



Trautes Heim, Glück allein

Evidenzbasierte ergotherapeutische Interventionen zur Förderung der Selbständigkeit und Lebensqualität von zuhause lebenden älteren Menschen

Tanja Di Nicola
S13574660

Anita Linke
S13574983

Departement: Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: BA.ER13
Eingereicht am: 04.05.2016
Begleitende Lehrperson: Ursula Meidert

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	7
1 Einleitung	8
1.1 Einführung ins Thema.....	8
1.2 Begründung der Themenwahl	9
1.3 Relevanz für die Ergotherapie	10
1.4 Fragestellung	11
1.5 Zielsetzung	11
2 Theoretischer Hintergrund	12
2.1 Alter	12
2.2 Selbständigkeit	13
2.3 Zuhause leben	15
2.4 Lebensqualität	16
2.5 Gesundheitsförderung und Prävention	17
2.5.1 Gesundheitsförderung in der Schweiz	18
2.5.2 Ergotherapie in der Gesundheitsförderung	20
2.6 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM).....	20
3 Methode	23
3.1 Übergeordnetes methodisches Vorgehen	23
3.2 Keywords	23
3.3 Vorgehen bei der Literaturrecherche	24
3.4 Ein- und Ausschlusskriterien	25
3.5 Auswahl der inkludierten Studien.....	26
4 Ergebnisse	29
4.1 Zusammenfassung und Würdigung	29
4.1.1 Studie von Clark et al. (1997).....	29
4.1.2 Studie von Clark et al. (2001).....	31

4.1.3	Studie von Horowitz und Chang (2004)	32
4.1.4	Studie von Liddle et al. (1996).....	33
4.1.5	Studie von Mountain, Mozley, Craig und Ball (2008)	34
4.1.6	Die Studie von Sheffield, Smith und Becker (2013)	36
4.1.7	Die Studie von Szanton et al. (2011).....	37
4.1.8	Studie von Tuntland, Aaslunf, Espehaug, Føland und Kjekken (2015).....	38
4.1.9	Studie von Zingmark und Bernspång (2011).....	40
4.2	Beschreibung der Programme und Interventionen	41
4.2.1	„Aging in Place“.....	41
4.2.2	CAPABLE.....	42
4.2.3	„Lifestyle Redesign“ und „Lifestyle Matters“	43
4.2.4	„Reablement“	45
4.2.5	Verschiedene Interventionen.....	45
4.2.6	Übersicht über alle Interventionen.....	46
4.3	Auswertung der Ergebnisse.....	48
5	Diskussion	51
5.1	Grundsätzliches zur Diskussion.....	51
5.2	Selbständigkeit	52
5.3	Lebensqualität	55
5.4	Nachhaltigkeit der Ergebnisse	58
5.5	Beantwortung der Fragestellung.....	59
6	Schlussfolgerung	61
6.1	Fazit.....	61
6.2	Theorie-Praxis-Transfer	62
6.3	Limitationen der vorliegenden Arbeit	63
6.4	Empfehlung für weitere Forschung.....	64

Verzeichnisse	66
Literaturverzeichnis	66
Abbildungsverzeichnis.....	75
Tabellenverzeichnis.....	76
Abkürzungsverzeichnis	77
Wortzahl	78
Danksagung	79
Eigenständigkeitserklärung	80
Anhang	81
Anhang A: Glossar	81
Anhang B: Messinstrumente	85
Anhang C: Suchmatrizen	92
Suchmatrix der Datenbank AMED	92
Suchmatrix der Datenbank CINAHL	94
Suchmatrix der Datenbank Cochrane Library	96
Suchmatrix der Datenbank Medline.....	98
Suchmatrix der Datenbank OTDBase.....	99
Suchmatrix der Datenbank OTSeeker	100
Anhang D: Matrix zur groben Beurteilung der gefundenen Artikel	102
Anhang E: Detaillierte Darstellung der Ergebnisse	117
Anhang F: Detaillierte Beschreibung der Interventionen	119
Anhang G: Englisch-Deutsch-Übersetzung.....	124

In der vorliegenden Arbeit werden relevante Begriffe beim erstmaligen Erscheinen mit einem Asterisk (*) markiert und im Glossar (Anhang A) erläutert.

Verwendete Abkürzungen werden im Abkürzungsverzeichnis (siehe Seite 77) aufgeführt.

Die Übersetzung zentraler englischer Begriffe sind im Anhang G ersichtlich.

Abstract

Hintergrund: Für ältere Menschen ist es entscheidend, ihre zusätzlichen Lebensjahre gesund, bedeutungsvoll und würdevoll zu verbringen. Auch ist ihnen sehr wichtig, möglichst lange selbständig zu bleiben und zuhause wohnen zu können.

Ziel: Evidenzbasierte ergotherapeutische Interventionen darlegen, welche die Selbständigkeit und die Lebensqualität von zuhause lebenden älteren Menschen fördern. Dies soll als Empfehlung für praktizierende Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Schweiz dienen.

Methode: Für das systematische Literaturreview wurde in den Datenbanken AMED, CINAHL, Cochrane Library, Medline, OTDBase und OTSeeker gesucht. Ergänzt durch eine Schneeballsuche wurden 137 Studien gelesen und aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien neun Studien inkludiert. Diese wurden zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die beschriebenen Interventionen wurden den vier Interventionsmodellen nach OTIPM (Fisher, 2014) zugeordnet.

Ergebnisse: Die Interventionen sind sehr unterschiedlich aufgebaut. Keine der Interventionen bewirkt eine signifikante Verbesserung bezüglich Selbständigkeit und Lebensqualität, dennoch sind gewisse Trends ersichtlich.

Diskussion: Kompensatorische Interventionen, wie Wohnraumanpassungen und Hilfsmittelabgaben, beeinflussen die Selbständigkeit und die Lebensqualität positiv. Mit Interventionen aus dem akquisitorischen Interventionsmodell können intrinsische Faktoren verändert, bereits aufgegebene Aktivitäten wieder aufgenommen oder neue Betätigungen entwickelt werden. Die Gruppeninterventionen haben den Vorteil, dass sie nicht nur die Motivation der Teilnehmenden positiv beeinflussen, um länger aktiv zu bleiben, sondern auch die Möglichkeit bieten, Erfahrungen auszutauschen.

Keywords: Ergotherapie, Intervention, zuhause leben, ältere Menschen, Selbständigkeit, ADL, IADL, Lebensqualität

1 Einleitung

“Aufmachen! Aufmachen! Ich kann nicht aufmachen!”, schallt es durch das Treppenhaus. Eine Türe öffnet sich, eine junge Nachbarin stürmt die Treppe herunter und öffnet für Frau Müller die Tür des Wohnblocks und lässt die beiden Mitarbeitenden von ‚Essen auf Rädern‘ hinein. Frau Müller ist 84 Jahre alt und seit kurzem verwitwet. Sie hat zunehmend Schwierigkeiten beim Gehen, dennoch möchte sie im Wohnblock, in dem sie seit vierzig Jahren lebt, wohnen bleiben.

Um älteren Menschen wie Frau Müller ein selbständiges Leben in ihrem Zuhause mit einer hohen Lebensqualität zu ermöglichen, werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit entsprechende evidenzbasierte ergotherapeutische Interventionen vorgestellt.

1.1 Einführung ins Thema

Weltweit wird zunehmend ein höheres Alter erreicht (World Health Organization [WHO], 2015a). In der Schweiz stellt die Altersgruppe der über 65-Jährigen heute 17.1 Prozent der Bevölkerung dar (Bundesamt für Statistik [BFS], 2010). Das BFS (2010) erwartet im Trendszenario von 2010 bis 2030 einen Anstieg der über 65-jährigen Bevölkerung auf 24.2 Prozent und bis im Jahre 2060 auf 28.3 Prozent, was der Auseinandersetzung mit dieser Altersgruppe und ihren Bedürfnissen eine gewisse Dringlichkeit zukommen lässt.

Aufgrund des zu erwartenden Anstiegs der über 65-Jährigen ist auch mit einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen Personen im Alter zu rechnen. Heute betragen die Langzeitpflegekosten bei den über 65-jährigen Personen rund 9.5 Milliarden Schweizer Franken, was 15 Prozent der gesamten Gesundheitskosten entspricht (BFS, 2013, zit. nach Gesundheitsförderung Schweiz, 2014a, S.5). Aufgrund der demografischen Veränderung wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen bis im Jahre 2030 im Gegensatz zu heute um 46 Prozent zunehmen wird (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011). Wenn es gelingt, die Gesundheit im Alter länger zu stabilisieren, wird im Jahre 2030 von einem Sparpotential von 10 Milliarden Schweizer Franken ausgegangen (Vuilleumier, Pellegrini & Jeanrenaud, 2007, zit. nach Gesundheitsförderung Schweiz, 2014a, S.5). In verschiedenen Forschungen wurde belegt, dass Massnahmen zur Erhaltung der Gesundheit, der Selbständigkeit, sowie der Lebensqualität bei älteren Menschen wirksam sind (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014b). Es ist also ein anzustrebendes Ziel, durch Gesundheitsförderung und Prävention

im Alter die Lebensjahre zu erhöhen, in denen ohne Einschränkungen gelebt werden kann, um die Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit aufzuschieben (Blozik et al., 2007).

1.2 Begründung der Themenwahl

Gemäss WHO (2015b) ist es entscheidend, die zusätzlichen Lebensjahre gesund, bedeutungsvoll und würdevoll verbringen zu können. Verschiedene Studien in der Schweiz zeigen auf, dass es vielen älteren Menschen sehr wichtig ist, möglichst lange selbständig zuhause zu wohnen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014b). Die eigenen vier Wände bedeuten für ältere Menschen Zuflucht und Heimat, und beinhalten Erinnerungen an früher und an ihre Biografie (Berting-Hüneke, Langner, Lüttje & Postina, 2002). Neben dem persönlichen Wert, den Selbständigkeit und zuhause leben beinhalten, zeigt sich auch ein volkswirtschaftlicher Nutzen. So können pro Person mit jedem Jahr, welches nicht in einem Pflegeheim verbracht wird, rund CHF 73'000.- eingespart werden (BFS, 2007, zit. nach Gesundheitsförderung Schweiz, 2014a, S.3).

Die Aussage der WHO (2015b) über gesundes, bedeutungsvolles und würdevolles Leben im Alter beinhaltet aber mehr als nur Selbständigkeit, sondern widerspiegelt sich auch in der Lebensqualität eines Menschen. Besonders im Alter wird die Lebensqualität massgebend von der Wohnqualität bestimmt (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014). In einer national angelegten Studie in Grossbritannien wurde die Lebensqualität aus Sicht der älteren Menschen beschrieben und es zeigte sich, dass die befragten Personen eine grosse Spannweite von beitragenden Faktoren für die Lebensqualität als wichtig erachten. Dazu gehören Faktoren wie beispielsweise eine Rolle in der Gesellschaft und eine Aufgabe innezuhaben, soziale Kontakte zu pflegen, sowie ein Gefühl der Kontrolle und Unabhängigkeit zu haben (Gabriel & Bowling, 2004).

Somit stellen Selbständigkeit und Lebensqualität Bedürfnisse und erstrebenswerte Ziele für ältere Menschen dar. Aus diesem Grunde sollen in der vorliegenden Arbeit die beiden Aspekte Selbständigkeit und Lebensqualität bei älteren, zuhause lebenden Menschen beleuchtet werden.

1.3 Relevanz für die Ergotherapie

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung verändern sich auch die Anforderungen an das Gesundheitspersonal (Becker, 2012). Laut Bundesministerium für Gesundheit (2008, zit. nach Köhler, Prusak & Rösler, 2010, S.54) sind alle Fachberufe des Gesundheitswesens aufgerufen, zur Gesundheitsförderung beizutragen, womit auch die Ergotherapie eingeschlossen wird.

Die Aufgabe der Ergotherapie ist es, „zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität“ beizutragen, indem sie Menschen befähigt „an den Aktivitäten des täglichen Lebens und an der Gesellschaft teilzuhaben“ (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2012, S.1). Die Ausführung von Alltagsaktivitäten ist ein wichtiger Bestandteil der Selbständigkeit älterer Menschen und ermöglicht ihnen, länger im gewohnten Zuhause leben zu können. Die Ergotherapie berücksichtigt neben dem Zusammenspiel von Funktionen und Strukturen auch die materiellen, sozialen, kulturellen Umweltfaktoren, Aktivitäten und Partizipationsmöglichkeiten (EVS, 2005). Gerade in dieser Berücksichtigung des Zusammenspiels verschiedener Faktoren liegt eine Kompetenz der Ergotherapie, die bei der Gesundheitsförderung im Alter unverzichtbar ist. Denn es zeigte sich, dass wirksame Interventionen in der Gesundheitsförderung im Alter neben dem medizinischen Zustand, auch die psychologische, kognitive, funktionale und soziale Situation umfassen müssen (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009).

Der ergotherapeutische Fokus liegt auf zielgerichteter, produktiver und bedeutungsvoller Betätigung* (Scaffa, Slyke & Brownson, 2008). Gemäss Konrad (2011, S.9) sollen sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als „Handlungsspezialisten“ in der Gesundheitsförderung und Prävention positionieren. Der positive Einfluss der Ergotherapie auf die Gesundheit und Lebensqualität von zuhause lebenden älteren Menschen wurde zudem verschiedentlich in Reviews bestätigt (Carlson, Fanchiang, Zemke & Clark, 1996; Stav, Hallenen, Lane & Arbesman, 2012; Steultjens et al., 2004) . Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Ergotherapie ein wichtiger Bestandteil in der Gesundheitsförderung im Alter darstellt und einen wesentlichen Beitrag für ältere Menschen leisten kann.

1.4 Fragestellung

Gemäss (Gesundheitsförderung Schweiz, 2015) besteht ein Bedarf an einer Übersicht geeigneter Interventionen zur Gesundheitsförderung im Alter. Die Ergotherapie kann mit ihrem umfassenden Blickwinkel auf den Menschen und der Kompetenz, verschiedene Faktoren im Zusammenspiel von Gesundheit, Selbständigkeit und Lebensqualität eines Menschen zu erfassen, einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Alter leisten. Für die Ergotherapie steht neben der Selbständigkeit auch die Lebensqualität im Fokus (Fisher, 2014), sodass sich für die vorliegende Arbeit folgende Fragestellung ergibt:

Welche evidenzbasierten, ergotherapeutischen Interventionen gibt es, die sowohl einen positiven Einfluss auf die Selbständigkeit als auch auf die Lebensqualität von zuhause lebenden älteren Menschen haben?

1.5 Zielsetzung

Aufgrund dieser Fragestellung sollen im Rahmen dieser Arbeit ergotherapeutische Interventionen vorgestellt werden, welche sowohl die Selbständigkeit als auch die Lebensqualität fördern. Diese Interventionen sollen beschrieben und unter Einbezug weiterer Literatur kritisch diskutiert werden. Basierend auf dieser Diskussion wird eine evidenzbasierte Empfehlung für praktizierende Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Schweiz abgegeben.

Dabei stellt der finanzielle Aspekt kein Kriterium für die Empfehlung zur Implementierung in die Praxis dar, weshalb dieser in der vorliegenden Arbeit auch nicht weiter thematisiert wird.

2 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die Schwerpunkte der vorliegenden Arbeit genauer erläutert. Dabei werden die Themen Alter, Selbständigkeit, zuhause leben und Lebensqualität beleuchtet, sowie die Situation der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter vertieft. Abschliessend wird ein ergotherapeutisches Modell vorgestellt, um die später folgende Diskussion der Interventionen zu gliedern.

2.1 Alter

Das Altern steht für einen lebenslangen Prozess und kann aktiv gestaltet werden, weshalb sich das Alter bei verschiedenen Menschen unterschiedlich zeigt und „viele Gesichter“ hat (Lehr, 2011, S.18). Aus diesem Grund wird zunehmend vom funktionellen Alter gesprochen, womit „die Funktionsfähigkeit verschiedener körperlicher und seelisch-geistiger Fähigkeiten“ eines Menschen beschrieben werden (Lehr, 2011, S.14-15). Diese Fähigkeiten beeinflussen die Gesundheit, die Teilnahme am aktiven Leben und den Grad der Unabhängigkeit einer Person (WHO, 2002). Trotzdem ist es für die Literatur und die Forschung nötig, eine klare Abgrenzung von älteren Menschen zu anderen erwachsenen Menschen zu ziehen. Die vorliegende Arbeit bezieht sich deshalb auf das biologische Alter, auch chronologisches Alter genannt. Die Standarddefinition beschreibt „ältere“ Menschen als Personen, welche sechzig Jahre oder älter sind (WHO, 2002).

Mit höherem Alter nimmt auch die Möglichkeit zu, von einer oder mehreren chronischen* Krankheiten betroffen zu sein (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009). Trotzdem kann „älter“ nicht „automatisch mit kränker gleichgestellt werden“ (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009, S.125). Zum einen gibt es grosse Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustandes von älteren Personen (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009), zum anderen ist die Festlegung von „krank“ und „gesund“ sehr individuell (Berting-Hüneke et al., 2002, S.4). Eine Umfrage von zuhause lebenden, 65- bis 79-jährigen Personen ergab, dass rund Dreiviertel ihre Gesundheit als „gut“ bis „sehr gut“ einschätzen (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009, S.134). Diese subjektive Einschätzung der Gesundheit bedeutet jedoch nicht, dass keine Gesundheitsprobleme vorliegen, sondern deutet eher darauf hin, dass mit zunehmendem Alter die Erwartungen an die eigene Gesundheit reduziert werden (Höpflinger et al., 2011). Trotzdem nimmt die subjektive Einschätzung der Gesundheit zunehmend ab, sodass noch

rund 60 Prozent der über 85-Jährigen ihre Gesundheit als „gut“ bis „sehr gut“ einschätzt (Gesundheitsbefragung, 2007, zit. nach Höpflinger et al., 2011, S.37).

In der Schweiz ist nur wenig evidenzbasiertes Wissen zu den Bedürfnissen älterer Menschen vorhanden, da bisher keine repräsentativen Befragungen durchgeführt worden sind (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014c). In den USA hingegen wurde bei einer vergleichbaren Population eine Studie durchgeführt, welche ergab, dass 90 Prozent der befragten Personen folgende Wünsche äussern: „bis kurz vor dem Tod keine behindernde Krankheit zu haben, bis kurz vor dem Tod autonom handeln zu können, Familie und Freunde zu haben, die für einen da sind (Phelan, Anderson, Lacroix & Larson, 2004, zit. nach Gesundheitsförderung Schweiz, 2014c).

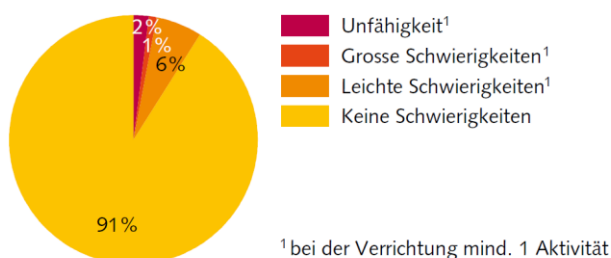
2.2 Selbständigkeit

Im Alter geht es in erster Linie darum, die Alltagsfähigkeiten und die Selbständigkeit zu erhalten (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009). Die Selbständigkeit eines Menschen ist eng verknüpft mit seiner Fähigkeit, seine alltäglichen Bedürfnisse stillen und an der Gesellschaft teilhaben zu können (BFS, 2014b). Diese alltäglichen Aktivitäten werden in der Ergotherapie in zwei Bereiche unterteilt: die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL*) und die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL*) (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014). Mit den ADL werden Tätigkeiten bezeichnet, in denen der Mensch sich um den eigenen Körper kümmert, wie zum Beispiel duschen, sich kleiden, essen oder sich fortbewegen (AOTA, 2014). Die IADL umfassen diejenigen Tätigkeiten, welche eine Interaktion mit dem Umfeld beinhalten, wie zum Beispiel andere beaufsichtigen, Kommunikation, Mobilität in der Gemeinde, Finanzen und Einkaufen (AOTA, 2014).

Grad der Einschränkung in den Alltagsaktivitäten (ADL), 2012

Bevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten

G 4



Quelle: BFS – SGB

© BFS, Neuchâtel 2014

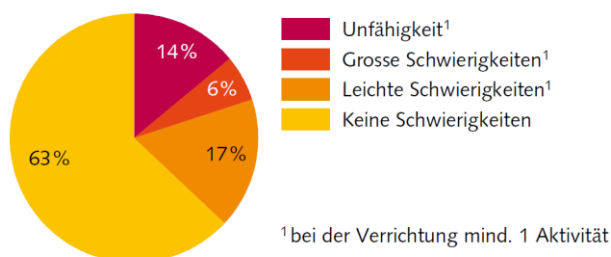
Abbildung 1: ADL-Einschränkungen

Mit zunehmender Hilfsbedürftigkeit wird meist zuerst Unterstützung bei der Mobilität benötigt, dann bei den IADL, bis dann auch die ADL nur noch mit Hilfe möglich sind (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009). Das BFS (2014b) untersuchte die Population der über 65-Jährigen, welche zuhause wohnen. Sechs Prozent der Personen haben leichte Schwierigkeiten in mindestens einer ADL, drei Prozent von ihnen sind stark eingeschränkt (siehe Abbildung 1). Im Bereich IADL sind bereits siebzehn Prozent leicht und zwanzig Prozent stark eingeschränkt (siehe Abbildung 2).

Grad der Einschränkung in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL), 2012

Bevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten

G 2



Quelle: BFS – SGB

© BFS, Neuchâtel 2014

Abbildung 2: IADL-Einschränkungen

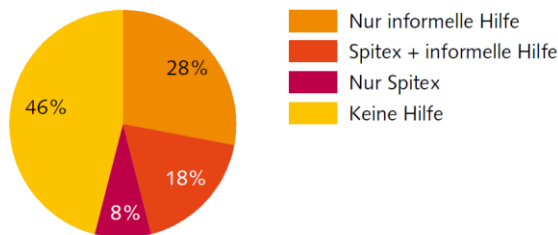
Es zeigte sich auch, dass die untersuchten Personen mit steigendem Alter mehr Einschränkungen erleben und dadurch mehr und mehr auf Unterstützung angewiesen sind. So nehmen 54 Prozent der Personen mit ADL- oder IADL-Einschränkungen Unterstützung von Angehörigen oder der Spitex in Anspruch (BFS, 2014b) (siehe Abbildung 3). Im Jahr 2013 haben insgesamt 11.8 Prozent der über 65-jährigen Personen Spitex-Leistungen in Anspruch genommen (BFS, 2014c).

Inanspruchnahme von Hilfe durch ältere Menschen mit funktionellen Einschränkungen, 2012

Bevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten

G 9

In den letzten 12 Monaten



Quelle: BFS – SGB

© BFS, Neuchâtel 2014

Abbildung 3: Informelle Hilfe und Spitex bei ADL- und IADL-Einschränkungen

Da die Selbständigkeit eng mit der ADL- und IADL-Ausführung zusammenhängt, werden in der vorliegenden Arbeit ergotherapeutische Interventionen betrachtet, welche in diesen beiden Bereichen ansetzen. Für die Erhebung der ADL- und IADL-Fähigkeiten gibt es unterschiedliche Messinstrumente, häufig wird in der geriatrischen Praxis der Barthel-Index oder der Functional Independence Measure (FIM) verwendet (Kompetenz-Centrum Geriatrie, n.d.).

2.3 Zuhause leben

Das eigene Zuhause wird im Alter zunehmend zum „zentralen Ort der Lebensgestaltung“, da sich der Bewegungsradius einschränkt und mehr Zeit zuhause verbracht wird (Laukel-Pfeiffer, 2005, S.112). So ist es sehr verständlich, dass die Bedeutung des eigenen Zuhauses mit zunehmendem Alter immer wichtiger wird. Die Gründe für das Bedürfnis nach einem Zuhause sind unter anderem einen Ort der Privatsphäre zu haben, ein Gefühl der Vertrautheit und Verbundenheit aufrecht zu erhalten, die Kontinuität der Biografie zu wahren, und gewachsene soziale Beziehungen, die an die Wohnumgebung geknüpft sind, zu erhalten (Laukel-Pfeiffer, 2005). Auch beschrieben ältere Menschen in einer qualitativen Studie, dass die Möglichkeit zuhause zu leben, sich positiv auf ihre Fähigkeiten und ihr Wohlbefinden auswirkt (Mack, Salmoni, Viverais-Dressler, Porter & Garg, 1997).

In derselben Studie wurden die älteren Menschen auch befragt, welche Faktoren entscheidend sind, dass sie weiterhin zuhause leben können. Die befragten Personen gaben Faktoren wie Finanzen, Gesundheit, familiäre Unterstützung, Identitätsbewusstsein und Gefühl der Unabhängigkeit an (Mack et al., 1997). In der Schweiz nimmt der Anteil der zuhause lebenden Personen mit dem Alter ab. Im Alter von 65 bis 69 Jahren wohnen noch

fast alle zuhause, mit 80 bis 84 Jahren sind es rund 90 Prozent, und mit 90 bis 94 Jahren sind es noch rund die Hälfte (BFS, 2014a).

In der vorliegenden Arbeit werden Studien mit zuhause lebenden, älteren Menschen betrachtet. Mit Zuhause wird eine Wohnung, ein Haus oder eine Wohnung in einer Alterssiedlung beschrieben, wo die ältere Person dauerhaft lebt. Ausgeschlossen wird damit der dauerhafte Wohnsitz in einer Institution wie Alters- oder Pflegeheim.

2.4 Lebensqualität

Der Zugewinn an Jahren allein ist wenig wünschenswert, wenn nicht auch die Qualität der Jahre stimmt (Laukel-Pfeiffer, 2005). Deshalb liegt der Fokus der vorliegenden Arbeit neben der Selbständigkeit auch auf der Lebensqualität.

Die Definition der Ergotherapie des EVS (2012, S.1) beinhaltet den Auftrag, „zur Steigerung der Lebensqualität“ beizutragen. Lebensqualität wird als Auswählen von und Teilhaben an Betätigungen beschrieben (Townsend & Polatajko, 2013). Dies sind bedeutungsvolle Tätigkeiten, wenn sie Hoffnung fördern, Motivation generieren, Bedeutung und Zufriedenheit geben, eine Lebensperspektive kreieren und damit auch die Gesundheit fördern (Townsend & Polatajko, 2013).

Neben der Definition nach Townsend und Polatajko (2013) gibt es eine Vielzahl weiterer Definitionen und Konzepte zu Lebensqualität. Somit ist es auch nicht verwunderlich, dass die Forschung unterschiedliche Konzepte und Messinstrumente nutzt und die Ergebnisse unterschiedlich interpretiert (Barofsky, 2012). Grundsätzlich werden bei der Lebensqualität in der Forschung aber zwei Aspekte berücksichtigt: die objektive Lebensqualität und die subjektive Lebensqualität (Laukel-Pfeiffer, 2005). Die objektive Lebensqualität beinhaltet die Lebensbedingungen wie Gesundheitszustand, wirtschaftliche Ressourcen, Status, Bildung, Einstellungen, Familienstand, Haushalt, familiäre und soziale Ressourcen, sowie Familienkultur und Wohlfahrtsstaat (Karl, 2003, zit. nach Laukel-Pfeiffer, 2005, S.104). Die subjektive Lebensqualität berücksichtigt die Perspektive des Individuums, indem zum einen die allgemeine Einschätzung des Wohlbefindens und zum anderen bereichsspezifische Einschätzungen, beispielsweise zur materiellen Situation oder zu sozialen Beziehungen, einbezogen werden (Laukel-Pfeiffer, 2005). Ein Gesamtbild über

Lebensqualität kann erst erstellt werden, wenn beide Aspekte einbezogen werden (Laukel-Pfeiffer, 2005).

Gemessen werden kann die Lebensqualität anhand verschiedener Instrumente. Dabei gehört der ‚36 Items Short Form Health Survey‘ (SF-36), ein standardisierter Fragebogen zur Lebensqualität (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993), zum aktuellen Standard. Dieser fragt nach verschiedenen Gesundheitspunkten wie zum Beispiel Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, allgemeine Gesundheitswahrnehmung (siehe Anhang B).

Neben der Lebensqualität wird in der Forschung oftmals auch von der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gesprochen. Damit ist der funktionale Effekt eines medizinischen Zustandes oder einer Therapie auf eine Person gemeint (Isoquol, n.d.). Häufig wird dafür das Messinstrument EQ-5D mit Analysebereichen wie Mobilität, gewöhnliche Aktivitäten oder Angst verwendet (EQ-5D, n.d.).

In der Literatur werden die Begriffe „Lebensqualität“, „Lebenszufriedenheit“ und „Wohlbefinden“ teilweise als Synonyme verwendet (Rupprecht, 2006). So spricht die WHO in Bezug auf die Gesundheit von einem „Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation Europa, 2013). Ähnlich wie bei der Lebensqualität gibt es für das Wohlbefinden weder eine einheitliche Definition, noch eine Übereinstimmung bezüglich der Beziehung zur Lebensqualität (Rupprecht, 2006). In der vorliegenden Arbeit wurde entschieden, den Schwerpunkt auf die Lebensqualität zu legen.

2.5 Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei verschiedene Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit (Blättner & Waller, 2011), jedoch werden die Begriffe in der Literatur teilweise synonym verwendet. Die Gesundheitsförderung zielt auf die Erhaltung und Stärkung der Gesundheitsressourcen ab (Blättner & Waller, 2011). Die Interventionen richten sich dabei zum einen auf die Stärkung von Wissen und Fertigkeiten von Personen, zum anderen auf die Veränderung von Umweltbedingungen, damit sich diese positiv auf die Gesundheit einer Person und einer Gesellschaft auswirken (Gesundheitsförderung Schweiz, n.d.). Die Prävention hingegen fokussiert auf die

Vermeidung oder Minimierung von Gesundheitsrisiken (Blättner & Waller, 2011). Der Begriff „geht vom Phänomen Krankheit oder Verletzung aus und versucht, die Ursachen dafür zu verstehen und ursächliche Faktoren auszuschalten“ (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2007).

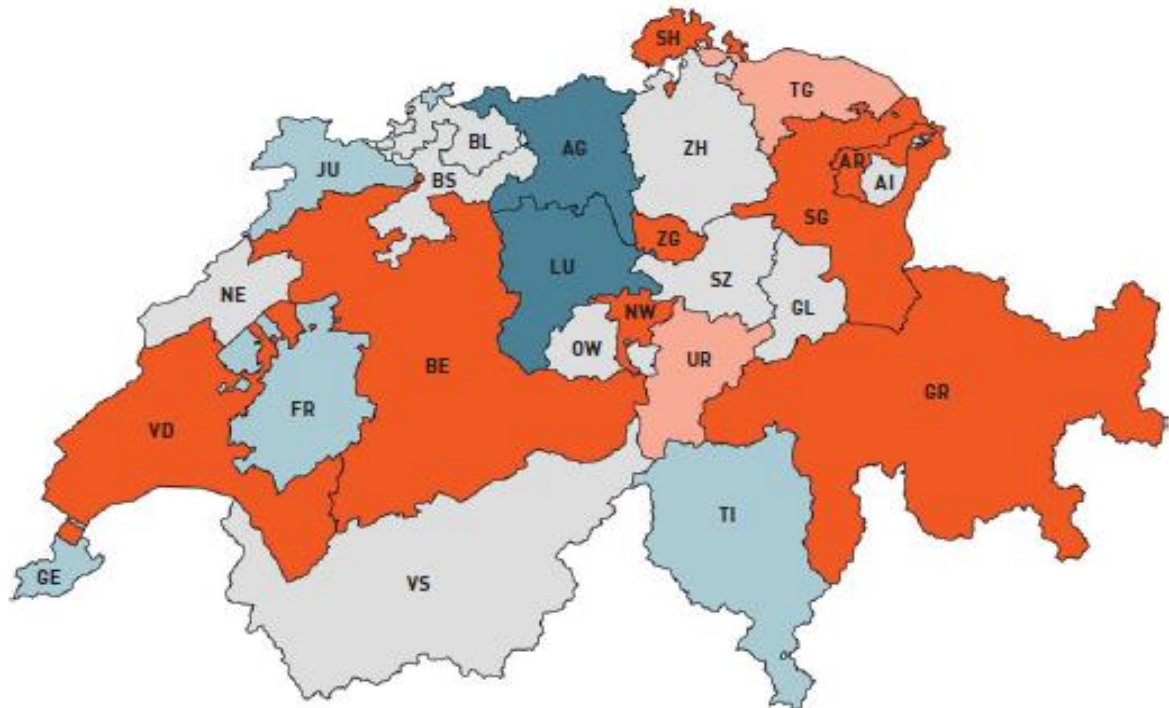
Wie bereits beschrieben wurde belegt, dass Gesundheitsförderung im Alter die Selbständigkeit, Gesundheit und Lebensqualität verbessern kann (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014b), sodass mit weniger Heimeintritten, Pflegebedarf und Kosten zu rechnen ist (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014c). Der Fokus liegt aber nicht nur darauf, die Lebenserwartung zu erhöhen, sondern auch die „beschwerdefreien Jahre“ zu verlängern (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014c, S.8).

2.5.1 Gesundheitsförderung in der Schweiz

Die Schweizer Gesundheitspolitik stellte mit ‚Gesundheit 2020‘ eine Gesamtübersicht vor, wie die Prioritäten in den nächsten acht Jahren festgelegt werden sollten, um die Zunahme der Gesundheitskosten zu dämpfen (BAG, 2013). Der Bericht ist gegliedert nach vier politischen Handlungsfeldern, eines davon mit dem Titel „Lebensqualität sichern“ (BAG, 2013, S.7). Zu jedem Handlungsfeld wurden Ziele und Massnahmen formuliert und beim Handlungsfeld „Lebensqualität sichern“ wurde unter anderem das Ziel formuliert, in die Gesundheitsförderung und Prävention zu intensivieren (BAG, 2013).

Die Gesundheitsförderung Schweiz setzt sich stark für die Gesundheitsförderung im Alter ein (Gesundheitsförderung Schweiz, 2015). Sie ist Trägerin des Projekts ‚Via‘ und setzt dieses in Zusammenarbeit mit aktuell zehn Kantonen um (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014c). Die politischen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen sind aber je nach Kanton sehr unterschiedlich und so ist die Umsetzung der Gesundheitsförderung im Alter verschieden weit fortgeschritten, wie eine Erhebung der Gesundheitsförderung Schweiz zeigte (Gesundheitsförderung Schweiz, 2015) (siehe Abbildung 4).

Verbreitung von Via und von weiteren Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Alter



- Via-Partnerkanton (in Umsetzung: AR, BE, GR, ZG mit kantonalen Programmen)
- Via-Partnerkanton (ohne Umsetzung)
- Programm GFIA (ohne Via)
- Aktivitäten im Bereich GFIA, die von kantonaler Verwaltung aus gesteuert werden
- Vereinzelt Aktivitäten im Bereich GFIA

Quelle: eigene Darstellung. GFIA: Gesundheitsförderung im Alter.

Abbildung 4: Gesundheitsförderung im Alter

Mit dem Projekt ‚Via‘ will Gesundheitsförderung Schweiz „die Gesundheit älterer Menschen fördern, ihre Selbstbestimmung und Selbständigkeit stärken und damit ihre Lebensqualität erhalten und wenn möglich verbessern“ (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014b, S.1). Zurzeit befindet sich das Projekt in der zweiten Projektphase (2014 bis 2016) und soll ab 2017 in ein Programm überführt werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014b). Der thematische Schwerpunkt liegt auf Bewegungsförderung, Sturzprävention, psychische Gesundheit/soziale Teilhabe, schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen, Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte sowie Beratung, Veranstaltungen und Kurse (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014c).

