

Z Gerontol Geriat
 DOI 10.1007/s00391-016-1047-8
 Eingegangen: 28. Juni 2015
 Überarbeitet: 1. Februar 2016
 Angenommen: 17. Februar 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



Janina Geib^{1,4} · Monika A. Rieger² · Stefanie Joos³ · Gerhard W. Eschweiler^{1,4} · Florian G. Metzger^{1,4}

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

² Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen, Tübingen, Deutschland

³ Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

⁴ Geriatisches Zentrum, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

Implementierung von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei geriatrischen Patienten mit einer depressiven Episode

Eine Machbarkeitsstudie mit gemischten Methoden

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Akupunktur in der westlichen Medizin und in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewonnen und erfreut sich großer Beliebtheit unter den Patienten. Neben der traditionellen Körperakupunktur findet bei bestimmten Erkrankungen zunehmend die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll (National Acupuncture Detoxification Association) Anwendung [2, 3, 13, 19, 22]. Eine entspannende, konzentrationsfördernde, innerlich stabilisierende, Ängstlichkeit reduzierende und schlafregulierende Wirkung dieser Art der Akupunktur wurde bereits mehrfach beschrieben und gibt somit Raum für weitere Indikationen im Bereich psychiatrischer/psychosomatischer Indikationen [11].

Das Forschungsprojekt wurde innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks „Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.

Aufgrund der guten Erfahrungen im Bereich der Sucht- und Traumatherapie sowie der hohen Patientenakzeptanz [17, 21] ist der Einsatz der Ohrakupunktur ein vielversprechender Ansatz, u. a. auch mit dem Ziel, Arzneimittel einzusparen.

Die Erfahrungen, die mit den bisherigen Indikationen gesammelt werden konnten, legen die Vermutung nahe, dass die NADA-Ohrakupunktur bei (nicht-suchtkranken) psychiatrischen Patienten auf die inneren Selbstheilungskräfte einwirkt und Störungen im Wohlbefinden reguliert [16]. Eine entspannende Wirkung bei übermäßiger innerer Anspannung, Konzentrationsförderung und Förderung der Wachheit bei Erschöpfung oder permanenter Müdigkeit sowie Verbesserung des Nachtschlafs bei Schlafstörungen konnten für die Körper- bzw. teilweise auch für Ohrakupunktur bereits mehrfach gezeigt werden [5, 6, 9, 12, 15, 16, 18].

Bei geriatrischen Patienten besteht durch eine häufig schlechtere Medikamentenverträglichkeit (u. a. durch Nieren- oder Leberfunktionsstörungen und Begleiterkrankungen) die Notwendigkeit, innovative Therapieansätze zu ent-

wickeln. Vor dem Hintergrund der oben geschilderten positiven Erfahrungen der Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll hatte das vorliegende Projekt zum Gegenstand, diesen Therapieansatz in einem gerontopsychiatrischen Patientenkollektiv zu überprüfen.

Methode

Design

Das Studienprotokoll wurde bereits publiziert [8].

Ziel der Studie war es, in einem gemischten qualitativ-quantitativen Design die Machbarkeit und Akzeptanz von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei Patienten und Therapeuten zu überprüfen.

Die *Hauptfragen des qualitativen Ansatzes waren folgende:*

- Ist es möglich, Ohrakupunktur in ein multimodales Behandlungsregime älterer Menschen mit Depression in einer Tagesklinik zu integrieren?
- Wird das Angebot von Patienten angenommen? Warum und mit welcher Quote wird es abgelehnt?

- Welches sind mögliche Barrieren für die Annahme?
- Welche Bereitschaft besteht, diese Behandlungsmethode in das therapeutische Team zu integrieren? Wie kann diese erfolgen?

Nebenfragen:

- Ist das Setting einer 45-minütigen 3-mal wöchentlichen Anwendung für 3 Wochen realistisch?
- Wie wird die Ohrakupunktur im Einzelfall bewertet?

Daneben wurden quantitative Messverfahren eingesetzt, um die Verteilungsmaße der verwendeten Instrumente im Probandenkollektiv zu erheben [1] und explorativ mögliche Veränderungen zu erfassen.

Es wurden 21 teilstationäre Patienten der gerontopsychiatrischen Tagesklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen mit der Diagnose einer depressiven Episode (ICD 10: F32–F33) gescreent, von denen 20 der Teilnahme zustimmten. Sie erhielten zusätzlich zum bestehenden Therapieprogramm (Psychotherapie, Psychoedukation, Medikation, Physiotherapie, Ergotherapie, Gedächtnistraining, Literatur- und Biografiegruppe) 3-mal wöchentlich eine 45-minütige Ohrakupunktursitzung für insgesamt 3 Wochen.

Folgende 5 Punkte (Punktareale) wurden an beiden Ohren mit einer dünnen Einwegnadel durch eine zuvor in diesem Verfahren durch NADA-Deutschland e.V. ausgebildete und zertifizierte Person des Behandlungsteams (Ärztin oder Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege) gestochen: Vegetativum I, Shen men, Niere, Leber und Lunge.

Qualitative Erhebung

In den leitfadengeführten Einzelinterviews mit den Patienten wurden Fragen nach Erwartung und Vorstellungen zur Akupunktur gestellt, in den Interviews nach Abschluss wurde jeweils nach der erlebten Wirkung gefragt.

