

Ambulante Suchthilfe für pathologische Glücksspieler in Bayern: Passung zwischen Behandlungsbedarf und -angebot*

Outpatient Addiction Care for Pathological Gamblers in Bavaria: Do Treatment Services Meet Clients' Needs?

Autoren

B. Braun¹, M. Ludwig^{1,2}, L. Kraus^{1,3}, M. Kroher¹, G. Bühringer^{1,4}

Institute

¹IFT Institut für Therapieforchung, München

²Institut für Psychologie, Universität Hildesheim

³Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm University, Schweden

⁴Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

Schlüsselwörter

- pathologisches Glücksspielen
- Psychopathologie
- ambulante Suchthilfe
- Versorgungsnutzung
- Passung Behandlungsbedarf/-angebot

Key words

- pathological gambling
- psychopathology
- outpatient addiction care
- utilization of treatment services
- fit of patient needs and treatment characteristics

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1323802>
Suchttherapie 2013; 14: 37–45
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Barbara Braun
IFT Institut für
Therapieforchung
Parzivalstraße 25
80804 München
braunbarbara@ift.de

Zusammenfassung



Zielsetzung: Untersuchung von Personen mit pathologischem Glücksspielen (PG) in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen und Analyse der Passung von Klienten-/Störungsmerkmalen und Versorgungssituation.

Methodik: Von April 2009 bis März 2011 wurden in 36 speziell geförderten ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Bayern konsekutiv 461 Klienten mit PG untersucht. Es wurden Daten zu Soziodemografie, psychischer Befindlichkeit (u. a. SCL-90, BDI) und den Maßnahmen erhoben.

Ergebnisse: Die Mehrheit der Klienten war männlich (88,8%) und ca. 36 Jahre alt. Spielen an Geldspielautomaten hatte die höchste Prävalenz und Präferenz (81,4% bzw. 74,7%). Insgesamt hatten 93% der Klienten die Diagnose PG, 50,5% eine hohe psychische Belastung und 47,4% depressive Symptome. Bei 51,8% fanden weniger als 6 Behandlungskontakte statt, 70,2% beendeten vorzeitig.

Schlussfolgerungen: Angesichts der hohen psychosozialen Belastung zeigen die Ergebnisse eine Diskrepanz zwischen objektivem Behandlungsbedarf und Behandlungsmerkmalen, insbesondere bei der Diagnostik sowie der hohen Abbruch- und geringen Weitervermittlungsraten. Möglichkeiten der Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen werden diskutiert.

Einleitung



Aktuelle Studien schätzen den Anteil von Personen mit pathologischem Glücksspielverhalten (PG) in der erwachsenen Gesamtbevölkerung in Deutschland auf 0,3–0,5% [1–3]. Angesichts der oftmals gravierenden Folgen dieser Störung [4] besteht ein erheblicher Behandlungsbedarf von Personen mit PG. Vor diesem Hintergrund

*Dieser Beitrag ist Teil der Dissertation von Barbara Braun.

Abstract



Aim: Examination of pathological gamblers (PG) in outpatient services and analysis of the fit of clientele characteristics and healthcare situation.

Methods: From April 2009 to March 2011 a total of 461 patients at 36 outpatient addiction care facilities in Bavaria, Germany, was examined consecutively. Data including socio-demographic variables, psychological state (i.a. SCL-90, BDI) and counselling were collected.

Results: The majority of patients were male (88.8%) with a mean age of 36 years. Most patients (81.4%) reported gambling on and preferring (74.7%) gaming machines within the past 12 months. A total of 93% fulfilled diagnostic criteria for PG and had a high severity of psychological strain (50.5%) and depressive symptoms (47.4%). About half of the patients (51.8%) had less than 6 treatment contacts, 70.2% terminated prematurely.

Conclusions: Given the high psychosocial burden, these results indicate a gap between objective need and actual treatment characteristics, particularly regarding the diagnostic process, premature treatment termination and rare conduit to other services. Possibilities of further development of outpatient health care structures are discussed.

besteht ein Ziel des Glücksspielstaatsvertrags (GlüStV) darin, die „Voraussetzungen für eine wirksame Suchtbekämpfung zu schaffen“ [5, §1]. Dies beinhaltet u.a. die Bereitstellung von entsprechenden professionellen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten.

Nach Inkrafttreten des GlüStV im Jahr 2008 wurden vielfältige Maßnahmen unternommen, um diesem Ziel gerecht zu werden. In den meisten Bundesländern fand innerhalb des Suchthilfesys-



tems ein Auf- und Ausbau ambulanter Versorgungsangebote für Personen mit glücksspielbezogenen Störungen statt. Bislang fehlen allerdings allgemeingültige Richtlinien zur Bedarfsanalyse und Strukturplanung des Versorgungssystems für PG. Ebenso gibt es keine verlässliche Datenbasis zur Beurteilung der Passung zwischen bereitgestellten Versorgungsangeboten und Klientenmerkmalen. Grundlage dafür sind einerseits Erkenntnisse über den Versorgungsbedarf derjenigen, die Hilfe in Anspruch nehmen, und andererseits über den Stand des Versorgungsangebots. Erst durch die Erfassung des Ist-Zustandes von therapeutischen Einrichtungen sowie der Merkmale von hilfesuchenden Personen mit PG sind Aussagen über die Passung von Behandlungsbedarf und -angebot sowie über mögliche Verbesserungen des Angebots zu treffen [6]. Darauf aufbauend können adäquate Versorgungsstrukturen entwickelt bzw. vorhandene Angebote optimiert werden.

Dem Behandlungsbedarf pathologischer Glücksspieler wird seit Inkrafttreten des Glücksspielstaatsvertrags 2008 durch vielfältige Maßnahmen Rechnung getragen, ohne dass es bislang eine verlässliche Datengrundlage zur Beurteilung der Passung von Versorgungsangeboten und Klientenmerkmalen gibt.

In den letzten Jahren wurden in Deutschland einige erste Untersuchungen zur ambulanten Suchthilfe bei PG durchgeführt [7–9]. Dabei hat sich gezeigt, dass fast alle der wegen glücksspielbezogener Probleme vorstellig gewordenen Klienten die Diagnose PG erfüllten und im Durchschnitt weniger als 10 Kontakte wahrgenommen wurden. Die meisten Klienten waren männliche Geldspielautomatenspieler im Alter von Mitte 30 Jahren, die überproportional häufig einen Migrationshintergrund hatten. Bei der Beschreibung der ambulanten Klientel standen bislang vor allem soziodemografische und glücksspielbezogene Charakteristika im Vordergrund. Für ein umfassendes Verständnis des Störungsbildes und des Behandlungsbedarfs sollten jedoch insbesondere psychopathologische Merkmale berücksichtigt werden.

