



ISD

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Sachbericht für das Forschungsprojekt:

Remissionsprozesse von pathologischen Glücksspielern im Dreijahresverlauf.

(ZMVI5-2515DSM210)

Für den Zeitraum: 01.04.2015 bis 31.01.2016

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, Charlotte Kleinau, Dr. Jens Kalke

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Zusammenfassung

Zielsetzungen der Studie

- Belastbare Aussagen zum Ablauf, zur Struktur und zu den Einflussfaktoren von Remissions- und Rückfallprozessen bei pathologischen Glücksspielern/innen (PGS) lassen sich in der internationalen Literatur kaum finden. Dafür bedarf es Longitudinalstudien, die in diesem Forschungsbereich bisher sehr selten sind.
- In der vorliegenden Untersuchung konnte eine solche Längsschnittanalyse realisiert werden, da von den meisten Stichprobenteilnehmern/innen einer vorangegangenen Studie („Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern“, ebenfalls vom BMG gefördert) das Einverständnis vorlag, diese im Falle weiterer glücksspielbezogener Studien noch einmal kontaktieren zu dürfen.
- Die vorliegende Studie geht zum einen der Frage nach, wie sich die Remissions- und Rückfallprävalenzen in einem Dreijahresverlauf entwickeln; zum anderen werden dabei potentielle Faktoren für die Aufrechterhaltung der Glücksspielabstinenz und des pathologischen Spiels bzw. des Rückfalls in die Spielsucht analysiert. Auch die Art und Intensität der Inanspruchnahme sowie die Angemessenheit von Hilfemaßnahmen im Dreijahresverlauf werden untersucht, um mögliche Defizite in der Prävention und in der Versorgung von pathologischen Glücksspielern/innen aufzudecken. Um diese Fragen zu beantworten, werden in der Studie Vergleiche von remittierten und weiterhin pathologisch spielenden Gruppen durchgeführt.

Methodik

- Die potentiell erreichbare Stichprobe umfasste 336 Personen aus der vorangegangenen Studie (siehe oben). Von diesen konnten insgesamt 97 Personen nicht erreicht werden bzw. verweigerten die Teilnahme an einer erneuten Befragung, so dass die finale Stichprobe 239 Personen beinhaltet. Die Wiedererreichungsquote beträgt somit 71%.
- Die Teilnehmer/innen 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 Gründen für die Remission, zum aktuellen Gesundheitsstatus u.v.m. befragt worden. Sofern verfügbar, kamen jeweils international anerkannte Instrumente zum Einsatz.
- Ausgehend von dem Status bei der Erstbefragung werden in der vorliegenden Studie zwei Gruppenvergleiche durchgeführt: Es werden die durchgängig remittierten mit

den rückfälligen Personen (RERE: N=90 vs. REPA: N=23) sowie die weiterhin pathologisch spielenden mit den neu remittierten Personen verglichen (PAPA: N=61 vs. PARE: N=53). Für valide geschlechtsspezifische Auswertungen sind die Fallzahlen der Gruppen – vor allem bei den Frauen – zu gering.

- In der vorliegenden Stichprobe sind Personen ohne Migrationshintergrund und mit einem höheren Schulabschluss gegenüber repräsentativen Samples von PGS überrepräsentiert. Die Ergebnisse der Studie sind somit nur mit Einschränkungen verallgemeinerbar. Nichtsdestotrotz liefern sie wertvolle empirische Hinweise sowohl für die (Weiter-)Entwicklung von Hilfemaßnahmen als auch für zukünftige Forschungsanstrengungen in den Bereichen Remission und Rückfall bei pathologischen Glücksspielern/innen.

Ergebnisse

- Den allermeisten der zum Zeitpunkt der Erstbefragung remittierten Personen (82%) gelingt es, diesen Status aufrechtzuerhalten, wobei ein kleinerer Teil (10%) von ihnen zwischendurch wieder pathologisch gespielt hat. Von einem Rückfall in ein pathologisches Spielverhalten ist demnach etwas weniger als ein Fünftel betroffen.
- Deutlichere Veränderungen zeigen sich hingegen bei den (ehemals) pathologisch Glücksspielenden. 54% verharren nach 3 Jahren zwar weiterhin in einem pathologischen Spielverhalten, 46% haben jedoch ihre Spielprobleme überwunden.
- Mit Blick auf die soziodemografischen Merkmale der Untersuchungsgruppen lassen sich keine nennenswerten Differenzen feststellen. Beim Vergleich der beiden vormals pathologisch spielenden Gruppen (PAPA vs. PARE) zeigt sich ein statistisch bedeutsamer Unterschied: Personen, die von einer mindestens ausreichenden sozialen Unterstützung berichten, haben eine 2,5-fach höhere Wahrscheinlichkeit im Dreijahresverlauf zu remittieren als diejenigen, die bei der Gestaltung ihres Alltags auf sich allein gestellt sind.
- Die REPA berichten signifikant häufiger von Geldproblemen als die RERE (77% zu 32%). Beim Vergleich der Subgruppen PAPA und PARE ist es ebenfalls so, dass in der erst genannten Gruppe ein viel größerer Anteil von finanziellen Schwierigkeiten betroffen ist als in der zweiten Gruppe (81% vs. 35%).
- Bezogen auf die Lebenszeit zeigen sich hinsichtlich der Prävalenz psychischer Symptome zwischen RERE und REPA sowie PAPA und PARE keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Jedoch wird ADHS von den REPA signifikant häufiger genannt als von RERE (17% zu 3%).

