

Potential niederschwelliger online- und smartphonebasierter Interventionen in der Tabakentwöhnung am Beispiel von „CS-I“

Prof. Dr. Anil Batra

Dipl. Psych. Sandra Eck, Dipl. Psych. Sara Hanke, Sylvia Rometsch,

Dipl. Psych. Gallus Bischof, PD Dr. Hans Jürgen Rumpf,

Prof. Prof. Christian Meyer

Tübingen, Lübeck, Greifswald

19. WAT-Frühjahrstagung 21.03.2018 in Frankfurt a. Main

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN

COI

Durchführung von Pharmakotherapiestudien

(Alkermes, Pfizer GmbH, Pfizer Consumer Health Care, Sanofi Aventis, McNeil, GlaxoSmithKline)

Durchführung von Psychotherapiestudien

(BMBF, DFG, Deutsche Krebshilfe)

Weitere Projekte

(BMG, BZgA, DRV, SM BW)

Eigenes psychotherapeutisches Behandlungsprogramm für entwöhnungswillige Raucher

(Nichtraucher in 6 Wochen)

Tabak- und Alkoholkonsum in der Primärversorgung

Tabakkonsum:

- Hohe Prävalenz (24,5%) und hoher Versorgungsbedarf
- 17% der Gesamtmortalität

Alkoholkonsum :

- hohe Prävalenz riskanten Konsums und hoher Versorgungsbedarf (John, Rumpf, Hapke, 1999; Wienberg, 2002)
- alkoholassoziierte Erkrankung bei somatisch Erkrankten:
♂ 29% / ♀ 9% (Gerke et al. , 1997)

Früherkennung und Frühintervention bei substanzbezogener Störungen

Die Rolle der Hausärzte als wichtige Vertrauenspersonen für die Patienten sollte im Rahmen der Frühintervention substanzbezogener Störungen gestärkt werden.

Maßnahmen:

- Kurzdiagnostikverfahren bereitstellen
- Ausbildungsinhalte anpassen, Fortbildungsangebote ausweiten
- Verordnung erleichtern und Verordnungsberechtigung ausweiten
- Weiterbehandlung stärken

S3-Leitlinie Tabak

4.1 Motivation und Kurzinterventionen

Christoph Kröger, Peter Lindinger, Martina Pötschke Langer, Kay Uwe Petersen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.1.3.1	Kurzberatung In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. Empfehlungsgrad: A LoE:1a (aus systematischer Recherche) Literatur: 470 Gesamtabstimmung: 10.12.2013 100%	A

S3-Leitlinie – Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums
Für die Mitglieder der Leitliniengruppe: Anil Batra, Kay Petersen, Eva Hoch, Karl Mann

S3-Leitlinie Tabak

4.1 Motivation und Kurzinterventionen

Christoph Kröger, Peter Lindinger, Martina Pötschke Langer, Kay Uwe Petersen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.1.3.2	Kurzberatung (Inhalte) Die Kurzberatung für aufhörbereite Raucher sollte einen Verweis auf weiterführende Hilfsangebote wie Einzel- oder Gruppenbehandlung oder Telefonberatung beinhalten. Empfehlungsgrad: B LoE:1b (aus systematischer Recherche) Literatur: 470 Gesamtabstimmung: 10.12.2013 100%	B

S3-Leitlinie – Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums
Für die Mitglieder der Leitliniengruppe: Anil Batra, Kay Petersen, Eva Hoch, Karl Mann

S3-Leitlinie Tabak

4.1 Motivation und Kurzinterventionen

Christoph Kröger, Peter Lindinger, Martina Pötschke Langer, Kay Uwe Petersen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.1.3.5	Internetbasierte Selbsthilfeprogramme Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten internetbasierte Selbsthilfeprogramme angeboten werden. Empfehlungsgrad: B LoE: 1b (aus systematischer Recherche) Literatur: 54, 442 Gesamtabstimmung: 10.12.2013 100%	B

S3-Leitlinie – Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums
Für die Mitglieder der Leitliniengruppe: Anil Batra, Kay Petersen, Eva Hoch, Karl Mann

