungsebene die Person emotional entlastet und darin bestärkt, die Fragen beantworten zu können. Je nach Bedarf wurden die Fragen langsam vorgelesen und das Übertragen der Antwort auf den Papierbogen unterstützt. Vereinzelt wurden Begriffe der Fragen oder des Antworttextes in einfache Sprache übersetzt. Während der Befragung wurden Entlastungspausen für einzelne Teilnehmende gesetzt. Anschließend wurden sie wieder in die weitere Bearbeitung des Fragebogens hineingeführt. Hierbei wurde zum Teil Orientierungsunterstützung gegeben. Voraussetzung hierfür war eine umfangreiche Erfahrung im Einbeziehen von Menschen mit Demenz in Forschungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen, welche von Seiten des Forschungsteams ermöglicht worden ist.

4.3 Quantitative Datenerhebung

Innerhalb der quantitativen Sozialforschung werden Forschungshypothesen anhand einer Theorie abgeleitet und mithilfe strukturierter Methoden zur Datenerhebung untersucht. Die resultierenden numerischen Daten werden mithilfe statistischer Methoden analysiert (Döring & Bortz, 2016a). Quantitative Forschung arbeitet mithilfe von strukturierten Abläufen und standardisierten Instrumenten. Von Relevanz sind insbesondere die Kriterien der Objektivität, Replizierbarkeit und Validität (Döring & Bortz, 2016b).

Zur quantitativen Untersuchung der Evaluationsfragen wurde eine breit aufgestellte Fragebogenbatterie herangezogen, welche in Abhängigkeit der Messzeitpunkte und befragten Personengruppe im Umfang variierte. Aufgrund der erwarteten Hochaltrigkeit sowie möglicher kognitiver Einschränkungen, erhielten die Bewohner:innen möglichst barrierefreie und zeitökonomische Fragebögen, welche sich in Länge und Komplexität unterschieden. Einige der Instrumente sind darüber hinaus speziell auf geriatrische Populationen zugeschnitten. Zudem bestand die Möglichkeit, dass Bewohner:innen Unterstützung bei der Beantwortung der Fragebögen erhielten. Dabei sollten die Teilnehmenden nicht in ihren Antworten beeinflusst werden, aber beim Lesen oder Schreiben unterstützt werden insofern Schwierigkeiten darin bestanden. Um potenzielle Effekte zu berücksichtigen, wurde auf jedem Fragebogen vermerkt, ob Unterstützung stattgefunden hatte.

Neben den Selbstberichten der Teilnehmenden, erfolgt eine Fremdbewertung des Einflusses des Theaterangebotes auf die Teilnehmenden durch die Bezugspflegekraft sowie der Spielleitung, um eine möglichst hohe Datendichte zu erzeugen.

Im Folgenden werden die herangezogenen Instrumente näher beschrieben.

4.3.1 Instrumente zur Erfassung personenbezogener Daten

Alle befragten Gruppen erhielten einen Fragebogen zur Erhebung soziodemografischer Daten. So wurde unter anderem das Alter, Geschlecht, Geburtsland, Staatsangehörigkeit oder der Familienstand abgefragt. Bewohner:innen wurden zusätzlich befragt, ob und (falls zutreffend), wann eine Demenzerkrankung diagnostiziert wurde sowie darüber hinaus Fragen zu Medikamenteneinnahmen und dem Zeitpunkt des Einzuges in die Pflegeeinrichtung. Pflegekräfte und Spielleitung wurden zusätzlich unter anderem nach ihrem höchsten (Hoch-)Schulabschluss, ihrer Berufsbezeichnung und ihrer Arbeitszeit befragt.

4.3.2 Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität der Bewohner:innen

Zur Erfassung der Lebensqualität der Teilnehmenden wurden verschiedenste Instrumente herangezogen, um eine möglichst hohe Datendichte zu gewinnen.

Die Single-Item-Skala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit, die Kurzskala Lebenszufriedenheit-1 (L-1) (Beierlein et al., 2014), wurde von den Bewohner:innen in Selbstauskunft beantwortet. Das Instrument ermöglicht eine besonders zeitökonomische Messung und erhebt auf einer 11-stufigen Antwortskala von (0) "überhaupt nicht zufrieden" bis (10) "völlig zufrieden" die allgemeine Lebenszufriedenheit mithilfe eines Items. Der Itemrohwert stellt zugleich den Skalenwert dar. Das Instrument zeichnet sich durch seine valide und ausreichend reliable Erfassung aus (Beierlein et al., 2014).

Ein weiteres herangezogenes Instrument zur Erfassung der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** ist der **EQ-5D-3L** (EuroQol Research Foundation, 1995) Fragebogen, dessen Nutzung weit verbreitet ist. Die Benutzung dieses Fragebogens wurde bei der EuroQol Group im Mai 2023 angefragt und für nicht kommerzielle Zwecke bestätigt. Herangezogen wurden sowohl die Version zur Selbstauskunft für Bewohner:innen als auch die Version zur Fremdauskunft für Pflegekräfte und Spielleitung. Lebensqualität wurde mithilfe von insgesamt 15 Items auf fünf Dimensionen erhoben: (1) Beweglichkeit/Mobilität, (2) Für sich selbst sorgen, (3) Alltägliche Tätigkeiten, (4) Schmerzen/körperliche Beschwerden sowie (5) Angst/Niedergeschlagenheit. Jede Subskala kann dreistufig beantwortet werden zwischen (1) *keine Probleme* bis (3) *extreme Probleme*. Ebenso konnte der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung mithilfe einer visuellen Analogskala (EQ VAS) zwischen 0 (schlechteste Gesundheit) und 100 (beste Gesundheit) eingeschätzt werden (EuroQol Research Foundation, 2018). Aufgrund einer Vielzahl fehlender Selbstauskünfte, wird lediglich die EQ-5D-3L-VAS-Skala ausgewertet.

Zusätzlich wurde zur Bewertung der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** der **SF-12 Fragebogen**, eine Kurzversion des SF-36 Fragebogens zum Gesundheitszustand, herangezogen (Morfeld et al., 2011). Der Fragebogen wurde sowohl in Selbstauskunft von den Bewohner:innen, als auch in Fremdauskunft durch die Pflegekräfte und Spielleitung beantwortet. Das Instrument erfasst mithilfe von 12 Items zwei Dimensionen der Gesundheit: körperliche sowie mentale Gesundheit innerhalb der letzten vier Wochen. Beide Skalen werden jeweils durch einen Summenwert, den Physical Component Summary (PCS) und den Mental Component Summary (MCS) Score, repräsentiert. Abschließend lassen sich die Werte anhand ihrer Schwankungen um den Wert 50 interpretieren, welcher den Mittelwert der Allgemeinbevölkerung darstellt. Die interne Konsistenz des SF-12 in der deutschen Version weist auf eine hohe Zuverlässigkeit hin (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Der demenzspezifische Fragebogen **QUALIDEM** (Dichter et al., 2016) wurde im Rahmen dieser Evaluation genutzt, um eine **Fremdeinschätzung** durch Bezugspflegekräfte über die **Lebensqualität** der Bewohner:innen innerhalb der letzten Woche zu erhalten. In dieser Befragung wurde die Version für Menschen mit leichter bis schwerer Demenz genutzt. Die Lebensqualität wird anhand von 37 Items über neun Dimensionen erfasst: (1) Pflegebeziehung, (2) positiver und (3) negativer Affekt, (4) unruhiges, angespanntes Verhalten, (5) positives Selbstbild, (6) soziale Beziehungen, (7) soziale Isolation, (8) sich zu Hause fühlen und (9) etwas zu tun haben. Die Items können auf einer siebenstufigen Skala zwischen *nie* bis *sehr häufig* beantwortet werden. Durch Addition der jeweiligen Itemwerte ergeben sich die Werte der neun Dimensionen. Je höher der Wert, desto höher die

Lebensqualität in der jeweiligen Subskala. Zu beachten ist, dass der QUALIDEM für Menschen mit Demenz im Alter ab 65 Jahren entwickelt wurde. Zudem sollten die Fremdeinschätzungen von Pflegenden vorgenommen werden, die eine enge Beziehung zu dem/der Bewohnenden haben. Der QUALIDEM zeichnet sich durch seine starke interne Konsistenz sowie seine starke Konstruktvalidität aus (Dichter et al., 2016).

4.3.3 Instrumente zur Erfassung des Wohlbefindens der Bewohner:innen

Zur Erfassung der **Einsamkeit** wurde die **Einsamkeitsskala** aus dem Sozioökonomischen Panel verwendet. Drei Items können auf einer fünfstufigen Range zwischen (4) *sehr oft* bis (0) *nie* geratet werden. Anschließend wird ein Mittelwert aus allen Antwortoptionen gebildet, um einen individuellen Einsamkeitswert zu bilden (Kantar Public, 2018). Höhere Werte sprechen für ein stärkeres subjektives Einsamkeitserleben. Die Kurzskala ist ein Beispiel für die indirekte Messung von Einsamkeit, da der Begriff *Einsamkeit* vermieden wird (Luhmann, 2021). Diese Kurzskala wurde für die Evaluation ausgewählt, da sie besonders zeitökonomisch ist.

Um das aktuelle Befinden der teilnehmenden Bewohner:innen der Interventionsgruppe zu erfassen, wurde eine Smiley-Ratingskala herangezogen, orientiert an Jäger (2004). Die folgenden Fragen wurden vom Evaluationsteam formuliert und an die Theaterspiel-Situation angepasst. Vor bzw. nach erfolgten Theaterworkshops wurde erfragt: (1) wie sich die Bewohnenden im Moment fühlen, (2) wie sie den heutigen Theaterkurs empfanden und (3) ob sie eigene Spielideen in das Theaterspiel einbringen konnten. Die Fragen konnten auf einer fünfstufigen Smiley-Skala beantwortet werden, von einem Smiley-Gesicht mit stark heruntergezogenen Mundwinkeln (traurig/nicht zustimmend) bis hin zu einem Smiley-Gesicht mit stark hochgezogenen Mundwinkeln (lächelnd/zustimmend). Hinsichtlich der Auswertung werden die Gesichter mit den Werten von 0 bis 4 kodiert. Höhere Werte stellen hierbei eine positivere Ausprägung der Skala dar. Die Smiley-Skala zeigt eine gute Validität, da diese stark mit dem PANAS Fragebogen, einem Instrument, das positive und negative Affekte sowie die globale Befindlichkeit erfasst, korrelierte. Zudem liegt eine gute externe Validität vor (Jäger, 2004). Die Smiley-Skala wurde für die Evaluation ausgewählt, da sie besonders zeitökonomisch ist. Zudem wurde die Smiley-Skala eingeschlossen, um auch die Teilnahme potenziell kognitiv eingeschränkterer Personen an der Evaluation zu gewährleisten, da die Beantwortung barrierefreier ist im Vergleich zu vollständig ausformulierten Fragebögen.

Zur Erfassung von **Depressivität** in Selbstauskunft, wurde die **Geriatrische Depressionsskala (GDS)** (Yesavage et al., 1982) herangezogen, welcher speziell für die Erfassung von Depressionen in geriatrischen Populationen entwickelt wurde. Der Fragebogen enthält ein binäres Antwortformat (Ja/Nein), um eine einfache Handhabung zu ermöglichen und Überforderung aufgrund einer Reihe von Antwortmöglichkeiten zu vermeiden. Während die Langversion 30 Items enthält, wurde aus zeitökonomischen Gründen für diese Evaluation die Kurzversion mit 15 Items herangezogen (GDS-15). Die Werte der 15 Items werden addiert und ergeben einen Summenwert (Yesavage et al., 1982). Ein systematisches Review und Meta-Analyse fasste 32 Studien zusammen und konnte eine hohe Sensitivität und Spezifität für den GDS-15 identifizieren (Pocklington et al., 2016). Für den deutschsprachigen GDS konnte hingegen anhand einer bayrischen Alten- und Pflegeheimpopulation, eine gute bis zufriedenstellende Validität aufgezeigt werden, wobei Bewohner:innen mit einem leichten Schweregrad an Depressionen schlechter erfasst zu werden scheinen. Zudem zeigte sich zwar eine hohe Sensitivität, jedoch eine niedrige Spezifität. Wurde zuvor für Pflegeheimpopulationen ein Cut-off Wert von ≥ 5 empfohlen, um zwischen depressiv und nicht depressiv zu differenzieren,

empfehlen die Autor:innen daher einen Cut-off Wert von ≥ 8 für Pflegeheimpopulationen, um eine Major Depression besser zu erkennen (Allgaier et al., 2011).

Um zusätzlich Ängstlichkeit und Depressivität bei den Bewohner:innen zeitökonomisch zu erfassen, wurde der Fragebogen Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (Hermann-Lingen et al., 2018) herangezogen und von den Bewohner:innen beantwortet. Dieser teilt sich in zwei Dimensionen auf, die Angst- und die Depressionsskala, mit jeweils sieben Items. Die Proband:innen können bei jedem Item eine vierstufige Bewertung der Häufigkeit bezogen auf die letzte Woche, vornehmen. Die Subskalenwerte ergeben sich durch die Addierung der jeweiligen Antworten. Je höher der Wert, desto stärker ausgeprägt ist die Ängstlichkeit bzw. Depressivität. Subskalenwerte ≤ 7 gelten als unauffällig. Werte zwischen 11-14 zählen zu einer schweren; Werte zwischen 15-21 zu einer sehr schweren Symptomatik. Auch ein Gesamtwert kann aus allen summierten Items erstellt werden und gibt Hinweise auf eine allgemeine psychische Beeinträchtigung. Ursprünglich für Patient:innen mit körperlichen Beschwerden entwickelt, weist der HADS-D eine gute interne Konsistenz auf (Hermann-Lingen et al., 2018).

4.3.4 Instrumente zur explorativen Untersuchung der eigenen Beanspruchung und (Arbeits-) Belastung der Pflegekräfte

Chronischer Stress wurde anhand des Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS) (Schulz et al., 2004) erhoben. Anhand von 57 Items werden verschiedene Aspekte von chronischem Stress innerhalb der letzten drei Monate, mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala (nie bis sehr häufig), erfasst. Um die Skalenwerte zu ermitteln, werden die Itemwerte summiert. Höhere Werte deuten auf ein höheres chronisches Stresslevel hin. Während insgesamt zehn Subskalen existieren, ist für diese Evaluation insbesondere die Screening-Kurzskala (SSCS) von Bedeutung, um einen Gesamtscore für chronischen Stress zu bilden. Diese Screening-Skala ermöglicht eine globale und unspezifische Erfassung. Eine Person ist gemäß Screening-Skala chronisch gestresst, wenn sie sich übermäßig Sorgen macht, Überlastung und Überforderung angibt sowie keine Anerkennung für Anstrengungen erhält. Es kann von einer hohen Reliabilität der SSCS-Skala ausgegangen werden. Auch die inhaltliche Validität wird als gegeben angesehen (Schulz et al., 2004).

Zur Beschreibung des Arbeitsplatzes und -aufgaben der Pflegekräfte wurden aus zeitökonomischen Gründen lediglich sechs der 21 Subskalen des Work Design Questionnaire (WDQ) (Stegmann et al., 2010) herangezogen. So wurden Pflegekräfte zu den Aspekten Autonomie (Planung, Entscheidung sowie Methoden), soziale Unterstützung, dem Erhalt von Rückmeldungen und der wahrgenommenen Wichtigkeit der eigenen Tätigkeit, befragt. Insgesamt umfasste der Fragebogen 22 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen stimme überhaupt nicht zu bis stimme voll zu, beantwortet wurden. Die interne Konsistenz der verschiedenen Skalen kann als gut bis sehr gut angesehen werden. Auch die Test-Retest-Reliabilität kann als ausreichend stabil angesehen werden (Stegmann et al., 2010).

In Tabelle 1 wird dargestellt, welche Instrumente pro Messzeitpunkt und Gruppe eingesetzt worden sind. Der zweite Messzeitpunkt der Kontrollgruppe entspricht dabei zeitlich gesehen dem 6. Messzeitpunkt der Interventionsgruppe.

Tabelle 1. Instrumente und Messzeitpunkte der quantitativen Datenerhebung, die in diesem Projekt durchgeführt wurden.

MZP	T0 Vor- herhebung	T1 vor/nach 1. TW	T2 nach 4. TW	T3 nach 7. TW	T4 nach 10. TW	T5 nach 13. TW	T6 nach 15. TW	T7 Nach- erhebung
IG	-	SF-12, Einsamkeitssk. Smiley-Skala	Smiley-Skala	L-1, Einsamkeitssk. Smiley-Skala GDS	L-1, Einsamkeitssk. Smiley-Skala GDS	Smiley-Skala GDS	L-1, EQ-5D-3L, SF-12 Einsamkeitssk. Smiley-Skala GDS HADS-D	-
KG	-	SoziodemFB L-1, EQ-5D-3L, SF-12, Einsamkeitssk. GDS HADS-D	-	-	-		L-1, EQ-5D-3L, SF-12, Einsamkeitssk. GDS HADS-D	-
SP	-	SoziodemoFB EQ-5D-3L, SF-12 QUALIDEM	-	-	-	-	EQ-5D-3L, SF-12 QUALIDEM	-
PF	SoziodemFB WDQ, TICS, EQ-5D-3L, SF- 12 QUALIDEM	EQ-5D-3L, SF- 12, QUALIDEM	-	-	-	-	EQ-5D-3L, SF-12	WDQ, TICS EQ-5D-3L, SF-12 QUALIDEM,

Hinweis: MZP = Messzeitpunkt; IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; SP = Spielleitung; PF = Pflegekräfte; TW = Theaterworkshop; Soziodem.-FB = Soziodemographischer Fragebogen; Einsamkeitssk. = Einsamkeitsskala Instrumente, die die Lebensqualität erheben, sind in orange hervorgehoben; Instrumente, die das Wohlbefinden erheben, sind in blau hervorgehoben; Instrumente, die die Arbeitsbelastung erheben, sind in grün hervorgehoben.

4.3.5 Statistische Analysen

Da alle Fragebögen im paper-pencil (handschriftlich) Format ausgefüllt wurden, wurden die Daten zunächst händisch in die Statistik Software IBM SPSS-Statistics (Version 25) (IBM, 2017) übertragen. Dabei erfolgte bei allen Daten die Überprüfung auf Korrektheit von einer weiteren Person, um Fehler bei der Datenübertragung auszusondern. Die Auswertung der Stichprobencharakteristika sowie aller Fragebögen erfolgte zunächst deskriptiv (Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimum, Maximum). Für die deskriptiven Analysen wurden alle vorhandenen Daten herangezogen, um eine möglichst hohe Datendichte zu erzeugen und die aufgebrachten Ressourcen der Teilnehmenden zu würdigen.

Im Allgemeinen wurden hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Bewohner:innen insbesondere der 1. und 6. Messzeitpunkt (bzw. 2. Messzeitpunkt der Kontrollgruppe) betrachtet, da zum einen zu diesen Zeitpunkten die meisten Daten und der größte Rücklauf vorlagen, es zum anderen aber auch hinsichtlich der Evaluation die entscheidendsten Zeitpunkte hinsichtlich einer prä/post Betrachtung darstellen. Vereinzelt, bspw. für die Smiley-Skala, wurden auch die anderen Messzeitpunkte hinzugezogen, da zum 1. Messzeitpunkt lediglich von maximal vier Personen Daten vorlagen.

Das Signifikanzniveau wurde für alle Analysen auf α = 0.05 festgelegt. Für die Analyse signifikanter Unterschiede innerhalb der Kontroll- bzw. Interventionsgruppe wurde für den L-1 und die EQ-5D-3L VAS-Skala der Wilcoxon-Test herangezogen, es wird die exakte Signifikanz berichtet (2-seitig). Für alle weitere Fragebögen wird ein T-Test für abhängige Stichproben herangezogen.

Signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppen über beide Messzeitpunkte hinweg, wurden mithilfe einer mixed ANOVA berechnet, sofern die Gruppengröße der Kontroll- bzw. Interventionsgruppe mindestens zehn Teilnehmende betrug. Den Zwischensubjektfaktor (between) stellte die *Gruppenzugehörigkeit* dar (Interventions- vs. Kontrollgruppe), während *Zeit* dem Innersubjektfaktor (within) entsprach. Vorab wurden alle Voraussetzungen einer mixed ANOVA statistisch überprüft. Für den Wilcoxon-Test, T-Test sowie die mixed ANOVA wurden lediglich die

Teilnehmenden betrachtet, von denen Daten zum 1. und 6. Messzeitpunkt vorliegen sowie zudem das Ausfülldatum vorhanden war, um eine korrekte Zuordnung der teilnehmenden Person über die Messzeitpunkte hinweg zu gewährleisten.

Zum Messzeitpunkt 0 (vor Beginn der Theaterkurse) lagen zwar die Fremdbewertungen der Pflegekräfte von fünf Bewohnenden vor, allerdings konnten die Daten aufgrund einer unklaren oder fehlenden Kodierung keinem Bewohnenden zugeordnet werden, weswegen die Analyse dieses Messzeitpunktes entfällt. Zu Messzeitpunkt 1 lagen die Fremdbewertungen über sieben Bewohner:innen vor. Zum Messzeitpunkt 2 lagen die Fremdbewertungen über zwei Bewohner:innen vor. Aufgrund der kleinen Gruppengröße und aufgrund fehlender Fremdeinschätzungen der Bewohner:innen zu weiteren Messzeitpunkten wird auf die Analyse dieser Daten verzichtet. Zu Messzeitpunkt 3 (ca. vier Woche nach Abschluss der Theaterworkshops) lagen die Fremdeinschätzungen über neun Bewohner:innen vor.

Die Selbst- und Fremdeinschätzungen der EQ-5D VAS-Skala wurden deskriptiv zu Messzeitpunkt 1 von sieben Bewohner:innen verglichen.

Auf den Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung des SF-12 Fragebogens wurde verzichtet, da zu Messzeitpunkt 1 lediglich die Selbst-, als auch Fremdeinschätzungs-Daten von vier Bewohner:innen vorlagen.

Die Fremdeinschätzung der Lebensqualität via des QUALIDEM-Fragebogens, lag zum 1. und 3. Messzeitpunkt von sieben bzw. neun Bewohner:innen vor und wird ebenfalls deskriptiv dargestellt. Zur Vereinfachung der Auswertung wurden alle als *nicht zutreffend* angegebene Items als fehlend gewertet und zusätzlich alle fehlenden Angaben nicht für die Analysen berücksichtigt.

Da eine Vielzahl der Kodierungen für Bewohner:innen der Interventionsgruppen über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg nicht einheitlich vergeben wurden, wurden die Fragebögen der jeweiligen teilnehmenden Person insbesondere anhand des Datums und der letzten Zahl der Kodierung zugeordnet. Dass es dabei zu Fehlern in der Zuordnung kam, ist nicht vollständig auszuschließen. Das Evaluationsteam hat sich allerdings dazu entschieden, zur Wertschätzung der eingesetzten Ressourcen, möglichst viele Fragebögen einzuschließen.

4.4 Qualitative Datenerhebung

Neben den beschriebenen quantitativen Daten wurden zudem qualitative Daten erhoben. Die qualitativ erhobenen Daten ermöglichen einen differenzierten Blick auf Zusammenhänge und ein Verstehen der Prozesse der Theaterarbeit mit den Bewohnenden der Einrichtungen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden. Daneben konnten mittels des qualitativen Vorgehens die theatermethodischen Interventionen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Bewohnenden und das Spielgeschehen untersucht werden. Damit können mögliche Zusammenhänge zwischen der methodisch, didaktisch und der ästhetisch künstlerischen Gestaltung des Theaterspielangebots für Bewohner:innen einer Pflegeeinrichtung beschrieben werden.

Für die qualitative Datenerhebung wurden folgende Methoden eingesetzt: passiv teilnehmende Beobachtung während des Theaterangebots, narratives Gruppeninterview der Teilnehmenden direkt im Anschluss an das Theaterangebot, Leitfadeninterview der Spielleitungen direkt im Anschluss an das Theaterangebot, Gruppendiskussion mit den Bezugspflegekräften. Die Messzeitpunkte der einzelnen Methoden sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2. Methoden und Messzeitpunkte der qualitativen Datenerhebung, die in diesem Projekt durchgeführt worden sind.

Messzeitpunkt	T0 1 Woche vor erstem Theaterspiel	T1 1. Theaterspiel	T2 7. Theaterspiel	T3 15. Theaterspiel	T4 4 Wochen nach letztem Theaterspiel
Theaterspielsituation	-	Passiv- teilnehmende Beobachtung	Passiv- teilnehmende Beobachtung	Passiv- teilnehmende Beobachtung	1
Teilnehmende	-	Narratives Gruppeninterview	Narratives Gruppeninterview	Narratives Gruppeninterview	-
Spielleitung	-	Offenes Leitfaden- interview	Offenes Leitfaden- interview	Offenes Leitfaden- interview	-
Bezugspflegekraft	Gruppendiskussion	-	-	Gruppendiskussion	-

Hinweis: T = Messzeitpunkt

4.4.1 Passiv teilnehmende Beobachtung

Diese Form der Beobachtung führt zu einer breiten Datenbasis, so dass die Situationen im Theaterangebot in ihrer Mannigfaltigkeit erfasst werden kann. Kommunikations- und Interaktionsprozesse, sowohl zwischen den Teilnehmenden untereinander und zwischen den Teilnehmenden und der Spielleitung, können unmittelbar im Zusammenhang des soziokulturellen Systems wahrgenommen werden (Lamnek & Krell, 2005; Mayntz et al., 1974). Die Beobachtung erfolgt in offener Form, durch jeweils zwei Beobachter:innen. Leitend für die Beobachtung waren folgende Aspekte:

- Interaktion/ Nichtinteraktion zwischen den Teilnehmenden und der Spielleitung (soziale Interaktion)
- 2. Mimik/ Gestik, Körperausdruck, Verhalten der Teilnehmenden, paraverbal und sprachlich verbalisierte Emotionen (emotionaler Zustand)
- 3. Partizipationsteilhabe innerhalb des Spiels (Impulse/Ideen, Spielaktivität, Präsenz im Raum)
- 4. Besonderheiten

In der passiv teilnehmenden Beobachtung werden die teilnehmenden Beobachter:innen unweigerlich zu Kommunikations- und Interaktionspartner:in, in direkter wie auch in indirekter Form und nehmen

damit Einfluss auf den Untersuchungsgegenstand. So wurden die Beobachter:innen von den Teilnehmenden z.B. ins Theaterspiel eingebunden oder Teilnehmende forderten sie zu Gesprächen auf. Diesen Aufforderungen folgten die Beobachter:innen, um die Atmosphäre des Angebots nicht zu gefährden, sowie um die Akzeptanz der Beobachtung zu unterstützen. Die Beobachter:innen zogen sich in solchen Situationen nach kurzer Interaktionszeit sanft aus der Interaktionssituation zurück. Um die Einflussnahme auf das Angebot so gering wie möglich zu halten, gingen die Beobachter:innen von sich, außer zur Begrüßung und Verabschiedung, nicht in eine aktive Interaktion mit den Personen im Feld, sondern hielten Distanz und partizipieren so wenig wie möglich am Gruppengeschehen. Dies wurde dadurch unterstützt, dass sie einen Beobachtungsstandpunkt am Rande des Raumes wählten. Voraussetzung für die Beobachtung war die Akzeptanz der Gruppe, die unabhängig von der vorher erteilten Einwilligungserklärung vor Beginn des Theaterspiels ein erneutes Mal im direkten Kontakt von den Teilnehmenden eingeholt wurde.

Während der Beobachtung wurden Feldnotizen erstellt und direkt im Anschluss an die Beobachtung wurden von den Beobachter:innen unabhängig voneinander eine dichte Beobachtungsbeschreibung / Beobachtungsprotokoll verfasst.

4.4.2 Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion ermöglicht eine Intensivierung und Fokussierung von Ideen, Interpretationen und Reflexionen, die sich aneinander steigern. "Dem Einzelnen werden sie häufig erst während der Auseinandersetzung mit anderen Diskussionsteilnehmenden deutlich. Sie mögen zwar latent vorhanden sein, gewinnen aber erst Kontur, wenn das Individuum [...] sich gezwungen sieht, seinen Standpunkt zu bezeichnen und zu behaupten. Während dieses Prozesses der Auseinandersetzung [...] zeichnen die Meinungen sich deutlicher ab [...]." (Pollock nach Bohnsack, 2000; S. 124). Die Gruppendiskussion ermöglicht den Teilnehmenden das Gespräch weitgehend selber zu strukturieren und die inhaltlichen Schwerpunkte zu wählen, die im Zusammenhang mit ihren Erfahrungen und Wahrnehmungen von Bedeutung sind. Hierüber führte die Gruppendiskussion mit den Bezugspflegekräften zu einem umfassenden und vielschichtigen Bild der teilnehmenden Bewohner:innen und den möglichen Veränderungen über den Projektverlauf.

Um einen Informationsverlust zu verhindern, wurden die Interviews mit einem Audiogerät aufgenommen.

Die Leitfragen der Gruppendiskussionen mit den Bezugspflegekräften lauteten:

- 1. Wie haben Sie die Bewohnenden, die am Theaterprojekt teilnehmen während der letzten vier Wochen erlebt? Beschreiben Sie Ihre Wahrnehmungen zu den einzelnen Personen möglichst anhand konkret erlebter Situationen.
- 2. Wie haben Sie die Eigenmotivation der einzeln Teilnehmenden in den vergangenen vier Wochen erlebt?
- 3. Wie haben Sie die Gefühlswelt der Bewohnenden während der letzten vier Wochen erlebt?
- 4. Welchen Einfluss nahmen die einzelnen Teilnehmenden während der letzten vier Wochen auf den Alltag und die Atmosphäre der Wohngruppe? Beschreiben Sie wie sich dies gezeigt hat.
- 5. Welche Bedeutung messen Sie dem Theaterprojekt für Ihre eigene Arbeit hier im Haus zu?

4.4.3 Offenes Leitfadeninterview

Das Leitfrageninterview ermöglicht, dass die interviewte Spielleiter:in in einen eigenen, an den im Theaterspielangebot gemachten Erfahrungen orientierten Reflexionsprozess tritt und gleichzeitig eine Struktur hat, an der sie/er sich orientieren kann. Mit dem Leitfadeninterview wurde die subjektive Sichtweise der Spielleiter:innen, zum durchgeführten Theaterangebot, erfasst. Im Interview konnten die interviewten Personen entsprechend ihrer Denkweise, Einstellung und Meinung antworten bzw. erzählen. Das Besondere des leitfadengestützten Interviews ist, dass der Gesprächsverlauf stärker von der interviewten Person gesteuert wird als von der Interviewenden, was tiefere Einblicke in ihre Sichtweisen ermöglicht (Bortz & Döring, 1995). Das qualitative Interview ist vom Prinzip der Offenheit getragen. Auf Seiten der Interviewer:in ist eine hohe Flexibilität gefordert. Die interviewende Person passt sich an die individuellen Bedürfnisse der Befragten an, geht auf unerwartete Aspekte ein und stellt dabei offene weiterführende Fragen, die die interviewte Person zum weiteren Erzählen anregen. Die interviewte Person hat dabei nicht die Rolle einer:eines distanzierten "Befrager:in", sondern ist engagierte:r, wohlwollende:r und emotional beteiligte:r Gesprächspartner:in, welche:r achtsam auf die Aussagen und Reaktionen des Gegenübers eingeht, und diese reflektiert. Damit wird die:der Forscher:in selbst zum "Erhebungsinstrument" (Bortz und Döring, 1995). Das Leitfrageninterview bietet das Potential einer großen Befragungstiefe. Um einen Informationsverlust zu verhindern, wurden die Interviews mit einem Audiogerät aufgenommen.

Die Leitfragen für die leidfadengestützten Interviews mit den Spielleiter:innen lauteten:

- 1. Wie haben Sie das Theaterspiel mit den Bewohnenden heute erlebt? Gehen Sie den Nachmittag/Vormittag gern gedanklich durch. Beschreiben Sie möglichst detailliert.
- 2. Wie haben Sie die Handlungskompetenz der einzelnen Teilnehmenden erlebt? (Handlungen eigenständig im Spiel umsetzen: Spielideen selbst umsetzen)
- 3. Welche Emotionen haben Sie bei den Bewohnenden während des Theaterangebots erlebt? Beschreiben Sie dies möglichst an konkreten Situationen.
- 4. Wie haben Sie die Spielfreude der Teilnehmenden erlebt?
- 5. Welche Herausforderungen gab es für Sie persönlich während des Angebots?
- 6. Was hat Sie im Verlauf des Theaterangebots heute besonders gefreut?
- 7. Was nehmen Sie aus dem heutigen Erleben für die Gestaltung des nächsten Workshops mit?
- 8. Wie erleben Sie für sich selbst und ihre berufliche Tätigkeit das Theaterangebot?

4.4.4 Narratives Gruppeninterview

Das narrative Interview ermöglicht, erfahrungsnahe, subjektive Aussagen über Erlebnisse und Erfahrungen der Befragten zu gewinnen. Ziel dieser Methode ist es zum Erzählen zu animieren. Das von uns durchgeführte narrative Gruppeninterview mit den Teilnehmenden gliederte sich in vier Phasen.

Zu Beginn wurden die Teilnehmenden erneut über den Zweck und das Ziel des Interviews und die Besonderheit der Interviewform aufgeklärt und noch einmal eine Einwilligung für das Interview eingeholt, so dass sich teilnehmende des Theaterangebots in der aktuellen Situation frei entscheiden konnten, ob sie am narrativen Gruppeninterview teilnehmen. vereinzelt entschieden sich Teilnehmende in der aktuellen Situation gegen eine Teilnahem am Gruppeninterview.

In der anschließenden Einleitungsphase setzte der/die Interviewende einen Erzählanstoß, um damit die Interviewgruppe anzuregen, selbst von ihrem Erleben des Theaterworkshops zu erzählen. Diese Erzählung bildete den Hauptteil des narrativen Gruppeninterviews. Während die Teilnehmenden erzählen, vermittelte der/die Interviewende möglichst nonverbal sein/ihr Interesse und Verständnis, um möglichst ausführliche Darstellungen anzuregen, ohne die Erzählenden zu unterbrechen. Dies ist besonders bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen von besonderer Bedeutung, da sie bei Unterbrechungen häufig nicht mehr an ihren Gedankenfluss anknüpfen können (Ganß et al., 2016). Im Anschluss an die Erzählung folgte die Phase des narrativen Nachfragens (Wie-Fragen). Der letzte

Abschnitt des narrativen Interviews bildete die Bilanzierungsphase. Sie dient dazu die Interviewten als "Experten" ihrer selbst (Hermanns, 1995) die Möglichkeit zu geben, weitere Gedanken über das Erzählte auszudrücken. Dies wurde von der interviewenden Person durch Impulsfragen oder Impulserzählungen unterstützen.

Beim narrativen Interview ist lediglich ein Rahmenthema vorgegeben, sowohl die Frageformulierung als auch die Abfolge der Fragen folgt der Erzähldynamik der Interviewgruppe. Im Interview sollte die interviewte Gruppe möglichst ohne Einflussnahme durch den/die Interviewer:in sprechen.

Das narrative Gruppeninterview fand jeweils unmittelbar im Anschluss an den Theaterworkshop statt. Um einen Informationsverlust zu verhindern, wurden die Interviews mit einem Audiogerät aufgenommen.

Die Leitfragen für das narrative Gruppeninterview lauteten:

- 1. Wie haben Sie das Theaterspielen heute erlebt? Schildern Sie bitte Ihre Eindrücke.
- 2. Wie haben Sie die Angebote/ Ideen von Frau/ Herr X (SPL) beim Theaterspielen wahrgenommen?

4.4.5 Datenauswertung

Die qualitativen Daten der Interviews, Gruppendiskussionen und der Beobachtungen wurden durch zwei Gruppen mit jeweils zwei Forschenden für die Auswertung aufbereitet und ausgewertet. Für die Transkriptionen wurde die KI gestützte Transkriptionssoftware Audiotranskription, F4 der Firma Dr. Dresing & Pehl GmbH genutzt. Die KI gestützte Transkription wurde geprüft und Fehler wurden korrigiert. Die Transkription erfolgte angelehnt an die Regeln der erweiterten inhaltlich-semantischen Transkription nach Dresing und Pehl (2018). Diese Form der Transkription ist umfangreicher als die inhaltlich-semantische Variante und ermöglicht u.a. Zögern, Wortfindungshemmungen und gleichzeitige Rede erfassen zu können (Dresing & Pehl, 2018), was uns hinsichtlich der Bewohnenden ein besseres Verständnis ihre Aussagen ermöglichte. Die Auswertung der Daten erfolgte unter Zuhilfenahme des Computer-Programms MaxQDA, in der Version 2022 und 2024, der Firma Verbi GmbH. Ein umfangreicher Code-Baum in Bezug auf die zu untersuchenden Determinanten wurde überwiegend induktiv angelegt. Im Laufe des Prozesses der Auswertung wurde dieser weiterentwickelt und auf das Datenmaterial abgestimmt. Die Auswertung der Daten erfolgte durch vier voneinander getrennt arbeitende Forschende, die sich in zwei Gruppen aufteilten. Die eine Gruppe wertete die Beobachtungsprotokolle und die andere Gruppe die Transkripte der Befragungen aus. Die Codierungen wurden jeweils von zwei Forschenden unabhängig voneinander vorgenommen. Im Anschluss wurden die Codierungen verglichen, Unterschiede reflektierend diskutiert und vereinheitlicht, so dass mit einer einheitlichen Codierung die weitere Auswertung und Analyse durchgeführt wurde. Für eine Übersicht des angelegten Code-Baums siehe Abbildung 2.



