

**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und
Schleswig-Holstein**

**Inanspruchnahme von
Rehabilitationsleistungen beim
pathologischen Glückspielen
(REPAG):
Versorgungslage und Bedarf**

**A. Bischof, C. Meyer, G. Bischof, U. John, H.-J.
Rumpf**

Abschlußbericht

April 2013

Korrespondenz:
Dr. phil. Anja Bischof
Universität Lübeck
Zentrum für Integrative Psychiatrie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: 0451 500 2965
anja.bischof@uksh.de

Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen beim pathologischen Glücksspielen (REPAG): Versorgungslage und Bedarf

(Projekt 167)

Bericht

An den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern
und Schleswig-Holstein e.V. (vffr)

Projektlaufzeit: 01.08.2012 bis 31.01.2013

Anja Bischof, Christian Meyer, Gallus Bischof, Ulrich John, Hans-Jürgen Rumpf

Lübeck, 30.04.2013

Forschungsgruppe S:TEP

(Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie, Epidemiologie und Prävention)
Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität zu Lübeck

in Kooperation mit dem IES

Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universitätsmedizin Greifswald

Inhalt

0. Zusammenfassung.....	3
1. Stand der Forschung.....	4
2. Ziele der REPAG-Studie.....	5
3. Methodik	5
3.1 Stichproben	7
3.1.1 Allgemeinbevölkerungsstichprobe	7
3.1.2 Spielort-Stichprobe.....	7
3.1.3 Projekthotline-Stichprobe	7
3.1.4 Klinik-Stichprobe.....	9
3.1.5 Gesamtstichprobe.....	9
3.2 Erhebungsinstrumente	11
3.2.1 CATI	11
3.2.2 CAPI und Drop-Off	13
4. Auswertung	15
5. Ergebnisse.....	16
5.1 Fragestellung 1: Inanspruchnahme formeller Hilfen in der Bevölkerung – Auswertung der proaktiv rekrutierten Stichproben.....	16
5.2 Fragestellung 2: Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme formeller Hilfen bei pathologischem Glücksspielen	21
5.3 Fragestellung 3: Unterschiede zwischen Teilnehmern mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, Teilnehmern mit Inanspruchnahme anderer Hilfen und Teilnehmern ohne Inanspruchnahme formeller Hilfen.....	24
6. Schlussfolgerungen.....	30
6.1 Bedarfs- und Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland	30
6.2 Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme formeller Hilfen.....	31
6.3 Unterscheidungsmerkmale pathologischer Glücksspieler mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen	32
7. Fazit	34
8. Erfolgte und geplante Veröffentlichungen.....	35
9. Literatur	36

0. Zusammenfassung

Hintergrund Die bisherige Datenlage zur Inanspruchnahme formeller Hilfen bei pathologischen Glücksspielern in Deutschland ist lückenhaft. Bislang lässt sich die Versorgungslage nur indirekt erschließen. Erstmals konnte mit dem Projekt PAGE (Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie) eine große Datenbasis aus verschiedenen Rekrutierungswegen bereitgestellt werden, die zum einen ermöglicht, die Versorgungslage in Deutschland anhand bevölkerungsbasierter Daten zu beschreiben, zum anderen differenzierte Aussagen über den Zusammenhang sozialer, psychopathologischer und spielbezogener Variablen mit der Inanspruchnahme formeller Hilfen machen zu können.

Ziele Die Auswertung folgt drei Fragestellungen: 1. Bestimmung der Versorgungslage anhand einer repräsentativen Teilstichprobe, 2. Identifizierung von Einflussfaktoren für Inanspruchnahme, 3. Unterschiede zwischen Teilnehmern, die stationär oder ambulant eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben, und Teilnehmern ohne bzw. mit Inanspruchnahme anderer formeller Hilfen.

Methodik Im Rahmen der REPAG-Studie wurden Daten einer Stichprobe von 444 pathologischen Glücksspielern aus dem Projekt PAGE hinsichtlich der Inanspruchnahme formeller Hilfen ausgewertet. Dabei wurden Unterschiede zwischen pathologischen Glücksspielern mit und ohne formelle Hilfen untersucht hinsichtlich komorbider Erkrankungen, soziodemographischer Daten und der Problemschwere der Glücksspielsucht. Die Untersuchung von Subgruppenunterschieden wurde ermöglicht durch das Patched-up-Design der PAGE-Studie, das verschiedene Rekrutierungswege umfasste: 1) eine Zufallsauswahl der 14- bis 64-jährigen Allgemeinbevölkerung, 2) eine Stichprobe von Glücksspielern, die an Glücksspielorten rekrutiert wurden, 3) eine Stichprobe von aktuellen oder ehemaligen Glücksspielern, die sich über eine telefonische Projekthotline zur Studienteilnahme bereit erklärten, und 4) eine Stichprobe von Glücksspielern, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in stationärer Behandlung befanden.

Ergebnisse Aus der Allgemeinbevölkerungsstichprobe hatten 80% der pathologischen Glücksspieler nie in ihrem Leben Kontakt zum Hilfesystem gehabt. Über alle Rekrutierungsstränge hinweg wurden Alter (Odds Ratio, OR: 1.05, 95%-Konfidenzintervall, CI: 1.03-1.08), Anzahl der DSM-IV Kriterien für pathologisches Glücksspielen (OR: 1.34, CI: 1.06-1.70), negative Konsequenzen aufgrund des Spielverhaltens (OR: 1.10, CI: 1.03-1.16) und sozialer Druck (OR: 1.17, CI: 1.07-1.27) als Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von Hilfen identifiziert. Die Variable Migrationshintergrund erwies sich als Hemmnis für die Inanspruchnahme formeller Hilfen (Rehamaßnahme vs. keine Inanspruchnahme: OR: 0.29, CI: 0.14-0.59; irgendeine Inanspruchnahme vs. keine Inanspruchnahme: OR: 0.45, CI: 0.24-0.84). Teilnehmer mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen unterschieden sich von Teilnehmern mit Inanspruchnahme anderer Hilfen im Vorliegen einer Angststörung (OR: 2.17, CI: 1.19-3.94).

Fazit Die Daten weisen darauf hin, dass pathologische Glücksspieler in Deutschland unterversorgt sind. Besonders bei Menschen mit Migrationshintergrund liegen äußerst geringe Inanspruchnahmeraten vor. Das Hilfesystem erreicht pathologische Glücksspieler erst in einem sehr späten Stadium der Suchterkrankung. Geeignete Frühinterventionen, eine bessere Einbindung von Hausärzten sowie eine mehr auf die Bedürfnisse von Migranten ausgerichtete Suchthilfe könnten Abhilfe schaffen.

1. Stand der Forschung

Nach derzeitigem Stand wird pathologisches Glücksspielen als Impulskontrollstörung klassifiziert. In der fünften Revision des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* ist es als stoffungebundene Suchterkrankung vorgesehen ist (American Psychiatric Association, 2012). Bislang gilt die Diagnose erfüllt, wenn mindestens fünf der zehn Kriterien nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) vorliegen .

In internationalen Allgemeinbevölkerungsstudien wurden Lebenszeit-Prävalenzen für pathologisches Glücksspielen bei Erwachsenen von 0,4 bis 4,2% gefunden (Lorains, Cowlshaw, & Thomas, 2011). Die epidemiologische Studie PAGE – Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie schätzen die Prävalenz in der Bundesrepublik Deutschland auf 1,0% für die Lebenszeit (95%-Vertrauensintervall 0,7%-1,4%) und auf 0,35% für aktuelle Spielprobleme innerhalb der letzten 12 Monate (95%-Vertrauensintervall 0,2%-0,5%, C. Meyer, Rumpf, Kreuzer et al., 2011). Die aktuellste repräsentative Befragung der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2011 schätzt die 12-Monats-Prävalenz auf 0,49% (BZGA, 2012), wobei die erhöhte Prävalenz durch unterschiedliche Screening-Instrumente bedingt sein kann.

Generell ist die Inanspruchnahme formeller Hilfen bei pathologischen Glücksspielern, wie z.B. die Teilnahme an einer professionellen Therapie oder einer Selbsthilfegruppe, sehr niedrig (Slutske, 2006; Suurvali, Hodgins, Toneatto et al., 2008). Im US-amerikanischen National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) wurden 43.093 Personen zu ihrem Spielverhalten und zur Inanspruchnahme formeller Hilfen befragt. Von den 185 Probanden mit der Diagnose pathologisches Glücksspielen hatten 22 (9,9%) professionelle Hilfe für glücksspielbezogene Probleme in Anspruch genommen oder eine Selbsthilfegruppe besucht (Slutske, 2006). In der US-amerikanischen Gambling Impact and Behavior Study (GIBS) wurden 2417 Teilnehmer befragt. Nur 2 der 21 Teilnehmer mit pathologischem Glücksspielverhalten hatten formelle Hilfe in Anspruch genommen (Slutske, 2006). In der Australian Community-Based Twin Study erfüllten 104 (2,2%) der 4764 Teilnehmer die Diagnose pathologisches Spielen. Von ihnen hatten 20 (19,2%) entweder formelle Hilfen in Anspruch genommen oder eine Selbsthilfegruppe besucht (Slutske, Blaszczyński, & Martin, 2009). Sowohl in der Australischen Studie als auch in der NESARC Studie korrelierte die Anzahl der erfüllten DSM-IV Kriterien signifikant mit der Inanspruchnahme formeller Hilfen. Bislang weiß man allerdings wenig über andere Faktoren, die eine Inanspruchnahme der Hilfeangebote befördern oder verhindern können. Modelle, die für andere Suchterkrankungen entwickelt wurden, legen die Annahme nahe, dass psychische Belastungen wie z.B. eine Depression, negative Konsequenzen durch das Suchtverhalten und sozialer Druck die Aufnahme einer Behandlung wahrscheinlicher machen (Finney & Moos, 1995).

In bisherigen Bevölkerungsstudien zu pathologischem Glücksspielen in Deutschland sind bislang keine Daten zur Inanspruchnahme des Hilfesystems erhoben worden, sodass die tatsächlichen Raten nicht bekannt sind (Queri, Erbas, & Soyka, 2007). Die Deutsche Suchthilfestatistik gibt an, dass 2009 sowohl stationär als auch ambulant über 6000 Hauptdiagnosen „pathologisches Glücksspielen“ vergeben wurden, wobei die Erfassungsrate der Facheinrichtungen lediglich 43-48% im stationären und 69-74% im ambulanten Bereich umfasst (Pfeiffer-Gerschel, Künzel, & Steppan, 2011). Seit 2007 lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Diagnosevergabe in der ambulanten Versorgung beobachten. Stationär ist die Rate der vergebenen Hauptdiagnosen von 1,6% auf 2,5% der Gesamtdiagnosen gestiegen (G. Meyer, 2012).

Grundlage für das Angebot professioneller Hilfen für pathologisches Glücksspielen sind die 2001 entwickelten „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspielen“. Therapien sind dementsprechend oftmals Angebote von Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Suchttherapie.

2. Ziele der REPAG-Studie

Im Rahmen der REPAG-Studie wurde anhand einer Stichprobe von pathologischen Glücksspielern aus dem Projekt „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE)“ untersucht, wie viele Teilnehmer von professioneller, glücksspielsuchtspezifischer Hilfe erreicht wurden und inwiefern sich die erreichten Teilnehmer hinsichtlich soziodemographischer Variablen, psychiatrischer Komorbidität und weiteren Merkmalen von denjenigen unterscheiden, die keine Hilfen in Anspruch genommen haben. Zum einen soll so der Versorgungsstand von Menschen mit suchthaftem Glücksspielverhalten bestimmt werden, zum anderen soll analysiert werden, welche Personengruppen unterversorgt sind.

Die REPAG-Studie hatte zum Ziel, die Inanspruchnahme pathologischer Glücksspieler zu untersuchen. Es wurde hier davon ausgegangen, dass pathologische Glücksspieler die Zielgruppe für Behandlung darstellen. Daher wurden für REPAG nur Daten der pathologischen Glücksspieler genutzt, nicht die derjenigen, die weniger als 5 DSM-IV Kriterien erfüllten. Die Analysen ermöglichen eine Charakterisierung der durch die Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung erreichten Gruppe der pathologischen Glücksspieler. Insbesondere sollten auch Lücken aufgezeigt werden, welche Teilgruppen besonders schlecht versorgt werden. Die Daten können als Ausgangspunkt für gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung genutzt werden.

Im Mittelpunkt der Analysen standen Vergleiche Pathologischer Glücksspieler mit und ohne Inanspruchnahme formeller Hilfen. Folgende Analysen wurden vorgenommen:

1. **Fragestellung:** Wie ist die Bedarfs- und Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland?
2. **Fragestellung:** Welche Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme formeller Hilfen?
3. **Fragestellung:** Wie unterscheiden sich Menschen mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen von anderen pathologischen Glücksspielern?

3. Methodik

Die Datenbasis für das Projekt REPAG beruhte auf der von den Bundesländern finanzierten PAGE-Studie, die von Dezember 2009 bis Februar 2011 von den Universitäten Lübeck und Greifswald durchgeführt wurde.

