

Klienten/Patienten mit Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung

KURZBERICHT NR.1/2019 – DEUTSCHE SUCHTHILFESTATISTIK 2017¹

Jutta Künzel
Hanna Dauber
Sara Specht
Barbara Braun

München,
© IFT Institut für Therapieforschung, München

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

¹ Dieser Kurzbericht ist eine Ergänzung zum Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2017 (Dauber et al., 2018), verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de. Ausführliche Informationen zu Methodik, Datenbasis sowie weitere Analysen siehe dort.

Hintergrund und Zielsetzung des Berichts

Zusätzlich zu den Standardanalysen werden aus dem umfangreichen Pool der im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik erhobenen Daten in jährlich wechselnden Sonderauswertungen spezifische Betreuungs- und Behandlungsgruppen ausgewählt und in zwei Kurzberichten pro Jahr dargestellt.

Im vorliegenden Kurzbericht werden Klienten- bzw. Patientengruppen, die aufgrund einer Problematik im Zusammenhang mit Pathologischem Glücksspielen 2017 in ambulanter bzw. stationärer Betreuung/Behandlung waren, hinsichtlich ihrer Merkmale vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn, während des -verlaufs und am -ende betrachtet. Zu dieser Klienten-/Patientengruppe liegen bereits zwei Kurzberichte vor aus den Jahren 2015 (Datenjahr 2013; Künzel, Brand & Braun, 2015) und 2012 (Datenjahr 2009; nur ambulante Einrichtungen; Braun & Ludwig, 2012).

Methodik

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden jährlich bundesweit von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS 3.0) dokumentiert und in anonymisierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung gestellt (DHS, 2019). Für die Jahresauswertung 2017² wurden Daten aus 849 ambulanten und 152 stationären Einrichtungen ausgewertet. Die Analysen basieren für den ambulanten Bereich auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“ (N = 192.810 / N = 176.899), d.h. es wurden Daten zu jenen Personen ausgewertet, die 2017 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Für den stationären Bereich beziehen sich die Auswertungen auf die Bezugsgruppe der „Beender“ (N = 32.621), d. h. es wird auf Daten von Personen, die 2017 eine stationäre Behandlung beendet haben, Bezug genommen.

Alle dargestellten Vergleiche beziehen sich auf 1) die Gruppe der Klienten/Patienten³, die aufgrund einer Hauptdiagnose (HD) im Zusammenhang mit Pathologischem Glücksspielen (PG) in ambulanter Betreuung bzw. stationärer Behandlung sind und 2) die Gesamtgruppe der Klienten bzw. Patienten in ambulanter Betreuung bzw. stationärer Behandlung (d.h. alle Klienten/Patienten inkl. derer mit HD PG) 3) für einige Variablen (soweit Daten verfügbar) auf die Allgemeinbevölkerung (Statistisches Bundesamt - Destatis, 2019).

Da aus datenschutzrechtlichen Gründen für die DSHS keine personenbezogenen Daten zur Verfügung stehen, sondern ausschließlich Daten, die auf Einrichtungsebene als Behandlungsepisoden bzw. Fälle aggregiert wurden, können keine statistischen Tests zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden durchgeführt werden. Bedingt durch die beinahe flächendeckende Datenerfassung im Rahmen der DSHS und die sehr großen Datensätze, kann eine deskriptive Datenanalyse als ausreichend angesehen werden (vgl. Kipke, Steppan & Pfeiffer-Gerschel, 2011).

² Im Datenjahr 2017 wurden erstmalig Daten, die nach dem ab 1.1.2017 gültigen KDS 3.0 dokumentiert wurden, verarbeitet. Auswirkungen auf Beteiligungsquote, Dokumentationssystematik und Vergleichbarkeit siehe Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2017 (Dauber et al., 2018)

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung beider Geschlechtsformen verzichtet. Die im Text verwendete männliche Form bezieht die weibliche Form mit ein – sofern nicht explizit Männer oder Frauen gemeint sind.

Ergebnisse

Anteil der Klienten/Patienten mit HD Pathologisches Glücksspielen

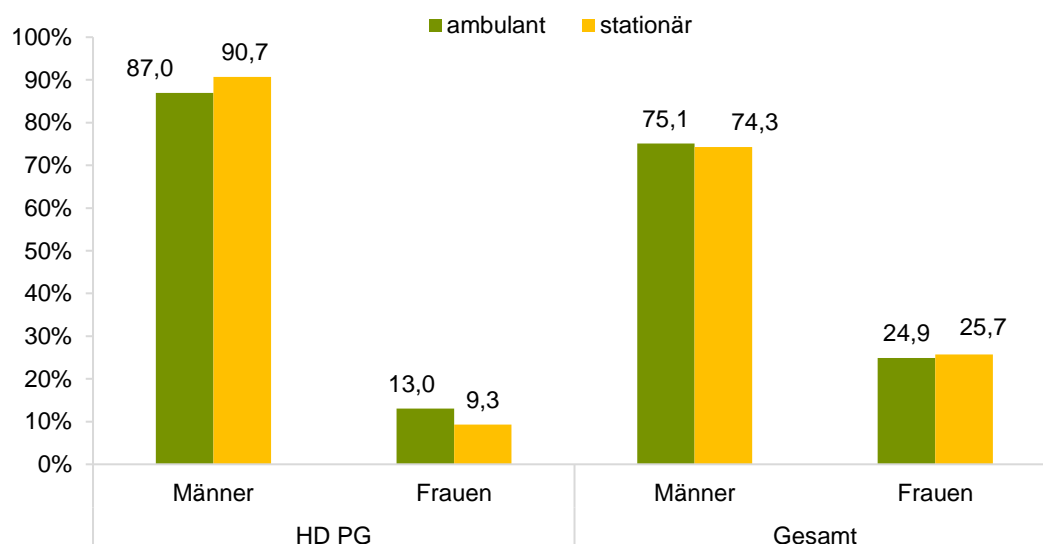
Der Anteil der Klienten mit HD Pathologisches Glücksspielen, die 2017 in den an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden ambulanten Einrichtungen betreut wurden, beträgt insgesamt 5,9% (N = 9.167). Pathologisches Glücksspielen stellt damit für den ambulanten Bereich die fünfhäufigste Hauptdiagnosegruppe dar. Im stationären Behandlungsbereich ist dieser Anteil 2017 mit 4,1% (N = 1.279) geringer, hier handelt es sich um die sechsthäufigste Hauptdiagnose.

Soziodemographischer Hintergrund der Klienten/Patienten mit HD pathologisches Glücksspielen

Geschlecht und Alter

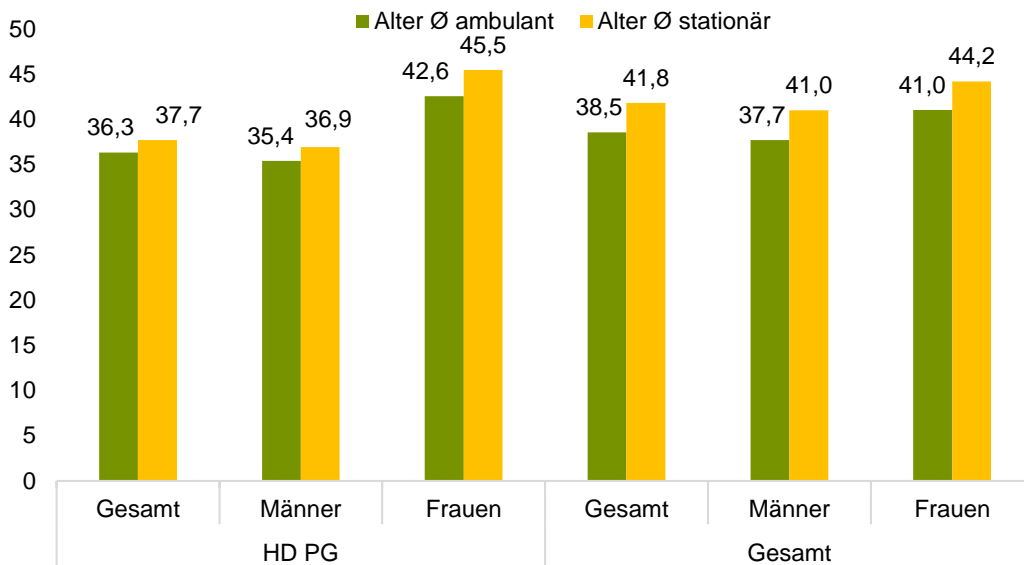
Der Anteil der Männer in der Gruppe der Klienten/Patienten mit HD Pathologisches Glücksspielen liegt sowohl bei den ambulant betreuten Personen als auch bei den stationär Behandelten mit 87% bzw. 91% vs. 75% bzw. 74% deutlich höher als in der Gesamtstichprobe (Abbildung 1).

Abbildung 1: Geschlechterverteilung (ambulant/stationär)



Sowohl im ambulanten als auch im stationären Versorgungsbereich sind die Klienten/Patienten, die wegen einer Glücksspielproblematik in Betreuung/Behandlung sind, im Durchschnitt etwas jünger als die Gesamtgruppe aller Betreuten/Behandelten (36/38 vs. 39/42 Jahre). Wobei der überwiegende Teil (81%) der Klienten in ambulanter Betreuung sich in einem breiten Altersspektrum zwischen 20 und 54 Jahren befindet. Im gleichen Altersbereich befinden sich im stationären Bereich mit 89% noch deutlich mehr Patienten. Wie in der Gesamtgruppe auch, jedoch in noch stärkerem Ausmaß, liegt das Durchschnittsalter der Frauen mit HD PG über dem der Männer (Abbildung 2).

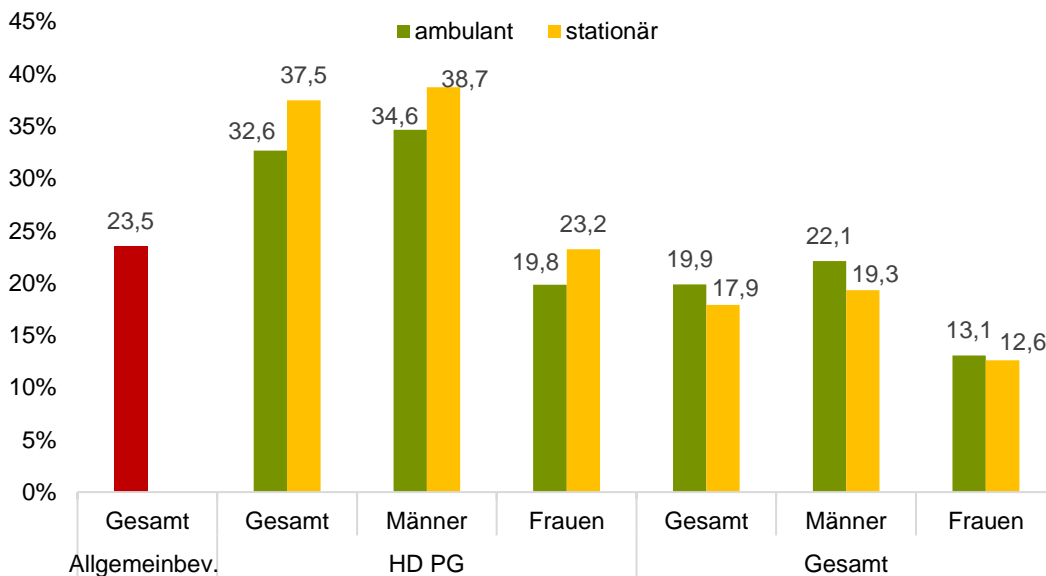
Abbildung 2: Altersverteilung (ambulant/stationär)



Migrationshintergrund⁴

Sowohl in ambulanten als auch in stationären Suchthilfeeinrichtungen liegt der Anteil der Klienten/Patienten mit HD PG mit Migrationshintergrund deutlich über dem in der Gesamtgruppe (33% vs. 20% bzw. 38% vs. 18%) und auch deutlich über dem in der Allgemeinbevölkerung (24%). Insbesondere bei den stationär Behandelten mit HD PG ist der Anteil derer mit Migrationshintergrund fast doppelt so hoch wie in der stationären Gesamtgruppe (Abbildung 3). Gegenüber dem Jahr 2011 sind die Anteile der Klienten und Patienten mit Migrationshintergrund in allen Gruppen gestiegen (2011: Allgemeinbevölkerung: 21%; Gesamtgruppe: ambulant: 17%, stationär: 13%; Personen mit HD PG: ambulant: 28%, stationär: 37%).

