



Personen mit Glücksspielproblemen in der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Trends aus dem Kompetenznetzwerk 2001-2020

Andreas Bickl, Joana Daniel, Pia Wullinger, Johanna Loy, Larissa Schwarzkopf & Ludwig Kraus

1. Einleitung

Um Veränderungen abbilden und auf entsprechende Entwicklungen frühzeitig reagieren zu können, ist die Erfassung zentraler Merkmale von Klientinnen und Klienten des ambulanten Hilfesystems im zeitlichen Verlauf erforderlich. Eine wichtige Grundlage bietet hierfür die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS), die zentrale Charakteristika der Versorgung in ambulanten Suchthilfe- und stationären Rehabilitationseinrichtungen dokumentiert. Die Datenerhebung zu Einrichtungs- und Klientelmerkmalen findet jährlich in Form einer großzahligen Gelegenheitsstichprobe statt, welche auf einer Beteiligung von etwa 70% der ambulanten und etwa 60% der stationären Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland basiert. Sich beteiligende Einrichtungen erheben ihre Daten mit Hilfe einer zertifizierten Dokumentationssoftware nach den Vorgaben des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation in der Suchthilfe (KDS, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2021) und stellen diese Informationen in aggregierter Form zur Verfügung. Im Sinne eines Versorgungsmonitoring überwacht die DSHS die Entwicklung der Leistungen im Suchthilfesystem, um notwendige Anpassungsbedarfe frühzeitig erkennen zu können. Durch die standardisierte Datenerhebung anhand des KDS wird eine valide Dokumentation über die Beratung/Behandlung von Personen mit Substanzkonsumstörungen sowie verhaltensbezogenen Problemen (wie bspw. Glücksspielen) in der deutschen Suchthilfe gewährleistet.

Für Bayern ist durch die Gründung der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG) und deren „Kompetenznetzwerk Glücksspielsucht“, welches sich als stetig wachsendes Hilfsnetzwerk von Fachstellen und Suchthilfeeinrichtungen versteht, das Versorgungsangebot für Personen mit Glücksspielproblemen grundlegend verbessert worden. Auf Ebene der ambulanten Suchthilfe ist dies von besonderem



Belang, da ambulante Suchthilfeeinrichtungen häufig als erste Anlaufstellen für Betroffene dienen und ein breites Spektrum an Dienstleistungen anbieten (Bickl et al. 2021a).

Um Erkenntnisse über einen potentiellen Verbesserungsbedarf auf Landesebene zu gewinnen, setzt sich dieser Kurzbericht das Ziel, auf Basis von an der DSHS teilnehmenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG Erkenntnisse über die ambulante Versorgungsstruktur in Bayern abzuleiten. Im Speziellen werden Charakteristika von Personen mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen¹ in bayerischen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen im Zeitverlauf betrachtet.

Trenddaten über den Zeitraum von 2001 bis 2020 sollen Aufschluss über mögliche Veränderungen bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe, der Klientelcharakteristika und der Beratung von Personen mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen geben.

2. Methodik

Die Datenerhebung der DSHS wird seit 1998 auf Grundlage des KDS vorgenommen. Der KDS gilt in seiner aktuellen Form (KDS 3.0) seit 2017 und erfasst einrichtungsbezogene Angaben zu Einrichtungstyp, -angebot und -personal sowie klientelbezogene Daten zu Soziodemographie, Diagnosen, Beratungsmerkmalen und -ergebnissen. Bei den klientelbezogenen Daten handelt es sich um die Dokumentation der einzelnen Betreuungs-/Behandlungsfälle. Daten einzelner Personen, die mehrfach betreut wurden, gehen daher wiederholt in den Datensatz ein.

Die Diagnosestellung erfolgt gemäß den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; Dilling 2015). Bei Vorliegen mehrerer Störungen wird die behandlungsleitende Diagnose als Hauptdiagnose kodiert. Neben der Hauptdiagnose können mehrere suchtbezogene Einzeldiagnosen vergeben werden.

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

2.1. Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus an der DSHS teilnehmenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG² zusammen. Seit Gründung der LSG ist das Kompetenznetzwerk stetig gewachsen, sodass die Einrichtungszahl variiert. Ebenso nehmen Suchthilfeeinrichtungen nicht konstant an der DSHS teil. Somit schwankt die Anzahl der einbezogenen Einrichtungen zwischen 2001 und 2020 im Bereich von 21 bis 55 (Abbildung 1). In den letzten Jahren (2012 bis 2020) unterlag der Anteil der teilnehmenden Einrichtungen des Kompetenznetzwerks keinen großen Schwankungen mehr und belief sich auf durchschnittlich 77%. Im Jahr 2020 haben drei von vier Einrichtungen des Kompetenznetzwerks Daten an die DSHS übermittelt. Die Auswertung wurde auf Grundlage der vorliegenden Gelegenheitsstichprobe vorgenommen.