In den leitfadengeführten Fokusgruppen mit dem multiprofessionellen thera-

peutischen Team wurden der persönliche Eindruck, der personelle Aufwand und die aus dem Projekt entstandenen Möglichkeiten für die Patienten thematisiert. Auch wurde die Situation für die Therapeuten, deren Angebote zeitlich parallel zur Akupunkturgruppe stattfanden, beleuchtet. Die insgesamt 40 semistrukturierten Interviews (Dauer ca. 15 min) und 2 Fokusgruppen wurden durch eine externe Psychologin geführt, um Verzerrungen zu vermeiden.

Die Einzel- und Gruppeninterviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und unter Zuhilfenahme einer speziellen Software (MaxQDA) nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [14] ausgewertet. Hierbei wurde von der Studienleiterin und 3 externen Hilfskräften stufenweise ein Codiersystem entwickelt und v. a. deduktiv, d. h. in Bezug auf die Fragestellung der Studie/die Inhalte der Interviewleitfäden, im Konsensverfahren eine Strukturierung vorgenommen, woraus sich ein Kategoriensystem ergab, welches aufgrund der Beteiligung der externen, fachfremden Hilfskräfte offen und materialgeleitet war. Insgesamt wurden 268 Seiten transkribierter Materials bearbeitet und 119 Codes bzw. Subkategorien vergeben.

Quantitative Untersuchungsverfahren

Vor Beginn der Intervention und nach Abschluss wurden folgende Parameter mittels validierter Messinstrumente bei den Studienteilnehmern und Ablehnern erhoben:

Zur Einschätzung der depressiven Symptomatik wurden die Geriatric Depression Scale, (GDS; [23]) als Selbstbeurteilungsskala und die Hamilton rating scale for depression (HAM-D; [10]) als Fremdbeurteilungsskala eingesetzt. Zur Überprüfung der kognitiven Funktion und im speziellen der Orientierung wurde die Mini-Mental-Status-Examination (MMSE/MMST; [7]) herangezogen. Die aktuelle Lebensqualität wurde mithilfe des Short Form Health Survey (SF-36) [20] erhoben. Zur Evaluierung von Schlafstörungen wurde der Pittsburgh Schlafqualitäts-Index (PSQI; [4]) verwendet. Aus den erhobenen Da-

ten erfolgten eine quantitative Analyse mit gepaarten T-Tests (für Testwiederholung) sowie bei fehlender Normalverteilung nichtparametrische Tests mittels Wilcoxon Signed Ranks Test. Es wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet und die Signifikanz überprüft. Auf beschreibender Ebene wurden Werte $p < 0,05$ als statistisch signifikant angesehen ($*p < 0,05$; $**p < 0,01$; $***p < 0,001$).

Einmalig wurden vorab Informationen zu Diagnose, Medikation, Dauer der Erkrankung, Zahl der depressiven Episoden; Informationen zur Vorerfahrung mit Akupunktur bzw. die Gründe für eine Ablehnung des Akupunkturangebots erhoben.

Ergebnisse

Patientenkollektiv

Alle 21 gescreenten Patienten der gerontopsychiatrischen Tagesklinik der psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen erfüllten die Einschlusskriterien. Hier von konnten 20 Patienten in die Studie eingeschlossen werden; eine Patientin lehnte die Teilnahme an der Studie aufgrund von Furcht vor dem Verfahren ab. Alle eingeschlossenen Patienten vollendeten die Studie, es liegen von allen Studienteilnehmern komplette Datensätze der Screeninginstrumente vor. Es ergaben sich eine 95,2 %ige Inanspruchnahme des neuen Therapieangebots und eine Drop-out-Quote von 0 %. Insgesamt wurden 302 Behandlungen in 37 Akupunktursitzungen durchgeführt. (Eine Vielzahl der Patienten führte die Akupunktur auch nach Beendigung der 3-wöchigen Studienphase fort.)

Die Charakteristik des Patientenkollektivs wird in **Tab. 1** dargestellt.

Qualitative Datenauswertung

Die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll wurde sowohl von den Patienten als auch vom therapeutischen Team sehr gut angenommen und akzeptiert. Aufseiten der Teilnehmer konnten kaum Hindernisse für die Teilnahme aufgedeckt werden, vielmehr dominierten eine positive Erwartungshaltung und die Überzeugung, dass es sich um eine

Implementierung von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei geriatrischen Patienten mit einer depressiven Episode. Eine Machbarkeitsstudie mit gemischten Methoden

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Zahl depressiver Patienten im höheren Lebensalter nimmt in den letzten Jahren stetig zu, weshalb neue Behandlungsmöglichkeiten und Therapieansätze zur Verbesserung der Behandlung dieser Patientengruppe dringend erforderlich sind. Ziel dieses Projektes war es, die ergänzende Anwendung von Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll bei teilstationär behandelten Patienten im Hinblick auf Akzeptanz und Machbarkeit zu evaluieren.

Methoden. Zwanzig teilstationäre Patienten einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik mit einer depressiven Störung (ICD 10: F32–F33) erhielten neben der etablierten Behandlung 3-mal wöchentlich eine Ohrakupunktur-Sitzung für 3 Wochen. Es wurden semistruk-

turierte Interviews mit den Teilnehmern sowie dem therapeutischen Team geführt und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Depressivität, Kognition, Schlafqualität und Lebensqualität wurden mittels validierter quantitativer Instrumente erhoben.

Ergebnisse. Es ergab sich eine 95 %ige Inanspruchnahme. In der qualitativen Analyse zeigten sich eine gute Annahme und hohe Akzeptanz bei allen Befragten. Bei den Patienten dominierten eine positive Erwartungshaltung und die Überzeugung, dass es sich um eine wirkungsvolle Therapieform ohne Nebenwirkungen handele, welche zur Genesung beitragen könne. Die Mehrzahl gab zudem eine Verbesserung der Beschwerden an. Die quantitative Auswertung

ergab signifikante Verbesserungen bei den Zielparametern.