Abbildung 3: Anteil Personen mit Migrationshintergrund (ambulant/stationär)



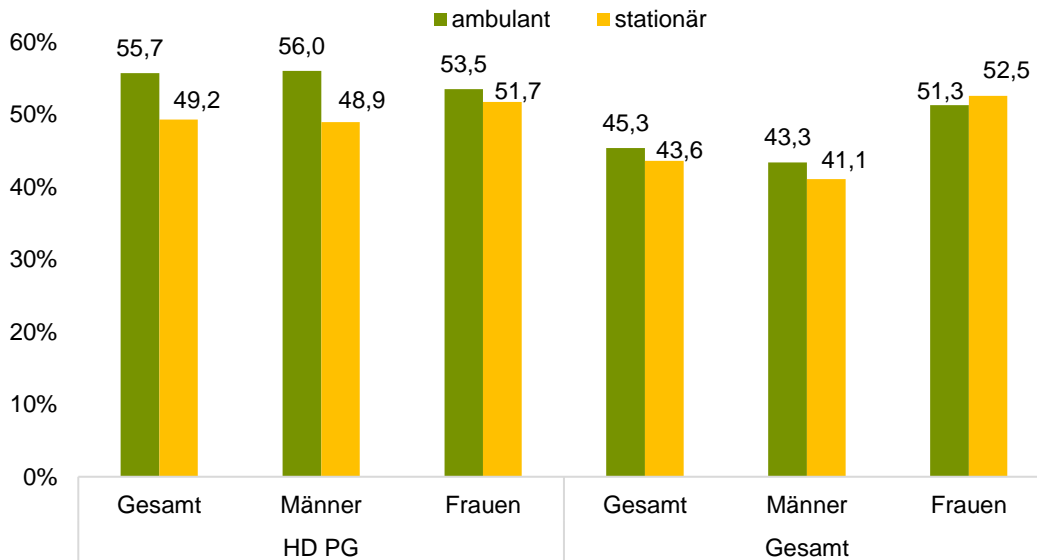
Zahlen Allgemeinbevölkerung (Angaben für 2017): Destatis 2019

⁴ Migrationshintergrund liegt vor, wenn der Klient entweder selbst migriert ist oder als Kind von Migranten geboren wurde.

Partnerschaft

Klienten mit HD PG in ambulanter Suchtbehandlung leben deutlich häufiger in einer Partnerschaft als ambulant behandelte Klienten der Gesamtgruppe (56% vs. 45%). Während in der Gruppe mit HD PG mehr Männer als Frauen einen Partner haben (56% vs. 54%), verhält es sich in der Gesamtgruppe gegenteilig, hier haben Frauen deutlich häufiger einen Partner als Männer (51% vs. 43%).

Abbildung 4: Partnerschaft ja

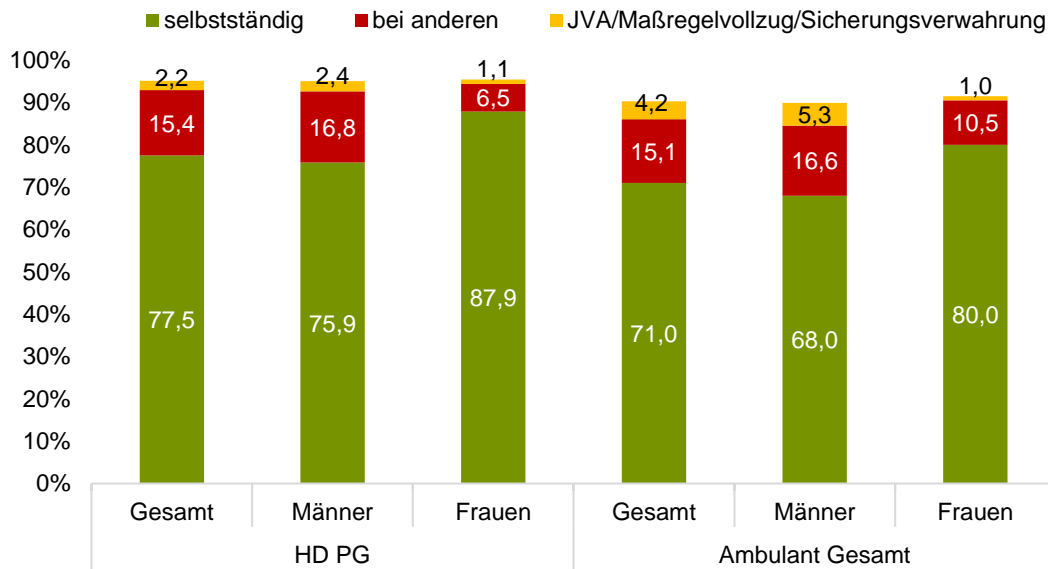


Auch im stationären Bereich ist in der Gesamtgruppe der Anteil derjenigen, die in einer Partnerschaft leben, insgesamt niedriger als bei Patienten mit HD PG (44% vs. 49%). Der Anteil der Männer mit Partnerschaft liegt hier sowohl in der Gruppe mit HD PG als auch in der Gesamtgruppe unter dem der Frauen (49% vs. 52%; 41% vs. 53%). Wobei der Unterschied zwischen den Geschlechtern innerhalb der Gruppe mit HD PD wesentlich geringer ausfällt als in der Gesamtgruppe. Im Vergleich zu den Klienten in ambulanter Behandlung haben Patienten in stationären Einrichtungen in beiden Behandlungsgruppen seltener eine Partnerschaft (Abbildung 4).

Wohnsituation

Während 71% der gesamten Klienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen am Tag vor Betreuungsbeginn selbstständig wohnen (d.h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus; Abbildung 5), ist dies mit 78% bei Klienten mit HD PG etwas häufiger der Fall. Selbstständiges Wohnen ist bei Frauen in beiden Gruppen deutlich weiterverbreitet als bei Männern. Sie wohnen dagegen seltener bei anderen und sind so gut wie gar nicht in JVA, Maßregelvollzug oder Sicherungsverwahrung untergebracht. Männer mit HD PG und auch in der Gesamtgruppe leben vor Betreuungsbeginn deutlich häufiger bei anderen als Frauen (17% vs. 7% bzw. 17% vs. 11%). Die Anteile der Männer, die in einer JVA, im Maßregelvollzug oder in Sicherungsverwahrung untergebracht waren, sind in beiden Gruppen niedrig, in der Gruppe mit HD PG jedoch noch deutlich geringer als in der Gesamtgruppe (2% vs. 5%).

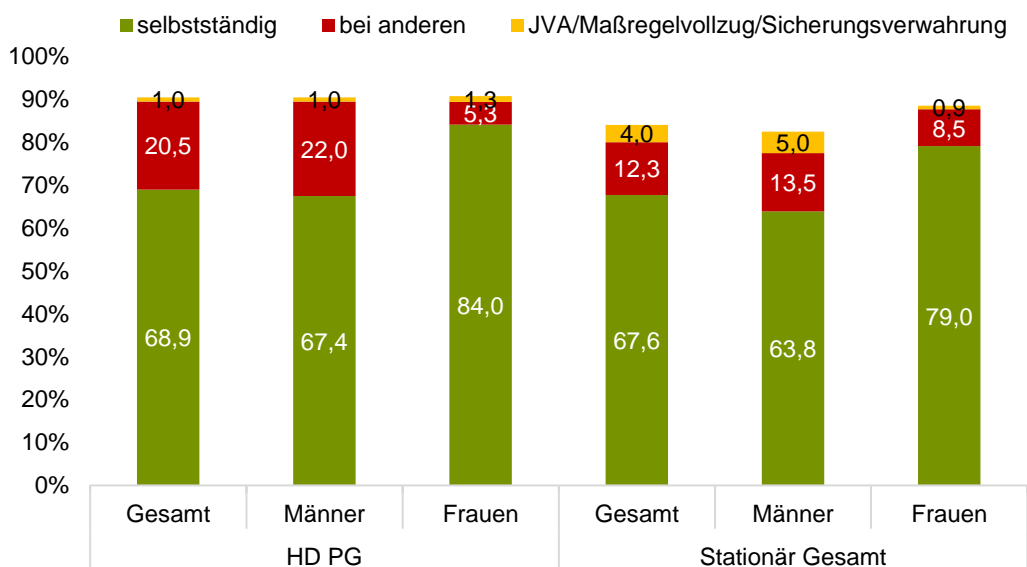
Abbildung 5: Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn (ambulant)



Die Situation im stationären Bereich unterscheidet sich in der Tendenz nicht vom ambulanten Bereich, auch hier wohnen die meisten Patienten beider Gruppen selbstständig. Jedoch sind die Anteile in beiden Gruppen etwas niedriger als ambulant und die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind nur geringfügig (HD PG: 69%, Gesamt: 68%). Der Geschlechterunterschied ist in beiden Gruppen deutlich höher als ambulant. Frauen leben vor Behandlungsbeginn wesentlich häufiger selbstständig als Männer (HD PG: 84% vs. 67%; Gesamt: 79% vs. 64%). Auffallend häufiger als in der Gesamtgruppe leben Patienten mit HD PG bei anderen Personen (21% vs. 12%; Abbildung 6), seltener jedoch in einer JVA, im Maßregelvollzug oder in Sicherungsverwahrung (1% vs. 4%).

Im Vergleich zu 2011 lässt sich feststellen, dass Klienten in ambulanter Betreuung mit HD Pathologisches Glücksspielen 2017 häufiger selbstständig wohnen, wohingegen dies im stationären Bereich seltener der Fall ist.

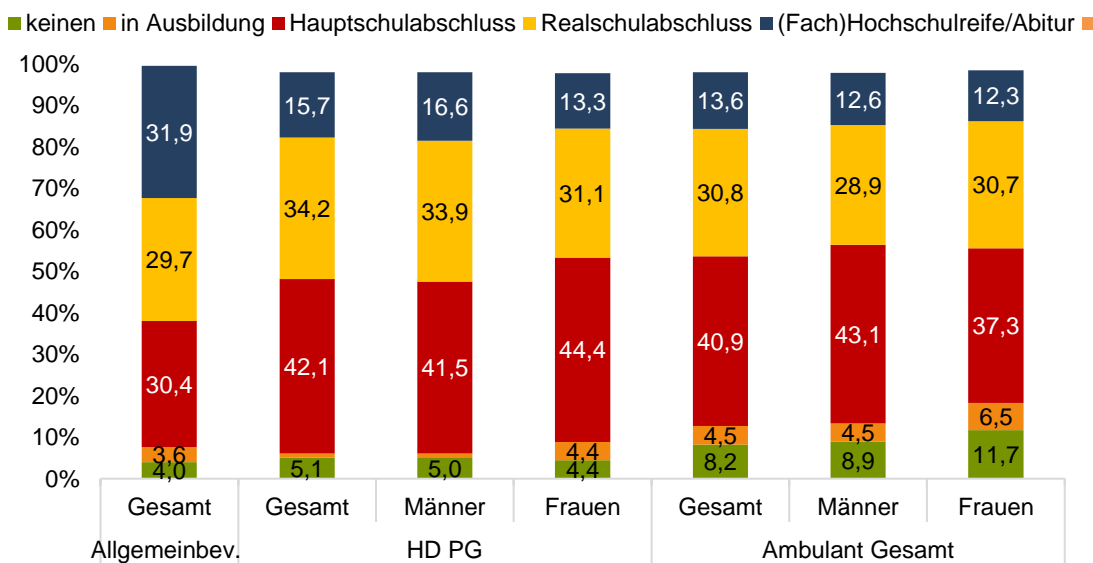
Abbildung 6: Wohnsituation am Tag vor Behandlungsbeginn (stationär)



Schulbildung

Die ambulant betreuten Klienten mit HD PG weisen gegenüber der ambulanten Gesamtgruppe eine etwas höhere Schulbildung auf. Von ihnen hat die Hälfte einen Realschulabschluss oder eine (Fach-)Hochschulreife, während dies nur auf 44% der Klienten in der Gesamtgruppe zutrifft. Im Vergleich zur höheren Schulbildung in der Allgemeinbevölkerung (62%) liegen jedoch beide Gruppen deutlich darunter. Klienten, die die Schule ohne Abschluss beendet haben, finden sich häufiger in der Gesamtgruppe (8%), nur 5% der Klienten mit HD PG haben keinen Schulabschluss (Allgemeinbevölkerung: 4%). Die Quote der Hauptschulabsolventen ist in beiden Gruppen ähnlich (HD PG: 42%; Gesamt: 41%). Im Gegensatz zur Gesamtgruppe, in der die Frauen etwas häufiger höhere Schulabschlüsse haben als die Männer, ist das Bildungsniveau der Frauen mit HD PG etwas niedriger als das der Männer. Jeweils 44% von ihnen haben einen Realschulabschluss oder die (Fach-) Hochschulreife. Bei den Männern liegt dieser Anteil bei 51% (Abbildung 7).