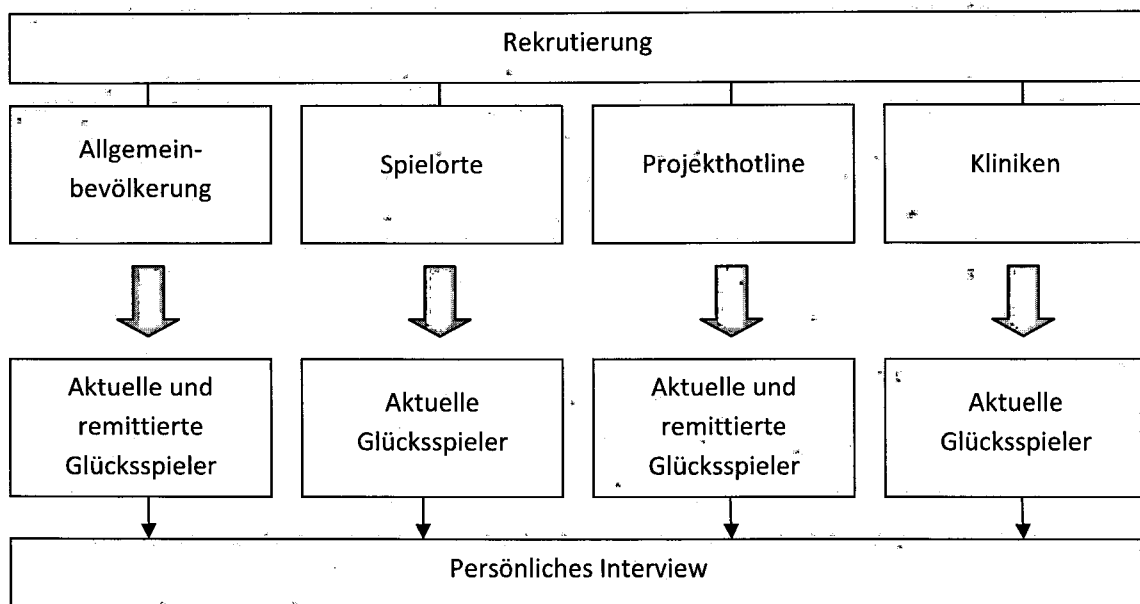
Die Daten wurden in vier Teilstichproben erhoben:

- 1) Eine Zufallsauswahl der 14- bis 64-jährigen in der Gesamtbevölkerung, die a) aus der Grundgesamtheit der Personen mit Festnetzanschluss und b) aus der Grundgesamtheit der Personen, die nur über Mobiltelefon erreichbar sind, gezogen wurden.
- 2) Eine Stichprobe von gegenwärtigen Glücksspielern, die an Glücksspielorten rekrutiert wurden.

- 3) Eine Stichprobe aktueller oder ehemaliger Glücksspieler, die über eine Projekthotline rekrutiert wurden. Auf die Nummer der Projekthotline wurde einerseits über Medien, andererseits über Einrichtungen mit hoher Prävalenz von Glücksspielern wie Suchtberatungsstellen, Schuldenberatungsstellen, Bewährungshelfer und Selbsthilfegruppen hingewiesen.
- 4) Eine Stichprobe von Patienten, die in Glücksspiel-Kliniken bzw. Einrichtungen mit stationärer Behandlung für Glücksspieler rekrutiert wurden und dort zum Zeitpunkt der Befragung eine stationäre Therapie absolvierten.

Abbildung 1 zeigt das Studiendesign der PAGE-Studie.

Abb. 1 Patched-up-Design der PAGE-Studie



Alle Teilnehmer erhielten ein computergestütztes, diagnostisches Telefoninterview (computer assisted telephone interview; CATI). Alle Teilnehmer mit mindestens fünf DSM-IV Kriterien für pathologisches Glücksspielen wurden um Teilnahme an einer weiterführenden klinischen Befragung (computer assisted personal interview; CAPI) gebeten, die in der Regel in den Haushalten der Teilnehmer oder an einem anderen geeigneten Ort durchgeführt wurde. Ergänzend zum CAPI wurde ein Teil der Erhebung durch einen Fragebogen (Drop-Off) erhoben, den die Probanden zuhause ausfüllten und auf dem Postweg an die Studienzentrale schickten.

3.1 Stichproben

3.1.1 Allgemeinbevölkerungsstichprobe

Die Festnetzstichprobe wurde in einem mehrstufigen Prozess gezogen. Zu Beginn wurden Primary Sampling Units (PSUs) mit insgesamt 53 Sample Points in 52 Gemeinden gezogen. Dabei wurden die PSUs stratifiziert nach Bundesländern, Regierungsbezirken und Kreisen, sowie der Spielautomatendichte. In einem zweiten Schritt wurden die Zielhaushalte anhand von Telefonnummern bestimmt, die den Gemeinden über die Vorwahlen zugeordnet wurden. Im dritten Schritt wurden die Zielpersonen bestimmt. Konnten mehrere potentielle Zielpersonen (14- bis 64-jährige) über die Telefonnummer erreicht werden, wurde mit der Last-Birthday-Frage die Zielperson bestimmt. Der Erhebungszeitraum der Festnetzstichprobe umfasste 5 Monate (Juni bis Oktober 2010). Mit allen Teilnehmern wurde ein im Durchschnitt 15-minütiges diagnostisches Interview von geschulten Interviewern durchgeführt.

Zusätzlich zur Festnetzstichprobe wurde eine Mobilfunk-Stichprobe (Mobile Only) gezogen, da immer mehr Menschen über keinen Festnetzanschluss verfügen und nur noch über Mobiltelefone erreichbar sind. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit einer regionalen Zuordnung der Mobilfunknummern umfasste der Auswahlrahmen das gesamte Bundesgebiet. Ein Screening bestimmte Personen im Alter von 14 bis 64 Jahren, die ausschließlich über ein mobiles Telefon erreichbar waren. Der Erhebungszeitraum für die Mobile-Only Stichprobe erstreckte sich von November 2010 bis Februar 2011.

3.1.2 Spielort-Stichprobe

In Spielhallen und einer Spielbank in den ausgewählten Sample Points wurden Besucher – mit Einverständnis der Betreiber – um die Teilnahme an der telefonischen Befragung gebeten und gegebenenfalls für das nachfolgende CAPI. Für die Teilnahme am Telefoninterview erhielten die Probanden ein Incentive von anfänglich 10 Euro, später von 20 Euro, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen.

3.1.3 Projekthotline-Stichprobe

Über die Pressestelle des Universitätsklinikums Lübeck wurde Anfang April 2010 ein Presseaufruf verschickt, um Teilnehmer für die Studie zu rekrutieren. In diesem Presstext wurden Ziele und Adressaten der Studie benannt. Der Presseverteiler beinhaltete die regionale sowie die bundesweite Tagespresse, Hörfunk und Fernsehen (landes- und bundesweit) sowie die Nachrichtenagenturen, freie Medizin-Journalisten und einige fachbezogene Medien (Ärzteblatt, Ärztezeitung, etc.). Zur Nachrekrutierung von remittierten Glücksspielern, die bislang keinen Kontakt zum Hilfesystem

hatten, wurde im Dezember 2010 noch einmal ein leicht modifizierter Presseaufruf an ausgewählte Zeitungen in Lübeck, Hamburg und Berlin verschickt.

Für die Rekrutierung von Probanden wurde zudem ein vierseitiges Faltblatt erstellt, das in groben Zügen die Ziele der Studie darstellte und die Einschlusskriterien für mögliche Studienteilnehmer umriss. Dieser Flyer wurde an Orten ausgelegt bzw. über Verteiler verschickt, die eine hohe Wahrscheinlichkeit aufweisen, die Zielgruppe – pathologische Glücksspieler – zu erreichen. Hierzu zählten sowohl glücksspielspezifische Einrichtungen (z.B. Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen), als auch glücksspielunspezifische Einrichtungen oder Anlaufstellen (wie Bewährungshelfer und Schuldnerberatungen), bei denen aber mit einer erhöhten Prävalenz von Glücksspielern zu rechnen war.

Selbsthilfegruppen (SHG) werden von Aktuelspielern, teilremittierten und remittierten Spielern genutzt und getragen. In Deutschland existiert eine Reihe von Glücksspiel-SHG, die zum Teil vernetzt oder Teil eines größeren Zusammenschlusses sind und über zentrale Kontaktstellen oder Interneteinträge verfügen. Für die Rekrutierung von Studienteilnehmern wurden Multiplikatoren gewählt und kontaktiert, z.B. SHG-Gruppenleiter, Landesfachstellen für Glücksspielsucht und SHG-Landesjahrestagung.

Für die Rekrutierung in Suchtberatungsstellen wurden einerseits alle Suchtberatungsstellen einbezogen, die in den Sample-Points der Studie registriert waren. Es wurden dabei 493 im Internet recherchierte Suchtberatungsstellen postalisch über die Studie informiert. Sie bekamen jeweils zehn Studien-Flyer zugeschiedt. Andererseits wurden Multiplikatoren genutzt und einige interessierte Suchtberatungsstellen telefonisch kontaktiert oder persönlich aufgesucht. Zu den Multiplikatoren gehörten Dachverbände wie z.B. der Paritätische Wohlfahrtsverband, Fachstellen für Suchtprävention, Landesstellen für Suchtfragen der Bundesländer, die entsprechenden Länderkoordinatoren für pathologisches Glücksspielen sowie das Forum Glücksspielsucht. Parallel dazu könnte durch eine Informationskampagne auf der Jahrestagung 2010 gewährleistet werden, dass bundesweit nahezu alle Suchtberatungsstellen zu Glücksspielsucht über die Studie informiert wurden.

Die Rekrutierung in Schuldnerberatungsstellen erfolgte über eine Kontaktaufnahme mit Einrichtungen in den jeweiligen Sample Points (z.B. niedergelassene Schuldnerberatungsstellen, AWO, Diakonisches Werk, Verbraucherzentralen, Bundesarbeitsgemeinschaften für Schuldnerberatungsstellen, Forum der Schuldnerberatung). Soweit erwünscht, wurde an die kontaktierten Stellen Informationsmaterial (Flyer, Informationen über die Studie) versendet.

Die bundesweite Rekrutierung über Einrichtungen der Bewährungshilfe bzw. Entlassenenhilfe zielte ab auf Personen, die mit dem Gesetz in Konflikt gekommen waren und eine Glücksspielproblematik aufwiesen. In den Sample Points wurden Landessprecher oder Bewährungshelfer persönlich kontaktiert. Zusätzlich wurden Informationsmaterial und Flyer bundesweit an alle Einrichtungen der Bewährungshilfe versandt.

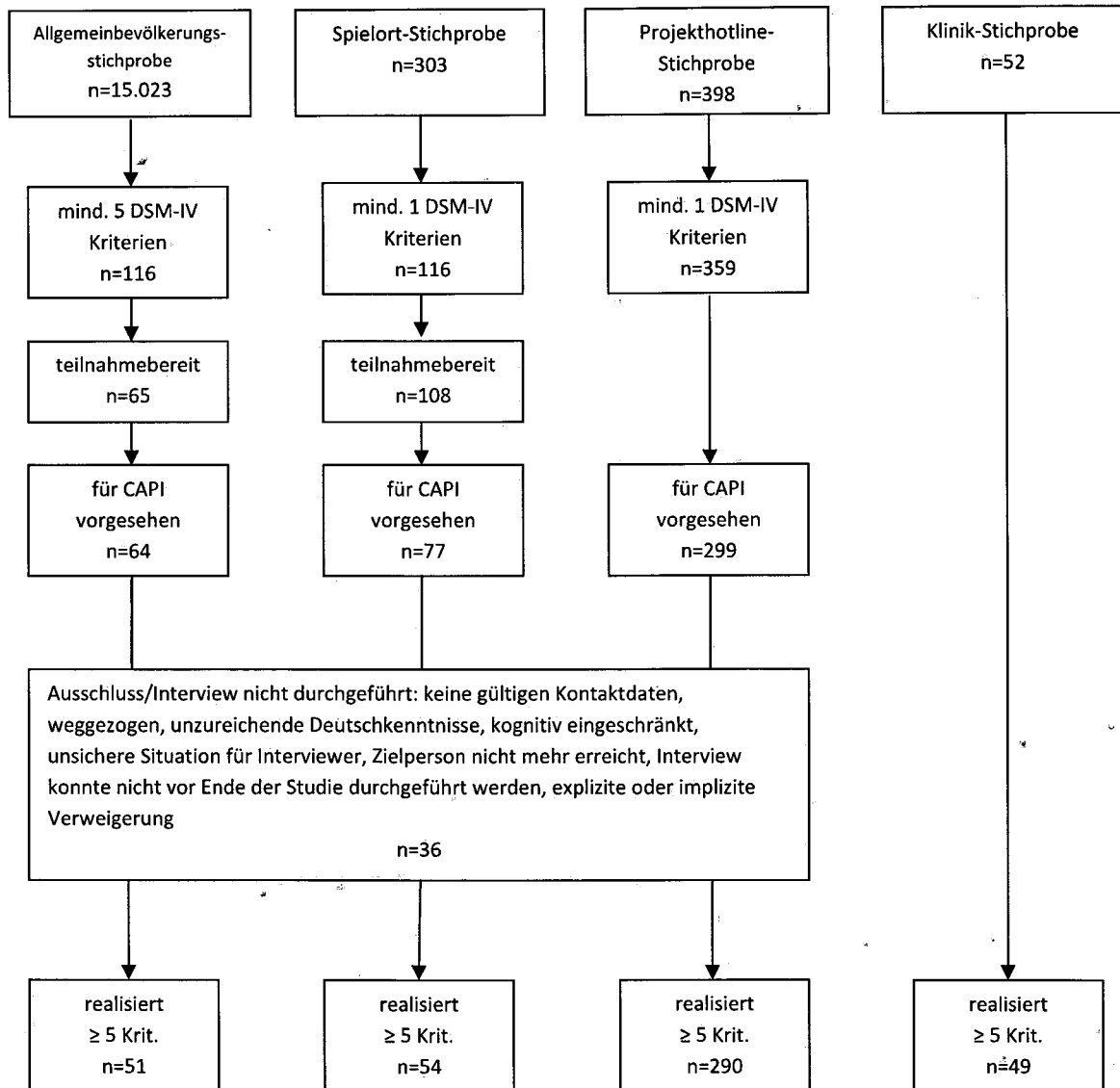
3.1.4 Klinik-Stichprobe

In Fachkliniken wurden Probanden rekrutiert, die sich im Erhebungszeitraum wegen einer Glücksspielproblematik in stationärer Behandlung befanden. Mit 17 Kliniken wurden Gespräche zur Organisation der Rekrutierung und Interviewdurchführung geführt. Ziel war die Rekrutierung von 50 Patienten. In insgesamt 8 Kliniken konnten 49 pathologische Glücksspieler eingeschlossen werden.