Diskussion. Die Akzeptanz bei Patienten und die Bereitschaft des interdisziplinären Teams, neue Wege in der Versorgung zu gehen, unterstreichen die Machbarkeit einer Implementierung innerhalb eines festen Therapiekonzepts. Die signifikanten Prä-post-Verbesserungen deuten auf einen möglichen Benefit hin und sollten in weiterführenden Wirksamkeitsstudien überprüft werden.

Schlüsselwörter

Depression · Gerontopsychiatrie · Akupunktur · Teilstationäre Behandlung · Machbarkeitsstudie

Implementation of auricular acupuncture by the NADA protocol in geriatric patients suffering from major depression. A mixed methods feasibility study

Abstract

Background. The number of elderly patients with depression has steadily increased in recent years; therefore, new treatment options and therapy approaches are urgently needed to improve treatment in this patient group. The aim of this project was to evaluate the additional application of auricular acupuncture according to the NADA protocol in patients treated in a daytime ward in terms of acceptability and feasibility.

Methods. A total of 20 psychogeriatric patients from a daytime clinic suffering from major depression (ICD-10: F32–F33) received auricular acupuncture in addition to the standard treatment three times per week

over a treatment course of 3 weeks. Semi-structured interviews were conducted with the participants and the therapeutic team and qualitative content analyses were carried out. Depression, cognition, quality of sleep and quality of life were assessed using validated quantitative instruments.

Results. There was a 95 % utilization of the therapy. The qualitative analysis showed a high acceptance by all participants. The dominant perception by the patients was a positive expectation and conviction that acupuncture was an effective form of therapy without side effects, which could contribute to recovery. The majority of patients also felt that

there was an improvement in the symptoms. The quantitative analysis revealed significant improvements in the target parameters.

Conclusion. The acceptance of the intervention by the patients and the willingness of the interdisciplinary team underlines the feasibility of this implementation within a fixed therapeutic concept. The significant pre-post improvements indicated a potential benefit and should be verified in further efficacy studies.

Keywords

Depression · Psychogeriatrics · Acupuncture · Day clinic setting · Feasibility study

Therapieform ohne Nebenwirkungen handele, welche zur Genesung beitragen könne. In Bezug auf die Wirkung sahen alle Befragten die Akupunktur als additive Therapieform als sinnvoll/wirkungsvoll an, wobei keine Erwartungen gehegt wurden, dass die Akupunktur allein eine vollständige Heilung hervorgerufen könne. Diese Einschätzung wurde so auch von den Teilnehmern der Fokusgruppe geteilt. Es wurde nur selten zwischen Körper- und Ohrakupunktur unterschieden, und beide Verfahren

wurden synonym füreinander verwendet, was einen Hinweis darauf darstellen könnte, dass nur geringes Vorwissen im Bereich traditioneller chinesischer Medizin und Akupunktur vorhanden war.

Insgesamt zeichnete sich die Tendenz ab, dass der medikamentösen Therapie ein hoher Stellenwert zugeordnet wurde und dieser aufgrund der Evidenz der Vorzug gegeben wurde, wenngleich die Akupunktur als willkommenes Adendum gesehen wurde. In diesem

Zusammenhang wurde jedoch auch ein Spannungsfeld zwischen der Einnahme von Medikamenten, trotz (spürbarer) Nebenwirkungen bei einer teilweise fehlenden inneren Überzeugung und der Suche nach Alternativen deutlich. Die Mehrzahl der Befragten verspürte eine Verbesserung durch die multimodale Behandlung, welche sie je nach Symptomatik gänzlich (Entspannung, innere Ruhe), mehr (Schmerzreduktion, Verbesserung der Kognition, Wohlbefinden) oder weniger (Verbesserung des Nachtschlafs

Tab. 1 Überblick über die demographischen Daten, Diagnosen, Erkrankungsdauer und Behandlungsdaten der Studienteilnehmer

