



Personen mit Glücksspielproblemen in der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Trends aus dem Kompetenznetzwerk 2012-2021

Andreas Bickl, Joana Daniel, Johanna Loy & Larissa Schwarzkopf

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 u. a. ambulanten Suchthilfeeinrichtungen dokumentiert. Die Datenerhebung zu Einrichtungs- und Klientelmerkmalen findet jährlich in Form einer großzahligen Gelegenheitsstichprobe statt. 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 Versorgungsmonitorings beschreibt die DSHS den Status Quo und Trends bezüglich betreuter Klientel, in Anspruch genommener Leistungen und Betreuungsverlauf im Suchthilfesystem. Durch die standardisierte Datenerhebung mit Hilfe 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. In Bayern nahmen 2021 100 ambulante Suchthilfeeinrichtungen an der DSHS teil (Beteiligungsquote: 76,3 %).

Für Bayern ist durch die Gründung der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG) und deren „Kompetenznetzwerk Glücksspielsucht“, das sich als stetig wachsendes Hilfsnetzwerk von Fachstellen und Suchthilfeeinrichtungen versteht, das Versorgungsangebot für Personen mit Glücksspielproblemen grundlegend verbessert worden. Dies ist auf der Ebene der ambulanten Suchthilfe von besonderem Belang, da ambulante Suchthilfeeinrichtungen häufig als erste Anlaufstellen für Betroffene dienen und ein breites Spektrum an Dienstleistungen anbieten (Braun et al., 2013).



Um Anhaltspunkte für mögliche Anpassungsbedarfe auf Landesebene zu gewinnen, setzt sich dieser Kurzbericht das Ziel, das Versorgungsgeschehen im Kompetenznetzwerk Glücksspielsucht im Zeitverlauf zu charakterisieren. Trenddaten über den Zehnjahreszeitraum von 2012 bis 2021 sollen Aufschluss über mögliche Veränderungen bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe (Fälle pro Einrichtung und Kontaktzahl) und Klientelcharakteristika (Soziodemographie und substanzbezogene Zusatzdiagnosen) geben.

2. Methodik

2.1. Erhebungssystematik

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 Typ, Angebot und Personal sowie Klientelbezogene Daten zu Soziodemographie, Diagnosen, Betreuungsmerkmalen und -ergebnissen. Alle Daten werden Fall- und nicht personenbezogen erhoben, daher sind Personen, die innerhalb eines Jahres mehrfach betreut wurden, mehrfach – mit den jeweiligen Betreuungsepisoden – im Datensatz enthalten.

Für die Auswertungen werden Fälle berücksichtigt, die im Beobachtungsjahr begonnen („Zugänge“) oder abgeschlossen („Beender“) wurden und innerhalb derer mindestens zwei Kontakte mit der betreuenden Suchthilfeeinrichtung erfolgt sind. Soziodemographische und diagnostische Daten beziehen sich auf die Stichprobe der Zugänge. Der Betreuungsverlauf (Kontaktzahl) referenziert auf die Bezugsgruppe der Beender.

Die Diagnosestellung erfolgt gemäß den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; Dilling 2015). Hierbei wird immer die betreuungsleitende Diagnose als Hauptdiagnose dokumentiert. Ergänzend zur Hauptdiagnose können suchtbetonte Einzeldiagnosen vergeben werden, wenn zusätzlich weitere Substanzkonsumstörungen oder Verhaltenssuchte vorliegen.

Die Auswertungen dieses Berichts konzentrieren sich auf Fälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (ICD-10 F63.0¹) und lassen Betreuungsepisoden, in denen Pathologisches Spielen lediglich als Begleiterkrankung diagnostiziert wurde, ebenso außen vor, wie Fälle, in denen eine Glücksspielproblematik unterhalb der Diagnoseschwelle des ICD-10 vorliegt.

2.2. Datengrundlage

Die Datengrundlage umfasst die an der DSHS teilnehmenden ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Kompetenznetzwerks Glücksspielsucht. Für die Auswertungen wurde ein Datensatz erstellt, der die aggregierten Daten der jeweils an der DSHS teilnehmenden Einrichtungen des Kompetenznetzwerks der Jahre 2012 bis 2021 enthält.

Seit Gründung der LSG ist das Kompetenznetzwerk stetig gewachsen, sodass die Grundgesamtheit der Einrichtungen in den einzelnen Beobachtungsjahren variiert. Ebenso nehmen Einrichtungen des Kompetenznetzwerks mitunter nicht jedes Jahr an der DSHS teil. Bei der Bewertung der Teilnahmezahlen ist zudem zu bedenken, dass der KDS 3.0 das Zusammenlegen organisatorisch zusammengehöriger Einrichtungen ermöglicht, die dann jeweils einen gemeinsamen Datensatz liefern und als eine Einrichtung gezählt werden. Damit sinkt die Grundgesamtheit der potenziellen Teilnehmer. Somit lässt sich die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen ab 2017 nur eingeschränkt in Bezug zu den Vorjahren setzen.

Insgesamt schwankt die Anzahl der in die Analysen einbezogenen Einrichtungen zwischen 2012 und 2021 von 45 bis 55 Einrichtungen (Abbildung 1). Im Jahr 2021 haben drei von fünf Einrichtungen (60,0 %) des Kompetenznetzwerks² Daten an die DSHS übermittelt (Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern – 2022).

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.

² Eine Liste der Mitglieder des Kompetenznetzwerks der LSG ist auf der Homepage der LSG (<https://www.lsgbayern.de/beratung-und-behandlung/kompetenznetzwerk-gluecksspielsucht>) einsehbar. Die Angaben in diesem Bericht beziehen sich auf die gemeldeten ambulanten Suchthilfeeinrichtungen zum Stichtag 31.12.2021.