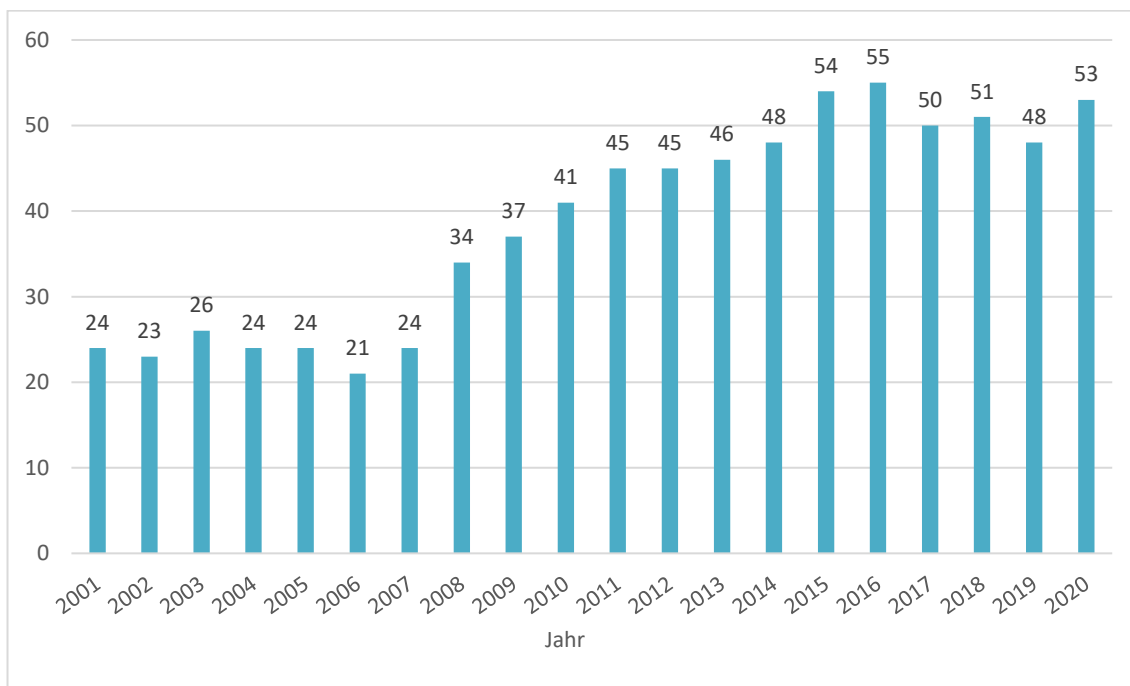


Abbildung 1: Anzahl an der DSHS teilnehmenden Einrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG (2001-2020)

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



2.2. Auswertung

Basierend auf den Daten der DSHS wurde ein Datensatz generiert, der die aggregierten Daten der Stichprobe für die Erhebungsjahre 2001 bis 2020 enthält. In den aggregierten Einrichtungsdaten sind jene Fälle mit Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ nach ICD-10 (F63.0) enthalten, die im Beobachtungsjahr begonnen (Zugänge) oder abgeschlossen (Beender) wurden. Als Fall wird jede Betreuung verstanden, die mindestens zwei Kontakte umfasst.

Soziodemographische und diagnostische Daten beziehen sich auf die Stichprobe der Zugänge. Der Beratungsverlauf (Kontaktzahl) referenziert auf die Bezugsgruppe der Beender. Da keine Individualdaten vorliegen, wurden zur Deskription entweder jahresweise Mittelwerte oder Prozentwerte (jeweils ohne Angabe der Unsicherheit) berechnet.

Die Berechnung der durchschnittlichen Anzahl von Fällen pro Einrichtung ermöglicht die Analyse zeitlicher Entwicklungen der Fallzahlen.

3. Ergebnisse

3.1. Fälle pro Einrichtung

In den Jahren 2001 bis 2006 wurden etwa vier bis fünf Fälle Pathologischen Spielens pro Einrichtung betreut (Abbildung 2). Seit 2007 ist ein Anstieg in den entsprechenden Fallzahlen zu verzeichnen. In den Jahren 2009 bis 2018 lagen mit 18 bis 27 Fällen pro Einrichtung deutlich höhere Fallzahlen vor. Seit dem Jahr 2019 sinken die Fallzahlen pro Einrichtung wieder. Die Gesamtzahl der betreuten Spielerinnen und Spieler folgt demselben Trend (Abbildung 3). Demnach wurden zwischen 2001 und 2006 zwischen 87 und 129 Klientinnen und Klienten betreut. Bis 2016 stieg diese Zahl kontinuierlich auf 1.380 Personen an, seit 2018 ist ein rückläufiger Trend mit aktuell (2020) 958 Fällen zu beobachten.

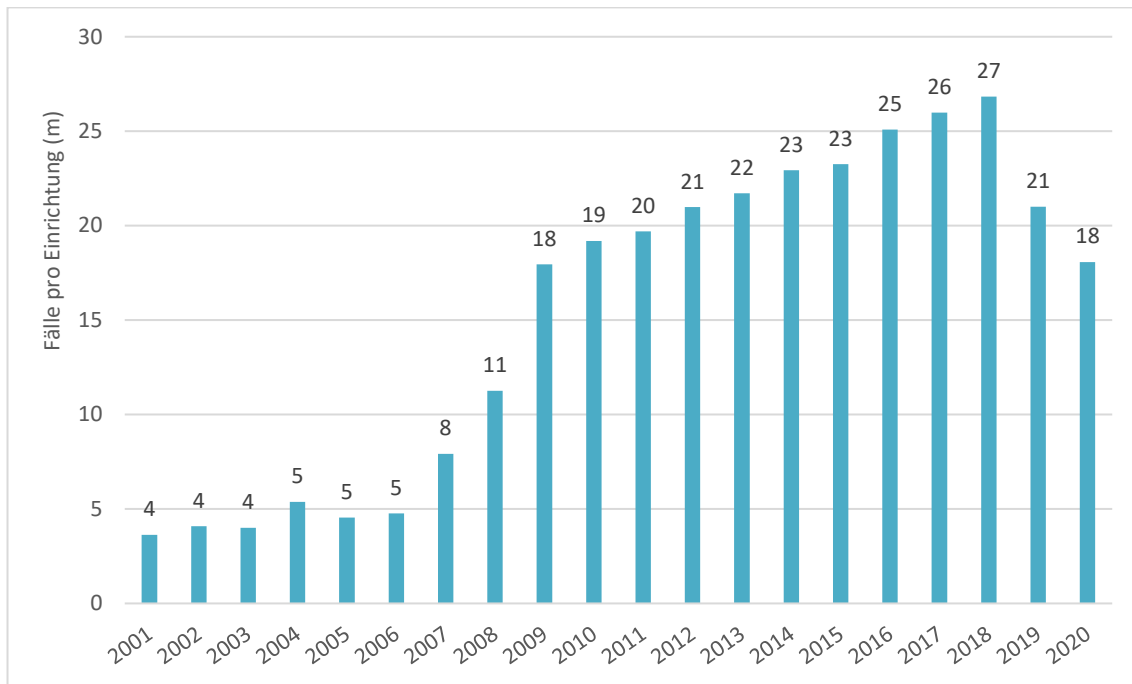


Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl der Fälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen pro Einrichtung des Kompetenznetzwerks (2001-2020)