Abbildung 2. Übersicht der gebildeten Kategorien zur qualitativen Analyse.

Die gewählte evaluative Inhaltsanalyse ist im Vergleich zur inhaltlich strukturierenden zunächst stärker hermeneutisch-interpretativ und versucht daher die Bewertung des gesamten Falls vorzunehmen (Kuckartz & Rädiker, 2022), was als ein ganzheitlicheres Herangehen verstanden werden kann. Es zählt demnach nicht die wortbasierte Klassifizierung und Bewertung der Daten, sondern die Basis des menschlichen Verstandes und der hermeneutisch-interpretative Verfahrensweise mit klarer Orientierung an den Theorien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 124). Insgesamt wurden im Auswertungsprozess 1527 Segmente codiert. Eine Aufteilung kann aus der Abbildung 3 entnommen werden in der zwischen den Befragungen in den beiden Einrichtungen, in den das Theaterangebot untersucht wurde und den Beobachtungsprotokollen unterschieden wird.



Abbildung 3. Übersicht der Anzahl an codierten Segmenten, aufgeteilt in die Einrichtungen (Transkripte) und die Protokolle (passive Beobachtungen).

Aufgrund der unterschiedlichen Charakteristika von Befragungs- und Beobachtungsdaten fiel die Verteilung der Codierungen bei den Befragungs- und Beobachtungsdaten unterschiedlich aus. Die Codierung der Beobachtungsprotokolle führte zu einer größeren Gewichtung auf die Kategorien Interaktion, Motivation und Emotionen. Bei den Befragungsdaten lag die Gewichtung auf den Kategorien Handlungsspielräume, Interaktion und Nutzen und Effekte. Eine Übersicht über die Verteilungen können aus den Abbildung 4 und 5 entnommen werden.

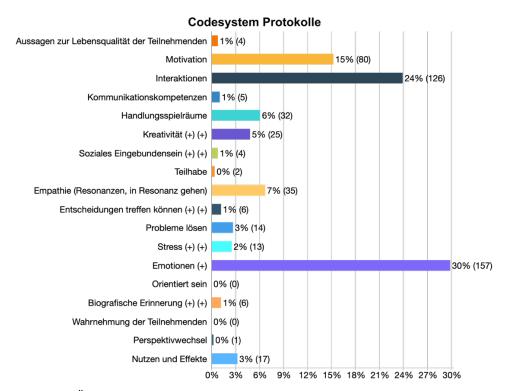


Abbildung 4. Übersicht der codierten Segmente aus der Gruppe für die Beobachtungsprotokolle.

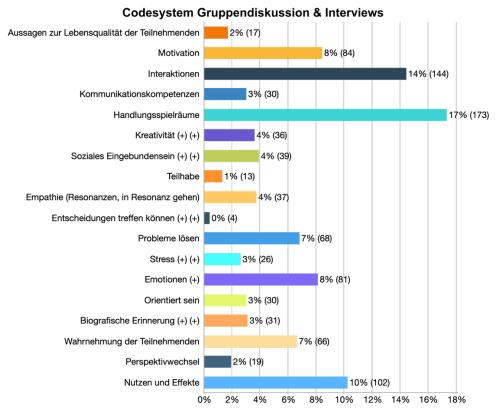


Abbildung 5. Übersicht der codierten Segmente aus der Gruppe der Gruppendiskussion und Interviews.

Bei einer Zusammenführung der Verteilungen beider Gruppen liegt die Hauptgewichtung auf den Kategorien Interaktion, Emotionen und Handlungsspielräume. Eine Übersicht über die konsolidierten Verteilungen beider Gruppen kann aus der Abbildung 6 entnommen werden.

Codesystem Gesamt

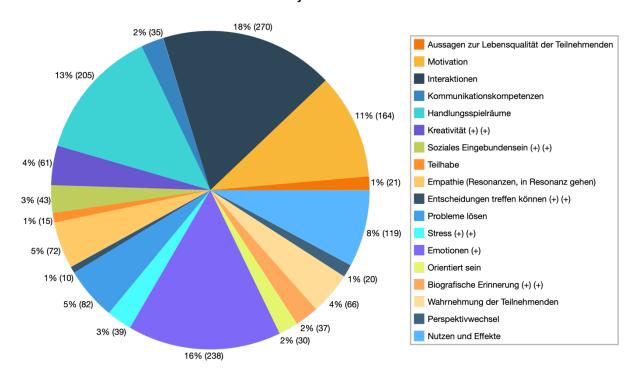


Abbildung 6. Übersicht der Gesamt-Verteilung der zusammengeführten Segmente beider Gruppen (Beobachtungsprotokolle, Gruppendiskussion und Interviews).

Im Anschluss an die Auswertung der Befragungs- und Beobachtungsdaten in den beiden Teams, wurden die Ergebnisse im Gesamtteam reflektiert, diskutiert und miteinander in Beziehung gesetzt. Dadurch konnten bestärkende und ergänzende Aspekte herausgearbeitet werden. Die zusammengeführten Ergebnisse der qualitativen Auswertung wurden im weiteren Vorgehen mit den quantitativen Ergebnissen trianguliert. Sie dienen somit als Grundlage für den finalen Ergebnisteil.

5 Ergebnisse

5.1 Quantitative Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der quantitativen Evaluation näher beschrieben und dargestellt.

5.1.1 Stichprobencharakteristika

Zuerst sollen Stichprobencharakteristika, erhoben zum 1. Messzeitpunkt, beschrieben werden. Die Darstellung erfolgt getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe sowie für Pflegekräften und Spielleitung. Aufgrund einer sehr geringen Datendichte, können nicht alle Angaben so detailliert beschrieben werden, wie es vorab geplant worden ist.

5.1.1.1 Interventionsgruppe

Insgesamt 21 Bewohner:innen aus zwei Häusern stellen die Interventionsgruppe dar. Von vier Personen fehlen soziodemographische Angaben. Das durchschnittliche Alter der Bewohner:innen beider Interventionsgruppen lag zum 1. Messzeitpunkt bei rund 70 Jahren. Mit knapp 65% nahmen überwiegend weibliche Teilnehmerinnen in den Interventionsgruppen teil. 94% der Befragten gaben an, in Deutschland geboren zu sein, während von einer Person die Angabe hierzu fehlte. Alle Teilnehmenden besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Knapp die Hälfte gab an ledig zu sein (47%), wobei sich knapp 24% zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft befanden. Zwei Befragte gaben an, an einer Demenz erkrankt zu sein, wobei lediglich von einer Person der Zeitraum seit Diagnosestellung angegeben wurde (10 Jahre). Im Durschnitt lebten die Bewohner:innen der Interventionsgruppe seit 6,5 Jahren im Pflegeheim.

5.1.1.2 Kontrollgruppe

Elf Bewohner:innen stellen die Kontrollgruppe dar. Das durchschnittliche Alter der Bewohner:innen der Kontrollgruppe beträgt 81 Jahre, im Schnitt somit 11 Jahre höher im Vergleich zur Interventionsgruppe. Es nahmen, wie auch in der Interventionsgruppe, überwiegend Bewohnerinnen an der Evaluation teil. Die Mehrheit (91%) wurde in Deutschland geboren, ein/e Bewohner:in in Österreich. Alle Teilnehmenden besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein überwiegender Teil der Kontrollgruppe gab an verwitwet zu sein (55%), während gleichzeitig knapp 91% zum Zeitpunkt der Befragung nicht in einer Partnerschaft lebten, deutlich mehr als in der Interventionsgruppe. Vier Bewohner:innen gaben eine Demenzerkrankung an, wobei der durchschnittliche Zeitraum seit Diagnosestellung 23 Monate betrug. Durchschnittlich lebten die Bewohner:innen der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt der Befragung seit fast zwei Jahren in der Pflegeeinrichtung, deutlich kürzer als die Interventionsgruppe.

Weitere Stichprobencharakteristika zur Interventions- und Kontrollgruppe können Tabelle 3 entnommen werden. Aufgrund der kleinen Gruppengröße und fehlender Angaben, wurde auf einen Vergleich der Stichprobenprobencharakteristika zwischen den beiden Häusern mit je einer Interventionsgruppe verzichtet.

Tabelle 3. Vergleich zentraler Stichprobencharakteristika zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

,	IG KG		
	(N = 17)	(N = 11)	
Alter (M ± SD; min. – max.)	70,14 ± 17,10; 34-96*1	81,27 ± 7,13; 65-89	
Geschlecht (% weiblich (n))	64,70% (n=11) 81,80% (n=9)		
Familienstand (% zutreffend, (n))			
ledig	47,10% (n=8) *1 18,20% (n=2)		
verheiratet/eingetragene Partnerschaft	11,80% (n=2) *1	0% (n=0)	
getrennt lebend	11,80% (n=2) *1	9,10% (n=1)	
geschieden	0% (n=0) *1	18,20% (n=2)	
verwitwet	23,50% (n=4) *1	54,50% (n=6)	
in Partnerschaft lebend (% zutreffend, (n))	23,50% (n=4) *1	9,10% (n=1)	
eigene Kinder (% zutreffend, (n))	41,20% (n=7)	63,60% (n=7)	
regelmäßige Medikamenteneinnahme (% ja (n))	88,20% (n=15)	100% (N=11)	
Demenzdiagnose (%ja, (n))	11,80% (n=2) *1	36,40% (n=4)	
Monate seit Diagnose (<i>M ± SD; min.–max</i>)	120 *1	23,25 ± 22,59; 2-47	
Monate im Heim ($M \pm SD$; $min max.$)* $a*b$	77,33 ± 113,76; 3-410*1	21,64 ± 13,66; 1-38	

Hinweis: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; min. = Minimum, max. = Maximum, N = Anzahl Teilnehmende. Die Angaben wurden auf die zweite Nachkommastelle gerundet.

5.1.1.3 Pflegekräfte

Insgesamt nahmen sieben Pflegekräfte aus beiden Pflegeheimen der Interventionsgruppen teil. Dabei variierten die selbst angegebenen Berufsbezeichnungen zwischen Pflegehelferin, Pflegeassistentin, Betreuungs(fach)kraft, Pflegefachkraft und Altenpflegerin. Das durchschnittliche Alter liegt bei 47 Jahren (23-64 Jahre). Die Mehrheit der teilnehmenden Pflegekräfte ist weiblich (71%) und in Deutschland geboren (86%). Damit einhergehend besitzen 86% die deutsche Staatsangehörigkeit. Mit rund 57% gab ein überwiegender Anteil der befragten Pflegekräfte an, geschieden zu sein, während ebenfalls rund 57% zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft lebten. 43% gaben an, Kinder zu haben. Die meisten Pflegekräfte gaben als ihren höchsten Bildungsabschluss die Fachhochschulreife an (43%). Rund 86% arbeiteten in Vollzeit in der Einrichtung. Der Zeitraum seit Tätigkeitsbeginn in der Einrichtung variierte stark zwischen 4 Monaten und 26 Jahren. Da von einer Pflegekraft weder ein Teilnehmer:innen-Code noch ein Ausfülldatum vorlag, wurde diese Daten aus weiteren Analysen ausgeschlossen.

5.1.1.4 Spielleitung

Lediglich zwei Spielleitungen aus beiden Einrichtungen der Interventionsgruppe, nahmen an der Evaluation teil. Das durchschnittliche Alter beträgt 56 Jahre. Sowohl eine weibliche als auch eine männliche Spielleitung beantworteten Fragebögen. Da beide Spielleitungen gleichzeitig auch als Pflegekräfte an der Evaluation teilnahmen, wird auf eine detaillierte Beschreibung der soziodemographischen Daten verzichtet sowie aufgrund der geringen Datendichte keine weiteren Auswertungen vorgenommen.

^{*1} Die Angaben von mindestens einer Person fehlen oder konnten nicht ausgewertet werden.

^{*}a Aufgrund einer großen Anzahl fehlender/ungenauer Daten, basieren viele Angaben auf Schätzungen. Bei fehlend Angaben zum Einzugs-<u>Tag</u> wurde der 15. Monatstag (Monatsmitte), bei fehlenden Angaben zum Einzugs-<u>Monat</u> wurde der Monat Juni (Jahresmitte) herangezogen.

^{*}b Ohne zwei Ausreißer: 38,38 ± 41,47; 3-156

5.1.2 Lebensqualität der Bewohner:innen im Selbst- und Fremdbericht

Im Folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zur Lebensqualität im Selbst- und Fremdbericht, getrennt nach Instrument, dargestellt. Dabei werden insbesondere der 1. und 6. Messzeitpunkt betrachtet, wobei der 2. Messzeitpunkt der Kontrollgruppe dem 6. Messzeitpunkt der Interventionsgruppe zeitlich entspricht.

5.1.2.1 Lebenszufriedenheit (L-1)

Der L-1-Mittelwert der Kontrollgruppe betrug zum 1. Messzeitpunkt $M = 7,09 \pm 1,76$ (4-10), N = 11. Zum zweiten Messzeitpunkt (T6) sank der L-1 Mittelwert leicht ab, auf $M = 6,27 \pm 2,15$ (3-9), N = 11. Für die Kontrollgruppe lagen zum 1. Messzeitpunkt keine Daten darüber vor, ob der L-1 Fragebogen mit Unterstützung ausgefüllt wurde. Für den 2. Messzeitpunkt (T6) gaben zehn Befragte an, den L-1 mit Unterstützung ausgefüllt zu haben, die Daten einer weiteren Person fehlen.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied der L-1 Mittelwerte zwischen dem 1. Messzeitpunkt (Mdn = 7,00) und dem zweiten Messzeitpunkt (Mdn = 7,00) in der Kontrollgruppe; exakter Wilcoxon-Test: z = -1.63, p = .117, N = 11).

Für beide Interventionsgruppen betrug der L-1 Mittelwert zum 1. Messzeitpunkt $M = 5,75 \pm 1,48$ (3-8), n = 8. Zum sechsten Messzeitpunkt stieg der L-1 Mittelwert auf $M = 6,63 \pm 2,36$ (2-10), n = 19, an. Zu beachten sind die stark differierenden Gruppengrößen von acht vs. 19 Teilnehmenden.

Hinsichtlich der Analyse von signifikanten Unterschieden wurden lediglich die Fälle betrachtet, von denen zum 1. und 6. Messzeitpunkten Daten vorliegen sowie ebenfalls das Ausfülldatum angegeben wurde, um eine korrekte Zuordnung der Daten zur jeweiligen Person gewährleisten zu können. Dadurch ergab sich eine Gruppengröße von lediglich sechs Personen, von denen sowohl zum 1. als auch 6. Messzeitpunkt Daten zum L-1 vorlagen. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied der L-1 Mittelwerte zwischen dem 1. (Mdn = 5,00) und 6. Messzeitpunkt (Mdn = 6,00) in beiden Interventionsgruppen; exakter Wilcoxon-Test = z = .000, p = 1.00, n = 6). Zum 1. Messzeitpunkt gaben drei der sechs Personen an, den L-1 selbst ausgefüllt zu haben, während eine weitere Person Unterstützung über beide Messzeitpunkte hinweg angab. Zum 6. Messzeitpunkt gaben vier der sechs Personen an, den L-1 selbst ausgefüllt zu haben. Die Angaben weiterer Personen fehlen.

Aufgrund der kleinen Stichprobengröße der Interventionsgruppe mit sechs Personen, wurde auf die Analyse signifikanter Unterschiede des L-1 Wertes zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe und beiden Messzeitpunkten verzichtet. Deskriptiv deutet sich an, dass der Wert der Lebenszufriedenheit bei der Kontrollgruppe über beide Messzeitpunkte hinweg leicht abnimmt. Betrachtet man alle vorhandenen Daten der Interventionsgruppe mit acht bzw. 16 Personen, zeigt sich ein leichter Anstieg des Lebenszufriedenheit-Wertes über beide Messzeitpunkte hinweg. Dieser Effekt verschwindet, betrachtet man lediglich die Daten der Personen aus der Interventionsgruppe, von denen Daten zu beiden Messzeitpunkten vorliegen. Insgesamt scheint die Lebenszufriedenheit der Kontrollgruppe leicht höher zu sein, im Vergleich zur Interventionsgruppe.

Abbildung 7 visualisiert den Verlauf der Mittelwerte der Lebenszufriedenheitsskala (L-1) beider Gruppen zu Messzeitpunkt 1 und 6.

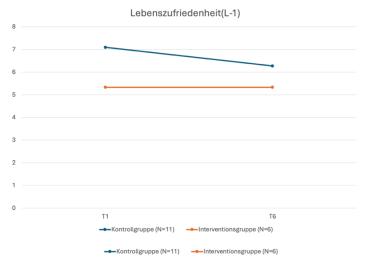


Abbildung 7. Verlauf der Lebenszufriedenheit (L-1) der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1 und 6. *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

5.1.2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-3L)

Der EQ-5D-3L VAS-Mittelwert (Gesundheit heute) der Kontrollgruppe betrug zum 1. Messzeitpunkt $M = 61,82 \pm 18,34$ (40-100), N = 11. Zum 2. Messzeitpunkt stieg er leicht auf $M = 69,55 \pm 15,24$ (50-100), N = 11. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied des EQ-5D-3L VAS-Wertes zwischen dem 1. Messzeitpunkt (Mdn = 50,00) und dem zweiten Messzeitpunkt (Mdn = 70,00) in der Kontrollgruppe; exakter Wilcoxon-Test: z = -2.060, p = .063, n = 11).

Für die Interventionsgruppe betrug der EQ-5D-3L VAS-Mittelwert zum 1. Messzeitpunkt $M=62,00\pm17,71$ (40-95), n=15. Zum 6. Messzeitpunkt stieg er an auf $M=71,47\pm15,29$ (35-100), n=17. Werden erneut leidlich die Fälle mit Datum und vorhandenen Daten für Messzeitpunkte 1 und 6 herangezogen, reduziert sich die Gruppengröße auf zehn Personen. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied der EQ-5D-3L VAS-Werte zwischen dem 1. (Mdn=52,50) und 6. Messzeitpunkt (Mdn=70,00) beider Interventionsgruppen; exakter Wilxocon-Test: z=-1.268, p=.227, n=10).

Abbildung 8 visualisiert den Verlauf des EQ-5D-3L VAS-Mittelwertes über beide Gruppen und Messzeitpunkt 1 und 6 hinweg.

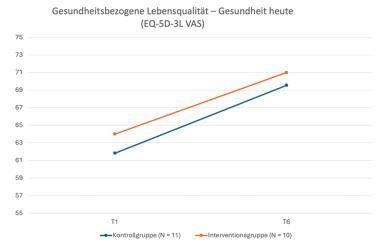


Abbildung 8. EQ-5D-3L VAS Mittelwerte der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1 und 6. *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

Die Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bewohner:innen wurde ebenfalls durch die Pflegekräfte fremdbewertet, wobei lediglich eine geringe Datendichte vorliegt. So lagen zum 1. Messzeitpunkt zwar

von sieben Bewohner:innen sowohl die Selbst- als auch Fremdeinschätzung der EQ-5D-3L VAS-Skala vor, allerdings war bei zwei Selbstauskünften kein Ausfülldatum angegeben, weswegen die Daten nicht eindeutig zugeteilt werden konnten und aus der Analyse entfernt wurden.

Die Pflegekräfte schätzten dabei den Gesundheitszustand der Bewohner:innen zum 1. Messzeitpunkt deutlich höher ein ($M = 78 \pm 6.96$; 68-85, n = 5), als die Bewohner:innen selbst ($M = 63 \pm 21,01$; 40-90, n = 5). Da zum 6. Messzeitpunkt keine Fremdauskünfte vorlagen, werden die Selbstauskünfte der Bewohner:innen zum 6. Messzeitpunkt sowie die Follow-Up (ca. 4 Wochen nach Abschluss der Theaterworkshops) deskriptiv verglichen, siehe Abbildung 9. Es liegen die Daten von sechs Bewohner:innen vor. Im Gegensatz zum 1. Messzeitpunkt schätzen die Bewohner:innen ihren Gesundheitszustand besser ein ($M = 72,50 \pm 10,37$; 55-85, n = 6) im Vergleich zu den Pflegekräften ($M = 68,83 \pm 13,59$; 49-85, n = 6). Bei der Interpretation der Daten sind die kleinen Gruppengrößen sowie der etwa vierwöchige Zeitunterschied der T6 bzw. Follow-Up Messung zu beachten.

Aufgrund der geringen Datendichte wurde auf weitere statistische Auswertungen verzichtet.

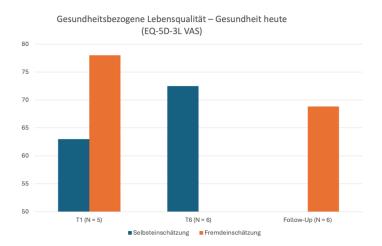


Abbildung 9. EQ-5D-3L VAS Mittelwerte in Selbst- und Fremdneinschätzung zu Messzeitpunkt 1, 6 sowie zur Follow-Up Messung.

Hinweis: T = Messzeitpunkt

5.1.2.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12)

In der Kontrollgruppe lagen von allen elf befragten Bewohner:innen zum ersten und letzten Messzeitpunkt die SF-12 Daten vor. Alle Befragten gaben zu beiden Messzeitpunkten an, den SF-12 mit Unterstützung beantwortet zu haben. Der Subskalenwert für körperliche Gesundheit betrug zum 1. Messzeitpunkt $M=35,07\pm9,10$ (16,57 – 50,14), N=11, während der Subskalenwert für mentale Gesundheit höher mit einem Mittelwert von $M=40,62\pm8,11$ (25,53-57,73), N=11 war.

Zum 6. Messzeitpunkt blieben die Werte in der Kontrollgruppe annährend gleich, mit einem Subskalenwert für körperliche Gesundheit von $M = 35,14 \pm 6,74$ (25,59-44,52), N = 11 und einem Subskalenwert für mentale Gesundheit von $M = 41,65 \pm 8,74$ (26,06 – 54,75), N = 11.

Gemäß Shapiro-Wilk Test sind beide SF-12 Subskalenwerte der Kontrollgruppe normalverteilt (p > .05). Sowohl die körperliche Gesundheit (t(10) = -.028; p = .979) als auch die mentale Gesundheit (t(10) = -.370; p = .719) unterschieden sich innerhalb der Kontrollgruppe zwischen den beiden Messzeitpunkten nicht signifikant.

Aus der Interventionsgruppe lagen zum 1. Messzeitpunkt die Daten von zehn Bewohner:innen vor. Vier der Befragten gaben an, den SF-12 selbst ausgefüllt zu haben, während zwei Personen angaben, Unterstützung erhalten zu haben. Weitere Daten fehlen. Der Skalenwert für körperliche Gesundheit betrug zum 1. Messzeitpunkt $M = 38,92 \pm 5,93$ (28,91 - 47,17), n = 10. Ein ähnlicher Mittelwert zeigte sich für die Subskala mentale Gesundheit zum 1. Messzeitpunkt mit $M = 38,25 \pm 10,51$ (22,96 - 59,97), n = 10. Für den 6. Messzeitpunkt konnten die deskriptiven Daten von 15 Bewohner:innen eingeschlossen werden. Vier Bewohner:innen gaben an, den SF-12 Fragebogen selbst ausgefüllt zu haben, drei Personen gaben Unterstützung an; weitere Angaben hierzu fehlen. Während der Skalenwert der körperlichen Gesundheit zum 6. Messzeitpunkt mit $M = 36,47 \pm 7,99$ (19,87 - 48,24)n = 15 fiel, stieg der Skalenwert für mentale Gesundheit leicht an auf $M = 39,27 \pm 9,04$ (26,75 - 59,15), n = 15.

Von sieben Personen der Interventionsgruppe lagen die SF-12 Daten zum 1. und 6. Messzeitpunkt vor. Gemäß Shapiro-Wilk Test sind ebenfalls beide SF-12 Subskalenwerte der Interventionsgruppe normalverteilt (p > .05). Wie bereits bei der Kontrollgruppe, zeigte sich kein signifikanter Unterschied der mentalen Gesundheit der Interventionsgruppe zwischen den beiden Messzeitpunkten, t(6) = -1.875, p = 110. Allerdings zeigte sich eine signifikante Verschlechterung der körperlichen Gesundheit der Interventionsgruppe zwischen Messzeitpunkt 1 und 6, t(6) = 3.174, p < .05; d = .579. Nach Cohen (1988) handelt es sich hierbei um einen mittleren Effekt.

Die Interventionsgruppe wies zu beiden Messzeitpunkten eine bessere körperliche Gesundheit, im Vergleich zur Kontrollgruppe auf, obwohl die körperliche Gesundheit in der Interventionsgruppe zum 6. Messzeitpunkt abnahm, wie in Abbildung 10 dargestellt.

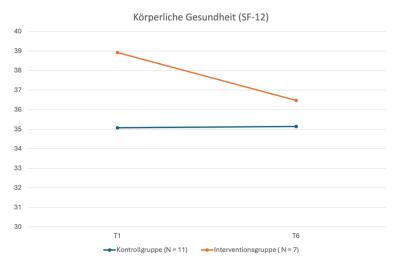


Abbildung 10. Körperliche Gesundheit (SF-12) der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1 und 6. *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

Im Gegensatz dazu wies die Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten höhere Werte für die Subskala mentale Gesundheit auf, im Vergleich zur Interventionsgruppe. In beiden Gruppen stieg die mentale Gesundheit zum 6. Messzeitpunkt minimal an, wie in Abbildung 11 dargestellt. Zu betonen sind die schwankenden Stichprobengrößen der Interventionsgruppe sowie die variierende Kontinuität der Teilnahme. So liegen lediglich von sieben Personen SF-12 Werte zum 1. als auch zum 6. Messzeitpunkt vor, weswegen auf weitere statistische Analysen verzichtet wurde.

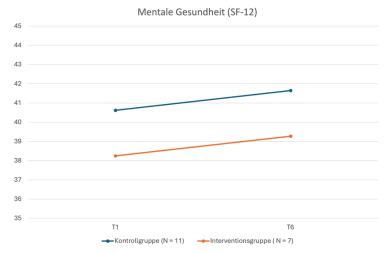


Abbildung 11. Mentale Gesundheit (SF-12) der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1 und 6. *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

5.1.2.4 Fremdeinschätzung der Lebensqualität (QUALIDEM)

Die Fremdeinschätzung der Lebensqualität (QUALIDEM) der Bewohner:innen durch die Pflegekräfte lag zum 1. und Follow-Up Messzeitpunkt (ca. vier Wochen nach letztem Theaterkurs) über sieben bzw. neun Bewohner:innen vor, wobei die unterschiedliche Gruppengrößen der Subskalen, wie in Tabelle 4 angegeben, durch fehlende/nicht zutreffende Werte zustande kamen. Tabelle 4 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen und Gruppengrößen für jeden Subskala zu beiden Messzeitpunkten zu entnehmen. Aufgrund der variierenden Gruppengröße werden die Ergebnisse lediglich deskriptiv betrachtet. Sechs (Pflegebeziehung, Positiver Affekt, Positives Selbstbild, Soziale Beziehungen, soziale Isolation, sich zu Hause fühlen) der neun Subskalen nahmen leicht ab zur Follow-Up Messung, wobei es sich um minimale deskriptive Veränderungen handelt. Die Subskala negativer Affekt behielt über beide Messzeitpunkte hinweg den identischen Mittelwert, während die Subskalen Unruhiges, angespanntes Verhalten und etwas zu tu haben leicht zunahmen. Insgesamt befinden sich die Subskalenmittelwerte im mittleren/oberen Bereich der Werterange. Je höher der Wert, desto höher die Lebensqualität. Es handelte sich um die gleichen zwei Pflegekräfte über die beiden betrachteten Messzeitpunkte hinweg, die die Lebensqualität der Bewohner:innen einschätzten.

Tabelle 4. Fremdeingeschätze Lebensqualität (QUALIDEM) der Bewohner:innen zum 1. Messzeitpunkt und Follow-Up.

	MZP 1	Follow-Up
	MW ± SD (N)	MW ± SD (N)
Subskala; Werterange		
Pflegebeziehung; 0-42	35 ± 3,46 (6)	34 ± 3,16 (8)
Positiver Affekt; 0-36	29 ± 4,62 (7)	26,89 ± 4,14 (9)
Negativer Affekt; 0-18	13,33 ± 3,20 (6)	13,33 ± 2,65 (9)
Unruhiges, angespanntes Verhalten; 0-18	13,29 ± 2,92 (7)	14,50 ± 3,42 (8)
Positives Selbstbild; 0-18	15,75 ± 3,30 (4)	15,50 ± 2,51 (6)
Soziale Beziehungen; 0-36	28,71 ± 4,42 (7)	28,13 ± 4,02 (8)
Soziale Isolation; 0-18	16,40 ± 1,34 (5)	15,50 ± 2,65 (4)
Sich zu Hause fühlen; 0-24	23,00 ± 1,41 (2)	22,50 ± 1,22 (6)
Etwas zu tun haben; 0-12	6,14 ± 2,97 (7)	7,75 ± 2,43 (8)

Hinweis: MZP = Messzeitpunkt; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Gruppengröße

5.1.3 Wohlbefinden der Bewohner:innen im Selbstbericht

Im Folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zum Wohlbefinden der Bewohner:innen im Selbstbericht, getrennt nach Instrument, dargestellt. Dabei werden insbesondere der 1. und 6. Messzeitpunkt betrachtet, wobei der 2. Messzeitpunkt der Kontrollgruppe dem 6. Messzeitpunkt der Interventionsgruppe zeitlich entspricht.

5.1.3.1 Einsamkeitserleben (Einsamkeitsskala)

Zu beiden Messzeitpunkten gaben alle elf Befragten der Kontrollgruppe an, den Einsamkeitsbogen mit Unterstützung ausgefüllt zu haben. Der Mittelwert aus allen drei Items betrug bei der Kontrollgruppe zum 1. Messzeitpunkt $M = 1,55 \pm 1,14$ (0-3), N = 11. Zum 2. Messzeitpunkt (T6) sank der Mittelwert der Kontrollgruppe leicht ab auf $M = 1,30 \pm 0,72$ (0,33-2,67), N = 11.

Die Einsamkeitswerte der Kontrollgruppe sind zu beiden Messzeitpunkten normalverteilt, gemäß Shapiro-Wilk Test (p > .05). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied der Einsamkeitsmittelwerte zwischen dem 1. und dem zweiten Messzeitpunkt in der Kontrollgruppe, t(10) = 1.122, p = .288.

Für die Interventionsgruppe betrug der Mittelwert des Einsamkeitsfragebogens zum 1. Messzeitpunkt $M = 1,80 \pm 0,70$ (0-3), n = 17. Zum 6. Messzeitpunkt sank der Wert leicht ab auf $M = 1,63 \pm 1,00$ (0-4), n = 19. Von n = 13 Personen sind Daten zur Einsamkeit zum 1. und 6. Messzeitpunkt vorhanden bzw. konnten zu einer Person zugeordnet werden.

Die Einsamkeitswerte der Interventionsgruppe sind zu beiden Messzeitpunkten, gemäß Shapiro-Wilk Test normalverteilt (p > .05). Es zeigte sich, wie bereits in der Kontrollgruppe, kein signifikanter Unterschied der Einsamkeitswerte zwischen dem 1. und 6. Messzeitpunkt innerhalb der 13 Teilnehmenden der Interventionsgruppe, t(12) = 1.217 p = .247.

Zur Überprüfung statistischer Unterschiede im Einsamkeitserleben zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe über beide Messzeitpunkte hinweg, wurde eine mixed ANOVA herangezogen. Bei Prüfung der Test-Voraussetzungen zeigte sich, dass gemäß des Levene-Tests, die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen für den Einsamkeitswert zum ersten Messzeitpunkt, nicht erfüllt ist (p < .05). Aufgrund dieser Verletzung darf die mixed ANOVA nicht interpretiert werden, sondern lediglich post-hoc Vergleiche betrachtet werden, da diese unabhängig von den Annahmen einer ANOVA sind (Hsu, 1996). Ein Bonferroni-korrigierter post-hoc Test zeigten keine signifikanten (p > .05) Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.

Abbildung 12 visualisiert den Einsamkeitsmittelwert über beide Gruppen und Messzeitpunkte hinweg.

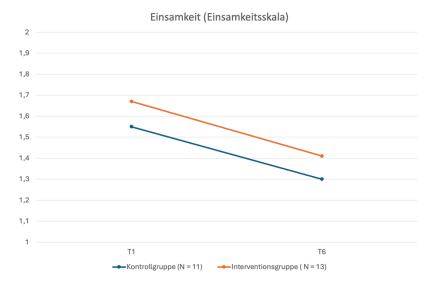


Abbildung 12. Einsamkeit (Einsamkeitsskala) der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1 und 6 *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

5.1.3.2 Aktuelles Befinden (Smiley-Skala)

Der Smiley-Fragebogen wurde lediglich von der Interventionsgruppe beantwortet, weswegen ein Gruppenvergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe ausbleibt. Aufgrund der stark variierenden Stichprobengröße zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten und kaum/keinen vorhandenen Daten zu Messzeitpunkt 1, werden alle vorhandenen Daten lediglich deskriptiv/explorativ ausgewertet. Auf eine Analyse signifikanter Unterschiede zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten wird verzichtet. Es ist zu betonen, dass die Darstellung eines zeitlichen Trends kaum interpretierbar ist, da lediglich eine geringe Kontinuität an teilnehmenden Personen zu allen Messzeitpunkten gegeben ist.

Die Bewohnenden wurden zuerst befragt, wie sie sich im Moment fühlen. Abbildung 13 visualisiert die Mittelwerte über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg. Der höchste Mittelwert (M =3,00) wurde zu Messzeitpunkt 1 und 4 erzielt. Der niedrigste Mittelwert wurde zu Messzeitpunkt 3 mit M = 2,50 ± ,55 (2-4), n = 6 erreicht.

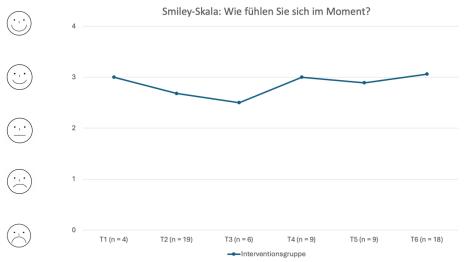


Abbildung 13. Mittelwerte der Smiley-Skala "Aktuelles Befinden" der Interventionsgruppe zu allen Messzeitpunkten. *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

Zudem wurden die Bewohnenden befragt, wie sie den heutigen Theaterkurs empfanden. Abbildung 14 visualisiert die Mittelwerte über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg. Die höchsten Mittelwerte konnten zu Messzeitpunkt 4 und 5 beobachtet werden (M = 3,33), während der niedrigste Mittelwert erneut zu Messzeitpunkt 3 erzielt wurde mit $M = 2,67 \pm 1,03$ (1-4), n = 6.

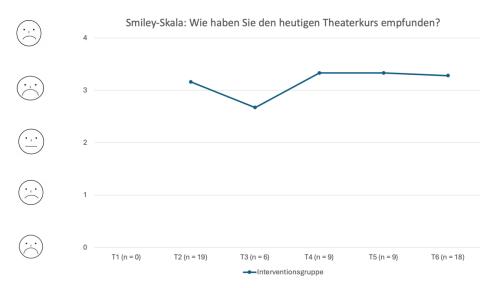


Abbildung 14. Mittelwerte der Smiley-Skala "Empfinden des Theaterkurses" der Interventionsgruppe zu allen Messzeitpunkten.

Hinweis: T = Messzeitpunkt

Zuletzt wurden die Bewohenden gebeten, anhand der Smiley-Skala anzugeben, wie gut sie eigene Spielideen beim heutigen Theaterkurs einbringen konnten. Abbildung 15 visualisiert die Mittelwerte über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg. Der höchste Mittelwert wurde zu Messzeitpunkt 5 erreicht mit $M = 3,11 \pm ,60$ (2-4), n = 9. Der niedrigste Mittelwert zeigte sich erneut nach Messzeitpunkt 3 mit $M = 2,00 \pm ,89$ (1-3), n = 6.

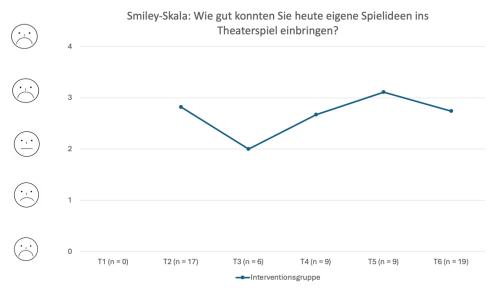


Abbildung 15. Mittelwerte der Smiley-Skala "Einbringen von Spielideen" der Interventionsgruppe zu allen Messzeitpunkten. *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

Zum 1. Messzeitpunkt gaben drei Bewohner:innen an, den Fragebogen selbst ausgefüllt zu haben. Weiter Angaben fehlen. Zum 2. Messzeitpunkt liegen keine Angaben darüber vor, ob der Smiley-Bogen mit oder ohne Unterstützung ausgefüllt wurde. Zum 3. Messzeitpunkt gab lediglich eine Person an, den Smiley-Fragebogen selbst ausgefüllt zu haben, weitere Angaben fehlen. Zum 4. Messzeitpunkt gaben sechs Bewohner:innen an, die Smiley-Skala selbst ausgefüllt zu haben, während eine Person Unterstützung angab. Weitere Angaben fehlen. Zum 5. Messzeitpunkt liegen keine Daten darüber vor, ob der Smiley-Fragebogen mit Unterstützung beantwortet wurde oder nicht.