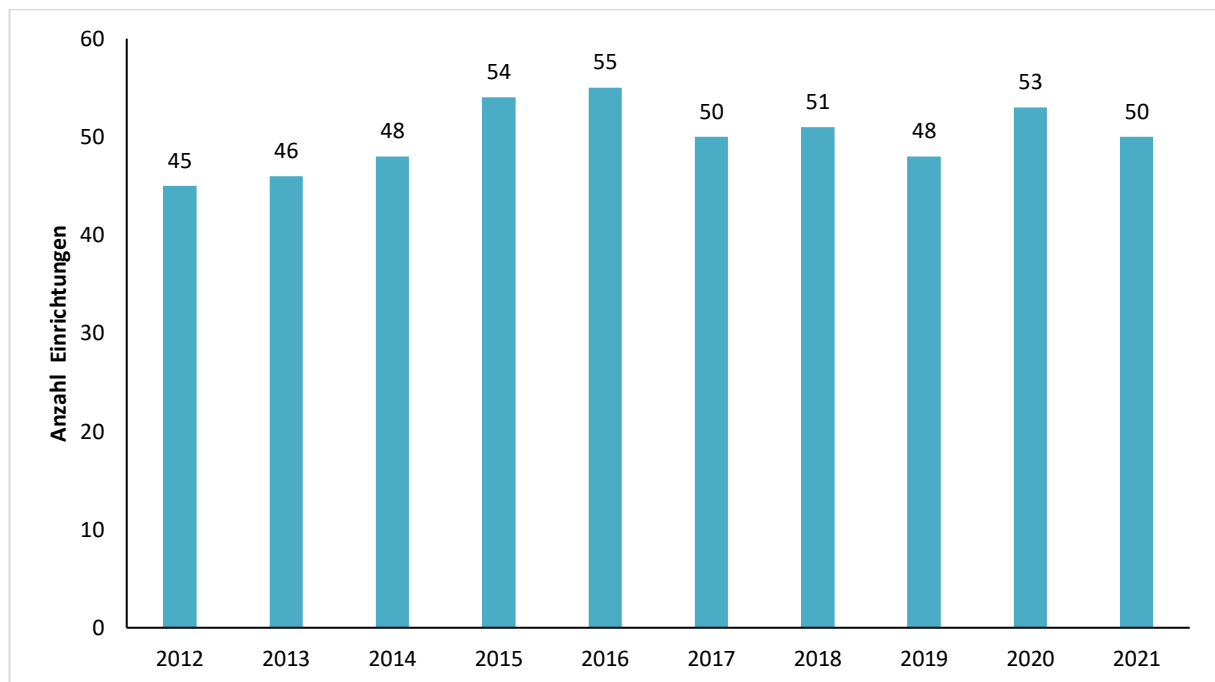


Abbildung 1: An der DSHS teilnehmende Einrichtungen des Kompetenznetzwerks der LSG (2012-2021)

2.3. Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgt in erster Linie deskriptiv. Hierbei erlaubt die aggregierte Datenstruktur der DSHS die Darstellung jahresweiser Mittel- oder Prozentwerte, welche im Falle von Anteilswerten durch Angaben zur Unsicherheit (95 %-Konfidenzintervalle) zwischen den Jahren 2012 und 2021 ergänzt wurden.

Die Auswertungen berücksichtigen die Zielgröße Fälle pro Einrichtung, die die Analyse zeitlicher Entwicklungen bei den Fallzahlen ermöglicht. Eine Analyse der Fallzahlen an sich erscheint aufgrund der schwankenden Zahl teilnehmender Einrichtungen nicht angebracht (siehe Kapitel 2.2). Als betreuungsbezogene Variable wird die durchschnittliche Kontaktzahl je Fall dargestellt, die die Intensität der Betreuung spiegelt. In Bezug auf klientelseitige Charakteristika werden ausgewählte soziodemographische Parameter (Alter, Geschlecht, Partnerschaftsstatus, Migrationshintergrund, Erwerbsstatus, Bildungsstand) sowie das Auftreten begleitender Substanzkonsumstörungen ausgewertet.

Bei der Interpretation der Anteilswerte ist zu berücksichtigen, dass alle Angaben durch Schwankungen im Prozentsatz der Fälle mit Status „unbekannt“ beeinflusst werden. Hierbei ist der Anteil an Fällen, in denen eine Variablenausprägung als „unbekannt“ dokumentiert wurde mit Einführung des KDS 3.0 tendenziell zurückgegangen. Insgesamt sind Anteilsangaben belastbarer, wenn der Anteil an Angaben mit Status „unbekannt“ niedrig ist. Dies unterstreicht einerseits die in den letzten Jahren zunehmend bessere Dokumentationsqualität, erschwert aber andererseits die Trendinterpretation.

3. Ergebnisse

3.1. Fälle pro Einrichtung

Die Anzahl der pro Einrichtung betreuten Fälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen ist von 2012 bis 2018 kontinuierlich gestiegen. Ausgehend von einer durchschnittlichen Zahl von 21,0 Fällen pro Einrichtung wurde 2018 ein Spitzenwert von 26,8 Fällen pro Einrichtung erreicht (Abbildung 2).

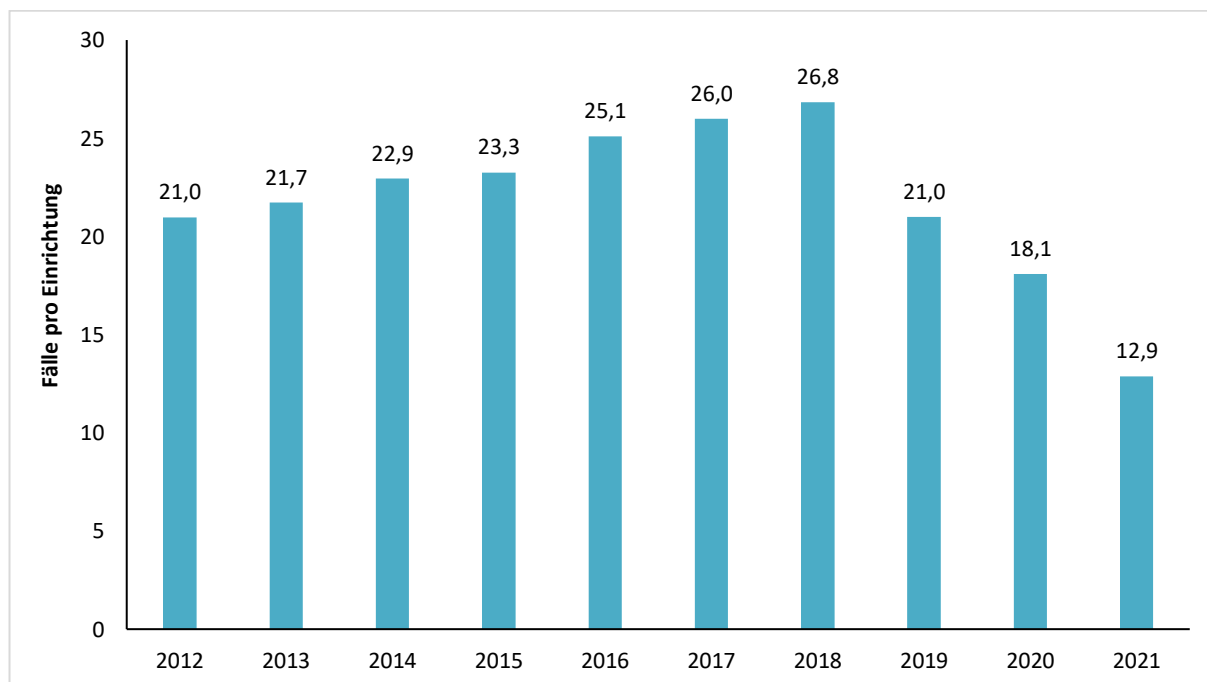


Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl der Fälle mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen pro Einrichtung des Kompetenznetzwerks (2012-2021)

In den drei folgenden Jahren sank die durchschnittliche Fallzahl pro Einrichtung jeweils erheblich und lag 2021 mit im Mittel 12,9 Fällen pro Einrichtung deutlich unter dem Ausgangswert. Hierbei ist zu bedenken, dass im Jahr 2017 die Umstellung vom KDS 2.0 auf den KDS 3.0 erfolgte, sodass die Entwicklung der Fallzahlen durch eine veränderte Erfassungsmethodik mitbeeinflusst sein kann.