Als Pilotprojekt für ‚Via‘ gilt das Programm ‚Zwäg ins Alter‘ im Kanton Bern. Heute ist ‚Zwäg ins Alter‘ Teil des ‚Via‘-Projektes und wird von Pro Senectute umgesetzt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014c). Jedes Jahr werden rund hundert Anlässe zur Gesundheitsaufklärung und spezifischen Themen durchgeführt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014c; Pro Senectute, 2012). Die Angebote werden von Mitarbeitern der Pro

Senectute in Zusammenarbeit mit Kanton, Gemeinden, Seniorenetzwerken, Kirchen, Spitex und Hausarztpraxen durchgeführt (Pro Senectute, 2012).

Zusätzlich zu diesen beiden Projekten, welche auf der nationalen und kantonalen Ebene ansetzen, gibt es in der Schweiz eine Vielzahl von weiteren Akteuren, welche auf lokaler Ebene die Gesundheitsförderung im Alter vertreten (Kickbusch & Ospelt-Niepelt, 2009).

2.5.2 Ergotherapie in der Gesundheitsförderung

Im Rahmen des DACHS-Projektes schlossen sich die ergotherapeutischen Berufsverbände von Deutschland, Österreich und der Schweiz, sowie Vertreterinnen aus dem Südtirol zusammen, um eine zukunftsgerichtete Beschreibung der Ergotherapie zu entwerfen (EVS, n.d.). Gemäss einer Datenerhebung ist die Ergotherapie in den deutschsprachigen Regionen vorwiegend in der Akutbehandlung und der Rehabilitation tätig (Claudiana, n.d.). In der Gesundheitsförderung ist die Ergotherapie noch nicht stark vertreten (Claudiana, n.d.), sodass die bestehenden Projekte oftmals von anderen Professionen durchgeführt werden.

In Ländern wie Dänemark, Schweden, Grossbritannien, Kanada und Australien ist die Ergotherapie laut Angaben von deren Berufsverbänden hingegen bereits stark in der Gesundheitsförderung und der Prävention engagiert (Claudiana, n.d.).

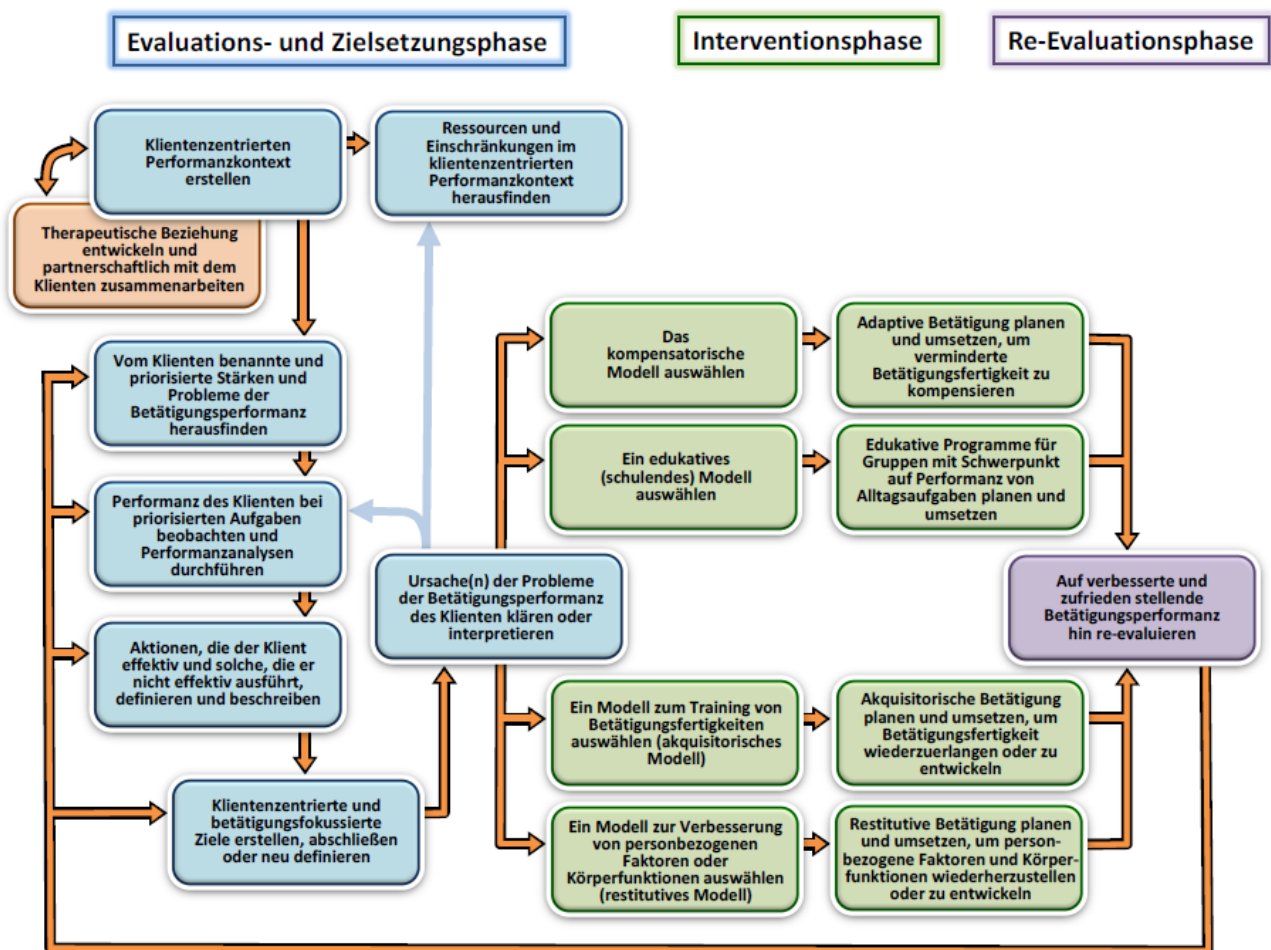
2.6 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Um die verschiedenen ergotherapeutischen Interventionen diskutieren zu können, wird auf das Occupational Therapy Intervention Process Model [OTIPM] nach Fisher (2014) zurückgegriffen. Das OTIPM ist ein ergotherapeutisches Prozessmodell mit dem Schwerpunkt auf dem Top-Down-Ansatz, der Klientenzentrierung und der Betätigungsbasierung.

Die Klientenzentrierung bedeutet, dass der Klient da abgeholt wird, „wo er steht“ (Fisher, 2014, S.16). Der Top-Down-Ansatz beinhaltet, dass die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut sich ein umfassendes Bild zu den Bedürfnissen, Wünschen und Alltagsaufgaben des Klienten macht. Dazu gehört auch die Beobachtung einer Aufgabe, welche der Klient als schwierig beschrieben hat, um die Performanzfertigkeiten zu beurteilen (Fisher, 2014). Aufgrund der Beobachtung werden gemeinsam mit dem Klienten Ziele formuliert und betätigungsbasierte Interventionen festgelegt (Fisher, 2014). Die

Betätigungsbasierung der Intervention beinhaltet „das Ausführen von Aktionen, etwas tun und Eingebundensein in dieses Tun“ (Fisher, 2014, S.24).

Der OTIPM-Prozess gliedert sich in drei Phasen: Evaluations- und Zielsetzungsphase, Interventionsphase und Re-Evaluationsphase (Fisher, 2014) und ist in Abbildung 5 dargestellt. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Interventionsphase, wobei die Interventionen nach vier Modellen unterschieden werden: kompensatorisch, akquisitorisch, restitativ und edukativ (Fisher, 2014).



Übernommen aus: Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins CO: Three Star Press. (Offizielle Übersetzung, angenommen Juni 2013)

Abbildung 5: OTIPM-Prozess

Das kompensatorische Modell beinhaltet Interventionen zur Anwendung von Hilfsmitteln und Techniken, adaptierten Methoden der Ausführung, sowie Modifikationen der physischen und sozialen Umwelt (Fisher, 2014). Das akquisitorische Modell dient dazu, die Qualität der Betätigungsausführung wiederherzustellen, zu entwickeln oder zu erhalten (Fisher, 2014). Beim restitutiven Modell werden personenbezogene Faktoren und

Körperfunktionen durch den therapeutischen Nutzen von Betätigungen wieder hergestellt, neu entwickelt oder erhalten (Fisher, 2014). Das edukative Modell befasst sich mit der Information und Schulung von Gruppen über das tägliche Leben und die damit verbundene Betätigungsausführung, wobei mögliche Strategien ohne deren konkreter Umsetzung und Übung in der Gruppe diskutiert werden (Fisher, 2014). In der ergotherapeutischen Praxis können ein oder mehrere Modell für eine Intervention ausgewählt werden. Jedoch sollte für jedes Modell, das zur Anwendung kommt, genügend Evidenz bestehen, um zu einer verbesserten Betätigungsausführung zu führen (Fisher, 2014). Dafür soll unter anderem die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

3 Methode

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit dargelegt.

3.1 Übergeordnetes methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein systematisches Literaturreview. Um die Fragestellung beantworten zu können, wurden zunächst die Keywords, sowie die Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Diese wurden aufgrund einer unstrukturierten Recherche in verschiedenen Datenbanken von Juli bis Oktober 2015 verfeinert und angepasst.

Um eine systematische Literaturrecherche durchführen zu können, wurden alle Datenbanken zum Fachgebiet Gesundheit der Hochschulbibliothek der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW] durchgesehen und entsprechend der Fragestellung ausgewählt (ZHAW Hochschulbibliothek, 2016). Die systematische Literaturrecherche in den Datenbanken wurde von Januar bis Februar 2016 durchgeführt.

3.2 Keywords

Basierend auf der Fragestellung wurden die Schlüsselwörter "Ergotherapie", "Intervention", "Alter", "zu Hause leben", "Selbständigkeit" und "Lebensqualität" definiert und die dazugehörigen Keywords formuliert. Mithilfe eines ergotherapeutischen Fachwörterbuches (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. [DVE], 2010) und über (dict.cc, n.d.) wurden passende englische Keywords erstellt. Weitere Keywords wurden nach einer ersten unstrukturierten Recherche in den Datenbanken hinzugefügt. Die Überbegriffe in Deutsch und Englisch, sowie die Keywords sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Keywords

Übergriffe	Überbegriffe in Englisch	Keywords
Ergotherapie	occupational therapy	ergotherap* occupational therap*
Intervention	intervention	intervention treatment
Alter	old age	aged elderly older adult* older person* older people

zuhause leben	community living	community dwelling community living independent living home dwelling
Selbständigkeit	independence	independen* activit* of daily living ADL daily living instrumental activit* of daily living IADL self care
Lebensqualität	quality of life	quality of life life satisfaction

Anmerkung: * = Trunkierung (* Erklärung zu Trunkierung siehe Glossar)

Bei der Literaturrecherche wurden die verschiedenen Keywords eines Schlüsselwortes mit dem Bool'schen Operator* „OR“ verknüpft, sodass sechs Keyword-Pakete entstanden.

3.3 Vorgehen bei der Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche wurde in den medizinischen Datenbanken AMED, CINAHL, Cochrane Library und Medline, sowie in den ergotherapeutischen Datenbanken OTDBase und OTSeeker durchgeführt. Die Literaturrecherche wurde auf diese Datenbanken beschränkt, da diese mit ihren verschiedenen Themenbereichen eine breite Literatursuche ermöglichen und zur Fragestellung passen.

In den Datenbanken AMED, CINAHL, Cochrane Library, Medline und OTSeeker wurden jeweils Fünferkombinationen der Keyword-Pakete mit dem Bool'schen Operator "AND" verknüpft. Sobald weniger als 50 Ergebnisse erzielt wurden, wurden die Titel und gegebenenfalls die Abstracts gesichtet. Falls mehr als 50 Ergebnisse erzielt wurden, wurde die Fünferkombination mittels dem Bool'schen Operator „NOT“ mit einer bereits bearbeiteten Fünferkombination kombiniert, sodass weniger als 50 Ergebnisse erzielt werden konnten.

In der Datenbank OTDBase war die Recherche anhand von Keywords aufgrund der beschränkten Zeichenanzahl nicht möglich. Deshalb wurden in den Kategorien "ADL", "Aged", "OT Profession", "Activity", "OT Practice" und "OT Research" die passenden Unterkategorien durchsucht. Auch hier wurden die Ergebnisse nur gesichtet, wenn weniger als 50 Ergebnisse erzielt wurden.

Die Suchmatrizes der einzelnen Datenbanken sind im Anhang C ersichtlich.

Des Weiteren wurden die Literaturangaben der gelesenen Studien durchgeschaut und interessante Studien nach der Schneeballsuche* gesucht. Neben der Literaturrecherche in den Datenbanken wurde in der Hochschulbibliothek der ZHAW über die thematische Ordnung der Literatur nach relevanten Büchern gesucht. Auch wurde auf verschiedenen Internetseiten nach nützlicher Primär-, Sekundär- und Tertiärliteratur gesucht.

3.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Um während der Literaturrecherche die Suchergebnisse entsprechend der Fragestellung und Zielsetzung sinnvoll eingrenzen zu können, wurden vor Beginn der systematischen Literaturrecherche die Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es handelt sich um Primärliteratur oder Reviews. ▪ Die Studien beinhalten eine ergotherapeutische Intervention, wobei die Ergotherapie auch im interprofessionellen Kontext arbeiten kann. ▪ Die Studien untersuchen die Klientengruppe der über 60-Jährigen oder das Durchschnittsalter der Personen liegt über 65 Jahren. ▪ In den Studien werden Personen untersucht, welche zuhause wohnen, das heisst in einer eigenen Wohnung, einem eigenen Haus oder einer Alterssiedlung. ▪ Die Studien behandeln gesundheitsfördernde Interventionen und keine Interventionen, welche auf ein spezifisches Krankheitsbild (Prävention) abzielen. ▪ In den Studien wird die Selbständigkeit mittels eines Messinstrumentes beurteilt. ▪ In den Studien wird die Lebensqualität mittels eines Messinstrumentes beurteilt.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In den Studien werden Personen in einem Alters- oder Pflegeheim untersucht. ▪ In den Studien werden Personen mit einer psychischen Erkrankung, mit erheblicher kognitiver Einschränkung („Moderate Cognitive Impairment“, Alzheimer, Demenz, etc.) oder aufgrund ihrer Diagnose (zum Beispiel Schlaganfall, Fraktur, chronische Krankheit) betrachtet. ▪ Der Fokus der Studien liegt darauf, wie die Personen Lebensqualität definieren. ▪ Die Studien beleuchten primär die Perspektive der Angehörigen. ▪ In den Studien geht es um Interventionen bezüglich Sturzprävention oder Fahrtauglichkeit. ▪ Die Studien können aufgrund der sprachlichen Möglichkeiten der Verfasserinnen dieser Arbeit nicht aussagekräftig ausgewertet werden.

Das Publikationsdatum der Studien wird bewusst nicht eingegrenzt, da sich bereits bei der ersten unstrukturierten Literaturrecherche zeigte, dass wichtige Literatur zum Thema vor mehr als 10 Jahren veröffentlicht wurde. Zudem sind die zu erwartenden ergotherapeutischen Interventionen nicht an moderne Technologien gebunden, sodass die Ergebnisse auch heute ihre Gültigkeit haben können.

Die Altersuntergrenze der untersuchten Personen wird bei 60 Jahren festgelegt, da dies mit der Definition der WHO übereinstimmt (siehe Kapitel 2.1). Falls nur das

Durchschnittsalter angegeben wird, sollte dieses mindestens 65 Jahren betragen, um aufgrund der absehbaren schrägen Altersverteilung des Samplings vorwiegend über 60-jährige Teilnehmer einzuschliessen.

Auch sollen die untersuchten Personen zuhause wohnen, damit die Studien unserer Zielsetzung gerecht werden. Die Wohnform der Alterssiedlung wird eingeschlossen, da die älteren Menschen dort auch selbständig ihre täglichen Aktivitäten verrichten können müssen. Ansonsten können sie wie Personen in einer Wohnung oder einem Haus auf Spitex-Dienstleistungen zurückgreifen.

Studien mit einem spezifischen Krankheitsbild werden ausgeschlossen, da die Interventionen auf die allgemeine ältere Bevölkerung übertragbar sein sollten.

Zudem werden Studien mit Interventionen bezüglich Sturzprävention oder Fahrtauglichkeit ausgeschlossen. Beide Themen hängen zwar mit Selbständigkeit zusammen, sollten aber als eigenständige Probleme behandelt werden, um der komplexen Thematik gerecht zu werden.

3.5 Auswahl der inkludierten Studien

Die systematische Literaturrecherche ist in Abbildung 6 dargestellt. Durch die Literaturrecherche in den Datenbanken wurden nach Entfernung der Dubletten* 119 Artikel gefunden. Durch das Schneeballsystem kamen zusätzlich 18 Artikel hinzu. Die insgesamt 137 Artikel wurden anhand des Abstracts und des Methodenteils grob gelesen. Alle Artikel wurden in einer Matrix nach "zutreffend", "teilweise zutreffend" und "nicht zutreffend" eingestuft, inwiefern sie die Einschlusskriterien erfüllen (siehe Anhang D). Aufgrund dieses Vorgehens konnte eine Vorauswahl von 29 Artikeln getroffen werden, welche bis auf das Einschlusskriterium "kein spezifisches Krankheitsbild" alle Kriterien erfüllten. Dieses Einschlusskriterium wurde vorerst nicht gewichtet, da eine definitive Einschätzung erst nach detaillierterer Betrachtung der Artikel möglich war. Beim detaillierten Lesen dieser 29 Artikel konnten weitere Artikel ausgeschlossen werden, sodass schliesslich neun Studien inkludiert wurden. Die Gründe für das Exkludieren sind in Abbildung 6 ersichtlich. Einige dieser Studien mussten exkludiert werden, da diese beim detaillierten Lesen nicht den im Kapitel 3.4 festgesetzten Ein- und Ausschlusskriterien (zum Beispiel „keine ergotherapeutische Intervention“) entsprachen. Bei drei Reviews stellte sich heraus, dass deren Einschlusskriterien nicht passend waren, da zum Beispiel Demenz inkludiert wurde. Eine Studie war, trotz Anfrage bei den Autorinnen und Autoren,

nur in Japanisch erhältlich. Eine weitere Studie beinhaltete nur die ersten hundert vorläufigen Ergebnisse einer Studie, sodass stattdessen deren Pilotstudie inkludiert wurde.

1. Suche: Datenbankrecherche	
Gefundene relevante Literatur:	Gesamtzahl vor Entfernung der Dubletten:
AMED n = 39	n = 143
CINAHL n = 36	
Cochrane Library n = 11	Gesamtzahl nach Entfernung der Dubletten:
Medline n = 43	n = 119
OTDBase n = 11	
OTSeeker n = 3	

2. Suche: Schneeballsystem	
Gefundene relevante Literatur:	Gesamtzahl der relevanten Literatur:
n = 18	n = 137

1. Beurteilung:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ grobes Lesen des Abstracts und des Methodenteils ▪ Einstufung in einer Matrix, ob Einschlusskriterien erfüllt werden 	
Vorläufig inkludiert:	Exkludiert:
n = 29	n = 108
Studien erfüllen alle Einschlusskriterien ausser "kein spezifisches Krankheitsbild"	

2. Beurteilung:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ detailliertes Lesen der Studie ▪ definitive Überprüfung, ob alle Einschlusskriterien erfüllt werden 	
Endgültig inkludiert:	Exkludiert:
n = 9	n = 20
	Gründe für das Exkludieren:
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine ergotherapeutische Intervention (n = 5) ▪ Fokus auf Kosteneffektivität statt Intervention (n = 1) ▪ Fokus auf Spitalentlassung statt zuhause leben (n = 1) ▪ Fokus auf Sturzprävention (n = 2) ▪ Spezifisches Krankheitsbild (n = 6) ▪ Nicht in Englisch erhältlich (n = 1) ▪ Reviews mit nicht passenden Einschlusskriterien (n = 3) ▪ Studie mit vorläufigen Ergebnissen zu einer bereits inkludierten Pilotstudie (n = 1)

Abbildung 6: Auswahl der inkludierten Studien

Bei den inkludierten Studien handelt es sich um acht quantitative Studien und um eine Mixed-Method*-Studie. Die Studien werden angelehnt an das AICA-Raster zusammengefasst und anhand der AICA*-Kriterien für quantitative Studien gewürdigt (Ris & Preusse-Beuler, 2015), wobei sich die Würdigung auf die wichtigsten Kriterien beschränkt. Die Mixed-Method-Studie wird anhand derselben Kriterien gewürdigt, da für die vorliegende Arbeit lediglich die quantitativen Ergebnisse relevant sind. Auf Grundlage

der kritischen Würdigung wird anschliessend die Qualität der einzelnen Studien in einer vierstufigen Skala (hoch, gut, mässig, tief) beurteilt.

Zudem folgt eine Einstufung des Evidenzlevels anhand der sechsstufigen Evidenzhierarchie von Sackett, Richardson und Rosenberg (1999, zit. nach Borgetto et al., 2007, S.57-58). Diese teilt die Studien aufgrund des Studiendesigns in die Stufen I bis IV ein, wobei die Evidenzstärke mit zunehmender Zahl sinkt (Borgetto et al., 2007). Der Evidenzlevel ermöglicht eine globale Beurteilung der Studien aufgrund des Studiendesigns.

Stufe	Evidenz-Typ
Ia	Evidenz aufgrund von Metanalysen randomisierter, kontrollierter Studien (RCT)
Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT)
IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten quasiexperimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z. B. Fall-Kontroll-Studien)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen und Überzeugungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten

Abbildung 7: Evidenzhierarchie nach Sackett et al. (1999)

Die Ergebnisse der Studien werden schwerpunktmässig in Bezug auf Selbständigkeit und Lebensqualität, sowie auf zweierlei Arten thematisiert: Zum einen wird der Unterschied der Interventionsgruppe von der Baseline-Messung* zur Post-Messung* betrachtet, zum anderen wird der Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bei der Post-Messung untersucht. Letzteres ist aussagekräftiger, da dies die tatsächliche Wirkung der ergotherapeutischen Intervention widerspiegelt und andere Einflüsse auf die Teilnehmenden, wie beispielsweise saisonale Unterschiede, berücksichtigt werden.

Um die ergotherapeutischen Interventionen der inkludierten Studien ordnen zu können, werden diese anhand der ergotherapeutischen Interventionsmodelle nach OTIPM gemäss Fisher (2014) eingeordnet. Die Interventionsmodelle akquisitorisch, kompensatorisch, restitutiv und edukativ dienen dazu, die Schwerpunkte der Interventionen aufzuzeigen und miteinander diskutieren zu können.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die inkludierten Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Es folgt eine detailliertere Beschreibung der ergotherapeutischen Interventionen, welche in den Studien eingesetzt wurden. Zum Schluss werden die Ergebnisse der Studien bezüglich Selbständigkeit und Lebensqualität betrachtet.

4.1 Zusammenfassung und Würdigung

Aufgrund der Fragestellung wurde der Schwerpunkt der Zusammenfassung auf die Intervention, sowie auf die Ergebnisse bezüglich Selbständigkeit und Lebensqualität gelegt. Die Ergebnisse der Interventionsgruppe werden, wie bereits in Kapitel 3.5 beschrieben, bezüglich Baseline-Messung und bezüglich Kontrollgruppe betrachtet. Die detaillierten Ergebnisse inklusive Zahlenwerten und Messinstrumenten findet sich in Anhang E, eine vertiefte Beschreibung der Interventionen folgt in Kapitel 4.2 sowie Anhang F, und eine Übersicht der verwendeten Messinstrumente ist in Anhang B dargestellt.

4.1.1 Studie von Clark et al. (1997)

In Tabelle 3 wird die Studie „Occupational therapy for independent-living older adults: A randomised controlled trial“ zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Diese Studie wird zusammen mit (Clark et al., 2001) in der Literatur auch als ‚Well Elderly Study‘ bezeichnet.

Tabelle 3: Studie von Clark et al. (1997)

Zielsetzung: Die Wirksamkeit von präventiver Ergotherapie im Programm ‚Lifestyle Resign‘ für ältere, selbständig lebende, ethnisch unterschiedliche Menschen aufzeigen.	Design: RCT*
	Kontext: USA, Los Angeles (Stadt)
Teilnehmende: Die 361 Teilnehmenden (aufgeteilt in zwei Kohorten) sind mindestens 60 Jahre alt, das Durchschnittsalter liegt bei 74.4 Jahren. 65% der Teilnehmenden sind weiblich, 73% leben alleine und 27% berichten von mindestens einer Einschränkung. Die Teilnehmenden sind wohnhaft in der Umgebung von Los Angeles.	Messinstrumente: Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Functional Status Questionnaire (FSQ) Life Satisfaction Index Z (LSI-Z) Medical Outcomes Study, Short Form General Health Survey (MOS) RAND 36-Item Health Status Survey Questionnaire (SF-36) (nur bei 2. Kohorte)
Intervention: Das Programm ‚Lifestyle Redesign‘ dauert neun Monate.	Ergebnisse: Zwischen der K-Gruppe 1 und K-Gruppe 2 gab es ausser beim

I-Gruppe: Teilnehmende werden von der Ergotherapie darin unterstützt, wie sie Betätigungen auswählen und ausführen können, um einen gesunden und zufriedenstellenden Lebensstil zu pflegen,

2h/Woche Gruppenintervention zu verschiedenen Themen und 1h/Monat Einzelintervention

K-Gruppe 1: Teilnehmende führen als Gruppe soziale Aktivitäten zur Förderung der sozialen Interaktion durch, 2.25h/Woche Gruppenintervention und keine Einzelintervention, von nicht ausgebildeten Personen betreut

K-Gruppe 2: keine Intervention

SF-36 im Bereich Vitalität keine signifikanten* Unterschiede, weshalb diese für die Ergebnisse kombiniert wurden.

Selbständigkeit: Die ADL- und IADL-Fähigkeiten (FSQ) der I-Gruppe haben sich gegenüber der Baseline kaum verändert. Auch zeigte die I-Gruppe nach der Intervention kaum Unterschiede gegenüber der K-Gruppe.

Lebensqualität: Die Lebensqualität der I-Gruppe hat sich in beiden Messinstrumenten (LSI-Z, SF-36) verbessert. Hingegen hat sich die Lebensqualität der I-Gruppe gegenüber der K-Gruppe verbessert signifikant.

Weitere Messbereiche: Die I-Gruppe zeigte gegenüber den K-Gruppen signifikant bessere Werte in der Qualität der Interaktion (FSQ) und der Gesundheitseinschätzung (MOS). Die I-Gruppe zeigte keine signifikanten Unterschiede zu den K-Gruppen bei den sozialen Aktivitäten (FSQ), sowie bei Depression (CES-D).

Würdigung:

Die Autoren der Studie basieren ihre *Fragestellung* und Methodik auf zuvor durchgeführten Studien und Erfahrungen. Der Aufbau und die Durchführung des RCTs sind als Ganzes gut *nachvollziehbar* und erscheinen logisch (*Design*). Die Rekrutierung in zwei staatlich unterstützten Wohnkomplexen für ältere Menschen in Los Angeles (USA) entspricht sowohl der Fragestellung der Studie, als auch der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Population. Die *Stichprobe* ist mit 361 Teilnehmenden gross, weshalb davon auszugehen ist, dass sie für die Zielpopulation repräsentativ ist, was wiederum die Aussagekraft der Ergebnisse verstärkt. Nach der Randomisierung wurden keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. Die Dropouts* wurden angegeben und begründet. Die *Datenerhebung* ist für die Fragestellung nachvollziehbar, vollständig erhoben und transparent dargestellt. Die verwendeten *Messinstrumente* wurden passend für die Messung von Selbständigkeit und Lebensqualität bei älteren Menschen ausgewählt. Die durchgeführten *Interventionen* sind knapp, aber verständlich beschrieben. Detaillierte Informationen zu den Interventionen können aus dem Manual von Mandel, Zemke, Jackson, Nelson und Clark (1999) oder Clark et al. (2015) entnommen werden. Während der Studie wurden ausserdem Therapieprotokolle geführt, was die Interventionen wiederholbar macht. Die Forschenden beschreiben eine durchschnittliche Anwesenheit der Teilnehmenden von 60%, was als eher gering gewertet werden kann. Positiv zu bewerten ist die *Datenanalyse*. Es wurden Berechnungen zu den Effektstärken* und Varianzanalysen* angestellt, um Einflüsse aufgrund der demografischen Daten auszuschliessen oder allenfalls für die Schlussberechnung und Gewichtung der Resultate beizuziehen. Ausserdem wurde eine Intent-to-treat-Analyse durchgeführt und die Resultate angepasst. Die Forschenden waren nicht an den Therapien beteiligt und haben die Therapeuten bezüglich des Forschungsziels verblindet. Dadurch ist eine gewisse Unabhängigkeit der Resultate gegeben. Die Autoren merken jedoch in den *Limitationen* an, dass die Verblindung nicht vollständig gewährleistet werden konnte und die Teilnehmenden sich möglicherweise untereinander ausgetauscht haben. Auch beschrieben sie beispielsweise den Einfluss der jeweiligen Gruppendynamik auf die Intervention, was zu sehr unterschiedlichen Resultaten führen kann. Es gab keine Erwähnung eines *Ethikkommissionsbescheids*, der allenfalls nötig gewesen wäre für K-Gruppe 2. Die *Ergebnisse* werden übersichtlich und vollständig dargestellt. Die abschliessende *Diskussion* mündet in einem guten *Theorie-Praxis-Transfer* und beantwortet die Fragestellung. Die *Schlussfolgerung* erlaubt eine Anwendung und Verwertung in der Praxis.

Qualität der Studie:

Die Ergebnisse dieser Studie sind aufgrund der hohen Qualität der Studie stark zu gewichten und tragen wesentlich zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit bei.

Evidenzlevel:

Ib

Anmerkung: h/Monat = Stunden pro Monat, h/Woche = Stunden pro Woche, I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe

4.1.2 Studie von Clark et al. (2001)

In Tabelle 4 wird die Studie „Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention“ zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Diese Studie ist eine Follow-Up-Studie* von Clark et al. (1997) und gehört somit auch zur ‚Well Elderly Study‘.

Tabelle 4: Studie von Clark et al. (2001)

<p>Zielsetzung: Die langfristige Verbesserung der Gesundheit aufgrund der präventiven Ergotherapie zeigen.</p>	<p>Design: RCT</p> <hr/> <p>Kontext: USA, Los Angeles (Stadt)</p>
<p>Teilnehmende: Die 285 Teilnehmenden entsprechen 79% der Teilnehmenden in Clark et al. (1997). Sie sind über 70 Jahre alt, 67% sind weiblich, 73% leben alleine und 26% berichten von 1-7 Einschränkungen.</p>	<p>Messinstrumente: Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Functional Status Questionnaire (FSQ) Life Satisfaction Index Z (LSI-Z) Medical Outcomes Study, Short Form General Health Survey (MOS) RAND 36-Item Health Status Survey Questionnaire (SF-36) (nur bei 2. Kohorte)</p>
<p>Intervention: Die Teilnehmende der Studie von Clark et al. (1997) wurden nach sechs Monaten ohne weitere Interventionen erneut untersucht.</p>	<p>Ergebnisse: <i>Selbständigkeit:</i> Die ADL- und IADL-Fähigkeiten (FSQ) der I-Gruppe haben sich gegenüber der Baseline, sowie gegenüber der K-Gruppe geringfügig verschlechtert. <i>Lebensqualität:</i> Insgesamt zeigte die I-Gruppe in der Lebensqualität (LSI-Z, SF-36) gegenüber der Baseline keine Veränderung. Gegenüber der K-Gruppe zeigte die I-Gruppe bessere und teilweise sogar signifikant bessere Werte. <i>Weitere Bereiche:</i> Die I-Gruppe zeigte sechs Monate nach Abschluss des Programmes weiterhin signifikant bessere Werte in der Qualität der Interaktion (FSQ). Die Resultate zeigten, dass 90% des erreichten Behandlungsgewinns der I-Gruppe erhalten blieb und die Teilnehmenden somit einen signifikanten Nutzen aus dem Programm ziehen konnten.</p>
<p>Würdigung: Die Follow-Up-Studie liefert weitere zur <i>Fragestellung</i> passende Daten. Die weiteren Dropouts werden ebenfalls beschrieben und bei der anschliessenden Anpassung der Daten miteinbezogen. Die <i>Stichprobe</i> an sich blieb bestehen, ebenso wie die <i>Messinstrumente</i>. Dies ermöglicht einen Vergleich mit der Baseline- beziehungsweise der Post-Messung (nach drei Monaten). Die <i>Diskussion</i> der Resultate fällt diesmal etwas knapper aus, wobei die bereits vorangegangenen Ergebnisse grösstenteils nur wiederholt und bestärkt werden. Es wird aber nicht begründet, weshalb die Follow-Up-Studie erst vier Jahre nach der Publikation von Clark et al. (1997) veröffentlicht wurde.</p>	
<p>Qualität der Studie: Die Qualität der Studie ist als hoch einzustufen.</p>	<p>Evidenzlevel: Ib</p>

Anmerkung: I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe

4.1.3 Studie von Horowitz und Chang (2004)

In Tabelle 5 wird die Studie „Promoting well-being and engagement in life through occupational therapy ‘Lifestyle Redesign’: A pilot study within adult day programs“ zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Tabelle 5: Studie von Horowitz und Chang (2004)

<p>Zielsetzung:</p> <p>Die Wirksamkeit des ergotherapeutischen ‚Lifestyle Redesign‘-Programmes auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von älteren gebrechlichen Menschen in einem medizinischen Tageszentrum aufzeigen.</p>	<p>Design:</p> <p>RCT (Pilotstudie)</p> <hr/> <p>Kontext:</p> <p>USA, New York (Stadt)</p>
<p>Teilnehmende:</p> <p>Die 28 Teilnehmenden sind mindestens 60 Jahre alt, haben ein Durchschnittsalter von 74.3 Jahren, 57% sind weiblich. Sie haben verschiedene chronische Krankheiten und einige Teilnehmenden nehmen zusätzlich ausserhalb des Tageszentrums an einem Rehabilitationsprogramm teil.</p>	<p>Messinstrumente:</p> <p>Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Functional Status Questionnaire (FSQ) Life Satisfaction Index Z (LSI-Z) Pearlin and Schooler’s Mastery Scale (PSMS) RAND 36-Item Health Status Survey Questionnaire Version 2 (SF-36), (nur bei 2. Kohorte)</p>
<p>Intervention:</p> <p>Das Programm basiert auf der ‚Well Elderly Study‘ (Clark et al., 1997; Clark et al., 2001) und dem ‚Lifestyle Redesign‘-Manual (Mandel et al., 1999). Das Programm dauert 16 Wochen.</p> <p><i>I-Gruppe:</i> Teilnehmende werden darin unterstützt, ihr persönliches Repertoire von täglichen Betätigungen zu analysieren und Strategien zu entwickeln, um die wichtigen Betätigungen ausführen zu können, 1.5h/Woche Gruppenintervention zu verschiedenen Themen und 1x/Monat Einzelintervention.</p> <p><i>K-Gruppe:</i> Teilnehmende nehmen am gewöhnlichen Programm des Tageszentrums teil.</p>	<p>Ergebnisse:</p> <p><i>Selbständigkeit:</i> Die I-Gruppe zeigte in den ADL- und IADL-Fähigkeiten (FSQ) gegenüber der Baseline eine Verschlechterung. Insgesamt zeigte die I-Gruppe gegenüber der K-Gruppe eine nicht signifikante Verschlechterung.</p> <p><i>Lebensqualität:</i> Insgesamt zeigte die Lebensqualität der I-Gruppe gegenüber der Baseline keine eindeutigen Veränderungen. Gegenüber der K-Gruppe hingegen zeigte die I-Gruppe eine leichte, nicht signifikante Verschlechterung.</p> <p><i>Weitere Bereiche:</i> Zwischen den beiden Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede in allen Bereichen der Messinstrumente.</p>
<p>Würdigung:</p> <p>Die Forschenden gehen für ihre <i>Fragestellung</i> vom Problem des demographischen Wandels aus. Sie orientieren sich für ihre Forschung an bisher veröffentlichten Arbeiten des ‚Lifestyle Redesign‘-Programms (Clark et al., 1997, Clark et al., 2001; Mandel et al., 1999) und passen die Fragestellung auf den Kontext eines Tageszentrums an. Das <i>Design</i> eines RCT ist passend zur Fragestellung. Die <i>Stichprobe</i> wird ausreichend beschrieben, fällt aber für ein RCT mit zwei Gruppen klein aus, was einerseits die Effekte beeinträchtigt und andererseits die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte per Brief an die Interessierten, einer Informationsveranstaltung und durch eine abschliessende Eingangstestung. Dadurch wurden Personen mit einem tiefen Bildungsstatus weniger angesprochen. Zudem deuten die demographischen Daten inklusive der Angaben zu chronischen Krankheiten auf eine funktionell eher eingeschränktere Stichprobe hin, weshalb sich die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zusätzlich deutlich einschränkt. Es wird zusätzlich erwähnt, dass einige Teilnehmenden ausserhalb der Studie an einem Rehabilitationsprogramm teilnahmen, was zu einer Verfälschung der <i>Ergebnisse</i> geführt haben könnte. Es gab aber keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Es werden Dropouts erwähnt, die Gründe sind aber nicht nachvollziehbar. Eine Anpassung der Ergebnisse wurde deswegen vorgenommen. Die <i>Datenerhebung</i> ist auf die Fragestellung und auf den Bezug zum ‚Lifestyle Redesign‘-Programm abgestimmt. Die <i>Messinstrumente</i> werden ausreichend begründet und beschrieben. Die <i>Intervention</i> ist wesentlich kürzer als beim ursprünglichen Programm von Clark et al. (1997), wodurch allfällige Veränderungen in Selbständigkeit und Lebensqualität schwächer ausfallen, was wiederum möglicherweise</p>	

sensiblere Messinstrumente bedingt hätte. Zudem ist der genaue Inhalt der Interventionen wenig nachvollziehbar, da es keine Therapieprotokolle gibt. Die *Datenanalyse* wird nachvollziehbar und vollständig beschrieben, allerdings werden keine Angaben zur Verblindung der Forschenden, Therapierenden oder den Teilnehmenden gemacht. Es ist nicht bekannt, ob ein *Ethikkommissionsentscheid* zur Studie eingeholt wurde. Die *Ergebnisse* werden einseitig zum Vorteil der Interventionsgruppe beschrieben und decken sich nicht mit den Angaben in der Tabelle, was die Qualität der Studie mindert. Die Autoren bringen selber *Limitationen* an, beispielsweise dass es sich bei den Teilnehmenden um Hochrisiko-Personen mit wenig Potential zur Verbesserung handelte. Zusätzlich merken die Autoren an, dass es sich um eine Pilotstudie handle. Die *Diskussion* beantwortet zwar die Fragestellung, arbeitet aber keine neuen Erkenntnisse oder Erklärungen heraus.