- Hingegen haben Personen, die von aktuellen psychischen Problemen betroffen sind, ein drei- bis vierfach höheres Risiko, zur Gruppe der REPA zu gehören (gegenüber RERE). Ein ähnliches Ergebnis findet sich beim Vergleich von PAPA und PARE.
- Bei den dysfunktionalen Bewältigungsmustern weisen die PARE-Befragten mit 21,9 einen signifikant geringeren Durchschnittswert auf als PAPA (24,6).

Schlussfolgerungen, Empfehlungen für die Praxis

- Da aus den Befragungsergebnissen deutlich wird, dass eine gute soziale Unterstützung hilfreich für Remissionsprozesse ist, sollte geprüft werden, ob die Angehörigenarbeit weiter optimiert werden kann.
- In Anbetracht der Relevanz von Geldproblemen im Zusammenhang mit Rückfallprozessen stellt sich die Frage, ob das Hilfesystem (Verzahnung Sucht- und Schuldenhilfe, frühzeitige Hilfen etc.) optimal aufgestellt ist.
- Es sollten alle Personen, die aufgrund eines Spielproblems eine Hilfeeinrichtung aufsuchen, systematisch nach aktuellen und früheren psychischen Belastungen gefragt (untersucht) werden. Sind solche vorhanden, müssten parallel zur Behandlung der Glücksspielproblematik auch immer Maßnahmen erfolgen, welche auf eine Linderung der psychischen Symptomatik fokussieren.
- Da ADHS nach den vorliegenden Ergebnissen einen bedeutsamen Risikofaktor für den Rückfall in die Spielsucht darstellt, sollten zukünftig das Screening und die Behandlung dieser Symptomatik Teil des Maßnahmenpaketes zur erfolgreichen Überwindung einer Spielsucht sein.
- Es sollte geprüft werden, inwieweit Programme zur Vermittlung adaptiver Copingstrategien und zur Steigerung der Selbstwirksamkeit zukünftig im Rahmen der Behandlung einer Glücksspielsucht gezielter zum Einsatz kommen könnten.
- Es konnten in der Studie keine empirischen Befunde dafür gefunden werden, dass bestimmte bestehende suchtspezifische Hilfen Remissionsprozesse fördern bzw. die Nicht-Inanspruchnahme zu Rückfallprozessen führt. Insgesamt wird jedoch die Relevanz des Hilfeangebotes für einen erheblichen Teil der (ehemaligen) PGS unterstrichen.
- Es ergeben sich (erneut) Befunde, die darauf verweisen, welche wichtige Bedeutung Vermeidungsstrategien für die Aufrechterhaltung der Remission haben. Entsprechende Verhaltenstipps sollten zukünftig verstärkt in Prävention und Hilfe eingesetzt werden.

Wir möchten uns ganz herzlich bei allen Beteiligten bedanken!

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

Christina Benning
(Studentin)

Eveline Brust
(Studentin)

Sebastian Höing
(Student)

Johanna Landwehr
(Studentin)

Marie Schwartz
(M.Sc. Psychologin)

... 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	Problemhintergrund und Forschungsstand	1
2	Ziele der Studie.....	2
3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	3
3.1	Instrumente.....	3
3.2	Rekrutierung der Studienteilnehmer/innen	7
3.3	Methodisches Design.....	9
3.4	Statistische Analyseverfahren	9
3.5	Limitationen	10
4	Beschreibung der Ergebnisse	11
4.1	Entwicklung des Spielproblemstatus im Dreijahresverlauf.....	11
4.2	Soziodemografie.....	12
4.3	Aktuelle Probleme in der Lebensführung	14
4.4	Glücksspielteilnahme in den letzten 12 Monaten vor der Nachbefragung.....	14
4.5	Glücksspielbezogene Probleme.....	16
4.6	Alkohol- und Medikamentenkonsum	19
4.7	Psychische Belastungen.....	20
4.8	Copingstrategien.....	24
4.9	Gründe für Spielstopp, Vermeidungsstrategien	26
4.10	Inanspruchnahme von Hilfen	27
5	Diskussion: Mögliche Ansatzpunkte für Prävention und Hilfe	31
6	Gender Mainstreaming Aspekte	34
7	Verbreitung und Verwertung der Projektergebnisse	35
8	Literatur.....	35