S3-Leitlinie Tabak

4.1 Motivation und Kurzinterventionen

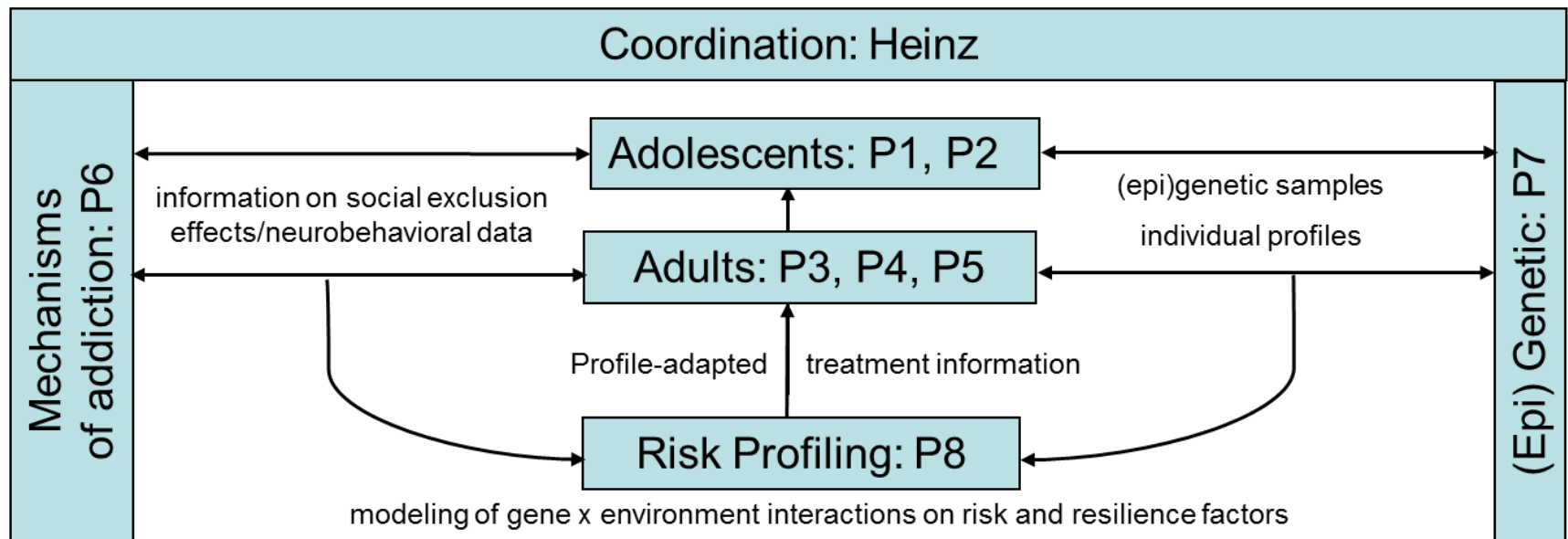
Christoph Kröger, Peter Lindinger, Martina Pötschke Langer, Kay Uwe Petersen

	Empfehlungen	Empfehlungsgrad
4.1.3.6	<p>Mobile Selbsthilfeprogramme Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten mobile Selbsthilfeprogramme angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B LoE: 1b (aus systematischer Recherche) Literatur: 305</p> <p>Gesamtabstimmung: 10.12.2013 96%</p>	B

S3-Leitlinie – Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums
Für die Mitglieder der Leitliniengruppe: Anil Batra, Kay Petersen, Eva Hoch, Karl Mann

AERIAL - Addiction: Early Recognition and Intervention Across the Lifespan

Konsortium



Gefördert durch:



Zentrums-übergreifende Ziele:

- Für Jugendliche: Früherkennung und -intervention bei substanzbezogenen Störungen
- **Für Betroffene im mittleren und höheren Lebensalter: Etablierung neuer Zugangswege und Interventionsmittel und Identifikation individueller Merkmale der Zielgruppen**
- Für alle Altersgruppen:
 - Entwicklung von Behandlungsstrategien bei kombiniertem Substanzkonsum
 - Beachtung relevanter Stressfaktoren (z.B. soziale Ausschluss/ Isolation, ein Faktor, der in Tierversuchen als relevant identifiziert wurde, beim Menschen aber nicht ausreichend untersucht wurde) und der häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten (v.a. Depression und Angststörungen)
 - Entwicklung alters- und geschlechtsspezifischer Interventionen, die in das deutsche Gesundheitswesen integriert werden können

Vorüberlegungen

Zielpopulation: Patienten in der Primärversorgung

- Erhöhte Änderungsbereitschaft
(Gritz, 2006)
 - Auslöser: Somatische Krise
 - Erhöhtes Empfinden für eigenen Körper
(Faltermaier, 2005)
- Begünstigend: Herauslösung aus dem sozialen Kontext
- Ziele: Konsumreduktion oder Abstinenz
- „dual recovery approach“
erfolgversprechend
(Ellingstad et al., 1999; Mackowick et al., 2008)

Interventionen

- Ziel: Umgang mit riskantem und schädlichem Konsum / Tabakabstinenz
- Setting: Kurzinterventionen, ambulant/ stationär
- Methoden: Aufklärung und Beratung nach den Prinzipien der allgemeinen und selektiven Prävention bei Risikogruppen
- Zugang: Niederschwellige, breit verfügbare Zugangswege oder direkter Zugang

Mobile Selbsthilfeprogramme

Definition

- Interventionen,
-die das Mobiltelefon als Übermittlungsweg nutzen
- die die Nutzer von Mobiltelefonen als Zielgruppe haben
- die eine der verschiedenen Funktionen und Applikationen von Mobiltelefonen nutzen

Internetbasierte Selbsthilfeprogramme

Definition

Selbsthilfeprogramme, die über das Internet angeboten werden und die interaktiv sind