3.2. Kontaktzahl

Die Anzahl der durchschnittlichen Kontakte je Betreuungsfall variierte im Beobachtungszeitraum zwischen 10,8 und 14,9 Sitzungen (Abbildung 3). Zwischen den Jahren 2012 bis 2018 schwankte die durchschnittliche Kontaktzahl je Fall zwischen 10,8 und 11,7 Kontakten. Von 2019 bis 2021 lag sie mit im Mittel 13,0 bis 14,9 Kontakten etwas höher.

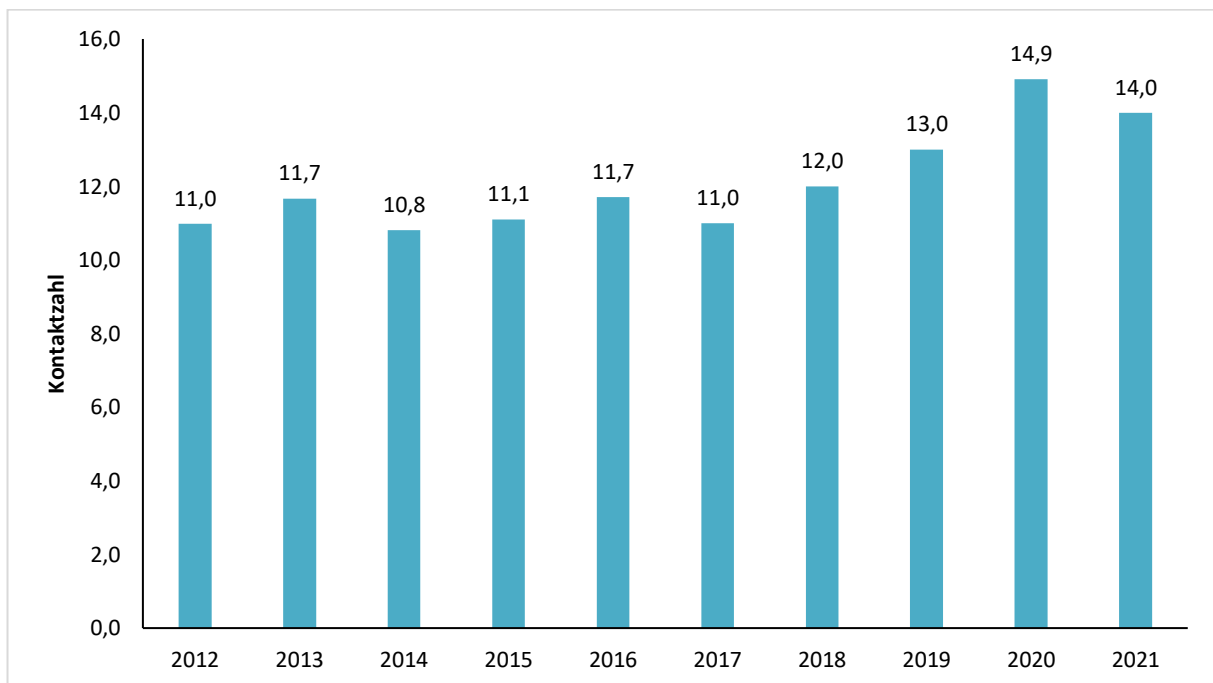


Abbildung 3: Durchschnittliche Kontaktzahl je Betreuungsfall (2012-2021)

3.3. Soziodemographische Merkmale

Alter und Geschlecht. Der Anteil an männlichen Klienten schwankte im Zeitverlauf zwischen 85,7 % und 89,9 %, ohne dass sich ein sich systematisch veränderndes Geschlechterverhältnis beobachten ließ (2012: 86,2 % [95 %-KI: 84,0 %; 88,4 %], 2021 [95 %-KI: 85,2 %; 90,3 %]; Abbildung 4).

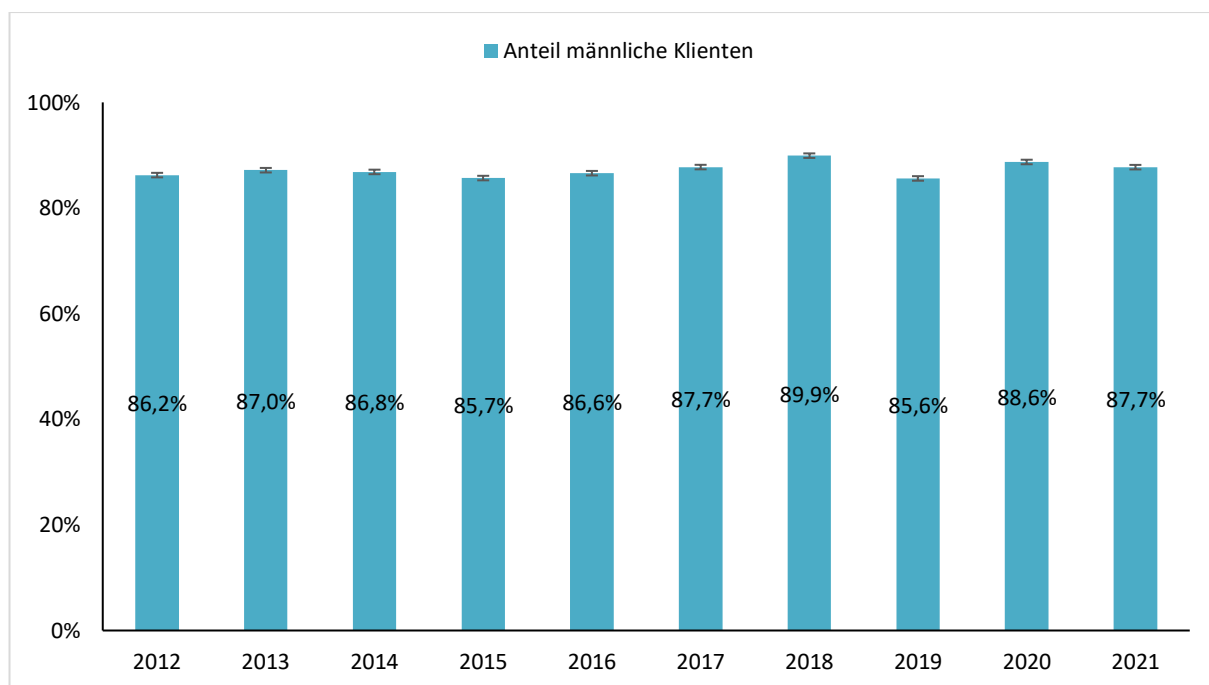


Abbildung 4: Männeranteil in der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2012-2021)

Das durchschnittliche Alter der Klientinnen und Klienten stieg zwischen 2012 und 2014 von 33,6 um zwei Jahre auf 35,6 Jahre an und lag anschließend ohne wesentliche Schwankungen stabil bei etwa 36 Jahren (Abbildung 5).

