



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Anlagenband zu den Ergebnissen der Literaturanalyse zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“

erstellt vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
Bielefeld, 30. September 2013

Bearbeitung:

Anna Hansen, Melanie Messer, Julia Portugall, Margaretha Uchtmann

Projektleitung:

Dr. Klaus Wingefeld

Inhalt

1	Anlage A: Kriterien für die Studienbewertung.....	3
2	Anlage B: Bewertung der Studienqualität.....	7
2.1	Literaturübersichten Risikofaktoren.....	7
2.2	Primärstudien Risikofaktoren.....	8
2.3	Literaturübersichten Assessmentinstrumente.....	11
2.4	Primärstudien Assessmentinstrumente.....	12
2.5	Literaturübersichten Information, Schulung und Beratung.....	14
2.6	Primärstudien Information, Schulung und Beratung.....	15
2.7	Literaturübersichten Interventionen.....	16
2.8	Primärstudien Interventionen.....	18
3	Anlage C: Datenextraktion.....	21
3.1	Risikofaktoren.....	21
3.1.1	Eingeschlossene Literaturübersichten: Risikofaktoren.....	21
3.1.2	Eingeschlossene Primärstudien: Risikofaktoren.....	24
3.2	Assessmentinstrumente.....	38
3.2.1	Eingeschlossene Literaturübersichten: Assessmentinstrumente.....	38
3.2.2	Eingeschlossene Primärstudien: Assessmentinstrumente.....	40
3.3	Information, Schulung, Beratung.....	49
3.3.1	Eingeschlossene Literaturübersichten: Information, Schulung, Beratung.....	49
3.3.2	Eingeschlossene Primärstudien: Information, Schulung, Beratung.....	51
3.4	Interventionen.....	57
3.4.1	Eingeschlossene Literaturübersichten: Interventionen.....	57
3.4.2	Eingeschlossene Primärstudien: Interventionen.....	78
4	Anlage D: Ausgeschlossene Studien.....	89
5	Anlage E: Beschreibung der Recherchestrategie.....	112

1 Anlage A: Kriterien für die Studienbewertung

Frage	Antwortmöglichkeiten
1. Die Studie hat eine klar definierte Forschungsfrage	Ja/Nein/Unklar/Nicht anwendbar
2. Mindestens zwei Personen haben unabhängig voneinander die Studien selektiert und die Daten extrahiert	
3. Es wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt	
4. Einschränkungen auf eingeschlossene Studientyp sind deutlich gemacht	
5. Auflistung der eingeschlossenen und ausgeschlossenen Studien	
6. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind dargestellt.	
7. Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde beurteilt und dargestellt	
8. Die Bewertung der methodischen Qualität erfolge auf eine angemessene Weise	
9. Es wurden angemessene Methoden verwendet, um die einzelnen Studienergebnisse miteinander zu kombinieren	
10. Die Wahrscheinlichkeit eines Publikationsbias wurde beurteilt	
11. Interessenskonflikte werden angegeben	
12. Wie ist die Gesamteinschätzung der methodologischen Qualität der Übersichtsarbeit?	Hoch, akzeptabel, unakzeptabel/eingeschränkt-Ausschluss

Tabelle 1: Methodische Bewertung von systematischen Übersichtsarbeiten/Metaanalysen nach (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2012a)

Frage	Antwortmöglichkeiten
1. Die Studie hat eine klar definierte Forschungsfrage	Ja/Nein/Unklar/Nicht anwendbar
2. Die Gruppenzuteilung erfolgte randomisiert	
3. Es wurde eine adäquate Methode für das Concealment angewendet	
4. Teilnehmer und Untersucher sind gegenüber der Interventionszuweisung verblindet	
5. Die Interventions- und Kontrollgruppe sind bei Studienbeginn vergleichbar	
6. Der einzige Unterschied zwischen den Gruppen ist die zu untersuchende Intervention	
7. Alle relevanten Outcomes werden in einer standardisierten, reliablen und validen Weise gemessen	
8. Alle Teilnehmer wurden in den Gruppen analysiert, denen sie per Randomisierung zugeteilt wurden (Intention to treat-Analyse)	
9. Bei mehreren Studienzentren: ist eine Vergleichbarkeit gegeben?	
10. Wie gut wurde die Studie durchgeführt, um das Risiko das Verzerrungspotenzial zu minimieren?	Hoch, akzeptabel, unakzeptabel/eingeschränkt - Ausschluss

Tabelle 2: Methodische Bewertung von randomisiert kontrolliert Studien und prospektiv kontrollierte Studien nach (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2012b)

Frage	Antwortmöglichkeiten
1. Wurden die Teilnehmer durch Zufallsauswahl oder konsekutiven Einschluss bzw. Kontaktierung aller Personen der Zielgruppe rekrutiert?	Ja/Nein/Unklar/Nicht anwendbar
2. Gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an der Studie?	
3. Die Endpunkte sind eindeutig definiert?	
4. Die Endpunkte wurden valide und reliabel erfasst?	
5. Die Prädiktoren wurden valide und reliabel erfasst?	
6. Die wichtigsten Störvariablen (Kovariaten, Confunder) wurden erfasst und bei der Analyse berücksichtigt?	
7. Sind Cluster-Effekte bei der Analyse berücksichtigt worden? (nur bei Studien mit mehreren Einrichtungen)	
8. Keine Hinweise auf einen Attrition-Bias? (z.B. hohe Anzahl vorzeitig ausgeschiedener Teilnehmer, unterschiedliche Rate/Gründe für Ausscheiden in exponierter/nicht exponierter Gruppe, adäquater Umgang mit fehlenden Werten)	
9. Wie ist die Gesamteinschätzung der methodologischen Qualität der Übersichtsarbeit?	Hoch, akzeptabel, unakzeptabel/eingeschränkt-Ausschluss

Tabelle 3: Methodische Bewertung von prospektiven Beobachtungsstudien (nach SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004) entnommen aus (Balzer et al. 2013))

Frage	Antwortmöglichkeiten
<i>Bias-Risiken</i>	
1. Wurden die Studienteilnehmer per Zufallsauswahl oder konsekutiv in die Studie aufgenommen?	Ja/Nein/Unklar/Nicht anwendbar
2. Bei mehreren Index-Tests: Wurden die Index-Tests in einer zufällig angewandten Reihenfolge angewandt?	
3. Waren die Schwellenwerte für den Indextest voran definiert?	
4. Wurden pflegerische, medizinische oder therapeutische Maßnahmen nach dem Index-Test erfasst?	
5. Wurden Fähigkeiten und Zustände der Mobilität unabhängig vom Wissen um das Ergebnis des Index-Tests erfasst?	
6. Ist das Risiko, dass der angestrebte Mobilitätszustand durch gezielte präventive Maßnahmen beeinflusst wurde, gering?	
7. Wurden alle in die Studie aufgenommenen Patienten in die Analyse einbezogen?	
8. Wurde bei allen Studienteilnehmern der Index-Test zu einem vergleichbaren Zeitpunkt durchgeführt bzw. gingen für alle Teilnehmer die Testergebnisse vom vergleichbaren Testzeitpunkt ein?	
<i>Anwendbarkeit</i>	
9. Wurden alle relevanten Personen der untersuchten Zielgruppe berücksichtigt?	Ja/Nein/Unklar/Nicht anwendbar
10. Ist der Index-Test von (geschulten) Pflegekräften angewandt worden?	
11. Konnte der Index-Test mit allen Studienteilnehmern durchgeführt werden?	
12. Bei mehreren Erhebungszeitpunkten für den Index-Test: Ist die Genauigkeit für die verschiedenen Assessmentzeitpunkte angegeben?	

Tabelle 4: Methodische Bewertung von Studien zur diagnostischen Genauigkeit (nach (Whiting et al. 2011) entnommen und modifiziert aus (Balzer et al. 2013))

Frage	Antwortmöglichkeiten
<p>1. Wird aus dem Studienbericht deutlich, auf welchen theoretischen und empirischen Grundlagen und mit welchem individuellen Vorverständnis der Autoren die Studienplanung und -durchführung erfolgten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, wenn dieses zugrunde liegende Wissen und Vorverständnis explizit im Zusammenhang mit der Studienmethodik • Stichprobengewinnung, Datenerhebung, Datenanalyse) beschrieben ist. • Nein, wenn dieses zugrunde liegende Wissen und Vorverständnis nicht beschrieben ist. • Unklar, wenn anhand vorhandener Angaben unklar bleibt, inwieweit diese Maßnahmen das zugrunde liegende Wissen und Vorverständnis die Studienplanung und – durchführung. 	Ja/Nein/Unklar/Nicht anwendbar
<p>2. Ist die angewandte Methodik der Stichprobengewinnung dazu geeignet, alle relevanten Perspektiven der Zielgruppe dieser Studie zu berücksichtigen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, wenn die Stichprobe explizit nach der Methodik des „purposeful sampling“ oder „theoretical sampling“ oder mittels probabilistischer Methoden rekrutiert wurde. • Nein, wenn laut Studienbericht eindeutig nur eine Gelegenheits- oder Bequemlichkeitsstichprobe analysiert wurde. • Unklar, wenn dieses Kriterium aufgrund fehlender oder ungenügender Angaben 	
<p>3. Ist die angewandte Methodik der Datenerhebung inhaltlich-theoretisch plausibel?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, wenn sich aus den berichteten Daten ein Bezug zwischen der Fragestellung und z.B. der verwendeten Art von Interviews erkennen lässt. • Nein, wenn Art der Datenerhebung nicht begründet wird. • Unklar, wenn dieses Kriterium aufgrund fehlender oder ungenügender Angaben im Studienbericht nicht bewertet werden kann. 	
<p>4. Haben die Autoren Maßnahmen zur Förderung der Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit der Datenerhebung angewandt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, wenn sachlich plausible Maßnahmen, wie z.B. Pilotierung des Interviewleitfadens, parallele Analyse der Daten und ggf. Anpassung des Fragebogens oder Führen eines Forschungstagebuches, beschrieben sind. • Nein, wenn keine solcher Maßnahmen beschrieben sind. • Unklar, wenn anhand vorhandener Angaben unklar bleibt, inwieweit diese Maßnahmen tatsächlich im ausreichenden Umfang durchgeführt wurden. 	
<p>5. Ist die angewandte Methodik der Datenanalyse inhaltlich-theoretisch plausibel?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, wenn sich aus den berichteten Daten ein Bezug zwischen der Fragestellung und des verwendeten methodischen Ansatzes für die Datenanalyse (z.B. zusammenfassende Inhaltsanalyse, phänomenologisch, ethnografisch, „Grounded Theory“) erkennen lässt. • Nein, wenn Methodik der Datenanalyse nicht begründet wird. • Unklar, wenn dieses Kriterium aufgrund fehlender oder ungenügender Angaben im Studienbericht nicht bewertet werden kann. 	

<p>6. Haben die Autoren Maßnahmen zur Förderung der Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit der Datenanalyse angewandt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, wenn sachlich plausible Maßnahmen, wie z.B. „peer debriefing“ oder explizite Berücksichtigung widersprüchlicher Aussagen, beschrieben sind. • Nein, wenn keine solcher Maßnahmen beschrieben sind. • Unklar, wenn anhand vorhandener Angaben unklar bleibt, inwieweit diese Maßnahmen tatsächlich im ausreichenden Umfang durchgeführt würden. 	
<p>7. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar berichtet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, wenn die berichteten zentralen Themen, Kategorien etc. anhand der beschriebenen Ergebnisse nachvollziehbar sind. • Nein, wenn berichtete Daten keine eindeutige Verbindung zu den präsentierten Themen oder Kategorien erkennen lassen. • Unklar, wenn sich dieses Kriterium anhand berichteter Daten nicht eindeutig bewerten lässt. 	

Tabelle 5: Methodische Bewertung von Studien mit qualitativem Design nach (Meyer 2007), entnommen aus (Balzer et al. 2013)

2 Anlage B: Bewertung der Studienqualität

2.1 Literaturübersichten Risikofaktoren

1.1	Definierte Forschungsfrage	Antwortoptionen J ja N nein Na nicht anwendbar Ne nicht erkennbar Einschätzung der methodischen Qualität (2.1) ++ hohe methodische Qualität + akzeptable methodische Qualität 0 stark eingeschränkte methodische Qualität
1.2	Studienselektion durch mind. 2 Personen	
1.3	Umfassende Literatursuche	
1.4	Publikationstyp	
1.5	Eingeschlossene und ausgeschlossene Studien	
1.6	Beschreibung der eingeschlossenen Studien	
1.7	Bewertung der Studienqualität	
1.8	Interpretation der Studienqualität	
1.9	Angemessene Methoden	
1.10	Publication Bias	
1.11	Interessenkonflikt	
2.1	Gesamtbewertung SIGN	

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	2.1
Peron et al. (2011)	J	Ne	J	J	J	J	N	N	J	J	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> 1.3: Es wurden 2 Datenbanken durchsucht 1.5: Eingeschlossene Studien beschrieben, keine Liste der ausgeschlossenen Artikel als „Author Manuscript“ gekennzeichnet.											
Visschedijk et al. (2010)	J	J	J	J	J	J	N	N	J	Ne	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu 1.7: Autoren beschreiben ihre Bewertungsmethode, geben aber nachher keine Ergebnisse für die einzelnen Studien an.											
Yeom et al. (2008)	J	N	N	N	N	N	N	N	N	Ne	N	
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Narratives Review, entspricht nicht den Einschlusskriterien, aber gute Ergänzung SIGN-Bewertungskriterien nicht anwendbar!											

2.2 Primärstudien Risikofaktoren

A	Teilnehmer durch Zufallsauswahl oder konsekutiven Einschluss bzw. Kontaktierung aller Personen der Zielgruppe rekrutiert?	Antwortoptionen J ja N nein Na nicht anwendbar U Unklar Einschätzung der methodischen Qualität (I) ++ hohe methodische Qualität + akzeptable methodische Qualität 0 stark eingeschränkte methodische Qualität
B	Keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern	
C	Eindeutige Definition der Endpunkte	
D	Endpunkte valide und reliabel erfasst?	
E	Prädiktoren valide und reliabel erfasst?	
F	Wichtigste Störvariablen (Confounder, Kovariaten) erfasst und bei Analyse berücksichtigt?	
G	Cluster-Effekte bei Analyse berücksichtigt (nur bei Studien mit mehreren Einrichtungen)	
H	Keine Hinweise auf einen Attritions-Bias	
I	Gesamtbewertung SIGN	

Autoren (Jahr)	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Avlund et al. (2003)	U	N	J	J	J	J	Na	U	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Längsschnittstudie. Population wurde aus der Kontrollgruppe der Danish Intervention Study on Preventive Home Visits rekrutiert. Es wurden alle TN der Kontrollgruppe ohne Behinderung eingeschlossen.								
Binder et al. (2012)	N	J	J	J	J	J	Na	U	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Prozess der TN Rekrutierung wird nicht beschrieben. Pflegeeinrichtungen wurden über Ärzte, die Erfahrung im Bereich Forschung in Pflegeeinrichtung besitzen kontaktiert. Potentielle Verzerrungsgefahr.								
Cooper et al. (2011)	J	N	J	J	J	J	Na	U	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Teilnehmer waren jünger, hatten einen höheren Bildungsgrad, hatten vermehrt einen Partner, zeigten bessere physische Fähigkeiten und positive psychologische Charaktereigenschaften und waren gesünder als Nicht-Teilnehmer. Signifikanzwerte wurden nicht beschrieben. Attrition-Bias wird berichtet, jedoch gibt es keine näheren Informationen zur erwähnten Sensitivitätsanalyse (einmal mit Einbeziehung der Loss to follow-up TN und einmal ohne), die laut den Autoren keinen Unterschied in den Ergebnissen zeigte.								
Fletcher et al. (2004)	N	U	J	J	J	U	Na	Na	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Querschnittsanalyse. Teilnehmer wurden von einer Pilotstudie übernommen, keine Informationen über Rekrutierung. Keine Untersuchung zu Unterschieden zw. Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern. Störvariablen und Attrition-bias werden nicht erwähnt.								

Autoren (Jahr)	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Guallar-Castillón et al. (2007)	J	J	J	N	J	J	Na	J	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu D: Keine Aussagen zu Validität, etc. bezüglich des angewendeten Fragebogens zur Erfassung der physischen Aktivitäten, Selbstauskunft über Behinderung und Mobilität Zu B und H: Lost-to-follow-up hatten eine niedrigere Anzahl an chronischen Krankheiten (1.4 vs. 1.2 bei den „Verlorenen“)								
Kalinowski et al. (2012)	J	U	J	J	J	J	Na	Na	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Querschnittsstudie, keine Wirkungsrichtung feststellbar								
Keysor et al. (2010)	N	U	J	J	J	J	Na	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> B: Nichtteilnehmer wurden nicht untersucht. Zu H: Interview nicht komplett: Eher African-American, alles andere gleich Querschnittsanalyse.								
Lang et al. (2008)	J	U	J	J	J	J	Na	U	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu A: Nutzung von Sekundärdaten aus der ELSA (English longitudinal Study of Ageing), die wiederum ihre TN aus dem Health Survey of England (HSE), einer staatl. finanzierten Querschnittsstudie bezog. Wie die Datensätze der eingeschlossenen Teilnehmer ausgewählt wurden, und wer den zugrundeliegenden Gehetest (der als Einschlusskriterium galt) wann durchgeführt hat, verbleibt unklar Zu B: Es werden keine Angaben zu Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gemacht. Zu G: Es werden keine Angaben zu Lost to follow-up/Drop-out Raten, etc. gemacht.								
Nilsson et al. (2011)	U	U	J	J	J	N	Na	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Sekundäranalyse Zu A: Die Ursprungsstudie ist nicht frei verfügbar, deshalb kann die Auswahl der Teilnehmer nicht klar bewertet werden Zu F: Nur „Alter“ wurde als potentieller Confounder in die Analyse einbezogen, andere werden nur genannt Zu H: Lost-to-follow-up: eher männliche, der Gruppe mit dem höchsten Alter zugehörig, weniger soziale Teilnahme, weniger finanzielle Mittel, weniger körperlich aktiv bei der Baseline Erhebung								

Autoren (Jahr)	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Penninx et al. (2003)	U	U	J	J	J	U	Na	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu A: Ursprungsartikel nicht zugänglich (EPESE Study). Erklärungen zur Teilnehmerselektion nicht ausreichend. Zu B: Keine Informationen zu Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern Zu F: Als Confounder wurden lediglich Alter, Geschlecht, Bildungsstand bei Studieneintritt bewertet. Plus viele Unterpunkte zum Gesundheitsstatus der TN. Keine weiteren sozioökonomischen Determinanten, o.ä. Zu H: Lost-to-follow-up: im Schnitt älter, häufiger Männer, mit höherer körperlicher Einschränkung, und häufiger anämisch bei Baseline Erhebung								
Sharkey et al. (2006)	N	U	J	J	J	J	Na	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu A: TN wurden aus Kundenlisten von „Essen-auf-Rädern“ Lieferanten ausgewählt. Zu B: Entsprechende Informationen werden nicht gegeben. Zu H: Unterschiede zwischen TN und Nicht-TN werden erwähnt, aber Umgang mit Unterschieden nicht klar. TN Zahlangaben schwanken stark in den verschiedenen Beschreibungen (Tabellen und Fließtext).								
Slaughter et al. (2011)	U	U	J	N	J	J	J	J	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu A: unklar, ob alle Pflegeeinrichtungen der Umgebung angesprochen wurden, Teilnehmer wurden von Einrichtungsmanagern vorgeschlagen. Ansonsten erscheint Auswahlprozess in Ordnung. Zu B: Unterschiede wurden nicht erhoben, Ausschlussgründe jedoch offen und explizit dargelegt. Zu D: Beobachtung der Teilnehmer, zusätzliche Befragung der Angehörigen und Pflegekräfte								
van de Port et al. (2006)	U	U	J	J	J	J	Na	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu A: Die Studie gehört zur sogenannten FuPro-Stroke Studie, Studienteilnehmer wurden aus 4 Rehakliniken in den Niederlanden rekrutiert, Rekrutierungsprozess nicht beschrieben. Zu F: viele Confounder mit einbezogen, allerdings keine Medikament Zu H: Lost-to-follow-up: schlechtere kognitiver Status, älter, häufiger inaktiv								
Whitson et al. (2007)	U	U	J	J	N	J	Na	U	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu A & B: Die Studie geht aus einer anderen hervor(EPESE), die dazu angegebene Quelle ist nicht frei verfügbar Zu E: Sehbeeinträchtigungen durch Selbstauskunft erfasst								

2.3 Literaturübersichten Assessmentinstrumente

1.1	Definierte Forschungsfrage	Antwortoptionen J ja N nein Na nicht anwendbar Ne nicht erkennbar Einschätzung der methodischen Qualität (2.1) ++ hohe methodische Qualität + akzeptable methodische Qualität 0 stark eingeschränkte methodische Qualität
1.2.	Studienselektion durch mind. 2 Personen	
1.3	Umfassende Literatursuche	
1.4	Publikationstyp	
1.5.	Eingeschlossene und ausgeschlossene Studien	
1.6.	Beschreibung der eingeschlossenen Studien	
1.7.	Bewertung der Studienqualität	
1.8	Interpretation der Studienqualität	
1.9.	Angemessene Methoden	
1.10	Publication Bias	
1.11	Interessenskonflikt	
2.1	Gesamtbewertung SIGN	

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	2.1
Rydwick et al. (2012)	J	U	J	J	J	J	N	J	J	Ne	J	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Stuck et al. (1993)	J	J	N	N	J	N	Ne	N	J	J	J	0
	<u>Kommentar der Reviewer</u> Artikel von 1993. Die einbezogenen Studien werden in Gruppen (ambulant und stationäre) eingeteilt. In der Meta-Analyse werden dann diese Gruppen verglichen, nicht die einzelnen Studien.											

2.4 Primärstudien Assessmentinstrumente

1.1	Wurden die Studienteilnehmer per Zufallsauswahl oder konsekutiv in die Studie aufgenommen?	Antwortoptionen J ja N nein Na nicht anwendbar U unklar
1.2	Bei mehreren Index-Tests: Wurden die Index-Tests in einer zufällig angewandten Reihenfolge angewandt?	
1.3	Waren die Schwellenwerte für den Index-Test voran definiert?	
1.4	Wurden pflegerische, medizinische oder therapeutische Maßnahmen nach dem Index-Test erfasst?	
1.5	Wurden Fähigkeiten und Zustände der Mobilität unabhängig vom Wissen um das Ergebnis des Index-Tests erfasst?	
1.6	Ist das Risiko, dass der angestrebte Mobilitätszustand durch gezielte präventive Maßnahmen beeinflusst wurde, gering?	
1.7	Wurden alle in die Studie aufgenommenen Patienten in die Analyse einbezogen?	
1.8	Wurde bei allen Studienteilnehmern der Index-Test zu einem vergleichbaren Zeitpunkt durchgeführt bzw. gingen für alle Teilnehmer die Testergebnisse vom vergleichbaren Testzeitpunkt ein?	
2.1	Wurden alle relevanten Personen der untersuchten Zielgruppe berücksichtigt?	
2.2	Ist der Index-Test von (geschulten) Pflegekräften angewandt worden?	
2.3	Konnte der Index –Test mit allen Studienteilnehmern durchgeführt werden?	
2.4	Bei mehreren Erhebungszeitpunkten für den Index-Test: Ist die Genauigkeit für die verschiedenen Assessmentzeitpunkte angegeben?	

Anmerkung: Die Studie von Melis et al. (2008) ist ebenfalls für das Kapitel „Assessmentinstrumente“ genutzt worden. Die Bewertung der Studie findet sich unter „Primärstudien Interventionen“, da die Studie für beide Kapitel genutzt wurde.

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2.1	2.2	2.3	2.4
Alison et al. (2012)	konsekutiv	Na	Na	J	J	Na	N	J	U	U	J	J
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Sekundäre Datenauswertung bei Patienten, die eine achtwöchige Intervention erhielten. Frage hier ist jedoch, ob es einen Unterschied in der einmaligen oder zweimaligen Testung des 6MWT gibt.											
Bischoff et al. (2003)	J	Na	N	Na	Na	J	J	U	J	N	J	Na
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu 1.3: Einen Schwellenwert zu definieren ist Ziel der Studie											
Denkinger et al. (2009)	U	Na	N	N	U	J	N	U	U	U	J	N
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Faber et al. (2006)	J	J	N	N	U	U	J	U	N	N	J	Na
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Demenzkranke ausgeschlossen											

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2.1	2.2	2.3	2.4
Gavin-Dreschnack et al. (2005)	N	Na	J	N	J	J	N	U	N	J	J	N
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu 1.7: für die Test-Retest Reliabilität wurden nicht alle eingeschlossen											
Inzitari et al. (2007)	J	U	N	N	U	U	U	U	U	U	J	N
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> In der Originalstudie wird berichtet, dass die Randomisierung anhand von demografischen Listen der Einwohnermeldeämter von acht Gemeinden in Italien durchgeführt wurde. Die TN mit der besten motorischen Leistung (Werte 14/14) wurden in diesen Teil der Studie aufgenommen. Die Teilnehmer unterschieden sich von den Nicht-Teilnehmern (Lost to follow-up) signifikant in Bezug auf das Geschlecht. Die TN waren zu einem höheren Anteil männlich. Zudem zeigte das Alter der Nicht-Teilnehmer einen signifikanten Unterschied zu den Teilnehmern. Weitere Untersuchungsmerkmale wurden nicht angegeben. Insgesamt zeigt sich die Behandlung des Themas Drop-out als sehr knapp angerissen und undeutlich dargestellt, was zu einer deutlichen Abwertung der Studie führt. Werte der Tests wurden in Quartile eingeteilt, das oberste Quartil galt in der Folge als Referenzkategorie. Weder Angaben zur durchführenden Person des Tests, noch zum Erhebungszeitpunkt sowie den Umständen.											
Protas et al. (2001)	J	Na	Na	J	U	Na	N	U	U	N	J	N
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu 1.6 (und allgemein): Es geht nicht um die Bewertung eines Instruments sondern darum, wie nützlich ein Instrument in Verbindung mit aus den Ergebnissen des Assessments erstellten Interventionen ist.											
Stulier (2012)	N	Na	N	U	J	J	J	U	U	J	J	N
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Masterarbeit verfasst an der Universität Witten-Herdecke Querschnittsstudie. Test wurde durch geschulte Pflegekräfte im stationären pflegerischen Setting durchgeführt.											
Wang et al. (2011)	N	J	J	N	U	U	N	U	J	N	J	N
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu 1.7: Nur Teilnehmer in Analyse einbezogen, bei denen die Daten komplett waren. Zu 2.1: Ja, wenn Zielgruppe sich auf Menschen ohne Einschränkung bezieht.											

2.5 Literaturübersichten Information, Schulung und Beratung

1.1	Definierte Forschungsfrage	Antwortoptionen J ja N nein Na nicht anwendbar Ne nicht erkennbar Einschätzung der methodischen Qualität (2.1) ++ hohe methodische Qualität + akzeptable methodische Qualität 0 stark eingeschränkte methodische Qualität
1.2.	Studienselektion durch mind. 2 Personen	
1.3	Umfassende Literatursuche	
1.4	Publikationstyp	
1.5.	Eingeschlossene und ausgeschlossene Studien	
1.6.	Beschreibung der eingeschlossenen Studien	
1.7.	Bewertung der Studienqualität	
1.8	Interpretation der Studienqualität	
1.9.	Angemessene Methoden	
1.10	Publication Bias	
1.11	Interessenskonflikt	
2.1	Gesamtbewertung SIGN	

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	2.1
Hudon et al. (2008)	J	J	J	J	N	J	J	J	N	N	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> s. Datenextraktion											
Tulloch et al. (2006)	J	Ne	N	J	N	J	J	J	N	N	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Unvollständige Berichterstattung (z.B. fehlende Signifikanzniveaus)											

2.6 Primärstudien Information, Schulung und Beratung

1.1 Klare Fragstellung	Antwortoptionen J ja N nein Na nicht anwendbar Ne nicht erkennbar Einschätzung der methodischen Qualität (2.1) ++ hohe methodische Qualität + akzeptable methodische Qualität 0 stark eingeschränkte methodische Qualität
1.2 Randomisierte Gruppeneinteilung	
1.3 Adäquates Concealment	
1.4 Verblindung der Studienteilnehmer und Untersucher	
1.5 Vergleichbare Interventions- und Kontrollgruppe	
1.6 Gruppenunterschied	
1.7 Outcomemessung standardisiert, valide und reliabel	
1.8 Drop-out	
1.9 ITT	
1.10 Vergleichbare Cluster	
2.1 Gesamtbewertung SIGN	

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	2.1
Chen (2010)	J	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Qualitativ exploratives Design. SIGN Kriterien nicht anwendbar										
Dubbert et al. (2008)	J	J	J	J	J	N	J	s.u.	J	Na	+
	Zu 1.8: 61% vor Interventionsbeginn <u>Kommentar der Reviewer:</u> Verblindung der Studienteilnehmer unklar										
Dubbert et al. (2002)	J	N	N	J	J	J	N	s.u.	N	Na	0
	Zu 1.8: Von 212 randomisierten TN zu 181 TN mit Follow-up-Untersuchung nach 12 Monaten (14% nach eigener Berechnung) <u>Kommentar der Reviewer:</u> Ein Teil der Outcomemessung stützt sich auf Selbstberichte.										
Gary et al. (2010)	J	Ne	J	Ne	J	J	J	16,2%	N	Ne	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Verblindung der Studienteilnehmer unklar, Untersucher wurden verblindet. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich bei Gary 2010 und Gary 2011 um dieselbe Studienpopulation handelt, weshalb die Studie eine deutliche Herabstufung erhält										
Gary/Lee (2007)	N	J	N	Ne	J	N	Ne		N	Na	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Es ist zu vermuten, dass es sich bei Gary 2006 um eine Subgruppe aus Gary 2007 handelt										
Hall et al. (2011)	J	J	J	J	J	J	J	s.u.	N	Na	+
	Zu 1.8: 12 Monate: 10,8%; 24 Monate: 35% <u>Kommentar der Reviewer:</u> Nur Verblindung der Untersucher										

2.7 Literaturübersichten Interventionen

1.1	Definierte Forschungsfrage	Antwortoptionen J ja N nein Na nicht anwendbar Ne nicht erkennbar Einschätzung der methodischen Qualität (2.1) ++ hohe methodische Qualität + akzeptable methodische Qualität 0 stark eingeschränkte methodische Qualität
1.2	Studienselektion durch mind. 2 Personen	
1.3	Umfassende Literatursuche	
1.4	Publikationstyp	
1.5	Eingeschlossene und ausgeschlossene Studien	
1.6	Beschreibung der eingeschlossenen Studien	
1.7	Bewertung der Studienqualität	
1.8	Interpretation der Studienqualität	
1.9	Angemessene Methoden	
1.10	Publication Bias	
1.11	Interessenskonflikt	
2.1	Gesamtbewertung SIGN	

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5.	1.6	1.7	1.8	1.9.	1.10	1.11	2.1
Ashworth et al. (2005)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Ne	J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Batterham et al. (2011)	J	J	J	J	N	J	J	J	J	Ne	N	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> 1.3.: 3 Datenbanken, aber keine weitere Suche (z.B. Referenzen der Studien)											
Bendermacher et al. (2006)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Ne	J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Brazzelli et al. (2011)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Chin et al. (2008)	J	J	J	J	N/J	J	J	J	J	Ne	J	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Liste der eingeschlossenen Studien wurde gegeben, keine bibliografischen Angaben zu ausgeschlossenen Studien. Interessenskonflikt der Reviewer wurde dargestellt, nicht der eingeschlossenen Studien.											
Clegg et al. (2012)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Ne	N	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Bias jeder Studie wird erwähnt, aber weniger als 10 Studien wurden eingeschlossen.											
Crocker et al. (2013)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	2.1
Ferreira et al. (2012)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Geraedts et al. (2013)	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	N	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> 1.5: Ausgeschlossene Studien fehlen											
Hauer et al. (2006)	J	J	J	J	N	J	J	J	J	N	N	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Littbrand et al. (2011)	J	J	J	J	N	J	J	J	Ne	N	N	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Liu et al. (2009)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Ne	N	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Merriman et al. (2009)	J	J	J	J	N	J	J	J	Ne	N	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Rydwik et al. (2004)	J	Ne	J	J	N	J	J	J	J	N	N	+
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Darstellung der eingeschlossenen, nicht der ausgeschlossenen Studien.											
Silva et al. (2010)	J	J	J	J	J						J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu 1.5 bis 1.10: Es wurden am Ende keine Studien eingeschlossen, da keine Studie die Einschlusskriterien erfüllt hat. Die Punkte 1.5. -1.10. waren aber geplant											
Skelton et al. (2013)	J	J	J	J	J						J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Zu 1.5 bis 1.10: Es wurden am Ende keine Studien eingeschlossen, da keine Studie die Einschlusskriterien erfüllt hat. Die Punkte 1.5 bis 1.10 waren aber geplant											
Snook/Motl (2009)	J	Ne	J	J	N	N	J	J	J	J	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> 1.7. Die Bewertungskriterien werden nicht deutlich.											
Taylor et al. (2011)	J	N	J	J	J	J	J	J	J	Na	J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Methodologische Studienbewertung ist angegeben, aber verwendete Tools ergeben kein eindeutiges Ergebnis. Trotz schlechter Bewertung der Studienqualität werden die Studien alle eingeschlossen											
Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	1.11	2.1
Valenzuela (2012)	J	N	J	J	N	J	J	N	N	N	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Eine Bewertung der Studienqualität wurde durchgeführt, allerdings findet diese bei der Beschreibung und Interpretation der Studien keine weitere Berücksichtigung, entgegen der Zielsetzung und methodischen Beschreibung finden sich in den Ergebnissen auch Studien ohne Randomisierung oder Kontrollgruppe.											

Virgili/Ruby (2010)	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> -											
Weening-Dijksterhuis et al. (2011)	J	Ne	J	J	N	N	J	J	J	N	N	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> 1.6 Art und Outcome der Interventionen beschrieben, aber keine Beschreibung der Population und des Setting.											

2.8 Primärstudien Interventionen

1.1 Klare Fragstellung	Antwortoptionen J ja N nein Na nicht anwendbar Ne nicht erkennbar Einschätzung der methodischen Qualität (2.1) ++ hohe methodische Qualität + akzeptable methodische Qualität 0 stark eingeschränkte methodische Qualität
1.2 Randomisierte Gruppenzuteilung	
1.3 Adäquates Concealment	
1.4 Verblindung der Studienteilnehmer und Untersucher	
1.5 Vergleichbare Interventions- und Kontrollgruppe	
1.6 Gruppenunterschied	
1.7 Outcomemessung standardisiert, valide und reliabel	
1.8 Drop-out	
1.9 ITT	
1.10 Vergleichbare Cluster	
2.1 Gesamtbewertung SIGN	

Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	2.1
Beudart et al. (2013)	J	J	J	J	J	J	J	19,4%	J	J	++
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> 6 Patienten pro Gruppe Drop-out										
Bonnefoy et al. (2012)	J	J	Ne	Ne	J	J	J	Ne	J	Na	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Der genaue Prozess der Randomisierung und der Grad der Verblindung verbleiben unklar. Es wird lediglich berichtet, dass die untersuchenden Physiotherapeuten nach einem Anruf im Koordinationszentrum der Studie die Zuteilung mitgeteilt wurde.										
Holmerová et al. (2010)	J	Ne	J	Ne	N	J	J	27,7%	J	Ne	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Teilnehmer wurden aus einer anderen Studie mit deren Interventions-, bzw. Kontrollzuteilung vorgenommen. Es gibt keine Angaben zum Prozess der Randomisierung. Verblindung der Studienteilnehmer wurde nicht erwähnt, hingegen waren die Untersucher verblindet.										