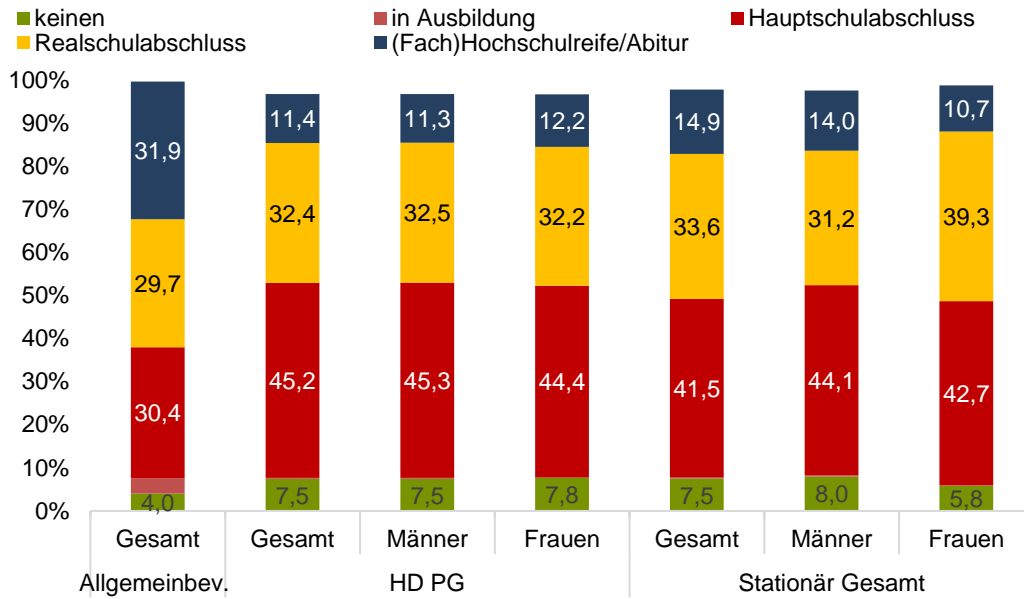
Abbildung 7: Höchster Schulabschluss (ambulant)



Zahlen Allgemeinbevölkerung (Angaben für 2017): Destatis 2019

Ein noch deutlicherer Unterschied zur Allgemeinbevölkerung zeigt sich bei der Gruppe der stationär behandelten Patienten mit HD PG (Abbildung 8). Hier ist der Anteil derer, die einen Hauptschulabschluss haben mit 45% gegenüber 30% in der Allgemeinbevölkerung erheblich höher. Dagegen ist der Prozentsatz derjenigen, die die (Fach-) Hochschulreife erlangt haben, mit 11% gegenüber 32% (in der Allgemeinbevölkerung) deutlich niedriger. Anders als die ambulant betreuten Klienten mit HD PG weisen die stationär behandelten Patienten mit HD PG ein etwas niedrigeres Bildungsniveau gegenüber der Gesamtgruppe auf. Die Quote der höheren Schulabschlüsse ist niedriger (44% vs. 49%) und die der Hauptschulabsolventen höher als in der Gesamtgruppe (45% vs. 42%). Geschlechterunterschiede sind nur geringfügig vorhanden.

Abbildung 8: Höchster Schulabschluss (stationär)

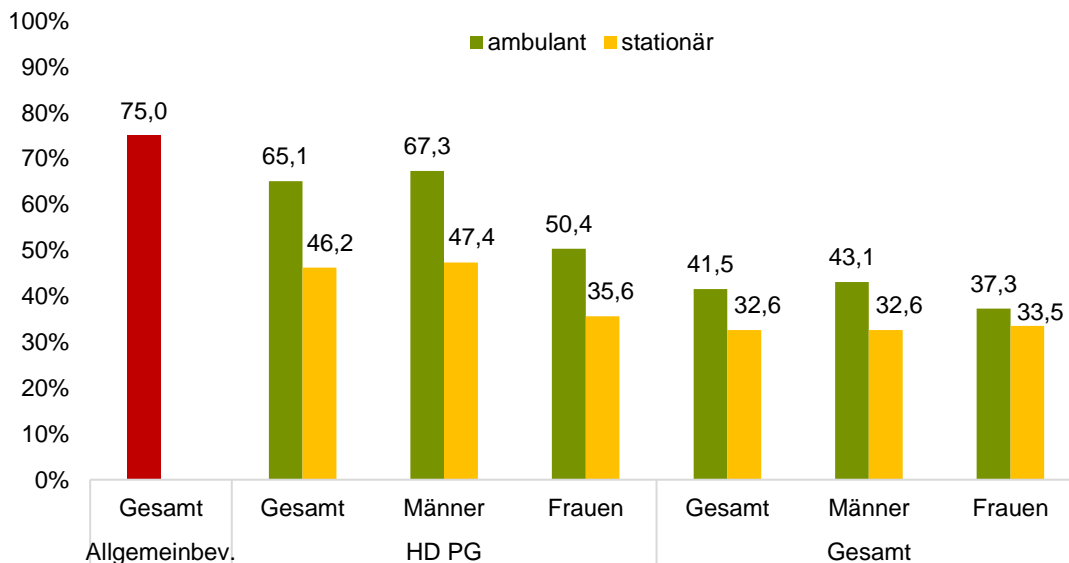


Zahlen Allgemeinbevölkerung (Angaben für 2017): Destatis 2019

Erwerbstätigkeit

Verglichen mit der Gesamtgruppe der Behandelten ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in den Gruppen der Klienten/Patienten mit HD PG der Anteil der Erwerbstätigen deutlich höher (amb.: 65% vs. 42%; stat.: 46% vs. 33%). Die Erwerbstätigenrate der ambulant Behandelten mit HD PG liegt aber noch deutlich unter der der Allgemeinbevölkerung (65% vs. 75%). Ebenfalls deutlich unterscheidet sich der Anteil an erwerbstätigen Männern in der Gruppe HD PG von dem der Frauen (67% vs. 50%), ein Unterschied, der in der Gesamtgruppe mit 43% vs. 37% geringer ausfällt. Im stationären Behandlungsbereich sind in der Gruppe mit HD PG ebenfalls Männer häufiger als Frauen zu Beginn der Behandlung erwerbstätig (47% vs. 36%), wohingegen in der Gesamtgruppe, anders als im ambulanten Bereich, Frauen geringfügig öfter erwerbstätig sind als Männer (34% vs. 33%; Abbildung 9).

Abbildung 9: Anteil der erwerbstätigen Klienten/Patienten (ambulant/stationär)

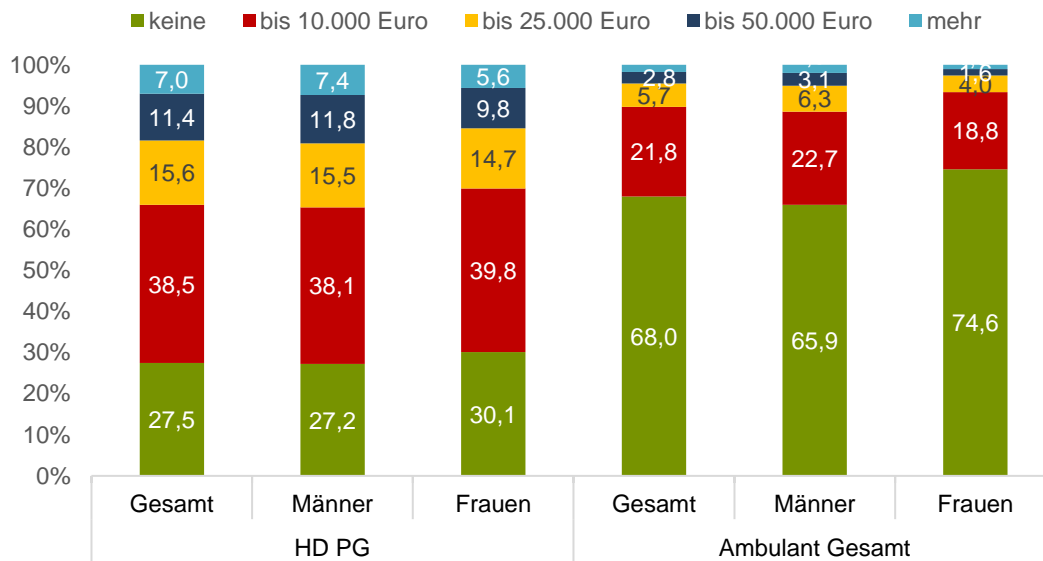


Daten Allgemeinbevölkerung (Angaben für 2017): Destatis 2019

Schulden

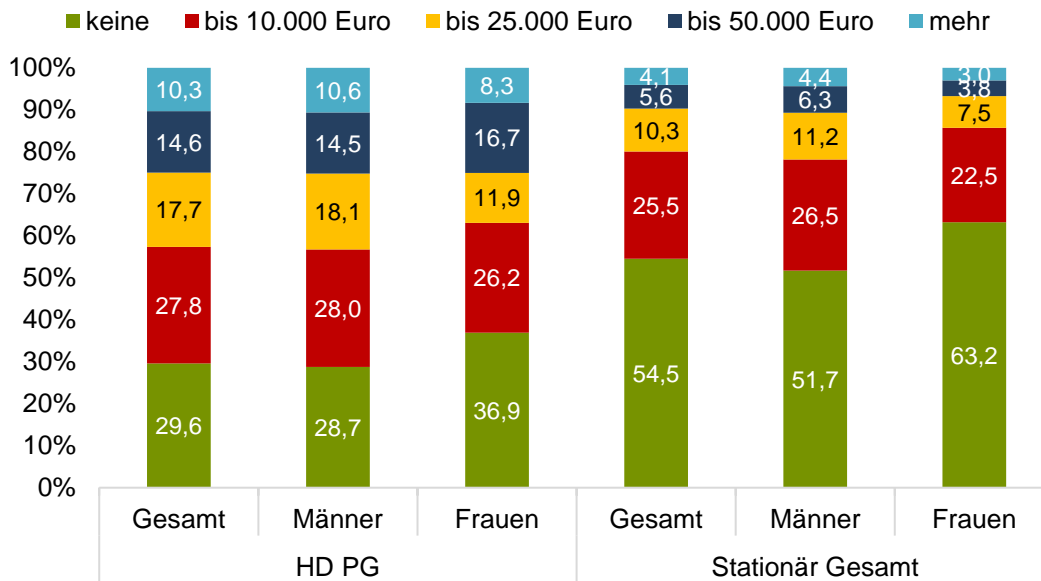
Hinsichtlich der Schulden, die die Klienten mit HD PG zu Beginn ihrer ambulanten Behandlung haben, unterscheiden sie sich erheblich von den Klienten der Gesamtgruppe. Während dort 68% keine problematischen Schulden angeben, trifft das nur auf 28% der Klienten mit HD PG zu. 39% von ihnen haben Schulden im Bereich bis 10.000 Euro, in der Gesamtgruppe ist dieser Anteil mit 22% deutlich niedriger. Hoch verschuldet, mit Schulden, die über 25.000 Euro liegen, sind 34% der Klienten mit HD PG, während hiervon in der Gesamtgruppe nur 10% der Klienten betroffen sind (Abbildung 10). Frauen sind in beiden Gruppen seltener verschuldet als Männer, wobei dieser Unterschied in der Gruppe der Klienten mit HD PG geringfügiger ausfällt als in der Gesamtgruppe.