Patient	m/w	Alter	Diagnose	Nebendiagnosen	Dauer Erkrankung (Jahre)	Anzahl Episoden	Medikation	Verweildauer in der Tagesklinik (Tage)
1	w	74	F33.1	aHT, Hypothyreose, Osteochondrose, LWS-Syndrom	14,0	3,5	Agomelatin 50 mg, Baldrian 2 Drg., Pipamperon 60 mg, Nebivolol 5 mg, L-Thyroxin 75 µg	51
2	w	73	F32.1	aHT, links betontes akinetisch-rigides Parkinson-Syndrom	1,0	1,0	Escitalopram 20 mg, Bupropion 300 mg, Valsartan 80 mg	56
3	m	73	F33.1	aHT, Hypothyreose, Hypercholesterinämie, BPH	6,0	5,0	Elontril 150 mg, Pregabalin 225 mg, Doxepin 10 mg, L-Thyroxin 75 µg, Ezetimib/Simvastatin 5/10 mg, Tamsulosin 0,4 mg	53
4	w	62	F33.1	aHT, Hypothyreose, Hypercholesterinämie	10,0	2,5	Venlafaxin 75 mg, Quetiapin 12,5 mg, L-Thyroxin 125 µg, Olmesartan 20 mg, Metoprolol 71,25 mg, Pantoprazol 40 mg, Atorvastatin 20 mg	51
5	m	62	F33.1	OSAS, Z. n. LE	14,0	10,0	Venlafaxin 225 mg	48
6	w	65	F33.1	Hypothyreose	1,0	1,0	Citalopram 20 mg, L-Thyroxin 50 µg	29
7	w	56	F32.2	Hypothyreose, Parkinson-Syndrom	1,5	3,0	Bupropion 150 mg, Quetiapin 200 mg, Lithium 900 mg, Doxepin 25 mg, L-Thyroxin 75 µg, Ropinirol 8 mg	79
8	w	60	F33.1	aHT, Hypothyreose, Diabetes mellitus, sekundärer Hyperoara-thyreoidismus, NI	10,0	3,4	Risperidon 3 mg, Risperidon Depot 25 mg alle 14 Tage, Olanzapin 10 mg, Lorazepam 1 mg, Pipamperon 40 mg, Zopiclon 7,5 mg, L-Thyroxin 25 µg, Omeprazol 40 mg Vit. D 500 IE Ramipril 5 mg	24
9	w	54	F33.2		0,8	1,0	Mirtazapin 30 mg, Pregabalin 125 mg, Duloxetin 30 mg, Pantoprazol 20 mg	104
10	w	80	F32.1	Hyperthyreose, chronisch-venöse Insuffizienz, Refluxösophagitis, chron. Vit. B12-Mangel, Z. n.LE	0,5	1,0	Mirtazapin 30 mg, Pantoprazol 40 mg, Dabigatran 150 mg, Novaminsulfon 2000 mg, Vit. B12 1000 µg alle 4 Wochen	52
11	m	63	F32.2		0,4	1,0	Bupropion 300 mg, Olanzapin 10 mg, Lithium 650 mg, Zopiclon 3,75 mg, Pantoprazol 40 mg	105
12	w	85	F32.1	pAVK, VHF, aHT, Diabetes mellitus, Hypothyreose	0,3	1,0	Bupropion 150 mg, Pregabalin 225 mg, Moxonidin 0,3 mg, Pantoprazol 20 mg, Candesartan 16 mg, Rivaroxaban 20 mg, Amlodipin 5 mg, Metformin 2000 mg, Bisoprolol 5 mg, Amlorid/HCT 5/50 mg, Glibenclamid 3,5 mg, Digoxin 0,25 mg, L-Thyroxin 125 µg	58
13	w	72	F33.1	aHT, Hypercholesterinämie, Hypothyreose	50,0	14,0	Imipramin 125 mg, Mirtazapin 45 mg, Pregabalin 225 mg, Quetiapin 300 mg, Baldrian 3 Drg., Bisoprolol 5 mg, Enalapril 10 mg, L-Thyroxin 100 µg, Omeprazol 20 mg, Simvastatin 20 mg, Torasemid 10 mg	113

Tab. 1 Überblick über die demographischen Daten, Diagnosen, Erkrankungsdauer und Behandlungsdaten der Studienteilnehmer (Fortsetzung)

Patient	m/w	Alter	Diagnose	Nebendiagnosen	Dauer Erkrankung (Jahre)	Anzahl Episoden	Medikation	Verweildauer in der Tagesklinik (Tage)
14	w	74	F32.2	aHT, Asthma bronchiale, rheumatoide Arthritis	30,0	5,5	Venlafaxin 187,5 mg, Agomelatin 25 mg, Quetiapin ret. 25 mg, Verapamil 240 mg, HCT 12,5 mg, Ramipril 5 mg, Prednisolon 5 mg, Leflunomid 20 mg, Formoterol/Budesonid	66
15	w	69	F33.1	Diabetes mellitus, aHT, KHK, Z. n. SAB mit Kopfschmerz	25,0	6,0	Quetiapin 25 mg, Nortriptylin 75 mg, Lamotrigin 100 mg, Bisoprolol 2,5 mg, Simvastatin 20 mg, Omeprazol 40 mg, Prasugrel 10 mg, Triamteren/HCT 50 mg, Oxycodon ret. 10/50 mg, Aspirin 100 mg, Insulin nach Blutzucker	85
16	w	75	F33.1	Chron. NI Stadium III, aHT, Hypothyreose	58,0	10,0	Olanzapin 2,5 mg, Escitalopram 5 mg, Zopiclon 3,75 mg, Aspirin 100 mg, Torasemid 5 mg, Pantoprazol 20 mg, L-Thyroxin 50 µg, Amlodipin 5 mg, Monoxidin 0,6 mg, Simvastatin 20 mg	25
17	w	76	F32.1	aHT, Coxarthrose	0,5	1,0	Bupropion 300 mg, Mirtazapin 30 mg, Aspirin 100 mg, Nebivolol 5 mg, Torasemid 5 mg, Valsartan 240 mg, HCT 6,25 mg	39
18	m	74	F32.1	aHT, KHK, intermittierende TAA	3,0	1,0	Escitalopram 10 mg, Pregabalin 150 mg, Aripiprazol 5 mg, Aspirin 100 mg	60
19	w	81	F33.1	Diabetes mellitus, aHT, KHK, Hypercholesterinämie, LWS-Syndrom, CLL	10,0	3,5	Venlafaxin 150 mg, Mirtazapin 30 mg, Aspirin 100 mg, Metformin 2000 mg, Lercanidipin 20 mg, Enalapril 20 mg, Simvastatin 20 mg, HCT 12,5 mg, Fentanyl-Pflaster 25 µg alle 3 Tage	85
20	w	85	F32.1	aHT, Spinalkanalstenose, Hypercholesterinämie	0,5	1,0	Mirtazapin 15 mg, Duloxetine 30 mg, Lisinopril 5 mg, Simvastatin 20 mg, HCT 6,25 mg, Omeprazol 40 mg, Vit. B12 1000 µg	58
MW		70,7			11,8	3,8		62,1
SD		9,0			16,8	3,7		25,9