TP3 – Tübingen: CSI



Phase I (Februar 2015 – Oktober 2016)

- Pilotstudie zur Akzeptanz und Wirksamkeit mit quantitativen und qualitativen deskriptiven Parametern
- Überarbeitung Intervention

Phase II (November 2016 – Juni 2019)

- Proof-of-concept study, Phase IIa
- Randomisiertes Parallel-Gruppen-Design (1:1:1) mit zwei Interventions- (CS-I und CS-Iec) und einer Kontrollbedingung (TAU)

CSI – Tübingen

- **Ziel der ersten Studienphase:** Evaluation des Entwurfs einer onlinebasierten Intervention zur Reduktion schädlichen Alkohol- und Tabakkonsums in der Bevölkerung
- **Ziel der zweiten Studienphase:** Überarbeitung der Intervention, Neu-Programmierung und Bereitstellung der überarbeiteten Version im Rahmen einer randomisierten Studie
- **Zielgruppe:** Patient/innen der Primärversorgung, die regelmäßig rauchen und riskant Alkohol konsumieren
- **Setting:** Kliniken und Allgemeinarztpraxen
- **Rekrutierung:** erfolgt standort- und projektübergreifend (für T3 und T4) zeitgleich in Tübingen (T3), Greifswald (T4) und Lübeck

Abfrage im Rahmen der qualitativen Interviews (Phase I)

- **Situation Ansprache Praxis / KH**
- **Plattform**
 - Nutzerfreundlichkeit
 - Inhalte
 - Interaktivität
 - Struktur des Angebotes (Dauer, Textmenge etc.)
 - Layout
 - Ideen zur Verbesserung / Steigerung der Attraktivität

Konsequenzen aus Auswertung des Nutzerverhaltens und der qualitativen Interviews

- Reduktion der Programmlaufzeit
 - 6 Wochen gesamt
 - 4 Wochen Änderungsprogramme
- Vereinfachung der Bedienbarkeit
- Erhöhung der Attraktivität f. Nutzer
 - Verbesserung Design
 - mehr Interaktivität

CSI Phase II

- Randomisiertes Parallel-Gruppen-Design (1:1:1)
- Geplante Stichprobengröße $N = 180$
- 3 Interventionsbedingungen
 - **CS-I:** 6-wöchiges Online-Programm, Standard-Version
 - **CS-Iec:** 6-wöchiges Online-Programm mit „E-Coach“ (Chat-Funktion)
 - **TAU:** Kontrollgruppe (einmalige schriftliche Information via Email)
- 12-monatiger Nachbefragungszeitraum
 - mit insgesamt 5 onlinebasierten Nachbefragungen (nach 1, 3, 6, 9 und 12 Monaten)

Weitere Änderungen im Verlauf

- Erweiterung der Stichprobe: „Rauchstopp-Studie“
 - Zielgruppe: Raucher, *ohne* gleichzeitig vorliegenden riskanten Alkoholkonsum
 - Ziel-Stichprobengröße: N = 120
 - Beginn Rekrutierung: Oktober 2017
- Erweiterung der Rekrutierungsmethoden: Hinzunahme der „Online-Rekrutierung“
 - Anwerbung via Posts in sozialen Medien, Rundmails, Postkarten, Veröffentlichung in lokalen Printmedien
 - Zeitraum: Dezember 2017 bis März 2018

CSI Phase II / Ein- und Ausschluss-Kriterien

Einschluss	Ausschluss
Alter: 18-64 Jahre	Moderate/Severe Alcohol Use Disorder (AUDIT Cut-off ≥ 20)
Regelmäßiger Tabakkonsum UND/ODER riskanter Alkoholkonsum (12g /24 g pro Tag und/oder Binge- drinking mindestens einmal innerhalb der letzten 30 Tage)	Schwere kognitive Beeinträchtigung (laut Urteil der aufklärenden Person, Kriterien der Störungen aus ICD-10 F0x, F72)
Nutzung des Internets (via PC oder Smartphone) mindestens einmal wöchentlich	Schwere körperliche Erkrankung,
Informed consent	Schizophrenie oder bipolare Erkrankung (anamnestisch; Kriterien der Störungen aus ICD-10 F2x, F31)

Schlussfolgerungen

- Direkte Zugangswege (Arztkontakte) können um internetbasierte/smartphonebasierte Applikationen erweitert werden
- Bereitschaft zum Änderungsverhalten kann ausgelöst und/oder verstärkt werden
- Zielgruppen können niederschwellig erreicht werden

Fazit

- Bei „doppelter Eignung“ nur eingeschränkter Umfang der Zielpopulation → Angebot der Programmnutzung auch bei alleinigem tabak- und alkoholbezogenem Problemverhalten
- 50% der betroffenen Personen sind bereit zur Teilnahme an der Intervention →
Reminderfunktionen intensiver nutzen?
- Breite Bewerbung des Angebots = hohe Kostenökonomie (5% der Zielpopulation erreicht)

**Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!**