Zum 6. Messzeitpunkt gaben vier Bewohner:innen an, den Fragebogen selbst ausgefüllt zu haben, während drei Bewohner:innen Unterstützung bei der Beantwortung des Smiley-Fragebogens angaben.

Die stark schwankenden Gruppengrößen zwischen null und 19 teilnehmenden Bewohner:innen, lassen eine Interpretation der Daten schwer zu. Deskriptiv betrachtet erzielten Messzeitpunkt 4 und 5 die höchsten Mittelwerte und somit die größte Zustimmung/Zufriedenheit über die Smiley-Skala Items hinweg. Bei allen Fragen (nach dem aktuellen Befinden, dem Empfinden des Theaterkurses sowie des Einbringens von Spielideen) sind die niedrigsten Mittelwerte und somit die geringste Zufriedenheit/Zustimmung zu Messzeitpunkt 3 zu beobachten, wobei die niedrige Personenanzahl von sechs Bewohner:innen zu berücksichtigen ist. Insgesamt schwankten die Mittelwerte zwischen dem neutralen und leicht lächelnden Smiley.

5.1.3.3 Depressivität (GDS)

Alle teilnehmenden Bewohner:innen der Kontrollgruppe gaben an, den GDS-Fragebogen zum 1. und 2. Messzeitpunkt mit Unterstützung beantwortet zu haben. Eine Person wurde aus den deskriptiven Berichten des 1. Messzeitpunktes ausgeschlossen, da zum 1. Messzeitpunkt von vier der 15 Items, Antworten fehlten. Somit ergab sich die Gruppengröße von zehn Teilnehmenden zum 1. Messzeitpunkt. Der Mittelwert zum 1. Messzeitpunkt betrug $M=3.9\pm2.77$ (1-8), n=10 in der Kontrollgruppe. Sieben Bewohner:innen hatten einen unauffälligen Summenwert von unter fünf, während drei der Befragten Werte zwischen sieben und acht erreichten und damit, gemäß GDS-Auswertungsrichtlinien, bei diesen Teilnehmenden eine leichte bis mäßige Depressivität zum 1. Messzeitpunkt vorlag.

Zum 2. Messzeitpunkt lagen Daten von allen elf Bewohner:innen vor. Der Mittelwert zum 2. Messzeitpunkt (T6) stieg auf $M = 4.91 \pm 3.78$ (0-11), N = 11. an. Während sieben Bewohner:innen weiterhin einen unauffälligen Summenscore bis fünf aufwiesen, erzielten drei Bewohner:innen Werte zwischen sieben und 10, was für eine leichte bis mäßige Depressivität spricht. Eine Person erreichte einen Wert von elf, was gemäß GDS für eine schwere Depression sprechen kann.

GDS-Summenwerte für beide Messzeitpunkte, lagen von zehn Personen vor, die nachfolgend betrachtet werden. Gemäß Shapiro-Wilk Test weisen beide GDS-Summenwerte zum 1. und 6. Messzeitpunkt in der Kontrollgruppe Normalverteilung auf (p > .05). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied der GDS-Summenwerten zwischen dem 1. Messzeitpunkt und dem zweiten Messzeitpunkt in der Kontrollgruppe, t(9) = -1.103, p = .299

Für die Interventionsgruppe konnte zum 1. Messzeitpunkt lediglich der GDS-Summenwert von neun Personen gebildet werden, da von 12 weiteren Personen mind. eine Angabe bis hin zu allen Angaben fehlten. Fünf der teilnehmenden Bewohner:innen gaben an, den GDS selbst ausgefüllt zu haben, während eine weitere Person Unterstützung angab, weitere Angaben fehlen. Der GDS-Mittelwert der

Interventionsgruppe betrug zum 1. Messzeitpunkt $M = 5,22 \pm 1,40$ (3-7), n = 9. Vier Personen wiesen einen unauffälligen GDS-Summenwert von 5 oder kleiner auf, während fünf Bewohner:innen der Interventionsgruppe mit Summenwerten zwischen sechs und sieben Hinweise auf eine leichte bis mäßige Depressivität zum 1. Messzeitpunkt gaben.

Zum 6. Messzeitpunkt lagen vollständige GDS-Daten von elf Bewohner:innen der Interventionsgruppe vor. Drei Bewohner:innen gaben an, den Fragebogen selbst ausgefüllt zu haben, während eine weitere Person Unterstützung angab, weitere Daten fehlen. Der GDS-Summenwert fiel leicht ab auf $M = 5,09 \pm 2,81$ (1-10), n = 11. Sieben Bewohner:innen wiesen unauffällige GDS-Summenwerte mit fünf oder kleiner auf, während bei vier Bewohner:innen Hinweise auf eine leichte bis mäßige Depressivität (Summenwerte zwischen sechs und zehn) vorlagen.

Da innerhalb der Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1 und 6 lediglich die Daten von 4 Personen vorlagen, wurde auf eine weitere statistische Auswertung verzichtet. Deskriptiv zeigen die Mittelwertvergleiche, dass die Kontrollgruppe eine leicht niedrigere Depressivität aufwies, im Vergleich zur Interventionsgruppe. Während in der Kontrollgruppe der GDS-Summenwert zum 2. Messzeitpunkt minimal anstieg, fiel er innerhalb der Interventionsgruppe leicht ab. Bei der Interpretation zu beachten ist allerdings die variierende Kontiunität der Teilnahme, durch die bedingt teils unterschiedliche Personen zu Messzeitpunkt 1 und 6 deskriptiv verglichen wurden.

Abbildung 16 visualisiert den Depressivitätsscore (GDS) der Kontroll- und Interventionsgruppen über beide Messzeitpunkte hinweg.

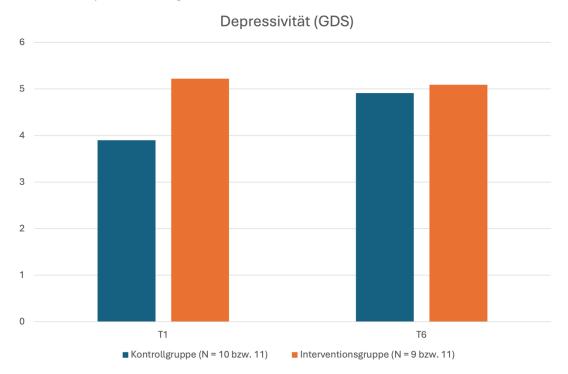


Abbildung 16. Depressivitätswerte (GDS) der Interventions- und Kontrollgruppe zu Messzeitpunkt 1 und 6 *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

5.1.3.4 Ängstlichkeit (HADS-D)

Auf die Auswertung der Depressions-Subskala des HADS-D wurde verzichtet, da das Konstrukt Depressivität besser über den GDS-Fragebogen (siehe Kapitel 5.1.3.3) abgebildet wird. Im Folgenden wird sich deshalb auf die Subskala Ängstlichkeit des HADS-D bezogen.

Erneut gaben alle teilnehmenden elf Bewohner:innen der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten an, den HADS-D Fragebogen mit Unterstützung beantwortet zu haben.

Zum 1. Messzeitpunkt betrug der HADS-D Summenscore für die Angst-Skala M = 5,91 ± 3,67 (2-15), N = 11 . Während knapp 73% einen Wert Summenwert \leq 7 und damit unauffällige Werte erreichten, befand sich zwei Personen im sogenannten grenzwertigen Bereich, während bei einer weiteren Person die Werte auf eine sehr schwere Angstsymptomatik hindeuteten.

Zum zweiten Messzeitpunkt nahm der Summenwert für die HADS-D Angstskala leicht ab, mit $M = 5,27 \pm 3,20$ (0-9), N = 11 . Sieben Personen wiesen nun unauffällige Werte auf, während vier der Befragten Werte im sogenannten grenzwertigen Bereich erreichten.

Die HADS-D Summenwerte der Kontrollgruppe wiesen zu beiden Messzeitpunkten eine Normalverteilung auf, gemäß Shapiro-Wilk Test (p > .05). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied der HADS-D Angstskalenwerte zwischen dem 1. Messzeitpunkt und dem 2. Messzeitpunkt in der Kontrollgruppe, t(10) = .844, p = .418.

Für beide Messzeitpunkte gaben fünf Bewohner:innen der Interventionsgruppe an, den Fragebogen selbst ausgefüllt zu haben, während zwei Bewohner:innen Unterstützung hatten. Weitere Angaben fehlen. Für die Interventionsgruppe lagen zum 1. Messzeitpunkt die HADS-D Daten von vier Personen nicht vor. Zudem mussten eine Person ausgeschlossen werden, da mehr als eine Antwort innerhalb der Angstskala fehlte. Eine weitere Person wurde ebenfalls zum 1. Messzeitpunkt ausgeschlossen, da für die HADS-D Angstskala eine Antwort fehlte und zwei Antworten unklar waren. So ergab sich zum 1. Messzeitpunkt eine Gruppengröße von 15 Teilnehmenden. Der HADS-D Summenscore für die Angstskala betrug zum 1. Messzeitpunkt für die Interventionsgruppe $M = 7,13 \pm 3,44$ (0-12), n = 15 und war somit höher, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Knapp 47% der Befragten innerhalb der Interventionsgruppe wiesen einen Summenwert ≤ 7 und damit unauffällige Werte auf. Zwei Personen lieferten mit Skalenwerten zwischen 11-12 Hinweise auf eine schwere Angstsymptomatik.

Zum 6. Messzeitpunkt lagen für zwei Bewohner:innen der Interventionsgruppe keine Daten für den HADS-D Fragebogen vor. Von einer Person fehlte lediglich eine Angabe (Item 13), die gemäß Manual anhand des Mittelwertes (M = 1,8) der übrigen sechs Antworten gerundet geschätzt wurde. So ergab sich für den 6. Messzeitpunkt eine Gruppengröße von 19 Teilnehmenden.

Zum 6. Messzeitpunkt betrug der HADS-D Angstskala Summenscore $M = 7,53 \pm 4,01$ (0-14). Knapp 53% befanden sich mit Werten ≤ 7 im unauffälligem Symptombereich. Vier Personen lieferten mit Skalenwerten zwischen 12-14 Hinweise auf eine schwere Symptomatik.

Von insgesamt 12 Bewohner:innen der Interventionsgruppe liegen Daten sowohl zum 1. als auch zum 6. Messzeitpunkt vor bzw. sind alle Datumsangaben korrekt. Die Daten sind normalverteilt, gemäß Shapiro-Wilk Test (p > .05). Wie bereits bei der Kontrollgruppe, zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied der HADS-D Angstskalenwerte zwischen dem 1. Messzeitpunkt und dem sechsten Messzeitpunkt in der Interventionsgruppe, t(11) = .274, p = .789.

Zur Überprüfung statistischer Unterschiede in der Ängstlichkeit zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe über beide Messzeitpunkte hinweg, wird eine mixed ANOVA herangezogen. Dabei zeigte sich keine statistisch signifikante Interaktion zwischen der Zeit und den beiden Untersuchungsgruppen, F(1, 21) = .104, p = .750, partielles $n^2 = .04$. Zudem trat kein signifikanter Haupteffekt der Zeit auf, F(1, 21) = .548, p = .467, partielles $n^2 = .03$. Ebenso trat kein signifikanter Haupteffekt der beiden Gruppen auf, F(1, 21) = .59, p = .450, partielles $n^2 = .03$

Abbildung 17 visualisiert die Ängstlichkeit (HADS-D) der Kontroll- und Interventionsgruppen über Messzeitpunkt 1 und 6 hinweg.

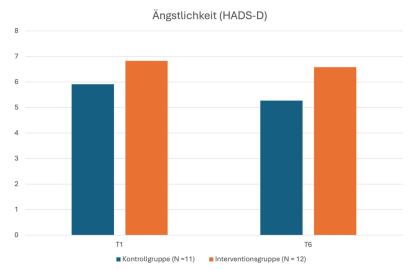


Abbildung 17. HADS-D Ängstlichkeit Summenwerte der Kontroll- und Interventionsgruppe zu Messzeitpunkt 1 und 6. *Hinweis: T = Messzeitpunkt*

5.1.4 Explorative Untersuchung der Arbeitsbelastung sowie Arbeitsbeanspruchung des Pflegepersonals und der Spielleitung

Da lediglich Fragebögen von zwei Spielleitungen beantwortet wurden, wobei der TICS und WDQ-Fragebogen lediglich von einer Spielleitung vorliegt und beide gleichzeitig bereits Bögen als Pflegekraft beantwortet hatten, wurde auf die Datenauswertung der Spielleitung in Gänze verzichtet.

Es wurden die Daten einer Pflegekraft aus dem Datensatz entfernt, da weder ein Teilnehmenden-Code noch ein Ausfülldatum zum 1. Messzeitpunkt vorhanden war. So ergibt sich zum Messzeitpunkt 0 (vor dem 1. Theaterworkshop) eine Gruppengröße von sechs Pflegekräften. Da lediglich von zwei Pflegekräften zum 3. Messzeitpunkt/Follow-Up (4 Wochen nach dem 15. Theaterworkshop) Angaben zum TICS und WDQ-Fragebogen vorlagen, wurde auf eine Auswertung zum 3. Messzeitpunkt verzichtet. Es liegen keine weiteren Daten zu anderen Messzeitpunkten vor, daher ist eine Darstellung des zeitlichen Verlaufs des chronischen Stresses oder der Arbeitsplatzbeschreibung über die Messzeitpunkte hinweg nicht möglich.

5.1.4.1 Chronischer Stress (TICS)

Der Mittelwert der sechs Pflegekräfte für die TICS-SSCS-Skala betrug zum 1. Messzeitpunkt $M=11,17\pm3,97$ mit einer Range zwischen vier bis 15 Punkten. Es hätten Werte zwischen null und 48 erzielt werden können, somit scheint der chronische Stress der sechs Pflegekräfte im niedrigeren Bereich zu liegen.

5.1.4.2 Arbeitsplatzbeschreibung (WDQ)

Mittelwerte, Standardabweichungen sowie minimal und maximal angegebene Werte pro WDQ-Subskala sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5. Deskriptive Statistiken der WDQ-Subskalen der Pflegekräfte zu Messzeitpunkt 1.

Table 1. Deski pare statistica del 1. De saustica del 1. negetica de 1. negetica						
	N	MW	SD	Min. – Max.		
Autonomie:	6	3,5	.96	2,67-5,00		
Planung						
Autonomie:	6	3,67	.92	2,33 – 5,00		
Entscheidung						
Autonomie:	6	4,06	.57	3,33 – 5,00		
Methoden						
Wichtigkeit	5	3,70	.21	3,50 – 4,00		
Soziale Unterstützung	5	4,13	.51	3,67 – 4,67		
Rückmeldung durch andere	6	3,28	.39	2,67 – 3,67		

Hinweis: N = Gruppengröße; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min. = Minimum; Max. = Maximum

5.1.5 Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich aufgrund einer Vielzahl fehlender quantitativer Daten, als auch einer variierenden Teilnahme-Kontinuität über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg, die Daten lediglich sehr eingeschränkt interpretieren lassen.

Die Lebensqualität der Bewohner:innen wurde zum 1. und 6. Messzeitpunkt im Selbstbericht mithilfe mehrerer Fragebögen erfasst. Mithilfe der L-1 Skala zeigte sich deskriptiv, dass die Kontrollgruppe eine höhere Lebenszufriedenheit aufwies, im Vergleich zur Interventionsgruppe. Während die Lebenszufriedenheit über beide Messzeitpunkte hinweg bei der Kontrollgruppe leicht abnahm, stieg die Lebenszufriedenheit der Interventionsgruppe leicht an bzw. war gleichbleibend, je nach betrachteter Gruppengröße (alle vorhandenen Daten vs. Daten zu beiden Messzeitpunkten vorliegend). Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Mit Werten zwischen fünf bis sieben, zeigte sich eine erhöhte bzw. mittlere Lebenszufriedenheit (Vgl. Kapitel 5.1.2.1). Mittels der EQ-5D-VAS Skala wurde die körperliche Gesundheit ermittelt, die in beiden Gruppen über die Messzeitpunkte hinweg, deskriptiv betrachtet, anstieg, wobei die Interventionsgruppe höhere Werte aufwies. Auch hier zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Mit möglichen Werten zwischen 0-11, scheinen beide Gruppen mit Mittelwerten zwischen 60 und 70, eine tendenziell gute Gesundheit aufweisen (Vgl. Kapitel 5.1.2.2).

Die körperliche und mentale Gesundheit wurde zusätzlich mit dem SF-12 Fragebogen erhoben. Während die körperliche Gesundheit der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten niedriger, war im Vergleich zur Interventionsgruppe, blieb die körperliche Gesundheit der Kontrollgruppe annährend gleich über beide Erhebungszeitpunkte hinweg. Im Gegensatz dazu sank die körperliche Gesundheit der Interventionsgruppe signifikant zum 6. Messzeitpunkt.

Die Kontrollgruppe wies hingegen eine bessere mentale Gesundheit auf, im Vergleich zur Interventionsgruppe. Auch wenn sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigten, stieg die mentale Gesundheit, deskriptiv betrachtet, bei beiden Gruppen minimal an (Vgl. Kapitel 5.1.2.3).

Ebenso wurden unterschiedliche Facetten des Wohlbefindens der Bewohner:innen mittels verschiedener Instrumente im Selbstbericht erfasst. So wies die Kontrollgruppe ein leicht geringeres Einsamkeitserleben im Vergleich zur Interventionsgruppe auf, obgleich bei beiden Gruppen, deskriptiv betrachtet, über Messzeitpunkt 1 und 6 das Einsamkeitserleben leicht abnahm. Signifikante Unterschiede konnten nicht gefunden werden (Vgl. Kapitel 5.1.3.1).

Die Bewohner:innen der Interventionsgruppe wurden zu allen Messzeitpunkten mithilfe einer Smiley-Skala nach ihrem Befinden, ihrem Empfinden des Theaterkurses und der Möglichkeit des Einbringens von eigenen Spielideen in den Theaterkurs, befragt. Bei der Interpretation der Daten zu beachten, sind die stark schwankenden Gruppengrößen zwischen null und 19 Teilnehmenden. Während die Mittelwerte aller drei Fragen zwischen einem neutralen und leicht lächelnden Smiley schwankten, wurden alle drei Fragen zu Messzeitpunkt 3 am niedrigsten eingeschätzt (Vgl. Kapitel 5.1.3.2).

Die Depressivität der Bewohner:innen wurde mittels des GDS-Fragebogens erhoben. Zu beiden Messzeitpunkten wies die Kontrollgruppe eine niedrigere Depressivität im Vergleich zur Interventionsgruppe auf, wobei die Depressivität in der Kontrollgruppe leicht zunahm. Im Gegensatz dazu, nahm die Depressivität der Interventionsgruppe zum 6. Messzeitpunkt minimal ab. Beide Gruppensummenwerte zeigten zu beiden Messzeitpunkten Depressivitätswerte im unauffälligen Bereich an (Vgl. Kapitel 5.1.3.3).

Zuletzt wurde ebenso die Ängstlichkeit der Bewohner:innen mittels des HADS-D Fragebogen eingeschätzt. Erneut zeigte sich, dass die Kontrollgruppe eine geringere Ängstlichkeit über beide

Messzeitpunkte hinweg aufwies, im Vergleich zur Interventionsgruppe. Die Ängstlichkeit der Kontrollgruppe zeigte sich deskriptiv betrachtet eher gleichbleibend/minimal abnehmend über beide Messzeitpunkte hinweg. Auch die Ängstlichkeitswerte der Interventionsgruppe nahmen über beide Messzeitpunkte minimal ab, betrachtet man lediglich die Teilnehmenden, von denen sowohl zum 1. als auch zum 6. Messzeitpunkt Daten vorlagen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Vgl. Kapitel 5.1.3.4).

Zu Fremdeinschätzungen der Lebensqualität der Bewohner:innen kamen aufgrund einer geringen Datendichte über die Messzeitpunkte hinweg leider wenig aussagekräftige Ergebnisse zustande. Lediglich die Einschätzung des Gesundheitszustandes (EQ-5D-3L-VAS) der Bewohner:innen wurde via Selbst- und Fremdeinschätzung ausgewertet und zeigte zum 1. Messzeitpunkt deutliche Unterschiede in der Bewertung (Vgl. Kapitel 5.1.2.2).

Zusätzlich wurde die fremdeingeschätzte Lebensqualität der Bewohner:innen mithilfe des QUALIDEM-Fragebogens ausgewertet. Die Mittelwerte sprechen für eine mittlere bis gute Lebensqualität. Es zeigten sich minimale deskriptive Mittelwerts-Schwankungen über die Subskalen hinweg, wobei sechs der neun Subskalen minimal abnahmen (Vgl. Kapitel 5.1.2.4).

Im Allgemeinen schien die Kontrollgruppe zur Baseline-Betrachtung zum 1. Messzeitpunkt, insbesondere im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, weniger belastet zu sein als die Interventionsgruppe. So wies die Kontrollgruppe im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit, mentale Gesundheit, aber auch das Einsamkeitserleben, Depressivität und Ängstlichkeit bessere Werte auf, im Vergleich zur Interventionsgruppe. Dabei ist zu betonen, dass die Kontrollgruppe eine eher stabile Kontinuität in der Teilnahme aufzeigte, während insbesondere in der Interventionsgruppe die Gruppengrößen stark variierten, sowohl über die Messzeitpunkte als auch über die unterschiedlichen Fragebögen hinweg.

Zum zeitlichen Verlauf des chronischen Stresses als auch zur wahrgenommenen Autonomie, Wichtigkeit, soziale Unterstützung und Rückmeldung der Arbeitstätigkeit der Pflegekräfte, können aufgrund fehlender Daten leider keine Aussagen getroffen werden. Deskriptiv betrachtet schien der chronische Stress sich zum 1. Messzeitpunkt eher im niedrigeren Bereich zu bewegen (Vgl. Kapitel 5.1.4.1), während sich die Arbeitsplatzbeschreibung deskriptiv im eher mittleren bis positiven Bereich befand (Vgl. Kapitel 5.1.4.2).

5.2 Qualitative Ergebnisse

In dem anschließenden Kapitel werden die Ergebnisse des qualitativen Teils der Evaluation, zu den jeweiligen induktiv gebildeteren Kategorien, beschrieben. Die qualitativen Ergebnisse ermöglichen eine differenziertere Betrachtung der Auswirkungen der Theaterarbeit auf die Bewohnenden und können aufzeigen, welche Aspekte und Methoden die Auswirkungen ermöglichen oder bestärken.

5.2.1 Aussagen zur Lebensqualität

Die Teilnehmer:innen äußern oftmals in den Interviews eine Einsamkeit und einen sozialen Rückzug innerhalb ihres Alltags in einer Pflegeeinrichtung. Das Theaterangebot eröffnet dahingegen einen Raum, indem die Teilnehmer:innen sich einer Gruppe zugehörig fühlen. Somit wird das soziale Miteinander gestärkt, wodurch die Interaktionen beim Theaterspielen Freude und Spaß bereiten und sich folglich das Wohlbefinden der Teilnehmer:innen verbessert.

Ein:e Teilnehmer:in

Ja, ja, ja. Hat Spaß gemacht. Ich war ein letztes Mal. Ich habe gesagt, es war so befreiend irgendwie. Man sitzt ja so oft alleine und schweigt vor sich hin. Und dann ist man froh, wenn man mal ein Wort loswerden kann. (E2GDB130923, 104-104)

Die aktive Gruppeninteraktion, die von der Spielleitung gestaltet wird, stellt einen Freiraum dar, der sich von den Alltagsstrukturen in der Pflegeinrichtung unterscheidet, welcher nach Aussagen der Teilnehmer:innen von vielen Regeln und Zwängen geprägt ist.

I1: Mich würde interessieren: Was unterscheidet die Theatergruppe vom Alltag? Weil sie sagten, das ist was anderes als der Alltag //

B4: // Etwas Besonderes.

B3: Beim Alltag steckt der Zwang dahinter und unser oftmals sehr harter Zwang, den man dann vielleicht nicht mehr unbedingt dagegenhalten kann. Das ist für mich der Unterschied. Während ich hier dann noch freier agieren kann und sagen okay, das schiefläuft, dann läuft es halt schief. Das gestehe ich mir dann ganz einfach ein. (E1GDB041023, 90- 91)

Die Teilnehmer:innen nehmen sich selbst durch die Unterbringung in einem Pflegeheim, als eingeschränkt und unselbstständig wahr, was die eigene Lebensqualität mindert. Die Spielleiter:innen berichten von unterschiedlich ausgeprägten Einschränkungen des Orientiert-Seins, mit welcher viele der Teilnehmer:innen ihre Selbstsicherheit verlieren und auf externe Hilfestellungen angewiesen sind, um sich in den Alltagsstrukturen des Pflegeheims zurecht zu finden. Die Spielleitung unterstreicht den Aspekt des gemeinsamen Spaßes gegen den sozialen Rückzug einiger Bewohner:innen.

Ein:e Spielleiter:in

Ich fand das am Anfang schon bei diesem Wurf. Da fing dann auch (NAME ZTN10) (POSITIV) und so an, richtig zu lachen. Und das kam irgendwie so. Von Herzen. Das war / Und auch bei dem Ball, da haben sie auch viel gelacht (.) // Da hatte ich echt // Ja // Es macht Spaß. (E1SPL090823, 31-31)

5.2.2 Motivation

5.2.2.1 Motivation der Teilnehmer:innen

Die Teilnehmer:innen sind motiviert an dem Theaterangebot teilzunehmen, da dieses von der Spielleitung als ein wertfreier Raum ohne Druck gestaltet wird, welcher mehr Freiheiten bietet und somit eine Abwechslung zu dem Alltagserleben in der Pflegeeinrichtung darstellt.

Teilnehmer:innen

B5: // Nö, weil das ja alles erstmal ein Spiel ist, ne?

B4: Richtig.

B5: Wir üben ja. (LACHT)

B4: Ist nicht der Befehl: "Jetzt musst du los." (E2130923, 59-62)

Dabei ist für die extrinsische Motivation der Teilnehmer:innen die spielleitende Person zentral, da Sympathie zu dieser und Anerkennung der Kompetenz wichtige Motivationsfaktoren für eine regelmäßige Teilnahme an dem Theaterangebot sind. Ergänzend ist eine der intrinsischen Motivationen der Teilnehmer:innen, sich selbst als kompetent und fähig im Theaterangebot zu erleben und dafür von anderen Personen Anerkennung zu bekommen, beispielsweise durch andere Teilnehmer:innen, der Spielleitung, anderen Bewohner:innen oder dem Publikum bei der Aufführung.

Ein:e Teilnehmer:in

Ja, ja, die grundsätzliche Lockerheit. Und, dass viele mitgemacht haben. Das, was mir das Eis so ein bisschen gebrochen ist und das ich ja mit der Häufigkeit steigt, ja auch die, die die Zuversicht bei vielen. Ist mir so aufgefallen, dass sie dann auch gut waren. Ich war früher auch eigentlich nicht ganz so, wie ich jetzt bin, also so, so offen und so, aber ich freue mich immer, wenn ich andere ein bisschen begeistern kann damit, ne. Also ja, komm, mach mal, das brauchst nicht zu fürchten, das ist schon gut. Und der Alltag hier ist alles andere als schön. Muss man das mal so sagen? (E1GDB041023, 20-20)

Einige der Teilnehmer:innen reizt das Theaterangebot, da sie etwas Neues kennenlernen, andere wiederum können durch das Theaterspielen an biografische Bezüge aus der Vergangenheit und Erinnerungen an Theater, Bühnenerfahrungen und Erfolgen anknüpfen. Für die Motivation stellen bereits gemachte Erfahrungen in diesem Bereich keine Voraussetzung dar, um an dem Theaterangebot interessiert zu sein. Die Vorerfahrung ist vielmehr ein Faktor, der begünstigt, in der Anfangssituation des Theaterprojektes mit weniger Ängsten und Unsicherheiten in die ersten Proben und Spielsituation zu gehen, als Teilnehmende ohne Theatervorerfahrung. Die meisten Teilnehmer:innen sind besonders motiviert regelmäßig und zuverlässig an dem Theaterangebot teilzunehmen, weil es ihnen ein Gefühl gibt, sich in eine Gruppe einbringen zu können und von dieser gebraucht zu werden.

Teilnehmer:innen

ZTN: Da ist jedes Mal was anderes. Das macht ja auch nix. // Nö //

B3: Das ist ja eigentlich so der Sinn der Sache. Hauptsache man ist zusammen und///es kommt was dabei raus. (LACHEN) // (E2GDB181023, 129-130)

Dabei generiert sich bei den Teilnehmer:innen eine Vorfreude, da sie ein Teil von dieser besonderen Gruppe sind, welche sich durch das Erschaffen positiver Erfahrungen durch das Theaterspielen, Freude

und Spaß in der Interaktion mit anderen Teilnehmer:innen und der Spielleitung verstärkt. Dieser Enthusiasmus überträgt sich auch auf den Alltag, indem die Bewohner:innen außerhalb der Probe Betonungen üben, Ideen für Spielsituationen überlegen, das Bühnenbild gestalten möchten und Kostüme für die eigene Rolle vorbereiten.

Eine Beobachtung

TN7 fragt und erzählt SPL 2 nach der Gestaltung des Bühnenbildes. SPL2 spricht darüber, was Bestandteil des Bühnenbildes sei. Das es ein Winterbild werden sollte, mit Schneeflocken etc. Nach ihrem Erzählen endet der verbale Kontakt zwischen SPL2 und TN7. Nach einem Moment der Stille sagt TN7 dass es mit Deckweiß gehen müsse. SPL2 fragt nach und TN7 verdeutlicht verbal und mit seinen Händen gestisch unterstützend, das mit dem Deckweiß die Schneeflocken gemalt werden könnten. Es entwickelt sich ein kleines Gespräch zwischen SPL2 und TN7 zur Gestaltung des Bühnenbildes. (E1M041023, 11-11)

Eine Teilnehmende hat außerhalb der Proben Ihre Rolle für die Abschlussaufführung weiterentwickelt. Ohne Rücksprache hat sie die veränderte Rolle ins Spiel eingebracht.

Teilnehmer:innen

I1: (ZU DEN ANDEREN TEILNEHMERINNEN) Das kannten Sie noch nicht?

B5: Nein. Alle nicht. (LACHT)

B3: Nein. Das habe ich extra. Ich habe gedacht: Nein, nicht alles verraten. (LACHT) Und dann, dass ich aus (Name Ort) komme und dass ich zum Dreiecksteich gehe mit den Schafen. Das / ich meine, die (Name Personen Ort) // kennen das ja, alles. (E2GDB181223, 198-200)

In der Außenwahrnehmungen werden die Aspekte der Selbstaussagen bestätigt, jedoch berichtet die Spielleitung auch von Bewohner:innen, die unmotiviert beim Theaterangebot teilnehmen, was aus Unerfahrenheit, abflachender Konzentration, Irritationen, Ablenkungen, Überforderung, Stimmungen und einer Lustlosigkeit resultieren kann. Somit sind besonders die Impulse und Aufforderungen der Spielleitung bei einigen Teilnehmer:innen essenziell, um ihnen ein Spielerleben und eine Spielfreude zu eröffnen. Dies steht in Abhängigkeit mit der Motivation der Spielleitung. Ist diese motiviert, wirkt sich dies unmittelbar auf die Aktivität und das Spielerleben der Teilnehmer:innen aus. Dieser Effekt wirkt sich wechselseitig aus, haben also die Teilnehmer:innen Spaß und Freude beim Spiel, hat dies wiederum einen Einfluss auf die Motivation der Spielleitung. Die Beobachtung unterstreicht die größtenteils hohe Motivation der Teilnehmer:innen, indem ein starker Konzentrationsfokus auf das Theaterspielen gelegt wird und sie durchweg aktiv verbal und nonverbal miteinander interagieren. Die Teilnehmenden sind durch ihre hohe Motivation fokussiert. Die Motivation und Spielfreude der Teilnehmenden wird in beiden Einrichtungen auch auf körperlicher Ausdrucksebene und durch verschiedene zugewandte Körperhaltungen wahrgenommen. Die Teilnehmer:innen machen im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit. So werden auch eigene Ideen und Impulse in die Spielhandlungen eingebracht und sich mit gespielten Rollen wiederholt identifiziert. Die Motivation, sich am Spielen zu beteiligen, bleibt auch nach kurzem Verlassen des Raumes hoch und die Teilnehmer:innen können an die vorherige Motivation erneut anknüpfen. In der Beobachtung zeigt sich, dass die Übungen, die mit musikalischen Elementen und Gesangeinlagen verbunden sind, eine hohe Teilnahmebereitschaft erzeugen. Dabei wird die Freude sichtbar durch Klatschen, Singen und Lachen und die Motivation in der Aktivität der Gruppe spürbar. Zudem ergreifen die Teilnehmer:innen in einigen Spielsituation von sich aus die Initiative im Theaterspiel, bieten selbst an zu beginnen und machen den anderen ihre eigenen Übungen vor. Die intrinsische Motivation der Teilnehmer:innen äußerst sich durch diese eigenen Impulse, kreativen Ideen, frei ausgedachten Dialoge und Bewegungen während des Theaterspiels.

Eine Beobachtung

Die TN6 beginnt proaktiv mit der neuen Übung für die anderen eine Emotion vorzumachen. Sie zieht die Karte verliebt. Als sie beginnt, verändert sie ihren blickt und sagt, ich bin so verliebt. Sie denkt sich einen freien Dialog mit einer anderen Person aus und wechselt ihre Bewegungen (E2K130923, 16-16)

5.2.2.2 Motivation der Spielleiter:innen

Die Motivation der Spielleitung ist signifikant für das Spielerleben der Teilnehmer:innen, denn durch den Anspruch, den die Spielleitung an sich selbst und das Theaterangebot stellt, ergibt sich die Gestaltung des Spielraumes. Dabei stellt einen wichtigen Motivationsfaktor für die Spielleitung das Einbinden der eigenen biografischen Bezüge sowie bereits erworbene Fähigkeiten und Kompetenzen in den Berufsalltag in den Pflegeeinrichtungen einzubringen, dar. Oder auch Theaterspielkompetenzen und Theaterspielanleitungskompetenzen neu erlernen zu können. Die Ausprägung an Erfahrung in der Anleitung eines Theaterangebots oder auch dem generellen Kontakt mit dem Theater unterschieden sich stark unter den einzelnen Spielleiter:innen. Die Möglichkeit des Zusammentreffens der Bewohner:innen, sich in einem wertfreien Raum zu begegnen, dabei eigene Anforderungen der Spielleiter:innen an die Akteur:innen zurückzustellen, um diesen in ihren Fähigkeiten und Kompetenzen eine Bühne zu bieten, ist wesentlich für die Gestaltung des Handlungsspielraumes und somit die bereichernde Erfahrung der Teilnehmer:innen. Dabei bietet, besonders für die unerfahreneren Spielleiter:innen, die vorangestellte Einführung in die Prinzipien des Theaters und die bereitgestellte Toolbox ein elementares Handwerkzeug, das als eine eigene Kompetenzförderung und Interkationen mit den Bewohner:innen wahrgenommen wird. So aktiviert das Angebot auf der Ebene des Theaterspielens bei den Spielleiter:innen neue Energien für den eigenen Arbeitsalltag und erweitert das Handlungsrepertoire.

Ein:e Spielleiter:in:

Ich wollte zu dem noch sagen, dass es schön. Ich komme ja nun genau aus der anderen Richtung. Ich mache jetzt viel mehr, als ich jemals gemacht habe. Und was ich halt. Ich wollte schon immer mal so was [Theaterspielen mit Bewohnenden] machen. Insofern ist das für mich immer viel befriedigender (LACHT) als für dich. Weil für mich ist immer so // nicht, nein // alles so ein Schrittchen weiter. Wie für dich ist ja jetzt so und du kannst halt mehr. Und ich denke immer auch guck mal, das kannst du jetzt auch noch machen. // Nee // Das meine ich jetzt. (E2SPL130923, 142-142)

Darüber hinaus fördert die Organisation des Theaterangebots die interkollegiale Zusammenarbeit und eröffnet der Spielleitung neue Erlebnisräume in der Interaktion mit den Bewohner:innen und dessen individuelle Bedürfnisse aus einer anderen Perspektive. Die Spielleiter:innen äußern teilweise überrascht, neue Kompetenzen der Teilnehmer:innen durch das Theaterspielen wahrnehmen zu können. Dabei bewältigen diese jegliche Aufgabenstellungen, was die Spielleiter:innen motiviert die Theaterübungen und Spielimpulse komplexer zu gestalten, um die Kompetenzen und Fähigkeiten der Teilnehmer:innen sukzessiv herauszufordern und Erfolgserlebnisse zu ermöglichen. Zentral in der

Herangehensweise bleibt der Spaß, denn dieser ist die Grundlage, um eine niedrigschwellige Interaktion zwischen den Teilnehmer:innen zu ermöglichen.

Spielleiter:innen

B1: Klar (unv.), es braucht halt Zeit mehr. Also noch etwas Zusätzliches. Aber es macht halt auch Spaß das vorzubereiten und vor allem, wenn die Bewohner daran Spaß haben. Dann (ZÖGERN) macht es auch irgendwie Spaß, so. Man freut sich dann auch. So auf die nächste Einheit.

