ISD
Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Sachbericht für das Forschungsprojekt:

Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern

Eine empirische Untersuchung zu den Möglichkeiten, mit Hilfe von Spielerschutzmaßnahmen Selbstheilungsprozesse

zu initiieren und zu fördern.

(IIA5-2512DSM221)

Für den Zeitraum: 01.09.2012 bis 30.09.2013

Projektleitung:
Dr. Jens Kalke
Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)
c/o FISD e.V.
Postfach 20 17 31
D-20207 Hamburg
Tel. 040 / 7410 57904
Fax: 040 / 7410 55121

Projektteam: Sven Buth, Sascha Milin, Simone Mollenhauer, Dr. Jens Kalke

Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.

Zusammenfassung

Zielsetzungen der Studie

- Das primäre Ziel der vorliegenden Studie ist die Identifizierung von Indikatoren, Maßnahmen und Strategien, die erklären, warum es einer großen Zahl von pathologischen Glücksspielern/innen (PGS) gelingt, aus der Spielsucht herauszuwachsen, andere jedoch auf professionelle Hilfe angewiesen sind bzw. in ihrer Sucht verharren. Es wird dabei insbesondere untersucht, wie sich diese Erkenntnisse für eine Verbesserung der Maßnahmen zum Spielerschutz nutzen lassen (Analyseteil II).
- Ferner soll es mit Hilfe der vorliegenden Studie ermöglicht werden, die Gruppe der Selbstheiler/innen auf Basis einer gesicherten empirischen Grundlage detailliert zu beschreiben (Analyseteil I).

Methodik

- Insgesamt 347 Personen sind im Rahmen von telefonischen, schriftlichen und internetgestützten Interviews zu ihrem aktuellen und früheren Spielverhalten, zu glücksspielbezogenen Problemen, zur Inanspruchnahme von Hilfen, zu den Barrieren einer solchen Inanspruchnahme, zu Spielmotiven, zu kognitiven Verzerrungen, zum aktuellen Gesundheitsstatus u.v.m. befragt worden. Sofern verfügbar, kamen jeweils international anerkannte Instrumente zum Einsatz.
- Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte vorrangig über Anzeigen bzw. Hinweise zur Studie, welche in Wochenblättern, einer Tageszeitung, in öffentlichen Verkehrsmitteln und in Internetportalen platziert wurden. Zudem sind gesperrte Kunden/innen einer Spielbank und ehemalige Teilnehmer/innen der PAGE-Studie um Teilnahme gebeten worden.
- Zwecks besserer Abgrenzung der Untersuchungsgruppen sind letztendlich 260 ehemalige bzw. aktuelle pathologische Spieler/innen (PGS) in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen worden: Selbstheiler/innen (N=62); Remittierte mit formeller Hilfe (N=54); PGS ohne formelle Hilfe (N=84) und PGS mit formeller Hilfe (N=60).
- Die Auswertungen erfolgen in Form von Gruppenvergleichen. Die Studie begann im September 2012 und endete 13 Monate später.

Analyseteil I: Vergleich der ehemaligen und aktuellen pathologischen Glücksspieler/innen mit und ohne formeller Hilfe

- Selbstheiler/innen unterscheiden sich hinsichtlich demografischer und sozialstruktureller Merkmale kaum von den anderen drei Untersuchungsgruppen.
- Auch in Bezug auf die Anzahl der erfüllten DSM-IV-Kriterien und die Dauer der Spielprobleme zeigen sich nur kleinere Unterschiede. Hingegen empfinden im Vergleich zu den Selbstheilern/innen deutlich mehr Remittierte mit formeller Hilfe im Rückblick die eigene Spielsucht als schwerwiegend. Sie sind es auch, die häufiger von anderen negativen Folgen einer Spielsucht – wie z. B. Verlusten von mehr als 10.000 Euro binnen eins Jahres, Vollzug illegaler Handlungen oder Verlust des Arbeitsplatzes wegen des Glücksspielens – berichten.
- In allen vier Gruppen werden mehrheitlich die Automaten in den Spielhallen und – schon zu deutlich geringeren Anteilen – in den Spielbanken als problemverursachende Glücksspielart genannt. Die Befragten ohne Inanspruchnahme formeller Hilfe weisen diesbezüglich aber jeweils geringere Anteile auf als diejenigen mit glücksspielbezogenen Behandlungserfahrungen.
- Sehr viele Studienteilnehmer/innen haben akute psychische Probleme. Je nach Untersuchungsgruppe sind zwischen ein Drittel und drei Viertel von ihnen aktuell von depressiven Symptomen betroffen. Noch etwas höher liegen die entsprechenden Anteile in Bezug auf Angstsymptome. Hinsichtlich der Frage nach früheren ambulanten wie stationären Behandlungen aufgrund einer Depression finden sich die höchsten Anteile jeweils bei den Betroffenen, die auch von einer Inanspruchnahme glücksspielbezogener formeller Hilfe berichten. Insgesamt zeigen sich die Selbstheiler/innen am geringsten von psychischen Problemen belastet.
- Gefragt nach den Motiven der Teilnahme am Glücksspiel spielt neben dem möglichen Geldgewinn und der Schaffung bzw. Steigerung von subjektiv als angenehm empfundenen Gefühlszuständen insbesondere das Coping eine wichtige Rolle. So ist mit der Teilnahme am Glücksspiel oftmals die Hoffnung verbunden, von bestehenden Sorgen oder Problemen abzulenken oder negativen Stimmungen zu entfliehen. Insbesondere die Befragten, die schon einmal formelle glücksspielbezogene Hilfe in Anspruch genommen haben, weisen hinsichtlich dieser maladaptiven Bewältigungsstrategien deutlich erhöhte Werte auf.
- Die Ergebnisse des Analyseteils I liefern somit nur wenige Anhaltspunkte dafür, dass Selbstheilungsprozesse mit vertretbarem Aufwand gezielt befördert werden können. Hierfür

wären Maßnahmen notwendig, mit denen es gelingt, psychisch belasteten Menschen frühzeitig, effizient und dauerhaft zu helfen, so dass ein Entfliehen vor den Problemen mit Hilfe des Glücksspiels nicht mehr notwendig ist.

Analyseteil II: Ansätze für Prävention und Hilfe

- Die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens zeigt, dass die Remittierten mit formeller Hilfe in stärkerem Maße auf Angebote außerhalb des eigentlichen Suchthilfesystems zurückgreifen als dies bei den Selbstheiler/innen der Fall ist.
- Auch bei den Ergebnissen zu den persönlichen Strategien zur Beendigung des exzessiven Spielens bzw. zur Aufrechterhaltung des Spielstopps ergeben sich für die Selbstheiler/innen durchgängig geringere Prozentanteile; bei vielen Vermeidungsstrategien liegen signifikante Abweichungen zugunsten der Remittierten mit formeller Hilfe vor.
- Insgesamt lassen sich keine Maßnahmen oder Strategien identifizieren, die für die Förderung von Selbstheilungsprozessen eine spezifische Relevanz hätten.
- Vielmehr ergeben sich insgesamt – wenn die Ergebnisse für die Remittierten mit und ohne formeller Hilfe zusammen betrachtet werden – einige wichtige Hinweise darauf, in welchen Bereichen das Präventions- und Hilfeangebot für problematische und pathologische Glücksspieler/innen ausgebaut werden sollte.
- Insbesondere sind hier zu nennen: die Entwicklung von Tipps über Erfolg versprechende Vermeidungsstrategien des Spielens; die Ausweitung des Sperrsystems auf weitere Glücksspielstätten (z. B. Spielhallen); die Verstärkung der Kooperation zwischen der Suchthilfe und der Schuldnerberatung sowie die Weiterentwicklung von Selbsthilfe-Materialen.

Wir möchten uns ganz herzlich bei allen Beteiligten bedanken!

… für die finanzielle Förderung und fachlichen Abstimmung der Studie bei:

Dr. Sandra Dybowski
(Bundesministerium für Gesundheit)

Gaby Kirschbaum
(Bundesministerium für Gesundheit)

Gabriele Spohn
(Bundesverwaltungsamt)

… für die wertvolle Hilfe bei der Durchführung der Studie bei:

Eteri Tsqifurishvili
(ISD)

Elke Rühling
(ISD)

Charlotte Kleinau
(ISD)

Dr. Philipp Hiller
(ISD)

Mehmet Ulas
(Doktorand, ZIS)

… für die angenehme Kooperation im Rahmen der Studie bei:

Andrea Stumpf
(Spielbank Berlin)

Dr. Anja Bischof
(Universität Lübeck)

Marc von Meduna
(Universität Bremen)

… und insbesondere bei

allen Studienteilnehmer/innen, die bereit waren, eine Vielzahl von z. T. sehr persönlichen Fragen zu ihrer Biografie, ihrem Spielverhalten und ihrer aktuellen Lebenssituation zu beantworten.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 7

1.1 Problemhintergrund und Forschungsstand ... 7

2 Ziele der Studie ... 10

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik ... 11

3.1 Vorbemerkungen zur Veränderung des ursprünglichen Designs der Studie ... 11

3.2 Konstruktion des Fragebogens ... 12

3.3 Instrumente ... 12

3.4 Rekrutierung der Studienteilnehmer/innen ... 18

3.5 Ablauf der Befragung ... 20

3.6 Stichprobengröße und Drop-Outs ... 21

3.7 Definition der Analysegruppen ... 23

3.8 Selektion der Untersuchungsgruppen ... 25

3.9 Statistische Analyseverfahren ... 26

3.10 Limitationen ... 27

4 Beschreibung der Ergebnisse ... 28

4.1 Analyseteil I: Vergleich der ehemaligen und aktuellen pathologischen Glücksspieler/innen mit und ohne formeller Hilfe ... 28

4.2 Analyseteil II: Ansätze für Prävention und Hilfe ... 42

5 Empfehlungen für Prävention und Hilfe ... 53

6 Gender Mainstreaming Aspekte ... 54

7 Verbreitung und Verwertung der Projektergebnisse ... 54

8 Literatur ... 55

1 Einleitung

1.1 Problemhintergrund und Forschungsstand

Die Lebenszeitprävalenz für pathologisches Spielen liegt in Deutschland bei ca. 1% (Meyer *et al.*, 2011). Absolut sind dies mehr als eine halbe Million Menschen. Nahezu zwei Dritteln dieser Spieler/innen ist es jedoch gelungen, ihre Spielsucht zu überwinden. Zu etwa 80% gelang dies, ohne dass die Betroffenen professionelle Hilfe in Anspruch nahmen (ebd.). Internationale Studien zur Selbstheilung bei pathologischem Glücksspiel kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Slutske, 2006; Kessler *et al.*, 2008; Toneatto *et al.*, 2008; Cunningham *et al.*, 2009).

Trotz dieser hohen Anteile von Spontanremissionen bei pathologischen Glücksspielern/innen ist national wie international dieser Themenbereich bisher nur wenig untersucht worden (Toneatto *et al.*, 2008; Cunningham *et al.*, 2009). In der Studie von Toneatto *et al.* (2008) sind die Charakteristika von Selbstheiler/innen im Vergleich zu Remittierten, welche formelle Hilfe in Anspruch nahmen zwar sehr detailliert beschrieben. Anzumerken ist jedoch, dass die Anzahl der einbezogenen Personen mit N=26 für die Selbstheiler/innen und N=11 für die Remittierten mit formeller Hilfe sehr gering ist und die Stichprobe mittels Anzeigen in Tageszeitungen der kanadischen Stadt Toronto rekrutiert wurde. Aufgrund dieser kleinen Fallzahlen und der nicht sicher gestellten Repräsentativität sind die Ergebnisse dieser Studie somit nur eingeschränkt verallgemeinerbar.

In der Studie von Cunningham *et al.* (2009) sind die 130 einbezogenen Selbstheiler/innen hingegen im Rahmen einer in Kanada durchgeführten Repräsentativbefragung rekrutiert worden. Jedoch fehlt in der Publikation der Autoren die Darstellung der Befunde einer Vergleichsgruppe. Inwieweit die beschriebenen Ergebnisse ihrer Studie somit charakteristisch für die Gruppe der Selbstheiler/innen sind, lässt sich nicht ableiten. Zudem ist als Screening-Instrument zur Bestimmung der lebenszeitlichen Glücksspielprobleme lediglich der CLiP zur Anwendung gekommen. Er beinhaltet drei Kriterien problematischen Spielens, die dem DSM-IV entlehnt sind. Traf für eine befragte Person mindestens eines dieser Kriterien zu, und zeigten sich aktuell keine glücksspielbezogenen Probleme, dann ist diese als Selbstheiler/in in die Studie eingeschlossen worden. Somit ist davon auszugehen, dass die von Cunningham *et al.* (2009) untersuchte Stichprobe auch eine Vielzahl von Personen beinhaltet, die im Laufe ihres Lebens nie ein pathologisches Spielverhalten zeigten. Trotz der genannten Einschränkungen liefern die beiden Studien wichtige Ergebnisse für die methodische Anlage sowie der Interpretation der Befunde der hier vorgelegten Untersuchung.

In der Studie von Toneatto *et al.* (2008) sind Selbstheiler/innen im Vergleich zu den Remittierten mit formeller Hilfe dadurch charakterisiert, dass sie in einem späteren Lebensalter die Spielprobleme entwickelten und die Problematik einen kürzeren Zeitraum umfasste. Die Spielsucht war bei ihnen etwas weniger stark ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe - mit durchschnittlich 8,1 DSM-IV-Kriterien gleichwohl auf hohem Niveau. Deutlichere Unterschiede zeigen sich bei den Behandlungserfahrungen bezüglich anderer psychischer Erkrankungen. Die berichteten Anteile der Inanspruchnahme eines Psychiaters bzw. einer stationären Einrichtung sowie der Einnahme von Antidepressiva verweisen darauf, dass die Gruppe der Remittierten mit formeller Hilfe deutlich stärker belastet ist. Im Vergleich zu erfolgreich behandelten pathologischen Spieler/innen begründen Selbstheiler/innen ihren Ausstieg häufiger mit Konflikten in der Familie, Verlagerung der Prioritäten in der Lebensführung und der Erkenntnis, dass das Spielen in der Summe immer zu Verlusten führt. Die erstgenannte Gruppe verweist hingegen häufiger auf die Bedeutung von Lebenskrisen und einer mangelnden Kongruenz zwischen Selbstbild und tatsächlicher Lebensführung. Ähnliche Gründe für die Beendigung des exzessiven Spielens werden in der Untersuchung von Cunningham *et al.* (2009) angeführt. Besonders häufig wird auf Reifungsprozesse bzw. veränderte Lebensumstände sowie finanzielle Gründe verwiesen.

Gefragt nach den Strategien zur Überwindung der Spielsucht und Aufrechterhaltung der Abstinenz exzessiven Spielens wurden von den Selbstheiler/innen der Studie von Toneatto *et al.* (2008) besonders häufig die Vermeidung des Besuchs von Spieletablissements und die Etablierung eines Lebensstils, welcher mit dem Glücksspielen nur schwer in Einklang zu bringen ist, genannt. Des Weiteren wurden Restriktionen des Geldzugangs und die Bewusstwerdung der negativen Konsequenzen als bedeutsam eingestuft. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Untersuchung von Cunningham *et al.* (2009). Auch hier spielen für die Selbstheiler/innen die Verlagerung von Prioritäten in der Lebensführung, Restriktionen des Geldzugangs und das Meiden von Spielstätten eine nennenswerte Rolle. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass etwas mehr als die Hälfte angibt, überhaupt keiner Strategie während des Ausstiegs aus der Spielproblematik gefolgt zu sein.

Mit der Veröffentlichung des Abschlussberichts zur PAGE-Studie (Meyer *et al.*, 2011) liegen auch für Deutschland aktuelle Befunde zu ehemals pathologischen Glücksspielern/innen, die aus eigener Kraft ihre Spielsucht überwunden haben, vor. Die Gruppe der N=68 Selbstheiler/innen setzt sich zu etwa gleichen Teilen aus Teilnehmern/innen einer Repräsentativbefragung und Selbstmeldern (aufgrund von Anzeigen bzw. Hinweisen zur Studie) zusammen.

Einbezogen wurden Personen, die entweder gar keine oder nur geringfügige glücksspielbezogene formelle Hilfe im Laufe ihres Lebens in Anspruch genommen haben. Zur besseren Einordnung der Befunde sind der Gruppe der Selbstheiler/innen die Studienteilnehmer/innen gegenübergestellt worden, die zwar ebenfalls remittiert waren, jedoch von einer intensiveren Inanspruchnahme formeller Hilfe berichteten. Leider beschränken sich die bisher veröffentlichten Ergebnisse auf eine Darstellung weniger Charakteristika. So zeigt sich, dass die Selbstheiler/innen im Mittel fünf Jahre jünger sind, als die Remittierten mit formeller Hilfe. Zudem war ihre Glücksspielproblematik offensichtlich nicht so stark ausgeprägt. Trafen durchschnittlich 7,2 Kriterien auf die Selbstheiler/innen zu, so sind es in der Vergleichsgruppe fast zwei Kriterien mehr (9,0). Hingegen liegt der Anteil der befragten Personen, die eine Störung aufgrund des Konsums bestimmter Substanzen aufweisen, in der erstgenannten Gruppe mit 70% bemerkenswert über dem der Remittierten mit formeller Hilfe (47%). Ein diametraler Befund zeigt sich hingegen in Bezug auf die affektiven Störungen. Zwei Drittel der Personen, die intensiv um Hilfe aufgrund eines Glücksspielproblems nachfragten, sind darüber hinaus von psychischen Problemen betroffen (Selbstheiler/innen: 42%).

Als Resümee bleibt festzuhalten, dass die drei beschriebenen Studien zwar eine Reihe von Ansatzpunkten zur Erklärung von Selbstheilungsprozessen liefern, aufgrund der beschriebenen methodischen Einschränkungen bzw. der Darstellung nur sehr ausgewählter Ergebnisse jedoch kein umfassendes und empirisch ausreichend fundiertes Gesamtbild ermöglichen. Insbesondere hinsichtlich der konkreten Gründe, Mechanismen und Strategien für Selbstheilungsprozesse bei pathologischen Glücksspielern/innen (PGS) liegen kaum gesicherte Erkenntnisse vor. Angesichts der Tatsache, dass es in Deutschland etwas mehr als einem Drittel der aktuell pathologisch spielenden Menschen nicht gelingt, die Spielsucht zu überwinden, scheint es dringend geboten, die Möglichkeiten, die sich aus der Kenntnis der Hintergründe der Selbstheilung ergeben könnten, zu untersuchen. Mit Hilfe der gewonnen Erkenntnisse können dann Selbstheilungsprozesse gezielt initiiert und/oder verstärkt werden. Konkret würde dies bedeuten, die derzeit angewandten Spielerschutzmaßnahmen um die Bereiche zu ergänzen, die sich im Rahmen der Selbstheilung als besonders evident erwiesen haben.

