IFT · Institut
für Therapieforschung
Leopoldstraße 175
80804 München

www.ift.de

Wissenschaftlicher Leiter
Prof. Dr. Ludwig Kraus

# Personen mit Glücksspielproblemen in der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Trends aus dem Kompetenznetzwerk 2001-2016

Bettina Grüne, Johanna Loy, Ludwig Kraus & Barbara Braun

## 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 Klientinnen und 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 für die aggregierte Auswertung bereit. Diese werden anhand einer für den Deutschen Kerndatensatz (KDS) zertifizierten Dokumentationssoftware im Beratungs-/Behandlungsprozess erfasst. Als Monitoringsystem der Versorgung in der Suchthilfe zeigt die DSHS an, inwieweit die Leistungen des Suchthilfesystems dem Bedarf angemessen sind und ob Verbesserungsbedarf besteht. Durch die standardisierte Datenerhebung anhand des KDS wird eine valide Dokumentation über die Beratung/Behandlung von Personen mit Substanzstörungen, Glücksspielproblemen und Essstörungen in der Suchtkrankenhilfe in Deutschland gewährleistet.

Die Versorgungsstrukturen für Personen mit Glücksspielproblemen in Bayern wurden seit der Einrichtung der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG) grundlegend erweitert. Um Kenntnisse über potentiellen Verbesserungsbedarf zu gewinnen, werden Charakteristika von Personen mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen[1] in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen im Zeitverlauf betrachtet.

1 Im ICD-10 lautet die Diagnose „Pathologisches Spielen“, im DSM-5 „Störung durch Glücksspielen“. In diesem Bericht werden beide Bezeichnung synonym verwendet und werden nicht konzeptuell unterschiedlich gesehen.

Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

**Kooperationspartner:**

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheits-fragen
BAS Unternehmensgesellschaft (haftungsbeschränkt)
www.bas-muenchen.de

IFT Institut für Therapieforschung
www.ift.de

Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in Bayern (LAGFW)
www.lagfw.de

**Geschäftsstelle**
Edelsbergstr. 10
80686 München

info@lsgbayern.de
www.lsgbayern.de

Trenddaten über den Zeitraum von 2001 bis 2016 sollen Aufschluss über mögliche Veränderungen bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe, der Klientencharakteristika und der Beratung von Personen mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen geben.

## 2. Methodik

Die Datenerhebung der DSHS erfolgt seit 1998 auf Grundlage des KDS (Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchthilfe, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2010). Der KDS ist in der aktuellen Form seit 2007 gültig und erfasst einrichtungsbezogene Angaben zu Einrichtungstyp, -angebot und -personal sowie klientenbezogene Daten zu Soziodemographie, Diagnosen, Beratungsmerkmalen und -ergebnissen. Bei den klientenbezogenen Daten handelt es sich um die Dokumentation der einzelnen Betreuungs-/Behandlungsfälle. Daher gehen etwaige Mehrfachbetreuungen einer einzelnen Person mehrfach in die Daten ein.

Die Diagnosestellung erfolgt für substanzbezogene Störungen, Essstörungen und pathologisches Spielen gemäß den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; Dilling et al. 2013). 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)[2] zusammen. Seit Gründung der LSG ist das Kompetenznetzwerk stetig gewachsen, so dass die Einrichtungszahl nicht konstant ist. Ebenso nehmen Suchthilfeeinrichtungen nicht konstant bzw. teilweise überhaupt nicht an der DSHS teil. Somit ergibt sich zwischen 2001 und 2016 eine schwankende Anzahl (d=21-55) an einbezogenen Einrichtungen (Abbildung 1). Im Jahr 2016 haben etwa 90% der Einrichtungen des Kompetenznetz-

[2] Für eine Beschreibung des Kompetenznetzwerks sowie eine Liste der Einrichtungen siehe www.lsgbayern.de

werks Daten an die DSHS geliefert. Die Auswertung erfolgte auf Grundlage dieser Gelegenheitsstichprobe.