B2: Ja, es ist halt. Wie du schon sagst (RÄUSPERN), die Zeit extra einplanen. Ich habe auch gerade erst neu angefangen hier in dem Pflegeberuf (ZÖGERN), sag ich mal. In dem Alltags Begleitung und (.) äh ja. Aber es macht Spaß. Das ist die Hauptsache. // Ja, ne // Spaß haben Bewohner mit aktivieren, dass die auch Spaß haben, nicht immer traurig sind. // Hmm // Das ist die Hauptsache. (E1SPL090823, 43-44)

Eine Aufführung als Ergebnis des Theaterangebots zu erleben und den Teilnehmer:innen eine Bühne zu geben, damit andere ihre Theaterkompetenzen sehen, motiviert die Spielleiter:innen. Jedoch verlangt es auch zusätzliche Kapazitäten, um dieses Erlebnis zu ermöglichen.

5.2.3 Interaktion

5.2.3.1 Interaktionen zwischen den Teilnehmenden

Zu Beginn des Theaterangebots gibt es Teilnehmer:innen, die aufgrund von Ängsten und Unsicherheiten über die unbekannten Situationen und Personen zögerlich in die Spielsituationen des Theaterangebots einsteigen. Jedoch entsteht durch die Kontinuität des Theaterangebots sehr schnell ein Gruppengefühl, wodurch sich auch stille, zurückgezogene Bewohner:innen aktiv in die Szenen einbringen.

Ein:e Bezugspfleger:in

(Name TN1) ist ist ist da eher so, also nicht, dass sie jetzt introvertiert wäre, aber sie hat halt viel Angst und dann sollten die beiden nun zusammenarbeiten, was (Name SPL1) ja vorhin auch meinte, was dann halt so ein bisschen auch zu Reibereien geführt hat, weil sie nun genau wusste, was geht und sie dann halt immer gefragt hat, wenn sie gemerkt haben, sie wollte mithalten. Aber das ist auch letztendlich, was ich auch immer sage, dann passiert wenigstens was. Also auch eine Reiberei ist ja etwas, das den Alltag dann halt spannend macht. So, also da da war dann halt immer immer mal wieder was. (E2BPP181223, 91-91)

Die gemeinsame Freude und auch Spaß sind hierfür unter anderem ein verbindendes und gegenseitig aktivierendes Element, denn dies lockert die Atmosphäre und es kann ein Freiraum entstehen. Einige der Teilnehmer:innen nutzen ihre Kompetenz des Humors, um einerseits eine gewünschte Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, aber auch andererseits Mitspieler:innen anzuregen in die Interaktion des Improvisierens zu kommen. Diesen Charakter fördert der Freiraum der Improvisation, in dem die Teilnehmer:innen sich keine Gedanken bezüglich einer vorgegebenen und korrekten Umsetzung machen müssen. Dabei unterstützen die Teilnehmer:innen sich gegenseitig in den Interaktionen und die Gruppen zeichnen sich durch ein empathisches und harmonisches Miteinander aus, dass die Teilnehmer:innen sehr wertschätzen.

Ein:e Teilnehmer:in

B3: Also mir hat es gut gefallen, dass die ganze Gruppe mitgemacht hat, von Anfang an bis zum Ende und sich immer wieder erneut eingebracht hat, um das ganze weiter am Laufen zu halten. Das hat sehr gut geklappt, meiner Meinung nach. (E1GDB041023, 23-23)

Hingegen verunsichern externe Elemente des Theaters, wie fremde Darsteller (z.B. Kinder) oder die Konfrontation mit einem Publikum einige Akteur:innen, wodurch teilweise nur eingeschränkte Interaktion untereinander stattfinden. Besonders im Vergleich mit der freien Improvisation in den Proben wird der Unterschied deutlich. Im improvisierten Theaterspiel der Proben kommen die Teilnehmenden in ihren Spielrollen in einen vielfältigen kreativen Austausch untereinander.

Vereinzelt werden Konflikte zwischen den Teilnehmenden von der Spielleitung wahrgenommen und es wird unterstützt diese untereinander zu lösen.

Spielleiter:innen

B1: Also was ich noch fand. Das ist jetzt aber nicht unbedingt nur pure Freude. Ähm, bei dem, wo so die Emotionen vorgemacht haben, waren die so wie eine Einheit. Also die haben alle so miteinander, dass gemacht. Und nicht so gegeneinander. Sich gegenseitig ausgelacht. Sondern eher so helfend und unterstützend.

B2: Ist ja sonst meistens auch anders. // Ja // Manchmal kommt zwischen Bewohnern bisschen Twist und hier hat es eigentlich gut geklappt. Das Jeder irgendwie jeden unterstützt (E1SPL090823, 36-37)

Eine zu innige Beziehung unter Teilnehmer:innen kann zu Ablenkung und Störungen während des Theaterspielens führen. So spielt die Auswahl der Teilnehmer:innen für die Gruppendynamik eine wichtige Rolle, damit eine Balance aus Impulsgebenden und - nehmenden Personen die Möglichkeit eröffnet, dass die Teilnehmer:innen mit minimalem Einfluss der Spielleitung miteinander in Interaktion kommen. In der Beobachtung wird der gegenseitige Respekt aller Parteien deutlich und auch über das Theaterspiel hinaus entstehen, durch Einige in der Gruppe, angeregte Gespräche.

5.2.3.2 Interaktion zwischen der Spielleitung und den Teilnehmenden

Die Sympathie für die Spielleiter:innen und die Anerkennung derer Kompetenz, das Theaterangebot zu gestalten und auf die Teilnehmer:innen einzugehen, ist ein Kernelement einer erfolgreichen Umsetzung. Die Begegnung zwischen der Spielleitung und den Teilnehmer:innen findet auf Augenhöge statt, z.B. durch die Etablierung eines *Theater Dus* und erschafft in den Prinzipien des Dritten Raumes einen vom Alltag losgelösten Freiraum.

Ein:e Teilnehmer:in

ZTN: Weil er [Spielleitung] ist ruhig. Er hat die Fäden in der Hand, hat mehr Erfahrung. Auch mit, mit Theaterspielen, mit mit allem. Er kann alles. Ich bin schon zehn Jahre hier im Hause. In verschiedenen Lebensphasen. Aber jetzt werde ich 90 und habe ihn schon in vielen Rollen erlebt. Er ist für alles geeignet, aber er ist ruhig und lässt arbeiten. Lässt machen und

horcht aber mit allen Sinnen und weiß, was stimmt und was nicht stimmt. Und das ist auch eine künstlerische Ader, // Ja (BESTÄTIGEND) // die muss, das muss man können. Und (NAME SPL2) ist spontan, die ist noch nicht so lange dabei. Und die ist aber ein fröhliches Naturell. // (LACHT) // Die macht das einfach und sagt Ich sage Mensch, (NAME SPL2), hast du schon öfter Theater gespielt? Ach, sagt sie. Man muss ja immer mit was anfangen. Und warum auch nicht? Und (NAME SPL1) hat gesagt, er braucht jemanden, der mitmacht. Und ich bin noch nicht so lange hier, aber zwei Jahre schon. Und ich will das versuchen. Und wir machen was ganz Neues (BETONUNG), was wir noch nie gemacht haben. (E2GDB181023)

Dabei ist die Frage zentral, wie sehr sich die Spielleitung in das Spielgeschehen einbringen kann, darf oder sollte? Die Spielleiter:innen berichten von ihren eigenen Erwartungshaltungen an die Teilnehmer:innen das Theaterspiel zu gestalten, wodurch sie eigene Impulse für das Vorantreiben des Theaterspiels unterdrücken müssen, da diese den Spielfluss zwischen den Teilnehmer:innen stoppen würden. So gibt es Vorschläge seitens der Spielleitung, oftmals aufgrund einer eigenen Spielvorstellung, um das Geschehen aktiver zu gestalten und die Teilnehmer:innen durch die Aufgabenstellungen in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten herauszufordern und zu fördern.

Ein:e Spielleiter:in

Ja genau mit dem Arm, mit dem Arm anbieten. Das war auch von mir ein Impuls. Also mir persönlich ging es so. Ich bin da wahrscheinlich auch ein bisschen anders jetzt als meine Kollegin. Weiß ich nicht, muss nicht so sein. Ich sage es einfach. Du darfst nachher sagen Nein (Name SPL1) es ist nicht so. // Darf ich? // Darfst du ähm. (LACHEN) Ich möchte immer mal gerne dazwischenfunken, ne und muss mich da manchmal zurücknehmen. Weil ich diesen Impuls oft habe und auch kenne. Also man will dann den eigentlich raus aus dem Kopf, man will nicht mehr denken, man will spielen. Aber die ganze Situation wie sie war, war natürlich auch Denk lastig. Das heißt, wir haben uns vorher auch vorbereitet. Wir hatten dann Ablaufstruktur, wir hatten Beobachter, wir hatten euch als Beobachter dabei. Das sind alles Faktoren, die natürlich das Ganze nochmal so ein bisschen eindämmen, in dem Sinne, ne. Das man nicht so aus sich rauskommt. Das habe ich gespürt, wo ich dachte, Nee, komm, es läuft schon (Name SPL1), bleib mal jetzt ruhig, guck einfach zu. Und (...) viele Impulse kamen aber und so soll es ja auch sein von den Bewohnern (BETONUNG). (E2SPL130923, 15-15)

Die Interaktion zwischen Spielleitung und Teilnehmer:innen kann somit für die Teilnehmenden einen übergriffigen Charakter haben, indem die Spielleiter:innen, die Teilnehmer:innen von ihren Ideen und Interaktionen abhalten und die Freiheit der eigenen Spielhandlung einschränken. Besonders wenn die Spielleiter:innen aktiv Rollen einnehmen, hemmt dies die Teilnehmer:innen.

Ein:e Spielleiter:in

Also so viel Interaktion beim Spiel fand ich jetzt gab es nicht. Ich konnte aber allerdings auch nicht so die Gesichter jetzt sehen von den Bewohnern. Ich war ja dann eher beschäftigt damit meinen Schildern da (LACHT) oder dass ich da nicht durcheinanderkomme. Genau. (E1SPL291123, 9-9)

Dabei ist es für die Spielleiter:innen unmöglich nur passiv in die Aufgaben einzuführen, ohne am Spielgeschehen beteiligt zu sein. Ein extrinsisches Motivieren der Spielleitung, die einzelnen Teilnehmer:innen in die Spielhandlung einzubinden und den Freiraum im Theaterspiel zu erfahren, ist insbesondere am Anfang wichtig, um Orientierung und Sicherheit zu signalisieren. Vielmehr können Interaktionen der Spielleiter:innen mit den Teilnehmer:innen während des Theaterspielens begleitend sein, indem sie die Teilnehmer:innen unterstützen, deren individuelle Bedürfnisse der Spielerlebnisse in den Fokus rücken. Dies ist auch ein wichtiger Teilhabefaktor, um keine Bewohner:innen, aufgrund ihrer Fähigkeiten z.B. eingeschränkter Kommunikations- oder Bewegungsfähigkeit, vom Theaterangebot auszuschließen. Die Förderung von individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen der Teilnehmer:innen durch die Spielleitung, ermöglicht eine nachhaltige Spielfreude. Dabei ist darauf zu achten, dass das Angebot die Teilnehmer:innen in ihrem Spiel nicht über- oder unterfordert.

Ein:e Spielleiter:in

Das ist auch das, was ich eigentlich noch gerne sagen würde. Was mir wirklich auffällt. Die Rollen sind auch nicht einfach so, du bist mal der Engel, du bist mal die Maria. Sondern ursprünglich hatte ich bei der, die den Engel gespielt hat, wirklich die Idee. Nicht, weil sie sinnbildlich von ihrem Habitus Flügel hat und Gold glänzt und was man so vielleicht innerlich an Visionen oder Vorstellungen hat. Sondern weil sie ganz nüchtern und schlicht war (BETONUNG), die kommt und sagt Leute, euch ist heute der Heiland geboren und da ist nix dran zu ändern. Und diese Klarheit und Einfachheit. Und das fand ich total spannend, das als Engel zu sehen. Und so kommt sie auch rüber, die Fahrt dahin. Vorhin habe ich sie gefragt und sind Sie aufgeregt? Nö. Ich weiß noch, was ich den Leuten zu sagen habe. So ungefähr. // (LACHT) // Und das fand ich ein tolles Bild. Also (LACHT), ne. (E2SPL181223, 50-50)

Eine umfassende Aufgabe der Spielleitung ist das Dirigieren der Gruppe, in Bezug auf die Eröffnung von Spielräumen, in denen besonders die Teilnehmenden miteinander interagieren sowie der Förderungen von individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten auf Ebene des besonderen Freiraums der Improvisationstheaterbühne. Die Teilnehmenden erfahren die Anleitung als essenziell, um die eigene Spielhandlung erfahren zu können.

Ein:e Teilnehmer:in

Es steht und fällt ja auch ein bisschen mit denen, die uns ein bisschen leiten, ne. (E1GDB041023, 119-119)

Ein:e Spielleiter:in

Innerhalb eines solchen Prozesses entstehen Konflikte zwischen den einzelnen Leuten. Und das sag ich mal, das ist auch passiert und das bewerte ich eigentlich als positiv. Es würde mich nicht wundern, wenn da nicht auch zwischen den zwischen den Teilnehmern dann auch mal was passieren würde. Und da hatten wir dann eben zwei Bewohnerinnen. Die eine, die naja, so sehr nach außen sehr sich sehr stark selbst darstellen kann und möchte und die andere, die eher so abhängig ist von dem, was der andere tut. Und das hat nicht wirklich harmoniert. Da musste ich öfter mal intervenieren und musste. (...) Den auch Möglichkeiten geben zu sagen, da sprecht ihr miteinander. Und das macht so ein bisschen im Wechselspiel, wie wenn man sich einen Ball zuwirft. Der sagt zwei Sätze, der andere hört sich die an, antwortet darauf. So ganz einfach, so hin und her. Und der anderen Bewohnerin musste ich sagen. Weil sie dachte dann, ja die

andere, die die reagiert falsch. Ich selber, ich will ja mit ihr sprechen. Ich habe gesagt, machen sie das, immer hin und her und dann haben sie die Möglichkeit, die wollte eben gerne oder sie stellt sich gerne selber da. Haben wir ihr auch so ein Zeitfenster für einen Monolog gegeben. Das heißt, da musste man auch schon klare Anweisungen geben, damit die mit der Situation um können, umgehen können und damit sie zu zweit auch spielen können. Also eine Struktur vorgeben. Da sprecht ihr miteinander. Da geht Person Nummer eins zum Kind rüber, dann haben sie oder hast du Zeit für deinen Monolog? Also diese Struktur, die musste man dann vorgeben, damit die dann überhaupt weiterspielen können. (E2SPL181223, 20-20)

Die spielanleitende Kommunikation ist grundlegendes Element des Theaterangebots, da sie entscheidend dafür ist, dass die Teilnehmenden das Theaterangebot als bereichernd erleben. Die Spielanleitenden heben ferner die Bedeutung der Toolbox hervor, sowie die Bedeutung des improvisierenden Spiels an freien Interaktionsraum, im Besonderen für das Theaterspiel mit Menschen mit Demenz.

Ein:e Spielleiter:in

Ja wieder oder nochmal mehr improvisieren lassen? Weil wir hatten jetzt schon echt viele Übungen, auch aus der Toolbox, wir haben ja diese Toolbox eben von der Stadt gekriegt. Woraus man echt immer wieder Elemente nehmen kann, aber in der nächsten Zeit dann auf jeden Fall wieder mehr mit Improvisation, weil dann wird es auch einfach wieder länger und die Bewohnerinnen können wieder da mehr eigenen Witz einbringen. Das ist schon wichtig, dass wir mehr kreativ sind. Ja, weil das ist ja schon auch eher so für, äh auf Demenz irgendwie ausgerichtet, dann auch mit dieser Box und so. Und wir haben ja auch andere Erkrankungen. Ja. Ja, das ist ja nochmal mehr gefordert. Und gefördert werden halt. Ja. (E1SPL041023, 183-183)

Sowohl die Teilnehmer:innen als auch die Spielleiter:innen empfanden die Übungen als anregend und als eine Hilfestellung, eigene kreative Impulse zu entwickeln. Nur sehr vereinzelt erzeugten Impulse Überforderungen, welche sich aber durch mehrmaliges Wiederholen auflösten. Die Atmosphäre beim Theaterangebot zeichnet sich besonders durch eine Lockerheit, Wertungsfreiheit und gemeinsamen Spaß aus, wodurch die Motivation und aktive Teilnahme der Bewohner:innen gewährleistet werden kann.

Ein:e Teilnehmer:in

Eigentlich so, als wir so reihum so uns geäußert haben zu der Situation oder Fragestellung. Da ist doch bei allem, was so spontan rübergekommen. Das hat mir sehr gut gefallen, dass das nichts Einstudiertes war, sondern ziemlich deutlich rüberkam. Das fand ich angenehm. So was mag ich gern, wenn das nicht so gekünstelt ist, sondern weil man einfach merkt: Jetzt kommt's. Eine Frage wurde gestellt und die wird jetzt so beantwortet, wie sie gerade so parat ist. Und das mag ich gern. Das hat mir gut gefallen. (E1GDB041023, 82-82)

Spielleiter:innen

B4: Ja. Ja, auf jeden Fall. Wenn sie sich da ein bisschen, also sich selber mehr einbringen können, dann fühlen sie sich glaub ich auch wohler. Aber ich glaube. Also diese Karten sind schon toll, so als Ansatz, in welche Richtung man will.

B3: Genau. Also zum Aufwärmen halt oder als Schlussübung.

B4: Ja, aber ich glaube, wenn man, ähm, wenn die dann anfangen. Also wenn die das dann eben auch alle schon kennen, dann finde ich, dass die Motivation dann da raus ist, ne (BESTÄTIGEND)// (E1SPL041023, 184-186)

Zentral ist hierfür das Erschaffen von Interaktionsräumen der spielanleitenden Kommunikation. Die partizipative Gestaltung, die Zurückhaltung der Erwartungen der Spielleiter:innen, das Herausarbeiten des Improvisationscharakters sowie die Fokussierung auf die Ressourcen der Teilnehmer:innen, sind entscheidend für den Verlauf des Theaterangebots. Die Spielleiter:innen zeigten oftmals über den gesamten Verlauf des Theaterangebots großes Vertrauen in die Fähigkeiten und Kompetenzen der Teilnehmer:innen und die Teilnehmer:innen vertrauten der Spielleitung in der Methodik und Anleitung.

Teilnehmer:innen

B6: Ich finde, da sind zwei leitende Personen. Die machen das toll.

B3: Ja die geben uns die Struktur und wir reagieren da drauf. // Ja. // Ja, und man hat keine Scheu irgendwie. // (E2GDB181023, 81-82)

Die Einbindung von individuell adaptierbaren Bewegungen, aktiviert viele Teilnehmer:innen und fördert die Interaktion untereinander. Außerdem fungieren Requisiten als wirkungsvolle Hilfestellungen für die Teilnehmer:innen, um sich in die Rolle einzufühlen oder sich in der Szene zu orientieren. Das von der Spielleitung zu einem bestimmten Zeitpunkt eingebrachte Element der Aufführung, kann positive Effekte mit sich bringen. Mit dieser Herausforderung wurden Kompetenzen der Teilnehmer:innen, die Ausgestaltung kreativer Ideen, das Engagement außerhalb der Probe, als auch das Gruppengefühl, verstärkt. Hingegen stellte die Aufführung für manche Teilnehmer:innen, durch den Druck, eine unangenehme Herausforderung dar, die freien Spielhandlungen in den Proben reduziert. Auch die zeitliche Komplexität in der Vorbereitung führt zu Stress bei den Spielleiter:innen. In den abschließenden Reflexionen wünschen sich die Spielleiter:innen mehr Kapazitäten, um das Theaterangebot nach ihren Vorstellungen nachhaltig planen und durchführen zu können.

5.2.4 Kommunikationskompetenz

In den Aussagen der Teilnehmer:innen zu ihrer Kommunikationskompetenz wird sehr deutlich, dass sie selbst eine Steigerung der Kommunikation innerhalb des Workshops erfahren. Die Teilnehmer:innen beschreiben, gerade in Bezug zu ihrem Alltag und in Anlehnung an den Handlungsspielraum, der durch das Theater hergestellt wird, eine freie und gesteigerte Kommunikationskompetenz bei sich und im Umgang mit den anderen Teilnehmer:innen bzw. Spielleiter:innen. Dies äußert sich vor allem durch das Aussprechen oder Signalisieren eigener Wünsche und Bedürfnisse. Auch Ansprüche, die durch das Angebot selbst entstehen, werden kompetent durch die Teilnehmer:innen angesprochen und dargestellt. Dies wird durch die Beobachtungen der Spielleiter:innen mehrfach bestätigt. Die kompetente Einflussnahme der Teilnehmer:innen, in Bezug auf die Gestaltung der Workshop-Inhalte,

hat die Spielleitung sogar teilweise erstaunt. Speziell bei einer Teilnehmerin, die nicht mehr spricht, wurden syntaktisch korrekte Sätze während des Theaterspielens wahrgenommen. Bei einem anderen Teilnehmer konnte beobachtet werden, dass er deutlich weicher und umgänglicher mit anderen kommuniziert. So haben besonders die Sprachkompetenzen der Teilnehmer:innen, gerade hinsichtlich ihrer Tiefe und dem Erinnerungsvermögen in Bezug auf die individuellen Einschränkungen der Teilnehmer:innen, beobachtbare Veränderung vollzogen. eine Hinzukommen natürliche Schwankungen. die in Abhängigkeit vom Alltag einen Einfluss auf die generelle Kommunikationskompetenz einiger Bewohner:innen haben. Grundsätzliche Probleme in der Kommunikation untereinander treten auf, wenn es Namensschwierigkeiten seitens der Spielleitung gibt, wie es bei einer Person der Fall war. Die Beobachtung zeigt, dass Humor und Spaß ein verbindendes Element in der Kommunikation untereinander ist und auf dieser Ebene ein angeregter Austausch stattfindet. Vereinzelte Konflikte entstehen innerhalb der Gruppendynamik, die durch die Spielleiter:innen in Spielhandlungen umgelenkt werden. Außerdem sprechen sich Teilnehmer:innen im Rahmen des Theater-Workshops direkt im Spielgeschehen an, obwohl sie sich nicht gut kennen und gehen miteinander in Kontakt. Die Kommunikation unter allen Teilnehmenden und der Spielleitung findet auf Augenhöhe statt, obwohl es unterschiedliche Erfahrungshorizonte innerhalb der Gruppe gibt.

Spielleiter:innen

B2: Ähm, also, Frau (Name TN8) ist ja am herausstechensten, tatsächlich. Die hat ja früher quasi gar nicht gesprochen. Und so im Laufe der Zeit, im Laufe des Projektes dann immer mal wieder Sätze auch mit/ Was hast du gesagt neulich? War ein Sechs-Wortsatz, tatsächlich?

B1: Jaja, 567//

B2: //56. Also wirklich. Dann auch also die Situation. //

B1: //Gramatisch korrekt. Alles//

B2: //Ja, genau. Also jetzt nicht irgendein Satz, sondern wirklich zu der Situation. Neulich auch total niedlich. Da war sozusagen am Rumschnupfen und hat sich bei mir dafür entschuldigt, wo ich dann dachte, so mega also. Also das ist/ das ist wirklich am herausstechensten, was ich vorhin auch schon sagte. Eben halt aber auch das Zusammenspiel der anderen Bewohner, also wie sie mit ihr umgehen, auf sie eingehen. Also das Verständnis halt eben auch der Geschichte gegenüber. (...) (atmet nachdenklich ein) (E2BPP181223, 7-11)

5.2.5 Handlungsspielräume/Kompetenzen

Die grundsätzliche Gestaltung des Theaterangebots wird von den Teilnehmer:innen und den Spielleiter:innen gleichermaßen zu Beginn als neu und durchaus herausfordernd empfunden. Dabei richten sich die Schwierigkeiten der Spielleiter:innen vor allem auf das Anpassen des Handlungsspielraumes an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Teilnehmer:innen. So beschreiben die Spielleiter:innen, dass ein zu spät kommen, neben teils ablenkenden Dynamiken durch die Teilnehmenden, das Anpassen der Geschwindigkeiten und das Motivieren der Bewohner:innen in Bezug auf das Theaterspielen, durchaus normal für sie sind. Diese und andere Schwierigkeiten bei der Raumeröffnung meistern die Spielleiter:innen in der Regel jedoch gut, was wiederrum dazu führt, dass die Teilnehmenden ihre Handlungskompetenzen besser aktivieren können.

Ein:e Spielleiter:in

B1: Also mit dem Unterschätzen. Also man unterschätzt, man unterschätzt die Potenziale, die da schlummern. Also so würde ich es auch noch mal sagen und bei jedem anders. Also so meine These ist ja auch was/ Ich mache das jetzt seit zehn Jahren knapp. Meine These ist ja auch so wie individuell wie eine Person ist, so individuell ist auch die demenzielle Veränderung. Also jeder hat eine andere Gewichtung, eine andere Ecke, wo er/ wo nichts mehr geht oder wenig geht. Und das darunter verschwindet oft das viele, viele Große, was noch geht, ne, wo man nicht mitrechnet. Man denkt irgendwie Demenz, die kann das nicht mehr und dann kann die das und das auch nicht mehr. Pustekuchen. //

B1: //Das und das und das können die noch richtig gut. (E2SPL181023, 81-82)

Das Darstellen (Vormachen) von Übung durch die Spielleiter:innen hat dabei einen ebenso großen Einfluss auf die Aktivierung der eigenen Handlungskompetenzen der Teilnehmenden, wie die grundsätzlich empathische Atmosphäre und das soziale Eingebundensein innerhalb des Handlungsraums des Theaterworkshops selbst. So entsteht während des Theaterspielens schnell eine vertraute Stimmung unter allen Beteiligten, die sich spürbar auf die Kompetenzen der Einzelnen auswirkt. Die Teilnehmer:innen berichten ihrerseits über eine anfängliche Nervosität, Skepsis und ein aufgeregt sein, gerade in Bezug auf den als neu erlebten Handlungsspielraum des Theaters. Diese anfängliche Hürde wird durch die Teilnehmenden jedoch schnell in eine gesteigerte Handlungskompetenz umgewandelt, welches mit der Aktivierung von unterschiedlichen Ressourcen beschrieben wird. So kann die Auswirkung des durch die Spielleiter:innen eröffneten Handlungsspielraums, vor allem in den Kategorien biografische Bezüge, Humor, ein verringertes Stresserleben und das soziale Eingebunden sein, beobachtet werden.

Ein:e Teilnehmer:in

14: Und wie hat es sich für Sie angefühlt?

B5: So, weil. Man gibt / Man versucht, sein Bestes zu geben.

14: Aber waren Sie entspannt oder hat es Sie angestrengt?

B5: Nein, nein. Es hat mich schon entspannt. Also. (...) Man muss natürlich gut aufpassen und überlegen, was man sagen will. Ne!? (E2GDB181023, 43-46)

Eine Beobachtung

Der TN7 beginnt und versucht mit vielfältiger Mimik und Gestiken in seinem möglichen Bewegungsradius den anderen TN vorzumachen, um welche Emotion es sich handelt.

(E1K090823, 20-20)

Die so entstandenen Handlungskompetenzen werden von der Gruppe und der Spielleitung als authentisch beschrieben und sorgen teilweise für Verwunderungen seitens der Spielleitung durch das Ausspielen der Rollen. In den Improvisationshandlungen verknüpfen die Teilnehmer:innen oftmals biografische Erinnerungen und Gefühle und intensivieren darüber die Ausdruckskraft der Spielhandlungen.

Teilnehmer:innen

B4: Also mir war es von Anfang an sympathisch, weil ich, ich habe damals eben auch den Busfahrer gespielt. (LACHT) //

B3: // Stimmt, der war richtig toll. //

B4: und da bin ich richtig aus mich raus gegangen und alle haben gelacht und so, Ich hatte dann die Scheu überhaupt keine Scheu, weil ich eben schon mal so das gemacht habe und das ist auch gut angekommen und so und so. Ich habe da Spaß dran an diesem Theaterspielen. Und mein Bruder zum Beispiel, das liegt irgendwo ein bisschen in der Familie, mein Bruder ist Pantomime von Beruf (LACHEN) und ich kann davon SEHR gut leben. Mein Künstlername ist (Name). Und ja, nee, das ist / der war schon immer der Clown bei uns in der Familie. Aber das war halt, das hat Spaß gemacht alles. Und mein Papa, der war auch ganz / So liegt das nicht bei uns, so ein bisschen in der Familie und mir macht das hier richtig Spaß. Also es ist eine ganz tolle Abwechslung, weil ansonsten ist der Alltag hier auch so alles andere als schön. (E1GDB041023, 7-9)

Auch die Gruppendynamik führt dazu, die emotionsbasierten Rollen zu stärken, da diese durch rege Teilnahme aller nicht nur unterstützt werden (lachen, weinen, klatschen, singen), sondern durch die entstandene Vertrauensbasis sich auch mehr Teilnehmende trauen mitzumachen. Die Nutzung von Requisiten erweitert die Handlungsspielräume der Akteur:innen und bestärkt die Identifikation mit der zu spielende Rolle.

Ein:e Beobachtung

SPL2 begann mit einem angeekelten Ausdruck den Gegenstand an TN7 weiterzugeben. Diese änderte die Emotion in Angst und gab den gedachten Gegenstand ängstlich an TN2 weiter. Diese freute sich über den Gegenstand. Im Anschluss daran blieb die Emotion, mit der der Gegenstand weitergegeben wurde, bei Freude. ZTN definierte den Gegenstand bei der Übergabe an TN6 als einen Freundschaftsring, über den sich TN6 sehr freute. Der Gegenstand wurde im Anschluss noch an TN8, TN4 und TN6 weitergegeben. SPL1 nahm den Gegenstand mit einem traurigen Ausdruck entgegen und wurde spielerisch von TN6 getröstet.

(E2R181023, 18-18)

Das Einbinden von externen Teilnehmenden, wie z.B. das Einbinden von Kindern, kann zur Folge haben, dass sich der individuelle Handlungsspielraum für die Teilnehmenden einschränkt und sie dadurch eine mögliche Überforderung erfahren. Mögliche Gründe dafür kann die zum Teil veränderte Aufmerksamkeit der Spielleiter:innen in Bezug auf die Anwesenheit der Kinder sein, die mehr im Fokus genommen werden. Dadurch erfahren die Bewohnenden weniger Unterstützung durch die Spielleiter:innen und erleben bestimmte Situationen während des Theaterspielens als Verunsicherung. Zum anderen nahmen sich auch die Teilnehmenden im Zusammenspiel mit den Kindern zurück und gaben diesen Spielraum, den sie ansonsten selbst ausgefüllt hatten.

Bestimmte Aufgaben der Toolbox, wie zum Beispiel Emotionskarten, werden besonders von den Teilnehmer:innen als eine herausfordernde, aber dennoch sehr wirkungsvolle Technik beschrieben, um mit sich selbst in Resonanz zu gehen. Das Aufführen vor Publikum erzeugt bei einigen Teilnehmenden

Stress, der aber bei Beginn der Aufführung in Handlungskompetenzen transferiert wird. Nach Beendigung der Theateraufführung vor Publikum, erleben die Teilnehmenden Stolz und Freude.

Teilnehmer:innen

B2: Ja. (RÄUSPERN) Ja, ich habe dieses [Theateraufführung vor Publikum] alles zum Ersten Mal gemacht und freue mich, dass das so gut geklappt hat. Und dass alle damit zufrieden waren.

B7: Niedlich.

I1: Wie ist Ihr Gefühl jetzt?

B2: Ja, wenn / Alle haben gesagt, ich hätte das schön gemacht. Und dann freue // ich mich darüber. (E2GDB181223, 68-68)

Der gemeinsame Erfolg in der Gruppe stärkt die Gruppenidentität als Theatergruppe und die Zugehörigkeit zueinander sowie das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz. Für die Spielleiter:innen sind vor allem die Vorbereitungszeiten und die damit verbundene Grundhaltung ein essenzielles Thema für die Gestaltung des Handlungsraum im Sinne eines Freiraums. Hinzukommt die Rücksichtnahme der Vulnerabilität der Teilnehmer:innen und den bewussten Umgang mit eingreifenden Impulsen. Dabei ist es notwendig, die Übungen an die Bedürfnisse aller Teilnehmer:innen zu adaptieren oder ausweiten zu können, um niemandem vom Spiel auszugrenzen oder einzuschränken. Für die Teilnehmer:innen sind die wesentlichen Punkte in der Gestaltung und der damit empfunden Wirkungen des Handlungsspielraumes wichtig, um sich in einem wertfreien Spielraum befinden zu können. Dabei steigert sich die Handlungskompetenz besonders in der Improvisation und dem Öffnen neuer Spielräume durch Interaktionen.

Ein:e Teilnehmer:in

B5: Ja. Mich hat eigentlich alles gefallen. Mir hat alles gefallen, auch das Drumherum. Es werden keine blöden Fragen gestellt, ne. Manchmal gibt es ja auch, äh. Na, wie nennt man die? Die Teamer? Ich nenn sie jetzt mal Teamer, die, die jetzt beide, die hinaus gegangen sind. Die stellen keine blöden Fragen, ne. "Wie geht es Ihnen?" Immer dasselbe, ne. (E1GDB090823, 42-42)

Eine Beobachtung

TN 3 sagt das ihr die Farbe des Huts nicht gefalle, es ein schwarzer Hut sein soll und sie ihn darin verzaubert. TN 3 gibt den Hut an TN 4 mit der Aufforderung ihn aufzusetzen. TM 4 fragt nach, "Ich soll ihn aufsetzen?", was von TN 3 bestätigt wird und TN 4 setzt ihn auf und posiert ein wenig damit. Eine Person aus der Gruppe fordert ihn auf aufzustehen, was TN 4 umsetzt und sich im Stehen in einer Art Begrüßungsgeste verbeugt. Dann setzt TN 4 sich wieder und gibt den Hut an TN 3 zurück. Gemeinsam wird wieder das Lied "Mein Hut, der hat drei Ecken gesungen. [Durch TN 3 wird die Spielregel geändert, dass nicht etwas aus dem Hut gezaubert wird, sondern der Hut in etwas anderes verwandelt wird, was nachfolgend von den anderen TN übernommen wird.] (E1M041023, 18-18)

Eine Beobachtung

TN 4 bringt die Idee einer Schildkröte in das Szenario ein. Dazu geht er in den Vierfüßlerstand auf den Boden und bewegt sich entsprechend einer Schildkröte. (E1M041023, 35-35)

5.2.6 Kreativität

Die Konfrontation mit dem Theaterspielen und der Durchführung theaterspezifischer Übungen innerhalb des Workshops, führt bei mehreren Teilnehmer:innen zu anfänglichen Unsicherheiten und einem erhöhten Stresserleben. Die meisten befragten Teilnehmer:innen legten dar, dass diese Unsicherheiten und das Stresserleben durch die eigenen kreativen Handlungen in eine gesteigerte Handlungskompetenz transformiert wurden. Die kreativen Impulse wurden durch die Übungen angeregt und entwickelten sich zunehmend hinsichtlich der Rollen, Spielhandlungen und den Interaktionen mit anderen Teilnehmer:innen und Requisiten weiter. So nutzen die Teilnehmer:innen den Freiraum der Theaterübungen für sich, um die eigene Kreativität auszuleben, eigene Ideen zu generieren und einzubringen.

Eine Beobachtung

Dazu spricht sie [Spielleitung] die TN namentlich an. TN 4 greift den Impuls sogleich auf und wird auch zu einem Ast. TN 4 folgt und bewegt sich fast tänzerisch, mit dem Oberkörper zum Boden geneigt und frei tanzenden Händen, um SPL1 "Ich bin die Wurzel". ZTN 1 bringt sich als Blätter ein. (E1M041023, 29-29)

Ein:e Spielleiter:in

Und ähm (ÜBERLEGEND), ja, halt auch bei diesen Standbilder, zum Beispiel auch bei dem, bei der Wassergymnastik oder als die Schwimmerin dann durchs Meer schwamm, ne (ZUSTIMMEND) das fanden die Bewohner:innen ja auch schon ein bisschen witzig. Ähm (NACHDENKLICH), genau. Ich habe die Gruppe auch als ähm (NACHDENKLICH) sehr angenehm erlebt. Mir haben jetzt persönlich noch ein paar Bewohnerinnen da gefehlt, die auch wirklich aktiv dabei sind und noch mal ein paar andere kreative Impulse einbringen. Ähm ja (verzögernd) hoffentlich sind die beim nächsten Mal auch wieder dabei... Ja (E1SPL041023, 25-25)

Ein:e Spielleiter:in

Ja als (TN2) dann so die Qualle eben auch vorgemacht hat. Und sie ist ja dann sitzen geblieben und dann nicht aufgestanden. Hätte man sie ja vielleicht auch noch mal irgendwie auffordern können aufzustehen. (TN 7) hat ja den Hammerhai dann mit eingebracht und ist dann ja auch aufgestanden, eben um als Hammerhai dann quasi zu (ZTN14) zu schwimmen. Und (ZTN14) hat dann ihre Pistole rausgeholt. (LACHT VERLEGEN) Eine sehr skurrile Szene. (LACHT VERLEGEN (E1SPL041023, 132-132)

Dementsprechend verfolgen manche der Teilnehmer:innen diese kreativen Impulse auch außerhalb der Workshopzeit weiter. Auch das Spielen vor einem Publikum, was mit unter eine Herausforderung darstellt, wurde erfolgreich, durch das Vertrauen der Teilnehmer:innen in die eigene kreative Handlungskompetenz, gemeistert. Die Teilnehmer:innen nutzen die Bühne, um auch neue ungeübte Impulse ihrer Kreativität umzusetzen und von anderen aufzugreifen, wodurch auch mit dem Publikum eine besondere Interaktion entstand.