Ziel der Untersuchung ist die Erfassung und Analyse der ambulanten Versorgungssituation von Personen mit glücksspielbezogenen Störungen in Suchthilfeeinrichtungen in Bayern. Dazu soll (1) eine umfassende Beschreibung der Klientel in ambulanter Beratung und Behandlung sowie (2) eine Darstellung der Maßnahmen und Ergebnisse vorgenommen werden. Aus der Gegenüberstellung von Klienten-, Störungs- und Behandlungsmerkmalen lassen sich (3) Schlussfolgerungen hinsichtlich der Passung von Klienten-/Störungsmerkmalen und Versorgungssituation ableiten. Schließlich erfolgt (4) auf der Grundlage der Ergebnisse eine Diskussion der möglichen Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen bei PG.

Methodik

Studiendesign und -durchführung

Die Studie wurde in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Kompetenznetzwerks der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG) durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein Netz von Suchtberatungsstellen, die personell und fachlich für die Beratung und Behandlung von glücksspielbezogenen Störungen besonders gefördert werden. Zwischen April 2009 und August

2010 wurden konsekutiv alle Klienten mit diesem Störungsbild in eine Verlaufsstudie mit 2 Messzeitpunkten aufgenommen. Der erste Messzeitpunkt erfolgte bei Behandlungsbeginn, der zweite bei Behandlungsende. Studienende bei noch laufenden Behandlungen (n=3) war im März 2011.

Datenerhebung Zu beiden Zeitpunkten erfolgte durch einen Mitarbeiter der Beratungsstelle eine Dokumentation der Klientendaten (DOK). Jeder neu aufgenommene Klient füllte zusätzlich in der zweiten oder dritten Sitzung einen Klientenfragebogen (FB) aus. Eine Behandlung galt als beendet, wenn das Behandlungsziel erreicht war, der Klient innerhalb von 60 Tagen keinen Kontakt zur Beratungsstelle hatte, vorzeitig entlassen oder in eine andere Einrichtung weitervermittelt wurde. Angehörige von Spielern sowie Minderjährige, falls keine Einverständniserklärung der Eltern vorlag, wurden von der Teilnahme ausgeschlossen. War ein Klient nach Aufklärung zur Studienteilnahme bereit, lehnte aber z.B. aufgrund von mangelnden Deutschkenntnissen das Ausfüllen des FB ab oder suchte nur einen einmaligen Kontakt zur Beratungsstelle, erfolgte nur die DOK.

Stichprobe

Insgesamt nahmen 466 Klienten aus 36 Beratungsstellen an der Studie teil (Beteiligungsrates auf Einrichtungsebene: 86% aller Einrichtungen des Kompetenznetzwerks; je Beratungsstelle durchschnittlich 12 Klienten mit PG (SD=11, d=1–45)). Die Beteiligungsrates auf Klientenebene betrug ungefähr 50%, basierend auf einer Hochrechnung, nach der im Beobachtungszeitraum in 36 Einrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG etwa 944 Klienten mit PG aufgenommen wurden (in 2009 bzw. 2010 je Einrichtung durchschnittlich 18 bzw. 19 Klienten mit PG [10]). Aufgrund inkonsistenter Angaben wurden 5 Klienten ausgeschlossen, sodass die Gesamtstichprobe n=461 Klienten umfasst (DOK; **Abb. 1**). Davon füllten n=337 Klienten zusätzlich den FB aus. Aufgrund fehlender Angaben zu Einzelitems weichen die berichteten Stichprobengrößen teilweise von n=461 (DOK) oder n=337 (FB) ab.

Instrumente

Klientendokumentation Die DOK wurde von den Mitarbeitern der Beratungsstellen mittels des standardisierten nationalen Dokumentationssystems für die Suchthilfe (Deutscher Kern Datensatz der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) [11]) erfasst und beinhaltete soziodemografische Angaben, Informationen zu Problembereichen wie Schulden und anderen Folgen des Glücksspielens, Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen, ICD-Diagnosen psychischer Störungen sowie Charakteristika der Behandlung wie vermittelnde Instanz, Gründe der Kontaktaufnahme, Dauer, Maßnahmen und Weitervermittlung. Der Begriff Behandlung wird als Bezeichnung für sämtliche beraterische Tätigkeiten und therapeutische Interventionen verwendet.

Klientenfragebogen (FB) In dem Fragebogen für Klienten wurde analog zu einer deutschlandweiten Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen (Epidemiologischer Suchtsurvey ESA [12]) nach der Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz für folgende Glücksspiele gefragt: Fernsehlotterie, Klassenlotterie, Lotto/Toto/Keno/Zusatzlotterie, Lose, Sportwetten in Annahmestellen, Sportwetten im Internet, Pferdewetten, Geldspielautomaten, großes Spiel in Spielbanken, kleines Spiel in Spielbanken, Roulette/kleines Spiel im Internet



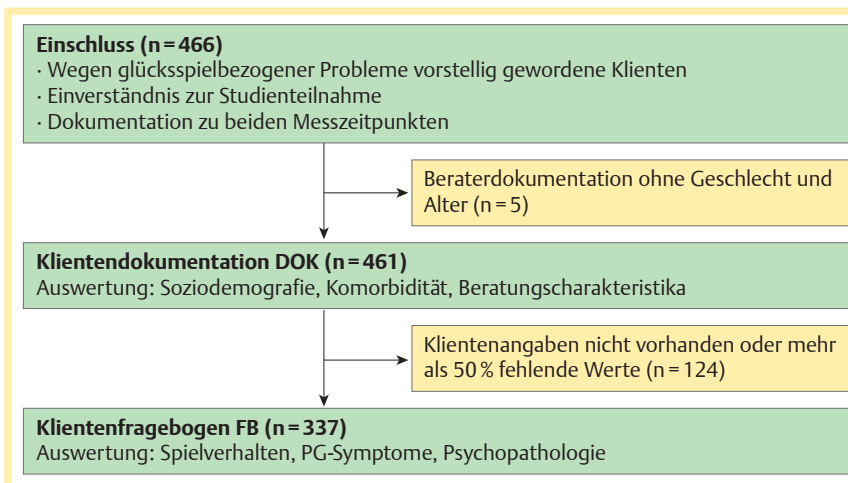


Abb. 1 Überblick über Klientendokumentation und Klientenbefragung der Stichprobe.

(Internetspielcasino), Pokerturniere/Kartenspiele im Internet und illegales Glücksspiel (z.B. in Hinterzimmern von Gaststätten). Die Präferenz einer Glücksspielform wurde durch eine forced-choice Frage nach dem Glücksspiel mit der größten Bedeutung in den letzten 12 Monaten ermittelt. Weiterhin wurden durchschnittliche Spielfrequenz und -dauer im letzten Jahr sowie vorherige Behandlung wegen glücksspielbezogener Probleme im letzten Jahr erfasst. PG wurde anhand eines 19-Item-Fragebogens basierend auf den DSM-IV-Kriterien erhoben [13]. Eine depressive Symptomatik wurde mit dem Becks Depressionsinventar (BDI; Interpretation der Werte: 8–12 minimale, 13–19 leichte, 20–28 mittelschwere, 29–63 schwere depressive Symptome [14]) erfasst, Symptome psychischer Belastung mit der Symptom-Checkliste (SCL-90; Interpretation: $60 \geq T\text{-Wert} \leq 69$ = leicht bis deutlich erhöht, $T\text{-Wert} \geq 70$ = stark bis sehr stark erhöht [15]).

