

Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Trends 2001-2012

Barbara Braun, Ludwig Kraus, Monika Ludwig & Pawel Slecza

1. Einleitung

Um Veränderungen einer Hilfe suchenden Klientel abbilden zu können und auf entsprechende Entwicklungen möglichst frühzeitig mit einer Anpassung des Versorgungsangebots reagieren zu können, ist die Erfassung zentraler Merkmale der Klienten im zeitlichen Verlauf notwendig. Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) basiert auf der Dokumentation zentraler Charakteristika des Versorgungssystems im ambulanten und stationären Bereich. Die Datenerhebung zu Einrichtungs- und Klientenmerkmalen findet jährlich statt. Es handelt sich dabei um eine Gelegenheitsstichprobe. Einrichtungen, die sich beteiligen, stellen Daten, die anhand einer für den Deutschen Kerndatensatz (KDS) zertifizierten Dokumentationssoftware erfasst werden, für die aggregierte Auswertung bereit. Als Monitoringsystem der Gesundheitsversorgung zeigt die DSHS an, inwieweit die Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems dem Bedarf angemessen sind und ob Verbesserungsbedarf besteht. Diese Aufgabe erfüllt die DSHS bereits seit 1980 (Hachmann & Bühringer, 1980). Durch die standardisierte Datenerhebung anhand des KDS wird eine valide Dokumentation über Beratung von Personen mit Substanzstörungen, pathologischem Glücksspielen und Essstörungen in der Suchtkrankenhilfe in Deutschland gewährleistet.

Die Versorgungsstrukturen für pathologische Glücksspieler (PG) in Bayern wurden seit der Einrichtung der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG) in Bayern grundlegend erweitert. Zur Erfassung der Hilfe suchenden PG und um Kenntnisse über potentiellen Verbesserungsbedarf werden Charakteristika von PG in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen im Zeitverlauf betrachtet. Trendanalysen über den Zeitraum von 2001 bis

Landesstelle
Glücksspielsucht
in Bayern



Kooperationspartner:

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt)
www.bas-muenchen.de

IFT Institut für
Therapieforschung
www.ift.de

Betreiberverein der Freien Wohlfahrtspflege Landesarbeitsgemeinschaft Bayern für die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern e.V.
www.freie-wohlfahrtspflege-bayern.de

Geschäftsstelle
Edelsbergstr. 10
80686 München

info@lsgbayern.de
www.lsgbayern.de

Kurzbericht, Juni 2014

IFT

IFT · Institut
für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München

2012 sollen Aufschluss über mögliche Veränderungen bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe, der Klientencharakteristika und der Beratung von PG geben.

www.ift.de

Tel.: 089/360804-30

Fax: 089/360804-19

E-Mail: kraus@ift.de

Landesstelle
Glücksspielsucht
in Bayern



Kooperationspartner:

Bayerische Akademie für
Sucht- und Gesundheits-
fragen BAS Unternehme-
r-gesellschaft (haftungs-
beschränkt)

www.bas-muenchen.de

IFT Institut für
Therapieforschung
www.ift.de

Betreiberverein der Freien
Wohlfahrtspflege Landesar-
beitsgemeinschaft Bayern
für die Landesstelle Glücks-
spielsucht in Bayern e.V.

www.freie-wohlfahrtspflege-bayern.de

Geschäftsstelle
Edelsbergstr. 10
80686 München

info@lsgbayern.de

www.lsgbayern.de

2. Methodik

Die Datenerhebung der DSHS erfolgt auf Grundlage des KDS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2007). Dieser erfasst einrichtungsbezogene Angaben zu Einrichtungstyp, -angebot und -personal sowie klientenbezogene Daten zu Soziodemographie, Diagnosen, Beratungsmerkmalen und -ergebnissen. Seit 2007 besteht der neue KDS als verbindliche Richtlinie in der Datenerhebung der DSHS. Veränderungen zum alten Kerndatensatz beziehen sich auf eine genauere Unterscheidung der Einrichtungstypen, eine Erweiterung soziodemographischer Angaben (z.B. Schuldensituation) und eine differenziertere Störungsdiagnostik.

Hinsichtlich des pathologischen Glücksspielens werden Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn sowie Alter bei Erstkonsum für folgende Spielformen abgefragt: Geldspielautomaten in Spielhallen, kleines Spiel der Spielbank, großes Spiel der Spielbank, Wetten sowie einer Restkategorie für andere Spielformen. Die Diagnosestellung erfolgt für substanzbezogene Störungen, Essstörungen und pathologisches Spielen gemäß den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, 2005). Beim Vorliegen mehrerer Störungen, wird die behandlungsleitende Diagnose als Hauptdiagnose kodiert. Neben der Hauptdiagnose können mehrere Einzeldiagnosen vergeben werden.

2.1. Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus an der DSHS teilnehmenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Kompetenznetzwerks der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG)¹ zusammen. Seit Gründung der LSG ist das Kompetenznetzwerk stetig gewachsen, so dass die Einrichtungszahl nicht konstant ist.