2 Ziele der Studie

Vor dem Hintergrund des dargestellten (defizitären) Forschungsstandes sind mit der Durchführung dieser Studie zwei primäre Ziele verbunden. Zum einen soll es ermöglicht werden, die Gruppe der Selbstheiler/innen auf Basis einer gesicherten empirischen Grundlage detailliert zu beschreiben. Darauf aufsetzend besteht das zweite Hauptziel in der Identifizierung von Indikatoren, die erklären, warum es einer großen Zahl von pathologischen Glücksspielern/innen (PGS) gelingt, aus der Spielsucht herauszuwachsen, andere jedoch auf professionelle Hilfe angewiesen sind bzw. in ihrer Sucht verharren. Es soll dabei insbesondere untersucht werden, wie sich diese Erkenntnisse für eine Verbesserung der Maßnahmen zum Spielerschutz nutzen lassen.

Ausgehend von diesen beiden primären Zielsetzungen lassen sich vier wesentliche Fragestellungen für die Studie formulieren:

1. Was sind die Charakteristika der Selbstheiler/innen?
2. In welchen Punkten unterscheiden sich die Selbstheiler/innen von der Gruppe der Remittierten mit formeller Hilfe bzw. aktuellen pathologischen Spielern/innen?
3. Welche Faktoren sind für die Initiierung und erfolgreiche Durchführung von Selbstheilungsprozessen evident?
4. Welche der evidenten Faktoren lassen sich für den Spielerschutz in besonderer Weise nutzen, um Selbstheilungsprozesse von außen gezielt anzustoßen und zu unterstützen bzw. bereits bestehende Spielerschutzprogramme zukünftig effektiver zu gestalten?

Die Beantwortung dieser Fragestellungen erfolgt innerhalb des Ergebnisteils dieses Forschungsberichtes in jeweils zwei eigenständigen Kapiteln, deren Struktur sich an den oben formulierten Hauptzielen orientiert. Der Analyseteil I beinhaltet den Vergleich der ehemaligen und aktuellen pathologischen Glücksspieler/innen mit und ohne formelle Hilfe (Fragestellungen 1 und 2). Im zweiten Analyseteil werden dann Ergebnisse dargestellt, die für die (Weiter-)Entwicklung von Präventions- und Hilfemaßnahmen von Bedeutung sein können (Fragestellungen 3 und 4).

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

3.1 Vorbemerkungen zur Veränderung des ursprünglichen Designs der Studie

Die vorliegende Studie begann am 1. September 2012. Laut ursprünglichem Zeitplan sollte bis Ende Februar 2013 die Rekrutierung der Studienteilnehmer/innen für die quantitative Befragung mehrheitlich abgeschlossen sein. Angestrebt waren drei Gruppen – 100 Selbstheiler/innen, 100 Remittierte mit formeller Hilfe und 100 aktuell pathologisch spielende Personen. Im Anschluss daran war geplant, mit insgesamt 30 Personen – 10 pro Untersuchungsgruppe – vertiefende qualitative Interviews zu führen.

Trotz des Einsatzes erheblicher personeller wie finanzieller Ressourcen blieben in den Monaten Oktober 2012 bis März 2013 die finalisierten Befragungen deutlich hinter den anvisierten Fallzahlen zurück. So lagen bis Mitte März nur jeweils etwa 40 vollständig ausgefüllte Fragebögen für die Gruppe der Selbstheiler/innen und der Remittierten ohne formelle Hilfe vor. Über die konkreten Gründe dieser sehr zurückhaltenden Beteiligung insbesondere der remittierten pathologischen Spieler/innen lässt sich nur spekulieren. Womöglich wollten viele der ehemaligen Spielsüchtigen mit den zurückliegenden Erlebnissen und Erfahrungen nicht erneut konfrontiert werden.

Aus wissenschaftlicher Sicht war aber eine deutlich höhere Fallzahl im quantitativen Teil unverzichtbar (deutlich über > N=50 in jeder Gruppe). Nur so würde es möglich sein, mit Hilfe dieser Studie einen evidenten Beitrag zur Verringerung des Forschungsdefizits in dem Themenbereich Selbstheilung bei PGS zu leisten. Somit bestand die Notwendigkeit, die Rekrutierung von Studienteilnehmern/innen weiter fortzuführen. Eine solche Veränderung des Studienablaufs hat selbstredend Auswirkungen auf die Art und Weise der weiteren Durchführung der Studie insgesamt. Da nur begrenzte finanzielle Ressourcen im Rahmen dieser Studie zur Verfügung standen, war die Relevanz des quantitativen und des qualitativen Forschungsmoduls gegeneinander abzuwägen. Das Projektteam kam nach einer intensiven fachlichen Diskussion zu dem Schluss, dass der schriftlichen Befragung – aufgrund der oben genannten Gründe –Vorrang einzuräumen ist. Deshalb wurde beim Auftraggeber beantragt, die Rekrutierung von Studienteilnehmer/innen bis in den Sommer 2013 hinein fortzuführen und im Gegenzug auf den qualitativen Teil der Befragung zu verzichten. Im Nachhinein kann diese Strategie als erfolgreich angesehen werden. So war es aufgrund des verlängerten Rekrutierungszeitraums möglich, insgesamt 347 Personen für die schriftliche Befragung zu gewinnen.

3.2 Konstruktion des Fragebogens

Die Arbeit zu dieser Studie begann mit einer intensiven Aufarbeitung der national wie international vorliegenden Befunde zur Thematik der Selbstheilung bei PGS. Darüber hinaus ist die Literatur zur Spontanremission bei psychoaktiven Substanzen (insbesondere Alkohol) nach Hinweisen auf relevante Einflussfaktoren gesichtet worden. Im Ergebnis war es zwar möglich, eine Vielzahl von Lebensbereichen und teilweise auch individueller Strategien herausarbeiten, welche für eine Remission von Relevanz sein können. Verlässliche Aussagen zu ihrer Gewichtung und zur Bedeutung ihres Zusammenwirkens ließen sich jedoch nicht formulieren. In Anbetracht dieses defizitären Forschungsstandes war es notwendig, einen Fragebogen zu entwickeln, der umfassend und detailliert das Verhalten, die Lebensumstände sowie die körperliche und psychische Gesundheit der Untersuchungsteilnehmer/innen erhebt. Im Ergebnis sind neben vielen „gängigen" Fragen zur Person selbst, zum Spielverhalten, zur Inanspruchnahme von Hilfe u. ä. eine Vielzahl weiterer Instrumente zur Anwendung gekommen, welche in der Summe eine sehr detaillierte Beschreibung der untersuchten Personen ermöglichen. Darüber hinaus war es den befragten Personen im Fragebogen in Form von mehreren offenen Fragen möglich, individuell bedeutsame Sachverhalte darzulegen.

3.3 Instrumente

Nachfolgend werden die Bereiche bzw. Instrumente des eingesetzten Fragebogens näher erläutert, welche ihm Rahmen der Auswertungen zu diesem Bericht auch zur Anwendung gekommen sind.

3.3.1 Frühere und aktuelle Spielprobleme

Die Befragung der Untersuchungsteilnehmer/innen begann mit der Bestimmung der Schwere der Glücksspielproblematik anhand der DSM-IV-Kriterien für pathologisches Spielen. Diese sind unter Anwendung der Gambling Section des Composite Diagnostic Interview (CIDI 3.0) erfasst worden. Dieses von der WHO entwickelte Instrument umfasst insgesamt 43 Einzelfragen bzw. Fragenbereiche – die Summe der Einzelfragen ist ungleich höher – welche ein breites Spektrum des früheren und aktuellen Spielverhaltens und der daraus resultierenden Probleme abbildet.[1] Nur ein Teil dieser vielen Fragen ist für die Ermittlung der Glücksspielprob-

[1] Der originale Fragebogen ist einzusehen unter: http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcidi/ftpdir_public/PAPI%20Instrument/PAPI%20V7.1/PAPI%20V7.1_Gambling.pdf (Zugriff am 15.3.2014)

leme nach DSM-IV von Bedeutung. Aus diesem Grund sind nicht alle Fragestellungen des CIDI im Rahmen dieser Studie verwendet worden.

Der deutsche Wortlaut der Gambling Section des CIDI ist dem Anhang des PAGE-Studienberichts (Meyer *et al.*, 2011; Kapitel 12.2) entnommen worden. Zur Art und Weise der Übersetzung heißt es im Bericht: „*Das englische Original* Interview *(CAPI version V21.1.1; Stand 30.01.2009) wurde von einer Diplom-Psychologin ins Deutsche übertragen. Die deutsche Übersetzung wurde von einem Fachübersetzungsdienst ins Englische rückübersetzt. Aufgrund der durch das beauftragte Fachübersetzungsbüro angemerkten Diskrepanzen zwischen der ins Englische rückübersetzten deutschen Version und der englischen Originalversion wurden Korrekturen an der ersten deutschen Version vorgenommen.“* (ebd. S. 23-24).

Die zehn DSM-IV-Kriterien für pathologisches Spielen werden im CIDI mit Hilfe von 16 Fragen operationalisiert. Zunächst sind die Studienteilnehmer/innen der hier vorliegenden Studie gebeten worden anzugeben, ob die vorgegebenen glücksspielbezogenen Problemsituationen bei ihnen jemals im Leben auftraten. Wurde dies bejaht, dann ist in einem zweiten Schritt erfasst worden, wann eine solche Situation zuletzt auftrat. Lag der genannte Zeitraum weniger als 12 Monate zurück, dann ist das entsprechende DSM-IV-Kriterium auch für die Bestimmung der 12-Monats-Prävalenz pathologischen Spielens einbezogen worden.

Über den CIDI hinausgehend wurde noch die Selbsteinschätzung der glücksspielbezogenen Problemschwere, die Bedeutung der verschiedenen Glücksspielarten für die Entwicklung der Spielprobleme und das Alter des ersten Auftretens der Spielprobleme erhoben.

3.3.2 Demografie & Biografie

Zu Beginn der Hauptbefragung sind die demografischen Merkmale der Studienteilnehmer/innen erfasst worden. Hierzu zählen das Geschlecht, das Alter, die Staatsangehörigkeit, der Migrationshintergrund und die Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt. Darüber wurden die schulische und berufliche Bildung, der aktuelle Erwerbsstatus, das aktuelle Haushaltsnettoeinkommen und die Dauer der Arbeitslosigkeit im Laufe des bisherigen Lebens erfragt.

3.3.3 Früheres und aktuelles Spielverhalten & Folgen der Spielsucht

Die Studienteilnehmer/innen sind gebeten worden anzugeben, wie häufig sie im Laufe ihres Lebens und in den zurückliegenden 12 Monaten an Glücksspielen teilgenommen haben, wie intensiv diese Teilnahme jeweils war und wie viel Geld aufgrund des Spielens verloren wurde.

Die Erfassung des aktuellen Schuldenstandes (ausschließlich glücksspielbezogene Schulden) erfolgte differenziert nach den verschiedenen Gläubigern. Des Weiteren sind die befragten Personen gebeten worden anzugeben, welche Auswirkungen ihr Spielproblem auf das Zusammensein mit Angehörigen, Freunden, Kolleginnen und Kollegen sowie die Freizeitgestaltung und die berufliche Situation hatte. Zusätzlich konnten die Befragten benennen, ob sie aufgrund des pathologischen Spielens mit dem Gesetz in Konflikt geraten oder von Spielverboten bzw. Spielersperren betroffen waren.

3.3.4 Motive der Spielteilnahme (Gambling Motives Questionnaire - GMQ)

Die Gründe, warum die befragten Personen sehr intensiv dem Glücksspielen nachgingen, sind mit Hilfe des Gambling Motives Questionnaire (GMQ) operationalisiert worden. Dieses von Stewart and Zack (2008) vorgestellte Instrument stellt eine Adaption des alkoholbezogenen Drinking Motives Questionnaire (DMQ) dar, welcher von Cooper *et al.* (1992) entwickelt wurde. Der GMQ umfasst 16 Fragen, welche Motivlagen abbilden, die sich drei verschiedenen Sub-Skalen zuordnen lassen:

- Enhancement: Verstärkung von positiven Gefühlen;
- Coping: Reduktion bzw. Vermeidung negativer Gefühle;
- Social Motives: zur Herstellung bzw. Verbesserung sozialer Zugehörigkeit.

Alle drei Sub-Skalen weisen eine gute interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha >0,8). Die Interkorrelation der drei den Skalen zu Grunde liegenden Faktoren sind mit Werten von r=0.41 bis r=0.52 als moderat zu bewerten.

Der GMQ lag bis zum Beginn dieser Studie lediglich im englischsprachigen Original vor. Das Instrument ist vom Projektteam in einem ersten Schritt ins Deutsche übersetzt worden. Dieser erste Entwurf in deutscher Sprache ist dann von einem Mitarbeiter des ISD, dessen zweite Muttersprache Englisch ist, zwecks eines Abgleichs mit dem englischen Original gegengelesen und leicht überarbeitet worden. Eine psychometrische Prüfung dieser deutschsprachigen Version des GMQ ist bisher nicht erfolgt.

3.3.5 Strategien zur Aufrechterhaltung des Spielstopps (Coping Behaviours Inventory - CBI)

Der CBI ist ein ursprünglich von Litman *et al.* (1983) entwickeltes Instrument zur Erfassung von Strategien zur Aufrechterhaltung einer Alkoholabstinenz, welches insgesamt 36 Fragen beinhaltet. Etwa 20 Jahre später wurde es von Bischof *et al.* (2003) ins Deutsche übertragen. „*Die inhaltliche Angemessenheit der Übersetzung wurde anhand einer Rückübersetzung ins*

Englische durch eine Muttersprachlerin geprüft. Bei inhaltlichen Abweichungen wurden entsprechende Modifikationen vorgenommen“ (ebd.). Anschließend erfolgte eine psychometrische Prüfung des Instruments. Hierzu sind insgesamt 472 Personen (176 Remittierte ohne formelle Hilfe, 66 Besucher von Selbsthilfegruppen und 230 Teilnehmer/innen einer Motivationstherapie) gebeten worden, die Fragen des CBI zu beantworten (Durchschnittsalter: 43 Jahre; Anteil Frauen: 29,4%). Mittels einer Hauptkomponentenanalyse konnte die vierdimensionale Struktur des von Litman et al. (1983) entwickelten Instruments bestätigt werden. Dem zufolge lassen sich die Coping-Strategien vier Sub-Skalen zuordnen: Positives Denken, Vermeidung, negatives Denken und Suchen nach sozialer Unterstützung. Die internen Konsistenzen aller vier Skalen liegen mit Werten für Cronbachs Alpha von 0.71(Vermeidung), 0,76 (Negatives Denken), 0.82 (Suchen nach sozialer Unterstützung) und 0.90 (positives Denken) im zufriedenstellenden bis guten Bereich.

Von Meyer *et al.* (2011) ist diese deutschsprachige, sich auf eine Alkoholabstinenz beziehende Version des CBI, für den Glücksspielbereich adaptiert und im Rahmen der PAGE-Studie eingesetzt worden. Ergebnisse einer psychometrischen Prüfung liegen bis dato noch nicht vor.

3.3.6 Kognitive Verzerrungen (Gamblers Beliefs Questionaire - GBQ)

Der Gamblers Beliefs Questionaire ist ein von Steenbergh *et al.* (2002) entwickeltes Instrument zur Erfassung kognitiver Verzerrungen bezüglich des Glücksspielens. Es beinhaltet insgesamt 21 Fragen, die mittels einer Skala von 0 (stimmt gar nicht) bis 7 (stimmt vollkommen) beantwortet werden können. Im Rahmen der psychometrischen Prüfung des Instruments sind insgesamt 403 Personen (Normalbevölkerung: N=203; Studenten: N=200) gebeten worden, den entsprechenden Fragebogen auszufüllen. Die sich daran anschließende Faktorenanalyse verwies auf eine zweifaktorielle Struktur der kognitiven Verzerrungen. Steenbergh *et al.* (2002) leiteten daraus die beiden Subskalen Luck/Perseverance (Glaube an das persönliche Glück beim Spielen; 13 Items) und Illusion of Control (Glaube, den Ausgang des Spiels beeinflussen zu können; 8 Items) ab. Für den GBQ können sowohl die Ergebnisse der beiden Sub-Skalen als auch der Gesamtscore berichtet werden. Der GBQ mit allen 21 Fragen zeigt mit einem Cronbachs Alpha von 0.92 eine sehr gute interne Konsistenz. Gleiches gilt für die Sub-Skala I „Luck/Perseverance“ (Cronbachs Alpha =0.90). Für die Subskala „Illusion of Control“ beträgt Cronbachs Alpha 0.84. Das englischsprachige Original des GBQ ist von Meyer *et al.* (2011) ins Deutsche übertragen und im Rahmen der PAGE-Studie eingesetzt worden. Ergebnisse einer psychometrischen Prüfung des übersetzten Instrumentes sind bisher noch nicht veröffentlicht worden.

3.3.7 Remissionsgründe

Die Teilnehmer/innen, welche in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nicht mehr pathologisch spielten, sind nach den Gründen für die Beendigung des exzessiven Glücksspielens befragt worden. Da hierzu bisher weder national noch international ein psychometrisch geprüftes Instrument vorliegt, ist auf eine Fragenbatterie zurückgegriffen worden, die vom Forschungsteam der PAGE-Studie (Meyer *et al.*, 2011) entwickelt und auch eingesetzt wurde. Sie umfasst 18 Einzelfragen, welche auf einer Likert-Skala von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft genau zu) beantwortet werden können. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, weitere Gründe in Form einer offenen Frage zu benennen.