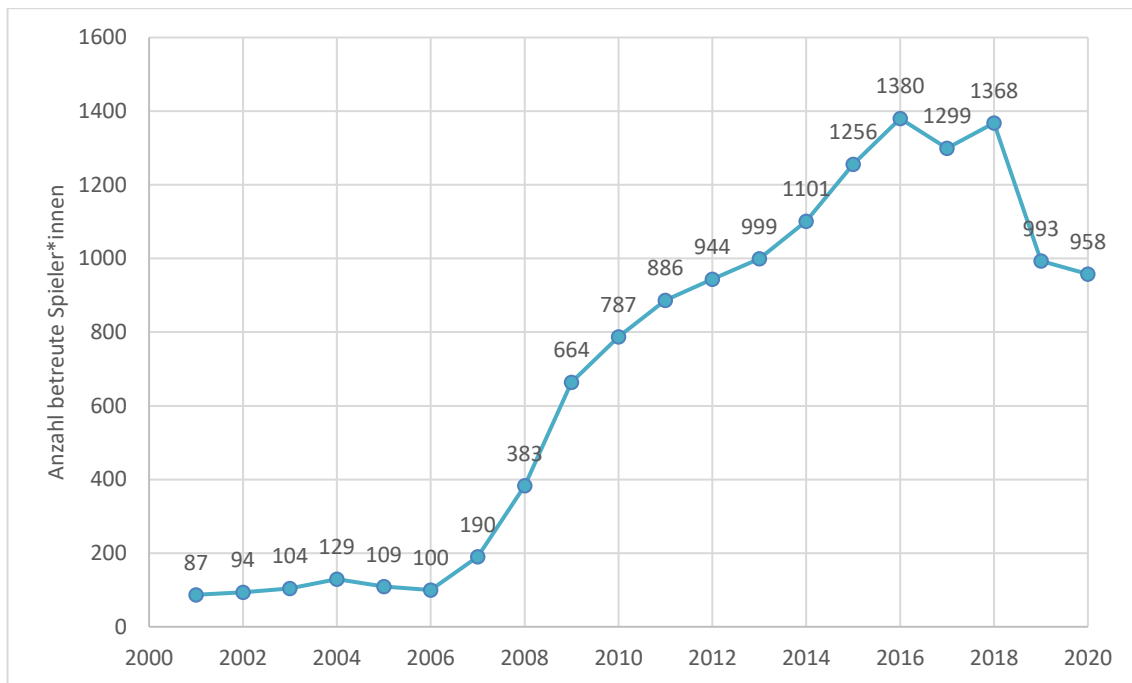


Abbildung 3: Gesamtzahl im Kompetenznetzwerk betreuter Klientinnen und Klienten (2001-2020)



3.2. Kontaktzahl

Die Anzahl der durchschnittlichen Kontakte je Betreuungsfall variierte im Beobachtungszeitraum zwischen 8 und 15 Sitzungen (Abbildung 4). Seit dem Jahr 2017 hat sich die durchschnittliche Kontaktzahl je Fall kontinuierlich erhöht, sodass im Jahr 2020 durchschnittlich 15 Kontakte je Betreuungsfall stattfanden.

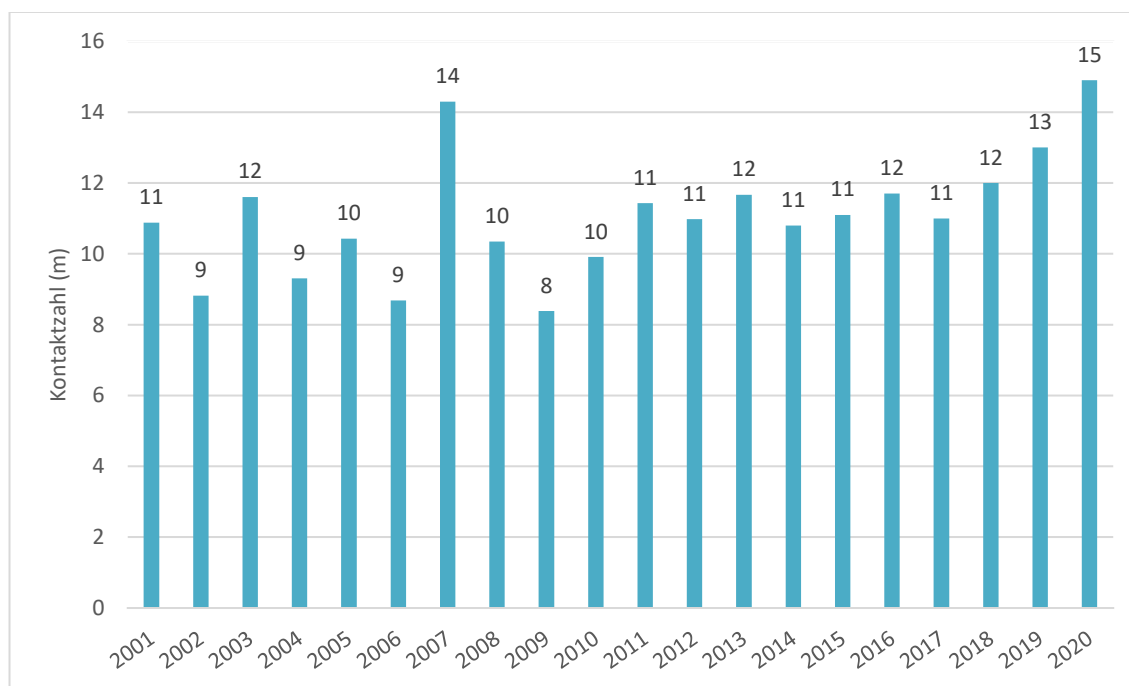


Abbildung 4: Durchschnittliche Kontaktzahl je Betreuungsfall (2001-2020)