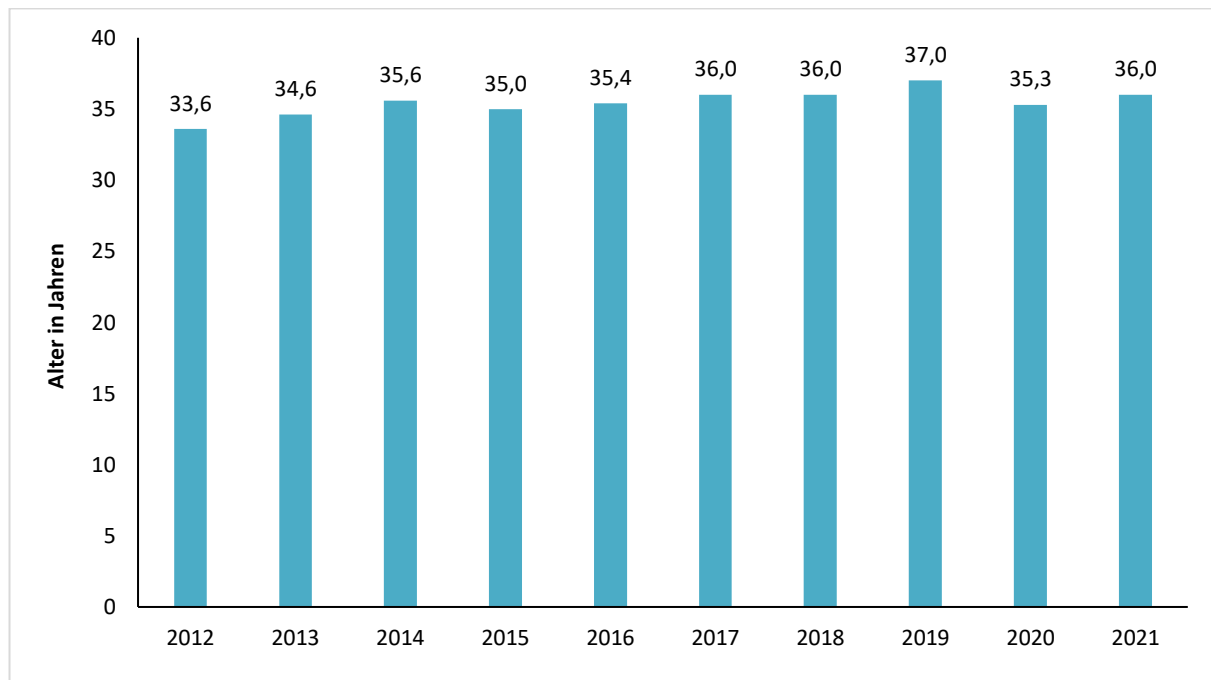
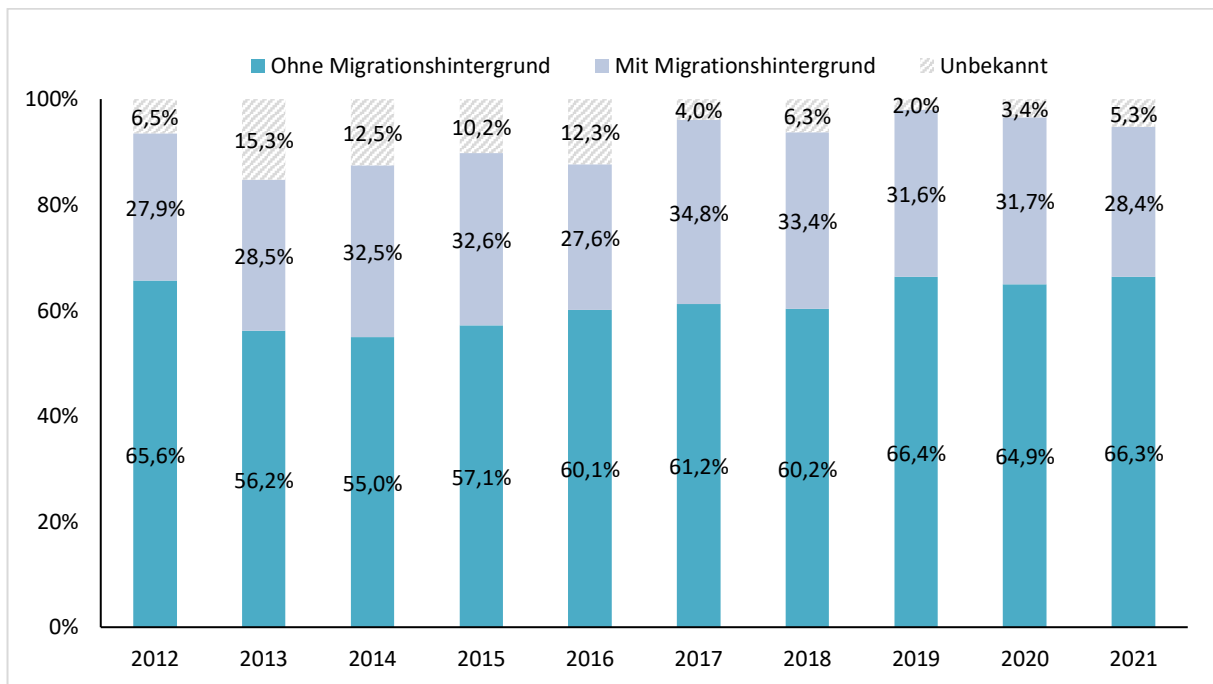


Abbildung 5: Durchschnittliches Alter der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2012-2021) in Jahren

Migrationshintergrund. Im Beobachtungszeitraum hatte die Mehrheit der betreuten Klientinnen und Klienten keinen Migrationshintergrund (Abbildung 6). Der entsprechende Anteilswert war 2012 (65,6 % [95 %-KI: 62,4 %; 68,7 %]) ähnlich hoch wie 2021 (66,3 % [95 %-KI: 62,7 %; 70,0 %]). Allerdings gab es von 2013 bis 2015 anteilmäßig weniger Fälle ohne Migrationshintergrund als 2012, ehe ab 2016 wieder ein vergleichbarer Anteil wie im Ausgangsjahr erreicht wurde. Der Anteil an Klientel mit Migrationshintergrund blieb von 2012 (27,9 % [95 %-KI: 24,9 %; 30,8 %]) bis 2021 (28,4 % [95 %-KI: 24,9 %; 31,9 %]) auf einem stabilen Niveau. Zudem wurde von 2013 bis 2016 signifikant häufiger ein unbekannter Migrationsstatus dokumentiert als 2012. 2019 und 2020 geschah dies wiederum signifikant seltener.



Anmerkungen. Migrationshintergrund umfasst hierbei Selbstmigierte (1. Generation) und (Enkel-)Kinder von migrierten Personen (2. bzw. 3. Generation).