1 Problemhintergrund und Forschungsstand

Die Lebenszeitprävalenz für pathologisches Spielen liegt nach den Ergebnissen der PAGE-Studie in Deutschland bei ca. 1% (Meyer *et al.*, 2011). Absolut sind dies mehr als eine halbe Million Personen. Nahezu zwei Dritteln dieser Spieler ist es jedoch gelungen, ihre Spielsucht aus eigener Kraft (Spontanremission) oder unter Inanspruchnahme formeller Hilfe zu überwinden. Da es sich bei der PAGE-Studie – wie auch bei fast allen anderen derzeit vorliegenden deutschsprachigen Studien zu Glücksspielproblemen – um eine Querschnittserhebung handelt, stellen deren Befunde lediglich eine Momentaufnahme dar. Die Überwindung eines Spielsuchtproblems beinhaltet oftmals jedoch eine Vielzahl von Episoden der Loslösung vom Glücksspiel (z.B. durch Inanspruchnahme von Hilfe), des Rückfalls in problematisches oder pathologisches Spielen und erneuter Spontanremission bzw. Hinwendung zu professionellen Hilfeangeboten (DiClemente *et al.*, 2000; Meyer & Bachmann, 2011; Christine, 2014). Dies wiederum bedeutet, dass Phasen der Abstinenz bzw. des unproblematischen Spielens lediglich Teil eines über einen längeren Zeitraum andauernden Veränderungsprozesses der Betroffenen sind, dessen Ausgang ungewiss ist. Bezogen auf die Ergebnisse aus Querschnittserhebungen kann dies zur Folge haben, dass Spielsüchtige, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Abstinenzphase befinden (jedoch einige Zeit später wieder rückfällig werden) der Gruppe der final Remittierten zugeordnet werden. Die auf dieser Basis gefundenen Ergebnisse zu den Einflussfaktoren einer langfristig erfolgreichen Remission würden dementsprechend die Realität nur unzureichend bzw. verzerrt abbilden. Das Gleiche gilt auch für Rückfallprozesse beim pathologischen Glücksspiel: Aus den ganz wenigen Studien zu dieser Thematik lassen sich weder valide Aussagen zu Rückfallquoten noch zu ihren Ursachen formulieren (Ledgerwood & Petry, 2006; De Wilde *et al.*, 2013; Aragay *et al.*, 2015).

Belastbare Aussagen zum Ablauf, zur Struktur und zu den Einflussfaktoren von Remissions- und Rückfallprozessen lassen sich demnach nur dann formulieren, wenn die zu untersuchende Stichprobe zu mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten – welche zeitliche mehrere Jahre auseinanderliegen – befragt worden ist (Nower & Blaszczynski, 2008). Longitudinalstudien sind jedoch aufgrund der mehrfachen Befragung sehr zeitintensiv und somit in der Regel mit einem erheblichen finanziellen Aufwand verbunden. Nachbefragungen von bereits als Querschnittsstudie durchgeführten Untersuchungen stellen eine Möglichkeit dar, die Kosten von Längsschnittstudien zu begrenzen.

Das vom BMG geförderte und vom ISD durchgeführte Projekt „Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern“, welches eine Befragung von ca. 340 ehemaligen und aktuellen patho-

logischen Spielern/innen im Zeitraum von November 2012 bis April 2013 beinhaltet, erfüllte für eine Fortführung in Form einer Longitudinalstudie alle nötigen Voraussetzungen (Buth *et al.*, 2014; Kalke & Buth, 2016). Von den meisten Stichprobenteilnehmern/innen lag das Einverständnis vor, diese im Falle weiterer glücksspielbezogener Studien kontaktieren zu dürfen. Des Weiteren ist der zeitliche Abstand zwischen den beiden Befragungen mit etwa drei Jahren groß genug, um die Stabilität und den Verlauf von Remissions- und Rückfallprozessen – sowie die hierfür relevanten Einflussfaktoren – valide analysieren und bewerten zu können.

2 Ziele der Studie

Die vorliegende Studie geht im Einzelnen den folgenden Fragestellungen nach:

- Ermittlung von Remissions- und Rückfallprävalenzen im Dreijahresverlauf.
- Ermittlung von Faktoren für die Aufrechterhaltung der Glücksspielabstinenz bzw. des kontrollierten Spielens.
- Ermittlung von Gründen für die Aufrechterhaltung pathologischen Spielens bzw. des Rückfalls in die Spielsucht.
- Bedeutung der Art und Intensität der Inanspruchnahme sowie der Angemessenheit von Hilfemaßnahmen im Dreijahresverlauf.
- Aufdeckung von möglichen Defiziten in der Versorgung von pathologischen Glücksspielern/innen.
- Aufdeckung von Barrieren des Zugangs zu spezifischen Hilfemaßnahmen bei bestimmten Subgruppen.