Statistische Analysen

Soziodemografische Variablen, Folgen von PG, substanzbezogene Komorbiditäten, psychiatrische Zusatzdiagnosen (ICD-10) und Behandlungscharakteristika wurden mit den Daten der DOK ausgewertet. Die Daten des FB wurden zur deskriptiven Analyse von Charakteristika des Glücksspielens, erfüllten PG-Kriterien, psychischer Belastung und depressiver Symptomatik herangezogen. Die Datengrundlage wird jeweils mit DOK bzw. FB gekennzeichnet, ggf. unter Angabe abweichender Stichprobengrößen aufgrund fehlender Angaben bei Einzelitems. Geschlechtsunterschiede in soziodemografischen Variablen, Spielverhalten, psychischer Belastung, depressiver Symptomatik und Substanzabhängigkeitsdiagnosen wurden mit χ^2 -Tests geprüft, für das Alter wurde ein t-Test durchgeführt. Mit χ^2 -Tests wurde auf Geschlechtsunterschiede bei unterschiedlichen Kontakthäufigkeiten und nach Weitervermittlung getestet. Hinsichtlich der Altersunterschiede bei unterschiedlichen Kontakthäufigkeiten und nach Weitervermittlung (ja/nein) wurden eine einfaktorielte ANOVA und Bonferroni-Post-hoc-Tests bzw. ein t-Test durchgeführt. Ein χ^2 -Test wurde zur Prüfung von Unterschieden in den Kontakthäufigkeiten nach Gründen für die Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle verwendet. Sämtliche Berechnungen wurden mit Stata 10.0 durchgeführt.

Ergebnisse



Klienten- und Störungsmerkmale Soziodemografische Merkmale

Von den untersuchten 461 Klienten waren 88,8% männlich, 45,6% ledig und 56,2% kinderlos (DOK; **Tab. 1**). Beim Familienstand zeigte sich, dass Männer häufiger verheiratet und weniger häufig geschieden/verwitwet waren als Frauen ($p=0,002$). Das Durchschnittsalter der Klienten bei Behandlungsbeginn betrug 35,8 Jahre ($SD=11,5$; $d=17-71$). Die Mehrheit der Klienten waren deutsche Staatsbürger (81,2%).

Charakteristika des Glücksspielens

Die höchsten Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen zeigten sich für das Spielen an Geldspielautomaten (89,2% bzw. 81,4%), gefolgt von Lotto (75,8% bzw. 52,1%) (FB; **Tab. 2**). Für „Sportwetten in Annahmestellen“ sowie „Poker/Kartenspiele im Internet“ waren die Lebenszeitprävalenzen für Männer im Vergleich zu Frauen jeweils höher ($p=0,002$ bzw. $p=0,012$). Bei „Poker/Kartenspielen im Internet“ hatten Männer zudem eine höhere 12-Monats-Prävalenz ($p=0,037$).

Spielhäufigkeit und Mehrfachspiel Die überwiegende Mehrheit (97,9%) der Befragten hatte innerhalb der vergangenen 12 Monate an einem Glücksspiel teilgenommen („12-Monatsspieler“) und durchschnittlich an 14,3 ($SD=8,5$) Tagen pro Monat gespielt. Dabei betrug die durchschnittliche Stundenzahl an einem typischen Spieltag 4,5 Stunden ($SD=3,2$). Eine Spielhäufigkeit von ein- oder mehrmals pro Woche gaben 85,5% der 12-Monatsspieler an und 78,8% hatten sich an 2 oder mehr Spielen beteiligt. Die meisten dieser Mehrfachspieler spielten 2 oder 3 Spiele (33,5% bzw. 30,0%), dabei war Lotto und Geldspielautomaten (56,2%) die häufigste Kombination. Die Kombination aus irgendeinem Spiel im Internet (Kartenspiele, Internetspielcasino oder Sportwetten), Spielen in den Spielbanken (großes und kleines Spiel) und Geldspielautomaten lag bei 11,2% der Mehrfachspieler vor.

Geldspielautomatenspieler Das Spielen an Geldspielautomaten wurde von 74,7% der Klienten als präferierte Spielart angegeben (**Tab. 2**). Für die Gruppe der Geldspielautomatenspieler, die im letzten Jahr gespielt hatten (98,1%), zeigte sich, dass in 85,6% der Fälle ein- oder mehrmals pro Woche gespielt und in 74,0% Fällen 2 oder mehr Spiele gespielt wurden. An durch-



Tab. 1 Soziodemografische Charakteristika von pathologischen Glücksspielern in ambulanter Behandlung bei Aufnahme (DOK, n=461).

	Gesamt n=461	Männer n=414	Frauen n=47	p
Alter, M (Sd)	35,8 (11,5)	35,6 (11,3)	38,2 (13,2)	0,070*
Familienstand, n (%)				0,002°
ledig	210 (45,6)	190 (45,9)	20 (42,6)	
verheiratet	124 (26,9)	119 (28,8)	5 (10,6)	
geschieden/verwitwet	55 (11,9)	43 (10,4)	12 (25,6)	
k.A.	72 (15,6)	62 (15,0)	10 (21,3)	
Anzahl Kinder, n (%)				0,545°
0	259 (56,2)	229 (55,3)	30 (63,8)	
1	69 (15,0)	65 (15,7)	4 (8,5)	
2	38 (8,2)	35 (8,5)	3 (6,4)	
3 oder mehr	20 (4,3)	19 (4,6)	1 (2,1)	
k.A.	75 (16,3)	66 (15,9)	9 (19,2)	
Staatsangehörigkeit, n (%)				0,266°
Deutschland	374 (81,1)	332 (80,2)	42 (89,4)	
Türkei	31 (6,7)	30 (7,3)	1 (2,1)	
andere	56 (12,2)	52 (12,6)	4 (8,5)	
Schulbildung, n (%)				0,712°
Haupt-/Volksschulabschluss	242 (52,5)	220 (53,1)	22 (46,8)	
Realschulabschluss	111 (24,1)	96 (23,2)	15 (31,9)	
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	65 (14,1)	60 (14,5)	5 (10,6)	
kein/sonstiger Abschluss	32 (6,9)	29 (7,0)	3 (6,4)	
derzeit in Schulausbildung	6 (1,3)	5 (1,2)	1 (2,1)	
k.A.	5 (1,1)	4 (1,0)	1 (2,1)	
Erwerbstätigkeit, n (%)				0,089°
Arbeiter/Angestellter/Beamte	270 (58,6)	243 (58,7)	27 (57,5)	
Arbeitslos	84 (18,2)	56 (13,5)	9 (19,2)	
Selbstständiger / Freiberufler	34 (7,4)	33 (8,0)	1 (2,1)	
Auszubildender/Schüler/Student	42 (9,1)	21 (5,1)	1 (2,1)	
Rentner	19 (4,1)	14 (3,4)	5 (10,6)	
sonstige/k.A.	12 (2,7)	29 (7,0)	2 (4,3)	
Wohnsituation, n (%)				0,113°°
alleine	311 (67,5)	277 (66,9)	34 (72,3)	
bei anderen Personen	66 (14,3)	63 (15,2)	3 (6,4)	
ambulantes betreutes Wohnen	2 (0,4)	2 (0,5)		
stationäre Rehabilitation	1 (0,2)	1 (0,2)		
sonstige	9 (2,0)	9 (2,2)		
k.A.	72 (15,6)	62 (15,0)	10 (21,3)	

DOK: Klientendokumentation; *: T-Test; °: χ^2 -Test; °°: χ^2 -Test der ersten beiden Kategorien**Tab. 2** Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen der Beteiligung an Glücksspielen und präferierte Spielform von pathologischen Glücksspielern in ambulanter Behandlung (FB, n=337).