MW Mittelwert, SD Standardabweichung, aHT arterieller Hypertonus, LWS-Syndrom Lendenwirbelsäulen-Syndrom, BPH benigne Prostatahyperplasie, OSAS obstruktives Schlafapnoesyndrom, pAVK periphere arterielle Verschlusskrankheit, VHF Vorhofflimmern, KHK Koronare Herzerkrankung, SAB Subarachnoidalblutung, NI Niereninsuffizienz, LE Lungenembolie, TAA Tachyarrhythmia absoluta, CLL Chronische lymphatische Leukämie, HCT Hydrochlorothiazid

oder der Stimmung) der Akupunktur zuordneten. Lediglich eine geringe Zahl der Befragten gab gar keine Veränderung an. Die von den Teilnehmern geäußerten Verbesserungen unterschieden sich zudem im Zeitpunkt der wahrgenommenen Verbesserung: Effekte wie innere Ruhe und Entspannung wurden bereits während der Sitzung wahrgenommen und hielten noch eine Zeit nach dieser an, wohingegen sich die Verbesserung des Wohlbefindens erst im Laufe der Zeit einstellte. Hierbei war besonders

auffallend, dass nahezu alle Teilnehmer, die einen nachhaltigen (der Akupunktur zugeordneten) Behandlungserfolg schilderten, aktiv versuchten, sich auf die Ruhe/Entspannung zu konzentrieren, wohingegen sich bei den Befragten ohne wahrgenommene Verbesserung keine aktiven Versuche oder Beeinflussung der aufkommenden Gedanken während der Akupunktur finden ließen.

Aufgrund der Bestrebungen, die Behandlung auf das ambulante Setting auszuweiten, wurde die Bereitschaft

der Teilnehmer erfragt, diese ambulant fortzuführen. Hierbei zeigte sich, dass diejenigen Befragten, bei denen sich ein deutlicher Effekt durch die Akupunktur eingestellt hatte, eher bereit waren, sich weiterbehandeln zu lassen und die Bereitschaft vom aktuellen Leidensdruck bzw. der Symptomschwere abhing. Insgesamt konnte jedoch eine große Nachfrage abgeleitet werden, obwohl die Teilnehmer von einer hohen finanziellen Belastung ausgingen und Unwissenheit über ambulante Einrichtungen mit einem

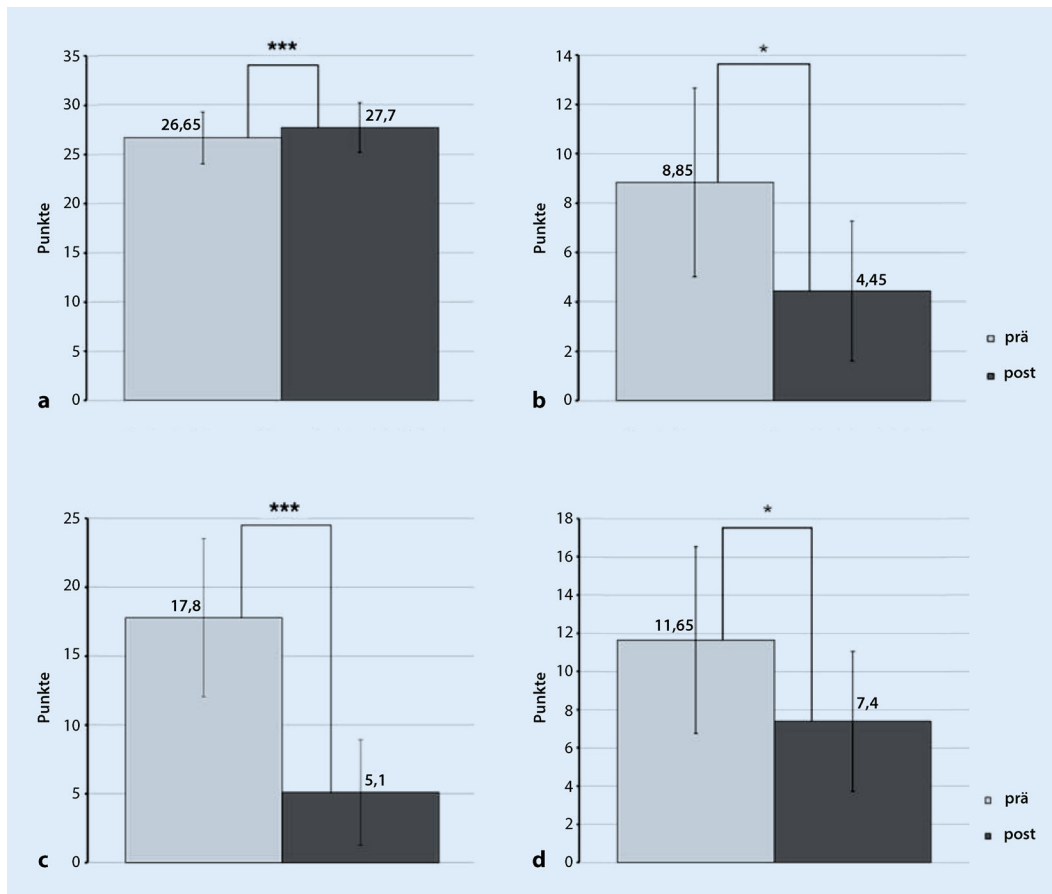


Abb. 1 ◀ Prä-Post-Vergleiche **a** Mini-Mental-Status-Examination, **b** Geriatric Depression Scale, **c** Hamilton Depression Scale, **d** Pittsburgh Schlafqualitäts-Index

entsprechenden Angebot bestand. Auch eine Reduzierung der ambulanten Therapieeinheiten auf einmal wöchentlich wurde von den Befragten als ausreichend und wünschenswert benannt. Es wurde geäußert, dass die Behandlung nicht zwangsläufig von einem Arzt durchgeführt werden müsse und die Behandlung durch einen Mitarbeiter des Pflegedienstes mit einer entsprechenden Schulung und Erfahrung als genauso geeignet angesehen wurde.