Kerse et al. (2010)	J	J	J	J	J	J	J	s. u.	J	J	++
	Zu 1.8: Interventionsgruppe: 3%, Kontrollgruppe:7% <u>Kommentar der Reviewer:</u> -										
Laupheimer et al. (2011)	J	N	N	Ne	J	N	J	6,38%	N	J	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Randomisierungsprozess ist nicht beschrieben. Patienten erhielten Intervention zusätzlich zur normalen Therapie, Kontrollgruppe erhielt weiterhin Therapie wie gewohnt.										
Autoren (Jahr)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	2.1
McAuley et al. (2013)	J	J	N	N	J	N	J	15,3%	N	J	0
	<u>Kommentar der Reviewer:</u> Kontrollgruppe erhielt eine Informations-DVD zum Thema ‚Gesund älter werden‘ und Telefonanrufe, in denen Gesundheitsfragen geklärt wurden.										
Melis et al. (2008)	J	J	J	J	N	J	J	s. u.	J	na	+
	Zu 1.8: Interventionsgruppe: 88 zu Beginn, 78 am Schluss Kontrollgruppe: 67 zu Beginn, 53 am Schluss <u>Kommentar der Reviewer:</u> Es besteht ein signifikanter Gruppenunterschied in der empfundenen Einsamkeit zwischen den Gruppen; unzureichende Beschreibung der Kontrollgruppe.										
Parsons et al. (2013)	J	J	J	Ne	N	J	J	s. u.	J	Ne	0
	Zu 1.8: 3,9% (6,2% Kontrollgruppe; 1,9% Interventionsgruppe) <u>Kommentar der Reviewer:</u> Verblindung der Studienteilnehmer ist nicht ersichtlich. Untersucher wurden verblindet. Kontrollgruppe erhielt normalen Pflegeprozess, der die Einleitung anderer Interventionen bei Bedarf vorsieht. Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe kaum erkennbar (Grund für deutliche Abstufung).										
Resnick et al. (2009)	J	Ne	J	Ne	J	Ne	J	s. u.	J	Ne	0
	Zu 1.8: Nach vier Monaten: 15% Verlust. Nach 12 Monaten: 32,9% Verlust <u>Kommentar der Reviewer:</u> Randomisierung sehr ungenau beschrieben. Verblindung von Pat. ist nicht angegeben, Verblindung der Untersucher ist gegeben. Intervention der Pat. wird nicht genau beschrieben.										
Roach et al. (2011)	J	Ne	N	J	J	J	J	s. u.	J	Ne	+
	Zu 1.8: Interventionsgruppe: 18%, Ganggruppe: 27%, Gesprächsgruppe: 19% <u>Kommentar der Reviewer:</u> Randomisierungsprozess wird nicht weiter beschrieben. Es werden keine Ergebnisse zu Aspekten der unterschiedlichen Einrichtungen gegeben. Verblindung der Studienteilnehmer nicht klar										
Tsaih et al. (2012)	J	N	N	J	J	N	J	15,3%	N	J	0
	Zu 1.6: (MMSE in der Kontrollgruppe signifikant geringer!) <u>Kommentar der Reviewer:</u> Randomisierung wurde anhand einer Tafel mit Zufallsnummern von einem Forscher										

	<p>zugeteilt, was zu einem deutlichen Abwerten der Studie führt. Zuteilungsverfahren somit nicht ganz frei von möglichen Biaseffekten.</p> <p>Einschlusskriterien waren die Reversibilität der vorhandenen Geheinschränkung der Patienten.</p> <p>Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten ebenfalls Therapie wie gewohnt.</p> <p>Intervention dauerte lediglich vier Wochen mit 50 Personen, die die Studie abschlossen.</p>
--	---

ENTWURF

3 Anlage C: Datenextraktion

3.1 Risikofaktoren

3.1.1 Eingeschlossene Literaturübersichten: Risikofaktoren

Autoren (Jahr)	Peron et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Darstellung der Risiken in Bezug auf eine Verschlechterung des funktionellen Status bei älteren Menschen durch Medikamenteneinnahme
Suche: Zeitraum, Strategie	MEDLINE und EMBASE Ergänzende Handrecherche im Schneeballsystem Zeitraum: nicht angegeben
Einschlusskriterien	Veröffentlichung zwischen Januar 1986 und Juni 2011 Sprache: Englisch Beobachtungsstudien und Interventionsstudien
Ausschlusskriterien	Querschnittsstudien Fallserien/ Fallstudien Studien, die Medikamente zur Mobilitätsverbesserung einsetzen oder einen direkten Schaden auf Muskeln und Nerven haben könnten
Ergebnisse	19 Studien wurden einbezogen und in 6 Kategorien eingeteilt. Benzodiazepine und Anticholinergika werden mit einer Beeinträchtigung des funktionellen Status älterer Menschen in Verbindung gebracht. Inwiefern die suboptimale Verschreibung von Medikamenten sowie der Einsatz von Antidepressiva und Antihypertonika sich auf den funktionellen Status auswirken, wird in den einzelnen Studien unterschiedlich bewertet.
Schlussfolgerung der Autoren	Es werden weitere Studien benötigt, um die Auswirkung von Medikamenteneinnahme auf den funktionellen Status bei älteren Menschen weiter evaluieren zu können
Gesamtbewertung SIGN	0
Kommentar der Reviewer	Abweichende Angaben zum Recherchezeitraum zwischen Abstract und Text

Autoren (Jahr)	Visschedijk et al. (2010)
Frage(n)/Ziele	<p>Welche Instrumente werden genutzt, um die Angst vor Stürzen bei Patienten mit Hüftfrakturen zu messen?</p> <p>Wie ist die Prävalenz von Angst vor Stürzen bei Patienten mit Hüftfrakturen?</p> <p>Welche Faktoren werden mit der Angst vor Stürzen nach Hüftfrakturen in Verbindung gebracht?</p> <p>Welche Interventionen können die Angst vor Stürzen nach einer Hüftfraktur reduzieren?</p>
Suche: Zeitraum, Strategie	<p>Suche im März 2009</p> <p>PubMed (Medline), Embase, PsychINFO, CINAHL, Cochrane Library</p> <p>Schneeballsystem bei den identifizierten Studien</p>
Einschlusskriterien	<p>Alle Arten von Studien</p> <p>Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Niederländisch</p>
Ausschlusskriterien	<p>Kommentare oder persönliche Stellungnahmen/Meinungen</p> <p>Qualitative Studien</p> <p>Studien ohne Bezug zu Patienten mit einer Hüftfraktur</p>
Ergebnisse	<p>15 Studien, davon 4 Interventionsstudien und 11 Studien zum Zusammenhang zwischen der Angst vor Stürzen und anderen Variablen.</p> <p>Die Angst vor Stürzen ist ein Prädiktor für Mobilität, Mortalität und Institutionalisierung während des Rehabilitationsprozesses nach Hüftfrakturen.</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Die Angst vor Stürzen nach Hüftfrakturen ist häufig, geeignete Instrumente müssen für diese Zielgruppe noch validiert werden.</p> <p>Die Angst vor Stürzen wird mit einigen negativen Rehabilitationsergebnissen in Verbindung gebracht.</p> <p>Das Wissen über Risikofaktoren, die Prävalenz sowie den genauen Zusammenhang zwischen der Angst vor Stürzen und gesundheitlichen Folgen ist begrenzt.</p>
Gesamtbewertung SIGN	0
Kommentar der Reviewer	Keine genaue Beschreibung der Studiendesigns der eingeschlossenen Studien

Autoren (Jahr)	Yeom et al. (2008)
Frage(n)/Ziele	Zusammenfassende Darstellung der intra- und interpersonellen sowie der umwelt- und organisationsbezogenen Risikofaktoren für Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen, die in der Gemeinde leben, mit Hilfe eines sozio-ökologischen Modells.
Suche: Zeitraum, Strategie	Keine Angaben
Einschlusskriterien	Keine Angaben
Ausschlusskriterien	Keine Angaben
Ergebnisse	<p><u>Intrapersonelle Risikofaktoren</u> Alter, biologisches und soziales Geschlecht als Hauptfaktoren, Sozioökonomischer Status (z.B. Ausbildungsniveau, Familienstand), (Ko)morbidität, Motivationsfaktoren (z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, Persönlichkeit, interpersonelle Abhängigkeit), Lebensstil (z.B. Ernährung, Übergewicht, Bewegung, Rauchstatus), Physiologische Faktoren (z.B. Vitamin-D-Insuffizienz, Ernährungszustand)</p> <p><u>Interpersonelle Faktoren</u> Soziale Kontakte (z.B. Art, Qualität, Anzahl), Kontext und Beziehung zum Pflegenden (z.B. zu viel Fürsorge)</p> <p><u>Umweltfaktoren</u> Erhöhte Mobilität steht in Zusammenhang mit Faktoren wie einem einfachen Zugang des Wohnraums und leicht erreichbaren Dienstleistungen (z.B. Supermarkt, Apotheke) sowie dem Gefühl von Sicherheit. Die geographische Lage: Ältere Menschen in ländlichen Gegenden weisen einen geringeren Mobilitätslevel auf als Ältere in urbanen Regionen. In ländlichen Gegenden ist die Chance eine Mobilitätseinschränkung zu entwickeln jedoch geringer. Jahreszeit, Luftverschmutzung, Verkehrssicherheit sowie die Verfügbarkeit von Trainingsprogrammen und die Charakteristika der Nachbarschaft könnten ebenfalls eine Rolle spielen.</p> <p><u>Organisationsfaktoren</u> Stadtplanungspolitik und die Art und Verfügbarkeit von ÖPNV könnten auch Einfluss haben.</p>
Schlussfolgerung der Autoren	Die Entwicklung von Interventionen und deren Evaluation (mit geeigneten Instrumenten) sind essentiell, um die Mobilität Älterer zu fördern Lebensstil und Motivationsfaktoren sind besonders beeinflussbar. Auf Interventionen, die auf Motivation und Selbstwirksamkeit zielen, sollte der Fokus liegen Bisher wurde die Mobilität älterer Menschen eher aus einer Rehabilitations-sicht betrachtet und nicht als Präventionsbereich
Gesamtbewertung SIGN	0
Kommentar der Reviewer	Entspricht nicht den Einschlusskriterien, bietet aber gute Ergänzung

3.1.2 Eingeschlossene Primärstudien: Risikofaktoren

Autoren (Jahr)	Avlund et al. (2003)
Frage(n)/Ziele	Welche Auswirkungen haben Müdigkeit bzw. Aufmerksamkeitsbeeinträchtigungen auf die Verrichtung täglicher Aktivitäten und die Mobilität älterer, nicht behinderter Menschen?
Methode	Prospektive Kohortenstudie Ermittlung des Endpunkts „Beginn einer Mobilitätsbehinderung“, gemessen anhand der Mobility-Help (Mob-H) Scale (6 Mobilitätsaktivitäten abgefragt) Ermittlung von „Müdigkeit“ anhand der Mobility-Tiredness (Mob-T) Scale (Gefühl von Müdigkeit bei Aktivitäten durch Mob-H)
Stichprobe	Häusliches Setting Dauer 1 ½ Jahre (Baseline und Follow-up) 34 Gemeinden in Dänemark N=1396 Ältere (74-75, 80 Jahre)
Exposition	Müdigkeit, Aufmerksamkeitsbeeinträchtigung
Ergebnisse	Müdigkeit bei der Verrichtung von täglichen Aktivitäten ist eine unabhängige Determinante für das Einsetzen einer Mobilitätsbehinderung nach 1 ½ Jahren. TN, die sich bei von 1-3 täglichen Aktivitäten müde fühlten, hatten eine erhöhte Chance nach 1 ½ Jahren eine Mobilitätseinschränkung zu erfahren (Männer OR 2,2, KI 95%, Frauen OR 3,9, KI 95%) als TN, die sich nicht müde fühlten. Männer mit einer niedrigen sozialen Teilhabe (keinen oder einen Besuch pro Woche, keinmal oder einmal selber Besucher sein, keinmal oder einmal an Aktivitäten außerhalb der Wohnung teilnehmen) hatten eine signifikant höhere Chance eine Mobilitätseinschränkung zu erfahren als Männer mit einer hohen sozialen Teilhabe (OR 1,9, 95% KI). Männer, die sich ohne Grund oft oder manchmal niedergeschlagen, aggressiv oder müde fühlen, haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko (OR 2,4, KI 95%) im Vergleich zu Männern, die diese Gefühle selten oder nie verspüren. Körperlich inaktive Männer und Frauen haben ein erhöhtes Risiko (OR 2,9, KI 95%) im Vergleich zu sehr aktiven Männern. Hier gilt das gleiche bei Frauen (OR 4,2, KI 95%). Bei Frauen, die ein niedriges Kohärenzgefühl aufweisen, ist das Risiko einer Mobilitätseinschränkung erhöht (OR 1,7, KI 95%) im Vergleich zu Frauen mit einem hohen Kohärenzgefühl.
Schlussfolgerung der Autoren	Fragen in Bezug auf Müdigkeit könnten dazu genutzt werden, das Risiko für Mobilitätsverschlechterung bei nicht behinderten Menschen einzuschätzen. Diese Gruppe von Menschen profitiert vermutlich am meisten von Präventionsangeboten. Diese Angebote könnten darin bestehen, mögliche Ursachen zu identifizieren, Rehabilitationsmaßnahmen zu rechtfertigen, mögliche ursächliche Krankheiten zu behandeln und Empowerment-Strategien zu fördern.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Binder et al. (2012)
Frage(n)/Ziele	Stellt Anämie einen Risikofaktor für eine Verschlechterung der körperlichen Funktionsfähigkeit bei Pflegeheimbewohnern mit einer chronischen Nierenerkrankung (CKD) dar?
Methode	Prospektive Beobachtungsstudie Endpunkt physische Funktion: Gehetest (Distanz gehend mit oder ohne Gehhilfe oder mit dem Rollstuhl rollend innerhalb von zehn Minuten) Messung des Hämoglobinwerts mit Hilfe einer Blutprobe Erhebung von Mobilität, physischer Funktion, Lebensqualität und ADL nach 2, 14 und 26 Wochen. Blutuntersuchung nach 15 und 27 Wochen.
Stichprobe	Ältere Pflegeheimbewohner (≥ 65 Jahre; $n=311$) mit einer chronischen Nierenerkrankung (CKD) in den U.S.A. Dauer: 26 Wochen
Exposition	Anämie
Ergebnisse	Die Ergebnisse dieser Studie zeigen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Anämie und einer Verschlechterung der Mobilitätsressourcen bei Pflegeheimbewohnern mit CKD.
Schlussfolgerung der Autoren	Weitere Forschung ist nötig, um festzustellen, ob bei einem anderen Schwellenwert des Hämoglobins ein Zusammenhang erkennbar ist.
Gesamtbewertung SIGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Cooper et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Verändern positive psychologische Eigenschaften in Bezug auf das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben (Beherrschung, Selbstwirksamkeitserwartung und Investition in Unabhängigkeit) die körperliche Leistung und Einschränkung körperlicher Funktionalität in einem Zeitraum von drei Jahren?
Methode	<p>Prospektive Kohortenstudie</p> <p>Selbstauskunft über Veränderung von körperlichen Einschränkungen</p> <p>Erfassung von physischer Leistung durch Tests: Gehgeschwindigkeit (Benötigte Zeit für 3 Meter Gehen, Umdrehen, zurück gehen); Aufstehetest (Zeit, um mit verschränkten Armen fünfmal aus dem Stuhl aufzustehen und sich wieder zu setzen); Tandem Test (Zeit die die Person stehen kann, wenn beide Füße direkt hintereinander stehen); Cardigan-Test (Zeit die benötigt wird, um eine Strickjacke an- und auszuziehen).</p> <p>Erfassung der Exposition: Gefühlte Kontrolle: Selbstauskunft Selbstwirksamkeit: 12-Item-Version der General Self-Efficacy Scale Investition in die Unabhängigkeit: meta-memory in adulthood achievement subscale</p>
Stichprobe	<p>N= 1532 TN (Durchschnittsalter 70 Jahre)</p> <p>Häusliches Setting, Niederlande</p> <p>Dauer: 3 Jahre</p>
Exposition	<p>Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben</p> <p>Selbstwirksamkeitserwartung</p> <p>Investition in die Unabhängigkeit</p>
Ergebnisse	<p>Menschen mit einer höheren physischen Leistungsfähigkeit haben ein geringeres Risiko eine Verschlechterung der körperlichen Funktionalität zu erfahren als Menschen mit einer niedrigeren physischen Leistungsfähigkeit (OR 0,61, KI 95%).</p> <p>Ein höheres Maß an Selbstwirksamkeitserwartung schützt vor der Abnahme körperlicher Funktionalität im Vergleich zu einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung. Dies gilt jedoch nur für Männer (OR 0,68, KI 95%).</p> <p>Es gab keine signifikanten Hinweise darauf, dass der Zusammenhang zwischen physischer Leistungsfähigkeit und Abnahme der Funktionalität durch das Gefühl der Kontrolle über sein eigenes Leben (Mastery) oder durch die Selbstwirksamkeitserwartung modifiziert wird.</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Die Interaktion der getesteten psychologischen Eigenschaften mit anderen Persönlichkeitsmerkmalen sollte untersucht werden.</p> <p>Positive psychologische Charakteristika in Bezug auf Selbstkontrolle spielen anscheinend eine Rolle beim Übergang von unterschiedlichen Stadien bei der Entwicklung von Behinderungen.</p>
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Fletcher et al. (2004)
Frage(n)/Ziele	Steht die Angst vor Stürzen in Zusammenhang mit einem Rückgang körperlicher Aktivität?
Methode	Querschnittstudie Erfassung körperliche Aktivität: Befragung anhand des Resident Assessment Instrument- Home Care (RAI-HC): Minimum Data Set for Home Care (MDS-HC), Nutzung von Services, körperliche Funktion, Gesundheit & soziale Unterstützung Selbstauskunft zum Endpunkt Angst vor Stürzen
Stichprobe	N=2300 (65+ Jahre) Senioren, die zu Hause betreut werden Häusliches Setting, Kanada
Exposition	Angst vor Stürzen
Ergebnisse	<p>41 Prozent der Befragten gaben an, ihre Aktivität aufgrund der Angst vor Stürzen zu limitieren. Frauen neigen im Vergleich zu Männern eher dazu ihre körperliche Aktivität zu begrenzen, wenn sie Angst vor Stürzen haben (OR 1,60, KI 95% p<0,001). Eine moderate (OR 1,41, KI 95%, p<0,01) oder starke Beeinträchtigung der Sehfähigkeit (OR 2,99, KI 95%, p<0,001) im Vergleich zu normaler Sehfähigkeit ist ebenfalls signifikant mit einer Einschränkung der Aktivität assoziiert. Das gleiche gilt, wenn die TN den Tag über längere Zeit alleine verbringen (Für ca. 1 Stunde: OR 1,45, KI 95%, p<0,01; Für einen längeren Zeitraum: OR 1,38, KI 95%, p<0,01) im Vergleich zu TN, die nie oder selten alleine sind.</p> <p>TN mit einer oder mehrerer Erkrankungen haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko (z.B. Arthrose: OR 1,45, 95%KI, p<0,001) im Vergleich zu gesunden TN.</p> <p>TN mit einem beeinträchtigten Gang haben ein erhöhtes Risiko im Vergleich zu TN ohne beeinträchtigten Gang (OR 5,9, KI 95%, p<0,001).</p> <p>TN, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen haben, im Vergleich zu den TN, die ihre Gesundheit als gut ansehen, ebenfalls ein größeres Risiko (OR 1,82, 95% KI).</p> <p>Auch Menschen, die schon öfter als zweimal gestürzt sind, schränken ihre körperliche Aktivität im Vergleich zu denjenigen, die nie oder bis zu zweimal gestürzt sind, ein (OR 2,02, KI 95%, p<0,001).</p> <p>Die TN an der Studie, die an Alzheimer erkrankt sind oder Psychopharmaka einnehmen, sind weniger anfällig dafür, ihre Aktivität einzuschränken als TN, die nicht an Alzheimer leiden oder keine Psychopharmaka zu sich nehmen (Alzheimer: OR 0,43, KI 95%, p<0,001; Psychopharmaka: OR 0,45, KI 95%, p<0,01)</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Es bedarf prospektiver Beobachtungsstudien, um Wirkungsweisen und –richtungen festzustellen.</p> <p>Das MDS-HC ist ein nützliches Instrument, um gute Informationen über den Gesundheitszustand von Klienten zu bekommen</p> <p>Pflegepersonal, dass Menschen zu Hause betreut, kann den MDS-HC gut nutzen und dadurch die Lebensqualität der Klienten verbessern</p>
Gesamtbewertung SIGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Guallar-Castillón et al. (2007)
Frage(n)/Ziele	Inwieweit sind der Taillenumfang und der BMI Risikofaktoren für Mobilitätseinschränkungen?
Methode	Prospektive Kohortenstudie Interviews zum Thema Mobilität bei den TN zu Hause. Messung von Taillenumfang (Maßband), Gewicht und Größe. 2-Jahres Follow-up: Telefoninterviews mit Fragen zur Mobilität (Einschränkung oder keine Einschränkung).
Stichprobe	N=2335 TN, 60+ Jahre Häusliches Setting, Spanien
Exposition	Taillenumfang BMI (kg/m^2)
Ergebnisse	Kein signifikantes Risiko nach Adjustierung von Confoundern (Alter, Tabak- und Alkoholkonsum, Ausbildungsniveau, körperliche Aktivität in der Freizeit, BMI/Taillenumfang, chronische Erkrankungen, Depression und kognitive Funktion) für Mobilitätseinschränkungen erkennbar, dass durch einen erhöhten Taillenumfang (Männer >93,8 cm, Frauen >87,3 cm) oder einem erhöhten BMI (Männer & Frauen >25,2 kg/m^2) hervorgerufen wird.
Schlussfolgerung der Autoren	Mobilitätsbehinderungen sind eine relevante Form von Behinderungen. Der Taillenumfang ist ein Prädiktor für eine Mobilitätseinschränkung und sollte neben dem BMI routinemäßig bei älteren Menschen erfasst werden.
Gesamtbewertung SIGN	+
Kommentar der Reviewer	Die Autoren der Studie schreiben, dass ein stark erhöhter Taillenumfang ein Risikofaktor für Mobilitätseinschränkungen ist, allerdings ist das Risiko nicht mehr signifikant, wenn alle Confounder in die Analyse einbezogen werden.

Autoren (Jahr)	Kalinowski et al. (2012)
Frage(n)/Ziele	Unterscheiden sich Pflegeheimbewohner mit Schmerzen bzw. Sturzangst in ihrer funktionellen Mobilität gegenüber jenen ohne?
Methode	Querschnittsstudie Funktionelle Mobilität ermittelt anhand des Timed-Up-and-Go Test (TUG).
Stichprobe	N= 217 Befragungsfähige (MMST \geq 20) Pflegeheimbewohner in 40 Pflegeheimen in Berlin und Brandenburg (Zufallsauswahl) Durchschnittsalter: 80 Jahre N=112 Heimbewohner konnten in Hinblick auf ihre funktionelle Mobilität mit dem TUG-Test untersucht werden.
Exposition	Angst vor Stürzen, Schmerzen
Ergebnisse	Vorhandensein von Schmerzen und benötigte Gehzeit beim TUG wurden assoziiert. TN mit Schmerzen brauchten durchschnittlich 3,96 Sekunden länger als TN ohne Schmerzen ($p=0,027$). Sturzangst steht in Zusammenhang mit einer längeren Gehzeit beim TUG. TN mit Sturzangst brauchten durchschnittlich 5,73 Sekunden länger als TN ohne Sturzangst ($p=0,001$). Angewandtes Regressionsmodell erklärt 15% der Varianz der funktionellen Mobilität ($R^2=0,15$).
Schlussfolgerung der Autoren	Studiendesign lässt keine Schlussfolgerungen über Kausalitäten zu. Weitere Untersuchungen (vor allem RCTs) sollten prüfen, ob sich aus den ermittelten Zusammenhängen gerichtete Effekte belegen lassen. Eine fundierte und gesicherte Datenlage bildet die Voraussetzung für die weitere Entwicklung strukturierter und effektiver Interventionen/ Programme, die in einer optimierten Schmerzbehandlung sowie Interventionen zur Reduzierung der Sturzangst bestehen sollten.
Gesamtbewertung SIGN	++
Kommentar der Reviewer	Sehr geringe Rücklaufquote (217 von ursprünglich 1440 Heimbewohnern (=15,1%))

Autoren (Jahr)	Keysor et al. (2010)
Frage(n)/Ziele	Inwieweit existieren Mobilitätsbarrieren in Gemeinden und Barrieren im Verkehrswesen? Fördern diese Barrieren Behinderungen bei älteren Menschen (65+ Jahre), die schon körperliche Einschränkungen haben?
Methode	Querschnittstudie TN rekrutiert aus der Multicenter Osteoarthritis (MOST) Study (U.S.A.) Behinderung wurde mit Late-Life-DI gemessen Umweltbarrieren & Transportbarrieren gemessen mit Home and Community Environment (HACE) Survey: Fragen zu Umweltbarrieren: unebene Gehsteige, Parks und Gehgelegenheiten, die einfach zu erreichen und zu nutzen sind, Sicherheit in Parks und Gehgelegenheiten, Möglichkeiten sich zu setzen und auszuruhen an Bushaltestellen, in Parks oder anderen Orten, hohe Bordsteinkanten. Fragen zu Transportbarrieren: Nähe/Erreichbarkeit zum ÖPNV, behindertengerechter ÖPNV, Behindertenparkplätze, Besitz eines Autos, Führerscheinbesitz.
Stichprobe	N=435 TN, 65+ Jahre mit funktionellen Einschränkungen (mind. 2 Einschränkungen) im Western Ontario und McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC): Treppen hoch gehen, Aufstehen oder Bücken oder in die Knie gehen
Exposition	Umweltbarrieren
Ergebnisse	Vorhandensein von zwei oder mehr mobilitätsbehindernden Umweltfaktoren erhöht die Chance einer Einschränkung in täglichen Aktivitäten (im Vergleich zu keiner oder einer Barriere) (OR 2,0, KI 95%). Wenn weniger als drei Barrieren im Bereich des Transportwesens bestehen, sind die Chancen einer Limitation täglicher Aktivitäten geringer als wenn mehr als drei Barrieren existieren (OR 0,5, KI 95%). Die TN, die in einer Gemeinde mit höheren Einschränkungen leben, fühlen sich in ihren Aktivitäten zwar limitiert, setzen diese aber deswegen nicht seltener um.
Schlussfolgerung der Autoren	Umweltfaktoren wie Mobilitätsbarrieren stehen in einem gewissen Zusammenhang mit der Einschränkung täglicher Aktivitäten. Ältere Menschen mit funktionalen Einschränkungen, besonders der unteren Extremitäten, sind in der Lage, sich den Umständen anzupassen und ihre körperliche Aktivität nicht einzuschränken.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Ein kausaler Zusammenhang lässt sich nicht erkennen, da es sich bei dieser Studie um eine Querschnittstudie handelt. Übertragbarkeit auf Deutschland fraglich. Die Teilnehmer der Studie wohnten ausnahmslos in den U.S.A. und 98% der Befragten hatten ein Auto zur Verfügung. In Deutschland spielt der ÖPNV eine sehr viel größere Rolle als in den U.S.A.

Autoren (Jahr)	Lang et al. (2008)
Frage(n)/Ziele	Welchen Einfluss hat die Nachbarschaftsdeprivation auf die Inzidenz von Mobilitätsbeeinträchtigungen?
Methode	<p>Prospektive Kohortenstudie mit Daten der English Longitudinal Study of Aging (ELSA)</p> <p>Deprivation wurde mit dem Index of multiple Deprivation (IMD) erfasst: Deprivation von Einkommen, Arbeit, Gesundheit, Bildung, Fähigkeiten und Training, Zugangsbarrieren für Unterkünfte/Wohnungen und Dienstleistungen, Lebensumwelt und Kriminalität</p> <p>Mobilitätsbeeinträchtigungen wurden anhand von Selbstauskunft (Schwierigkeiten beim Gehen von ca. 90m oder beim Hochgehen einer Treppe) und einem Gehgeschwindigkeitstest (benötigte Dauer für 2.5 Meter) erfasst.</p>
Stichprobe	N= 4148, 60+ Jahre / Häusliches Setting, England
Exposition	Nachbarschaftsdeprivation (In Quintile aufgeteilt: 1. Quintil niedrigste Deprivation, 5. Quintil höchste Deprivation)
Ergebnisse	<p>Das Risiko, nach 2 Jahren eine Mobilitätseinschränkung (erfasst durch Selbstauskunft) zu erfahren, stieg immer weiter, je höher die Nachbarschaftsdeprivation war. TN, die in der Nachbarschaft mit der höchsten Deprivation lebten, hatten im Schnitt ein um 1,75 erhöhtes Risiko in ihrer Mobilität eingeschränkt zu sein, im Vergleich zu den TN, die in der Nachbarschaft mit der niedrigsten Deprivation lebten (RR 1,75, KI 95%)*.</p> <p>Wurden Mobilitätseinschränkungen mit einem Gehgeschwindigkeitstest erfasst, war das Resultat ähnlich. Das Risiko war für die Gruppe an TN am höchsten, die in der Nachbarschaft wohnten, welche am zweit-benachteiligten (4.Quartil) war (RR 1,79, KI 95%). Die TN in der Nachbarschaft mit der höchsten Deprivation hatten hier ein etwas geringeres Risiko (RR 1,63, KI 95%)*.</p> <p>Weitere Risikofaktoren wurden identifiziert: Je höher die körperliche Aktivität der TN war (Referenz: keine Aktivität), desto geringer war das Risiko nach zwei Jahren eine Mobilitätseinschränkung zu haben. Im Vergleich zu TN mit einem normalen BMI (≤ 25) stieg das Risiko an, je höher der BMI war.</p> <p>Im Vergleich zu Nichtrauchern hatten Ex-Raucher ein erhöhtes Risiko und ein noch höheres Risiko hatten Raucher, eine Mobilitätseinschränkung zu erfahren.</p> <p>Je mehr Komorbiditäten existierten, desto höher war das Risiko im Vergleich zu Menschen ohne Erkrankungen. TN, die am Ende ihrer Schulzeit 15 Jahre oder älter waren, hatten ein geringeres Risiko eine Mobilitätseinschränkung zu haben als TN, die 14 Jahre oder jünger waren.</p> <p>Im Vergleich zu den TN, die zu den reichsten 20% gehören, erhöht sich das Risiko für jene TN, die nicht zu dieser Gruppe gehören.</p> <p>*= adjustiert für Alter</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Der Grad der Nachbarschaftsdeprivation spielt eine Rolle bei der Entwicklung von Mobilitätsbeeinträchtigungen.</p> <p>Es reicht nicht, sozio-ökonomische Ressourcen auf individueller Ebene umzuverteilen, es muss auf Gemeinde/Nachbarschaftslevel etwas getan werden</p>
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	Auswahl der Daten der TN wird nicht klar dargestellt, was zu einer deutlichen Abwertung der Studie führte.

Autoren (Jahr)	Nilsson et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Welchen Einfluss haben sozioökonomischer Status und soziale Beziehungen (soziale Teilhabe und zusammen oder allein lebend) auf individueller Ebene auf die Entwicklung von Mobilitätseinschränkungen bei älteren Menschen?
Methode	<p>Sekundäranalyse der Längzeitstudie „Danish Intervention Study on Preventive Home Visits“</p> <p>Mobilität erfasst durch Mobility-Help Scale (Transfer, in Räumen gehen, Raus gehen, Draußen Gehen bei gutem/schlechtem Wetter, Treppen steigen): Keine Einschränkungen wenn alle Aktivitäten ohne Hilfe ausgeführt werden können, sonst Einschränkung.</p> <p>Sozioökonomischer Status: Finanzielles Vermögen laut Auskunft über dänische Personnummer (Aktien, Anleihen, Hypotheken, Bankschulden, Kreditschulden): mehr oder weniger als 4043 US\$ zur Verfügung.</p> <p>Soziale Teilhabe (Selbstauskunft): niedrige Teilhaben wenn keinmal oder einmal im Monat Besuch erhalten, Besucher sein oder an Aktivitäten außerhalb der Wohnung teilnehmen, hohe Teilnahme wenn öfter.</p> <p>Alleine lebend (Selbstauskunft): Ja oder Nein.</p>
Stichprobe	N=2839 TN ohne Mobilitätseinschränkungen zu Beginn Geburtsjahr 1918 oder 1923-24; Häusliches Setting
Exposition	<p>Sozioökonomischer Status (Finanzielles Vermögen größer oder kleiner als 4043 US\$)</p> <p>Soziale Teilhabe (hohe oder niedrige)</p> <p>Alleine lebend (Ja oder Nein)</p>
Ergebnisse	<p>TN, deren Vermögen sich auf 4043 US\$ oder weniger belief, hatten ein höheres Risiko nach drei Jahren eine Mobilitätseinschränkung zu bekommen als TN mit mehr als 4043 US\$ Vermögen (Männer OR 1,97, Frauen OR 1,38, KI 95%)*.</p> <p>TN, die alleine wohnten, hatten im Vergleich zu TN, die mit Partner oder anderen zusammen lebten, ebenfalls ein erhöhtes Risiko (Männer OR 1,64, Frauen OR 1,07, KI 95%)*.</p> <p>Eine niedrige soziale Teilhabe erhöhte das Risiko einer Mobilitätseinschränkung nach drei Jahren im Vergleich zu TN mit hoher sozialer Teilhabe (Männer OR 1,94, Frauen OR 1,66, KI 95%)*.</p> <p>Eine kombinierte Exposition a.) geringes finanzielles Vermögen und alleine lebend oder b.) geringes finanzielles Vermögen und geringe soziale Teilhabe, zeigte ein höheres Risiko für eine Mobilitätseinschränkung bei beiden Geschlechtern, bei Männern jedoch höher als bei Frauen (a.: Männer: OR 3,04, Frauen 1,62, KI 95%; b.: Männer 5,82; Frauen: 2,21 KI 95%)* im Vergleich zu TN mit hohem Vermögen und hoher sozialer Teilhabe oder nicht alleine lebend.</p> <p>*= adjustiert für Alter</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Für Männer die alleine leben und/oder wenige soziale Kontakte und ein geringes finanzielles Vermögen besitzen, ist das Risiko einer Mobilitätseinschränkung höher und sie sollten deshalb besondere Beachtung erfahren.</p> <p>Zukünftige Interventionen, die auf eine Erhöhung der sozialen Teilhabe abzielen, könnten die negativen Effekte in Bezug auf Mobilität bei Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status entschärfen.</p>
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Penninx et al. (2003)
Frage(n)/Ziele	Führt Anämie zu einer Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei älteren Menschen?
Methode	Prospektive Kohortenstudie Messung Anämie durch Blutentnahme: Hämoglobinlevel bei Männern <13g/dl, bei Frauen <12 g/dl: Anämie Hämoglobin 13-14g/dl Männer, Frauen 12-13g/dl Grenze zur Anämie Körperliche Leistungsfähigkeit erfasst durch: Balance im Stehen, Gehgeschwindigkeit auf 2,3 Meter, Aufstehetest vom Stuhl
Stichprobe	N= 1146, Durchschnittsalter: 77 Jahre; TN ohne Anämie n=906, Grenzwertige Anämie n=172, mit Anämie n=68 Häusliches Setting, U.S.A Follow-up: 4 Jahre
Exposition	Anämie (nach WHO)
Ergebnisse	TN mit einer Anämie zeigten nach 4 Jahren größere Verschlechterungen (2,3, KI 95%, p= 0,002), gefolgt von Frauen mit einem Hämoglobinwert zwischen 12 bis 13 g/dl -> Grenzwertige Anämie (1,8, KI 95%, p=0,002) im Vergleich zu Frauen ohne Anämie (1,4, KI 95%, p=0,002)
Schlussfolgerung der Autoren	Die Kriterien der WHO, nach denen eine Anämie festgestellt wird, sind angemessen, da die TN mit einer diagnostizierten Anämie den größten Verlust an körperlicher Leistungsfähigkeit hatten. Auf Ältere, die an der Grenze zur Anämie stehen, muss ebenfalls geachtet werden Anämie stellt einen Risikofaktor dar, ist jedoch behandelbar. Deshalb sollte die zukünftige Forschung ermitteln, ob die Behandlung von Anämie im hohen Lebensalter zum Erhalt physischer Funktionen beiträgt.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Sharkey et al. (2006)
Frage(n)/Ziele	Stellt extremes Übergewicht einen Risikofaktor für die Funktionalität der unteren Extremitäten älterer Menschen dar?
Methode	<p>Prospektive Kohortenstudie</p> <p>Messungen der Funktionalität der unteren Extremitäten: Balance im Stehen und Gehen, normale Gehgeschwindigkeit (benötigte Zeit für 2.4 Meter), Kraft (Aufstehetest von Stuhl)</p> <p>Je Zusammenfassung der Testergebnisse in 3 Level (schlechte, mittlere und gute Leistung)</p> <p>Messung Übergewicht: Ermittlung BMI, Untergewicht/normal $<25 \text{ kg/m}^2$, Übergewicht $25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$, moderates Übergewicht $30\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$, Extremes Übergewicht $\geq 35 \text{ kg/m}^2$.</p>
Stichprobe	<p>N= 321, 60+ Jahre</p> <p>Häusliches & stationäre Setting</p> <p>Follow-up: 1 Jahr</p>
Exposition	Übergewicht (nach BMI)
Ergebnisse	Extremes Übergewicht ($\geq 35 \text{ kg/m}^2$) erhöhte signifikant das Risiko, im Vergleich zu TN mit einem BMI $<25 \text{ kg/m}^2$, nach einem Jahr eine Verschlechterung der Gesamtleistungsfähigkeit zu erleben (OR 7,00, 95%KI, $p<0,001$).
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Es muss zwischen moderatem und extremem Übergewicht unterschieden werden, da nur extremes Übergewicht einen Risikofaktor darstellt.</p> <p>Es ist wichtig, für extrem Übergewichtige Interventionen zu entwickeln. Ob diese eher zum Ziel haben sollten, das Übergewicht abzubauen oder die Funktionalität zu stärken, bleibt eine offene Frage.</p>
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	<p>TN wurden aus Kundenlisten von „Essen-auf-Rädern“ Lieferanten ausgewählt, daher Repräsentativität eingeschränkt.</p> <p>Teilnehmerzahlen werden inkonsistent angegeben (Tabellen, Fließtext).</p> <p>Angaben zu Baseline-Charakteristika werden im Text nicht gegeben, in der Tabelle unpräzise. (Keine Angaben der Einheiten. So nahmen z.B. laut Tabelle 80,8 Frauen an der Studie teil.)</p>