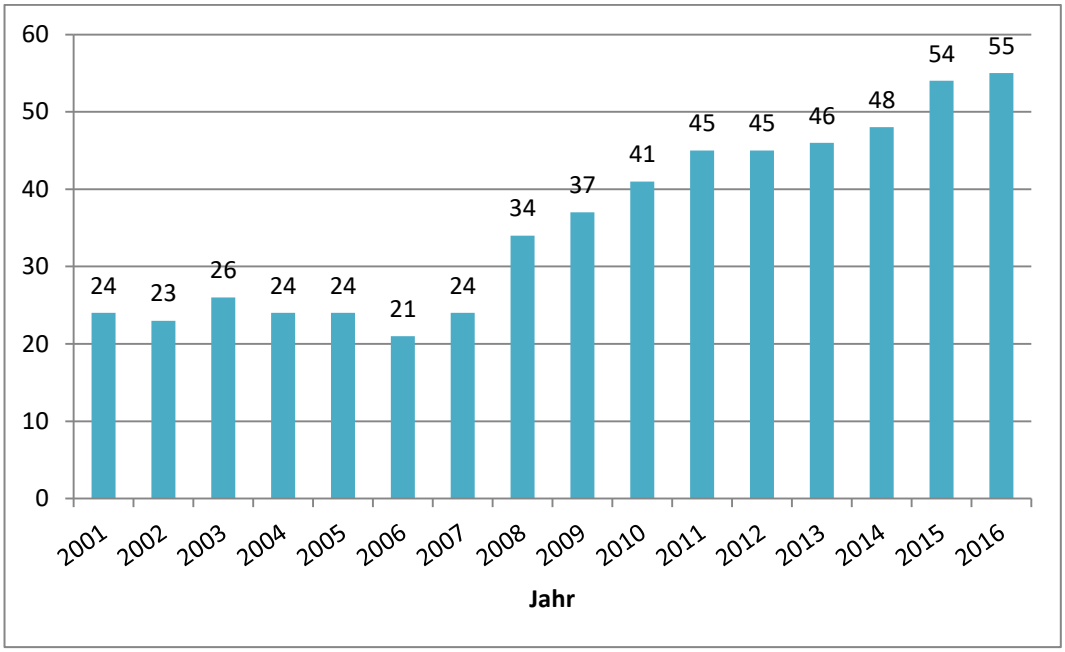


Abbildung 1: Anzahl an der DSHS teilnehmenden Einrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG (2001-2016)

## 2.2. Auswertung

Basierend auf den Daten der DSHS wurde ein Datensatz generiert, der die aggregierten Daten der Stichprobe für die Erhebungsjahre 2001 bis 2016 enthält. In den aggregierten Einrichtungsdaten sind alle Fälle ohne Einmalkontakte mit einer Hauptdiagnose pathologisches Spielen nach ICD-10 (F63.0) enthalten, d. h. als Fall wird jede Betreuung verstanden, die mindestens zwei Kontakte andauert. Für die Datenauswertung wurden unterschiedliche Bezugsgruppen zugrunde gelegt. Soziodemographische und diagnostische Daten beziehen sich auf Fälle mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen, die ihre Betreuung im jeweiligen Jahr (2001-2016) begonnen haben (Zugänge). Der Beratungsverlauf (Kontaktzahl) bezieht sich dagegen auf die Bezugsgruppe der Beenderinnen und Beender, d. h. auf alle Fälle, die ihre Betreuung im entsprechenden Jahr beendet haben. Da keine Individualdaten vorliegen, sondern lediglich über Fälle aggregierte Daten, wurden pro Jahr beispielsweise das durchschnittliche Alter oder der Anteil der Fälle männlichen bzw. weiblichen Geschlechts an der Gesamt-

fallzahl berechnet. Eventuelle Veränderungen der Stichprobe über die Zeit, durch fehlende Meldungen einzelner Einrichtungen oder neu hinzukommende Einrichtungen, sind bei der Betrachtung von Trends nicht entscheidend, solange dieser Mittelwerte oder Anteile zugrunde liegen. So ist z. B. die zeitliche Betrachtung der Entwicklung der Fallzahlen durch die Berechnung der durchschnittlichen Anzahl von Fällen pro Einrichtung möglich.

# 3. Ergebnisse

## 3.1. Fälle pro Einrichtung

In den Jahren 2001 bis 2006 wurden etwa vier bis fünf Fälle pro Einrichtung betreut (Abbildung 2). Seit 2008 ist ein Anstieg der wegen Pathologischen Spielens betreuten Fälle zu verzeichnen. Vor allem in den Jahren 2009 bis 2016 lagen 18 bis 25 Fällen pro Einrichtung deutlich höhere Fallzahlen vor.

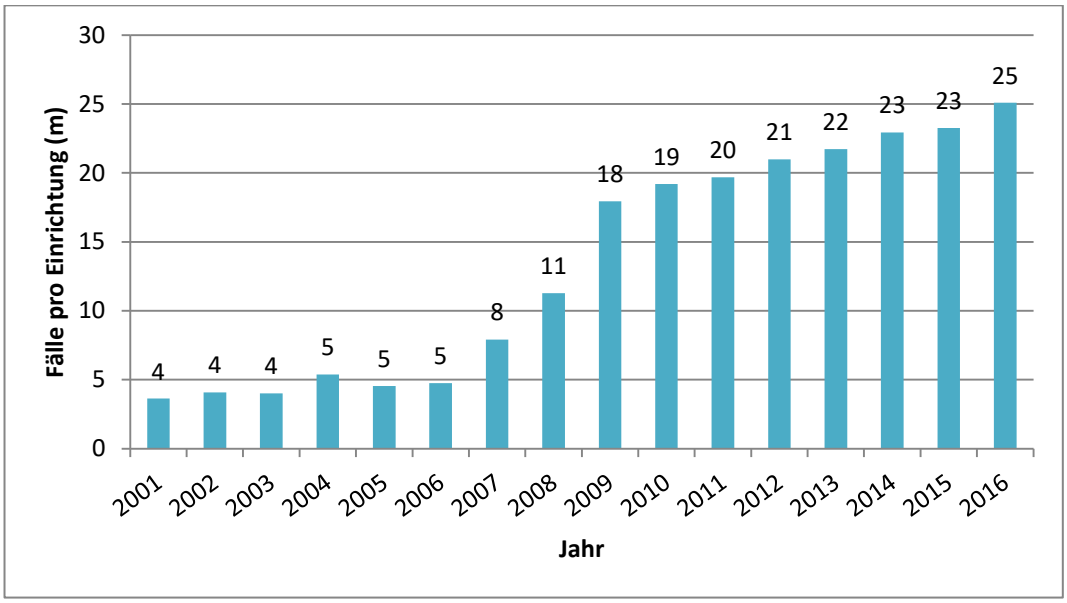


Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl der Fälle mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen pro Einrichtung des Kompetenznetzwerks (2001-2016)