3.1.5 Gesamtstichprobe

Abbildung 2 gibt einen Überblick zur Zusammensetzung der Probanden mit CAPI in der Gesamtstichprobe. Die pathologischen Glücksspieler wurden überwiegend (76,4%) durch Presseaufrufe (Projekthotline-Stichprobe) bzw. in Kliniken rekrutiert.

Abb. 2 Zusammensetzung der Stichprobe pathologischer Glücksspieler mit CAPI nach Rekrutierungsweg und Klassifikation glücksspielbezogener Probleme



3.2 Erhebungsinstrumente

3.2.1 CATI

Kern des CATI war die Erfassung von Spielverhalten und Spielproblemen zur Diagnostik von pathologischem Glücksspielen. Die Klassifikation erfolgte nach Anzahl der erfüllten DSM-IV-A-Kriterien für Pathologisches Spielen auf Grundlage der Gambling Sektion des Composite International Diagnostic Interview (CIDI; WHO, 2009). Die Erfassung der Spielarten wurde dem deutschen Glücksspielangebot angepasst. Die Spielfrequenz wurde für die Lebenszeit differenziert für jede Spielform erfragt. Ergänzend wurden bereits während des CATI Screeningfragen aus dem M-CIDI (Munich-Composite International Diagnostic Interview; Wittchen, Weigel, & Pfister, 1996) zum Vorliegen einer Bipolar-I-Störung gestellt. Außerdem wurden die Probanden gefragt, ob sie auch außerhalb von Manischen Phasen gespielt haben, um Abgrenzungen und mögliche Überschneidungen zwischen einer Manie und pathologischem Spielverhalten zu erfassen.

Tabelle 1 stellt dar, welche Fragen der Gambling-Sektion die DSM-IV-A-Kriterien für pathologisches Glücksspielen erfassen. 5-10 Kriterien entsprechen der Diagnose pathologisches Glücksspielen.

Tab. 1 Erfassung der DSM-IV-A-Kriterien für Pathologisches Glücksspielen mit dem CIDI-Gambling

DSM-IV-Kriterien für Pathologisches Glücksspielen Die betroffene Person ...	Entsprechende Items in der Gambling-Sektion des CIDI
(1) ... ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen),	CG10 Hatten Sie jemals Phasen, in denen Sie sehr viel Zeit damit verbrachten, über Ihr Spielen nachzudenken, während Sie über andere Dinge hätten nachdenken sollen?
	CG11 Hatten Sie jemals Phasen, in denen Sie sehr viel Zeit damit verbrachten, Ihr Glücksspiel zu planen oder Gewinnchancen zu prüfen, während Sie andere Dinge hätten tun sollen?
(2) ... muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen,	CG12 Haben Sie, über die Zeit betrachtet, die Geldeinsätze für Wetten oder Glücksspiele gesteigert, um die Spannung aufrecht zu erhalten?
(3) ... hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben,	CG22 Hatten Sie jemals Zeiten, in denen Sie spielten, obwohl Sie sich selbst versprochen hatten es nicht zu tun, oder in denen Sie um mehr Geld spielten oder längere Zeit wetteten, als Sie sich vorgenommen hatten?
	CG25 Wieviele Male versuchten Sie ernsthaft das Spielen einzuschränken oder aufzugeben?
(4) ... ist unruhig oder gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben,	CG26 Hat der Versuch, das Spielen zu reduzieren oder aufzugeben, Sie unruhig oder gereizt werden lassen?
(5) ... spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern,	CG14 Gab es jemals eine Zeit in ihrem Leben, in der Sie oftmals Wetten oder Glücksspiele dazu benutzten, aus einer schlechten Stimmung herauszukommen oder Ihre Stimmung zu verbessern?
	CG15 Spielten Sie oft, um vor der gedanklichen Beschäftigung mit persönlichen Problemen zu fliehen oder die Gedanken daran zu stoppen?
(6) ... kehrt, nachdem er beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“),	CG17 Nachdem Sie Geld durch Spielen verloren haben, sind Sie dann oft sofort am nächsten Tag zurückgekehrt, um Ihre Verluste zurückzugewinnen?
	CG18 Wenn Sie hohe Spielschulden hatten, spielten Sie dann immer mehr, in der Hoffnung, die Verluste zurückzugewinnen?
(7) ... belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß seiner Verstrickung in das Spielen zu vertuschen,	CG8 Gab es jemals eine Zeit, in der Sie oftmals versuchten vor Ihrer Familie oder Freunden zu verheimlichen, wie viel Sie spielten?
	CG9 Behaupteten Sie manchmal zu gewinnen, während Sie tatsächlich am Verlieren waren?
(8) ... hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren	CG19 Haben Sie jemals versucht sich Geld zum Spielen zu besorgen, indem Sie einen ungedeckten Scheck ausstellten, Geld stahlen oder etwas anderes Gesetzeswidriges taten?
(9) ... hat eine wichtige Beziehung, seinen Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren,	CG2 Gab es jemals eine Zeit, in der Sie wegen des Wettens oder Glücksspielens häufiger Ihre Pflichten bei der Arbeit, in der Schule, oder zu Hause vernachlässigten?
	CG3 Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr Wetten oder Glücksspiel zu wiederholten Auseinandersetzungen oder anderen ernsthaften Problemen mit Ihrer Familie, Freunden, Nachbarn oder Kollegen führte?
(10)* ... verlässt sich darauf, dass andere ihm Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.	CG20 Haben Sie sich wiederholt von Ihrer Familie oder Freunden Geld geliehen, um es für Ihr Spielen einzusetzen oder um Spielschulden zu bezahlen?

Im CATI wurden zu Beginn grundlegende soziodemografische Daten, Social Capital (soziale Partizipation und Vertrauen), Internetnutzung und resultierende Probleme erfasst. Dieser Interviewablauf (Sukzession) diente dem günstigen Eintritt in das Gespräch und vermied, dass die Befragten am Telefon zu Beginn sofort mit Fragen nach spielbezogenen Problemen konfrontiert würden und somit möglicherweise durch selektive Abbruchraten eine Verzerrung der Stichprobenszusammensetzung bedingten.

Im CATI wurde außerdem die Inanspruchnahme formeller Hilfen mit zwei Fragen erhoben:

1. Haben Sie jemals in Ihrem Leben mit einem Arzt oder anderen Fachpersonen über Ihre Spielprobleme gesprochen? (Mit anderen Fachpersonen meinen wir Psychotherapeuten, Berater, Pastoren/Pfarrer, Heilpraktiker, Akkupunkteure oder andere Gesundheitsfachleute.)
2. Haben Sie jemals eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Spielproblemen aufgesucht?

3.2.2 CAPI und Drop-Off

Das CAPI und das Drop-Off deckten folgende Themenbereiche ab: Probleme, die aus dem pathologischen Glücksspielverhalten resultieren, zusätzlich bestehende psychische Störungen (Komorbidität), individuelle Risiko- und Schutzfaktoren, Änderungsbereitschaft, Remission und aufrechterhaltende Faktoren, Inanspruchnahme formeller Hilfen und gesundheitsbezogene Merkmale (vgl. Meyer et al., 2011).

Für die Diagnose von Störungen im Bereich der Achse I nach DSM-IV wurde das M-CIDI eingesetzt. Es wurden folgende Sektionen des M-CIDI erhoben: Nikotinabhängigkeit, Angststörungen (mit Ausnahme der Fragen zu spezifischen Phobien), Depression, Manie, Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit, Drogen- und Medikamentenmissbrauch bzw. Drogen- und Medikamentenabhängigkeit und Posttraumatische Belastungsstörungen.

Die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen erfolgte mit dem Skid II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II; Fydrich, Renneberg, Schmitz et al., 1997). Der Patientenfragebogen wurde dabei nicht eingesetzt. Bis auf die Befragungsteile zu negativistischer und depressiver Persönlichkeitsstörungen (derzeit nicht Teil der regulären diagnostischen Kategorien des DSM-IV) wurden alle Persönlichkeitsstörungen erfasst. Die Sprungregel des Skid II wurde dabei nicht angewendet, um eine Quantifizierung der für die jeweilige Persönlichkeitsstörung erfüllten Anzahl von Kriterien zu ermöglichen.

Im CAPI war eine differenziertere Erfassung des Inanspruchnahmeverhaltens möglich sowohl in Bezug auf Glücksspielspezifische als auch darüber hinausgehende professionelle Hilfeangebote, die für die Glücksspielproblematik genutzt wurden. Hierfür wurde ein Inanspruchnahme-Fragebogen aus

der Bevölkerungsstudie Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS; Rumpf, Meyer, Hapke et al., 2000) herangezogen und an Glücksspielbezogene Hilfen adaptiert. Folgende Hilfeangebote wurden im klinischen Interview erfasst:

1. Behandlung in psychiatrischer Klinik
2. Behandlung in auf Glücksspielen spezialisierter Klinik
3. Ambulante Rehabilitation in Glücksspielspezifischer Einrichtung
4. Beratung in psychiatrischer Klinik
5. Spielersprechstunde
6. Teilnahme an Selbsthilfegruppen
7. Online-Beratung
8. Suchtberatungsstelle
9. Familienberatungsstelle
10. Schuldnerberatungsstelle
11. Glücksspiel-Hotline
12. Forum oder Chat zur Glücksspielsucht (aktive Teilnahme)
13. Psychologin
14. Hausarzt
15. Pfarrer/Pastor
16. Sozialarbeiter.

Für jedes Hilfeangebot wurden der Erst- und Letztkontakt sowie die Gesamtzahl der Kontakte erfragt.

Weiterhin wurde die Skala zur Erfassung Sozialen Drucks (SSD; Bischof, Rumpf, Hapke et al., 2003) eingesetzt, um zu erfassen, ob Angehörige und Freunde den Betroffenen unter Druck setzten, mit dem Spielen aufzuhören bzw. das Spielverhalten zu ändern. Soziale Unterstützung wurde mit der Social Support Appraisal Scale erhoben (SS-A; Vaux, Phillips, Holly et al., 1986). Für die Erfassung negativer Konsequenzen aufgrund des Spielverhaltens wurde eine für Spielprobleme modifizierte Version des Adverse Consequences from Drinking Fragebogens eingesetzt (ACD; Moos, Cronkite, Billings et al., 1985).

4. Auswertung

Für die Bearbeitung der ersten Fragestellung wurden das Inanspruchnahmeverhalten pathologischer Glücksspieler aus den zwei proaktiv rekrutierten Stichproben (Allgemeinbevölkerungsstichprobe und Spielort-Stichprobe) analysiert, um Aussagen über die Versorgungslage und den Bedarf in der Bundesrepublik treffen zu können, da durch die über Projekthotline und in Kliniken rekrutierten Teilnehmer die Realität nicht ausreichend abgebildet werden kann.

Die Bearbeitung der zweiten Fragestellung beinhaltete eine Analyse von Faktoren, die mit der Inanspruchnahme formeller Hilfen assoziiert sind, wie soziodemographische, spielbezogene und soziale Variablen. Hierfür wurde ein Vergleich zwischen Inanspruchnehmern und Nicht-Inanspruchnehmern vorgenommen.

Für die Bearbeitung der dritten Fragestellung wurde eine Analyse hinsichtlich der Merkmale von Inanspruchnehmern von Rehabilitationsmaßnahmen im Vergleich zu Inanspruchnehmern anderer therapeutischer Hilfen und im Vergleich zu pathologischen Glücksspielern ohne Inanspruchnahme vorgenommen.

Neben univariaten statistischen Verfahren (Chi²-Tests, Mann-Whitney-U-Tests) wurden logistische Regressionsanalysen für die Analysen verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ festgelegt. Um mögliche systematische Unterschiede in der Stichprobenzusammensetzung der Allgemeinbevölkerungsstichprobe und der Spielort-Stichprobe zu analysieren, wurden CAPI-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer für Fragestellung 1 mittels Chi²-Tests und Effektstärken verglichen. Hiermit sollte festgestellt werden, ob bestimmte Subgruppen mit der Studie nicht oder nur unzureichend erreicht werden konnten. Alle Berechnungen basieren auf Lebenszeit-Daten: sowohl pathologisches Glücksspielverhalten als auch psychiatrische Komorbidität wurden für die Lebenszeit erhoben.