Zudem zeigte sich in den Interviews der Fokusgruppe, dass Störungen während der Behandlung durch zu spät eintreffende Patienten durch klare Regeln minimiert werden sollten, um den entspannenden Effekt zu gewährleisten. Aufgrund dieses sich während und nach der Akupunktur einstellenden Effekts sollte zudem die nachfolgende Therapie nicht beeinträchtigt werden und sich keine aktivierende Therapieform anschließen.

Auch zeigte sich eine Nachfrage von Patienten der Tagesklinik mit anderen

Diagnosen, sodass eine Öffnung des Angebots für Patienten, für die das NADA-Protokoll geeignet sein könnte, überlegt wurde.

Quantitative Daten

Die Vorher-nachher-Vergleiche zeigten signifikante Verbesserungen bezüglich der kognitiven Leistungen in der MMST ($p < 0,01$; **Abb. 1a**), der depressiven Symptomatik in der Selbstbeurteilung anhand der GDS ($p < 0,001$; **Abb. 1b**), der depressiven Symptomatik in der Fremdbeurteilungsskala HAM-D ($p < 0,001$; **Abb. 1c**), sowie der Schlafstörungen im PSQI ($p < 0,001$; **Abb. 1d**).

Die Lebensqualität wurde mithilfe des SF-36 erhoben. Hier ergaben sich für die 8 Subskalen folgende Verbesserungen (**Abb. 2**): körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU; $p < 0,001$), körperliche Rollenfunktion (KÖRO; $p = 0,002$), körperliche Schmerzen (SCHM; $p = 0,28$; in dieser Skala stellen anders als bei den restlichen

Skalen niedrige Werte ein hohes bzw. hohe Werte ein niedriges Schmerzerleben dar), allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES; $p < 0,001$), Vitalität (VITA; $p < 0,001$), soziale Funktionsfähigkeit (SOFU; $p = 0,12$), emotionale Rollenfunktion (EMRO; $p = 0,002$), psychisches Wohlbefinden (PSYC; $p < 0,001$).

Für die 2 Summenskalen, bestehend aus den Items körperliche Summenskala (KSK) und psychische Summenskala (PSK) zeigte sich folgende Verteilung (**Abb. 3**): signifikante Verbesserung in der KSK ($p = 0,02$) und hochsignifikant in der PSK ($p < 0,001$).

Diskussion

Wegen der fehlenden Erfahrung im Bereich der (Ohr-)Akupunktur in der Gerontopsychiatrie war die gewählte Methodik in Form einer Machbarkeitsstudie mit der Kombination aus quantitativen und qualitativen Assessments angezeigt und die Studie gut durchführbar. Gängige Verfahren der Qualitätssiche-

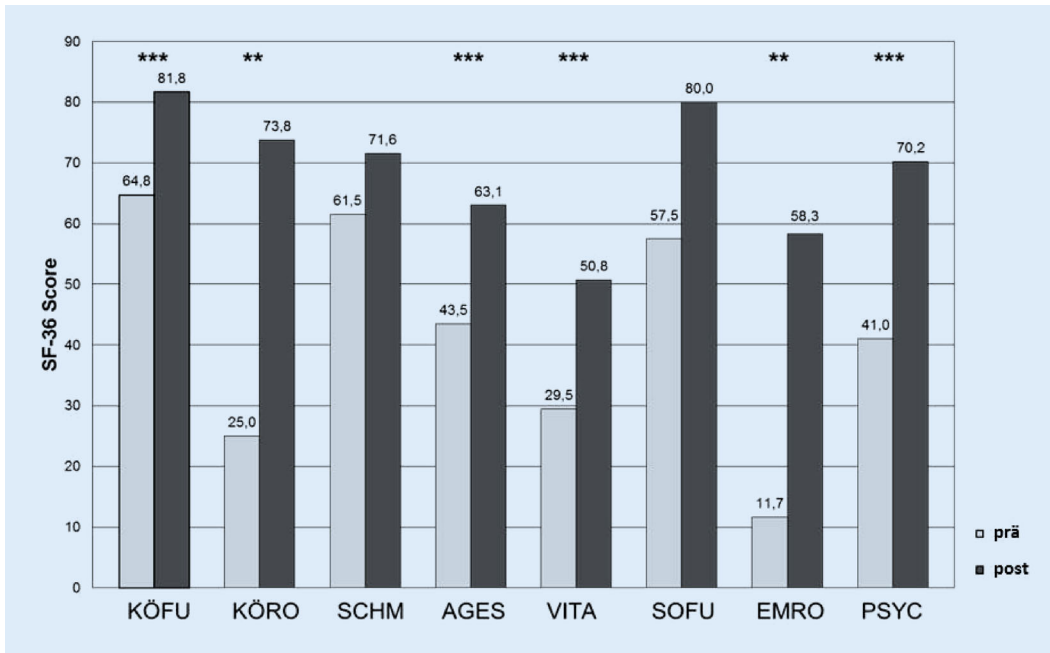


Abb. 2 ◀ Prä-post-Vergleich der Subskalen des SF-36 (Abkürzungen s. Text)