3.3.8 Inanspruchnahme von Hilfe

Die Inanspruchnahme von Hilfe mit dem Ziel der Veränderung bzw. Beendigung des pathologischen Spielens ist auf verschiedene Art und Weise erfasst worden. Zum einen wurde die Bedeutung einer Reihe von (eher) informellen Hilfen erfasst. Auf einer vierstufigen Likert-Skala von „keine Bedeutung“ bis „sehr große Bedeutung“ konnten die vorgegebenen Personen, Institutionen oder Medien bewertet werden.

Bei den formellen glücksspielbezogenen Hilfen ist hingegen die konkrete Inanspruchnahme erhoben worden. Die Studienteilnehmer/innen sind gebeten worden, sowohl jeweils die Anzahl der Kontakte bzw. Aufenthalte als auch die Dauer der in Anspruch genommenen Hilfemaßnahmen zu dokumentieren. Darüber hinaus konnten sie in einem freien Feld noch weitere Institutionen, Personen oder Maßnahmen benennen, die nach ihrer Auffassung relevant für die Beendigung des pathologischen Spielverhaltens waren.

3.3.9 Gesundheit und Befinden (SLC-27)

Die Symptom-Checkliste SCL-27 ist ein Screeninginstrument für psychische Störungen und stellt eine Kurzform des 90-Fragen umfassenden SCL-90 dar (Hardt *et al.*, 2004). Sie umfasst sieben Subskalen: depressive Symptome (4 Items), dysthyme Symptome (4 Items), vegetative Symptome (6 Items), agoraphobe Symptome (5), soziophobe Symptome (4 Items) und Symptome von Misstrauen (4 Items). Zudem ist es möglich, einen Summenscore zu bilden (GSI-27). Die Antwortmöglichkeiten der Einzelfragen variieren zwischen 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark). Zeitlich nimmt die SCL-27 Bezug auf die zurückliegenden sieben Tage vor der Befragung. Somit erfasst dieses Instrument vorrangig die aktuelle psychische Situation der Befragten.

Die internen Konsistenzen sind für alle Subskalen als mindestens zufriedenstellend zu bezeichnen (Cronbachs Alpha >=0,7). Für die deutsche Normalbevölkerung liegen nach dem Geschlecht unterschiedene Cut-Off-Werte vor, bei deren Überschreitung eine entsprechende Diagnostik angeraten ist. Diese entsprechen 10% bis 15% der Probanden/innen der Normstichprobe mit den jeweils höchsten Ausprägungen je Subskala.

3.3.10 State-Trait-Angstinventar (STAI)

Das State-Trait-Angstinventar ist ein Instrument zur Erfassung von Angst, welches ursprünglich von Spielberger *et al.* (1983) entwickelt und von Laux *et al.* (1981) für die deutschsprachige Bevölkerung adaptiert wurde. Es unterscheidet zwischen aktuellen (State) und habituellen Angstsymptomen (Trait: Angst als Eigenschaft). Im Rahmen dieser Studie ist ausschließlich das STAI-Trait zur Anwendung gekommen. Es beinhaltet 20 Fragen, welche auf einer Skala von 1 (fast nie) bis 4 (fast immer) beantwortet werden müssen. Dreizehn dieser Fragen erheben verschiedene Formen von Ängstlichkeit, weitere sieben bilden – dem entgegengesetzt – die Eigenschaft einer Person ab, angstfrei zu sein. Für die Bestimmung des Gesamtscores werden die Antwortwerte der einzelnen Fragen aufaddiert. Hierzu müssen vorab die Fragen zur Angstfreiheit umkodiert (umgepolt) werden. Sowohl für den STAI-State als auch für den STAI-Trait liegen Normwerte aus der Allgemeinbevölkerung vor, welche differenziert nach Alter und Geschlecht ausgewiesen werden (Laux *et al.*, 1981). Zu beachten ist jedoch, dass die Bestimmung dieser Normwerte bereits über dreißig Jahre zurückliegt. Die Frage, ob die damaligen Ausprägungen von Angst die aktuelle Situation in der Normalbevölkerung adäquat wiederspiegeln, lässt sich mangels neuerer Untersuchungen nicht fundiert beantworten.

Die interne Konsistenz (Cronbachs-Alpha) ist mit einem Wert von 0,90 als gut bis sehr gut anzusehen. Um den Anteil von Personen in der Stichprobe mit einer klinisch relevanten Ausprägung von Angst bestimmen zu können, sind analog zu dem Vorgehen von Millar *et al.* (1995) die Mittelwerte der Normstichprobe für Männer und Frauen mit der jeweiligen Standardabweichung addiert worden. Im Ergebnis ergaben sich für die männlichen Stichprobenteilnehmer ein Cut-Off-Wert von 43,28 und für die Frauen von 46,96.

3.3.11 Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)

Der Adverse Childhood Experiences Questionnaire ist ein Instrument zur Erfassung von in der Kindheit erlebten Traumata. Er umfasst zehn Fragen zum Auftreten von verschiedenen Formen traumatischer Erlebnisse, die jeweils mit ja oder nein beantwortet werden müssen.

Das in englischer Sprache vorliegende Original[2] – ursprünglich entwickelt von Felitti *et al.* (1998) als ein sieben Items umfassender Kurzfragebogen – ist von Wingenfeld *et al.* (2011) ins Deutsche übersetzt und nach einigen Überarbeiten nochmals ins Englische rückübersetzt worden. Der ACE weißt mit einem Cronbachs Alpha von 0,76 eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf.

In Bezug auf die Gesamtsumme der erlebten Traumata liegen aus der Studie von Wingenfeld *et al.* (2011) die Ergebnisse von drei Untersuchungsgruppen vor: Patienten von psychiatrischen Kliniken (N=102; Alter: 39,0 Jahre; 71% weiblich), Studenten (N=99; Alter: 24,0 Jahre; 72% weiblich) und Kontrollprobanden aus der Allgemeinbevölkerung (N=100; Alter: 51,4 Jahre, 59% weiblich). Die mittlere Anzahl der Kindheitstraumata variiert zwischen 4,1 bei den Patienten und 1,2 bei den Studenten. Die Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung weist einen Wert von 2,3 auf.

Personen, die vier oder mehr Traumata während ihrer Kindheit erfahren haben, sind von einem vielfach höherem Risiko betroffen, im Erwachsenenalter manifesten psychischen und/oder gesundheitlichen Probleme ausgesetzt zu sein (Felitti *et al.*, 1998). Die Anzahl von vier Traumata stellt daher auch in der vorliegenden Studie den Cut-Off für die auf das Thema Trauma bezogenen Auswertungen dar.

3.4 Rekrutierung der Studienteilnehmer/innen

Die oben formulierten Ziele der Identifizierung von Faktoren, die eine Selbstheilung befördern bzw. behindern, sollten im Rahmen dieser Studie unter Einsatz quantitativer Analysemethoden erreicht werden. Um die hierfür notwendige statistische Power der einzusetzenden statistischen Verfahren zu gewährleisten, wurde eine Stichprobengröße von insgesamt 300 Personen angestrebt (zu den Einschlusskriterien siehe unten), welche sich möglichst gleichmäßig auf die Gruppen der Selbstheiler/innen, der Remittierten mit formeller Hilfe und aktuellen pathologischen Glücksspieler/innen (PGS)[3] verteilen.

Um diese durchaus als ambitioniert zu erachtende Stichprobengröße erreichen zu können, war es notwendig, möglichst viele potentielle Teilnehmer/innen auf die Studie aufmerksam zu

---

[2] Das englische Original ist einzusehen unter:
http://acestudy.org/yahoo_site_admin/assets/docs/ACE_Calculator-English.127143712.pdf
(letzter Zugriff: 15.3.2014).

[3] Bei der späteren Analyse der Daten wurde deutlich, dass die Gruppe der aktuell pathologisch spielenden Befragten nochmals differenziert werden muss in die Gruppen der PGS mit formeller Hilfe und der PGS ohne formelle Hilfe.

machen. Zu diesem Zweck sind eine Vielzahl von sehr verschiedenen Rekrutierungswegen beschritten worden. Diese sind im Folgenden kurz dargestellt:

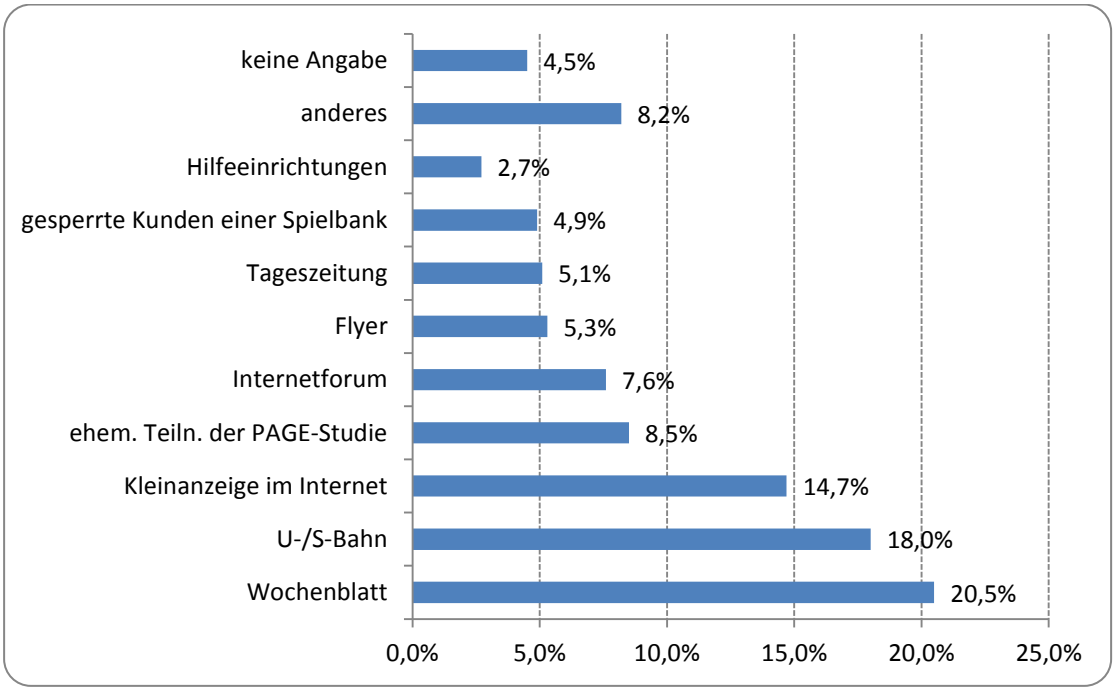
- Anzeigen in Wochenblättern (Auflage mehrere Millionen) und in der „Hamburger Morgenpost“,
- Hinweise in glücksspielbezogenen Internetforen,
- Hinweise auf Spielerschutzseiten,
- Hinweise im Internet in Kleinanzeigenportalen, Arbeitslosen- und Schuldnerberatungsforen,
- Anschreiben gesperrter Spieler/innen der Berliner Spielbank,
- Plakate in öffentlichen Verkehrsmitteln (Hamburg, Köln, Leipzig),
- Auslegen von Flyern im Fahrkartenverkaufsbereich großer Bahnhöfe (Frankfurt/Main, Kaiserslautern, Magdeburg, Berlin, Bremen, Hannover, Mainz),
- Aushänge bzw. Ansprache von Betroffenen in Hilfeeinrichtungen,
- Auslegen von Flyern in Stadtteilen mit hoher Geldspielautomatendichte (Hamburg),
- Ansprechen von Spieler/innen in türkischen Cafés bzw. Kulturvereinen (Hamburg),
- Auslage von Flyern in Schuldnerberatungsstellen,
- Anschreiben von Studienteilnehmer/innen der PAGE-Studie (nur Remittierte & nur Selbstmelder/innen).

Insgesamt haben sich 480 Personen auf die Anzeigen, Aushänge, Anschreiben oder Flyer gemeldet. Abbildung 1 ist zu entnehmen, wie sich diese Zahl der Interessenten/innen auf die einzelnen Rekrutierungswege verteilt. Es zeigt sich, dass jeweils etwa ein Fünftel aller rekrutierten Personen aufgrund von Anzeigen in so genannten Wochenblättern (kostenlose Zeitungen, die in der Regel wöchentlich allen Haushalten einer Region zugestellt werden) oder aufgrund eines Plakates in öffentlichen Verkehrsmitteln ihr Interesse zur Teilnahme an dieser Studie bekundeten. Etwa jede/r Siebte nahm aufgrund der Anzeige in einem der Kleinanzeigenportale im Internet Kontakt zum Projektteam auf. Weitere 8,5% sind Personen, die sich auch schon in der PAGE-Studie als Teilnehmer/innen zur Verfügung stellten. Der Kontakt zu diesen ehemals pathologischen Spieler/innen ist in diesem Fall mittels eines Anschreibens, welches von einem Mitglied des früheren PAGE-Projektteams (namentlich Frau Dr. Anja Bischoff, Universitätsklinikum Lübeck), verschickt wurde, erfolgt. Etwa insgesamt ein Viertel des Interessentenkreises nahm aufgrund eines Eintrags in einem Internetforum, eines ausgelegten Flyers, einer Anzeige in einer Tageszeitung oder eines Hinweises des Personals eines Glücksspielanbieters Kontakt zum Projektteam auf. Jede/r zwölfte Interessent/in ist auf eine Art und Weise auf die Studie aufmerksam geworden, welche sich keinem der im Frage-

bogen vorgegebenen Rekrutierungswege zuordnen ließ und weitere 4,5% verweigerten bzw. versäumten, ihren Zugang zur Studie zu nennen.

Die Interessensbekundung seitens der zu befragenden Personen war auf drei verschiedenen Wegen möglich. Die Mehrzahl nutzte die kostenlose Telefonhotline, welche eigens für dieses Forschungsprojekt geschaltet worden war. Sofern die Anrufe zu den üblichen Bürozeiten erfolgten, nahm ein/e Mitarbeiter/in des Projektteams die Kontaktdaten der betreffenden Person auf und führte ein erstes kurzes Interview durch, um das Ausmaß der früheren und aktuellen glückspielbezogenen Probleme zu ermitteln. Darüber hinaus war es möglich, sich schriftlich – entweder per Email oder per Antwortkarte, welche Teil des Flyers war – für die Teilnahme an der Studie zu bewerben.

ABBILDUNG 1: BEDEUTUNG DER VERSCHIEDENEN REKRUTIERUNGSWEGE (N=480)

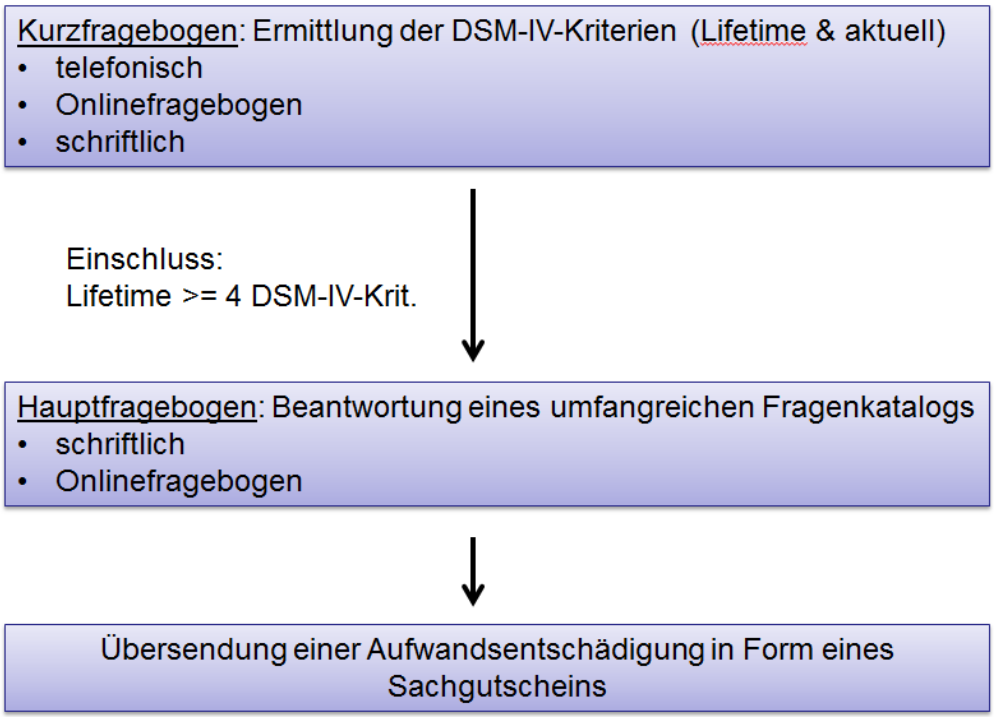


3.5 Ablauf der Befragung

Wie sich der Abbildung 2 entnehmen lässt, erfolgte die Befragung der Studienteilnehmer/innen in zwei Schritten. Begonnen wurde mit einem Kurzfragebogen, welcher neben den Kontaktdaten insbesondere die glücksspielbezogenen Probleme (jemals im Leben und innerhalb der zurückliegenden 12 Monate) zum Inhalte hatte. Inhaltlich orientieren sich die gestellten Fragen an den Kriterien für pathologisches Spielen des DSM-IV. Konkret zum Einsatz kam die Glücksspielsektion des CIDI, welche auch schon in der PAGE-Studie (Meyer et al. 2011) zur Klassifikation der bestehenden Glücksspielprobleme verwendet wurde.

Die Fragen des Kurzfragebogens konnten entweder telefonisch oder mit Hilfe eines Onlinefragebogens beantwortet werden. Unmittelbar nach Beendigung dieses ersten Interviews ist mit Hilfe einer SPSS-Routine der frühere und aktuelle Problemstatus der befragten Personen bestimmt worden. Interessenten, die – bezogen auf die Lebenszeit – lediglich drei oder weniger DSM-IV-Kriterien für pathologisches Spielen erfüllten, sind von der weiteren Teilnahme an der Studie ausgeschlossen worden. Wiesen Personen hingegen vier oder mehr DSM-IV-Kriterien auf, so sind sie gebeten worden, den Hauptfragebogen – welcher entweder postalisch übersandt wurde oder online auszufüllen war – möglichst innerhalb einer Woche zu beantworten und an das Forschungsinstitut zurückzusenden. Sofern die Mehrzahl der Fragen beantwortet worden war und sich keine Anzeichen für ein unglaubwürdiges Antwortverhalten fanden, erhielten die Teilnehmer/innen eine Aufwandsentschädigung in Form eines Sachgutscheins.