Die Analyse der Gruppe der pathologischen Glücksspieler aus der Allgemeinbevölkerungsstichprobe erfolgte auf Basis gewichteter Daten. Bei der Gewichtung wurden Designfaktoren berücksichtigt und soziodemographische Kernmerkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund) der aus offiziellen Statistiken entnommenen Verteilungen in der bundesdeutschen Bevölkerung angepasst.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde bei einigen Analysen die Intensität der Inanspruchnahme analog zu Vorarbeiten zur Inanspruchnahme bei alkoholbezogenen Störungen (Rumpf et al., 2000) zusammengefasst in:

- keine Inanspruchnahme
- geringfügige Inanspruchnahme (definiert als: 1-3 mal Beratung wegen Glücksspielens in psychiatrischer Klinik, Spielersprechstunde, Onlineberatung, Suchtberatungsstelle, Familienberatung, Glücksspiel-Hotline, durch Psychologen oder Sozialarbeiter; oder 1-5 mal Beratung durch Hausarzt oder Pfarrer/Pastor; oder 1-9 mal Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe) und
- weitergehende Inanspruchnahme (definiert als: mehr als 3 mal Beratung wegen Glücksspielens in psychiatrischer Klinik, Spielersprechstunde, Onlineberatung, Suchtberatungsstelle, Familienberatung, Glücksspiel-Hotline, durch Psychologen oder

Sozialarbeiter; oder mehr als 5 mal Beratung durch Hausarzt oder Pfarrer/Pastor; oder mehr als 9 mal Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe; oder Behandlung wegen Glücksspielens in psychiatrischer Klinik, auf Glücksspielbehandlung spezialisierter Klinik oder ambulanter Rehabilitation).

Alle Auswertungen erfolgten mithilfe des Programmpakets SPSS 20.

5. Ergebnisse

5.1 Fragestellung 1: Inanspruchnahme formeller Hilfen in der Bevölkerung – Auswertung der proaktiv rekrutierten Stichproben

Grundlage für die Bestimmung der Inanspruchnahmeraten pathologischer Glücksspieler sollten proaktiv rekrutierte Stichproben sein, die systematisch gezogen wurden. Daher wurde hierfür die Allgemeinbevölkerungsstichprobe herangezogen. Ergänzend kann die Spielort-Stichprobe dienen. Zudem wurden Unterschiede zwischen beiden Gruppen analysiert.

In der Allgemeinbevölkerungsstichprobe konnten 116 Personen mit mindestens fünf DSM-IV Kriterien identifiziert werden. Von Ihnen hatten 23,1% Hilfe bei einer Fachperson oder einer Selbsthilfegruppe für Spielprobleme gesucht. Auch in der Spielort-Stichprobe erfüllten 116 Personen die Kriterien für pathologisches Glücksspielen. 18,1% gaben an, eine Fachperson oder eine Selbsthilfegruppe kontaktiert zu haben (Tabelle 2). Die beiden Gruppen unterschieden sich in numerischer Hinsicht. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tab. 2: Kontakt zum Suchthilfesystem bei Pathologischen Glücksspielern aus der Allgemeinbevölkerungsstichprobe und der Spielort-Stichprobe

	Allgemeinbevölkerungsstichprobe (5-10 Kriterien, N=116)		Spielort-Stichprobe (5-10 Kriterien, N=116)		p^4
	n^1	% (SE) ²	n^1	% (SE) ³	
Jemals im Leben mit einem Arzt oder anderer Fachperson über Glücksspielprobleme gesprochen	24	21,4 (5,0)	21	18,1 (14,4)	.740
Jemals eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit Spielproblemen aufgesucht	14	15,4 (6,1)	9	7,8 (10,0)	.380
Jemals wegen Spielproblemen mit einem Arzt/einer Fachperson gesprochen oder eine Selbsthilfegruppe aufgesucht	26	23,1 (5,2)	21	18,1 (3,6)	.514

¹ Absolute Häufigkeit in der ungewichteten Stichprobe

² Relative Häufigkeit auf Basis der gewichteten Stichprobe

³ Relative Häufigkeit auf Basis der ungewichteten Stichprobe.

⁴ Chi²-Test auf Basis der ungewichteten Stichproben.

Im CAPI wurden 51 der 116 pathologischen Glücksspieler aus der Allgemeinbevölkerungsstichprobe und 54 der 116 aus der Spielort-Stichprobe vertiefend untersucht. Der Vergleich der CAPI-Teilnehmer mit den Nicht-Teilnehmern auf Grundlage der CATI-Daten ergab, dass die CAPI-Teilnehmer der Allgemeinbevölkerungsstichprobe signifikant älter waren als die Nicht-Befragten (Chi²-Test: $p=0,003$, Effektstärke: Cohens $d = 0,57$). Für Schulbildung fand sich ein numerischer Unterschied (Cohens $w = 0,20$), der jedoch statistisch nicht signifikant war. Geschlechterunterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Befragten bestanden nicht (Cohens $w = 0,05$). In der Spielort-Stichprobe ergaben sich ähnliche Befunde: Die CAPI-Teilnehmer waren signifikant älter als die Nicht-Befragten ($p=0,019$, Cohens $d = 0,46$), während sich hinsichtlich des Geschlechts keine Unterschiede ergaben (Cohens $w = 0,02$). Bei beiden Gruppen bestand kein Unterschied zwischen CAPI-Teilnehmern und Nicht-Befragten in Bezug auf die Frage, inwiefern sie eine Fachperson oder eine Selbsthilfegruppe zur Hilfestellung für ihre Spielprobleme aufgesucht haben.

Die Auswertung des CAPI, in dem das Inanspruchnahmeverhalten detailliert erfasst wurde, ergab, dass 80% der Befragten aus Allgemeinbevölkerungs- und Spielort-Stichprobe nie in ihrem Leben Kontakt zum Hilfesystem gehabt hatten. Geringfügige Inanspruchnahme lag bei 10,5% der Studienteilnehmer vor. Lediglich 9,5% hatten irgendeine weitergehende Hilfe für ihre Glücksspielprobleme in Anspruch genommen (Tabelle 3).

Tab. 3: Inanspruchnahme formeller Hilfen bei Pathologischen Glücksspielern – vertiefende Befragung im CAPI in der Allgemeinbevölkerungs- und Spielort-Stichprobe

Glücksspielspezifische Hilfen ¹	Allgemeinbevölkerungsstichprobe (n=51)				Spielort-Stichprobe (n=54)				Gesamt (n=105)			
	kein Kontakt %	geringfügiger Kontakt ² %	weitergehender Kontakt ² %	kein Kontakt %	geringfügiger Kontakt ² %	weitergehender Kontakt ² %	kein Kontakt %	geringfügiger Kontakt ² %	weitergehender Kontakt ² %	kein Kontakt %	geringfügiger Kontakt ² %	weitergehender Kontakt ² %
Behandlung in psychiatrischer Klinik	98,0	-- ³	2,0	96,3	-- ³	3,7	97,1	-- ³	2,9	97,1	-- ³	2,9
Behandlung in auf Glücksspielen spezialisierter Klinik	98,0	-- ³	2,0	100,0	-- ³	0,0	99,0	-- ³	1,0	99,0	-- ³	1,0
Ambulante Rehabilitation in glücksspielspezifischer Einrichtung	98,0	-- ³	2,0	98,1	-- ³	1,9	98,1	-- ³	1,9	98,1	-- ³	1,9
Beratung in psychiatrischer Klinik	96,1	3,9	0,0	98,1	1,9	0,0	97,1	2,9	0,0	97,1	2,9	0,0
Spielersprechstunde	96,1	0,0	3,9	100,0	0,0	0,0	98,1	0,0	1,9	98,1	0,0	1,9
Teilnahme an Selbsthilfegruppen	96,1	0,0	3,9	92,6	1,9	5,6	94,3	1,0	4,8	94,3	1,0	4,8
Online-Beratung	100,0	0,0	0,0	96,3	3,7	0,0	98,1	1,9	0,0	98,1	1,9	0,0
Suchtberatungsstelle	92,2	3,9	3,9	92,6	1,9	5,6	92,4	2,9	4,8	92,4	2,9	4,8
Familienberatungsstelle	100,0	0,0	0,0	98,1	1,9	0,0	99,0	1,0	0,0	99,0	1,0	0,0
Glücksspiel-Hotline	100,0	0,0	0,0	98,1	1,9	0,0	99,0	1,0	0,0	99,0	1,0	0,0
Psychologe	90,2	3,9	5,9	98,1	0,0	1,9	94,3	1,9	3,8	94,3	1,9	3,8
Hausarzt	96,1	2,0	2,0	90,7	7,4	1,9	93,3	4,8	1,9	93,3	4,8	1,9
Pfarrer/Pastor	96,1	2,0	2,0	100,0	0,0	0,0	98,1	1,0	1,0	98,1	1,0	1,0
Sozialarbeiter	96,1	2,0	2,0	98,1	1,9	0,0	97,1	1,9	1,0	97,1	1,9	1,0
Irgendeine Hilfe	84,3	7,8	7,8	75,9	13,0	11,1	80,0	10,5	9,5	80,0	10,5	9,5

¹ Mehrfachnennungen möglich.

² Definition auf S. 16.

³ Per Definition nicht möglich.

Die Hilfeformen, die am häufigsten in der Kategorie „weitergehender Kontakt“ für Glücksspielbezogene Probleme in Anspruch genommen wurden, waren Suchtberatungsstellen (4,8%) und Selbsthilfegruppen (4,8%), gefolgt von ambulanter Therapie bei einem Psychologen (3,8%), den insbesondere Probanden aus der Allgemeinbevölkerungsstichprobe aufgesucht hatten (5,9%). Vor allem der Hausarzt wurde in der Kategorie „geringfügiger Kontakt“ häufig angegeben (4,8%), insbesondere in der Spielort-Stichprobe (7,4%). Stationär in einer auf die Behandlung von Glücksspielsucht spezialisierten Klinik war 1% der Befragten gewesen, eine ambulante Rehabilitation hatten 1,9% wahrgenommen. Weiterhin gaben 3,9% der Allgemeinbevölkerungsstichprobe an, eine Spielersprechstunde zur Beratung für ihre Spielprobleme aufgesucht zu haben, während diese Hilfeform in der Spielort-Stichprobe nicht genutzt wurde.

In einer multivariaten Auswertung wurden soziodemographische Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten überprüft. Hierbei wurden auch geringfügige Kontakte zum Hilfesystem als Inanspruchnahmeverhalten gewertet. Die Analyse ergab, dass das Alter der Probanden signifikant mit der Inanspruchnahme von Hilfen zusammenhing (Odds Ratio: 1,043, 95%-Konfidenzintervall: 1,002 – 1,085, $p=.039$), nicht aber Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildung.

In einem Vergleich von Studienteilnehmern mit Inanspruchnahme formeller Hilfen mit Studienteilnehmern ohne Inanspruchnahme zeigte sich, dass Inanspruchnahme formeller Hilfen mit der Problemschwere pathologischen Glücksspielens assoziiert war. Studienteilnehmer mit 8-10 DSM-IV Kriterien nahmen häufiger Hilfen für Glücksspielprobleme in Anspruch als Studienteilnehmer mit 5-7 DSM-IV Kriterien (Chi2-Test; $df= 1$: 32,5% vs. 12,3%, $p=.022$).

Eine Analyse der DSM-IV Kriterien für Pathologisches Glücksspielen zeigte signifikante Unterschiede zwischen Probanden mit Inanspruchnahme und Probanden ohne Inanspruchnahme: Studienteilnehmer mit Inanspruchnahme hatten deutlich häufiger illegale Handlungen begangen, Pflichten vernachlässigt bzw. Beziehungen gefährdet und sich wiederholt Geld von Angehörigen und Freunden geliehen, um es für Glücksspiele oder Spielschulden zu nutzen (Tabelle 4).

Tab. 4: DSM-IV Kriterien bei pathologischen Glücksspielern mit und ohne Inanspruchnahme formeller Hilfen aus der Allgemeinbevölkerungs- und Spielort-Stichprobe

DSM-IV Kriterien	mit Inanspruchnahme (n=21)		ohne Inanspruchnahme (n=84)		p ¹
	n	%	n	%	
Kriterium 1 ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen)	19	90,5	74	88,1	1.000
Kriterium 2 muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen	14	66,7	54	64,3	1.000
Kriterium 3 hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben	20	95,2	75	89,3	.683
Kriterium 4 ist unruhig oder gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben	11	55,0	40	54,1	1.000
Kriterium 5 spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern	20	95,2	74	88,1	.690
Kriterium 6 kehrt, nachdem er beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“)	17	81,0	71	84,5	.742
Kriterium 7 belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß seiner Verstrickung in das Spielen zu vertuschen	20	95,2	77	91,7	1.000
Kriterium 8 hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren	8	38,1	6	7,1	.001
Kriterium 9 hat eine wichtige Beziehung, seinen Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren	20	95,2	50	59,5	.001
Kriterium 10 verlässt sich darauf, dass andere ihm Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden	14	66,7	34	40,5	.049

¹Angegeben sind p-Werte für Chi²-Test.