3.3. Soziodemographische Merkmale

Alter und Geschlecht. Der Anteil der männlichen Klienten schwankte im Zeitverlauf zwischen 86% und 95%, ohne dass sich ein sich systematisch veränderndes Geschlechterverhältnis beobachten ließ (Abbildung 5). Im Zeitverlauf betrug das durchschnittliche Alter der Klientinnen und Klienten etwa 35 Jahre, wobei sich keine wesentlichen Schwankungen im Altersmittel ergaben (Abbildung 6).

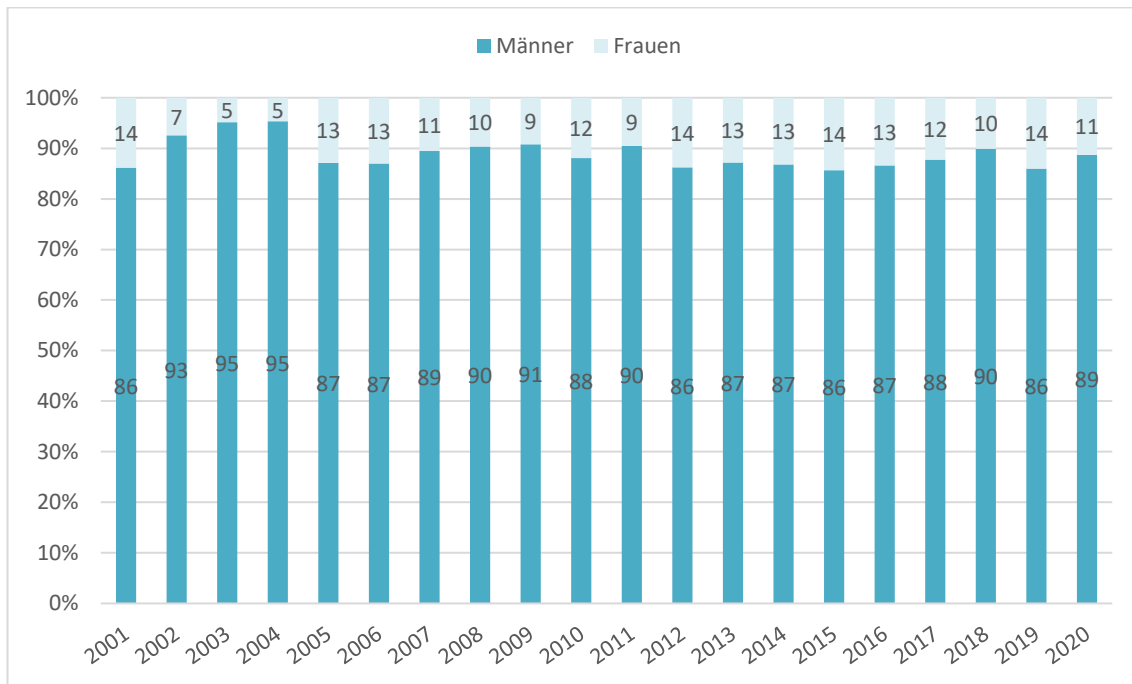


Abbildung 5: Geschlechtsverteilung der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2001-2020)