ABBILDUNG 2: ABLAUF DER BEFRAGUNG DER STUDIENTEILNEHMER/INNEN

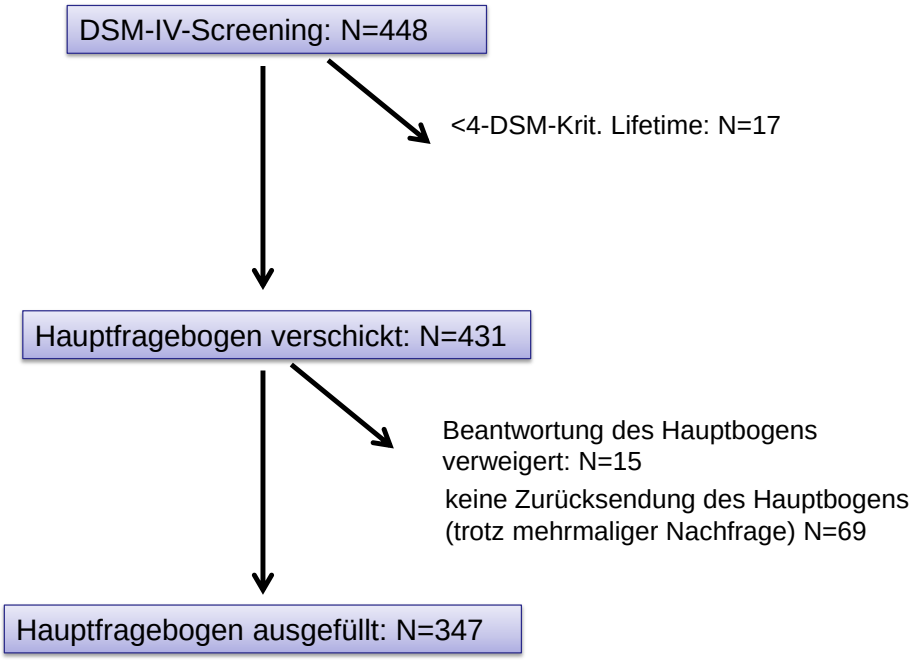


3.6 Stichprobengröße und Drop-Outs

Wie oben bereits ausgeführt, begann die Befragung mit der Durchführung des DSM-IV-Screenings zur Bestimmung der lebenszeitlichen und aktuellen glücksspielbezogenen Probleme. Von den etwa 500 Interessenten haben 448 die Fragen des DSM-IV vollständig beantwortet. 17 Befragte wiesen drei oder weniger DSM-IV-Kriterien auf und sind aus diesem Grund von der weiteren Teilnahme an dieser Studie ausgeschlossen worden (siehe Abbil-

dung 3). Dem entsprechend sind insgesamt 431 der Studienteilnehmer/innen gebeten worden, auch den Hauptfragebogen möglichst innerhalb einer Woche auszufüllen. Dessen Bearbeitung war entweder schriftlich – mittels eines postalisch zugesandten Papierbogens inkl. frankierten Rückumschlags – oder mit Hilfe eines über das Internet zu erreichenden Onlinefragebogen möglich. Die überwiegende Mehrheit der Befragten sandte den ausgefüllten Bogen innerhalb von 10 Tagen an das ISD zurück. Diejenigen, von denen auch nach Ablauf von 14 Tagen kein ausgefüllter Hauptbogen vorlag, sind von Mitarbeiter/innen des Forschungsteams telefonisch bzw. per Email kontaktiert worden, verbunden mit der Bitte, den Fragebogen zeitnah zu übersenden. Lag nach Ablauf von weiteren zwei bis drei Wochen der Bogen immer noch nicht vor, erfolgte eine weitere Kontaktaufnahme.

ABBILDUNG 3: REALISIERTE STICHPROBE



In der Regel ist bis zu viermal auf diese Weise versucht worden, die betreffende Person zum Ausfüllen des Hauptbogens zu bewegen. In wenigen Fällen gab es auch eine häufigere Kontaktaufnahme. Von den insgesamt 431 Personen, die den Hauptfragebogen erhielten, verweigerten 15 explizit das Ausfüllen. Als Gründe hierfür wurden der Umfang der Fragebogens, die Erfassung von zu persönlichen oder intimen Details oder ein Unbehagen, sich so detailliert mit der eigenen Spielsucht auseinanderzusetzen, benannt. Weitere 69 Personen konnten trotz mehrmaliger Kontaktaufnahme nicht dazu bewegt werden, den Bogen ausgefüllt an das ISD zu übersenden. Somit konnten insgesamt 347 Personen als finale Stichprobe in Studie eingeschlossen werden.

3.7 Definition der Analysegruppen

Bevor mit der Durchführung der statistischen Analysen begonnen werden kann, ist es notwendig, die Untersuchungsgruppen so zu definieren, dass sie sich klar voneinander abgrenzen lassen. In der vorliegenden Studie ergibt sich die Gruppeneinteilung der Stichprobenteilnehmer/innen – in Anlehnung an andere nationale und internationale Studien zur Selbstheilung – aus der Kombination der Ausprägungen der Merkmale „Intensität der Inanspruchnahme glücksspielbezogener formeller Hilfe“ und „aktueller Status der Glücksspielprobleme nach DSM-IV“. Die Operationalisierung des erstgenannten Merkmals erfolgt über die Anzahl von Kontakten zu Personen bzw. Institutionen, die auf die Glücksspielproblematik fokussierende Hilfeangebote unterbreiten. Hierzu gehören: Beratung wegen Glücksspielens in einer psychiatrischen Klinik, Spielersprechstunde, Selbsthilfegruppe, Online-Beratung, Suchtberatungsstelle, Forum oder Chat zur Glücksspielsucht, Glücksspielhotline, Psychologe/in sowie Behandlungen in einer psychiatrischen oder auf Glücksspielen spezialisierten Klinik und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einer glücksspielbezogenen Einrichtung. Die Intensität der Inanspruchnahme dieser verschiedenen Hilfemaßnahmen ist zunächst in drei Gruppen unterteilt worden:

- **Befragte mit <u>keiner</u> bzw. <u>sehr geringer</u> Inanspruchnahme formeller Hilfe:**
    - Personen ohne jegliche glücksspielbezogene formelle Hilfe;
    - 1 bis 2 Mal: Beratung wegen Glücksspielens in psychiatrischer Klinik, Spielersprechstunde, Selbsthilfegruppe, Online-Beratung, Suchtberatungsstelle, Forum oder Chat zur Glücksspielsucht, Glücksspielhotline, Psychologe;
    - keine Behandlung in einer psychiatrischen oder auf das Glücksspielen spezialisierten Klinik und keine Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation in einer glücksspielbezogenen Einrichtung.

- **Befragte mit geringer formeller Hilfe:**
    - 3 bis 4 Mal: Beratung wegen Glücksspielens in psychiatrischer Klinik, Spielersprechstunde, Selbsthilfegruppe, Online-Beratung, Suchtberatungsstelle, Glücksspielhotline, Psychologe;
    - 3 bis 5 Mal: Forum oder Chat zur Glücksspielsucht;
    - 3 bis 9 Mal: Besuch einer Selbsthilfegruppe;

    - keine Behandlung in einer psychiatrischen oder auf das Glücksspielen spezialisierten Klinik und keine Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation in einer glücksspielbezogenen Einrichtung.

- **Befragte mit <u>intensiverer</u> Inanspruchnahme formeller Hilfe:**
    - >4 Mal: Beratung wegen Glücksspielens in psychiatrischer Klinik, Spielersprechstunde, Online-Beratung, Suchtberatungsstelle, Glücksspielhotline, Psychologe;
    - >5 Mal: Forum oder Chat zur Glücksspielsucht;
    - >9 Mal: Besuch einer Selbsthilfegruppe;
    - Behandlung in einer psychiatrischen oder auf das Glücksspielen spezialisierten Klinik oder Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation in einer glücksspielbezogenen Einrichtung.

Auch in Bezug auf den früheren und aktuellen Glücksspielproblemstatus der Studienteilnehmer/innen ist eine Unterteilung in drei Gruppen vorgenommen worden. Die erste Gruppe beinhaltet Personen, die in einem früheren Abschnitt ihres Lebens schon einmal fünf oder mehr DSM-IV-Kriterien erfüllten, in den zurückliegenden 12 Monaten vor der Befragung jedoch nur noch maximal zwei dieser Kriterien aufwiesen (Gruppe der Remittierten). Die zweite Gruppe setzt sich aus Glücksspieler/innen zusammen, die aktuell pathologisch spielen, d. h., auch im zurückliegenden Jahr fünf bis zehn Kriterien nach DSM-IV erfüllten (Gruppe der aktuellen pathologischen Glücksspieler/innen [PGS]). Die dritte Gruppe bilden Studienteilnehmer/innen, die sich keiner der beiden zuvor definierten Gruppen zuordnen lassen. Hierzu gehören Personen, die im Laufe ihres Lebens nur maximal vier DSM-IV-Kriterien erfüllten (N=14) oder die aktuell ein problematisches Glücksspielverhalten (3 oder 4 DSM-IV-Kriterien) zeigen (N=27).

Um eine klare Abgrenzung der Untersuchungsgruppen zu gewährleisten, sind Personen, die der letztgenannten Gruppe angehören, von den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen worden. Gleiches gilt für die Gruppe der Befragten, die im Laufe ihres Lebens geringe glücksspielbezogene Hilfe in Anspruch nahmen.

Somit lässt sich eine 2x2-Matrix konstruieren, deren Spalten die Art der Inanspruchnahme von formeller Hilfe darstellen und die Zeilen den aktuellen Problemstatus wiedergeben. Die Untersuchungsgruppen dieser Studie setzen sich dann jeweils aus der Kombination dieser Merkmale zusammen (siehe Tabelle 1):

- Gruppe 1 – Selbstheiler/innen: Personen ohne aktuelle Glücksspielprobleme, die keine oder nur sehr geringe formelle glücksspielbezogene Hilfe in Anspruch genommen haben.
- Gruppe 2 – Remittierte mit formeller Hilfe: Personen ohne aktuelle Glücksspielprobleme, die intensiv formelle glücksspielbezogene Hilfe in Anspruch genommen haben.
- Gruppe 3 – aktuelle pathologisch spielende Personen, die bisher keine oder nur sehr geringe formelle glücksspielbezogene Hilfe in Anspruch genommen haben.
- Gruppe 4 – aktuelle pathologisch spielende Personen, die intensiv formelle glücksspielbezogene Hilfe in Anspruch genommen haben.

TABELLE 1: MATRIX ZUR BESTIMMUNG DER ANALYSEGRUPPEN

	keine bzw. sehr geringe Inanspruchnahme formeller Hilfe	**intensive Inanspruchnahme formeller Hilfe**
Remittiert DSM-IV aktuell <= 2 Kriterien	Selbstheiler/innen	remittiert mit formeller Hilfe
Aktuell pathologisch spielend DSM_IV-aktuell >= 5 Kriterien	PGS ohne formelle Hilfe	PGS mit formeller Hilfe

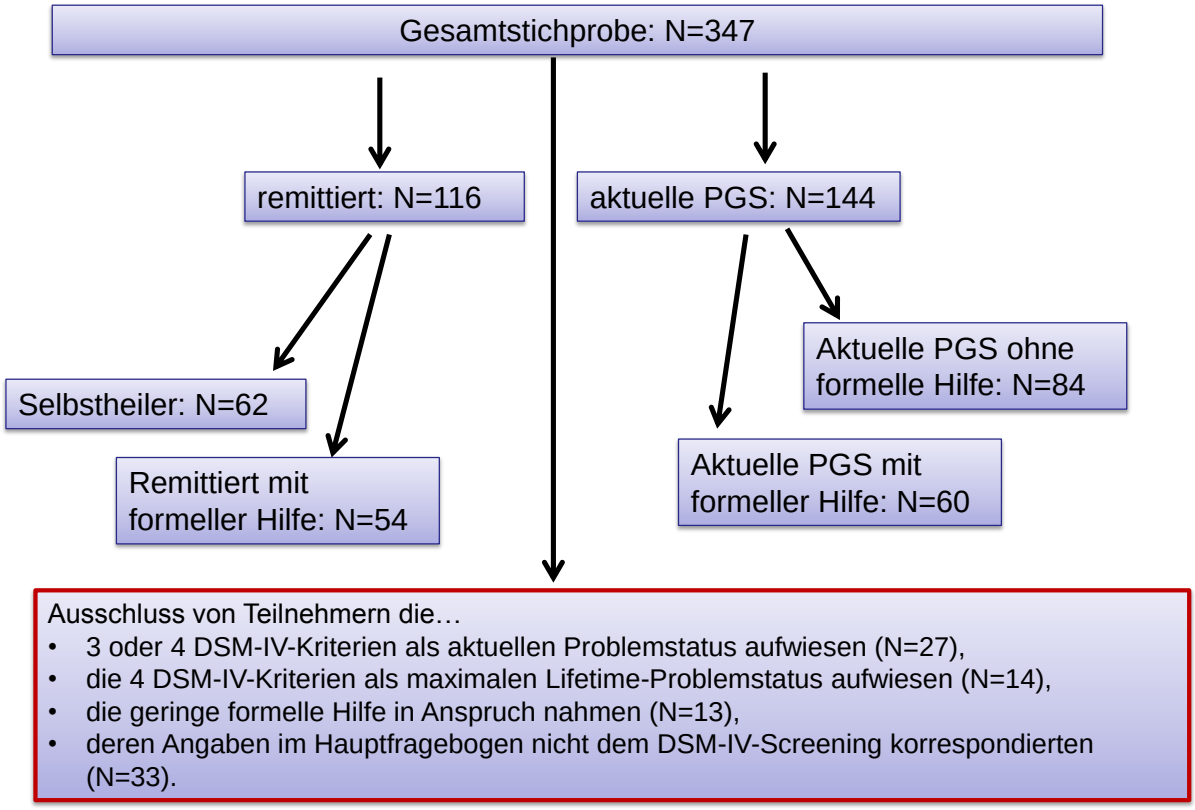
3.8 Selektion der Untersuchungsgruppen

Wie bereits oben erwähnt, können nicht alle der 347 Personen, die den Hauptfragebogen komplett ausfüllten, in die finalen Analysen einbezogen werden. Aus folgenden Gründen: 14 Befragte erfüllten im Laufe ihres Lebens maximal vier DSM-IV-Kriterien (siehe Abbildung 4). Dieser Personenkreis ist für so genannte Sub-Threshold-Analysen zwar von Interesse, eignet sich jedoch nicht für die Untersuchung der Hauptfragestellung dieser Studie. Ähnliches gilt für Personen, die aktuell drei oder vier DSM-IV-Kriterien erfüllen (N=27). Darüber hinaus sind 13 Befragte nicht einbezogen worden, welche nur geringe formelle Hilfe in Anspruch nahmen. Bei weiteren 33 Studienteilnehmer/innen zeigte sich zudem in Bezug auf das aktuelle Glücksspielverhalten eine fehlende Übereinstimmung zwischen den Angaben des Kurzfragebogens (Erfassung der Glücksspielprobleme) und denen des Hauptbogens. [4]

[4] Beispielhaft sind hier die Personen zu nennen, die zwar laut DSM-IV-Test (Kurzfragebogen) aktuell problemfrei sein sollten, jedoch im Hauptfragebogen ein intensives Spielverhalten gepaart mit den damit üblicherweise einhergehenden Problemen dokumentierten. Bei vielen dieser Befragten lag zwischen dem DSM-IV-Screening und der Hauptbefragung ein etwas längerer Zeitraum. Womöglich sind sie währenddessen wieder rückfällig geworden.

Somit verbleiben insgesamt 260 Befragte im finalen Datensatz. Hiervon sind 116 remittiert und 144 aktuell pathologisch spielend. Die Gruppe der Remittierten lässt sich nochmals unterteilen in die Selbstheiler/Innen (N=62) und die diejenigen Personen, welche ihre Spielsucht unter Inanspruchnahme intensiver formeller Hilfe überwunden haben (N=54). Die Anzahl der aktuell pathologisch spielenden Studienteilnehmer/innen, welche bisher nie oder nur in sehr geringem Umfang um Hilfe nachfragten, beträgt 84 und weitere 60 PGS haben es trotz solcher Hilfemaßnahmen (bisher) nicht geschafft, ihre Spielprobleme zu überwinden.

ABBILDUNG 4: SELEKTION DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN



3.9 Statistische Analyseverfahren

Sowohl die Datenaufbereitung als auch die statistischen Analysen sind mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 15) vorgenommen worden. Die Prüfung von Unterschieden in den Verteilungen der untersuchten Gruppen erfolgte mittels Chi-Quadrat-Tests. Mittelwertunterschiede sind, sofern die zu Grunde liegenden Daten normalverteilt waren, mit Hilfe einer Varianzanalyse auf statistische Signifikanz geprüft worden. Bei nicht normalverteilten Variablen ist der nonparametrische Kruskal-Wallis-Test zur Anwendung gekommen.

3.10 Limitationen

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse dieser Studie sind einige Limitationen zu beachten. So ist darauf hinzuweisen, dass die Art der Rekrutierung der Stichprobe keine Repräsentativität gewährleistet. So ist zwar auf sehr vielfältige Weise versucht worden, ehemalige und aktuelle pathologische Spieler/innen auf die Studie aufmerksam zu machen. Gleichwohl kann nicht ausgeschlossen werden, dass spezielle Untergruppen des hier untersuchten Personenkreises gar nicht bzw. in zu geringem Umfang in der Stichprobe vertreten sind. So war es aufgrund der Anlage der Studie beispielsweise Personen mit mangelnden Kenntnissen der deutschen Sprache oder prekären Wohnsituationen nur eingeschränkt möglich, an der Studie teilzunehmen. Darüber hinaus sind Selbstmelderstudien dadurch gekennzeichnet, dass von einer zu untersuchenden Bevölkerungsgruppe nur die Interessierten Kontakt zum Forschungsteam haben. Inwieweit diese ein repräsentatives Abbild der Gesamtgruppe darstellen, lässt sich nur abschätzen. Introvertierte oder ängstliche Personen, ehemals Spielsüchtige, die mit ihrer problematischen Vergangenheit nicht erneut konfrontiert werden wollen oder diejenigen, die eine Offenlegung des bisher verheimlichten problematischen Spielverhaltens aufgrund möglicher sozialer oder beruflicher Konsequenzen fürchten, sind mit Sicherheit unterdurchschnittlich vertreten.