	Lebenszeitprävalenz (%)				12-Monats-Prävalenz (%)				Präferenz* (%)		
	Gesamt n=337	Männer n=303	Frauen n=34	p (χ^2)	Gesamt n=337	Männer n=303	Frauen n=34	p (χ^2)	Gesamt n=281	Männer n=251	Frauen n=30
Geldspielautomaten	89,2	88,4	96,9	0,142	81,4	80,5	90,6	0,160	74,4	72,9	86,7
Lotto/Toto/Keno/Zusatzlotterie	75,8	76,2	71,9	0,591	52,1	53,0	43,8	0,320	1,4	1,6	-
Lose	63,6	63,3	65,6	0,798	34,9	35,0	34,4	0,944	-	-	-
Casino, kleines Spiel	45,7	45,2	50,0	0,603	27,9	28,2	25,0	0,698	4,3	4,4	3,3
Casino, großes Spiel	38,1	39,5	25,0	0,108	17,1	18,3	6,3	0,086	4,6	5,2	-
Sportwetten in Annahmestellen	33,8	36,4	9,4	0,002	15,9	16,9	6,3	0,117	1,4	1,6	-
Fernsehlotterie	29,2	29,0	31,3	0,790	10,2	10,3	9,4	0,865	0,4	0,4	-
Poker/Kartenspiele im Internet	20,1	21,9	3,1	0,012	15,9	17,3	3,1	0,037	5,0	5,6	-
Klassenlotterie	29,2	20,9	25,0	0,593	3,6	3,0	9,4	0,065	-	-	-
Internetspielcasino	16,8	17,2	12,9	0,541	9,9	9,9	9,7	0,964	2,9	2,8	3,3
Sportwetten im Internet	14,4	15,3	6,3	0,167	9,3	9,6	6,3	0,531	4,3	4,0	6,7
illegales Glücksspiel	9,9	10,6	3,1	0,177	5,4	5,7	3,1	0,548	1,1	1,2	-
Pferdewetten	7,3	7,4	6,5	0,853	1,8	1,7	3,2	0,538	0,4	0,4	-

FB: Klientenbefragung; *Fallzahlen weichen wg. fehlender Werte von n=337 (bzw. Männer n=303, Frauen n=34) ab



	Gesamt*	Männer	Frauen	p (χ^2)
Psychopathologie (FB)	n=337	n=303	n=34	
stark überdurchschnittliche/überdurchschnittliche psychische Belastung ¹ (%)	50,5	48,8	64,7	0,079
Mittelschwere/schwere Depression ² (%)	47,4	45,1	66,7	0,019
Substanzstörungen (DOK)	n=461	n=414	n=37	
Tabakabhängigkeit (%)	44,7	4,1	2,1	0,507
Alkoholabhängigkeit (%)	3,9	44,4	46,8	0,757
Cannabisabhängigkeit (%)	1,7	1,4	4,3	0,002

*Fallzahlen unterscheiden sich, da bei Psychopathologie die Klientenbefragung (FB) und bei Substanzstörungen die Klientendokumentation (DOK) zugrunde gelegt wurde.

¹Gesamtwert psychischer Belastung GSI (SCL-90) (stark) überdurchschnittlich: T-Wert > 60; ²mittelschwere oder schwere Depression = BDI 20–63

Tab. 3 Psychopathologie und Substanzstörungen bei pathologischen Glücksspielern in ambulanter Behandlung.

schnittlich 14,7 Tagen (SD=8,0) pro Monat wurde mit einer durchschnittlichen Stundenzahl von 4,4 Stunden (SD=2,9) gespielt. Für die letzten 3 Monate gaben 73,7% der Klienten an, an Geldspielautomaten gespielt zu haben. Im Durchschnitt verbrachten sie 14 Stunden (SD=14,5) pro Woche an diesen Geräten.

Pathologisches Glücksspielen und Folgen

Die Diagnose PG nach DSM-IV (FB) erfüllten 93,2% der Klienten. Am häufigsten waren 8 oder 9 Kriterien erfüllt (23,7% bzw. 28,2%). Nach einer üblichen Konvention sind 6,8% als problematische Glücksspieler (1–4 DSM-IV-Kriterien) einzustufen.

Folgen (DOK) Nur bei 2,7% der Klienten waren keine negativen Folgen zu verzeichnen. Am häufigsten wurden als schwerwiegendste negative Folgen des Glücksspielens finanzielle Probleme (39,5%), depressive Symptome (19,7%) sowie die Trennung vom Partner (10,8%) angegeben. Auf das Glücksspielen wurden Schulden in Höhe von durchschnittlich 24 228 Euro (SD=48 601, Median=10 000) zurückgeführt. Der höchste Tagesverlust im letzten Jahr belief sich auf 1 932 Euro (SD=6 057, Median=700, d=20–80 000).

Psychopathologische Merkmale

Psychische Belastung und Depressivität (FB) In der SCL-90 zeigten sich die höchsten Werte für Depressivität (1,0; Eichstichprobe (ES): 0,4), Zwanghaftigkeit (0,8; ES: 0,5), paranoides Denken (0,8; ES: 0,5) und Unsicherheit im Sozialkontakt (0,7; ES: 0,4). Im Gesamtwert psychischer Belastung gab jeweils ungefähr die Hälfte der Klienten an, (stark) überdurchschnittlich (50,5%) bzw. durchschnittlich (46,0%) belastet zu sein (• **Tab. 3**). Fast die Hälfte (47,4%) der Klienten berichtete von mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptomatik (BDI; • **Tab. 3**). Mittelschwere bis schwere depressive Symptome traten bei Frauen im Vergleich zu Männern signifikant häufiger auf (p=0,019).

Psychiatrische Zusatzdiagnosen (DOK) Bei 32 Klienten (6,9%) wurde eine weitere Diagnose einer psychischen Störung dokumentiert. Die häufigste Zusatzdiagnose war eine affektive Störung (3,3%).