Abbildung 6: Migrationsstatus in der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2012-2021)

Die in Einrichtungen des Kompetenznetzwerkes betreute Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen hatte 2021 mit 28,4 % ([95 %-KI: 24,9 %; 31,9 %]) ähnlich häufig einen Migrationshintergrund wie die bayerische Allgemeinbevölkerung. Hier lag der entsprechende Anteil 2021 bei 27,1 % (Statistisches Bundesamt, 2021).

Partnerschaft. Die betreute Klientel lebte im Beobachtungszeitraum mehrheitlich in einer festen Partnerschaft (Abbildung 7). Der entsprechende Anteil war 2012 mit 52,9 % ([95 %-KI: 49,7 %; 56,0 %]) ähnlich hoch wie 2021 mit 55,0 % ([95 %-KI: 51,1 %; 58,8 %]). Gleiches gilt für den Anteil an alleinstehender Klientel, der sich 2012 auf 39,7 % ([95 %-KI: 36,6 %; 42,8 %]) und 2021 auf 41,0 % ([95 %-KI: 37,2 %; 44,8 %]) belief. Der Anteil an Klientel mit unbekanntem Partnerschaftsstatus lag ab Einführung des KDS 3.0 im Jahr 2017 mit Ausnahme des Jahres 2018 signifikant unter dem Ausgangswert von 2012.

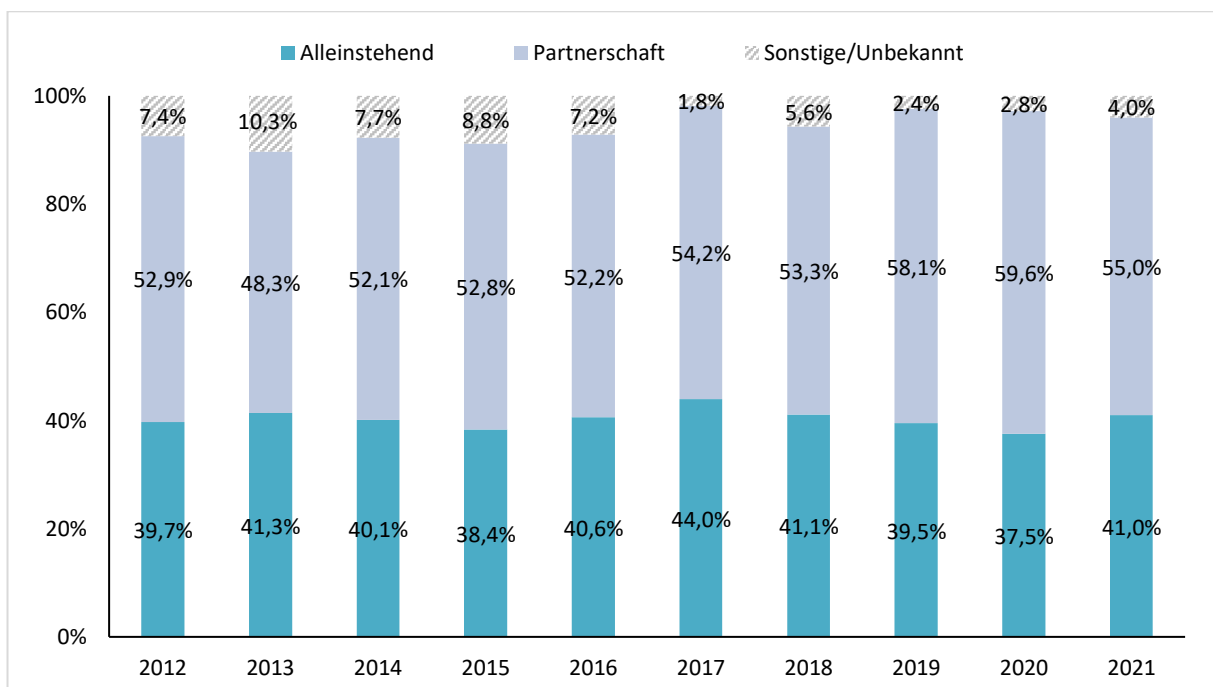
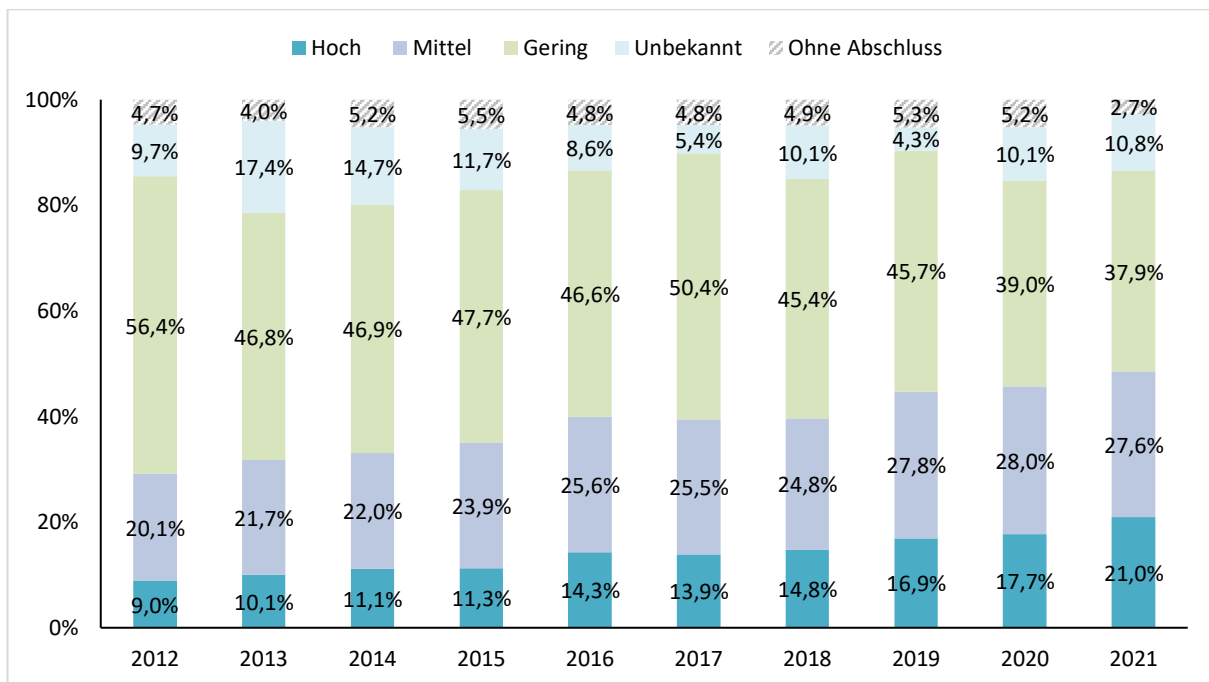


Abbildung 7: Partnerschaftsstatus der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2012-2021)