Qualität der Studie:	Evidenzlevel:
Insgesamt weist die Studie deshalb eine mässige Qualität auf.	Ib

Anmerkung: h/Woche = Stunden pro Woche, I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe, x/Woche = mal pro Woche

4.1.4 Studie von Liddle et al. (1996)

In Tabelle 6 wird die Studie „Can occupational therapy intervention play a part in maintaining independence and quality of life in older people? A randomised controlled trial“ zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Tabelle 6: Studie von Liddle et al. (1996)

Zielsetzung:	Design:
Die Wirksamkeit von Versorgung mit Hilfsmitteln, Anpassungen der Wohnumgebung und Nutzung von geeigneten gemeindenahen Diensten auf die Lebensqualität und Unabhängigkeit aufzeigen.	RCT
	Kontext:
	Australien, Sydney (Stadt)
Teilnehmende:	Messinstrumente:
Die 167 Teilnehmenden sind mindestens 69 Jahre alt, haben ein Durchschnittsalter von 79.9 Jahre. 68% sind weiblich und die Teilnehmenden wohnen im Norden von Sydney.	ADL-Assessment 10-stufige Skala für "Happiness in the last month" Health Assessment Questionnaire (modifiziert) (HAQ) Life Satisfaction Index Z (LSI-Z) Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) 10-stufige Skala für "Quality of life in the last six months" Sickness Impact Profile (SIP)
Intervention:	Ergebnisse:
Ergotherapeutin oder Ergotherapeut beurteilte alle Teilnehmenden zuhause und machte falls nötig eine Empfehlung bezüglich gemeindenaher Dienste, Wohnraumanpassungen oder Hilfsmittel. Die Empfehlung wurde gegenüber den Forschenden bekannt gegeben. Von den Teilnehmenden wurde nur die I-Gruppe über den Inhalt der Empfehlungen informiert. Zur Dauer der Intervention wurden keine Angaben gemacht.	Die Ergebnisse beziehen sich auf die I-Gruppe und K-Gruppe 1, da die K-Gruppe 2 nicht in die Datenanalyse einbezogen wurden. <i>Selbständigkeit:</i> Die I-Gruppe zeigte gegenüber der Baseline eine signifikante Verschlechterung in den ADL-Fähigkeiten (ADL-Assessment). Dennoch zeigte die I-Gruppe gegenüber der K-Gruppe 1 eine deutliche, aber nicht signifikante Verbesserung in den ADL-Fähigkeiten. <i>Lebensqualität:</i> Insgesamt zeigte die I-Gruppe keine Veränderung in der Lebensqualität (LSI, 10-stufige Skala) bezüglich der Baseline. Insgesamt zeigte die I-Gruppe aber eine leichte Verschlechterung gegenüber der K-Gruppe 1. <i>Weitere Bereiche:</i> Während den sechs Monaten der
<i>I-Gruppe:</i> Empfehlung erhalten und Intervention durchgeführt, Teilnehmende erhielten Hilfsmittelversorgung und Empfehlungen wurden ausgeführt	
<i>K-Gruppe 1:</i> Empfehlung erhalten, aber keine Intervention	

durchgeführt
K-Gruppe 2: keine Empfehlung erhalten und deshalb keine Intervention durchgeführt

Studiendurchführung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich Anzahl Termine bei Gesundheitsfachpersonal, sowie erhaltener Unterstützung. Zudem konnten die meisten Teilnehmenden der I-Gruppe und K-Gruppe 1 ein zufriedenstellendes Resultat während den sechs Monaten aufrechterhalten, das heisst weniger als 10% Verschlechterung der Werte.

Würdigung:

Die Begründung der *Fragestellung* ist logisch, jedoch sehr knapp gehalten. Das *Design* mit drei Gruppen, von denen aber nur zwei eine Intervention erhalten, macht insofern Sinn, als dass so Daten über Verläufe ohne jegliche Intervention für spätere Berechnungen gesammelt werden können. Aufgrund der mangelnden Erfahrungswerte wurden keine *Stichproben*-Berechnungen oder Effektstärken berechnet. Für die Rekrutierung wurden 753 Teilnehmende einer früheren Befragung zu Gesundheit und Wohlbefinden angeschrieben, weshalb anzunehmen ist, dass die Teilnehmenden überdurchschnittlich an ihrer Gesundheit interessiert sind und über eine gute Bildung verfügen. Dies ist jedoch nicht repräsentativ für die durchschnittliche, über 60-jährige Bevölkerung. Die Randomisierung wird aufgrund der nicht vorhandenen Gruppenunterschiede als gelungen betrachtet. Die *Datenerhebung*, welche nur in zwei der drei Gruppen gleich gehandhabt wurde, gestaltet sich als aussergewöhnlich, unterstützt aber die Fragestellung. Es fehlen Daten von bis zu 20 Teilnehmenden pro Messinstrument, ohne dass diese begründet oder in den Berechnungen berücksichtigt werden. Die ETs werden bezüglich der Gruppenzugehörigkeit verblindet, eine vollständige Verblindung war aber gemäss Autoren kaum möglich. Die *Messinstrumente* sind ausreichend begründet und passend für die Fragestellung. Allerdings werden neben den bekannten Messinstrumenten wie dem LSI auch eine 10-stufige lineare Skala für die Einstufung von "Happiness in the last month" und "Quality of life in the last 6 month" benutzt, welche weder valide noch reliabel ist. Der Inhalt und die Durchführung der *Interventionen* werden in ihren Ansätzen beschrieben und dokumentiert. Einige Teilnehmende der Kontrollgruppen organisierten während der Studiendurchführung selber Hilfsmittel, sodass eine Verzerrung der Ergebnisse stattfand, welche die Autoren selbst als *Limitation* angeben. Für die *Datenanalyse* wird das Vorgehen zur Signifikanzberechnung beschrieben, es scheint aber willkürlich zu sein. Es wird kein *Ethikkommissionsentscheid* erwähnt. Die *Ergebnisse* werden wenig übersichtlich oder nachvollziehbar dargestellt. Die *Diskussion* hat wenig Konsistenz und trägt nicht zum tieferen Verständnis der Ergebnisse bei. Ein *Theorie-Praxis-Transfer* wird nicht angestrebt und ist dadurch kaum möglich.

Qualität der Studie:

Insgesamt weist die Studie verschiedene methodische Mängel auf, sodass die Qualität eher tief einzustufen ist.

Evidenzlevel:

Ib

Anmerkung: I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe

4.1.5 Studie von Mountain, Mozley, Craig und Ball (2008)

In Tabelle 7 wird die Studie „Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the ‚Lifestyle Matters‘ programme“ zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Tabelle 7: Studie von Mountain et al. (2008)

<p>Zielsetzung: Die mögliche Umsetzung eines von ‚Lifestyle Redesign‘ inspiriertem Programm in Grossbritannien untersuchen.</p>	<p>Design: Mixed-Method (Pilotstudie)</p> <hr/> <p>Kontext: Grossbritannien, im Norden (Gemeinde)</p>
<p>Teilnehmende: Die 28 Teilnehmenden sind 60-92 Jahre alt, 89% sind weiblich, 68% leben alleine, 14% erhalten Unterstützung durch die Spitex und 93% von ihnen besuchen eine Community-Gruppe. Die Teilnehmenden geben 0-7 Gesundheitsprobleme an und sind</p>	<p>Messinstrumente: Barthel-Index Geriatric Depression Scale (GDS) Mini-Mental State Examination (MMSE) RAND 36-Item Health Status Survey Questionnaire (SF-36)</p>

wohnhaft in zwei Gemeinden in Nordengland.

Qualitatives Interview

Intervention:

Das Programm ‚Lifestyle Matters‘ wurde inspiriert durch das ‚Lifestyle Redesign‘ (Mandel et al., 1999) und durch Fokusgruppen-Interviews auf Grossbritannien angepasst. Das Manual wurde von Craig & Mountain (2007) publiziert. Das Programm dauert acht Monate.

Beide Gruppen: jede Gruppe wählte Themen und Inhalte aus dem Programm-Manual aus, 1x/Woche Gruppenintervention und 1x/Monat zwei-stündige Einzelintervention

I-Gruppe 1: von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten durchgeführt

I-Gruppe 2: von Ergotherapie-Assistentinnen und -Assistenten* durchgeführt

Ergebnisse:

Selbständigkeit: Die I-Gruppe 1 zeigte gegenüber der Baseline keine signifikante Veränderung (Barthel-Index). Zu Unterschieden zwischen der I-Gruppe 1 und der I-Gruppe 2 wurden keine Angaben gemacht.

Lebensqualität: Die Lebensqualität der I-Gruppe 1 verbesserte sich deutlich, aber nicht signifikant gegenüber der Baseline (SF-36). Auch hier wurden zu Unterschieden zwischen der I-Gruppe 1 und I-Gruppe 2 keine Angaben gemacht.

Weitere Bereiche: Die I-Gruppe 1 zeigte gegenüber der Baseline keine signifikante Veränderung bei Depression (GDS). In den qualitativen Interviews wurde von allen Teilnehmenden beschrieben, dass Gesundheit einen wichtigen Beitrag zu ihrer Lebensqualität leistet. Viele schätzten die Teilnahme an Aktivitäten, die Gruppendiskussionen, die Ausflüge und sachlichen Informationen. Alle Teilnehmenden nannten grössere Selbstwirksamkeit und viele von ihnen wurden während dem Programm körperlich aktiver. Die Teilnehmenden trafen sich auch nach Beendigung des Programms weiter.

Würdigung:

Die Autoren orientierten sich für ihre *Fragestellung* und das *Design* ebenfalls an der Studie von Clark et al (1997) und dem daraus resultierenden Manual von Mandel et al. (1999). Die Anpassung der Intervention an die britischen Verhältnisse mittels Fokusgruppeninterviews wird als sinnvoll erachtet. Die Rekrutierung verlief anfangs schleppend und führte erst durch direktes Engagement der Autoren zur gewünschten *Stichprobengrösse*. Eine Berechnung der Stichprobengrösse und die konkrete Rekrutierung werden aber nicht beschrieben, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Die Teilnehmenden wurden nicht randomisiert, die Gruppen aber als vergleichbar beschrieben. Die Dropouts werden beschrieben. Ob die Teilnehmenden oder Interviewer bei der Datenerhebung verblindet waren, ist nicht bekannt, sondern lediglich dass die Interviewer unabhängig vom Forschungsteam waren. Die qualitative *Datenerhebung* ist nachvollziehbar und zielorientiert, wird in der vorliegenden Arbeit aber nicht näher beurteilt, da nur die quantitativen Ergebnisse relevant sind. Die quantitativen *Messinstrumente* sind passend und werden ausreichend begründet. Die *Interventionen* wurden aufgrund der Fokusgruppeninterviews an Grossbritannien angepasst, sind dokumentiert im Manual Craig & Mountain (2007) und sind dadurch nachvollziehbar. Eine *Ethikkommission* wurde beigezogen. Die *Ergebnisse* der quantitativen Messinstrumente wurden sehr knapp beschrieben und im Anschluss wenig diskutiert. So können kaum Aussagen über die effektive Wirkung der Interventionen gemacht werden. Beides begründen die Autoren mit der Fragestellung, welche sich lediglich mit der Machbarkeit eines solchen Programms befasste. Die Ergebnisse aus den Interviews wurden dafür umso mehr miteinbezogen und in die *Diskussion* eingearbeitet. Es hat ein direkter *Theorie-Praxis-Transfer* stattgefunden, da aus den Ergebnissen das Manual ‚Lifestyle Matters‘ erstellt wurde.

Qualität der Studie:

Das Qualitätslevel dieser Studie ist eher tief, auch wenn die in der Diskussion mit den qualitativen Resultaten angeführten Argumente einen Trend erahnen lassen.

Evidenzlevel:

Ila

Anmerkung: I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe, x/Monat = mal pro Monat, x/Woche = mal pro Woche

4.1.6 Die Studie von Sheffield, Smith und Becker (2013)

In Tabelle 8 wird die Studie "Evaluation of an agency-based occupational therapy intervention to facilitate 'Aging in Place'" zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Tabelle 8: Studie von Sheffield et al. (2013)

<p>Zielsetzung: Die Wirksamkeit von behördenbasierter, domizil* durchgeführter Ergotherapie bei zuhause lebenden älteren Menschen mit Einschränkungen im Bereich ADL auf die Sicherheit zuhause, den funktionellen Status, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Angst vor Stürzen untersuchen.</p>	<p>Design: RCT</p> <hr/> <p>Kontext: USA, Bundestaat Maryland, Bezirk Howard (eher städtisch)</p>
<p>Teilnehmende: Die 71 Teilnehmenden sind mindestens 65 Jahre alt. 80% sind weiblich, 82% verfügen über ein tiefes Einkommen und nehmen durchschnittlich sieben Medikamente ein. Alle Teilnehmende berichten von starken ADL-Einschränkungen und erhalten durchschnittlich 5h/Woche bezahlte und unbezahlte Unterstützung.</p>	<p>Messinstrumente: EQ-5D Questionnaire Falls Efficacy Scale-International (FES-I) Functional Independence Measure (FIM) Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation – Health Outcome Measurement and Evaluation (SAFER-HOME)</p>
<p>Intervention: ,Aging in Place' ist eine neue, gemeindebasierte Ergotherapie-Dienstleistung, welche vom Bezirk Howard in Maryland (USA) entwickelt wurde. Dieser Ansatz lehnte sich an ein Konzept von Gitlin (Gitlin et al., 2006; Gitlin, Hauck, Winter, Dennis & Schulz, 2006; Gitlin, Winter, Dennis & Hauck, 2008) und wurde auf den Kontext der Altersbehörde angepasst.</p> <p><i>I-Gruppe:</i> Die Teilnehmenden erhalten die Intervention umgehend. Der Fokus der Intervention liegt auf der Wiederherstellung von Unabhängigkeit und Sicherheit, durchschnittlich vier Besuche mit einer gesamten durchschnittlichen Behandlungszeit von 9h (inklusive Reisezeit)</p> <p><i>K-Gruppe:</i> Die Teilnehmenden erhalten Intervention nach Abschluss der Studie (nach drei Monaten).</p>	<p>Ergebnisse: Bei dieser Studie wurde eine Regressionsanalyse* gemacht.</p> <p><i>Selbständigkeit:</i> Die Intervention hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Selbständigkeit (FIM) bewirken.</p> <p><i>Lebensqualität:</i> Die Intervention konnte einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität (EQ-5D) erzielen. Die I-Gruppe verbesserte sich gegenüber der K-Gruppe um 8%.</p> <p><i>Weitere Bereiche:</i> Die Intervention hatte einen signifikanten Einfluss auf die Sicherheit zuhause (SAFER-HOME). Die I-Gruppe zeigte einen wesentlichen Rückgang von Gefahren zuhause. Zudem konnten Teilnehmende mit schlechteren Werten mehr von der Intervention profitieren. Die Intervention hatte auch einen signifikanten Einfluss auf die Angst vor Stürzen (FES-I), sodass die I-Gruppe von weniger Angst berichtete als die K-Gruppe. Nach der Intervention wurde der Unterstützungsbedarf für jeden Teilnehmenden der I-Gruppe neu eruiert. Dabei zeigte sich eine Reduktion von 39% (2.36h/Woche). Wenn dies tatsächlich so umgesetzt werden kann, würde dies ein signifikantes Sparpotential in Bezug auf den Status Quo bedeuten.</p>
<p>Würdigung: Die Autoren lehnen ihr Vorgehen und ihre <i>Fragestellung</i> an demjenigen mehrerer Publikationen von Gitlin (Gitlin et al., 2006; Gitlin et al., 2006; Gitlin et al., 2008) an. Das <i>Design</i> eines RCT entspricht der Fragestellung. Die Rekrutierung der <i>Stichprobe</i> erfolgte über zwei Altersbehörden. Die Teilnehmenden erhielten entweder bereits Unterstützung oder befanden sich auf der Warteliste und hatten bereits einige ADL- und IADL-Einschränkungen. Die Dropouts wurden beschrieben und begründet. Die beiden Gruppen wurden randomisiert und zeigten keine signifikanten Unterschiede in den demographischen Daten, waren aber mit 32 und 39 Teilnehmenden unterschiedlich gross. Die <i>Datenerhebung</i> wurde von den Therapeutinnen und Therapeuten vorgenommen und kann deshalb Verzerrungen enthalten. Die Auswahl der <i>Messinstrumente</i> ist begründet und entspricht der Fragestellung. Die Durchführung der <i>Interventionen</i> orientiert sich ebenfalls an Gitlin (Gitlin et al., 2006; Gitlin et al., 2006; Gitlin et al., 2008) und ist in</p>	

ihren Ansätzen beschrieben. Aufgrund einer Empfehlung der *Ethikkommission* wurden fünf gebrechliche Teilnehmende aus der behandlungsverzögerten Kontrollgruppe entfernt. Eine daraus resultierende Stärkung der Kontrollgruppe wurde bei der *Datenanalyse* der Gruppen jedoch nicht bestätigt. Die Analyse wurde nachvollziehbar beschrieben und entspricht den Daten. Allerdings gibt es unterschiedliche Angaben zu den Teilnehmendenzahlen, weshalb nicht abschliessend beurteilt werden kann, worauf die Ergebnisse bauen. Auch sind die *Ergebnisse* sehr knapp beschrieben. In der *Diskussion* beschreiben und erklären die Autoren sehr ausführlich die *Limitationen*, lassen aber nur vage Empfehlungen folgen. Es wird keine eigene Theorie ausgearbeitet, sondern es werden lediglich die Ergebnisse von Gitlin et al. (2006) bestätigt, was zu einem mässigen *Theorie-Praxis-Transfer* führt.

Qualität der Studie:	Evidenzlevel:
Insgesamt hat die Studie nur eine mässige Qualität.	Ib

Anmerkung: h = Stunden, h/Wo = Stunden pro Woche, I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe

4.1.7 Die Studie von Szanton et al. (2011)

In Tabelle 9 wird die Studie ‘Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders’: A bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults” zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Tabelle 9: Studie von Szanton et al. (2011)

Zielsetzung:	Design:
Die Durchführbarkeit, Akzeptanz und Effektstärke von ‘Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders’ (CAPABLE) bei einkommensschwachen, eingeschränkten, vorrangig afroamerikanischen älteren Personen untersuchen.	CT* (Pilotstudie)
	Kontext:
	USA, Bundestaat Maryland, Baltimore (Stadt)
Teilnehmende:	Messinstrumente:
Die 40 Teilnehmenden sind mindestens 65 Jahre und durchschnittlich 78.0 Jahre alt. 95% sind weiblich, 79% afroamerikanisch, haben Schwierigkeiten bei mindestens einer ADL- oder mindestens zwei IADL-Aktivitäten und 44% berichten von mindestens drei ADL-Schwierigkeiten. Sie verfügen über ein niedriges Einkommen, wurden weniger als drei Mal im letzten Jahr hospitalisiert, erhalten zurzeit keine Domizil-Rehabilitation und haben keine terminale Diagnose mit weniger als einem Jahr Lebenserwartung.	subjektive Einschätzung der ADL subjektive Einschätzung der IADL subjektive Einschätzung des Sturzrisikos EQ-5D Euroqol
Intervention:	Ergebnisse:
Das Programm ‘Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders’ (CAPABLE) dauert sechs Monate.	Zusätzlich wurden in dieser Studie auch die Effektstärken mit ‘Cohen’s d’ berechnet.
<i>I-Gruppe:</i> Die Teilnehmenden erhalten CAPABLE-Interventionen, welche an das Risikoprofil und die Ziele der Teilnehmenden angepasst wurde. CAPABLE zielt auf extrinsische und intrinsische Dimensionen ab und beinhaltet die Zusammenarbeit von Ergotherapie, Pflege und Handwerker, bis zu zehn Domizilbehandlungen à 60 Minuten	<i>Selbständigkeit:</i> Die I-Gruppe zeigte eine deutliche Verbesserung gegenüber der Baseline in den ADL- und IADL-Fähigkeiten (subjektive ADL- und IADL-Einschätzung). Gegenüber der K-Gruppe zeigte die I-Gruppe auch eine deutliche Verbesserung. Gemäss ‘Cohen’s d’ zeigte die Intervention jeweils einen mittleren Effekt auf die ADL- und IADL-Fähigkeiten (0.63 und 0.62).
<i>K-Gruppe:</i> Aufmerksamkeits-Kontrollgruppe, Teilnehmende erhalten soziale Aufmerksamkeit und Engagement durch geschulten Forschungsassistenten, es werden gewünschte Aktivitäten des Teilnehmenden durchgeführt, bis zu zehn	<i>Lebensqualität:</i> Über beide Messinstrumente (Euro-QOL, EQ-D) hinweg zeigte die I-Gruppe keine eindeutige Veränderung gegenüber der Baseline. Dasselbe gilt für die I-Gruppe gegenüber der K-Gruppe, es liess sich insgesamt kein

Behandlungen à 60 Minuten

Unterschied ausmachen. Der ‚Cohen’s d‘ zeigte unterschiedliche Effekte der Intervention auf. So zeigte die Intervention einen grossen Effekt auf die Lebensqualität nach Euro-QOL (0.89), jedoch einen kleinen Effekt auf die Lebensqualität nach EQ-5D (0.48).

Weitere Bereiche: Teilnehmende beider Gruppen berichteten, dass die Teilnahme am CAPABLE-Projekt positiv war. Alle Teilnehmende der I-Gruppe und 93% der K-Gruppe sagten, dass sie von der Teilnahme profitierten. Die Ausgaben für Handwerker beliefen sich auf durchschnittlich \$ 1285.- pro Haushalt.

Würdigung:

Die Autoren orientierten sich am konzeptionellen Modell von Lawton und Nahemow (1973, zit. nach Szanton et al., 2011, S.2315), welches die komplexe Beziehung zwischen älteren Menschen und deren Umwelt beschreibt. Das *Design* passt zur Fragestellung der Pilotstudie. Die über gemeindenahen Dienste rekrutierten Personen, welche über ein tiefes Einkommen verfügen und sich auf der Warteliste für Spitex-Dienstleistungen befanden, entsprechen der Zielpopulation der Studie. Es werden keine Berechnungen zur *Stichprobengrösse* angestellt und die randomisierten Gruppen sind eher klein. Die Dropouts werden begründet und dokumentiert. Die *Datenerhebung* wird von bezüglich des Forschungsziels verblindeten Forschenden durchgeführt. Das *Messinstrument* für die Lebensqualität (EQ-5D) wurde passend ausgewählt. Für die die Sturzgefährdung und die Selbständigkeit wurden lediglich eine 10-stufige Skala zur Selbsteinschätzung und eine 5-stufige ADL-, beziehungsweise 6-stufige IADL-Skala für Beobachtungen verwendet. Die *Interventionen* und die anschliessende *Datenanalyse* sind in ihrer Struktur und Aufbau nachvollziehbar beschrieben. Die *Ergebnisse* sind für eine Pilotstudie verständlich dargestellt, sind aber sehr knapp gehalten. Es ist nicht bekannt, ob ein *Ethikkommissionsentscheid* vorgelegen hat. In der *Diskussion* werden einige *Limitationen* angesprochen.

Qualität der Studie:

Die Pilotstudie weist eine gute Qualität auf.

Evidenzlevel:

Ila

Anmerkung: I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe

4.1.8 Studie von Tuntland, Aaslunf, Espehaug, Føland und Kjekken (2015)

In Tabelle 10 wird die Studie ‘Reablement’ in community-dwelling older adults: A randomised controlled trial zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Tabelle 10: Studie von Tuntland et al. (2015)

Zielsetzung: Die Wirksamkeit von ‚Reablement‘ gegenüber gewöhnlicher Spitex-Dienstleistungen bezüglich subjektiver Aktivitätsperformanz und Performanzzufriedenheit, Körperfunktionen und gesundheitsbezogener Lebensqualität untersuchen.	Design: RCT
	Kontext: Norwegen, in mehreren Gemeinden (ländlich)
Teilnehmende: Es nahmen 61 Teilnehmende an der Studie teil. Für die Rekrutierung mussten sie mindestens 18 Jahre alt sein, das Durchschnittsalter liegt aber bei 79.9 Jahren. 69% sind weiblich, 88% sind pensioniert, 77% leben alleine. Sie berichten von funktioneller Verschlechterung in mindestens einer täglichen Aktivität und nehmen durchschnittlich 6-7 verschriebene Medikamente.	Messinstrumente: Dartmouth Coop Functional Health Assessment Cards (COOP/Wonka) Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Jamar Dynamometer (Jamar) Timed Up and Go-Test

<p>Intervention:</p> <p>„Reablement“, auch „Restorative Care“ genannt, ist ein Ansatz, der frühzeitig ansetzt, um Spitex-Dienstleistungen für ältere Menschen zu verbessern und dauert maximal drei Monate.</p> <p><i>I-Gruppe:</i> „Reablement“-Interventionen durch ein multidisziplinäres Team, um die Performanz* von wichtigen täglichen Aktivitäten zu verbessern</p> <p><i>K-Gruppe:</i> gewöhnliche Spitex-Dienstleistungen, das heisst Teilnehmende erhalten vorwiegend kompensatorische Unterstützung, einige Teilnehmende haben zusätzlich Ergotherapie und Physiotherapie aufgrund von eigener Initiative</p>	<p>Ergebnisse:</p> <p>Zusätzlich wurden in dieser Studie auch die Effektstärken mit „Cohen's d“ berechnet.</p> <p><i>Selbständigkeit:</i> Die I-Gruppe zeigte sowohl nach drei Monaten, als auch bei der Follow-Up-Messung nach neun Monaten gegenüber der Baseline eine deutliche Verbesserung (COPM Performanz). Gegenüber der K-Gruppe zeigte die I-Gruppe sowohl nach drei Monaten, als auch beim Follow-Up signifikant bessere Werte. Gemäss „Cohen's d“ zeigte die Intervention einen hohen Effekt nach 3 Monaten (0.8) und einen mittleren Effekt nach neun Monaten (0.7).</p> <p><i>Lebensqualität:</i> Die I-Gruppe zeigte gegenüber der Baseline sowohl nach drei Monaten, als auch nach neun Monaten eine deutliche Verbesserung (COPM Zufriedenheit, COOP/Wonka). Gegenüber der K-Gruppe zeigte die I-Gruppe bessere Werte nach drei Monaten als auch beim Follow-Up. Gemäss „Cohen's d“ zeigte die Intervention auf die Zufriedenheit (COPM) einen mittleren Effekt nach drei Monaten (0.7) und einen hohen Effekt nach neun Monaten (0.9). Auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (COOP/Wonka) zeigte die Intervention keinen bis mittlere Effekte, wobei die grössten Werte im Bereich soziale Aktivitäten mit je einem mittleren Effekt nach drei Monaten (0.6) und neun Monaten (0.4) erreicht wurde.</p> <p><i>Weitere Bereiche:</i> Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der I- und K-Gruppe bei der funktionellen Mobilität (Timed Up and Go-Test) und bei der Greifkraft (Jamar). Beide Gruppen verbesserten sich aber in Mobilität und Balance (Timed up an Go-Test). Keine Verbesserung zeigte sich in der Greifkraft (Jamar) bei beiden Gruppen.</p>
<p>Würdigung:</p> <p>Die Autoren beziehen sich auf aktuelle Forschung und Theorien zum Thema Reablement („Wiederbefähigung“) und formulieren ihre Fragestellung dementsprechend. Das <i>Design</i> wird passend zur Fragestellung gewählt. Die Rekrutierung ist zwar bezüglich Zeitrahmen und Ort beschrieben, nicht aber der eigentliche Prozess der Auswahl. Die <i>Stichprobe</i> entspricht jedoch laut Beschreibung der gesuchten Population der vorliegenden Arbeit. Im vorangehenden Studienprotokoll (Tuntland et al., 2014) wurde bereits die Stichprobengrösse berechnet. Die zu erwartende hohe Dropout-Rate wurde eingehalten und dokumentiert, zudem flossen sie mittels Intent-to-Treat-Analyse* in die Ergebnisse mit ein. Die Gruppen wurden randomisiert. Die <i>Datenerhebung</i> erfolgt mittels bezüglich Intervention und Gruppenzugehörigkeit verblindeten Forschenden. Die Verblindung war aber für die Follow-Up-Messungen nicht mehr vollständig möglich. Die <i>Messinstrumente</i> zur Erfassung der Funktionsfähigkeit sind mit beispielsweise mit dem Jamar-Dynamometer eher untypisch für den Forschungszweck. Einzig das COPM zur Erfassung der Performanz und der Zufriedenheit einer Aktivität ist passend, als einziges Messinstrument jedoch eher knapp. Die <i>Interventionen</i> sind lediglich in ihren Ansätzen erklärt. Die <i>Datenanalyse</i> ist gut nachvollziehbar und die <i>Ergebnisse</i> sind vollständig präsentiert. Die Studie wurde von der norwegischen <i>Ethikkommission</i> geprüft. Die Autoren beschreiben in der Diskussion angemessen die <i>Limitationen</i>, beispielsweise die individuellen Interventionen und die damit einhergehende Erschwerung der Vergleich- beziehungsweise Wiederholbarkeit der Interventionen. Die <i>Diskussion</i> ist ansonsten sehr knapp gehalten und weiterführende Überlegungen werden nicht angestellt.</p>	
<p>Qualität der Studie:</p> <p>Abgesehen von den fraglichen Messinstrumenten zeigt die Studie eine hohe Qualität.</p>	<p>Evidenzlevel:</p> <p>Ib</p>

Anmerkung: I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe

4.1.9 Studie von Zingmark und Bernspång (2011)

In Tabelle 11 wird die Studie „Meeting the needs of elderly with bathing disability“ zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Tabelle 11: Studie von Zingmark und Bernspång (2011)

<p>Zielsetzung: Die Wirksamkeit von Ergotherapie bei Personen mit Unterstützungsbedarf beim Baden untersuchen.</p>	<p>Design: CT</p> <hr/> <p>Kontext: Schweden, im Norden (Gemeinde)</p>
<p>Teilnehmende: Die 74 Teilnehmenden sind mindestens 65 Jahre alt. 75% der Teilnehmenden hatten kurz zuvor einen Spitalaustritt. Alle Teilnehmende befanden sich im Anmeldeprozess beim Care Manager in zwei Gemeinden in Schweden.</p>	<p>Messinstrumente: ADL-Taxonomy EQ-5D Protokoll der ET-Interventionen</p>
<p>Intervention: <i>I-Gruppe:</i> Teilnehmende erhalten Ergotherapie und Spitex-Dienstleistungen. Ziel ist es, relevante Tätigkeiten sicher und möglichst unabhängig ausführen zu können, durchschnittlich 2.9 Behandlungen von insgesamt 120 Minuten <i>K-Gruppe:</i> Teilnehmende erhalten gewöhnliche Spitex-Dienstleistungen und keine Ergotherapie</p>	<p>Ergebnisse: <i>Selbständigkeit:</i> Die I-Gruppe verbesserte sich gegenüber der Baseline signifikant (ADL-Taxonomy). Insgesamt zeigte die I-Gruppe gegenüber der K-Gruppe keine unterschiedlichen Werte. <i>Lebensqualität:</i> Die I-Gruppe zeigte gegenüber der Baseline eine signifikante Verbesserung (EQ-5D). Gegenüber der K-Gruppe zeigte die I-Gruppe keine Unterschiede. <i>Weitere Bereiche:</i> Nach der Intervention benötigten signifikant weniger Teilnehmende der I-Gruppe als der K-Gruppe die Spitex (30% statt 75%). Auch war der Zeitaufwand der Spitex während der Studiendurchführung bei der I-Gruppe signifikant tiefer als bei der K-Gruppe (97 Minuten statt 786 Minuten). Zudem war der wöchentliche Zeitaufwand der Spitex fürs Baden bei der I-Gruppe signifikant tiefer als bei der K-Gruppe (31 Minuten statt 66 Minuten).</p>
<p>Würdigung: Die Studie baut auf bisherigen Ergebnissen verschiedenster Forschenden auf und beruft sich ausreichend auf ergotherapeutische Grundlagen. Die <i>Fragestellung</i> lässt sich aus diesen Theorien ableiten und das <i>Design</i> entspricht der Fragestellung. Die Rekrutierung der <i>Stichprobe</i> verlief über die Care Manager zweier Gemeinden und entspricht somit den Anforderungen ihrer Fragestellung. Die Stichprobe besteht jedoch aus Personen, welche aktiv Hilfe suchten, weshalb die Ergebnisse nicht auf die ganze ältere Bevölkerung generalisierbar sind. Zwischen den Gruppen wurde in einem Bereich eines Messinstruments ein signifikanter Unterschied gefunden. Die Dropouts werden beschrieben und erklärt. Die weitere <i>Datenerhebung</i> wird genau beschrieben. Die beiden <i>Messinstrumente</i> ADL-Taxonomie und EQ-5D sind passend. Die <i>Interventionen</i> wurden in einem Interventionsprotokoll festgehalten und werden in ihren Ansätzen beschrieben. Die in den Ergebnissen erwähnten Unterschiede bezüglich akquisitorischen und adaptiven Interventionen sind nicht vollständig nachvollziehbar. Bei der <i>Datenanalyse</i> gingen vier Protokolle verloren, ausserdem wurden keine Angaben zur Verblindung der Teilnehmenden, der Pflegenden und Therapierenden, oder der Forschenden gemacht. Dies geben die Autoren jedoch selbst in ihren <i>Limitationen</i> an. Die <i>Ergebnisse</i> sind zwar vollständig, aber nur bedingt verständlich präsentiert. Die Untersuchung wurde von der schwedischen <i>Ethikkommission</i> bewilligt. Die Autoren nennen in ihrer <i>Diskussion</i> weitere <i>Limitationen</i> wie beispielsweise, dass die Gruppen zu Beginn sehr unterschiedlich waren, oder dass weniger Pflege nicht zwingend mit mehr Autonomie gleichzusetzen ist. Ihre <i>Schlussfolgerung</i>, dass eine randomisierte kontrollierte Studie notwendig ist, um die Daten zu bestätigen, ist naheliegend.</p>	

Qualität der Studie: Insgesamt erfüllt die Studie eine gute Qualität.	Evidenzlevel: IIa
---	-----------------------------

Anmerkung: I-Gruppe = Interventionsgruppe, K-Gruppe = Kontrollgruppe

4.2 Beschreibung der Programme und Interventionen

Nach der Zusammenfassung und Würdigung der Studien werden in diesem Kapitel die Interventionen genauer beschrieben. Falls zu einem Programm mehrere Studien inkludiert wurden, werden diese genannt und allfällige Unterschiede in den konkreten Interventionen aufgezeigt. Die Interventionen werden ausserdem einem Interventionsmodell nach Fisher (2014) zugeordnet, welches in Kapitel 2.6 erläutert wurde. Eine detailliertere Beschreibung der Interventionen findet sich im Anhang E.