## 3.2. Kontaktzahl

Die Anzahl der Beratungskontakte je Betreuungsfall lag über die Jahre im Durchschnitt zwischen 8 und 14 Sitzungen (Abbildung 3). Bei dieser relativ geringen Kontaktanzahl gab es aber eine große Streuung. In einigen Betreuungsfällen fanden deutlich mehr Kontakte statt, in anderen deutlich weniger. In 2016 fanden in 49% der Betreuungsfälle 2 bis 5 Kontakte, in 23% der Betreuungsfälle 6 bis 10 Kontakte, in 17% der Betreuungsfälle 11 bis 29 Kontakte und in 9% der Betreuungsfälle mehr als 30 Kontakte statt. Seit dem Jahr 2011 lag die durchschnittliche Kontaktzahl je Fall bei rund 11 Kontakten.

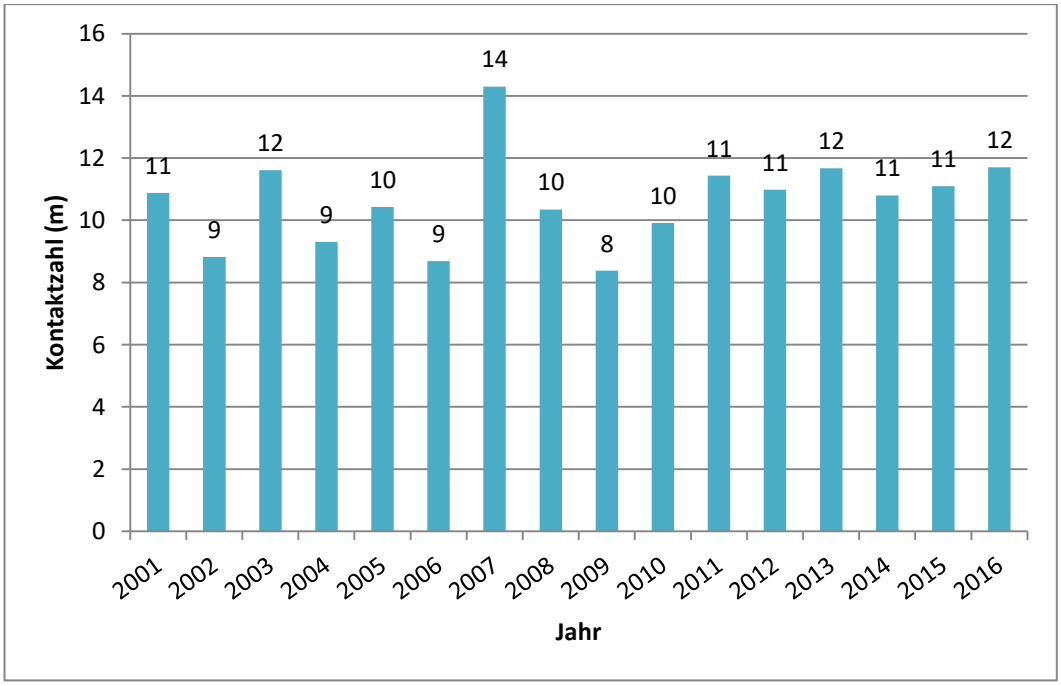


Abbildung 3: Durchschnittliche Kontaktzahl je Betreuungsfall (2001-2016)

## 3.3. Soziodemographische Merkmale

*Alter und Geschlecht.* Bei Betrachtung des Geschlechterverhältnisses lag der Anteil Klienten über die Jahre konstant zwischen 86% und 95% und befand sich damit weit über dem Anteil der Klientinnen in Beratung (Abbildung 4). Im Zeitverlauf lag das durchschnittliche Alter der Klientinnen und Klienten konstant bei etwa 35 Jahren (Abbildung 5).