Ein:e Spielleiter:in

Und da waren die manchmal verunsichert, ne. Kann ich denn das sagen und darf ich das sagen? usw. Und da ist mir heute aufgefallen, ganz am Anfang, wie die beiden Hirten plötzlich, wirklich, sofort ins Spielen gekommen sind. Und die haben wirklich ganz neue Sachen gesagt, die wir bei der Probe noch gar nicht hatten. Und da dachte ich Wow, das war so das. (E2SPL181223, 31-31)

Diese Beobachtung lassen sich durch die Aussagen der Spielleiter:innen zu einem großen Teil bestätigen. Gerade das kreative Spielen vor Publikum löste auch bei den Spielleiter:innen selbst kreative Impulse aus, die das Theaterspiel komplementierten. Das Wirken der Kreativität, in Abhängigkeit von der Art der Übung und der Gruppendynamik, ist für die Spielleitung elementar im Blick zu behalten. So kann es auch zum gegenteiligen Effekt führen, in dem Handlungsspielräume für die Teilnehmer:innen nicht angepasst werden und das Kreativitätsvermögen eingeschränkt wird. Es lässt sich festhalten, dass die Spielleiter:innen gerade durch Empathie eine Atmosphäre erzeugten, die sich direkt auf die Kreativität der Teilnehmer:innen auswirkte und zum Teil für positive Verwunderung sorgte.

Ein:e Spielleiter:in

B1: Wir hatten, ja, ich sag mal viele Stilblüten, viele Situationen, wo wir dachten, Wow, wir haben uns schlapp gelacht. Das müsste auch wirklich bei der Aufführung so sein, aber man kann es nicht erzwingen. Das ist aus der Situation heraus. Und wenn wir es aufschreiben und den auftragen würden, den Satz dann zu sagen, dann wäre es erfroren, dann wäre nicht mehr diese Lockerheit gewesen. (E2SPL181223, 39-39)

Die Gestaltung einer kreativen Atmosphäre und eines freien Theaterraums ist also für alle notwendig, um die kreative Interaktion zwischen allen Beteiligten anzuregen. Dadurch nimmt auch das Interaktionsgeschehen in der Gruppe zu. Die Improvisation im Theaterspiel, in Abhängigkeit eines sicheren und freien Raumes, sind bedeutende Faktoren, für die Kreativität der Teilnehmer:innen und Spielleiter:innen. Im Unterschied zum Alltag können im improvisierten Freiraum des Theaterspiels die Beteiligten frei und authentisch miteinander interagieren. Dieser freie Kreativitätsraum wird sowohl von den Teilnehmenden wie von den Spielleiter:innen im Workshop genossen. Die Beobachtungen zeigen, dass wenn es die Spielsituation anbietet, sich die Teilnehmer:innen auch proaktiv in das Spielgeschehen einbringen und neue Spielideen oder Szenen beginnen. Gerade die Stressbewältigung der Teilnehmer:innen wird durch den bewussten Umgang mit der eigenen Kreativität, im Sinne der Improvisation und Spielfreude, verstärkt und bedarf einer großen Aufmerksamkeit. Das Potential der Kreativität und das Theater integrieren einige Teilnehmer:innen über die Proben hinaus, besonders im Hinblick auf die Aufführung, auch in ihren Alltag.

Ein:e Teilnehmer:in

B14: Eigentlich so, als wir so reihum so uns geäußert haben zu der Situation oder Fragestellung. Da ist doch bei allem, was so spontan rübergekommen. Das hat mir sehr gut gefallen, dass das nichts Einstudiertes war, sondern ziemlich deutlich rüberkam. Das fand ich angenehm. So was mag ich ich gern, wenn das nicht so gekünstelt ist, sondern weil man einfach merkt: Jetzt

kommt's. Eine Frage wurde gestellt und die wird jetzt so beantwortet, wie sie gerade so parat ist. Und das mag ich gern. Das hat mir gut gefallen. (E1GDB041023, 82-82)

Ein:e Teilnehmer:in

ZTN: Ich habe zu Hause versucht. Ich bin. Ich bin also Melchior. Einer der Könige. Und was? Was trägt ein König? Hat er damals getragen. Und ich bin auch was. Es kann ja nicht viel sein, es muss greifbar sein. Und ich habe einen Morgenrock. Waffel-Piquet in Weiß. Und dabei/ und der geht so bis etwas übers Knie. Und wenn man den richtig schön fest surrt und vielleicht oben noch mal klammert, dass es bis oben hin zu ist. Und dann habe ich einen ganz langen, durchsichtigen Schal in Rot gemustert und das Ding wollte ich mir so drapieren. So halt nun // (E2GDB181023, 15-15)

5.2.7 Soziales Eingebundensein

Das soziale Eingebundensein ist ein essenzieller Faktor, der die Lebensqualität der Bewohner:innen stark beeinflusst. Viele Teilnehmer:innen berichten von einem sozialen Rückzug innerhalb der Pflegeeinrichtung. Als Gründe werden von ihnen die fehlende Selbstbestimmung und die Abhängigkeit zum Pflegepersonal genannt. Das Theaterangebot bietet hingegen ein Angebot, bei dem die Teilnehmer:innen auf andere, teils fremde Bewohner:innen treffen können und in der Improvisation mit ihnen in Kontakt treten können. Die Teilnehmer:innen nehmen sich in diesem Kontext auf einer anderen Ebene wahr.

Teilnehmer:innen

B2: // Ich kann meiner Nachbarin nur lobend sagen sie hat recht, dass das eine fröhliche, schöne Runde ist und dass es Spaß gemacht hat. Und, dass alle (HUSTET) sich gut vertragen. Das finde ich sehr schön.

B6: // Na ja, also ich finde das auch sehr schön. //

(unv. mehrere stimmen zu, TN5)

B2: // Ja, man hat sich heute erst kennengelernt und ist gleich sympathisch.

B3: Ja, genau.

B5: Da hat sich eine schöne Runde zusammengefunden, (...) finde ich.

(E2GDB130923, 112-117)

Ein:e Spielleiter:in

B1: Ja, kennengelernt würde ich sagen. // Ja (BESTÄTIGEND) // Die haben sich untereinander besser kennengelernt, sie haben auch voneinander gesprochen oder den/ was ist mit der und der und beim Namen genannt, also man merkt es schon, die nehmen sich gegenseitig wahr, auch über die Proben hinaus. (E2SPL181223, 22-22)

Bewohner:innen, die bereits eine enge Beziehung zueinander haben, schätzen die Möglichkeit gemeinsam etwas Neues zu unternehmen und treten in der Beobachtung des Gruppengefüges teilweise selbstsicherer und raumeinnehmender auf. Besonders die Regelmäßigkeit und Verbindlichkeit des Angebots vertieft die sozialen Kontakte und bildet eine Gruppenzugehörigkeit als

Peer-Group aus. So berichtet auch die Spielleitung, dass Teilnehmer:innen in der Gruppe deutlich offener anderen gegenüber sind als im Alltag der Pflegeeinrichtung. In dieser Zugehörigkeit erfährt die Gruppe gegenseitige Empathie, Motivation, Spaß, Spielfreude, sowie ein harmonisches und respektvolles Miteinander.

Eine Beobachtung

Es fällt auf, dass die TN6 und TN7 nach dem Ende des offiziellen Theaterangebots, sehr viel miteinander interagieren und einen starken Redeanteil haben. So wirken sie sehr präsent im Raum, die anderen folgen den beiden in ihrem Gespräch und geben nur vereinzelt Kommentare. (E2K130923, 30-30)

Dabei äußern die Teilnehmer:innen größtenteils aktiv, sich als Teil der Gruppe einbringen und erleben zu können, indem sie kreative Impulse in die Gruppe geben und ihre individuellen Kompetenzen in das Theaterangebot einbringen, um für die Gruppe einen Erlebnisraum zu schaffen. Alle Mitglieder der Gruppe erfüllen eine Funktion, die sie mit Stolz annehmen und umsetzen. Dabei verhandeln die Teilnehmer:innen viel für sich selbst untereinander, aber bleiben mit der Spielleitung in einem sehr engen Austausch.

Ein:e Teilnehmer:in

Und ich glaube auch, dass, das. Je mehr Sitzungen wir haben, desto besser wächst das zusammen. Also ich habe so den Eindruck, dass hier jeder erst mal so jetzt so geschnuppert hat und so neugierig geworden ist, was man draus machen kann. Das sind die ersten Sachen eben wie immer Neuland. Schwierig. Aber ich habe jetzt so eine gewisse Lockerheit in der Gruppe schon gemerkt. Vielleicht, weil ich auch ein bisschen Kaspar gemacht habe. Aber (LACHEN) (...) Ja, aber ich finde das schön. Mir macht so was Spaß und es ist so auch als nette, liebe Menschen hier. (E1GDB041023, 89 – 89)

5.2.8 Teilhabe

Teilhabe ist auch innerhalb des Theaterangebots von entscheidender Bedeutung, denn viele der Teilnehmer:innen sind bewegungs- oder kommunikationseingeschränkt und in einem gewissen Maß pflegebedürftig. Dabei ist das Ziel des Theaterangebots, alle Teilnehmer:innen mit ihren individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten in die Interaktion und das Spielerleben einzubinden. Das Fundament für diese Einbindung aller Beteiligten sind die Prinzipien des Improvisationstheaters, welche die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten der Teilnehmer:innen durch die Charakteristika des freien Dritten Raums und des freien Spiels nicht in den Fokus rücken. So ist es für die Teilnehmer:innen in der Improvisation nicht notwendig, starre Strukturen zu befolgen, Texte auswendig zu lernen oder hinsichtlich der Handlungsrelevanz in der Stringenz zu bleiben. In der Beobachtung wird deutlich, dass eine Teilnehmerin, die so gut wie nicht spricht, durch Mimik und Gestik in das Spielgeschehen mit eingebunden wird und darüber ein Raum eröffnet wir, in dem sie ihre sprachliche Kompetenz steigert. So ist es ihr im Verlauf der Proben möglich, vereinzelt Sätze zu sprechen. Dies passiert laut Aussagen der Spielleitung im Alltag der Pflegeeinrichtung nicht.

Ein:e Spielleiter:in

Wo wir wirklich überlegt haben, wie können wir sie einbinden. Das war uns eben auch ganz wichtig. Und erst war sie so die zweite Maria und das war alles noch irgendwie so, hm. Und irgendwann sagte (NAME SPL1) Mensch, Geborgenheit. Weil sie ja immer mit dem Püppchen (FLÜSTERN) und Streicheln und Küsschen und so. Ja (BESTÄTIGEND) und genau. Und sie hat aber auch mit Absicht eben das gleiche Tuch gehabt wie die Maria, um das halt eben/ den den Kreis zu schließen. Ich glaube, das war schon schon sehr passend. (E2SPL181223, 49-49)

An einigen Stellen war es nötig, für Teilnehmer:innen Übungen anzupassen. So z.B. sportliche Bewegungen (wie bei der Theaterübungen Lieblingsübung), um Teilnehmende die diese Bewegungen überforderte, nicht vom Spielgeschehen auszuschließen. Daneben sind vor allem Details bedeutsam, wie ausreichend Platz im Theaterraum für die Rollatoren und Rollstühle für Bewegungsfreiheit, sowie eine große Schrift auf den Karten der Toolbox oder laute Ansagen bei den Erklärungen. Besonders der Spielleitung fällt hinsichtlich der Teilhabe eine Schlüsselfunktion zu, da sie das Theaterspielen moderieren und im Blick haben muss, wer von den Akteur:innen Hilfe benötigt, um in die Spielhandlung zu gelangen.

Teilnehmer:innen

B6: Ja aber SPL2 hat das gut gemeint. Sie hat gesagt habt alle keine Sorge, ich gebe euch Hilfen. Und das B5: // Ja, ja. Und mit dem Stühle hin und her schieben und so.. Das hatten wir. Wussten wir im voraus schon, dass das passiert? B3: Wir konnten nicht ja uns SO bewegen wie normal. B5: Nee (SEUFZT), leider nicht. (E2GDB181223, 297-297)

Die Teilnehmer:innen fühlen sich von den Spielleiter:innen währen der Proben gesehen, wahrgenommen, gefördert und vertrauen diesen in ihrer Anleitung und Hilfestellung.

Das Theaterangebot wird von den Teilnehmer:innen als eine sehr wichtige Ergänzung zum Alltag beschrieben und als eine Möglichkeit für Teilhabe angesehen.

5.2.9 Empathie

Die Empathie wird sowohl in den Aussagen der Teilnehmenden und den der Spielleiter:innen als eine bedeutsame Ebene innerhalb des Theaterworkshops beschrieben. Der Handlungsraum des Workshops, wird gerade durch die Teilnehmer:innen, als durchweg empathisch empfunden, was den Zugang für sie sehr erleichtert. Alle am Theaterprojekt Beteiligten betonen, dass die gesamte Atmosphäre immer respektvoll und empathisch ist. Beispielsweise werden durch respektvolles Ausreden lassen oder dem Akzeptieren von Spielfehlern untereinander, eine emphatische Haltung erlebbar. Außerdem wurde viel miteinander gelacht, über kleine Scherze und komische Situationen. Das miteinander Lachen war durchweg wohlwollend, lockert und ungezwungen.

Ein:e Spielleiter:in

B2: Ich fand die Reaktionen generell untereinander sehr empathisch, sehr liebevoll. Die sind für mich toll miteinander umgegangen. Ich habe auch bei (NAME TN7), also bei (NAME TN7) habe ich gleich gesehen, ne, sie ist richtig in ihrer (ZÖGERN). Sie hat so richtig, so ein Switch in ihrer Art, wurde ganz weich und empathisch als sie mit mit (NAME TN8) mit (NAME TN8)

gesprochen hat. Ich weiß nicht, ob du das auch so gesehen hast. // Ja // das ist mir aber an vielen Stellen. Also es ist viel, es ist viel Empathie unter denen, unter den Bewohnern. (...) (E2SPL130923)

Die Beziehung der Teilnehmenden zu den Spielleiter:innen kann für den gesamten Zeitraum des Projektvorhabens als empathisch beschrieben werden. Das gesamte Theaterprojekt war vom ersten Moment an von einer sehr empathischen Stimmung geprägt. Dieses Miteinander überträgt sich auch auf Neuankömmlinge und bisher noch fremde Personen, die zu einem späteren Zeitpunkt eingestiegen sind. Die Spielleiter:innen schildern ihrerseits, eine sehr empathische Gruppendynamik, die sich auch auf den Alltag und damit über die Workshop-Zeit hinaus überträgt. Einzelne Spielhandlungen von Teilnehmenden, besonders bei Unsicherheiten und Zurückhaltung, werden mit Applaus, Anteilnahme und positiver Bestärkung der Gruppe beantwortet. In der Beobachtung der Theateraufführung zum Projektabschluss wurde wahrgenommen, dass einige Teilnehmer:innen ihre Empathie sogar auf das Publikum übertrugen und diese mit in ihre Spielhandlung integrieren konnten. Das umfassende empathisches Miteinander erleichtert neue Erfahrungen. Dagegen wird im Alltag das Miteinander in der Gemeinschaft mitunter als belastender Stress erlebt. Die Teilnehmenden werden emphatisch von den Spielleiter:innen angeleitet und motiviert. Frustrierte Momente werden emphatisch begleitet und auf neue kreative Ideen umgeleitet. Die Spielleiter:innen bestätigen diese Wahrnehmung und beschreiben diese Art des Arbeitens mit den Teilnehmer:innen als sehr positiv.

Eine Beobachtung

Die TN5 lacht fröhlich und sagt, sie habe dann aber nicht viel geschafft, woraufhin die TN3 mit einem "doch" erwidert. Die TN5 kommentiert wieder, dass das Erraten leicht gewesen wäre. Sie kommentiert mehrmals Situationen, auf die teilweise die Gruppe mit einem Lachen reagiert oder die von der Gruppe nicht gehört werden. Es sind keine Kommentare die andere TN angreifen oder die Gruppendynamik stören, sondern von anderen TN auch aufgegriffen werden und wodurch Gespräche entstehen. (E2K130923, 17-17)

5.2.10 Entscheidungen treffen

Zentral bei dem Theaterangebot ist die Möglichkeit für die Teilnehmer:innen sich frei zu entscheiden, bei welchen Szenen sie mitwirken, welche Rolle sie spielen und wie sie die Spielhandlung gestalten möchten. Nur in sehr wenigen Momenten wurde die Entscheidung des Individuums eingeschränkt und teilweise wurde mit alternativen Angeboten reagiert. Viel Freiraum und kreative Momente ergeben sich für die Mitspielenden, indem sie sich eigene Textpassagen ausdenken und die Kostüme für die Aufführung selbst gestalten können.

Eine Beobachtung

TN6 möchte noch Spielen ein Eis zu essen, weil sie so gerne Eis essen würde. Sie nimmt eine imaginäre Eiswaffel in die Hand und genussvoll schleckt sie an der Eiskugel, die bildlich oben aus der Eiswaffel schaut. Jemand sagt: "Da machen wir alle mit." TN4 frag TN6: "So siehst du aus, wenn du Eis ist?" Es entwickelt sich ein lebendiges Gespräch über Speiseeis und Eis-Essen. Am Ende sagt TN7 zu TN6, dass sie sich noch die Eisreste um den Mund herum abwischen müsse, macht eine entsprechende Bewegung mit der Hand um den Mund und lacht dabei.

(E2M130923, 47-47)

Die Teilnehmer:innen zeigen sich im Umgang und in der Gestaltung ihrer Rollen, sehr entscheidungsfreudig. Auch bei Kritik an den eingebrachten Ideen, die als weniger passend von der Gruppe und den Spielleiter:innen erlebt werden, können die meisten Teilnehmer:innen sehr gut mitgehen. Sie zeigen sich daher grundsätzlich flexibel und anpassungsfähig. Auch ein mögliches Stresserleben, wie zum Beispiel während eines Auftritts (Lampenfieber), hat bei einigen Teilnehmerinnen gar keinen Einfluss auf ihre Entscheidungsfähigkeit gehabt.

Ein:e Spielleiter:in

Das eine Gedicht wurde aber als zu brutal eingestuft, weil der Jäger die Försterin ermordet und sich das so durch das ganze Gedicht durchzog. Da hat er dann aber auch entschieden, er möchte das dann nicht vortragen vor den Kindergartenkindern. Das war dann quasi seine Idee halt auch. (E1SPL291123,27–27)

Ein:e Teilnehmer:in

ZTN: Damit es/ der Bademantel dort nicht mehr sichtbar ist. Also bin ich ein würdiger König und ich weiß nicht, was es mit dem Kopf, ob ob man/ hier habe ich gesehen in den Utensilien, dass da ein Krönchen liegt. Aber das passt auf meine Wolle gar nicht drauf (LACHT). Das wird sich zeigen, was man da wohl so draufkriegt. Aber immerhin habe ich denn schon mal was an. // Hihi (LACHT) // Und zwar schlicht und ergreifend. Und ich denke passend // Ja genau // wenn ich jetzt Hirte wäre, würde ich niemals einen weißen Mantel anziehen. // Ne (LACHT) // Dann hätte ich eine dunkelgrüne, wattierte Jacke oder so was. Aber ich bin der König aus dem Morgenland. Ich fühle mich schon so (LACHEN). (E2GDB181023, 17 – 17)

5.2.11 Probleme lösen

Die Bewohner:innen beschreiben den Alltag in der Pflegeeinrichtung als einen Ort, in dem sie selbst selten Probleme lösen müssen. Der Alltag ist strukturiert und auftretende Probleme werden oftmals durch die (Bezugs-)pflege oder durch Angehörige erledigt. Das Theaterangebot bietet einen neuen geschlossenen Raum, in dem die Funktionsebene zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden reduziert und phasenweise sogar aufgelöst werden kann. Dadurch wurde ein Raum geöffnet, der teilnehmenden Personen ermöglicht Verantwortung zu übernehmen, was von ihnen auch ergriffen wird. Während des Theaterangebotes begegnen den Teilnehmer:innen kontinuierlich Situationen in der Spielhandlung, in denen sie selbst mit Problemen konfrontiert sind und diese lösen müssen, um weiter aktiv im Spielgeschehen bleiben zu können und bewältigen diese auch.

Ein:e Spielleiter:in

B2: Ich könnte mir vorstellen, man muss ihr gezielt wirklich Aufgaben geben. Die so gezielt herausfordern und gucken, ob das zu ihr passt, ob sie damit was anfangen kann. Ich glaube, dann wird sie aktiv und sonst ist sie eher so die Beobachterin, die beobachtende.

(E2SPL130923, 59-59)

Ein:e Teilnehmer:in

I1: Wie haben Sie das erlebt?

B2: Hm (nachdenklich) Ja, (...) Bisschen schwierig. So, aber ich habe ganz viel hingekriegt.

I1: Was war schwierig?

B2: Ich weiß auch nicht genau, wie viel ich den Kindern gegeben habe. (...) Dann hieß es nicht so viel Süßigkeiten, dass hat mich ein bisschen verunsichert. Das fand ich nicht so gut. (unv.) Ich habe ja einen Beutel gehabt und habe ja immer an die verteilt. Und gut finde ich das nicht, dass ich das nicht mehr austeilen durfte. Fand ich ein bisschen komisch. Fand ich nicht so.

In den Gruppendiskussionen artikulierten die Teilnehmenden ihr Vertrauen gegenüber den anderen Teilnehmenden der Gruppe und der Spielleitung. Das Theaterspielen bietet ein "Fehlerbewusstsein" und ihnen einen Raum, in dem sie selbst "Fehler" machen dürfe. In der Improvisation durch die eigene Kreativität entdecken sie neue Lösungsstrategien für sich.

Ein:e Spielleiter:in

Und hier werden sie herausgefordert. Hier werden, ne, sie mit sich selber noch mal konfrontiert, ganz stark. Und das drückt sich dann auch in Stille aus. Also dass die stiller werden, dass die dann (...) überlegen. Was müsste was/ Also, finde ich gut, finde ich wichtig. Finde ich auch eine wichtige Erfahrung. Hätte für mich aber so den Anspruch auch, dass wieder aufzubrechen, da wieder zu öffnen, da wieder hinzugucken. Die Erfahrung zu machen. Ich darf jetzt. Ich darf jetzt verrückt sein. Ich darf verwirrt sein. Ich darf unsicher sein. Ich darf richtig blöd sein. (E2SPL130923, 74-74)

Dabei entwickeln sie neue Ideen, die von anderen Teilnehmer:innen in der Interaktion aufgegriffen werden können. Auch die Spielleiter:innen äußern Probleme, denen sie begegnen. Das Dirigieren der Gruppe in Aufmerksamkeit, Konzentration, Respekt sowie Harmonie untereinander, bedarf ihrerseits Fingerspitzengefühl für die einzelnen Bedürfnisse der Teilnehmer:innen. Sie fungieren als Katalysator, indem sie Probleme der Teilnehmer:innen erkennen und diese durch sprachliche Impulse in eine Spielhandlung umzulenken.

Ein:e Spielleiter:in

B1: Also wenn es jetzt (LACHT) mega stören würde mit Frau (Name ZTN10) und Herr (Name TN5) zum Beispiel, dann würden wir die auseinandersetzen. Es machen wir manchmal auch in Gruppen, weil manchmal geht es einfach gar nicht (LACHT). Ist halt je nach Tagesform. Aber wenn es nicht so extrem ist, dann lassen wir das auch. Oder würde ich es auch lassen.

I2: Ich habe jetzt so ein bisschen rausgehört. Das hat jetzt anscheinend Frau (Name ZTN10) total gutgetan. Das sie neben Herrn (Name TN5) sitzen konnte. Auch ein bisschen (.) wahrscheinlich schwierig. Setzen sie sie auseinander, lassen sie zusammen das ist.

B1: ja. ja nur manchmal nimmt es halt echt so überhand. Bei den beiden dann (LACHT). Ist halt schlecht für die anderen Bewohner. Muss man halt schauen. (E1SPL090823, 67-69)

Die Beobachtung zeigt, dass die Spielleitung entstandene Überforderungen oder vereinzeltes Desinteresse aufgreift und durch die eigene Spielmotivation und die empathische Haltung wieder mit in das Theatergeschehen einbindet. Die Spielleiter:innen nutzen dabei oftmals einen direkten

Blickkontakt und eine klare Ansprache, um die Personen zum gemeinsamen Spiel anzuregen. Die Spielleiter:innen bieten durch das *Theater Du* eine individuelle Lösung, ein gemeinschaftliches Gefühl in der Gruppe zu erzeugen. Des Weiteren erschufen sie trotz Platzmangel und wenig geeigneter Räumlichkeiten immer eine Theateratmosphäre, in der es eine Spielfläche bzw. sogar eine imaginäre Bühne gab. Die Teilnehmer:innen benennen Probleme, in Bezug auf neue und zum Teil als herausfordernd erlebte Situationen, im Zusammenhang mit dem Angebot des Theaterworkshops und sich selbst. Diese reichen von kreativen und handlungsbezogenen Problematiken bis zu teilweise personenbezogenen Herausforderungen. Gleichzeitig berichtet der Großenteil der Teilnehmer:innen ebenfalls über Problemlösungsstrategien, wie zum Beispiel den Umgang mit den eigenen Emotionen bei bestimmten Übungen.

Ein:e Teilnehmer:in

B2: Ja, ich / Mir geht es besser. Also, ich (...) beginne / Manchmal geht es mir ganz gut. Manchmal eben auch nicht so. Also, aber mir hat es gut gefallen. Also, ich könnte mir auch vorstellen, dabei zu bleiben. Das ist schon ganz gut. So bestimmte Übungen wie Glücklichsein und so, das finde ich auch okay. Das kann ich auch zeigen. Aber ich kann auch manche Gefühle kann ich nicht zeigen. Das ist / Das geschieht dann in mir selbst. Also da ist versteckt auch manches, ne. Also das kann ich gar nicht immer alles so zeigen. Das wollte ich nur sagen. Aber ich hoffe, wünsche mir natürlich durch dieses Projekt, dass ich doch ein bisschen mehr, (...) mehr spüre., was ist jetzt wirklich los oder was / Das würde ich mich, mir wünschen. So auch irgendwo. Aber ja, so ist das alles.

(E1GDB090823, 88 – 88)

Dieses Beispiel zeigt, das Teilnehmende den aktivierenden Charakter des Handlungsspielraums des Theaterworkshops wahrnehmen und das Problem mit dem Zugang zu den eigenen Emotionen bzw. das Darstellen davon innerhalb der Gruppe, als lohnenswert bewerten und für sich lösen. Eine Teilnehmer:in fiel in ihrer persönlichen Problematik dadurch auf, dass sie durch Verantwortungsübernahmen oder Sorge im persönlichen Alltag, eine grundsätzliche Einschränkung erfuhr, welche sich unmittelbar auf die Qualität ihrer Teilnahme auswirkt.

Ein:e Teilnehmer:in

B5: So, ich / Darf ich mich mal verabschieden? Ich muss mal zu meinem Mann gucken. Der wird sonst //

B1: (LACHT) Der wartet schon.

B5: Der wartet schon sehnsüchtig //

I1: // Möchten Sie so, oder möchtest du? Ich bin im Theater, Du und Sie. Möchtest du sonst noch was sagen (NAME TN5)?

B5: Nein, eigentlich nicht. Ich habe alles gesagt, was ich sagen wollte. Aber ich bin jetzt schon unruhig, weil ich weiß, er wartet //

I1: Okay. Vielen Dank.

B5: // Darf ich gehen? //

I1: // Ja, natürlich. Vielen Dank, dass du mit dabei warst.

B5: Dankeschön.

(E2GDB130923, 138 – 146)

Einige Teilnehmer:innen berichten sogar über eine verlagerte Auseinandersetzung mit dem Theaterinitiierten kreativen, künstlerischen Problem bis in den Alltag. Der empathische und authentische Dritte Raum des Theaterangebots scheint bedeutungsvoll für die Aktivierung von Ressourcen für die Problembewältigung im künstlerisch kreativen Raum zu sein.

Ein:e Teilnehmer:in

ZTN: Ich habe zu Hause versucht. Ich bin. Ich bin also Melchior. Einer der Könige. Und was? Was trägt ein König? Hat er damals getragen. Und ich bin auch was. Es kann ja nicht viel sein, es muss greifbar sein. Und ich habe einen Morgenrock. Waffel-Piquet in Weiß. Und dabei/ und der geht so bis etwas übers Knie. Und wenn man den richtig schön fest surrt und vielleicht oben noch mal klammert, dass es bis oben hin zu ist. Und dann habe ich einen ganz langen, durchsichtigen Schal in Rot gemustert und das Ding wollte ich mir so drapieren. So halt nun... (E2GDB181023, 15-15)

Problemlösungsstrategien, die die Bewohner:innen anwenden, sind bei Überforderung mit den Spieleiter:innen oder anderen Teilnehmer:innen in Kommunikation zu gehen und um Hilfe zu bitten. Dies passiert auf verbaler, aber auch auf nonverbaler Ebene durch Mimik und Gestik. Einige Teilnehmer:innen verweigern auch das Beginnen oder Ausführen einer Übung, um die eigenen Bedürfnisse zu vertreten, was in diesem Zusammenhang als wichtige Kompetenz eingeordnet werden kann.

Eine Beobachtung

TN5 beschwerte sich, dass er diese Übung nicht ausführen könne und wendet sich direkt an die SPL, worauf die SPL2 ihn die Übung langsam erklärt und ihn mit den Worten "er könne diese Übung doch" motiviert diese auch auszuüben. (E1K291123, 6-6)

5.2.12 Stress

In den Eigenaussagen der Teilnehmer:innen wird deutlich, dass es eine grundsätzlich stressfördernde Ausgangslage in Bezug auf das Alter und das Leben innerhalb der Einrichtungen für sie gibt. Einige Teilnehmer:innen beschreiben dabei sehr deutlich den Unterschied zwischen den Zwängen im Alltagserleben und den alternativen Raum des Theaterworkshops. Hier wird mehrfach der Bezug zum Improvisieren und den emotionsbasierten Rollen gezogen, der als eine tatsächliche Alternative zum Alltag angesehen wird. Hinzu kommen persönliche Herausforderungen, wie das Zusammenleben mit pflegebedürftigen Ehepartner:innen, das grundsätzliche Agieren in Gruppen und das generelle Darstellen von Emotionen in den Übungen. In Bezug auf den Theaterworkshop werden vor allem die anfänglichen Herausforderungen, wie die Hürde eines neuen sozialen Raums, das Spielen vor Anderen und zum Teil die Interaktion mit den Spielleiter:innen, genannt. Auch wenn die geschilderten punktuellen Herausforderungen für die Teilnehmer:innen als anfänglicher Stress erlebt werden, können die Teilnehmer:innen durch die Aktivierung von Ressourcen sehr gut mit dem Stress umgehen. Gerade das Aktivieren von Kreativität bzw. Imagination, biografischen Bezügen und das soziale Eingebundensein hat einen positiven Effekt auf die Stressverarbeitung der Teilnehmer:innen.

Ein:e Teilnehmer:in

B3: Ich habe mich auch erst mal befangen gefühlt, habe das aber sehr schnell ablegen können, weil ich durch viele Arbeitsgruppen im Büro / im Beruf oftmals in solche Situationen gebracht wurde und habe DANN versucht, hat nicht immer geklappt, aber frei von der Schnauze weg zu reden. (E1GDB041023, 6-6)

Sehr ähnlich verhält es sich bei den Aussagen der Spielleiter:innen, nur das die Bezüge hier sowohl als Eigen- und Fremdaussagen zu sehen sind. So beschreiben die Spielleiter:innen zum Beispiel die Einflüsse des Alltags aus einer arbeitsbezogenen Perspektive, die sich aus den gegebenen Voraussetzungen der jeweiligen Einrichtung und den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmer:innen zusammensetzen. Dazu zählen vor allem Faktoren, wie die grundsätzliche Raumgestaltung (Platz), Kommunikation im Team und die Weitergabe von Informationen an die Teilnehmer:innen. In Bezug auf das Erleben von Stress im Theaterworkshop selbst, werden bestimmte Gruppendynamiken, die Herausforderung, Übungen vorzumachen und die generelle Planungssicherheit in der Gestaltung der Workshops genannt. In Anbetracht der Tatsache, dass das Theaterangebot für alle Beteiligten neu ist, schildern die Spielleiter:innen eindrucksvoll, wie sich der anfängliche Stress bei allen Beteiligten durch die grundsätzlich empathische und authentische Stimmung schnell in Spaß umwandelt. Der Aspekt des verringerten Stresserlebens seitens der Teilnehmer:innen und Spielleiter:innen soll daher an dieser Stelle unbedingt hervorgehoben werden.

Spielleiter:innen

B1: Klar (unv.), es braucht halt Zeit mehr. Also noch etwas Zusätzliches. Aber es macht halt auch Spaß das vorzubereiten und vor allem, wenn die Bewohner daran Spaß haben. Dann (ZÖGERN) macht es auch irgendwie Spaß, so. Man freut sich dann auch. So auf die nächste Einheit.

B2: Ja, es ist halt. Wie du schon sagst (RÄUSPERN), die Zeit extra einplanen. Ich habe auch gerade erst neu angefangen hier in dem Pflegeberuf (ZÖGERN), sag ich mal. In dem Alltags Begleitung und (.) äh ja. Aber es macht Spaß. Das ist die Hauptsache. // Ja, ne // Spaß haben Bewohner mit aktivieren, dass die auch Spaß haben, nicht immer traurig sind. // Hm // Das ist die Hauptsache. (E1SPL090823, 43 – 44)

5.2.13 Emotionen

Die Teilnehmer:innen durchleben während des Theaterworkshops unterschiedliche Emotionen, die sie selbst wahrnehmen und reflektieren können. Nach eigenen Aussagen ermöglicht das Theaterspielen einigen Teilnehmer:innen einen Zugang zu den eigenen Gefühlen und sie können teilweise diese mit in die Spielsituation übertragen. So kommen die Teilnehmenden mit sich selbst in den Kontakt. Durch das Theaterangebot kann für die Teilnehmenden ein spielerischer Umgang mit der Gefühlswahrnehmung und Regulation geboten werden. Außerdem entsteht ein Raum, in dem die Teilnehmenden auch über ihre empfundenen Gefühle in einen Austausch gehen können. Dieser Rahmen ist im normalen Alltag der Pflegeinrichtung meist nicht geboten und für den Austausch über Emotionen bleibt wenig Zeit.

Ein:e Teilnehmer:in

B2: Ja, ich / Mir geht es besser. Also, ich (...) beginne / Manchmal geht es mir ganz gut. Manchmal eben auch nicht so. Also, aber mir hat es gut gefallen. Also, ich könnte mir auch vorstellen, dabei zu bleiben. Das ist schon ganz gut. So bestimmte Übungen wie Glücklichsein und so, das finde ich auch okay. Das kann ich auch zeigen. Aber ich kann auch manche Gefühle

kann ich nicht zeigen. Das ist / Das geschieht dann in mir selbst. Also da ist versteckt auch manches, ne. Also das kann ich gar nicht immer alles so zeigen. Das wollte ich nur sagen. Aber ich hoffe, wünsche mir natürlich durch dieses Projekt, dass ich doch ein bisschen mehr, (...) mehr spüre., was ist jetzt wirklich los oder was / Das würde ich mich, mir wünschen. So auch irgendwo. Aber ja, so ist das alles.

(E1GDB090823, 88 - 88)

5.2.13.1 Aufregung

Der Grad an Aufregung in Bezug auf den Theaterworkshop unterscheidet sich immens. Einige, besonders die Personen mit Theatererfahrung, sind selbstsicherer als andere. Es spielt eine Rolle, ob bereits Theater- oder Bühnenerfahrung vorhanden ist, wie die Teilnehmer:innen anfangs dem Theater gegenüber eingestellt sind. Die für viele neue und ungewohnte Situation an einer Theateraufführung beteiligt zu sein, ist ein Faktor, der bei Teilnehmenden Aufregung bzw. Lampenfieber oder eine Anspannung erzeugt.

Teilnehmer:innen

Warum bist du aufgeregt? // Ich bin nicht aufgeregt // Ich will / ich finde das (unv. Reden durcheinander). // Ich bin immer noch, wie ich bin. // Doch ich finde das ist aufregend. Und es ist eine Rolle, die du spielst. Und dann. // Ein bisschen nervös, denke ich. Nicht aufgeregt, aber nervös. // Ja. Na ja, so in der Art, ja. // (LACHEN) // (E2GDB181023, 104-104)

Einige nehmen diese Herausforderung sehr souverän an oder lassen sich die Aufregung nicht anmerken. Letztendlich gelingt es allen Teilnehmenden ihr Aufgeregt-Sein und die Anspannung in eine für das Theater relevante Handlungskompetenz umzuwandeln.