4.2.1 ‚Aging in Place‘

Die Studie von Sheffield et al. (2013) untersucht das sogenannte ‚Aging in Place‘, eine neues gemeindebasiertes Ergotherapie-Programm, welches vom Bezirk Howard in Maryland (USA) entwickelt wurde und auch zukünftig über den Bezirk finanziert werden soll (Sheffield et al., 2013). Dieser Ansatz lehnt sich an ein Konzept von Gitlin (Gitlin et al., 2006; Gitlin et al., 2006; Gitlin et al., 2008) an und wurde auf die Verhältnisse der Altersbehörde angepasst (Sheffield et al., 2013). Die Intervention zielt auf die Wiederherstellung von Unabhängigkeit und Sicherheit zuhause durch den Gebrauch von angepassten Hilfsmitteln und Wohnraumanpassungen ab (nach Ryburn, Wells & Foreman, 2009), um eine Balance zwischen Sicherheit und Unabhängigkeit während täglichen Aktivitäten zu finden (Sheffield et al., 2013).

Zu Beginn wird ein Assessment zur Analyse der täglichen Aktivitäten zuhause durchgeführt. Als Intervention werden Wohnraumanpassungen vorgenommen, die Handhabung von Hilfsmitteln trainiert, die Handhabung von Medikamenten angeschaut und es findet eine Schulung in adaptiven und kompensatorischen Strategien statt, um die Sicherheit und Unabhängigkeit zu verbessern (Sheffield et al., 2013). Bei allen Behandlungen ist die enge Zusammenarbeit mit der Familie ein zentraler Bestandteil, um die gemeinsamen Ziele zu erreichen und ihre Bedenken in die Überlegungen einfließen zu lassen (Sheffield et al., 2013). Die vier Hausbesuche beanspruchen durchschnittlich

neun Stunden (inklusive Reisezeit). Die Interventionen fanden vorwiegend im Rahmen des kompensatorischen Modells statt (nach Fisher, 2014).

4.2.2 CAPABLE

Szanton et al. (2011) untersuchten in ihrer Pilotstudie den Nutzen des ‚Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders‘ (CAPABLE)-Programms, welches aus dem ‚Advancing Better Living for Elders‘ (ABLE)-Programm entwickelt wurde (Szanton et al., 2014). Szanton et al. (2011) kritisieren bisherige Interventionen, wie beispielsweise von Clark et al. 1997 oder Gitlin (2006; Gitlin et al., 2009), welche vorwiegend auf die Reduktion von funktionellen Einschränkungen ausgerichtet seien und nicht auf die Interaktion mit der Umwelt. Ziel des Programms von Szanton et al. (2011) ist es, funktionelle Schwierigkeiten zu reduzieren, indem auf individuelle (intrinsische) und umweltbedingte (extrinsische) Einschränkungsfaktoren eingewirkt wird.

Das Programm wurde in den USA entwickelt und dauert sechs Monate (Szanton et al., 2011). Das Kernstück der Intervention ist eine klientenzentrierte Behandlung und ein ‚Motivational Interviewing‘* (Szanton et al., 2011). Es beinhaltet verschiedene Komponenten, welche von einem interprofessionellen Team (Ergotherapie, Pflege, Handwerker) abgedeckt werden, wobei die Ergotherapie sechs und die Pflege vier Behandlungen übernehmen (Szanton et al., 2011).

Das Programm beginnt mit einem halbstrukturierten Interview, woraus ein Risikoprofil erstellt wird und anschliessend Strategien oder Aktivitäten erarbeitet werden. Das Pflegepersonal kümmert sich um die Schmerz- und Depressionssymptome, koordiniert die Kommunikation mit dem Hausarzt und die Handhabung der Medikamente und trainiert mit dem Klientel Kraft und Balance. Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geben die Übungen für Kraft und Balance vor und leiten die Klientinnen und Klienten bei der Selbstpflege an. Sie überprüfen auch die Wohnung, sprechen allfällige bauliche Massnahmen mit Handwerkern ab oder nehmen selbst Anpassungen vor, um die Sicherheit und Partizipation* zu ermöglichen. Bei der sechsten und abschliessenden Behandlung der Ergotherapie werden die trainierten Techniken und Strategien, sowie der Einsatz der Hilfsmittel noch einmal überprüft und die Übertragung auf andere tägliche Aktivitäten gesichert (Szanton et al., 2011). Die Pflege übernimmt insgesamt vier Behandlungen, die Ergotherapie übernimmt sechs Behandlungen und die Handwerker nehmen durchschnittlich Anpassungen im Umfang von \$1300.- vor (Szanton et al., 2011).

Das Programm setzt seinen therapeutischen Schwerpunkt im kompensatorischen Modell, hat aber auch akquisitorische und restituierende Anteile (nach Fisher, 2014).

4.2.3 ‚Lifestyle Redesign‘ und ‚Lifestyle Matters‘

Das ‚Lifestyle Redesign‘-Programm entstand in den USA aus einer Pilotstudie von (Jackson, 1996) und auf Grundlage eines Reviews (Carlson et al., 1996). Die gefundenen Ergebnisse dienten als Grundlage für die beiden inkludierten Studien von Clark et al. (1997) und Clark et al. (2001), welche auch als ‚Well Elderly Study‘ bezeichnet werden. Im Jahre 1999 wurden sämtliche Ergebnisse in einem Manual (Mandel et al., 1999) zusammengestellt und die Interventionen detailliert beschrieben. Im Jahr 2015 erschien die zweite, überarbeitete Auflage des Manuals (Clark et al., 2015).

Das ‚Lifestyle Redesign‘-Programm hat „health through occupation“ (Clark et al., 1997, S.1322), beziehungsweise die Förderung der Selbständigkeit, der Gesundheit und des Wohlbefinden von älteren, zuhause lebenden Menschen zum Ziel (Clark et al., 2015). Das Programm dauert neun Monate (Clark et al., 1997). Es finden einmal pro Woche eine Gruppenintervention und einmal pro Monat eine individuelle Einzelintervention statt (Clark et al., 1997). Die Gruppeninterventionen finden während zwei Stunden pro Woche in höchstens zehnköpfigen Gruppen statt, welche von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geleitet werden (Clark et al., 1997). Dabei werden verschiedene Module (Aktivitäten des täglichen Lebens, Anpassung an eine multikulturelle Umwelt, Nutzung der Freizeit, tödliche Krankheit und Tod, Erhaltung der Gesundheit, Mobilität, persönliche Finanzen, persönliche Sicherheit, psychisches Wohlbefinden und Zufriedenheit, Beziehungen mit anderen) während je eines Monats bearbeitet (Mandel et al., 1999). In den Gruppen werden die Themen mit den Teilnehmenden erarbeitet und sie wurden selbst zur Reflektion und zum Austausch mit anderen angehalten (Clark et al., 2015). Besprochene Massnahmen werden teilweise in Unternehmungen direkt umgesetzt (Clark et al., 1997). Zusätzlich zu den Gruppeninterventionen wird jeder Teilnehmende einmal pro Monat zuhause besucht, um individuelle Themen innerhalb des Moduls zu bearbeiten (Clark et al., 1997).

Das ‚Lifestyle Redesign‘-Programm diente Horowitz und Chang (2004) sowie Mountain et al. (2008) als Grundlage für deren Weiterentwicklungen des Programms. Horowitz und Chang (2004) adaptierten das Programm für ihre Forschung auf den Kontext in einem Tageszentrum in New York und verkürzten das Programm auf 16 Wochen, sowie die

wöchentlichen Treffen von zwei auf 1.5 Stunden. Das angepasste Programm sollte eine Ergänzung zu den bestehenden Angeboten des Tageszentrums darstellen (Horowitz & Chang, 2004). Das Ziel ist es, den Teilnehmenden zu ermöglichen, ihr Repertoire an täglichen Aktivitäten zu analysieren und persönliche Strategien zu entwickeln, um wichtige Aktivitäten ausführen zu können (Horowitz & Chang, 2004). In den Gruppeninterventionen wird jede Woche ein anderes Thema besprochen (Horowitz & Chang, 2004). In den monatlichen Einzelinterventionen kann auf individuelle Interessen und Bedürfnisse eingegangen werden, teilweise werden auch Wohnraumanpassungen gemacht (Horowitz & Chang, 2004).

Mountain et al. (2008) passten das ‚Lifestyle Redesign‘ aufgrund von vorgängigen Fokusgruppeninterviews auf den Kontext in Grossbritannien an und nannten dieses Programm ‚Lifestyle Matters‘ (Mountain et al., 2008). Ein zugehöriges Manual wurde auch publiziert (Craig & Mountain, 2007). Die 29 Themen, welche sich in den Fokusgruppeninterviews herauskristallisierten, werden während acht Monaten ähnlich wie bei Clark et al. (1997) in Gruppen- und Einzelinterventionen erarbeitet (Craig & Mountain, 2007; Mountain et al., 2008). Dabei kann die Gruppe selber entscheiden, welches Thema erarbeitet werden soll (Craig & Mountain, 2007).

Die Interventionen der Programme ‚Lifestyle Redesign‘ und ‚Lifestyle Matters‘ können in ihrem Schwerpunkt dem akquisitorischen Modell nach Fisher (2014) zugeordnet werden. Sie enthalten aber aufgrund der Gruppentreffen, dem Training mit den Hilfsmitteln und den allfälligen Wohnraumanpassungen auch Anteile aus dem edukativen und kompensatorischen Modell.

Innerhalb der erweiterten Literatursuche wurde eine weitere Form des ‚Lifestyle Redesign‘-Programms gefunden. Der deutsche Ergotherapieverband lancierte mit dem Projekt ‚Tatkraft‘ eine auf den deutschsprachigen Raum angepasste Version des ‚Lifestyle Redesign‘-Programms (DVE, 2014). Es wurden dazu zwölf Module ausgearbeitet, die ebenfalls in Gruppen- und Einzelinterventionen bearbeitet werden. Der Fokus der Intervention liegt anders als beim ‚Lifestyle Redesign‘ auf der Unterstützung älterer Menschen bei der Bewältigung von Lebensübergängen, wie beispielsweise dem Eintritt in den Ruhestand oder dem Umzug in ein Altersheim (DVE, 2014). Ein dazugehöriges Manual wurde publiziert (Marotzki, Mentrup & Weber, 2015).

In der Schweiz startete im Jahr 2013 die Forschungsabteilung der ZHAW auf die Initiative des Linthpraxen-Gesundheitszentrums hin das Projekt ‚blijf gesund‘ (ZHAW, 2016). Das ‚blijf gesund‘ basiert auf den Programmen ‚Lifestyle Redesign‘, ‚Lifestyle Matters‘ und ‚Tatkraft‘ und wurde aufgrund von Ergebnissen einer Bedürfnisanalyse auf den ländlichen Kontext der Schweiz angepasst. Zurzeit wird eine Machbarkeitsstudie zum ‚blijf gesund‘-Programm in der Gemeinde Glarus Süd durchgeführt (ZHAW, 2016). Bisher wurden keine Daten veröffentlicht.

4.2.4 ‚Reablement‘

Tuntland et al. (2015) untersuchten in Norwegen einen ‚Reablement‘-Ansatz, auch ‚Restorative Care‘-Ansatz genannt. Die Intervention setzt frühzeitig an, um Spitex-Dienstleitungen für ältere, pflegebedürftige Menschen zu verbessern und dauert maximal drei Monate (Tuntland et al., 2015). Das Ziel ist es, die Unabhängigkeit in täglichen Aktivitäten zu erhöhen, Menschen befähigen zuhause alt zu werden, aktiv zu sein und am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Tuntland et al., 2015). Sie orientieren sich dabei am ‚Canadian Model of Occupational Performance and Engagement‘ (CMOP-E) nach Townsend und Polatajko (2013). Die Intervention ist zielorientiert, besteht aus mehreren Komponenten und wird von einem multidisziplinären Team sichergestellt (Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialpädagogie, Logopädie) (Tuntland et al., 2015).

Die Ziele werden aufgrund der im COPM-Assessment priorisierten Aktivitäten formuliert und gelten für alle Professionen. Die Ergotherapie und Physiotherapie entwickeln aufgrund des COPMs einen Rehabilitationsplan. Sie instruieren das Spitexpersonal (Pflege), wie sie die Klientinnen und Klienten im täglichen Training ermutigen und unterstützen können und überprüfen die Umsetzung (Tuntland et al., 2015). Die durchschnittlich zehn Wochen dauernde Intervention findet im heimischen oder nahen Umfeld der Klientinnen und Klienten statt (Tuntland et al., 2015). Diese Intervention ist vorwiegend dem akquisitorischen Modell zuzuordnen, enthält aber auch kompensatorische und restituierende Komponenten (nach Fisher, 2014).

4.2.5 *Verschiedene Interventionen*

Liddle et al. (1996) nehmen keinen Bezug zu spezifischen Programmen. Die Untersuchung in Australien sollte aufzeigen, ob ältere Menschen ihre Lebensqualität und

ihre Selbständigkeit aufrechterhalten können, wenn ihr Zuhause angepasst wird und sie durch die Spitex unterstützt werden (Liddle et al., 1996). Es wird eine Wohnungsabklärung durch die Ergotherapie durchgeführt und darauf basierend Empfehlungen bezüglich gemeindenahen Diensten, Wohnraumanpassungen und Hilfsmittel gemacht, welche dann durch das Pflegepersonal der Spitex umgesetzt werden (Liddle et al., 1996). Die Intervention findet somit rein im kompensatorischen Modell (nach Fisher, 2014) statt.

Auch Zingmark und Bernspång (2011) aus Schweden nehmen kein bestehendes Programm zum Vorbild. Sie basieren die Durchführung der Intervention auf einem ergotherapeutischen Erhebungsinstrument und den individuellen Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten (Zingmark & Bernspång, 2011). Ziel ist es, dass diese die für sie relevante Tätigkeiten sicher und möglichst unabhängig ausführen können (Zingmark & Bernspång, 2011). Die Forschenden konzentrierten sich dabei auf die Ausführung im Bad und die dazugehörigen Aktivitäten, wie beispielsweise sich an- und ausziehen (Zingmark & Bernspång, 2011). Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten setzten bewusst ihr „Use of Self“ ein, um während der Intervention die richtige Balance zwischen Unterstützung und Herausforderung für die Klientin oder den Klienten zu generieren (Zingmark & Bernspång, 2011). Die Intervention dauert so lange an, bis die Klientinnen und Klienten entweder selbständig sind oder kein weiteres Verbesserungspotenzial gesehen wird (Zingmark & Bernspång, 2011). Die Intervention dauerte so durchschnittlich zehn Wochen und wurde immer im domizilen Einzelkontakt durchgeführt. Zingmark und Bernspång (2011) beschreiben, dass 70 Prozent der Therapie adaptiv gewesen sei und die Abgabe von Hilfsmitteln sowie die Adaptation der Aktivitätsausführung und der Umwelt beinhaltet habe, was nach Fisher (2014) kompensatorisch ist. Die anderen 30 Prozent waren akquisitorische Interventionen und beinhalteten abgestufte Aktivitäten, eine ermutigende Herangehensweise und Training von Fähigkeiten in der Aktivität, was wiederum dem akquisitorischen Modell (nach Fisher, 2014) zugeschrieben werden kann.

4.2.6 Übersicht über alle Interventionen

Zur einfacheren Übersicht werden nun alle Interventionen in Tabelle 12 einander gegenüber gestellt. Dabei wird jeweils ausgewiesen, zu welchem Programm die Intervention gehört, welchem Modell (nach Fisher, 2014) die Intervention entspricht, sowie welche Eigenschaften sie aufweist.

Tabelle 12: Beschreibung der Interventionen

Studie	Programm	OTIPM-Modell				Eigenschaften der Interventionen					
		akq.	kom.	rest.	edu.	Dauer	Gruppe	Einzel	amb.	dom.	Prof.
Clark et al. (1997); Clark et al. (2001)	Lifestyle Redesign	XX	X	-	X	9Mo	2h/Wo	1x/Mo (1h)	X	X	ET
Horowitz & Chang (2004)	Lifestyle Redesign	XX	X	-	X	16Wo	1.5h/ Wo	1x/Mo	X	X	ET
Liddle et al. (1996)	-	-	XX	-	-	k.A.	-	k.A.	-	X	ET PF
Mountain et al. (2008)	Lifestyle Matters	XX	-	X	X	8Mo	1x/Wo	1x/Mo (2h)	X	X	ET
Sheffield et al. (2013)	Aging in Place	-	XX	-	-	k.A.	-	ø 4x (ø 9h)	-	X	ET
Szanton et al. (2011)	CAPABLE	X	XX	X	-	6Mo	-	max. 10x (1-1.5h)	-	X	ET PF HA
Tuntland et al. (2015)	Reablement	XX	X	X	-	max. 3Mo	-	k.A.	-	X	ET LO PF PT SP
Zingmark & Bernspång (2011)	-	X	XX	-	-	ø 10Wo, max. 15Wo	-	ø 2.9x (insg. 120Min)	-	X	ET

Anmerkung zu OTIPM-Modell: akq. = akquisitorisch, kom. = kompensatorisch, rest. = restitativ, edu. = edukativ, XX = Schwerpunkt der Intervention, X = vorhanden in der Intervention, - = nicht vorhanden in der Intervention

Eigenschaften der Interventionen: amb. = ambulant, dom. = domizil, ET = Ergotherapie, h = Stunden, h/Mo = Stunden pro Monat, h/Wo = Stunden pro Woche, HA = Handwerker, insg. = insgesamt, k.A. = keine Angaben, LO = Logopädie, max. = maximal, Min. = Minuten, Mo = Monate, PF = Pflege, Prof. = Profession, PT = Physiotherapie, SP = Sozialpädagogie, Wo = Wochen, x = mal, X = vorhanden in der Intervention, - = nicht vorhanden in der Intervention, ø = durchschnittlich

Aus der Betrachtung der Interventionen ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Die Interventionsschwerpunkte verteilen sich auf zwei der vier OTIPM-Modelle nach Fisher (2014), sodass je vier Interventionen vorwiegend akquisitorisch beziehungsweise kompensatorisch arbeiten. Alle Studien aus dem ‚Lifestyle Redesign‘-Programm (Clark et al., 1997; Horowitz & Chang, 2004; Mountain et al., 2008) enthielten im Gegensatz zu den anderen Studien auch edukative Anteile. Drei der Studien enthielten zudem einen restitutiven Anteil (Mountain et al., 2008, Szanton et al., 2011, Tuntland et al., 2015). Wie zu erwarten gibt es keine Intervention, welche nur einem OTIPM-Interventionsmodell zuzuordnen ist.

Die Dauer der Interventionen bewegt sich zwischen durchschnittlich vier Einzelbehandlungen (Sheffield et al., 2013) bis zu einem neun-monatigen Programm mit wöchentlichen Terminen (Clark et al., 1997). Liddle et al. 1996 machten keine Angaben zur Dauer oder Häufigkeit der Intervention, sie geben lediglich an, dass die durch die Ergotherapie eine erste Wohnungsabklärung gemacht und diese nach sechs Monaten überprüft wurde.

Nur drei der Interventionen fanden im Gruppensetting statt, wobei alle aus dem ‚Lifestyle Redesign‘ entstanden (Clark et al., 1997; Horowitz & Chang, 2004; Mountain et al., 2008). Überraschend ist, dass alle Interventionen eine Komponente der domizilen Behandlung beinhalten. Lediglich die Gruppeninterventionen fanden ambulant* statt. Aufgrund der Einschlusskriterien ergab sich, dass alle Interventionen ergotherapeutische Elemente enthalten und von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geleitet werden.

4.3 Auswertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studien bezüglich Selbständigkeit und Lebensqualität wurden in der Zusammenfassung (siehe Kapitel 4.1) beschrieben. Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse inklusive Zahlenwerten und Messinstrumenten findet sich im Anhang E. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interventionsgruppe auf Grundlage dieser Darstellung nach Selbständigkeit und Lebensqualität präsentiert und nach Wirkung im Vergleich zur Baseline oder zur Kontrollgruppe unterteilt (siehe Tabelle 13). Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse in eine vereinfachte Form mit einer vierstufigen Einteilung überführt. Mit dem Wert 1 wird ausgesagt, dass eine Verschlechterung stattfand, mit dem Wert 4 wird eine signifikante Verbesserung der Werte gezeigt. Die Ergebnisse der Post-Messung werden in der Spalte „Wirksamkeit der Intervention“ dargestellt. Falls Follow-Up-Daten vorhanden sind, werden diese in der Spalte „Nachhaltigkeit der Intervention“ abgebildet. Die Qualität der Studien wird ebenfalls in der Tabelle dargestellt. Die vierstufige Einteilung basiert auf der kritischen Würdigung und der Evidenzlevel wurde nach Sackett et al. (1999) bestimmt.

Tabelle 13: Auswertung der Ergebnisse (nach Signifikanz-Berechnung)

Studie	Wirkung der Intervention				Nachhaltigkeit der Intervention				Qualität	
	Selbständigkeit		Lebensqualität		Selbständigkeit		Lebensqualität		Würdigung	Evidenz
	BL	KG	BL	KG	BL	KG	BL	KG		
Clark et al. (1997) ; Clark et al. (2001)	2*	2	3*	4	1*	1	2*	3	hoch	lb
Horowitz & Chang (2004)	1*	1	2*	1	-	-	-	-	mässig	lb
Liddle et al. (1996)	1	3	2	1	-	-	-	-	tief	lb
Mountain et al. (2008)	2	k.A.	3	k.A.	-	-	-	-	tief	Ila
Sheffield et al. (2013)	k.A.	2°	k.A.	4°	-	-	-	-	mässig	lb
Szanton et al. (2011)	3*	3*	2*	2*	-	-	-	-	gut	Ila
Tuntland et al. (2015)	3*	4	3*	3	3*	4	3*	3	hoch	lb
Zingmark& Bernspång (2011)	4	2	4	2	-	-	-	-	gut	Ila

Anmerkung: BL = Veränderung der Interventionsgruppe von Baseline- zu Post-Messung, KG = Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bei Post-Messung, 1 = signifikante Verschlechterung oder Verschlechterung, 2 = keine Veränderung, 3 = Verbesserung, 4 = signifikante Verbesserung, * = keine Signifikanz-Berechnung durchgeführt, ° = Regressionsanalyse durchgeführt, - = keine Messung durchgeführt

In zwei Studien wurden neben den Ergebnissen auch die Effektstärken publiziert, welche in Tabelle 14 abgebildet sind. Auch hier sind die genauen Werte in Anhang E ersichtlich.

Tabelle 14: Auswertung der Ergebnisse (nach Effektstärke)

Studie	Wirkung der Intervention		Nachhaltigkeit der Intervention		Qualität	
	Selbständigkeit	Lebensqualität	Selbständigkeit	Lebensqualität	Würdigung	Evidenz
Szanton et al. (2011)	mittel	klein bis gross	-	-	gut	Ila
Tuntland et al. (2015)	gross	null bis mittel	mittel	null bis gross	hoch	lb

Anmerkung: null = Effektstärke beträgt 0.0 - 0.29, klein = Effektstärke beträgt 0.3 - 0.49, mittel = Effektstärke beträgt 0.5 - 0.79, gross = Effektstärke beträgt 0.8 - 1.0

Aus statistischer Sicht kann nur von einer tatsächlichen Verbesserung der Selbständigkeit oder der Lebensqualität durch die Intervention gesprochen werden, wenn sich die Werte signifikant gegenüber der Kontrollgruppe veränderten. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch beachtet werden, dass es sich bei der Population um ältere Personen handelt. Menschen können zwar lebenslang lernen (Heinrich, 2013), dennoch wird im Alter mit einem funktionellen Rückgang gerechnet (Höpflinger et al., 2011). Deshalb ist die „Messlatte“ hoch angesetzt, wenn innerhalb weniger Wochen oder Monate eine signifikante Veränderung aufgrund einer Intervention erwartet wird.

Es zeigt sich, dass keine der Interventionen eine signifikante Verbesserung sowohl in der Selbständigkeit, als auch in der Lebensqualität aufweist. Diese Erkenntnis ergibt sich unabhängig davon, ob die Ergebnisse der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe oder gegenüber der Baseline-Messung betrachtet werden. Es können jedoch Trends abgelesen werden, welche im folgenden Kapitel 5 diskutiert werden.

5 Diskussion

Zu Beginn werden einige grundsätzliche Punkte, die es während der Diskussion zu beachten gibt, beschrieben. Anschliessend folgt die Diskussion der Ergebnisse bezüglich Selbständigkeit, Lebensqualität und Nachhaltigkeit der Intervention und es folgt ein Fazit.

5.1 Grundsätzliches zur Diskussion

In den Studien wurden unter anderem interdisziplinäre Interventionen beschrieben, sodass die Ergebnisse nicht nur auf die ergotherapeutische Intervention zurückzuführen sind. Die Interventionen müssen deshalb immer als ganze Einheit betrachtet werden.

Der Begriff der Selbständigkeit und der Lebensqualität werden in den Studien unterschiedlich verstanden, sodass auch verschiedene Messinstrumente verwendet wurden. Diese Schwierigkeit wird auch von Wiener, Hanley, Clark und Van Nostrand (1990, zit. nach Wahl & Schneekloth, 2005) beschrieben. Aufgrund der verschiedenen Messinstrumente können die Ergebnisse nur begrenzt miteinander verglichen werden. Hinzu kommt der Umstand, dass zwar alle inkludierten Studien ein quantitatives Design aufweisen, aber einige der verwendeten Messinstrumente subjektiver Art sind, wie beispielsweise FSQ oder LSI-Z. Dies ist grundsätzlich legitim, da die Einschätzung der Lebensqualität sehr individuell ist und damit dem soziologischen Grundsatz, dass der Klient Experte für sich ist, gerecht werden kann (Anderson, 1999). Es kann aber auch zu Verzerrung bei der Datenerhebung führen, da die soziale Erwünschtheit* und die ‚Effort Satisfaction‘* bei der Beantwortung subjektiver Messinstrumente auch eine Rolle spielen.

Grundsätzlich gilt für die neun inkludierten Studien, dass die Interventionen verschiedene Ansätze beinhalten, unterschiedlich lange dauern und in jeweils anderen Settings* stattfinden. Dementsprechend sind auch die bereits beschriebenen Ergebnisse sehr unterschiedlich ausgefallen. Ausserdem soll vorweg bemerkt werden, dass sich einige Studien vorwiegend auf die Verbesserung der Selbständigkeit, andere auf die Verbesserung der Lebensqualität konzentriert haben, obwohl beide Bereiche gemessen wurden. Dies ist nebst der besseren Übersichtlichkeit der Grund, weshalb die Studien im Anschluss getrennt nach ihrer Wirkung bezüglich Selbständigkeit beziehungsweise Lebensqualität diskutiert werden.

5.2 Selbständigkeit

Innerhalb der neun inkludierten Studien wurde nur bei Tuntland et al. (2015) eine signifikante Verbesserung der Selbständigkeit erzielt. Tuntland et al. (2015) geben allerdings an, dass die Werte zwar signifikant sind und eine grosse Effektstärke aufweisen, jedoch keine klinische Relevanz* nachgewiesen werden konnte. Trotzdem sollten die Ergebnisse in die Diskussion miteinbezogen werden, nicht zuletzt aufgrund der hohen Qualität der Studie und dem Evidenzlevel Ib.

Wird ein Vergleich zwischen dem ‚Reablement‘-Programm von Tuntland et al. (2015) mit dem ‚Lifestyle Redesign‘- und ‚Lifestyle Matters‘-Programm (Clark et al., 1997; Clark et al., 2001; Horowitz & Chang, 2004; Mountain et al., 2008) gemacht, könnte aufgrund der ebenfalls akquisitorischen Intervention auch eine Verbesserung erwartet werden. Diese Programme bewirkten jedoch keine signifikante Veränderung, obwohl das Programm von Clark et al. (1997) mit neun Monaten dreimal so lange dauerte wie dasjenige von Tuntland et al. (2015). Die Ergebnisse kommen möglicherweise durch den unterschiedlichen Schwerpunkt der Interventionen zustande: Die Intervention von Tuntland et al. (2015) verfolgt das Ziel der Wiederbefähigung, Clark et al. (1997), Horowitz und Chang (2004) und Mountain et al. (2008) wollten hingegen einen gesunden und zufriedenstellenden Lebensstil fördern. Ein weiterer Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse könnte im interprofessionellen Ansatz liegen, der nur bei Tuntland et al. (2015) gegeben war. Szanton et al. (2011) untersuchten ebenfalls ein interprofessionelles Programm, jedoch führten sie trotz ihrer ansonsten guten Studienqualität aufgrund des Pilot-Charakters ihrer Studie keine Signifikanz-Berechnungen durch. Auch unterscheiden sich die Messinstrumente von Szanton et al. (2011) und Tuntland et al. (2015), weshalb sich kein direkter Vergleich der Ergebnisse anstellen lässt.

Ein direkter Vergleich der Ergebnisse bezüglich Selbständigkeit ist nur bei Clark et al. (1997) und Horowitz und Chang (2004) aufgrund desselben Messinstrumentes FSQ möglich. Die Teilnehmenden von Horowitz und Chang (2004) verschlechterten sich in ihren ADL- und IADL-Fähigkeiten bezüglich Baseline und bezüglich Kontrollgruppe. Clark et al. (1997) hingegen zeigten eine Verschlechterung in den ADL- und eine leichte Verbesserung in den IADL-Fähigkeiten auf. Die unterschiedlichen Ergebnisse in den ADL- und den IADL-Fähigkeiten decken sich mit Erkenntnissen aus der Berliner Altersstudie. Diese besagt, dass eine gewisse Kompetenz und Performanz in den ADLs eine

notwendige Voraussetzung für die Ausführung der IADIs ist (Balters, Maas, Wilms & Borchelt, 2010), wobei der Fokus von Clark et al. (1997) auf die Verbesserung der IADL gesetzt wurde.

Im Gegensatz zu Clark et al. (1997) ist bei Horowitz und Chang (2004) aufgrund der chronisch-kranken Teilnehmenden mit einer tendenziellen Verschlechterung der Selbständigkeit aufgrund stärker funktionellen Einschränkungen zu rechnen. Dies bestätigt sich durch die um 10 Punkte tieferen Baseline-Werte der Stichprobe von Horowitz und Chang (2004). Sie beschreiben auch, dass aufgrund der gebrechlichen Studienteilnehmenden wenig Potential zur Verbesserung vorhanden ist. Was wiederum bedeuten würde, dass trotz nicht signifikanter Verbesserungen in der Studie die Intervention bereits einen positiven Effekt auf die Selbständigkeit zeigen kann. Dies war bei Horowitz und Chang (2004) jedoch nicht der Fall, da eine Verschlechterung gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt werden konnte, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Anpassung des ‚Lifestyle Redesign‘ an das Setting im Tageszentrum nicht gelungen ist.

Im Bereich der kompensatorischen Interventionen haben Liddle et al. (1996) und Szanton et al. (2011) zwar keine signifikanten, aber dennoch Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt. Die Studie von Szanton et al. (2011), welche in Evidenzlevel und Qualität derer von Liddle et al. (1996) überlegen ist, hat zusätzlich zur Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe auch eine Verbesserung gegenüber der Baseline erreicht. In beiden Interventionen wurde schwerpunktmässig im kompensatorischen Modell behandelt, sodass Wohnraumanpassungen vorgenommen wurden. Szanton et al. (2011) zielten neben den extrinsischen Faktoren auch auf die intrinsischen Faktoren der Klientinnen und Klienten ab, wohingegen Liddle et al. (1996) sich auf die Anpassung der Umwelt beschränkten. Wie bereits in Kapitel 2.3 ausgeführt, spielt im Leben älterer Menschen das Wohnumfeld eine zentrale Rolle. Anpassungen im Wohnumfeld sind ein möglicher Schritt, um die Selbständigkeit im Alter zu erhalten, können sich aber als schwierige Hürde herausstellen, vor allem wenn aus Sicht der älteren Person kein Handlungsbedarf besteht (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014) und das Zuhause gefüllt ist mit wertvollen Erinnerungen (Pynoos & Regnier, 1991). Befragungen haben ergeben, dass die überwiegende Mehrheit älterer Menschen auch bei schwerwiegenden Mängeln der Wohnung in ihrem Zuhause bleiben möchte (Berting-Hüneke et al., 2002; Höpflinger & Van Wezemaal, 2014). Um zuhause bleiben zu können, sind sie im Allgemeinen aber

bereit für Anpassungsmassnahmen und professionelle Hilfe (Berting-Hüneke et al., 2002). Deshalb sollten Wohnraumanpassungen gut mit den Klientinnen und Klienten im Vorfeld abgesprochen werden und der klientenzentrierte Ansatz verfolgt werden.