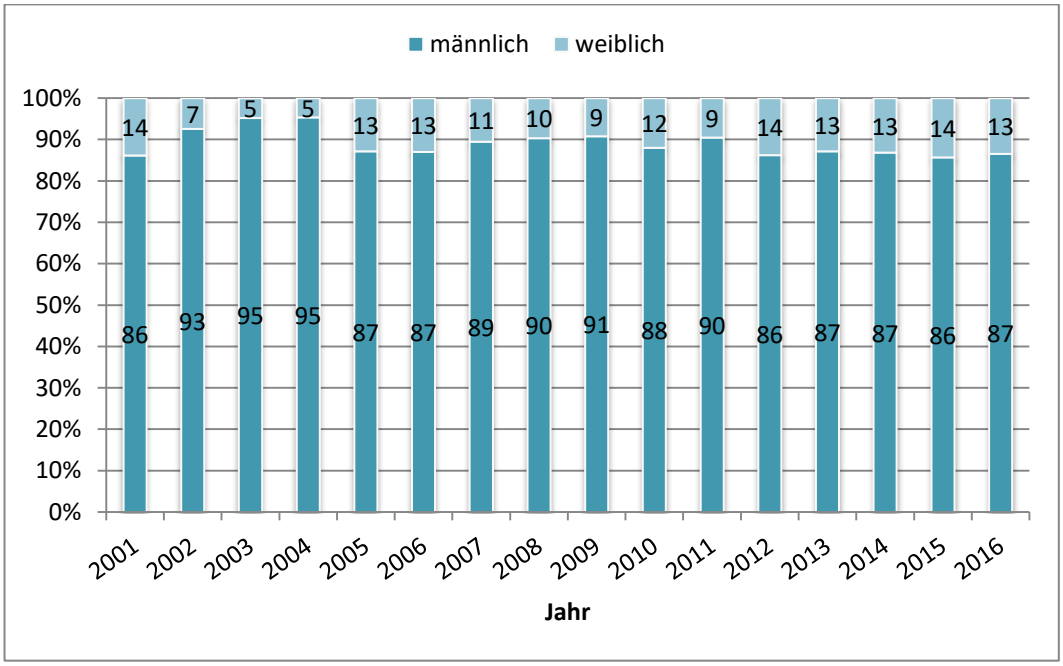


Abbildung 4: Geschlechtsverteilung der Klientel mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen (2001-2016)

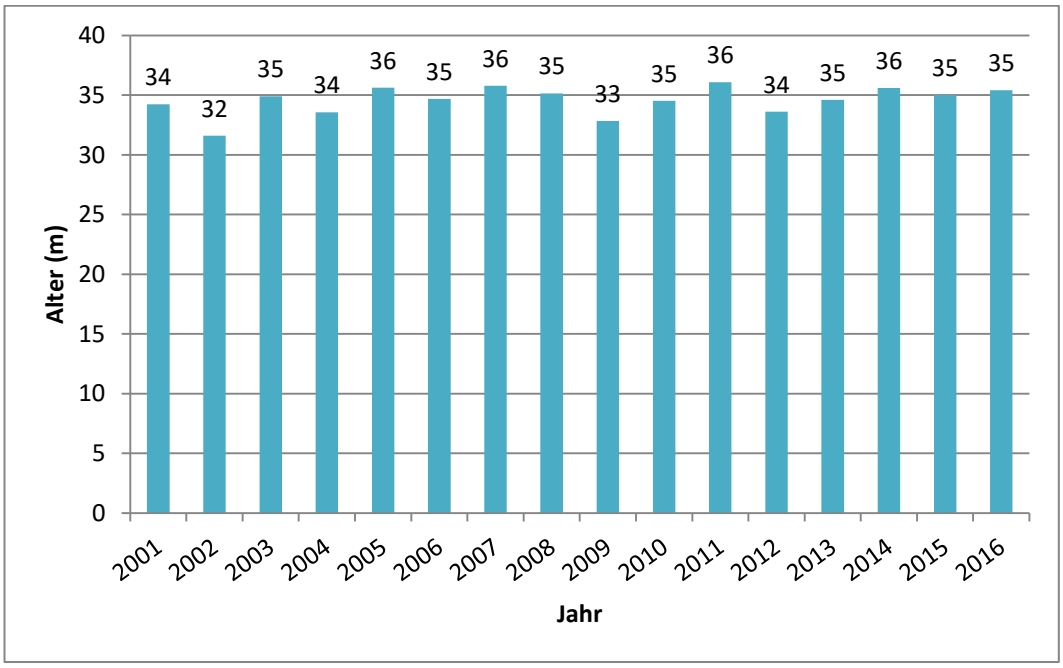


Abbildung 5: Durchschnittliches Alter der Klientel mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen (2001-2016)

*Staatsangehörigkeit.* Die große Mehrheit der Klientinnen und Klienten im Zeitraum von 2001 bis 2016 hatte eine deutsche Staatsbürgerschaft. Im Vergleich zur Gruppe der Personen mit sonstiger oder unbekannter Staatsangehörigkeit war der Anteil an EU-Staatsangehörigen gering (Abbildung 6).