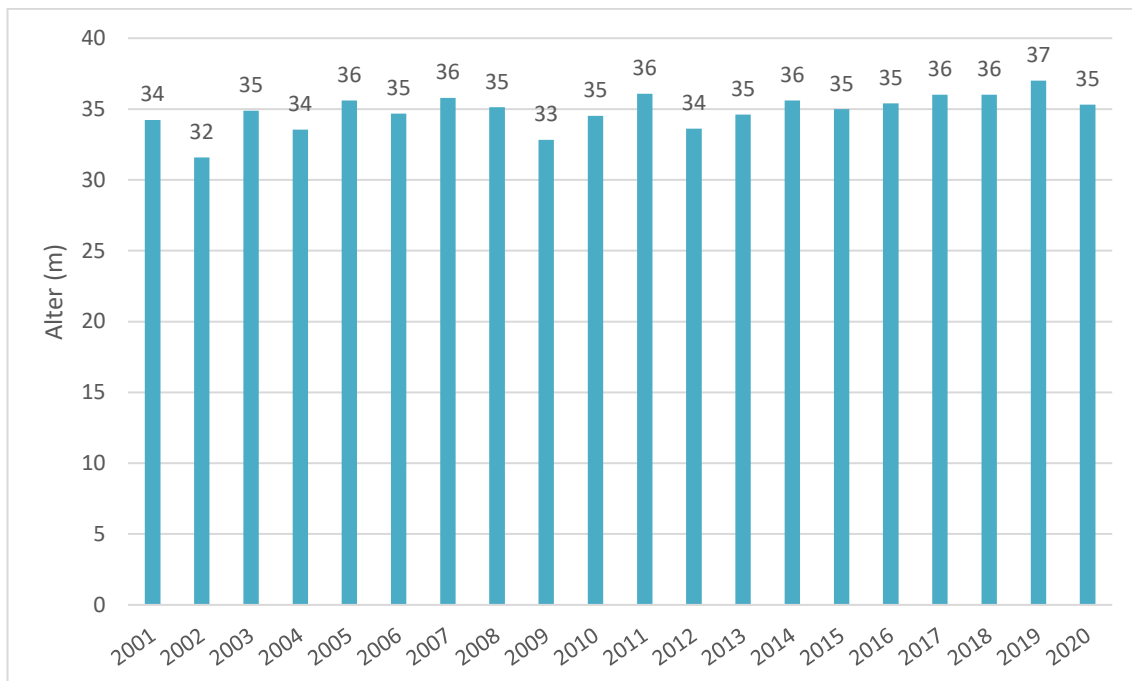
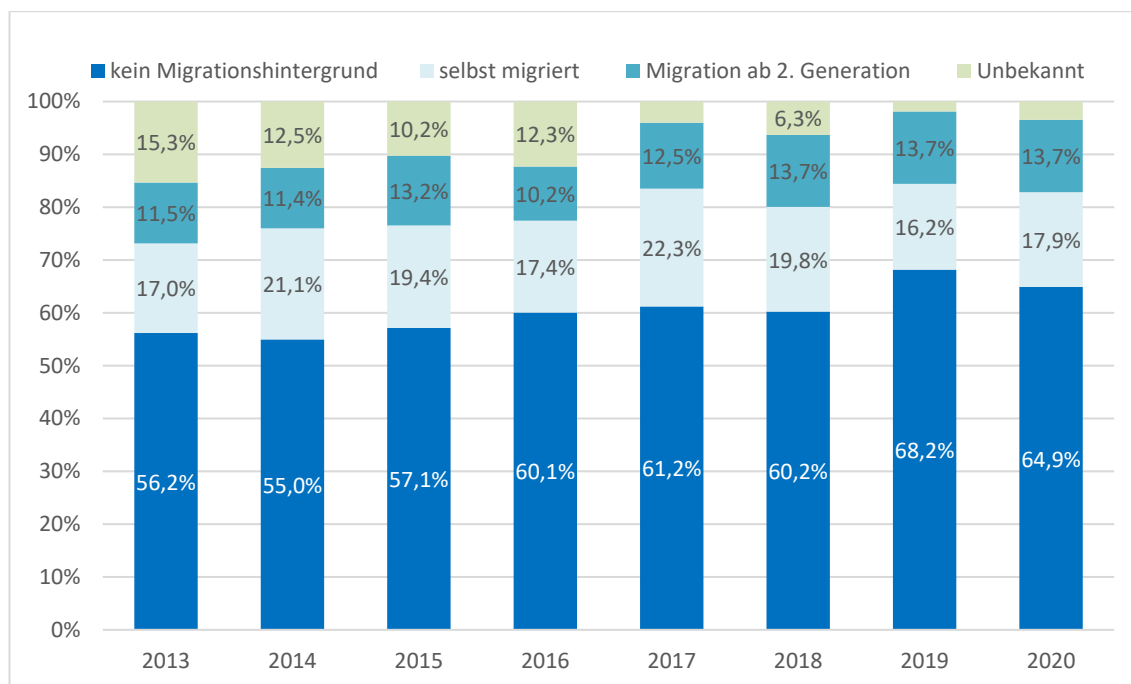


Abbildung 6: Durchschnittliches Alter der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2001-2020)

Migrationshintergrund. Seit 2013 ist der Anteil an Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund von 28,5% auf 31,6% gestiegen. Im Speziellen erhöhte sich der Anteil an selbst Migrierten sowie Migrierten der 2. und 3. Generation leicht von ca. 17% auf 22% bzw. von ca. 11% auf 14%. Parallel ist der Anteil an Klientel ohne Migrationshintergrund deutlich von 56% auf 65% angestiegen, wohingegen der Anteil an Klientel mit unbekanntem Migrationsstatus merklich abnahm. (Abbildung 7). Mit der Einführung des KDS 3.0 im Jahr 2017 sank der Anteil unter den Unbekannten nochmals stark von 12,3% auf unter 5% ein. Betrachtet man den Migrationsanteil in der Allgemeinbevölkerung Bayerns mit 26,5 % im Jahr 2020 (Statistisches Bundesamt, 2021), ist die Gruppe der Migrant*innen mit insgesamt 31,6% etwas stärker überrepräsentiert.



Da erst ab dem Jahr 2017 zwischen „Kind von Migrierten“ und „Migration in dritter Generation“ unterschieden wird, wurden die Fälle von Migration in zweiter Generation und dritter Generation zusammengefasst.

Abbildung 7: Verteilung des Migrationsstatus in der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2001-2020)

Partnerschaft. Der Anteil an in einer Partnerschaft lebenden Klientinnen und Klienten fiel von 74 % im Jahr 2001 auf 56 % im Jahr 2006, wobei sich für die Folgejahre eine Stabilisierung bei

ca. 50-55% einstellte. In den Jahren 2019 und 2020 stieg der Anteil der in Partnerschaft lebenden Klientel wieder leicht auf zuletzt (2020) 60% an (Abbildung 8).