Sheffield et al. (2013), welche eine Untersuchung zu ‚Ageing in Place‘ vornahmen und den Schwerpunkt im kompensatorischen Modell legten, konnten jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Intervention und veränderter Selbständigkeit feststellen. Bei Sheffield et al. (2013) wurden zwar die Familienangehörige miteinbezogen und somit eine Klientenzentrierung verfolgt, bei Szanton et al. (2011) wurde aber zusätzlich zur Klientenzentrierung bewusst auf das ‚Motivational Interviewing‘ gesetzt. Durch das ‚Motivational Interviewing‘ wird die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten gefördert (Miller & Rollnick, 2012), was wiederum die Motivation erhöht etwas Neues zu erlernen (Wirsing, 2000). Diese Lernbereitschaft ist nötig, damit sie sich bei kompensatorischen Interventionen auf die Benutzung von Hilfsmitteln oder Wohnraumanpassungen einlassen können, weshalb der Motivation besondere Beachtung geschenkt werden sollte.

Bezüglich Motivation beschreiben (Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville & Morris, 2009) folgenden Zusammenhang: „When older adults gave up an activity due to an environmental barrier, they no longer identified the activity as a potential target for intervention“ (S.4). Dies könnte die Umsetzung des ‚Reablement‘-Programms von Tuntland et al. (2015) beeinflusst haben, da durch die Messung mit dem COPM allfällig aufgegebene Aktivitäten gar nicht erfasst wurden. Die Ideologie des ‚Lifestyle Redesign‘-Programms setzt erst an diesem Punkt an, denn Clark et al. (1997) gehen davon aus, dass bedeutungsvolle Betätigungen bereits aufgegeben wurden oder mit zunehmendem Alter aufgegeben werden. Deshalb versuchen sie die Teilnehmenden schrittweise wieder in diese Aktivitäten zurückzuführen. So sollen mehr Möglichkeiten und Selbstbestimmung realisiert werden.

Im Gegensatz zum ‚Lifestyle Redesign‘ setzen Zingmark und Bernspång (2011) bereits an, bevor die Aktivitäten aufgegeben werden, indem sie Badaktivitäten in verschiedenen Abstufungen üben und Hilfsmittel abgeben. Zingmark et al. (2011) haben damit einerseits den ADL- und IADL- Fähigkeiten gegenüber der Kontrollgruppe keine wesentlichen Veränderungen erreicht, konnten andererseits aber bei der Interventionsgruppe den pflegerischen Aufwand signifikant reduzieren. Es wurde ausserdem eine signifikante

Verbesserung gegenüber der Baseline erreicht, was zusammen mit den Wohnraumanpassungen von Liddle et al. (1996) und Szanton et al. (2011) dafür spricht, dass kompensatorische Interventionsmodelle einen wesentlichen Beitrag zur Selbständigkeit leisten können. Die Ergebnisse von Zingmark und Bernspång (2011) sind dennoch mit Vorsicht zu interpretieren, da die Stichprobe aus Klientinnen und Klienten bestand, welche kurz zuvor aus dem Spital entlassen wurden. Eine gewisse Remission der Einschränkungen war somit zu erwarten, auch wenn keine Interventionen stattfinden. Ausserdem wurde in der Interventionsplanung festgelegt, dass solange Interventionen stattfinden, bis sich die Teilnehmer selbständig duschen und ankleiden können oder keine weiteren Verbesserungen mehr zu erwarten sind (Zingmark & Bernspång, 2011).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Interventionen des kompensatorischen Ansatzes grundsätzlich eine gute Wirkung auf die Selbständigkeit haben, allerdings nur wenn die Klientinnen und Klienten miteinbezogen werden wie beim CAPABLE-Programm von Szanton et al. (2011). Sie setzten dazu unter anderem das ‚Motivational Interviewing‘ ein. Ebenfalls gute Ergebnisse bezüglich Selbständigkeit zeigte das ‚Reablement‘-Programm von Tuntland et al. (2015). So würde eine Mischung aus Wohnraumanpassungen und Training von ADL- und IADL-Fähigkeiten durchgeführt von einem interprofessionellen Teams die beste Wirkung zeigen.

5.3 Lebensqualität

Clark et al. (1997) sind die einzigen, die mit ihrer Intervention eine signifikante Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe erreichten. Sheffield et al. (2013) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Intervention und Verbesserungen der Lebensqualität nachweisen.

Wie bereits in den Ergebnissen (siehe Kapitel 4.2.6) erwähnt, wurde bei vier Interventionen der Schwerpunkt im akquisitorischen Modell gesetzt, wovon alle Interventionen mit Ausnahme von Horowitz et al. (2004) eine Verbesserung gegenüber der Baseline erreichten. Bei Mountain et al. (2004) wurden keine Messungen gegenüber der Kontrollgruppe gemacht. Da aber die Kontrollgruppe dieselbe Intervention erhielt, aber von der Ergotherapie-Assistenz anstatt der Ergotherapie durchgeführt wurde, kann der Vergleich zur Baseline als ausreichend betrachtet werden. Wie bereits erwähnt wurden aufgrund des Pilot-Charakters der Studie keine Berechnungen zur Signifikanz

durchgeführt. Die Ergebnisse bei Horowitz und Chang (2004), welche eine Verschlechterung der Lebensqualität gegenüber der Kontrollgruppe und nur knapp gleichbleibende Werte zur Baseline zeigen, liegt vermutlich an der Stichprobe, welche aus chronisch-kranken Personen bestand. Dies stimmt mit Aussagen von Hellström, Persson und Hallberg (2004) überein, dass chronisch kranke Menschen, welche Hilfe in den alltäglichen Aktivitäten benötigen, eine deutlich geringere Lebensqualität aufweisen als diejenigen ohne Unterstützungsbedarf. Der Rückgang der Lebensqualität bei Horowitz und Chang (2004) könnte deshalb im Zusammenhang mit der Verschlechterung der Selbständigkeit stehen. Die Unterschied der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe bezüglich Lebensqualität spricht dafür, dass entweder die Adaptation an das Setting des Tageszentrums nicht gelungen ist (vergleiche mit Kapitel 5.2), oder die Interventionsdauer von 16 Wochen zu kurz war, um eine tatsächliche Veränderung herbeizuführen. Schlussendlich weist, wie bereits beschrieben, einzig das ‚Lifestyle Redesign‘ von Clark et al. (1997, 2001) signifikante Verbesserungen der Lebensqualität auf. Dies könnte nebst den bereits beschriebenen Gründen auch daran liegen, dass Clark et al. (1997) das längste und intensivste Programm hatten. Hinzu kommt, dass sie mit einer wesentlich grösseren Stichprobe gearbeitet haben, wodurch bereits kleinere Veränderungen eine Signifikanz aufweisen.

Die kleine Stichprobengrösse hatte vermutlich auch einen Einfluss auf die Ergebnisse von Liddle et al. (1996): Die Wohnungsanpassungen erreichten eine nicht-signifikante Verbesserung der Lebensqualität um zwei Punkte gegenüber der Baseline bei der Messung mit LSI-Z. Bei Clark et al. (1997) verbesserte sich die Interventionsgruppe gegenüber der Baseline lediglich um 1.6 Punkte, trotzdem handelt sich signifikante Verbesserung. Da die Studie von Liddle et al. (1996) jedoch eine tiefe Qualität aufweist, sind die Ergebnisse von Clark et al. (1997) stärker zu gewichten.

Neben den bereits besprochenen akquisitorischen Interventionen (Clark et al., 1997; Horowitz & Chang, 2004; Mountain et al., 2008) wird nun die interprofessionelle Intervention von Tuntland et al. (2015) betrachtet, welche als einzige nicht mit dem ‚Lifestyle Redesign‘ verknüpft ist. Zwar erzielte die Interventionsgruppe sowohl gegenüber der Kontrollgruppe als auch gegenüber der Baseline eine Verbesserung, was für die Intervention gegenüber den Spitex-Dienstleistungen spricht. Da aber keine signifikanten Verbesserungen nachgewiesen wurden und die Effektstärken eher schwach ausfielen (null bis mittel), kann dies nicht abschliessend beurteilt werden. Aufgrund der ansonsten guten

Qualität der Studie und der klientenzentrierten Zielsetzung, können doch Teilaspekte dieses ‚Reablement‘-Programms übernommen werden, auch weil die Intervention der Spitex alleine überlegen scheint.

Die vorwiegend kompensatorische Intervention von Zingmark und Bernspång (2011) zeigte zwar eine signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe gegenüber der Baseline, jedoch keinen wesentlichen Unterschied gegenüber der Kontrollgruppe. Da sich auch die von der Spitex unterstützte Kontrollgruppe deutlich verbesserte, kann nicht von einem Nutzen der Intervention ausgegangen werden. Allerdings waren neben dem Schwerpunkt in kompensatorischen Interventionen 30 Prozent der Interventionen akquisitorisch. Wie bereits erwähnt (siehe Kapitel 5.2), zeigte die Berliner Altersstudie auf, dass eine gewisse Kompetenz und Performanz in den ADLs eine notwendige Voraussetzung für die Ausführung der IADLs ist, welche wiederum die Lebensqualität bestimmen (Balters et al., 2010). Diese Aussage wird von Zingmark und Bernspång (2011), die ihren Fokus auf der Förderung der Selbständigkeit legten, auch vertreten.

Sheffield et al. (2013) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer rein kompensatorischen Intervention (Wohnraumanpassung, Training und Einsatz von Hilfsmitteln) und der Lebensqualität nachweisen. Allerdings verbesserte sich die Lebensqualität in der ebenfalls rein kompensatorischen Intervention von Liddle et al. (1996) nicht. Sheffield et al. (2013) bezogen die Angehörigen mit ein, verfolgten klientenzentrierte Ziele und trainierten den Umgang mit Hilfsmitteln. Liddle et al. (1996) hingegen führten Wohnraumanpassungen aufgrund der Empfehlung der Ergotherapie aus, ohne dass eine Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Klienten erwähnt wird. Dies spricht wie bereits in den Ausführungen zur Selbständigkeit für klientenzentrierte Interventionen. Zudem sollte der Umgang mit Hilfsmitteln geübt werden. Dies wird von Van Haastregt, Diederiks, van Rossum, de Witte und Crebolder (2000, zit. nach Steultjens et al., 2004, S.459) bestätigt, da die Effizienz von Hausbesuchen vom Miteinbezug der Klientinnen und Klientinnen abhängt. Diese Erkenntnis würde erneut, wie bereits bei der Selbständigkeit, ebenfalls für die Intervention von Szanton et al. (2011) sprechen. Sie vertreten den Standpunkt, dass Veränderungen sowohl bei den extrinsischen, als auch bei den intrinsischen Faktoren ansetzen sollten. Szanton et al. (2011) erreichten jedoch mehrheitlich gleichbleibende Ergebnisse bezüglich Lebensqualität, auch berechneten sie sehr unterschiedliche Effektstärken (klein bis gross) je nach Messinstrument, sodass die

Ergebnisse von Szanton et al. (2011) für eine Empfehlung wenig miteinbezogen werden können.

Alle Interventionen, welche eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht haben, haben Anpassungen der Betätigung thematisiert (Clark et al., 1997; Mountain et al., 2008; Sheffield et al., 2013; Tuntland et al., 2015). Dabei wurden mehrere Aspekte der Lebensqualität, wie beispielsweise der Wunsch nach sozialer Partizipation und Enablement* (Canadian Association of Occupational Therapists, 2007, adaptiert von Townsend und Polatajko, 2013) miteinbezogen. Arbesman und Mosley (2012) merken ausserdem an, dass ein starkes anhaltendes soziales Netzwerk zu weniger physischen und kognitiven Abnahmen und zu einer verbesserten Lebensqualität führen. Bis zu 45 Prozent der über 60-Jährigen haben niemanden, mit dem sie über persönliche Anliegen sprechen können und soziale Beziehungen nehmen mit zunehmendem Alter ab (Mayer et al., 2010). Aus der Studie von Hellström et al. (2004) geht ausserdem hervor, dass Einsamkeit einen starken negativen Einfluss auf die Lebensqualität hat, was die Verbesserungen der Lebensqualität in den Gruppenprogrammen von Clark et al. (1997) und Mountain et al. (2008) erklären würde. So beschreiben Stav, Hallenen, Lane und Arbesman (2012) in ihrem Review, dass neben dem Aktivsein, auch soziale Interaktion zur Verbesserung der Lebensqualität und der ADL-Performanz beiträgt. Clark et al. (2001) merken ausserdem an, dass Aktivsein allein nicht ausreicht, sondern die Aktivitäten bedeutungsvoll sein müssen, um die Selbständigkeit und die Lebensqualität zu verbessern. Auch andere akquisitorische Intervention wie von Tuntland et al. (2015) zeigen eine gute Wirkung. Bei der Intervention von Sheffield et al. (2013) liegt der entscheidende Punkt im Gegensatz zu den anderen kompensatorischen Interventionen in der Klientenzentrierung und im Strategietraining.

5.4 Nachhaltigkeit der Ergebnisse

Sowohl Tuntland et al. (2015) als auch Clark et al. (2001) haben nach sechs Monaten eine Follow-Up-Messung vorgenommen. Die Ergebnisse von Tuntland et al. (2015) bezüglich Selbständigkeit und Lebensqualität blieben dabei weitgehend stabil. Die Werte von Clark et al. (2001) hingegen zeigten eine deutliche Verschlechterung gegenüber der Kontrollgruppe im Bereich der Selbständigkeit, die guten Werte in der Lebensqualität können teilweise aufrechterhalten werden. Diese Unterschiede sind erstaunlich, da die Interventionsphase bei Clark et al. (1997) mit neun Monaten deutlich länger war als

diejenige von Tuntland et al. (2015) mit maximal drei Monaten. Wie bereits beschrieben sind beide Interventionen vorwiegend dem akquisitorischen Modell zuzuordnen. Es scheint, dass der klientenzentrierte und interprofessionelle Ansatz, sowie der Schwerpunkt auf der Wiederbefähigung („Reablement“) besser wirkt als die eher generell gehaltenen Gruppeninterventionen von Clark et al. (1997). Bemerkenswert ist, dass bei Clark et al. (1997) trotz der neun Einzelinterventionen schlechtere Ergebnisse wie bei Tuntland et al. (2015) erreicht wurden. Möglicherweise muss deshalb der Faktor der Remission bei Tuntland et al. (2015) und eine tendenzielle Verschlechterung der Teilnehmenden bei Clark et al. (1997, 2001) stärker gewichtet werden, sodass das „Lifestyle Redesign“ trotzdem ihre Gültigkeit haben kann.

5.5 Beantwortung der Fragestellung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte dargelegt werden, welche evidenzbasierten ergotherapeutischen Interventionen es gibt, die einen positiven Einfluss sowohl auf die Selbständigkeit als auch auf die Lebensqualität von zuhause lebenden älteren Menschen zeigen. Werden die Erkenntnisse aus der vorherigen Diskussion zusammengefasst, ergibt sich folgende Erkenntnisse:

Die kompensatorischen Interventionen von Szanton et al. (2011) gemeinsam mit dem akquisitorischen ADL- und IADL-Training von Tuntland et al. (2015) ermöglichen eine selbständige Alltagsgestaltung. Die akquisitorischen Gruppen- und Einzelinterventionen von Clark et al. (1997) und Mountain et al. (2008), sowie das kompensatorische Strategietraining von Sheffield et al. (2013) bewirken eine hohe Lebensqualität. Es muss festgehalten werden, dass die Interventionen jeweils Aspekte aus beiden Interventionsmodellen beinhalteten, obwohl in den vorherigen Kapiteln vorwiegend deren Schwerpunkte diskutiert wurden. Eine Kombination scheint deshalb notwendig, um sowohl die Selbständigkeit als auch die Lebensqualität zu fördern. Die Interventionen aller inkludierten Studien wurden domizil durchgeführt, weshalb keine Diskussion über den Einfluss der Domizilbehandlung möglich war.

Bei der Diskussion der Ergebnisse erwies sich sowohl bei der Selbständigkeit als auch bei der Lebensqualität die Klientenzentrierung als wesentlichen Aspekt für den Nutzen der Intervention. Die Klientenzentrierung beinhaltete individuelle Zielsetzungen (Sheffield et al., 2013; Tuntland et al., 2015), „Motivational Interviewing“ (Szanton et al., 2011) und das

Eingehen auf die persönlichen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten (Clark et al., 1997; Mountain et al., 2008).

Die von der Ergotherapie postulierte Betätigungsbasierung wurde in den Interventionen umgesetzt, indem als wichtig eingestufte Aktivitäten trainiert wurden (Sheffield et al., 2013; Szanton et al, 2011; Tuntland et al., 2015) oder neue Betätigungen entwickelt wurden (Clark et al., 1997; Mountain et al., 2008).

6 Schlussfolgerung

Abschliessend wird aus der Diskussion eine Schlussfolgerung abgeleitet und daraus Empfehlungen für die Praxis formuliert. Zudem werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit und Empfehlungen für weitere Forschungen genannt.

6.1 Fazit

Die Ergebnisse illustrieren, dass kompensatorische Interventionen wie Wohnraumanpassungen und Hilfsmittelabgaben die Selbständigkeit als auch die Lebensqualität von älteren, zuhause lebenden Personen positiv beeinflussen. Allerdings reicht es nicht aus, den Klientinnen und Klienten Empfehlungen mitzugeben. Für einen nachhaltigen Erfolg sollte der Umgang mit den Hilfsmitteln und Anpassungen trainiert werden. Es sollten demnach nicht nur Anpassungen an der Umwelt vorgenommen werden, sondern auch dem Menschen Unterstützung gegeben werden, um sich mit den neuen Gegebenheiten im Alter zurechtzufinden.

Mit Interventionen aus dem akquisitorischen Modell können intrinsischen Faktoren verändert, bereits aufgegebenen Aktivitäten wieder aufgenommen oder neue Betätigungen entwickelt werden.

Die Gruppeninterventionen haben den Vorteil, dass sie nicht nur die Motivation der Teilnehmenden positiv beeinflussen, um länger aktiv zu bleiben, sondern auch die Möglichkeit geben, Erfahrungen auszutauschen. So können neue Betätigungen und Fähigkeiten erlernt und ausprobiert werden. Aktivsein allein reicht aber nicht aus, um die Selbständigkeit und Lebensqualität zu fördern. Erst wenn das Aktivsein ein bedeutungsvolles Ziel verfolgt, kann eine sinnvolle Förderung der Selbständigkeit und der Lebensqualität erfolgen.

Selbständigkeit und Lebensqualität können nur gemeinsam als Ziel einer Intervention gesehen werden. Sie beeinflussen sich zwar gegenseitig, dennoch reicht es nicht aus den Fokus auf einen der beiden Bereiche zu legen, wenn eine langanhaltende positive Veränderung erzielt werden soll.

Für den Übertrag der Interventionen auf den schweizerischen Kontext müssen einige Punkte beachtet werden. So sind die Stichproben der einzelnen Studien nicht immer mit

der Durchschnittsbevölkerung der Schweiz vergleichbar, weshalb darauf geachtet werden sollte, dass die ausgewählte Intervention zum jeweiligen Klientel passt. Ausserdem sollte beachtet werden, dass teilweise andere kulturelle, gesundheitspolitische oder gesellschaftliche Voraussetzungen gegeben sind. So stellt beispielsweise die Ergotherapie in der Schweiz aktuell noch keinen festen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung (‚Primary Care‘) dar, was einerseits das Erreichen der Zielgruppe erschwert, andererseits sich die Finanzierung der Angebote anders als in den vorgestellten Studien gestaltet

6.2 Theorie-Praxis-Transfer

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse lassen sich für die Förderung und den Erhalt der der Selbständigkeit und der Lebensqualität von zuhause lebenden alten Menschen, nachfolgende Empfehlungen für die Praxis ableiten:

In der Schweiz praktizierende Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sollen nach den ergotherapeutischen Grundsätzen der Klientenzentrierung und Betätigungsbasierung arbeiten. Für den Praxisalltag bedeutet das, dass die Wohnraumanpassungen in enger Absprache mit den Klienten und unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und ihres Betätigungsverhalten vorgenommen werden. Wenn zusätzlich Hilfsmittel abgegeben werden, muss deren Einsatz im Alltag und nach Möglichkeit im domizilen Setting eingeübt werden. So beschreibt das ‚Reablement‘-Programm (siehe Kapitel 4.2.4) viele wichtige Komponenten einer erfolgreichen kompensatorischen Intervention.

Um die Motivation für Veränderungen und Anpassungen im Alltag und die nachhaltige Benutzung der Hilfsmittel zu fördern, sollten Interventionen akquisitorisch gestaltet werden. Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können dazu ihr Wissen zum ‚Motivational Interviewing‘ und ihr ‚Use of self‘ einsetzen. Als ebenfalls hilfreich für die Implementierung von Veränderungen stellte sich das Gruppensetting heraus. So können die einzelnen Klientinnen und Klienten ihre Erfahrungen teilen und erhalten immer wieder neue Anstösse für Veränderungen. So können auch bereits aufgegebenen Betätigungen wieder aufgenommen oder neue entwickelt werden. Dazu empfehlenswert sind vor allem Programme wie das ‚Lifestyle Redesign‘ (siehe Kapitel 4.2.3). Eine deutsche Version ist mit dem Manual zu ‚Tatkraft‘ vorhanden oder werden aktuell im ‚blijf gezond‘-Projekt entwickelt.

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können und sollen auch weitere eigene Projekte und Programme entwickeln, um die Selbständigkeit und die Lebensqualität von noch zuhause Lebenden älteren Mensch zu beeinflussen. Dazu sollte eine enge Zusammenarbeit mit andere Programmen, beispielsweise der Pro Senectute oder dem übergeordneten Programm ‚Via‘ der Gesundheitsförderung Schweiz, angestrebt werden.

6.3 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Trotz der hohen Systematik bei der Literaturrecherche kann nicht unbedingt von einer Datensättigung ausgegangen werden, da die Datenbanken von jeweils einer Verfasserin der vorliegenden Arbeit durchsucht und keine Zweitsuche durch die andere Verfasserin vorgenommen wurde. Allerdings wurden in den beiden letzten Datenbanken (OTDBase, OTSeeker) keine neuen Treffer erzielt.

Zudem musste bei der Datenauswertung festgestellt werden, dass einige möglicherweise wichtigen Keywords, beispielsweise „health promotion“ oder „preventi*“, bei der Literaturrecherche nicht verwendet wurden. Bei einer nachträglichen Überprüfung in zwei Datenbanken (AMED, CINAHL) wurden dennoch keine neuen, passenden Treffer erzielt. Zu Beginn der Arbeit wurde der Schwerpunkt auf die Lebensqualität gelegt und das Wohlbefinden ausgeschlossen. Im Nachhinein zeigte sich, dass der Einbezug von Wohlbefinden und dementsprechend dem Keyword „well-being“ weitere Erkenntnisse liefern könnte.

Die anschliessende Auswertung der Ergebnisse und Würdigung der Studien wurde nach bestem Wissen der Verfasserinnen ausgeführt, trotzdem könnten aufgrund der beschränkten Erfahrungen zu statistischen Verfahren gewisse Fehlinterpretationen entstanden sein.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden die Bereiche Selbständigkeit und Lebensqualität abstrahiert, indem lediglich Messinstrumente betrachtet wurden, welche explizit einer der beiden Bereiche massen. Zum einen wurden damit die unterschiedlichen Definitionen zu Selbständigkeit und Lebensqualität nicht beachtet, zum anderen wurden die Ergebnisse von gewissen Messinstrumenten nicht einbezogen, welche ein vollständigeres Bild zeichnen würden. Somit gingen möglicherweise wichtige Informationen verloren, wie zum Beispiel in Bezug auf die Lebensqualität der Rückgang

einer Depression (GDS). Auch weisen die Messinstrumente an sich unterschiedliche Validität und Reliabilität auf. Diese wurden soweit als möglich bei der vierstufigen Einteilung der Ergebnisse berücksichtigt, indem die Ergebnisse eines validen Messinstrumentes mehr Gewicht gegeben wurden. Aufgrund der unterschiedlichen Messinstrumente lassen sich die Ergebnisse verschiedener Studien nur bedingt miteinander vergleichen. Auch zeigten sich einige der verwendeten Messinstrumente relativ unsensibel gegenüber Veränderung, sodass Veränderungen subjektiv von den Teilnehmenden wahrgenommen, aber nicht durch das Messinstrument erfasst wurden.

Die Interventionen der inkludierten Studien sind sehr unterschiedlich. Dieser Umstand wurde soweit als möglich in der Diskussion beachtet, trotzdem sollten die Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis mit gewisser Vorsicht angewendet werden, da für keine der Intervention mehrere Studien inkludiert werden konnten.

6.4 Empfehlung für weitere Forschung

Um einen angemessenen Vergleich der vorgestellten Interventionen nicht nur aufgrund einiger Teilaspekte oder zugrunde liegenden Interventionsmodellen zu machen, sind weitere Studien zu den einzelnen Interventionen nötig.

Um diese Studien angemessen auswerten zu können, werden valide, reliable sowie sensible Messinstrumente für die Population der älteren Menschen benötigt. Durch verlässliche und vergleichbare Messinstrumente können die Interventionen aussagekräftig beurteilt und in Reviews einander gegenübergestellt werden.

Anschliessend an die Aufbereitung von evidenzbasierten Interventionen ist nun auch eine Betrachtung bezüglich der Kosteneffizienz notwendig. Besonders in Bezug auf die Selbständigkeit könnten allfällige Forschungen zur Kosten-Nutzenanalyse wertvolle Hinweise für die Ergotherapie liefern und als Argument für die Rechtfertigung der Intervention gegenüber Krankenversicherungen dienen.

Des Weiteren besteht Forschungsbedarf zur umfassenden Wirksamkeit der Ergotherapie im Bereich der Gesundheitsförderung im Alter. Nur damit kann die Ergotherapie einen festen Platz in zukünftigen Programmen zur Behandlung und Förderung von älteren Menschen einnehmen und nachhaltig zur Verbesserung der Lebenssituationen und der Lebensqualität beitragen.

Ebenfalls interessant für ein weiteres Review wären die hier bewusst ausgeklammerte Zusammenstellung evidenzbasierter Interventionen zur Förderung von Selbständigkeit und Lebensqualität bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Supplement 1), 1-48.
- Anderson, H. (Hrsg.). (1999). *Das therapeutische Gespräch. Der gleichberechtigte Dialog als Perspektive der Veränderung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Arbesman, M. & Mosley, L. (2012). Systematic review of occupation-and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 277-283.
- Balters, M., Maas, I., Wilms, H. & Borchelt, M. (2010). Alltagskompetenzen im Alter. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In U. Lindenberger, J. Smith, K. Mayer & P. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3. Aufl.)(S. 549-566). Berlin: Akademie Verlag.
- Barofsky, I. (2012). Can quality or quality-of-life be defined? *Quality of Life Research*, 21(4), 625-631.
- Becker, S. (2012). Demografische Herausforderungen. In P. Bechtel & I. Smerdka-Arhelger (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten. Eine Führungsaufgabe* (S. 15-23). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Berting-Hüneke, C., Langner, D., Lüttje, D. & Postina, E. (2002). *Selbstständigkeit im Alter erhalten. Eine Einführung in die geriatrische Rehabilitation* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A. & Stuck, A. (2007). *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt*. Heruntergeladen von <http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/arbeitsdokument-21-d.pdf> am 10.04.2016
- Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geissler, D., Düchting, M., Kahrs, A., Kasper, N., . . . Winkelmann, B. (2007). Forschungspyramide: Diskussionsbeitrag zur Evidenzbasierten Praxis in der Ergotherapie. *Ergoscience*, 2(2), 56-63.

- Bundesamt für Gesundheit. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230)*. Heruntergeladen von http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07495/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCGelR6fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- am 28.04.2016
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. Heruntergeladen von http://www.bag.admin.ch/gesundheitspolitik/2013/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdIF4gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- am 04.04.2016
- Bundesamt für Statistik. (2010). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060*. Heruntergeladen von <https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAAahUKEwjjr4PD0-jlAhXLbhQKHR8fAJQ&url=http%3A%2F%2Fwww.bfs.admin.ch%2Fbfs%2Fportal%2Fde%2Findex%2Fnews%2Fpublikationen.Document.132799.pdf&usq=AFQjCNEKhy06awrBVIsRgJEoCNY9MS28Aw&bvm=bv.106130839,d.d24> am 12.10.2015
- Bundesamt für Statistik. (2014a). *Gesundheitsstatistik 2014*. Heruntergeladen von <https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjABahUKEwjy3-X8pejIAhXFtxQKHdahBGs&url=http%3A%2F%2Fwww.bfs.admin.ch%2Fbfs%2Fportal%2Fde%2Findex%2Fnews%2Fpublikationen.Document.193423.pdf&usq=AFQjCNG0gnn68rCtZr4ObSlpzWXDSiPu9Q&bvm=bv.106130839,d.d24> am 12.10.2015
- Bundesamt für Statistik. (2014b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.183156.pdf> am 12.10.2015
- Bundesamt für Statistik. (2014c). *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2013. Zahlen und Trends*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.187240.pdf> am 12.10.2015
- Carlson, M., Fanchiang, S., Zemke, R. & Clark, F. (1996). A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 89-98.
- Clark, F., Azen, S., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., . . . Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326.

- Clark, F., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Florindez, L., Gleason, S., . . . Vigen, C. (2015). *Lifestyle Redesign. The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies* (2. Aufl.). Bethesda: American Occupational Therapy Association.
- Clark, F., Azen, S., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., . . . Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B(1), 60-63.
- Claudiana. (n.d.). *Ergotherapie. Was bietet sie heute und in Zukunft?* Heruntergeladen von http://www.claudiana.bz.it/downloads/DACHS_deutsch.pdf am 23.04.2015
- Craig, C. & Mountain, G. (2007). *Lifestyle Matters. An occupational approach to healthy ageing*. Brackley: Speechmark Publishing.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie. Deutsch - Englisch, Englisch - Deutsch. Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe - Definitionen und Erläuterungen*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2014). *Tatkraft... Gesundheit im Alter durch Betätigung. Das Programm*. Heruntergeladen von <https://www.dve.info/print/ergotherapie/tatkraft.html> am 25.04.2016
- dict.cc. (n.d.). *Deutsch-Englisch-Wörterbuch*. Heruntergeladen von <http://www.dict.cc/> an [mehrere Daten]
- EQ-5D. (n.d.). *How to report*. Heruntergeladen von <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d/how-to-report.html> am 28.04.2016
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie 2005*. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf am 29.10.2015
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2012). *Definitionen der Ergotherapie*. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ergoinfo/D%C3%A9finitions%20de%20l%E2%80%99ergoth%C3%A9rapie_D.pdf am 05.10.2015
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (n.d.). *Projekte. DACHS-Projekt: Ergotherapie 2010*. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=35&ID=6> am 20.04.2016
- Fisher, A. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Interventionen*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24(5), 675-691.

Gesundheitsförderung Schweiz. (2014a). *Gesundheitsförderung im Alter - Handeln lohnt sich! Argumentarium*. Heruntergeladen von http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Argumentarium_Handeln_lohnt_sich.pdf am 09.04.2016

Gesundheitsförderung Schweiz. (2014b). *Via - Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Projektbeschreibung 2014-2016*. Heruntergeladen von http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Projektbeschreibung_2014-2016.pdf am 09.04.2016

Gesundheitsförderung Schweiz. (2014c). *Via: Ein interkantonales Projekt zur Gesundheitsförderung im Alter. Projektabschlussbericht 2010-2013*. Heruntergeladen von http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_017_GFCH_2014-01_-_Via-Projektabschlussbericht_2010-2013.pdf am 09.04.2016

Gesundheitsförderung Schweiz. (2015). *Evaluation Via 2015. Erkenntnisse und Empfehlungen im Hinblick auf den Aufbau eines kantonalen Aktionsprogramms Gesundheitsförderung im Alter*. Heruntergeladen von http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Faktenblatt_009_GFCH_2015-10_-_Evaluation_Via_2015.pdf am 09.04.2016

Gesundheitsförderung Schweiz. (n.d.). *Glossar*. Heruntergeladen von <http://quintessenz.ch/de/concepts> am 18.04.2016

Gitlin, L., Hauck, W., Dennis, M., Winter, L., Hodgson, N. & Schinfeld, S. (2009). Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: Results from a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 476-481.

Gitlin, L., Hauck, W., Winter, L., Dennis, M. & Schulz, R. (2006). Effect of an in-home occupational and physical therapy intervention on reducing mortality in functionally vulnerable older people: Preliminary findings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 950-955.

Gitlin, L., Winter, L., Dennis, M., Corcoran, M., Schinfeld, S. & Hauck, W. (2006). A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 809-816.

- Gitlin, L., Winter, L., Dennis, M. & Hauck, W. (2008). Variation in response to a home intervention to support daily function by age, race, sex, and education. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A(7), 745-750.
- Heinrich, C. (2013, 28.11.2013). Lernen im Alter? Yes we can! *Zeit Online*. Verfügbar unter <http://www.zeit.de/2013/49/interview-lernforscher-aeltere-neues-lernen>
- Hellström, Y., Persson, G. & Hallberg, I. (2004). Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 584-593.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. & Van Wezemaal, J. (Hrsg.). (2014). *Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends*. Zürich: Seismo.
- Horowitz, B. & Chang, P. (2004). Promoting well-being and engagement in life through occupational therapy Lifestyle Redesign: A pilot study within adult day programs. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20(1), 46-58.
- Isoqol. (n.d.). *What is health-related quality of life research?* Heruntergeladen von <http://www.isoqol.org/about-isoqol/what-is-health-related-quality-of-life-research> am 18.04.2016
- Jackson, J. (1996). Living a meaningful existence in old age. In R. Zemke & F. Clark (Hrsg.), *Occupational science: The evolving discipline* (S. 339-361)
- Kickbusch, I. & Ospelt-Niepelt, R. (2009). Alter. In K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 123-145). Bern: Hans Huber.
- Köhler, L., Prusak, S. & Rösler, S. (2010). Ein ergotherapeutisches Modell zur Gesundheitsförderung. In N. Thapa-Görder & S. Voigt-Radloff (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Aufgaben der Ergotherapie* (S. 54-59). Stuttgart: Georg Thieme.
- Kompetenz-Centrum Geriatrie. (n.d.). *Auswahl wichtiger Assessmentinstrumente für die Geriatrie*. Heruntergeladen von http://www.kcgeriatrie.de/assessment_2.htm am 18.04.2016
- Konrad, A. (2011). Der Arbeitsmarkt im 21. Jahrhundert ist im Wandel! *Ergotherapie*, 6, 6-9.
- Laukel-Pfeiffer, H. (2005). Soziale Veränderungen im Alter. In Habermann, C. & Wittmershaus, C. (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 103-122). Stuttgart: Georg Thieme.