Um diese Fragen zu beantworten, werden in dieser Studie Vergleiche von remittierten und weiterhin pathologisch spielenden Gruppen durchgeführt (siehe Kapitel 4). Es werden dann basierend auf den ermittelten empirischen Befunden Empfehlungen für die Praxis und Politik formuliert. Diese beinhalten zum einen Vorschläge, wie mit Hilfe präventiver Maßnahmen eine spielproblemfreie Lebensführung gefestigt (Stabilisierung der Remission) bzw. eine solche bei bestehenden Spielproblemen herbeigeführt werden kann (Initiierung der Remission). Zum anderen geht es um den Abbau von Zugangsbarrieren zum Hilfesystem und der Weiterentwicklung eines auf die individuellen Erfordernisse der Betroffenen abgestimmten Beratungs- und Therapieangebots.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

In Anbetracht des oben skizzierten 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 und es gleichzeitig gestattet, zu ausgewählten Bereichen einen Vergleich zwischen den Befunden der ersten und der nunmehr vorliegenden zweiten Befragung vorzunehmen. Im Ergebnis sind neben vielen „gängigen“ Fragen zur Person selbst, zum Spielverhalten, zur Inanspruchnahme von Hilfe u. ä. eine Vielzahl von Instrumenten 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.

3.1 Instrumente

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

3.1.1 Frühere und aktuelle Spielprobleme

Die Befragung der Untersuchungsteilnehmer/innen begann mit der Bestimmung der Schwere der Glücksspielproblematik anhand der DSM-5-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 Glücksspielprobleme nach DSM-5 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;*

¹ Der originale Fragebogen ist einzusehen unter: http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/ftplib_public/PAPI%20Instrument/PAPI%20V7.1/PAPI%20V7.1_Gambling.pdf (Zugriff am 12.5.2016)

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 neun DSM-5-Kriterien für pathologisches Spielen werden im CIDI mit Hilfe von 15 Fragen operationalisiert. Zunächst sind die Studienteilnehmer/innen der hier vorliegenden Studie gebeten worden anzugeben, ob die vorgegebenen glücksspielbezogenen Problemsituationen bei ihnen jemals in den zurückliegenden drei Jahren seit der Erstbefragung 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-5-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 beim ersten Auftreten der Spielprobleme erhoben.

3.1.2 Demografie & Biografie

In der Erstbefragung sind bereits eine Vielzahl 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 hinaus wurden die schulische und berufliche Bildung, der aktuelle Erwerbsstatus, das aktuelle Haushaltsnettoeinkommen und die Dauer der Arbeitslosigkeit im Laufe des bisherigen Lebens erfragt. In der Nachbefragung beschränkte sich die Erhebung der Soziodemografie auf die Variablen Alter, aktuelle Erwerbs- und Lebenssituation sowie das Haushaltsnettoeinkommen.

3.1.3 Früheres und aktuelles Spielverhalten & Folgen der Spielsucht

Die Studienteilnehmer/innen sind im Rahmen der Nachbefragung gebeten worden, anzugeben, wie häufig sie in den zurückliegenden 12 Monaten an Glücksspielen teilgenommen haben, wie intensiv diese Teilnahme jeweils war und wie viel Geld aufgrund des Spielens verloren wurde. Zusätzlich konnten die Befragten benennen, ob sie aufgrund des pathologischen Spielens mit dem Gesetz in Konflikt geraten oder von Spielverboten bzw. Spielersperren betroffen waren.

3.1.4 Remissionsgründe

Die Teilnehmer/innen, welche in den letzten 12 Monaten vor der Nachbefragung nicht mehr pathologisch spielten, sind nach den Gründen für die Beendigung des exzessiven Glücksspiels befragt worden. Da hierzu bisher weder national noch international ein psychometrisch geprüfetes 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 mittels einer offenen Frage zu benennen.

3.1.5 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 die konkrete Inanspruchnahme erhoben worden. Die Studienteilnehmer/innen wurden gebeten, sowohl jeweils die Anzahl der Kontakte bzw. Aufenthalte als auch die Dauer der in Anspruch genommenen Hilfemaßnahmen zu dokumentieren. Darüber hinaus erfolgte eine Erfassung der Bedeutung der jemals im Leben in Anspruch genommenen Maßnahmen in Form einer fünfstufigen Likert-Skala. Des Weiteren ist erfragt worden, ob zeitgleich oder unmittelbar danach auch noch andere Therapien oder Beratungsangebote – z.B. zur Behandlung psychischer Probleme oder zur Verbesserung der sozialen/ökonomischen Lebenssituation – in Anspruch genommen wurden.

Aus der Glücksspielforschung ist bekannt, dass nur ein Teil der von Spielproblemen betroffenen Personen sich um professionelle Hilfe bemüht. Aus diesem Grund ist im Rahmen dieser Studie auch nach den Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten gefragt worden.