Ein:e Teilnehmer:in

B14: (...) Also es war ungewohnt, dass jetzt zwei fremde Personen dabei waren. Und dadurch bedingt war ich zuerst ein bisschen befangen und habe so gedacht: Na, wie sind die denn drauf? Ja, das fragt man sich ja dann auch irgendwie, weil man fühlt sich ja doch ein bisschen beobachtet, ne. So, so, so in so Mittelpunkt vom Fokus. Und dann, im Laufe der Zeit habe ich so gedacht, hier wird nur mit Wasser gekocht, es ist alles in Ordnung. Kann man gut mit umgehen, ne. (E1GDB041023, 4-4)

Ein:e Spielleiter:in

B1: Das ist auch das, was ich eigentlich noch gerne sagen würde. Was mir wirklich auffällt. Die Rollen sind auch nicht einfach so, du bist mal der Engel, du bist mal die Maria. Sondern ursprünglich hatte ich bei der, die den Engel gespielt hat, wirklich die Idee. Nicht, weil sie sinnbildlich von ihrem Habitus Flügel hat und Gold glänzt und was man so vielleicht innerlich an Visionen oder Vorstellungen hat. Sondern weil sie ganz nüchtern und schlicht war (BETONUNG), die kommt und sagt Leute, euch ist heute der Heiland geboren und da ist nix dran zu ändern. Und diese Klarheit und Einfachheit. Und das fand ich total spannend, das als Engel zu sehen. Und so kommt sie auch rüber, die Fahrt dahin. Vorhin habe ich sie gefragt und sind Sie aufgeregt? Nö. Ich weiß noch, was ich den Leuten zu sagen habe. So ungefähr. // (LACHT) // Und das fand ich ein

tolles Bild. Also (LACHT), ne. Das habe ich auch, habe ich auch gesagt. Kein Heiligenschein, keine Flügel, nix. Sie ist der Engel in ihrer Klarheit und Einfachheit. Und so sind eigentlich die ganzen Rollen gewachsen. (E2SPL181223, 50-50)

Eine Beobachtung

Die TN teilen untereinander ihre Erfahrungen und alle sind glücklich, dass die Aufführung so gut gelaufen ist, dass so viel Publikum da war und sie eine schöne Aufführung hatten.

(E2K181223, 12-12)

Eine weitere Nuance der Aufregung ist die Vorfreude auf das Theaterspielen. Dies zeigt sich darin, dass Teilnehmende schon vor dem Beginn des Theaterworkshops in den Raum des Angebots kommen. Auch kann die Vorfreude dazu führen, dass sie ihre Spieleinsätze zu früh beginnen, weil sie es nicht abwarten können, bis ihr Spieleinsatz ist.

5.2.13.2 Interesse

Die Teilnehmer:innen der Studie wurden direkt von ihrer Bezugspflege angesprochen, ob sie interessiert sind bei dem Angebot mitzumachen, was die Bewohner:innen aus unterschiedlichen Motivationen zusagten. Das große Interesse der Teilnehmenden an dem Theaterangebot wird aus den Aussagen in der Gruppendiskussionen deutlich sichtbar. In einer Einrichtung wurde das Angebot zusätzlich in der Heimöffentlichkeit kommuniziert, dadurch konnten Bewohnende ihr Interesse artikulieren, von denen die Mitarbeitenden nicht annahmen, dass sie Interesse am Theaterspiel hätten. Während des Projektverlaufs, ist die aktive Teilnahme beim Großteil der Teilnehmenden von hohem Interesse geprägt. Sowohl durch die in einer Einrichtung am Theaterstück teilnehmenden Kinder als auch durch die Besuche der Beobachtenden und Interviewenden, wurde die Beteiligung der Teilnehmenden an dem Theaterspielen nicht negativ beeinflusst, sondern stärker durch das wachsende Interesse anregt.

Ein:e Teilnehmer:in

Also, ich würde weiter dabei bleiben. Also, wenn es geht, dann / Ja, weil das ist echt eine gute Sache. Ich spiele auch gern Theater. (LACHT) Also mich interessiert das auch, überhaupt, deswegen. (...) Okay, dann gebe ich weiter.

(E1GDB090823, 96-96)

So fehlen während der Proben entschuldigt nur vereinzelt Teilnehmer:innen, die bedauern, diese verpasst zu haben. Die Spielleiter:innen und die Beobachter:innen hatten die Wahrnehmung, dass vereinzelt Teilnehmende desinteressiert seien. In einigen Beobachtungen wurde anhand von abgeneigten Körperhaltungen oder einer verringerten Beteiligung am Spielgeschehen ein Desinteresse der Teilnehmenden beschrieben. Andererseits wurde von Teilnehmenden weder in der Gruppendiskussion noch im Spielverlauf artikuliert desinteressiert zu sein.

Eine Beobachtung

TN 9 sitzt zurückgelehnt in dem Sessel. TN 9 wirkt abwesend. Die Augen sind fast geschlossen und der Mund ist weit geöffnet, so als schlafe TN 9.

(E1M041023, 43-43)

5.2.13.3 Unsicherheit/Scham

Unsicherheit und Scham entsteht bei den Teilnehmenden durch die Unerfahrenheit mit dem Theaterspielen. Die ungewohnte Situation mit dem Theaterspiel und dass diese teilweise zusammen mit fremden Menschen erfolgt, bewirkt, dass sich Teilnehmende anfangs nicht wohl fühlen.

Teilnehmer:innen

B6: Ja, eine Unsicherheit. // Das sehe ich auch so. // Das ist das richtige Wort. // Ja // Weil, wie ich schon sagte, das erste Mal sagen wir machen und dann ist man irgendwie unsicher.

B7: Und man weiß nicht, ob man das richtig macht. // Ja, genau // Oder nicht. // Ja // Dann geht das auch // (LACHEN) (E2GDB181023, 106-106)

Die Strategie mit diesem Unwohlsein umzugehen ist, sich zögerlich in das Theaterspiel einzubringen oder eine Beobachtungshaltung einzunehmen. Das Erleben dieses gemeinsamen Aushandlungsprozesses, zusammen mit der Gestaltung des Theaterspielraums als vom Alltag losgelöster Dritter Raum, in dem die Kategorien "Richtig" und "Falsch" nicht vorhanden sind, wodurch ein bewertungsfreier Freiraum für die individuelle Entfaltung entsteht, kann die Unsicherheit sich blamieren zu können und damit auch mögliches Schamempfinden abbauen. Zugleich ermutigt es, vermehrt und sicherer mit den anderen Teilnehmenden in die Interaktion zu gehen.

Eine Beobachtung

TN9 setzt nur seinen Hut auf den Kopf und erst als die SPL2 ihn bittet die eigene Jacke auszuziehen und das Kostüm anzuziehen, tut er dies. Er zeigt sich 2sekunden den anderen und zieht das Kostüm dann wieder aus. (E1K291123, 18-18)

Eine Hilfestellung, um die Scham und Unsicherheiten zu nehmen, sind langsames Herantasten an die Spielmöglichkeiten der unsicheren Teilnehmenden. Zurückgezogene und ausdrucksschwache Mitspielende werden nicht ignoriert, sondern schonend in den Theaterprozess mit eingebaut, um schrittweise Selbstwirksamkeitserfahrungen aufzubauen.

Eine Beobachtung

Danach bietet die SPL der TN 8 an, gemeinsam pantomimisch ein Wort vorzumachen. Die SPL zieht eine Karte und hält diese in das Blickfeld der TN8. Dabei macht die SPL eine kreisende Bewegung und fragt die TN8, ob sie diese nachmachen könne. Die TN8 bewegt ihren Körper nicht. Die Gruppe beobachtet die SPL und TN8 und es wird unruhig im Raum, als die TN8 nach einer gewissen Zeit auflöst, indem sie sagt "Fenster putzen." Sie wirkt nicht begeistert, ihre Mundwinkel sind nach unten und sie beobachtet, was im Raum passiert. (E2K130923, 17-17)

Mit dem Wissen, Teil einer Theateraufführung zu sein, entstehen bei den Teilnehmenden Unsicherheiten hinsichtlich der eigenen Theaterkompetenzen. Die Instanz des Publikums schüchtert einige Teilnehmenden ein. Bis auf eine Ausnahme stellen sich alle Teilnehmenden, trotz ihrer Unsicherheit, der Herausforderung und bewältigen diese gut. Die erfolgreiche Aufführung und die positive Resonanz des Publikums sowie der Mitarbeitenden führt dazu, dass die Teilnehmenden ein

positives Bewältigungserlebnis erfahren. Es ist zu vermuten, dass sie dadurch mit mehr Selbstsicherheit in eine nächste Theateraufführung gehen werden. Die Teilnehmer:innen sind erleichtert über die erfolgreiche Aufführung, da durch das Bewältigen einer schwierigen Situation und dem Zuspruch des Publikums durch den Applaus, von ihnen eine Anspannung abfällt.

Eine Beobachtung

Die TN teilen untereinander ihre Erfahrungen und alle sind glücklich, dass die Aufführung so gut gelaufen ist, dass so viel Publikum da war und sie eine schöne Aufführung hatten. (E2K181223, 12-12)

Eine Beobachtung

Die Teilnehmenden teilen sich untereinander über ihre Erfahrungen aus und alle scheinen über die gut verlaufene Aufführung glücklich zu sein. Die Überraschung darüber, dass so viel Publikum da war, kommt auch zum Ausdruck. (E2R181223, 30-30)

5.2.13.4 Freude

Freude ist die stärkste und häufigste Emotion, die in den Selbstaussagen der Teilnehmer:innen, in den Fremdwahrnehmungen der Spielleiter:innen und in den Beobachtungen artikuliert wird. Diese Emotion zieht sich durch den gesamten Erhebungsverlauf sowohl vor, während als auch nach dem Theaterworkshop.

Teilnehmer:innen

I1: [] Und zwar interessiert mich ganz besonders: Wie hat Ihnen denn heute das Theaterspielen gefallen? Wie haben Sie es erlebt? Auch mit den Kindern?

B5: Hat Spaß gemacht.

(Teilnehmenden bezeugen durcheinander, dass es Spaß gemacht hat).

(E1GDB291123, 3-5)

Eine Beobachtung

Die gefühlte Stimmung im Raum war heiter, ausgelassen und von viel Leichtigkeit (Lockerheit) geprägt. Die Mimik und Körpersprache der Anwesenden wirkte sehr offen, interessiert und fokussiert. (E2N181023, 4-4)

Ein:e Teilnehmer:in

B3: Und erst dann, erst dann gibt es auch erfolgt durch, dass die Freude, die rüberkommt. Das ist schon mehr eine Streicheleinheit, als man normalerweise am Tag erleben kann.

(E1GDB041023, 47-47)

Auf verbaler Ebene äußern die Teilnehmer:innen ihre Freude und auf non-verbaler Ebene markiert die Mimik, Gestik und Stimmlage die Freude aller Teilnehmer:innen. So steht in den beiden Theatergruppen das miteinander Lachen im Zentrum und die Freude, die alle Beteiligten in der Interaktion erleben, zieht sich durch jede Probe. Teilnehmende genießen es in der Theatergruppe ihre humorvolle Seite uneingeschränkt zeigen zu können und andere zum Lachen zu bringen. Dies führt zu einer harmonischen Stimmung untereinander.

Eine Beobachtung

Diese war daraufhin gespielt bestürzt und scherzte: "Ist ja klar, dass TN7 wieder an die Seite geschoben wird." SPL1, die TN7 half, ihren Sitzplatz zu verändern, erwiderte belustigt: "Einmal bitte alle Mitleid für TN7" Der ganze Raum fängt an zu lachen und die Stimmung ist aufgelockert. (E2R181023, 8-8)

Die Teilnehmer:innen freuen sich über die Übungen und den Input, den sie durch diese bekommen. Es ist die Freude etwas Neues kennenzulernen und die eignen Kompetenzen zu erweitern. Vor allem die Momente, in denen sie Herausforderungen innerhalb des Theaterworkshops meistern, erzeugt eine große Freude bei den Teilnehmer:innen. Diese wird verstärkt, wenn die Teilnehmenden von anderen für ihre Handlungskompetenz Aufmerksamkeit bekommen. Dadurch fühlen sie sich von anderen gesehen und das freut sie sehr.

Ein:e Teilnehmer:in

B4: // Ich habe mich ja auch mit eingebracht, Ich habe mich ja und das finde ich auch ganz wichtig, Das ist auch schön. Mir macht das auch Spaß. Also. Ja, das wollte ich einfach nur von meiner Seite sagen (LACHT) und gut. (E1GDB041023, 28-28)

Eine Beobachtung

Nach der Szene gab es tosenden Szenenapplaus und lobende Worte der Spielleiter:innen, dass eine Szene fertig gespielt wurde. (E2R181023, 12-12)

Zu betonen ist, dass das Gesehenwerden nicht nur während der Theateraufführung, sondern auch innerhalb der Proben, sowohl für die Teilnehmenden wie für die Spielleiter:innen, bedeutungsvoll ist und Freude erzeugt. Die eigene Kreativität und Impulse, die die Teilnehmer:innen von sich aus entwickeln, erzeugen ebenfalls Freude.

Ein:e Teilnehmer:in

B2: Ja. (RÄUSPERN) Ja, ich habe dieses alles zum Ersten Mal gemacht und freue mich, dass das so gut geklappt hat. Und dass alle damit zufrieden waren.

B7: Niedlich.

I1: Wie ist Ihr Gefühl jetzt?

B2: Ja, wenn / Alle haben gesagt, ich hätte das schön gemacht. Und dann freue // ich mich darüber. (E2GDB181223, 68-7)

Wichtige Faktoren für die Freude sind das soziale Eingebunden sein, in dem sie mit den anderen Teilnehmenden interagieren und sich mit der Theatergruppe identifizieren. So erleben sie eine Abwechslung zum Alltag, in der sie miteinander kreativ sein können und sich selbst nicht immer zu ernst nehmen müssen – dadurch kann die humorvolle Seite verstärkt ausgelebt werden. Auch biografische Bezüge, die durch das Theaterspielen erinnert werden, bereiten oftmals freudige Momente. Oftmals verlassen die Teilnehmer:innen nach dem Theaterangebot mit Freude den Raum und nehmen eine Vorfreude auf das nächste Mal mit.

Teilnehmer:innen

B3: Doch, ich freue mich auch schon aufs nächste Mal. (...)

B4: Jo.

B2: Ich auch. (E1041023, 132-134)

Die Vorfreude auf die nächste Probe, zeigt sich auch im Alltag

Teilnehmer:innen

B6: // Eigt/ Ich find es immer sehr schön. Ich habe das ja nicht zum Ersten Mal gemacht. Ich war. Ich weiß. Ich glaube, dreimal waren wir schon hier. Ne. Ja. Und ich finde sie immer sehr schön. Also da muss ich den ganzen Tag von zehren, weil das so schön war.

B3: Kleiner Befreiungsschlag.

11: Ja?

B3: Ja. //

B1: // da war doch (...) und dann denkt man immer noch mal dran. Geht mir auch so. //

B6: // Man kriegt ja nicht immer Besuch, ne. (E2GDB130923, 185-190)

5.2.13.5 Überraschung

Die Spielleitung beschreibt oftmals eine Überraschung ihrerseits darüber, das Teilnehmende über Handlungskompetenzen verfügen, die sie ihnen nicht zutrauen, auch weil sie diese im Alltag oder in anderen Aktivierungsangeboten nicht wahrgenommen haben. Die Spielleiter:innen erleben die Teilnehmer:innen durch die Theaterarbeit auf einer anderen Ebene, die eine andere Wahrnehmung ermöglicht. Auch scheint der Theaterworkshops verborgenen Kompetenzen der Teilnehmenden zu reaktiviert. Dies können unerwartete Bewegungs- oder Sprachkompetenzen sein oder schlagfertiger Humor.

Spielleiter:innen

B3: und dann die Beine richtig weit auseinander gemacht hat und so. so. Die Übung war halt nicht so gut angepasst auf die Fitness der anderen Bewohner:innen halt//

B4: // (LACHT) haha ja das stimmt

B3: //das war überraschend. (LACHT)

B4: Ja, So nachmachen konnte selbst ich das nicht. (LACHT) (E1SPL041023, 38-43)

Im Rahmen der Theateraufführung überrascht der Andrang des Publikums die Teilnehmer:innen. Über den gesamten Verlauf zeigen die Teilnehmer:innen immer wieder eine Steigerung ihrer Handlungskompetenz und Kreativität, worüber diese sich selbst auch wundern.

Ein:e Teilnehmer:in

B10: Wir haben / Wir haben das so lange geübt, dass man jetzt, endlich, endlich die wirklich den Abschluss erleben konnte. Und dann waren wir selber überrascht, wie // gut wir doch waren. (E2181223, 8-8)

5.2.13.6 Stolz

Das Theaterspiel bewirkt, dass einige Teilnehmende eine stolze und aufrechte Haltung einnehmen und sie stolz auf ihre Leistung im Theaterspielen sind. Sie genießen es, dass Blicke der anderen Teilnehmenden, während der Proben oder die des Publikums während der Theateraufführung auf sie gerichtet sind.

Eine Beobachtung

ZTN steht vorne in der Mitte der Bühne und spricht mit Betonung weiterhin ihren Text. Sie hört auch auf Hinweise des Erzählers SPL1 nicht auf zu reden und trägt das was sie zu sagen hat mit Betonung dem Publikum vor. (E2K181223, 10-10)

Die Teilnehmenden genießen es in ihrer Rolle zu sein und es erfüllt sie mit Stolz im Mittelpunkt zu stehen und sich feiern zu lassen.

Eine Beobachtung

ZTN sprach mich an und erklärte, dass sie einer der drei Könige sei, worauf ich entgegnete, dass ich mich sehr geehrt fühle heute dabei sein zu dürfen, Eure Hoheit. Diese Antwort stieß bei den anderen TN*innen auf viel Wohlgefallen. (E2N181023, 4-4)

Eine Teilnehmer:in

B4: Ich bin ein Star. (LACHT) (E2181223, 75-75)

Das Gefühl, Szenen selbstsicher mit den anderen Teilnehmer:innen darbieten zu können und dies als besondere Herausforderung vor einem Publikum, erfüllt ebenfalls viele Teilnehmende mit Stolz. Der Stolz knüpft auch an die biografischen Bezüge der Teilnehmer:innen an, in denen sie im Spielerleben von den früheren Theatererfahrungen und Erfolgen erzählen und sich in diese Situationen erinnernd hineinversetzen.

Ein:e Beobachtung

ZTN kommt auf P1 und mich zu und erzählt stolz, dass die Bilder im Raum auch von ihr gemalt wurden. (E2R181223, 26-26)

Die Zugehörigkeit zu einer Theatergruppe, die gemeinsam ein Theaterstück entwickelt und auf der Bühne einem Publikum vorführt, erzeugt bei allen Teilnehmenden ein Empfinden von stolz auf sich selbst und auf die Gruppe. Sie fühlen sich als Teil eines Theaterensembles und erfahren, dass sie gebraucht werden und eine Funktion erfüllen. Dies ist eine Erfahrung, die mitunter im Alltag einer Pflegeeinrichtung verloren gehen kann.

Ein:e Bezugspfleger:in

Frau (Name TN2) hat das sehr genossen. Also auch dieses Auftreten. Die Darstellung/ hat mich auch gewundert. Also sie ist wirklich darin aufgegangen, hat die Termine stets wahrgenommen, auch obwohl sie Sauerstoff und ein Sauerstoffgerät hatte. (E1BPP061223, 16-16)

Eine Beobachtung

Die Gruppe von Teilnehmenden wird von SPL2 liebevoll als "elitärer Kreis" bezeichnet, der exklusiv auf eine gewisse Teilnehmeranzahl beschränkt ist und in den nicht jeder dazu kommen kann, der das möchte. (E2R181223, 26-26)

5.2.14 Orientiert sein

Viele der Teilnehmer:innen verlieren durch eine auftretende Orientierungslosigkeit im Alltag Sicherheit, wodurch sie auf die Hilfe von außen angewiesen sind. Das Theaterangebot bietet einen Freiraum, in welchem die Bewohner:innen eigenen Impulsen folgen können. Dies führt zu einer Sicherheit seitens der Teilnehmenden, da diese nicht der Regelhaftigkeit des Alltags folgen müssen und freien Assoziationen, unabhängig eines regelgeleiteten Systems oder Logik, folgen können. In diesem eröffneten Freiraum können die Teilnehmer:innen sich auf unspezifisch Bekanntes beziehen, an das sie sich in dem Moment erinnern und orientieren können. Diese Erinnerung können sie selbstbestimmt in das Theaterspielen einbinden. So ist es möglich, dass die Teilnehmer:innen das Theaterspielen für sich individuell interpretieren und umsetzen können, da sie die Möglichkeit haben, eigenen Bedürfnissen und Impulsen zu folgen.

Ein:e Spielleiter:in

B5: ist es ja so das ist ja so, also sie lässt sich motivieren zu der Probe zu kommen und sie ist auch dabei. Heute war sie ein wenig abgelenkt oder war nicht ganz bei der Sache, hatte da auch im Vergleich zu den anderen Proben, wo ich dabei war. (...) Ja mehr Unterstützung auch von außen gebraucht. Bei der letzten Probe, wo ich dabei war, hatte sie auf jeden Fall. (4s) mehr Orientierung, wusste von ihrem Einsatz bei ihrem Gedicht und war auch präsenter bei der Aufführung. (E1SPL291123, 55-55)

Requisiten und Rollen, mit denen sich die Teilnehmer:innen identifizieren können, helfen ihnen in ein Spielgeschehen abzutauchen. Dabei knüpfen die Teilnehmer:innen an bereits erlebte Situationen und Gefühle an, wodurch die gespielten Situationen ausdrucksstärker werden. Dies verstärkt die Kompetenzen und Fähigkeiten der Teilnehmer:innen in dem Theaterspiel. Dabei verliert sich im Theaterangebot der Fokus auf die Einschränkungen der Einzelnen durch Außenstehende, obwohl sich in der Gruppe ein gegenseitiges Verständnis füreinander zunehmend durch jede weitere Probe verstärkt. Einige Teilnehmer:innen vergessen im Alltag, dass sie Teil des Theaterangebot sind. Sobald das Theaterangebot jedoch beginnt, sind die Teilnehmer:innen in dem Moment präsent und können während des Angebotes Bezug auf das Theaterspielen und Theaterangebot nehmen. Es gibt keine Irritation darüber an dem Theaterangebot teilzunehmen, auch kann an Spielerfahrungen der vorherigen Probe angeknüpft werden.

Ein:e Spielleiter:in

Aber grundsätzlich bin ich immer wieder verblüfft darüber, wie auch, als ich hier reinkam, wie die gleich beieinandersaßen, was für eine Stimmung hier war, wo ich dachte, och, ich könnte ja gleich wieder gehen. Nö, also die kommen auch alle gut miteinander aus und unterhalten sich über das Thema. Sie sind rechtzeitig da, sie sind engagiert, sie wollen das. Ich erlebe überhaupt nicht, dass die mit mit Ablehnung oder Ängstlichkeit oder vielleicht also vielleicht schon mal mit/ Dass sie nicht wissen, wenn ich sage wir haben wieder Theater Workshop, dass sie in dem Moment nicht wissen, dass Sie es haben und. Dann erst mal wieder sich erinnern

müssen. Das schon, ne. Aber sobald die in der Situation sind, sind die so präsent und bei der Sache. Also das hätte ich anfangs mir nicht nicht träumen lassen. (E2SPL181023, 11-11)

5.2.15 Biografische Bezüge

Einige Teilnehmer:innen haben bereits Theatererfahrung oder Bühnenerfahrung in ihrer Vergangenheit gemacht, wodurch sie sich selbstsicherer im Theaterraum bewegen und schneller in die Interaktion kommen als die anderen. Andere sind das erste Mal im Theaterkontext und sind anfänglich verunsichert, was sich mit der Zeit auflöst. Vorherige Erfahrung im Theater zu haben ist keine Voraussetzung, um Spielfreude zu empfinden, denn diese gilt für alle Teilnehmer:innen. Spielinhalte oder die äußere Gestaltung dieser kann bei den Teilnehmer:innen Erinnerungen wecken. Viele Teilnehmer:innen haben trotz biografischer Erfahrung des Lampenfiebers beim Theaterspielen, dass Unsicherheit erzeugt, eine sehr hohe Spielfreude und nehmen an der Aufführung teil. Sie können durch ihre biografischen Bezüge an Bewältigungserfahrungen anknüpfen und beziehen diese erworbenen Strategien auf ihre momentane Situation. Das Theaterspielen aktiviert diese biografischen Bezüge und den Teilnehmer:innen ist es möglich, sich in den Spielhandlungen auf noch vorhandene Fähigkeiten und Kompetenzen, die sie trotz Einschränkungen haben, zu beziehen. Im Theaterspiel werden oftmals auch Gefühle durchlebt, die Teilnehmende aus der Vergangenheit kennen und dieses Wiedererleben erhöht die Ausdrucksqualität des Spielmoments.

Eine Beobachtung

TN4 erzählt, dass sie früher immer die Schuhe ihres Vaters putzen musste. Und dass sie sich darüber Kinobesuche verdient habe. Auch die anderen bringen ihre biografischen Erfahrungen mit dem Schuheputzen in die Runde ein. (E2M130923, 45-45)

5.2.16 Wahrnehmung der Teilnehmenden

In den Eigenaussagen zur Wahrnehmung wird von den Teilnehmer:innen zuallererst der Workshop-Raum als sehr sozial und sympathisch wahrgenommen. So wird die Hürde der Teilhabe am Workshop vermehrt als gering eingestuft. Im Wesentlichen schildern die Teilnehmer:innen ein sehr freundliches und am Team orientiertes Miteinander aller Beteiligten. In den Aussagen kommt daher nicht nur die Wahrnehmung in Bezug auf die Interaktion zwischen den Teilnehmer:innen selbst zur Sprache, sondern auch die Interaktion der Teilnehmer:innen während des Auftretens vor und mit dem Publikum. Von einer Teilnehmer:in wird die Wichtigkeit für das Auftreten vor Publikum hervorgehoben, da es dabei zu einer Zusammenfassung aller erprobten Spielszenen und das resonante Erleben einer Aufführung selbst kommt.

Teilnehmer:innen

B6: Ja weißt du was ich auch gut fand? Das Publikum ist auch gut mitgegangen.

B4: Ja und das ist ganz wichtig. Das ist ganz wichtig.

B6: Ja, das fand ich schon wieder ganz besonders schön.

B4: Ne, es war schön.

B2: Weil es ja für uns eine neue Sache ist, ne. Wenn man da perfekt ist und macht das immer, dann ist es / aber so ich habe das zum Ersten Mal gemacht und ne / (...).

(E2GDB181223, 269 – 273)

Weiter nehmen die Teilnehmer:innen wahr, dass sie durch das Improvisieren ihre eigenen Ressourcen aktivieren können. Dies wird unteranderem dadurch bestätigt, dass beim Spielen vor Publikum zwar eine anfängliche Scheu besteht, diese aber schnell ableget werden kann. Der Workshop wird grundsätzlich positiv im Wirken auf die soziale Interaktion (Teilhabe) und den Umgang mit stressigen Momenten durch die Teilnehmenden wahrgenommen. Diese Selbstwahrnehmung der Teilnehmenden wird von den Spielleiter:innen durchweg bestätigt. Dabei liegt die Wahrnehmung der Spielleiter:innen oftmals auf den Bezügen des Alltags und den Unterschieden, die sie in den jeweiligen Kompetenzen und Motivationen der Teilnehmer:innen sehen.

Ein:e Spielleiter:in

Ich habe dann noch Gedanken zu (NAME TN4). Ähm, also gestern/ sie hat so Tage, so Phasen, also morgens ist sie ganz anders. So als wir gestern die Bögen ausgefüllt haben, da hatte sie relativ wenig, ich sag mal Probleme. Ne. Da hat/ so wie ich sie als vom Wesen her erlebe. Ich weiß aber auch, wie sie ist. Wenn sie morgens aus dem Bett geklettert ist, da ist sie ganz anders. Und dann habe ich immer gedacht, habe ich auch. Damit diese Bögen authentisch werden, habe ich versucht, sie daran zu erinnern. Fühlen Sie sich da manchmal dann auch irgendwie falsch am Platz oder was auch immer ich dann gesagt habe? Und meine Idee ist aber, dass dieses Theaterspiel dann ja auch so ein Raum, eine Sicherheit gibt. Also sie spielt gerne Theater, sie sagt auch immer, sie sagt auch häufig dann zwischendurch, wenn es um Theater geht, sagt sie. Wenn ihr mal eine verrückte Alte braucht, dann spiele ich die, ne. Also. Und das erlebe ich im Alltag, dass sie ihren Halt, sie verliert durch die dementielle Veränderung verliert sie ihren Halt. Sie weiß nicht warum, grad morgens. Das wird auch schlimmer werden, also von der Entwicklung her. Sie verliert ihren Halt. Sie weiß nicht, warum sie hier ist. Sie weiß nicht, wo sie ist. Sie weiß nicht, wer die Leute sind. Sie weiß nicht, wer sie hierhergebracht hat, ob das ihre Tochter war. Und wenn man ihr das rational erklärt, ich glaube, das würde ausufern. Dann würde sie am Ende nur noch verwirrter, noch mehr durcheinander sein. Und da schaffe ich, versuche ich ihr schon, einen Raum, einen neuen Raum zu schaffen. An dem Tisch, da ist die Person, da ist die Person. Ihr kennt euch doch schon ganz lange. Er lacht doch immer ganz viel miteinander ein. Im Prinzip im Vertrauten einen neuen Raum, damit sie weiß, wo sie hingehört. Und jetzt komme ich zum Punkt. Theater ist so ein Raum, also das habe ich ganz stark empfunden, wie sie sich hier verhält und wie sie sich im Alltag verhält. Das ist mir so aufgefallen, dass sie da plötzlich ganz sicher wird und weiß, wer sie ist und was sie will. Und ja, wir machen jetzt noch hier noch gehen der Maschine (unv. Undeutlich gesprochen) noch einmal durch und das fand ich sehr beeindruckend. (E2SPL130923, 50 – 50)

Die grundsätzliche positive Wirkung auf die Interaktion, wurde durch die Spielleiter:innen unter anderem an einer veränderten Mimik und einer verbesserten Handlungskompetenz beobachtet. Die Spielleiter:innen vermuten, dass der Theater-Raum für die Entwicklung von Sicherheit und Halt im Erleben der Teilnehmer:innen ausschlaggebend ist. Die verbesserte soziale Interaktion und die Stressbewältigung der Teilnehmer:innen wird von den Spielleiter:innen auch beim Spielen vorm Publikum beobachtet. Einige Spielleiter:innen nehmen zudem bestimmte Probleme in der Gruppendynamik der Teilnehmer:innen wahr. Dazu gehörte das gegenseitige Ablenken bestimmter Teilnehmer:innen, dass zu spät kommen und bestimmte Verpflichtungen aus dem Alltag, wie das Versorgen von Angehörigen innerhalb der Einrichtung. Zusammengefasst nehmen die Spielleiter:innen eine gesteigerte Erinnerungsfähigkeit, einen veränderten Umgang mit dem Thema Demenz und eine Aktivierung von anderen persönlichen Ressourcen wahr. Entscheidend mag hier die Eingrenzung durch

die Beobachtung der Impulsgebung sein. Hier wird von den Spielleiter:innen wahrgenommen, dass ihr Handeln in einem direkten Bezug zur Aktivierung dieser individuellen Ressourcen der Teilnehmenden steht.

5.2.17 Perspektivwechsel

Die Teilnehmer:innen beschreiben einen persönlichen Perspektivwechsel in Bezug auf die Partizipation am Workshop und das damit verbundene soziale Eingebundensein. Unsicher oder zurückhaltende Teilnehmer:innen überwinden durch gegenseitige Empathie und eine lockere Atmosphäre anfängliche Zweifel. So können die Teilnehmer:innen ihre Nervositäten bzw. Anspannungen mittels ihrer Kreativität in eine gesteigerte Handlungskompetenz umwandeln, die sich im Spiel und in den Übungen ausdrückt.

Ein:e Teilnehmer:in

Hm (nachdenklich) Ja, zuerst war ich auch ein bisschen skeptisch mit den manchen Sachen. So mit dem Hut zum Beispiel mal ein Beispiel zu nennen, ist schwierig, mir immer was vorzustellen und so und dann haben / fand ich manche Beiträge von anderen besser, zum Teil als sie / als meine Sachen. Aber ich fand ja dann auch was.

(E1GDB041023, 26 - 26)

Als besonders positiv wird ein Perspektivwechsel in Bezug auf die Gesamtheit des Theaterstückes und der abschließenden Aufführung empfunden. Hier beschreiben die Teilnehmer:innen zum ersten Mal einen vollständigen Blick auf die einzeln einstudierten Stückfragmente bekommen zu haben, der sie sehr positiv überraschte. Die Spielleiter:innen erleben, gerade in Bezug auf ihre Alltagsichten bzw. ihrer Wahrnehmungen gegenüber den Teilnehmenden, einen vermehrten Perspektivwechsel. Dies bezieht sich vor allem auf die zum Teil unerwarteten Aktivierungen von Ressourcen seitens der Teilnehmenden, die sich in einer verbesserten Handlungs- und Kommunikationskompetenzen ausdrückt. Des Weiteren konnte durch die Spielleiter:innen beobachtet werden, dass die Teilnehmer:innen, gerade in Bezug auf das Verständnis von dementiellen Erkrankungen und anderer Einschränkungen der Teilnehmenden untereinander, einen entscheidenden Perspektivwechsel vollzogen haben und so die Toleranz füreinander spürbar verbessert wurde. Die Teilnehmer:innen sind toleranter und fokussieren sich deutlich mehr auf die Stärken der anderen als auf deren Schwächen. Auch schildern die Spielleiter:innen Beispiele eines weniger aggressiven Auftretens einer Teilnehmerin in Bezug auf das nicht gelingen. Auch wird eine verbesserte Kommunikationskompetenz eines anderen Teilnehmers, der sich weicher, also nicht länger diskriminierend zu bestimmten Themen äußert, berichtet. Die Spielleiter:innen beschreiben die Interaktion unter den Teilnehmenden als sehr positiv, die sich in einem verbesserten sozialen Eingebundensein aller Teilnehmenden während des Theaterworkshops ausdrückt. Dazu zählt auch die Teilnahme von bestimmten Bewohner:innen, denen die Spielleiter:innen das Spielen im Theater anfänglich gar nicht zu getraut hatten. Mehrere Spielleiter:innen beschreiben weiter einen Perspektivwechsel ihrerseits in Bezug auf einen möglichen Nutzen des Workshops für den Alltag innerhalb der Einrichtungen und für bestimmte Bewohner:innen. Dazu zählen die Schilderungen der Spielleiter:innen in Bezug auf die Motivation von zum Teil schwer zu motivierenden Bewohner:innen und der Zuwendung der Teilnehmenden auf sich selbst.

Ein:e Spielleiter:in

B2: Ja, genau dieses Verständnis für Menschen mit Demenz? Weil, nun haben ja nicht alle Demenz. Manche sind ja auch einfach nur alt. (LACHEN) Und eine Dame sagte mir dann heute, ach ja noch, genau, dass sie zwei andere nun ansprachen und die wüssten ja gar nicht und hin und her und was nun passiert. Und Vorstellungen. Ich sag mal ja, die haben halt auch beide Demenz. Man merkt das ja nicht direkt, so wie wie bei der, die halt hochgradig dement ist. Wobei man da auch nicht weiß, ob sie einfach nur nicht redet, weil sie keinen Bock hat. Sondern, das sind ja auch so Sachen, den kann man dann halt auch fünfmal erklären, was jetzt passiert und sie vergessen es dann wieder und fragen sechstes Mal. Und ich glaube, auch, dieses Verständnis für Demenz ist schon gewachsen und teilweise. Das denk ich schon.

(E2SPL181223, 24 - 24)

5.2.18 Nutzen und Effekte

Die Spielleiter:innen äußern, dass einer der größten Nutzen und Effekte darin liegt, dass durch den freieren Raum, die Teilnehmenden sich zunehmend trauen aus sich herauszugehen und aus ihren Mustern auszubrechen. Dabei ergibt sich auch die Möglichkeit für die Spielleiter:innen, sich den Teilnehmer:innen und anderen gegenüber von einer neuen Seite zu zeigen als im Pflegekontext. Der Anforderungsdruck, der im Alltag herrscht, wird in dem Raum des Theaterspielens aufgelöst. So entwickelt sich ein Loslösen der eigenen festgesetzten Rollen des Alltags und die Möglichkeit für die Teilnehmer:innen sich in einem anderen Kontext wahrzunehmen.

Teilnehmer:innen

B3: Also ich finde es toll.

B4: Ich finde es auch toll. Also das ist /

B3: Das ist so ein bisschen Sicherheit, die sich da anbindet.

B4: Wir haben beide Spaß dran auch und das, was es ist willkommene Abwechslung

(E1GDB041023, 76-76)

Dies fördert neue Kommunikationsstrukturen und mehr Offenheit und Lockerheit bei allen Beteiligten. Besonders der Aspekt des freien Raums wurde mehrfach als bedeutender Effekt genannt.

Durch die Wertfreiheit des Angebots erleben die Teilnehmer:innen in der Interaktion miteinander Spaß.

Ein:e Teilnehmer:in

Ja, ja, ja. Hat Spaß gemacht. Ich war ein letztes Mal. Ich habe gesagt, es war so befreiend. Man sitzt ja so oft alleine und schweigt vor sich hin. Und dann ist man froh, wenn man mal ein Wort loswerden kann. (E2GDB130923, 104-104)

Dies entsteht durch die Theatergestaltung als Erlebensalternative. Das Durchbrechen von routinierten Denkmustern führt zu einer Eröffnung neuer Begegnungsräume auf einer anderen Ebene, als im Alltag zwischen den Bewohnenden, als auch der Spielleitung während des Theaterangebots. Die Tatsache,

dass gemeinsam auf ein Ziel hingearbeitet wird, mit einer gemeinsamen Vision, schließt in beiden Einrichtungen die Teilnehmenden des Theaterangebots ganzheitlich und schnell zu einer Peer-Group zusammen. Durch das Theaterspielen lernen sich die anfangs fremden Bewohnenden spielerisch mit Spaß kennen und intensivieren ihre Beziehung zueinander. Regelmäßigen Proben bestärken dies. Auch die Spielleiter:innen lernen sich während der Proben untereinander viel besser kennen lernen, als es im stressigen Pflegealltag der Fall sein kann.