Autoren (Jahr)	Slaughter et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Was sind die Prädiktoren, anhand derer Gehbehinderungen und vermeidbare Gehbehinderungen bei Menschen mit einer mittelschweren Demenz identifiziert werden können?
Methode	<p>Prospektive Kohortenstudie</p> <p>Erfassung Teilnehmercharakteristika (Alter, Geschlecht, Bildung, Art der Demenz, Ergebnis des Charlson Comorbidity Index, Ergebnis des Global Deterioration Scales (GDS), Dauer des Aufenthalts im Pflegeheim, Medikamenteneinnahme) durch Interviews mit Angehörigen und Pflegepersonal und Konsultierung der Krankenakte</p> <p>Pflegeheimcharakteristika (gemeinnützig oder gewinnorientiert), Personal mit Weiterbildung im Bereich Demenz, Anzahl der Betten, Personalschlüssel durch Professional Environmental Assessment Protocol (PEAP), das neun Dimensionen untersucht, die das physische und soziale Umfeld für Menschen mit Demenz positiv beeinflussen sollen.</p> <p>Outcome Gehbehinderung (lag dann vor, wenn TN, die vorher zu ihrem Essplatz gelaufen waren, einen Rollstuhl benutzten oder nicht mehr zum Essen erschienen) und vermeidbare Gehbehinderung (Behinderungen, die nicht durch die Demenz hervorgerufen werden):</p> <p>Beobachtung der Studienteilnehmer bei ihrem Weg zum oder vom Speisesaal im 14-tägigen Rhythmus</p>
Stichprobe	<p>N= 120, Durchschnittsalter 85 Jahre, mit mittelschwerer Demenz, unterschiedliche Medikation wurde verabreicht (beide verbreitete Medikamentengruppen: 78% erhielten Psychopharmaka, 50% Neuroleptika)</p> <p>Setting: Pflegeheime, Kanada</p> <p>Dauer: 1 Jahr Follow-up, mit Erhebungen alle 2 Wochen</p>
Exposition	<p>Teilnehmercharakteristika</p> <p>Pflegeheimcharakteristika</p>
Ergebnisse	<p>Generelle Gehbehinderung: Bei einer fortgeschrittenen Demenz (gemessen durch GDS) lag das Risiko, innerhalb eines Jahres eine Gehbehinderung zu entwickeln, bei einem adjustierten Risikoquotienten von 2.1 (Hazard Ratio (HR), KI 95%, p= 0,01).</p> <p>Bei einem Punktwert von unter 80 bei der Bewertung der Qualität der Pflegeeinrichtung nach PEAP, lag der Risikoquotient, eine generelle Gehbehinderung nach einem Jahr zu erleiden, bei 2,4 (KI 95%, p= 0,003).</p> <p>Vermeidbare Gehbehinderung (Wiederherstellung der Gehbehinderung möglich):</p> <p>Einnahme von Antidepressiva (HR 2,2, KI 95%, p= 0,045), die Nicht-Einnahme von Medikamenten zur geistigen Leistungssteigerung (HR 2,6, KI 95p= 0,044).</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Das Umfeld und die Qualität in Pflegeheimen spielen eine große Rolle.</p> <p>Vermeidbare Gehbehinderungen zu erfassen, ist sehr schwer.</p> <p>Verschlechterungen der Gehfähigkeit werden häufig mit einer Demenzerkrankung assoziiert, dies kann dazu führen, dass Demenzkranke nicht entsprechend gefördert werden.</p>
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	van de Port et al. (2006)
Frage(n)/Ziele	Welche klinischen Determinanten können eine Verschlechterung des Mobilitätsstatus 1 bis 3 Jahre nach einem Schlaganfall voraussagen?
Methode	<p>Prospektive Kohortenstudie</p> <p>Erfassung Mobilitätsstatus 1 Jahr und 3 Jahre nach Schlaganfall: Rivermead Mobility Index (RMI): 14 Fragen zur körperlichen Aktivität und eine Beobachtung.</p> <p>à Verschlechterung der Mobilität, wenn nach 3 Jahren ≥ 2 Punkte erreicht wurden.</p> <p>Erfassung der Determinanten: Patienten- und Schlaganfallcharakteristika (Alter, Geschlecht, Ausbildungslevel, Art des Schlaganfalls), physische Faktoren (motorische Fähigkeiten, ADLs, Level der Aktivität, Psychologische/kognitive Faktoren (kognitiver Status, Depression, Müdigkeit/Erschöpfung)</p> <p>à Messung durch Fragebögen oder objektive Tests</p>
Stichprobe	N=264, Durchschnittsalter 57 Jahre, erster Schlaganfall
Exposition	<p>Patientencharakteristika</p> <p>Art des Schlaganfalls</p> <p>Physische Faktoren</p> <p>Psychologische/kognitive Faktoren</p>
Ergebnisse	<p>Eine Verschlechterung der Mobilität kann anhand von körperlichen und psychologischen Faktoren vorhergesagt werden.</p> <p>TN, die körperlich inaktiv waren, hatten ein signifikant höheres Risiko, eine Verschlechterung der Mobilität zu erfahren (OR 3,17, KI 95%).</p> <p>Auch das Vorhandensein eingeschränkter motorischer Funktion ist ein Risikofaktor (OR 2,27, KI 95%).</p> <p>Zu den Prädiktoren auf psychologischer Ebene gehört die Existenz einer Depression (OR 3,44, KI 95%,) sowie Müdigkeit/Erschöpfung (OR 3,30, KI 95%).</p> <p>Bei den sozialen Faktoren zeigte der Status Alleinlebend (OR 1,65, KI 95%) eine statistische Signifikanz.</p>
Schlussfolgerung der Autoren	Es ist wichtig die Faktoren zu identifizieren, die eine Verschlechterung der Mobilität bei Schlaganfallpatienten vorhersagen. Diese Risikofaktoren müssen durch entsprechende Behandlung vermindert werden.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Teilnehmerzahlen erscheinen im Textverlauf inkonsistent. Keine genaue bzw. widersprüchliche Beschreibung wie viele und welche Patienten in welche Berechnung mit einbezogen wurden.

Autoren (Jahr)	Whitson et al. (2007)
Frage(n)/Ziele	Sind visuelle und/oder kognitive Beeinträchtigungen Prädiktoren für eine Einschränkung von Mobilitätsressourcen?
Methode	Retrospektive Analyse einer prospektiven Kohortenstudie (North Carolina Established Populations for the Epidemiologic Studies of the Elderly (NC EPESE)) Erfassung: Kognitive Beeinträchtigungen: 10-item Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), Einordnung in Gruppen à beste Kognition, Grenze zur Beeinträchtigung, kognitive Beeinträchtigung Visuelle Beeinträchtigung: Selbstauskunft mit Hilfe von Fragen zum Sehvermögen mit Brille/Kontaktlinsen: Können Sie gut genug sehen, um einen Freund auf der anderen Seite der Straße zu erkennen? Können Sie gut genug sehen, um eine gewöhnliche Zeitung zu lesen? Primäres Outcome: Mobilität erfasst durch fünf Fragen in Bezug auf die Katz ADL (Baden, Anziehen, Transfer vom Bett zum Stuhl, Toilettengang, Essen), fünf Fragen in Bezug auf die IADL (Fahren, Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit, Finanzen), drei Fragen aus der Rosow-Breslau Health Scale (Treppen steigen, anstrengende Hausarbeit verrichten, 600 Meter gehen)
Stichprobe	N= 3878, Alter: 65+ Jahre Setting: häuslich, U.S.A.
Exposition	Visuelle und/oder kognitive Beeinträchtigungen
Ergebnisse	Eine visuelle Beeinträchtigung erhöhte das Risiko einer Mobilitätsbehinderung im Vergleich zu Menschen ohne visuelle Beeinträchtigung (OR 2,27, KI 95%). Kognitive Beeinträchtigungen erhöhten das Risiko einer Mobilitätsbehinderung im Vergleich zu Menschen ohne diese Beeinträchtigungen (OR 1,56, KI 95%). Traten beide Beeinträchtigungen parallel auf, erhöhte sich das Risiko im Vergleich zu gesunden Menschen erheblich (OR 4,04, KI 95%). Es gab dabei allerdings keine signifikante Interaktion zwischen kognitivem und visuellem Status als Prädiktoren.
Schlussfolgerung der Autoren	Die vorgestellten Ergebnisse haben wichtige Auswirkungen für Menschen mit visueller oder kognitiver Beeinträchtigung. Die Ergebnisse bestätigen den Einfluss von Multimorbidität bei älteren Menschen.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

3.2 Assessmentinstrumente

3.2.1 Eingeschlossene Literaturübersichten: Assessmentinstrumente

Autoren (Jahr)	Rydwick et al. (2012)
Frage(n)/Ziele	Evaluation der Reliabilität, Validität und Änderungssensibilität des Gehgeschwindigkeitstest (walking speed)
Suche: Zeitraum, Strategie	MEDLINE (OVID), CINAHL, AMED, Web of Science PubMed Jeweils die ganze Datenbank bis Januar 2009
Einschlusskriterien	Mindestens eine der Messgrößen (Validität, Reliabilität und/oder Änderungssensibilität) erfasst Studien mit Menschen ab 60 Jahren Stichprobenumfang n>20 Sprache: Englisch
Ausschlusskriterien	Studien mit Labormessungen und/oder großem technischen Gerät Studien mit krankheitsspezifischen Gruppen Studien, die nur multiple Regressionsanalysen angeben Studien, die die Test-Retest-Reliabilität während eines Tests messen
Ergebnisse	86 Studien mit unterschiedlichem Design. Selbstgewählte Gehgeschwindigkeit scheint eine hohe Reliabilität zu besitzen und ist im moderaten bis hohem Umfang verbunden mit Ausdauer und im moderaten Umfang verbunden mit der Ausführung von Basis ADL. Die Reliabilität der maximalen Gehgeschwindigkeit wurde bisher nicht evaluiert. Maximale Gehgeschwindigkeit ist im moderaten Umfang verbunden mit anderen Mobilitätsmessungsmethoden und Basis ADL. Selbstgewählte und maximale Gehgeschwindigkeit sind ein niedriger bis moderater Prädiktor für eine Verschlechterung der Mobilität.
Schlussfolgerung der Autoren	Die selbstgewählte Gehgeschwindigkeit ist ein zuverlässiges Messinstrument. Selbstgewählte und maximale Gehgeschwindigkeit sind valide Messinstrumente. Die Reliabilität der maximalen Gehgeschwindigkeit als Messinstrument in der Population von Älteren ist nicht bekannt. Weitere Forschung ist von Nöten.
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Stuck et al. (1993)
Frage(n)/Ziele	Ist das „comprehensive geriatric assessment“ (CGA) ein wirksames Assessment-Instrument?
Suche: Zeitraum, Strategie	Zeitraum: keine Angabe MEDLINE Ergänzende Suche im Schneeballsystem in den identifizierten Studien in MEDLINE Nachfrage bei Experten über wichtige Publikationen Fragebögen an die Autoren der identifizierten Studien verschickt, um für die Meta-Analyse fehlende Daten zu bekommen
Einschlusskriterien	Studien über CGA Programme
Ausschlusskriterien	
Ergebnisse	28 kontrollierte Studien, in 5 CGA Arten (je nach Setting) eingeteilt CGA im Krankenhaus und in Rehabilitationseinrichtungen zeigen einen positiven Effekt (OR= 1,72, KI 95%) bei körperlichen Funktionen nach 6 und 12 Monaten. Andere Arten des CGA zeigen keinen Effekt auf die körperliche Funktion.
Schlussfolgerung der Autoren	Der Prozess des CGA muss verbessert werden, um die Effektivität zu erhöhen und um neue effizientere Interventionen für Krankheiten und Behinderungen älterer Menschen zu entwickeln.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

3.2.2 Eingeschlossene Primärstudien: Assessmentinstrumente

Autoren (Jahr)	Alison et al. (2012)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessmenti nstruments	6-Minuten-Gehtest (6MWT) 1) Test zur Wiederholbarkeit des 6MWT bei Patienten zu Hause. 2) Welchen Effekt auf die Einschätzung von Veränderungen hat es, wenn der 6MWT nur einmal angewandt wird? 3) Bestimmung des Zusammenhangs zwischen dem 6MWT und dem Physical Functioning Score des SF-36.
Setting und TN	Häusliches Setting N=173/110 (für 110 Patienten lagen alle Daten zu allen Follow-up-Zeitpunkten vor) Durchschnittsalter 57 Jahre Einschlusskriterien: Patienten, die eine kritische Krankheit hinter sich haben, d.h. Patienten waren mehr als 48 Stunden auf der Intensivstation und wurden mehr als 24 Stunden maschinell beatmet.
Beschreibung des Tests	2x 6MWT mit 30-minütiger Pause dazwischen Die Patienten liefen zu Hause (draußen oder in der Wohnung/im Haus) über 6 Minuten Erhebung zu drei Zeitpunkten: Woche 1, 8 und 26 nach der Entlassung aus dem Krankenhaus
Referenztest (falls vorhanden)	Physical Functioning Score des SF-36
Ergebnisse	Patienten hatten mit durchschnittlich 313 Metern im 6MWT eine Woche nach der Entlassung eine eher geringe Trainingskapazität. 110 Patienten konnten zu allen drei Zeitpunkten zwei Mal den 6MWT durchführen. Patienten, die einen zweiten Gehtest durchführten, zeigten im zweiten Durchlauf signifikant bessere Ergebnisse in der Gehdistanz im Vergleich zum ersten Test. Woche 1: Test 1 322 Meter, Test 2 337 Meter ($p < 0,001$) Woche 8: 419 Meter zu 432 Meter ($p < 0,001$); Woche 26: 447 Meter zu 456 Meter ($p = 0,04$). Die Genesung der Patienten wird bei einmaliger Anwendung des 6MWT unterschätzt. Die Eigenschaften der Gehstrecke hatten einen Effekt auf die zurückgelegte Distanz: Mit jedem Meter, die die Gehstrecke länger war, erhöhte sich die zurückgelegte Distanz um durchschnittlich 3 Meter.
Schlussfolgerung der Autoren	Der 6MWT sollte zweimal pro Untersuchung ausgeführt werden. Dies gilt insbesondere, wenn der 6MWT im Rahmen von Interventionsstudien angewendet wird. Nur ein Test kann die Veränderungen in der Gehdistanz während der Erholung von einer kritischen Krankheit unterschätzen.
Gesamtbewertung SIGN	+
Kommentar der Reviewer	Studie ist eine Sekundäranalyse eines RCTs zur Überprüfung eines 8-wöchigen, ambulanten Rehabilitationsprogrammes für Überlebende einer kritischen Krankheit (Elliott et al. 2006 und 2011).

Autoren (Jahr)	Bischoff et al. (2003)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessments/ Instrumente	Entwicklung eines praktikablen Schwellenwertes für den TUG-Test, unterhalb dessen eine normale Gehfähigkeit vorliegt.
Setting und TN	Häusliches Setting und stationäres Setting N=491; Frauen im häuslichen Setting (n=413) und stationären Setting (n=78) Eingeschlossen wurden Frauen im Alter von 65-85 Jahren mit der Fähigkeit, den TUG-Test durchzuführen. Ausgeschlossen wurden TN mit moderaten bis starken Schmerzen, einer akuten Erkrankung, Hemiplegie und starker Demenz.
Beschreibung des Tests	Test erfasst, wie lange eine Testperson braucht, um von einem Stuhl aufzustehen, dann 3 Meter zu gehen, sich dort umzudrehen, zurück zum Stuhl zu gehen und sich wieder hinzusetzen. 1 Übungsdurchgang und 3 reguläre Durchgänge des Tests. Der schnellste Versuch wurde in die Auswertung aufgenommen.
Referenztest (falls vorhanden)	
Ergebnisse	Als Schwellenwert für ein normales TUG-Test-Abschneiden wurden 12 Sekunden bei nicht-institutionalisierten Älteren ermittelt („normale Mobilität“) Begründung: 10. bis 90. Perzentil für nicht institutionalisierte TN: 6 Sek (96,5% KI) bis 11,2 Sek (96,5% KI); 10. bis 90. Perzentil für institutionalisierte TN: 12,7 Sek (96,5% KI) bis 50,1 Sek (96,5% KI) Hohe diagnostische Validität in Bezug auf die Unterscheidung von institutionalisieren und nicht-institutionalisierten TN (0,969) Der Aufenthaltsstatus und die körperliche Aktivität erwiesen sich als Prädiktoren für das TUG-Test-Abschneiden (schlechtere Ergebnisse bei Institutionalisierung, geringere körperliche Aktivität) Die benötigte Dauer für den TUG-Test stieg schrittweise mit abnehmender Mobilität an ($p < 0,0001$) Das TUG-Test Abschneiden korrelierte mit dem Mobilitätsstatus ($r = 0,65$, $p < 0,0001$) und Aufenthaltsstatus ($r = 0,53$, $p < 0,0001$) (Kruskal-Wallis-Test)
Schlussfolgerung der Autoren	TUG-Test Ergebnisse spiegeln den Aufenthaltsstatus älterer Menschen wider und unterscheiden zwischen unterschiedlichen Mobilitätslevel. Frauen, die im häuslichen Setting leben, sollten in der Lage sein, den TUG Test in 12 oder weniger Sekunden auszuführen. Wird diese Zeit nicht erreicht, sollten die betroffenen Personen eine tiefer gehende Evaluation und eine Intervention erhalten.
Gesamtbewertung SiGN	
Kommentar der Reviewer	Die Studie hat nur Frauen eingeschlossen.

Autoren (Jahr)	Denkinger et al. (2009)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessments/ Instruments	Deutsche Kurz-Version des „Late Life Function and Disability Instruments (LLFDI)“ Test der Reliabilität der deutschen Version
Setting und TN	Interne Konsistenz: N= 173, davon bei 13 Patienten erneute Anwendung (Interrater-R.); Intrarater-R.: N=10 (TN einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation) Durchschnittsalter 82 Jahre mit unterschiedlichen Funktionsniveaus Häusliches Setting
Beschreibung des Tests	Fragebogen besteht aus zwei Teilen: Eine Funktionskomponente (Fragen zur Funktion der unteren Extremitäten) und eine Beeinträchtigungskomponente (Fragen zur sozialen Rolle). Insgesamt hat der Fragebogen 31 Fragen mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten.
Referenztest (falls vorhanden)	
Ergebnisse	Interne Konsistenz (n=173) bis auf zwei Unterbereiche sehr gut (Gesamtscore: Cronbach's $\alpha = 0,89$). Intrarater-Reliabilität sehr gut (n= 10) (ICC = 0,81-0,96). Interrater-Reliabilität gut bis sehr gut (n=13) (ICC = 0,75- 0,96). Auch hier wies die Beeinträchtigungskomponente wieder einen schwächeren Wert auf (ICC = 0,68).
Schlussfolgerung der Autoren	Die deutsche Kurzversion besitzt akzeptable bis sehr gute interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit der amerikanischen Lang- und Kurzversion des Instruments. Die Kurzversion könnte zur frühzeitigen Erkennung von Alltagseinschränkungen eingesetzt werden. Weitere Studien sind nötig.
Gesamtbewertung SIGN	
Kommentar der Reviewer	Sehr geringe Stichproben zur Bestimmung der Retest-Reliabilität (n=13 bzw. n=10). Die Autoren sprechen in ihrer Zusammenfassung dennoch von einer „repräsentativen Stichprobe bei zu Hause lebenden älteren Patienten“

Autoren (Jahr)	Faber et al. (2006)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessments/ Instrumente	“Performance Oriented Mobility Assessment“ (POMA) POMA wird im Hinblick auf Reliabilität und Validität untersucht.
Setting und TN	TN eines RCT, rekrutiert aus 15 Pflegeeinrichtungen. Einschlusskriterien: Fähigkeit, mindestens 6m gehen zu können; Verständnis von Instruktionen; keine medizinische Kontraindikation; MMSE-Score von mindestens 18; fit genug für eine Teilnahme. Validitätsstudie (n=245); Reliabilitätsstudie (n=30); Prädiktive Validität (n=72); Durchschnittsalter 83,1-84,9 Jahre; hoher Frauenanteil (78-81%).
Beschreibung des Tests	2 Teile: POMA-B und POMA-G, beide Teile werden zu einem Gesamtscore (POMA-T) zusammengefasst (Score von 0-28; je niedriger der Wert, desto geringer die Fähigkeiten). POMA-B (Balance): z.B. Tests zum Aufstehen, Balance im Stehen; Score von 0-16. POMA-G (Gang): Hierbei steht die Testperson, geht dann mit normaler Geschwindigkeit einen Flur entlang, dreht sich am Ende der „Teststrecke“ um und geht zurück (mit oder ohne Gehhilfe); Score von 0-12.
Referenztest (falls vorhanden)	Maximale Gehgeschwindigkeit, TUG, FICSIT-4, GARS
Ergebnisse	Relative Test-Retest Reliabilität (n=30, 2 Tester) für POMA-T: Spearman R=0,82 und R=0,82 für POMA-B R=0,78 und R=.74 und für POMA-G R=0,72 und R=0,77. Die Inter-Rater Reliabilität (n=30, 2 Tester) für POMA-T war R=.91 und R=0,93; für POMA-B R=0,90 und R=0,88; für POMA-G R=0,80 und R=0,89. Reliabilität: Bland-Altman Plots zeigen nur geringe, nicht-signifikante Unterschiede zwischen den Beurteilern. Responsiveness (n=30): Die Studie kam zu dem Schluss, dass für eine Veränderung des Mobilitätsstatus auf individueller Ebene eine Veränderung des POMA-T um 5 Punkte und auf Gruppenebene um 0,8 Punkte nötig ist. Konkurrente Validität: Alle Korrelationen zwischen POMA-T, POMA-B, POMA-G und Referenztests sind signifikant (p<0,01). Korrelationen zwischen POMA-T und Referenztests: 10,381 – 10,701; Korrelationen zwischen POMA-B und Referenztests: 10,351 – 10,681; Korrelationen zwischen POMA-G und Referenztests: 10,331 – 10,561. Diskriminante Validität: Es zeigen sich signifikante Mittelwertsunterschiede in den POMA-Scores in Abhängigkeit davon, ob sich Personen freihändig, mit einem Rollator oder in einem Rollstuhl fortbewegen. Sensitivität und Spezifität der drei Skalen POMA-T, POMA-B und POMA-G: Sensitivität aller drei Skalen=64%; Spezifität zwischen 62,5 und 66,1%.
Schlussfolgerung der Autoren	Beide Tests und Gesamtscore zeigten eine gute Retest-Reliabilität sowie eine gute konkurrente und diskriminante Validität; POMA-G war bezogen auf diese Koeffizienten etwas schlechter als die beiden übrigen Skalen. Die prädiktive Validität des POMA bezogen auf die Vorhersage von Stürzen war beschränkt.
Gesamtbewertung SIGN	
Kommentar der Reviewer	Spearman R ist ein Korrelationsmaß und kein Reliabilitätsmaß. Ergebnisse sagen nur eingeschränkt etwas über die Reliabilität aus und dürfen hier nicht angewendet werden, da die absoluten POMA-Werte übereinstimmen müssten.

Autoren (Jahr)	Gavin-Dreschnack et al. (2005)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessments/ Instrumente	Entwicklung und Evaluierung eines Screening-Tool für sicheres Sitzen im Rollstuhl „Resident Ergonomic Assessment Profile for Seating“ (REAPS)
Setting und TN	N= 50 (46 Männer, 4 Frauen) in einem Pflegeheim für Veteranen 60-96 Jahre (Durchschnitt=78 Jahre) Einschlusskriterien: Nur maximal eine milde kognitive Beeinträchtigung, 6 Stunden Rollstuhlgebrauch am Tag Erhoben wurde der Test jeweils unabhängig zum gleichen Zeitraum von 4 Prüfern: Pflegeassistent, Pflegefachkraft, Kinesiotherapeut, Leiter der Studie Retest-Reliabilität: Follow-up bei 18 Patienten eine Woche später
Beschreibung des Tests	Bestehend aus 2 Teilen: (1) erfasst Daten vom MDS (Diagnose, kognitiver Status, Kommunikationsfähigkeit, Gefühlslevel, Hautgesundheit, Schluckprobleme und die Fähigkeit sich zu bewegen und zu gehen). (2) acht Items, die die gegenwärtige Körperhaltung und Funktion im Rollstuhl erfassen. Die Fragen werden entweder mit Ja (1 Punkt) oder Nein (2 Punkte) beantwortet und die Ergebnisse werden zusammengezählt. Der Score des REAPS kann von 8 (keine Probleme) bis 16 (Probleme in allen Domänen) reichen. Jeder Proband, der 9 oder mehr Punkte erreicht, sollte nach dem REAPS eine formelle Sitzevaluation durch einen Therapeuten erhalten.
Referenztest (falls vorhanden)	
Ergebnisse	Die Interrater Reliabilität lag bei 72 bis 98% Übereinstimmung (je nach Tester). Test-Retest Reliabilität (n=18): unterschiedliche Werte für die einzelnen Fragen ermittelt. Einige der Fragen des REAPS hatten eine sehr niedrigere Test-Retest Reliabilität (Fragen 1, 2, 8: unter 70% Übereinstimmung, Frage 3, 7: 70 bis 80% Übereinstimmung) und die Fragen 4,5 und 6 eine sehr hohe Test-Retest Reliabilität (100% Übereinstimmung). Insgesamt war die Test-Retest Reliabilität hoch (91,5 % exakte Übereinstimmung) (Vergleich von Kinesiotherapeut und Studienleiter). In Bezug auf die Bewertung (Veränderung oder keine Veränderung des Rollstuhls nötig) durch den Sitzexperten ohne Kenntnis des REAPS ergab sich für den REAPS (Score von 8 oder 9-16) eine hohe Sensitivität. REAPS korrelierte positiv mit Mobilität (gemessen anhand von der benötigten Zeit für drei Meter rollen). Die TN, die sich gar nicht oder nur schwer mit ihrem Rollstuhl bewegten, hatten höhere REAPS Scores als diejenigen, die sich besser im Rollstuhl fortbewegen konnten.
Schlussfolgerung der Autoren	REAPS stellt einen „Schnappschuss“ der Positionierung dar. Der Test sollte mindestens zwei Mal mit einem minimalen Abstand von drei Tagen durchgeführt werden. Die Fragen im REAPS müssten zum Teil noch besser erläutert und auch anders gewichtet werden. Die Scores des REAPS könnten sich von Setting zu Setting unterscheiden.
Gesamtbewertung SIGN	
Kommentar der Reviewer	1) Kleine Stichprobe (n=50), die nur aus einer Einrichtung rekrutiert wurde. 2) Bestimmung der Reliabilität fragwürdig: 4 Rater führen Bewertung am Patienten nacheinander durch (fehlende Unabhängigkeit; Retest-Reliabilität: langer Zeitraum).

Autoren (Jahr)	Inzitari et al. (2007)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessments/ Instrumente	Welcher Kognitive Test sagt eine Abnahme der motorischen Leistungsfähigkeit am besten voraus?
Setting und TN	N= 1052, Durchschnittsalter 71,2 Jahre, ohne Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit zu Beginn der Studie (Teil der TN der ISLA Studie) Follow-up: 3 Jahre Setting: Menschen in der häuslichen Umgebung lebend, in Italien
Beschreibung des Tests	Mini-Mental State Examination (MMSE), um globale Kognition zu erfassen Babcock Story-Recall Test (BSRT), um das episodische Gedächtnis zu bewerten Digit Cancellation Test (DCT), um die selektive Wahrnehmung zu testen
Referenztest (falls vorhanden)	
Ergebnisse	Als ein signifikanter Prädiktor für die Abnahme der motorischen Leistungsfähigkeit wurde der DCT herausgestellt. Im Vergleich zu der Gruppe von TN, die am besten beim Test abgeschnitten hatten, hatten diejenigen TN, die am schlechtesten beim Test abgeschnitten hatten, ein erhöhtes Risiko, nach drei Jahren eine Verschlechterung ihrer motorischen Fähigkeiten zu erleben (OR 5,65, KI 95%). Dies galt insbesondere für folgende Fähigkeiten: Fähigkeit Treppen zu steigen, auf einer Linie zu gehen und Ganggeschwindigkeit.
Schlussfolgerung der Autoren	Ein Test, der auf selektive Wahrnehmung untersucht, kann als Prädiktor für eine Verschlechterung der motorischen Fähigkeiten dienen. Der DCT ist ein einfaches und objektives Messinstrument, das in der Praxis eingesetzt werden könnte.
Gesamtbewertung SiGN	
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Protas et al. (2001)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessments/ Instrumente	“Problem Oriented Mobility Assessment“ (POMA) Wie hilfreich ist der POMA, wenn es darum geht individuell angepasste Physiotherapien zu entwickeln?
Setting und TN	N= 74 Setting Pflegeheim TN wurden mit dem POMA getestet und bekamen dann eine individuelle Intervention (1 Stunde, 5 Mal pro Woche über 4 Wochen) Nach 2 Jahren wurde das POMA erneut angewendet
Beschreibung des Tests	2 Skalen: <u>Balance:</u> Balance im Sitzen, das Aufstehen, die Anzahl der benötigten Versuche zum Aufstehen, die allgemeine Balance im Stehen und die Balance direkt nach dem Aufstehen, die Standfestigkeit (Füße eng aneinander stehend, Tester drückt die Person am unteren Rücken) mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen um 360° und das Hinsetzen werden bewertet. <u>Gang:</u> das direkte Losgehen (nach einer Aufforderung), die Schrittlänge und –höhe, die Schrittsymmetrie, die Schrittkontinuität, der Weg (gerade oder ungerades Vorwärtsgen), die Haltung des Oberkörpers sowie der Abstand der Hacken zueinander
Referenztest (falls vorhanden)	
Ergebnisse	Die erreichte Punktzahl des POMA erhöhte sich signifikant nach einer vierwöchigen Intervention, die anhand des ersten Messergebnisses vor der Intervention individuell entwickelt wurde, in beiden Skalen. Insgesamt verbesserte sich die Balance stärker als der Gang. Allerdings wurde nicht bei allen Items auf den Skalen, bei denen ein Problem identifiziert wurde und daraufhin Interventionen entwickelt wurden, eine Verbesserung festgestellt. Viele Patienten, die Probleme bei der Balance (z.B. 360° Drehung) hatten, zeigten diese Probleme auch nach der Intervention.
Schlussfolgerung der Autoren	POMA ist eine nützliche Unterstützung bei erfolgreicher Gestaltung von Interventionen. Die Effektivität von Interventionen kann erhöht werden, da Behandlung und Assessment miteinander verknüpft sind.
Gesamtbewertung SiGN	
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Stulier (2012)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessments/ Instrumente	Erfassungsbogen Mobilität (EBoMo) 1. Wie stellt sich die Interrater-Reliabilität der Item-Scores des EBoMo bei der Einschätzung von Pflegeheimbewohnern in Einrichtungen der stationären Altenhilfe durch jeweils zwei unabhängige Pflegefachpersonen dar? 2. Wie stellt sich die Interne Konsistenz der Item-Scores des EBoMo dar? 3. Wie stellen sich die Schwierigkeit und die Trennschärfe der Item-Scores des EBoMo dar? 4. Ist die Erfassung der Mobilität anhand des EBoMo in der stationären Altenpflege handhabbar?
Setting und TN	3 Pflegeheime in Deutschland N=222 Bewohner, Alter 55 bis 104 Jahre. Auswahl der TN: alle ortsfixierten und bettlägerigen Bewohner sowie Personen, die zum Gehen eine mit zwei Händen handhabbare Gehhilfe benötigen (z.B. Rollator, Gehwagen, etc.).
Beschreibung des Tests	5 Mobilitätskategorien (A1-A5): A1: Positionswechsel im Bett A2: Transfer A3: Sitzen im Stuhl A4: Stehen/Gehen/Treppen steigen A5: Bewegung innerhalb/außerhalb der Einrichtung Je nach Ausprägung werden zwischen einem (1=komplett unselbstständig) und vier (4=selbstständig) Punkten vergeben.
Referenztest	
Ergebnisse	Gesamtscores: Interrater-Reliabilität ($p=0,91$; 95% KI). Kappa-Werte von 12 Items ($k=0,50-0,66$); 2 Items wiesen schwache Korrelationen auf. Interne Konsistenz ($CA=0,96$) Keine Identifikation von Boden- und Deckeneffekten der Items. Gute Handhabbarkeit des Instruments (qualitative Ermittlung)
Schlussfolgerung der Autoren	Erste Hinweise, dass EBoMo ein praxistaugliches und verlässliches Instrument ist, dass die Mobilität von Pflegeheimbewohnern differenziert und umfassend ermittelt. Es bedarf weiterer Studien, um die Ergebnisse zu prüfen.
Gesamtbewertung SIGN	
Kommentar der Reviewer	Masterarbeit, verfasst an der Universität Witten-Herdecke. Querschnittsstudie Test wurde durch geschulte Pflegekräfte im stationären pflegerischen Setting durchgeführt.