Substanzstörungen

Hinsichtlich substanzbezogener Störungen (DOK) war bei 44,7% der Klienten eine Tabakabhängigkeit diagnostiziert (• **Tab. 3**). Eine Alkoholabhängigkeit lag bei 3,9% vor, Alkoholmissbrauch bei 4,8%. Eine Cannabisabhängigkeit wurde bei 1,7% der Klienten diagnostiziert, häufiger bei Frauen als bei Männern (p=0,002).

Tab. 4 Alters- und Geschlechtsverteilung von pathologischen Glücksspielern in ambulanter Behandlung nach Kontakthäufigkeit und Weitermittlung (DOK; n=461).

	Gesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)	Alter (m, sd)
Kontakte	n=415*	n=371	n=44	
1	12,3	12,9	6,8	31,1 (9,5)
2–5	39,5	38,8	45,5	33,5 (10,0)
6–10	26,0	26,2	25,0	37,0 (12,2)
11–25	14,5	14,8	11,4	38,3 (12,2)
>25	7,7	7,3	11,4	42,7 (11,8)
Weitermittlung				
	n=461	n=414	n=47	
ja	22,6	22,0	27,7	37,8 (12,4)
nein	72,3	78,0	77,4	35,3 (11,2)

DOK: Klientendokumentation; *Fallzahl weicht wg. fehlender Werte von n=461 ab. χ^2 -Test Geschlecht jeweils: p>0,05; ANOVA Alter X Kontakte: F=8,25, p=0,000, t-Test Alter X Weitermittlung: p>0,05

Behandlungsmerkmale

Insgesamt gaben 69,7% der Klienten (DOK) an, im vergangenen Jahr bereits wegen glücksspielbezogener Störungen in Behandlung gewesen zu sein. Davon hatten 17,8% der Klienten eine Selbsthilfegruppe besucht und 10% eine Schuldnerberatung in Anspruch genommen. Als vermittelnde Instanz zur Aufnahme der Behandlung wurde am häufigsten die Familie (19,1%) oder eine andere Suchtberatungs- oder -behandlungsstelle (4,8%) angegeben. 37,5% der Klienten meldeten sich aus eigenem Antrieb und waren am häufigsten durch das Internet (20,8%) oder Angehörige (15,9%) auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden. Durch eine Spielbank oder Spielhalle wurde in keinem Fall der Kontakt hergestellt.

Kontakte Die häufigsten Gründe der Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle waren finanzielle Probleme (78,7%) oder Probleme in der Freizeitgestaltung (58,6%), Partnerschaft (53,5%) und/oder privatem Umfeld (50,2%). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Gründe der Kontaktaufnahme nach Kontakthäufigkeit. Die mittlere Anzahl an Kontakten (DOK, n=415) lag bei 9,1 Kontakten (SD=11,8; Median=5). 12,3% der Klienten hatten einen Kontakt, 39,5% nahmen zwischen 2 und 5 Termine wahr, 26,0% zwischen 6 und 10 Terminen. Es zeigte sich eine höhere Kontakthäufigkeit mit zunehmendem Alter (F=8,25, p=0,000; • **Tab. 4**). Dabei unterschieden sich die Gruppe mit einem Kontakt von den Gruppen mit 6–10, 11–25 und >25 Kontakten sowie die Gruppe mit 2–5 Kontakten von den Gruppen mit 11–25 und >25 Kontakten (jeweils p<0,05).



Maßnahmen und Ergebnisse Bei 89,6% der Klienten fanden Einzelkontakte statt, bei 14,3% wurde der Ehepartner und bei 13,7% andere Angehörige einbezogen. Gruppengespräche fanden bei 23,2% der Klienten statt. Eine Weitervermittlung erfolgte in 22,6% der Fälle. Dabei wurde hauptsächlich in Selbsthilfegruppen (41,3%), stationäre Rehabilitationseinrichtungen (32,7%), Schuldnerberatungsstellen (18,3%) und/oder ärztliche/psychotherapeutische Praxis (16,2%) vermittelt (Mehrfachnennungen möglich). Es zeigten sich weder Zusammenhänge zwischen Weitervermittlung und Geschlecht noch ein Effekt des Alters (► Tab. 4). Auch fand sich kein Zusammenhang zwischen Kontakthäufigkeit und Weitervermittlung. Die Art der Beendigung war in 20,6% der Fälle planmäßig, in 70,2% vorzeitig und dabei in 61,2% der Fälle ohne Einverständnis des Mitarbeiters der Beratungsstelle.

Diskussion

Klienten-, Störungs- und Behandlungsmerkmale

Die Darstellung von Klienten- und Behandlungsmerkmalen zeigte, dass die Mehrheit der wegen glücksspielbezogener Störungen in ambulanten bayerischen Suchtthilfeeinrichtungen aufgenommenen Klienten männlich, durchschnittlich 37 Jahre alt, ledig und kinderlos war. Die am häufigsten gespielte und bevorzugte Spielform war das Spielen an Geldspielautomaten. Fast alle Klienten erfüllten die Diagnose PG. Die negativen Folgen waren nicht nur finanzieller, sondern auch psychosozialer Art (psychische Belastung, depressive Symptome, Substanzstörungen). Vielfach wurde bereits im Vorfeld Hilfe in Anspruch genommen. Die meisten Klienten waren Selbstmelder, die über das Internet oder das familiäre Umfeld auf Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam wurden. Die Klientel nahm meist nur wenige Kontakte in Anspruch, beendete die Behandlung vorzeitig und wurde selten erfolgreich weitervermittelt.

Die Charakterisierung der Klientel entspricht den Erwartungen aus den bekannten Risikofaktoren für pathologisches Glücksspielen und vorangegangenen Untersuchungen: junge ledige Männer, überdurchschnittlich häufig ohne deutsche Staatsbürgerschaft.

Soziodemografie Ähnliche Beschreibungen der Klientel hinsichtlich soziodemografischer und glücksspielbezogener Variablen, dem pathologischen Glücksspielen sowie Behandlungsscharakteristika (z.B. kurze Kontakte) fanden sich auch in anderen deutschen Untersuchungen [7–9]. Im Vergleich zur bayerischen Bevölkerung (Zeitraum 2009 und 2010, Altersgruppe 17- bis 71-jährige) waren in der vorliegenden Stichprobe Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft überproportional (18,9% vs. 12,5%) vertreten [16]. Die soziodemografischen Charakteristika der Hilfe suchenden Klienten entsprechen den bekannten Risiko- und assoziierten Faktoren für PG wie jüngerem Alter, männlichem Geschlecht und Migrationshintergrund [17].