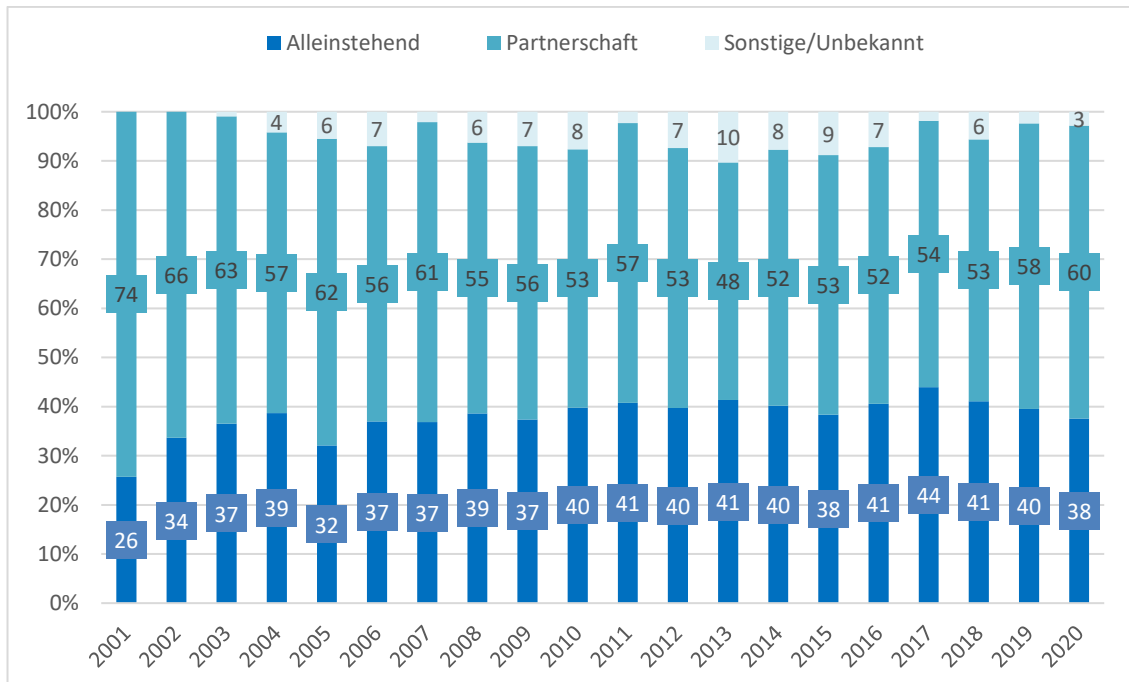
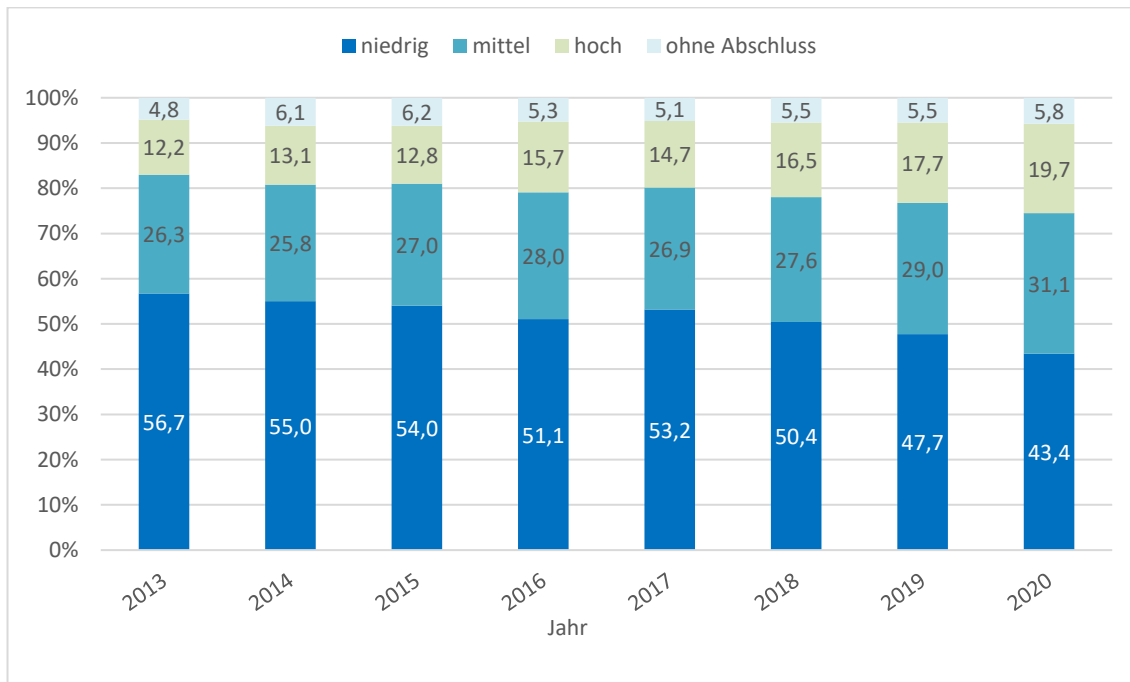


Abbildung 8: Verteilung der Partnerschaft der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2001-2020)

Schulische Bildung. Im betrachteten Zeitraum sank der Anteil an Klientel mit niedrigem Bildungsabschluss (Sonder- oder Haupt-/Volksschulabschluss) von 56,7 % im Jahr 2013 auf 43,4 % für das Jahr 2020. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil an Klientel mit mittlerem Bildungsabschluss um fast 20% (Realschulabschluss; 2013: 26,3 %; 2020: 31,1 %). Noch deutlicher stieg der Anteil an Klientel mit hoher Schulbildung (Fach-Hochschulreife/Abitur). Hier war ein Zuwachs von gut 60% zu verzeichnen (2013: 12,2 %, 2020: 19,7 %). Jedoch erhöhte sich auch der Anteil an Klient*innen ohne Abschluss um 20% (2013: 4,8 %, 2020: 5,8 %; Abbildung 9).