Ein:e Spielleiter:in

B2: Das war genau. // Also so die Gedanken, die ich mir noch gemacht habe, weil ich denke, ja, ist es entwickelt sich nicht nur bei den Bewohnern was, sondern auch die Arbeit selber hat ja in der Entwicklung. Auch unsere Zusammenarbeit. Das ist ja auch was ganz Neues für uns beide. Wo ich auch, haben wir auch gerade drüber geredet, wo ich gemerkt habe, in dieser Situation war auch jetzt eine starke Struktur. Und, dass man guckt auch bei den Spielleitern, in dem Fall, dass sich da was öffnet. Das man sich kennenlernt, dass man weiß, wie der andere tickt, um ihn nicht zu stoppen. Aber auch, um sich selber nicht zu stoppen, wenn man vielleicht einen Impuls setzen möchte. Wenn ich sage Komm, da ist doch jetzt was. Dich darauf hinweisen zum Beispiel. Lass uns da mal dran weiterziehen. Aber ich sage mal, das ist ein bisschen Zukunftsmusik. Das muss ich innerhalb der nächsten Runden einfach auch entwickeln, weil das wirkt sich dann wieder positiv auf das Spiel der Leute, // Ja // der Bewohner aus. Kriegen die wieder mehr Möglichkeiten an die Hand. Denk ich so. (E2SPL130923, 43-43)

Die Zugehörigkeit zu einer fest bestehenden Gruppe und Identifikation mit dieser förderte die Selbstwirksamkeitserwartung und das kreative Erleben aller Teilnehmenden.

Ein:e Spielleiter:in

B3: Ähm, ja zum Teil schon. Eine Frau. Die hatte dann zum Beispiel auch vorgeschlagen, wie sieht es denn aus mit der ähm (NACHDENKLICH) Weihnachtsmaus oder mit der Adventsschmaus? Hat dann eben dieses Gedicht dann auch vorgeschlagen. Das hätte ich jetzt heute noch sehr schön gefunden, wenn die auch da gewesen wäre, um eben ähm (VERZÖGERND) eine große Passage von diesem Gedicht vorzutragen, weil sie sich das ja so gewünscht hatte. Also das hätte für sie auch noch mal einen positiven Effekt, so Selbstwirksamkeit. Mensch, Ich habe was dazu beigetragen und ich werde gewertschätzt und gesehen. Meine Ideen werden angenommen, ne (ZUSTIMMEND). Aber das wird im weiteren Verlauf ähm (VERZÖGERND) ja hoffentlich dann nochmal der Fall sein, dass sie das dann mitkriegt und auch selber vortragen kann. Ja. (E1SPL041023, 28-28)

Besonders die Tatsache, dass den Bewohnenden neue Herausforderungen im Theaterkontext gestellt wurden, bei denen sie zu Beginn nicht wussten, ob sie diese meistern würden, führte bei erfolgreicher Bewältigung zu einer enormen Freude und Stolz.

Ein:e Teilnehmer:in

Für uns ist es auch was Neues. Wir machen das so zum ersten Mal mit. Und, da ist das ein bisschen fremd und und und, nicht? // (LACHT) // Wenn man das öfter macht, dann hat man mehr Routine da drin. Wir machen das zum Ersten Mal. (E2GDB181023, 42-42)

Ein:e Spielleiter:in

Die Leute auch ruhig mal herausfordern. Also nicht, Mensch, die ist jetzt 90, öh ne, da machen wir mal so ein bisschen. Sondern die wirklich auch mal herausfordern. (E2181023, 88-88)

Ein ebenfalls großer Effekt zeigte sich in der Aktivierung der Sozialen Tätigkeiten der Teilnehmenden. Wie bereits in der Kategorie "Lebensqualität" beschrieben sieht der Alltag eher schlicht, unter Druck und sehr schematisch aus. Dadurch das dieses Theaterangebot als Dritter Raum gestaltet wurde, entstehen intensivere soziale Kontakte. Das "Sich-Sozial-Ausgegrenzt-Fühlen" wurde daher durch diese Konstellation von den Teilnehmer:innen nicht mehr erwähnt. Die Zugehörigkeit zu der Theatergruppe stellt einen essenziellen Nutzen für die Teilnehmer:innen dar. Im Theaterspiel haben sie eine sinnstiftende Funktion, was das Gefühl erzeugt, gebraucht zu werden und wichtig zu sein. In der Theatergruppe interagieren sie in dem Gestaltungsraum, um etwas Gemeinsames zu machen und zu erreichen. Dies motiviert die Teilnehmer:innen und sie erleben, dass sie stolz auf sich sein können, was ihr Selbstwertgefühl steigert. Im Theaterangebot nehmen die Teilnehmenden ihre Gefühle wahr.

Ein:e Teilnehmer:in

Also ich konnte mich auch gut einbringen und so, so wie ich es natürlich nur kann. Also, ich bin ja mehr so zurückgezogen. Also ich, ich bin kein / jemand, der sehr viel Kontakte hat. Ich bin sehr kontaktarm eigentlich. Im Wohnbereich verstehe ich mich eigentlich soweit ganz gut, aber so mit anderen und so ist es auch schwierig, ne. Weil ich bin eben ganz anders oder so, wollte ich nur sagen. (E1GDB041023, 41-41)

Die Spielleitenden bestätigten die Emotionsregulation. Außerdem äußerten sie, dass es bemerkbar ist, dass erlernte Fähigkeiten und Kompetenzen (wie bspw. Singen, Choreografien und Lernfähigkeiten), in den Alltag übernommen werden können und teilweise auch nachhaltig anhalten. Ein nachhaltiger Transfer der durch die Theaterarbeit ausgebildeten Effekte in den Alltag konnte von den Bezugspflegekräften nur vereinzelt wahrgenommen werden. Jedoch beschreiben sie Effekte, die im Alltag über einen begrenzen, eher kurzen Zeitraum, zum Tragen kamen. So wurde für eine Teilnehmende der Theaterarbeit eine gesteigerte Erinnerungsfähigkeit wahrgenommen. Diese Leistungssteigerung war jedoch nicht von Dauer.

Ein:e Bezugspfleger:in

Sie hatte zwar nach dem/ naja der A/ wie heißt es, nach dem Projekt? Hat ihr Gedächtnis besser funktioniert, war sie etwas aufgeschlossener, was aber auch dann recht schnell wieder in ferner liefen verlief oder dann in den Untergrund bei ihr? (E1BPP061223)

Ein:e Spielleiter:in

Die hat Spielfreude, die, die will das. Man hätte ihr viel mehr, noch mehr an Möglichkeiten geben können. Und das finde ich ganz wichtig, auch als Erfahrung für die Arbeit mitzusagen. Da hast du Leute, die müssen viel tun, also sollen sie auch. Die entwickeln auch viel aus sich heraus, die haben eine Riesenspielfreude und andere, die muss man so ein bisschen aus der Reserve locken. Vielleicht. (...) Und immer, wenn so Interaktionen stattgefunden haben, fand ich total klasse. Also auch zwischen den Bewohnern die Interaktion. (E2SPL130923, 17-17)

Teilnehmer:innen

B6: Ja weißt du, was ich auch gut fand? Das Publikum ist auch gut mitgegangen.

B4: Ja und das ist ganz wichtig. Das ist ganz wichtig.

B6: Ja, das fand ich schon wieder ganz besonders schön.

B4: Ne, es war schön.

B2: Weil es ja für uns eine neue Sache ist, ne. Wenn man da perfekt ist und macht das immer, dann ist es / aber so ich habe das zum Ersten Mal gemacht und ne / (...).

(E2GDB181223, 269 – 273)

Ein:e Teilnehmer:in

12: Was nehmen Sie für sich? Heute?

B2: Die Emotions-Karten finde ich gut, die könnte man ja auch mal so einbauen. // Ja. Auf dem Wohnbereich oder so. // Aufm Wohnbereich

B2: Wenn man mal Traurig ist, gibt man die Happy Karten hin.

B1: Machen Sie mal nach. (LACHEN)

B2: Seien Sie mal happy. Bisschen Fake lachen steigert ja auch Glücksgefühl.

B1: Oder man nimmt einfach einen imaginären Ball. Und / Also vielleicht kann man das ja auch mal in Stresssituationen versuchen anzuwenden. Vielleicht klappt es ja auch. Also bei Frau (Name ZTN10) kann ich mir das sogar vorstellen. Wenn es so auf dem Wohnbereich (.) So richtig // Abgeht, ne? // Ja. Vielleicht. Ausprobieren // Ausprobieren. Wollte ich grad sagen. (E1SPL090823, 88-93)

6 Diskussion

Im Folgenden werden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse sowie das methodische Vorgehen kritisch diskutiert und eingeordnet.

6.1 Diskussion der quantitativen Ergebnisse

Diese Evaluation wurde durchgeführt, um zu untersuchen, ob sich die Lebensqualität der teilnehmenden Bewohner:innen durch Theaterworkshops, die von Pflege- und Betreuungskräften und damit in den Alltag von vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe eingebunden worden sind, verbessert und andererseits, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob diese Theaterworkshops ebenso einen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit und das Wohlbefinden der teilnehmenden Bewohner:innen hat. In die Auswertung des quantitativen Teils der Studie sind Daten von 21 Teilnehmenden in der Interventionsgruppe, elf Teilnehmenden in der Kontrollgruppe, sieben Pflegekräfte bzw. von zwei Spielleitungen eingegangen. Die Analysen zeigten, dass sich weder die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Lebenszufriedenheit noch das Einsamkeitserleben statistisch bedeutsam verändert hat über den Zeitraum der Theaterworkshops. Auch zwischen Interventions- und Kontrollgruppe konnten keine robusten Effekte aufgedeckt werden. Allerdings zeigten sich bei den Analysen einige interessante explorative Ergebnisse, auf die hier näher eingegangen werden soll. Es wird darauf hingewiesen, dass aufgrund der kleinen Stichprobengröße und einer Vielzahl an fehlenden Datenpunkten auf eine profundere Analyse der Ergebnisse (i.S. einer Inferenzstatistik) verzichtet werden muss.

Für die Lebenszufriedenheit lässt sich in der Interventionsgruppe ein leichter Anstieg über den Zeitraum der Theaterworkshops hinweg verzeichnen, während die Lebenszufriedenheit bei der Kontrollgruppe leicht abnimmt. Mittels der EQ-5D-VAS Skala wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperliche Gesundheit) erfasst, die zwar in beiden Gruppen über die Messzeitpunkte hinweg anstieg, allerdings in der Interventionsgruppe höhere Werte und somit eine bessere Gesundheit aufwies. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu bewerten, dass die eigene Gesundheit vor allem bei älteren Menschen einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität darzustellen scheint (Behr et al., 2014; Lützenkirchen, 2013).

Damit einhergehend konnte mithilfe der Smiley-Skala aufgezeigt werden, dass sich die Teilnehmenden der Interventionsgruppe nach den Theaterkursen hinsichtlich ihrer Befindlichkeit tendenziell gut fühlten. In den Ergebnissen des Fragebogen SF-12 wies die Interventionsgruppe zu beiden Messzeitpunkten eine bessere körperliche Gesundheit auf. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde zudem von Pflegekräften fremd eingeschätzt, wobei hier die Einschätzung deutlich positiver ausgefallen ist. Dies steht im Kontrast zu den Ergebnissen von Crespo et al. (2012), die eine positivere Bewertung der eigenen Lebensqualität von Pflegeheimbewohner:innen, im Vergleich zur Fremdeinschätzungen von Angehörigen und Mitarbeitenden, fanden. Deutlich wird, wie essenziell der Einbezug von Menschen mit Demenz bzw. Pflegeheimbewohner:innen ist, obgleich das Aufnehmen verschiedener Perspektiven eine wertvolle Ergänzung darstellt.

Bezüglich der Depressivität zeigten die Teilnehmenden der Kontrollgruppe leicht zunehmende Werte über die Messzeitpunkte hinweg. Im Gegensatz dazu nahmen die Werte bezüglich Depressivität in der Interventionsgruppe über den Verlauf der Theaterworkshops minimal ab. Dies könnte darauf

hinweisen, dass die künstlerischen Interventionen einen tendenziell positiven Effekt bewirkt haben könnten. Die Ergebnisse bezüglich der Ängstlichkeit der Teilnehmenden liefern ähnlich Ergebnisse. Auch hier sanken die Ängstlichkeitswerte in der Interventionsgruppe über beide Messzeitpunkte minimal ab. Das unterstützt den tendenziell positiven Effekt der künstlerischen Interventionen.

Im Allgemeinen befanden sich sowohl die Ängstlichkeitswerte als auch die Depressivitätswerte der teilnehmenden Bewohner:innen im tendenziell unauffälligen Bereich und konnte die hohen Prävalenzen aus anderen Studien nicht bestätigen. Zu betonen ist, dass im Rahmen dieser Evaluation keine klinischen Diagnosen gestellt wurden und Prävalenzunterschiede über Studien hinweg durchaus aufgrund verschiedenster Instrumente und Diagnosekriterien bedingt sein können. Auch die Bedingungen im Pflegeheim können eine Rolle spielen (Creighton et al., 2016; Smalbrugge et al., 2005). Zudem lebten die befragten Bewohner:innen durchschnittlich bereits seit ca. 6,5 bzw. 2 Jahren im Pflegeheim, was ebenfalls zu einem besseren Wohlbefinden führen könnte (Cramer-Ebner et al., 2017), stellt insbesondere der Einzug in ein Pflegeheim einen vulnerablen Zeitpunkt für viele Bewohner:innen dar und wird bspw.. von Einsamkeitserleben begleitet (Plattner et al., 2022).

Zusätzlich wurde das Einbringen eigener Spielideen und das Empfinden des Theaterkurses der Bewohner:innen aus der Interventionsgruppe erhoben. Trotz leichter Schwankungen wurden die Kurse als tendenziell positiv bewertet, was den positiven Effekt der Theaterkurse unterstreichen würde.

6.2 Diskussion der qualitativen Ergebnisse

Die Frage untersuchend, inwieweit Theater bedeutungsvoll für die Lebensqualität der Bewohnenden ist, können aus den qualitativen Ergebnissen folgende Erkenntnisse festgemacht werden.

Die Spielleiter:innen fühlten sich durch die theaterpädagogischen Workshops, die im Vorfeld der Evaluation stattfanden und die Toolbox gut auf die Theaterarbeit in ihren Einrichtungen vorbereitet. Die Auswahl der Teilnehmenden für das Theaterprojekt erfolgte durch die Spielleitungen mittels gezielter Ansprache und in einer Einrichtung zusätzlich durch einen Aushang. Leitend für die Ansprache waren Theatervorerfahrungen, vermutete Freude am Theaterspiel, Beziehungen zwischen den Bewohnenden, antizipierte Kontinuität in der Teilnahme, und der Gedanke, eher zurückgezogenen Teilnehmenden eine soziale Erfahrung zu ermöglichen. Die gezielte Auswahl der Teilnehmenden durch die Spielleitungen könnte dazu geführt haben, dass eher Teilnehmende eingebunden wurden, von denen die Spielleitungen annahmen, dass sie eine große Spielfreude mitbringen oder leichter in Angebote eingebunden werden können. Die könnte einen Einfluss auf die Ergebnisse der Evaluation haben. Von Seiten des Evaluationskonzepts wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Diese erfolgte bewusst, da in der Praxis von Altenpflegeeinrichtungen, Angebote der Aktivierung in der Regel in gleicher Weise an die Teilnehmenden herangetragen werden und zum anderen in der Regel relativ unspezifisch erfolgen. Da die Evaluation nahe an der Praxis erfolgen sollte, haben wir in die Auswahl der Teilnehmenden nicht regelnd eingegriffen, indem wir beispielsweise Ein- und Ausschlusskriterien formuliert haben. Eine Folge davon ist, das obwohl ca. 70 % der Bewohnenden von Pflegeeinrichtungen, Menschen mit Demenz sind, in das Theaterprojekt nur ca. 20% Bewohnenden mit Demenz eingebunden wurden. Dies könnte ein Hinweis sein, dass Pflege- und Betreuungskräfte die möglichen Kompetenzen und Potentiale von Personen mit Demenz unterschätzen und sie seltener in anspruchsvolle und fordernde Aktivierungsangebote eingebunden werden, als es vielleicht möglich ist. Hierauf weisen auch einige Aussagen der Spielleiter:innen hin, beispielsweise das sie von im Theaterspiel gezeigten Kompetenzen überrascht waren, da sie diese den Personen nicht zugetraut hatten.

Sehr deutlich zeigt sich in den Ergebnissen, dass es in der untersuchten Theaterarbeit fünf übergeordnete Aspekte gibt, die für die Wirkung der Theaterarbeit auf die Lebensqualität eine besondere Relevanz aufweisen. Dies sind: 1.) Das der Theaterraum als Freiraum im Sinne eines Dritten Raumes gestaltet ist. 2.) Das mit der Theatermethode Improvisation gearbeitet wird. 3.) Das die Beziehung und Interaktion zwischen Spielleitung und Teilnehmende entscheidend für die erlebte Qualität der Theaterarbeit ist. 4.) Gruppe und Gruppenzugehörigkeit 5.) Das die Aufführung, die Präsentation eines Produktes der gemeinsamen Theaterarbeit vor Publikum als wichtiger Teil der Theatermethode durch die Teilnehmenden angesehen wird.

Die Teilnehmenden heben in den Befragungen wiederholt hervor, dass sie das Theaterspiel als freien Entfaltungsraum erfahren haben und beschreiben, dass sie dies als eine besondere Qualität erlebt haben, da er ihnen ermöglicht, ihre Kompetenzen und Potentiale einzubringen und diese zu entfalten. Zusätzlich haben sie das Empfinden, darüber mehr mit sich selbst in Kontakt zu kommen, sich stärker in ihrer Persönlichkeit entfalten und zugleich neue Kompetenzen ausbilden zu können. Sie erleben den Freiraum Theaterspiel als einen Raum, in dem sie selbstbestimmt und autonom Handeln können und Entscheidungen von ihnen gefordert sind. Der Freiraum, den das Theaterspiel bietet, wurde von den Teilnehmenden kreativ ergriffen, durch ein freies improvisiertes Spiel, Tanzen, Singen etc. Die Erfahrung den Freiraum eigenständig, mit einem hohen Grad an Autonomie ausfüllen zu können, führte in der Studiengruppe zu einem Erleben von Selbstwirksamkeit. Zu vermuten ist, dass sich darüber in der Wiederholung der Erfahrung die Selbstwirksamkeitserfahrung steigert. Ein wesentlicher Faktor dabei ist die motivierende und bestärkende Haltung der Spielleitung.

Die Theaterarbeit bietet den Teilnehmenden über den sogenannten dritten Raum einen Raum in dem sie sich, im Gegensatz zum Alltag, als bedeutungsvoll und wirksam erleben. Diese von den Teilnehmenden aus dem Erleben formulierte Bedeutung schließen an Weidekamp-Maicher (2018) an, dass Autonomie und das Treffen von eigenständigen Entscheidungen wesentliche Faktoren für die Lebensqualität sind. Sowie an die von Lützenkirchen (2013) erarbeiteten Faktoren, dass Mitbestimmung und Mitgestalten wie auch das Vorhandensein von Erfahrungsräumen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben.

Hinsichtlich der von Weidekamp-Maicher (2018) herausgestellten Bedeutung der Autonomie und das eigenständige Treffen von Entscheidungen für Lebensqualität kann in der Evaluation des Theaterprojektes ein direkter Zusammenhang zwischen dem Erleben eigenständig Entscheidungen treffen zu können und dem Gefühl von Autonomie mittels der Theatermethode Improvisation, nachgewiesen werden. Dieser Zusammenhang wird von den Teilnehmenden wiederholt beschrieben. Die Improvisation im Theaterspiel führt zudem dazu, dass sich die Teilnehmenden im Spiel, als gleichberechtige Partner:innen erleben, was sie bestärkt ihre Ideen und Kompetenzen in das Spiel einzubringen. Das Selbsterleben von Handlungskompetenzen hat nach Lützenkirchen (2013) einen positiven Effekt auf die Lebensqualität. In der Folge erfahren sie das Theaterspiel als einen relevanten Handlungsraum, in den sie sich autonom einbringen können und ihre Handlungen / Ideen das gemeinsame Spiel auf bedeutungsvolle Art bereichern. Die Theatermethode Improvisation ermöglicht solche Erfahrungen, da die Teilnehmenden sich nicht an von außen gesetzten Handlungs- und

Spielideen orientieren oder diese erinnern müssen. Stattdessen entwickelt sich das Theaterspiel aus dem gemeinsam interagierenden Spielen und trägt somit zur Entwicklung und Ausbildung einer jeden Spielhandlung bei. Diese Spielprozesse bedingen, dass eine Spielidee und Spielhandlung nicht falsch sein kann. Dieser Zusammenhang wird von den Teilnehmenden des Theaterprojektes der beiden Einrichtungen gleichsam und wiederholt beschrieben. Letztendlich fördern die Teilnehmenden über ihr Theaterspielen auch ihrer eigene Spielkompetenz. Diese Förderung der Spielkompetenz erfolgt, weil das improvisierte Theaterspiel die Teilnehmenden dazu ermutigt, sich experimentell im Sinne der Improvisation ins Spiel einzubringen. Diese freien Spielsituationen werden von den Teilnehmenden mit Freude, Spaß und Humor erlebt. Freude und Spaß stellen hierbei wichtige Faktoren für die Determinanten der Lebensfreude und der Lebensqualität dar. Das improvisierte Spiel fördert daher auch die Kreativität der Teilnehmenden und durch das experimentelle Spielen können sie zudem neue Ressourcen für sich erschließen.

Dies spiegelte auch die Smiley-Skala wider, die ein eher positives Empfinden der Bewohner:innen über die Theaterkurse und die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg aufzeigte. Das Einbringen eigener Spielideen wurde ebenso als eher zutreffend bewertet, wobei dieser Aspekt Mittelwerts-Schwankungen unterlegen war und die Zufriedenheit zu manchen Zeitpunkten eher abnahm. Teilnehmende heben hervor, dass für die Gestaltung und Rahmung des besonderen Freiraums, den das improvisierte Theaterspiel darstellt und der ihnen einen Zugang zu ihren Kompetenzen eröffnet hat, die Haltung und die Interaktionen mit der Spielleitung essenziell seien.

Die Art und Weise wie die Spielleitung mit den Teilnehmenden in Kontakt ist, erzeugt eine Atmosphäre in der sich die einzelnen Teilnehmenden wahrgenommen fühlen. Es ist die Spielleitung, die einen wertfreien Spielraum aufbaut, rahmt und hält und damit die Voraussetzung für ein Gefühl von Sicherheit schafft, welches die Teilnehmer:innen ermächtigt ihre Ideen und Impulse ins Spiel einzubringen. Zudem zeigt sich, dass die Motivation der Spielleitung für das Theaterangebot, Einfluss auf die Motivation und die Spielfreude der Teilnehmenden hat. Andererseits mimt auch die Motivation der Teilnehmenden Einfluss auf die Motivation der Spielleitung. Je höher die Motivation der Teilnehmenden und deren Spielfreude ist, desto motivierte sind die Spielleitungen und desto mehr fordern sie die Teilnehmenden. Dies scheint eine sich gegenseitig bestärkende Motivationsspirale zu sein. Damit einhergehend zeigte die Smiley-Skala beispielsweise zum 3. Messzeitpunkt auf, dass gleichzeitig sowohl das eigene Empfinden als auch das Empfinden des Theaterkurses und das Einbringen eigener Spielideen abnahm und dies somit zusammenhängen könnte.

Teilnehmende fühlten sich motiviert und ernst genommen, wenn die Spielleitung sie forderte und ihnen mehr Kompetenzen zutraute, bei denen sie selbst unsicher waren, ob sie diese ins Theaterprojekt einbringen können. Hierüber konnten die Teilnehmenden ihre Kompetenzwahrnehmung stärken, was sie zum Teil auch mit Stolz erfüllte.

Als eine wichtige Voraussetzung der Spielleitungen, hat sich gezeigt, dass diese möglichst keine eigenen Erwartungen und Vorstellungen an bestimmte Spielsituationen haben sollten. Da Erwartungen der Spielleitung an das, was im Spiel passieren soll oder Erwartungen an die Spieler:innen selbst, von den Teilnehmenden als einschränkend erlebt wurde. Dies führte unter Umständen dazu, dass sich die Teilnehmenden in ihrem Handlungsspielraum eingeschränkt fühlten. Der Handlungsspielraum erweiterte sich indessen, wenn die Spielleitungen eine offene und bejahende Haltung gegenüber den Impulsen bzw. Spielideen der Teilnehmenden einnehmen. Dies war ebenfalls eine Voraussetzung dafür,

dass sich die Teilnehmenden auf Augenhöhe mit den Spielleitungen empfanden. Dies schließt an beschriebene Zusammenhänge aus der Literatur in den obigen Absätzen (Theorie) an.

Gelang es den Spielleitungen Übungen und Anforderungen so zu adaptieren, dass alle Teilnehmenden im Sinne gleichberechtigter Spieler:innen ihre Ideen und Spielhandlungen einbringen konnten, erlebten sich die Teilnehmenden als Handlungskompetent. Zudem führte ein Personzentriertes Anpassen der Anforderungen dazu, dass die zum Teil zurückhaltenden Teilnehmenden sich sicherer fühlten und den Mut fanden in Spielhandlungen zu gehen.

Auf Seiten der Spielleitung bedurfte es Methodensicherheit, um Übungen aus der Toolbox so anzupassen, dass die individuellen Bedürfnisse und Einschränkungen aller Teilnehmenden berücksichtigt werden konnten. Dies betraf beispielsweise Adaptionen für mobilitätseingeschränkte Personen, Teilnehmende mit Seh-, Sprach- und Kommunikationseinschränkungen, sowie für Menschen mit kognitiven Veränderungen im Alter. Gelang diese Anpassung aufgrund guter Vorbereitung und situativer Methodenkompetenz konnten sich alle Teilnehmenden mit der nötigen Sicherheit am Spielgeschehen beteiligen und auch eigene Spielideen in das Theaterspiel einbringen. Dies unterstützte, dass die Teilnehmenden sich als Gruppe empfanden und förderte die Ausbildung einer erweiterten Handlungskompetenz. Ein weiterer Effekt einer sicheren Rahmung durch die Spielleitungen war, dass Teilnehmenden sich trauten, aus ihren Alltagsmustern auszubrechen und das Theaterspielen als experimentellen Freiraum zu nutzen. Dabei erlebten die Teilnehmenden diesen Freiraum bewusst.

Sehr deutlich zeigte sich, dass das Theaterprojekt dazu führte, dass sich Teilnehmende als Teil einer Gruppe empfanden und dass sich gerade diese Gruppenerfahrung, im hohen Maße von der Alltagserfahrung im Pflegeheim unterschied. So äußerten die Teilnehmenden weiter, dass sie über das Theaterprojekt andere Menschen in der Einrichtung kennengelernt haben, obwohl sie zum Teil schon länger miteinander in derselben Einrichtung leben würden. Im Alltag erleben sie daher selten einen substanziellen Kontakt zu anderen Bewohnenden. Für Bewohnende von Pflegeeinrichtungen ist es im Alltag mitunter schwer, Bekanntschaften zu schließen. Dies stellt eine große Gefahr dar, sich Einsam zu empfinden, dies beschreiben unter anderem Plattner et al. (2022) und (Behr et al., 2014). Sich einer sozialen Gruppe zugehörig zu empfinden hat einen positiven Effekt auf das Einsamkeitsempfinden des Menschen in Pflegeeinrichtungen und ist ein wesentlicher Faktor für die Determinante der Lebensqualität. Dieser Effekt der Theaterarbeit in Pflegeeinrichtungen ist hinsichtlich einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität von großer Bedeutung, da hier die negativen gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit, wie u.a. erhöhtes Risiko für koronale Herzerkrankungen, Schlaganfall, Depressionen in den Blick genommen werden(Plattner et al., 2022; Valtorta et al., 2020). Die quantitativen Analysen erlauben hier leider aufgrund der geringen Datendichte keine verlässlichen Aussagen. Nichtsdestotrotz sollte in zukünftigen Studien das subjektive Einsamkeitsbefinden weiter erhoben werden, um diesen Risikofaktor frühzeitig zu erkennen.

Faktoren, die unterstützen, dass sich die Teilnehmenden als Teil der Theatergruppe und damit als sozial eingebunden fühlen, sind ein achtsamer Umgang der Spielleitung mit den Teilnehmenden, in dem sie die Teilnehmenden mit ihren individuellen Kompetenzen wahrgenommen, den Raum zum Ausleben bereitgestellt, sie darin gefordert und gefördert werden, diese in das Spiel einzubringen. Ferner ist die durch die Spielleitung erfahrene Wertschätzung von großer Bedeutung. Gleichermaßen wichtig war

der achtsame und wertschätzende Umgang der Teilnehmenden untereinander. Dies führte zu einem Erleben, unabhängig der individuellen Kompetenzen, gleichberechtigt im Spielraum agieren zu können. Ein sich in der Gruppe aufgehoben fühlen verstärkte die Identifikation mit der Theatergruppe. Ein Effekt der sich über den Projektverlauf zunehmend verstärkte. Was dafür spricht, dass Theaterangebote eher langfristig und regelmäßig wiederholt angeboten werden sollten.

Das gemeinsame Spiel führte zu Interaktionen auf vielfältigen Ebenen, so dass auch sprachlich eingeschränkte Teilnehmende in gleichberechtigte Interaktionsprozesse eingebunden waren. Dadurch nahmen sich die Teilnehmenden gegenseitig mehr war, als dies im Alltag der Pflegeeinrichtung üblich ist. Die gesteigerte gegenseitige Wahrnehmung verstärkte das Interesse aneinander und führte darüber zu einer Intensivierung der wechselseitigen Beziehung.

Als weitere wichtige Faktoren zeigten sich die Bedeutung gemeinsam an einer Sache zu arbeiten und gebraucht zu werden. Ein gemeinsames Theaterspiel ist nur möglich, in dem sich die Teilnehmenden einbringen, und zwar in interagierender Weise. Die Improvisation als Theaterspielform unterstützt dies, da sie den Teilnehmenden ermöglicht, sich mit ihren eigenen Ideen einzubringen, da sie keine von außen definierten Spielmomente erfüllen müssen.

Das Gefühl als Gruppe an einer gemeinsamen Sache zu arbeiten und gebraucht zu sein, wurde sehr stark durch die Theateraufführung vor Publikum am Ende des Projektzeitraums gestärkt. Zudem erlebten die Teilnehmenden, während der Aufführung 'vor Publikum, dass sie mit ihren Kompetenzen gesehen werden. Eine Erfahrung, die sie im Alltag der Pflegeeinrichtung nur sehr selten machen. Da sie im Alltag der Pflegeeinrichtung vor allem als Pflege- und Hilfeleistungsempfangene wahrgenommen werden.

Das Aufführen des selbst entwickelten Theaterstücks vor Publikum war für die Teilnehmenden bedeutungsvoll. Nicht nur, dass sie in der Theaterarbeit auf ein Ziel hingearbeitet haben für das sie sich über das Theaterangebot hinaus engagierten, indem sie sich auch außerhalb des Theaterprojektes mit diesem auseinandersetzten. Beispielsweise sich Gedanken zu Kostümen, Bühnenbild oder Ähnlichem machten oder gar an diesen arbeiteten. Mit der Aufführung wurden Bedenken und Ängste überwunden. Der Applaus des Publikums hat die Menschen in ihrer Selbstwertschätzung gestärkt, da einzelne Teilnehmer:innen im Schutz der Gruppe als Leistungsträger wahrgenommen und ihnen dies mit dem Applaus auf einer ihnen zugänglichen Ebene in Form einer Resonanz gezeigt wurde. Die Bedeutung von Aufführungen vor Publikum wird auch von Höhn et al. (2023) herausgearbeitet.

Der Aspekt des *Gesehen werdens* wurde während und nach der Aufführung durch das Publikum aus Angehörigen, anwesenden Pflege- und Betreuungskräfte von den Teilnehmenden nicht nur bei der Theateraufführung, sondern auch während der Proben erlebt. In den Proben erhielten sie bestärkende Rückmeldungen von der Spielleitung und den Mitspielenden zu ihren Spielhandlungen und Spielideen. Diese bestärkenden Rückmeldungen hatten zu Folge, dass die Teilnehmenden auflebten, ihre Spielfreude verstärkt wurde und erfüllte sie mit Stolz und Freude.

Auch gab es Momente des Scheiterns, weil Aufgaben oder eigene Ideen von Teilnehmenden nicht umgesetzt werden konnten. Fast immer konnte die Gruppe solche Situationen durch Empathie auffangen werden. Zudem stellte sich die Gruppe oftmals motivierend an die Seite der jeweiligen Teilnehmenden. Dadurch konnten diese Momente mit der Unterstützung der Gruppe und der

Spielleitung in eine positive Erfahrung gewandelt werden. In der Folge gingen die Teilnehmenden gestärkt aus dem Theaterworkshop heraus.

Die Lebenszufriedenheit von Menschen in Pflegeeinrichtungen wird vorrangig an sieben Faktoren festgemacht. Für die Evaluation sind dafür die folgenden vier Faktoren von besonderer Relevanz: 1) Die Soziale Interaktion und Beziehungen, 2) Die Psychische Gesundheit, 3) Die Autonomie und Selbstbestimmung, sowie die 4) Aktivitäten und Beschäftigungen.

Im Rahmen des Theaterprojekts konnten soziale Interaktionen und Beziehungen gestärkt werden. Die Teilnehmenden haben das Theaterprojekt genutzt, um sich mit ihren Möglichkeiten in die Gruppe einzubringen und gingen darüber mit den anderen Teilnehmenden in Interaktion. Darüber lernten sie Mitbewohnende kennen, die sie zuvor nicht kannten oder lernten diese besser kennen. Über das gemeinsame Spiel und dem Verfolgen eines gemeinsamen Zieles bildeten sich Beziehungen zwischen den Teilnehmenden aus. Dies führte über den Projektverlauf zu der Erfahrung in eine soziale Gruppe eingebunden zu sein.

Die Mitgestaltung und Entwicklung eines Theaterstücks und die Aufführung mit Publikumsresonanz führte zu der Erfahrung etwas Wertvolles für die Gemeinschaft zu leisten und zum Gefühl des Stolzes. Die Erfahrung Ängste überwunden und Herausforderungen bewältigt zu haben sowie sich als Handlungskompetent zu erleben, kann einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserfahrung und damit einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Das in der Theaterarbeit erfahrene Zugehörigkeitsgefühl kann das Gefühl von Einsamkeit abmildern. Wurden im Theaterspiel biografische Erfahrungen angesprochen, konnten die Teilnehmenden leichter auf diese zurückgreifen. Bei Menschen mit Demenz wurden darüber Momente der Orientierung geweckt.

Das improvisierte Theaterspiel ermöglicht es den Teilnehmenden kreative Entscheidungen treffen zu können, Selbstbestimmt zu Handeln und Handlungskompetenzen durch die empathischen Interaktionen innerhalb der Gruppe für sich zu stärken. Damit bietet die Theaterarbeit dem Teilnehmenden die Erfahrung von Autonomie und Selbstbestimmung und trägt darüber zu einer möglichen Steigerung der Lebensqualität bei.

Aktivitäten und Beschäftigungen wurden während des Theaterprojekt nicht nur während der Zeiten des Theaterworkshops verwirklicht, sondern wurden beispielsweise auch durch die Auseinandersetzung mit Sprechpassagen oder dem Gestalten von Kostümen, in den Alltag mitgenommen und führte auch dort zu neuen selbstbestimmten Beschäftigungen. Sodass über die Theaterarbeit auch dieser Faktor der Lebensqualität positiv gestärkt wird.

Die vier für künstlerische Aktivitäten relevanten Faktoren der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit werden durch die Theaterarbeit gestärkt. Das Theaterprojekt "Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz" hat einen positiven Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Bewohnenden von Altenpflegeeinrichtungen.

Der Profit des Projektevorhabens für die Spielleitungen war, dass sie über das Theaterspielen einen engeren Kontakt zu den Bewohnenden herstellen und diese durch das gemeinsame Spiel intensiver kennenlernen konnten. Im gemeinsamen Theaterspiel konnten die Spielleiter:innen bei den Teilnehmenden mehr Kompetenzen wahrnehmen als zuvor. Darüber hat sich zum Teil die Perspektive und das Bild der Spielleitungen von einzelnen Bewohnenden über den Projektzeitraum gewandelt. Die Freude am gemeinsamen Theaterspielen und die Möglichkeiten das Angebot kreativ und situativ gestalten zu können führte bei den Spielleiter:innen zu einer größeren Identifikation mit dem Theaterangebot. Dies führte zu einer höheren Arbeitszufriedenheit durch das Theaterangebot seitens der Spielleitung. Als belastend hingegen wurde die evaluationsbedingte Mehrarbeit durch Fragebögen und die geführten Interviews erlebt. Diese hatte einen negativ erlebten Einfluss auf die Zufriedenheit der Spielleitung. Damit einhergehend zeigte sich ein relativ geringer Rücklauf an Fragebögen durch die Pflegekräfte und Spielleitung über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg.