*Schulische Bildung*³. Im betrachteten Zeitraum sank der Anteil an Klientel mit Berufsbildungsreife (Sonder-, Volks-, Haupt- oder Mittelschule) kontinuierlich von beinahe drei von fünf Fällen 2012 (56,4 % [95 %-KI: 52,9 %; 59,9 %]) auf gut zwei von fünf Fällen 2021 (37,9 % [95 %-KI: 34,1 %; 41,7 %]; Abbildung 8). Hierbei war der entsprechende Anteil nur 2017 noch ähnlich hoch wie 2012 und in allen anderen Folgejahren jeweils signifikant niedriger. Parallel hat sich der Anteil an Klientel mit mittlerem Bildungsabschluss (Realschule, Polytechnische Oberschule) von einem Fünftel 2012 (20,1 % [95 %-KI: 17,3 %; 22,9 %]) auf gut ein Viertel 2021 erhöht (27,6 % [95 %-KI: 24,1 %; 31,1 %]). Hierbei sind ab 2019 signifikant höhere Anteilswerte als im Ausgangsjahr 2012 zu verzeichnen. Ein ebenfalls starker Zuwachs lässt sich in Bezug auf den Anteil an Klientel mit hoher Schulbildung beobachten: Der Anteil an Fällen mit (Fach-)Hochschulreife/Abitur hat sich von fast einem Zehntel im Jahr 2012 (9,0 % [95 %-KI: 7,0 %; 11,0 %]) bis 2021 auf gut ein Fünftel mehr als verdoppelt (21,0 % [95 %-KI: 17,8 %; 24,1 %]). Dabei lag der entsprechende Anteil ab 2016 signifikant über dem Ausgangswert. Im Jahr 2012 hatte etwa einer von 20 Fällen keinen Schulabschluss (4,7 % [95 %-KI: 3,3 %; 6,2 %]). 2021 lag dieser Wert mit 2,7 % ([95 %-KI: 1,4 %; 4,0 %]) ähnlich niedrig, wobei auch in dieser Kategorie kein systematischer Trend innerhalb des Beobachtungszeitraums zu erkennen war. Im Vergleich zum Jahr 2012 wurde in einzelnen Jahren häufiger bzw. seltener ein unbekannter Schulabschluss dokumentiert, ohne dass hier ein klarer Trend ersichtlich war.

³ Personen, die sich zum Erhebungszeitpunkt in Schulausbildung befanden, wurden ausgeschlossen. Sonstige Abschlüsse wurden aufgrund der vernachlässigbaren Fallzahl nicht berücksichtigt.



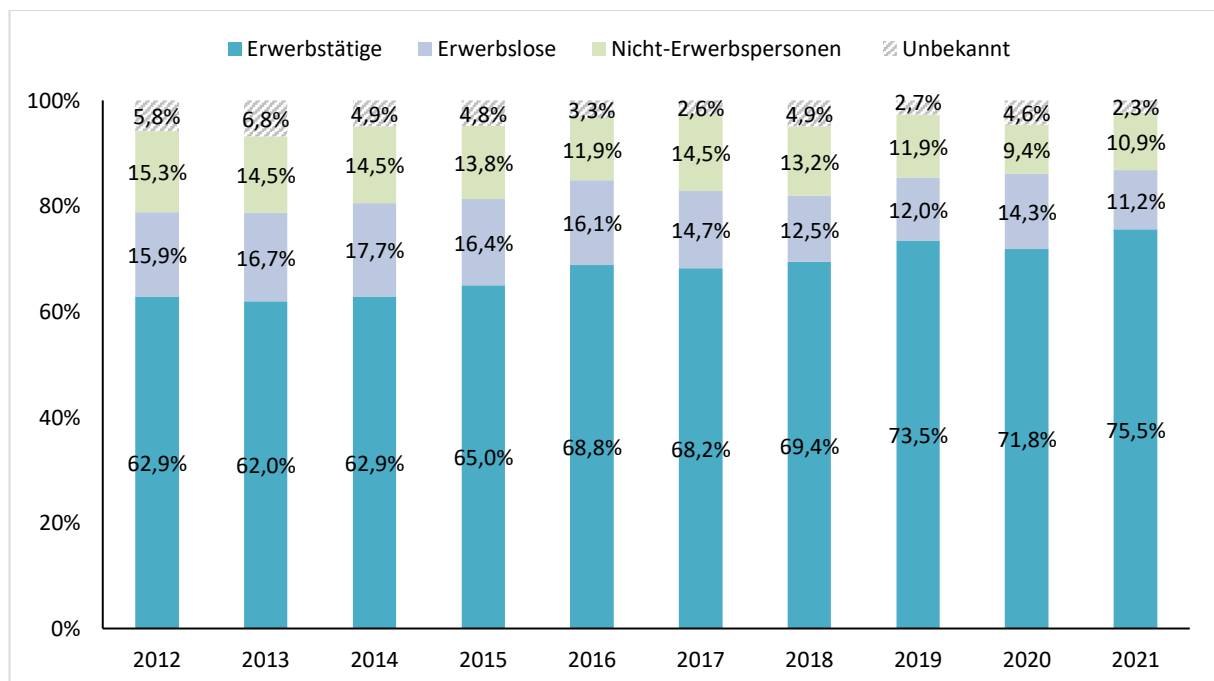
Anmerkungen. Hoch = (Fach-)Hochschulreife. Mittel = Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule. Gering (Berufsbildungsreife) = Hauptschul-/Volksschulabschluss /Sonderschulabschluss.

Abbildung 8: Bildungsabschlusses der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2012-2021)

Ein Vergleich der schulischen Bildung der betreuten Klientel im Jahr 2021 mit der schulischen Bildung der bayerischen Allgemeinbevölkerung im Jahr 2019 - dem derzeit aktuellen Berichtsjahr des Mikrozensus - zeichnet folgendes Bild (Statistisches Bundesamt, 2022)⁴: Im Kompetenznetzwerk betreute Spielerinnen und Spieler haben ähnlich häufig einen berufsbildenden Abschluss (37,9 % [95 %-KI: 34,1 %; 41,7 %]) wie die bayerische Allgemeinbevölkerung (39,0 %). Ein mittlerer Schulabschluss liegt in der Klientel (27,6 % [95 %-KI: 24,1 %; 31,1 %]) ebenfalls ähnlich häufig vor, wie auf Ebene der bayerischen Allgemeinbevölkerung (25,8 %), während ein hoher Schulabschluss deutlich seltener ist (21,0 % [95 %-KI: 17,8 %; 24,1 %]) als in der bayerischen Allgemeinbevölkerung (31,9 %). Der Anteil an Klientel ohne Schulabschluss im Kompetenznetzwerk (2,7% [95%-KI: 1,4% bis 4,0%]) ist vergleichbar mit dem entsprechenden Anteil innerhalb der bayerischen Allgemeinbevölkerung (2,9%).

⁴ Um eine vergleichbare Bezugsbasis zu erhalten, wurden Personen, die im Mikrozensus angaben, sich noch in Schulausbildung zu befinden bzw. einen sonstigen Schulabschluss zu besitzen ausgeschlossen. Vergleichsdaten abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Publikationen/Downloads-Bildungsstand/bildungsstand-bevoelkerung-5210002197004.pdf?__blob=publicationFile.