Abbildung 10: Schulden zu Betreuungsbeginn (ambulant)



Patienten mit HD PG, die stationär behandelt werden, sind zu Beginn der Behandlung höher verschuldet als Klienten mit HD PG, die ambulant betreut werden. Auffällig im stationären Bereich ist, dass der Unterschied zur Gesamtgruppe geringer ist, Patienten der Gesamtgruppe also auch eine sehr hohe Schuldenlast haben. Dennoch ist der Unterschied auch hier deutlich: nur 30% der Patienten mit HD PG sind schuldenfrei, wohingegen dies auf 55% der Patienten der Gesamtgruppe zutrifft. Der Anteil derjenigen, die bis 10.000 Euro verschuldet sind, ist in beiden Gruppen ähnlich (HD PG: 28%, Gesamt: 26%). Im Bereich der hohen Verschuldung über 10.000 Euro ist der Anteil der Betroffenen in der Gruppe mit HD PG mit 43% mehr als doppelt so hoch als in der Gesamtgruppe (20%). 10% haben sogar über 50.000 Euro Schulden, was in der Gesamtgruppe nur bei 4% der Fall ist. Auch hier liegt bei Frauen in beiden Gruppen eine geringere Verschuldung vor als bei Männern (Abbildung 11).

Abbildung 11: Schulden zu Behandlungsbeginn (stationär)



Spezifische Suchtproblematik der Klienten/Patienten mit HD Pathologisches Glücksspielen

Hauptspielform

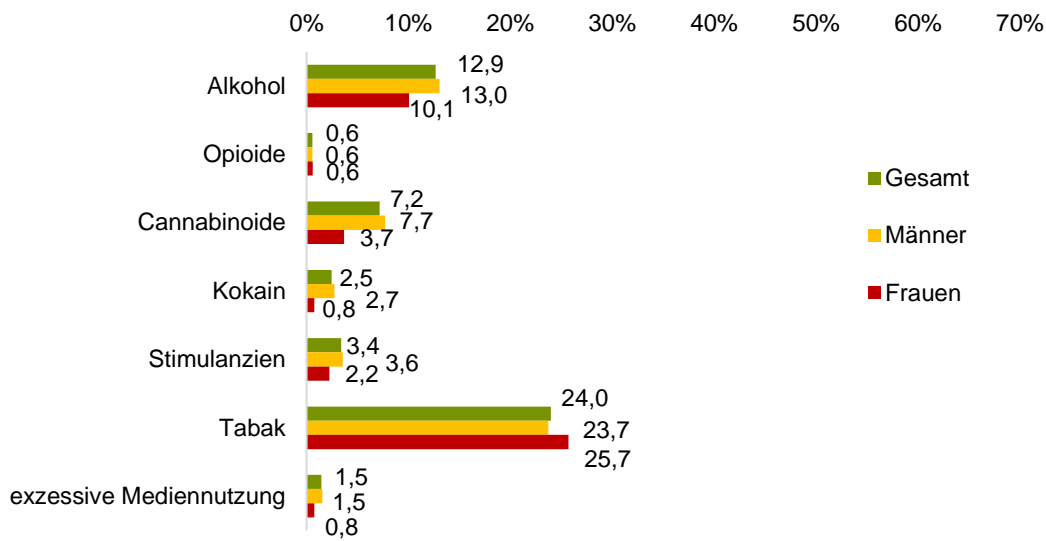
Hauptglücksspielform der Klienten mit HD PG in ambulanter Betreuung ist das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen (77%), gefolgt von Spielen an Geldspielautomaten in der Gastronomie (4%) und Sportwetten (4%). Ein Geschlechterunterschied liegt nur im Falle der Sportwetten vor, an denen nahezu ausschließlich Männer teilnehmen. Online werden von beiden Geschlechtern am häufigsten Automaten Spiele gespielt (3%).

Bei Patienten mit HD PG, die stationär behandelt werden, liegen die gleichen Hauptglücksspielformen vor wie bei den ambulant Betreuten: am häufigsten wird auch hier an Geldspielautomaten in Spielhallen (72%) und in der Gastronomie (14%) gespielt. Letzteres deutlich häufiger als bei den ambulant Betreuten. Sportwetten stehen mit 3% auch hier an dritter Stelle der Hauptglücksspielformen. Von den Online-Angeboten werden hauptsächlich Automaten Spiele genutzt (2%). Frauen weisen die gleiche Rangreihe – ausgenommen wieder Sportwetten – auf.

Substanzbezogene Störungen

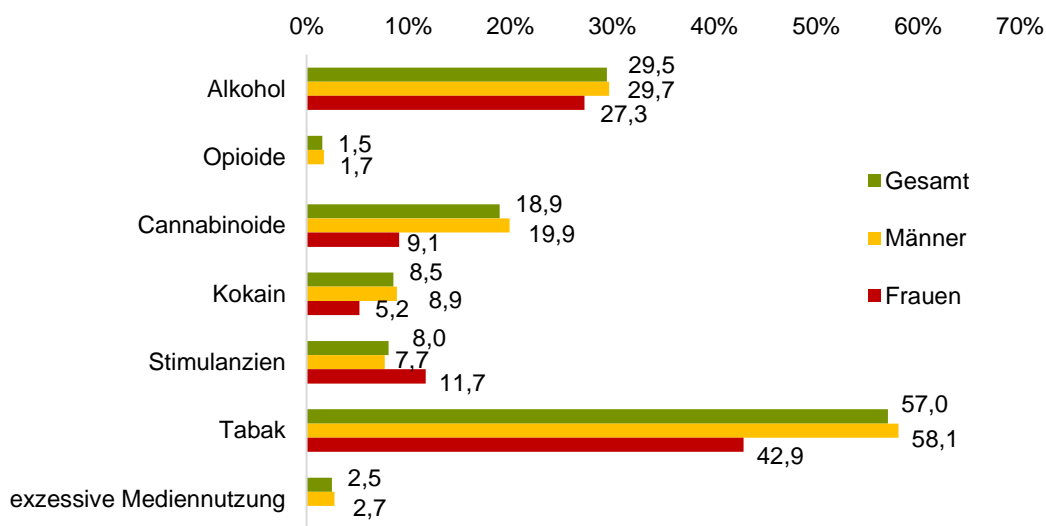
Neben der behandlungsleitenden Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen liegen bei den Klienten mit HD PG, die 2017 in ambulanter Betreuung waren zu geringen Anteilen weitere Zusatzdiagnosen im Bereich der substanzbezogenen Störungen vor. In der Hauptsache handelt es sich dabei um Problematiken im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol (13%) aber auch Cannabinoid- (7%), Stimulanzien- (3%) und insbesondere Tabakbezogene Zusatzdiagnosen (24%) kommen hier häufig vor. Männer und Frauen unterscheiden sich in den Zusatzdiagnosen leicht: Bei Männern kommen zusätzliche Problematiken aufgrund von Alkohol etwas häufiger und Störungen im Zusammenhang mit Cannabinoiden oder Stimulanzien doppelt so häufig vor als bei Frauen (Alkohol: 13% vs. 10%, Cannabinoide: 8% vs. 4%; Stimulanzien: 4% vs. 2%; Abbildung 12). Im Vergleich mit den Datenjahren 2009 und 2013 sind Klienten mit HD PG gegenüber Klienten mit einer substanzbezogenen Hauptdiagnose nach wie vor eher geringer durch Zusatzdiagnosen belastet.

Abbildung 12: Zusätzliche Diagnosen (ambulant)⁵



Stationär behandelte Patienten mit HD PG sind deutlich häufiger als Klienten im ambulanten Bereich mit zusätzlichen Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen belastet. Mit 30% zusätzlichen Alkoholdiagnosen ist dies ein mehr als doppelt so hoher Anteil als bei ambulant Betreuten. Ebenfalls doppelt so hohe Anteile als ambulant weisen die Zusatzdiagnosen Stimulanzien (8%) und Tabak (57%) auf. Fast dreimal so häufig als ambulant weisen Patienten mit HD PG Cannabinoiddiagnosen auf (19%). Hinzu kommen 9% der Patienten, die eine zusätzliche Kokaindiagnose und 2% die eine Zusatzdiagnose Opioide aufweisen. Diese beiden Diagnosen spielen ambulant so gut wie keine (Opioide) bzw. nur eine geringfügige Rolle (Kokain). Mit Ausnahme von Stimulanzien sind Männer von allen zusätzlichen Diagnosen in höherem Maße betroffen als Frauen (Abbildung 13).

Abbildung 13: Zusätzliche Diagnosen (stationär)



⁵ Insbesondere bei der Zusatzdiagnose „Tabak“ ist im ambulanten Bereich davon auszugehen, dass eine Unterdiagnostizierung vorliegt.

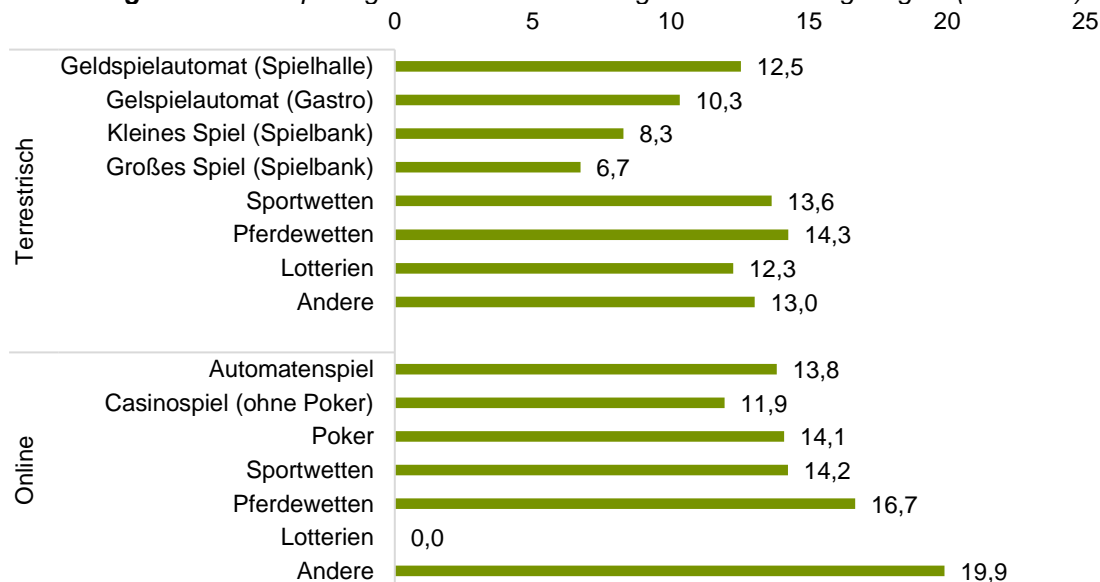
Spielverhalten

Spieltage

Bei ambulant betreuten Klienten mit HD PG, die terrestrische Glücksspielangebote⁶ genutzt haben, reicht die Spanne der durchschnittlichen Spieltage innerhalb der letzten 30 Tage vor Betreuungsbeginn zwischen 7 Tagen (Großes Spiel der Spielbank) und 14,3 Tagen (Pferdewetten). An Geldspielautomaten in Spielhallen, der häufigsten Spielform, wurden im Durchschnitt 12,5 Tage gespielt (Abbildung 14). Geschlechterunterschiede lassen sich nur im Falle des Spielens an Geldspielautomaten beurteilen, da bei den weiteren Spielformen das N der Frauen zu gering ist. Männer und Frauen unterscheiden sich jedoch nur geringfügig, Frauen weisen etwas mehr Spieltage an Geldspielautomaten in Gaststätten auf (12 vs. 10 Tage).