Autoren (Jahr)	Wang et al. (2011)
Frage(n)/Ziele/ Name des Tests/Assessments/ Instrumente	Die Vorhersagevalidität von sieben Mobilitätstests sollte ermittelt werden, um dadurch den oder die Test(s) zu identifizieren mit denen man Mobilitätseinschränkungen am besten voraussagen kann 7 angewendete Tests: Funktionale Reichweite (FR), gewöhnliche Gehgeschwindigkeit (UGS), schnellste Gehgeschwindigkeit (FGS), der Timed Up and Go Test (TUG), ein Aufstehtest (Timed chair stands, TCS), Greifkraft, und der 6 Minuten-Gehtest (6MWT)
Setting und TN	N= 109 65-90 Jahre TN hatten zu Beginn der Studie keine Mobilitätseinschränkungen Häusliches Setting Die sieben Tests wurden zwei Mal angewendet (Baseline (n=287) und nach zwei Jahren (n=109))
Beschreibung des Tests	Die funktionale Reichweite wurde erfasst, indem in Zentimetern gemessen wurde, wie weit der TestTN seine Arme nach vorne beugen konnte, während er an einer Wand lehnte und den getesteten Arm dabei nach vorne hielt. Die gewöhnliche und maximale Gehgeschwindigkeit wurden anhand der Zeit (in Sekunden) ermittelt, die der TestTN für 15,24 Meter in seiner gewöhnlichen oder maximalen Gehgeschwindigkeit benötigte. Der TUG-Test ermittelte wie lange ein TN brauchte von einem Stuhl aufzustehen, drei Meter zu gehen, sich umzudrehen und wieder zum Stuhl zurück zu laufen und sich wieder hinzusetzen. Der Aufstehtest erfasste, wie lange ein TN braucht, um fünfmal hintereinander von einem Stuhl aufzustehen und sich wieder hinzusetzen. Die Greifkraft der dominanten Hand wurde mit einem entsprechenden Dynamometer gemessen. Der 6-MWT erfasste die Anzahl an Metern, die die TN innerhalb von 6 Minuten zurücklegten (in einem 30 Meter langen Korridor).
Referenztest (falls vorhanden)	
Ergebnisse	Die TN, die nach 2 Jahren eine Mobilitätseinschränkung erfahren hatten, zeigten signifikante Verschlechterungen beim Greiftest, der maximalen Gehgeschwindigkeit und dem 6MWT und brauchten signifikant länger beim Aufstehtest und dem TUG-Test. Vorhersagequalität: nur der Aufstehtest (TCS) war ein signifikanter Prädiktor für eine Mobilitätseinschränkung nach 2 Jahren (OR 1,39, 95% KI, p = 0,003) Dabei zeigte der TCR eine hohe Sensitivität, Spezifität und Genauigkeit (74,6%, 77,2% 75,9%).
Schlussfolgerung der Autoren	Der TCS ist im ambulanten wie stationärem Setting einfach durchzuführen. Der Test ist empfehlenswert, um Ältere zu identifizieren, die von einem Präventionsprogramm profitieren würden.
Gesamtbewertung SiGN	
Kommentar der Reviewer	∅

3.3 Information, Schulung, Beratung

3.3.1 Eingeschlossene Literaturübersichten: Information, Schulung, Beratung

Autoren (Jahr)	Hudon et al. (2008)
Frage(n)/Ziele	Zusammenfassung der Evidenz, inwieweit Interventionen in der Primärversorgung zur Steigerung der körperlichen Aktivität, die sich auf einen Risikofaktor konzentrieren, bei chronisch kranken Menschen effektiv sind.
Suche: Zeitraum, Strategie	MEDLINE (1966 bis 2006), CINHAL (1982-2006), EMBASE (1980-2006) Sprachen: Englisch und Französisch Handrecherche und Konsultierung der Literaturverzeichnisse der identifizierten Studien
Einschlusskriterien	RCTs und kontrollierte, quasi-experimentelle Studien Studien, die einen einzigen Risikofaktor evaluieren, um die körperliche Aktivität zu fördern Erwachsene (18+ Jahre) rekrutiert aus der Primärversorgung mit mindestens einer chronischen Erkrankung Teilnahmeraten an Aktivitäten als ein primärer Outcome
Ausschlusskriterien	Studien mit ausschließlich geriatrischen Patienten (65+ Jahre)
Ergebnisse	3 Studien einbezogen 2 Studien kommen zu dem Schluss, dass Interventionen, die sich auf einen Risikofaktor konzentrieren, die körperliche Aktivität bei Erwachsenen mit mindestens einer chronischen Erkrankung nicht fördern. 1 Studie berichtet hingegen von positiven Kurzzeit-Effekten.
Schlussfolgerung der Autoren	Es gibt nicht genügend Studien und Daten, um die Effektivität der Interventionen bewerten zu können. Es bedarf weiterer Forschung, um festzustellen, welche Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität effektiv und langanhaltend sind für Menschen mit chronischen Erkrankungen.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Studien mit ausschließlich älteren Menschen (65+ Jahre) ausgeschlossen.

Autoren (Jahr)	Tulloch et al. (2006)
Frage(n)/Ziele	Untersuchung der Beratungsinterventionen zur körperlichen Aktivität und deren Effektivität bezüglich unterschiedlicher Anbieter.
Suche: Zeitraum, Strategie	Medline, PsycINFO, Handsuche über die Referenzlisten bereits bekannter Artikel
Einschlusskriterien	Beratung ausschließlich für körperliche Aktivität, Erwachsene, Primary Care Setting, RCT oder quasi-experimentelles Design. Sprache: Englisch
Ausschlusskriterien	Beratungsinterventionen, die gleichzeitig auf mehrere Risikofaktoren (wie Rauchen und Ernährung) zielen.
Ergebnisse	Von 19 eingeschlossenen Studien bezieht sich 1 Studie ausschließlich auf Pflegekräfte und 1 Studie auf Pflegekräfte und Ärzte.
Schlussfolgerung der Autoren	Obwohl keine Studien mit einem direkten Vergleich und damit keine Evidenz vorliegt, schlussfolgern die Autoren, dass ein interdisziplinäres Vorgehen zur Ermutigung zu körperlicher Aktivität am Erfolg versprechendsten ist. Es besteht weiterer Forschungsbedarf.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

3.3.2 Eingeschlossene Primärstudien: Information, Schulung, Beratung

Autoren (Jahr)	Chen (2010)
Frage(n)/Ziele	Welche Barrieren für die regelmäßige Teilnahme an körperlicher Aktivität nehmen Pflegeheimbewohner wahr?
Methode	Qualitative Untersuchung Purposive Sampling Interviews mit geschlossenen und offenen Fragen
Stichprobe	N= 90 aus 6 Pflegeheimen in Taiwan Purposive Sampling: 1) 65 Jahre und älter, 2) Keine regelmäßige körperliche Aktivität, 3) Mind. seit 6 Monaten im Pflegeheim, 4) Keine kognitiven Beeinträchtigungen 5) Fähig zur Kommunikation
Intervention/ Kontrolle	
Ergebnisse	TN fühlten sich zum Teil erheblich durch bereits vorliegende körperliche Gesundheitsprobleme und fehlendem inneren Antrieb an Aktivitäten behindert Auch die Angst vor Verletzungen oder Stürzen spielte eine Rolle Inaktivität in früheren Jahren als Barriere Fehlendes Wissen über den Nutzen von körperlicher Aktivität beeinträchtigt ebenfalls Bewegungshemmende Umgebungsgestaltung in den Pflegeheimen oder kein Angebot zur körperlichen Aktivität, das Interessen entspricht
Schlussfolgerung der Autoren	Gesundheitsdienstleister haben die Möglichkeit, das Verhalten von Älteren in Richtung von mehr körperlicher Aktivität zu beeinflussen. Die erfassten Barrieren sollten als Basisinformation für eventuelle Interventionen dienen. Die Förderung der körperlichen Aktivität muss langfristig angelegt sein.
Gesamtbewertung SiGN	
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Dubbert et al. (2008)
Frage(n)/Ziele	Untersuchung der Effekte eines komplexen Beratungsprogramms auf die Übungsadherenz (primäres Outcome), die körperliche Aktivität und Veränderungen in den körperlichen Fähigkeiten.
Methode	RCT
Stichprobe	Ältere männliche Veteranen (n = 224), nicht in einer Institution lebend, fähig ein definiertes moderates Trainingsprogramm zu bewältigen, keine Erkrankungen die ein selbstständiges Üben unsicher machen
Intervention/ Kontrolle	Gruppe A: Individuelle Beratung und Anleitung durch eine Pflegekraft zu Gehübungen, Kräftigung (z.T. mit Gewichten) und Dehnung mit individueller Zielsetzung zu 3 Zeitpunkten (angestrebt nach 5 Monaten: 3-5x/wö. 20 min), selbstgewählte Gesundheitsthemen zu Beginn der Intervention, 1 persönlicher Telefonkontakt, 3-4 wö. automatisierte Motivationsanrufe per Telefon, Übungstagebuch, 2x/Monat Newsletter mit Fragebogen, Sturzpräventionsbroschüre, finanzieller Anreiz für die Studienteilnahme Gruppe B: Allgemeine Beratung durch eine Pflegekraft zu selbstgewählten Gesundheitsthemen ohne spezifische Zielsetzung, Anleitung oder Ausrüstung, zu 3 Zeitpunkten, Sturzpräventionsbroschüre, finanzieller Anreiz für die Studienteilnahme
Ergebnisse	Gruppe A zeigte im Vergleich zu Gruppe B nach 5 und 10 Monaten signifikant häufigere und längere Gehzeiten. Im 6 Minuten-Gehtest und dem Aufstehen aus dem Stuhl (Chair-Stand) zeigten sich nach 10 Monaten ebenfalls signifikante Verbesserungen in den beobachteten Fällen der Gruppe A (keine Bestätigung in der ITT). Im 10-Minuten Gehtest und Up-and –Go zeigten sich zwar Verbesserungen in beiden Gruppen, jedoch keine signifikanten Unterschiede. Unerwünschte Effekte: In der Gruppe B werden signifikant mehr Stürze mit Verletzungen berichtet.
Schlussfolgerung der Autoren	Beratung in der ambulanten Versorgung kann die Gehaktivität bei der Zielgruppe verbessern. Weitere Untersuchungen zur Bestätigung der Ergebnisse sind jedoch nötig
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Dubbert et al. (2002)
Frage(n)/Ziele	Erhöht eine Beratung durch Pflegekräfte die körperliche Aktivität und Fitness bei Älteren mit chronischen Krankheiten, die bewegungsarm leben?
Methode	<p>Patienten wurden angeschrieben; diejenigen, die Interesse hatten, wurden in 3 Gruppen randomisiert</p> <p>TN führten ein Trainingstagebuch</p> <p>TN wurden interviewt, wie viele Minuten sie in den 7 vorangegangenen Tagen gegangen waren (zu Beginn und nach 6 Monaten)</p> <p>Einige TN erhielten einen Schrittzähler (die ersten sechs Monate oder danach)</p> <p>Ausdauer: 6MWT</p> <p>Mobilität: Tinetti performance oriented assessment of gait</p>
Stichprobe	<p>N=212, Einschlussalter 60-80 Jahre, Durchschnittsalter 68.7 Jahre</p> <p>179 Männer und 2 Frauen schlossen Studien vollständig ab.</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <p>Zu Hause lebend, keine Einschränkungen ADL, stabiler Gesundheitszustand (mehrfach Erkrankungen aber möglich, Bereitschaft das Gehen als Training zu erhöhen)</p>
Intervention/ Kontrolle	<p>Alle TN sahen zu Beginn ein Video, das Motivation und Trainingsicherheit zum Thema hatte</p> <p>Danach setzten sich die TN individuelle Ziele</p> <p>Danach Aufteilung:</p> <p>Gruppe 1: 20 persönliche Anrufe (5 Minuten) über 12 Monate, Zeitpunkt nicht festgelegt</p> <p>Gruppe 2. 10 persönliche Anrufe und 10 automatische Anrufe mit Tonbandaufnahme (in beliebiger Reihenfolge)</p> <p>Gruppe 3: Keine Anrufe</p>
Ergebnisse	<p>Die durch Pflegekräfte durchgeführte Beratung wirkte sich bei Gruppe 1 und 2 signifikant auf die selbstwahrgenommene Adhärenz zum beständigen Gehen aus.</p> <p>Die Mobilität verbesserte sich aber in allen Gruppen: 6MWT von durchschnittlich 429 Metern auf 451 Meter nach 12 Monaten ($p=0,0001$), Tinetti: von durchschnittlich 25,4 auf 26,7 Punkte ($p=0,0001$)</p>
Schlussfolgerung der Autoren	Eine kurze, monatliche Telefonberatung kann Älteren helfen damit anzufangen selbstständig zu trainieren (Gehen) und dieses Training aufrechtzuerhalten, um so ihre Gesundheit zu verbessern.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	181 TN gingen in Ergebnisberechnung ein.

Autoren (Jahr)	Gary et al. (2010)
Frage(n)/Ziele	Vergleich der Effektivität einer 12-wöchigen Intervention: Kognitive Verhaltens Therapie (CBT) zur Bekämpfung von Depressionen oder ein Gehprogramm oder die Kombination von beidem oder gewöhnliche Behandlung bei Patienten mit Herzinsuffizienz und Depression
Methode	RCT Gehfähigkeit erfasst mit 6-Minuten-Gehtest
Stichprobe	N= 74, Männer und Frauen, 30-70 Jahre alt, häusliches Setting Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA Class II to III heart failure) und Depression (Beck Depression Inventory II (BDI-II) score 10 oder höher
Intervention/ Kontrolle	12-wöchige Intervention (1x pro Woche), danach 12 Wochen Follow-up 4 Gruppen: (1) N=19 Kognitive Verhaltenstherapie, um Depression zu bekämpfen (2) N=20 Gehprogramm, Empfehlung: 3 mal die Woche Gehen, Steigerung der Intensität (3) N=18, Kombination aus (1) und (2) (4) N=17 gewöhnliche Behandlung
Ergebnisse	Gruppe, die beide Interventionen zusammen erhalten hatte, zeigte nach 24 Wochen eine signifikante Verbesserung beim 6MWT (F=6,9, p=0,001) im Vergleich zu den anderen Gruppen Im Vergleich zu den anderen Gruppen, hatten nur die TN, die die kombinierte Intervention erhalten und eine moderate bis schwere Depression hatten, eine signifikant verbesserte Leistung beim 6MWT (12 Wochen (p=0,018), 24 Wochen (p=0,013)) Die Effektstärke für alle TN war 0,485 Im Vergleich zu den anderen Gruppen lag die Effektstärke bei der kombinierten Intervention bei 0,531
Schlussfolgerung der Autoren	Die Ergebnisse der Studie zeigen, je schwerer eine Depression ist desto mehr wird die körperliche Funktion beeinträchtigt Eine Intervention sollte psychologische wie physische Funktionen einbeziehen Die kombinierte Intervention der Studie ist bei gebrechlichen und depressiven Herzpatienten durchführbar.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Sehr kleine Fallzahlen in den vier Studienarmen (n=17-20); Relevanz der Studie ist nicht ganz einleuchtend, da es sich bei den Patienten um depressive Herzranke handelt und auch die Interventionen keine originäre pflegerische Tätigkeiten beinhaltet

Autoren (Jahr)	Gary/Lee (2007)
Frage(n)/Ziele	Verbessert ein progressives Gehtraining die körperliche Funktion bei Frauen mit diastolischer Herzinsuffizienz?
Methode	RCT
Stichprobe	N= 23 50+ (51-85, Durchschnittsalter 68 Jahre)
Intervention/ Kontrolle	12-Wochen Intervention: 12-wöchige Intervention mit 3 Komponenten. Gehprogramm: 5 min-Aufwärmen, individuelle Ausdauertraining und Abkühlungsphase (5 Min), Tragen eines Pulsmessers, Intensität während der Interventionsdauer angepasst Kontrollgruppe: 12-wöchiges Bildungsprogramm mit relevanten Informationen zum Thema Herzkrankheiten und anderen Gesundheitsthemen. Das Programm wurde einmal pro Woche als Anleitung den TN nach Hause geliefert
Ergebnisse	Es wurden keine signifikanten Verbesserungen der körperlichen Funktion (gemessen mit 6MWT) ermittelt. Bei der Kontrollgruppe verschlechterte sich das Ergebnis (auch nicht signifikant) Interventionsgruppe: 278,5 Meter auf 281,3 Meter (6MWT), p= 0,46 Kontrollgruppe: 249 Meter auf 247 Meter, p= 0,46 Die subjektiv empfundene körperliche Funktion (gemessen mit Duke Activity Status Index) verbesserte sich in der Interventionsgruppe, allerdings war auch diese Verbesserung nicht signifikant: von 28 Punkten auf 34,5 Punkte des DA-SI-Index, p= 0,19
Schlussfolgerung der Autoren	Es bedarf weiterer Forschung, auch um Langzeiteffekte zu untersuchen Frauen mit Herzinsuffizienz sollte aber empfohlen werden eine leichtes bis moderate Gehtraining zu absolvieren
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Hall et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Wie verändert sich die körperliche Aktivität innerhalb von 12 Monaten nach einer Beratungsintervention und welchen Effekt hat die Teilnahme an der Beratungsintervention auf Veränderungen innerhalb der 12 Monate?
Methode	RCT Vergleich einer komplexen Beratungsintervention mit gewöhnlicher Behandlung Körperliche Aktivität gemessen mit: Community Healthy Activities Model Program for Seniors (CHAMPS) Körperliche Leistungsfähigkeit: Gehtest (Gehgeschwindigkeit in zwei Versuchen über je 2.5 Meter) Körperliche Funktion: Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)
Stichprobe	N=238, 70+ Jahre, Männer, U.S.A. Fähigkeit, eine kurze Strecke ohne menschliche Hilfe zu gehen keine regelmäßige körperliche Betätigung keine Demenz, Schwerhörigkeit oder starke visuelle Beeinträchtigung keine ernsthafte Erkrankung oder Krankheit im Endstadium
Intervention/ Kontrolle	Intervention: eine individuelle Beratung durch einen erfahrenen Gesundheitsberater, der ein Arbeitsbuch, ein elastisches Gymnastikband, ein Poster mit Übungen und einen Schrittzähler überreicht. 6 Wochen lang telefonische Beratung 2x pro Woche, danach 1 x im Monat Zusätzlich monatliche personalisierte automatische Telefonnachrichten sowie einmal im Quartal einen Bericht mit ihren Fortschritten und Zielen. Kontrolle: gewöhnliche Behandlung
Ergebnisse	Signifikante Erhöhung körperlicher Aktivität bei TN der Interventionsgruppe Signifikante Erhöhung der durchschnittlichen Gehgeschwindigkeit innerhalb der beiden Gruppen, jedoch nicht zwischen ihnen Tendenz zu verbesserter Gehleistung innerhalb von zwei Minuten Allerdings wies die Kontrollgruppe in der SPPB ein signifikant besseres Ergebnis auf. 12 monatige Nachbeobachtung ohne Intervention zeigt Rückgang der körperlichen Aktivität bei den Patienten mit vorherigem Trainingserfolg.
Schlussfolgerung der Autoren	Beratungsinterventionen müssen langfristig angelegt sein, um körperliche Aktivität aufrecht zu erhalten. Weitere langfristig angelegte Studien mit anderen Variablen wie umgebungsbezogene Unterstützung und Barrieren werden gefordert. Strategien, die die körperliche Aktivität steigern, müssen an einzelne Subgruppen angepasst werden.
Gesamtbewertung SIGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

3.4 Interventionen

3.4.1 Eingeschlossene Literaturübersichten: Interventionen

Autoren (Jahr)	Ashworth et al. (2005)
Frage(n)/Ziele	Untersuchung der Effektivität von häuslichen vs. in Zentren/Krankenhäusern durchgeführten Bewegungsprogrammen für ältere Menschen, die eine oder mehrere kardiovaskuläre Erkrankung, COPD oder Osteoarthritis haben.
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (1991-Sept 2002), MEDLINE (1966-Sept 2002), EMBASE (1988 to Sept 2002), CINAHL (1982-Sept 2002), Health Star (1975-Sept 2002), Dissertation Abstracts (1980 to Sept 2002), Sport Discus (1975-Sept 2002) und Science Citation Index (1975-Sept 2002).
Einschlusskriterien	RCTs und quasi-randomisierte Studien Personen mittleren Alters oder Ältere (45+ Jahre), die eine koronare Herzkrankung (KHK) haben, ein oder mehrere Risikofaktoren für KHK aufweisen, an COPD leiden oder degenerative Arthritis haben
Ausschlusskriterien	Studien, die Patienten mit kardiovaskulären Ereignissen, chronischen Schmerzen sowie postoperativen Bewegungsprogrammen innerhalb des letzten Jahres untersuchen.
Ergebnisse	Einbezug von 2 Studien welche die funktionelle Leistungsfähigkeit untersuchen. Bei Patienten mit peripher-vaskulärer Erkrankung deutet sich eine Überlegenheit des zentrumbasierten Trainings an; allerdings kann ein Effekt aufgrund der Art des Trainings nicht ausgeschlossen werden. Bei Menschen mit COPD zeigten sich im zentrumbasierten Training nach 3 Monaten Verbesserungen der Gehfähigkeit, die im Zeitverlauf nachließen und nach 18 Monaten nicht mehr nachweisbar waren. Für die häusliche Übungsgruppe wurde eine Verbesserung im 4-Minuten-Gehtest verzeichnet, allerdings ohne signifikantem Unterschied zwischen den Gruppen. Für Patienten mit Osteoarthritis wurden keine Studien identifiziert.
Schlussfolgerung der Autoren	Häuslich basierte Programme werden besser angenommen. Die Intensität der Programme und Art der Unterstützung scheinen dabei wichtige Faktoren zu sein. In Hinblick auf die Gehfähigkeit lassen sich keine sicheren Empfehlungen ableiten. Für Patienten mit COPD sind die Ergebnisse widersprüchlich, für Patienten mit Arthritis wurden keine Ergebnisse identifiziert. Weitere Forschung ist nötig.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Batterham et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Welche Vorteile für funktionelle und mobilitätsbezogene Outcomes bieten wasserbasierte Übungen im Vergleich zu Übungen an Land für Patienten mit Arthritis? Zusätzlich wurden Informationen zur Patientenwahrnehmung von wasserbasierten Übungen im Vergleich zu Übungen an Land gesucht.
Suche: Zeitraum, Strategie	Medline, CINAHL, AMED, Cochrane Central Register of Controlled Trials; von der jeweiligen Gründung der Datenbanken bis Juli 2010
Einschlusskriterien	RCTs Sprache: Englisch Nur Studien mit einem Vergleich von wasserbasierten Interventionen und Interventionen an Land. Nur Studien mit Outcomes, anhand derer der Effekt der beiden Interventionsformen verglichen werden kann. Studienteilnehmer mit rheumatoider oder Osteoarthritis. Ausschließlich Studien mit Outcome zur Funktion, Mobilität und/ oder der Patientenzufriedenheit, welche mit Assessmentinstrumenten erhoben wurden.
Ausschlusskriterien	Studien, bei denen die Effekte nicht eindeutig auf die durchgeführte Intervention zurückgeführt werden können (z.B. Mischinterventionen) TN jünger als 18 Jahre TN, die Training im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen direkt im Anschluss an eine OP mit Gelenkersatz durchführten
Ergebnisse	10 Studien eingeschlossen Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen wasserbasierten und landbasierten Übungen in Bezug auf die Mobilität gefunden. Nur eine Studie berichtet Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit. Hier konnten keine Unterschiede zwischen wasser- oder landbasierten Übungen festgestellt werden.
Schlussfolgerung der Autoren	Anscheinend ähnliche Effekte wasser- und landbasierter Übungen auf die Mobilität von Arthritis-Patienten. Für eine Verschreibung wasserbasierter Übungen bedarf es Studien, welche einen eindeutigen Vorteil aufzeigen. Für Arthritis-Patienten mit erheblichen Problemen bei der (Fort-) Bewegung bieten sich Wasserübungen an. Entscheidung zur Art sinnvoller Übungen obliegt Patienten und Therapeuten gemeinsam.
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Bendermacher et al. (2006)
Frage(n)/Ziele	Evaluierung der Effekte von betreuter vs. selbstständiger Bewegungstherapie in Bezug auf die maximale Gehzeit oder Gehdistanz für Menschen mit Claudicatio intermittens.
Suche: Zeitraum, Strategie	Spezialisiertes Register der "Cochrane Peripheral Vascular Diseases Group": MEDLINE (1966 bis Nov 2005) und EMBASE (1980 bis Nov 2005), Handrecherche in Journals und conference proceedings, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), database (bis Ausgabe 4, 2005)
Einschlusskriterien	RCTs und kontrollierte klinische Studien, die betreute Therapien mit unbetreuten Therapien vergleichen Patienten mit Claudicatio intermittens aufgrund von Arteriosklerose, die für konservative Behandlung vorgesehen sind Mehr als 50% der Therapiezeit bei überwachten Therapien muss aus Gehen bestehen
Ausschlusskriterien	Patienten mit asymptomatischer Arteriosklerose der unteren Extremitäten
Ergebnisse	Es wurden 8 Studien einbezogen Studien zeigen statistisch signifikante und klinisch relevante Unterschiede: die Gehdistanz verbessert sich bei betreuten Therapien im Vergleich zu nicht-betreuten Therapien nach 3 Monaten (Effektgröße 0,58, 95% KI). Allerdings durchweg geringe Teilnehmeranzahl.
Schlussfolgerung der Autoren	Betreute und überwachte Therapien, v.a. mit Laufbändern, sollten für alle fitten Patienten verfügbar sein. Die Effekte solcher Therapien müssen idealerweise langfristig sein, um Effekte auf die Morbidität und Mortalität ableiten zu können.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Brazzelli et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Ermittlung der Effekte kardiorespiratorischen Trainings und/oder Widerstandstraining im Vergleich mit keiner Intervention, mit nicht trainingsbasierten Interventionen und gewöhnlicher Behandlung bei Schlaganfallpatienten.
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Stroke Group Trials Register (bis April 2010), Cochrance Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (bis Juli 2010), Ovid MEDLINE (1966 bis März 2010), Ovid EMBASE (1980 bis März 2010), Ovid CI-NAHL (1982 bis März 2010), EBSCO SPORTDiscus (1949 bis März 2010). Protokolle der Stroke Centre's website (www.strokecenter.org/): European Stroke Conference (2000 to 2006), International Stroke Conference (2000 to 2007), World Stroke Conference (2000, 2004). Handrecherche in relevanten Journals mit Fokus auf Training und physischer Fitness, welche nicht in der Cochrane Collaboration enthalten sind; weitere Datenbanken für relevante Studien und Dissertationen; "Citation tracking" aller eingeschlossenen Studien mit Google Scholar (letzte Suche September 2010). Kontaktaufnahme mit Autoren von Studien, um an unpublizierte Daten zu gelangen; Befragung von Experten
Einschlusskriterien	RCTs, die entweder kardiorespiratorisches Training vs. Kontrollgruppe, Krafttraining vs. Kontrollgruppe, Krafttraining in Kombination mit kardiorespiratorischem Training vs. Kontrollgruppe, am Ende der Intervention oder bei Follow-up gemessen, vergleichen. TN: Erwachsene nach Schlaganfall
Ausschlusskriterien	Konferenzbeiträge und Poster
Ergebnisse	32 Studien eingeschlossen Kardiorespiratorisches Training führt zu einer erhöhten Gehgeschwindigkeit und Leistungsfähigkeit beim Gehen am Ende des Trainings sowie bei Follow-up. Maximale Gehgeschwindigkeit: Mittelwertdifferenz (MD) 8,66 Meter pro Minute, 95% KI Bevorzugte Gehgeschwindigkeit: MD 4,68 Meter pro Minute, 95% KI Geh-Leistungsvermögen: MD 47,13 Meter in 6 Minuten, 95% KI Bei kombiniertem Training finden sich keine signifikanten Effekte auf die Gehgeschwindigkeit und die Leistungsfähigkeit. Für Krafttraining lässt sich keine Aussage treffen. In Bezug auf die physische Funktion lassen sich keine signifikanten Effekte durch die verschiedenen Trainingsmethoden erkennen.
Schlussfolgerung der Autoren	Kardiorespiratorisches Training nach einem Schlaganfall ist effektiv, wenn es darum geht die Gehgeschwindigkeit und –kapazität zu erhöhen. Es bedarf größerer und methodisch sehr guter Studien, um die Effekte von Fitnessstraining nach einem Schlaganfall zu untersuchen
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Chin et al. (2008)
Frage(n)/Ziele	Effektivität von Trainingsprogrammen für gebrechliche, ältere Menschen im Hinblick auf ihre körperliche Funktion, gemessen anhand von messbaren Leistungsindikatoren.
Suche: Zeitraum, Strategie	1995 bis August 2007; Datenbanken: PubMed, EMBASE, CENTRAL
Einschlusskriterien	RCTs, Erwähnung des Begriffs ‚frail‘ zumindest in Titel oder Abstract, Durchführungsbasierte Tests der physischen Funktionen, Vergleichsgruppe ohne Übungsprogramm oder mit geringeren Aktivitäten, in Englisch publiziert.
Ausschlusskriterien	Keine Angaben
Ergebnisse	20 Studien aufgenommen; Die Interventionen beinhalten Widerstandstraining, Thai Chi, oder multikomponente Trainingseinheiten. Keine Angaben zu Kontrollgruppen. Die Mehrheit eingeschlossener Studien zeigte eine Verbesserung in wenigstens einem Leistungsindikator, sechs zeigten keinen signifikanten Nutzen. Der Grad der Gebrechlichkeit scheint Einfluss auf die Effektivität von Programmen zu haben; die Teilnahme von hochaltrigen und multimorbiden Menschen an Übungsprogrammen kann nicht mehr als zwei bis dreimal pro Woche erwartet werden. Heimübungsprogramme werden als vorteilhaft für diese Population beschrieben, mögliche Nachteile dabei sind eine schlechte Teilnahme, sowie das Fehlen von Supervision und von sozialen Kontakten.
Schlussfolgerung der Autoren	Ältere Menschen können ihre Leistungsfähigkeit auf unterschiedlichem Niveau durch regelmäßiges Training verbessern. Für weitergehende Schlüsse bezüglich der Fragestellung bedarf es in Zukunft weiterer, methodisch hochwertiger Studien, die verschiedene Trainingsprogramme und deren Wirkung auf standardmäßige Leistungsindikatoren untersuchen.
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	Die Darstellung der Ergebnisse ist nicht klar nach Mobilitätoutcomes unterteilt, wodurch sich Verzerrungen ergeben können.

Autoren (Jahr)	Clegg et al. (2012)
Frage(n)/Ziele	Verbessern Heimtrainingsprogramme die Mobilität, Lebensqualität, oder ADL bei gebrechlichen älteren Menschen?
Suche: Zeitraum, Strategie	Bis Februar 2010 Suche in Medline mit AMED, CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, PsycINFO, PedRO
Einschlusskriterien	RCTs, cluster RCTs Durchschnittsalter der TN 70 Jahre und älter
Ausschlusskriterien	Studienpopulationsauswahl erfolgte anhand spezifischer Krankheitsbilder; Studiensetting: Pflegeeinrichtungen
Ergebnisse	6 Studien insgesamt eingeschlossen; 4 Studien für das Outcome Mobilität In einer Studie verbesserte sich die Gehgeschwindigkeit, eine Tendenz zu erhöhter Gehgeschwindigkeit wurde in einer weiteren Studie beschrieben; Keine Verbesserung der Gehgeschwindigkeit in den zwei verbleibenden Studien
Schlussfolgerung der Autoren	Widersprüchliche Effekte der Heimtrainingsprogramme wurden für die Mobilität festgestellt.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Crocker et al. (2013)
Frage(n)/Ziele	Evaluation von Vor- und Nachteilen rehabilitativer Interventionen zum Erhalt oder zur Verbesserung physischer Fähigkeiten älterer Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege.
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Groups: Stroke Group (bis Mai 2012), Effective Practice and Organisation of Care Group (bis April 2012), Rehabilitation and Related Therapies Field (bis April 2012); The Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE (ab 1966), EMBASE (ab 1980), CINAHL (ab 1982), PsycINFO (ab 1967), AMED (ab 1985), PEDro (im April 2012), British Nursing Index (1994 bis Oktober 2007), ASSIA (ab 1987), IBSS (ab 1951), DARE, HMIC, NHS EED, HTA database, ISI Web of Knowledge, PQDT database, (bis Dez 2009, wenn nicht anders vermerkt) Google Scholar (2006 bis Januar 2010), Index to Theses (Januar 2007), Referenzlisten, Kontaktaufnahme zu Autoren und Fachexperten, Durchsicht von Protokollen; Kontakt zu Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group (August 2006) und Cochrane Health Promotion and Public Health Field (August 2006)
Einschlusskriterien	RCTs oder Cluster RCTs, Betrachtung bestimmter Subgruppen (z.B. Schlaganfallpatienten); Vergleichsgruppe bekommt entweder keine Intervention oder alternative Intervention.
Ausschlusskriterien	TN entsprachen nur zum Teil den Inklusionskriterien, es sei denn Ergebnisse der Patientengruppen wurden separat dargestellt; Studien mit primärem Outcome kognitive Defizite, Stimmungsstörungen oder beidem, es sei denn als weiteres Ziel wurde Funktionsverbesserung untersucht.
Ergebnisse	67 Studien eingeschlossen, 5 Interventionen wurden von Pflegepersonal durchgeführt Ergebnisse gemessen durch folgende Tests: <u>Rivermead Mobility Index (RMI)</u> : Interventionsgruppen zeigten durchschnittlich im Follow-up einen 0,7 Punkt signifikant höheren RMI Wert, als die Kontrollgruppe. <u>Timed Up and Go Test (TUG)</u> : Es zeigte sich eine Verbesserung der Interventionsgruppe im Follow-up Test von mindestens 4 bis max. 8 Sekunden <u>Gehgeschwindigkeit in Metern pro Sekunde</u> : Interventionsgruppe im Durchschnitt 0,03 m/s schneller bei einer max. Distanz von unter 10 Metern. Interventionen mit kürzerer Laufzeit hatten eher einen größeren Effekt als jene mit langer Laufzeit. Keine Unterschiede zwischen Einzelinterventionen und Gruppeninterventionen. Patienten mit größerer Mobilität vor Beginn der Intervention profitierten mehr als Patienten mit geringerer Mobilität. Patienten, deren Intervention eine Ganzkörpervibration mit Übungen verband, erfuhren im Schnitt eine größere Mobilitätssteigerung.
Schlussfolgerung der Autoren	Körperbezogene Rehabilitation von älteren Patienten in der Langzeitpflege kann positive Effekte haben. Die Effekte sind relativ gering. Interventionen können für eine Stabilisation der vorhandenen Funktionen sorgen. Aus den unterschiedlichen Testergebnissen lässt sich ableiten, dass die Interventionen einen höheren Effekt auf Aufstehen, Hinsetzen, oder Umdrehen als auf die Gehfähigkeit haben. Alternative Erklärungen sind jedoch Unterschiede bei den Interventionen, TN, oder anderen Studienaspekten.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	Definition der Physische Rehabilitation: „those interventions that aim to maintain or improve physical function of an individual“ (S. 3)