- Lehr, U. (2011). Langlebigkeit. Herausforderung und Chance in einer Gesellschaft des langen Lebens. In H. G. Petzold, E. Horn & L. Müller (Hrsg.), *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit* (1. Aufl.)(S. 13-20). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Liddle, J., March, L., Carfrae, B., Finnegan, T., Druce, J., Schwarz, J. & Brooks, P. (1996). Can occupational therapy intervention play a part in maintaining independence and quality of life in older people? A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20(6), 574-578.
- Mack, R., Salmoni, A., Viverais-Dressler, G., Porter, E. & Garg, R. (1997). Perceived risks to independent living: The views of older, community-dwelling adults. *The Gerontologist*, 37(6), 729-736.
- Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J., Nelson, L. & Clark, F. (1999). *Lifestyle Redesign. Implementing the Well Elderly Program*. Englewood: AOTA Press.
- Marotzki, U., Mentrup, C. & Weber, P. (Hrsg.). (2015). *Tatkraft... Gesundheit im Alter durch Betätigung. Programm zur Gesundheitsförderung* (2. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Mayer, K., Baltes, P., Baltes, M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., . . . Wagner, M. (2010). Wissen über das Alter(n). Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In U. Lindenberger, J. Smith, K. Mayer & P. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3. Aufl.)(S. 623-658). Berlin: Akademie Verlag.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing. Helping people change* (3. Aufl.). New York: The Guilford Press.
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C. & Ball, L. (2008). Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the Lifestyle Matters programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406-413.
- Pro Senectute. (2012). *Zwäg ins Alter (ZIA) - das Gesundheitsförderungsprogramm im Kanton Bern. Dokumentation Oktober 2012*. Heruntergeladen von http://www.zwaeginsalter.ch/files/B0B4BNT/dokumentationsmappe_deutsch_komplett.pdf am 10.04.2016
- Pynoos, J. & Regnier, V. (1991). Improving residential environments for frail elderly. Bridging the gap between theory and application. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (Hrsg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Later Years* (S. 91-119). New York: Academic Press.
- Ris, I. & Preusse-Beuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen aus Unterricht zu Forschung in den In-*

terprofessionellen Modulen und den Pflegeforschungsmodulen der Bachelorstudiengänge im Departement Gesundheit ZHAW. Heruntergeladen von <https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=436922> am 23.02.2016

- Rupprecht, R. (2006). Lebensqualität. In W. Oswald, U. Lehr, C. Sieber & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (3. Aufl.)(S. 242-247). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ryburn, B., Wells, Y. & Foreman, P. (2009). Enabling independence: Restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*, 17(3), 225-234.
- Scaffa, M., Slyke, N. & Brownson, C. (2008). Occupational therapy services in the promotion of health and the prevention of disease and disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 694-703.
- Sheffield, C., Smith, C. & Becker, M. (2013). Evaluation of an agency-based occupational therapy intervention to facilitate Aging in Place. *The Gerontologist*, 53(6), 907-918.
- Stark, S., Landsbaum, A., Palmer, J., Somerville, E. & Morris, J. (2009). Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 235-245.
- Stav, W., Hallenen, T., Lane, J. & Arbesman, M. (2012). Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 301-310.
- Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L., Jellema, S., Bakker, E. & van den Ende, C. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: A systematic review. *Age and Ageing*, 33(5), 453-460.
- Szanton, S., Wolff, J., Leff, B., Thorpe, R., Tanner, E., Boyd, C., . . . Gitlin, L. (2014). CAPABLE trial: A randomized controlled trial of nurse, occupational therapist and handyman to reduce disability among older adults: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials*, 38(1), 102-112.
- Szanton, S., Thorpe, R., Boyd, C., Tanner, E., Leff, B., Agree, E., . . . Gitlin, L. (2011). Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders: A bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(12), 2314-2320.
- Townsend, E. & Polatajko, H. (2013). Glossary. In E. Townsend & H. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (2. Aufl.)(S. 372-382). Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Tuntland, H., Aaslund, M., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: A randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1-11.
- Tuntland, H., Espehaug, B., Forland, O., Hole, A., Kjerstad, E. & Kjekken, I. (2014). Reablement in community-dwelling adults: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 14(139), 1-9.
- Wahl, H. & Schneekloth, U. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten*. Heruntergeladen von <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf> am 25.04.2016
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Weltgesundheitsorganisation Europa. (2013). *WHO verweist in neuem Bericht auf ungleiche gesundheitliche Fortschritte in Europa und fordert zur Messung des Fortschritts eine genauere Erfassung des Wohlbefindens*. Heruntergeladen von <http://www.euro.who.int/de/media-centre/sections/press-releases/2013/03/new-who-report-reveals-unequal-improvements-in-health-in-europe-and-calls-for-measurement-of-well-being-as-marker-of-progress> am 28.04.2016
- Wirsing, K. (2000). *Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- World Health Organization. (2002). *Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*. Heruntergeladen von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf am 07.09.2015
- World Health Organization. (2015a). *Ageing and health: Fact sheet N°404*. Heruntergeladen von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/> am 23.10.2015
- World Health Organization. (2015b). *WHO: Number of people over 60 years set to double by 2050; major societal changes required*. Heruntergeladen von <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/> am 23.10.2015
- ZHAW Hochschulbibliothek. (2016). *Übersichtsliste Fachdatenbanken Gesundheit*. Heruntergeladen von <https://www.zhaw.ch/storage/hochschule/hsb/recherchehilfeskurse/datenbankliste-gesundheit.pdf> am 15.09.2015

Zingmark, M. & Bernspång, B. (2011). Meeting the needs of elderly with bathing disability. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 164-171.

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2016). *Wie können Menschen ab 60 ihre Gesundheit fördern? «blijf gezond» – ein neues, ergotherapeutisches Angebot im Glarnerland*. Heruntergeladen von https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ier/projekte/Flyer_blijf_gesund.pdf am 25.04.2016

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ADL-Einschränkungen	14
Bundesamt für Statistik. (2014). <i>Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten</i> . Heruntergeladen von http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.183156.pdf am 12.10.2015	
Abbildung 2: IADL-Einschränkungen	14
Bundesamt für Statistik. (2014). <i>Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten</i> . Heruntergeladen von http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.183156.pdf am 12.10.2015	
Abbildung 3: Informelle Hilfe und Spitex bei ADL- und IADL-Einschränkungen.....	15
Bundesamt für Statistik. (2014). <i>Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten</i> . Heruntergeladen von http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.183156.pdf am 12.10.2015	
Abbildung 4: Gesundheitsförderung im Alter	19
Gesundheitsförderung Schweiz. (2015). <i>Evaluation Via 2015. Erkenntnisse und Empfehlungen im Hinblick auf den Aufbau eines kantonalen Aktionsprogramms Gesundheitsförderung im Alter</i> . Heruntergeladen von http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Faktenblatt_009_GFCH_2015-10_-_Evaluation_Via_2015.pdf am 09.04.2016	
Abbildung 5: OTIPM-Prozess	21
Senn, D. (2013). <i>Modul ER.14. Unterrichtsmaterial OTIPM</i> . Heruntergeladen von https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=346209 am 20.11.2013	
Abbildung 6: Auswahl der inkludierten Studien.....	27
Abbildung 7: Evidenzhierarchie nach Sackett et al. (1999).....	28
Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geissler, D., Düchting, M., Kahrs, A., Kasper, N., . . . Winkelmann, B. (2007). Forschungspyramide: Diskussionsbeitrag zur Evidenzbasierten Praxis in der Ergotherapie. <i>Ergoscience</i> , 2(2), 56-63.	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords	23
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien	25
Tabelle 3: Studie von Clark et al. (1997).....	29
Tabelle 4: Studie von Clark et al. (2001).....	31
Tabelle 5: Studie von Horowitz und Chang (2004)	32
Tabelle 6: Studie von Liddle et al. (1996).....	33
Tabelle 7: Studie von Mountain et al. (2008)	34
Tabelle 8: Studie von Sheffield et al. (2013)	36
Tabelle 9: Studie von Szanton et al. (2011)	37
Tabelle 10: Studie von Tuntland et al. (2015)	38
Tabelle 11: Studie von Zingmark und Bernspång (2011).....	40
Tabelle 12: Beschreibung der Interventionen	47
Tabelle 13: Auswertung der Ergebnisse (nach Signifikanz-Berechnung)	49
Tabelle 14: Auswertung der Ergebnisse (nach Effektstärke)	49

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activites of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
AMED	Allied and Complementary Medicine Database
AOTA	American Occupational Therapy Association
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CT	Controlled Trial oder Clinical Study (kontrollierte Studie)
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
et al.	et alteri (lateinisch), steht in der Statistik für „und andere“
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
DACHS	Abkürzung für ein Projekt, leitet sich aus beteiligten Regionen ab: Deutschland, Austria, Schweiz und Südtirol.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
IADL	Instrumental Activites of Daily Living (Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens)
I-Gruppe	Interventionsgruppe
K-Gruppe	Kontrollgruppe
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OTDBASE	Occupational Therapy Journal Literature Search Service
OTSeeker	Occupational Therapy Seeker
RCT	Randomized Controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
WHO	World Health Organization
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Wortzahl

Wortzahl des Abstracts: 198

Wortzahl der Arbeit: 11'514

(exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnisse, Danksagung,
Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei allen bedanken, die uns beratend und unterstützend während dem Entstehungsprozess dieser Arbeit zur Seite gestanden haben.

Ein besonderes Dankeschön gilt dabei Frau Meidert für die fachliche und thematische Begleitung während der Erstellung des Exposés und der Bachelorarbeit. Auch danken wir unseren Korrekturleserinnen für ihr Mitdenken und ihr konstruktives Feedback. Ganz herzlich möchten wir uns auch bei unseren Familien und Freunden bedanken für ihre Geduld und ihr Mittragen.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.“

Tanja Di Nicola

Anita Linke

Winterthur, 29. April 2016

Anhang

Anhang A: Glossar

ADL Aktivitäten des täglichen Lebens	Aktivitäten des täglichen Lebens sind Aktivitäten für die Pflege des eigenen Körpers (AOTA, 2014, basierend auf Rogers & Holm, 1994). Diese Aktivitäten sind von grundlegender Bedeutung für das Leben in einer sozialen Welt, da sie das Überleben und Wohlbefinden ermöglichen (Christiansen & Hammecker, 2001, zit. nach AOTA, 2014, S.19).
ambulant	Wird im Allgemeinen als „nicht ortsgebunden“ und in der Medizin als „nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden; nicht stationär“ definiert (Duden, 2014a).
Baseline-Messung	Wird auch als Eintrittsmessung bezeichnet, bezeichnet den Datenstand bei der ersten Messung und gilt als Ausgangspunkt für Veränderungen.
Betätigung	„Alle Tätigkeiten und Aufgaben des täglichen Lebens, in denen der Mensch in Interaktion mit seiner Umwelt tritt. Die Tätigkeiten, die für den Menschen im Alltag als notwendig erlebt werden, hängen von seinen individuellen Gegebenheiten und seiner Persönlichkeit ab“ (Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2011).
Bool'scher Operator	„Ausdruck (Symbol oder Wort), der bestimmte logische Verknüpfungen zwischen einzelnen Suchbegriffen beschreibt, benannt nach dem Mathematiker George Boole“, hierzu gehören die UND- und ODER-Verknüpfung (Universitätsbibliothek Kaiserslautern, n.d.).
chronisch	Wird als sich langsam entwickelnd, aber lange andauernd beschrieben (Duden, 2014b).
CT Clinical Study	Ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Mustern und Modellen von gesundheitsbezogenen Studien, einschließlich der unkontrollierten Studien, kontrollierte Studien und randomisierten kontrollierten Studien (Cochrane, 2016).
domizil	Wird mit „Wohnsitz, Stätte, wo jemand zu Hause ist“ gleichgesetzt. Domizilbehandlung ist dem entsprechend Therapie, welche nicht in einer Praxis oder Institution sondern im häuslichen Umfeld des Klientels durchgeführt wird (Duden, 2014c).
Dropout	Subjekte, die die Studie während des untersuchten Zeitraums verlassen haben, beziehungsweise zum Zeitpunkt der Post-Messung nicht mehr an der Studie teilgenommen haben, wird auch 'Loss to follow up' oder ‚Attrition‘ genannt (Cochrane, 2016).
Dubletten	Bezeichnet eine doppelt aufgeführte Studie.
Effektstärke	Ein allgemeiner Begriff für die Abschätzung der Wirkung der Behandlung

	für eine Studie (Cochrane, 2016).
Cohen's d	Effektstärke für Mittelwertunterschiede zwischen zwei Gruppen mit gleichen Gruppengrößen n sowie gleichen Gruppenvarianzen σ^2 , hilft bei der Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Mittelwertunterschieds (Cohen, 1988).
Effort Satisfaction	Bezeichnet den Umstand, dass Befragte nach einer Intervention nur schon deshalb eine Verbesserung angeben, weil sie sich selbst diesen Effekt wünschen, da sie sich sonst eingestehen müssten, dass die Anstrengung sinnlos gewesen ist.
Enablement	Bedeutet wörtlich übersetzt „Ermöglichen, Ermöglichung“, stellt eine Kernkompetenz der Ergotherapie dar (dict.cc, n.d.; Townsend & Polatajko, 2013).
Ergotherapie-Assistenz	„In Kanada – wie auch in den USA – [sind] Ergotherapie-Assistenten (Occupational Therapy Assistants) tätig, die ihre zweijährige Ausbildung mit einem ‚Associate Degree‘ an einem staatlichen oder privaten College abschließen“. Sie unterstützen die Ergotherapie mit Bereitstellung von Material, übernehmen Teilschritte oder einfache therapeutische Interventionen. (Müller, 2011, S.27)
Erwünschtheit, soziale	Bezeichnet den Umstand, dass Befragte die Antwort geben, die sie glauben, dass von ihnen erwartet wird, beziehungsweise der sozialen Norm der Situation entspricht.
Follow-Up-Messung	„Nachfolgende Messung“, eine Messung, welche nach einer bestimmten Zeitspanne ohne weitere Intervention nach der Post-Messung erhoben wird.
IADL Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens sind Aktivitäten, die das häusliche und gesellschaftliche Leben unterstützen und häufig komplexere Interaktionen erfordern, als es bei den Aktivitäten des täglichen Lebens der Fall ist (AOTA, 2014).
Intent-to-treat-Analyse / Intention-to-treat- Analyse	Analyse-Technik, bei der Teilnehmenden nach ihrer ursprünglichen Gruppenzuteilung analysiert werden, unabhängig davon, ob sie die zugeordnete Therapieform vollständig, partiell oder gar nicht erhalten haben. Dies verhindert eine Verzerrung durch den Ausfall von Teilnehmenden. (Cochrane, 2016)
Mixed-Method	Ein Studiendesign, welches sowohl eine qualitative als auch quantitative Datenerhebung enthält.
Motivational Interviewing	Ein therapeutischer Kommunikationsstil, der angewendet wird, um die Motivation einer Person für Veränderung zu stärken (Miller & Rollnick, 2012).

p-Wert	Die Wahrscheinlichkeit im Bereich von null bis eins, dass die beobachteten Ergebnisse in einer Studie durch Zufall zustande gekommen sind (Cochrane, 2016).
Partizipation	Teilhabe ist, wenn sich Klientinnen und Klienten aktiv am Beruf oder an Aktivitäten des täglichen Lebens teilhaben und diese Aktivitäten für sie sinnvoll und bedeutungsvoll sind (AOTA, 2014).
Performanz	Ausführung
Post-Messung	Ist die Messung, nachdem die Intervention stattgefunden hat
RCT Randomized Controlled Trial	Eine Studie, bei der zwei oder mehr Interventionen verglichen und die zu untersuchenden Personen zufällig einer Gruppe zugeordnet wurden (Cochrane, 2016).
Regressionsanalyse	Eine statistische Methode, die berechnet, welcher gerichtete lineare Zusammenhang zwischen zwei oder mehr Variablen besteht (Cochrane, 2016).
Relevanz, klinische	Bezeichnet den Unterschied, der im Alltag einer Person tatsächlich von ihr als relevanten Unterschied wahrgenommen wird.
Schneeballsuche	Bei der Schneeballsuche werden die Literaturverzeichnisse der Artikel durchgesehen und relevante Literatur aufgrund der aufgeführten Literaturangaben gesucht.
Setting	Wird allgemein beschrieben als „Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, [oder] erlebt wird“ (Duden, 2014d)
Trunkierung	Um in Datenbanken alle Treffer (auch Plurale oder mögliche andere Schreibweisen) zu finden, werden bei Keywords nach dem Wortstamm ein Asterisk (*) angefügt, z.B. ‚therap*‘ für ‚therapy‘ und ‚therapist‘
Use of Self	Bezeichnet die Art und Weise, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sich selbst einbringen, um die Beziehung mit dem Klientel zu gestalten (nach Taylor, 2008).
Varianzanalyse	Eine statistische Methode, die die Abweichung der Daten vom Mittelwert berechnet (Cochrane, 2016).

Literaturverzeichnis

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Supplement 1), 1-48.

Cochrane. (2016). *Glossary*. Heruntergeladen von <http://community-archive.cochrane.org/glossary/5#lettere> am 27.04.2016

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Routledge.
- dict.cc. (n.d.). *Deutsch-Englisch-Wörterbuch*. Heruntergeladen von <http://www.dict.cc/> an [mehrere Daten]
- Duden. (2014a). *ambulant*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/ambulant> am 20.04.2016
- Duden. (2014b). *chronisch*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/chronisch> am 20.04.2016
- Duden. (2014c). *Domizil, das*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Domizil> am 20.04.2016
- Duden. (2014d). *Setting*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/setting> am 20.04.2016
- Miller, W. & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing. Helping people change* (3. Aufl.). New York: The Guilford Press.
- Müller, H. (2011). Ergotherapie in Kanada. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 50(6), 26-28.
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.). (2011). *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (4. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Taylor, R. (2008). „Use of Self“ in der Ergotherapie: Beziehungen bewusst gestalten. *Ergoscience*, 3(1), 22-31.
- Townsend, E. & Polatajko, H. (2013). Glossary. In E. Townsend & H. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (2. Aufl.)(S. 372-382). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Universitätsbibliothek Kaiserslautern. (n.d.). *Glossar zu Begriffen der Informationskompetenz*. Heruntergeladen von <http://glossar.ub.uni-kl.de/begriff607> am 20.04.2016

Anhang B: Messinstrumente

Assessment	Messbereich	Kurzbeschreibung	Verwendet in
ADL und IADL	ADL und IADL	<p>Subjektiv</p> <p>5 ADL: sich waschen, sich kleiden, essen, Gebrauch der Toilette, Transfer ins und aus dem Bett.</p> <p>6 IADL: Gebrauch des Telefons, einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, leichte Hausarbeiten, selbständige Medikamenteneinnahme, selbständiges Finanzmanagement</p> <p>Scoring: 0-5 / 0-6 je höher die Zahl desto schlechtere Funktion.</p> <p>(Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963; Lawton & Brody, 1969; Szanton et al., 2011)</p>	Szanton et al. (2011)
ADL-Taxonomy	Ausführungsfähigkeit der ADL	<p>Objektiv 12 Items (häufig vorkommende Aktivitäten) Beurteilung der ADL-Ausführung auf 3 Ebenen (Betätigungsform, Aktivitäten, Handlungssequenz), jede Aktivität besteht aus mehreren hierarchisch geordneten Handlungssequenzen und beinhaltet 3-7 verschiedene Aufgaben</p> <p>(Mobilität, sich Kleiden, persönliche Hygiene, Körperpflege). Diese werden in Skala von 1-4 subjektiv bewertet.</p> <p>Bemerkung: In Zingmark & Bernspång (2011) wurden nur 4 der 12 Items mit insgesamt 19 verschiedenen Aufgaben bewertet.</p> <p>(Törnquist & Sonn, 1994; Zingmark & Bernspång, 2011)</p>	Zingmark & Bernspång (2011)
Barthel Index Barthel Index (expanded version 1976)	Ausführungsfähigkeit von Basic ADL und Mobilität	<p>Subjektiv oder Objektiv 10 Items (Ernährung, sich waschen, Körperpflege, sich kleiden, defäkieren, urinieren, Gebrauch der Toilette, transferieren, Mobilität, Treppenbewältigung)</p> <p>Einstufung: 0-10</p> <p>Scoring: 0-100</p> <p>100 = keine Einschränkungen</p> <p>(Vroman & Stewart, 2014)</p>	Mountain et al. (2008)
CES-D / CES Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale	Häufigkeit von erfahrenen depressiven	<p>Subjektiv + Objektiv 20 Items bezogen auf die letzte Woche</p> <p>Einstufung: selten, manchmal, öfters, meistens</p> <p>Scoring: 0-60, ab 16 Gefahr für klinische Depression (Manual des DSM-V)</p> <p>(Radloff, 1977, zit. nach Clark et al., 1997, S.1323)</p>	Clark et al. (1997) Clark et al. (2001) Horowitz & Chang (2004)
COOP/Wonca Dartmouth Coop Functional Health Assessments	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	<p>Subjektiv 6 Items (Bilder) Physische Fitness, Gefühle, ADL, Soziale Aktivitäten, Veränderung in der Gesundheit, allgemeine Gesundheit</p> <p>Einstufung 1=sehr gut 5=schlecht</p>	Tuntland et al. (2015)

Cards		Scoring: 5-30 (Van Weel, 1993)	
COPM Canadian Occupational Performance Measure	Performanz Relevanz Zufriedenheit von Betätigungen	Subjektiv 3 Kategorien; ADL, Freizeit, Arbeit, nach Betätigungen welche eingeschränkt sind. Einstufung in drei Skalen: Performanz, Zufriedenheit mit der Performanz und Relevanz, jeweils zwischen 1-10 bewertet. 5 Probleme werden ausgesucht. Scoring Kein Standard (Law et al., 2015)	Tuntland et al. (2015)
EQ-5D Questionnaire	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Subjektiv 5 Dimensionen; Mobilität Selbstpflege, gewöhnliche Aktivitäten, Schmerz/Beschwerden Angst/Depression, Einstufung: kein Schwierigkeiten, moderate Schwierigkeiten, grosse Schwierigkeiten/ nicht durchführbar mit 4 multipliziert = 4-20 Punkte Scoring: 0-243 (Brooks, 1996)	Sheffield et al. (2013) Szanton et al. (2011) Zingmark & Bernspång (2011)
Euroqol	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Items: K.A. Einstufung: mit einer VAS (Visual Analogue Scale) von 1-100 zum allgemeinen Gesundheitszustand Scoring: 14 Verschiedene Gesundheitszustände (EuroQol Group, 1990)	Szanton et al. (2011)
FIM Functional Independence Measure	ADL und psychosoziale Bereiche	Objektiv 6 Dimensionen: (Selbstversorgung, Kontinenz, Transfer, Fortbewegung Kommunikation und Soziale Kommunikation) 18 Items Einstufung 1=Komplet Hilfsbedürftig, 7= selbständig Scoring: 7-126 (Gold)Standard bei medizinisch, rehabilitativen Befunderhebung ADL in den USA Reliabilität: hoch Validität: hoch CAVE: tiefe Sensibilität im gesellschaftlichen Setting (Vroman & Stewart, 2014)	Sheffield et al. (2013)
FSQ Functional Status Questionnaire	Einschränkungen in den (Körper-) Funktionen	Subjektiv 34 Items 6 Dimensionen Dimensionen: ADL, IADL, psychische Gesundheit, Arbeitsleistung, soziale Aktivität, Qualität der Interaktion Einstufung: 0-4 oder 0-6 je nach Item Scoring: 0-100, je höher desto besser (Clark et al., 1997; Jette et al., 1986)	Clark et al. (1997) Clark et al. (2001) Horowitz & Chang (2004)
GDS Geriatric Depression Scale	Altersdepression oder depressive Stimmungslage	Subjektiv 15 Items Einstufung: Item trifft zu 1, Item trifft nicht zu 0 Scoring >5 = spricht für eine klinische Depression	Mountain et al. (2008)

		(Yesavage et al., 1983)	
Happiness	Glücksgefühle	Subjektiv 1 Item Einstufung des Glücksgefühls Scoring 1-10 (Liddle et al., 1996)	Liddle et al. (1996)
HAQ Health Assessment Questionnaire	Verschiedene ADL/IADL	Subjektiv 24 Items 5 Dimensionen ; Behinderung, Schmerz, Medikationseffekte, Pflegekosten und Sterblichkeit Einstufung 0-3 Scoring : 0-72, je höher desto schlechter (Fries, Spitz & Young, 1982)	Liddle et al. (1996)
Jamar Dynamometer	Greifkraft	Objektiv Mit hydraulischem Messgerät wird die Handkraft gemessen Einstufung : in Kilogramm Score : 0 und X Kilo, je mehr desto besser (bestehende Normwerte) (Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland & Kjekken, 2015)	Tuntland et al. (2015)
LSI-Z Life Satisfaction Index Z (short version of LSI-A)	Lebensqualität	Subjektiv 13 Items Einstufung : Zufrieden=2 unsicher=1 Unzufrieden 0 Scoring 0-26, je höher desto besser (Clark et al., 1997)	Clark et al. (1997) Clark et al. (2001) Horowitz & Chang (2004) Liddle et al. (1996)
MMSE Mini-Mental State Examination	Kognitive Dysfunktionen	Objektiv 30 Items in 10 Dimensionen z.B. Sprache, Orientierung oder rechnen Scoring : 0-30 30 -25: keine kognitive Einschränkung 24 -18: leichte kognitive Einschränkung. 17> schwere bis schwerste kognitive Einschränkung ist wahrscheinlich (Smith & Delius, 2010)	Horowitz & Chang (2004) Mountain et al. (2008) Szanton et al. (2011)
MOS Medical Outcomes Study, Short Form General Health Survey	Einschätzung der eigenen generellen Gesundheit	Subjektiv 5 Items Einstufung : 5 Stufige Skala Score : 0-100, je höher desto besser (Clark et al., 1997)	Clark et al. (1997) Clark et al. (2001)

PGCMS Philadelphia Geriatric Center Morale Scale	Einstellung gegenüber dem Alterungsprozess	Subjektiv 17/22(alt) Items in 3 Dimensionen: Angst erleben, soziale Eingebundenheit, generelle Einstellung gegenüber Alterungsprozess Einstufung 0 oder 1 Scoring 0-17 / 0-22 (Lawton, 1975)	Liddle et al. (1996)
PSMS Pearlin and Schooler's Mastery Scale	Wahrgenommene Kontrolle	Subjektiv Einstufung: 4-Punkte-Likert-Skala Scoring : 2-8 (Horowitz & Chang, 2004)	Horowitz & Chang (2004)
Quality of Life	Lebensqualität	Subjektiv 1 Item Einstufung der Lebensqualität 1-10 Scoring 1-10 (Liddle et al., 1996)	Liddle et al. (1996)
SAFER-HOME Safety Assessment of Funktion and the Environment for Rehabilitation Health Outcome Measurement and Evaluation	Sicherheit im Wohnumfeld	74 Items 12 Kategorien Einstufung: kein =0, leichte =1, mittlere=2 starke Probleme =3 Scoring 0-222 (Chiu & Oliver, 2006)	Sheffield et al. (2013)
FES-I Falls Efficacy Scale-International	Angst vor Stürzen	Subjektiv 7 Items Einstufung: 0 keine - 4 sehr besorgt Scoring: 0-28 (Kempen et al., 2008)	Sheffield et al. (2012)
SF-36 RAND 36-Item Health Status Survey Questionnaire	Gesundheits-bezogenen Lebensqualität	Subjektiv/ Objektiv Fragebogen oder Interview 36 Items erfassen 8 Dimensionen der Gesundheit: Funktionsfähigkeit (10 Items), körperliche Rollenfunktion (4 Items), körperliche Schmerzen (2 Items), allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items), Vitalität (4 Items), soziale Funktionsfähigkeit (2 Items), emotionale Rollenfunktion (3 Items), Gesundheitsveränderung (1 Item, keine eigenständige Skala) Gesundheitszustand im Vergleich zu: Im Bezug zu Vorjahr oder Woche Scoring je nach Version 100= volle Funktion, 0=keine Funktion (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2015)	Clark et al. (1997) Clark et al. (2001) Horowitz & Chang (2004) Mountain et al. (2008)
SIP Sickness Impact Profile	Stand der Gesundheit	Subjektiv Interview oder Bogenausfüllen 136 Items in 12 Kategorien, 3 Dimensionen: psychologische/ physiologische Faktoren und Lebensbereiche	Liddle et al. (1996)

Scoring 0-100% (Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981)			
Timed Up and Go Test	Funktionelle Mobilität	Objektiv Beobachtung des Körpergleichgewichts: Klient muss auf Kommando aufstehen und 3m gehen. Einstufung: Durchführung, Zeit und Hilfsmittel Scoring: 10 Sekunden = keine Mobilitätseinschränkungen 11-19 Sekunden = leichte, i.d.R. irrelevante Mobilitätseinschränkung 20-29 Sekunden = abklärungsbedürftige, relevante Mobilitätseinschränkung > 30 Sekunden = starke Mobilitätseinschränkung (Podsiadlo & Richardson, 1991; Tuntland et al., 2015)	Tuntland et al. (2015)
Tinetti / POMA Performance Oriented Mobility Assessment	Mobilität & Sturzrisiko (Gleichgewicht und Gang)	Objektiv 20 Items Einstufung 0= Einschränkung bis 2= keine Einschränkung Scoring 0-28 (Clark et al., 1997; Tinetti, Mendes de Leon, Doucette & Baker, 1994)	Clark et al. (1997) Szanton et al. (2011)

Literaturverzeichnis :

- Bergner, M., Bobbitt, R., Carter, W. & Gilson, B. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805.
- Brooks, R. (1996). Euroqol: The current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72.
- Chiu, T. & Oliver, R. (2006). Factor analysis and construct validity of the SAFER-HOME. *Occupational Therapy Journal of Research*, 26(4), 132-142.
- Clark, F., Azen, S., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., . . . Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Fries, J., Spitz, P. & Young, D. (1982). The dimensions of health outcomes: The health assessment questionnaire, disability and pain scales. *The Journal of Rheumatology*, 9(5), 789-793.

- Horowitz, B. & Chang, P. (2004). Promoting well-being and engagement in life through occupational therapy Lifestyle Redesign: A pilot study within adult day programs. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20(1), 46-58.
- Jette, A., Davies, A., Cleary, D., Calkins, D., Rubenstein, L., Fink, A., . . . Delbanco, T. (1986). The Functional Status Questionnaire: Reliability and validity when used in primary care. *Journal General Internal Medicine*, 1(3), 143-149.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.
- Kempen, G., Yardley, L., van Haastregt, J., Zijlstra, G., Beyer, N., Hauer, K. & Todd, C. (2008). The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. *Age and Ageing*, 37(1), 45-50.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H. & Pollock, N. (2015). *COPM Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian version)* (5 Aufl.). Oslo: NKRR National Advisory Unit on Rehabilitation and Rheumatology.
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85-89.
- Lawton, M. & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and
instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Liddle, J., March, L., Carfrae, B., Finnegan, T., Druce, J., Schwarz, J. & Brooks, P. (1996). Can occupational therapy intervention play a part in maintaining independence and quality of life in older people? A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20(6), 574-578.
- Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2015). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Heruntergeladen von <https://www.testzentrale.de/shop/fragebogen-zum-gesundheitszustand.html> am 25.04.2016
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Smith, J. & Delius, J. (2010). Längsschnittliche Datenerhebungen der Berliner Altersstudie (BASE). Studiendesign, Stichproben und Forschungsthemen 1990-2009. In U. Lindenberger, J. Smith, K. Mayer & P. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3. Aufl.)(S. 113-131). Berlin: Akademie Verlag.

- Szanton, S., Thorpe, R., Boyd, C., Tanner, E., Leff, B., Agree, E., . . . Gitlin, L. (2011). Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders: A bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(12), 2314-2320.
- Tinetti, M., Mendes de Leon, C., Doucette, J. & Baker, D. (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontology*, 49(3), 140-147.
- Törnquist, K. & Sonn, U. (1994). Towards an ADL taxonomy for occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1(2), 69-76.
- Tuntland, H., Aaslund, M., Espehaug, B., Førland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: A randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1-11.
- Van Weel, C. (1993). Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and Rehabilitation*, 15(2), 96-101.
- Vroman, K. & Stewart, E. (2014). *The Occupational Therapy Practitioners' Clinical Thinking* (2. Aufl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Zingmark, M. & Bernspång, B. (2011). Meeting the needs of elderly with bathing disability. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 164-171.