*Erwerbssituation*⁵: Zwischen 2012 und 2021 hat sich der Anteil an erwerbstätigen Klientinnen und Klienten schrittweise erhöht (Abbildung 9). Während zu Beginn des Beobachtungszeitraum gut drei Fünftel der Klientel erwerbstätig waren (2012: 62,9 % [95 %-KI: 59,8 %; 66,1 %]), galt dies am Ende des Beobachtungszeitraums für etwa drei Viertel (2021: 75,5 % [95 %-KI: 72,2 %; 78,9 %]), wobei der entsprechende Anteil ab 2018 signifikant über dem Ausgangswert lag. Arbeitslosigkeit (definiert als Bezug von Arbeitslosengeld (ALGI, ALGII) war 2012 mit 15,9 % ([95 %-KI: 13,5 %; 18,3 %]) ähnlich weit verbreitet wie 2021 mit 11,2 % ([95 %-KI: 8,8 %; 13,7 %]). Auch im gesamten Beobachtungszeitraum ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zum Ausgangsniveau. Der Anteil an Nicht-Erwerbspersonen unterschied sich 2012 mit 15,3 % ([95 %-KI: 13,0 %; 17,7 %]) nicht von dem 2021 beobachteten Wert von 10,9 % ([95 %-KI: 8,5 %; 13,3 %]) und lag auch im gesamten Beobachtungszeitraum auf einem ähnlichen Niveau. Letzteres gilt auch für den Anteil an Klientel mit unbekanntem Erwerbsstatus.



Anmerkungen. Erwerbstätige = Auszubildende / Arbeiter und Arbeiterinnen / Angestellte / Beamte / Selbstständige / Freiberufler / Sonstige Erwerbsperson / Elternzeit (längerfristig). Erwerbslose = Arbeitslos ALG I / Arbeitslos ALG II. Nicht Erwerbspersonen = Schüler und Schülerinnen / Rentner und Rentnerinnen / Hausmann u. Hausfrau / Nicht Erwerbspersonen ohne SGB-Bezug / Sonstige Erwerbslose mit SGB-Bezug.

Abbildung 9: Erwerbssituation der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (2012-2021)

⁵ Aufgrund der vernachlässigbaren Fallzahl wurden Personen in beruflicher Rehabilitation nicht eingeschlossen.

3.4. Substanzgebrauchsstörungen

Die Prävalenz mindestens einer substanzbezogenen Zusatzdiagnose lag bei der Klientel mit Hauptdiagnose Pathologisches Spielen 2012 (42,3 % [95 %-KI: 38,9 %; 45,6 %]) ähnlich hoch wie 2021 (42,4 % [95 %-KI: 38,3 %; 46,5 %]; Abbildung 10). Dabei gab es im Beobachtungszeitraum vereinzelt signifikante Abweichungen vom Ausgangswert in beide Richtungen. Bei Fällen mit begleitenden Substanzkonsumstörungen traten Tabak- bzw. Alkoholprobleme am häufigsten auf, wobei sich im gesamten Beobachtungszeitraum keine systematischen Unterschiede in der Auftrittshäufigkeit von Tabak (2012: 46,9 % [95 %-KI: 41,8 %; 52,1 %], 2021: 41,4 % [95 %-KI: 35,1 %; 47,6 %]) bzw. Alkoholproblemen (2012: 30,2 % [95 %-KI: 25,4 %; 34,9 %], 2021: 30,4 % [95 %-KI: 24,5 %; 36,2 %]) zeigten. Beim Anteil an Klientel mit zusätzlicher Cannabinoidproblematik ließ sich ebenfalls über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg keine systematische Veränderung beobachten (2012: 9,8 % [95 %-KI: 6,7 %; 12,9 %], 2021: 14,8 % [95 %-KI: 10,3 %; 19,3 %]). Dies gilt auch für die Anteile an Zusatzdiagnosen bezüglich weiterer illegaler Substanzen (Opiode, Kokain, Halluzinogene, Stimulanzen etc.). Der entsprechende Wert belief sich 2012 auf 13,1 % ([95 %-KI: 9,6 %; 16,6 %]) und 2021 auf 13,5 % ([95 %-KI: 9,2 %; 17,9 %]), ohne dass sich im Zeitverlauf systematische Trends ergaben.

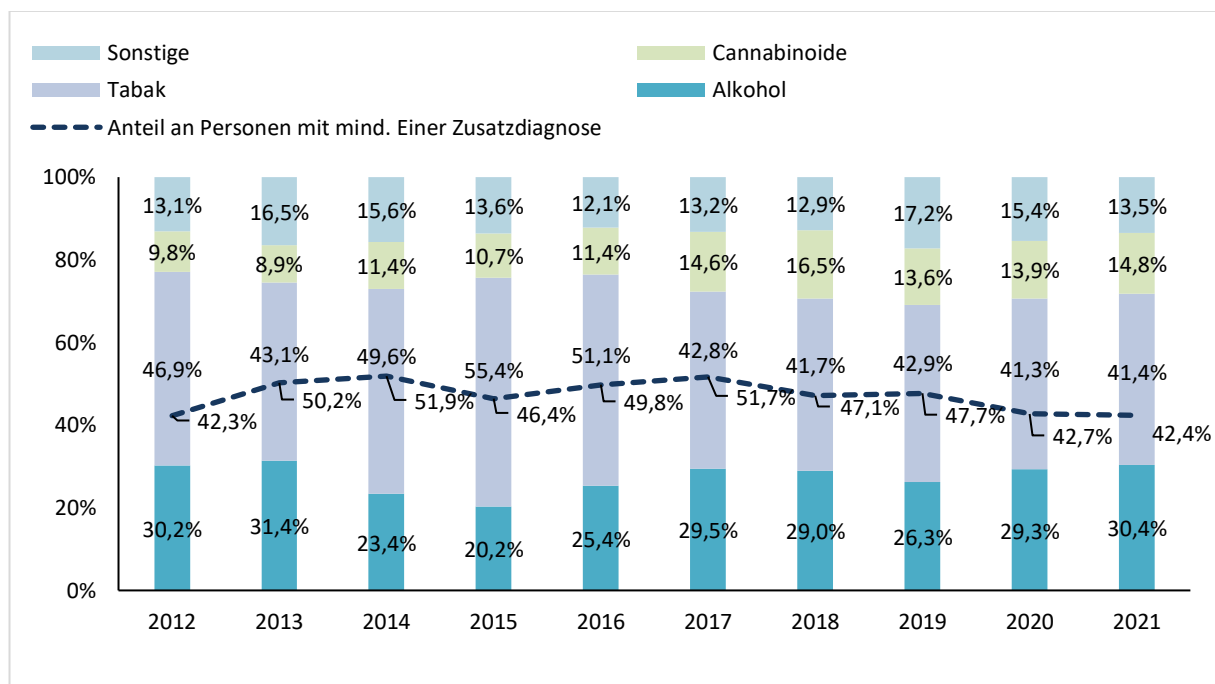


Abbildung 10: Substanzbezogene Zusatzdiagnosen: Alkohol, Tabak, Cannabinoide, Sonstige (2012-2021)



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 2021 (n = 50) gestiegen. Ein Zuwachs ist insbesondere seit der Implementierung der Landesstelle Glücksspielsucht im Jahr 2008 zu beobachten (Bickl et al., 2021b). Zudem hat sich die durchschnittliche Anzahl an Fällen mit Glücksspielproblematik je Einrichtung (aktuell 13 Fälle/Einrichtung) seit der Jahrtausendwende vervierfacht (Bickl et al., 2021b). In diesem Zusammenhang fällt allerdings auf, dass es nur bis 2018 zu einem Anstieg kam (27 Fälle/Einrichtung) und die Fallzahlen seitdem wieder deutlich gesunken sind.