5.2 Fragestellung 2: Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme formeller Hilfen bei pathologischem Glücksspielen

Die zweite Fragestellung untersuchte soziodemographische, psychopathologische, soziale und spielbezogene Faktoren, die als Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme formeller Hilfen bei pathologischem Glücksspielen in Frage kamen. Hierfür wurden alle 444 pathologischen Glücksspieler aus allen Rekrutierungssträngen in die Analysen eingeschlossen. Die Teilnehmer wurden auf zwei Gruppen aufgeteilt: a) Teilnehmer ohne jede Inanspruchnahme formeller Hilfen und b) Teilnehmer mit mindestens einem Kontakt zum Hilfesystem über die Lebenszeit.

Von den 444 pathologischen Glücksspielern (Lebenszeit) hatten 285 (64,2%) zu irgendeinem Zeitpunkt eine Behandlung gehabt oder andere Hilfeangebote genutzt. Diese verteilten sich folgendermaßen über die Rekrutierungswege: 15,7% der 51 Teilnehmer der Allgemeinbevölkerungsstichprobe, 24,1% der 54 Teilnehmer aus der Spielort-Stichprobe, 74,1% der 290 Personen, die über die Projekthotline rekrutiert wurden, und per Definition alle 49 pathologischen Spieler, die in Glücksspiel-Kliniken rekrutiert wurden.

In der Gruppe der Teilnehmer aus der Projekthotline-Stichprobe war das meistgenutzte Hilfeangebot die Selbsthilfegruppe (56,6%), gefolgt von Suchtberatungsstellen (43,4%) und Beratung durch den Hausarzt (35,5%, vgl. Tabelle 5). In der Gruppe der Glücksspielklinik-Rekrutierten wurde am häufigsten der Kontakt zu Suchtberatungsstellen genannt (77,1%), gefolgt von Selbsthilfegruppen und der Beratung durch den Hausarzt (beide 63,3%).

Tab. 5: Kontakte zum Hilfesystem (Lebenszeit) bei pathologischen Glücksspielern aus allen Rekrutierungswegen

Hilfeangebote ¹	Projekt-hotline-Stichprobe (n=290)	Klinik-Stichprobe (n=49)	Allgemein-bevölkerungs-stichprobe (n=51)	Spielort-stichprobe (n=54)	Gesamt (n=444)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Behandlung in psychiatrischer Klinik	45 (15,5)	11 (22,4)	1 (2,0)	2 (3,7)	59 (13,3)
Behandlung in auf Glücksspielen spezialisierter Klinik	83 (28,6)	p.d. ²	1 (2,0)	0	133 (30,0)
Ambulante Rehabilitation in glücksspielspezifischer Einrichtung	37 (12,8)	3 (6,1)	1 (2,0)	1 (1,9)	42 (9,5)
Beratung in psychiatrischer Klinik	40 (13,8)	6 (12,2)	2 (3,9)	0	26 (5,9)
Spielersprechstunde	22 (7,6)	5 (10,2)	2 (3,9)	0	48 (10,8)
Teilnahme an Selbsthilfegruppen	164 (56,6)	31 (63,3)	2 (3,9)	4 (7,4)	201 (45,3)
Online-Beratung	12 (4,1)	2 (4,1)	0	2 (3,7)	16 (3,6)
Suchtberatungsstelle	126 (43,4)	37 (77,1)	4 (7,8)	4 (7,4)	171 (38,6)
Familienberatungsstelle	8 (2,8)	3 (6,1)	0	1 (1,9)	12 (2,7)
Glücksspiel-Hotline	12 (4,1)	5 (10,2)	0	1 (1,9)	18 (4,1)
Psychologe	89 (30,7)	16 (32,7)	5 (9,8)	1 (1,9)	111 (25,1)
Hausarzt	103 (35,5)	31 (63,3)	2 (3,9)	5 (9,3)	141 (31,8) ²
Pfarrer/Pastor	17 (5,9)	3 (6,1)	2 (3,9)	0	22 (5,0)
Sozialarbeiter	40 (13,8)	7 (14,3)	2 (3,9)	1 (1,9)	50 (11,3)
Irgendeine Hilfe	215 (74,1)	49 (100)	8 (15,7)	13 (24,1)	285 (64,2)

¹Mehrfachantworten möglich.

²per Definition: alle 49 Teilnehmer waren in Glücksspielkliniken rekrutiert worden.

In univariaten logistischen Regressionen wurden verschiedene Faktoren und ihr möglicher Zusammenhang mit der Inanspruchnahme formeller Hilfen/mit dem Kontakt zu verschiedenen Hilfeeinrichtungen untersucht. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Inanspruchnehmern und Nicht-Inanspruchnehmern von formellen Hilfen festgestellt werden im Hinblick auf Geschlecht, Bildung, substanzbezogene Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Spielfrequenz und soziale Unterstützung. Die Ergebnisse des Vergleichs sind in Tabelle 6 dargestellt. Die Odds Ratios zeigen die erhöhte oder verminderte Chance an, in der Gruppe mit Inanspruchnahme formeller Hilfen zu sein.

Tab. 6: Zusammenhang von soziodemographischen, psychopathologischen, spielbezogenen und sozialen Faktoren mit der Inanspruchnahme von Hilfen

	Univariate Analyse ¹			Multivariate Analyse ²		
	OR	95%-CI	p	OR	95%-CI	p
Soziodemographische Faktoren						
Geschlecht, männlich	1.48	0.89-2.48	.134	-	-	-
Alter	1.05	1.03-1.06	<.001	1.05	1.03-1.08	<.001
Bildung, > 10 Schuljahre	0.73	0.48-1.11	.135	-	-	-
Migrationshintergrund	0.60	0.39-0.91	.015	-	-	-
Psychopathologische Faktoren						
Substanzbezogene Störungen (exkl. Tabakabhängigkeit)	1.34	0.90-1.99	.154	-	-	-
Alkoholbezogene Störungen	1.33	0.90-1.97	.153	-	-	-
Affektive Störungen	1.96	1.32-2.93	.001	-	-	-
Angststörungen	1.20	0.80-1.80	.391	-	-	-
Irgendeine Persönlichkeitsstörung	1.11	0.74-1.68	.616	-	-	-
Spielbezogene Faktoren						
Anzahl der DSM-IV Kriterien	2.22	1.88-2.61	<.001	1.34	1.06-1.70	.013
Spielfrequenz: Tage/Monat	1.02	1.00-1.04	.094	-	-	-
Spieldauer: Stunden/Tag	1.20	1.11-1.30	<.001	-	-	-
Größter Verlust in 1 Jahr > 1000€	15.81	7.45-33.14	<.001	-	-	-
Negative Konsequenzen: Summenscore	1.23	1.17-1.29	<.001	1.10	1.03-1.16	.003
Soziale Faktoren						
Sozialer Druck: Summenscore	1.26	1.18-1.34	<.001	1.17	1.07-1.27	.001
Soziale Unterstützung: Summenscore	1.00	0.99-1.01	.688	-	-	-
Rekrutierungswege						
Projekthotline-Stichprobe	ref.			ref.		
Allgemeinbevölkerungsstichprobe	0.07	0.03-0.14	<.001	0.22	0.08-0.59	.003
Spielort-Stichprobe	0.11	0.06-0.22	<.001	0.18	0.08-0.41	<.001

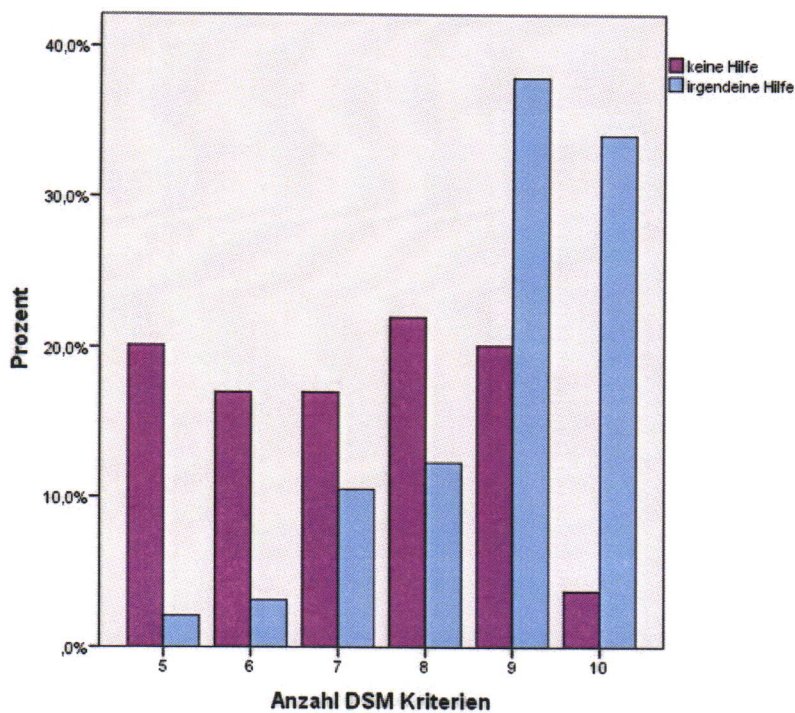
¹ Binär logistische Regression; Kodierung der abhängigen Variable: keine Inanspruchnahme = 0, Inanspruchnahme = 1.

² Multivariate binär logistische Regression, Methode: Forward Stepwise Prozedur mit Wald Statistik, Kodierung der abhängigen Variable: keine Inanspruchnahme = 0, Inanspruchnahme = 1.

Studienteilnehmer, die formelle Hilfen in Anspruch genommen hatten, waren signifikant älter, litten öfter unter affektiven Störungen, hatten eine größere Problemschwere durch das Glücksspielen (operationalisiert über die Anzahl der DSM-IV Kriterien), spielten länger pro Tag, verloren mehr Geld durch das Glücksspiel und erlebten mehr negative Konsequenzen durch das Spielen. Außerdem erlebten sie mehr sozialen Druck von Partnern, Familie und Freunden, ihr Spielverhalten zu ändern.

Abbildung 3 zeigt die Anzahl der erfüllten DSM-IV Kriterien für pathologisches Glücksspielen bei Teilnehmern mit und ohne Inanspruchnahme formeller Hilfen.

Abb. 3 Anzahl erfüllter DSM-IV Kriterien bei pathologischen Glücksspielern mit und ohne formelle Hilfen



Die Ergebnisse der multivariaten binär logistischen Regression werden ebenfalls in Tabelle 6 gezeigt. Alter war der einzige soziodemographische Faktor, der auch im multivariaten Modell signifikant blieb. Höheres Alter erhöhte die Chance, in der Gruppe der Inanspruchnehmer zu sein. Es gab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Problemschwere und der Summe der negativen Konsequenzen durch das Glücksspielen. Beide Faktoren erhöhten die Chance, in der Inanspruchnahme-Gruppe zu sein. Auch sozialer Druck erhöhte die Wahrscheinlichkeit, in der Gruppe derjenigen zu sein, die Kontakt zum Hilfesystem gehabt hatten, während die übrigen Faktoren, die signifikante Zusammenhänge mit Inanspruchnahme in den univariaten Analysen gezeigt hatten, im multivariaten Modell nicht mehr signifikant waren.

In sowohl der univariaten Analyse als auch dem multivariaten Modell wurde der Rekrutierungsweg als unabhängige Kovariate mit einbezogen, um die Analyse für mögliche differenzielle Selektionsmechanismen, die mit dem Rekrutierungsweg konfundiert sind, zu adjustieren.

5.3 Fragestellung 3: Unterschiede zwischen Teilnehmern mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, Teilnehmern mit Inanspruchnahme anderer Hilfen und Teilnehmern ohne Inanspruchnahme formeller Hilfen

Im Folgenden wird die Fragestellung untersucht, inwiefern sich pathologische Glücksspieler, die stationäre oder ambulante Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, sich unterscheiden von pathologischen Glücksspielern ohne Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen.

Von den 444 pathologischen Glücksspielern hatten 133 im Laufe ihres Lebens eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung für pathologische Glücksspieler erhalten. 25 Personen hatten außer dem stationären Aufenthalt auch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme für pathologisches Glücksspielen in Anspruch genommen. 17 Personen hatten ausschließlich eine ambulante Rehabilitation besucht. Daraus ergibt sich, dass 150 pathologische Spieler entweder eine stationäre oder ambulante Rehabilitation in Anspruch genommen haben.

Von diesen waren 85,3% männlich, das Durchschnittsalter war 43,0 Jahre (Standardabweichung, SD: 9,9). Im Durchschnitt hatten die Probanden 9,1 DSM-IV Kriterien (SD: 1,0).

Tabelle 7 zeigt den Vergleich der pathologischen Spieler mit und ohne Rehabilitationsmaßnahmen in Bezug auf weitere Kontakte zum Hilfesystem. Studienteilnehmer mit Inanspruchnahme von stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nahmen auch signifikant häufiger Beratungen in der Psychiatrie, in der Spielersprechstunde, vom Hausarzt, vom Sozialarbeiter, in der Suchtberatungsstelle und in der Familienberatungsstelle in Anspruch, nahmen häufiger an Selbsthilfegruppen teil und berichteten häufiger weitere stationäre Psychiatrieaufenthalte wegen des Glücksspielens als Studienteilnehmer ohne Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen.