Die Besonderheit des Projektes "Demenz bewegt Theater bewegt Demenz", war, dass Pflege- und Betreuungskräfte theaterpädagogisch von einer Theaterpädagogischen Fachkraft geschult wurden und die Umsetzung von diesem Personenkreis durchgeführt wurde. Es zeigt sich, dass bei einer guten Weiterbildung von Pflege- und Betreuungskräfte die gesundheitsbezogene Lebensqualität steigernde Theaterarbeit in Altenpflegeeinrichtungen etabliert werden kann, da die Mitarbeitenden aus der Betreuung bereits in den Altenpflegeeinrichtungen beschäftigt sind und u.a. Gruppenaktivitäten durchführen. Für die Etablierung der Theaterarbeit bräuchte es daher kein zusätzliches Personal.

Aufgrund der Teilnehmendenstruktur, in der lediglich vier Personen von Demenz betroffen waren, kann nur bedingt eine Aussage hinsichtlich der Personengruppe Menschen mit Demenz gemacht werden, da nur der kleinere Anteil der Teilnehmenden von Demenz betroffen war. Die vier Personen mit Demenz konnten im Rahmen des Projektes gut eingebunden werden und haben gleichermaßen vom Theaterprojekt profitiert.

6.3 Quantitative methodische Diskussion

Positiv hervorzuheben sind die unterschiedlichen Messzeitpunkte, an welchen Fragebogendaten erhoben worden sind (Vorerhebung, nach dem jeweiligen 1., 4., 7., 10., 13. und 15. Theaterkurs sowie eine Follow-Up Erhebung nach ca. vier Wochen), die eine evaluative Begleitung über einen längeren Zeitraum und somit die Untersuchung eines zeitlichen Verlaufs ermöglichten (i.S. einer formativen Evaluation). Dieser Vortest-Nachtest-Follow-Up-Vergleichsgruppen-Plan (Prä-Post-Messung) sollte einen besonders hohen Erklärungswert ermöglichen. Zudem führten die verschiedenen befragten Personengruppen (Bewohner:innen der Kontroll- und Interventionsgruppe, Spielleitung und Pflegekräfte) zur Einbeziehung unterschiedlicher und wertvoller Blickwinkel und Perspektiven. Zudem erlaubt das Studiendesign durch das Inkludieren einer Kontrollgruppe zusätzlich zu den Interventionsgruppe, das Kontrollieren möglicher konfundierender Faktoren (bspw. externer Effekte) auf die untersuchten Zusammenhänge.

Die Variation an herangezogenen Instrumenten sollte zudem eine Möglichkeit bieten, ein breit definiertes Konstrukt wie, die Lebensqualität oder das allgemeine Wohlbefinden, mittels verschiedener Herangehensweisen zu erfassen. Mithilfe der unterschiedlichen Instrumente sollte allen

Bewohner:innen eine Teilnahme ermöglicht werden. So waren einige Fragebögen speziell auf geriatrische Stichproben oder Personen mit Demenz zugeschnitten, während andere Fragebögen mittels visueller Skalen eine einfache Handhabung ermöglichten.

Die Geschlechter-Zusammensetzung der befragten Bewohner:innen in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen entspricht in etwa der allgemeinen Bewohnenden-Struktur in Pflegeheimen in Deutschland. Analog zu unserer überwiegend weiblichen befragten Stichprobe, leben ebenfalls grundsätzlich mehr Frauen in Pflegeheimen, im Vergleich zu männlichen Bewohnenden (Statistisches Bundesamt Destatis, 2024).

Jedoch traten ebenso methodische Herausforderungen und limitierende Faktoren der Evaluation auf, auf welche im Folgenden kurz eingegangen werden soll. Viele der methodischen Herausforderungen machten deutlich, dass weitere Ressourcen unabdingbar sind, um im ohnehin schon meist fordernden und zeitlich eng getakteten pflegerischen Alltag, Bausteine künstlerisch orientierte Angebote, wie die hier durchgeführten Theaterkurse mit begleitenden Evaluationen durchzuführen. Daher plante das Forscher:innenteam explorativ zusätzlich das chronische Stresserleben bzw. die Arbeitsplatzgestaltung der Pflegekräfte in die Analysen mit einfließen zu lassen.

Zudem kam es zu Verzögerungen und kurzfristigen Veränderungen im zeitlichen Ablauf. So starteten die Erhebungen statt im April 2023, im August bzw. September 2023. Die Kontrollgruppe wurde im Oktober 2023 erstbefragt. Zudem erfolgte die erste Fragebogenerhebung der Interventionsgruppe eines Hauses erst nach Beginn des ersten Theaterkurses. Hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass die ersten Theaterspielerfahrungen einen Einfluss auf die Fragebogendaten genommen haben. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass diese ersten Erfahrungen weniger Einfluss auf die Personen genommen haben, im Vergleich zu den insgesamt 15 Theaterspielterminen. In einer der teilnehmenden Einrichtung der Interventionsgruppe fielen Messzeitpunkt 4 und 5 gänzlich aus, so dass hier leider keine Daten vorliegen. In einem weiteren teilnehmenden Haus der Interventionsgruppe fiel Messzeitpunkt 3 aus bzw. konnten die Kodierungen nicht zugeordnet werden. Zudem fand der 4. Messzeitpunkt in diesem Haus erst nach dem 11. Theaterkurs, nicht wie geplant nach dem 10. Theaterkurs, statt.

Deutlich wurde ebenso, dass viele Bewohnende Assistenzbedarf bei der Beantwortung der Fragebögen hatten, was jedoch nicht durchgehend kenntlich gemacht wurde und potenzielle Effekte dadurch nicht abschließend zu klären sind. Im Verlauf der Untersuchung wurde die Unterstützung von unterschiedlichen Stellen und Personen geleistet. Zum Teil kam es zu suggestiven Beeinflussungen der Teilnehmenden, die vermutlich keinen die Studie manipulierendes Ziel hatten. Die Ursache lag eher im Zeitdruck, unter dem die Mitarbeitenden in ihrem Alltag stehen und versucht wurde, die Beantwortung der Fragen durch die Bewohnenden zu beschleunigen. Grund hierfür war, dass die Unterstützung aufwendiger war als zunächst gedacht.

Auch waren einige Fragen für manche der Teilnehmenden nicht oder nur schwer verständlich. So dass die Fragen womöglich nicht entsprechend dem eigenen Erleben beantwortet werden konnten. Wurden die Fragen in der Assistenz in einfache Sprache überführt, konnten die Teilnehmenden sie zumeist situativ selbständig beantworten. Leider kam es zudem zu einem Übertragungsfehlers eines Items des HADS-D Fragebogens zum 1. Messzeitpunkt, dessen betroffene Subskala nicht ausgewertet wurde, um potenzielle Antwort-Verfälschungen zu umgehen. Gegenstand zukünftiger Forschung könnte die

Entwicklung weiterer Instrumente sein, die im Speziellen an die Bedürfnisse geriatrischer Stichproben bzw. von Pflegeheimbewohnenden angepasst sind und für zukünftige Evaluationen künstlerischer Interventionen in Institutionen der Altenhilfe herangezogen werden könnten.

Die Kontinuität der teilnehmenden Bewohner:innen gestaltete sich als sehr unterschiedlich über die Häuser hinweg, wie Tabelle 6 verdeutlicht. Daher konnten lediglich eingeschränkte Ergebnisinterpretationen über zeitliche Verläufe getroffen werden. Zudem erschwerten uneinheitliche Kodierungen der Fragebögen die korrekte Zuordnung der Personendaten über die Zeiträume hinweg. Tabelle 6 zeigt lediglich die Fragebögen auf, die eindeutig über die Erhebungszeitpunkte hinweg einer/m Bewohner:in zugeordnet werden konnten.

Tabelle 6. Kontinuität der Teilnahme in den Interventionsgruppen an den quantiativen Befragungen

		0 11	'	0 0		
Einrichtung 1 (12 teilnehmende Bewohenr:innen)						
Teilnahme an 6 MZP	Teilnahme an 5 MZP	Teilnahme an 4 MZP	Teilnahme an 3 MZP	Teilnahme an 2 MZP	Teilnahme an 1 MZP	
0 TN	0 TN	3 TN	5 TN	2 TN	2 TN	
Einrichtung 2 (9 teilnehmende Bewohner:innen)						
Teilnahme an 6 MZP	Teilnahme an 5 MZP	Teilnahme an 4 MZP	Teilnahme an 3 MZP	Teilnahme an 2 MZP	Teilnahme an 1 MZP	
0 TN	6 TN	3 TN	0 TN	0 TN	0 TN	

Hinweis: MZP = Messzeitpunkt; TN = Teilnehmer:innen

Ähnliche Problematiken traten zudem in einem Haus der Interventionsgruppe auf, in welchem Schwierigkeiten bestanden, Pflegekräfte für die Erhebung zu gewinnen. Vereinzelt nahmen Personen gleichzeitig als Spielleitung und als Pflegekraft teil. Die entsprechend doppelten Daten wurden nicht in die Analysen eingeschlossen.

6.4 Qualitative methodische Diskussion

Die Güte einer qualitativen Studie hängt von dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial und der methodischen Durchführung ab. Für die Bewertung der Güte qualitativer Studien liegen keine einheitlichen Kriterien vor, da qualitative Studien nur beschränkt standardisierbar sind. Steinke schlägt daher breit gefasste Kernkriterien vor, die untersuchungsspezifisch – je nach Fragestellung, Gegenstand und verwendeter Methode – konkretisiert, modifiziert oder ergänzt werden sollten (Steinke, 2008). Die von Steinke (2008) formulierten Kernkriterien sind: Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses, Empirische Verankerung, Limitation, Kohärenz, Relevanz und Reflektierte Subjektivität. Wir halten diese Kriterien für geeignet, die qualitativen Ergebnisse unserer Evaluation einzuschätzen.

An den qualitativen Teil der Untersuchung kann, bedingt durch die Form der Datenerhebung mittels Gruppendiskussion, narrativen Gruppeninterview und Leitfadengestütztes Interview, kein Anspruch einer intersubjektiven Überprüfbarkeit erhoben werden, jedoch muss diese nachvollziehbar sein. Die umfassende Dokumentation des Forschungsprozesses ermöglicht einen vollständigen Nachvollzug der Datenerhebung. Die Dokumentation des Forschungsprozesses umfasst die Dokumentation des Vorverständnisses, aus dem die expliziten und impliziten Erwartungen resultieren, die Dokumentation der Erhebungsmethoden, des Erhebungskontextes und des Untersuchungsverlaufs und die Dokumentation der Auswertungsmethoden und der Auswertung. Die Durchführung der Evaluation wurde durchgängig nachvollziehbar gestaltet.

Die vorliegende Evaluation folgt methodisch den theoretischen Vorannahmen, die den Forschungsgegenstand hinreichend begründen und bedient sich Forschungsmethoden, die mit der summativen Evaluationsforschung in Übereinstimmung stehen. Damit erfüllt sie die Anforderungen der Gegenstandsangemessenheit der Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie die Indikation (Angemessenheit) des gesamten wissenschaftlichen Evaluationsprozesses. Die im qualitativen Teil gewonnenen Erkenntnisse wurden dicht an den erhobenen Daten und aufgrund systematischer Datenanalyse entwickelt. Die Verwendung kodifizierter Methoden erlaubte eine empirische Verankerung der theoretischen Vorkenntnisse und ermöglichte das Generieren neuer, noch unbekannter Erkenntnisse.

Aufgrund der Feldzusammensetzung, welche nicht die durchschnittliche Bewohnendenstruktur von Altenpflegeeinrichtungen widerspiegelt, kann bezogen auf Bewohnende mit Demenz nur eine eingeschränkte Aussage getroffen werden. Andererseits richten sich Aktivierungsangebote in Pflegeheimen an alle Bewohnenden und die Zusammensetzung der Teilnehmenden ist in der Praxis different, sodass eine Aussage zu Bewohnenden von Pflegeeinrichtungen getroffen werden kann, unabhängig vom Vorliegen einer Demenzdiagnose. Hinsichtlich der Lebensqualität können aus den qualitativen Daten Erkenntnisse abgeleitet werden, die sich fast ausschließlich auf die Zeit der Teilnahme beziehen. Eine Übertragung in den Alltag der Teilnehmenden ist kaum möglich.

Im qualitativen Teil der Evaluierung basiert die Datenerhebung auf den Erfahrungen der teilnehmenden Bewohner:innen, den Erfahrungen und Beobachtungen der Spielleitungen, den Wahrnehmungen der Bezugspflegekräfte und wiederholter passiver Beobachtung durch die Forschenden. Damit scheint ein umfassendes Bild von den Prozessen und Mechanismen des Theaterangebots gezeichnet zu werden. Hinsichtlich der Teilnehmenden-Erfahrung, und der Beobachtung erfolgte die Datenerhebung je Einrichtung an drei Messzeitpunkten (Beginn, Mitte und Ende). Die Befragung der Spielleiter:innen erfolgte an vier Meszeitpunkten (Vorerhebung, Beginn, Mitte und Ende) des Projektzeitraumes. Die Befragung der Bezugspflegekräfte erfolgte an zwei Messzeitpunkten (Vorerhebung und nach Abschluss) des Projektzeitraumes. Damit spiegeln die Daten nicht den gesamten Projektverlauf lückenlos wider. Jedoch zeigen die Evaluationsergebnisse, aufgrund der gezielten Platzierung, ein ausreichend umfassendes Bild des Prozesses, der sich in den Theaterangeboten vollzogen hat.

Die Datenerhebung und Auswertung erfolgt unabhängig voneinander durch zwei Personen aus dem Forschungsteam. Hinsichtlich der Beobachtung wurden die Beobachtungsprotokolle als Gedächtnisprotokolle unabhängig voneinander verfasst, ohne dass sich die Forschenden zuvor in einen Austausch über ihre Wahrnehmungen gegangen sind. Beide Protokolle flossen in die Auswertung ein. Da es im Verlauf des Projektes immer wieder auch zu sehr kurzfristige Terminverschiebungen von Seiten der Einrichtungen gekommen ist, betraf dies auch Beobachtungstermine. In einem Fall hatte dies zur Folge das die Beobachtung nur von einer Beobachter:in durchgeführt werden konnte. Diese Daten konnten nicht einem intersubjektiven Abgleich unterzogen werden, wurden jedoch trotzdem in die Auswertung einbezogen.

Die Gruppendiskussion mit den Bezugspflegekräften wies zwei Problematiken auf. In einer der Interventionseinrichtungen konnte, aufgrund eines Kommunikationsfehlers von Seiten der Institution, die Gruppendiskussion zum Messzeitpunkt 0 (Vorerhebung) erst einige Tage nach Beginn des ersten Theaterworkshops geführt werden. Die Perspektive der Leitfragen war zwar auf die letzten drei Wochen gerichtet, aber in den Antworten flossen bereits Erfahrungen aus dem ersten Workshop ein. Diese Aussagen wurden aus den Auswertungsdaten exkludiert und nur die Aussagen eingeschlossen, die sich eindeutig auf die Zeit vor dem Theaterworkshop bezogen. In der Zweiten Interventionseinrichtung nahmen zum Messzeitpunkt 0 und 6 zum Teil nicht die gleichen Bezugspflegekräfte teil, sodass die Aussagen zu einzelnen Bewohnenden von den Interindividuellen

Unterschieden in der Bewohnendenwahrnehmung geprägt waren. Dies wurde versucht auszugleichen, indem zum 6. Messzeitpunkt nicht nur die aktuelle Wahrnehmung erfragt wurde, sondern auch eine Beschreibung wahrgenommener Veränderungen. Die Problematik einer Abfrage von Veränderungen ist, dass sie eine positive Beschreibung von Veränderung suggeriert.

Jedoch hat die Methodik Gruppendiskussion hier eine korrigierende Funktion, da die Beschreibung zu einzelnen Teilnehmenden nicht auf Einzelaussagen beruhen, sondern im Team der Bezugspflegekräfte diskutiert wurde. Zum anderen wurden in der Auswertung Aussagen von Bezugspflegekräften, die nur am zweiten Messzeitpunkt beteiligt waren, geringer gewichtet.

Die Kontinuität der Teilnahme war in den beiden Einrichtungen unterschiedlich. Während in einer Einrichtung die kontinuierliche Teilnahme gegeben war, war diese in der anderen Einrichtung nur bedingt gegeben. Siehe Tabelle 7 zur kontinuierlichen Teilnahme zu den drei Beobachtungsterminen.

Tabelle 7. Kontinuität der Teilnahme zu den Beobachtungsterminen.

Einrichtung 1						
Teilnahme an 3	Teilnahme an 2	Teilnahme an 1	Keine Teilnahme			
Beobachtungsterminen	Beobachtungsterminen	Beobachtungstermin				
1 TN	7 TN	1 TN	1 TN			
Einrichtung 2						
Teilnahme an 3	Teilnahme an 2	Teilnahme an 1	Keine Teilnahme			
Beobachtungsterminen	Beobachtungsterminen	Beobachtungstermin				
8 TN	0 TN	1 TN	1 TN			

Hinweis: TN = Teilnehmer.

Dies hatte Einfluss sowohl auf die Beobachtung als auch auf das Gruppeninterview mit den Teilnehmenden, da nicht für alle Teilnehmenden ein kontinuierlicher Verlauf beschrieben werden konnte. Andererseits war in den Gruppeninterviews zumeist ein enger Bezug zum jeweiligen Workshop gegeben, so dass die Aussagen zu den Erfahrungen des aktuell erlebten Workshops uneingeschränkt genutzt werden konnten.

Die einzelnen Workshoptage waren in beiden Institutionen von Termin zu Termin unterschiedlich gestaltet. In einer Institution wurden die einzelnen Theaterworkshops von unterschiedlichen Spielleiterinnen durchgeführt, was zu einer hohen Varianz der Workshopgestaltung führte. Obgleich die Workshops jeweils unterschiedlich aufgebaut und gestaltet waren, konnten trotz eingeschränkter Kontinuität und Gestaltungsvarianz, qualitative Beobachtungen zur Intensität des Theaterspiels und zu theatermethodischen Zusammenhängen beobachtet und dokumentiert werden.

Zudem stellt Diskontinuität in Angeboten der Altenhilfe *Normalität* dar. Das Ziel der Evaluation war ein Untersuchen von Theaterarbeit unter realen Alltagsbedingungen. Die gewonnenen Erkenntnisse weisen Kohärenz auf, da sie an die theoretischen Erkenntnisse aus Studien und Erfahrungsberichten anschließen. Die von uns beschriebenen Aspekte verweisen auf Effekte und zeigen Kriterien auf, die Grundlage für ein Initiieren und Umsetzen Theaterpädagogischer Angebote in Pflegeheimen ist, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität stärken. Die fundierten Ergebnisse der Untersuchung können dazu beitragen, dass das die Lebensqualität fördernde Potenzial theaterpädagogischer Angebote in Institutionen der Altenhilfe etabliert wird. Da mit dem Einzug in ein Pflegeheim die gesundheitsbezogene Lebensqualität bedroht ist, haben die Theaterangebote eine hohe Relevanz in Pflegeheimen. Hierin begründet sich auch die Relevanz der Vorliegenden summativen Evaluation. Die wissenschaftliche Evaluation war motiviert vom professionellen Interesse, das gesundheitsfördernde Potenzial theaterpädagogischer Angebote in Pflegeheimen weitergehend zu ergründen und dieses zu fundieren. Im Rahmen der Gruppendiskussion, der Leitfaden Interviews, der narrativen

Gruppengespräche und der passiv teilnehmenden Beobachtungen hat die subjektive Rolle und Perspektive als Forscher:in eine nicht unerhebliche Rolle gespielt. In den Befragungen waren Subjektivität und Einfühlungsvermögen gefordert. In der Dokumentation des Forschungsprozesses sowie in der Auswertung der Daten wurde diese Rolle explizit gemacht und ihre Bedeutung für die Studienergebnisse eingeschätzt.

6.5 Fazit und Ausblick

Wissenschaftlich fundierte Bewertungen sind unerlässlich, um die Wirksamkeit von künstlerischen Interventionen, wie den hier durchgeführten Theaterworkshops, zu analysieren und die Erkenntnisse in die Praxis zu transferieren (Gödecker, 2017). Gleichzeitig bergen künstlerische Interventionen, wie Theaterkurse, ein hohes Potenzial und können positive Effekte auf die Lebensqualität der Teilnehmenden nehmen (Cordes et al., 2020).

Ziel dieser Evaluation war es, Theaterinterventionen in drei teilnehmenden Pflegeheimen in Hannover im Mixed-Methods Ansatz wissenschaftlich zu begleiten und Effekte der Theaterinterventionen auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der teilnehmenden Bewohner:innen zu untersuchen. Die Stärken des methodischen Designs der Evaluation zum Projekt *Demenz bewegt (Theater) bewegt Demenz* sind zum einen die verschiedenen Messzeitpunkte, die eine Beurteilung über einen zeitlichen Verlauf ermöglichten. Zudem ergänzten sich quantitative und qualitative Methoden sowie die Perspektiven von Teilnehmenden, Pflegekräften und Spielleitung.

Quantitativ zeigte sich deskriptiv ein leichter Anstieg der Lebenszufriedenheit sowie eine leichte Abnahme der Depressivität und Ängstlichkeit in der Interventionsgruppe, wobei sich keine signifikanten Unterschiede finden ließen. Qualitativ konnte aufgezeigt werden, dass die Theaterkurse einen positiven Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bewohner:innen nahm.

Die Datenerhebung brachte einige methodische Herausforderungen mit sich, welchen begegnet wurden. Deutlich wurde, dass hinsichtlich zukünftiger Forschung es von Interesse sein könnte, speziell auf die Stichprobe zugeschnittene Evaluationsinstrumente zu entwickeln sowie weitere Ressourcen zur Unterstützung der Durchführung vor Ort heranzuziehen. Da lediglich ein geringer Anteil pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen in Deutschland lebt, könnten ebenfalls Pflegebedürftige aus anderen Unterbringungs-/Betreuungsformen eingeschlossen werden. Auch könnten theaterpädagogische Interventionen an noch diverseren Stichproben beispielsweise hinsichtlich des Alters, Erkrankungen oder des Geschlechts evaluiert werden, damit möglichst viele Menschen eingeschlossen werden und davon einen Nutzen tragen können. Da insbesondere der Einzug in ein Pflegeheim eine Herausforderung darstellen und unter anderem mit Einsamkeitserleben einhergehen kann (Plattner et al., 2022), könnten theaterpädagogische Interventionen im Speziellen zu diesem Zeitpunkt von Vorteil sein, um neu eingezogene Bewohner:innen besser in das Zusammenleben zu integrieren.

IV Literaturverzeichnis

- Alagic, V., & Staudinger, B. (2011). Lebensqualität in deutschen Pflegeeinrichtungen Ergebnisse einer Befragung mittels dem EQ-5D Instrument. *Gesundheitswesen*, 73(12), 795-802. https://doi.org/10.1055/s-0030-1267946
- Allgaier, A.-K., Kramer, D., Mergl, R., Fejtkova, S., & Hegerl, U. (2011). Validität der Geriatrischen Depressionsskala bei Altenheimbewohnern: Vergleich von GDS-15, GDS-8 und GDS-4. *Psychiatrische Praxis*, *38*(6), 280-286. https://doi.org/10.1055/s-0030-1266105
- Behr, A., Meyer, R., Holzhausen, M., Kuhlmey, A., & Schenk, L. (2014). Lebensqualität und Gesundheit Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern eine qualitative Studie. *Pflege*, *27*(6), 369-380. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000390
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Laszlo, Z., Kemper, C., J., & & Rammstedt, B. (2014). Eine Single-Item-Skala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit: Die Kurzskala Lebenszufriedenheit -1 (L-1). *GESIS Working Papers*, 33.
- Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J. M., & Wahl, H. W. (2021). [Psychosocial effects of the pandemic on staff and residents of nursing homes as well as their relatives-A systematic review]. Z Gerontol Geriatr, 54(2), 141-145. https://doi.org/10.1007/s00391-021-01859-x
- Berking, M., & Radkovsky, A. (2012). Affektive Störungen und Suizidalität. In M. Berking & W. Rief (Eds.), Klinische Psychologie und Psychotherapie Band I Grundlagen und Störungswissen (pp. 29-46). Springer.
- Bohnsack, R. (2000). Gruppendiskussion. In U. Flick, E. v. Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung ein Handbuch* (pp. 369-384). Rowohlt.
- Bortz, J., & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler (Vol. 2). Springer. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-07301-8
- Brandenburg, H., & Dorschner, S. (2015). *Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege* (Vol. 3). hogrefe.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe.
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend,. (2024). Einsamkeitsbarometer 2024 Langzeitentwicklungen von Einsamkeit in Deutschland. In S. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend, (Ed.).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2023). *Pflege braucht bessere Bedingungen. Zentrale Ergebnisse der aktuellen BMG-Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege*.
- Cantley, C., & Steven, K. (2004). Feeling the Way: Understanding How Advocates Work with People with Dementia. *Dementia*, 3(2), 127-143. https://doi.org/10.1177/14713012040423
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. Front Neurol, 3, 73. https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073
- Clare, L. (2003). "I'm still me": living with the onset of dementia. Journal of Dementia Care, 11(2), 32-35.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (Vol. 2). Erlbaum Associates.
- Cordes, F., Seeling, S., & Höhn, J. (2020). Im Rampenlicht. Theater in der Pflege von Menschen mit Demenz. *Pflegezeitschrift*, 10, 66-69.
- Cramer-Ebner, R., Dorn, C., Feilcke, A., & Hach, I. (2017). Befinden und psychosoziale Aktivitäten im Pflegeheim. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50(6), 538-546. https://doi.org/10.1007/s00391-016-1080-7
- Creighton, A. S., Davison, T. E., & Kissane, D. W. (2016). The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, *31*(6), 555-566. https://doi.org/10.1002/gps.4378
- Creighton, A. S., Davison, T. E., & Kissane, D. W. (2017). The correlates of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, *32*(2), 141-154. https://doi.org/10.1002/gps.4604
- Crespo, M., Bernaldo de Quirós, M., Gómez, M. M., & Hornillos, C. (2012). Quality of Life of Nursing Home Residents With Dementia: A Comparison of Perspectives of Residents, Family, and Staff. *The Gerontologist*, 52(1), 56-65. https://doi.org/10.1093/geront/gnr080

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. (2022). *Informationsblatt 1 Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*.
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften. (2020). S1 Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie Langfassung.
- Dichter, M. N., Ettema, T. P., Schwab, C. G. G., Meyer, G., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2016). Benutzerhandbuch für die deutschsprachige QUALIDEM Version 2.0. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE). http://www.dzne.de/en/sites/witten/projekte/qoldem.html
- Döring, N., & Bortz, J. (2016a). Empirische Sozialforschung im Überblick. In N. Döring & J. Bortz (Eds.), Forschungsmethoden und Evaluation (Vol. 5, pp. 15). Springer-Verlag.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016b). Untersuchungsdesign. In N. Döring & J. Bortz (Eds.), *Forschungsmethoden und Evaluation* (Vol. 5, pp. 184). Springer-Verlag.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. dr. dresing & pehl GmbH.
- Estermann, J., & Kneubühler, H.-U. (2018). Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. *Swiss Journal of Psychology 34*(1), 187-210. https://doi.org/https://doi.org/10.5167/uzh-90637
- EuroQol Research Foundation. (1995). EQ-5D-3L Gesundheitsfragebogen.
- EuroQol Research Foundation. (2018). *EQ-5D-3L User Guide* (Vol. 6). https://euroqol.org/publications/user-guides
- Filipek, M., Matz, J., & Berking, M. (2012). 5. Angststörungen 5.4 Generalisierte Angststörungen. In M. Berking & W. Rief (Eds.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie Band I Grundlagen und Störungswissen* (pp. 96-103). Springer.
- Ganß, M., Kastner, S., & Sinapius, P. (2016). *Transformation: Kunstvermittlung für Menschen mit Demenz*. HPB Universitäts Press.
- Ganß, M., Müller-Alcazar, A., Sinapius, P., Lindmeier, L., & Bernstein, L. C. (2021). Abschlussbericht zum

 Evaluationsprojekt "gesundmitkunst". https://stadtkultur-bayern.de/images/kultur/programm/38 gesundmitkunst dl04 file.pdf
- Gatterer, G., & Croy, A. (2020). Die Demenz Was ist eine Demenz? In G. Gatterer & A. Croy (Eds.), Leben mit Demenz Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung (Vol. 2, pp. 15-63). Springer.
- Gödecker, L. (2017). Theaterpädagogik mit Menschen mit Demenz. *Pflegezeitschrift*, 70, 38-41. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s41906-017-0322-7
- Goffmann, E. (1973). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und Insassen. Suhrkamp Verlag. Goldsmith, M. (1996). Hearing the Voice of People with Dementia: Opportunities and Obstacles. Jessica Kingsley
- Gross, R. (2021). Allein oder einsam? Die Angst vor der Einsamkeit und die Fähigkeit zum Alleinsein (Vol. 1). Böhlau Verlag.
- Hermann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, P. (2018). *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale Deutsche Version* (Vol. 4). hogrefe.
- Hermanns, H. (1995). Narratives Interview. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung:* Ein Handbuch (pp. 177-182). Rowohlt.
- Heßmann, P., Dreier, M., Brandes, I., Dodel, R., Baum, E., Müller, M. J., & Balzer-Geldsetzer, M. (2018). Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz vom Alzheimer-Typ. *Psychatrische Praxis*, *45*(2), 78-86. https://doi.org/10.1055/s-0042-121169
- Hodgson, S., Watts, I., Fraser, S., Roderick, P., & Dambha-Miller, H. (2020). Loneliness, social isolation, cardiovascular disease and mortality: a synthesis of the literature and conceptual framework. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(5), 185-192. https://doi.org/10.1177/0141076820918236
- Höhn, J., Bell, E., & Ganß, M. (2023). Theatertechniken für Menschen mit Demenz. Mabuse-Verlag GmbH.

- Höhn, J., Seeling, S., & Cordes, F. (2020). Theaterpädagogik in Pflegeeinrichtungen: Forschungsprojekt zur kulturellen Teilhabe von Menschen mit Demenz. *KULTURELLE BILDUNG ONLINE*. https://doi.org/https://doi.org/10.25529/92552.552.
- Hsu, J. (1996). *Multiple Comparisons. Theory and methods.* Chapman and Hall. https://doi.org/https://doi.org/10.1201/b15074
- IBM. (2017). IBM SPSS Statistics Version 25. In
- Jäger, R. (2004). Konstruktion einer Ratingskala mit Smilies als symbolische Marken. *Diagnostica*, *50*(1), 31-38. https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.1.31
- Kantar Public. (2018). SOEP-Core 2017: Personenfragebogen, Stichproben A-L3. *SOEP Survey Papers*, *563*(Series A).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (o.D.). *Gesundheitsdaten Medizinische Versorgung Pflege* https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17044.php
- Kirschning, S., & Clar, C. (2017). Partizipative Kunst und Gesundheit. *Präv Gesundheitsf*, 12, 41-53. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11553-016-0554-1
- Kowalsky, J., & Berking, M. (2012). 5. Angststörungen 5.1 Spezifische Phobien. In M. Berking & W. Rief (Eds.), Klinische Psychologie und Psychotherapie Band I Grundlagen und Störungswissen (pp. 69-76). Springer.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (Vol. 5). Beltz
- Lamnek, S., & Krell, C. (2005). Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch (Vol. 4). Beltz.
- Luhmann, M. (2021). Einsamkeit Erkennen, evaluieren und entschlossen entgegentreten. Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 19.04.2021.
- Luhmann, M. (2022). Definition und Formen der Einsamkeit (Kompetenznetz Einsamkeit, Issue.
- Lützenkirchen, A. (2013). Lebensqualität im Alter Ein Beitrag zum aktuellen Diskurs. In A. Lützenkirchen (Ed.), Lebensqualität im Alter: Konzepte Sozialer Arbeit im institutionellen Kontext (Vol. 1, pp. 9-61). Jacobs Verlag.
- Mann, F., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlief, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S., & Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 57(11), 2161-2178. https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7
- Mayntz, R., Holm, K., & Hübner, P. (1974). *Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie*. Westdeutscher Verlag.
- Michalowsky, B., Kaczynski, A., & Hoffmann, W. (2019). Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland Eine Metaanalyse. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheittschutz*, 62, 981-992. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00103-019-02985-z
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Vol. 2). Hogrefe.
- Nikmat, A. W., Hawthorne, G., & Al-Mashoor, S. H. (2015). The comparison of quality of life among people with mild dementia in nursing home and home care--a preliminary report. *Dementia (London), 14*(1), 114-125. https://doi.org/10.1177/1471301213494509
- Palm, R., Trutschel, D., Sorg, C. G. G., Dichter, M. N., Haastert, B., & Holle, B. (2019). Quality of Life in People With Severe Dementia and Its Association With the Environment in Nursing Homes: An Observational Study. *Gerontologist*, 59(4), 665-674. https://doi.org/10.1093/geront/gny017
- Plattner, L., Brandstötter, C., & Paal, P. (2022). [Loneliness in nursing homes-Experience and measures for amelioration: A literature review]. *Z Gerontol Geriatr*, 55(1), 5-10. https://doi.org/10.1007/s00391-021-01881-z (Einsamkeit im Pflegeheim Erleben und Maßnahmen zur Verringerung: Eine Literaturübersicht.)
- Pocklington, C., Gilbody, S., Manea, L., & McMillan, D. (2016). The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, *31*(8), 837-857. https://doi.org/10.1002/gps.4407
- Pöschel, K. G. (2013). Die Auswirkungen der Risikopotenzialanalyse auf ein Alten- und Pflegeheim als Totale Institution (Band I Studie und Ergenisse) Universität Osnabrück]. Osnabrück.

- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität Konzepte und Maße, Entwicklungen und Stand im Überblick. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 3. https://doi.org/10.1007/s001030050033
- Renneberg, B., & Lippke, S. (2006). 4.1 Lebensqualität Begriffbestimmung. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Eds.), *Gesundeitspsychologie* (pp. 29-30). Springer-Verlag.
- Rusch, S., Ziegler, M., & Lincoln, T. M. (2012). 5. Angststörungen 5.2 Soziale Phobie. In M. Berking & W. Rief (Eds.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie Band I Grundlagen und Störungswissen* (pp. 77-84). Springer.
- Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S., & Konjevoda, S. (2021). Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. *Healthcare (Basel)*, *9*(8). https://doi.org/10.3390/healthcare9081035
- Schäufele, M., Köhler, L., Hendlmeier, I., Hoell, A., & Weyerer, S. (2013). Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie [Prevalence of Dementia and Medical Care in German Nursing Homes: a Nationally Representative Survey]. *Psychiatr Prax*, 40(04), 200-206. https://doi.org/10.1055/s-0033-1343141
- Schrewe, F. B. (o.D.). *Kursbeispiel: Theaterpädagogik in der Pflege*. Retrieved 17.06. from http://www.theatermitallensinnen.de/Theaterpaedagogik_in_der_Pflege.htm
- Schulz, P., Schlotz, W., & Becker, P. (2004). TICS Trierer Inventar zum chronischen Stress (Vol. 1). Hogrefe.
- Seeling, S., Cordes, F., & Höhn, J. (2020). *Praxishandbuch Theater in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Beltz Juventa.
- Skorupa, M. (2014). Die große Spielwut im Herbst des Lebens. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme zum Seniorentheater in Nordrhein-Westfalen. Institut für Bildung und Kultur e.V. & kubia Kompetenzzentrum für Kultur und Bildung im Alter.
- Smalbrugge, M., Pot, A. M., Jongenelis, K., Beekman, A. T., & Eefsting, J. A. (2005). Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *J Affect Disord*, 88(2), 145-153. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.006
- Statistisches Bundesamt Destatis. (2024). *Pflege*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/ inhalt.html# pd19xlaxf
- Stegmann, S., van Dick, R., Ullrich, J., Charalambous, J., Menzel, B., Egold, N., & Wu, T. T.-C. (2010). Der Work Design Questionnaire Vorstellung und erste Validierung einer deutschen Version. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie*, *54*(1), 1-28. https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000002
- Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kordorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Sozialforschung ein Handbuch* (pp. 319-331). Rowohlt.it.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., & Hanratty, B. (2020). Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(13), 1387-1396. https://doi.org/10.1177/2047487318792696
- Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *J Am Med Dir Assoc*, *21*(11), 1569-1570. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007
- Vogt, M. T., Fondis, K., Menzen, K.-H., & Thiele, G. (2017). *Kunst und Demenz. Ein Leitfaden für Modellprojekte*. Institut für kulturelle Infrastruktur Sachsen.
- Weidekamp-Maicher, M. (2016). Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege Ein Rahmenmodell Fachtagung, GKV-Spitzenverband,
- Weidekamp-Maicher, M. (2018). Messung von Lebensqualität im Kontext stationärer Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege* (pp. 71-83). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4 8
- Winkler, I., Buyantugs, L., Petscheleit, A., Kilian, R., & Angermeyer, M. C. (2003). Die interkulturelle Erfassung der Lebensqualität im Alter:Das WHOQOL-OLD-Projekt. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16(4). https://doi.org/10.1024/1011-6877.16.4.177
- Winkler, R. (2020). Aktuelle Entwicklungen in der Pflege und Betreuung älterer pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen aus soziologischer Sicht . In R. Winkler (Ed.), Lebensqualität pflegebedürftiger älterer

Menschen Eine Längsschnittstudie unter Berücksichtigung des Pflegeheimeinzugs (pp. 11-29). Springer VS.

Wirsing, K. (2023). Psychologie in der Altenpflege (Vol. 8). Beltz.

Wißmann, P. (2017). Teilhabe ist kein Geschenk, sondern ein Recht! demenz. DAS MAGAZIN, 33, 7-9.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, *17*(1), 37-49. https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4