Ein Erklärungsansatz ist die Einführung des KDS 3.0, in dem die Vergabe einer Hauptdiagnose nicht mehr verpflichtend erforderlich ist, sondern auch die Option besteht, lediglich eine Hauptspielform zu dokumentieren. Infolgedessen wurde bei weniger Fällen die Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ nach ICD-10 gestellt, ohne dass sich die Anzahl an Fällen mit einer glücksspielbezogenen Hauptspielform nennenswert reduziert hat. Ein weiterer Erklärungsansatz ist die COVID-19-Pandemie, die durch Einschränkungen des Beratungs- und Betreuungsangebots ebenfalls temporäre Rückgänge in den Jahren 2020 und 2021 begünstigt haben dürfte. Da sich grundsätzlich keine Hinweise auf eine rückläufige Prävalenz der Störung durch Glücksspielen für Bayern ergeben (Bickl et al., 2021a), sollte die Entwicklung der Fallzahlen kritisch weiterbeobachtet werden, um besser beurteilen zu können, ob sich hinter den rückläufigen Zahlen ein technisches Artefakt, eine akute pandemie-assoziierte Veränderung oder ein langfristig systematisch verändertes Verhalten in Bezug auf die Inanspruchnahme von Hilfe verbirgt.

Die durchschnittliche Kontaktzahl lag 2021 leicht über dem Ausgangswert von 2012, was mit einer intensiveren Betreuung gleichgesetzt werden kann. Hier könnte sich im Zuge der COVID-19-Pandemie, die mit einer (temporären) Umstellung der Kontaktaufnahme via Telefon und/oder digitaler Wege einherging, die ambulante Betreuung bei bestehenden Fällen erleichtert haben (Puhm & Schwarz, 2021; Weissinger, 2020). Entsprechende Fortbildungsangebote könnten ergänzend 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. Sie ist überwiegend männlich, im Durchschnitt Mitte dreißig, ohne Migrationshintergrund und befindet sich in einer festen Partnerschaft. Zudem ist die Mehrheit der Klientinnen und Klienten erwerbstätig, wobei Erwerbstätigkeit sogar noch an Bedeutung gewonnen hat. Obwohl die Anteilswerte rückläufig sind, bleibt eine niedrige Schulbildung nach wie vor weit verbreitet, während eine hohe Schulbildung im Vergleich zu den auf Bevölkerungsebene beobachteten Anteilswerten unterrepräsentiert ist (Statistisches Bundesamt, 2021). Der Anteil an Klientel mit substanzbezogenen Zusatzdiagnosen (überwiegend Tabak- bzw. Alkoholprobleme) liegt mit leichten Schwankungen bei etwa zwei von fünf Fällen. Offen bleibt, ob angesichts dieser nicht unerheblichen Prävalenzrate auch substanzbezogene Komorbiditäten fester Bestandteil der glücksspielbezogenen Beratung und Betreuung sein sollten.

Dass sich die Klientelcharakteristika seit 2012 kaum verändert haben, lässt darauf schließen, dass ein ähnlicher Personenkreis erreicht wurde. Es besteht demnach annahmegemäß Handlungsbedarf im Hinblick auf die 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 weniger 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. Auch die Tatsache, dass weniger Klientinnen und Klienten eine hohe Schulbildung haben als in der Allgemeinbevölkerung könnte darauf hindeuten, dass das bestehende Angebot insbesondere Spielerinnen und Spieler mit (Fach-)Abitur nicht vollauf erreicht oder anspricht.



5. Literatur

- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2023). Bayerns Schulen in Zahlen 2021/2022. Abgerufen von https://www.km.bayern.de/download/4051_Bayerns_Schulen_in_Zahlen_2021-2022_Onlineausgabe_KORRIGIERT_S-22.pdf [letzter Zugriff 14.02.2023].
- Bickl, A. M., Schwarzkopf, L., Loy, J. K., Grüne, B., Braun-Michl, B., Slecza, P., Örnberg, J. C. & Kraus, L. (2021a). 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.
- Bickl, A., Daniel, J., Wullinger, P., Loy, J., Schwarzkopf, L. & Kraus, L. (2021b). Personen mit Glücksspielproblemen in der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Trends aus dem Kompetenznetzwerk 2001-2020.
- Braun, B., Ludwig, M., Kraus, L., Kroher, M. & Bühringer, G. (2013). Ambulante Suchthilfe für pathologische Glücksspieler in Bayern: Passung zwischen Behandlungsbedarf und -angebot. *Suchttherapie*, 14(01), 37-45.
- 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.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2022). 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 20.01.2023].
- 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.
- Puhm, A. & Schwarz, T. (2021). Versorgung Spielsüchtiger während der COVID-19-Pandemie.
- Statistisches Bundesamt. (2020). Bildungsstand der Bevölkerung - Ergebnisse des Mikrozensus 2019, Ausgabe 2020.
- Statistisches Bundesamt. (2020). Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und mehr nach allgemeinen und beruflichen Bildungsabschlüssen nach Jahre. (Stand: 25.11.2020). Abgerufen von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Tabellen/bildungsabschluss.html#fussnote-1-104098> [letzter Zugriff 26.01.2023].



- Statistisches Bundesamt. (2021). Bevölkerung in Privathaushalten 2021 nach Migrationshintergrund. (Stand: 12.04.2022). Abgerufen von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-laender.html> [letzter Zugriff 12.01.2023].
- Statistisches Bundesamt. (2022). Bevölkerung (ab 15 Jahren): Bundesländer, Jahre (bis 2019), Geschlecht, Allgemeine Schulausbildung. (Stand: 20.02.2023) <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Ergebnis&levelid=1676549811527&acceptscookies=false#abreadcrumb> [letzter Zugriff 21.02.2023].
- Schwarzkopf, L., Kraus, L., Neugebauer, F., Raiser, P., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Was die Suchthilfestatistik zur Aufklärung der Glücksspielsucht in Deutschland beitragen kann! Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht ZfWG, 6, 440-444.
- Weissing, V. (2020). Übersicht über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. Sucht.