Tab. 7: Weitere Kontakte zum Hilfesystem (Lebenszeit) bei pathologischen Glücksspielern mit und ohne Rehabilitationsmaßnahmen

Hilfsangebote ¹	mit Reha	ohne Reha	p
	(n=150)	(n=294)	
	n (%)	n (%)	
Behandlung in psychiatrischer Klinik	45 (30,0)	14 (4,8)	<.001
Beratung in psychiatrischer Klinik	16 (10,7)	10 (3,4)	.004
Spielersprechstunde	26 (17,3)	22 (7,5)	.003
Teilnahme an Selbsthilfegruppen	120 (80,0)	81 (27,6)	<.001
Online-Beratung	7 (4,7)	9 (3,1)	.423
Suchtberatungsstelle	106 (71,1)	65 (22,1)	<.001
Familienberatungsstelle	8 (5,4)	4 (1,4)	.025
Glücksspiel-Hotline	9 (6,0)	9 (3,1)	.201
Psychologe	59 (39,6)	52 (17,7)	<.001
Hausarzt	95 (63,8)	46 (15,6)	<.001
Pfarrer/Pastor	11 (7,4)	11 (3,7)	.108
Sozialarbeiter	30 (20,1)	20 (6,8)	<.001

¹ Mehrfachantworten möglich.

In univariaten logistischen Regressionen zeigte sich, dass Studienteilnehmer mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen signifikant älter waren als Studienteilnehmer ohne Rehabilitationsmaßnahmen und seltener einen Migrationshintergrund hatten. Sie litten häufiger an affektiven und Angststörungen, hatten mehr DSM-IV Kriterien, eine längere Spieldauer pro Tag und mehr negative Konsequenzen durch das Spielen (Tabelle 8).

Tab. 8: Zusammenhang von soziodemographischen, psychopathologischen, spielbezogenen und sozialen Faktoren mit der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen

	Univariate Analyse ¹			Multivariate Analyse ²		
	OR	95%-CI	p	OR	95%-CI	p
Soziodemographische Faktoren						
Geschlecht, männlich	1.16	0.67-2.01	.587	-	-	-
Alter	1.03	1.01-1.04	.002	1.03	1.01-1.06	.003
Bildung, > 10 Schuljahre	0.75	0.48-1.17	.208	-	-	-
Migrationshintergrund	0.58	0.37-0.92	.019	0.55	0.32-0.94	.029
Psychopathologische Faktoren						
Substanzbezogene Störungen (exkl. Tabakabhängigkeit)	1.02	0.68-1.54	.915	-	-	-
Alkoholbezogene Störungen	1.01	0.68-1.50	.962	-	-	-
Affektive Störungen	2.44	1.57-3.79	<.001	-	-	-
Angststörungen	2.01	1.34-3.01	.001	-	-	-
Irgendeine Persönlichkeitsstörung	1.13	0.75-1.71	.564	-	-	-
Spielbezogene Faktoren						
Anzahl der DSM-IV Kriterien	2.02	1.68-2.44	<.001	1.63	1.30-2.06	<.001
Spielfrequenz: Tage/Monat	1.02	1.00-1.04	.10	-	-	-
Spieldauer: Stunden/Tag	1.12	1.06-1.19	<.001	-	-	-
Größter Verlust in 1 Jahr > 1000€	40.07	5.50-292.05	<.001	11.00	1.44-84.02	.021
Negative Konsequenzen: Summenscore	1.13	1.09-1.17	<.001	1.06	1.02-1.11	.007
Soziale Faktoren						
Sozialer Druck: Summenscore	1.13	1.08-1.19	<.001	-	-	-
Soziale Unterstützung: Summenscore	1.00	0.99-1.00	.470	0.990	0.981-0.999	.027

¹ Binär logistische Regression; abhängige Variable: keine Reha/Inanspruchnahme von Reha, Referenz: keine Reha.

² Multivariate binär logistische Regression, Methode: Forward Stepwise Prozedur mit Wald Statistik, abhängige Variable: keine Reha/Inanspruchnahme von Reha, Referenz: keine Reha.

Tabelle 8 zeigt auch die Ergebnisse der multivariaten Analyse: Höheres Alter und eine ausgeprägtere Problemschwere (höhere Anzahl von DSM-IV Kriterien; höhere finanzielle Verluste und mehr negative Konsequenzen durch das Glücksspielen) konnten als Einflussfaktoren für die Aufnahme einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsbehandlung identifiziert werden. Migrationshintergrund war negativ mit der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen assoziiert, ebenso wie höhere soziale Unterstützung aus dem Umfeld der Probanden.

In einer weiteren Analyse wurden Inanspruchnehmer von Rehabilitationsmaßnahmen (n=150) in einer multinomialen Regression mit den folgenden Gruppen verglichen: 1) Studienteilnehmer ohne jegliche Inanspruchnahme formeller Hilfen (n=159) und 2) Studienteilnehmer mit Inanspruchnahme irgendeiner anderen formellen Hilfe (definiert als mind. 1 Kontakt zum Hilfesystem, n=135). Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse der univariaten multinomialen Regressionsanalyse.

Tab. 9: Univariate multinomiale Regressionsanalysen zum Vergleich von pathologischen Glückspielern mit Rehabilitationsbehandlung mit pathologischen Glückspielern ohne jegliche Inanspruchnahme bzw. mit Inanspruchnahme irgendeiner formellen Hilfe

	irgendeine Inanspruchnahme vs. keine Inanspruchnahme ¹			Rehamaßnahme vs. keine Inanspruchnahme ¹			Rehamaßnahme vs. irgendeine Inanspruchnahme ¹		
	OR	95%-CI	p	OR	95%-CI	p	OR	95%-CI	p
Soziodemographische Faktoren									
Geschlecht, männlich	1.57	0.84-2.96	.160	1.41	0.77-2.56	.262	0.90	0.46-1.75	.746
Alter	1.04	1.02-1.06	<.001	1.05	1.03-1.07	<.001	1.00	0.98-1.03	.665
Bildung, > 10 Schuljahre	0.78	0.48-1.29	.338	0.67	0.41-1.11	.118	0.86	0.51-1.46	.572
Migrationshintergrund	0.71	0.44-1.17	.177	0.50	0.30-0.83	.007	0.70	0.41-1.20	.193
Psychopathologische Faktoren									
Substanzbezogene Störungen (exkl. Tabakabhängigkeit)	1.48	0.92-2.38	.107	1.22	0.77-1.93	.395	0.83	0.51-1.34	.438
Alkoholbezogene Störungen	1.48	0.93-2.36	.098	1.21	0.77-1.89	.409	0.82	0.51-1.31	.398
Affektive Störungen	1.38	0.87-2.20	.176	2.82	1.73-4.60	<.001	2.05	1.23-3.41	.006
Angststörungen	0.75	0.45-1.23	.253	1.76	1.11-2.79	.016	2.35	1.44-3.86	.001
Irgendeine Persönlichkeitsstörung	1.06	0.65-1.73	.816	1.16	0.72-1.86	.537	1.10	0.67-1.78	.716
Spielbezogene Faktoren									
Anzahl der DSM-IV Kriterien	1.88	1.58-2.25	<.001	2.79	2.24-3.47	<.001	1.48	1.20-1.83	.001
Spielfrequenz: Tage/Monat	1.01	1.00-1.04	.346	1.03	1.00-1.05	.058	1.01	0.99-1.04	.369
Spieldauer: Stunden/Tag	1.16	1.07-1.26	<.001	1.26	1.13-1.33	<.001	1.06	0.99-1.13	.102
Größter Verlust in 1 Jahr > 1000€	8.20	3.74-17.99	<.001	76.68	10.44-563.04	<.001	9.36	1.15-75.83	.036
Negative Konsequenzen: Summenscore	1.20	1.14-1.26	<.001	1.26	1.20-1.33	<.001	1.06	1.02-1.10	.005
Soziale Faktoren									
Sozialer Druck: Summenscore	1.24	1.16-1.32	<.001	1.28	1.20-1.37	<.001	1.04	0.99-1.10	.151
Soziale Unterstützung: Summenscore	1.00	0.99-1.01	.985	1.00	0.99-1.01	.517	1.00	0.99-1.01	.545

¹ Letzte Kategorie ist die Referenzkategorie.

Studienteilnehmer mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen unterschieden sich von Studienteilnehmern ohne formelle Hilfen bezüglich folgender Kriterien: sie waren älter, hatten seltener einen Migrationshintergrund, mehr affektive und Angststörungen, eine höhere Anzahl von DSM-IV Kriterien, mehr Spielstunden pro Tag, höhere finanzielle Verluste, mehr negative Konsequenzen durch das Spielen und erfuhren mehr sozialen Druck, ihr Spielverhalten zu ändern. Im Vergleich zur Gruppe derjenigen, die andere formelle Hilfen für Glücksspielprobleme in Anspruch genommen hatten, wiesen sie mehr affektive und Angststörungen auf, hatten mehr DSM-IV Kriterien, höhere finanzielle Verluste und mehr negative Konsequenzen durch das Spielen.

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der multivariaten multinomialen Regression. In das multivariate Modell einbezogen wurden alle im univariaten Modell signifikant mit der dreistufigen Kriteriumsvariable assoziierten Prädiktorvariablen. Im multivariaten Modell zeigte sich, dass sich Studienteilnehmer mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen von Studienteilnehmern ohne formelle Hilfen in folgenden Faktoren unterschieden: höheres Alter, höhere Anzahl der DSM-IV Kriterien, höherer finanzieller Verlust, mehr negative Konsequenzen und stärkerer sozialer Druck. Hingegen hatten Studienteilnehmer ohne Inanspruchnahme häufiger einen Migrationshintergrund und zu irgendeinem Zeitpunkt eine Angststörung gehabt. Studienteilnehmer mit Rehabilitationsbehandlung unterschieden sich von Studienteilnehmern mit anderer Inanspruchnahme im multivariaten Modell nur noch hinsichtlich des Vorliegens einer Angststörung. Zusätzlich zeigte sich eine Tendenz zu höherer Problemschwere in der Gruppe der Teilnehmer mit Rehabilitationsbehandlung, der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Tab. 10: Multivariate multinomiale Regressionsanalyse zum Vergleich von pathologischen Glücksspielern mit Rehabilitationsbehandlung mit pathologischen Glücksspielern ohne jegliche Inanspruchnahme bzw. mit Inanspruchnahme irgendeiner formellen Hilfe¹

	irgendeine Inanspruchnahme vs. keine Inanspruchnahme ²			Rehabilitationsmaßnahme vs. keine Inanspruchnahme ²			Rehabilitationsmaßnahme vs. irgendeine Inanspruchnahme ²		
	OR	95%-CI	p	OR	95%-CI	p	OR	95%-CI	p
Soziodemographische Faktoren									
Alter	1.05	1.02-1.08	<.001	1.06	1.03-1.09	<.001	1.01	0.99-1.04	.404
Migrationshintergrund	0.44	0.24-0.82	.010	0.32	0.16-0.62	.001	0.72	0.40-1.29	.264
Psychopathologische Faktoren									
Affektive Störungen	1.07	0.59-1.95	.827	1.48	0.76-2.87	.248	1.38	0.78-2.44	.263
Angststörungen	0.37	0.19-0.71	.003	0.72	0.37-1.40	.334	1.96	1.13-3.39	.016
Spielbezogene Faktoren									
Anzahl der DSM-IV Kriterien	1.43	1.13-1.83	.004	1.86	1.40-2.48	<.001	1.30	1.00-1.69	.052
Spieldauer: Stunden/Tag ³	0.99	0.89-1.09	.789	1.03	0.93-1.14	.530	1.05	1.00-1.13	.252
Größter Verlust in 1 Jahr > 1000€	2.00	0.81-4.94	.134	13.00	1.63-103.53	.015	6.51	0.76-55.65	.087
Negative Konsequenzen: Summenscore	1.10	1.03-1.17	.003	1.11	1.04-1.19	.002	1.01	0.96-1.06	.720
Soziale Faktoren									
Sozialer Druck: Summenscore	1.13	1.04-1.24	.007	1.14	1.04-1.25	.005	1.01	0.94-1.07	.893

¹ Angegeben sind nur die Variablen, die in der univariaten multinomialen Regression einen signifikanten Unterschied zur Referenzkategorie aufwiesen.

² Letzte Kategorie ist die Referenzkategorie.

6. Schlussfolgerungen

6.1 Bedarfs- und Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland

In einem ersten Schritt wurden Daten zur Inanspruchnahme formeller Hilfen bei pathologischen Glücksspielern aus der Allgemeinbevölkerung und aus einer Stichprobe, die an Glücksspielorten rekrutiert wurden, untersucht. Beide Stichproben sind geeigneter, für eine Schätzung der Prävalenz von Inanspruchnahme formeller Hilfen in der Bevölkerung herangezogen zu werden, als klinische Stichproben pathologischer Glücksspieler oder Stichproben, die durch reaktive Rekrutierung von Probanden, beispielsweise durch Medienaufrufe, gewonnen wurden.