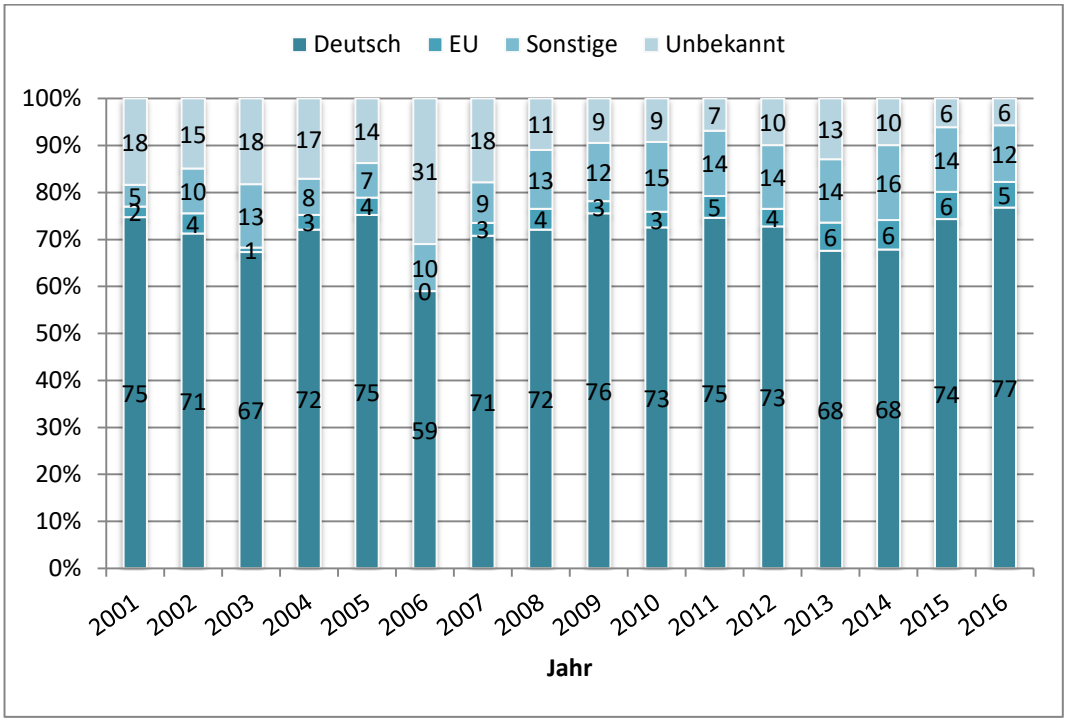


Abbildung 6: Verteilung der Staatsangehörigkeit der Klientel mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen (2001-2016)

*Familienstand.* Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg lag der Anteil der Klientinnen und Klienten mit dem Familienstand „ledig“ bei etwa 50%. Der Anteil verheirateter Klientinnen und Klienten nahm im Beobachtungszeitraum insgesamt etwas ab (Abbildung 7).

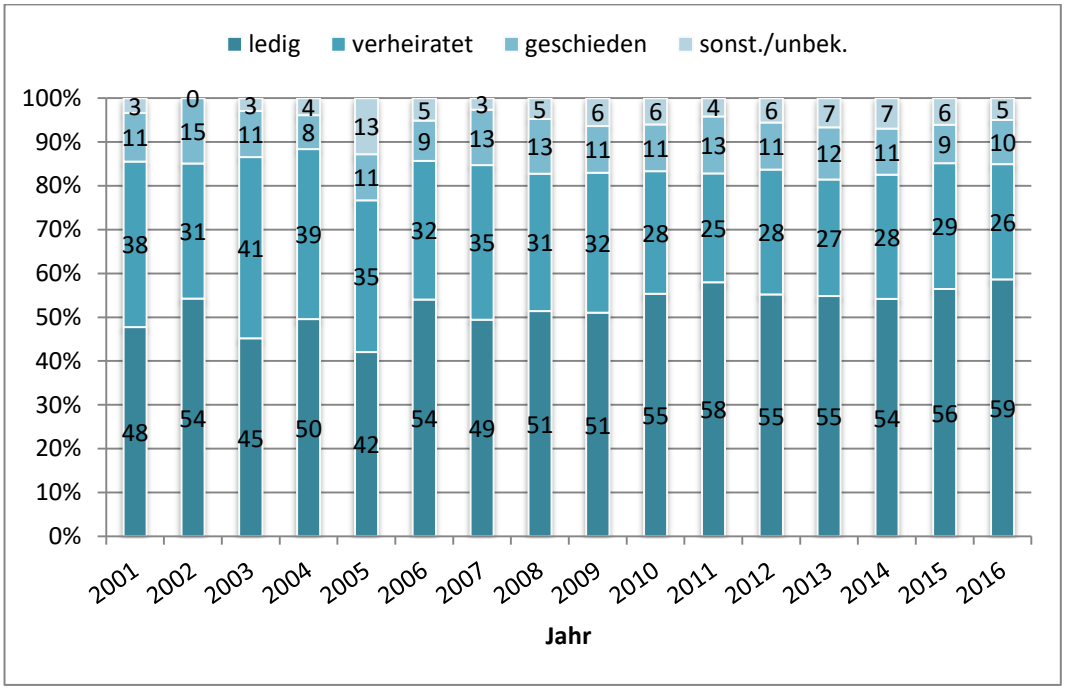


Abbildung 7: Verteilung des Familienstands der Klientel mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen (2001-2016)

*Bildung und Erwerbssituation.* Im betrachteten Zeitraum verfügte die Mehrheit der Klientinnen und Klienten (43%-75%) über einen niedrigen Bildungsabschluss (ohne Schulabschluss, mit Sonder- oder Haupt-/Volksschulabschluss), wobei dieser Anteil im Beobachtungszeitraum generell gesunken ist und in den letzten Jahren bei 46% lag. Die Anteile der Klientinnen und Klienten mit mittlerem (Realschulabschluss) und hohem (Hochschulreife oder -abschluss) Bildungsniveau stiegen leicht an (Abbildung 8).