Die Teilnahme an dieser Studie war für die Beteiligten mit einem zeitlichen Aufwand von einer bis zweieinhalb Stunden verbunden. Als Gegenleistung erhielten sie einen Sachgutschein in Höhe von 20 Euro. Nicht auszuschließen ist, dass für Personen mit geringem Einkommen bzw. viel freier Zeit die Studienteilnahme attraktiver war, als beispielsweise für Berufstätige mit beschränkten zeitlichen Freiräumen.

Abschließend ist anzumerken, dass die Zahl der in die Studie eingeschlossenen Frauen zu gering ist, um differenzierte Gruppenanalysen vorzunehmen.

4 Beschreibung der Ergebnisse

Die nachfolgende Darstellung der Analyseergebnisse ist in zwei Analysebereiche untergliedert: Im ersten Teil wird mit einer Beschreibung der soziodemografischen Merkmale der Studienteilnehmer/innen sowie ihrer früheren und aktuellen psychischen Belastung begonnen. Daran anschließend wird auf das Ausmaß der damaligen bzw. aktuell bestehenden Glücksspielprobleme eingegangen. Zudem wird ausgeführt, welche Glücksspielarten von den Befragten als evident für die Entstehung ihrer Spielsucht eingeschätzt werden. Dann folgt eine Darstellung der Motive für die Teilnahme am Glücksspiel und abschließend wird auf einige geschlechtsspezifische Unterschiede auf der Gesamtebene hingewiesen.

Der Analyseteil II beinhaltet eine ausführliche Darstellung zur Inanspruchnahme von glücksspielbezogener formeller Hilfe und persönlichen Spielvermeidungsstrategien. Daran schließt sich ein Vergleich von Befunden zu kognitiven Verzerrungen an. Auch hier sind am Ende des Ergebnisteils noch einige wenige geschlechtsspezifische Ergebnisse dargestellt.

4.1 Analyseteil I: Vergleich der ehemaligen und aktuellen pathologischen Glücksspieler/innen mit und ohne formeller Hilfe

4.1.1 Soziodemografische Merkmale der Untersuchungsgruppen

Glücksspiele sind ein Freizeitangebot, welches überwiegend von Männern wahrgenommen wird. Hierzu korrespondierend stellen sie auch den weitaus größten Anteil an Personen mit Glücksspielproblemen (Buth & Stöver, 2008; Kalke *et al.*, 2011; Meyer *et al.*, 2011). Somit ist es wenig überraschend, dass etwa drei Viertel aller befragten Personen der hier vorliegenden Studie männlichen Geschlechts sind. Der entsprechende Anteil variiert jedoch je nach Untersuchungsgruppe leicht. So liegt er bei den Selbstheiler/innen mit 87,1% fast zehn Prozentpunkte über dem der beiden Gruppen, welche schon einmal intensive formelle Hilfe in Anspruch genommen haben (siehe Tabelle 2). Bei den PGS ohne formelle Hilfe beträgt er nochmals geringere 70,2%. Bezogen auf alle vier Gruppen sind die genannten Unterschiede jedoch statistisch nicht signifikant.

Die Teilnehmer/innen der Studie weisen ein sehr unterschiedliches Lebensalter auf. Während der jüngste Befragte gerade einmal 18 Jahre alt ist, hat die älteste befragte Person ein Alter von 78 Jahren erreicht. Bezogen auf die Untersuchungsgruppen zeigt sich, dass die Remittierten mit einem Durchschnittsalter von 47,1 Jahre (mit formeller Hilfe) bzw. 43,5 Jahre (Selbst-

heiler) einige Jahre älter sind, als die aktuell pathologisch spielenden Personen. Die Gruppe der PGS ohne formelle Hilfe stellt mit 38,6 Jahren die jüngste Untersuchungsgruppe dar.

Auch mit Blick auf den höchsten Schulabschluss lassen sich Unterschiede erkennen, die im Gegensatz zum Alter jedoch keine statistische Signifikanz aufweisen. Haben jeweils mehr als drei Viertel der Remittierten mit formeller Hilfe und der PGS ohne formelle Hilfe die Realschule oder eine höhere Schulform erfolgreich beendet, so sind es in den beiden verbleibenden Gruppen jeweils etwas weniger als zwei Drittel.

Ein inhaltlich durchaus interessantes, jedoch statistisch nicht signifikantes Ergebnis stellen die Anteile derer mit Migrationshintergrund dar. So sind diese Personen in der Gruppe der Remittierten mit formeller Hilfe mit 16,7% bemerkenswert gering vertreten. Auch bei den Selbstheiler/innen liegt der Anteil mit 22,6% noch jeweils unter dem der beiden PGS-Gruppen.

Von aktueller Erwerbslosigkeit ist etwa jede/r zehnte Remittierte betroffen. In der Gruppe der PGS ohne formelle Hilfe sind es bereits 17,7%. Nochmals erhöht zeigt sich die Erwerbslosenquote bei den aktuell pathologisch spielenden Personen, die schon einmal formelle Hilfe in Anspruch genommen haben (36,4%). Diese letztgenannte Gruppe ist es auch, welche im Laufe ihres Lebens die längste Zeit arbeitslos war (26 Monate).

Zunächst einmal unabhängig von ihrem aktuellen Glücksspielproblemstatus zeigt sich, dass ein erheblicher Anteil der Studienteilnehmer/innen nur über ein sehr geringes Haushaltseinkommen verfügt. Hiervon in besonderem Maße betroffen sind die beiden Gruppen der aktuell pathologisch spielenden Befragten. Jeweils etwa vier von zehn geben an, weniger als eintausend Euro pro Monat zur Verfügung zu haben. Nur wenig geringer ist dieser Anteil bei den Selbstheiler/innen. Bemerkenswert niedriger fällt dieser Anteil mit 25,9% bei den Remittierten mit formeller Hilfe aus. Offensichtlich gelingt es diesem Personenkreis besser, trotz früherer Spielprobleme wieder Anschluss an ein normales Berufsleben zu finden.

In der letzten Zeile der Tabelle 2 sind die Anteile der Studienteilnehmer/innen wiedergegeben, in deren Haushalt zum Zeitpunkt der Befragung minderjährige Kinder lebten. Bei den Remittierten trifft dies auf etwa jede vierte Person zu. In den beiden verbleibenden Gruppen sind die entsprechenden Anteile jeweils geringer. Dennoch geben zwischen ein Fünftel bis ein Siebtel der aktuell Spielsüchtigen an, mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt zu leben. Für diese Kinder dürfte die Suchterkrankung des Elternteils eine erhebliche Belastung darstellen.

TABELLE 2: SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN

	Selbst-heiler/innen (N=62)	**Geheilt mit formeller Hilfe (N=54)**	**PGS ohne formelle Hilfe (N=84)**	**PGS mit formeller Hilfe (N=60)**	**Sig.**
Anteil Männer	87,1%	77,8%	70,2%	78,3%	n.s.
Alter (Spanne: 18-78 Jahre)	43,5	47,1	38,6	39,7	**
Realschule oder höher	64,5%	75,9%	78,3%	61,7%	n.s.
Migrationshintergrund	22,6%	16,7%	32,1%	27,1%	n.s.
erwerbslos	11,1%	10,0%	17,7%	36,4%	n.s.
Monate mit Arbeitslosigkeit im Leben (Median)	18	18	12	26	n.s.
HH-Einkommen <1000€	33,9%	25,9%	36,6%	40,7%	n.s.
Kinder im Haushalt	26,6%	24,0%	13,9%	18,2%	n.s.

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

4.1.2 Glücksspielbezogene Probleme

Die Anzahl der erfüllten DSM-IV-Kriterien ist ein erster bedeutender Gradmesser für die Schwere einer Spielsucht. Der Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass die Selbstheiler/innen diesbezüglich den geringsten Durchschnittswert aufweisen. Gleichwohl sind es immer noch durchschnittlich 7,4 von maximal zehn Problemmerkmalen, welche diese Gruppe erfüllt. Nur leicht höher liegt der entsprechende Wert für die PGS ohne formelle Hilfe. Mit einer durchschnittlichen Kriterienanzahl von 8,3 weisen die Remittierten im Mittel nahezu ein Kriterium mehr auf als die Selbstheiler/innen. Die größte Problemschwere zeigt sich bei den aktuell pathologisch spielenden Befragten, die schon einmal formelle Hilfe in Anspruch genommen haben (9,1 Kriterien). Zusätzlich zu diesem instrumentell bestimmten Ausmaß der Spielprobleme (mittels DSM-IV-Screening) sind die Studienteilnehmer/innen gebeten worden anzugeben, für wie schwerwiegend sie selbst die Spielprobleme empfanden. Während die weit überwiegende Mehrheit der Remittierten mit formeller Hilfe und der PGS mit formeller ihre eigene Spielsucht als „schwer“ oder „sehr schwer“ einstuften, sind es bei den PGS ohne formelle

Hilfe bemerkenswert geringere 59,7% und bei den Selbstheiler/innen nur wenig mehr als die Hälfte.

Korrespondierend hierzu sind es dann auch die beiden zuletzt genannten Gruppen, welche jeweils zu deutlich geringeren Anteilen von hohen Spielverlusten binnen eines Jahres, des Arbeitsplatzverlustes bzw. der Ausübung illegaler Handlungen wegen des Glücksspielens berichten. Von hohen Spielverlusten sind insbesondere die Remittierten mit formeller Hilfe überdurchschnittlich häufig betroffen. Hingegen zeigen die aktuell pathologisch spielenden Befragten mit formeller Hilfe bemerkenswert erhöhte Anteile bei den illegalen Aktivitäten und den Folgen der Spielsucht für die eigene berufliche Tätigkeit.

Mit Ausnahme der PGS ohne formelle Hilfe zeigen sich in Bezug auf die Dauer der Spielprobleme nur geringe Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Jeweils die Hälfte ist bzw. war zwischen neun und zehn Jahren davon betroffen. In der erstgenannten Gruppe liegt der entsprechende Median mit sechs Jahren dagegen deutlich darunter.

TABELLE 3: GLÜCKSSPIELBEZOGENE PROBLEME

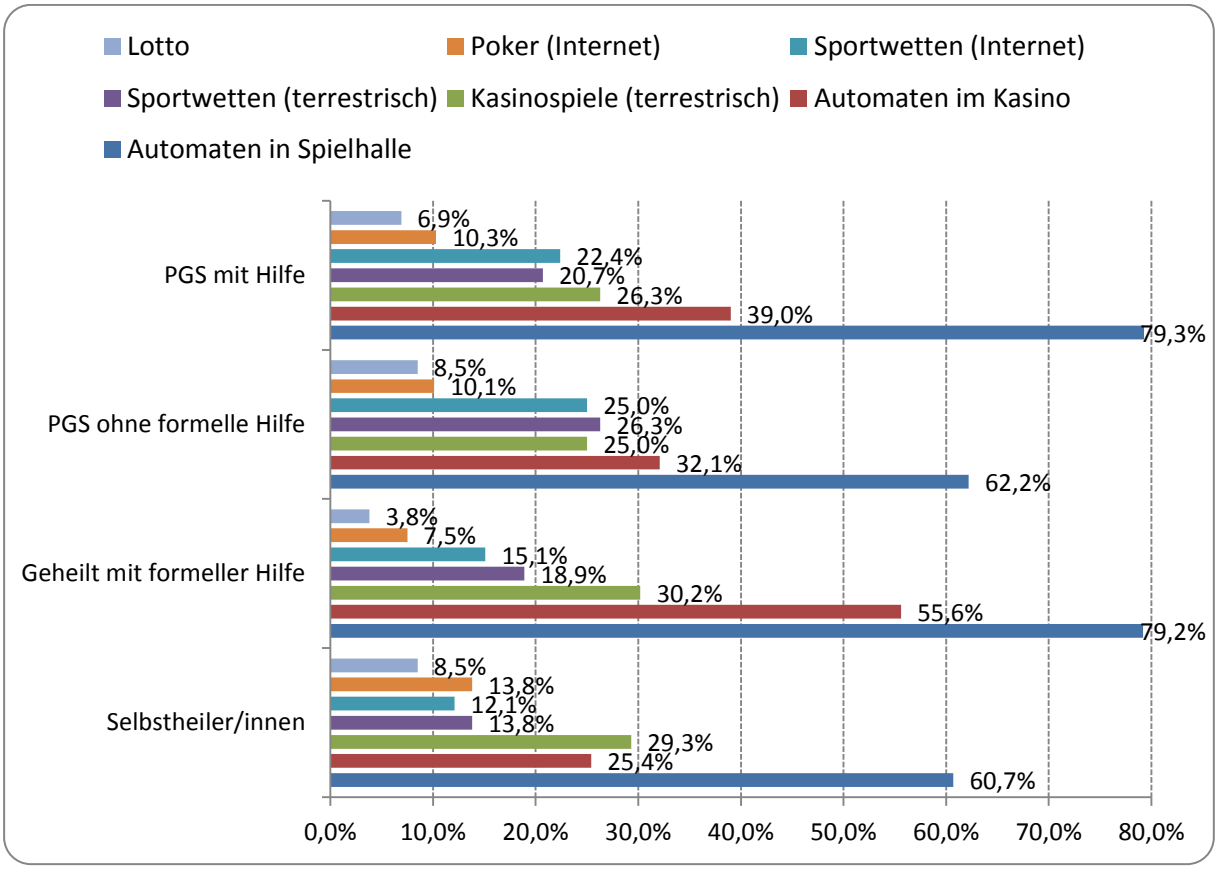
	Selbst-heiler/innen (N=62)	**Geheilt mit formeller Hilfe (N=54)**	**PGS ohne formelle Hilfe (N=84)**	**PGS mit formeller Hilfe (N=60)**	**Sig.**
DSM-IV (Lifetime)	7,4	8,3	7,8	9,1	n.s.
Dauer der Spielprobleme in Jahren (Median)	9,0	10,0	6,0	9,0	n.s.
Selbsteinschätzung der Problemschwere (Anteil „schwer“ oder „sehr schwer“)	52,5%	84,6%	59,7%	95,3%	***
>10tsd Euro Verlust in einem Jahr	23,0%	60,0%	22,5%	44,8%	***
Illegale Handlungen wegen Glücksspiel	16,4%	27,8%	16,7%	38,3%	**
Arbeitsplatz wegen des Spielens (fast) verloren	8,2%	27,8%	8,4%	41,7%	***

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Die Studienteilnehmer/innen sind darüber hinaus gebeten worden anzugeben, welche der verschiedenen – im Fragebogen vorgegebenen – Glückspielformen sie selbst als ursächlich für die Herausbildung der eigenen Glücksspielproblematik erachten. Auf einer Skala von 1 (gar keine Bedeutung) bis 7 (sehr große Bedeutung) konnte für jede einzelne Spielform eine ent-

sprechende Bewertung vorgenommen werden. Werte zwischen eins und drei sind dementsprechend Ausdruck keiner bis geringen Bedeutung, der Wert vier entspricht einer neutralen Bewertung und Angaben zwischen fünf und sieben verweisen auf eine Relevanz dieser Glücksspielart für die glücksspielbezogenen Probleme der befragten Person. In Abbildung 5 sind ausschließlich die Anteile der Kategorien fünf bis sieben wiedergegeben. Es wird deutlich, dass in allen vier Untersuchungsgruppen dem Automatenspiel in den Spielhallen mit Abstand am häufigsten eine Bedeutung für die Entwicklung der eigenen Spielsucht zugewiesen wird. Etwa sechs von zehn der Befragten, die noch nie formelle Hilfe in Anspruch genommen haben, und jeweils acht von zehn der Remittierten bzw. aktuellen PGS mit formeller Hilfe machten entsprechende Angaben. Von Glücksspielproblemen, die von den Studienteilnehmer/innen ursächlich auf das Automatenspiel in den Spielbanken zurückgeführt werden, wird zu bemerkenswert geringeren Anteilen berichtet. Eine Ausnahme stellt die Gruppe der Remittierten mit formeller Hilfe dar. Hier sind es mit 55,6% mehr als die Hälfte aller Gruppenmitglieder, welche die Spielbankautomaten als Grund für ihre Spielsucht ansehen.

ABBILDUNG 5: BEDEUTUNG DER SPIELARTEN FÜR DIE ENTWICKLUNG EINES SPIELPROBLEMS*



*) Wiedergegeben sind die Anteile der Personen, die auf einer Skala von 1 (gar keine Bedeutung) bis 7 (sehr große Bedeutung) Angaben zwischen 5 und 7 vornahmen

Drei von zehn der Befragten messen dem klassischen Glücksspiel in den Spielbanken eine Bedeutung für die Genese ihres Spielproblems bei. Bei den Selbstheiler/innen liegt der entsprechende Anteil mit 29,3% sogar noch über dem der Spielbankautomaten. Unter den aktuell pathologisch spielenden Befragten sind es jeweils etwa ein Viertel der Befragten. Nur marginal geringer sind in diesen beiden Gruppen die Anteile für terrestrisch bzw. online getätigte Sportwetten. Für die Remittierten sind diese Glücksspiele, wie auch das Pokern im Internet oder das Zahlenlotto nur für etwa jedem/r Zehnten von Bedeutung gewesen.

4.1.3 Psychische Belastungen

Die Tabelle 4 gibt die psychischen Belastungen der untersuchten Klientel wieder. Der ersten Zeile ist der Anteil der Befragten zu entnehmen, der aktuell (die zurückliegenden 7 Tage vor der Befragung) depressive Symptome aufwies. Unter den Selbstheiler/innen sind es drei von zehn, die hiervon betroffen sind; in der Gruppe der Remittierten mit formeller Hilfe 42,6%. Nochmals deutlich erhöht ist der Anteil bei den PGS ohne formelle Hilfe (60,7%). Der höchste Anteil an Personen mit einer medizinisch relevanten akuten Symptomatik findet sich in der Gruppe der aktuell pathologisch spielenden Studienteilnehmer/innen mit formeller Hilfe.