¹ Für eine Beschreibung des Kompetenznetzwerks sowie eine Liste der Einrichtungen siehe www.lsgbayern.de

Ebenso nehmen Suchthilfeeinrichtungen nicht konstant bzw. überhaupt nicht an der DSHS teil. Somit ergibt sich eine schwankende Anzahl (d=21-45) an einbezogenen Einrichtungen (Abbildung 1). Ende 2013 waren 65 bayerische Einrichtungen im Kompetenznetzwerk organisiert, was auf eine gute Beteiligungsrate schließen lässt. Die Auswertung erfolgte auf Grundlage dieser Gelegenheitsstichprobe. Dabei wurden alle Klienten mit einer Hauptdiagnose für pathologisches Spielen nach ICD-10 (F63.0) aufgenommen.

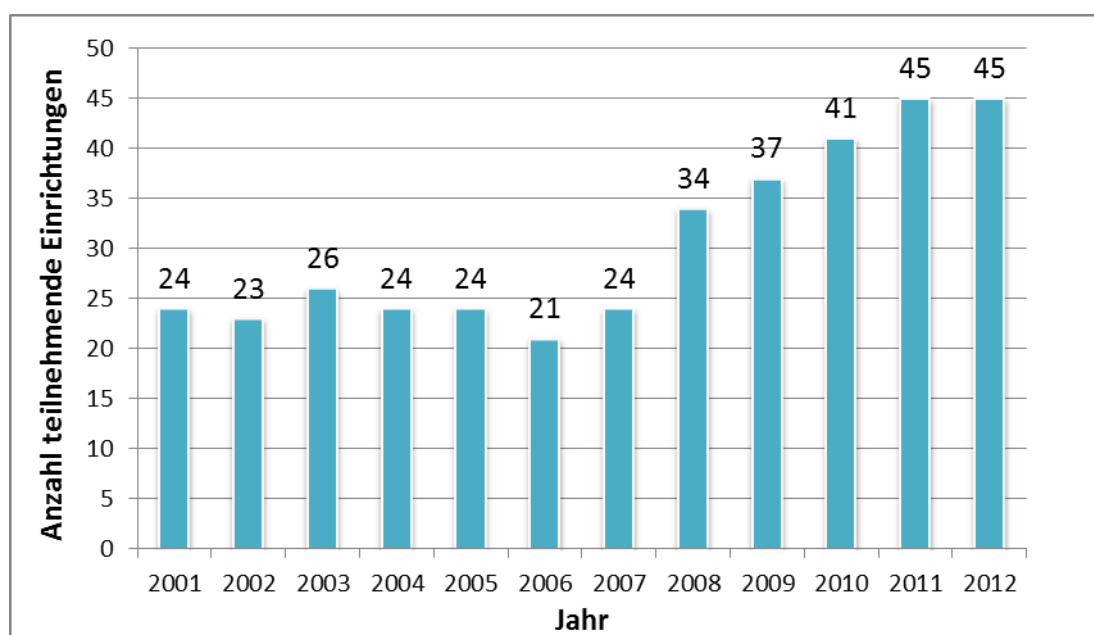


Abbildung 1: Anzahl an der DSHS teilnehmenden Einrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG in Bayern (2001-2012)

2.2. Auswertung

Basierend auf den Daten der DSHS wurde ein Datensatz generiert, der die auf Einrichtungsebene aggregierten Daten der einbezogenen Suchthilfeeinrichtungen für die Erhebungsjahre 2001 bis 2012 enthält. Für die Datenauswertung wurden unterschiedliche Bezugsgruppen zugrundegelegt. Soziodemographische und diagnostische Daten beziehen sich auf Klienten mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen, die ihre Betreuung im jeweiligen Jahr 2001-2012 begonnen haben (Zugänge). Der Beratungs-

verlauf (Kontaktzahl) bezieht sich dagegen auf die Bezugsgruppe der Beender, d.h. auf alle Klienten, die ihre Betreuung im entsprechenden Jahr beendet haben. Da keine Individualdaten vorliegen, sondern lediglich über Klienten aggregierte Daten pro Einrichtung, wurden pro Jahr beispielsweise die Angaben zum durchschnittlichen Alter oder zum Anteil männlicher Klienten über alle Einrichtungen mit Angaben gemittelt. Eventuell fehlende Meldungen einzelner Einrichtungen über die Zeit bzw. die Angaben neu hinzukommender Einrichtungen spielen bei dieser Betrachtung keine Rolle, solange es sich um Mittelwerte oder Anteile handelt. Eine Betrachtung der Gesamtzahl als Summe der Anzahl von Klienten über Einrichtungen und Zeit ist dagegen nicht möglich. Hier wurde die durchschnittliche Anzahl von Klienten pro Einrichtung über alle Einrichtungen mit Meldungen zum pathologischen Glücksspielen gebildet, so dass eine zeitliche Betrachtung der Entwicklung der Fallzahlen möglich ist.

3. Ergebnisse

3.1. Kontakt zur Einrichtung

3.1.1. Klienten pro Einrichtung

In den Jahren 2001 bis 2006 wurden etwa vier bis fünf Klienten pro Einrichtung betreut (Abbildung 2). Seit 2008 ist ein Anstieg der wegen Glücksspielbezogener Störungen betreuten Klienten zu verzeichnen. Vor allem in den Jahren 2009 bis 2012 zeigen sich mit 18 bis 21 Klienten deutlich höhere Fallzahlen.