Zwischen 2001 und 2016 befand sich die Mehrheit der Klientinnen und Klienten in einer regulären bzw. unproblematischen Erwerbssituation (Schüler/Studenten, Auszubildende, Facharbeiter/Angestellte/Beamte, Selbstständige/Freiberufler, Hausfrauen/Hausmänner, Personen im Ruhestand, sonstige Erwerbspersonen; Abbildung 9). Von 2007 bis 2014 gab etwa ein Viertel der Klientinnen und Klienten eine beeinträchtigte Erwerbssituation an (berufliche Rehabilitation, ALGI, ALGII, sonstige Erwerbslose). Dieser Anteil war seit 2015 erstmals etwas rückläufig und lag 2016 bei 17%.

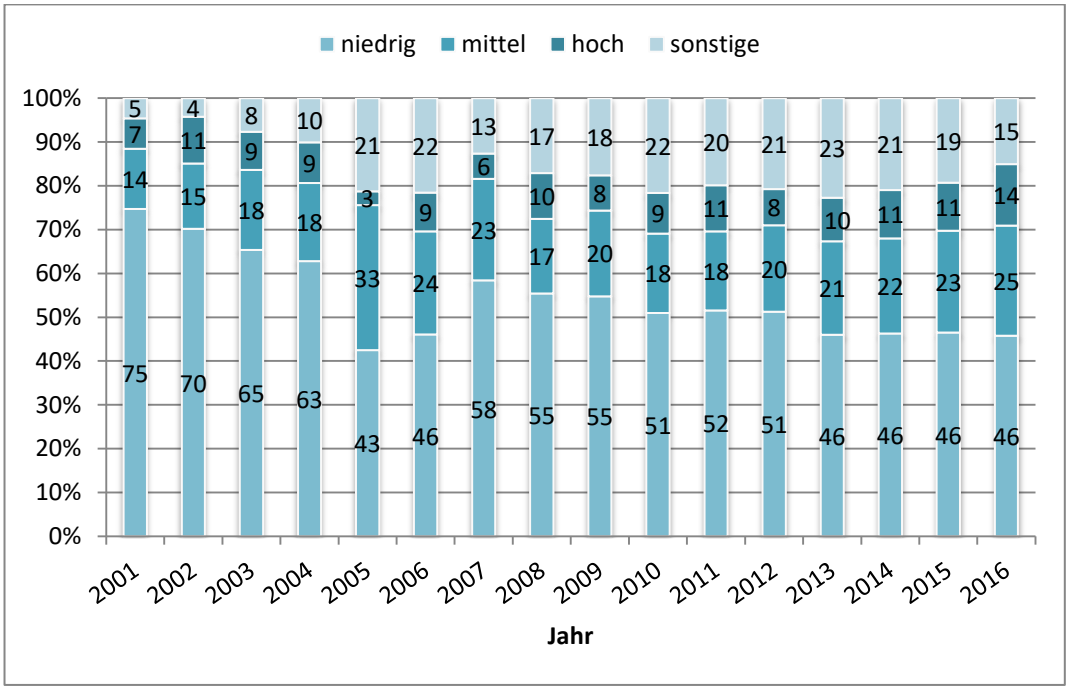


Abbildung 8: Verteilung des Bildungsabschlusses der Klientel mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen (2001-2016)

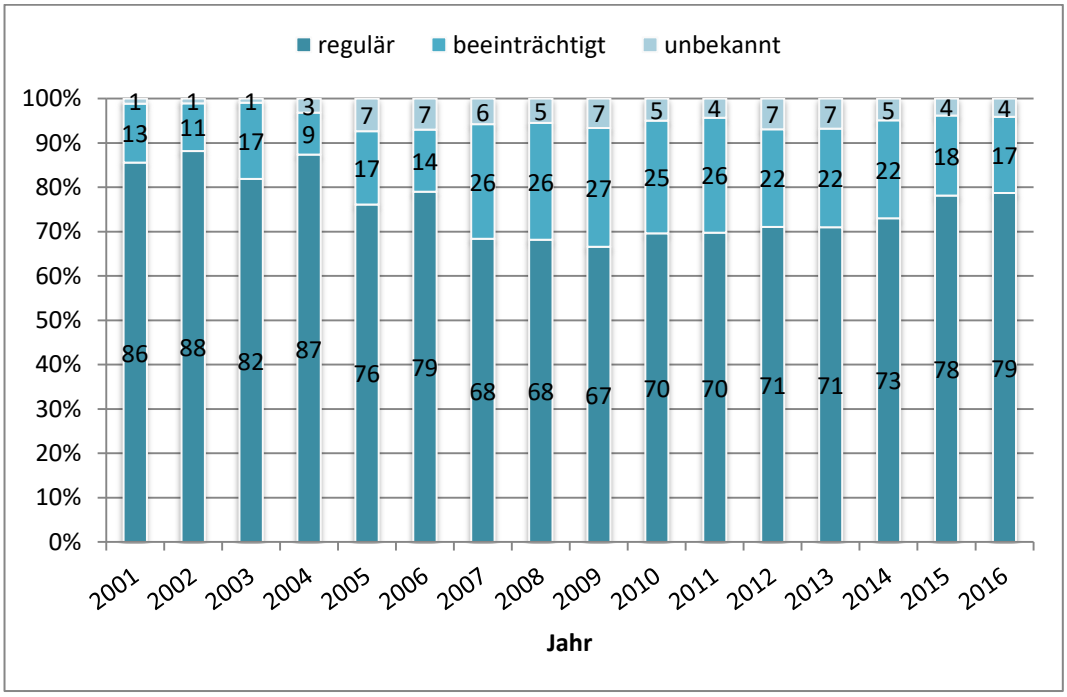


Abbildung 9: Verteilung der Erwerbssituation der Klientel mit Hauptdiagnose pathologisches Spielen (2001-2016)