3.1.6 Weitere eingesetzte Instrumente

Im Rahmen der Erst- und Nachbefragung sind eine Reihe weiterer Instrumente zur Anwendung gekommen. Deren wichtigste Kennwerte sind in der nachfolgenden Tabelle 1 wiedergegeben.

TABELLE 1: IN DER STUDIE EINGESETZTE INSTRUMENTE

Instrument	Zu erfassender Bereich	Anzahl der Fragen / Subskalen / Wertebereich	Referenzstichprobe (MW, SD)	Cut-Off-Werte	Cronbachs-Alpha (α)	Quelle
<i>SCL-27: Subskala Depression</i>	aktuelle Symptome einer Depression (letzte 7 Tage)	4 Items / 0 (überhaupt nicht) - 4 (sehr stark)	0,35 (0,55)	0,75	$\alpha=0,74$	(Hardt <i>et al.</i> , 2006)
<i>STAI-Trait</i>	State-Trait-Angstinventar	20 Items / 1 (fast nie) - 4 (fast immer)	Männer: 34,45 (8,83) Frauen: 37,01 (9,95)	Männer: 43,28 Frauen: 46,96	$\alpha=0,90$	(Laux <i>et al.</i> , 1981)
<i>Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)</i>	Traumata in der Kindheit	10 Items / 0=nein, 1=ja	2,3	4	$\alpha=0,76$	(Wingenfeld <i>et al.</i> , 2011)
<i>Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)</i>	Depression	9 Fragen / 0 (überhaupt nicht)-3 (beinahe jeden Tag)	Pat. ohne Depression: 3,3 (3,8) Pat. mit Depression: 17,1 (6,1)	10	$\alpha=0,89$	(Kroenke <i>et al.</i> , 2001)
<i>Barratt Impulsiveness Scale (Short-Form: BIS-15)</i>	Impulsivität	15 Items / 1=selten/nie, 2=gelegentlich, 3=oft, 4=fast immer/immer	Gesamtscore: 30,0 (6,1)	nicht berichtet	$\alpha=0,81$	(Meule <i>et al.</i> , 2011) (Spinella, 2007)
<i>ADHS-SB</i>	Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter	22 Items / 0=trifft nicht zu, 1=leicht ausgeprägt, 2=mittel ausgeprägt, 3=schwer ausgeprägt	nicht berichtet	15	$\alpha=0,90$	(Rösler <i>et al.</i> , 2004)
<i>Coping Behaviours Inventory – CBI (adaptiert für Glücksspiel)</i>	Strategien zur Aufrechterhaltung einer Glücksspielabstinenz,	36 Items / 0=nie, 1=manchmal, 2=oft, 3=meistens	nicht berichtet	nicht berichtet	nicht berichtet	(Litman <i>et al.</i> , 1983); (Meyer <i>et al.</i> , 2011)
<i>Brief COPE</i>	allgemeine Copingverhaltensweisen	28 Items / 14 Subskalen 1=überhaupt nicht, 2=ein bisschen, 3=ziemlich, 4=sehr	nicht berichtet	nicht berichtet	je nach Subskala: $\alpha=0,50-0,90$	(Carver, 1997)
<i>Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Kurzform K-14</i>	wahrgenommene Unterstützung / soziale Integration	14 Items / 1=trifft nicht zu, 2=trifft eher nicht zu, 3=trifft teilweise zu, 4=trifft zu, 5=trifft genau zu	4,0 (0,7)	3,28 (unteren 15% der Bevölkerung)	$\alpha=0,94$	(Fydrich <i>et al.</i> , 2009)
<i>Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit</i>	Ressourcen bei der Bewältigung von Aufgaben oder Problemen	10 Items / 1=stimmt nicht, 2=stimmt kaum, 3=stimmt eher, 4=stimmt genau	repräsentative Stichprobe: 29,4 (5,4)	24 (unteren 16% der Bevölkerung)	$\alpha=0,92$	(Hinz <i>et al.</i> , 2006)
<i>AUDIT-C</i>	riskanter Alkoholkonsum	3 Items / 0=nie, 1=seltener als einmal im Monat, 2=jeden Monat, 3=jede Woche, 4=jeden Tag oder fast jeden Tag	riskanter Konsum: 27,2% (95 %-KI: 26,4-27,9) Männer: 32,6% (95 %-KI: 31,4%-33,8%) Frauen: 22,1% (95 %-KI: 21,2%-23,0%)	Frauen: ≥ 4 Männer: ≥ 5	nicht berichtet	(Bush <i>et al.</i> , 1998)

3.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer/innen

Für die Erstbefragung im Jahr 2013 sind ehemalige pathologische Glücksspieler/innen (PGS) mit und ohne Selbstheilungserfahrungen sowie aktuelle PGS in Form eines ausführlichen schriftlichen Fragebogens befragt worden (N=347).