Insgesamt zeigen die Daten, dass Personen aus diesen beiden Stichproben, die über die Lebenszeit die Kriterien für pathologisches Glücksspielen erfüllten, nur in geringem Maße irgendeine formelle Hilfe für glücksspielbezogene Probleme in Anspruch genommen hatten (23,1% der Allgemeinbevölkerungsstichprobe und 18,5% der Spielort-Stichprobe). Die vertiefende Befragung im CAPI ergab, dass nur 9,5% der Studienteilnehmer weitergehenden Kontakt zum Hilfesystem hatten, 10,5% gaben geringfügigen Kontakt an. Diese Befunde ähneln denen der australischen Community-Based Twin-Study, die Inanspruchnahmeraten sind jedoch deutlich höher als in der US-amerikanischen NESARC-Studie (Slutske, 2006; Slutske et al., 2009).

Der Kontakt zum Hilfesystem konzentrierte sich in erster Linie auf die Angebote Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppen und ambulante Therapie beim psychologischen Psychotherapeuten. Glücksspielspezifische Angebote wie Behandlung in stationärer und ambulanter, auf pathologisches Glücksspielen spezialisierter Rehabilitation wurden in der Allgemeinbevölkerungsstichprobe und der Spielort-Stichprobe hingegen kaum genutzt (stationär: 1%, ambulant: 1,9%). Hier kann von einer deutlichen Unterversorgung gesprochen werden. Eine Zuweisung zu Rehabilitationsangeboten könnte durch z.B. Hausärzte erfolgen. Bei einem Teil der Befragten bestanden Kontakte zum Hausarzt, bei denen die Glücksspielproblematik angesprochen wurde. Solche Kontakte zum Hausarzt zur Beratung für glücksspielspezifische Probleme gaben insbesondere die Spielort-Rekrutierten an. Hier kann ein Ansatzpunkt gesehen werden, wie adäquate Informationen über bestehende Behandlungsangebote besser vermittelt werden könnten. Die leicht erhöhten Nutzungsraten von ambulanter Psychotherapie (3,8%) decken sich mit den Daten aus einer Studie der bayrischen Landesstelle Glücksspielsucht (Kraus, Sassen, Kroher et al., 2011), lassen sich möglicherweise aber auch dadurch erklären, dass es sich um Lebenszeit-Daten handelt: Das Angebot glücksspielspezifischer Hilfen ist eine eher jüngere Entwicklung, sodass davon auszugehen ist, dass ehemalige Glücksspieler, die vor längerer Zeit Hilfen in Anspruch genommen haben, möglicherweise eher auf das Angebot ambulanter Therapie oder suchtspezifischer Hilfen zurückgegriffen haben.

Vergleicht man das Inanspruchnahmeverhalten der beiden Stichproben mit dem von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen, zeigen sich überdies bei den Glücksspielern deutlich niedrigere Raten der Inanspruchnahme: In einer Studie zu Alkoholabhängigkeit und –missbrauch in Deutschland, dem Projekt „Transitions in Alcohol Consumption and Smoking“ (TACOS), zeigte sich, dass 13,4% der Lebenszeit-Alkoholabhängigen an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen (vs. 4,8% der Glücksspieler) und 28,1% geringfügige Kontakte zum Hausarzt hatten (Rumpf et al., 2000) im Gegensatz zu 4,8% der Glücksspieler. Dieser Unterschied wird aber möglicherweise erklärt durch die physischen Auswirkungen des Alkohols und den daraus resultierenden Gesundheitsschäden, die beim

pathologischen Glücksspielen eher durch bspw. Schlafstörungen oder psychische Erkrankungen manifest werden (Premper, 2012). Unterschiede gab es auch im Aufsuchen von Beratungsstellen: Während 11,8% der Lebenszeit-Alkoholabhängigen geringfügige und 3,3% weitergehende Kontakte aufwiesen, schienen Glücksspieler häufiger weitergehenden Kontakt zu Suchtberatungsstellen zu suchen (4,8%). Geringfügige Kontakte hatten allerdings nur 2,9% der Glücksspieler.

Die Daten zeigen, dass die Inanspruchnahmeraten signifikant mit der Problemschwere zusammenhängen. Diese Befunde stimmen mit vorangegangenen Bevölkerungsstudien anderer Länder überein (Slutske, 2006; Slutske et al., 2009). Darüber hinaus zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Inanspruchnahme formeller Hilfen hinsichtlich der erfüllten DSM-IV Kriterien. Menschen mit Inanspruchnahme haben häufiger negative soziale und berufliche Konsequenzen erfahren und sind häufiger in kriminelle Handlungen involviert gewesen. Dies deutet auf eine Assoziation von negativen Konsequenzen mit der Inanspruchnahme formeller Hilfen hin, die den Befunden aus Studien zur Inanspruchnahme bei alkoholbezogenen Störungen entspricht (Hingson, Mangione, Meyers et al., 1982; Hingson, Scotch, Day et al., 1980; vgl. hierzu auch Fragestellung 2).

Die geringen Inanspruchnahmeraten der Allgemeinbevölkerungstichprobe und der Spielort-Stichprobe lassen vermuten, dass das Hilfeangebot für Menschen mit pathologischem Glücksspielen die Betroffenen nicht in ausreichendem Maße erreicht. Es ist von einer gravierenden Unterversorgung pathologischer Glücksspieler auszugehen. Das gilt insbesondere für Maßnahmen der Rehabilitation.

6.2 Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme formeller Hilfen

In Bearbeitung der zweiten Fragestellung wurde ermittelt, welche Faktoren mit der Inanspruchnahme formeller Hilfen assoziiert sind und somit als Einflussfaktoren der Inanspruchnahme betrachtet werden können. Hierfür wurde die gesamte Stichprobe pathologischer Glücksspieler aus PAGE herangezogen.

Zu den Faktoren, die mit der Inanspruchnahme formeller Hilfen assoziiert waren, gehörten Alter, Anzahl der DSM-IV Kriterien, negative Konsequenzen und sozialer Druck. Diese Ergebnisse entsprechen dem „Stress and Coping Model“ von Finney und Moos (1995), das ursprünglich für alkoholbezogene Störungen entwickelt worden war und drei Faktoren benennt, die einen Einfluss auf die Bereitschaft, sich Hilfe zu suchen, haben: „hardship or psychological distress, stressors and social pressure to seek treatment“ (Finney & Moos, 1995, S. 1224). Obwohl psychische Belastung (wie z.B. affektive oder Angststörungen) im multivariaten Modell nicht repliziert werden konnten, zeigen die Ergebnisse der Analyse der Einflussfaktoren einer Inanspruchnahme von Hilfen bei pathologischem Glücksspielen in Bezug auf sozialen Druck und Stressoren offensichtliche Ähnlichkeiten zu anderen Suchterkrankungen und offenbaren Übereinstimmungen in den Wegen aus der Abhängigkeit.

Besonders Selbsthilfegruppen scheinen von Betroffenen gut angenommen zu werden und könnten helfen, Menschen mit Glücksspielproblemen zu einer professionellen Behandlung der Problematik zu motivieren. Im Gegensatz zu früheren Studien über die Rolle von Notruftelefonnummern („help-line“ oder „Glücksspiel-Hotline“) an Spielorten bei der Kontaktierung von Hilfeeinrichtungen (Ledgerwood,

Arfken, Wiedemann et al., 2013), berichteten nur 18 von 444 pathologischen Glücksspielern in PAGE, die Glücksspiel-Hotline genutzt zu haben. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte in der Erhebung von Lebenszeitdaten liegen: einige der Glücksspieler könnten bereits ihre Spielprobleme überwunden haben oder sich in Behandlung begeben haben, bevor die deutsche Glücksspiel-Hotline eingerichtet worden war.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Betroffenen bei Behandlungseintritt schon älter sind und unter mehr glücksspielbezogenen Problemen leiden. Diejenigen, die noch keine ausgeprägte Problemschwere aufweisen und/oder weniger sozialen Druck erfahren, werden offenbar nur unzureichend von den Hilfeangeboten erreicht. Unter diesen Gesichtspunkten sollte in weiteren Studien der Fokus auf Krankheitsverläufe und weitere Faktoren gelegt werden, die eine Inanspruchnahme begünstigen oder verhindern. Ein Community-Ansatz mit direkten Angeboten vor Ort erscheint hier sinnvoll. Eine Verbesserung der Versorgungslage könnte auch ein proaktives Zuweisungssystem sein, das an Spielorten oder bei Hausärzten ansetzt.

6.3 Unterscheidungsmerkmale pathologischer Glücksspieler mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen

Mit der dritten Fragestellung versuchten wir zu ermitteln, welche Faktoren mit der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen assoziiert sind. Hierfür wurden zwei Vergleiche gerechnet: ein Vergleich der pathologischen Glücksspieler mit stationärer oder ambulanter Rehabilitationsbehandlung mit allen anderen pathologischen Spielern, und multinomiale logistische Regressionen zum Vergleich von Rehabilitationspatienten mit einerseits Spielern, die bislang gar keine Hilfen in Anspruch genommen hatten und andererseits Spielern, die irgendeine andere formelle Hilfe für ihre Spielprobleme genutzt hatten. Ziel der Analysen war zu untersuchen, ob möglicherweise differentiellen Faktoren wirksam sind, die für das eine oder andere Hilfeangebot prädisponieren.

Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit Rehabilitationsbehandlung deutlich häufiger auch andere Hilfeformen in Anspruch nehmen als Personen ohne Rehabilitationsbehandlung. Am häufigsten wurden dabei Selbsthilfegruppen (80% vs. 27,6%), Suchtberatungsstellen (71,1% vs. 22,1%) und der Hausarzt (63,8% vs. 15,6%) genannt. Die erhöhten Inanspruchnahmeraten könnten mit der schwereren Beeinträchtigung der Probanden mit Rehabilitationsbehandlung zusammenhängen, die sich sowohl in der univariaten als auch der multivariaten Analyse von Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsbehandlung zeigte. Während sich im Gegensatz zur univariaten Analyse psychopathologische Faktoren (Komorbidität) im multivariaten Modell als nicht signifikant erwiesen, zeigte sich, dass Probanden in höherem Alter, mit einer höheren Anzahl von DSM-IV Kriterien, höheren finanziellen Verlusten und mehr negativen Konsequenzen eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, in der Gruppe der Personen mit Rehabilitationsbehandlung zu sein.

Sozialer Druck erwies sich in der univariaten Analyse als bedeutsamer Faktor für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, im multivariaten Modell zeigte sich, dass Studienteilnehmer, die hohe soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld berichteten, sich eher nicht in Behandlung begaben. Diese Ergebnisse stimmen mit Erkenntnissen aus der Forschung zu alkoholbezogenen Störungen überein: Im Gegensatz zu Menschen mit wenig sozialer Unterstützung

waren Alkoholabhängige mit hohen psychosozialen Ressourcen eher in der Lage, ihre Suchterkrankung ohne formelle Hilfen zu überwinden (Bischof, Rumpf, Hapke et al., 2004).

Ein Hemmnis für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und anderen formellen Hilfen stellt das Vorliegen eines Migrationshintergrundes dar. Menschen mit Migrationshintergrund waren signifikant seltener in der Gruppe der Personen mit Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen anzutreffen. Dies deckt sich mit Daten zur Inanspruchnahme von Hilfen bei substanzbezogenen Störungen in Deutschland: Generell liegen bei Menschen mit Migrationserfahrung geringere Inanspruchnahmeraten vor (Haasen, Yagdiran, & Toprak, 2001; Schenk & Neuhauser, 2005; Seltén, Wierdsma, Mulder et al., 2007; Spallek & Razum, 2007). Dies wird auf fehlende Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem in Deutschland und mangelnde Gesundheitskompetenz zurückgeführt (Brandes, Gerken, & Walter, 2009; Penka, Krieg, Hunner et al., 2003). Gleichzeitig lässt sich aber auch eine mangelhafte Abstimmung des Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse und den kulturellen Bezugsrahmen von Menschen mit Migrationshintergrund feststellen (Bär, 2011). Oftmals liegen bei Migranten andere, kulturell bedingte Krankheitsvorstellungen vor (Behrens & Calliess, 2011), durch die Krankheit und Gesundheit externalisiert und als Folge von Schicksal oder Bestrafung gewertet werden, was ernste Auswirkungen auf die Handlungsmotivation und Selbstwirksamkeits- und Kontrollerwartungen haben kann (Brandes et al., 2009). Nicht zuletzt bilden sprachliche Probleme und kulturell bedingte Missverständnisse oftmals schwerwiegende Barrieren für die Inanspruchnahme formeller Hilfen (Bensel, 2007; Heimann, Penka, & Heinz, 2007; Spallek, Zeeb, & Razum, 2010).

Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass ein Einschlusskriterium bei PAGE das Vorhandensein ausreichender Deutschkenntnisse war. Menschen mit Migrationshintergrund mit sprachlichen Schwierigkeiten wurden nicht in die Stichprobe eingeschlossen. Somit kann die negative Assoziation von Migrationshintergrund und Inanspruchnahme von Hilfen mit den PAGE-Daten nicht erschöpfend geklärt werden; es ist jedoch davon auszugehen, dass der Zusammenhang wie bei substanzbezogenen Störungen bedeutsam ist.