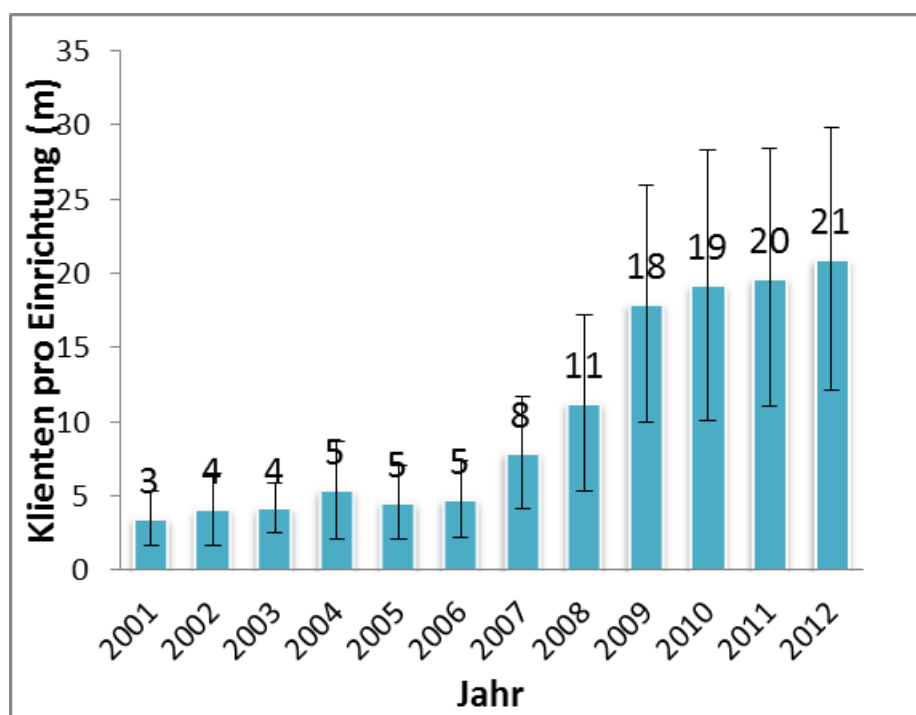


Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl pathologischer Glücksspieler pro Einrichtung des Kompetenznetzwerks (2001-2012)

3.1.2. Kontaktzahl

Die Anzahl der Beratungskontakte lag über die Jahre im Durchschnitt zwischen 8 und 14 Sitzungen (Abbildung 3). Bei dieser relativ geringen Kontaktanzahl gab es aber eine große Streuung. Einige Klienten nahmen also deutlich mehr Kontakte in Anspruch. Dies trifft vor allem auf die Jahre 2011 und 2012 zu, in denen mit ungefähr 11 Kontakten auch die höchste durchschnittliche Kontaktzahl seit 2008 zu verzeichnen ist.

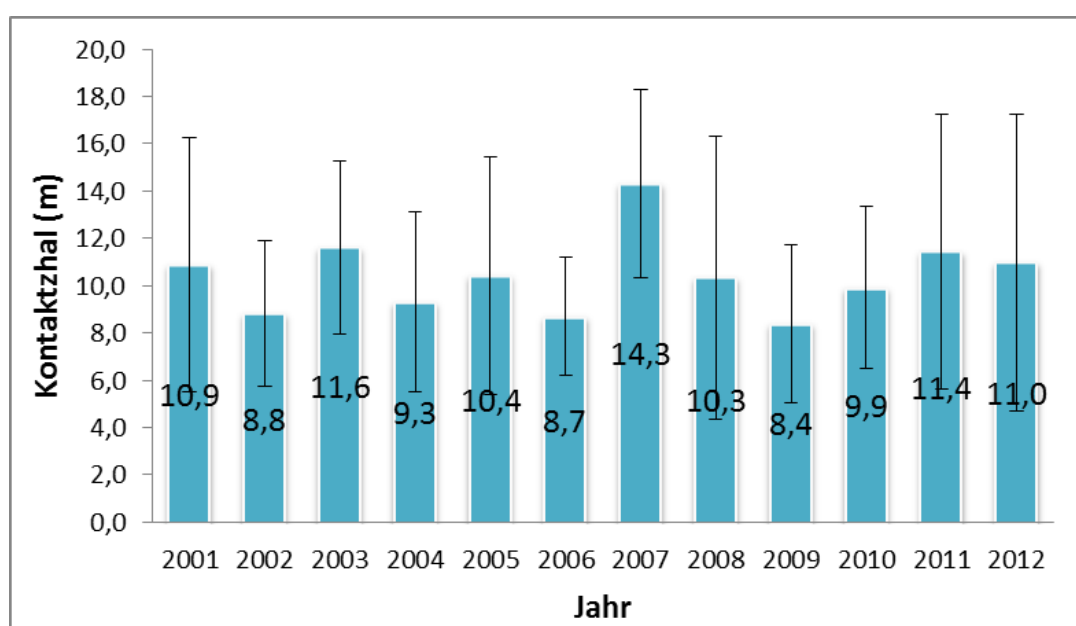


Abbildung 3: Durchschnittliche Kontaktzahl je Klient (2001-2012)

3.2. Klientenmerkmale

3.2.1. Soziodemographische Merkmale

Bei Betrachtung des Geschlechterverhältnisses liegt der Anteil männlicher Spieler über die Jahre konstant zwischen 86% und 95% und damit weit über dem Anteil der Frauen in Beratung (Abbildung 4). Über die Jahre lag das durchschnittliche Alter der Klienten bei geringer Streuung bei Anfang bis Mitte 30 Jahren (Abbildung 5).