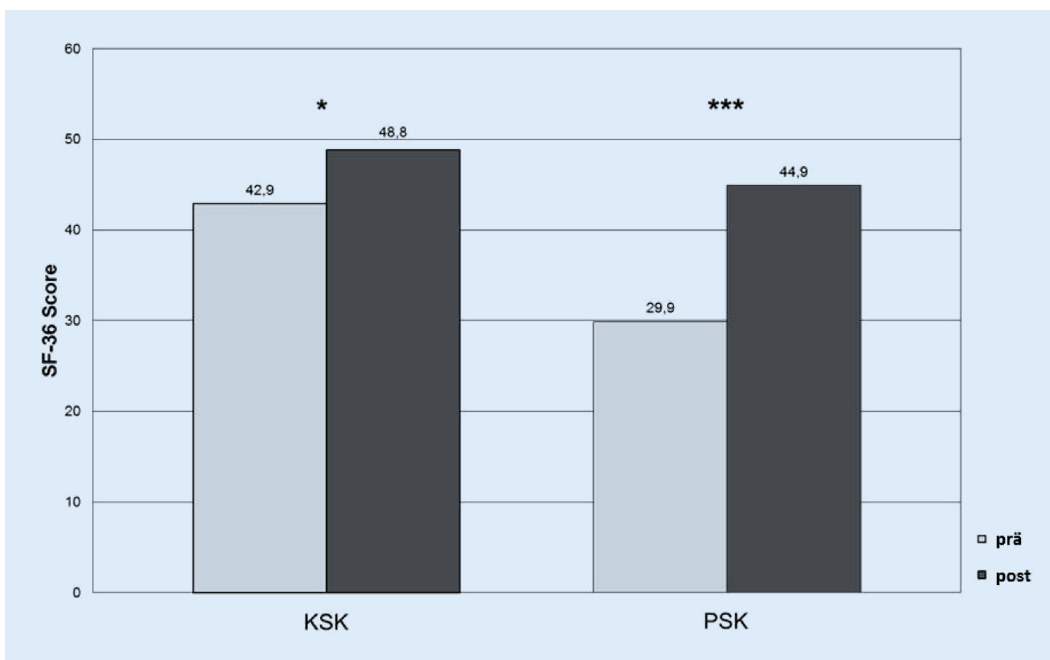


Abb. 3 ◀ Prä-Post-Vergleich Summenskalen SF-36 (Abkürzungen s. Text)

rung einer qualitativen Studie (z. B. kommunikative Validierung sowie Interdisziplinarität) wurden berücksichtigt und umgesetzt [1]. Unabhängig von der subjektiv wahrgenommenen Verbesserung zeigte die quantitative Auswertung der Testinstrumente im Prä-post-Vergleich eine signifikante Verbesserung in Bezug auf alle erfassten Bereiche der Zielsymptomatik. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass es sich bei der hier vorgestellten Studie nicht um

eine Wirksamkeitsstudie handelt und die hier vorgenommene Evaluation lediglich nachweist, dass es durch die neue Therapieform zu keiner Verschlechterung kommt. Auch erhielten die Teilnehmer parallel die Standardtherapie (u. a. medikamentöse Therapie, Einzelgespräche, Physio- und Ergotherapie), welche einen positiven Effekt auf die Zielsymptomatik hat. Um den Anteil der Akupunktur an der Verbesserung zu definieren, sollte eine Wirksamkeitsstudie mit einer

entsprechenden Kontrollgruppe abgeschlossen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Integration der Ohrakupunktur als neue additive Therapieform in ein bestehendes Konzept einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik einen enormen Aufwand der zeitlichen und räumlichen Abstimmung erfordert. Demnach sollten die Räumlichkeiten und Therapiezeiten so koordiniert werden, dass es zu möglichst wenigen Einschränkungen zeit-

gleich stattfindender Therapien kommt und eine Konkurrenz dieser verhindert wird. Hier wurden die Zahl der Teilnehmer der Akupunkturgruppe limitiert und das Angebot nach Abschluss der Studie auf 2-mal wöchentlich reduziert, um eine ausgeglichene Teilnehmerzahl der parallel angebotenen Ergo- und Physiotherapie zu gewährleisten. Aufgrund des entspannenden Effekts wurde die Durchführung der Akupunktur vor dem Mittagessen vorgeschlagen, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, die Entspannung über das Mittagessen hinaus zu nutzen.

Aus der Beobachtung, dass in allen Interviews mit einem nachhaltigen Behandlungserfolg der aktive Versuch bestand, sich auf die Ruhe/Entspannung zu konzentrieren, resultiert die Frage, ob es im Vorfeld ein Vorteil sein könnte, die aktive Mitarbeit der Teilnehmer in den Vordergrund zu stellen, um Therapieerfolge positiv beeinflussen zu können. Diese und die Frage, ob sich diese Tendenz in größeren Kohorten wiederfinden lässt bzw. es sich um ein gerontopsychiatrisches Spezifikum handelt, sollte in weiterführenden Studien untersucht werden.