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte mit Hilfe verschiedener Zugangswege:

- Rekrutierung in den Spielstätten (Flyer, Aushänge),
- Rekrutierung mit Hilfe von Anzeigen (Tageszeitungen, Wochenzeitungen, Aushänge in öffentlichen Verkehrsmitteln),
- Rekrutierung durch das Internet (Foren, Chatrooms, Newsgroups, Kleinanzeigen),
- Rekrutierung in Hilfeeinrichtungen,
- Rekrutierung durch Rückgriff auf Adressdatenbanken ehemals gesperrter Spieler,
- Rekrutierung ehemaliger Teilnehmer/innen der PAGE-Studie.

Von diesen 347 Personen stimmten 11 einer nochmaligen Befragung zu einem späteren Zeitpunkt nicht zu. Somit beschränkte sich die potentiell erreichbare Stichprobe für die Nachbefragung auf 336 Personen.

Auf Basis der bestehenden Adressdatenbank, welche neben der postalischen Anschrift in der Regel auch eine Telefonnummer und eine E-Mail-Adresse enthielt, sind im Zuge der Durchführung der Nachbefragung alle früheren Teilnehmer/innen, die ihr Einverständnis zu einer erneuten Befragung gaben, zunächst postalisch bzw. per E-Mail kontaktiert worden. Erfolgte keine Reaktion der angeschriebenen Personen, so fanden weitere Kontaktversuche auf telephonischem Wege statt.

Insgesamt 97 Personen konnten nicht erreicht werden bzw. verweigerten die Teilnahme an der Nachbefragung, so dass die finale Stichprobe 239 Personen beinhaltet. Die Wiedererreichungsquote beträgt somit 71,1%.

Die Tabelle 2 erlaubt eine erste Einschätzung dahingehend, wie sich die ursprüngliche und die wiedererreichte Stichprobe unterscheiden. Zunächst einmal wird deutlich, dass die zum Zeitpunkt der Erstbefragung remittierten Befragten zu höheren Anteilen bereit waren, auch an der Nachbefragung teilzunehmen als die Personen, welche vor drei Jahren von einer Spielsucht betroffen waren. Die Unterschiede fallen insgesamt betrachtet jedoch nicht gravierend aus und sind statistisch nicht signifikant. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich in Bezug auf das Geschlecht. Hier sind es die Frauen, die zu einem leicht höheren Anteil für eine zweite Befragung zur Verfügung standen.

Inhaltlich bedeutsamere Unterschiede zwischen Erst- und Nachbefragung zeigen sich hinsichtlich der Merkmale Alter und Migrationshintergrund. So sind die „Drop-Outs“ 5,4 Jahre jünger und Menschen mit Migrationshintergrund sind in dieser Gruppe mit einem Anteil von 31,6% signifikant häufiger vertreten als bei den wiederreichten Personen.

Jüngere Personen und Migranten/innen sind somit in der vorliegenden Studie im Vergleich zur Erstbefragung unterrepräsentiert. Bei der Diskussion der Ergebnisse der nachfolgenden Analysen ist dies zu berücksichtigen.

TABELLE 2: TEILNAHME AN DER NACHBEFRAGUNG NACH AUSGESUCHTEN MERKMALEN

	An der Nachbefragung ...			
	teilgenommen	nicht teilgenommen	N	Sign. ^a
Problemstatus zum Zeitpunkt der Erstbefragung				
remittiert	52,3%	43,3%	N=167	n. s.
pathologisch	47,7%	56,7%	N=169	
Geschlecht				
Männer	76,4%	80,4%	N=259	n. s.
Frauen	23,6%	19,6%	N=75	
Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Erstbefragung	44,2	38,8	N=331	**
Migrationshintergrund				
nein	82,0%	68,4%	N=261	2,1** [1,2-3,6]
ja	18,0%	31,6%	N=73	
Gesamt	71,7%	28,9%	N=336	
	N=239	N=97		

a) T-Test/binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Da anzunehmen ist, dass die Faktoren, welche eine Teilnahme an der Nachbefragung begünstigen oder hemmen, sich je nach Spielproblemstatus zum Zeitpunkt der Erstbefragung unterscheiden, sind in Tabelle 3 getrennt für Remittierte und PGS – bezogen auf den Status zum Zeitpunkt der Erstbefragung – die in diesem Zusammenhang als relevant zu erachtenden Merkmale dargestellt. Mit Blick auf die Gruppe derjenigen, die zum Zeitpunkt der Erstbefragung von keinen nennenswerten Spielproblemen betroffen waren, wird deutlich, dass weder das Alter, der Migrationshintergrund, die Schwere der Spielproblematik noch die psychische Situation ausschlaggebend für die Bereitschaft zur Teilnahme an der Nachbefragung waren. Bemerkenswert anders stellt sich die Situation bei den vormals pathologisch spielenden Befragten dar. Die „Drop-Outs“ sind in dieser Teilgruppe signifikant jünger, berichten nahezu doppelt so häufig von Migrationserfahrungen und sind hinsichtlich der Spielproblematik schwerer belastet. Die psychische Gesundheit stellt demgegenüber kein Unterscheidungsmerkmal der beiden hier betrachteten Teilgruppen dar.