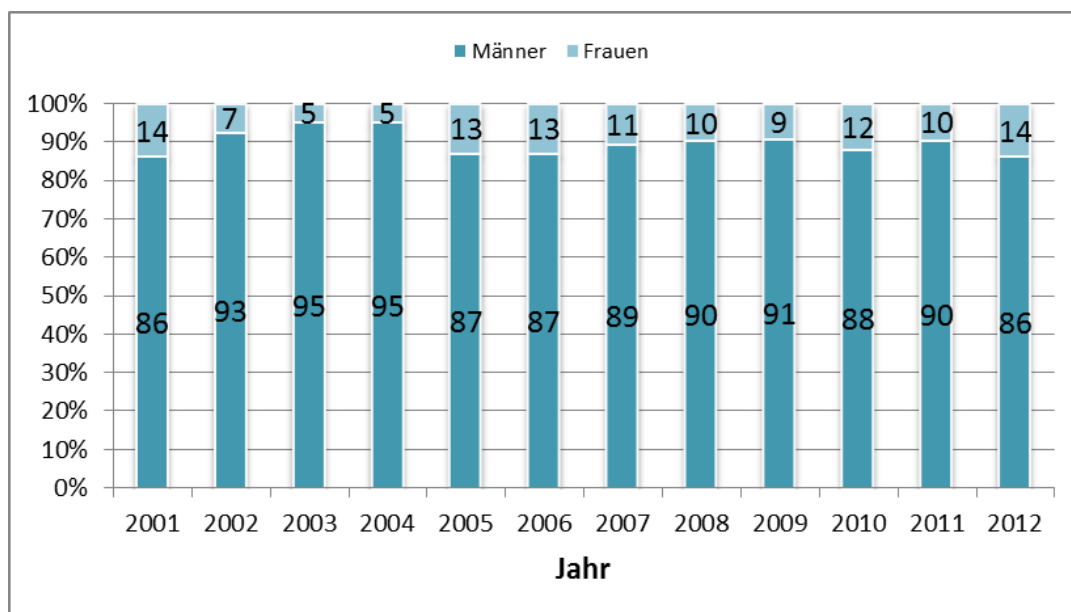


Abbildung 4: Geschlechtsverteilung der Klienten (2001-2012)

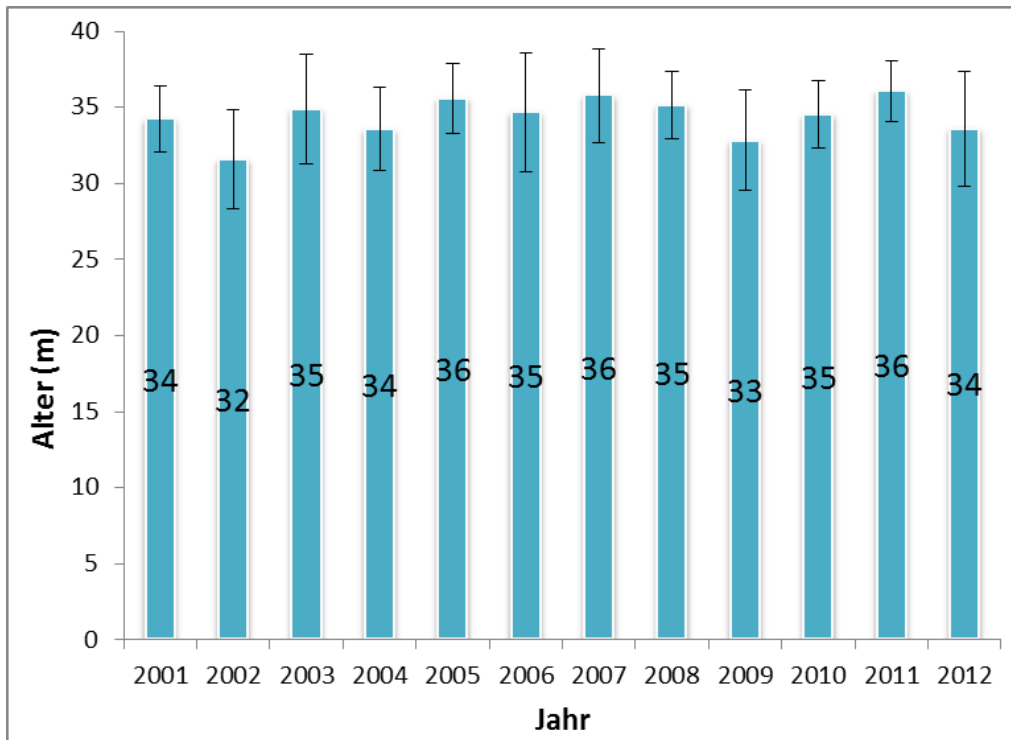


Abbildung 5: Durchschnittliches Alter der Klienten (2001-2012)

Staatsangehörigkeit. Der Großteil der Klienten waren deutsche Staatsbürger. Auffallend ist der geringe Anteil an EU-Staatsangehörigen im Vergleich zur Gruppe der sonstigen oder unbekanntem Staatsangehörigkeiten (Abbildung 6).