Geldspielautomatenspieler Hinsichtlich des Glücksspielverhaltens waren die Klienten zwar überwiegend Mehrfachspieler (zwei oder mehr Spiele), aber die Kombination aus den als risikoreich eingeschätzten Spielen im Internet, in Spielbanken und Geldspielautomaten war relativ selten [18]. Am häufigsten wurde Lotto in Verbindung mit Geldspielautomaten gespielt. Für

letztere zeigten sich in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zur deutschen (und bayerischen) Allgemeinbevölkerung höhere Prävalenz- und Präferenzraten [1, 19, 20]. Dies könnte mit einem erhöhten Suchtgefährdungspotenzial bei Spielen an Geldspielautomaten erklärt werden [18]. Es stellt sich aber die Frage, ob und welche Versorgungsangebote Spieler mit einer Präferenz für andere Spielformen, z.B. den ebenfalls mit PG assoziierten Sportwetten und Glücksspielen der Spielbanken [1], wahrnehmen. Denkbar sind niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten [21] oder stationäre Akut- oder Rehabilitationsaufenthalte [22]. Die Ursachen für den überproportionalen Anteil von Personen, die wegen Problemen im Zusammenhang mit Spiel an Geldspielautomaten eine ambulante Suchtberatungsstelle aufsuchen, sind unklar.

Bei Gegenüberstellung von Klienten-/Störungs- und Behandlungsmerkmalen ist eine Diskrepanz zwischen objektiver Behandlungsbedürftigkeit und unzureichender Versorgungsnutzung festzustellen.

Insgesamt waren die Klienten überwiegend pathologische Spieler mit hoher Spielintensität, die in den meisten Fällen schwerwiegende Folgen und eine hohe psychische Belastung aufwiesen. Gegenüber der Allgemeinbevölkerung war die psychische Belastung der Klientel erhöht [15], im Vergleich zu einer stationär behandelten Spielerstichprobe war sie ähnlich stark ausgeprägt [23], was Befunden entgegensteht, wonach stationär behandelte Spieler schwerer erkrankt sind [24]. Hinsichtlich der Frage, ob komorbide psychische Störungen dem PG vorausgehen oder sekundär auftreten, liefert die Literatur keine einheitlichen Befunde [25–28].

Die Gegenüberstellung der Klienten-, Störungs- und Behandlungsmerkmale offenbart eine Diskrepanz zwischen objektiver Behandlungsbedürftigkeit (Klientel hinsichtlich PG, depressiver Symptome sowie psychischer Belastung laut SCL-90 hochgradig psychopathologisch auffällig) und unzureichender Nutzung der Behandlungsmöglichkeiten (kurze Kontaktdauern, wenig Weitervermittlung, häufig vorzeitige Beendigung).

Passung von Klienten-/Störungsmerkmalen und Versorgungssituation

Motivation Die unzureichende Nutzung der Behandlungsangebote ist möglicherweise Ausdruck einer geringen subjektiven Behandlungsbedürftigkeit bzw. -bereitschaft auf Klientenseite. Es ist bekannt, dass Personen mit PG weniger aufgrund steigender Problemeinsicht als vielmehr wegen akuter Krisen Hilfe in Anspruch nehmen [29]. Angesichts der vorliegenden Befunde, dass ältere Klienten länger in Behandlung bleiben als jüngere und viele Klienten schon im Vorfeld eine Behandlung in Anspruch genommen hatten, spricht dies dafür, dass pathologische Glücksspieler mehrere „Anläufe“ brauchen, bis sie eine längerfristige Behandlung wahrnehmen. Zentral ist daher die Frage, wie Personen mit PG schon frühzeitig für eine adäquate Behandlung motiviert werden können, z.B. unter stärkerer Berücksichtigung der motivierenden Gesprächsführung [30].

Diagnostik Die in anderen Studien gefundene hohe Komorbidität wurde in der Stichprobe nur teilweise repliziert: Klienten berichteten im BDI durchaus mit anderen Stichproben vergleichbare depressive Symptome (affektive Störungen bei PG aus Bevölkerungsstudien bei etwa 40% [25], bei Stichproben behan-



delter PG bei bis zu etwa 75% [31]). In der vorliegenden Stichprobe waren Diagnosen affektiver Störungen mit 3,3% aber wesentlich seltener. Dies deutet darauf hin, dass die Diagnose trotz Vorliegens depressiver Symptome (laut Selbstauskunft der Klienten) häufig nicht gestellt/dokumentiert wurde. Für Substanzstörungen zeigten sich ebenfalls niedrigere Komorbiditätsraten (Erwartungswerte etwa 60% bei PG in der Bevölkerung [25] bzw. 66% bei behandelten PG [32]). Möglicherweise unterscheiden sich die Klienten der vorliegenden Stichprobe systematisch hinsichtlich substanzbezogener Störungen von PG in anderen behandelten Stichproben. Allerdings erscheint dies aufgrund der Übereinstimmung bei anderen Variablen unwahrscheinlich. Eine Alternativerklärung ist, dass in den Einrichtungen substanzbezogene ebenso wie affektive Störungen nicht in allen Fällen erkannt bzw. adäquat diagnostiziert wurden. Eine möglichst vollständige Diagnosestellung ist jedoch eine Voraussetzung für eine bedarfsgerechte (Weiter-)Behandlung.

Störungsausprägung und Weiterbehandlung Die Tatsache, dass bei fast allen Klienten die Diagnose PG vorlag, verdeutlicht, dass nur wenige Glücksspieler ohne schwerwiegende Probleme ambulante Versorgungsangebote in Anspruch nahmen. Aufgrund der schwerwiegenden Problematik ist davon auszugehen, dass in den meisten Fällen die Indikation einer Weiterbehandlung besteht, sei es psychosoziale Beratung oder psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung. Dies steht im Widerspruch zur insgesamt geringen Weitervermittlungsrate. Die hohe Rate an vorzeitiger Beendigung der Beratung/Behandlung durch die Klienten (70%) lässt einerseits vermuten, dass die Mitarbeiter der Beratungsstellen vielfach keine Gelegenheit hatten, eine Weitervermittlung anzusprechen bzw. die notwendigen Schritte dafür einzuleiten. Andererseits ist zu prüfen, ob geeignete Angebote zur Verfügung stehen bzw. diese von den Klienten als geeignet wahrgenommen werden. Weiterhin ist auffällig, dass das hohe Ausmaß der psychopathologischen Auffälligkeit den Vorgaben des Rentenversicherungsträgers widerspricht, nach denen die weniger betroffenen Klienten ambulant zu behandeln sind [33]. Die soziale Situation allerdings entspricht diesem Rational: In der vorliegenden Stichprobe standen die meisten Klienten in einem Beschäftigungsverhältnis, in einer stationären Stichprobe war die Mehrheit der Patienten arbeitslos [23].

Hinsichtlich der Passung von Klienten-/Störungsmerkmalen und Versorgungssituation ist besonderes Augenmerk auf die Motivation der Klienten, den diagnostischen Prozess sowie eine bedarfsgerechte Weiterbehandlung zu legen.