Inwieweit Depressionen auch in früheren Lebensabschnitten von Bedeutung waren, lässt sich anhand der Anteile derer ablesen, die angeben, jemals eine ambulante bzw. stationäre Behandlung aufgrund dieses psychischen Leidens in Anspruch genommen zu haben. Die Selbstheiler/innen weisen auch hier jeweils die geringsten Werte auf. Jeder Zehnte berichtet von einer ambulanten Maßnahme und einer von Zwanzig ist im Laufe seines Lebens stationär betreut worden. In der Gruppe der PGS ohne formelle Hilfe liegen die Anteile jeweils bereits doppelt so hoch. Nochmals deutlich mehr Personen berichten in der Gruppe der Remittierten mit formeller Hilfe von einer intensiveren Behandlung aufgrund einer Depression. So sind drei von zehn Personen aufgrund einer depressiven Erkrankung bereits ambulant betreut worden und ein Viertel der Befragten dieser Gruppe gibt an, in einer Klinik behandelt worden zu sein. Am stärksten belastet zeigt sich die Gruppe der PGS mit formeller Hilfe. Vier von zehn der Befragten berichten von ambulanten Maßnahmen und nahezu ein Drittel von Klinikaufenthalten.

Ein ähnliches Bild, wenngleich auf noch höherem Niveau, zeigt sich in Bezug auf die Angstsymptome. Jeweils etwa vier von zehn der Remittierten sind hiervon betroffen. Bei den PGS ohne formelle Hilfe sind es bereits zwei Drittel der Untersuchungsteilnehmer/innen und bei den aktuell pathologischen Spielern/innen mit formeller Hilfe beträgt der entsprechende Anteil bemerkenswert hohe 83,3%.

In der Kindheit erlebte Traumata erhöhen das Risiko, auch im Erwachsenenalter an psychischen Störungen zu leiden, erheblich. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen diesen Zusammenhang. So berichtet jeder zweite Befragte aus der hochbelasteten Gruppe der PGS mit formeller Hilfe von vier oder mehr erlebten Traumata in den ersten 18 Lebensjahren. Bei den Remittierten mit formeller Hilfe und den aktuell pathologisch spielenden Personen ohne formeller Hilfe sind es jeweils etwa ein Drittel. Den geringsten Anteil, wenngleich mit 25,8% immer noch sehr hoch, weisen die Selbstheiler/innen auf.

TABELLE 4: PSYCHISCHE BELASTUNGEN

	Selbst-heiler/innen (N=62)	**Geheilt mit formeller Hilfe (N=54)**	**PGS ohne formelle Hilfe (N=84)**	**PGS mit formeller Hilfe (N=60)**	**Sig.**
depressive Symptome (aktuell)	30,6%	42,6%	60,7%	76,7%	***
jemals amb. Behandlung wegen Depression	9,7%	29,6%	20,2%	38,3%	**
jemals stat. Behandlung wegen Depression	4,8%	24,1%	10,7%	31,7%	***
Angstsymptome (habituell)	40,3%	44,4%	67,9%	83,3%	***
4 oder mehr Traumata in der Kindheit	25,8%	37,0%	33,3%	51,7%	*

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

4.1.4 Motive der Glücksspielteilnahme

Die Studienteilnehmer/innen sind im Rahmen der Hauptbefragung auch gebeten worden anzugeben, aus welchen Gründen sie dem Glücksspiel nachgingen. Zum Einsatz kam der Gambling Motives Questionnaire (GMQ), welcher eine Vielzahl von möglichen Spielmotiven vorgibt, welche sich wiederum in vier Bereiche unterteilen lassen. In Tabelle 5 sind die entsprechenden Ergebnisse differenziert nach den Untersuchungsgruppen dargestellt. Ihr ist zu entnehmen, dass die Teilnahme am Glücksspiel in allen vier Gruppen in etwa gleichem Maße dazu diente, positive Gefühle oder Stimmungen zu erleben oder sich in angenehme Gesellschaft mit Gleichgesinnten zu begeben. Deutliche und statistisch auch signifikante Unterschiede zeigen sich hingegen bei dem Motiv „Geldgewinn“ und bei den Items, welche darauf verweisen, dass mit dem Glücksspielen die Hoffnung verbunden wird, sich von unangenehmen Situationen, Gedanken oder Stimmungen abzulenken oder den eigenen Selbstwert zu erhöhen. Solche Formen des Copings werden von den beiden Untersuchungsgruppen, die

schon Erfahrungen mit der Inanspruchnahme formeller Hilfe haben, besonders häufig benannt.

TABELLE 5: MOTIVE DER TEILNAHME AM GLÜCKSSPIEL (GMQ)[a)]

	Item-zahl	Selbst-heiler /innen (N=62)	Geheilt mit formeller Hilfe (N=54)	PGS ohne formelle Hilfe (N=84)	PGS mit formeller Hilfe (N=60)	Sig.
GMQ: enhancement (Steigerung positiver Gefühle)	5	14,9	15,9	15,0	15,5	n.s.
GMQ: Soziale Motive (Geselligkeit)	5	8,6	8,4	9,1	8,8	n.s.
GMQ: Coping (als Bewältigungsstrategie)	5	11,8	14,7	12,2	14,5	***
GMQ: Geldgewinn	1	3,5	3,3	3,7	3,3	*

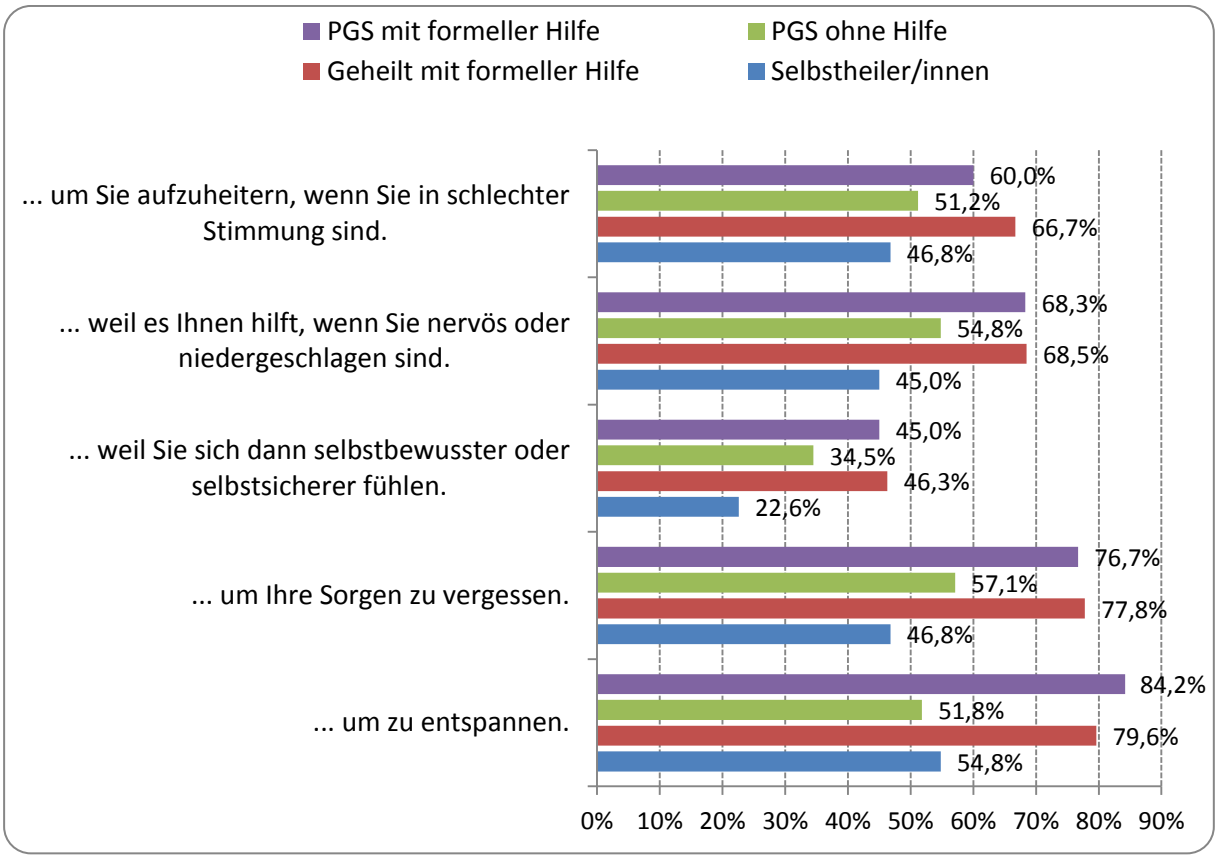
a) Wertebereich: 1=(fast)nie; 2=manchmal; 3=oft; 4=fast immer
Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Die Abbildung 6 erlaubt einen differenzierteren Blick dahingehend, welche konkreten Coping-Strategien mit der Teilnahme am Glücksspiel verbunden sind. Zunächst ist einmal bemerkenswert, wie ähnlich sich die Anteile der beiden Gruppen mit formeller Hilfe darstellen. So geben jeweils mehr als drei Viertel der Befragten die Möglichkeit des Entspannens sowie des Vergessens von Sorgen als häufiges Spielmotiv an. In den beiden Untersuchungsgruppen ohne formelle Hilfe liegen die entsprechenden Anteile jeweils 20 bis 30 Prozentpunkte darunter. So spielt das Vergessen von Sorgen insbesondere bei den Selbstheilern/innen mit einem Anteil von 46,8% eine vergleichsweise geringe Rolle. Ein ähnliches Bild, wenngleich hinsichtlich der Unterschiede auf einem etwas geringerem Niveau, zeigt sich in Bezug auf die Motive „Aufheiterung bei schlechter Stimmung“ und „Hilfe bei Nervosität oder Niedergeschlagenheit“. Werden diese beiden Coping-Strategien von jeweils etwas zwei Dritteln der Befragten mit formeller Hilfe benannt, so sind es bei den Selbstheilern/innen und den PGS ohne formelle Hilfe etwa die Hälfte der Studienteilnehmer/innen.

Interessant ist darüber hinaus, dass die Teilnahme am Glücksspiel von einem nicht unbeträchtlichen Anteil der Befragten mit einer Aufwertung des eigenen Selbst verbunden wird. Wiederum sind es die beiden Untersuchungsgruppen mit formeller Hilfe, die diesbezüglich die meisten Nennungen aufweisen. Während fast jeder zweite dieser befragten Personen ein solches Spielmotiv bejaht, ist es bei den PGS ohne formelle Hilfe nur jeder Dritte. Bei den

Selbstheilern/innen spielt dieses Motiv mit einem Anteil von 20,6% hingegen nur eine untergeordnete Rolle.

ABBILDUNG 6: GLÜCKSPIEL ALS STRATEGIE ZUR BEWÄLTIGUNG UNANGENEHMER STIMMUNGEN BZW. EMPFINDUNGEN



4.1.5 Geschlechtsspezifische Auswertungen

In den nachfolgenden drei Tabellen sind ein Teil der oben berichteten Inhalte nochmals geschlechtsspezifisch dargestellt. Aufgrund der geringen Anzahl von Frauen in den einzelnen Untersuchungsgruppen können die Auswertungen jedoch nur dahingehend erfolgen, ob es sich bei den Betroffenen um remittierte oder aktuell pathologisch spielende Personen handelt. Auch nach dieser Zusammenführung sind die Fallzahlen für die Frauen-Gruppen mit N=19 (Geheilt) und N=37 (PGS) noch gering und somit die dargestellten Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Im Folgenden wird ausschließlich auf die Befunde eingegangen, bei denen sich statistisch signifikante Gruppenunterschiede zeigen.

Aus der Tabelle 6 wird deutlich, dass die in die Studie einbezogenen Frauen insgesamt älter sind als die männlichen Befragten. Bei der zuletzt genannten Gruppe fällt zudem auf, dass die aktuell pathologisch spielenden Betroffenen mit 36,5 Jahren bemerkenswert jünger sind als

die Remittierten. Bei den Frauen zeigt sich ein ähnlicher, wenngleich weniger stark ausgeprägter Unterschied.

Analog zu den vorhergehenden Auswertungen ergibt sich auch hier, dass aktuell spielsüchtige Studienteilnehmer/innen signifikant häufiger von einer aktuellen Erwerbslosigkeit betroffen sind als Remittierte. Frauen sind hiervon in beiden Vergleichsgruppen etwas weniger betroffen als die Männer.

TABELLE 6: SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE VON REMITTIERTEN UND AKTUELLEN PGS NACH GESCHLECHT

	remittiert: Frauen (N=19)	**PGS: Frauen** (N=37)	**remittiert: Männer** (N=96)	**PGS: Männer** (N=106)	**Sig.**
Alter (Spanne: 18-78 Jahre)	50,4	46,3	44,1	36,5	***
Realschule oder höher	63,2%	67,6%	70,8%	71,7%	n.s.
Migrationshintergrund	15,8%	24,3%	20,8%	31,4%	n.s.
Erwerbslos	10,5%	18,9%	9,4%	24,5%	*
Monate mit Arbeitslosigkeit im Leben (Median)	12	10	21,5	24	n.s.
HH-Einkommen <1000€	31,6%	25,0%	30,2%	42,3%	n.s.
Kinder im Haushalt	17,6%	21,2%	26,1%	14,0%	n.s.

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Die beiden Geschlechter unterscheiden sich hinsichtlich der Schwere ihrer Glücksspielproblematik kaum (siehe Tabelle 7). Im Mittel werden etwa acht DSM-IV-Kriterien erfüllt. Während sich auch innerhalb der Gruppe der weiblichen Befragten keine entsprechenden Differenzen zeigen, so wird mit Blick auf die männlichen Untersuchungsgruppen deutlich, dass die aktuell pathologisch spielenden Studienteilnehmer mehr Kriterien aufweisen, als diejenigen, die ihre Spielsucht überwunden haben.

Ein interessantes Ergebnis stellt die letzte Zeile der Tabelle 7 dar. Signifikant mehr Frauen als Männer geben an, aufgrund von Glücksspielproblemen den Arbeitsplatz fast oder tatsächlich verloren zu haben.

TABELLE 7: GLÜCKSSPIELBEZOGENE PROBLEME VON REMITTIERTEN UND AKTUELLEN PGS NACH GESCHLECHT

	remittiert: Frauen (N=19)	**PGS: Frauen** (N=37)	**remittiert: Männer** (N=96)	**PGS: Männer** (N=106)	**Sig.**
DSM-IV (Lifetime)	8,1	8,1	7,8	8,4	*
Dauer der Spielprobleme in Jahren (Median)	6,0	9,0	10,0	7,0	n.s.
Selbsteinschätzung der Problemschwere (Anteil „schwer“ oder „sehr schwer“)	78,9%	67,9%	64,5%	77,6%	n.s.
>10tsd Euro Verlust in einem Jahr	38,9%	29,4%	40,2%	32,0%	n.s.
Illegale Handlungen wegen Glücksspiel	21,1%	21,6%	22,1%	27,4%	n.s.
Arbeitsplatz wegen des Spielens (fast) verloren	22,2%	21,6%	15,6%	15,1%	***

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Die untersuchten Studienteilnehmer/innen sind unabhängig vom Geschlecht häufig von komorbiden psychischen Störungen betroffen (siehe Tabelle 8). Doch während die Männer erhöhte Anteile von aktuellen depressiven Symptomen bzw. Angstsymptomen aufweisen, haben sich die Frauen in der Vergangenheit häufiger in ambulante bzw. stationäre Behandlungen aufgrund einer Depression begeben. Dies lässt darauf schließen, dass depressive Frauen mehrheitlich einen höheren Schweregrad dieser psychischen Störung aufweisen. Insbesondere die aktuell pathologisch spielenden Frauen berichten vergleichsweise häufig von früheren psychiatrischen bzw. psychologischen Behandlungen. In dieser Gruppe finden sich – bezogen auf die Anteile – auch die meisten Personen, die während ihrer Kindheit vier oder mehr verschiedene Traumata erfahren haben. Der entsprechende Anteil liegt mit 56,8% mehr 30 Prozentpunkte über dem der remittierten Glücksspielerinnen. Nur wenig geringer ist diese Differenz in den Anteilen im Vergleich zu den beiden Gruppen der männlichen Befragten.

TABELLE 8: PSYCHISCHE BELASTUNGEN VON REMITTIERTEN UND AKTUELLEN PGS NACH GESCHLECHT

	remittiert: Frauen (N=19)	**PGS: Frauen** (N=37)	**remittiert: Männer** (N=96)	**PGS: Männer** (N=106)	**Sig.**
depressive Symptome (aktuell)	15,8%	54,1%	40,6%	72,6%	***
jemals amb. Behandlung wegen Depression	21,1%	43,2%	18,8%	22,6%	*
jemals stat. Behandlung wegen Depression	21,1%	35,1%	12,1%	13,2%	**
Angstsymptome (Trait)	21,1%	59,5%	46,9%	80,2%	***
4 oder mehr Traumata in der Kindheit	26,3%	56,8%	31,3%	35,8%	*

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

4.1.6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die berichteten Ergebnisse machen deutlich, dass sich Selbstheiler/innen hinsichtlich demografischer und sozialstruktureller Merkmale kaum von den anderen Untersuchungsgruppen unterscheiden. Dies trifft insbesondere auf den Vergleich mit der Gruppe der Remittierten mit formeller Hilfe zu. So sind zwar bei den Selbstheilern/innen die Männer etwas häufiger vertreten und der Anteil derer mit einem guten Schulabschluss ist etwas geringer als in der Vergleichsgruppe. Insgesamt aber lassen sich aus der Soziodemografie keine evidenten Einflussvariablen für Selbstheilungsprozesse erkennen.

Anders verhält es sich in Bezug auf die glücksspielbezogenen Probleme. Zeigen sich hinsichtlich der Anzahl der erfüllten DSM-IV-Kriterien und der Dauer der Spielprobleme nur kleinere Unterschiede, so weichen die prozentualen Anteile bei der Frage, ob die eigene Glücksspielproblematik als schwerwiegend empfunden wurde, doch erheblich voneinander ab. Gut die Hälfte der Selbstheiler/innen verneint dies, während es in der Gruppe der Remittierten mit formeller Hilfe lediglich 15% sind. Diese Selbsteinschätzung deckt sich mit den Ergebnissen zu den möglichen Folgen einer Spielsucht. Personen, die innerhalb eines Jahres mehr als 10.000 Euro verspielten, aufgrund des Glücksspielens mit dem Gesetz in Konflikt kamen oder wegen des Spielens ihren Arbeitsplatz verloren, sind in der Gruppe der Selbstheiler/innen jeweils zu deutlich geringeren Anteilen vertreten. Damit stellt sich die Frage, inwieweit das Screening-Instrument DSM-IV allein in der Lage ist, die Intensität einer Glücksspielproblematik adäquat abzubilden. Offensichtlich bedarf es neben dem Screening einer Reihe weiterer

Informationen, um das reale Ausmaß der Spielsucht und die konkrete – und hierzu gehört auch die subjektiv wahrgenommene – Betroffenheit der Spielenden einzuschätzen.