Aufgrund der großen Nachfrage der Teilnehmer nach einer Fortführung der Akupunktur im ambulanten Setting und gleichzeitig der Unwissenheit über Einrichtungen mit einem entsprechenden Angebot wurde dieses Defizit als ein Problem identifiziert. Hier könnte eine Liste ambulanter Akupunkteure im Umkreis die Suche erleichtern. Ein spezifisches gerontopsychiatrisches Hindernis in Bezug auf die ambulante Weiterbehandlung stellt die eingeschränkte Mobilität der Patienten durch schlecht an öffentliche Verkehrssysteme angebundene Wohnorte, fehlende Fahrtüchtigkeit oder die generell fehlende Möglichkeit, ohne fremde Hilfe eine Praxis aufzusuchen, dar. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Integrierbarkeit in den Alltag mit kurzen Wegen und Wartezeiten, um das Angebot langfristig attraktiv zu gestalten.

Fazit für die Praxis

- Gute Annahme und Akzeptanz beim therapeutischen Team und Patienten, gute Durchführbarkeit.
- Verbesserung der Symptomatik bei der Mehrzahl der Befragten (quantitativ und qualitativ)
- Bei der Durchführung auf bestehendes Therapiekonzept Rücksicht nehmen und Entspannungseffekt der Akupunktur bei der Therapieplanung beachten.
- Durchführung durch Mitarbeiter des Pflegediensts als gleichwertig angesehen.
- Ambulante Inanspruchnahme von Integrierbarkeit in den Alltag, Erreichbarkeit und Wissen um ein entsprechendes Angebot abhängig.

Korrespondenzadresse



J. Geib

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen
Calwerstraße 14,
72076 Tübingen, Deutschland
janina.geib@med.uni-tuebingen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Geib, M.A. Rieger, S. Joos, G.W. Eschweiler und F.G. Metzger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor. Die semistrukturierten Interviews wurden durch eine externe Psychologin geführt, um eine Verzerrung zu vermeiden. Die qualitative Datenauswertung des Interviewmaterials wurde durch zuvor geschulte, externe Hilfskräfte unterstützt.

Literatur

1. Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA (2010) What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Med Res Methodol* 10(10):67
2. Berman AH (1999) Ear acupuncture as a complementary treatment for drug abuse; a controlled

study of the NADA Acudetox method in prison. Swedish Prison and Probation Administration, Stockholm

3. Berman AH, Lundberg U (2002) Auricular acupuncture in prison psychiatry units: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand* 106(1):152–157
4. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ (1988) The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 28(1988):193–213
5. Eich H, Agelink MW, Lehmann E, Lemmer W, Klieser E (2000) Acupuncture in patients with minor depressive episodes and generalized anxiety. Results of an experimental study. *Fortschr Neurol Psychiatr* 68:137–144
6. Esser AH, Botek ST, Gilbert C (1976) Acupuncture tonification: adjunct in psychiatric rehabilitation. *Am J Chin Med* 1976(4):73–79
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) Minimal state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12(3):189–198
8. Geib J, Rieger MA, Joos S, Eschweiler GE, Dresler T, Metzger FG (2015) Research article: introduction of auricular acupuncture in elderly patients suffering from major depression: protocol of a mixed methods feasibility study. *Biomed Res Int* 2015:Article ID 678410
9. Grüsser SM, Mörsen CP, Rau S et al (2005) Der Einfluss von Ohrakupunktur auf das Drogenverlangen und das emotionale Befinden bei Opiatabhängigen und nicht abhängigen Alkoholkonsumenten. *Dtsch Z Akupunktur* 48(2):20–27
10. Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23:56–62
11. Hase M, Hase A (2014) Implementation of the NADA protocol in psychosomatic medicine: an accompanying study. *Dtsch Z Akupunktur* 57(4):12–15
12. Kane J, Discipio W (1979) Acupuncture treatment of schizophrenia: report on three cases. *Am J Psychiatry* 136:297–302
13. Karst M, Winterhalter M, Munte S et al (2007) Auricular acupuncture for dental anxiety: a randomized controlled trial. *Anesth Analg* 104:295–300
14. Mayring P (2007) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*. Rowohlt, Hamburg
15. Ogal H, Ogal M, Hafer J (2004) Beginn der Anxiolyse und Relaxation unter Ohrakupunktur. *Dtsch Z Akupunktur* 47(2):6–12
16. Ots T, Payer K, Haas K (2001) Integrative Psychiatrie – ein Jahr Modellversuch im stationären Bereich. *Dtsch Z Akupunktur* 44(4):279–282
17. Payer K, Ots T, Markt G, Pfeifer F, Lehofer M (2007) Patientenzufriedenheit mit der NADA Ohrakupunktur auf einer psychiatrischen Station – eine Anwendungsbeobachtung. *Dtsch Z Akupunktur* 50(2):10–13
18. Smith MO, Atwood T (1995) Acupuncture may prevent relapse in chronic severe psychiatric patients. Presentation on “The 1995 Conference of The National Acupuncture Detoxification Association”, New York, 21.04.–23.04.1995.
19. Stuyt EB (2014) Ear acupuncture for co-occurring substance abuse and borderline personality disorder: an aid to encourage treatment retention and tobacco cessation. *Acupunct Med* 32(4):318–324
20. Ware JE Jr (2005) SF-36 Health Survey (version 1.0) Australian Health Outcomes Collaboration (AHOc); Instrument Review. <http://chsd.uow.edu.au/ahoc/documents/sf36review.pdf>. Zugegriffen: 18.03.2013

-
21. Weidig W (2012) Akupunktur in Sucht und Psyche – ein Update. Dtsch Z Akupunktur 55:15–11
 22. Yarberr M (2010) The use of the NADA-Protocol for PTSD in Kenya. Dtsch Z Akupunktur 53(4):6–11
 23. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO (1982) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 17(1):37–49