Autoren (Jahr)	Ferreira et al. (2012)
Frage(n)/Ziele	Welche Auswirkung hat eine Nahrungsergänzung u.a. auf die körperliche Leistungsfähigkeit bei Patienten mit COPD?
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Airways Group's Register of trials in COPD (Register erstellt durch systematische Suchen von Datenbanken wie: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, CINAHL, AMED und PsycINFO) Handrecherche von Zeitschriften mit Fokus auf respiratorische Krankheiten und existierende Reviews Kontakt mit Autoren Letzte Suche: April 2012
Einschlusskriterien	RCTs, bei denen TN orale, enterale oder parenterale Ernährungsunterstützung (Kalorienergänzung) erhalten vs. Placebo, gewöhnlicher Ernährung oder anderer Behandlungsmethoden. Interventionszeitraum: länger als 2 Wochen Patienten mit stabiler COPD Mindestens 75% der Studienteilnehmer mit einer Einsekundenkapazität von weniger als 70 % und weniger als 12 % Reversibilität nach Anwendung eines Bronchodilatators.
Ausschlusskriterien	COPD Patienten, die intensivmedizinisch betreut werden Studien, die die Wirksamkeit von anabolen Substanzen testen
Ergebnisse	Insgesamt wurden 17 Studien einbezogen, von denen sich 5 auf das interessierende Outcome beziehen. Die 5 RCTs von geringer methodischer Qualität schlossen zusammen 142 TN ein. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen in Bezug auf den sechs-Minuten-Gehtest (MD 14,05 m; 95% KI), den 12-Minuten-Gehtest oder den Shuttle-Gehtest. In der gepoolten Analyse zeigte sich eine signifikante Veränderung gegenüber dem Ausgangswert beim Sechs-Minuten-Gehtest zugunsten der Interventionsgruppe (MD 39,96 m; 95% KI).
Schlussfolgerung der Autoren	Die Verbesserung des Sechs-Minuten-Gehtest nach Ernährungsunterstützung ist signifikant Diese Ergebnisse unterscheiden sich von vorangegangenen Reviews und sollten bei der Versorgung von mangelernährten Patienten mit COPD in Betracht gezogen werden
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Geraedts et al. (2013)
Frage(n)/Ziele	(1)Wie effektiv sind Feedback-Strategien, die ohne persönliche Treffen (remote Feedback) arbeiten, in Bezug auf körperliche Aktivität und Ausdauer bei häuslichen Interventionen für ältere Menschen mit und ohne Erkrankungen? (2)Welchen Effekt haben diese Strategien in Bezug auf die Einhaltung von Interventionen (Adhärenz)?
Suche: Zeitraum, Strategie	PubMed, PsycInfo, Cochrane Controlled Trials Register, EMBASE Artikel veröffentlicht zwischen 1990 und Juli 2012 Suche zu Frage (2) nicht systematisch
Einschlusskriterien	Kontrollierte Studien, die Übungsintervention mit Kontrollgruppe vergleichen, welche keine Übungen absolviert PEDro score (Items 2-11) mindestens 4 von 10 Studien, die Programme zur Förderung der körperlichen Aktivität im häuslichen Setting durchführen und darauf abzielen, die tägliche körperliche Aktivität oder Ausdauer zu stärken. Mindestens ein primäres oder sekundäres Outcome muss „generelle körperliche Aktivität oder Ausdauer“ sein Studienteilnehmer 55+ Jahre im Durchschnitt Sprache: Englisch, Deutsch und Niederländisch
Ausschlusskriterien	Fallstudien oder Reviews Studien mit krankheitsspezifischen Outcomes der körperlichen Aktivität.
Ergebnisse	32 Studien einbezogen, 24 für die Effektivität und 22 für die Einhaltung (Überlappung bei 14 Studien) <u>Effektivität:</u> 3 Arten von remote Feedback identifiziert: a) Regelmäßiger Telefonkontakt scheint die gleiche oder eine höhere Effektivität zu haben als gewöhnliche Behandlung oder keine Intervention. Ebenso effektiv wie (betreutes) Training ohne Feedback. Ergebnisse jedoch nicht übereinstimmend b) Unregelmäßiger Telefonkontakt Übereinstimmung der Studien, dass diese Art des Feedbacks effektiver ist als gewöhnliche Behandlung oder keine Intervention. Ebenso effektiv wie (betreutes) Training ohne Feedback c) Direktes Feedback (Live- Feedback während des Trainings) Übereinstimmung der Studien, dass diese Art des Feedbacks positive Resultate hervorbringt, die vergleichbar mit betreutem Training sind und effektiver als gewöhnliche Behandlungen oder keine Interventionen. <u>Einhaltung (Adhärenz):</u> Remote Feedback Strategien erscheinen in Bezug auf Einhaltung der Interventionen akzeptabel bis gut zu sein (32.1- 91 %). Textnachrichten (SMS) führten zu einer signifikant höheren Einhaltung als telefonbasierter Kontakt.
Schlussfolgerung der Autoren	Der Vergleich der Studien erweist sich als schwierig, da diese sehr heterogen sind. Direktes Feedback erscheint am erfolgversprechendsten. Direkte Feedback-Strategien könnten kosteneffektive Lösungen sein, weitere Forschung nötig.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Hauer et al. (2006)
Frage(n)/Ziele	Profitieren ältere, kognitiv beeinträchtigte Menschen von körperlichem Training in Bezug auf motorische Leistung oder Sturzrisiko-Verringerung? Kritische Evaluierung der Methodik der einbezogenen Studien.
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Central Register of controlled Trials, MEDLINE (1966-2004), CINHAL (1982-2004), GEROLIT (1979-2004); Handrecherche in den Literaturverzeichnissen der relevanten Studien; Konsultierung von Experten aus dem betroffenen Feld für weitere Literatur; Keine Spracheinschränkungen.
Einschlusskriterien	RCTs über körperliches Training, mit dem Ziel, die körperliche Funktion zu verbessern und/ oder Stürze zu verhindern. TN: Ältere Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, diagnostiziert mit einem etablierten Test oder standardisiertem Expertenrating. Ambulantes oder stationäres Setting
Ausschlusskriterien	Studien, ohne eindeutige Definition bezüglich des kognitiven Status, wurden ausgeschlossen.
Ergebnisse	11 RCTs einbezogen, veröffentlicht zwischen 1993 und 2004. Die Studien sind sehr heterogen und von ihrer Qualität in Bezug auf die Methodik niedrig bis mittelmäßig. Nur 4 Studien erreichten mehr als 8 von 16 Punkten (angepasstes Musculoskeletal Injuries Group evaluation tool). Durchführung einer Meta-Analyse nicht möglich. Es konnte keine starke Evidenz dafür gefunden werden, dass körperliches Training die motorische Leistung und/oder das Sturzrisiko kognitiv beeinträchtigter Menschen effektiv verbessert. Dieses Ergebnis kann, nach Ansicht der Autoren, jedoch auch auf methodische Schwächen der einbezogenen Studien zurückgeführt werden.
Schlussfolgerung der Autoren	Die Effektivität körperlichen Trainings hinsichtlich der Verbesserung der motorischen Leistung und/oder des Sturzrisikos kognitiv beeinträchtigter, älterer Menschen ist nicht ausreichend untersucht. Es bedarf weiterer Studien mit einer größeren Anzahl an Studienteilnehmer, die sensible und valide Messdaten erfassen. Die Spezifität der Interventionen muss höher sein und die unterschiedlichen Grade von kognitiven Einschränkungen müssen beachtet werden, um evidenzbasierte Empfehlungen abgeben zu können.
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Littbrand et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Wie ist die Anwendbarkeit (Beteiligung, erreichte Intensität, unerwünschte Vorfälle) und was sind die Effekte körperlichen Trainings auf körperliche Funktionen, kognitive Funktionen und die selbständige Durchführung von Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (ADL) bei Menschen mit Demenz?
Suche: Zeitraum, Strategie	August/ September 2010 Datenbanken: PubMed, Cinahl, Cochrane Library Ergänzend: Handsuche in Literaturverzeichnissen einschlägiger Zeitschriften und den Autoren bekannten Artikeln.
Einschlusskriterien	Sprache: Englisch, skandinavische Sprachen RCTs ausschließlich mit Menschen mit diagnostizierter Demenz, die den Effekt körperlichen Trainings als einzelne Intervention kontrolliert evaluieren. Die Wirkungen bezogen auf körperliche Leistungsfähigkeit (z.B. Balance, Mobilität oder Muskelkraft), kognitive Funktionen oder die Durchführung von ADLs werden evaluiert. Die Ergebnisse des Gruppenvergleichs werden berichtet.
Ausschlusskriterien	
Ergebnisse	10 Studien einbezogen, 612 TN; 6 Studien mit niedriger und 4 mit moderater methodischer Qualität. Kombinierte Gruppenübungen (in Pflegeeinrichtungen, über 12 Monate), die individuell angepasst werden, wie Krafttraining, Geh-, Balance- und Flexibilitätsübungen sowie Übungen zur Stärkung der unteren Extremitäten, beeinflussen Menschen mit Alzheimer im Bereich der ADL und Gehfähigkeit positiv im Vergleich zu Kontrollgruppen (keine Intervention/Routineversorgung). Balance sowie Austeh- und Gehfähigkeit werden nicht beeinflusst. Die Evidenzbasis ist sehr gering, unerwünschte Vorfälle werden nur selten berichtet.
Schlussfolgerung der Autoren	Die untersuchten körperlichen Trainings sind bei der Zielgruppe anwendbar/passend. Kombiniertes Krafttraining mit funktionellem Bezug und Gehübungen können die Funktionen von Menschen mit Demenz verbessern bzw. deren Abbau verhindern. Es bedarf weitere Forschung mit ausführlicher Beschreibung von Interventionen, die von hoher methodischer Qualität sind.
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Liu et al. (2009)
Frage(n)/Ziele	Welche Effekte und unerwünschte Nebeneffekte hat Widerstands- und Krafttraining (progressive resistance strength training= PRT) auf die körperliche Funktionsfähigkeit älterer Menschen?
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Bone, Joint and Muscle Trauma Group Specialized Register (bis März 2007), Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library 2007, Ausgabe 2), MEDLINE (1966 – 01. Mai 2008), EMBASE (1980 - 06. Februar 2007), CINAHL (1982- 01. Juli 2007), SPORTDiscus (1948 -07. Februar 2007), PEDro - The Physiotherapy Evidence Database (Zugriff am 07. Februar 2007) und Digital Dissertations (Zugriff am 01. Februar 2007). Kontakt mit Autoren der identifizierten Studien Handsuche in den Literaturverzeichnissen der identifizierten Studien und nach Reviews Konferenzbeiträge
Einschlusskriterien	RCTs Durchschnittsalter der TN: 60+ Jahre PRT als primäre Intervention
Ausschlusskriterien	TN unter 50 Jahre eingeschlossen
Ergebnisse	121 RCTs mit 6700 TN einbezogen <u>PRT im Vergleich zu keine Intervention, reguläre Versorgung:</u> resultierte in kleinen aber signifikanten Verbesserungen im Outcome „Körperliche Fähigkeiten“ (SMD 0,14, 95% KI) Es zeigte sich eine kleine Verbesserung der Ganggeschwindigkeit (MD 0,08 m/s, 95% KI) Aufstehen von einem Stuhl: moderater bis großer Effekt (SMD -0,94, 95% CI -1.49 - -.38) Six-Minute Walk Test (Meter): SMD 52,37, 95% KI Timed-up and Go Test (Sekunden): SMD -0,69, 95% KI Ganggeschwindigkeit (Meter pro Sekunde): SMD 0,08, 95% KI Timed-Walk (Sekunden): SMD -0,23, 95% KI Treppen gehen (Sekunden): SMD -1,44, 95% KI <u>PRT Dosierung (hohe vs. geringe Intensität):</u> Moderater Effekt bei der Kraft der unteren Extremitäten (SMD 0,48, 95% KI) <u>PRT vs. andere Arten von Training:</u> Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arten von Training (z.B. Ausdauer)
Schlussfolgerung der Autoren	PRT 2-3 Mal die Woche kann die körperliche Funktionsfähigkeit älterer Menschen verbessern Nebenwirkungen erscheinen insgesamt eher selten, müssen jedoch besser dokumentiert werden Es gibt bisher keine Informationen dazu, wie lange die Effekte des PRT anhalten
Gesamtbewertung SIGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Merriman et al. (2009)
Frage(n)/Ziele	Messung der Effektivität von Ganzkörpervibrationen (whole-body vibrations, WBV). Studien bezüglich der Knochendichte, Muskelleistung, Balance sowie funktioneller Mobilität älterer Erwachsener. Ebenso Darstellung potentieller Vorsichtsmaßnahmen, Sicherheitsbedenken sowie praktischer klinischer Überlegungen.
Suche: Zeitraum, Strategie	Datenbanken: MEDLINE (1950 – Dezember 2007), CINAHL (1982 – Dezember 2007) Sprache: keine Sprachbegrenzung Handrecherche der Literaturverzeichnisse der erhaltenen Artikel
Einschlusskriterien	Alle folgenden Kriterien mussten erfüllt sein: 1) Experimentelle oder quasiexperimentelle Berichte, 2) TN 60 Jahre oder älter, 3) Studien, die Ganzkörpervibrationen untersuchen, 4) Training mit min. sechswöchiger Laufzeit, 5) Studien die min. eines der folgenden Gebiete untersuchen: Knochendichte, Muskelleistung, Balance, oder funktionelle Mobilität
Ausschlusskriterien	Nicht angegeben
Ergebnisse	13 Studien insgesamt eingeschlossen; davon beschäftigten sich 5 Studien mit der Effektivität von WBV bezüglich der funktionellen Mobilität älterer Menschen. Alle 5 Studien berichten positive Wirkungen von WBV auf die funktionelle Mobilität. Allerdings ist die methodische Qualität der Studien zumeist unzureichend und es kann kein zusätzlicher Nutzen von WBV im Vergleich zur Standardtherapie nachgewiesen werden.
Schlussfolgerung der Autoren	WBV zeigte im Bereich der Muskelleistung, Balance und funktionellen Mobilität keinen Mehrwert im Vergleich zu traditionellen Übungsprogrammen. Die schlechte Qualität der zugrundeliegenden Studien wurde angemerkt. Zukünftig weitere, methodisch bessere Studien nötig.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Es wird keine Definition der funktionellen Mobilität für die Arbeit gegeben, daher verbleiben Ergebnisse unklar.

Autoren (Jahr)	Rydwik et al. (2004)
Frage(n)/Ziele	Effekt von Bewegungstraining auf die physische Leistungsfähigkeit multimorbider Bewohner von Pflegeeinrichtungen über 70 Jahren.
Suche: Zeitraum, Strategie	PubMed, Medline, Cinahl, Amed, PeDRO zu vier Zeitpunkten zwischen September 2000 und August 2002 zu einem Zeitraum zwischen 1980 – 2002 Ergänzende Recherche im Schneeballsystem
Einschlusskriterien	RCTs, quantitative Studien, die zwischen 1980-2002 in peerreviewed Journals (im Original als referee-reviewed Journals bezeichnet) erschienen Sprache: Schwedisch, Englisch TN mit Alter > 70 Jahre; multiple Diagnosen; im stationären Setting
Ausschlusskriterien	Keine Angaben
Ergebnisse	16 RCTs eingeschlossen, Ergebnisse wurden nach methodologischer Qualität der Studien getrennt voneinander dargestellt: <u>Mobilität:</u> Signifikante Verbesserungen für 4 Studien mit hoher Qualität, 3 Studien mit moderater Qualität und 1 Studie mit geringer Qualität. Nicht-signifikante Verbesserung in vier Studien mit hoher oder moderater Qualität <u>Ganggeschwindigkeit, bzw. Gang:</u> Signifikante Verbesserungen in 2 Studien mit hoher Qualität und 2 Studien mit moderater Qualität; nicht-signifikante Verbesserung in 2 Studien mit hoher und 2 mit moderater Qualität <u>Rollstuhl (Fortbewegungsausdauer gemessen durch Durchschnittsgeschwindigkeit):</u> Signifikante Verbesserung in einer Studie mit moderater Qualität Hohe Evidenz für einen positiven Effekt von Bewegungstraining auf die Mobilität; moderate Evidenz für den positiven Effekt von Bewegungstraining auf den Umfang von Bewegung; eingeschränkte oder gegensätzliche Evidenz der Effektivität eines Bewegungstrainings für den Gang.
Schlussfolgerung der Autoren	Starke Evidenz für einen positiven Effekt von Bewegungstraining auf die Mobilität im stationären Setting.
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Silva et al. (2010)
Frage(n)/Ziele	Wie effektiv und sicher ist Balance-Training (propriozeptives Training), um die körperliche Funktionsfähigkeit bei Patienten mit rheumatoider Arthritis zu erhalten?
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Musculoskeletal trials register, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library 2008, Ausgabe 4), MEDLINE via PubMed (Januar 1966 bis Dezember 2008), EMBASE (Januar 1980 bis Dezember 2008), ILACS (Januar 1982 bis Dezember 2008), CINAHL (Januar 1982 bis Dezember 2008), PEDro und Scirus (Start der Datenbanken bis Dezember 2008). Recherche über Literaturverzeichnisse der gefundenen Studien Konferenz-, Kongress- und Symposiumsbeiträge (2000 bis Dezember 2008) Handsuche im Internet Kontaktaufnahme mit Experten
Einschlusskriterien	RCTs und CCTs, die die Effekte und Sicherheit von propriozeptivem Training bei Patienten mit rheumatoider Arthritis evaluieren. Erwachsene (18+ Jahre) mit der Diagnose rheumatoide Arthritis nach den Kriterien des American College of Rheumatology Dauer des Trainings sollte mindestens 6 Wochen sein (2 mal wöchentlich je 30 Minuten) Kontrollgruppen: keine Intervention, eine andere Trainingsintervention oder freiwillige Übungen Outcome: Health Assessment Questionnaire, Gang oder andere Funktionen, die durch den Six-Minute-Walk-Test, den TUG Test oder nach Tinetti (POMA) gemessen werden, Selbstauskunft über Schmerz
Ausschlusskriterien	
Ergebnisse	Keine Studie einbezogen, da keine Studie den Einschlusskriterien entsprach.
Schlussfolgerung der Autoren	Weitere RCTs sind nötig, die ausschließlich Menschen mit rheumatoider Arthritis einbeziehen. Dabei muss die Methodik von besserer Qualität sein und die Trainingsinhalte detailliert beschrieben werden.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Skelton et al. (2013)
Frage(n)/Ziele	Wie effektiv sind Umwelt- und Verhaltensinterventionen bei der Reduzierung von Aktivitätseinschränkungen und der Verbesserung der Lebensqualität bei älteren Menschen mit Sehbehinderungen?
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL 2012, Ausgabe 10), Ovid MEDLINE, Ovid MEDLINE In-Process und andere Zitierungen, die nicht indexiert sind. Ovid MEDLINE Daily und Ovid OLDMEDLINE (Januar 1950 bis November 2012), EMBASE (Januar 1980 bis November 2012), CINAHL (Januar 1937 bis November 2012), AMED (Januar 1985 bis November 2012), the metaRegister of Controlled Trials (mRCT), ClinicalTrials.gov, WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) Kontaktaufnahme mit Autoren aller laufenden Studien oder von Zusammenfassungen von Studien, die durch die Suche in den oben genannten Datenbanken identifiziert wurden. Recherche im Schneeballsystem anhand der Literaturverzeichnisse
Einschlusskriterien	RCTs und Q-RCTs, die Umwelt-und/oder Verhaltensinterventionen mit Kontrollgruppen (Placebo oder keine Intervention, oder gewöhnliche Behandlung) vergleichen Studien, die unterschiedliche Arten von Umwelt- und/oder Verhaltensinterventionen miteinander vergleichen Menschen 60+ Jahre, die eine irreversible Sehbehinderung haben und alleine oder in Pflegeeinrichtungen leben Es wurden auch Sehbehinderte (60+) einbezogen, die weitere Erkrankungen haben Studien, in denen als primäres Outcome die körperliche Leistungsfähigkeit gemessen wird (objektiv oder subjektiv)
Ausschlusskriterien	Studien, die nur Lebensqualität als Outcome haben Interventionen, die das Sehvermögen durch Einsetzen von Linsen oder Filtern oder Kataraktoperationen korrigieren
Ergebnisse	Keine Studien einbezogen, da keine Studie die Einschlusskriterien erfüllt hat.
Schlussfolgerung der Autoren	Es kann keine Aussage getroffen werden, inwieweit Umwelt- oder Verhaltensinterventionen effektiv sind. Es bedarf weiterer Forschung, wie zurzeit (Stand 2013) in den Niederlanden, Australien und Großbritannien durchgeführt, bevor Schlussfolgerungen getroffen werden können.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Snook/Motl (2009)
Frage(n)/Ziele	Anhand einer Meta-Analyse wird untersucht, welchen Gesamteffekt körperliche Trainingsinterventionen auf die Geh-Mobilität bei Menschen mit multipler Sklerose (MS) haben.
Suche: Zeitraum, Strategie	MEDLINE, PsycINFO, CINAHL und Current Contents Plus (Zeitraum 1960 bis November 2007) Recherche nach dem Schneeballprinzip anhand der Literaturverzeichnisse gefundener Studien Kontaktierung der Autoren von Studien, um nach weiteren Studien zu fragen
Einschlusskriterien	Sprache: Englisch Studien, die Geh-Mobilität vor, während und nach der Intervention bei Menschen mit MS messen Studien mit nur einer Gruppe, oder mit Kontrollgruppen Outcome: Geh-Mobilität, die mit akzeptierten Messinstrumenten erfasst wird
Ausschlusskriterien	Abstracts/Zusammenfassungen Studien, in denen Bewegungstraining nur einen kleinen Teil der physiotherapeutischen Intervention darstellt
Ergebnisse	22 Studien einbezogen Körperliches Training ist assoziiert mit einer Verbesserung des Gehens bei Menschen mit MS Der Gesamteffekt körperlichen Trainings auf Geh-Mobilität ist klein ($g = 0,19$) Der Effekt körperlichen Trainings variiert je nach Setting Der Effekt ist signifikant, wenn das Training in einem betreuten Umfeld stattfindet (z.B. Turnhalle oder ambulante Reha); der Effekt ist nicht signifikant, wenn das Training unbetreut ist und beim Patienten zu Hause umgesetzt wird oder teilweise zu Hause und teilweise z.B. betreut in einer Turnhalle
Schlussfolgerung der Autoren	Insgesamt wird eine kleine aber klinisch relevante Verbesserung der Gehfähigkeit durch Bewegungstraining beschrieben. Die Wirksamkeit von Interventionen, die bei Patienten zu Hause durchgeführt werden, hat das Potential, mehr Personen zu erreichen. Es muss weiter untersucht werden, was die Teilnahme erhöht. Weitere Studien mit umfassenderen Informationen über die Studienteilnehmer nötig um zu verstehen, welche Art von Training Menschen mit unterschiedlichen Formen von MS hilft. Long-Term-Follow-up zur besseren Beurteilung der Effekte nötig
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Taylor et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Die Wirksamkeit manueller Therapie durch Pflegepersonal für die Mobilität und insbesondere die Transferfähigkeit älterer Bewohner von Pflegeeinrichtungen.
Suche: Zeitraum, Strategie	Datenbanken: Ovid MEDLINE, CINAHL, Embase, AMED, Evidence-Based Medicine Reviews, Meditext, PEDro Zeitraum: 1994 bis September 2009 Sprache: Englisch Zusätzliche Handrecherche einschlägiger Artikel und in grauer Literatur
Einschlusskriterien	Interventionen: Manuelle Therapien oder körperliche Aktivität bezogen auf die Transferfähigkeit von Bewohnern aus Langzeitpflegeeinrichtungen Setting: Langzeitpflegeeinrichtungen Primäres Outcome: Transferfähigkeit zwischen Möbelstücken; Sekundäre Outcomes: Lebensqualität, Verbesserung manueller Therapien, Interventionskosten
Ausschlusskriterien	Publiziert vor 1994
Ergebnisse	10 Studien eingeschlossen (2 systematische Reviews, 3 manuelle Handhabungsstudien, 7 Bewegungstrainingsstudien). 3 Studien zu funktionellem Training und eine Studie zu physiotherapeutischer Einzelbehandlung zeigten signifikante Verbesserungen in den Sitz-zu-Standfähigkeiten.
Schlussfolgerung der Autoren	Physische Aktivitäten und rehabilitative Interventionen zeigten sich als förderlich für die Mobilität und Transferfähigkeit von Einwohnern in Pflegeeinrichtungen. Ein breiteres Verständnis und der Einfluss von Transfer, der durch das Personal durchgeführt wird, sind nicht hinreichend untersucht.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	Autoren beschreiben Signifikanz von Studien, die entsprechenden Werte der Studien werden nicht aufgezeigt. Es wurden keine Ergebnisse in einer Metaanalyse gepoolt, die diese Aussagen unterstützen würden. Hinzu kommt, dass die Studien zum überwiegenden Teil als qualitativ eingeschränkt und heterogen beschrieben werden.

Autoren (Jahr)	Valenzuela (2012)
Frage(n)/Ziele	Evidenzsynthese aus randomisierten klinischen Studien zur Effektivität einzelner Übungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit bei älteren institutionalisierten Menschen.
Suche: Zeitraum, Strategie	AMED, CINAHL, COCHRANE, Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, Medline, PreMedline, PsycInfo Datenbankbeginn bis September 2010
Einschlusskriterien	Klinische Studien, Pflegeheime oder ähnliche Einrichtungen, progressives Widerstandstraining mit unterschiedlichen Hilfsmitteln (Gewichte, Bälle, Elastikbänder etc.), Studien die Balance- und Beweglichkeitstraining mit Widerstandstraining kombinieren, keine Spracheinschränkung
Ausschlusskriterien	Studien mit anderen Übungsformen wie Aerobic
Ergebnisse	Von 13 eingeschlossen Studien liefern 7 Studien relevante Informationen im Bereich der funktionellen Leistungsfähigkeit. Es handelt sich um 5 RCTs, eine Studie ohne Kontrollgruppe und eine Studie mit nicht näher spezifiziertem RCT-Design. Die Interventionsdauer lag bei 5 Studien zwischen 8-13 Wochen und bei 2 Studien zwischen 4 und 12 Monate. In den Interventionen fanden sich maschinengestützte Trainings mit Beinpresse, verschiedene Bälle, Softgewichte und einfaches Gehen. In allen Studien zeigten sich Verbesserungen in der Interventionsgruppe, die in 4 Studien statistisch signifikant waren. Dieser Effekt trat eher bei moderatem und intensivem Training ein.
Schlussfolgerung der Autoren	Es deutet sich an, dass progressives Widerstandstraining einen positiven Effekt auf die Mobilität von älteren institutionalisierten Menschen hat.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Keine separate Beschreibung für das Outcome „Functional performance“; die durchführende Berufsgruppe wird nicht näher spezifiziert.

Autoren (Jahr)	Virgili/Ruby (2010)
Frage(n)/Ziele	Beurteilung der Effekte des Orientierungs- und Mobilitätstrainings für Erwachsene mit eingeschränkter Sehkraft, mit oder ohne Hilfsmittel.
Suche: Zeitraum, Strategie	Cochrane Central, Medline, Embase, LILACS, OPENSIGLE, mRCT, clinicalTrials, ZETOC Schneeballrecherche in Literaturverzeichnissen der erhaltenen Artikel Keine Sprach- oder Zeitraumrestriktionen; letzte Recherche am 31.03.2010
Einschlusskriterien	RCT, quasi-randomisierte Studien, Menschen ≥ 16 Jahre, alle Arten des Orientierungs- und Mobilitätstrainings, Vergleich mit keiner Intervention
Ausschlusskriterien	Menschen mit mehrfacher Behinderung wie Hörverlust, neurologischer oder muskuloskeletaler Funktionsstörung
Ergebnisse	Es konnten 2 aufeinander aufbauende quasi-randomisierte Studien mit insgesamt 63 TN eingeschlossen werden. Die methodische Qualität der Studien war unzureichend. Das Durchschnittsalter der TN lag bei 76 und 77 Jahren, 37% bzw. 50% waren vollständig erblindet. Die TN lebten überwiegend in stationären Pflegeeinrichtungen. Etwa die Hälfte wies Schwierigkeiten mit der Balance, dem Gebrauch von Hilfsmitteln wie Gehstöcken, sowie kognitive Einschränkungen auf. Die Intervention wurde durch Ehrenamtliche ausgeführt, die eine schriftliche und mündliche Anleitung erhalten hatten und die mit jedem Patient für 90min. pro Woche über 10-12 Wochen arbeiteten. Die Kontrollgruppe erhielt Fitnessübungen. Für die innerhäusliche Fortbewegung zeigten sich in einer der beiden Studien positive Effekte, die nahe an der statistischen Signifikanz lagen.
Schlussfolgerung der Autoren	Aus den beiden vorliegenden Studien zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen einem von Ehrenamtlichen angebotenen Mobilitäts- und Orientierungstraining und körperlichen Übungen. Es bedarf weiterer hochwertiger Studien, um für die notwendige Unterstützung die besten Trainingstechniken auswählen zu können.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Weening-Dijksterhuis et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Untersucht die Effekte körperlichen Trainings auf die körperliche Fitness bei gebrechlichen, älteren Menschen, die in Institutionen leben. Ein weiteres Ziel des Reviews besteht in der Formulierung von Kriterien für ein evidenzbasiertes Trainingsprogramm für ältere, institutionalisierte Patienten.
Suche: Zeitraum, Strategie	Medline, PubMed, Cochrane, CINAHL 1955-2008
Einschlusskriterien	RCT, Englisch, Zeitschriften mit peer-review-Verfahren, Menschen ≥ 70 Jahre, die in einer Langzeitpflegeeinrichtung oder einem Pflegeheim leben, Gebrechlichkeit oder verschiedene Erkrankungen, Effekte von körperlichen Übungen oder Aktivität auf die körperliche Fitness und die Prävention von Stürzen
Ausschlusskriterien	Ausschließlich einzelne Krankheitsbilder wie Schlaganfall, Rheuma, Alzheimer und psychiatrische Erkrankungen werden untersucht.
Ergebnisse	In die Analyse hinsichtlich der Effekte auf die körperlichen Leistungsfähigkeit wurden 12 Studien einbezogen: 4 Studien zeigen eine starke oder sehr starke Effektstärke beispielsweise im TUG, der Gehgeschwindigkeit, beim Aufstehen aus dem Stuhl. Jeweils 2 dieser Studien weisen eine hohe oder moderate methodische Studienqualität auf. Acht Studien zeigten allerdings moderate oder eine eingeschränkte Effektstärke. Vier dieser Studien wurde eine hohe methodische Qualität zugesprochen und vier Studien eine moderate methodische Qualität. Es werden ausschließlich die Interventionen der Studien hoher und starker Effektstärke angeführt: - intensive Übungen (angepasst an die individuellen Möglichkeiten des Patienten): 3x wö. für 60 min über 3 Monate - Wiederholungsübungen mit dem Unterkörper: 1 Set á 4-8 Wiederholungen, 3x wö. über 10 Wochen - Übungen mit 80% oder 40% des Maximalgewichts, 3 Sets mit 8 Wiederholungen, 3x pro Woche über mind. 10 Wochen
Schlussfolgerung der Autoren	Im Hinblick auf die körperliche Fitness zeigen sich signifikante positive Effekte bei älteren, institutionalisierten Patienten durch körperliches Training. Die Ergebnisse bieten eine Grundlage für ein effektives körperbezogenes Trainingsprogramm für ältere, institutionalisierte Patienten.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Keine Angaben zur ausführenden Berufsgruppe.

3.4.2 Eingeschlossene Primärstudien: Interventionen

Autoren (Jahr)	Beaudart et al. (2013)
Frage(n)/Ziele	Welchen Einfluss hat ein 3-monatiges Ganzkörper-Vibrationstraining auf das Risiko zu stürzen bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen?
Methode	RCT
Stichprobe	N= 62, Durchschnittsalter 83,2 Jahre Pflegeheimbewohner Ausschluss: Gewicht über 150 kg, elektronische Implantate (z.B. Herzschrittmacher), Epilepsie, Blutungsstörungen, Entzündungen im unteren Bauchbereich, Risiko einer Thromboembolie
Intervention/ Kontrolle	Intervention: N= 31, 3 Sitzungen mit Ganzkörper-Vibrations-Training pro Woche (5 Serien für 15 Sekunden bei 30Hz) über einen Zeitraum von 3 Monaten Kontrollgruppe: N=31, Normale Versorgung
Ergebnisse	In Bezug auf die Gehfähigkeit (TUG) und Gehgeschwindigkeit konnten keine signifikanten Effekte des Trainings ermittelt werden.
Schlussfolgerung der Autoren	Das Ganzkörper-Vibrationstraining scheint unter den abgegrenzten Rahmenbedingungen durchführbar, zeigte jedoch keinen Einfluss auf das Sturzrisiko von Pflegeheimbewohnern. Weitere Untersuchungen unter anderen Rahmenbedingungen scheinen notwendig.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Bonnefoy et al. (2012)
Frage(n)/Ziele	Machbarkeit eines Heimübungsprogramms, das Trainingsübungen mit einer Proteindiät kombiniert und durch Haushaltsassistenten während ihrer normalen Arbeitszeit durchgeführt wird, mit der Fragestellung, ob damit exzessive Inaktivität oder Behinderung bei älteren, potentiell gebrechlichen Menschen verhindert werden kann.
Methode	RCT, zweiarstig
Stichprobe	102 TN; 53 in der Interventionsgruppe, 49 in der Kontrollgruppe. 55 Haushaltsassistenten betreuten die TN TN lebten selbständig in ihrer häuslichen Umgebung und erhielten nicht mehr als zwei Stunden pro Woche Unterstützung von den Haushaltsassistenten.
Intervention/ Kontrolle	Intervention vs. keine Intervention Intervention: 13 Übungen für die Bereiche Mobilität, Kraft, Balance und Ausdauertraining wurden von einem Physiotherapeuten an die Leistungsfähigkeit der TN angepasst und es wurden Informationshefte und Poster mit den Übungen verteilt. Dazu erhielten die Interventionsteilnehmer Proteinzusätze in Puderform, das unter das Essen gemischt werden sollte. Das Präparat enthielt 80% Milch, Soja und Alfalfa Protein, 10 g Protein inklusive 3,49 g verzweigte Aminosäuren (2,41 g L-Leucin, 0,51 g L-Isoleucin, 0,57 g L-Valin), und 44,3 kcal pro Dosis.
Ergebnisse	Maximale Gehzeit und maximale überwundene Distanz blieben bei den Interventionsteilnehmer nach vier Monaten im Vergleich zur Baseline-Untersuchung gleich, während sie bei der Kontrollgruppe um 25% ($p=0,009$), bzw. 16,7% ($p=0,41$) sanken. Ergebnisse des TUG-Test zeigten eine tendenzielle Verbesserung (5,45%, $p=0,73$) in der Interventionsgruppe, während die Werte in der Kontrollgruppe gleich blieben. PASE-Wert und Gehgeschwindigkeit blieben in beiden Gruppen stabil. In einem Intragruppenvergleich innerhalb der Interventionsgruppe (TN mit guter Compliance vs. TN mit geringerer Compliance) zeigte sich, dass die TN mit guter Compliance ihre maximal zurückgelegte Gehstrecke und maximale Gehzeit um 29,15% bzw. 33,3 im Vergleich zur Gruppe der TN mit der geringeren Compliance verbesserte.
Schlussfolgerung der Autoren	Der Erhalt physischer Aktivität durch Unterstützung von Haushaltsassistenten konnte in dieser Studie gezeigt werden. Im Besonderen profitieren die TN, deren Durchschnittsalter bei 84 Jahren lag und die in ihrer häuslichen Umgebung lebten, in Hinblick auf den Erhalt der maximalen Gehgeschwindigkeit und der IADL. Der Erhalt der Gehausdauer ist mit einer erhöhten Lebensqualität verbunden.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Die Haushaltsassistenten erhielten eine Schulung in der die Bedeutung von Bewegung und Proteinergänzung erläutert wurde und Motivationsunterstützung angeleitet wurde. Prozess der Randomisierung ist unklar. Maßnahmen in der Kontrollgruppe unklar.