Nur wenige neue Erkenntnisse lassen sich aus den Auswertungen zur problemverursachenden Spielart ableiten. In allen Gruppen werden mehrheitlich die Automaten in den Spielhallen und – schon zu deutlich geringeren Anteilen – in den Spielbanken genannt. Interessant ist dennoch, dass die beiden Spielergruppen ohne Inanspruchnahme formeller Hilfe – also diejenigen, welche weniger häufig von schweren glücksspielbezogenen Problemen berichten – geringere Anteile bezüglich des Automatenspiels aufweisen. Somit bestätigt sich der Befund aus einer Vielzahl anderer Studien, dass das intensive Glücksspiel an den Automaten häufig mit besonders schwerwiegenden Glücksspielproblemen verbunden ist (Bühringer *et al.*, 2010; Hayer, 2010; Kalke *et al.*, 2011).

Sehr viele der Befragten dieser Studie sind psychischen Belastungen ausgesetzt. Je nach Untersuchungsgruppe weisen zwischen ein Drittel und drei Viertel der Studienteilnehmer/innen aktuell Symptome psychischer Störungen auf. Noch etwas höher liegen die entsprechenden Anteile in Bezug auf Angstsymptome. Sind hinsichtlich dieser beiden letztgenannten psychischen Probleme insbesondere die aktuellen pathologischen Spieler/innen betroffen, finden sich hinsichtlich der Frage nach früheren ambulanten wie stationären Behandlungen aufgrund einer Depression die höchsten Anteile jeweils bei den Untersuchungsgruppen, die auch von einer Inanspruchnahme glücksspielbezogener formeller Hilfe berichten. Insgesamt zeigen sich die Selbstheiler/innen am geringsten von psychischen Problemen betroffen und berichten – gerade im Vergleich zu den beiden letztgenannten Gruppen – bemerkenswert weniger häufig von entsprechenden therapeutischen Maßnahmen.

Gefragt nach den Motiven der Teilnahme am Glücksspiel spielt neben dem möglichen Geldgewinn und der Schaffung bzw. Steigerung von subjektiv als angenehm empfundenen Gefühlszuständen insbesondere das Coping eine wichtige Rolle. So ist mit der Teilnahme am Glücksspiel oftmals die Hoffnung verbunden, von bestehenden Sorgen oder Problemen abzulenken oder negativen Stimmungen zu entfliehen. Insbesondere die Befragten, die schon einmal formelle glücksspielbezogene Hilfe in Anspruch genommen haben, weisen hinsichtlich dieser maladaptiven Bewältigungsstrategien deutlich erhöhte Werte auf. Auch wenn sich dies mit den Daten der vorliegenden Studie nicht zweifelsfrei belegen lässt, so lässt sich mit den dargelegten Befunde in Bezug auf die beiden letztgenannten Gruppen das Bild einer psychisch hoch belasteten Gruppe zeichnen, die sich zur Dämpfung ihrer Symptomatik dem Glücksspiel – insbesondere dem Automatenspiel – hingibt und so im Laufe der Zeit eine wei-

tere Störung, die Spielsucht, entwickelt. Ein Ausbrechen aus diesem Teufelskreis dürfte in der Regel nur unter intensiver Inanspruchnahme professioneller Hilfe möglich sein. Deutlich wird aber auch, dass Spielsüchtigen nicht per se ein und dasselbe Behandlungsangebot unterbreitet werden darf. Vielmehr sollte vor Beginn einer Maßnahme abgeklärt werden, ob und in welchem Ausmaß andere psychische Störungen vorliegen und welche Bedeutung diese für die Lebenssituation der Betroffenen haben. Wird im Rahmen einer Therapie hingegen nur auf die Spielproblematik fokussiert, dann ist davon auszugehen, dass das Risiko eines Rückfalls aufgrund der komorbiden Störungen sich merklich erhöht.

Als Resümee dieses ersten Analyseteils ist somit festzuhalten, dass die bisher berichteten Ergebnisse keine Anhaltspunkte dafür liefern, dass Selbstheilungsprozesse mit vertretbarem Aufwand gezielt befördert werden können. Hierfür wären Maßnahmen notwendig, mit denen es gelingt, psychisch belasteten Menschen frühzeitig, effizient und dauerhaft zu helfen, so dass ein Entfliehen vor den Problemen mit Hilfe des Glücksspiels nicht mehr notwendig ist. Die Chance auf Selbstheilung bleibt somit vornehmlich den Spielsüchtigen vorbehalten, deren vorrangiges Problem auch tatsächlich das exzessive Spielen ist. Betroffene mit komorbiden Störungen bedürfen hingegen - offensichtlich - einer intensiven Zuwendung durch das Hilfesystem.

Leider sind Frauen in den einzelnen Untersuchungsgruppen nur in geringer Anzahl vertreten, so dass geschlechtsspezifische Auswertungen lediglich auf der Ebene remittiert vs. aktuell pathologisch spielend möglich war. Frauen sind tendenziell älter als die spielsüchtigen Männer. Zudem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sie schwerwiegenderen psychischen Problemen ausgesetzt waren bzw. sind. Besonders auffällig sind in diesem Zusammenhang die weiblichen Befragten, welche aktuell pathologisch spielen. Sie stellen eine biografisch wie psychisch hoch belastete Subgruppe unter den Spielsüchtigen dar, die zukünftig gezielter von Einrichtungen der Prävention und Hilfe in den Fokus genommen werden sollte. Passgenaue Spielerschutzmaßnahmen und Therapieangebote sind auch hier dringend angeraten.

4.2 Analyseteil II: Ansätze für Prävention und Hilfe

4.2.1 Inanspruchnahmeverhalten und persönliche Vermeidungsstrategien

In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, ob sich im Inanspruchnahmeverhalten der Selbstheilern/innen Besonderheiten finden lassen, die im Rahmen des Spielerschutzes genutzt werden könnten, um Selbstheilungsprozesse gezielt von außen anzustoßen und unterstützen zu können. Dieses geschieht hier in einer vergleichenden Perspektive zu den Ergebnissen der Befragungsgruppe der Remittierten mit formeller Hilfe, um mögliche Spezifika der Selbstheiler/innen herauszuarbeiten.

Der Hintergrund dieser Fragestellung ist, dass es in der (wenigen) internationalen Literatur einige Hinweise darauf gibt, dass bestimmte Maßnahmen der indizierten Prävention, wie beispielsweise Spielersperren, beschränkter Zugang zum Geld oder Trainingsprogramme für Problemspieler/innen, Selbstheilungsprozesse befördern (Toneatto *et al.*, 2008). Es könnte also sein, dass Selbstheiler/innen in stärkerem Maße Angebote, die außerhalb des eigentlichen Suchthilfesystems liegen, in Anspruch nehmen. Diese Hypothese soll mit den folgenden Analysen empirisch überprüft werden. Dazu sei angemerkt, dass sich diese ausschließlich auf solche Aspekte beziehen, die (potentiell) durch Maßnahmen der Glücksspielpolitik/-prävention gestaltet werden können.

Bevor die Ergebnisse im Einzelnen vorgestellt werden, seien noch zwei methodische Vorbemerkungen gemacht:

- Die ersten beiden Fragestellungen (siehe Tabellen 9 und 10) beziehen sich ausschließlich auf die geheilten Personen, bei den anderen Auswertungen werden auch die Ergebnisse für die aktuellen pathologischen Glücksspieler/innen (mit und ohne formelle Hilfe) ausgewiesen (siehe Tabellen 11 bis 13). Die Interpretation der Ergebnisse sowie die statistische Prüfung von Unterschieden fokussiert aber meistens nur auf die beiden zuerst genannten Gruppen.
- Ferner muss in diesem Kapitel auf geschlechtsspezifische Auswertungen verzichtet werden, weil in den jeweiligen Subgruppen die Zahl der Frauen für valide Auswertungen zu gering ist (N<10). Um dennoch im Rahmen dieser Studie einen Vergleich zwischen Frauen und Männern vornehmen zu können, sind in Kapitel 4.2.3 zu einigen relevanten Items die Ergebnisse der weiblichen und männlichen remittierten Studienteilnehmer/innen einander gegenübergestellt worden.

Zunächst wird das Inanspruchnahmeverhalten innerhalb des Suchthilfesystems betrachtet. Nach der hier vorgenommenen Definition kann der Prozess der Selbstheilung bis zu zwei Kontakten zu einzelnen Suchtberatungsangeboten beinhalten (siehe oben). Dagegen wird eine auch nur einmalige therapeutische oder medizinische Behandlung in einem stationären Setting (ebenso ambulante Rehabilitation) im Zusammenhang mit der Glücksspielsucht ausgeschlossen.

Unter Zugrundelegung dieser Ausgangsdefinition zeigt sich, dass nur ein gutes Viertel der Selbstheiler/innen überhaupt einmal im Leben Kontakt zum Suchthilfesystem hatte (27,4%, siehe Tabelle 9). An erster Stelle mit einem Anteil von 12,9% stehen die Suchtberatungsstellen. Es folgen die Selbsthilfegruppe und die Spielersprechstunde mit jeweils 8,1%. Keine einzige Nennung erhält dagegen die Glücksspiel-Hotline.

TABELLE 9: JEMALS IN ANSPRUCH GENOMMENE HILFEN INNERHALB DES SUCHTHILFESYSTEMS

	Selbstheiler/innen (N=62)	**Geheilt mit formeller Hilfe** (N=54)
Suchtberatungsstelle*	12,9%	51,9%
Selbsthilfegruppe*	8,1%	59,3%
Spielersprechstunde*	8,1%	14,8%
Psychologe*	4,8%	51,9%
Online-Beratung*	4,8%	-
Forum/Chat zur Glücksspielsucht*	1,6%	16,7%
Psychiatrische Klinik	-	25,9%
ambulante Rehabilitation	-	18,5%
auf Glücksspiele spezialisierte Klinik	-	37,0%
Beratung in psychiatrischer Klinik	-	14,8%
Glücksspiel-Hotline*	-	5,6%
mindestens eine Hilfe	27,4%	100%

* bei den Selbstheilern/innen: höchstens 2 Kontakte.

Die Remittierten mit formeller Hilfe sind dagegen durch ein intensives Inanspruchnahmeverhalten gekennzeichnet: 59,3% haben mindestens drei der in der Tabelle genannten Hilfearten in Anspruch genommen, nur 11,1% eine einzige. Mit einem Anteil von 59,3% wird dabei am häufigsten die Selbsthilfegruppe genannt. Auch das Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle oder eines/r Psychologen/in wird jeweils von einer Mehrheit der Befragten bejaht (jeweils 51,9%). Von geringerer Bedeutung sind hingegen die Spielersprechstunde (14,8%) und vor allem die Glücksspiel-Hotline (5,6%).

Die zweite Auswertung bezieht sich auf Institutionen, Personen und Maßnahmen außerhalb des Suchthilfesystems, die nach Ansicht der Befragten eine (sehr) große Bedeutung bei der Überwindung der eigenen Glücksspielprobleme hatten. Dabei zeigt sich, dass die geheilten Personen mit formeller Hilfe bei (fast) allen vorgegebenen Kategorien höhere Anteile aufweisen als die Selbstheiler/innen (siehe Tabelle 10).

TABELLE 10: PERSÖNLICHE BEDEUTUNG VON INSTITUTIONEN/PERSONEN/MAßNAHMEN FÜR DIE ÜBERWINDUNG DER GLÜCKSSPIELPROBLEME – ANTEIL „(SEHR) GROßE BEDEUTUNG“

	Selbstheiler/innen (N=62)	**Geheilt mit formeller Hilfe** (N=54)	**Sig.**
Selbsthilfe-Bücher	15,3%	28,0%	n.s.
Spielersperre	15,0%	15,1%	n.s.
Informationen aus dem Internet	8,5%	23,1%	*
Schuldnerberatung	8,3%	39,6%	***
Angehörige, die in Beratung wegen meines Spielproblems waren	8,3%	17,3%	n.s.
Beratungsangebote im Internet	5,1%	13,5%	n.s.
Lebensberatung	5,0%	34,0%	***
Kirchengemeinde/Pfarrer	3,4%	5,9%	n.s.
Bankberater	1,7%	7,7%	n.s.

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Das betrifft vor allem die Schuldnerberatung (39,6% zu 8,3%) und die Lebensberatung[5] (34,0% zu 5,0%). Hier liegen deutlich signifikante Unterschiede vor. Die Spielersperre wird immerhin noch von fast jeder siebten Person als bedeutsames Instrument angegeben – sowohl in der Gruppe der Selbstheiler/innen als auch bei den Remittierten mit formeller Hilfe (jeweils 15%). Insgesamt betrachtet war also der Nutzen von Hilfen außerhalb des eigentlichen Suchthilfeangebotes für die Remittierten mit formeller Hilfe größer als für die Selbstheiler/innen.

Es wurde auch erfasst, welche Interventionen seitens der Glücksspielanbieter die Befragten schon einmal erfahren haben. So geben 22,2% der Geheilten mit formeller Hilfe an, dass sie schon einmal mit einer Spielersperre belegt worden sind, fast ein Sechstel nennt ein Hausverbot und 11,1% wurden durch das Spielstätten-Personal auf ein mögliches Glücksspielproblem angesprochen (siehe Tabelle 11). Bei der Gruppe der Remittierten ohne formelle Hilfe sind die jeweiligen Anteile etwas – statistisch jedoch nicht signifikant – geringer; bei den aktuellen pathologischen Glücksspielern/innen etwas höher.

TABELLE 11: ERLEBTE INTERVENTIONEN VON GLÜCKSSPIELANBIETERN

	Selbstheiler/innen (N=61)	**Geheilt mit formeller Hilfe** (N=54)	**Sig.** (Vergleich Gr. 1 & 2)	**PGS ohne formelle Hilfe** (N=84)	**PGS mit formeller Hilfe** (N=60)
Hausverbot	13,1%	16,7%	n.s.	22,6%	28,3%
Spielersperre	11,5%	22,2%	n.s.	14,3%	20,0%
Ansprache Personal	8,2%	11,1%	n.s.	10,7%	13,8%

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Bei den abgefragten persönlichen Strategien zur Vermeidung des Glücksspielens ergibt sich – im Vergleich zu den vorgenannten externen Hilfen – insgesamt ein intensiveres Anwendungsverhalten. So haben 77,8% der Remittierten mit formeller Hilfe angegeben, oft oder meistens Orte gemieden zu haben, in deren Nähe sich Spielstätten befanden (siehe Tabelle 12). Fast ebenso viele hielten sich von Menschen fern, die Glücksspielen nachgingen (70,4%). Den eingeschränkten Zugang zu Geld oder die Strategie, Geld zuhause zu lassen, nennen dagegen deutlich weniger der Befragten (37,0% bzw. 33,3%). Auch bei dieser Frage ergeben sich für die Selbstheiler/innen durchgängig geringere Prozentanteile; bei vielen Ver-

[5] Lebensberatung bezeichnet Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung in Lebenskrisen, Familienfragen und Problemen in der Arbeitswelt. Ein verbreitetes Angebot in Deutschland ist dabei die Familienberatung der (christlichen) Wohlfahrtsverbände.

meidungsstrategien liegen signifikante Abweichungen zugunsten der Remittierten mit formeller Hilfe vor.

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, ob es Barrieren der Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen gegeben hat – und zwar in beiden Remittierten-Gruppen. Deutlich wird dabei, dass die Selbstheiler/innen insgesamt weniger Barrieren angeben als die Geheilten mit formeller Hilfe (siehe Tabelle 13). Dies zeigt zunächst einmal, dass Selbstheilungsprozesse nicht automatisch mit einem mangelnden Hilfeangebot, der Angst vor Stigmatisierung oder Zweifel am Erfolg der professionellen Suchthilfe in Verbindung gebracht werden dürfen.

Werden die einzelnen Hemmnisse betrachtet, stehen in beiden Remittierten-Gruppen diejenigen an vorderster Stelle, die unter den Oberbegriff „Angst vor Stigmatisierung“ gefasst werden können: die Befürchtung, als krank oder süchtig eingestuft zu werden (68,5% bzw. 45,2%) sowie das Empfinden, dass es peinlich ist, Hilfe in Anspruch zu nehmen (66,7% bzw. 41,9%). Es folgen Gründe, die sich auf den Zweifel am Erfolg der Hilfe beziehen. So äußert sich ein nicht unbedeutender Teil der Remittierten mit und ohne formelle Hilfe dahingehend, dass Zweifel bestanden, inwieweit eine Behandlung ihnen wirklich helfen würde (47,2% bzw. 38,7%). Das Vorhandensein und die Bekanntheit des Hilfeangebotes spielen als potentielle Barrieren der Inanspruchnahme eine vergleichsweise nachgeordnete Rolle, auch wenn immerhin ein Viertel der Geheilten mit formeller Hilfe (24,1%) und ein Fünftel der Selbstheiler/innen (19,4%) angeben, dass sie nicht wussten, wohin sie gehen sollten, um Hilfe zu bekommen.