Mögliche Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen

Das Aufgabenprofil von Suchthilfeeinrichtungen beinhaltet neben (1) Informationsvermittlung, (2) psychosozialen Hilfen, (3) Förderung von Krankheitseinsicht, Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft, (4) Feststellung des Hilfebedarfs sowie Hilfeplanung, (5) längerfristiger Hilfe- und Betreuungsleistungen, (6) Weitervermittlung u. a. auch die (7) Durchführung von Präventionsmaßnahmen sowie (8) Casemanagement-Aufgaben [34]. Der Befund, dass hauptsächlich schwere Fälle vorstellig wurden, weist auf einen deutlichen Ausbaubedarf im Bereich Prävention/ Frühintervention hin. Es existiert ein Missverhältnis zwischen dem Ausmaß problematischen Glücksspielens (1,1%

der Bevölkerung [1]) und der Versorgung dieser gefährdeten Personengruppe. Für Substanzstörungen zeigt sich ein ähnliches Bild [35] und die bekannte Forderung nach einem Ausbau von Frühinterventionsmaßnahmen unter Beibehaltung der Angebotsquantität und -qualität für PG [36] wird an dieser Stelle bestätigt. Dazu sind zum einen bessere Möglichkeiten zur Früherkennung problematischer Spieler und zum anderen die Entwicklung und der Einsatz von Frühinterventionen notwendig. Hinsichtlich der Erreichung von Spielern ist der Spielerschutz durch Spielanbieter ausbaufähig, da als vermittelnde Instanz zur Behandlungsaufnahme von keinem Klienten eine Spielbank oder -halle angegeben wurde.

Strukturelle Aspekte ambulanter Rehabilitation Um der Klientel der ambulanten Einrichtungen gerecht zu werden, sind bezüglich der Weitervermittlung/Weiterbehandlung schwerer Fälle ebenfalls einige strukturelle Versorgungsaspekte zu beachten. Um das Ziel einer weitgehend ambulant-orientierten Suchtkrankenhilfe sicherzustellen, ist der Ausbau ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich. Dabei besteht die Herausforderung darin, hoch belasteten, aber durch Berufstätigkeit zeitlich eingebundenen Klienten eine der psychischen Problematik entsprechende Behandlungsintensität anzubieten. Weiterhin ergibt sich im Flächenstaat Bayern die Problematik, dass die erforderliche Gruppengröße für ambulante Rehabilitation (zumindest 6 Teilnehmer [33]) nicht überall erreicht wird. Angesichts dessen ist die Vernetzung und vermehrte Zusammenarbeit aller an der Behandlung von PG beteiligten Einrichtungen erforderlich.

Das vielfältige Aufgabenprofil von Suchthilfeeinrichtungen sollte um Frühinterventionsmaßnahmen ergänzt werden. Auch ist ein Ausbau ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich, um der Klientel eine der psychischen Problematik angemessene Behandlungsintensität anbieten zu können.

Limitationen

Die Generalisierbarkeit der berichteten Ergebnisse auf die Gesamtheit der in deutschen Suchthilfeeinrichtungen behandelten PG könnte in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt sein. (1) Ein Vergleich mit den in der DSHS erfassten bayerischen Klienten zeigt, dass der Anteil von Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft geringer ist als in vorliegender Stichprobe (74,1% vs. 81,2%). Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft haben demnach weniger häufig an der Studie teilgenommen, was u. a. an sprachlichen Barrieren liegen könnte. (2) Die teilnehmenden Suchthilfeeinrichtungen könnten sich systematisch von nichtteilnehmenden unterscheiden. Hinsichtlich der Gesamtkontakte im Jahr als Maß für Einrichtungsgröße fanden sich allerdings keine Unterschiede. (3) Weitere Verzerrungen sind durch die Nicht-Teilnahme von ungefähr der Hälfte der vorstellig gewordenen Klienten denkbar. Die in der DSHS erfasste Geschlechterverteilung und Kontakthäufigkeit in der vorliegenden Stichprobe wurde dennoch zufriedenstellend abgebildet (88,1% vs. 88,8% Männer und durchschnittlich 9,9 vs. 9,1 Kontakte). (4) Aufgrund des Studiendesigns lagen Selbstaussagen (FB) nur von Klienten vor, die mehr als einen Kontakt in Anspruch nahmen. Vergleichende Analysen der Klienten mit bzw. ohne Selbstauskunft zeigen aber keine systematischen Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Variablen.



Fazit für die Praxis

Die Gegenüberstellung von Klienten-, Störungs- und Behandlungsmerkmalen zeigt eine Diskrepanz zwischen hoch belasteter Klientel und unzureichender Inanspruchnahme des Versorgungsangebots. Bei der hinsichtlich Therapie- und Änderungsmotivation ambivalenten Klientel sind die Beachtung der Motivationslage und Interventionen zum Motivationsaufbau unerlässlich. Zur adäquaten Weiterbehandlung sind sowohl der Ausbau von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen als auch eine verstärkte Netzwerkbildung und Kooperationen aller mit PG befassten Einrichtungen erforderlich, um möglichst vielen pathologischen Glücksspielern eine störungsspezifische ambulante Therapie zu ermöglichen. Zudem ist der Ausbau von Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen für die bislang unterversorgten problematischen Glücksspieler notwendig.

Zur Person



Barbara Braun studierte Psychologie an der Universität Würzburg und an der Cardiff University (Wales), Diplom 2008. Seit 2008 ist sie in Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) mit Tätigkeiten an der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik des Universitätsklinikums Erlangen sowie einer Rehabilitationsklinik für Kardiologie und Orthopädie. Seit 2011 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFT Institut für Therapieforschung in München in der Arbeitsgruppe Soziale Epidemiologie für das Projekt „Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern“. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Versorgungssituation und Behandlung pathologischer Glücksspieler sowie die Prävention pathologischer Glücksspielsucht.



Monika Ludwig (geb. Sassen) Dr. rer. soc. studierte Sozialwissenschaften (Diplom) an der Universität Mannheim, Universität Utrecht (Niederlande) und University of the Sunshine Coast (Australien). Seit 2008 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFT Institut für Therapieforschung in München im Arbeitsbereich Soziale Epidemiologie für das Projekt „Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern“ tätig. In 2011 graduierte sie von der European Graduate School in Addiction Research (ESADD) an der Technischen Universität Dresden. Seit Juli 2012 ist sie zudem als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der Universität Hildesheim tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Epidemiologie des Glücksspielverhaltens und pathologischen Glücksspielens in der Bevölkerung sowie die Versorgungssituation pathologischer Glücksspieler.



Ludwig Kraus, PD Dr. phil. Dipl. Psychologe, geb. 1955, ist stellvertretender Institutsleiter des IFT Institut für Therapieforschung München, Leiter des Forschungsbereichs der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern und Senior Researcher am Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD) an der Stockholm University in Stockholm, Schweden. Studium der Psychologie und Germanistik an der Universität Regensburg und Boulder, Colorado, USA. Habilitiert an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Präsident der European Association of Substance Abuse Research, Vorstandsmitglied der internationalen Projektgruppe European School Survey on Alcohol and Other Drugs und Assistant Editor der Zeitschrift *Addiction*. Aktuelle Forschungsschwerpunkte sind pathologisches Glücksspielen, soziale und klinische Suchtepidemiologie, Forschung zu Risikofaktoren, Prävalenzschätzungen von Substanzmissbrauch und Substanzstörungen, Diagnostik, Therapieevaluation und Prävention.