Die durchschnittliche Anzahl von Spieltagen bei Online-Glücksspielangeboten reicht von 20 Tagen bei „Anderen“ Glücksspielformen und 12 Tagen bei Casinospielen (ohne Poker). Automatenspiel wird 30 Tage vor Betreuungsbeginn im Durchschnitt an 14 Tagen gespielt. Frauen weisen hier eine geringfügig höhere Anzahl an Tagen auf als Männer (15 vs. 14 Tage). Bei allen weiteren Online-Glücksspielformen ist das N der Frauen nur sehr gering.

Abbildung 14: Anzahl Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn (ambulant)

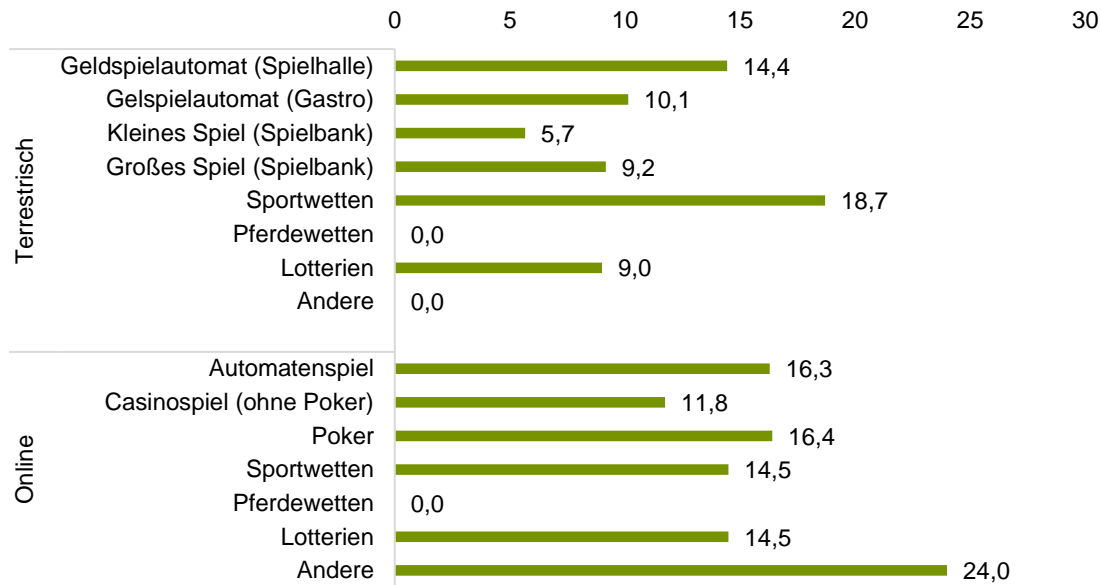


Die Anzahl der durchschnittlichen Spieltage von stationär behandelten Patienten liegt bei terrestrischen Glücksspielangeboten zwischen 6 Tagen (Kleines Spiel der Spielbank) und 19 Tagen (Sportwetten). An Geldspielautomaten in Spielhallen wird im Durchschnitt in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn 14 Tage gespielt (Abbildung 15).

Im Falle der Nutzung der Online-Glücksspielangebote ist die Spanne der Spieltage zwischen 24 Tagen für „andere“ Angebote und 12 Tagen für das Casinospiel (ohne Poker). Mit durchschnittlich 16 Spieltagen in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn liegen das Automatenspiel und Poker gleichauf (Abbildung 15).

⁶ Terrestrische Glücksspiele befinden sich an einem öffentlich zugänglichen Ort, d.h. werden nicht im Internet gespielt

Abbildung 15: Anzahl Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn (stationär)

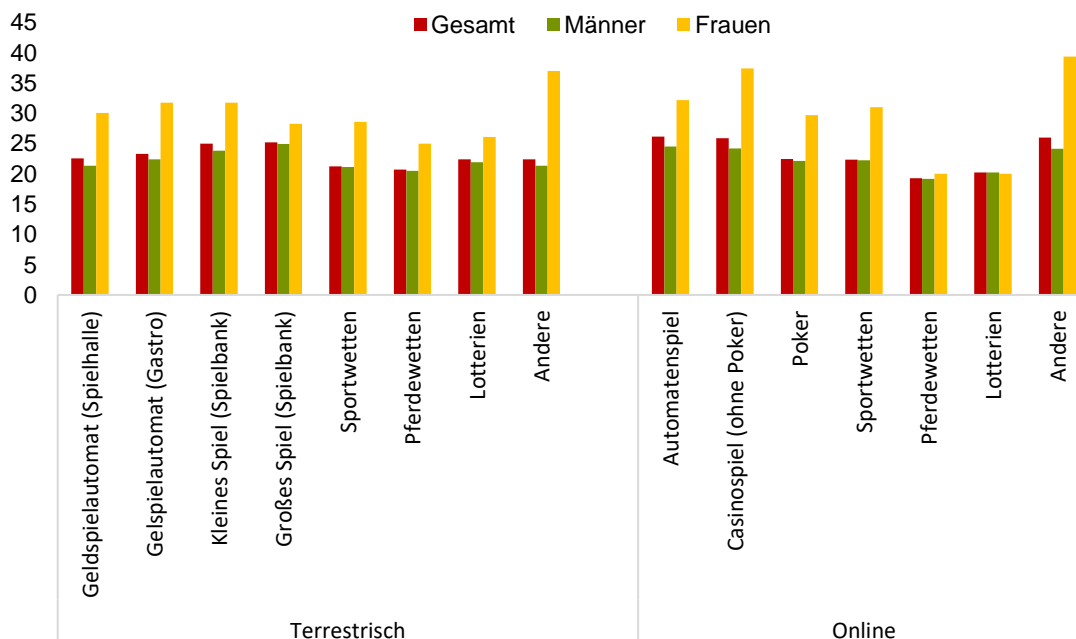


Alter bei erstem Spielen um Geld

Bei terrestrischen Geldspielangeboten liegt das Alter bei Beginn des Spielens um Geld bei Klienten in ambulanter Betreuung zwischen 21 Jahren (Sportwetten) und 25 Jahren (Großes und Kleines Spiel in der Spielbank). Mit dem Spielen an Geldspielautomaten sowohl in Spielhallen als auch in Gaststätten wird mit durchschnittlich 23 Jahren begonnen (Abbildung 16). Es bestehen erhebliche Geschlechterunterschiede. Frauen fangen deutlich später als Männer mit allen terrestrischen Glücksspielangeboten an zu spielen. So beginnen Frauen erst im Durchschnitt mit 30 Jahre zu spielen, während Männer bereits mit 21 Jahren in diese Spielform einsteigen.

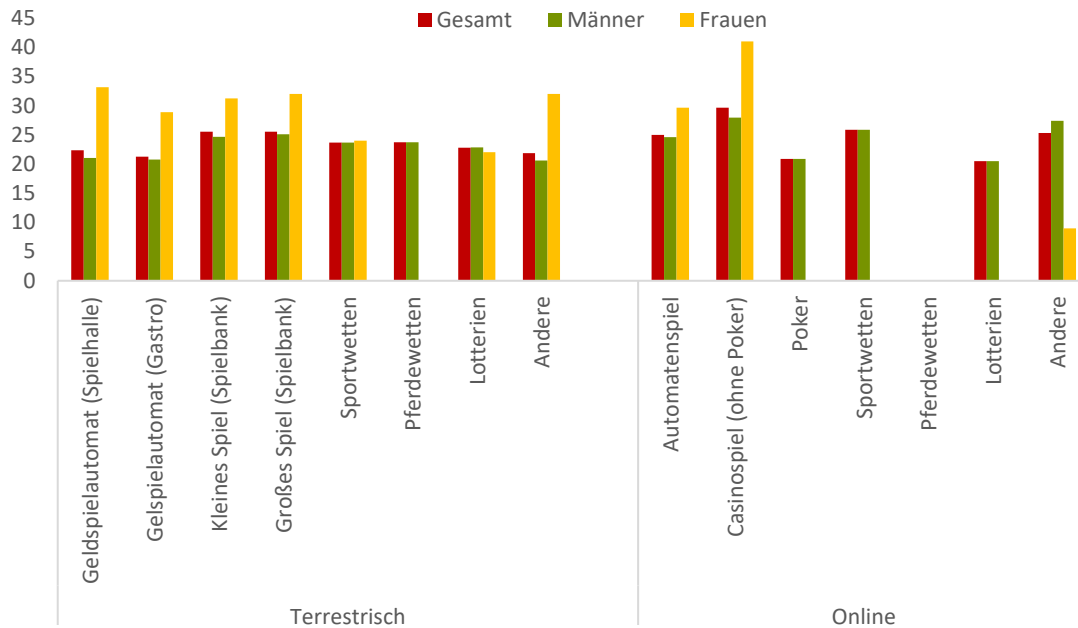
Bei den internetbasierten Glücksspielangeboten liegt die Altersspanne bei Einstieg zwischen 20 Jahren (Lotterien) und 26 (Automatenspiel und Casinospiel ohne Poker). Auch hier beginnen Frauen deutlich später als Männer mit dem Spielen um Geld.

Abbildung 16: Alter bei erstem Spielen um Geld (ambulant)



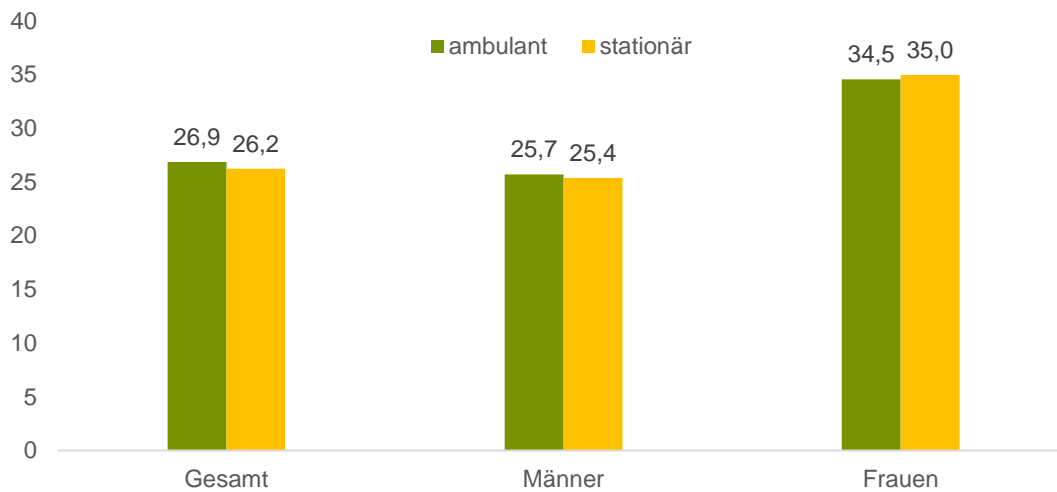
Auch bei den stationär behandelten Patienten mit HD PG liegt das durchschnittliche Einstiegsalter in das Glücksspiel in ganz ähnlichen Bereichen wie bei Klienten in ambulanten Einrichtungen zwischen 21 Jahren (Geldspielautomaten in Gaststätten) und 26 Jahren (Großes und Kleines Spiel in Spielbanken). An Geldspielautomaten in Spielhallen wird von den Patienten durchschnittlich im Alter von 22 Jahren begonnen. Frauen beginnen mit 33 Jahren mit dem Spielen in Spielhallen, während dies bei Männern bereits im Durchschnitt mit 21 Jahren der Fall ist. Online-Glücksspiel wird im Durchschnitt zwischen 21 Jahren (Poker) und 30 Jahren (Casinospiel) begonnen (Abbildung 17).

Abbildung 17: Alter bei erstem Spielen um Geld (stationär)



Alter bei Störungsbeginn

Abbildung 18 zeigt, dass bei Klienten/Patienten in ambulanter oder stationärer Betreuung/Behandlung kein Unterschied im Durchschnittsalter bei Beginn der Störung durch Pathologisches Glücksspielen besteht. Sehr deutlich ist hier jedoch der Geschlechterunterschied: Bis sich bei Frauen eine Störung entwickelt, sind diese wesentlich älter als Männer, im Durchschnitt ca. 10 Jahre. Das gilt für Klientinnen bzw. Patientinnen in beiden Behandlungsbereichen in gleichem Maße (35 vs. 25 Jahre).