Autoren (Jahr)	Holmerová et al. (2010)
Frage(n)/Ziele	Messung der Effektivität des Exercise Dance for Seniors (EXDASE) Programms auf die Funktion der unteren Körperhälfte bei älteren Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben.
Methode	RCT (Patienten wurden aus einer weiteren zur selben Zeit laufenden EXDASE – Studie übernommen)
Stichprobe	72 Patienten begannen die Studie, 52 beendeten sie. Durchschnittsalter 81,9 Jahre Fähigkeit, eine kurze Distanz selbständig zu gehen
Intervention/ Kontrolle	Interventionsteilnehmer erhielten über 3 Monate eine 75-minütige, einmal pro Woche stattfindende Tanzübungseinheit. Warmup-Phase 10 Minuten Arm- und Beinbewegungen im Sitzen, tanzbasierte Übungen: Schrittkombinationen aus den Gesellschaftstänzen Polka, Walzer, Foxtrott, Cha-Cha-Cha, oder Cancan. Die Intensität der Übungen wurde durch schnellere Musik und Aufforderungen zum intensiveren Bewegen durch den Tanzlehrer gesteigert. Cool-down Phase durch leichte Flexibilitäts-, Dehn- und Atemübungen. Kontrollgruppe: TN der Kontrollgruppe durften an sämtlichen anderen Aktivitäten der Einrichtung teilnehmen.
Ergebnisse	In der Voruntersuchung zeigte die Interventionsgruppe einen signifikant ($p=0,033$) besseren Wert im Stuhl Sitz- und Erreichen Test als die Vergleichsgruppe. Dafür zeigte die Kontrollgruppe (nicht signifikant; $p>0,05$) bessere Werte im 2-Minuten-Gehtest und im Timed Up-and-Go Test. Im Gruppenvergleich zeigte die Interventionsgruppe für alle gemessenen Parameter signifikant bessere Werte als die Kontrollgruppe. Die TN der Kontrollgruppe verschlechterten sich in allen vier gemessenen Tests.
Schlussfolgerung der Autoren	Eine Tanz-basierte Intervention hilft, die Mobilitätsfähigkeiten sonst bewegungsreduzierter, älterer Menschen die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, zu erhalten oder sogar zu verbessern. Die Ergebnisse, die zeigten, dass die Interventionsgruppe der Kontrollgruppe signifikant im Stuhl Sitz- und Erreiche-Test überlegen war, waren überraschend für die Autoren, da die TN zufällig zugeteilt wurden. Zukünftig sollte ebenfalls eine längere Follow-up Periode mit eingeplant werden.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Kerse et al. (2010)
Frage(n)/Ziele	Effektivität eines Heimübungsprogramms zur Bewegungsförderung bei älteren Menschen mit depressiver Symptomatik (DeLLITE)
Methode	RCT über 12 Monate
Stichprobe	193 TN, 97 in der Interventionsgruppe, 96 in der Kontrollgruppe. 97% der Patienten vollzogen die gesamte Studienzeit. Durchschnittsalter: 81,1 Jahre
Intervention/ Kontrolle	<p>Interventionsteilnehmer wurden von geschulten Pflegekräften in das Programm eingeführt. Das Training beinhaltete moderates Balancetraining, Widerstandsübungen zur Kräftigung der unteren Körperhälfte und Gangübungen. Es wurde ein funktionelles Ziel mit den TN vereinbart und sie wurden angewiesen, sich soziale Unterstützung im persönlichen Umfeld zu suchen, um das Ziel im Fokus zu behalten. Die Übungen wurden mit 1-, 2-, oder 3 kg Arm- und Beingewichten durchgeführt. Die Übungen sollten 3x pro Woche für 30 Minuten durchgeführt werden und die Intensität während der 6 Monate der Intervention gesteigert werden. Hinzu sollte ein Tagebuch über die physischen Aktivitäten ausgefüllt und am Kühlschrank befestigt werden. Es gab 7 Unterstützungsbesuche und einen Besuch nach 6 Monaten, um Fragen zu besprechen.</p> <p>Kontrollgruppe erhielt soziale Besuche, deren Themen anhand eines Guides geleitet wurden, jedoch keine psychotherapeutischen Komponenten enthielt. Physische Aktivität wurde nicht unterstützt.</p> <p>Die Besuche wurden in gleichem Umfang wie in der Interventionsgruppe durchgeführt.</p> <p>Beide Gruppen erhielten Telefonanrufe im 4. und 5. Monat, wenn in dieser Zeit keine Besuche vorgenommen wurden.</p> <p>Das Programm (Kontroll- und Intervention) wurden 6 Monate durchgeführt, Follow-up Untersuchung nach einem Jahr.</p>
Ergebnisse	<p>Es wurden keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezüglich der SPPB (beinhaltet Ganggeschwindigkeit, wiederholendes Aufstehen von einem Stuhl, und Balancemessungen) festgestellt, auch nicht im Zeitverlauf. SPPB; $p = 0,274$</p> <p>Es zeigte sich eine Tendenz zu einem differenten Ergebnis bezüglich des Gehverhaltens, am stärksten nach 6 Monaten; $p = 0,054$</p>
Schlussfolgerung der Autoren	Es konnten keine signifikanten Ergebnisse festgestellt werden, außer einer Tendenz zu einer Verbesserung im Gang. Weitere Studien z.B. mit einem Studienarm mit alltäglicher Pflege, ohne persönlichen Kontakt oder ein Vergleich zu anderen Studien desselben Studiendesigns sollten vorgenommen werden. Ein Einfluss der Patientengruppe, bzw. des progressiven Verlaufs der Depressionssymptome können nicht vollkommen ausgeschlossen werden.
Gesamtbewertung SiGN	++
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Laupheimer et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Welche Auswirkungen hat ein in Eigenverantwortung durchgeführtes passives, fahrradähnliches FE-Bewegungstraining (erzwungene Bewegungsgeschwindigkeit) auf die Alltagsmotorik und Lebensqualität von Parkinson-Erkrankten?
Methode	RCT
Stichprobe	N= 44 (Intervention=21, Kontrolle=23) Parkinson-Patienten (Alter: 68,5 ± 6,8 Jahre) Einschluss: 1) Parkinson-Diagnose 2) Krankheitsstadium 2-4 3) wohnhaft in Süddeutschland 4) Gesundheit erlaubt Pedalbewegungen 5) Eigenständige Bedienung des motomed möglich Ausschluss: 1) Gesundheit lässt kein Training zu 2) Schmerzen lassen Pedalbewegungen nicht zu.
Intervention/ Kontrolle	Intervention: N=21 10-wöchiges FE-Bewegungsprogramm (neben Standardtherapie) mit einem motorunterstützten Bewegungstherapiegerät, möglichst unter der Woche täglich 40-Minuten Training (bis zu 90 Umdrehungen/Minute) Kontrolle: N= 21 Standardtherapie Drei Messzeitpunkte (Beginn, nach 5 Wochen, nach 10 Wochen)
Ergebnisse	Die TN an der Intervention zeigten eine signifikante Verbesserung der Gehfähigkeit (Gehzeit, Schritte) Die Effekte sind dabei besonders in den ersten 5 Wochen groß Verbesserung von 3,24 Sek. für die Interventionsgruppe bei der Gehgeschwindigkeit (benötigte Sekunden um die letzten 11 von 15 Metern zurück zu legen) nach 10 Wochen Die Anzahl der Schritte, die benötigt wurden, um die letzten 11 von 15 Metern zurück zu legen, verringerte sich um 2,76 Schritte
Schlussfolgerung der Autoren	Die durchgeführte Interventionsstudie zeigte signifikant positive Verbesserungen der Grobmotorik sowie der Feinmotorik von Parkinson-Patienten durch ein zehnwöchiges FE-Bewegungstraining mittels eines motorbetriebenen Bewegungstherapiegerätes. Die Verbesserungen der Gehfähigkeit sind praktisch bedeutsam, da die kritische Messwertdifferenz für den Gehstest (Reliabilität 0,9) 1,7 Sekunden beträgt und bei den Schritten 2,1 Schritte In weiteren Studien sollte untersucht werden, welche Aspekte des Trainings am wirkungsvollsten sind und wann und in welcher Intensität das Training am besten durchgeführt werden sollte
Gesamtbewertung SIGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	McAuley et al. (2013)
Frage(n)/Ziele	Wie effektiv ist eine DVD-basierte Bewegungsintervention im häuslichen Umfeld im Vergleich zu einer DVD-Intervention, die einmalig über gesundes Altern informiert?
Methode	RCT Häusliches Setting
Stichprobe	N= 307 (Rekrutierung über öffentliche Medien, Illinois) 65 Jahre und älter Körperlich inaktiv Fähigkeit am Training teilzunehmen (Ärztliches Attest) Einverstanden mit Randomisierung
Intervention/ Kontrolle	Intervention FlexToBa : TN (N=158) 3 DVDs mit Anleitung und Übungen, 2 Gummibänder, eine Yogamatte und Handbuch 6 progressive Trainingseinheiten mit 2 Sets von 11-12 unterschiedlichen Übungen Empfehlung: 3x mal pro Woche, jeweils nach 4 Wochen Beginn mit neuer Einheit Zusätzlich Telefonanrufe mit einem "Trainingstipp des Tages" (Erste 2 Monate alle 14 Tage, danach einmal die Woche) Kontrollgruppe: (N= 149) DVD "Healty Aging" (85 Minuten), ansonsten keine Intervention Auch Telefonanrufe wie Interventionsgruppe mit "Gesundheitstipp des Tages" und Gesprächen zu Gesundheitsthemen
Ergebnisse	Die Kovarianz-Analyse für den SPPB zeigte einen signifikanten Gruppeneffekt: $F(1,240) = 8,10, p = 0,005, \eta^2 = 0,03$. Die FlexToBa Interventionsgruppe verbesserte ihren SPPB Score signifikant um 0,52 während sich die Kontrollgruppe leicht verschlechterte. Die Analyse von funktionellen Limitationen (erfasst durch Selbstauskunft) zeigte keinen signifikanten Gruppeneffekt: $F(1,245) = 0,07, p = 0,79$
Schlussfolgerung der Autoren	Die Intervention könnte das Potential haben, die Praxis zu verbessern Die Intervention ist einfach zu verteilen und sicher Die TN der Studie waren allerdings relativ fitte Ältere, für andere Populationen müssen weitere Studien durchgeführt werden
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Melis et al. (2008)
Frage(n)/Ziele	Dutch Geriatric Intervention Program (DGIP) Welchen Effekt hat das DGIP bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das gesunde Altern bei eigenständig lebenden, älteren Patienten im Vergleich zur üblichen Versorgung?
Methode	N= 153 Durchschnittsalter 82,2 Jahre TN gebrechlich mit Schwierigkeiten in unterschiedlichen Bereichen (Mobilität, Ernährung, Stimmungslage, Verhalten, Kognition) Setting: häuslich und Altenheim
Stichprobe	Teambasierte Intervention TN in Interventionsgruppe erhielten über ihren Hausarzt Kontakt zu einer Pflegekraft mit gerontologischem Schwerpunkt. Diese führte geriatrisches Assessment mit Easy Care durch. In 5 weiteren Besuchen wurden Maßnahmen geplant und initiiert.
Intervention/ Kontrolle	Kontrollgruppe mit gewöhnlicher Behandlung
Ergebnisse	Nach 3 Monaten zeigten TN der Interventionsgruppe signifikante Verbesserung in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit (gemessen mit GARS-3: -2,2, 95%KI p<0,05). Nach 6 Monaten war dieser Effekt jedoch nicht länger signifikant.
Schlussfolgerung der Autoren	Ein multidimensionales Interventionsprogramm kann bei gebrechlichen alten Menschen helfen, Behinderungen entgegenzuwirken. Ein Hausarzt kann die entsprechenden Patienten gut auswählen.
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	∅

Autoren (Jahr)	Parsons et al. (2013)
Frage(n)/Ziele	Einfluss eines Modells der aktivierenden Pflege auf physische Funktionen und soziale Unterstützung bei Zuhause lebenden älteren Menschen.
Methode	Cluster RCT
Stichprobe	205 (108 Interventionsgruppe, 97 Kontrollgruppe)
Intervention/ Kontrolle	<p>Interventionsgruppe: Von einem Pflegegutachter wurde ein Bedarfsassessment durchgeführt (mit TARGET– Towards Achieving Realistic Goals in Elders Tool, dieses beinhaltet NEADL und EQ-5D Instrumente) und Langzeit- und Kurzzeit-Ziele wurden festgelegt. Diese Gutachten wurden an einen Pflegekoordinator weitergegeben, der hieraus einen vollständigen Unterstützungsplan erarbeitete und evtl. auch weitere Professionen (z.B. Physio-, Ergotherapie) mit einbezog.</p> <p>(Intervention = Kombination aus aktivierender Pflege und Bezugspflege)</p> <p>Kontrollgruppe: Erhielt ebenfalls erstes Assessment, weiteres Prozedere wurde direkt mit dem Gutachter besprochen. Direkt notwendige Interventionen wurden ebenfalls eingeleitet.</p>
Ergebnisse	<p>Interventionsgruppe hat ein besseres Ergebnis im SPPB-Test im Bereich Ganggeschwindigkeit (Interventionsgruppe von 2,18 zu 2,52; Kontrollgruppe von 2,42 zu 2,35; $p=0,002$)</p> <p>Für den Bereich Stuhl-Stand-Test gab es keine signifikanten Verbesserungen (Interventionsgruppe von 1,06 zu 1,22; Kontrollgruppe von 1,18 zu 1,19)</p>
Schlussfolgerung der Autoren	Die physische Konstitution bei Eintritt der Patienten in die Studie scheint einen großen Unterschied zu machen. So konnten bei Patienten mit schlechter physischer Verfassung (hoher Behinderungsgrad und Komorbiditäten) kaum klinisch relevante Veränderungen erzielt werden. Es wurde angemerkt, dass relativ wenig weitere Heilberufe (z.B. Physio- oder Ergotherapeuten) einbezogen wurden.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Im Diskussionsteil wird der Fokus sehr stark auf den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und physischer Funktion gelegt. Diese Zusammenhänge werden jedoch nicht durch Tabellen o.ä. belegt. Auch fehlen weitere Erklärungsmodelle für die Ergebnisse, die aus dem Interventionsprogramm heraus entstanden sein könnten.

Autoren (Jahr)	Resnick et al. (2009)
Frage(n)/Ziele	Effekt des Res-Care Programms (aktivierende Pflege) in Bezug auf Funktionen bei Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen
Methode	RCT
Stichprobe	N= 487, 256 in der Interventionsgruppe, 231 in der Kontrollgruppe Durchschnittsalter: 83,8 Jahre
Intervention/ Kontrolle	Intervention: (1.) Schulungsprogramm der Pflegeassistenten (PA); (2.) Erarbeitung eines Informationsposters für die Räumlichkeiten der TN; Verbale Motivation und Feedback der TN durch geschulte PA. Zielfestlegung zwischen TN und PA; (3.) Aktivierende Pflegemaßnahmen (APM): Baden, Anziehen, Essen, Kommunikation, Blasen- und Stuhltraining; (4.) APM: Transfer, Gehen und Bewegungsübungen, Flexibilitätstraining, Training mit Schienen; (5.) Dokumentation und Reflektion der durchgeführten Interventionen; (6.) Anpassen des Interventionsprogramms Kontrolle: Einmaliges Programm für PA zum Umgang mit schwierigem Verhalten, ansonsten keine Veranstaltungen und kein zusätzliches Personal
Ergebnisse	60% der TN waren nicht mehr gehfähig oder unwillig zu stehen und zu gehen Der Tinetti Test zeigte für den Gesamt-Score als einziger Wert eine signifikante Verbesserung von der Ersterhebung bis nach 4 Monaten (Interventionsgruppe von 4,74 zu 5,70 und in der Kontrollgruppe von 6,71 zu 6,33), welche nach 12 Monaten nicht mehr festzustellen war. Darüber hinaus zeigte sich eine geringere Gangverschlechterung nach 12 Monaten (Interventionsgruppe von 2,29 zu 2,27, Kontrollgruppe von 3,18 zu 2,32). Weitere gemessene Werte des Barthel Index zeigten keine signifikante Verbesserung: Stuhl zu Bett-, Toiletten-, Badewannentransfer, Rollstuhlmobilität über 50 Yards (ca. 45,7 Meter). Lediglich der 50-yards Gang und Treppengang zeigten nach 12 Monaten ebenfalls ein signifikantes Ergebnis. Allerdings geben die Autoren in ihrer Tabelle an, dass der Wert der Kontrollgruppe im Item Treppengang bei 0,00 liegt, was die Signifikanz im Vergleich zur Interventionsgruppe erklären kann.
Schlussfolgerung der Autoren	Der größte Effekt zeigte sich für die Mobilität in der Kontrollgruppe und der Gangverlust nach 12 Monaten war geringer. Jedoch waren bereits zu Beginn der Studie 60% der TN nicht mehr Gangfähig oder bereit zu gehen. Auch wenn das Ergebnis des Tinetti-Test statistisch signifikant war, ist die klinische Relevanz fraglich. Die gezeigten Ergebnisse können daher auch lediglich eine Untergruppe darstellen, da jeder TN ohne Gehfähigkeit mit 0 Punkten bewertet wurde. Auch der Einfluss der Pflegekräfte (z.B. Motivation, Auswahl an Bewegungsmöglichkeiten) wurde in dieser Untersuchung nicht weiter berechnet. Die 70 Minuten, die eine Pflegekraft im Rahmen der aktiven Pflege bei den TN verbrachte, reflektiert nicht die Trainingszeit, dies könnte ebenfalls einen Einfluss auf das Ergebnis gehabt haben.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Die Interpretation der dargestellten Werte bedarf großer Vorsicht, da die Testverfahren nicht genau beschrieben wurden und die Herleitung der Ergebnisse nicht immer verständlich dargelegt wurde. Auch änderte sich pro Outcome die Teilnehmerzahl, da 60% der Patienten bereits nicht mehr gehen konnten. Es gibt aber keine Angaben, wie viel Prozent der Teilnehmer pro Gruppe Gangunfähig sind.

Autoren (Jahr)	Roach et al. (2011)
Frage(n)/Ziele	Kann ein spezifisches Aktivitätsprogramm die Mobilitätsfähigkeiten bei Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen mit Alzheimer verbessern?
Methode	Klinisch randomisierte kontrollierte Studie, dreiarstig
Stichprobe	105 Personen starteten die Intervention, 82 beendeten sie auch Abhängigkeit in mind. einer der Kategorien: Bettmobilität, Gang, Gleichgewicht, Transfer, Fähigkeit mit oder ohne Hilfe zu gehen Ausgeschlossen: Bewohner, die länger als 30 Min am Stück alleine gehen
Intervention/ Kontrolle	Einzelinterventionen, 5 Tage pro Woche über 16 Wochen. Aktivitätsorientierte Übungsgruppe (AoG) (N=28): 4 Bestandteile: Kraft, Flexibilität, Balance, Ausdauer. Kraft und Flexibilität wurden in einer Tanzposition durch Kniebeugen, Zehenspitzenstand, nach vorne und hinten beugen, Balance durch verschiedene Schrittkombinationen in besagter Tanzposition, 2-3 Wiederholungen pro Übung wurden auf bis zu 7-9 Wiederholungen gesteigert. Ausdauer wurde durch ein begleitetes Gangtraining von 10 Minuten, bis später 20 Minuten trainiert. Begleitetes Gangtraining (BGT) (N=25): Selbstgewählte Ganggeschwindigkeit und selbstgewählte Pausen für 15 Minuten zu Beginn, gesteigert bis zu 30 Minuten bis zum Ende der Interventionszeit. Gesprächsgruppe (GG) (N=29): Face-to-face Gespräche über selbstgewählte Themen. Therapeutisch relevante Themen wurden versucht zu vermeiden. Dauer der Gespräche steigerte sich von 15 Minuten auf 30 Minuten.
Ergebnisse	Gemessen am Transfer scale score verbesserten sich alle TN wie folgt: AoG um 6% / BGT um 5,7% GG um 2,5% im Vergleich zur Baseline Untersuchung. Bei der Betrachtung der Untergruppe an TN mit einer geringen Mobilität vor Beginn der Intervention zeigten sich folgende (nichtsignifikante) Ergebnisse: AoG (N=10): Verbesserung um 17,4%; BGT (N=16): Verschlechterung um 6,1%; GG (N=18): Verschlechterung um 5,6% Gemessen am Bed Mobility Score zeigten sich bei allen drei Gruppen keine Veränderungen nach der Intervention im Vergleich zu vor der Intervention. Der 6-Minuten-Gehtest war bei den TN der AoG Gruppe schon vor Beginn deutlich besser, als in den Vergleichsgruppen, jedoch nicht im signifikanten Bereich. Nach Abschluss der Intervention hatte sich dieser Wert nicht verbessert, während sich die BGT und GG TN um 11,4% bzw. um 9,5% verbesserten. Für die Gruppe der in ihrer Mobilität schwer eingeschränkten, zeigten sich zwar starke Verbesserungswerte, die jedoch statistisch nicht signifikant waren.
Schlussfolgerung der Autoren	Die Anwendung des AoG Programms zur Reduktion von Mobilitätseinschränkungen bei Heimbewohnern im mittleren bis späten Stadium der Alzheimererkrankung scheint vorteilhaft.
Gesamtbewertung SiGN	+
Kommentar der Reviewer	Der Personenkreis zur Durchführung der Intervention bleibt unklar. Während in der Studie von (Auszubildenden/Studierenden) Pflegepersonal und Physiotherapeuten gesprochen wird, erwähnen die Autoren in der Zusammenfassung, dass das Programm für Pflegeassistenten und Angehörige designet sei.

Autoren (Jahr)	Tsaih et al. (2012)
Frage(n)/Ziele	Welche Effekte hat ein aufgabenbezogenes Gehtraining auf die Gehfähigkeiten von Heimbewohnern mit Gehschwierigkeiten und Gehpotential?
Methode	RCT Erfassung der Gehgeschwindigkeit, Timed-Up-and-Go Test und 6MWT
Stichprobe	N= 50 mit Gehproblemen, die anhand von 6 Kriterien als reversibel eingestuft wurden. Rekrutierung aus 5 Pflegeeinrichtungen in Taipei, Taiwan.
Intervention/ Kontrolle	Intervention: individuell angepasstes aufgabenorientiertes Gehtraining (30-45 min, 3x pro Woche über Zeitraum von 4 Wochen), z.B. vorwärts und rückwärts gehen, auf einen Hocker steigen und runter steigen, Gehübungen, Treppensteigen Kontrolle: gewöhnliche Versorgung der Pflegeeinrichtung (inklusive rehabilitativer Versorgung in Form von Bewegungs-, Transfer- und Positionierungsübungen)
Ergebnisse	Die Interventionsgruppe zeigte eine signifikant höhere Verbesserung bei der Gehgeschwindigkeit (3,6 bis 5,9 Meter pro Minute Intervention vs. -1,8 Meter/Min bis 3,3 Meter/Min Kontrollgruppe (p=0,00001)) und beim Timed-Up-and-Go Test (durchschnittliche Veränderung: -32,8 bis 53 Sekunden Intervention vs. 0,6 bis 19,4 Sekunden Kontrollgruppe, p= 0,005). Die Gangausdauer, gemessen anhand des 6MWT, verbesserte sich nicht signifikant.
Schlussfolgerung der Autoren	Pflegeheimleitungen und Pflegekräfte könnten die in der Studie genannten Auswahlkriterien nützlich finden, wenn es darum geht, nützliche und zeitnahe Interventionen zu initiieren, um eine Gehverschlechterung zu verlangsamen oder rückgängig zu machen. Die Langzeiteffekte der Studie müssen noch weiter erforscht werden.
Gesamtbewertung SiGN	0
Kommentar der Reviewer	Relativ kleine Stichprobe (Intervention: n=25, Kontrolle: n=25)

4 Anlage D: Ausgeschlossene Studien

Referenz	Ausschlussgrund
Getting out of the house: a multi centre trial to evaluate an outdoor mobility intervention for people who have had a stroke (Project record): (2010): Health Technology Assessment Database, (2): http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhta/articles/HTA-32010000359/frame.html	Studienprotokoll
Multi-centre cluster trial in primary care comparing a community group exercise programme with home based exercise and with usual care for people aged 65 and over (Project record): (2010): Health Technology Assessment Database, (2): http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhta/articles/HTA-32010000379/frame.html	Studienprotokoll
Ackermann, R. T./Deyo, R. A./LoGerfo, J. P. (2005): Prompting primary providers to increase community exercise referrals for older adults: a randomized trial. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 53(2), 283-289	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Ada, L./Dean, C. M./Hall, J. M./Bampton, J./Crompton, S. (2003): A treadmill and over-ground walking program improves walking in persons residing in the community after stroke: A placebo-controlled, randomized trial. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> , 84 (10), 1486-1491	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Adler, E./ Resnick, B. (2010): Reliability and validity of the Dementia Quality of Life measure in nursing home residents. <i>West J Nurs Res</i> , 32(5), 686-704	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Alessi, C. A./Schnelle, J. F./MacRae, P. G./Ouslander, J. G./al-Samarrai, N./Simmons, S. F./Traub, S. (1995): Does physical activity improve sleep in impaired nursing home residents? <i>J Am Geriatr Soc</i> , 43(10), 1098-1102	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Alkan, H./Topuz, O./Yildiz, N./Alkan, S./Sarsan, A./Ardic, F. (2011): Efficacy of home based exercise program and postural biofeedback therapy in reducing risk of falling among osteoporotic women over 65 years of age. [Turkish]. <i>Turk Geriatri Dergisi</i> , 14 (1), 26-34	Sprache: Türkisch
Alp, A./Cansever, S./Gorgec, N./Yurtkuran, M./Topsac, T. (2009): Effects of Tai Chi exercise on functional and life quality assessments in senile osteoporosis. <i>Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences</i> , 29 (3), 687-695	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
An, M./Shaughnessy, M. (2011): The effects of exercise-based rehabilitation on balance and gait for stroke patients: a systematic review (Structured abstract): <i>Journal of Neuroscience Nursing</i> , 43(6), 298-307 http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhare/articles/DARE-12012012582/frame.html	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Andersen, D. A./Roos, B. A./Stanziano, D. C./Gonzalez, N. M./Signorile, J. F. (2007): Walker use, but not falls, is associated with lower physical functioning and health of residents in an assisted-living environment. <i>Clin Interv Aging</i> , 2(1), 123-137	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Andriolo, R. B./El Dib, R. P./Ramos, L. R. (2005): Aerobic exercise training programmes for improving physical and psychosocial health in adults with Down syndrome. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (3), CD005176	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt

Andryukhin, A./Frolova, E./Vaes, B./Degryse, J. (2010): The impact of a nurse-led care programme on events and physical and psychosocial parameters in patients with heart failure with preserved ejection fraction: a randomized clinical trial in primary care in Russia. <i>Eur J Gen Pract</i> , 16(4), 205-214	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Anonymous (2005): Progressive resistance training reduces disability and improves physical performance in elderly people after surgical repair of hip fracture. <i>Evidence-based Healthcare Public Health</i> , 9(1), 36-37. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005756	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Arntzen, A. A. B. (2011): Game based Learning to Enhance Cognitive and Physical Capabilities of Elderly People: Concepts and Requirements. <i>World Academy of Science, Engineering and Technology</i> (60), 63-67	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Ay, S./Koldas Dogan, S./Evcik, D. (2013): Is there an effective way to prescribe a home-based exercise program in patients with knee osteoarthritis? a randomized controlled study. <i>Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi</i> , 59 (1), 1-6	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Bajwa, H. A./Rogers, L. Q. (2007): Physical activity barriers and program preferences among indigent internal medicine patients with arthritis. <i>Rehabil Nurs</i> , 32(1), 31-34, 40	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Baker, L. D./Frank, L. L./Foster-Schubert, K./Green, P. S./Wilkinson, C. W./McTiernan, A./Plymate, S.R./Fishel, M.A./Watson, G.S./Cholerton, B.A./Duncan, G.E./Metha, P.D./Craft, S. (2010): Effects of aerobic exercise on mild cognitive impairment: a controlled trial. <i>Arch Neurol</i> , 67(1), 71-79	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Balzer, K./Bremer, M./Schramm, S./Lühmann, D./Raspe, H. (2012): Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. <i>Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland</i> . from http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta255_bericht_de.pdf	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Barclay-Goddard, R. E./Stevenson T. J./ Poluha, W./Thalman, L. (2011): Mental practice for treating upper extremity deficits in individuals with hemiparesis after stroke. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (5): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005950.pub4/abstract	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Bates-Jensen, B. M./Alessi, C. A./Al-Samarrai, N. R./Schnelle, J. F. (2003): The effects of an exercise and incontinence intervention on skin health outcomes in nursing home residents. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 51(3), 348-355	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Bates-Jensen, B. M./Simmons, S. F./Schnelle, J. F./Alessi, C. (2005): Evaluating the accuracy of minimum data set bed-mobility ratings against independent performance assessments: systematic error and directions for improvement. <i>Gerontologist</i> , 45(6), 731-738	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Bean, J. F./Herman S./Kiely, D. K./Frey, I. C./Leveille, S. G./Fielding, R. A./Frontera, W. R. (2004): Increased Velocity Exercise Specific to Task (InVEST) training: a pilot study exploring effects on leg power, balance, and mobility in community-dwelling older women. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 52(5), 799-804	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Beck, A. M./Damkjaer, K./Sorbye, L. W. (2010): Physical and social functional abilities seem to be maintained by a multifaceted randomized controlled nutritional intervention among old (>65 years) Danish nursing home residents. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> , 50 (3), 351-355	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt

Beck, A. M./Damkjaer, K./Tetens, I. (2009): Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ yrs) Danish nursing home residents. <i>Aging Clin Exp Res</i> , 21(2), 143-149	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Benjamin, K./Edwards, N./Guitard, P./Murray, M. A./Caswell, W./ Perrier, J. (2011): Factors that Influence Physical Activity in Long-term Care: Perspectives of Residents, Staff, and Significant Others. <i>Canadian Journal on Aging</i> , 30(2), 247-258	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Bennell, K. L./Egerton, T./Bills, C./Gale, J./Kolt, G. S./ Bunker, S. J./ Hunter, D.J./Brand, C.A./Forbes,A./ Harris, A./Hinman, R. S. (2012): Addition of telephone coaching to a physiotherapist-delivered physical activity program in people with knee osteoarthritis: a randomised controlled trial protocol. <i>BMC Musculoskelet Disord</i> , 13, 246	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Bennett, J. A./Lyons, K. S./Winters-Stone, K./Nail, L. M./Scherer, J. (2007): Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: a randomized controlled trial. <i>Nurs Res</i> , 56(1), 18-27	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Berg, M. H./Ronday, H. K./Peeters, A. J./Cessie, S./Giesen, F. J./ Breedveld, F. C./Vliet Vlieland, T. P. (2006): Using internet technology to deliver a home-based physical activity intervention for patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. <i>Arthritis and rheumatism</i> , 55(6), 935-945. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/114/CN-00574114/frame.html	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Bergland, A./Laake, K. (2005): Concurrent and predictive validity of "getting up from lying on the floor". <i>Aging Clin Exp Res</i> , 17(3), 181-185	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Beswick, A. D./Rees, K./Dieppe, P./Ayis, S./Gooberman-Hill, R./Horwood, J./Ebrahim, S. (2008): Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet</i> , 371(9614), 725-735	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Betschon, E./Brach, M./Hantikainen, V. (2011): Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design [ISRCTN24344776]. <i>BMC Nurs</i> , 10, 10	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Bjorkman, M. P./Finne-Soveri, H./Pilvi, T. K./Tilvis, R. S. (2012): Bioimpedance spectroscopy as a measure of physical functioning in nursing home residents. <i>Aging Clin Exp Res</i> , 24(6), 612-618	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Bjorkman, M. P./Finne-Soveri, H./Tilvis, R. S. (2012): Whey protein supplementation in nursing home residents. A randomized controlled trial. <i>European Geriatric Medicine</i> , 3 (3), 161-166	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Blane, D./Netuveli, G./Montgomery, S. M. (2008): Quality of life, health and physiological status and change at older ages. <i>Soc Sci Med</i> , 66(7), 1579-1587	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Blankevoort, C. G./van Heuvelen, M. J./Boersma, F./Luning, H./de Jong, J./Scherder, E. J. (2010): Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. <i>Dement Geriatr Cogn Disord</i> , 30(5), 392-402	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt

Blaum, C. S./Ofstedal, M. B./Liang, J. (2002): Low cognitive performance, comorbid disease, and task-specific disability: findings from a nationally representative survey. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> , 57(8), M523-531	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Bogaerts, A./Delecluse, C./Boonen, S./Claessens, A. L./Milisen, K./ Verschueren, S. M. (2011): Changes in balance, functional performance and fall risk following whole body vibration training and vitamin D supplementation in institutionalized elderly women. A 6 month randomized controlled trial. <i>Gait Posture</i> , 33(3), 466-472	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Bohls, C. (2011): Mobilitätsassessment. In B. Reuschenbach C. Mahler (Eds.), <i>Pflegebezogene Assessmentinstrumente - Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis</i> (pp. 145-167): Bern: Huber	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Bossers, W. J./ van der Woude, L. H./ Boersma, F./ Scherder, E. J./ van Heuvelen, M. J. (2012): Recommended measures for the assessment of cognitive and physical performance in older patients with dementia: a systematic review. <i>Dement Geriatr Cogn Dis Extra</i> , 2(1), 589-609	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Bourret, E. M./ Bernick, L. G./ Cott, C. A./ Kontos, P. C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. <i>J Adv Nurs</i> , 37(4), 338-345	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Brach, M./ Nieder, F./ Nieder, U./ Mechling, H. (2009): Implementation of preventive strength training in residential geriatric care: a multi-centre study protocol with one year of interventions on multiple levels. <i>BMC Geriatr</i> , 9, 51	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Bradt, J./ Magee Wendy, L./ Dileo, C./ Wheeler Barbara, L./ McGilloway, E. (2010): Music therapy for acquired brain injury. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (7): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006787.pub2/abstract	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Brandt, K./ Paniagua, M. A. (2011): The use of Nintendo Wii with long-term care residents. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 59(12), 2393-2395	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Brittle, N./ Patel, S./ Wright, C./ Baral, S./ Versfeld, P./ Sackley, C. (2009): An exploratory cluster randomized controlled trial of group exercise on mobility and depression in care home residents. <i>Clin Rehabil</i> , 23(2), 146-154	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Brower, R. G. (2009): Consequences of bed rest. <i>Crit Care Med</i> , 37(10 Suppl), S422-428	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Burge, E./ von Gunten, A./ Berchtold, A. (2013): Factors favoring a degradation or an improvement in activities of daily living (ADL) performance among nursing home (NH) residents: A survival analysis. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> , 56 (1), 250-257	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Burton, E./ Lewin, G./ Boldy, D. (2013): Physical activity levels of older adults receiving a home care service. <i>J Aging Phys Act</i> , 21(2), 140-154	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Chaiwanichsiri, D./ Wangno, W./ Kitisomprayoonkul, W./ Bhidayasiri, R. (2011): Treadmill training with music cueing: A new approach for Parkinson's gait facilitation. <i>Asian Biomedicine</i> , 5 (5), 649-654	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt

Chen, K. M./ Chen, M. H./ Hong, S. M./ Chao, H. C./ Lin, H. S./ Li, C. H. (2008): Physical fitness of older adults in senior activity centres after 24-week silver yoga exercises. <i>Journal of clinical nursing</i> , 17(19), 2634-2646. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/179/CN-00651179/frame.html	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Chen, K. M./ Chen, W. T./ Wang, J. J./ Huang, M. F. (2005): Frail elders' views of Tai Chi. <i>J Nurs Res</i> , 13(1), 11-20	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Cheng, S. P./ In Tang, F./ Yu, S./ Chen, I. J./ Wu, L. L. (2012): Factors influencing physical activity in institutionalized elderly patients with leprosy. <i>Rehabil Nurs</i> , 37(2), 88-93	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Chien, C. L./ Lee, C. M./ Wu, Y. W./ Wu, Y. T. (2011): Home-based exercise improves the quality of life and physical function but not the psychological status of people with chronic heart failure: a randomised trial. <i>J Physiother</i> , 57(3), 157-163	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Chin, A. P. M. J./ Poppel, M. N./ Twisk, J. W./ Mechelen, W. (2006): Once a week not enough, twice a week not feasible? A randomised controlled exercise trial in long-term care facilities [ISRCTN87177281]. <i>Patient education and counseling</i> , 63(1-2), 205-214. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/151/CN-00570151/frame.html	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Christiansen, C. L. (2007): The effect of flexibility training on gait biomechanics and physical function of older adults. (Ph.D.), University of Northern Colorado. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20AN=2009982237site=ehost-live Available from EBSCOhost cin20 database	nicht im deutschen Leihverband erhältlich
Cihlar, V. (2012): Beweglichkeitsleistungen im dritten Lebensalter. Interventionsstudie zur Trainierbarkeit bei Personen im Alter zwischen 61 und 88 Jahren. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatr</i> , 1-7	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Clarke, P./ Ailshire, J. A./ Lantz, P. (2009): Urban built environments and trajectories of mobility disability: Findings from a national sample of community-dwelling American adults (1986-2001): <i>Social Science and Medicine</i> , 69 (6), 964-970	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Clarke, P./ Gallagher, N. A. (2013): Optimizing Mobility in Later Life: The Role of the Urban Built Environment for Older Adults Aging in Place. <i>J Urban Health</i>	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Clegg, A./ Barber, S./ Young, J./ Forster, A./ Iliffe, S. (2011): The Home-Based Older People's Exercise (HOPE) trial: study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials</i> , 12, 143	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Collins, T. C./ Lunos, S./ Carlson, T./ Henderson, K./ Lightbourne, M./ Nelson, B./ Hodges, J. S. (2011): Effects of a home-based walking intervention on mobility and quality of life in people with diabetes and peripheral arterial disease: a randomized controlled trial. <i>Diabetes Care</i> , 34(10), 2174-2179	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Conn, V./ Minor, M./ Burks, K./ Rantz, M./ Pomeroy, S. (2003): Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 51(8), 1159-1168	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Connelly, D. M./ Thomas, B. K./ Cliffe, S. J./ Perry, W. M./ Smith, R. E. (2009): Clinical utility of the 2-minute walk test for older adults living in long-term care. <i>Physiother Can</i> , 61(2), 78-87	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt

Cott, C. A./ Dawson, P./ Sidani, S./ Wells, D. (2002): The effects of a walking/talking program on communication, ambulation, and functional status in residents with Alzheimer disease. <i>Alzheimer Dis Assoc Disord</i> , 16(2), 81-87	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Coupar, F./ Pollock, A./ Legg, L. A./ Sackley, C./ van Vliet, P. (2012): Home-based therapy programmes for upper limb functional recovery following stroke. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> , 5, CD006755	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Cress, M. E./ Orini, S./ Kinsler, L. (2011): Living environment and mobility of older adults. <i>Gerontology</i> , 57(3), 287-294	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Csapo, R./ Gormasz, C./ Baron, R. (2009): Functional performance in community-dwelling and institutionalized elderly women. <i>Wien Klin Wochenschr</i> , 121(11-12), 383-390	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Cunningham, G. O./ Michael, Y. L. (2004): Concepts guiding the study of the impact of the built environment on physical activity for older adults: a review of the literature. <i>Am J Health Promot</i> , 18(6), 435-443	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Daniel, K. (2012): Wii-hab for pre-frail older adults. <i>Rehabil Nurs</i> , 37(4), 195-201	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Dapp, U./ Anders, J./ Golgert, S./ von Renteln-Kruse, W./ Minder, C. E. (2012): [Resources and risks in old age : The LUCAS-I marker set for a classification of elderly people as fit, pre-frail and frail. First results on validity from the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS), Hamburg]. <i>Z Gerontol Geriatr</i> , 45(4), 262-270	Entspricht nicht der Fragestellung
De Jong, O. R. W./ Hopman-Rock, M./ Tak, E. C. M. P./ Klazinga, N. S. (2004): An implementation study of two evidence-based exercise and health education programmes for older adults with osteoarthritis of the knee and hip. <i>Health Education Research</i> , 19 (3), 316-325	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Denkinger, M. D./ Nikolaus, T./ Denkinger, C./ Lukas, A. (2012): Physical activity for the preventive of cognitive decline. Current evidence from observational and controlled studies. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> , 45, 11-16	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Deschamps, A./ Onifade, C./ Decamps, A./ Bourdel-Marchasson, I. (2009): Health-related quality of life in frail institutionalized elderly: effects of a cognition-action intervention and Tai Chi. <i>J Aging Phys Act</i> , 17(2), 236-248	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Dorresteijn, T. A./ Zijlstra, G. A./ Delbaere, K./ van Rossum, E./ Vlaeyen, J. W./ Kempen, G. I. (2011): Evaluating an in-home multicomponent cognitive behavioural programme to manage concerns about falls and associated activity avoidance in frail community-dwelling older people: Design of a randomised control trial [NCT01358032]. <i>BMC Health Serv Res</i> , 11, 228	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Douglas, F./ Torrance, N./ van Teijlingen, E./ Meloni, S./ Kerr, A. (2006): Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. <i>BMC Public Health</i> , 6, 138	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Douglas, F./ van Teijlingen, E./ Torrance, N./ Fearn, P./ Kerr, A./ Meloni, S. (2006): Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. <i>J Adv Nurs</i> , 55(2), 159-168	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt

Doyle, S./ Bennett, S./ Fasoli Susan, E./ McKenna Kryss, T. (2010): Interventions for sensory impairment in the upper limb after stroke. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (6): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006331.pub2/abstract	Entspricht nicht der Fragestellung
Drolet, A./ DeJulio, P./ Harkless, S./ Henricks, S./ Kamin, E./ Leddy, E. A./ . . . Williams, S. (2013): Move to improve: the feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings. <i>Phys Ther</i> , 93(2), 197-207	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Ellard, D. R./ Taylor, S. J./ Parsons, S./ Thorogood, M. (2011): The OPERA trial: a protocol for the process evaluation of a randomised trial of an exercise intervention for older people in residential and nursing accommodation. <i>Trials</i> , 12, 28	Studienprotokoll
Elliott, A. F./ McGwin, G./ Jr./ Owsley, C. (2009): Vision-enhancing interventions in nursing home residents and their short-term effect on physical and cognitive function. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 57(2), 202-208	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Elsworth, C./ Winward, C./ Sackley, C./ Meek, C./ Freebody, J./ Esser, P./ . . . Dawes, H. (2011): Supported community exercise in people with long-term neurological conditions: a phase II randomized controlled trial. <i>Clin Rehabil</i> , 25(7), 588-598	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Elyan, M./ Khan, M. A. (2008): Does physical therapy still have a place in the treatment of ankylosing spondylitis? <i>Current Opinion in Rheumatology</i> , 20 (3), 282-286	Entspricht nicht der Fragestellung
English, C./ Hillier Susan, L. (2010): Circuit class therapy for improving mobility after stroke. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (7): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007513.pub2/abstract	Entspricht nicht der Fragestellung
Evans, D./ Hodgkinson, B./ Lambert, L./ Wood, J. (2001): Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review. <i>Int J Nurs Pract</i> , 7(1), 38-45	Entspricht nicht der Fragestellung
Fairhall, N./ Aggar, C./ Kurrle, S. E./ Sherrington, C./ Lord, S./ Lockwood, K./ . . . Cameron, I. D. (2008): Frailty Intervention Trial (FIT): <i>BMC Geriatr</i> , 8, 27	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Faul, A. C./ Yankeelov, P. A./ Rowan, N. L./ Gillette, P./ Nicholas, L. D./ Borders, K. W./ . . . Wiegand, M. (2009): Impact of geriatric assessment and self-management support on community-dwelling older adults with chronic illnesses. <i>J Gerontol Soc Work</i> , 52(3), 230-249	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Fayazi, S./ Zarea, K./ Abbasi, A./ Ahmadi, F. (2012): Effect of home-based walking on performance and quality of life in patients with heart failure. <i>Scand J Caring Sci</i>	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Fielding, R. A./ Katula, J./ Miller, M. E./ Abbott-Pillola, K./ Jordan, A./ Glynn, N. W./ . . . Rejeski, W. J. (2007): Activity adherence and physical function in older adults with functional limitations. <i>Med Sci Sports Exerc</i> , 39(11), 1997-2004	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Fletcher, P. A. E./ Price, G. M./ Ng, E. S. W./ Stirling, S. L./ Bulpitt, P. C. J./ Breeze, E./ . . . Tulloch, A. J. (2004): Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: A cluster-randomised factorial trial. <i>Lancet</i> , 364 (9446), 1667-167	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Forbes, D./ Forbes, S./ Morgan, D. G./ Markle-Reid, M./ Wood, J./ Culum, I. (2008): Physical activity programs for persons with dementia. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (3), CD006489	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Fortington, L. V./ Rommers, G. M./ Geertzen, J. H./ Postema, K./ Dijkstra, P. U. (2012): Mobility in elderly people with a lower limb amputation: a systematic review. <i>J Am Med Dir Assoc</i> , 13(4), 319-325	Entspricht nicht der Fragestellung

Foster, C./ Hillsdon, M./ Thorogood, M./ Kaur, A./ Wedatilake, T. (2005): Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003180.pub2/abstract	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Frandin, K./ Borell, L./ Gronstedt, H./ Bergland, A./ Helbostad, J. L./ Puggaard, L./ . . . Hellstrom, K. (2009): A Nordic multi-center study on physical and daily activities for residents in nursing home settings: design of a randomized, controlled trial. <i>Aging Clin Exp Res</i> , 21(4-5), 314-322	Studienprotokoll
French, B./ Thomas Lois, H./ Leathley Michael, J./ Sutton Christopher, J./ McAdam, J./ Forster, A./ . . . Watkins Caroline, L. (2007): Repetitive task training for improving functional ability after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006073.pub2/abstract	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Frey, C. (2012): Beweglichkeit. Computerspiele schützen Senioren vor Stürzen. http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/beweglichkeit-im-alter-computerspiele-schuetzen-senioren-vor-stuerzen-a-834550.html	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Froehlich-Grobe, K./ White, G. W. (2004): Promoting physical activity among women with mobility impairments: A randomized controlled trial to assess a home- and community-based intervention. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> , 85 (4), 640-648	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Gardner, A. W./ Parker, D. E./ Montgomery, P. S./ Scott, K. J./ Blevins, S. M. (2011): Efficacy of quantified home-based exercise and supervised exercise in patients with intermittent claudication: a randomized controlled trial. <i>Circulation</i> , 123(5), 491-498	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Gardner, D. K./ Helmes, E. (2006): Interpersonal dependency in older adults and the risks of developing mood and mobility problems when receiving care at home. <i>Aging Ment Health</i> , 10(1), 63-68	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Gavin-Dreschnack, D. J. (2003): Development of a safe wheelchair seating screening tool. (Ph.D.), University of South Florida. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20AN=2005090201site=ehost-live Available from EBSCOhost cin20 databas.	nicht im deutschen Leihverband erhältlich
Giangregorio, L. M./ Macintyre, N. J./ Thabane, L./ Skidmore, C. J./ Papaioannou, A. (2013): Exercise for improving outcomes after osteoporotic vertebral fracture. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> , 1, CD008618.	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Giesbrecht, E. M./ Mortenson, W. B./ Miller, W. C. (2012): Prevalence and facility level correlates of need for wheelchair seating assessment among long-term care residents. <i>Gerontology</i> , 58(4), 378-384	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Gill, T. M./ Baker, D. I./ Gottschalk, M./ Peduzzi, P. N./ Allore, H./ Byers, A. (2002): A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. <i>N Engl J Med</i> , 347(14), 1068-1074	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Gill, T. M./ Baker, D. I./ Gottschalk, M./ Peduzzi, P. N./ Allore, H./ Ness, P. H. (2004): A prehabilitation program for the prevention of functional decline: effect on higher-level physical function. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> , 85(7), 1043-1049. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/288/CN-00482288/frame.html	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Gill, T. M./ Murphy, T. E./ Barry, L. C./ Allore, H. G. (2009): Risk factors for disability subtypes in older persons. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 57(10), 1850-1855	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Giuliani, C. A./ Gruber-Baldini, A. L./ Park, N. S./ Schrodt, L. A./ Rokoske, F./ Sloane, P. D./ Zimmerman, S. (2008): Physical performance characteristics of assisted living residents and risk for adverse health outcomes. <i>Gerontologist</i> , 48(2), 203-212	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt

Gleeson, M./ Sherrington, C./ Borkowski, E./ Keay, L. (2013): Improving balance and mobility in people over 50 years of age with vision impairments: can the Alexander Technique help? A study protocol for the VISIBILITY randomised controlled trial. <i>Inj Prev</i>	Artikel noch nicht verfügbar
Gnass, I./ Bartoszek, G./ Thiesemann, R./ Meyer, G. (2010): Erworbene Kontrakturen der Gelenke im höheren Lebensalter. Eine systematische Literaturanalyse. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> , 43(3), 147-157	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Goodrich, D. E./ Larkin, A. R./ Lowery, J. C./ Holleman, R. G./ Richardson, C. R. (2007): Adverse events among high-risk participants in a home-based walking study: a descriptive study. <i>Int J Behav Nutr Phys Act</i> , 4, 20	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Graafmans, W. C./ Lips, P./ Wijlhuizen, G. J./ Pluijm, S. M./ Bouter, L. M. (2003): Daily physical activity and the use of a walking aid in relation to falls in elderly people in a residential care setting. <i>Z Gerontol Geriatr</i> , 36(1), 23-28	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Griffith, K./ Wenzel, J./ Shang, J./ Thompson, C./ Stewart, K./ Mock, V. (2009): Impact of a walking intervention on cardiorespiratory fitness, self-reported physical function, and pain in patients undergoing treatment for solid tumors. <i>Cancer</i> , 115(20), 4874-4884	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Gronstedt, H./ Frandin, K./ Bergland, A./ Helbostad, J. L./ Granbo, R./ Puggaard, L./ . . . Hellstrom, K. (2013): Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home residents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: a randomized controlled trial. <i>Gerontology</i> , 59(3), 220-229	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Gronstedt, H./ Hellstrom, K./ Bergland, A./ Helbostad, J. L./ Puggaard, L./ Andresen, M./ . . . Frandin, K. (2011): Functional level, physical activity and wellbeing in nursing home residents in three Nordic countries. <i>Aging Clin Exp Res</i> , 23(5-6), 413-420	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Gu, M. O./ Conn, V. S. (2008): Meta-analysis of the effects of exercise interventions on functional status in older adults (Structured abstract): <i>Research in Nursing and Health</i> , 31(6), 594-603. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.2009103689/frame.html	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Guerin, M./ Mackintosh, S./ Fryer, C. (2008): Exercise class participation among residents in low-level residential aged care could be enhanced: a qualitative study. <i>Aust J Physiother</i> , 54(2), 111-117	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Guo, G./ Phillips, L. R. (2010): Conceptualization and nursing implications of self-imposed activity limitation among community-dwelling elders. <i>Public Health Nurs</i> , 27(4), 353-361	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Haley, S. M./ Andres, P. L./ Coster, W. J./ Kosinski, M./ Ni, P./ Jette, A. M. (2004): Short-form activity measure for post-acute care. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> , 85 (4), 649-660	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Hamilton, C./ Seidner, D. L. (2008): Metabolie bone disease in the patient on long-term parenteral nutrition. <i>Practical Gastroenterology</i> , 32 (1), 18-32	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Handoll, H. H./ Sherrington, C./ Mak, J. C. (2011): Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (3), CD001704	Entspricht nicht der Fragestellung
Handoll, H. H./ Sherrington, C./ Parker, M. J. (2004): Mobilisation strategies after hip fracture surgery in adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (4), CD001704	Entspricht nicht der Fragestellung
Harris, T./ Kerry, S./ Victor, C./ Ekelund, U./ Woodcock, A./ Iliffe, S./ . . . Cook, D. (2013): Randomised controlled trial of a complex intervention by primary care nurses to increase walking in patients aged 60-74 years: protocol of the PACE-Lift (Pedometer Accelerometer Consultation Evaluation - Lift) trial. <i>BMC Public Health</i> , 13, 5	Studienprotokoll

Heffernan, K. S./ Manini, T. M./ Hsu, F. C./ Blair, S. N./ Nicklas, B. J./ Kritchevsky, S. B./ . . . Fielding, R. A. (2012): Relation of pulse pressure to long-distance gait speed in community-dwelling older adults: findings from the LIFE-P study. PLoS One, 7(11), e49544	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Heiwe, S./ Jacobson Stefan, H. (2011): Exercise training for adults with chronic kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, (10): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003236.pub2/abstract	Entspricht nicht der Fragestellung
Heyn, P./ Abreu, B. C./ Ottenbacher, K. J. (2004): The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. Archives of physical medicine and rehabilitation, 85(10), 1694-1704	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Heyn, P. C./ Johnson, K. E./ Kramer, A. F. (2008): Endurance and strength training outcomes on cognitively impaired and cognitively intact older adults: a meta-analysis. J Nutr Health Aging, 12(6), 401-409	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Hillsdon, M./ Thorogood, M. (1996): A systematic review of physical activity promotion strategies (Structured abstract): British Journal of Sports Medicine, 30(2), 84-89. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-11996001139/frame.html	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Hirvensalo, M./ Lampinen, P./ Rantanen, T. (1998): Physical Exercise in Old Age: An Eight-Year Follow-up Study on Involvement, Motives, and Obstacles Among Persons Age 65-84. Journal of Aging and Physical Activity, 6(2), 157-168	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Holland Anne, E./ Hill, C. (2008): Physical training for interstitial lung disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006322.pub2/abstract	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Hong, S. Y./ Hughes, S./ Prohaska, T. (2008): Factors affecting exercise attendance and completion in sedentary older adults: a meta-analytic approach. J Phys Act Health, 5(3), 385-397	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Horn, A. (2012): Bewegtes Alter(n): Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung bei BewohnerInnen der stationären Langzeitversorgung. Ein Projekt der Studiengruppe des Seminars "Strategies of Health Services Research". Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Hoshi, M./ Hozawa, A./ Kuriyama, S./ Nakaya, N./ Ohmori-Matsuda, K./ Sone, T./ . . . Tsuji, I. (2012): The predictive power of physical function assessed by questionnaire and physical performance measures for subsequent disability. Aging Clin Exp Res, 24(4), 345-353	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Huang, T. T./ Yang, L. H./ Liu, C. Y. (2011): Reducing the fear of falling among community-dwelling elderly adults through cognitive-behavioural strategies and intense Tai Chi exercise: a randomized controlled trial. J Adv Nurs, 67(5), 961-971. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/047/CN-00785047/frame.html	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Hughes, S. L./ Seymour, R. B./ Campbell, R./ Pollak, N./ Huber, G./ Sharma, L. (2004): Impact of the fit and strong intervention on older adults with osteoarthritis. Gerontologist, 44(2), 217-228	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Hughes, S. L./ Seymour, R. B./ Campbell, R. T./ Huber, G./ Pollak, N./ Sharma, L./ Desai, P. (2006): Long-term impact of Fit and Strong! on older adults with osteoarthritis. Gerontologist, 46(6), 801-814	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt

Hur, H. K./ Park, S. M./ Kim, S. S./ Storey, M. J./ Kim, G. Y. (2005): Activity intolerance and impaired physical mobility in elders. <i>Int J Nurs Terminol Classif</i> , 16(3-4), 47-53	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Hwang, R./ Marwick, T. (2009): Efficacy of home-based exercise programmes for people with chronic heart failure: a meta-analysis. <i>Eur J Cardiovasc Prev Rehabil</i> , 16(5), 527-535	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Iliffe, S./ Kendrick, D./ Morris, R./ Skelton, D./ Gage, H./ Dinan, S./ . . . Masud, T. (2010): Multi-centre cluster randomised trial comparing a community group exercise programme with home based exercise with usual care for people aged 65 and over in primary care: protocol of the ProAct 65+ trial. <i>Trials</i> , 11(1), 6	Studienprotokoll
Jensen, J./ Nyberg, L./ Rosendahl, E./ Gustafson, Y./ Lundin-Olsson, L. (2004): Effects of a fall prevention program including exercise on mobility and falls in frail older people living in residential care facilities. <i>Aging Clin Exp Res</i> , 16(4), 283-292	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Kalinowski, S./ Wulff, I./ Kolzsch, M./ Kopke, K./ Kreutz, R./ Drager, D. (2011): Physical Activity in Nursing Homes - Barriers and Facilitators: A Cross-Sectional Study. <i>J Aging Phys Act</i>	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Kamide, N./ Shiba, Y./ Shibata, H. (2009): Effects on balance, falls, and bone mineral density of a home-based exercise program without home visits in community-dwelling elderly women: a randomized controlled trial. <i>J Physiol Anthropol</i> , 28(3), 115-122	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Keogh, J. W./ MacLeod, R. D. (2012): Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: a systematic review. <i>J Pain Symptom Manage</i> , 43(1), 96-110	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Kerse, N./ Peri, K./ Robinson, E./ Wilkinson, T./ Randow, M./ Kiata, L./ . . . Arroll, B. (2008): Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial. <i>BMJ (Clinical research ed.)</i> , 337, a1445. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1136/bmj.a1445	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Khalil, H./ Quinn, L./ van Deursen, R./ Dawes, H./ Playle, R./ Rosser, A./ Busse, M. (2013): What effect does a structured home-based exercise programme have on people with Huntington's disease? A randomized, controlled pilot study. <i>Clin Rehabil</i>	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Khan, F./ Ng, L./ Gonzalez, S./ Hale, T./ Turner-Stokes, L. (2008): Multidisciplinary rehabilitation programmes following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (2), CD004957	Entspricht nicht der Fragestellung
Kim, M. J./ Yabushita, N./ Kim, M. K./ Nemoto, M./ Seino, S./ Tanaka, K. (2010): Mobility performance tests for discriminating high risk of frailty in community-dwelling older women. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> , 51(2), 192-198	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Kim, M. J./ Yabushita, N./ Tanaka, K. (2012): Exploring effective items of physical function in slow walking speed and self-reported mobility limitation in community-dwelling older adults. <i>Geriatr Gerontol Int</i> , 12(1), 50-58.	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Kimura, M./ Moriyasu, A./ Kumagai, S./ Furuna, T./ Akita, S./ Kimura, S./ Suzuki, T. (2013): Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: a cluster randomized trial. <i>BMC Geriatr</i> , 13, 8	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
King, A. C./ Rejeski, W. J./ Buchner, D. M. (1998): Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations. <i>American journal of preventive medicine</i> , 15(4), 316-333	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt

Kinmonth, A. L./ Wareham, N. J./ Hardeman, W./ Sutton, S./ Prevost, A. T./ Fanshawe, T./ . . . Griffin, S. J. (2008): Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. <i>The Lancet</i> , 371 (9606), 41-48	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Knols, R. H./ Bruin, E. D./ Shirato, K./ Uebelhart, D./ Aaronson, N. K. (2010): Physical activity interventions to improve daily walking activity in cancer survivors (Structured abstract): <i>BMC Cancer</i> , 10:406(2): http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12010006366/frame.html	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Ko, J. K./ McKelvie, R. S. (2005): The role of exercise training for patients with heart failure. <i>Eura Medicophys</i> , 41(1), 35-47	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Koh, K. P./ Fassett, R. G./ Sharman, J. E./ Coombes, J. S./ Williams, A. D. (2009): Intradialytic versus home-based exercise training in hemodialysis patients: a randomised controlled trial. <i>BMC Nephrol</i> , 10, 2	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Koh, K. P./ Fassett, R. G./ Sharman, J. E./ Coombes, J. S./ Williams, A. D. (2010): Effect of intradialytic versus home-based aerobic exercise training on physical function and vascular parameters in hemodialysis patients: a randomized pilot study. <i>Am J Kidney Dis</i> , 55(1), 88-99	Setting Krankenhaus
Kolbe-Alexander, T. L./ Lambert, E. V./ Charlton, K. E. (2006): Effectiveness of a community based low intensity exercise program for older adults. <i>J Nutr Health Aging</i> , 10(1), 21-29	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Kondo, N./ Kawachi, I./ Hirai, H./ Kondo, K./ Subramanian, S. V./ Hanibuchi, T./ Yamagata, Z. (2009): Relative deprivation and incident functional disability among older Japanese women and men: prospective cohort study. <i>J Epidemiol Community Health</i> , 63(6), 461-467	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Kono, A./ Kanaya, Y./ Fujita, T./ Tsumura, C./ Kondo, T./ Kushiya, K./ Rubenstein, L. Z. (2012): Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> , 67(3), 302-309	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Kontos, P. C./ Miller, K. L./ Brooks, D./ Jassal, S. V./ Spanjevic, L./ Devins, G. M./ . . . Naglie, G. (2007): Factors influencing exercise participation by older adults requiring chronic hemodialysis: A qualitative study. <i>International Urology and Nephrology</i> , 39 (4), 1303-1311	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Kortke, H./ Stromeyer, H./ Zittermann, A./ Buhr, N./ Zimmermann, E./ Wienecke, E./ Korfer, R. (2006): New East-Westfalian Postoperative Therapy Concept: a telemedicine guide for the study of ambulatory rehabilitation of patients after cardiac surgery. <i>Telemed J E Health</i> , 12(4), 475-483	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Kuther, G. (2010): Exercise therapy in rheumatoid arthritis: A systematic review. [German]. <i>Aktuelle Rheumatologie</i> , 35 (6), 364-374	Entspricht nicht der Fragestellung
Kwon, M. S. (2011): [Effects of a fall prevention program on physical fitness and psychological functions in community dwelling elders]. <i>Journal of Korean Academy of Nursing</i> , 41(2), 165-174. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/175/CN-00800175/frame.html	Sprache: koreanisch
Latham, N. K./ Anderson, C. S./ Lee, A./ Bennett, D. A./ Moseley, A./ Cameron, I. D. (2003): A randomized, controlled trial of quadriceps resistance exercise and vitamin D in frail older people: the Frailty Interventions Trial in Elderly Subjects (FITNESS): <i>J Am Geriatr Soc</i> , 51(3), 291-299	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Laver Kate, E./ George, S./ Thomas, S./ Deutsch Judith, E./ Crotty, M. (2011): Virtual reality for stroke rehabilitation. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (9): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008349.pub2/abstract	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt

Lazowski, D. A./ Ecclestone, N. A./ Myers, A. M./ Paterson, D. H./ Tudor-Locke, C./ Fitzgerald, C./ . . . Cunningham, D. A. (1999): A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> , 54(12), M621-628	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Lee, A. H./ Jancey, J./ Howat, P./ Burke, L./ Kerr, D. A./ Shilton, T. (2011): Effectiveness of a home-based postal and telephone physical activity and nutrition pilot program for seniors. <i>J Obes</i> , 2011	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Lee, J./ Higgins, P. A. (2008): Predicting posthospital recovery of physical function among older adults after lower extremity surgery in a short-stay skilled nursing facility. <i>Rehabil Nurs</i> , 33(4), 170-177	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Lee, L. Y. K./ Lee, D. T. F./ Woo, J. (2009): Tai Chi and Health-Related Quality of Life in Nursing Home	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Lindelof, N./ Karlsson, S./ Lundman, B. (2012): Experiences of a high-intensity functional exercise programme among older people dependent in activities of daily living. <i>Physiother Theory Pract</i> , 28(4), 307-316	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Littbrand, H. (2011): Physical exercise for older people - focussing on people living in residential care facilities and people with dementia. from http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:396463	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Liu-Ambrose, T./ Donaldson, M. G./ Ahamed, Y./ Graf, P./ Cook, W. L./ Close, J./ . . . Khan, K. M. (2008): Otago home-based strength and balance retraining improves executive functioning in older fallers: a randomized controlled trial. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 56(10), 1821-1830	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Lobo, A./ Carvalho, J./ Santos, P. (2011): Comparison of functional fitness in elderlies with reference values by Rikli and Jones and after one-year of health intervention programs. <i>J Sports Med Phys Fitness</i> , 51(1), 111-120	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Loew, L./ Brosseau, L./ Wells, G. A./ Tugwell, P./ Kenny, G. P./ Reid, R./ . . . Coyle, D. (2012): Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic walking programs in the management of osteoarthritis. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> , 93(7), 1269-1285	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Lorenz, R. A./ Gooneratne, N./ Cole, C. S./ Kleban, M. H./ Kalra, G. K./ Richards, K. C. (2012): Exercise and social activity improve everyday function in long-term care residents. <i>Am J Geriatr Psychiatry</i> , 20(6), 468-476	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Luukinen, H./ Lehtola, S./ Jokelainen, J./ Vaananen-Sainio, R./ Lotvonen, S./ Koistinen, P. (2006): Prevention of disability by exercise among the elderly: a population-based, randomized, controlled trial. <i>Scand J Prim Health Care</i> , 24(4), 199-205	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
MacLennan, W. J./ Ballinger, B. R./ McHarg, A./ Ogston, S. A. (1987): Dementia and immobility. <i>Age Ageing</i> , 16(1), 1-9	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Macmillan, F./ Fitzsimons, C./ Black, K./ Granat, M. H./ Grant, M. P./ Grealy, M./ . . . Mutrie, N. (2011): West End Walkers 65+: a randomised controlled trial of a primary care-based walking intervention for older adults: study rationale and design. <i>BMC Public Health</i> , 11, 120	Studienprotokoll

MacRae, P. G./ Asplund, L. A./ Schnelle, J. F./ Ouslander, J. G./ Abrahamse, A./ Morris, C. (1996): A walking program for nursing home residents: effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 44(2), 175-180	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Maki, Y./ Ura, C./ Yamaguchi, T./ Murai, T./ Isahai, M./ Kaiho, A./ . . . Yamaguchi, H. (2012): Effects of intervention using a community-based walking program for prevention of mental decline: a randomized controlled trial. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 60(3), 505-510	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Mänty, M./ Heinonen, A./ Leinonen, R./ Tormakangas, T./ Hirvensalo, M./ Kallinen, M./ . . . Rantanen, T. (2009): Long-term effect of physical activity counseling on mobility limitation among older people: a randomized controlled study. <i>The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences</i> , 64(1), 83-89	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Marshall, S. C./ Berg, K. (2010): Cessation of Exercise in the Institutionalized Elderly: Effects on Physical Function. <i>Physiotherapy Canada</i> , 62(3), 254-260	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Mayo, N. E./ Mackay-Lyons, M. J./ Scott, S. C./ Moriello, C./ Brophy, J. (2013): A randomized trial of two home-based exercise programmes to improve functional walking post-stroke. <i>Clin Rehabil</i>	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
McDermott, M. M./ Domanchuk, K./ Liu, K./ Guralnik, J. M./ Tian, L./ Criqui, M. H./ . . . Rejeski, W. J. (2012): The Group Oriented Arterial Leg Study (GOALS) to improve walking performance in patients with peripheral arterial disease. <i>Contemp Clin Trials</i> , 33(6), 1311-1320	Studienprotokoll
McGough, E. L./ Kelly, V. E./ Logsdon, R. G./ McCurry, S. M./ Cochrane, B. B./ Engel, J. M./ Teri, L. (2011): Associations between physical performance and executive function in older adults with mild cognitive impairment: gait speed and the timed "up go" test. <i>Phys Ther</i> , 91(8), 1198-1207	Entspricht nicht der Fragestellung
Mehrholz, J./ Friis, R./ Kugler, J./ Twork, S./ Storch, A./ Pohl, M. (2010): Treadmill training for patients with Parkinson's disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (1): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007830.pub2/abstract	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Mendes de Oliveira, J. C./ Studart Leitao Filho, F. S./ Malosa Sampaio, L. M./ Negrinho de Oliveira, A. C./ Hirata, R. P./ Costa, D./ . . . de Oliveira, L. V. (2010): Outpatient vs. home-based pulmonary rehabilitation in COPD: a randomized controlled trial. <i>Multidiscip Respir Med</i> , 5(6), 401-408	Entspricht nicht der Fragestellung
Middleton, L. E./ Kirkland, S. A./ Mitnitski, A./ Rockwood, K. (2010): Proxy reports of physical activity were valid in older people with and without cognitive impairment. <i>J Clin Epidemiol</i> , 63(4), 435-440	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Miller, W. C./ Miller, F./ Trenholm, K./ Grant, D./ Goodman, K. (2004): Development and preliminary assessment of the measurement properties of the Seating Identification Tool (SIT): <i>Clin Rehabil</i> , 18(3), 317-325	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Minns Lowe, C. J./ Barker, K. L./ Dewey, M. E./ Sackley, C. M. (2009): Effectiveness of physiotherapy exercise following hip arthroplasty for osteoarthritis: a systematic review of clinical trials (Structured abstract): <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> , 10:98(2): http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12009108571/frame.html	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Montgomery, C. A. (2010): Effects of quantitative progressive exercise rehabilitation on muscle function, functional performance, and quality of life of assisted living residents. (Ph.D.), State University of New York at Buffalo. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20AN=2011032033site=ehost-live Available from EBSCOhost cin20 database.	Nicht im deutschen Leihverband erhältlich

Moro-Garcia, M. A./ Alonso-Arias, R./ Lopez-Vazquez, A./ Suarez-Garcia, F. M./ Solano-Jaurrieta, J. J./ Baltar, J./ Lopez-Larrea, C. (2012): Relationship between functional ability in older people, immune system status, and intensity of response to CMV. <i>Age (Dordr)</i> , 34(2), 479-495	Entspricht nicht der Fragestellung
Mortenson, W. B./ Miller, W. C./ Backman, C. L./ Oliffe, J. L. (2011): Predictors of mobility among wheelchair using residents in long-term care. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> , 92(10), 1587-1593	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Mortenson, W. B./ Miller, W. C./ Backman, C. L./ Oliffe, J. L. (2012): Association between mobility, participation, and wheelchair-related factors in long-term care residents who use wheelchairs as their primary means of mobility. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 60(7), 1310-1315	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Moseley Anne, M./ Stark, A./ Cameron Ian, D./ Pollock, A. (2005): Treadmill training and body weight support for walking after stroke. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (4): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002840.pub2/abstract	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Nakano, H./ Nozaki, M./ Ueta, K./ Osumi, M./ Kawami, S./ Morioka, S. (2013): Effect of a plantar perceptual learning task on walking stability in the elderly: a randomized controlled trial. <i>Clin Rehabil</i>	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Nelson, M. E./ Layne, J. E./ Bernstein, M. J./ Nuernberger, A./ Castaneda, C./ Kaliton, D./ . . . Fiatarone Singh, M. A. (2004): The effects of multidimensional home-based exercise on functional performance in elderly people. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> , 59(2), 154-160	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Ng, S. S./ Hui-Chan, C. W. (2009): Does the use of TENS increase the effectiveness of exercise for improving walking after stroke? A randomized controlled clinical trial. <i>Clin Rehabil</i> , 23(12), 1093-1103	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Niemela, K./ Leinonen, R./ Laukkanen, P. (2012): A supportive home visit program for older adults implemented by non-professionals: Feasibility and effects on physical performance and quality of life at one year - A pilot study. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> , 54 (3), e376-e382	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Niemela, K./ Vaananen, I./ Leinonen, R./ Laukkanen, P. (2011): Benefits of home-based rocking-chair exercise for physical performance in community-dwelling elderly women: a randomized controlled trial. <i>Aging Clin Exp Res</i> , 23(4), 279-287	Entspricht nicht der Fragestellung
Novak, I. (2011): Effective home programme intervention for adults: a systematic review. <i>Clin Rehabil</i> , 25(12), 1066-1085	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Oka, R. K./ Szuba, A./ Giacomini, J. C./ Cooke, J. P. (2005): A pilot study of L-arginine supplementation on functional capacity in peripheral arterial disease. <i>Vascular medicine (London, England)</i> , 10(4), 265-274. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/339/CN-00562339/frame.html	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Olney, S. J./ Nymark, J./ Brouwer, B./ Culham, E./ Day, A./ Heard, J./ . . . Parvataneni, K. (2006): A randomized controlled trial of supervised versus unsupervised exercise programs for ambulatory stroke survivors. <i>Stroke</i> , 37(2), 476-481	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Ottenbacher, A. J./ Day, R. S./ Taylor, W. C./ Sharma, S. V./ Sloane, R./ Snyder, D. C./ . . . Demark-Wahnefried, W. (2011): Exercise among breast and prostate cancer survivors-- what are their barriers? <i>J Cancer Surviv</i> , 5(4), 413-419	Entspricht nicht der Fragestellung

Ouslander, J. G./ Griffiths, P. C./ McConnell, E./ Riolo, L./ Kutner, M./ Schnelle, J. (2005): Functional incidental training: a randomized, controlled, crossover trial in Veterans Affairs nursing homes. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 53(7), 1091-1100	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Owen, N./ Humpel, N./ Leslie, E./ Bauman, A./ Sallis, J. F. (2004): Understanding environmental influences on walking; Review and research agenda. <i>Am J Prev Med</i> , 27(1), 67-76	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Padala, K. P./ Padala, P. R./ Malloy, T. R./ Geske, J. A./ Dubbert, P. M./ Dennis, R. A./ . . . Sullivan, D. H. (2012): Wii-fit for improving gait and balance in an assisted living facility: a pilot study. <i>J Aging Res</i> , 2012, 597573	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Peel, N. M./ Kuys, S. S./ Klein, K. (2013): Gait speed as a measure in geriatric assessment in clinical settings: a systematic review. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> , 68(1), 39-46	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Petersen, M. K./ Madsen, C./ Andersen, N. T./ Soballe, K. (2006): Efficacy of multimodal optimization of mobilization and nutrition in patients undergoing hip replacement: a randomized clinical trial. <i>Acta Anaesthesiol Scand</i> , 50(6), 712-717	Entspricht nicht der Fragestellung
Peterson, M. J./ Giuliani, C./ Morey, M. C./ Pieper, C. F./ Evenson, K. R./ Mercer, V./ . . . Simonsick, E. M. (2009): Physical activity as a preventative factor for frailty: the health, aging, and body composition study. <i>The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences</i> , 64(1), 61-68	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Pitkala, K. H./ Poysti, M. M./ Laakkonen, M. L./ Tilvis, R. S./ Savikko, N./ Kautiainen, H./ Strandberg, T. E. (2013): Effects of the Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial (FINALEX): A Randomized Controlled Trial. <i>JAMA Intern Med</i> , 1-8	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Pitkala, K. H./ Raivio, M. M./ Laakkonen, M. L./ Tilvis, R. S./ Kautiainen, H./ Strandberg, T. E. (2010): Exercise rehabilitation on home-dwelling patients with Alzheimer's disease- a randomized, controlled trial. Study protocol. <i>Trials</i> , 11, 92	Studienprotokoll
Pitkala, K. H./ Raivio, M. M./ Laakkonen, M. L./ Tilvis, R. S./ Kautiainen, H./ Strandberg, T. E. (2011): Exercise rehabilitation on home-dwelling patients with Alzheimer disease: A randomized, controlled trial. Baseline findings and feasibility. <i>European Geriatric Medicine</i> , 2 (6), 338-343	Erste Ergebnisse, Anforderungen an Outcomes nicht erfüllt
Pomeroy, V. M./ Warren, C. M./ Honeycombe, C./ Briggs, R. S./ Wilkinson, D. G./ Pickering, R. M./ Steiner, A. (1999): Mobility and dementia: is physiotherapy treatment during respite care effective? <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> , 14(5), 389-397	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Potter, R./ Ellard, D./ Rees, K./ Thorogood, M. (2011): A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> , 26(10), 1000-1011	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Prevc, P./ Doupona Topic, M. (2009): Age identity, social influence and socialization through physical activity in elderly people living in a nursing home. <i>Coll Antropol</i> , 33(4), 1107-1114	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Rahmani, E./ Boren, S. A. (2012): Videogames and Health Improvement: A Literature Review of Randomized Controlled Trials. <i>GAMES FOR HEALTH: Research, Development, and Clinical Applications</i> , 1(5), 331-341	Nicht im deutschen Leihverkehr erhältlich
Reeder, B. A./ Chad, K. E./ Harrison, E. L./ Ashworth, N. L./ Sheppard, M. S./ Fisher, K. L./ . . . Hossain, M. A. (2008): Saskatoon in motion: class- versus home-based exercise intervention for older adults with chronic health conditions. <i>J Phys Act Health</i> , 5(1), 74-87	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt

Regnaud, J.-P./ Trinquart, L./ Boutron, I./ Nguyen, C./ Brosseau, L./ Ravaud, P. (2012): High-intensity versus low-intensity physical activity or exercise in patients with hip or knee osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews, (11): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010203/abstract	Studienprotokoll
Reuther, S./ Abt-Zegelin, A./ Simon, M. (2010): [Preventing progressive immobility in the elderly]. <i>Pflege Z</i> , 63(3), 139-142	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Rietberg Marc, B./ Brooks, D./ Uitdehaag Bernard, M. J./ Kwakkel, G. (2004): Exercise therapy for multiple sclerosis. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003980.pub2/abstract	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Rittweger, J./ Frost, H. M./ Schiessl, H./ Ohshima, H./ Alkner, B./ Tesch, P./ Felsenberg, D. (2005): Muscle atrophy and bone loss after 90 days' bed rest and the effects of fly-wheel resistive exercise and pamidronate: results from the LTBR study. <i>Bone</i> , 36(6), 1019-1029	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Rolland, Y./ Pillard, F./ Klapouszczak, A./ Reynish, E./ Thomas, D./ Andrieu, S./ . . . Vellas, B. (2007): Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 55(2), 158-165	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Rosie, J./ Taylor, D. (2007): Sit-to-stand as home exercise for mobility-limited adults over 80 years of age - GrandStand System may keep you standing? <i>Age and Ageing</i> , 36(5), 555-562	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Ruppar, T. M./ Conn, V. S. (2010): Interventions to promote physical activity in chronically ill adults. <i>Am J Nurs</i> , 110(7), 30-37; quiz 38-39	Entspricht nicht der Fragestellung
Rush, K. L./ Ouellet, L. L. (1993): Mobility: a concept analysis. <i>J Adv Nurs</i> , 18(3), 486-492	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Russo, A./ Cesari, M./ Onder, G./ Zamboni, V./ Barillaro, C./ Pahor, M./ . . . Landi, F. (2007): Depression and physical function: results from the aging and longevity study in the Sirente geographic area (iSIRENTE Study): <i>J Geriatr Psychiatry Neurol</i> , 20(3), 131-137	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Ruuskanen, J. M./ Parkatti, T. (1994): Physical activity and related factors among nursing home residents. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 42(9), 987-991	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Rydwik, E./ Frandin, K./ Akner, G. (2010): Effects of a physical training and nutritional intervention program in frail elderly people regarding habitual physical activity level and activities of daily living--a randomized controlled pilot study. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> , 51(3), 283-289	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Sabol, V. K. (2009): Exploring the factors that influence functional performance among nursing home residents. (Ph.D.), University of Maryland, Baltimore. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20AN=2011160053site=ehost-live Available from EBSCOhost cin20 database.	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Sainsbury, A./ Seebass, G./ Bansal, A./ Young, J. B. (2005): Reliability of the Barthel Index when used with older people (Structured abstract): <i>Age and Ageing</i> , 34(3), 228-232. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12005000263/frame.html	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt

Schnelle, J. F./ MacRae, P. G./ Ouslander, J. G./ Simmons, S. F./ Nitta, M. (1995): Functional Incidental Training, mobility performance, and incontinence care with nursing home residents. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 43(12), 1356-1362	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Scott, V./ Votova, K./ Scanlan, A./ Close, J. (2007): Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings. <i>Age Ageing</i> , 36(2), 130-139	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Serra Rexach, J. A./ Ruiz, J. R./ Bustamante-Ara, N./ Villaran, M. H./ Gil, P. G./ Sanz Ibanez, M. J./ . . . Lucia, A. (2009): Health enhancing strength training in nonagenarians (STRONG): rationale, design and methods. <i>BMC Public Health</i> , 9, 152	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Serra-Rexach, J. A./ Bustamante-Ara, N./ Hierro Villaran, M./ Gonzalez Gil, P./ Sanz Ibanez, M. J./ Blanco Sanz, N./ . . . Lucia, A. (2011): Short-term, light- to moderate-intensity exercise training improves leg muscle strength in the oldest old: a randomized controlled trial. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 59(4), 594-602	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Shaughnessy, M./ Michael, K. M./ Normandt, P. (2006): When stroke strikes. Minimizing impact and maximizing recovery. <i>Adv Nurse Pract</i> , 14(9), 26-33; quiz 34	Entspricht nicht der Fragestellung
Shumway-Cook, A./ Patla, A. E./ Stewart, A./ Ferrucci, L./ Ciol, M. A./ Guralnik, J. M. (2002): Environmental demands associated with community mobility in older adults with and without mobility disabilities. <i>Phys Ther</i> , 82(7), 670-681	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Simonsick, E. M./ Newman, A. B./ Visser, M./ Goodpaster, B./ Kritchevsky, S. B./ Rubin, S./ . . . Harris, T. B. (2008): Mobility limitation in self-described well-functioning older adults: importance of endurance walk testing. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci</i> , 63(8), 841-847	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Singh, N. A./ Quine, S./ Clemson, L. M./ Williams, E. J./ Williamson, D. A./ Stavrinou, T. M./ . . . Singh, M. A. (2012): Effects of high-intensity progressive resistance training and targeted multidisciplinary treatment of frailty on mortality and nursing home admissions after hip fracture: a randomized controlled trial. <i>J Am Med Dir Assoc</i> , 13(1), 24-30	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Slaughter, S. E./ Estabrooks, C. A./ Jones, C. A./ Wagg, A. S. (2011): Mobility of Vulnerable Elders (MOVE): study protocol to evaluate the implementation and outcomes of a mobility intervention in long-term care facilities. <i>BMC Geriatr</i> , 11, 84	Studienprotokoll
Slaughter, S. E./ Hayduk, L. A. (2012): Contributions of environment, comorbidity, and stage of dementia to the onset of walking and eating disability in long-term care residents. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 60(9), 1624-1631	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Slaughter, S. E./ Morgan, D./ Drummond, N. (2011): Functional transitions of nursing home residents with middle-stage dementia. <i>J Gerontol Nurs</i> , 37(5), 50-59	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Slaughter, S. E./ Morgan, D. G. (2012): Functional outcomes of nursing home residents in relation to features of the environment: validity of the Professional Environmental Assessment Protocol. <i>J Am Med Dir Assoc</i> , 13(5), 487 e481-487	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Sokejima, S./ Naruse, Y./ Yamagami, T./ Kagamimori, S. (1996): Recent changes in stroke history, mobility status and life expectancy at admission among nursing home residents in Japan. <i>Health Social Care in the Community</i> , 4(2), 96-102	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt

States Rebecca, A./ Pappas, E./ Salem, Y. (2009): Overground physical therapy gait training for chronic stroke patients with mobility deficits. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006075.pub2/abstract	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Statistisches Bundesamt. (2009): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige (pp. 18): Wiesbaden	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Stinnett, K. A. (1997): Geriatric seating and positioning within a wheeled mobility frame of reference in the long-term care setting. Topics in Geriatric Rehabilitation, 13 (2), 75-84	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Szymlek-Gay, E. A./ Richards, R./ Egan, R. (1337): Physical activity among cancer survivors: A literature review. New Zealand Medical Journal, 124(1337)	Entspricht nicht der Fragestellung
Tainaka, K./ Takizawa, T./ Katamoto, S./ Aoki, J. (2009): Six-year prospective study of physical fitness and incidence of disability among community-dwelling Japanese elderly women. Geriatr Gerontol Int, 9(1), 21-28	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Taipale, H. T./ Bell, J. S./ Gnjdic, D./ Sulkava, R./ Hartikainen, S. (2012): Sedative load among community-dwelling people aged 75 years or older: association with balance and mobility. J Clin Psychopharmacol, 32(2), 218-224	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Takayama, M./ Arai, Y./ Sasaki, S./ Hashimoto, M./ Shimizu, K./ Abe, Y./ Hirose, N. (2013): Association of marine-origin n-3 polyunsaturated fatty acids consumption and functional mobility in the community-dwelling oldest old. J Nutr Health Aging, 17(1), 82-89	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Tangen, G. G./ Londos, E./ Olsson, J./ Minthon, L./ Mengshoel, A. M. (2012): A Longitudinal Study of Physical Function in Patients with Early-Onset Dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra, 2(1), 622-631	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Tappen, R. M./ Roach, K. E./ Applegate, E. B./ Stowell, P. (2000): Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord, 14(4), 196-201	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Tappenden, P./ Campbell, F./ Rawdin, A./ Wong, R./ Kalita, N. (2012): The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. Health Technol Assess, 16(20), 1-72	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Taylor, J./ Sims, J./ Haines, T. P. (2012): The influence of protection, palliation and costs on mobility optimization of residents in nursing homes: a thematic analysis of discourse. Int J Nurs Stud, 49(11), 1364-1374	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Teasell, R./ Mehta, S./ Pereira, S./ McIntyre, A./ Janzen, S./ Allen, L./ . . . Viana, R. (2012): Time to rethink long-term rehabilitation management of stroke patients. Topics in Stroke Rehabilitation, 19 (6), 457-462	Entspricht nicht der Fragestellung
Teri, L./ Gibbons, L. E./ McCurry, S. M./ Logsdon, R. G./ Buchner, D. M./ Barlow, W. E./ . . . Larson, E. B. (2003): Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. JAMA, 290(15), 2015-2022	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Teri, L./ McCurry, S. M./ Logsdon, R. G./ Gibbons, L. E./ Buchner, D. M./ Larson, E. B. (2011): A randomized controlled clinical trial of the Seattle Protocol for Activity in older adults. J Am Geriatr Soc, 59(7), 1188-1196	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt

thecochranelibrary.com. (2012): Physical activity and exercise for health and well being of older people. http://www.thecochranelibrary.com/details/collection/2043267/Physical-activity-and-exercise-for-health-and-well-being-of-older-people.html	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Thomas, D. R./ Marren, K./ Banks, W./ Morley, J. (2007): Do objective measurements of physical function in ambulatory nursing home women improve assessment of functional status? <i>J Am Med Dir Assoc</i> , 8(7), 469-476	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Tsaih, P. L./ Shih, Y. L./ Hu, M. H. (2012): Low-intensity task-oriented exercise for ambulation-challenged residents in long-term care facilities: a randomized, controlled trial. <i>Am J Phys Med Rehabil</i> , 91(7), 616-624	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Tse, M./ Au, J. (2010): The effects of acupressure in older adults with chronic knee pain: Depression, pain, activities of daily living and mobility. <i>Journal of Pain Management</i> , 3 (4), 339-410	Nicht im deutschen Leihverkehr erhältlich
Tse, M. M./ Vong, S. K./ Tang, S. K. (2013): Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. <i>J Clin Nurs</i>	Nicht im deutschen Leihverkehr erhältlich
Tse, M. M./ Wan, V. T./ Ho, S. S. (2011): Physical exercise: does it help in relieving pain and increasing mobility among older adults with chronic pain? <i>J Clin Nurs</i> , 20(5-6), 635-644	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Underwood, M./ Eldridge, S./ Lamb, S./ Potter, R./ Sheehan, B./ Slowther, A. M./ . . . Weich, S. (2011): The OPERA trial: protocol for a randomised trial of an exercise intervention for older people in residential and nursing accommodation. <i>Trials</i> , 12, 27	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Underwood, M./ Lamb, S./ Eldridge, S./ Sheehan, B./ Slowther, A./ Spencer, A./ . . . Taylor, S. (2013): Exercise for depression in care home residents: a randomised controlled trial with cost-effectiveness analysis (OPERA): <i>Health Technol Assess</i> , 17(18), 1-281	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Underwood, M./ Lamb, S. E./ Eldridge, S./ Sheehan, B./ Slowther, A. M./ Spencer, A./ . . . Taylor, S. J. (2013): Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. <i>Lancet</i>	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Van Cauwenberg, J./ De Bourdeaudhuij, I./ De Meester, F./ Van Dyck, D./ Salmon, J./ Clarys, P./ Deforche, B. (2011): Relationship between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review. <i>Health Place</i> , 17(2), 458-469	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
van den Berg, M. H./ Runday, H. K./ Peeters, A. J./ le Cessie, S./ van der Giesen, F. J./ Breedveld, F. C./ Vliet Vlieland, T. P. (2006): Using internet technology to deliver a home-based physical activity intervention for patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. <i>Arthritis Rheum</i> , 55(6), 935-945	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
van der Bij, A. K./ Laurant, M. G./ Wensing, M. (2002): Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. <i>American journal of preventive medicine</i> , 22(2), 120-133	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Van Der Meer, S./ Zwerink, M./ Van Brussel, M./ Van Der Valk, P./ Wajon, E./ Van Der Palen, J. (2012): Effect of outpatient exercise training programmes in patients with chronic heart failure: A systematic review. <i>European Journal of Preventive Cardiology</i> , 19 (4), 795-803	Entspricht nicht der Fragestellung
Vestergaard, S./ Kronborg, C./ Puggaard, L. (2008): Home-based video exercise intervention for community-dwelling frail older women: a randomized controlled trial. <i>Aging Clin Exp Res</i> , 20(5), 479-486	Bereits in eingeschlossenen Übersichtsarbeiten behandelt
Volkers, K. M./ Scherder, E. J. (2011): The effect of regular walks on various health aspects in older people with dementia: protocol of a randomized-controlled trial. <i>BMC Geriatr</i> , 11, 38	Studienprotokoll

von Bonsdorff, M. B./ Leinonen, R./ Kujala, U. M./ Heikkinen, E./ Tormakangas, T./ Hirvensalo, M./ . . . Rantanen, T. (2009): Effect of physical activity counseling on home care use in older people. <i>J Am Geriatr Soc</i> , 57(3), 571-573	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
von Renteln-Kruse, W./ Anders, J./ Dapp, U./ Meier-Baumgartner, H. P. (2003): [Preventative home visits by a specially trained nurse for 60-year olds and elderly in Hamburg]. <i>Z Gerontol Geriatr</i> , 36(5), 378-391	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Vreugdenhil, A./ Cannell, J./ Davies, A./ Razay, G. (2012): A community-based exercise programme to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. <i>Scand J Caring Sci</i> , 26(1), 12-19	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Walsh, N. E./ Mitchell, H. L./ Reeves, B. C./ Hurley, M. V. (2006): Integrated exercise and self-management programmes in osteoarthritis of the hip and knee: a systematic review of effectiveness (Structured abstract): <i>Physical Therapy Reviews</i> , 11(4), 289-297. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2006.01571.x	Entspricht nicht der Fragestellung
Wang, T. J./ Belza, B./ Elaine Thompson, F./ Whitney, J. D./ Bennett, K. (2007): Effects of aquatic exercise on flexibility, strength and aerobic fitness in adults with osteoarthritis of the hip or knee. <i>J Adv Nurs</i> , 57(2), 141-152	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Wang, T. J./ Lee, S. C./ Liang, S. Y./ Tung, H. H./ Wu, S. F./ Lin, Y. P. (2011): Comparing the efficacy of aquatic exercises and land-based exercises for patients with knee osteoarthritis. <i>Journal of clinical nursing</i> , 20(17-18), 2609-2622. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03886.x	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Watson, L./ Ellis, B./ Leng Gillian, C. (2008): Exercise for intermittent claudication. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (4): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000990.pub2/abstract	Anforderungen an Patientengruppe nicht erfüllt
Wearden, A. J./ Dowrick, C./ Chew-Graham, C./ Bentall, R. P./ Morriss, R. K./ Peters, S./ . . . Dunn, G. (2010): Nurse led, home based self help treatment for patients in primary care with chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial. <i>BMJ</i> , 340, c1777	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Webber, S. C./ Porter, M. M./ Menec, V. H. (2010): Mobility in Older Adults: A Comprehensive Framework. <i>Gerontologist</i> , 50(4), 443-450	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Weiss, A./ Sharifi, S./ Plotnik, M./ Van Vugt, J. P. P./ Giladi, N./ Hausdorff, J. M. (2011): Toward automated, at-home assessment of mobility among patients with Parkinson disease, using a body-worn accelerometer. <i>Neurorehabilitation and Neural Repair</i> , 25(9), 810-818	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Wendel-Vos, W./ Droomers, M./ Kremers, S./ Brug, J./ van Lenthe, F. (2007): Potential environmental determinants of physical activity in adults: a systematic review. <i>Obes Rev</i> , 8(5), 425-440	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Wetzels, R. B./ Zuidema, S. U./ de Jonghe, J. F./ Verhey, F. R./ Koopmans, R. T. (2010): Determinants of quality of life in nursing home residents with dementia. <i>Dement Geriatr Cogn Disord</i> , 29(3), 189-197	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Wewel, A. R./ Behnke, M./ Schwertfeger, I./ Eberhardt, F./ Kroidl, R. F./ Jorres, R. A./ . . . Magnussen, H. (2005): Home-based walking training in patients with interstitial lung diseases [Abstract]. <i>European Respiratory Journal</i> , 26(Suppl 49), Abstract No. 3428. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1183/13993003.34280592063	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt

Wilkins, C. H./ Roe, C. M./ Morris, J. C. (2010): A brief clinical tool to assess physical function: the mini-physical performance test. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> , 50(1), 96-100	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Williams, S. W./ Williams, C. S./ Zimmerman, S./ Sloane, P. D./ Preisser, J. S./ Boustani, M./ Reed, P. S. (2005): Characteristics associated with mobility limitation in long-term care residents with dementia. <i>Gerontologist</i> , 45 Spec No 1(1), 62-67	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Wilson, N. M./ Hilmer, S. N./ March, L. M./ Cameron, I. D./ Lord, S. R./ Seibel, M. J./ Sambrook, P. N. (2010): Associations between drug burden index and physical function in older people in residential aged care facilities. <i>Age Ageing</i> , 39(4), 503-507	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Yan, T./ Wilber, K. H./ Simmons, W. J. (2011): Motivating high-risk older adults to exercise: does coaching matter? <i>Home Health Care Serv Q</i> , 30(2), 84-95	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Yang, C. C./ Hsu, Y. L. (2009): Development of a wearable motion detector for telemonitoring and real-time identification of physical activity. <i>Telemed J E Health</i> , 15(1), 62-72	Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt
Yeom, H. A./ Keller, C./ Fleury, J. (2009): Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. <i>J Am Acad Nurse Pract</i> , 21(2), 95-100	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Yu, F./ Swartwood, R. M. (2012): Feasibility and Perception of the Impact From Aerobic Exercise in Older Adults With Alzheimer's Disease. <i>American journal of Alzheimer's disease and other dementias</i> , 27(6), 397-405	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Yu, M. S./ Chan, C. C./ Tsim, R. K. (2007): Usefulness of the Elderly Mobility Scale for classifying residential placements. <i>Clin Rehabil</i> , 21(12), 1114-1120	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Zainuldin, R./ Mackey Martin, G./ Alison Jennifer, A. (2011): Optimal intensity and type of leg exercise training for people with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (11): http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008008.pub2/abstract	Anforderung an Outcomes nicht erfüllt
Zak, M./ Swine, C./ Grodzicki, T. (2009): Combined effects of functionally-oriented exercise regimens and nutritional supplementation on both the institutionalised and free-living frail elderly (double-blind, randomised clinical trial): <i>BMC Public Health</i> , 9, 39	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Zarowitz, B. J./ Tangalos, E./ Lefkowitz, A./ Bussey, H./ Deitelzweig, S./ Nutescu, E./ . . . Wheeler, A. (2010): Thrombotic risk and immobility in residents of long-term care facilities. <i>J Am Med Dir Assoc</i> , 11(3), 211-221	Entspricht nicht der Fragestellung
Zegelin, A. (2005): "Festgenagelt sein" Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern: Hans Huber Verlag	Allgemein interessant, aber Einschlusskriterien nicht erfüllt
Zegelin, A. (2008): 'Tied down'- the process of becoming bedridden through gradual local confinement. <i>J Clin Nurs</i> , 17(17), 2294-2301	Anforderungen ans Studiendesign nicht erfüllt
Zijlstra, G. A./ Haastregt, J. C./ Kempen, G. I. (2012): ["A matter of balance-- Netherlands": an effective intervention to reduce concerns about falls and related avoidance of activity in older people]. <i>Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie</i> , 43(4), 164-174. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/256/CN-00837256/frame.html	Sprache: niederländisch

<p>Zijlstra, G. A./ Rens, G. H./ Scherder, E. J./ Brouwer, D. M./ Velde, J./ Verstraten, P. F./ Kempen, G. I. (2009): Effects and feasibility of a standardised orientation and mobility training in using an identification cane for older adults with low vision: design of a randomised controlled trial. BMC health services research, 9, 153. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1186/1471-2317-9-153</p>	<p>Anforderungen an Interventions- oder Vergleichsgruppe nicht erfüllt</p>
--	--

ENTWURF

5 Anlage E: Beschreibung der Recherchestrategie

Recherche Medline via Pubmed

Search	Query
#37	Search (MEDLINE[Text Word]) OR (systematic review[Text Word]) OR (meta-analysis[Publication Type])
#38	Search (randomized controlled trial [Publication Type]) OR (controlled clinical trial [Publication Type]) OR (randomized [Title/Abstract]) OR (placebo [Title/Abstract]) OR (randomly [Title/Abstract]) OR (trial [Title/Abstract]) OR (groups [Title/Abstract]) NOT (animals [MeSH Terms] NOT humans [MeSH Terms])
#39	Search (#37) OR (#38)
#40	Search (Counseling[Mesh:NoExp]) OR (Directive Counseling[Mesh:NoExp]) OR ("Patient Education as Topic"[Mesh]) OR ("Education"[Mesh:NoExp]) OR (counsel* [Title/Abstract]) OR (educate* [Title/Abstract])
#41	Search (Residential Facilities[MeSH Terms]) OR "Day Care"[Mesh] OR (Housing for the Elderly[Mesh]) OR (Long-Term Care[MeSH Terms]) OR (Residential care[Text Word]) OR (Residential Facilit* [Text Word]) OR (old aged home[Text Word]) OR (aged care facilit* [Text Word]) OR (Residential aged care [Text Word]) OR (nursing home [Text Word]) OR (institution bas* [Text Word]) OR (institution-bas* [Text Word]) OR (Institutionali* [Text Word]) OR (long-term care[Text Word]) OR (long term care[Text Word]) OR (care home[Text Word]) OR (nurs Facilit*[Text Word]) OR (homes for the aged[Text Word]) OR (group homes[Text Word]) OR (assisted living facility*[Text Word]) OR (day care [Text Word] OR (day-care[Text Word])
#42	Search (Exercise Therapy[MeSH Terms]) OR (kinesthesia[MeSH Terms]) OR (gait[MeSH Terms]) OR (movement[MeSH Terms:noexp]) OR (mobility limitation[MeSH Terms]) OR (locomotion[MeSH Terms]) OR (immobilization[MeSH Terms]) OR (bed rest[MeSH Terms]) OR (Physical Fitness[MeSH Terms]) OR (Motor Activity[Mesh:NoExp]) OR (physical activity[Title]) OR (walk*[Title/Abstract]) OR (exercise*[Title]) OR (mobili*[Title/Abstract]) OR (ambulat*[Title/Abstract]) OR (locomot*[Title/Abstract]) OR (move*[Title/Abstract]) OR (kinesthetic [Title/Abstract]) OR (moveability [Title/Abstract])
#43	Search (#39) OR (#40)
#44	Search (#41) AND (#42) AND (#43)
#45	Search (#41) AND (#42) AND (#43) Filters: Publication date from 2009/01/01
#46	Search (community [Text Word]) OR (home-dwelling [Text Word]) OR (Primary Health Care[Text Word])
#47	Search (Nurs*[Text Word])
#48	Search (#47) AND (#46)
#49	Search (Home Care Services[MeSH Terms]) OR (Home Care Agencies[MeSH Terms]) OR (Community Health Nursing[MeSH Terms]) OR (Home Nursing[MeSH Terms]) OR

	(Primary Care Nursing[MeSH Terms]) OR (Family Nursing[MeSH Terms]) OR (Community Health Centers[MeSH Terms]) OR (homebas* [Text Word]) OR (home base* [Text Word]) OR (home care[Text Word]) OR (home-care[Text Word])
#50	Search (#49) OR (#48)
#51	Search (#50) AND (#42) AND (#43)
#52	Search (nurs*[Title/Abstract]) AND (assessment[Title/Abstract])
#53	Search (nursing assessment [Mesh:NoExp]) OR ("Diagnostic Techniques and Procedures/nursing"[Mesh:NoExp]) OR (mobility protocol [Title/Abstract])
#54	Search (Risk assessment [Mesh:NoExp]) OR (geriatric assessment[MeSH Terms]) OR (risk factors[MeSH Terms]) OR (risk assessment [Title/Abstract]) OR (nurs* [Title/Abstract]) OR (assessment* [Title/Abstract]) OR (tool [Title/Abstract]) OR (instrument [Title/Abstract]) OR (scale* [Title/Abstract]) OR (score*[Title/Abstract]) OR (risk factor* [Title/Abstract]) OR (geriatric assessment* [Title/Abstract]) OR (risk* [Title/Abstract]) OR (Performance test [Title/Abstract])
#55	Search (Sensitivity and Specificity[Mesh]) OR (risk [Title/Abstract]) OR (accuracy*[Title/Abstract]) OR (reproducibility* [Title/Abstract]) OR (Sensitiv* [Title/Abstract]) OR (Specifi* [Title/Abstract])
#56	Search (#54) AND (#55)
#57	Search (#56) OR (#53) OR (#52)
#58	Search (#50) OR (#41)
#59	Search (#57) AND (#58) AND (#42)
#60	Search (#59) OR (#51) OR (#45)
#61	Search (#59) OR (#51) OR (#45) Filters: English; German

Recherche Cochrane Central

Search	Query
#1	MeSH descriptor: [Residential Facilities] 1 tree(s) exploded
#2	MeSH descriptor: [Day Care] this term only
#3	MeSH descriptor: [Housing for the Elderly] this term only
#4	MeSH descriptor: [Long-Term Care] this term only
#5	"Residential care" (Word variations have been searched)
#6	"Residential care" or "Residential Facilit*" or "old aged home" or "aged care facilit*" or "Residential aged care" or "nursing home*" or "institution bas*" or "institution-bas*" or Institutional or "long-term care" or "long term care" or "care home" or "nurs Facilit*" or "homes for the aged" or "group homes" or "assisted living facility*" or "day care" or "day-care" (Word variations have been searched)

#7	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6
#8	community or home-dwelling or "Primary Health Care" (Word variations have been searched)
#9	nurs* (Word variations have been searched)
#10	#8 and #9
#11	MeSH descriptor: [Home Care Services] this term only
#12	MeSH descriptor: [Home Care Agencies] this term only
#13	MeSH descriptor: [Community Health Nursing] this term only
#14	MeSH descriptor: [Home Nursing] this term only
#15	MeSH descriptor: [Primary Care Nursing] this term only
#16	MeSH descriptor: [Family Nursing] this term only
#17	MeSH descriptor: [Community Health Centers] this term only
#18	homebas* or "home base*" or "home care" or "home-care" (Word variations have been searched)
#19	#11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18
#20	#10 or #19
#21	MeSH descriptor: [Exercise Therapy] this term only
#22	MeSH descriptor: [Kinesthesia] this term only
#23	MeSH descriptor: [Gait] this term only
#24	MeSH descriptor: [Motor Activity] this term only
#25	MeSH descriptor: [Movement] this term only
#26	MeSH descriptor: [Mobility Limitation] this term only
#27	MeSH descriptor: [Locomotion] this term only
#28	MeSH descriptor: [Immobilization] this term only
#29	MeSH descriptor: [Bed Rest] this term only
#30	MeSH descriptor: [Physical Fitness] this term only
#31	"physical activity" or exercise:ti (Word variations have been searched)
#32	walk* or mobili* or ambulat* or locomot* or move* or kinesthetic:ti (Word variations have been searched)
#33	walk* or mobili* or ambulat* or locomot* or move* or kinesthetic:ab (Word variations have been searched)
#34	#21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33
#35	#7 and #34 from 2009
#36	#7 and #34
#37	#20 and #34
#38	MeSH descriptor: [Counseling] this term only
#39	MeSH descriptor: [Directive Counseling] this term only
#40	MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] this term only
#41	MeSH descriptor: [Education] this term only

#42	counsel* or educate*:ti or counsel* or educate*:ab (Word variations have been searched)
#43	#38 or #39 or #40 or #41 or #42
#44	#34 and #43
#45	#44 and (#7 or #20)
#46	#35 or #37 or #45
#47	#35 or #37 or #45 in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews, Trials and TechnologyAssessments

Recherche CINAHL via EBSCOhost

Search	Query
S1	(MH "Randomized Controlled Trials ") OR TX ((singl* n1 blind*) or (singl* n1 mask*)) or TX ((doubl* n1 blind*) or (doubl* n1 mask*)) or TX ((tripl* n1 blind*) or (tripl* n1 mask*)) or TX ((trebl* n1 blind*) or (trebl* n1 mask*)) OR TX randomi* control* trial* OR (MH "Random Assignment") OR (TX random* allocat*) OR (TX placebo*) OR (MH "Placebos") OR TX allocat* random* OR (MH "Meta Analysis") OR (TX Meta analys*) OR (TX Metaanaly*) OR (MH "Systematic Review") OR TX Systematic Review* NOT ((MH "Animals") NOT (MH "Human"))
S2	(MH "Counseling") OR (MH "Patient Education") OR (AB counsel*) OR (AB educate*) OR (TI counsel*) OR (TI educate*) Limiters - Exclude MEDLINE records; Language: English, German
S3	S1 OR S2
S4	(MH "Physical Mobility") OR (MH "Motor Activity") OR (MH "Movement") OR (MH "Locomotion+") OR (MH "Walking+") OR (MH "Gait+") OR (MH "Step") OR (MH "Stair Climbing") OR (MH "Standing+") OR (MH "Risk for Activity Intolerance (NANDA)") OR (MH "Physical Mobility Impairment (Saba CCC)") OR (MH "Kinesthetic Alterations (NANDA)") OR (MH "Kinesthetic Alteration (Saba CCC)") OR (MH "Immobility/NU/CO/DI/CL/ED/ET/RF/TH") OR (MH "Bed Rest Care (Iowa NIC)") OR (MH "Physical Fitness") OR (MH "Exercise+") OR (TI walk*) OR (TI exercise*) OR (TI mobili*) OR (TI ambulat*) OR (TI locomot*) OR (TI kinesthetic*) OR (TI move*) OR (AB walk*) OR (AB exercise*) OR (AB mobili*) OR (AB ambulat*) OR (AB locomot*) OR (AB kinesthetic*) OR (AB move*)
S5	(MH "Residential Facilities+") OR (MH "Housing for the Elderly") OR (MH "Nursing Homes+") OR (MH "Day Care") OR (MH "Long Term Care") OR (MH "Nursing Home Patients") OR (TI Residential care) OR (TI Residential Facilit*) OR (TI old aged home) OR (TI aged care facilit*) OR (TI Residential aged care) OR (TI nursing home) OR (TI institution bas*) OR (TI institution-bas*) OR (TI Institutional*) OR (TI long-term care) OR (TI long term care) OR (TI care home) OR (TI nurs Facilit*) OR (TI homes for the aged) OR (TI group homes) OR (TI assisted living facility*) OR (TI day

	care) OR (TI day-care) OR (AB Residential care) OR (AB Residential Facilit*) OR (AB old aged home) OR (AB aged care facilit*) OR (AB Residential aged care) OR (AB nursing home) OR (AB institution bas*) OR (AB institution-bas*) OR (AB Institutional*) OR (AB long-term care) OR (AB long term care) OR (AB care home) OR (AB nurs Facilit*) OR (AB homes for the aged) OR (AB group homes) OR (AB assisted living facility*) OR (AB day care) OR (AB day-care)
S6	S3 AND S4 AND S5 Limiters - Published Date from: 20091201
S7	(MH "Community Health Nursing+") OR (MH "Home Health Care") OR (MH "Home Nursing, Professional") OR (MH "Home Nursing") OR (MH "Home Health Agencies") OR (MH "Family Nursing") OR (AB homebas*) OR (AB home base*) OR (AB home care) OR (AB home-care) OR (TI homebas*) OR (TI home base*) OR (TI home care) OR (TI home-care)
S8	S3 AND S4 AND S7
S9	(MH "Nursing Assessment") OR (MH "Geriatric Assessment") OR (MH "Risk Assessment") OR (MH "Risk Factors") OR (TX risk assessment) OR (TI nurs*) OR (AB nurs*) OR (TX assessment*) OR (TX tool) OR (TX instrument) OR (TX scale*) OR (TX score*) OR (TX risk factor*) OR (TX geriatric assessment) OR (TX risk*) OR (TX performance test)
S10	(MH "Sensitivity and Specificity") OR (TX risk) OR (TX accuracy*) OR (TX reproducibility*) OR (TX Sensitiv*) OR (TX Specifi*)
S11	S9 AND S10
S12	S5 OR S7
S13	S4 AND S11 AND S12
S14	S6 OR S8 OR S13 Limiters - Exclude MEDLINE records; Language: English, German

Recherche Embase via Ovid

Search	Query
1	Clinical trial/ or Randomized controlled trial/ or Randomization/ or Single blind procedure/ or Double blind procedure/ or Crossover procedure/ or Placebo/ or Randomized controlled trial\$.tw. or Rct.tw. or Random allocation.tw.
2	Randomly allocated.tw.
3	allocated randomly.tw.
4	(allocated adj2 random).tw.
5	Single blind\$.tw.
6	Double blind\$.tw.
7	((treble or triple) adj blind\$.tw.
8	Placebo\$.tw.
9	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8
10	Case study/ or Case report.tw. or Abstract report/ or letter/
11	animal/ not human/
12	10 or 11
14	9 or 13
15	14 not 12
16	counseling/ or patient education/ or counsel*.ti,ab. or educate*.ti,ab.
17	15 or 16
18	walking difficulty/ or exp gait/ or exp walking/ or patient mobility/ or "body movement"/ or physical mobility/ or physical performance/ or locomotion/ or "exercise*".ti. or "mobili*".ti,ab. or "ambulat*".ti,ab. or "locomot*".ti,ab. or "move*".ti,ab. or kinesthetic*.ti,ab. or physical activity.ti. or walk*.ti,ab.
19	nursing home/ or residential home/ or long term care/ or home for the aged/ or (Residential care or Residential Facilit*.tw. or old aged home.tw. or aged care facilit*.tw. or Residential aged care.tw. or nursing home.tw. or institutional*.tw. or long-term care.tw. or long term care.tw. or care home.tw. or nurs Facilit*.tw. or homes for the aged.tw. or group homes.tw. or assisted living facility*.tw. or day care.tw. or day-care).tw.
20	17 and 18 and 19
21	limit 20 to yr=*2010-Current*
22	(community or home-dwelling or Primary Health Care).ti,ab.
23	Nurs*.ti,ab.
24	22 and 23
25	exp home care/ or community health nursing/ or family nurse practitioner/ or primary care nurs.tw. or homebas*.tw. or home base*.tw. or home care.tw. or home-care.tw.
26	24 or 25
27	17 and 18 and 26

28	(mobility protocol or nursing assessment).ti,ab.
29	nurs*.ti,ab.
30	28 and 29
31	risk assessment/ or geriatric assessment/ or risk factor/ or risk assessment .ti,ab. or nurs*.ti,ab. or assessment*.ti,ab. or tool.ti,ab. or instrument.ti,ab. or scale*.ti,ab. or score*.ti,ab. or risk factor*.ti,ab. or geriatric assessment*.ti,ab. or risk*.ti,ab. or Performance test.ti,ab.
32	exp "SENSITIVITY AND SPECIFICITY" / or *Diagnostic Accuracy/ or risk.ti,ab. or accuracy*.ti,ab. or reproducibility*.ti,ab. or Sensitiv*.ti,ab. or Specifi*.ti,ab.
33	31 and 32
34	30 or 33
35	19 or 26
36	18 and 34 and 35
37	21 or 27 or 36
38	limit 37 to human
39	limit 38 to exclude medline journals