### 3.4. Substanzstörungen

Unter den Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose pathologisches Spielen und einer substanzbezogenen Zusatzdiagnose waren die Diagnosen Tabak- und Alkoholabhängigkeit am häufigsten verbreitet (31% bis 55% bzw. 12% bis 50%; Abbildung 10). Eine zusätzliche Cannabisabhängigkeit wurde relativ stabil bei ungefähr 10% der Klientinnen und Klienten diagnostiziert. Die Prävalenz einer substanzbezogenen Zusatzdiagnose anderer Substanzen lag im Untersuchungszeitraum in der Regel unter 10% (Abbildung 10 & Abbildung 11).

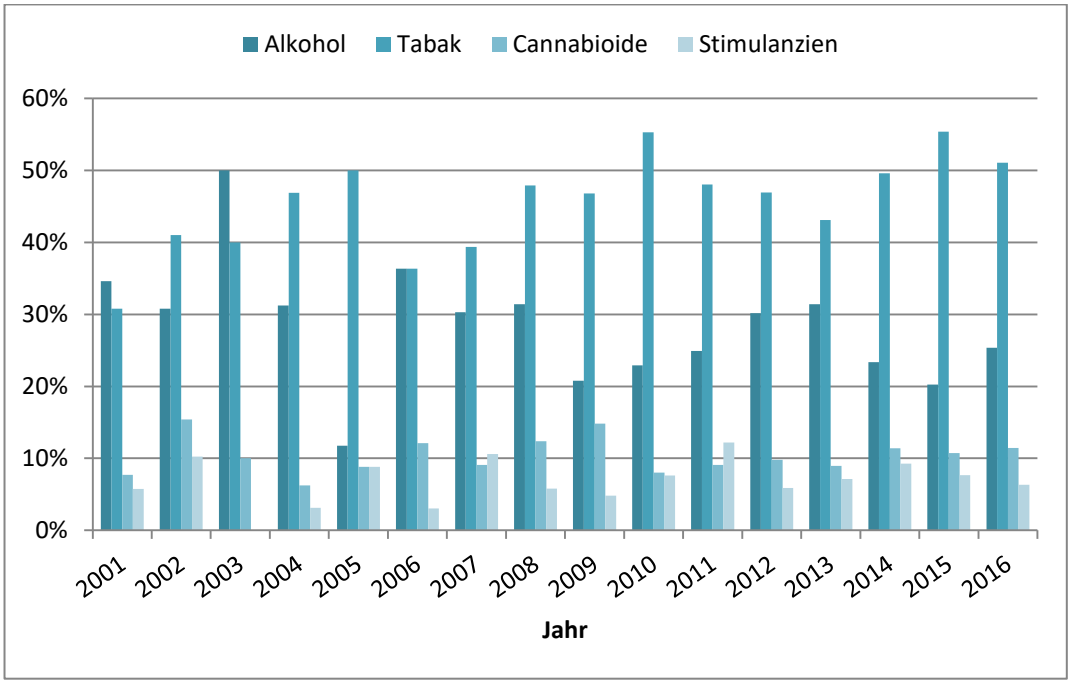


Abbildung 10: Zusätzliche substanzbezogene Diagnosen: Alkohol, Tabak, Cannabinoide, Stimulanzien (2001-2016)