Anhang C: Suchmatrizen

Suchmatrix der Datenbank AMED

Anmerkungen:

- Literaturrecherche vom 04.01. bis 05.01.2016 durchgeführt
- Multi-Field-Search, für alle Keywords „All Fields“ angewählt

Keywords	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Neue, relevante Treffer
Ergotherapie (ergotherap* or occupational therap*).af.	11'275	x	
Intervention (intervention or treatment).af.	62'064	x	
Alter (aged or elderly or older adult* or older person* or older people).af.	20'478	x	
zuhause leben (community dwelling or community living or independent living or home dwelling).af.	3202	x	
Selbständigkeit (independen* or activit* of daily living or ADL or daily living or instrumental activit* of daily living or IADL or self care).af.	16'989	x	
Lebensqualität (quality of life or life satisfaction).af.	11'137	x	
Alter AND zuhause leben	1502	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit	1092	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität	127	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie	20	13	<i>Anzahl neue Treffer: 13</i> Carlson et al. (2013) Clark et al. (1997) Classen et al. (2004) de Mello et al. (1995) Egan (2003) Filiatrault et al. (2013) Horowitz et al. (2002) Horowitz et al. (2013) Jackson et al. (1998) McKenna et al. (2007) Mountain et al. (2008) Steultjens et al. (2004) Wood (1996)

Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	7	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Intervention	30	14	<i>Anzahl neue Treffer: 9</i> Clark et al. (1996) Clifford et al. (2014) Hellstrom et al. (2004) Hinkka et al. (2006) Jensen et al. (2008) Kovacs et al. (2013) Muraki et al. (2001) Roriz-Cruz et al. (2007) Spirduso et al. (2001)
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Ergotherapie AND Intervention	26	14	<i>Anzahl neue Treffer: 9</i> Carlson et al. (1998) Chase et al. (2012) Daniels et al. (2011) Justiss (2013) Liu et al. (2013) Orellano et al. (2012) Pankow et al. (2004) Pardessus et al. (2002) Stark (2004)
Alter AND zuhause leben AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	7	5	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Alter AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	23	13	<i>Anzahl neue Treffer: 8</i> Classen (2014) Kalldalen et al. (2012) Landa-Gonzalez et al. (2012) Lariviere et al. (2002) Levasseur et al. (2006) Scott et al. (2001) Tollen et al. (2008) Tolley et al. (2003)
zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	10	5	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>

Suchmatrix der Datenbank CINAHL

Anmerkungen:

- Literaturrecherche am 07.01.2016 durchgeführt
- Multi-Field-Search, für alle Keywords „All Fields“ angewählt

Keywords	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Relevante Literatur
Ergotherapie "ergotherap*" OR "occupational therap*"	32'799	x	
Intervention intervention OR treatment	736'567	x	
Alter aged or elderly or "older adult*" or "older person*" or "older people"	627'714	x	
zuhause leben "community dwelling" or "community living" or "independent living" or "home dwelling"	15'613	x	
Selbständigkeit independen* or "activit* of daily living" or ADL or "daily living" or "instrumental activit* of daily living" or IADL or "self care"	148'277	x	
Lebensqualität "quality of life" or "life satisfaction"	94'497	x	
S17: Alter AND zuhause leben	11'878	x	
S18: Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit	4'087	x	
S19: Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität	572	x	
S20: Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie	31	20	<i>Anzahl neue Treffer: 20</i> Avin et al. (2015) Beltz (2000) Boniface et al. (2013) Brown et al. (2006) Clark et al. (2001) Classen et al. (2005) Crotty et al. (2010) Curtin et al. (2011) Hay et al. (2002) Horowitz et al. (2002) Horowitz et al. (2004) Iwarsson et al. (1997) Jackson et al. (2001)

				Liddle et al. (1996) Mountain et al. (2008) O'Toole et al. (2013) Skelton et al. (2013) Steultjens et al. (2004) Szanton et al. (2015) Zingmark et al. (2011)
S21: Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	23	x		
S22: Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Intervention	195	x	→ siehe S29	
S23: Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Ergotherapie AND Intervention	66	x	→ siehe S27	
S24: Alter AND zuhause leben AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	30	19	Anzahl neue Treffer: 3 Clark et al. (2003) Peralta-Catipon et al. (2011) Yamada et al. (2010)	
S25: Alter AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	94	x	→ siehe S28	
S26: zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	23	17	Anzahl neue Treffer: 0	
S27: S23 NOT S20	43	13	Anzahl neue Treffer: 13 Al-Hassani et al. (2014) Arbesman et al. (2012) Chase et al. (2012) Fisher et al. (2007) Gillespie et al. (2012) Gitlin et al. (2006) Gitlin et al. (2008) Johansson et al. (2010) Metzelthin et al. (2013) Orellano et al. (2012) Pho et al. (2012) Sanford et al. (2006) Turcotte et al. (2015)	
S28: S25 NOT S20 NOT S23 NOT S24 NOT S26	71	x		
S29: S22 NOT S20 NOT S23 NOT S24 NOT S26 NOT 29	123	x		

Suchmatrix der Datenbank Cochrane Library

Anmerkungen:

- Literaturrecherche vom 02.02. bis 03.02.2016 durchgeführt
- Search-All-Text
- die Suche wurde zweimal durchgeführt, einmal unter "Cochrane Reviews" und einmal unter "Other Reviews"
- bei der Suche wurden jeweils auch Wordvariationen gesucht („Word variations have been searched“)
- Reviews gehen zurück bis Jahr 2007

Keywords	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Relevante Literatur
<i>Suche unter „Cochrane Reviews“</i>			
Ergotherapie "ergotherap*" OR "occupational therap*"	358	x	
Intervention "intervention" OR "treatment"	8'912	x	
Alter "aged" OR "elderly" OR "older adult*" OR "older person*" OR "older people"	8'280	x	
zuhause leben "community dwelling" or "community living" or "independent living" or "home dwelling"	255	x	
Selbständigkeit "independen*" OR "activit* of daily living" OR ADL OR "daily living" OR "instrumental activit* of daily living" OR "IADL" OR "self care"	8'574	x	
Lebensqualität "quality of life" OR "life satisfaction"	4'936	x	
Alter AND zuhause leben	254	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit	254	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität	204	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie	59	6	Anzahl neue Treffer: 6 Cochrane et al. (2013) Gillespie et al. (2012) Hayes et al. (2012) Kendrick et al. (2014) Skelton et al. (2013) Young et al. (2012)
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	x	x	Suche in dieser Suchmaske nicht möglich, da maximal 5er-Kombinationen möglich sind
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Intervention	204	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Ergotherapie AND Intervention	65	6	Anzahl neue Treffer : 0
Alter AND zuhause leben AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	59	6	Anzahl neue Treffer : 0
Alter AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	292	x	

zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	59	6	<i>Anzahl neue Treffer : 0</i>
Suche unter "Other Reviews"			
Ergotherapie "ergotherap*" OR "occupational therap*" (Word variations have been searched)	155	x	
Intervention "intervention" OR "treatment" (Word variations have been searched)	20'146	x	
Alter "aged" OR "elderly" OR "older adult*" OR "older person*" OR "older people" (Word variations have been searched)	10'355	x	
zuhause leben "community dwelling" or "community living" or "independent living" or "home dwelling" (Word variations have been searched)	123	x	
Selbständigkeit "independen*" OR "activit* of daily living" OR ADL OR "daily living" OR "instrumental activit* of daily living" OR "IADL" OR "self care" (Word variations have been searched)	9'407	x	
Lebensqualität "quality of life" OR "life satisfaction" (Word variations have been searched)	2'241	x	
Alter AND zuhause leben	104	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit	81	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität	10	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie	0	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	x	x	<i>Suche in dieser Suchmaske nicht möglich, da maximal 5er-Kombinationen möglich sind</i>
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Intervention	10	4	<i>Anzahl neue Treffer: 2</i> Kelley et al. (2009) Vries et al. (2012)
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Ergotherapie AND Intervention	5	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Liu et al. (2013)
Alter AND zuhause leben AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	0	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Alter AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	17	2	<i>Anzahl neue Treffer: 2</i> Carlson et al. (1996) Stolee et al. (2012)
zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	1	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>

Suchmatrix der Datenbank Medline

Anmerkungen:

- All-Field-Suche
- Literaturrecherche vom 04.01. bis 06.01.2016 durchgeführt

Keywords	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Relevante Literatur
Ergotherapie (ergotherap* or occupational therap*).af	22'975	x	
Intervention (intervention or treatment).af	4'006'376	x	
Alter (older people or elderly or aged or older adult* or older person*).af	4'485'280	x	
zu Hause leben (community dwelling or community living or independent living or home dwelling).af	19'477	x	
Selbständigkeit (independen* or daily living or IADL or ADL or self care or activit* of daily living or instrumental activit* of daily living).af	943'497	x	
Lebensqualität (quality of life or life satisfaction).af	235'127	x	
Alter AND zu Hause leben	17'333	x	
Alter AND Zuhause leben AND Selbständigkeit	7'873	x	
Alter AND zu Hause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität	1'145	x	
Alter AND zu Hause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie	44	29	<i>Anzahl neue Treffer: 29</i> Al-Hassani et al. (2014) Arbesman et al. (2012) Callahan et al. (2012) Clark et al. (1997) Clark et al. (2001) Crawford et al. (2008) Crotty et al. (2010) Eklund et al. (2005) Giesbrecht et al. (2013) Hay et al. (2002) Hendriks et al. (2008) Horowitz et al. (2013) Janssen et al. (2014) Justiss (2013) Lam et al. (2010) Lannin et al. (2007) Logan et al. (2004) McKenna et al. (2009) O'Toole et al. (2013) Pighills et al. (2011) Rimmer et al. (2005) Sheffield et al. (2013) Skelton et al. (2013) Stav et al. (2012) Steultjens et al. (2004) Szanton et al. (2011) Szanton et al. (2014)

			Szanton et al. (2015) Voigt-Radloff et al. (2009)
Alter AND Intervention AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND zuhause leben	349	x	
Alter AND Intervention AND Selbständigkeit AND Ergotherapie AND Lebensqualität	182	x	
Alter AND Intervention AND Selbständigkeit AND Ergotherapie AND zuhause leben	80	x	
Zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	34	23	<i>Anzahl neuer Treffer: 4</i> Classen et al. (2014) Health Quality Ontario (2013) Mayo et al. (2015) Whitehead et al. (2014)
Alter AND zuhause leben AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	46	34	<i>Anzahl neuer Treffer: 10</i> Cutchin et al. (2009) Hendriks et al. (2005) Jackson et al. (1998) Karlsson et al. (2013) Kawamata et al. (2012) Rotenberg-Shpigelman et al. (2012) Sprange et al. (2013) Swan et al. (2015) Tuntland et al. (2015) Yoo et al. (2011)
Alter AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND zuhause leben AND Ergotherapie AND Intervention	25	x	

Suchmatrix der Datenbank OTDBase

Anmerkungen:

- Literaturrecherche vom 23.01. bis 30.01.2016 durchgeführt

Kategorie (Topics)	Unterkategorie (Subtopics)	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Relevante Literatur
ADL	Bathing	24	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Shillam (1983)
ADL	Clothing	10	2	<i>Anzahl neue Treffer: 2</i> Mann et al. (2005) Poole et al. (2004)
ADL	Communication	12	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Stewart et al. (2012)
ADL	Community-Based	1	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Turcotte et al. (2015)
ADL	Driving	217	x	
ADL	Environment	2	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
ADL	Environmental Barriers	89	x	
ADL	Feeding	42	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Eckel et al. (2012)
ADL	Function	2	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Joo et al. (2014)
ADL	Living Skills	175	x	
ADL	Program Efficacy	1	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Arbesman et al. (2012)

ADL	Research	9	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Aplin et al. (2013)
ADL	Self Care	1	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
ADL	Theory	2	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Aged	Activity	119	x	
Aged	Bathing	1	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Zingmark et al. (2011)
Aged	Communication	1	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Aged	Community	160	x	
Aged	Community-Based	5	1	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Aged	Driving	1	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Aged	Environment	67	x	
Aged	Environmental Barriers	1	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Aged	Feeding	1	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Aged	Function	439	x	
Aged	Home Care	114	x	
Aged	Living Skills	3	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Aged	Motivation	40	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1</i> Stanley (1995)
Aged	Program Efficacy	113	x	
Aged	Self Care	67	x	
Aged	Theory / Research	421	x	
OT Profession	Health Care	441	x	
OT Profession	Prevention / Promotion	5	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
OT Profession	Theory / Research	139	x	
Activity	Driving	1	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Activity	Motivation	111	x	
Activity	Theory / Research	55	x	
OT Practice	Community	2	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
OT Practice	Community-Based	115	x	
OT Practice	Prevention / Promotion	202	x	
OT Practice	Theory / Research	1	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
OT Research	Theory / Research	23	0	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>

Suchmatrix der Datenbank OTSeeker

Anmerkungen:

- Literaturrecherche vom 14.01. bis 20.01.2016 durchgeführt

Keywords	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Relevante Literatur
Ergotherapie ergotherap* or occupational therap*	441	x	
Intervention Intervention or treatment	2'755	x	
Alter Aged or elderly or older adult* or older person* or older people	966	x	
zu Hause leben community dwelling or community living or independent living or home dwelling	139	x	
Selbständigkeit independen* activit* of daily living or ADL or	236	x	

instrumental or activit* of daily living or IADL or self care			
Lebensqualität quality of life or life satisfaction	447	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Intervention	0	x	
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Ergotherapie AND Intervention	0	x	
Alter AND zuhause leben AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	0	x	
Alter AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	1	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1 Pergolotti et al. (2015)</i>
zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie AND Intervention	1	1	<i>Anzahl neue Treffer: 1 Garvey et al. (2015)</i>
Alter AND Zuhause lebend AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Ergotherapie	0	x	
zuhause leben AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Intervention	1	1	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Alter AND Zuhause lebend AND Selbständigkeit AND Lebensqualität	0	x	
Alter AND Selbständigkeit AND Lebensqualität AND Intervention	1	1	<i>Anzahl neue Treffer: 0</i>
Alter AND zuhause leben AND Lebensqualität AND Intervention	1	1	<i>Anzahl neue Treffer : 1 Szanton et al. (2011)</i>
Alter AND zuhause leben AND Selbständigkeit AND Intervention	0	x	

Anhang D: Matrix zur groben Beurteilung der gefundenen Artikel

+	zutreffend
0	teilweise zutreffend, nicht genauer beschrieben z.B. Ergotherapeutin ist involviert, aber Aufgabe nicht näher beschrieben z.B. Selbständigkeit / Lebensqualität wird genannt, aber es gibt kein passendes Assessment
-	nicht zutreffend
	älterer Artikel
	neuerer Artikel
	29 vorläufig inkludierte Studien

Studie	Primärliteratur	Publikationsdatum ab 2006	ET-Intervention	über 60-Jährige	zuhause wohnend	GF, kein spezifisches Krankheitsbild	Selbständigkeit beurteilt	Lebensqualität beurteilt	Land	Bemerkungen	Datenbank
Al-Hassani 2014 _The Impact of Driving Cessation on Older Kuwaiti Adults: Implications to Occupational Therapy	+	2014	0	55+ Mean <65	+	+	0	0	Kuwait	Zitiert unter anderem Stav2008, Zusammenhang von Selbständigkeit (mobilität) und Lebensqualität (life satisfaction) auswirkung auf Gesundheit (Depression)	CINAHL, Medline
Aplin 2013 _Understanding the dimensions of home that impact on home modification decision making	qualitativ	2013	0	25-87 kein Mean	+	+	-	-	Australien	Results: Four dimensions of the home environment were commonly found to affect decision making namely, the personal, societal, physical and temporal dimensions of home as well as social and occupational dimensions. Gute Einleitung zu Bedeutung von Wohnen -> BG	OTDBase
Arbesman 2012 _Methodology for the systematic reviews on occupation- and activity-based intervention related to productive aging	Review	2012	+	65+	0	+	+	-	Review	Gute Übersicht über verschiedene Interventionen und deren auswirkung auf Selbständigkeit, Zusammenhang mit lebensqualität wird vorausgesetzt und nicht beschrieben -->BG	Medline
Arbesman 2012 _Systematic review of occupation- and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults	Review	2012	+	65+ kein Mean	+	+	0	0	Review	guter Diskussions teil schmerz reduktion und ADL förderung = lebensqualität und bewertung einiger unserer Studien	CINAHL, OTDBase
Avin 2015 _Management of Falls in Community- Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association	+	2015	-	65+	+	0	0	-	?	"Clinical Guidance Statement" für Physios -> Empfehlungen für Identifikation & Management von Sturzrisiko	CINAHL

Beltz 2000 _Comprehensive, in-hospital geriatric assessment plus an interdisciplinary home intervention after discharge reduced length of subsequent readmissions and improved functioning...commentary on Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. AGE AGEING 1999 Oct;28(6):543-50		2000									Kommentar zu Studie, nicht viel aussagend -> Originalstudie siehe Nikolaus1999	CINAH L
Boniface 2013 _The effectiveness of local authority social services' occupational therapy for older people in Great Britain: a critical literature review	review	2013	0	60+ kein mean	+	+	+	0	GB		Critical literature review, Nachfolge-Review von Mountain2000, gute Literatur & gute Introduction zu ET! -> BG	CINAH L
Brown 2006 _Critically appraised papers. Declarative title: systematic review of the literature concluded that there is an evidence base for occupational therapy interventions with people aged 60+ living independently in the community		2006									Critically appraised papier zu Studie -> Originalstudie siehe Steultjens2004	CINAH L
Callahan 2012 _Alzheimer's disease multiple intervention trial (ADMIT): study protocol for a randomized controlled clinical trial	SP	2012	+	45+ kein mean	+	-	-	-	USA		Noch keine Resultate evt. Abschlussstudie bereits vorhanden da 24 Monate untersucht werden sollten -> nicht gefunden (Anita) --> StudyProtoc	Medline
Carlson 1996 _A meta-analysis of the effectiveness of OT for older persons	Review	1996	+	tiefster mean 63.1	0	+	+	0	Review			Cochrane Library
Carlson 1998 _Practical contributions of occupational science to the art of successful ageing: how to sculpt a meaningful life in older adulthood		1998							USA		Bericht: Zusammenfassung der "Well elderly study"	AMED
Carlson 2013 _Relationship of global self-evaluations of activity to psychosocial and health-related aging outcomes	+	2013	+	60+ kein mean	+	+	+	+	USA		The study design was a secondary analysis of cross-sectional survey data collected between 2004 and 2006 during the baseline phase of the USC WellElderly Study,	AMED
Chase 2012 _Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults	Review	2012	+	(65) keine genauen angaben	+	+	+	-	Review		Systematic review, Sturzprävention & Performanz als Outcome, kein Überblick über Studien -> "supplemental materials" suchen	CINAH L
Ciaschini 2009 _Community-based intervention to optimise falls risk management: a randomised controlled trial	RCT	2009	+	55+ mean 72	+	+	+	-	Canada		falls risk management	Schnee ball

Clark 1996_Life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults	qual	1996	+	older adults	+	+	0	0	USA	Studie zur analyse der Dimensionen welche für die alten Menschen wichtig sind --> BG	AMED
Clark 1997_Occupational therapy for independent-living older adults: a Randomized controlled trial	RCT	1997	+	60+	+	+	+	+	USA	- zu alt ansonsten alles enthalten	AMED, Medline
Clark 2001_Embedding Health-Promoting Changes Into the daily lives of independent-living older adults- long-term follow-up of occupational therapy intervention	RCT	2001	+	60+ mean 74	+	+	+	+	USA	Zu alt, follow up zu Clark1997/ Well elderly study, es wird getestet ob OT besser ist als andere behandlungsarten P61	CINAHL, Medline
Clark 2003_Lifestyle redesign improves health and is cost-effective	.	2003								KEIN Abstract / Verweis auf well elderly 2. Full Text verfügbar -> AOTA-Login nötig...	CINAHL
Clark 2012_Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial	RCT	2012	+	60-95 mean 75	0	+	0	+	USA	Well Elderly Study 2, Kosten-Effektivität im Fokus	Schneeball
Classen 2004_Relationship of number of medications to functional status, health, and quality of life for the frail home-based older adult	+	2004	-	60+	+	+	+	+	USA	Einfluss von Medis, --> BG lebensqualität und selbständigkeit	AMED, CINAHL
Classen 2014_Summary of an evidence based review on interventions for medically at risk older drivers	Review	2014	0	65+	-	-	-	-	Review		CINAHL, Medline
Clifford 2014_A cross-sectional study of physical activity and health-related quality of life in an elderly Indonesian cohort	+	2014	+	52-98 mean 69.2	+	+	+	+	Indonesien	Zshang PA und QoL / IADL und QoL! "IADL are often targeted during OT and it is important to note that there was a strong association between IADL and QoL ratings in our study." --> BG	AMED
Cochrane 2013_Home-care 're-ablement' services for maintaining and improving older adults' functional independence (Protocol)	SP	2013	0	65	+	+	+	+	Review	Protokoll für Review (am 4.2. noch kein Review) alles beinhaltet aber Fokus auf "re-ablement", nicht ET-spezifisch --> als Vorlage für Vorgehen bei BA nehmen?	Cochrane Library
Crawford 2008_People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation	+	2008	0	18+ mean 55.4 52 49.6 50.8	0	-	+	+	USA	Nur Baseline der einschränkungen keine Intervention beschrieben und keine Veränderung --> BG	Medline

Crotty 2010_ Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people	Review	2010	+	65+ /mean 65 oder gute Verteilung	+	fractur	+	+	Review	Daten nachvollziehbar pro studie und zusammengefasst	CINAHL, Medline
Curtin 2011_ Individualized Skills Training Program for Community-Dwelling Adults with Mild Alzheimer's Disease.	+	2011	-	71+ kein mean	+	-	+	-	USA	Individual-Skills-Training-Programm mit Angehörigen	CINAHL
Cutchin 2009_ Feasibility and effects of preventive home visits for at-risk older people-Design of a randomized controlled trial	SP	2009	+	75+ kein mean	+	+	+	+	USA	OT-based preventive home visit (PHV) nur knapp beschrieben, Ziel: feasibility, and to obtain preliminary efficacy estimates, of an intervention consisting of preventive home visits to community-dwelling older adults. richtige Studie leider nicht auffindbar! --> BG	Medline
Daniels 2011_ A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons	+	1998	+	70+ kein mean	+	+	-	-	Niederlande	Erklärung zum Programm (6Steps) 5A's aber kein Outcomes	AMED
de Mello 1995_ The use of mobility related devices by older individuals with developmental disabilities living in community residences	?	1995	+	60+ kein mean	-	+	0	-	USA	Kein Volltext, Intervention kann deshalb nicht beurteilt werden, nur über gefähigkeit	AMED
Eckel 2012_ Community Dwelling Elderly Women and Meal Preparation	quali Case Study	2012	+	73+ kein mean	+	+	+	0	USA	COPM und PEO --> BG Essenszubereitung = lebensqualität für Frauen	OTDBase
Egan 2003_ Occupational therapy at home and in the community for people with sub-acute conditions	+	2003	+	adults +older adults	+	Sturz prävention	0	0	USA	unvollständiger Artikel	AMED
Eklund 2005_ A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses	+	2005	-	20-55 mean 41	+	-	-	+	Schweden	zu alt, Selbständigkeit nicht beurteilt	Medline
Filiatrault 2013_ Fear of falling among seniors: A target to consider in occupational and physical therapy practice?	+	2013	+	60+ kein mean	+	Sturz prävention	0	-	Canada	Nur Sturzpräventionsprogramm	AMED
Fisher 2007_ Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults	+	2007	+	74 - 90 mean 80	+	+	+	-	USA		CINAHL

Garvey 2015_OPTIMAL , an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial	RCT	2015	+	median 65 (50–83) 67.5 (42–84)	+	+	+	+	Irland	OPTIMAL is a 6-week community-based programme, can be delivered in primary care and community settings	CINAHL, OTSeeker
Giesbrecht 2013 _Feasibility of the Enhancing Participation In the community by improving wheelchair skills (EPIC Wheels) program: study protocol for a randomized controlled trial	SP	2013	+	55+	+	+	0	+	Canada	The secondary aims are to evaluate the effect of EPIC Wheels on wheelchair skill safety, wheelchair use confidence, satisfaction with activity performance, mobility, divided attention, and health-related quality of life	Medline
Gillespie 2012 _Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review)	Review	2012	0	60+ mean-SD > 60	+	+	-	-	Review	update of a Cochrane Review first published in 2009, fall prevention --> BG	CINAHL, Cochrane Library
Gitlin 2006 _A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults	+	2006	+	70+ kein mean	+	+	+	0	USA		CINAHL
Gitlin 2008 _Variation in response to a home intervention to support daily function by age, race, sex, and education	+	2008	+	70+ mean 79	+	+	+	-	USA	gleiche Studie wie Gitlin2006?!, aber Beurteilung der "variation in response"	CINAHL
Goodacre 2008 _Enabling Older People to Stay at Home: the Costs of Substituting and Supplementing Care with Assistive Technology	+	2008	0	70+ kein mean	+	0	+	-	Great Britain	BG zu Kosten-Vorteilen	Schneeball
Gustafsson 2012 _Long-Term Outcome for ADL Following the Health-Promoting RCT - Elderly Persons in the Risk Zone	RCT	2012	+	80+ 86 (80–97) 86 (80–94) 85 (80–94)	+	+	+	0	Schweden		Scheeball
Hayes 2012 _Collaboration between local health and local government agencies for health improvement (Review)	Review	2012	0	-	-	-	-	-	Review	These findings show that when comparing local collaborative partnerships between health and government agencies with standard working arrangements, there is generally no difference in health outcomes. --> BG	Cochrane Library
Hay 2002 _Cost-Effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults	RCT	2002	+	60+ kein mean	+	+	+	+	?	Aim: evaluate the cost-effectiveness of a 9-month preventive occupational therapy (OT) program in the Well-Elderly Study	CINAHL, Medline

Healt Quality Ontario 2013 _In-Home Care for Optimizing chronic Disease Management in the Community: An Evidence-Based Analysis	Review	2013	0	18 /60+	+	-	+	+	Review	Gesundheitsbericht	Medline
Hearle 2005 _An exploration of the relationship between place of residence, balance of occupation and self-concept in older adults as reflected in life narratives	+	2005	-	65+ kein mean	?	-	-	+	Great Britain	This article outlines and discusses the findings of a study using narratives with older adults, undertaken to explore such effects of life changes, including transition, on their self-concept. --> BG	Schnee ball
Helbostad 2004 _Home training with and without additional group training in physically frail old people living at home: effect on health-related quality of life and ambulation	RCT	2004	0 PT	75+ mean 81	+	+	0	-	Norwegen		Schnee ball
Hellstrom 2004 _Quality of life and symptoms among older people living at home	RCT	2004	+	75	+	+	+	+	Schweden	A positive correlation has been reported between the degree of physical activity and HRQoL in old age.13 15	AMED
Hendriks 2005 _Effectiveness and cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention programme to prevent new falls and functional decline among elderly persons at risk: design of a replicated randomised controlled trial	SP	2005	0	65	+	+	+	+	Great Britain	siehe Studie Hendriks2008	Medline
Hendriks 2008 _Cost-effectiveness of a multidisciplinary fall prevention program in community-dwelling elderly people: a randomized controlled trial	RCT	2008	+	65+ mean 74.5 (5.9) 75.2 (6.9)	+	+	+	+	Niederland	aimed to assess the cost-effectiveness of a multidisciplinary fall prevention program compared with usual Dutch healthcare in community-dwelling people 65 years of age or older who experienced a fall	Medline
Hinkka 2006 _A network-based geriatric rehabilitation programme: study design and baseline characteristics of the patients	SP	2006								siehe Studie Hinkka2007	AMED
Hinkka 2007 _Network-based geriatric rehabilitation for frail elderly people: Feasibility and effects on subjective health and pain at one year	RCT	2007	+	65+ mean 78.4 (65–96)	+	+	+	-	Finnland	8Mo Intervention davon 3Mo stationär	Schnee ball
Horowitz 2002 _Occupational therapy home assessments: supporting community living through client-centered practice	0	2002	+	62	+	+	+	-	USA	home and adaption to changing needs; home evaluations and interventions to support community living --> BG	AMED, CINAHL
Horowitz 2004 _Promoting well-being and engagement in life through occupational therapy life redesign: a pilot study within adult day programs	+	2004	+	mean 73.8	+	+	+	+	USA	adult day programs = community-based programs, Nachfolge-Studie von Well Elderly Study -> siehe Buch Mandel et al. (1999). Lifestyle Redesign. Bethesda: AOTA	CINAHL

Horowitz 2013 _Occupational Therapy community practice and home assessments: use of the home safety self-assessment tool (HASSAT) to support aging in place	+	2013	+	69-87	+	+	0	0	USA	Evaluation des HASSAT Assessment: Keine messungen zur genauen Verbesserung der Selbständigkeit und der Lebensqualität, begründen dies mit anderer Literatur	AMED, Medline
Iwarsson 1997 _Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility	+	1997	-	75	+	+	+	+	Schweden	--> BG über QoL	CINAHL
Iwarsson 2005 _A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependence among older swedish adults	+	2005	-	75-84 Mean 79 follow up 85	+	+	+	-	Schweden	This study described person-environment (P-E) fit and activities of daily living (ADLs) among older adults, and it explored the relationship between P-E fit and ADL dependence, testing Lawton's docility hypothesis at two points in time.	Schneeball
Jackson 1998 _Occupation in lifestyle redesign: the Well Elderly Study Occupational Therapy Program	.	1998	+	60+ mean 74.4	+	+	0	0	USA	Artikel: describes an innovative preventive OT intervention for well older adults, auf Grundlage von vorheriger Studie (Well Elderly Study), siehe Clark --> BG	AMED, Medline
Jackson 2001 _Promoting quality of life in elders: an occupation-based occupational therapy program	.	2001	+	60	+	+	+	+	USA	Artikel von WFOT Bulletin -> kein Zugriff!, Zsfassung der ET-Intervention aus Well Elderly Study mit Cultural-Sensitivity-Teil	CINAHL
Janssen 2014 Older Adults' Perceptions of physical Activity - A qualitative Study	+	2014	+/-	65+	+	+	+	-	USA	The purpose: explore older adults' perceptions of participation in physical activity (PA) as it impacts productive ageing and informs occupational therapy (OT) practice. Phenomenological --> BG	Medline
Jensen 2008 _Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities	Review	2008	-	65+ mean 79.1	+	+	-	-	USA		AMED
Johansson 2010 _Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review	Review	2010	0	65+ (older adults)	+	+	-	-	Schweden	Ziel: to show the impact of teamwork from the perspective of elderly persons,	CINAHL
Joo Hyun 2014 _Leisure Activity Participation as Predictor of Quality of Life in Korean Urban-dwelling Elderly	+	2014	-	60-85 kein mean	+	+	-	+	Korea	Quality of life showed a positive correlation with "use of media", "sports and outdoor leisure activity" and "hobby and other leisure activity" --> ev. BG über Freizeit	OTDBase
Justiss 2013 _Occupational therapy interventions to promote driving and community mobility for older adults with low vision: a systematic review	Review	2013	+	65+ oder mean 65	0	+	0	0	Review	Tabelle mit konkreten resultaten nicht erhältlich, deshalb nur eine auswahl zu den 4 von ihnen definierten Themen: Mehr allgemeine Info zur Problematik --> BG	AMED, Medline

Källdalen 2012 _Occupational performance problems in 85-year-old women and men in Sweden	Pilot	2012	-	85+	+	+	+	+	Schweden	Ziel: to explore occupational performance problems -- > BG verweis für mögliche Interventionen jedoch keine angewendet	AMED
Karlsson 2013 _Prevention of falls in the elderly: A review	Review	2013	+	60+ mean - SD >60	+	0	0	-	Review	Hauptthema ist sturzprävention	Medline
Kawamata 2012 _Effectiveness of an occupational therapy program for health promotion among healthy elderly: A randomized controlled trial	RCT	2012	+	65+ mean 71.4	+	+	+	+	Japan	The findings provide evidence that the MOHO program can meet coping and influence needs, thus improving QOL. We further conclude that the MOHO program is an effective interventional method for improvement of literacy about health and occupation. -> Studie nur auf Japanisch	Medline
Kelley 2009 _Exercise and health-related QoL in older community-dwelling adults	Review	2009	-	50	+	+	-	+	Review	Einfluss von Bewegung auf QoL --> BG	Cochrane Library
Kendrick 2014 _Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community (Review)	Review	2014	0	means 68-85	+	+	0	-	Review	We concluded that exercise interventions in community-dwelling older people probably reduce fear of falling to a limited extent immediately after the intervention, without increasing the risk or frequency of falls	Cochrane Library
Kovacs 2013 _Adapted physical activity is beneficial on balance, functional mobility, quality of life and fall risk in community-dwelling older women: A randomized single-blinded controlled trial	RCT	2013	-	60+ kein mean	+	-	-	+	Ungern		AMED
Lam 2010 _A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mid dementia in Hong Kong	RCT	2010	+	65+ mean 78	+	demenz	(+)	(+)	Hong-Kong	asien, Assessments nur ungenau -Krankheitsbild	Medline
Landa-Gonzalez 2012 _Occupational Therapy Intervention: Effects on Self-Care, Performance, Satisfaction, Self-Esteem/Self-Efficacy, and Role Functioning of Older Hispanic Females with Arthritis	+	2012	+	62 -90 mean 72	+	Arthritis	+	+	Spanierinnen in USA	Pilotstudie	AMED
Lannin 2006 _Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits	+	2006	+	65+ mean 82 /80	+	+	+	+	Australien	kleines Sampling aber alle Kriterien erfüllt	Medline

Lariviere 2002_Discharging older adults with a severe and chronic mental illness in the community	+	2002	+	68 - 87 mean 73.73		0	+	+	USA		AMED
Levasseur 2006_[Concept analysis of quality of life in the context of older adults with physical disabilities]	+	2006	0	-	-	-	-	-	Kanada	Konzeptanalyse von QoL, Bezug zu ET --> wichtiger Artikel für BG! (französisch)	AMED
Levasseur 2015_Coping strategies associated with participation and quality of life in older adults	+	2015	-	65+ mean 76.3	+	+	0	+	Canada	Implications: Before developing interventions to improve or maintain older adults' participation and quality of life, more studies are needed to better understand coping strategies used by older adults to deal with aging limitations or health problems and especially escape-avoidance strategies. --> BG	Schnee ball
Liddle 1996_Can occupational therapy intervention play a part in maintaining independence and quality of life in older people? A randomised controlled trial	RCT	1996	+	69+ mean 81.4	+	+	+	+	Australien	this study presents the findings at six-month follow-up	CINAHL
Liu 2013_Occupational therapy interventions to improve performance of daily activities at home for older adults with low vision: A systematic review	Systematic Review	2013	+	mean 69 - 82	+	Low vision +	+	-	USA	Einzelne Studien ansehen	AMED, Cochrane Library
Logan 2004_Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke	RCT	2004	+	mean 74 SD 8.2	+	Stroke	+	0	?	untersuchen wieviele interventionen nötig sind zur Förderung der outdoor mobility	Medline
Mann 2005_Problems with dressing in the frail elderly	Pilot	2005	-	60+ mean aller 75.2	+	+	+	+	USA	Erhebung welche Hilfsmittel zum Anziehen gebraucht werde, wie die Baseline von Qof und Selbständigkeit ist --> BG	OTDBase
Mayo-Wilson 2014_Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults- A Systematic Review and Meta-Analysis	Review	2014	0	65+	+	+	-	+	Review	Mortalität und Insttionalisierung keine ADL untersucht	Scheeball
Mayo 2015_Getting on with the rest of your life following stroke: a randomized trial of a complex intervention aimed at enhancing life participation post stroke	RCT	2015	0	mean 65 SD11	+	Stroke	-	+	Canada		Medline
McKenna 2007_What older people do: Time use and exploring the link between role participation and life satisfaction in people aged 65 and over	+	2007	-	65+ mean 75	+	+	-	0	Australien	McKenna et al. (2007). They found that the participants who reported greater role loss were more likely to report lower life satisfaction	AMED

McKenna 2009 _Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke	+	2009	-	65+ mean 74	+	stroke	-	0	Australien	Keine intervention nur untersuchung zur "time use". Aber begründung für zusammenhang lebensqualität und selbständigkeit und + Background	Medline
Metzelthin 2013 _A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: A large-scale process evaluation	+	2013	0	70+ mean 77	+	+	0	0	Netherlands	Results: Frail older people felt acknowledged by healthcare professionals and experienced support in handling their problems and fulfilling their wishes.	CINAHL
Mountain 2008 _Occupational therapy led health promotion for older people: feasibility of the Lifestyle Matters programme	RCT	2008	+	60 -92 mean 78.5	+	+	+	+	GB	8-month programme, sieht qualitativ gut aus	AMED, CINAHL
Muraki 2001 _A preliminary investigation to explore the effects of daytime physical activity patterns on health-related quality of life in healthy community-dwelling elderly subjects	+	2001	-	60+ mean 69.7 ± 4.4	+	+	0	+	Japan	The current findings demonstrate that lifestyle of the elderly subjects residing in urban wards might appreciably exercise influences on QOL and PA.	AMED
Nikolaus 1999 _A randomized trail of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients	+	1999	0	mean 81.4	0	0	+	-	Deutschland	Spital-Assessment kombiniert mit Home-Intervention nach Entlassung	Schnee ball
Oldenbuttel 2015 _Die Fahrleistung von Senioren schulen	.	2015	+	60 - 95	0	+	+	-	D / CH / A	guter Background-Artikel zu Autofahren im Altern --> BG	Schnee ball
Orellano 2012 _Effect of Occupation- and Activity-Based Interventions on Instrumental Activities of Daily Living Performance Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review	Review	2012	+	60 older adults	+	+	+	0	Review	als Teil des AOTA Evidence-Based Practice Project --> BG unterschiedliche interventionen	AMED, CINAHL
O'Toole 2013 _Impact of an occupation-based self-management programme on chronic disease management	+	2013	+	median 66.5 (47–79)	+	schmerz	+	+	Australien	Etwas zu junge teilnehmer aber ansich passend	CINAHL, Medline
Pankow 2004 _Evaluation of a Vision Rehabilitation Program for Older Adults With Visual Impairment	+	2004	0	65-90 kein mean	+	0	+	-	USA		AMED
Pardessus 2002 _Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly: a randomized trial study	RCT	2002	0	60+ mean 83.5	+	0	0	-	Frankreich	Ziel: to investigate whether home visits by a occupational therapist reduces the risk of falling and improves the autonomy of older patients hospitalized for falling.	AMED