Abbildung 18: Durchschnittsalter bei Störungsbeginn (ambulant/stationär)

Betreuung/Behandlung von Klienten/Patienten mit HD Pathologisches Glücksspielen

Vermittlung in die Beratung/Behandlung

57% der Klienten mit HD PG kommen ohne Vermittlung als Selbstmelder, 18% über ihr soziales Umfeld in die ambulante Betreuung. Je 4% werden durch stationäre Suchthilfeeinrichtungen vermittelt oder durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe übermittelt. Letzteres ist etwas häufiger bei Männern (4%) als bei Frauen der Fall (2%).

Im stationären Behandlungsbereich ist sowohl insgesamt als auch für Männer und Frauen der hauptsächliche Vermittlungsweg über ambulante (68%) und stationäre (5%) Suchthilfeeinrichtungen.

Durchgeführte Maßnahmen

Hauptsächlich durchgeführte Maßnahmen bei ambulant betreuten Klienten mit HD PG finden im Bereich Beratung und Betreuung statt (75%), hier handelt es sich vor allem um Sucht- und Drogenberatung (75%). 10% weitere Maßnahmen finden im Bereich Suchtbehandlung statt, hier handelt es sich im Einzelnen meistens um ambulante medizinische Rehabilitation oder (Reha-)Nachsorge. Geschlechterunterschiede liegen hier keine vor.

Im stationären Bereich finden die häufigsten Maßnahmen für Patienten mit HD PG im Bereich der Suchtbehandlung (94%) statt. Hauptsächlich handelt es sich dabei um stationäre medizinische Rehabilitation und Adaption. Auch hier unterscheiden sich die Geschlechter nicht.

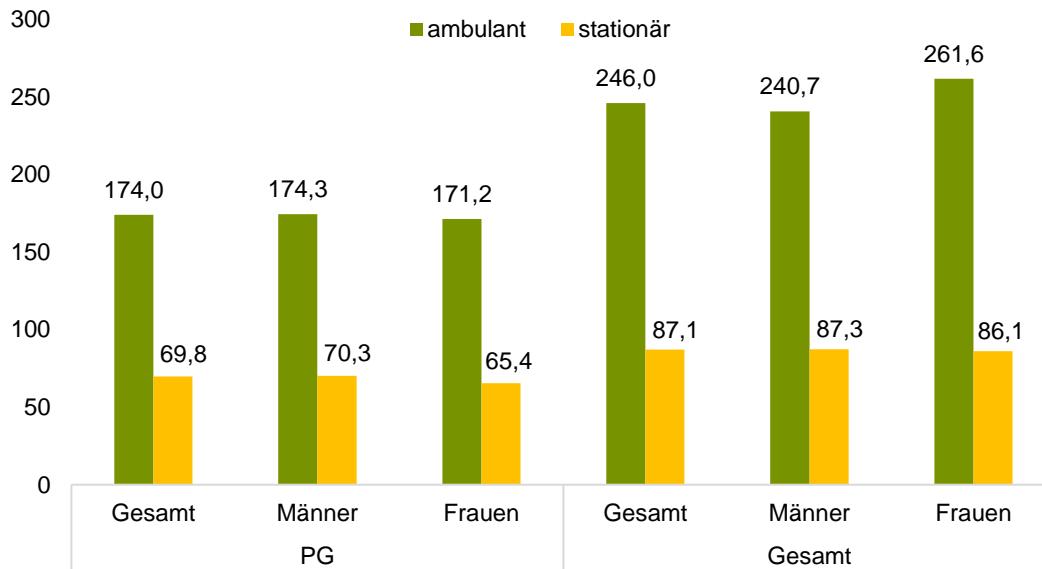
Betreuungs- und Behandlungsdauer

Die Dauer der ambulanten Betreuung von Klienten mit HD PG ist mit im Durchschnitt 174 Tagen deutlich kürzer als von Klienten der Gesamtgruppe (246 Tage; Abbildung 19). Klientinnen mit einer Glücksspielproblematik sind etwas kürzer als die männlichen Klienten in Betreuung (171 vs. 174 Tage). In der Gesamtgruppe verhält es sich umgekehrt (Frauen: 262 Tage; Männer: 241 Tage).

Auch im stationären Bereich ist die Dauer der Behandlung der Patienten mit HD PG mit 70 Tagen kürzer als bei Patienten der Gesamtgruppe (87 Tage). Auch stationär werden Frauen etwas kürzer behandelt als Männer (65 vs. 70 Tage), in der Gesamtgruppe liegt die durch-

schnittliche Behandlungsdauer der Männer geringfügig höher als bei den Frauen (87 vs. 86 Tage; Abbildung 19).

Abbildung 19: Dauer der Betreuung/Behandlung in Tagen (Ø; ambulant/stationär)



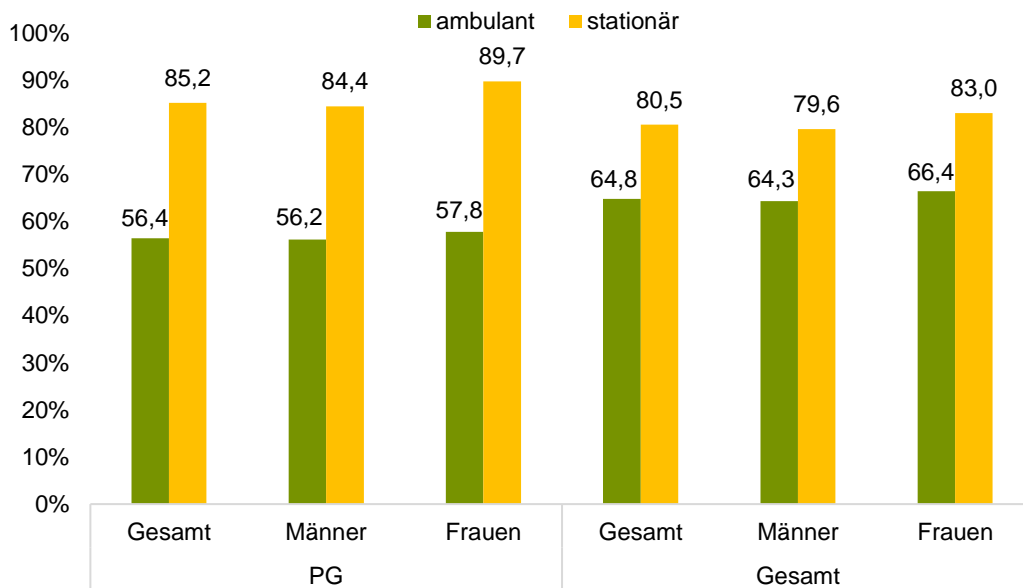
Art der Beendigung

Gegenüber der ambulanten Gesamtgruppe beenden im Verhältnis weniger Klienten mit HD PG die Betreuung planmäßig⁷ (56% vs. 64%, Abbildung 20). Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind nur gering. Frauen beenden sowohl in der Gruppe mit HD PG als auch in der Gesamtgruppe etwas häufiger planmäßig ihre Betreuung (58 vs. 56% bzw. 62% vs. 65%).

Stationär beenden sowohl Patienten mit HD PG als auch Patienten der Gesamtgruppe wesentlich häufiger ihre Behandlung planmäßig als ambulant Betreute. Der Unterschied zwischen stationär behandelten Patienten mit HD PG und Patienten der Gesamtgruppe fällt im Vergleich zum ambulanten Behandlungsbereich etwas geringer aus. 85% der Patienten mit einer Glücksspielproblematik beenden ihre Behandlung planmäßig, in der Gesamtgruppe trifft das auf insgesamt 81% zu. Ebenso wie im ambulanten Bereich ist der Anteil der Frauen, die planmäßig beenden, in beiden Gruppen höher als bei den Männern (HD PG: 79% vs. 64%, Gesamt: 83% vs. 80%, Abbildung 20).

⁷ Planmäßige Beendigung: regulär oder vorzeitig auf therapeutische Veranlassung bzw. mit therapeutischem Einverständnis oder durch einen planmäßigen Wechsel in eine andere Einrichtung

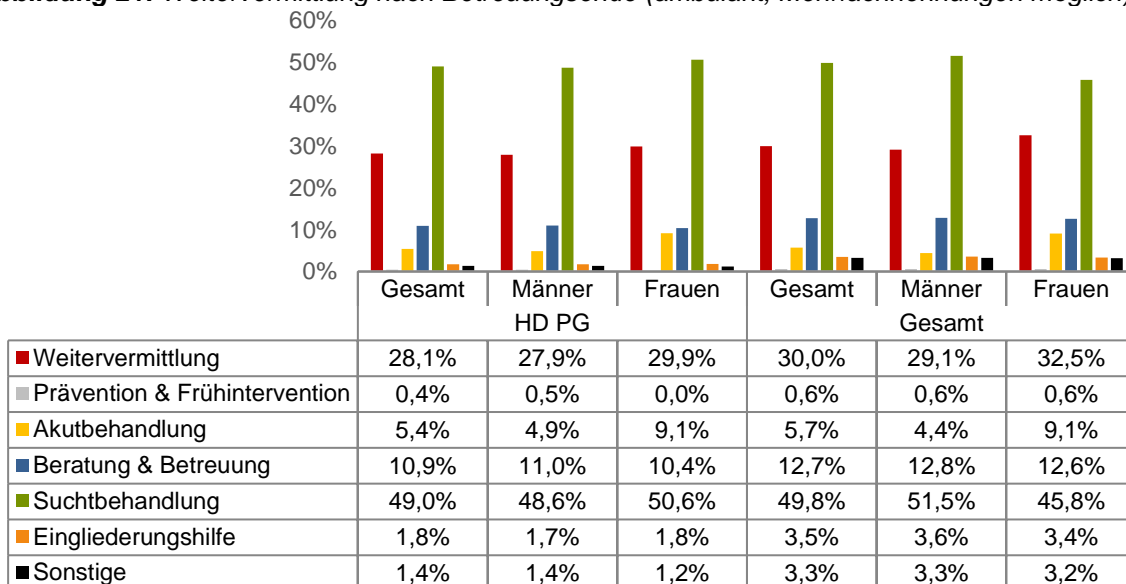
Abbildung 20: Planmäßige Beendigungen der Behandlung (ambulant/stationär)



Weitervermittlung nach Behandlungsende

Klienten mit HD PG werden im ambulanten Versorgungsbereich geringfügig seltener weitervermittelt als Klienten der Gesamtgruppe (28% vs. 30%; Abbildung 21). Bei Frauen ist – ebenso wie in der Gesamtgruppe - der Anteil an Weitervermittlungen etwas höher als bei Männern (30 % vs. 28%). Am häufigsten findet ambulant eine Weitervermittlung in den Bereich Suchtbehandlung statt (49%), gefolgt von der Vermittlung in die Beratung und Betreuung (11%). Darin unterscheidet sich die Gruppe der Klienten mit HD PG nicht von der Gesamtgruppe.