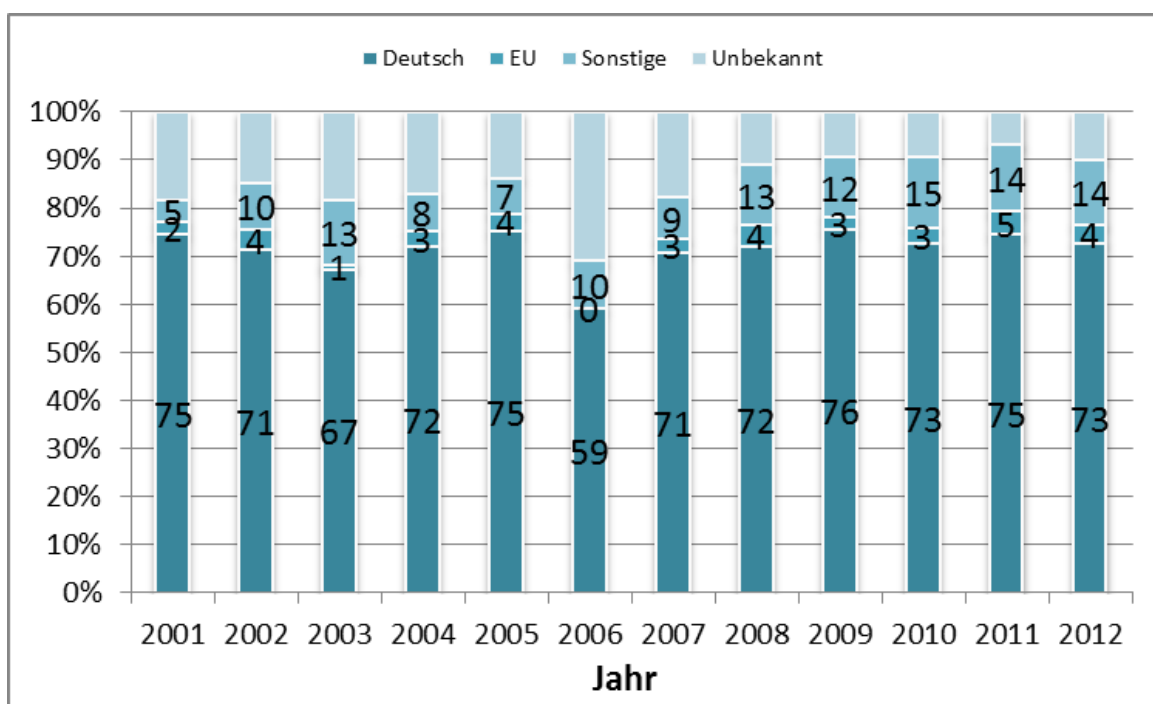


Abbildung 6: Verteilung der Staatsangehörigkeit der Klienten (2001-2012)

Familienstand. Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg war in etwa die Hälfte der Klienten ledig. Den nächstgrößeren Anteil machten verheiratete Klienten aus (zwischen 25% und 41%) der Klienten; seit 2007 scheint sich der Anteil verheirateter Klienten etwas verringert zu haben. (Abbildung 7).

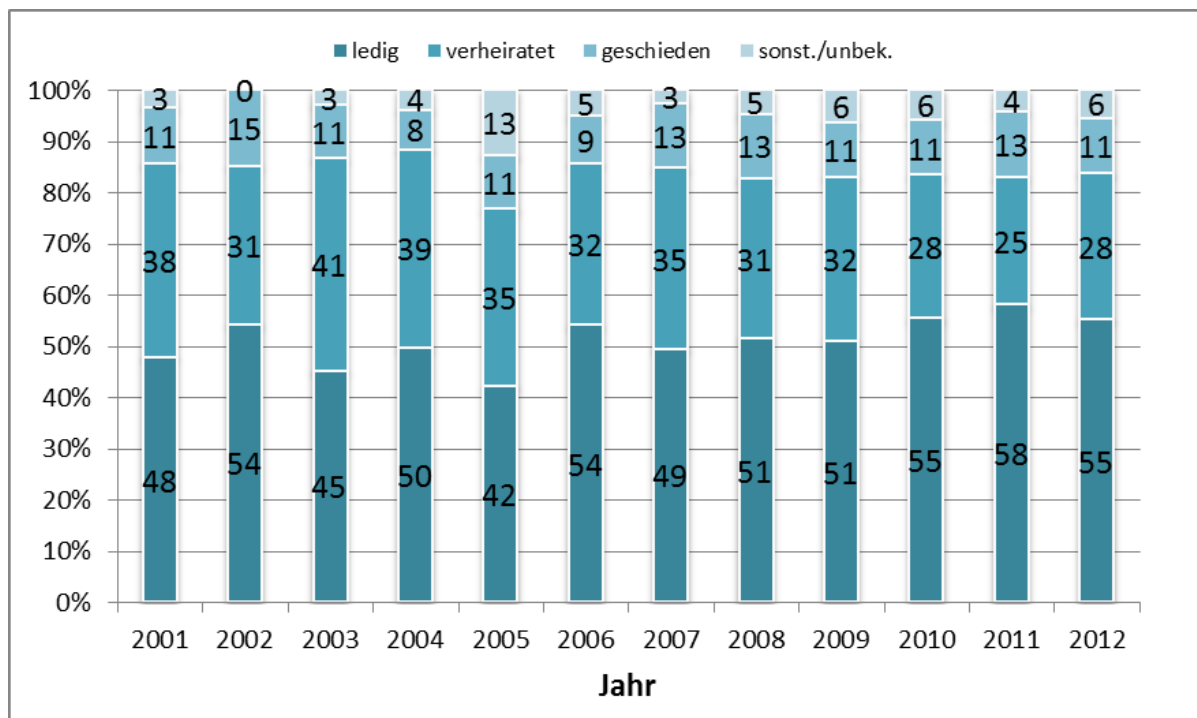


Abbildung 7: Verteilung des Familienstands der Klienten (2001-2012)