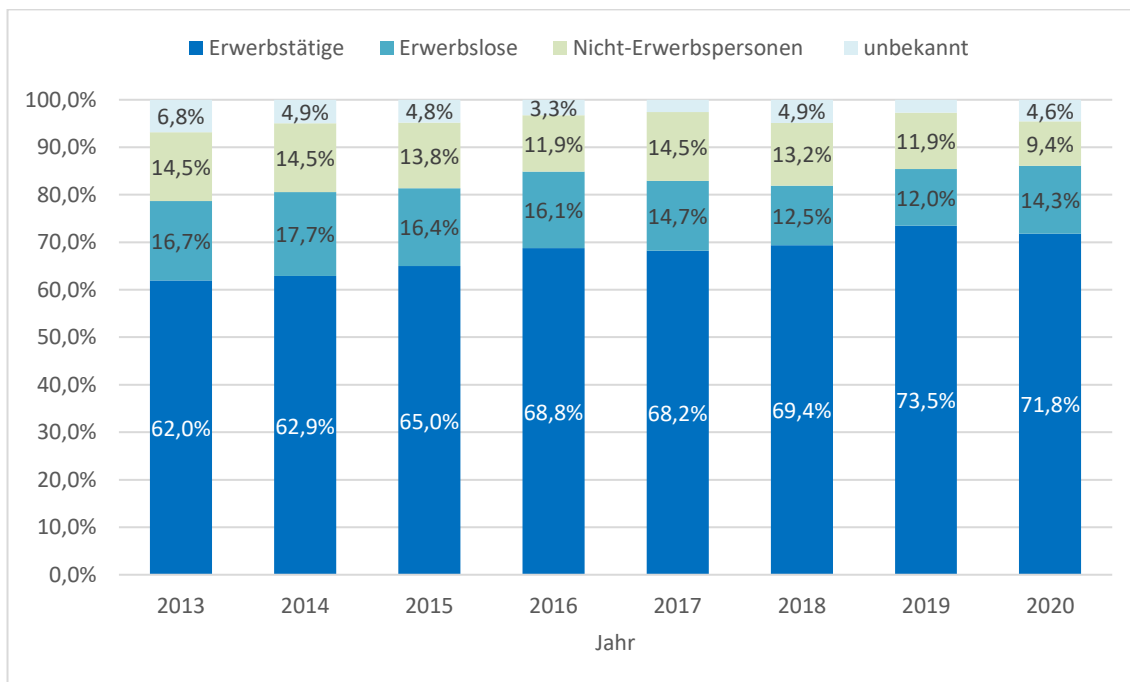
Im Zuge einer aktualisierten Darstellung des Schulabschlusses konnten lediglich die Daten ab dem Jahr 2013 berücksichtigt werden.

Abbildung 9: Verteilung des Bildungsabschlusses der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2013-2020)

Erwerbssituation: Zwischen 2013 und 2020 war die Mehrheit der Klientinnen und Klienten erwerbstätig³ (2013: 62 %, 2020: 72 %). Der Anteil an Arbeitslosen (Arbeitslosengeld (ALGI), ALGII) belief sich zwischen 2013 und 2016 stabil auf ca. 16 %. Von 2017 bis 2020 kam es zu einem leichten Rückgang an arbeitsloser Klientel auf 14%. Der Anteil an Nicht-Erwerbspersonen⁴ blieb bis 2018 auf dem gleichen Niveau von ca. 13% und sank in den letzten beiden Beobachtungsjahren um knapp 30% (2018: 13,2 %, 2020: 9,4 %; Abbildung 10).

³ Auszubildende, Arbeiter/Angestellte/Beamte, Selbstständige/Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen

⁴ Schüler*innen/Student*innen, Rentner*innen, Hausfrau/Hausmann, sonst. Nicht-Erwerbspersonen ohne SGB-Bezug, sonstige Erwerbslose mit SGB-Bezug



Im Zuge einer aktualisierten Darstellung der Erwerbssituation konnten lediglich die Daten ab dem Jahr 2013 berücksichtigt werden.

Abbildung 10: Verteilung der Erwerbssituation der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2013-2020)

3.4. Substanzgebrauchsstörungen

Die Prävalenz substanzbezogener Zusatzdiagnosen bei der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen lag im Untersuchungszeitraum in der Regel unter 10%. Dabei waren Diagnosen hinsichtlich einer begleitenden Tabak- bzw. Alkoholproblematik am häufigsten (31% bis 55% bzw. 12% bis 50%; Abbildung 10). Eine zusätzliche Cannabisproblematik wurde konstant bei ungefähr einem Achtel der Klientinnen und Klienten diagnostiziert. Eine Zusatzdiagnose für weitere illegale Substanzen (Opiode, Kokain, Halluzinogene, Stimulanzen etc.) wurde von 2001 bis 2007 im Bereich von 8% bis 29% festgestellt, bevor sich ab 2008 die Anteile bei etwa 14% stabilisierten (Abbildung 11).