Peralta-Catipon 2011 _Personal Factors Predictive of Health-Related Lifestyles of Community-Dwelling Older Adults	+	2011	-	55 - 92 mean 71.4	+	+	-	-	USA	"We explored personal factors that can predict health-related lifestyles" --> ev. BG	CINAHL
Pergolotti 2015_A randomized controlled trial of outpatient cancer Rehabilitation for older adults	+	2015	+	65+ kein mean	+	Cancer	+	+	USA		OTSeeker
Pho 2012 _Nursing Strategies for Promoting and Maintaining Function among Community-Living Older Adults: The CAPABLE Intervention	Single Key	2012	0	1x 72	+	+	0	0	USA	CAPABLE-approach (Community Aging in place: Advancing Better Living for Elders), ARTICLE about the nursing aspect --> BG --> Studie zu CAPABLE?!	CINAHL
Pighills 2011 _Environmental Assessment and Modification to prevent falls in older people	+	2011	+	70+ mean 78-80	+	+	+	+	England	To assess the effectiveness of an environmental falls prevention intervention delivered by qualified occupational therapists or unqualified trained assessors	Medline
Poole 2004 _Dressing routines in women with chronic disease_A pilot study	pilot studie	2004	-	mean 44.3 53.4 48.5	?	Reuma Diabetes	+	-	Neuseeland	Untersuchung zu den unterschieden zwischen Reuma und Diabetes Patienten beim Anziehen	OTDBase
Rimmer 2005 _Aerobic exercises in stroke survivors	0	2005	- phy	43-72	0	0	0	-	?		Medline
Roriz-Cruz 2007 _Stroke-Independent Association Between Metabolic Syndrome and Functional Dependence, Depression, and Low Quality of Life in Elderly Community-Dwelling Brazilian People	+	2007	-	60+ mean 68,1 /, 68,2	+	0	+	+	Brasilien	Results: Met.S was significantly associated with functional dependence, depression, cognitive impairment, and low HRQoL, and its effects were independent of clinical stroke, IHD, and its own individual components. --> BG	AMED
Rotenberg-Shpigelman 2012 _Neurofunctional treatment targeting participation among chronic stroke survivors-a pilot randomised controlled study	Pilot RCT	2012	+	55-77 median 65	+	Stroke	+	+	Israel	Alter passt nicht ganz und Land Assessments auch eher ungenügend	Medline
Ryburn 2009 _Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults	Review	2009	+	60+ / 65+ & mean85	+	+	+	+	AUS, UK, USA	restorative approaches = to go beyond traditional home care goals of 'maintenance' and 'support' towards improvements in functional status and quality of life, falls keine Hauptstudie --> guter BG!	Schneeball
Sanford 2006 _The effects of in-home rehabilitation on task self-efficacy in mobility-impaired adults: a randomized clinical trial	RCT	2006	+	mean 62 (42-86)	+	0	+	-	USA	in-home-therapy versus tele-rehabilitation	CINAHL

Scott 2001_Occupational therapy as a means to wellness with the elderly	.	2001	0	elderly	+	+	+	+	USA	Artikel, zu verschiedensten Programmen (well elderly ect. --> BG)	AMED
Sheffield 2013_Evaluation of an Agency-Based Occupational Therapy Intervention to facilitate aging in place	RCT	2013	+	mean 81.67 ± 9.46	+	+	+	+	USA		Medline
Skelton 2013_Environmental and behavioural intervention for reducing physical activity limitation in community-dwelling visually impaired older people (review)	Review	2013	+	60?	0	(+)	+	+	Review	Autoren haben keine Studien gefunden die ins Review passen!	CINAHL, Cochrane Library, Medline
Sheppard Bell 2011_Effects of Nintendo Wii on Quality of Life, Social Relationships, and Confidence to prevent falls	+	2011	+	60	0	+	-	+	USA		Schnee ball
Shillam 1983_Effect of OT intervention on bathing independence of disabled persons	+	1983	+	?	+	Querschnittslähmung	+	-	USA	Selbständigkeit im Bad (duschen ect)	OTDBase
Spiriduso 2001_Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults	Review	2001	+	65+	+	+	+	+	Review	The purpose of this study was to determine if exercise operates in a dose-response fashion to influence well-being and to postpone dependency, viele Studien, gute Einleitung zu QoL! Nur Studien in Tab 5 Passen zu uns	AMED
Sprange 2013_Lifestyle Matters for maintenance of health and wellbeing in people aged 65 years and over- study protocol for a randomised controlled trial	SP RCT	2013	0	65	+	+	-	+	England	Keine Messung zu selbständigkeit	Medline
Stanley 1995_An investigation into the relationship between engagement in valued occupations and life satisfaction for elderly south australians	+	1995	-	70 -89 mean 75.65	+	+	+	+	Australien	Zeit Messung Aufzeigen von zusammenhang zwischen Betätigung und Life satisfaction (es konnte kein zusammenhang zwischen LF und einzelnen Bet. festgestellt werden) -->BG	OTDBase
Stark 2004_Removing Environmental Barriers in the Homes of Older Adults With Disabilities Improves Occupational Performance	+	2004	0	mean 67.3 (9.9)	+	+	+	-	USA		AMED
Stark 2009_Client-centered home modifications improve daily activity performance of older adults	+	2009	+	mean 81.7 61-95	+	+	+	-	USA	Results: After home modification, participants' perception of their daily activity performance at home improved significantly and was maintained 2 years post-modification. --> BG	Schnee ball

Stav 2012_ Systematic review of occupational engagement and health	Review	2012	+	65+	+	+	+	+	Review	What is the evidence that participation in occupation and activities supports the health of community-dwelling older adults? Keine genauen daten	Medline
Steultjens 2004_ Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review	Review	2004	+	60+ kein mean age	+	+	+	+	Review		AMED, CINAHL, Medline
Stewart 2012_ Fear of falling and the use of telecare by older people	Review	1980-2011	-	25	+	+	?	?	Review	Einzelstudien und Samplings sind gut dargestellt meist über 60 jährige -->BG	OTDBase
Stolee 2012_ Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders_A systematic review	Review	2012	+	mean > 55	-	+	-	+	Review	Older adults who received rehabilitation in the home had equal or higher gains than the inpatient group in function, cognition, and quality of life; they also reported higher satisfaction. --> BG	Cochrane Library
Swan 2015_ Living with oropharyngeal dysphagia: effects of bolus modification on health-related quality of life: a systematic review	Review	2015	-	65	+	-	+	+	Review	Sehr spezifisch zu Oropharyngeal dysphagia	Medline
Szanton 2011_ Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders - A Bio-Behavioral-Environmental Intervention to Improve Function and Health-Related Quality of Life in Disabled older	randomized controlled pilot	2011	(+)	mean 79.0 ± 8.2 77.0 ± 7.1	+	+	+	+	USA	CAPABLE	Medline, OTSeeker
Szanton 2014_ CAPABLE trial - a randomized controlled trial of nurse, occupational therapist and handyman to reduce disability among older adults rationale and design	SP	2014	+	65	+	+	+	+	USA	Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders ET interventionen sind beschreiben jedoch kein vergleich unterschiedlicher Interventionen	Medline
Szanton 2015_ Preliminary Data from Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders, a Patient-Directed, Team-Based Intervention to Improve Physical Function and Decrease Nursing Home Utilization: The First 100 Individuals to Complete a Centers for Medicare and Medicaid Services Innovation Project	RCT	2015	+	65+ mean 74.1 6.9	+	+	+	+	USA	This article presents preliminary data from Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders (CAPABLE), a model funded by the CMS Innovation Center and designed to overcome the functional and home environmental barriers of older adults	CINAHL, Medline
Tollen 2008_ Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life	qualitativ	2008	-	mean 79.9 65-91	+	+	-	-	Schweden	Ziel: to describe the everyday life experiences -> Empfehlung für ET, aber nicht ET-Intervention untersucht --> BG vereis auf (Steultjens et al., 2004; De Wit et al., 2006). According to Jackson (1996)	AMED

Tolley 2003 _Determining the effectiveness of a falls prevention programme to enhance quality of life: an occupational therapy perspective	+	2003	+	65+	+	+	0	+	GB?	to evaluate effectiveness of OT	AMED
Trouvé 2011 _Engagement in occupations: a challenge for health and quality of life for seniors?	+	2011	-	60+	?	+	0	0	Frankreich	focuses on the positive link between engagement in meaningful and significant activities and health -> the results tend to demonstrate that the selected occupations with or without help makes it possible to develop or maintain one's abilities, to ensure a certain level of competence, to exercise control over life and environment, to give meaning to life and therefore to improve quality of life --> BG nur abstract und FR	Schnee ball
Tuntland 2014 _Reablement in community-dwelling adults: study protocol for a randomised controlled trial	SP	2014								Study Protocol zur untenstehenden Studie	Schnee ball
Tuntland 2015 _Reablement in community-dwelling older adults - a randomised controlled trial	RCT	2015	+	79.9 SD 10.4 range 45	+	+	+	+	Norwegen		Medline
Turcotte 2015 _Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada	+	2015	+	Median 80.5 (6.0)	+	+	+	-	Kanada	Ziele: (1) identify health promotion and prevention interventions used with seniors having disabilities, and (2) explore barriers to integrating such interventions into practice --> es geht mehr darum, was gemacht wird & ob es Health Promotion ist, als um eigentliche Intervention / Fokus auf Klienten --> BG zu Prevention / HP	CINAHL, OTDBase
Vries 2012 _Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis	Review	2012	+	60	+	+	-	+	Review	The effect on physical activity and quality of life was not evident and no definite conclusions on the most effective type of physical exercise therapy intervention can be drawn. --> BG	Cochrane Library
Voigt-Radloff 2009 _WHEDA study- Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers	RCT	2009	+	65+	+	0 mild or moderate dementia	+	+	Deutschland	+ Studien sieht sehr aus, gefühl aus hohe qualität - Krankheitsbild	Medline

Whitehead 2014 _Occupational Therapy in HomeCare Re-ablement Services (OTHERS): study protocol for a randomized controlled trial	SP	2014							GB	keine Studie zu finden	Medline
Wildner 2002 _Independent living after fractures in the elderly	+	2002	-	58-78 mean 66	+	0	0	+	Deutschland	Einfluss einer Fraktur auf Selbständigkeit, keine Intervention	Schnee ball
Williams 2011 _The effect of Nintendo Wii on balance: A pilot study supporting the use of the Wii in occupational therapy for the well elderly	+	2011	+	74 -94 mean 83.86	+	+	0	+	USA	Balance beurteilt (Sturzprävention)	Schnee ball
Wood 1996 _Delivering occupational therapy's fullest promise: clinical interpretation of 'life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults'	.	1996		?						Artikel zu Well Elderly Study -> Clark1996	AMED
Yamada 2010 _A randomised clinical trial of a wellness programme for healthy older people	RCT	2010	+	65+ 72.3±4.7 72.6±4.3	+	+	-	+	Japan	the effectiveness of a wellness programme based on the MOHO, conclusion: MOHO-based OT can promote wellness	CINAH L
Yazicioglu 2012 _Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport	+	2012	- Phy	18	+	-	0	+	Türkei	results showed that people with physical disabilities who participated in adapted sports had significantly higher QoL and life satisfaction	Schnee ball
Yoo 2011 _Effects of a multidisciplinary supervised exercise program on motor performance and quality of life in community-dwelling chronic stroke survivors in Korean		2011	0	?	+	stroke	+	+	Korea	nur Abstract	Medline
Young 2012 _At-home versus institutional long-term-care for chronic functionally dependent older people (Protocol)	SP	2012	0	65	+	+	+	-	Review	Ziel 1: To determine whether long term dependent older people fare better if they are cared for in a domiciliary environment with enhanced home-care services, compared with placement in a long-term-care home.	Cochrane Library
Zingmark 2011 _Meeting the needs of elderly with bathing disability	+	2011	+	mean 83.0 68-97 81.3 65-91	+	+	+	+	Schweden		CINAH L, OTDBase

Anhang E: Detaillierte Darstellung der Ergebnisse

Das Vorzeichen vor der Klammer zeigt an, ob die Intervention zu einer signifikanten Verbesserung (++), Verbesserung (+), keiner Veränderung (=), Verschlechterung (-) oder signifikanter Verschlechterung (--) führte.

Bei den Spalten, welche die Veränderung der Interventionsgruppe gegenüber zeigen, steht der Zahlenwert in der Klammer für die Veränderung von Baseline- zu Post-Messung. Bei den Spalten, welche den Vergleich zur Kontrollgruppe zeigen, ist jeweils zuerst der Zahlenwert der Interventionsgruppe angegeben und nach „statt“ wird der Zahlenwert der Kontrollgruppe genannt. Anschliessend werden der Teilbereich des Assessments und der Name des Assessment genannt.

Studie	Interventionsnutzen				Nachhaltigkeit			
	Selbständigkeit		Lebensqualität		Selbständigkeit		Lebensqualität	
	BL	KG	BL	KG	BL	KG	BL	KG
Clark et al. (1997) ; Clark et al. (2001)	- (-2.3, Bereich ADL, FSQ) + (+0.9, Bereich IADL, FSQ) (*)	- (-2.3 statt -1.3, ADL, FSQ) + (+0.9 statt -0.4, IADL, FSQ) (*)	+ (+1.6, LSI-Z) + (5 von 8 Bereiche, SF-36) - (3 von 8 Bereiche, SF-36) (*)	++ (1.6 statt +0.7, LSI-Z) ++ (7 von 8 Bereiche, SF-36)	- (-1.6, Bereich ADL, FSQ) - (-0.8, Bereich IADL, FSQ) (*)	- (-1.6 statt +0.1, ADL, FSQ) - (-0.8 statt -0.7, IADL, FSQ) (*)	+ (+1.2, LSI-Z) + (2 von 8 Bereiche, SF-36) - (6 von 8 Bereiche, SF-36) (*)	+ (1.2 statt 0.8, LSI-Z) ++ (5 von 8 Bereiche, SF-36) + (2 von 8 Bereiche, SF-36)
Horowitz et al. (2004)	- (-2.9, Bereich ADL, FSQ) - (-4.7, Bereich IADL, FSQ) (*)	- (-2.9 statt +2.8, ADL, FSQ) - (-4.7 statt +17.3, IADL, FSQ) (*)	- (-0.3, LSI-Z) + (4 von 8 Bereiche, SF-36) - (4 von 8 Bereiche, SF-36) (*)	- (-0.3 statt +1.5, LSI-Z) + (3 von 8 Bereiche, SF-36) - (5 von 8 Bereiche, SF-36)				
Liddle et al. (1996)	-- (+0.1, ADL-Assessment)	+ (+0.1 statt +0.2, ADL-Assessment)	+ (+2, LSI) - (-1, QoL in last 6mo)	= (2 statt 2 ggü K-Gruppe 1, LSI) + (2 statt 0 ggü K-Gruppe 2) - (-1 statt +1.9, QoL in last 6mo)				
Mountain et al. (2008)	= ([keine Zahlenwerte publiziert], kein sign. Unterschied, Barthel-Index)	k.A.	+ ([keine Zahlenwerte publiziert], 8 von 8 Bereichen, SF-36)	k.A.				
Sheffield et al. (2013)	k.A.	= (kein signifikanter p-Wert, FIM)	k.A.	++ (sign. p-Wert, 8% Verbesserung ggü K-Gruppe,				

				EQ-5D)				
Szanton et al. (2011)	+ (-1.4, subj. ADL-Einschätzung) + (-1.1, subj. IADL-Einschätzung) (*)	+ (-1.4 statt -0.5, subj. ADL-Einschätzung) + (-1.1 statt -0.2, subj. IADL-Einschätzung) (*) <u>Effektstärke:</u> 0.63 (ADL) 0.62 (IADL)	+ (+17.9, Euro-QOL) - (-0.9, EQ-5D) (*)	+ (+17.9 statt -0.6, Euro-QOL) - (-0.9 statt 0.0, EQ-5D) (*) <u>Effektstärke:</u> 0.89 (Euro-QOL) 0.48 (EQ-5D)				
Tuntland et al. (2015)	+ (+4.3, COPM Performanz) (*)	++ (+1.5, COPM Performanz) <u>Effektstärke</u> ∴ 0.8 (COPM P.)	+ (+4.1, COPM Zufriedenheit) + (5 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) - (1 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) (*)	+ (+1.0, COPM Zufriedenheit) + (2 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) - (2 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) = (2 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) <u>Effektstärke</u> ∴ 0.7 (COPM Z.) 0-0.6 (COOP/Wonka)	+ (+3.7, COPM Performanz) (*)	++ (+1.5, COPM Performanz) <u>Effektstärke</u> ∴ 0.7 (COPM P.)	+ (+3.9, COPM Zufriedenheit) + (5 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) - (1 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) (*)	++ (+1.2, COPM Zufriedenheit) + (3 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) - (1 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) = (2 von 6 Bereiche, COOP/Wonka) <u>Effektstärke</u> ∴ 0.9 (COPM Z.) 0-0.4 (COOP/Wonka)
Zingmark et al. (2011)	++ (13 von 19 Bereiche, ADL-Taxonomy) + (5 von 19 Bereiche, ADL-Taxonomy) k.A. zu Spitex	<u>Selber nachgeschaut:</u> ++ (1 von 19 Bereiche, ADL-Taxonomy) + (7 von 19 Bereiche, ADL-Taxonomy) - (10 von 19 Bereiche, ADL-Taxonomy) = (1 von 19 Bereiche, ADL-Taxonomy)	++(4 von 5 Bereiche, EQ-5D) + (1 von 5 Bereiche, EQ-5D)	<u>Selber nachgeschaut:</u> + (1 von 5 Bereiche, EQ-5D) - (1 von 5 Bereiche, EQ-5D) = (3 von 5 Bereiche, EQ-5D)				

Anhang F: Detaillierte Beschreibung der Interventionen

Falls nicht anders vermerkt, stammen die Informationen aus den jeweiligen Studien.

Studie	Intervention	Dauer	Gruppen	Einzel	ambulant	domizil	Professionen
Clark et al. (1997); Clark et al. (2001)	<p>Name des Programms: ‚Lifestyle Redesign‘ Land: USA</p> <p>Hauptthema: „Health through Occupation“ – Gesundheit durch Betätigung erlangen Ziel: Die Selbständigkeit, die Gesundheit und das Wohlbefinden von älteren, zuhause lebenden Menschen fördern (Clark et al., 2015)</p> <p>Das „Lifestyle Redesign“-Programm bietet eine gleichbleibende Struktur mit Möglichkeiten zur Variation je nach Klienten. (Clark et al., 2015)</p> <p>Gruppenintervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - max. 10 Klienten pro Gruppe - Programm besteht aus verschiedenen Modulen (Mandel et al., 1999): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) ▪ Anpassung an eine multikulturelle Umwelt ▪ Nutzung der Freizeit ▪ tödliche Krankheit und Tod ▪ Erhaltung der Gesundheit ▪ Mobilität ▪ persönliche Finanzen ▪ persönliche Sicherheit ▪ psychisches Wohlbefinden und Zufriedenheit ▪ Beziehungen mit anderen - alle Module sind detailliert beschrieben mit Hintergrundwissen, Diskussionsfragen, Aktivitäten und Handouts in Clark et al. (2015) - didaktischer Unterricht durch ET, Austausch unter den Klienten, das direkte Erleben von Aktivitäten und eine Reflektion der TN zu ihren Aktivitäten & deren Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden (Clark et al., 2015) - Gruppenmitglieder als Experten - schriftliches Handout verteilt <p>Einzelintervention: (Clark et al., 2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> - zuhause durchgeführt - individuelle Behandlungen angepasst an die Gesundheit und Ziele des Klienten: - Gespräche über Zusammenhang von Betätigungen und Gesundheit, über die Biografie, Vertiefung des Inhalts der Gruppenintervention oder eines individuellen Themas, Erfassung der Sicherheit zuhause, Wohnraumanpassungen und Anwendung von Hilfsmitteln 	9 Mo	2h/Wo	1h/Mo	X	X	ET
Horowitz et al. (2004)	<p>Program: ‚Lifestyle Redesign‘ Land: USA</p> <p>Hauptthema: Selbstwirksamkeit vermitteln, Fähigkeiten und Teilnahme an gesundheitsfördernden Betätigungen steigern, und Wohlbefinden stärken Ziel: Älteren gebrechlichen, zuhause lebenden Menschen die Fähigkeit und Möglichkeit zu geben, (a) ihr persönliches Repertoire von täglichen Betätigungen zu analysieren und (b) persönliche Strategien zu entwickeln, um ihre Fähigkeiten zu maximieren, damit sie die wichtigsten Betätigungen ausführen können.</p> <p>Basierend auf dem Lifestyle Redesign von Mandel et al. (1999) wurden die Interventionen an ein Tageszentrum angepasst. Die Interventionen sollten die</p>	16 Wo	1.5h/Wo	1x/Mo	X	X	ET

	<p>bestehenden Angebote ergänzen.</p> <p>Gruppenintervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jede Woche wurde ein spezifisches Thema behandelt, welche teilweise vom Lifestyle-Redesign-Programm übernommen wurden - Fokus auf täglichen Routinen, körperlicher und mentaler Aktivität, Ernährung und Essen, Handhabung der Medikamente, Sicherheit zuhause und im Ort, Hilfsmittel um funktionelle Fähigkeiten und Lebensqualität zu unterstützen - Schwerpunkt lag darauf das Verständnis über die Zusammenhänge zwischen Routinen, Engagement in Betätigung oder Aktivitäten, Lebenszufriedenheit, Gesundheit und Wohlbefinden aufzuzeigen - schriftliche Informationsblätter, Video und Versuchsaktivitäten wurden genutzt, um lehrreiche Erfahrungen zu ermöglichen, Interaktion innerhalb der Gruppe zu fördern und zwischenmenschliche Beziehungen zu pflegen - Ablauf einer Gruppenintervention: Beginn mit einer offenen Frage, um eine Diskussion zum Thema anzuregen, Ideen teilen und Fragen stellen zu können; Abschluss mit der Aufforderung, die Informationen zusammenzufassen und ihre Perspektive einzubringen - beim Abschluss erhielten Klienten ein Abschlusszertifikat und eine Mappe mit allen schriftlichen Informationen und Ressourcen des 16-wöchigen Programms, zudem wurden Teilnehmer ermutigt einander weiterhin zu unterstützen <p>Einzelintervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zuhause oder im Tageszentrum - um auf spezifische Interessen und Bedürfnisse eingehen zu können, z.T. Wohnraumanpassungen (Duschstühle und Griffe für unabhängiges und sicheres Baden, Reorganisation der Küche um sitzend kochen zu können) 						
Liddle et al. (1996)	<p>Program: - Land: Australien</p> <p>Hauptthema: k.A. Ziel: k.A.</p> <p>ET beurteilte Klient zuhause und formulierte eine Empfehlung bzgl. gemeindenahen Dienste, Wohnraumanpassungen oder Hilfsmittel ohne den Klienten über den Inhalt der Empfehlung zu informieren</p> <p>Intervention: Empfehlungen wurden ausgeführt oder von unabhängiger Forschung-Pflegefachperson organisiert, Teilnehmer erhielten Hilfsmittelsversorgung</p>	k.A.	-	k.A.	-	X	ET PF
Mountain et al. (2008)	<p>Program: ‚Lifestyle Matters‘ (inspiriert durch ‚Lifestyle Redesign‘) Land: Grossbritannien</p> <p>Hauptthema: k.A. Ziel: k.A.</p> <p>Das Programm Lifestyle Matters wurde inspiriert durch das Lifestyle Redesign (Mandel et al., 1999) und durch Fokusgruppen-Interviews auf Grossbritannien angepasst. Das Manual wurde in Craig & Mountain (2007) publiziert. Das Programm dauerte 8 Monate.</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Programm basiert auf 3 Grundsteinen: (Craig & Mountain, 2007) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstanalyse von Betätigung: Teilnehmer werden darin unterstützt, ihre täglichen Betätigungen zu analysieren und dadurch deren Wichtigkeit für Gesundheit und Wohlbefinden zu verstehen, Teilnehmer können dadurch auch Betätigungen anpassen und ihre Occupational Balance beeinflussen ▪ Erzählen von Betätigung: die gemachten Erfahrungen in Betätigungen mit anderen Teilnehmern teilen und reflektieren, um ihre Motivation, Werte und Hoffnungen verstehen zu können und so zu verstehen, warum eine Tätigkeit bedeutungsvoll ist ▪ Kreativität: Kreativität spielt in jedem Aspekt des Programms eine Rolle, so können Teilnehmer neben den logischen Lösungen auch weitere Möglichkeiten sehen <p>Gruppenintervention:</p>	8 Mo	1x/ Wo	2h 1x/Mo	X	X	ET

	<ul style="list-style-type: none"> - die Gruppe wählte die Themen und Inhalte anhand des Programm-Manuals selber aus - das Manual (Craig & Mountain, 2007) enthält 29 verschiedene Kern- und Unterthemen, wobei die Reihenfolge beliebig ist: <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine Feier der Errungenschaften ▪ Aktivität und Gesundheit ▪ psychisches Wohlbefinden erhalten ▪ körperliches Wohlbefinden erhalten ▪ Aktivitäten zuhause und in der Gemeinde ▪ Sicherheit zuhause und in der Gemeinde ▪ persönliche Umstände ▪ Assessment und Evaluation - die 29 Themen sind im Manual detailliert beschrieben (Craig & Mountain, 2007) - die Teilnehmer können ihre Sichtweisen mitteilen, ähnliche Erfahrungen teilen, neue Fähigkeiten in unterstützender Umgebung üben, Probleme durch Fremdbeobachtung bei anderen Teilnehmern lösen, Ausflüge mit praktischer Umsetzung des Geübten mit Unterstützung und Ermutigung der Teilnehmer - Ausflüge sind ein wichtiger Teil der praktischen Umsetzung (Craig & Mountain, 2007) <p>Einzelintervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zuhause - eigene Bedürfnisse werden erfasst und an individuellen Zielen gearbeitet, wobei die Kontrollüberzeugung beim Klienten bleibt (beide Quellen) - Klient kann seine Bedenken ausdrücken und Strategien entwickeln, die Beziehung zum Therapeuten vertiefen, Themen der Gruppenintervention vertiefen, falls nötig Teilnehmer weiterverweisen (Craig & Mountain, 2007) 						
Sheffield et al. (2013)	<p>Program: ‚Aging in Place‘ Land: USA</p> <p>Hauptthema: Wiederherstellung von Unabhängigkeit und Sicherheit durch den Gebrauch angepassten Hilfsmitteln und Wohnraumanpassungen (nach Ryburn, 2009)</p> <p>Ziel: eine Balance zwischen Sicherheit und Unabhängigkeit während täglichen Aktivitäten finden</p> <p>Aging in Place ist eine neue, bezirk-finanzierte, gemeindebasierte Ergotherapie-Dienstleistung, welche vom Bezirk Howard (Office on Aging) in Maryland entwickelt wurde. Dieser Ansatz lehnte sich an ein Konzept von Gitlin et al. (2006, 2006, 2008) und wurde auf den Kontext der Altersbehörde angepasst.</p> <p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Intervention beinhaltet ein Assessment zu täglichen Aktivitäten zuhause, Zusammenarbeit mit der Familie um gemeinsame Ziele zu erreichen, Versorgung und Training in der Benutzung von Hilfsmitteln, Entwurf und Durchführung von Wohnraumanpassung, Entfernung von umgebungsbedingten Hindernissen, Training in der Handhabung von Medikamenten und Schulung in adaptiven und kompensatorischen Strategien, um die Sicherheit und Unabhängigkeit zu verbessern - Ziele gemeinsam mit der Familie wurden so verfolgt, dass sowohl das Ziel des Klienten, als auch die Bedenken von Therapeuten und der Familie bzgl. Gesundheit & Sicherheit in die Überlegungen einbezogen wurden (z.B. selbständiges Duschen mithilfe von Duschstuhl) 	ø 4x	-	insg. ø 9h (inkl. Reise)	-	X	ET
Szanton et al. (2011)	<p>Programm: CAPABLE Land: USA</p> <p>Hauptthema: klientenzentrierte Behandlung und Motivational Interviewing</p> <p>Ziel: funktionelle Schwierigkeiten reduzieren, indem auf individuelle (intrinsische) und umweltbedingte (extrinsische) Einschränkungsfaktoren abgezielt wird</p> <p>Das Programm Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders (CAPABLE) dauerte 6 Monate.</p> <p>Intervention:</p>	6Mo	-	max. 10x (1-1.5h) (6x ET, 4x PF)	-	X	ET PF HA

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention beinhaltet verschiedene Komponenten, welche gemeinsam von Ergotherapie, Pflege und Handwerkern abgedeckt werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherheit zuhause (ET & Handwerker) ▪ Selbstpflege (ET & Handwerker) ▪ Kommunikation mit Hausarzt (Pflege) ▪ Handhabung der Medikamente (Pflege) ▪ Kraft und Balance (ET & Pflege) ▪ Depression (Pflege) ▪ Schmerz (Pflege) - jeder Klient erhält alle Komponenten der Intervention, diese werden aber auf den Klienten angepasst aufgrund seines Risikoprofils und Zielen - die einzelnen Behandlungen sind über Wochen verteilt, sodass Klienten die Möglichkeit hatten, neue Strategien oder Aktivitäten mit dem Gesundheitspersonal und selber zu üben - Ergotherapie mit 6 Behandlungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1.-2. Behandlung: Durchführung eines halbstrukturierten Interviews (Client-Clinician Assessment Protocol), um problematische Performanzbereiche zu identifizieren und priorisieren, Beobachtung der Performanz in jedem problematischen Bereich um Sicherheit, Effizienz, Schwierigkeit und Umwelthindernisse & -ressourcen zu evaluieren, ET und Klient entscheiden gemeinsam über Umwelthanpassungen, ET schickte Liste an Handwerker ▪ 3.-5. Behandlung: Klient identifiziert verhaltens- und umweltbezogene Faktoren für Performanzschwierigkeiten und Strategien um funktionelle Ziele zu erreichen, ET trainiert Klient spezifische Strategien und Hilfsmittel zu nutzen sowie Balance-Übungen und sturzassoziierter Selbstwirksamkeit ▪ 6. Behandlung: überprüfen aller Techniken, Strategien und Hilfsmittel, bei der Generalisierung des Ansatzes für andere tägliche Situationen unterstützen ▪ jede Behandlung: ET bekräftigt die Nutzung von Strategien, überprüft die vom Klienten identifizierten Lösungen, entwickelt Strategien weiter und bietet Edukation und weitere Ressourcen an <ul style="list-style-type: none"> ▪ übernimmt Koordination mit Handwerker - Pflege mit 4 Behandlungen (Details siehe Studie) - Handwerker: durchschnittlich \$ 1300.- pro Haushalt zur Verfügung (Details siehe Studie) 					
<p>Tuntland et al. (2015)</p>	<p>Programm: ‚Reablement‘ / ‚Restorative Care‘ Land: Norwegen</p> <p>Hauptthema: Performanz von täglichen Aktivitäten verbessern, welche vom Klienten als wichtig eingestuft wurden → täglichen Aktivitäten selber auszuführen statt andere machen lassen; Orientierung am CMOP-E</p> <p>Ziel: Unabhängigkeit in täglichen Aktivitäten erhöhen, Menschen befähigen zuhause alt zu werden, aktiv zu sein und am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilzunehmen</p> <p>Reablement (auch Restorative Care genannt) ist ein Ansatz, der frühzeitig ansetzt, um Spitex-Dienstleistungen für ältere Menschen, zu verbessern und dauert maximal 3 Monate.</p> <p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention ist zielorientiert, besteht aus mehreren Komponenten und wird von einem multidisziplinären Team sichergestellt (Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialpädagogie, Logopädie) • Die Ziele wurden aufgrund der im COPM-Assessment priorisierten Aktivitäten formuliert, wobei die einzelnen Fachpersonen an gemeinsamen Zielen arbeiten • Intervention besteht aus allgemeinen und individuellen Merkmalen <ul style="list-style-type: none"> ○ allgemeine Merkmale: max. 3Mo Rehabilitation, ET & PT benutzten COPM-Assessment, darauf basieren wurde Rehabilitationsplan erstellt, Therapeuten beaufsichtigten das Spitex-Personal wie sie die Klienten im täglichen Training 	<p>Max. 3Mo</p> <p>ø 10 Wo</p>	<p>-</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>X</p> <p>ET LO PF PT SP</p>

	<p>ermutigen und unterstützen können</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ individuelle Merkmale: Training von täglichen Aktivitäten, Anpassungen der Umwelt oder der Aktivität, Übungsprogramm ● Übungen werden schriftlich festgehalten, sodass auch Spitex-Personal diese instruieren konnte, neue Mitarbeiter wurden gründlich eingeführt zuhause oder in der lokalen Umgebung 						
Zingmark et al. (2011)	<p>Programm: - Land: Schweden</p> <p>Hauptthema: als ET ist es wichtig, das ‚Use of Self‘ bewusst einzusetzen und während einer Intervention eine gute Balance zwischen Unterstützung und Herausforderung zu finden</p> <p>Ziel: Klienten unterstützen, sodass relevante Tätigkeiten sicher und möglichst unabhängig ausgeführt werden können</p> <p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Basierend auf ET-Assessment und individuellen Bedürfnissen wurde die Intervention durchgeführt ● Intervention ging verschiedene Performanzschwierigkeiten an ● 70% adaptive Interventionen durchgeführt (Hilfsmittel, Umwelтанpassungen, adaptierte Aktivitätsausführung) ● 30% akquisitorische Interventionen durchgeführt (abgestufte Aktivitäten, ermutigende Herangehensweise, Training von Fähigkeiten in der Aktivität) ● Intervention wurde beendet, sobald der Klient Unabhängigkeit erreichte oder weitere Behandlungen keinen Effekt zeigen würden, falls nötig wurden nach der Intervention weitere Spitex-Dienstleistungen angeboten ● Zuhause durchgeführt 	ø 10 Wo, max. 15 Wo	-	2.9x (insg. 120 Min)	-	X	ET

Anhang G: Englisch-Deutsch-Übersetzung

Häufige Übersetzungen sind hier dargestellt, wobei selbst übersetzte Begriffe mit (*) markiert sind.

Englisch	Deutsch
agency based	behördenbasiert
apartment complex	Wohnkomplex
approach	Vorgehensweise
assistive device	Hilfsmittel
assistive technologies	Hilfsmittel (*)
care services	Betreuungsdienstleistungen (*)
Caucasian	kaukasisch (hellhäutig)
community-based	gemeindebasiert / community-based
community outings	Community-Ausflüge
comprehensive	umfassend
community services	gemeindenahе Dienste
daily function	Ausführung von täglichen Aktivitäten (*)
daily functioning	Ausführung von täglichen Aktivitäten (*)
disability	Einschränkung
diverse	unterschiedlich
education	Schulung
education level	Bildungsgrad
environmental adaptation	Umweltanpassung
environmental hazards	umgebungsbedingte Gefahren
environmental modifications	Umweltanpassungen (*)
equipment	Hilfsmittel
federally subsidized	staatlich unterstützt
functional decline	funktionelle Verschlechterung
functional capabilities	funktionelle Fähigkeiten
grooming	Körperpflege
health care services	Gesundheitsdienstleistungen
health-related	gesundheitsbezogen
health-related quality of life	gesundheitsbezogene Lebensqualität
health care	Gesundheitsversorgung
home care services	Spitex-Dienstleistungen
home environment	Wohnumgebung
home modification	Wohnraumanpassung
home repair	Reparaturen zuhause (*)
home security	Sicherheit zuhause (*)

household income	Haushaltseinkommen
housing security	Sicherheit zuhause (*)
impairment	Beeinträchtigung
impart	vermitteln
implementation	Umsetzung
in-home aide services	hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex (*)
instruction	Anweisung
intent	Absicht
invariance	Beständigkeit
life satisfaction	Lebenszufriedenheit
life span	Lebensdauer, Lebensspanne
locus of controll	Kontrollüberzeugung
long term	nachhaltig, langfristig
low income	niedriges Einkommen, einkommensschwach
marginally significant	marginal signifikant
medical history	Krankengeschichte
medication management	Handhabung der Medikamente
mental health	psychische Gesundheit
mental well-being	psychisches Wohlbefinden
municipality	Gemeinde
OT Technical Instructor	Ergotherapie-Assistentin oder -Assistent
peer exchange	Peer-Austausch
physical examination	ärztliche Untersuchung
physical functioning	Körperfunktionen (*)
provide	abgeben, anbieten
quality of life	Lebensqualität
self care	Selbstpflege
self-efficacy	Selbstwirksamkeit
self-perceived	subjektiv (*)
sense of identity	Identitätsbewusstsein
services	Dienstleistungen
session	Behandlung
stressor	Stressfaktor
successful aging	aktives Altern
supervised	beaufsichtigt
symptomatology	Symptomatik
treatment	Behandlung
well-being	Wohlbefinden