Bildung und Erwerbssituation. In den letzten Jahren kam über die Hälfte der Klienten aus der niedrigen Bildungsschicht (ohne Schulabschluss, mit Sonder- oder Haupt-/Volksschulabschluss). Mittleres (Realschulabschluss) und hohes (Hochschulreife oder -abschluss) Bildungsniveau sind mit um die 20% bzw. um die 10% im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung unterrepräsentiert. Diese Verteilung blieb über die Zeit stabil.

Die Mehrheit der Klienten befand sich in einer regulären bzw. unproblematischen Erwerbssituation (Schüler/Studenten, Auszubildende, Facharbeiter/Angestellte/Beamte, Selbstständige/Freiberufler, Hausfrauen/Hausmänner, Personen im Ruhestand, sonstige Erwerbspersonen;

Abbildung 9). Seit 2007 gibt rund ein Viertel der Klienten eine beeinträchtigte Erwerbssituation an (berufliche Rehabilitation, ALGI, ALGII, sonstige Erwerbslose).

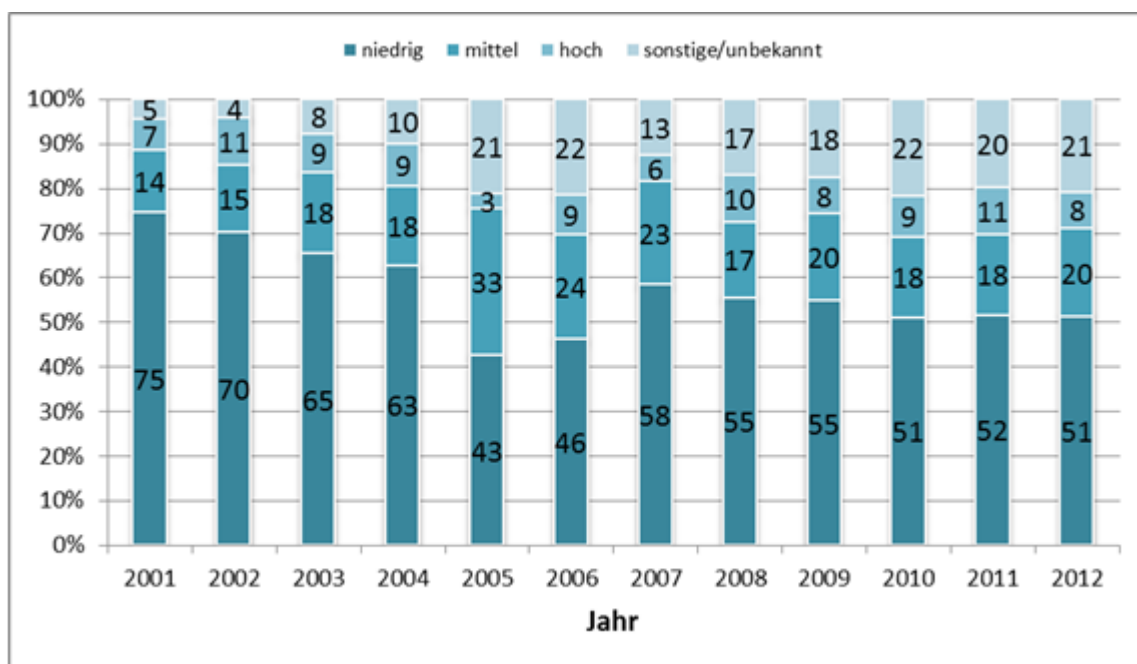


Abbildung 8: Verteilung des Bildungsabschluss der Klienten (2001-2012)