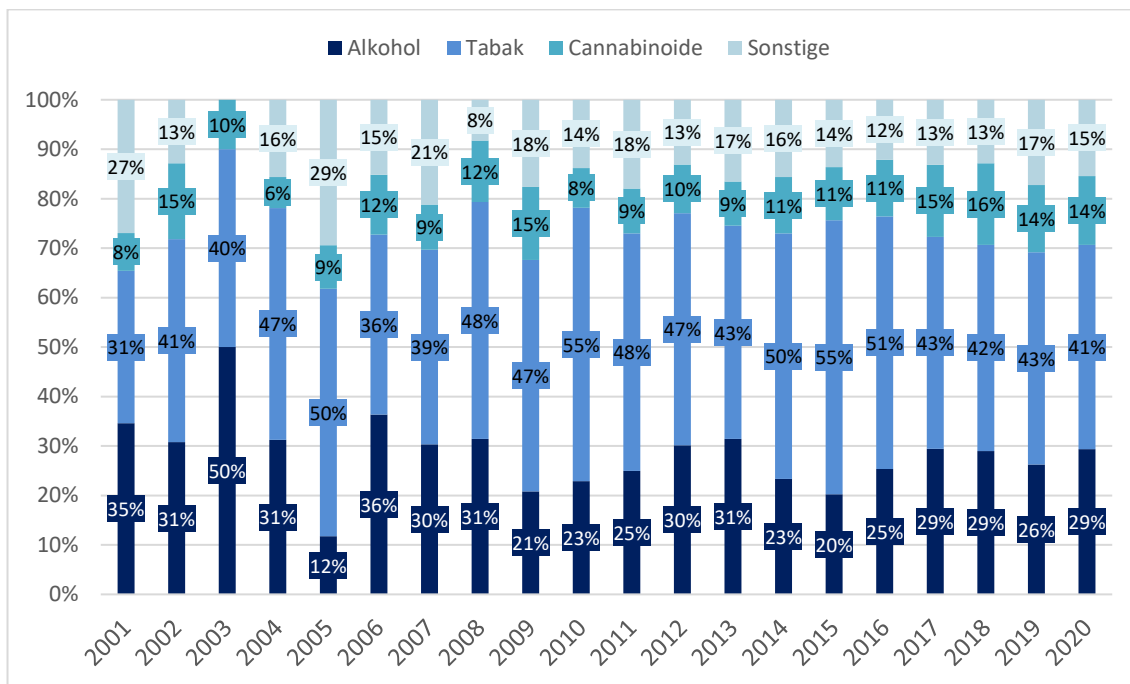


Abbildung 11: Substanzbezogene Zusatzdiagnosen: Alkohol, Tabak, Cannabinoide, Sonstige (2001-2020)

4. Zusammenfassung und Bewertung

Die Zahl der sich an der DSHS beteiligenden Einrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG ist von 2001 (n=24) bis zum Jahr 2020 (n=53) relativ konstant gestiegen. Ein Zuwachs ist insbesondere seit der Implementierung der Landesstelle Glücksspielsucht im Jahr 2008 zu beobachten. Zudem hat sich mit aktuell 18 Fällen je Einrichtung die Fallzahl wegen Glücksspielproblemen beratener und behandelter Personen seit 2001 nahezu verfünffacht. An dieser Stelle sei zu erwähnen, dass die Einführung des KDS 3.0 im Jahr 2017 zu einer erheblichen Reduzierung der Kategorie „unbekannt“ in den verschiedenen Variablen geführt hat (z.B. unbekannt bei Migrationshintergrund 2016: 12,3%, 2017:4%, vgl. Abbildung 7). Dies erschwert die Interpretation von sich abzeichnenden Trends, da man nur mutmaßen kann, ob sich diese auf tatsächliche Veränderungen oder lediglich auf eine verbesserte Dokumentation zurückführen lassen.



Die durchschnittliche Kontaktzahl je Betreuungsfall hat sich seit 2009 jedoch fast verdoppelt. Sie lag im Beobachtungszeitraum zwischen 8 und 15 Sitzungen, wobei in einzelnen Betreuungsfällen eine deutlich höhere Anzahl an Kontakten stattgefunden hat. Vor diesem Hintergrund ist die Zunahme der durchschnittlichen Kontaktzahlen seit 2009 sehr positiv zu bewerten. Entsprechende Fortbildungsangebote könnten zu vermehrter Motivationsarbeit und Bindung von Klientinnen und Klienten an die Beratung geführt haben.

Die Klientel hat sich über die Jahre hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale kaum verändert. Die Mehrheit der Klientel war männlich, im Durchschnitt Mitte dreißig, besaß die deutsche Staatsbürgerschaft und befand sich in einer Partnerschaft. Der Großteil verfügte über eine niedrige Schulbildung, wobei dieser Anteil im Beobachtungszeitraum kontinuierlich rückläufig war. Zudem befanden sich die meisten Klientinnen und Klienten in einer regulären Erwerbssituation. Die Verteilung der substanzbezogenen Zusatzdiagnosen unter der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen fiel über die Jahre konstant aus. Als häufigste zusätzliche Substanzgebrauchsstörungen traten Tabak- und Alkoholprobleme auf.

Insgesamt ist es als positiv zu werten, dass eine größere Anzahl an Personen mit Glücksspielproblemen Hilfe gesucht hat. Medienkampagnen und weitere Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit könnten Betroffene sensibilisiert und den Bekanntheitsgrad von Beratungs- und Behandlungsangeboten sowie die Bereitschaft zur Inanspruchnahme dieser Hilfen erhöht haben. Da keine Hinweise auf eine Zunahme der Prävalenz von Personen mit pathologischem Spielen für Bayern vorliegen (Bickl et al., 2021b), ist von einem gestiegenen Erreichungsgrad bei den Betroffenen auszugehen.

Die Klientelcharakteristika blieben weitgehend unverändert, was darauf schließen lässt, dass ein ähnlicher Personenkreis erreicht wurde. Es besteht demnach Optimierungsbedarf hinsichtlich der Erreichung anderer Personengruppen, die von Glücksspielproblemen betroffen sind. So stellen beispielsweise Frauen einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der Personen mit Glücksspielproblemen dar, scheinen aber Behandlungsangebote deutlich seltener als Männer in Anspruch zu nehmen (Martins et al., 2002; AC Nielsen, 2007). Um die Inanspruchnahme von Hilfe



durch Frauen mit Glücksspielproblemen zu erhöhen, erscheinen gezielt ausgerichtete Versorgungsangebote erforderlich.



5. Literatur

Bickl, A., Daniel, J., Loy, J., Schwarzkopf, L. & Kraus, L. (2021a). *Schätzung der Anzahl der Personen mit problematischem oder pathologischem Glückspielverhalten in Bayern*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Bickl, A. M., Schwarzkopf, L., Loy, J. K., Grüne, B., Braun-Michl, B., Slecza, P., Örnberg, J. C., & Kraus, L. (2021b). Changes in gambling behaviour and related problems in clients seeking help in outpatient addiction care: Results from a 36-month follow-up study in Bavaria. *Journal of Behavioral Addictions*. 10 (3), 690-700.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2021). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. (3.0). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. (Stand: 01.01.2021). Hamm. Abgerufen von https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/methode/KDS/2021-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf [letzter Zugriff 07.12.2021].

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Auflage). Bern: Huber.

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.

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

Statistische Bundesamt (2021). Bevölkerung in Privathaushalten 2020 nach Migrationshintergrund. (Stand: 12.10.2021). Abgerufen von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-laender.html> [letzter Zugriff 07.12.2021].