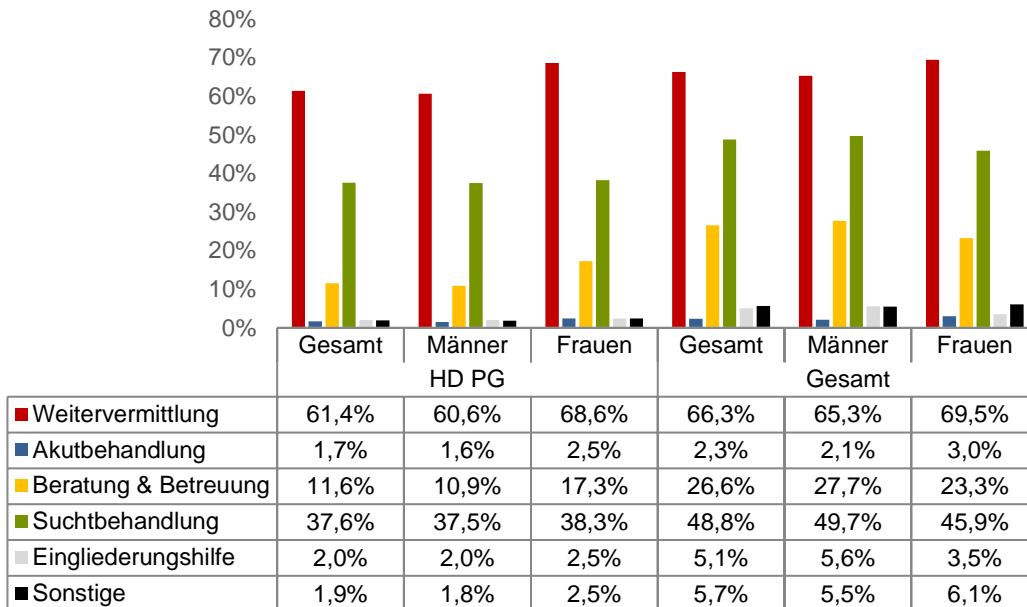
Abbildung 21: Weitervermittlung nach Betreuungsende (ambulant; Mehrfachnennungen möglich)



Im stationären Bereich ist die Weitervermittlungsquote in beiden Gruppen insgesamt wesentlich höher als im ambulanten Sektor. Patienten mit HD PG werden etwas seltener weitervermittelt als Patienten der Gesamtgruppe (61% vs. 66%). Die häufigsten Anschlussmaßnahmen für Patienten mit HD PG liegen im Bereich Suchtbehandlung (38%) und Beratung und Betreuung (12%). Das sind auch in der Gesamtgruppe die häufigsten Weitervermittlungsbereiche, allerdings sind die Vermittlungsanteile hier höher (49% bzw. 27%). Frauen werden

nach der Behandlung öfter weitervermittelt als Männer (69% vs. 61%). Dies ist auch in der Gesamtgruppe der Fall, der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist jedoch geringer (70% vs. 65%; Abbildung 22).

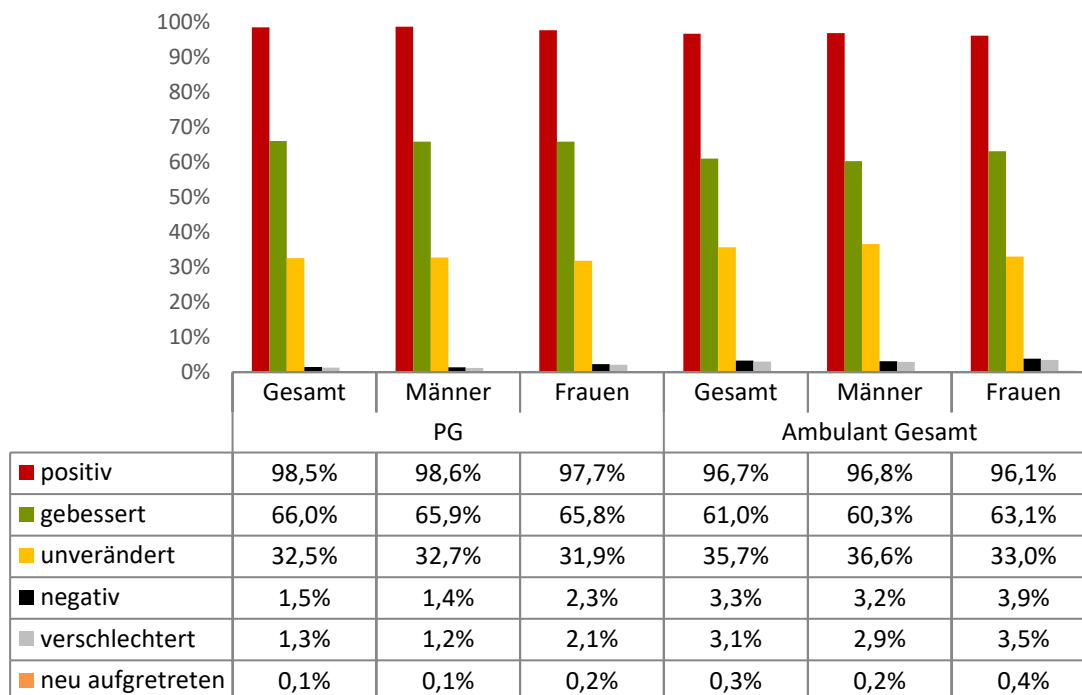
Abbildung 22: Weitervermittlung nach Behandlungsende (stationär; Mehrfachnennungen möglich)



Behandlungsergebnis – Verbesserung der Suchtproblematik

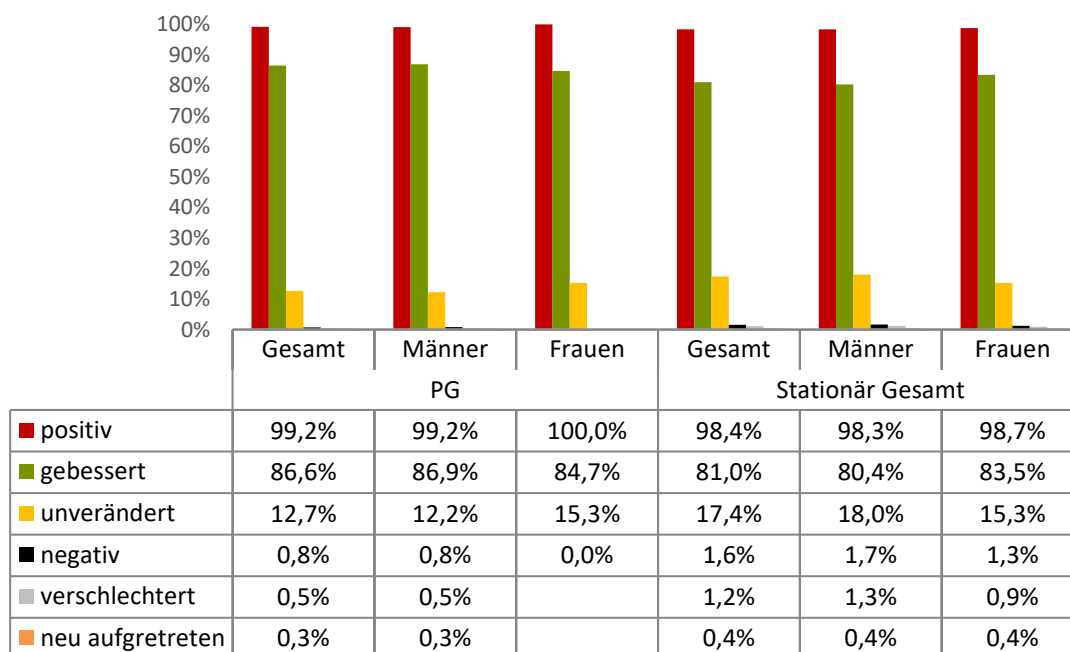
Hinsichtlich der Bewertung des Betreuungsergebnisses im Hinblick auf die Suchtproblematik durch die Mitarbeiter der Einrichtungen besteht nur ein geringfügiger Unterschied zwischen Klienten mit HD PG und den Klienten der ambulanten Gesamtgruppe (Abbildung 23). Bei den Klienten mit HD PG wird ein etwas höherer Anteil an positiven Beurteilungen der Suchtproblematik zum Betreuungsende (99%) angegeben als bei Klienten der Gesamtgruppe (97%). Wobei eine positive Beurteilung bedeutet, dass sich die Problematik zu Betreuungsende entweder verbessert hat oder gleichgeblieben ist. Eine Verbesserung ist bei 66% der Klienten mit HD PG zu verzeichnen, während das nur bei 61% der Klienten der Gesamtgruppe der Fall ist. Eine negative Einschätzung des Behandlungsergebnisses im Sinne von Verschlechterung oder Neuauftreten einer Suchtproblematik liegt insgesamt nur bei 1% der Klienten mit HD PG und bei 3% der Klienten in der Gesamtgruppe vor. Nennenswerte Geschlechterunterschiede liegen in beiden Gruppen nicht vor.

Abbildung 23: Betreuungsergebnis (ambulant)



Im stationären Behandlungsbereich ist die positive Einschätzung des Behandlungsergebnisses hinsichtlich der Suchtproblematik gleich hoch wie im ambulanten Bereich. 99% der Patienten mit HD PG weisen am Ende ihrer Behandlung ein positives Ergebnis auf (Gesamtgruppe: 98%). Bei 87% der Patienten hat sich die Suchtproblematik gebessert, bei 13% ist sie unverändert geblieben. In der Gesamtgruppe fallen die Verbesserungen geringfügiger aus (81%; Abbildung 24).

Abbildung 24: Behandlungsergebnis (stationär)

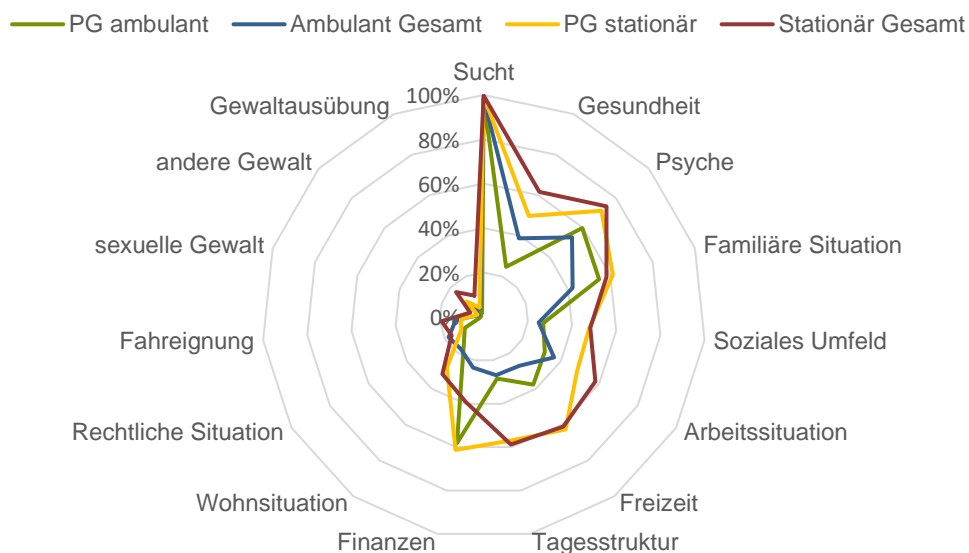


Problembereiche vor und nach der Betreuung/Behandlung

Hinsichtlich der Problemlage⁸ vor Beginn der Behandlung haben ambulant betreute Klienten mit HD PG neben ihrem Hauptproblem, der Sucht (98%), im Vergleich zu Klienten der Gesamtgruppe das größte Problem im finanziellen Bereich: 58% sehen hier eine Problematik wohingegen dies nur bei 23% der Klienten der Gesamtgruppe zutrifft. Noch etwas höher ist ihre psychische Belastung, jedoch ist hier der Unterschied zur Gesamtgruppe deutlich geringer (60% vs. 54%), ebenso die Problematik im sozialen Umfeld (27% vs. 25%) und in der Freizeit (38% vs. 27%; Abbildung 25).

Im stationären Behandlungsbereich zeigen sich weniger Problembereiche, die bei Patienten mit HD PG stärker ausgeprägt sind als in der Gesamtgruppe. Insgesamt sind die Unterschiede zur Gesamtgruppe eher gering. Die einzige Ausnahme bildet jedoch die finanzielle Situation: 61% der Patienten mit HD PG weisen hier Probleme auf, wohingegen dies nur bei 39% der Gesamtgruppe der Fall ist. Eine etwas höhere Problembelastung liegt für Patienten mit HD PG noch in den Bereichen Familie (61% vs. 58%) und Freizeit (63% vs. 61%; Abbildung 25) vor. Sowohl Patienten mit HD PG als auch die Gesamtgruppe ist im stationären Bereich in allen Problembereichen stärker belastet als die Klienten im ambulanten Bereich.