Webseiten zum Thema

www.lsgbayern.de

www.verspiel-nicht-dein-leben.de

Förderhinweis

Die Studie wurde mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit im Rahmen der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern durchgeführt. Mit der Finanzierung sind keine Auflagen für die wissenschaftliche Tätigkeit einschließlich Publikationen verbunden.

Interessenkonflikt: B. Braun, M. Ludwig und M. Kroher geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. L. Kraus und G. Bühringer: Forschungstätigkeiten zum Glücksspielen wurden durch das Bundesministerium für Gesundheit, das Bayerische Staatsministerium für Finanzen (als Aufsichtsbehörde über das staatliche Glücksspielmonopol), über das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit sowie durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (als Verordnungsgeber für den Bereich der gewerblichen Spielautomatenanbieter) und bei G. Bühringer durch Organisationen der gewerblichen Spielanbieter finanziert.

Literatur

- 1 Sassen M, Kraus L, Bühringer G et al. Gambling Among Adults in Germany: Prevalence, Disorder and Risk Factors. *Sucht* 2011; 57: 249–257
- 2 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2012
- 3 Meyer C, Rumpf H-J, Kreuzer A. Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Behandlung und Remission. Greifswald, Lübeck: Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin; Universität zu Lübeck, Forschungsgruppe S:TEP, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; 2011 Feb 28



- 4 Becker T. Soziale Kosten des Glücksspiels in Deutschland. 2011. Hohenheim, Forschungsstelle Glücksspiel Universität Hohenheim. Verfügbar unter: https://gluecksspiel.uni-hohenheim.de/fileadmin/veinrichtungen/gluecksspiel/Oekonomie/SozialeKostenDesGluecks_spiels_Internet.pdf [19.01.2012]
- 5 Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland (Glücksspielstaatsvertrag – GlüStV). Berlin: Ministerpräsidentenkonferenz; 2007
- 6 Bühringer G, Kraus L, Pfeiffer-Gerschel T. Forschungsbedarf zum Pathologischen Glücksspielen. *Sucht* 2008; 54: 142–145
- 7 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung: Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“. 2010. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Projekt_Gl%C3%BCksspiel/2011_01_17_ABSCHLUSSBERICHT_FOGS_BMP_Pathologisches_Gl%C3%BCksspielen_einseitig.pdf [19.01.2012]
- 8 Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS). Erhebung von Ansätzen guter Praxis zu Prävention, Beratung und Behandlung von Glücksspielgefährdeten/-abhängigen in Hessen – Abschlussbericht. 2010. Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. Verfügbar unter: http://www.fogs-gmbh.de/pdf/Abschlussbericht_Evaluation_Fachberatung_Gl%C3%BCksspielsucht_Hessen.pdf [19.01.2012]
- 9 Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW. Psychosoziale Versorgung Glücksspielsüchtiger in NRW. 2009. Köln, Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW. Verfügbar unter: http://www.gluecksspielsucht-nrw.de/pdf/gluecksspielsucht-nrw-bericht-10092009_endfassung.pdf?PHPSESSID=a3ab2c10023db8af0adad2ffab8e10ed [19.01.2012]
- 10 Braun B, Kraus L, Taqi Z et al. Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Trends 2001–2010. München: Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern. Verfügbar unter: http://www.lsgbayern.de/fileadmin/user_upload/lsg/IFT_Materialien/2012-01-23_Trends_2001-2010.pdf [23.01.2012]
- 11 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definition und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; 2007
- 12 Kraus L, Baumeister S. Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht* 2008; 54 (Sonderheft 1): S6–S15
- 13 Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 180–182
- 14 Hautzinger M, Keller F, Kühner C. Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services; 2006
- 15 Franke GH. SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz Test; 2002
- 16 Statistisches Bundesamt. Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Nationalität, Geschlecht, Altersjahre. 2011. Verfügbar unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=80B28DE07AB8342396DA8BBDDCF660BE.tomcat_GO_1_1?operation=abrufen&selectionname=12411-0013&levelindex=0&levelid=1322565839366&index=76 [19.01.2012]
- 17 Johansson A, Grant JE, Kim SW et al. Risk Factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review. *J Gambl Stud* 2009; 25: 67–92
- 18 Meyer G, Häfeli J, Mörsen CP et al. Die Einschätzung des Gefährdungspotentials von Glücksspielen. *Sucht* 2010; 56: 405–414
- 19 Bühringer G, Kraus L, Sonntag D et al. Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht* 2007; 53: 296–308
- 20 Sassen M, Kraus L. Glücksspielverhalten in Bayern in 2009. München: Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern; Verfügbar unter: http://www.lsgbayern.de/fileadmin/user_upload/lsg/IFT_Materialien/2011-07_Ergebnisse_Gluecksspielverhalten_ESA_Bayern_2009.pdf [31.07.2011]
- 21 Kraus L, Sassen M, Kroher M et al. Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern. *Psychotherapeutenjournal* 2011; 2: 152–156
- 22 Sassen M, Kraus L. Ambulante und stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler: Hochrechnung für Bayern. München: Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern. Verfügbar unter: http://www.lsgbayern.de/fileadmin/user_upload/lsg/IFT_Materialien/2011-03-09_Amb_und_stat_Behandlungszahlen_PG_in_Bayern_01.pdf [09.03.2011]
- 23 Premper V, Schulz W. Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht* 2008; 54: 131–140
- 24 Ladouceur R, Sylvain C, Sevigny S et al. Pathological Gamblers: Inpatients' versus Outpatients' Characteristics. *J Gambl Stud* 2006; 22: 443–450
- 25 Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 2011; 106: 490–498
- 26 Kennedy S. Frequency and Correlates of Gambling Problems in Depressed and Bipolar Outpatients. Ontario: Ontario Problem Gambling Research Centre; 2008 Mar 31
- 27 Quilty LC, Watson C, Robinson JJ et al. The prevalence and course of pathological gambling in the mood disorders. *J Gambl Stud* 2011; 27: 191–201
- 28 O'Brien C. Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. *Counselling Psychology Review* 2011; 26: 53–61
- 29 Evans L, Delfabbro PH. Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2005; 21: 133–155
- 30 Hodgins D, Diskin KM. Motivational interviewing in the treatment of problem and pathological gambling. In: Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S, Arkowitz H, Westra HA (eds.). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York, NY US: Guilford Press; 2008; 225–248
- 31 Crockford DN, el-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatry* 1998; 43: 43–50
- 32 Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2003; 25: 263–270
- 33 Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen. Hamm: DHS; 2008
- 34 Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe GVS. Aufgaben und Finanzierung der Suchtberatung. 2006. GVS Positionen. Verfügbar unter: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Position/Aufgaben_Finanzierungen_Suchtberatung_2005.pdf [19.01.2012]
- 35 Perkonig A, Pfister H, Lieb R et al. Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebot in einer Region. *Suchtmedizin* 2004; 6: 22–31
- 36 Perkonig A, Bühringer G, Arnold M et al. Verbesserung der Suchthilfe durch evidenzbasierten Wissenstransfer. *Suchtmedizin* 2008; 10: 151–163