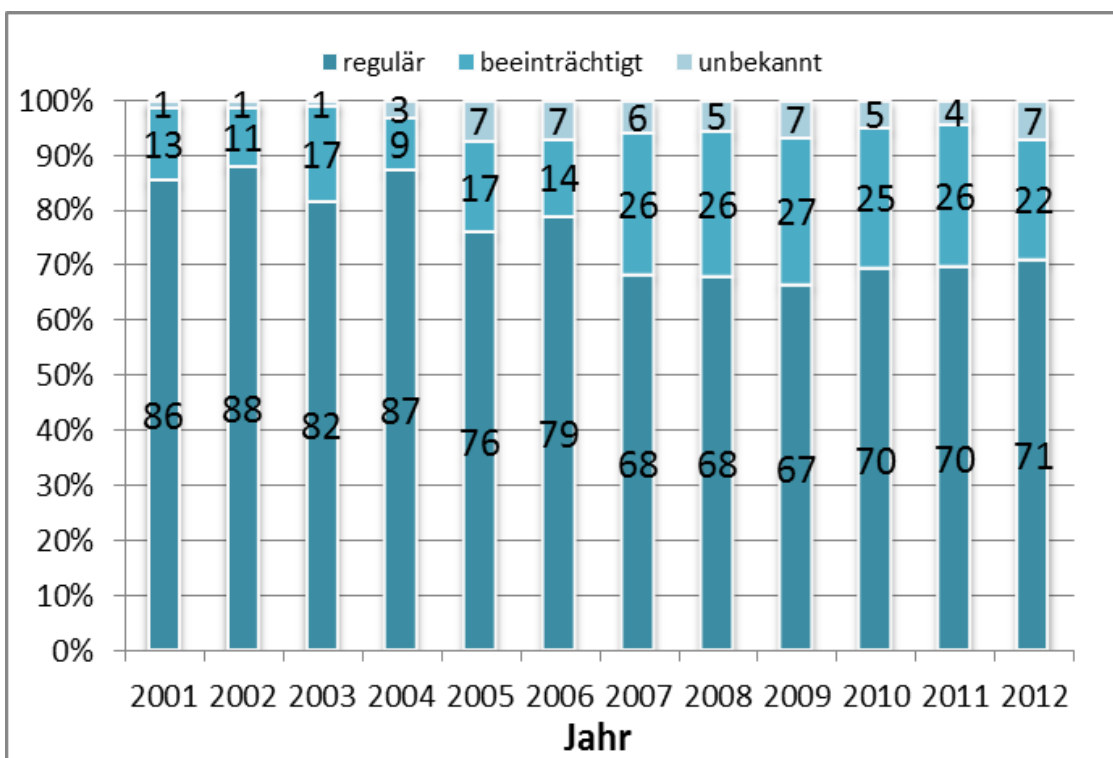


Abbildung 9: Verteilung der Erwerbssituation der Klienten (2001-2012)

3.2.2. Substanzstörungen

Klienten mit Hauptdiagnose PG hatten als substanzbezogene Zusatzdiagnosen hauptsächlich Tabak- und Alkoholabhängigkeit (30% bis 55% bzw. 12% bis 50%; Abbildung 10). Cannabisabhängigkeit wurde relativ stabil bei ungefähr 10% der Klienten diagnostiziert. Bei anderen Substanzen lag der Anteil an Klienten mit Abhängigkeitsdiagnose im Untersuchungszeitraum in der Regel unter 10% (Abbildung 10 und Abbildung 11). Der Anteil an Klienten mit zusätzlichen substanzbezogenen Diagnosen veränderte sich über die Jahre kaum.

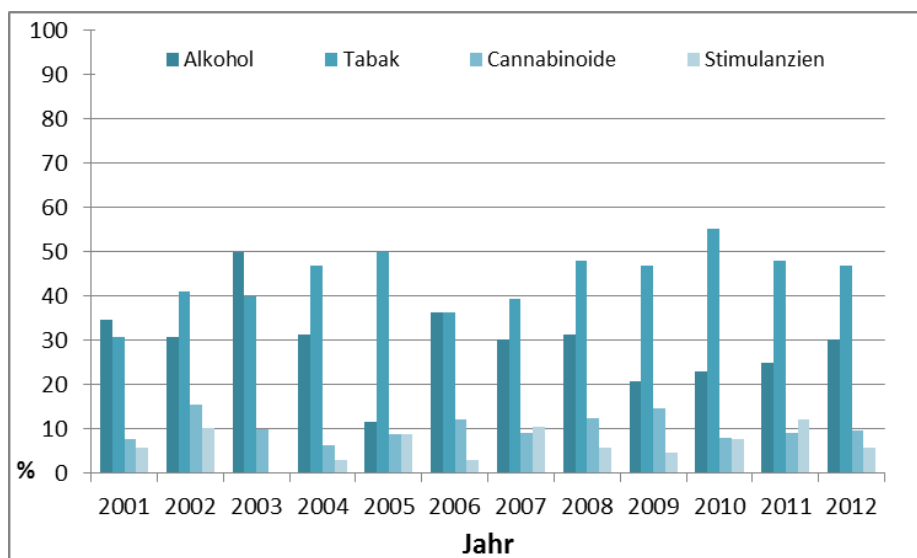


Abbildung 10: Zusätzliche substanzbezogene Diagnosen: Alkohol, Tabak, Cannabinoide, Stimulantien (2001-2012)

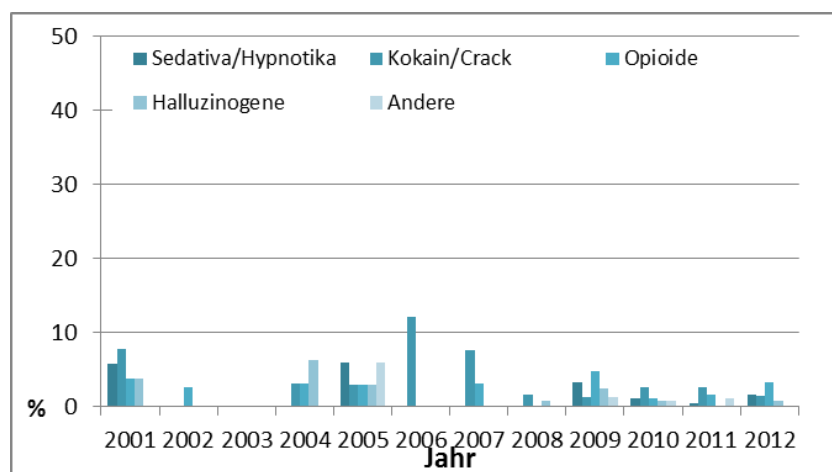


Abbildung 11: Zusätzliche substanzbezogene Diagnosen: Sedativa/Hypnotika, Kokain/Crack, Opiode, Halluzinogene, andere Substanzen (2001-2012)