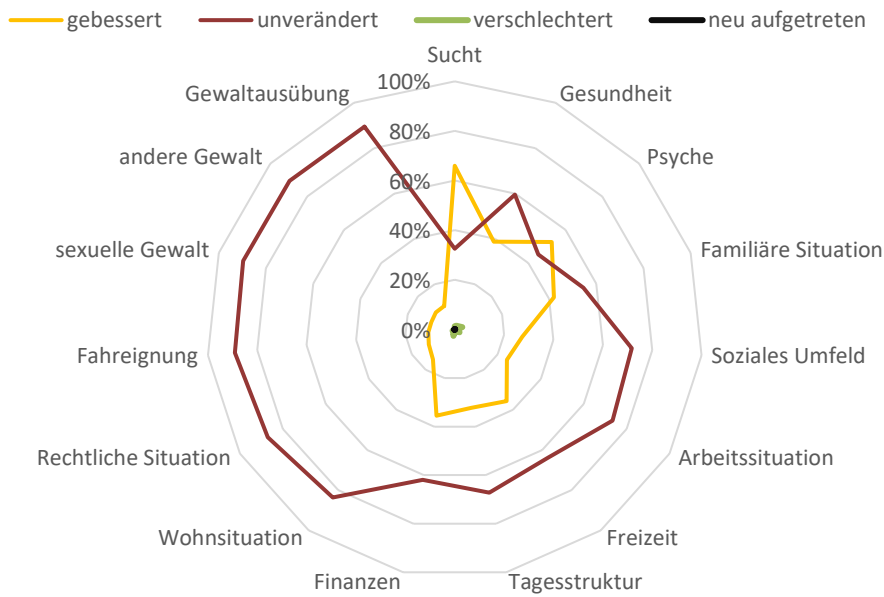
Abbildung 25: Problembereiche zu Beginn der Betreuung (ambulant/stationär)



Am Ende der ambulanten Betreuung liegt bei einem Großteil (66%) der Klienten mit HD PG eine Besserung hinsichtlich ihres Hauptproblems, der Sucht, vor, bei 33% hat sich keine Veränderung ergeben. Die finanzielle Situation, die bei 58% problematisch war, hat sich bei 36% verbessert, bei 62% ist sie unverändert geblieben. Probleme im psychischen Bereich, die bei 60% vorlagen, haben sich zum Betreuungsende bei 53% der Klienten gebessert, bei 45% sind sie unverändert. Auch im Freizeitbereich, der bei 38% zu Betreuungsbeginn problembelastet war, liegt bei 36% eine Besserung vor (Abbildung 26). Verschlechterungen oder Neuauftrete einer Problematik liegen in nennenswertem Ausmaß nicht vor.

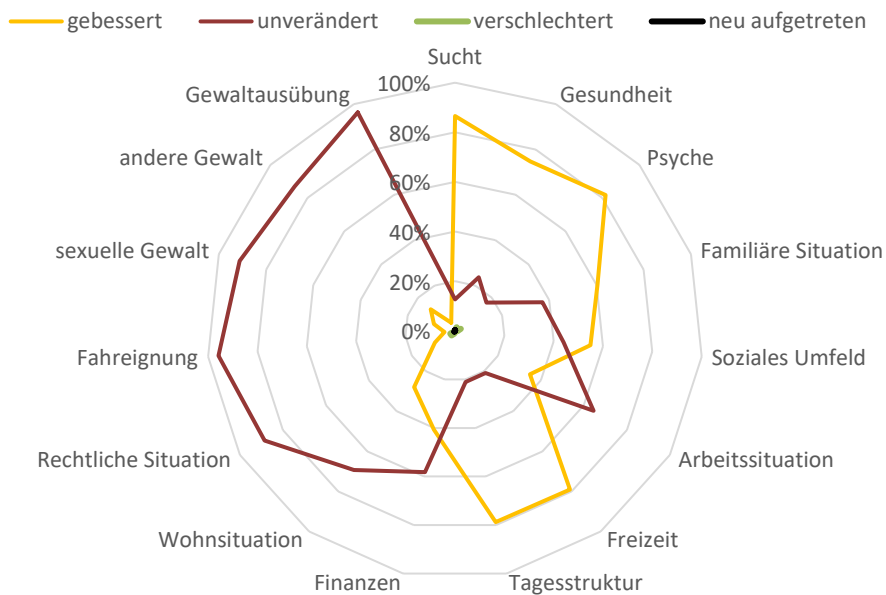
⁸ Die Bewertung der Problemlage erfolgt durch den jeweiligen Berater/Behandler.

Abbildung 26: Problembereiche zum Ende der Betreuung (HD PG; ambulant)



Am Ende ihrer stationären Behandlung hat sich bei 87% der Patienten mit HD PG das Suchtproblem gebessert, bei 13% ist es unverändert geblieben. Auch im Bereich der Finanzen, in dem bei Behandlungsbeginn bei 61% der Patienten eine Problematik vorlag, hat sich bei 41% eine Besserung ergeben, bei 58% hat sich nichts verändert. Die Problembelastung im Bereich der Familie (vor Behandlungsbeginn: 61%) hat sich bei 60% der Patienten verbessert, Probleme im psychischen Bereich haben sich zu 82% gebessert und auch in den Bereichen Freizeit und Tagesstruktur ist bei 79% eine Besserung eingetreten (Abbildung 27).

Abbildung 27: Problembereiche zum Ende der Behandlung (HD PG; stationär)



Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Soziodemographischer Hintergrund

- Der Anteil der männlichen Klienten/Patienten mit HD Pathologisches Glücksspielen ist deutlich höher als der Männeranteil in den Gesamtgruppen (amb. u. stat.).
- Klienten/Patienten mit HD PG sind im Durchschnitt etwas jünger als die Klienten/Patienten in den Gesamtgruppen (amb. u. stat.).
- Der Anteil der Klienten/Patienten mit HD PG, die einen Migrationshintergrund haben, liegt deutlich über dem Anteil in der Gesamtgruppe (amb. u. stat.) und in der Allgemeinbevölkerung.
- Im Vergleich zur jeweiligen Gesamtgruppe lebt sowohl von den ambulant betreuten Klienten als auch von den stationär behandelten Patienten mit HD PG ein größerer Anteil in einer Partnerschaft.
- Verglichen mit der Gesamtgruppe lebt ein etwas höherer Anteil ambulanter Klienten mit HD PG selbstständig. Der Anteil stationär behandelter Patienten mit HD PG, die selbstständig leben, unterscheidet sich nur geringfügig von der Gesamtgruppe.
- Eine Unterbringung vor Behandlungsbeginn in einer JVA, im Maßregelvollzug oder in der Sicherungsverwahrung liegt sowohl bei ambulant als auch bei stationär betreuten/behandelten Personen im Vergleich zu den Gesamtgruppen in geringerem Umfang vor.

Ausbildung und Erwerbstätigkeit

- Klienten (amb.) mit HD PG haben im Vergleich zur jeweiligen Gesamtgruppe ein etwas höheres Bildungsniveau, gegenüber der Allgemeinbevölkerung weisen sie jedoch ein etwas niedriges Bildungsniveau auf.
- Patienten (stat.) mit HD PG haben sowohl gegenüber der Gesamtgruppe als auch gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein deutlich niedrigeres Bildungsniveau.
- Sowohl bei Klienten als auch Patienten (amb. u. stat.) mit HD PG liegt eine deutlich höhere Erwerbstätigkeitsrate vor als in den jeweiligen Gesamtgruppen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist der Anteil der Erwerbstätigen unter Personen mit HD PG deutlich niedriger.

Finanzielle Situation

- Der Anteil der Klienten (amb.) mit Schulden, zum Teil in erheblichem Ausmaß, ist deutlich höher als bei Klienten (amb.) der Gesamtgruppe. Noch höher ist die Schuldenlast bei stationär behandelten Patienten mit HD PG.

Hauptspielform

- Die drei häufigsten terrestrischen Spielformen der Klienten (amb.) sind: Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten sowie Sportwetten. Die gleiche Rangreihe gilt auch für Patienten (stat.), jedoch mit höherem Anteil an Automaten-spiel in Gaststätten.
- Die meist genutzte internetbasierte Glücksspielform ist das Automatenspiel (amb. und stationär).

Substanzbezogene Störungen

- Folgende zusätzliche substanzbezogene Diagnosen liegen bei Klienten (amb.) mit HD PG in geringem Umfang vor: Tabak, Alkohol, Cannabis, Kokain und Stimulanzien. Bei den stationär behandelten Patienten liegen die gleichen zusätzlichen Diagnosen vor, jedoch mit zum Teil mehr als doppelt so hohen Anteilen.

Spielverhalten

- Im Durchschnitt spielen Klienten (amb.) 30 Tage vor Betreuungsbeginn 12,5 Tage und Patienten (stat.) 14 Tage an Geldspielautomaten in Spielhallen.
- Klienten (amb.) beginnen mit durchschnittlich 23 Jahren mit dem Spielen an Geldspielgeräten in Spielhallen und Gaststätten. Stationär Behandelte mit HD PG beginnen etwas früher mit 21 Jahren an Glücksspielautomaten in Gaststätten und mit 22 Jahren in Spielhallen zu spielen.
- Im Durchschnittsalter bei Störungsbeginn unterscheiden sich ambulant (27 Jahre) und stationär (26 Jahre) Behandelte mit HD PG kaum. Frauen sind jedoch bei Störungsbeginn deutlich älter als Männer.

Beratung und Behandlung

- Klienten mit HD PG kommen überwiegend als Selbstmelder oder durch ihr soziales Umfeld in die Betreuung. Diese Vermittlungsraten liegen deutlich über denen in der Gesamtgruppe.
- Stationär behandelte Patienten mit HD PG werden hauptsächlich von ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen in die Behandlung vermittelt.
- Ambulant betreute Klienten mit HD PG werden deutlich kürzer behandelt als Klienten der Gesamtgruppe. Im stationären Bereich fallen diese Unterschiede geringer aus.
- Klienten (amb.) mit HD PG beenden die Betreuung etwas seltener planmäßig als die Klienten der Gesamtgruppe. Im stationären Behandlungsbereich beenden wiederum Patienten mit HD PG die Behandlung etwas häufiger planmäßig als die Gesamtgruppe.
- Stationär Behandelte beenden deutlich häufiger als ambulant Betreute ihre Behandlung planmäßig.
- Stationär behandelte Patienten mit HD PG werden (wie insgesamt auch) deutlich häufiger nach Behandlungsende weitervermittelt als ambulant betreute Klienten mit HD PG.
- Klienten mit HD PG (amb.) weisen bezüglich ihrer Suchtproblematik größtenteils eine Besserung am Ende der Betreuung auf. Bei stationär behandelten Patienten mit HD PG liegt eine noch höhere Quote an Verbesserungen vor.
- Die vorrangigen Problembereiche zu Beginn der Behandlung (amb. und stat.) sind Sucht, Finanzen, Psyche und Freizeit.
- In allen Problembereichen wurden zum Ende der Betreuung/Behandlung Besserungen erzielt bzw. haben sich keine Veränderungen ergeben. Verschlechterungen kommen nur zu ganz geringfügigen Anteilen vor.

Quellen

Bauer, C., Sonntag, D., Hildebrand, A., Bühringer, G. & Kraus, L. (2009). Studiendesign und Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik 2007. *SUCHT*, 55 (Sonderheft 1), S6 - S14.

Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2018). Deutsche Suchthilfestatistik 2017. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2018). Deutsche Suchthilfestatistik 2017. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakten. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2018). Deutsche Suchthilfestatistik 2017. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen (Typ 1). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte HD Pathologisches Spielen. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2018). Deutsche Suchthilfestatistik 2017. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Einrichtungen (Typ 2). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte HD Pathologisches Spielen. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B. & Ludwig, M. (2012). *Ambulante Beratung und Behandlung von Personen mit Diagnose pathologisches Glücksspielen im Jahr 2009*. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de.

Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2018). *Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de.

DHS (2019). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Stand 01.01.2019. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Kipke, I., Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Cannabisbezogene Störungen – epidemiologische und soziodemographische Daten aus ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland 2000 – 2009. *SUCHT*, 57 (6), 439 – 450.

Künzel, J., Brand, H. & Braun, B. (2015). Klienten/Patienten mit HD Pathologisches Glücksspielen in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung. Kurzbericht Nr. 1/2015- Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de.

Destatis (2019). Themen. Gesellschaft und Umwelt. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/_inhalt.html.