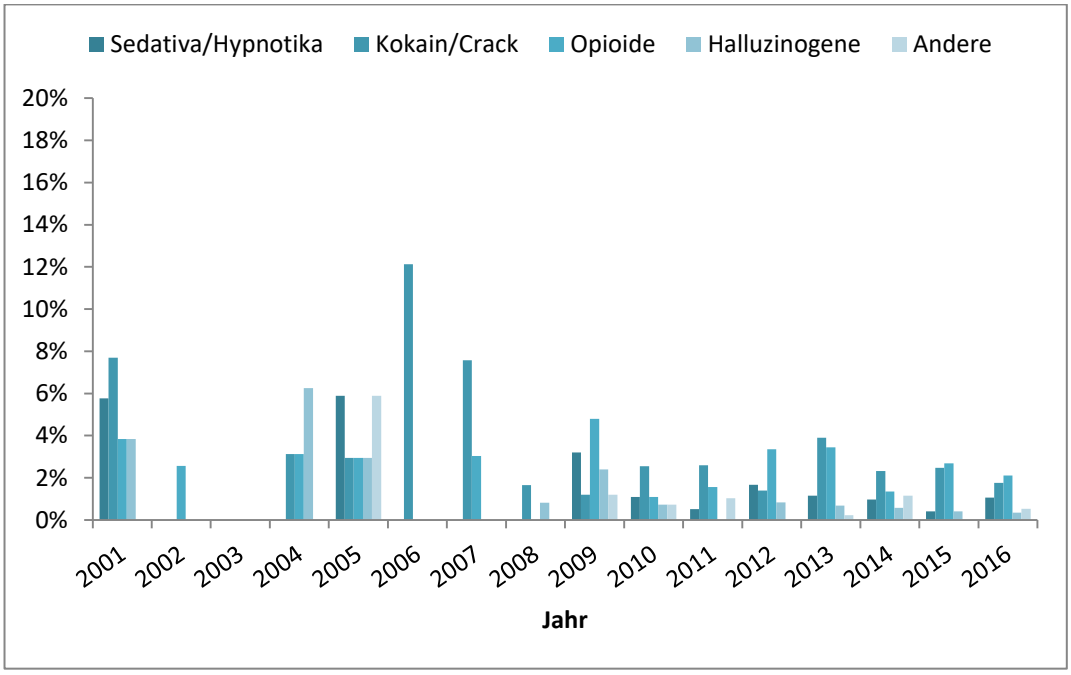


Abbildung 11: Zusätzliche substanzbezogene Diagnosen: Sedativa/Hypnotika, Kokain/Crack, Opioide, Halluzinogene, andere Substanzen (2001-2016)

## 4. Zusammenfassung und Bewertung

Die Zahl der sich an der DSHS beteiligenden Einrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG ist bis 2016 (n=55) im Vergleich zu 2001 (n=24) deutlich angestiegen. Dieser Zuwachs ist insbesondere seit 2008 zu beobachten, d. h. dem Jahr der Implementierung der Landesstelle Glücksspielsucht. Zudem haben sich mit aktuell 25 Fällen je Einrichtung die Fallzahlen von Personen, die wegen Glücksspielproblemen beraten und behandelt wurden, seit 2001 versechsfacht. Die durchschnittliche Kontaktzahl je Betreuungsfall blieb dabei relativ konstant. Sie lag im Beobachtungszeitraum zwischen 8 und 14 Sitzungen, wobei in einzelnen Betreuungsfällen eine deutlich höhere Anzahl an Kontakten stattgefunden hat. Der augenscheinliche Einbruch der Kontaktzahlen im Jahr 2009 ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass seit diesem Jahr wesentlich mehr Personen vorstellig wurden und darunter vermutlich auch Personen waren, die sich in kurzen Beratungskontakten nur informieren wollten und/oder für eine längerfristige Beratung nicht motiviert waren. Vor diesem Hintergrund ist die Zunahme und Konstanz der durchschnittlichen Kontaktzahlen seit 2009 sehr positiv zu bewerten. Mög-

licherweise spiegelt sie wider, dass die Erfahrungen der Einrichtungen mit Personen mit Glücksspielproblemen sowie entsprechende Fortbildungsangebote dazu geführt haben, dass mehr Motivationsarbeit stattfand und Klientinnen und Klienten länger in Beratung gehalten werden können.

Die Klientel hat sich über die Jahre hinsichtlich ihrer soziodemographischer Merkmale nicht verändert: Die Mehrheit der Klientel war männlich, etwa Mitte 30 und hatte die deutsche Staatsbürgerschaft; ungefähr die Hälfte der Klientel war ledig. Der Großteil hatte einen niedrigen Bildungsabschluss und befand sich in einer regulären Erwerbssituation. Die Verteilung der substanzbezogenen Diagnosen unter den Klientinnen und Klienten mit einer Hauptdiagnose pathologisches Spielen und einer substanzbezogenen Zusatzdiagnose veränderte sich über die Jahre kaum. Die häufigsten Substanzstörungen waren Tabak- und Alkoholabhängigkeit.

Insgesamt ist es als überaus positiver Trend zu werten, dass mehr Personen mit Glücksspielproblemen Hilfe suchen. Offenbar haben Medienkampagnen und weitere Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit für die Thematik sensibilisiert und den Bekanntheitsgrad von Beratungs- und Behandlungsangeboten sowie die Bereitschaft erhöht, diese in Anspruch zu nehmen. Die Klientencharakteristika blieben weitgehend unverändert, was darauf schließen lässt, dass zwar mehr Glücksspielerinnen und Glücksspieler, insgesamt aber ein ähnlicher Personenkreis erreicht wurde. Es besteht demnach Ausbaubedarf hinsichtlich der Erreichung anderer Personengruppen, die von Glücksspielproblemen betroffen sind. Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass Frauen einen nicht zu vernachlässigenden Anteil an Personen mit Glücksspielproblemen darstellen, aber Behandlungsangebote deutlich weniger in Anspruch nehmen als Männer (Martins et al., 2002; AC Nielsen, 2007). Es stellt sich insbesondere die Frage, wie mehr Frauen mit Glücksspielproblemen motiviert werden können, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

## 5. Literatur

AC Nielsen (2007). *Prevalence of gambling and problem gambling in NSW - a community survey 2006*. Sydney: Department of the Arts, Sport, and Recreation.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Aufllage). Bern: Huber.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definition und Erläuterungen zum Gebrauch*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

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.