Die multivariate multinomiale Auswertung zeigte, dass sich Menschen mit Inanspruchnahme formeller Hilfen – unabhängig davon, ob es sich um Rehabilitationsleistungen oder andere Hilfen handelt – sich von Menschen ohne Inanspruchnahme bezüglich des Alters, des Migrationshintergrundes, der negativen Konsequenzen und des sozialen Drucks unterschieden. Menschen mit einer schwereren Glücksspielproblematik zeigten eine Tendenz, eher eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen im Vergleich zu anderen Hilfemaßnahmen. Unterschiede zwischen Personen mit Rehabilitationsmaßnahmen und Personen, die andere Hilfen aufgesucht hatten, fanden sich lediglich in Bezug auf das Vorliegen einer Angststörung: Studienteilnehmer, die ambulant oder stationär Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen hatten, hatten eine über zweifach erhöhte Chance, irgendwann in ihrem Leben an einer Angststörung erkrankt gewesen zu sein. Demgegenüber gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen Angststörung und der Inanspruchnahme anderer formeller Hilfen. Das Vorliegen einer Angststörung kann somit als Einflussfaktor für die Aufnahme einer Rehabilitationsbehandlung für pathologisches Glücksspielen gelten.

7. Fazit

Die vorliegende Studie untersuchte den aktuellen Versorgungsstand von Menschen mit suchthaftem Glücksspielverhalten in Deutschland sowie Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung und anderer formeller Hilfen. Die Datenbasis war eine Stichprobe von pathologischen Spielern aus dem Projekt „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE)“, die erste Studie in Deutschland, die auf einer breiten Rekrutierungsbasis Daten zur Inanspruchnahme formeller Hilfen bei dieser Gruppe erhoben hat. Die Daten können zur Bestandsaufnahme der Versorgungslage und einer Verbesserung des Suchthilfesystems für pathologische Glücksspieler genutzt werden.

In allen Analysen waren höheres Alter und die Anzahl der DSM-IV Kriterien Faktoren, die einen signifikanten Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Rehabilitationsbehandlung oder anderer formeller Hilfen aufwiesen. Es ist davon auszugehen, dass das Hilfesystem Glücksspieler erst in einem sehr späten Stadium der Suchterkrankung erreicht, wenn die Betroffenen bereits einem hohen Leidensdruck und schweren sozialen, finanziellen und psychischen Belastungen durch das pathologische Glücksspielen ausgesetzt sind. Es erscheint dringend erforderlich, die Betroffenen früher zu erreichen. Die vorhandenen Hilfeangebote müssen transparenter und leichter zugänglich gestaltet werden. Aus vorangegangenen Studien sind Barrieren der Inanspruchnahme wie unzureichende Verfügbarkeit der Hilfeangebote, Scham und Angst vor Stigmatisierung, mangelnde Kenntnis der Angebote und mangelndes Problembewusstsein bekannt (Hodgins & El-Guebaly, 2000; Laging, 2009; Rockloff & Schofield, 2004; Suurvali, Cordingley, Hodgins et al., 2009). Die Befunde der vorliegenden Analysen belegen die Notwendigkeit, Barrieren der Inanspruchnahme des Suchthilfesystems intensiver zu erforschen und das Angebot entsprechend anzupassen. Um die Kenntnis vorhandener glücksspielspezifischer Hilfeangebote zu erweitern, erscheint es notwendig, Informationen in Form von Flyern und Informationsblättern leichter zugänglich zu machen, bspw. in den häufig frequentierten Suchtberatungsstellen, ebenso aber auch in Arbeitsämtern, kirchlichen und bürgernahen Einrichtung. Die Schulung von Beratern anderer Angebote der Suchthilfe und insbesondere von Hausärzten sowie die Erstellung eines geeigneten Kurz-Screening-Instruments zur Erkennung pathologischen Glücksspielens könnten einen weiteren Schritt darstellen, den Zugang zu glücksspielspezifischen Hilfen und insbesondere zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen zu vereinfachen. Ein besonderes Augenmerk sollte hierbei auf pathologische Glücksspieler mit Migrationshintergrund gelegt werden: Ein erheblicher Anteil der Personen mit pathologischem Glücksspielverhalten weist einen Migrationshintergrund auf (Petry, Armentano, Kuoch et al., 2003). Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen, muttersprachliche Ansprechpartner in Suchtberatungsstellen und glücksspielspezifischen Einrichtungen sowie muttersprachliche Therapeuten in Glücksspielkliniken wären ein möglicher Ansatzpunkt, sprachliche und kulturelle Barrieren zu überbrücken.

Sozialer Druck aus dem direkten sozialen Umfeld der Probanden hat sich in den Analysen als Faktor gezeigt, der signifikant mit der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen und anderen formellen Hilfen assoziiert ist. Dementsprechend sollte das Angebot für Angehörige von pathologischen Glücksspielern besser ausgebaut werden, um auf diesem Wege mehr Betroffene zu erreichen. Ein wirksamer Ansatz für Angehörige von Suchtkranken, der vereinzelt auch für Angehörige von pathologischen Glücksspielern angeboten wird, ist das Community Reinforcement And Family Training (CRAFT; Smith & Meyers, 2009), das zum Ziel hat, nicht nur den Angehörigen der Suchtkranken Hilfestellung zu geben, sondern auch, den Suchtkranken in Behandlung zu bringen.

Erste Hinweise auf die Anwendbarkeit des Ansatzes bei pathologischen Glücksspielern liefert eine kanadische Studie (Hodgins, Toneatto, Makarchuk et al., 2007).

Das bisherige Angebot für Glücksspieler richtet sich vor allem an Menschen mit einer fortgeschrittenen Problematik. Eine Ergänzung des vorhandenen Suchthilfesystems um sekundärpräventive und proaktive Angebote – insbesondere Früh- und Kurzinterventionen – lassen eine Verbesserung der Versorgungslage erwarten. Es erscheint notwendig, Strategien der Frühintervention für diejenigen zu entwickeln, deren Glücksspielsucht noch nicht die Auswirkungen und negativen Konsequenzen zeigt, wie es in einem späteren Stadium der Erkrankung erwartbar ist. Kurzinterventionen haben sich im Bereich der Glücksspielsucht als wirksam erwiesen (Hodgins, 2005; Larimer, Neighbors, Lostutter et al., 2011; Petry, Weinstock, Ledgerwood et al., 2008; Petry, Weinstock, Morasco et al., 2009) und könnten helfen, mehr pathologische Glücksspieler zu erreichen. Solche Ansätze sind auch geeignet, Betroffene zu identifizieren und an das Suchthilfesystem mit dem Ziel des Antritts einer Rehabilitation zu überweisen.

8. Erfolgte und geplante Veröffentlichungen

Fragestellung 1 ist bereits Ende 2012 als Artikel in der Fachzeitschrift SUCHT veröffentlicht worden:

Bischof A, Meyer C, Bischof G, Kastirke N, John U & Rumpf HJ (2012). Inanspruchnahme von Hilfen bei Pathologischem Glücksspielen: Befunde der PAGE-Studie. In: SUCHT 58 (6), 369-377.

Für Fragestellung 2 ist eine englischsprachige Publikation in einer internationalen Fachzeitschrift geplant. Das Manuskript mit dem Arbeitstitel „Sociodemographic, psychopathological, and gambling related factors as predictors for treatment for pathological gambling“ steht kurz vor der Fertigstellung.

Es ist geplant, die Ergebnisse der Fragestellung 3 in einer deutschsprachigen Fachzeitschrift mit stärker therapeutischer Ausrichtung zu publizieren.

9. Literatur

- American Psychiatric Association. (2012). DSM-5 development. Substance related disorders. Gambling disorder. Retrieved 2012-08-01, from <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=210>. Accessed: 2012-08-01. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/69acNfXMe>)
- American Psychiatric Association (Ed.). (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, international version*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 5-10.
- Behrens, K., & Calliess, I. T. (2011). Psychotherapeutischer Beziehungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 12-20.
- Bensel, W. (2007). Implizite Krankheitsvorstellungen bei ausländischen Glücksspielern. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 3, 167-172.
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2004). What triggers remission without formal help from alcohol dependence? Findings from the TACOS-Study. In P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes & L. Öjesjö (Eds.), *Addiction and life course* (pp. 85-102). Helsinki.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2003). Die Skala zur Erfassung sozialen Drucks (SSD). In F. R. A. Glöckner-Rist, & H. Kufner (Ed.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)[Electronic Handbook on Assessment Instruments in the Addiction Field]* (Vol. 3.00). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.[Available on line: www.psy.uni-muenster.de/institut1/ehes/startseite.htm.]
- Brandes, I., Gerken, U., & Walter, U. (2009). Einflussfaktoren auf das gesundheitsbezogene Inanspruchnahmeverhalten türkischsprachiger Migranten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 124-134.
- BZGA. (2012). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Finney, W., & Moos, R. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction*, 90, 1223-1240.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H. U. (1997). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.
- Haasen, C., Yagdiran, O., & Toprak, M. A. (2001). Negative outcome factors for addicted migrants. *European Addiction Research*, 7, 202-204.
- Heimann, H. M., Penka, S., & Heinz, A. (2007). Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen - eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. *Suchttherapie*, 8, 57-62.
- Hingson, R., Mangione, T., Meyers, A., & Scotch, N. (1982). Seeking help for drinking problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 273-288.
- Hingson, R., Scotch, N., Day, N., & Culbert, A. (1980). Recognizing and seeking help for drinking problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 1102-1117.
- Hodgins, D. C. (2005). Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 21, 13-19.
- Hodgins, D. C., & El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95(5), 777-789.
- Hodgins, D. C., Toneatto, T., Makarchuk, K., Skinner, W., & Vincent, S. (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 23, 215-230.
- Kraus, L., Sassen, M., Kroher, M., Taqi, Z., & Bühringer, G. (2011). Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 152-156.

- Laging, M. (2009). Die Inanspruchnahme formeller Hilfen durch Menschen mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten. *Suchttherapie*, 10, 68-74.
- Larimer, M. E., Neighbors, C., Lostutter, T. W., Whiteside, U., Cronce, J. M., Kaysen, D., et al. (2011). Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. *Addiction*.
- Ledgerwood, D. M., Arfken, C. L., Wiedemann, A., Bates, K. E., Holmes, D., & Jones, L. (2013). Who goes to treatment? Predictors of treatment initiation among gambling help-line callers. *American Journal on Addictions*, 22, 33-38.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., et al. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Projektbericht vom 26.4.2011.*
- Meyer, G. (2012). Glücksspiel - Zahlen und Fakten. In D. H. f. S. e. V. (DHS) (Ed.), *Jahrbuch Sucht* (pp. 125-143). Lengerich: Pabst.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G., & Finney, J. W. (1985). *Health and daily living form manual*.
- Penka, S., Krieg, S., Hunner, C., & Heinz, A. (2003). Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen. *Nervenarzt*, 74, 581-586.
- Petry, N. M., Armentano, C., Kuoch, T., Norinth, T., & Smith, L. (2003). Gambling participation and problems among South East Asian refugees to the United States. *Psychiatric Services*, 54(8), 1142-1148.
- Petry, N. M., Weinstock, J., Ledgerwood, D. M., & Morasco, B. J. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 318-328.
- Petry, N. M., Weinstock, J., Morasco, B. J., & Ledgerwood, D. M. (2009). Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addiction*, 104, 1569-1578.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J., & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. *Sucht*, 57, 421-430.
- Premper, V. (2012). Komorbide psychische Störungen beim pathologischen Glücksspielen. In F. M. Wurst, N. Thon & K. Mann (Eds.), *Glücksspielsucht. Ursachen - Prävention - Therapie* (pp. 41-80). Bern: Huber.
- Queri, S., Erbas, B., & Soyka, M. (2007). Treatment prevalence in Pathological Gambling. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75(8), 458-462.
- Rockloff, M. J., & Schofield, G. (2004). Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(2), 121-126.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G., & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie [Utilization of professional help of individuals with alcohol dependence or abuse: findings from the TACOS population study]. *Sucht*, 46, 9-17.
- Schenk, L., & Neuhauser, H. (2005). Beteiligung von Migranten im telefonischen Gesundheitssurvey: Möglichkeiten und Grenzen. *Gesundheitswesen*, 67, 719-725.
- Selten, J.-P., Wierdsma, A., Mulder, N., & Burger, H. (2007). Treatment seeking for alcohol and drug use disorders by immigrants to the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 301-306.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163, 297-302.
- Slutske, W. S., Blaszczyński, A., & Martin, N. G. (2009). Sex Differences in the Rates of Recovery, Treatment-Seeking, and Natural Recovery in Pathological Gambling: Results From an Australian Community-Based Twin Survey. *Twin Research and Human Genetics*, 12(5), 425-432.

- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2009). *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Spallek, J., & Razum, O. (2007). Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik, 102*, 451-456.
- Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2010). Prevention among immigrants: the example of Germany. *BMC Public Health, 10*.
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. (2009). Barriers to Seeking Help for Gambling Problems: A Review of the Empirical Literature. *Journal of Gambling Studies, 25*(3), 407-424.
- Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T., & Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: results of a population survey. *Psychiatr Serv, 59*(11), 1343-1346.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale - Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology, 14*(2), 195-219.
- WHO. (2009). The World Mental Health Survey Initiative. Computer Assisted Personal Interview (CAPI V21.1.1). Gambling section. Retrieved 2012-08-01, from http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/instruments_capi.php. Accessed: 2012-08-01. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/69aeWjlcM>)
- Wittchen, H. U., Weigel, A., & Pfister, H. (1996). DIA-X - Diagnostisches Expertensystem. Frankfurt: Swets Test Services.