TABELLE 3: ZUM ZEITPUNKT DER ERSTBEFRAGUNG REMITTIERTE BZW. PATHOLOGISCH SPIELLENDE BEFRAGTE NACH STATUS DER TEILNAHME AN DER NACHBEFRAGUNG UND AUSGEWÄHLTEN WEITEREN MERKMALEN

	remittiert			pathologisch		
	teilgenommen	nicht teilgenommen	Sign. ^a	teilgenommen	nicht teilgenommen	Sign. ^a
Alter zum Zeitpunkt der Erstbefragung	45,7 (13,3)	42,2 (14,3)	n. s.	42,6 (14,4)	36,2 (11,9)	**
Migrationshintergrund	14,4%	19,0%	n. s.	21,9%	41,5%	2,5* [1,3-5,1]
DSM-5-Lebenszeit	7,2	7,3	n. s.	7,6	7,8	n. s.
DSM-5-zum Zeitpunkt der Erstbefragung	0,4	0,7	n. s.	6,5	7,1	1,3*
psychische Situation zum Zeitpunkt der Erstbefragung						
Angst (STAI-Trait)	43,2	40,7	n. s.	49,5	51,0	n. s.
Depression (SCL-27)	0,7	0,7	n. s.	1,3	1,4	n. s.
Gesamt	74,9%	25,1%		67,5%	32,5%	
	N=125	N=42		N=114	N=55	

a) T-Test/binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

3.3 Methodisches Design

Die Beantwortung der oben formulierten Fragestellungen soll mit Hilfe von Gruppenvergleichen erfolgen. Die Bildung der Gruppen orientiert sich an dem Vergleich des Spielproblemstatus (letzte 12 Monate) zum Zeitpunkt der Erst- und Nachbefragung. Von folgenden 4 Gruppen ist auszugehen: 1) Befragte, die ihren Status der Remission aufrechterhalten haben; 2) Befragte, die rückfällig wurden; 3) Befragte, die durchgehend pathologisch spielten und 4) Befragte, denen es gelang, zu remittieren.

Da es in der vorliegenden Studie zum einen primär um Schutz- und Risikofaktoren der Aufrechterhaltung einer Remission, zum anderen um Einflussgrößen einer Loslösung von einem pathologischen Spielverhalten geht, werden die vier Gruppen jeweils paarweise – Gruppe 1 vs. 2 & Gruppe 3 vs. 4 – miteinander verglichen. Eine statistische Prüfung von Unterschieden zwischen allen vier Gruppen wird dementsprechend nicht vorgenommen.

3.4 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 bei dichotomen bzw. dichotomisierten Variablen mittels einer binär logistischen Regression. Bei mehrstufigen kategorialen Variablen

kamen Chi-Quadrat-Tests zur Anwendung. Mittelwertunterschiede sind mit Hilfe einer Varianzanalyse auf statistische Signifikanz geprüft worden. Sofern keine Varianzhomogenität vorlag, aber eine (annähernde) Normalverteilung der zu untersuchenden Daten gegeben war, wurden die Ergebnisse des Welch-Tests herangezogen. Bei Items mit sehr schiefen Verteilungen (z. B. bei den eingesetzten Geldbeträgen für das Glücksspiel) ist der nonparametrische Mann-Whitney-U-Test zur Anwendung gekommen.

3.5 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 Glücksspieler/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 30 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

4.1 Entwicklung des Spielproblemstatus im Dreijahresverlauf

Erstmalig in Deutschland werden mit dieser Analyse Zahlen zu Remissions- und Rückfallquoten von PGS innerhalb eines dreijährigen Beobachtungszeitraums vorgelegt.

Wie bereits in Abschnitt 3.3 dargelegt, konnten insgesamt 239 Personen für die Nachbefragung wiedererreicht werden. Von diesen waren zum Zeitpunkt der Erstbefragung 125 remittierte Spieler/innen und 114 zeigten ein pathologisches Spielverhalten (siehe Abbildung 1). Das Verhältnis der beiden Gruppen ist somit zahlenmäßig fast ausgeglichen. Drei Jahre später beträgt die Zahl der Remittierten 155; 84 Befragte erfüllen die Kriterien einer Spielsucht. Insgesamt betrachtet ist somit bezogen auf alle Teilnehmer/innen eine Verbesserung des Spielproblemstatus der untersuchten Gesamtstichprobe eingetreten.