4. Zusammenfassung und Bewertung

Die Versorgungssituation pathologischer Glücksspieler in bayerischen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen wurde über zentrale Charakteristika der Klienten und Merkmale der Beratung im Zeitraum von 2001 bis 2012 erfasst. Dazu wurde Gelegenheitsstichprobe ambulanter Beratungseinrichtungen des Kompetenznetzwerks der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern herangezogen. Die Datenbasis waren auf Einrichtungsebene aggregierte Daten der Deutschen Suchthilfestatistik. Zur Ermittlung von Veränderungen von Klienten- und Betreuungsmerkmalen im zeitlichen Verlauf wurden Trendanalysen durchgeführt.

Die Zahl der sich beteiligenden Einrichtungen ist bis 2012 (n=45) im Vergleich zu 2001 (n=24) angestiegen. Dieser Zuwachs ist besonders seit 2008, also dem Jahr der Einrichtung der LSG in Bayern, zu verzeichnen. Zudem wurden pro Einrichtung seit 2008 kontinuierlich mehr Klienten wegen glücksspielbezogener Probleme beraten und behandelt. Mit 21 Klienten je Einrichtung haben sich die Klientenzugänge seit 2001 versiebenfacht. Die durchschnittliche Kontaktzahl je Klient blieb dabei relativ konstant. Sie war im Beobachtungszeitraum zwischen 8 und 14 Sitzungen, wobei einzelne Klienten eine deutlich höhere Anzahl an Kontakt wahrnehmen. Der augenscheinliche Einbruch der Kontaktzahlen im Jahr 2009 ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass seit diesem Jahr wesentlich mehr Klienten vorstellig werden und darunter vermutlich auch Personen sind, die sich in kurzen Beratungskontakten nur informieren wollten oder für eine längerfristige Beratung nicht motiviert waren. Vor diesem Hintergrund ist die Zunahme der durchschnittlichen Kontaktzahlen seit 2009 sehr positiv. Möglicherweise spiegelt sie wider, dass die Erfahrungen der Einrichtungen mit pathologischen Glücksspielern sowie entsprechende Fortbildungsangebote dazu geführt haben, dass mehr Motivationsarbeit stattfindet und Klienten länger in Beratung gehalten werden können.

Die Klientel hat sich über die Jahre hinsichtlich soziodemographischer Merkmale nicht verändert: Die meisten Klienten waren Anfang bis Mitte 30-jährige Männer und deutsche Staatsbürger; ungefähr die Hälfte der Klienten war ledig. Der Großteil hatte einen niedrigen Bildungsabschluss und befand sich

in einer regulären Erwerbssituation, wobei seit 2007 in den Einrichtungen rund ein Viertel der Personen eine beeinträchtigte Erwerbssituation aufwies. Der Anteil an Klienten mit zusätzlichen substanzbezogenen Diagnosen veränderte sich über die Jahre kaum. Die häufigsten Substanzstörungen waren Tabak- und Alkoholabhängigkeit (bis zur Hälfte der Klienten).

Insgesamt ist es als überaus positiver Trend zu werten, dass mehr pathologische Glücksspieler Hilfe suchen. Offenbar haben Medienkampagnen und weitere Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit für die Thematik sensibilisiert und den Bekanntheitsgrad von Beratungs- und Behandlungsangeboten sowie die Bereitschaft, diese in Anspruch zu nehmen, erhöht. Die Klientencharakteristika blieben weitgehend unverändert, was darauf schließen lässt, dass zwar mehr Glücksspieler, insgesamt aber ein ähnlicher Personenkreis erreicht wurde. Es besteht Ausbaubedarf hinsichtlich der Erreichung anderer Personengruppen, die von pathologischem Glücksspielen betroffen sind. Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass Frauen einen nicht zu vernachlässigenden Anteil an pathologischen Glücksspielern darstellen, aber Behandlungsangebote deutlich weniger als Männer in Anspruch nehmen (Martins et al., 2002). Deshalb stellt sich insbesondere die Frage, wie mehr Frauen mit glücksspielbezogenen Störungen motiviert werden können, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

5. Literatur

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2007). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definition und Erläuterungen zum Gebrauch*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Hachmann, E. & Bühringer, G. (1980). Beschreibung des einrichtungsbezogenen Informationssystems EBIS mit beispielhaften Ergebnissen aus der Erprobungsphase 1977 bis 1979. *Suchtgefahren*, 26, 97-111.
- Martins, S. S., Lobo, D. S., Tavares, H. & Gentil, V. (2002). Pathological gambling in women: a review. *Rev Hosp.Clin Fac.Med Sao Paulo*, 57 (5), 235-242.