TABELLE 12: PERSÖNLICHE STRATEGIEN ZUR VERMEIDUNG DES GLÜCKSSPIELENS – ANTEIL „OFT/MEISTENS“

	Selbstheiler/innen (N=62)	**Geheilt mit formeller Hilfe** (N=54)	**Sig.** (Vergleich Gr. 1 & 2)	**PGS ohne formelle Hilfe** (N=84)	**PGS mit formeller Hilfe** (N=60)
Ausgewählte Items des CBI (The Coping Behaviours Inventory)					
Ich habe mich in der Gesellschaft von Menschen aufgehalten, die nicht spielen.	54,8%	66,7%	n.s.	41,0	45,0%
Ich habe mich von Menschen ferngehalten, die spielen.	37,7%	70,4%	***	31,0%	38,3%
Ich habe Orte gemieden, wo ich gespielt habe.	47,5%	72,2%	**	31,0%	45,8%
Ich habe mein Geld zuhause gelassen.	27,4%	33,3%	n.s.	39,8%	39,0%
Ich bin zu einem Treffen einer Selbsthilfegruppe gegangen.	4,8%	61,1%	***	9,6%	36,7%
Andere Items					
Ich habe Spielstätten bewusst gemieden.	59,0%	77,8%	*	44,0%	41,7%
Ich habe dafür gesorgt, dass ich nur eingeschränkten Zugang zu Geld hatte.	14,5%	37,0%	*	21,4%	50,0%

Signifikanz: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

TABELLE 13: BARRIEREN DER INANSPRUCHNAHME VON SUCHTSPEZIFISCHEN HILFEN – ANTEIL „TRIFFT (GENAU) ZU“

	Selbst-heiler/innen (N=62)	**Geheilt mit formeller Hilfe** (N=54)	**Sig.** (Vergleich Gr. 1 & 2)	**PGS ohne formeller Hilfe** (N=84)	**PGS mit formeller Hilfe** (N=60)
Hilfeangebot					
keine spezialisierten Hilfen im Wohnort	11,3%	18,9%	n.s.	11,9%	16,7%
schlechte Erfahrungen mit Hilfeangeboten	9,7%	5,6%	n.s.	8,5%	18,3%
ich wusste nicht, wohin ich gehen sollte, um Hilfe zu bekommen	19,4%	24,1%	n.s.	18,5%	26,7%
Angst vor Stigmatisierung					
wollte nicht als süchtig/psychisch krank eingestuft werden	45,2%	68,5%	*	58,3%	50,0%
unangenehm oder peinlich, Hilfe in Anspruch zu nehmen	41,9%	66,7%	*	42,9%	38,3%
Zweifel am Erfolg der Hilfe					
geglaubt, dass eine Behandlung mir nicht helfen würde	38,7%	47,2%	**	35,7%	50,0%
gedacht, dass eine Behandlung mich zu viel Zeit und Energie kostet	25,8%	32,1%	n.s.	34,9%	38,3%

Signifikanz: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

4.2.2 Kognitive Verzerrungen

In der vorliegenden Studie wurden mit Hilfe des Gamblers' Beliefs Questionnaire (GBQ) die kognitiven Verzerrungen der Befragten erfasst (Einzelheiten zum Instrument siehe Abschnitt 3.3.6). Die Angaben beziehen sich dabei auf die Lebensphase als noch (pathologisch) gespielt worden ist. Beim GBQ, der inhaltlich zwischen dem persönlichen Glauben an das Glück („luck/perseverance") und Kontroll-Illusionen („illusion of control") unterscheidet, ist ein Gesamtscore zwischen 21 bis 147 Punkten möglich. Je höher dieser Wert für eine befragte Person ausfällt, desto größer sind deren kognitive Verzerrungen.

Es zeigt sich, dass die Remittierten mit formeller Hilfe auf einen (signifikant) höheren Gesamtscore kommen als die Selbstheiler/innen (95,4 zu 78,8), d. h. die kognitiven Verzerrungen sind bei ihnen (noch) ausgeprägter als bei der zweitgenannten Gruppe (siehe Tabelle 14). Bezogen auf die beiden Sub-Skalen des GBQ ergeben sich sowohl beim persönlichen Glauben an das Glück (58,8 zu 47,2) als auch bei den Kontroll-Illusionen (35,7 zu 31,4) Unterschiede. Statistisch signifkant unterscheiden sich die beiden Gruppen jedoch nur in Bezug auf die Skala „luck/perseverance".

TABELLE 14: KOGNITIVE VERZERRUNGEN (GAMBLERS' BELIEFS QUESTIONNAIRE, GBQ)

	Selbst-heiler/innen (N=58)	**Geheilt mit formeller Hilfe** (N=51)	**Sig.** (Vergleich Gr. 1 & 2)	**PGS ohne formelle Hilfe** (N=79)	**PGS mit formeller Hilfe** (N=56)
Gesamtscore (21 Items)	78,8	95,4	**	87,4	81,9
N	58	51		79	56
luck/perseverance (13 Items)	47,2	58,8	**	52,7	49,7
N	59	54		82	58
illusion of control (8 Items)	31,4	35,7	n.s.	34,7	31,8
N	**60**	**51**		**80**	**57**

* 21 Items, von 1 „stimmt gar nicht" bis 7 „stimmt vollkommen"; Gesamtscore 21 bis 147 Punkte möglich; je höher der Wert, desto größer die kognitiven Verzerrungen.

Verglichen mit den Ergebnissen anderer internationaler Studien liegen die hier ermittelten Werte für beide Gruppen im Bereich problematischer und pathologischer Glücksspieler/innen, aber deutlich über denjenigen von Gelegenheits- und Freizeitspielern/innen (siehe Tabelle 15).

TABELLE 15: ERGEBNISSE DES GBQ AUS ANDEREN STUDIEN

		Steenbergh *et al.* (2002)	**MacKillop *et al.* (2006)**	**Mitrovic and Brown (2009)**
		Ø 10mal gespielt letzte 12 Monate, mehr als 3 Stunden bei jeder Gelegenheit	Pathologische Glücksspieler nach SOGS	Problematische Pokerspieler nach Canadian Problem Gambling Index
Gesamtscore (21 Items)		54,6	91	80,1
luck/perseverance (13 Items)		30,2	52	48,8
illusion of control (8 Items)		24,4	39	31,3
N		403	24	24

4.2.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Es wurde schon ausgeführt, dass in den beiden Vergleichsgruppen geheilter Personen die Fallzahlen für valide geschlechtsspezifische Auswertungen zu gering sind. Deshalb erfolgt an dieser Stelle eine kurze Analyse, bei der die beiden Gruppen remittierter Personen (mit und ohne formeller Hilfe) zusammen betrachtet werden. Gleichwohl ist die Zahl der einbezogenen remittierten Frauen immer noch nicht sehr hoch (N=19). Deshalb sind die Ergebnisse zurückhaltend zu interpretieren.

Im Folgenden werden nun die (wenigen) Befunde ausgewiesen, bei denen – auf der Grundlage der in den beiden vorangegangenen Kapiteln durchgeführten Auswertungen – signifikante Unterschiede zwischen den geheilten Frauen und Männern vorliegen. Das betrifft vor allem das Instrument der Spielersperre: Während bei den Frauen 44,4% angeben, dass die Spielersperre für sie eine (sehr) große Bedeutung bei der Überwindung ihrer Spielprobleme hatte, ist dies bei den Männern nur bei 9,6% der Fall gewesen (siehe Tabelle 16). Ferner geben deutlich mehr Frauen als Männer an, dass sie die Vermeidungsstrategie „ich habe mich von Menschen

ferngehalten, die spielen“ erfolgreich angewandt haben (73,7% zu 49,0%). Bei allen anderen vorgenannten Fragen und Items gibt es keine statistisch signifikanten Abweichungen zwischen Frauen und Männern.

Abschließend soll noch auf einen Aspekt hingewiesen werden, bei dem sich zwar keine statistische Signifikanz zeigt, der möglicherweise aber eine praktische Relevanz besitzt: Keine einzige der befragten Frauen gibt an, vom Personal einer Spielstätte auf ein mögliches Spielproblem angesprochen worden zu sein. Bei den Männern kam dies immerhin bei jedem Neunten vor (siehe Tabelle 1).

TABELLE 16: GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE BEI DIE GEHEILTEN PERSONEN (SELBSTHEILER/INNEN UND REMITTIERTE MIT FORMELLER HILFE ZUSAMMEN BETRACHTET)

	Frauen (N=19)	**Männer** (N=96)	**Sig.**
Bedeutsame Maßnahmen			
Spielersperre	44,4%	9,6%	***
Interventionen Glücksspielanbieter			
Ansprache Personal	-	11,5%	n.s.
Persönliche Vermeidungsstrategien			
Ich habe mich von Menschen ferngehalten, die spielen.	73,7%	49,0%	*

Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

4.2.4 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens zeigt, dass die Remittierten mit formeller Hilfe in stärkerem Maße auch auf Angebote außerhalb des eigentlichen Suchthilfesystems zurückgreifen, als dies bei den Selbstheiler/innen der Fall ist. Es lassen sich also keine Maßnahmen oder Institutionen identifizieren, die für die Förderung von Selbstheilungsprozessen eine spezifische Relevanz hätten. Vielmehr weisen die Befragungsergebnisse darauf hin, dass suchtunspezifische Hilfen insgesamt – unabhängig von Art und Weise der Remission – eine Bedeutung für den Heilungsprozess haben. Das gilt insbesondere für die Schuldner- und Lebensberatung, aber auch für Selbsthilfe-Bücher und Informationen aus dem Internet.

Die (geringen) Anteile der Befragten, die von Interventionen seitens der Glücksspielanbieter berichten, weisen auf einen weiteren Handlungsbedarf im Glücksspielbereich hin. Denn zumindest das Ansprechen von pathologischen Glücksspielern/innen ist seit Juli 2012 ein vorgeschriebenes Instrument des Spielerschutzes, das für alle Glücksspielarten gilt.

Aus den Ergebnissen zu den persönlichen Strategien zur Beendigung des exzessiven Spielens bzw. zur Aufrechterhaltung des Spielstopps lassen sich ebenfalls keine speziellen Handlungsempfehlungen zur Initiierung von Selbstheilungsprozessen ableiten. Sie liefern aber gleichwohl wertvolle Hinweise, wie Prozesse zur Überwindung der Spielsucht durch eine gezielte Präventions- und Hilfearbeit initiiert und weiter gefördert werden können.

Die dargestellten Ergebnisse zu den (potentiellen) Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfen sollten Anlass sein, zu prüfen, inwiefern das Hilfeangebot (noch) niedrigschwelliger gestaltet werden kann. Ferner wurde die Relevanz kognitiver Verzerrungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung pathologischen Glücksspielens deutlich. Deshalb sollte sowohl in der Prävention als auch in der Hilfe ein besonderer Schwerpunkt auf diese Thematik gelegt werden.

Insgesamt sind nur wenige geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden.

5 Empfehlungen für Prävention und Hilfe

In den durchgeführten Analysen haben sich insgesamt keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass es spezifische Merkmale bei den Selbstheilern/innen gibt, die im Rahmen des Spielerschutzes genutzt werden könnten. Deshalb können auch keine speziellen Empfehlungen zur Initiierung und Förderung für Selbstheilungsprozesse abgegeben werden. Vielmehr ergeben sich insgesamt – wenn die Ergebnisse für die Remittierten mit und ohne formeller Hilfe zusammen betrachtet werden – einige wichtige Hinweise darauf, in welchen Bereichen das Präventions- und Hilfeangebot für problematische und pathologische Glücksspieler/innen ausgebaut werden sollte. Hierbei handelt es sich vor allem um Instrumente, deren positive Wirkungen für individuelle Veränderungsprozesse möglicherweise bisher von Forschung und Praxis unterschätzt worden sind.

Für den Präventionsbereich – insbesondere der indizierten Prävention (richtet sich an Problemspieler) – wären dies:

- die Entwicklung von Maßnahmen/Materialien, die das Ziel haben, kognitiven Verzerrungen vorzubeugen bzw. diese abzubauen;
- die Entwicklung von Tipps über Erfolg versprechende Vermeidungsstrategien des Spielens;
- sowie die Ausweitung des Sperrsystems auf weitere Glücksspielstätten (z. B. Spielhallen).

Für den Hilfebereich können als Empfehlungen genannt werden:

- die Kooperation zwischen der Suchthilfe und der Schuldnerberatung zu verstärken;
- die Selbsthilfe-Materialen weiterzuentwickeln und diese offensiv zu bewerben;
- sowie die Hilfe- und Behandlungsangebote weiter zu entstigmatisieren.

Es sei angemerkt, dass der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu diesen vorgeschlagenen Maßnahmen – mit Ausnahme der Spielersperren und der Thematisierung kognitiver Verzerrungen im Rahmen schulbasierter Programme – bisher unzureichend ist (Kalke *et al.*, 2012). Von daher besteht hier ein großer Erprobungs- und Evaluationsbedarf.

Es haben sich nur wenige Hinweise dafür ergeben, dass hierbei geschlechtsspezifisch vorzugehen ist. Lediglich in Bezug auf die Spielersperren zeigt sich, dass insbesondere bei den Männern die Attraktivität dieses Instruments gesteigert werden sollte, währenddessen Frauen offensichtlich viel zu selten vom Personal der Spielstätten auf ein mögliches Spielproblem angesprochen werden. In diesem Zusammenhang kann aus den vorliegenden Befragungsergebnissen insgesamt der Schluss gezogen werden, dass die Glücksspielanbieter noch längst nicht ihr Potential für zielgerichtete Interventionen gegenüber problematischen und pathologischen Glücksspielern/innen ausgeschöpft haben.

6 Gender Mainstreaming Aspekte

Bei der Konzeption und Durchführung der Studie wurden Gender Mainstreaming Aspekte durchgängig geprüft und berücksichtigt. Es sind in den Fragebogen relevante geschlechtsspezifische Items mit aufgenommen worden. Ferner wurden alle im Bericht vorgenommenen Auswertungen auch geschlechtsspezifisch durchgeführt. Dementsprechend werden in beiden Analyseteilen des Berichtes die wichtigsten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in zwei Extrakapiteln erläutert; sich daraus ergebende Empfehlungen für die Prävention und Hilfe sind ebenfalls dargestellt.

7 Verbreitung und Verwertung der Projektergebnisse

Es sind Publikationen und Vorträge zu den verschiedenen Aspekten des Forschungsprojektes geplant.

Ein erster Vortrag mit dem Titel „Analysen zur Lebensqualität remittierter pathologischer Spieler“ ist auf dem sechsten deutschen Suchtkongress in Bonn von Sven Buth gehalten worden. Dr. Jens Kalke stellte auf der Glücksspiel-Fachtagung der Universität Stuttgart-Hohenheim am 07.03.2014 erstmals Ergebnisse der Gesamtstudie vor. Seine Präsentation trug den Titel „Studie zur Selbstheilung von pathologischen Glücksspielern. Ansätze für Prävention und Hilfe“ (das BMG war darüber vorab informiert). Ferner ist auf den „Suchttherapietagen 2014“ in Hamburg ein Seminar zu der Thematik geplant. Anfragen zu weiteren Vorträgen stehen die Autoren positiv gegenüber.

Der Projektbericht wird zum Herunterladen auf der Internetseite des BMG und des ISD zur Verfügung gestellt.

Zu folgenden Themen aus dem Forschungsprojekt sind bisher deutsch- und englischsprachige Publikationen geplant:

- Ansätze für Prävention und Hilfe,
- Vergleich Remittierte mit und ohne formelle Hilfen,
- kognitive Verzerrungen,
- traumatische Belastungen.

8 Literatur

Bischof, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2003). Deutsche Version des Coping Behaviours Inventory (CBI-G). In *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00*. ed. GLÖCKNER-RIST, A., RIST, F. & KÜFNER, H. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim.

Bühringer, G., Kraus, L., Höhne, B., Küfner, H. & Künzel, J. (2010). Untersuchung zur Evaluierung der Fünften Novelle der Spielverordnung vom 17.12.2005.

Buth, S. & Stöver, H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glückspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Suchttherapie* 9**,** 1-9.

Cooper, M. L., Russel, M., Skinner, J. & Windle, M. (1992). Development and Validation of a Three-Dimensional Measure of Drinking Motives. *Psychological Assessment June 2011;23(2):287-299* 4**,** 123-132.

Cunningham, J. A., Hodgins, D. C. & Toneatto, T. (2009). Natural history of gambling problems: Results from a general population survey. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 55**,** 98-103.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14**,** 245-258.

Hardt, J., Egle, U., Kappis, B., Hessel, A. & Brähler, E. (2004). Die Symptom-Checkliste SCL-27. Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Psychother Psych Med* 54**,** 214-223.

Hayer, T. (2010). Geldspielautomaten und Suchtgefahren - Wissenschaftliche Erkenntnisse und suchtpolitischer Handlungsbedarf. *Sucht aktuell***,** 47-52.

Kalke, J., Buth, S. & Hayer, T. (2012). Indizierte Prävention im Glücksspielbereich. Wissenschaftlicher Kenntnisstand und zukünftige Herausforderungen. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 58**,** 359-368.

Kalke, J., Buth, S., Rosenkranz, M., Schütze, C., Öchsler, H. & Verthein, U. (2011). *Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich: Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht* Lambertus, Freiburg.

Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C. & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 38**,** 1351-1360.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. (1981). *Das State-Trait-Angst-Inventar, STAI*. Beltz, Weinheim.

Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. & Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *Br J Addict* 78**,** 269-276.

MacKillop, J., Anderson, E. J., Castelda, B. A., Mattson, R. E. & Donovick, P. J. (2006). Divergent validity of measures of cognitive distortions, impulsivity, and time perspective in pathological gambling. *J Gambl Stud* 22**,** 339-354.

Meyer, C., Rumpf, H. J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N., Porz, S., Schön, D., Westram, A., Klinger, D., Goeze, C., Bischof, G. & John, U. (2011). Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung, Greifswald & Lübeck.

Millar, K., Jelicic, M., Bonke, B. & Asbury, J. (1995). 1995. *British Journal of Anaesthesia* 74**,** 180-183.

Mitrovic, D. V. & Brown, J. (2009). Poker mania and problem gambling: a study of distorted cognitions, motivation and alexithymia. *J Gambl Stud* 25**,** 489-502.

Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 163**,** 297-302.

Spielberger, C., Gorsuch, R. L., Lushene, R., R., V. P. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

Steenbergh, T. A., Meyers, A. W., May, R. K. & Whelan, J. P. (2002). Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychology of addictive behaviors* 16**,** 143-149.

Stewart, S. H. & Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction* 103**,** 1110-1117.

Toneatto, T., Cunningham, J., Hodgins, D., Adams, M., Turner, N. & Koski-Jannes, A. (2008). Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory* 16**,** 111 - 120.

Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., Löwe, B. & Spitzer, C. (2011). Reliable, valide und ö konomische Erfassung früher Traumatisierung: Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 61**,** e10-e14.