Von besonderem Interesse ist im Folgenden der Verlauf der Spielproblematik ad personam. Der Abbildung 1 lässt sich entnehmen, dass 72% der vormals Remittierten während der zurückliegenden drei Jahre ihren Status aufrechterhielten. Etwas weniger als ein Fünftel (18%) wurde hingegen rückfällig. Darüber hinaus waren 12 ehemals Remittierte in den 24 Monaten nach der Erstbefragung von Spielproblemen betroffen, zeigten jedoch in dem letzten Jahr vor der Befragung keine Anzeichen einer Spielsucht mehr.

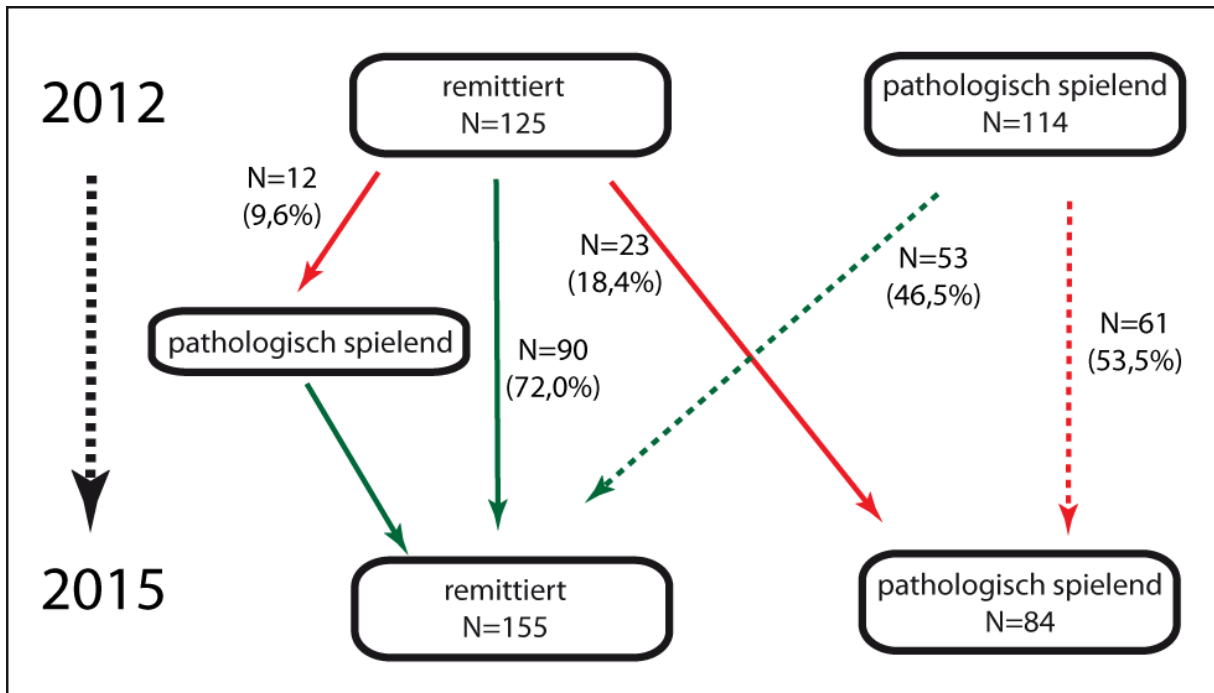
Auch bei den ehemals pathologisch Glücksspielenden (N=114) zeigen sich Gruppen mit einem unterschiedlichen Verlauf des Problemstatus. Denn während etwas mehr als die Hälfte in der Spielsucht verharret, gelingt 47% eine erfolgreiche Remission.

Insgesamt lassen sich somit in Abhängigkeit vom Verlauf des Remissions- bzw. Spielproblemstatus fünf verschiedene Gruppen definieren:

1. 2012: remittiert & 2015: remittiert (N=90)
[Bezeichnung: **RERE**: *durchgehend remittiert*]
2. 2012: PGS & 2015: remittiert (N=53)
[Bezeichnung: **PARE**: *pathologisch -> remittiert*]
3. 2012: remittiert & 2015: PGS (N=23)
[Bezeichnung: **REPA**: *remittiert -> pathologisch*]
4. 2012: PGS & 2015: PGS (N=61)
[Bezeichnung: **PAPA**: *pathologisch -> pathologisch*]
5. 2012: remittiert & 2013-2014: PGS & 2015: remittiert (N=12)
[Ausschluss aus den nachfolgenden Analysen aufgrund zu geringer Fallzahl]

Die letztgenannte Gruppe stellt aufgrund ihres häufig wechselnden Problemstatus eine Besonderheit dar. Aufgrund der geringen Fallzahl (N=12) sind fundierte Analysen zu diesem Personenkreis kaum möglich. Aus diesem Grund wird diese Gruppe bei den nachfolgenden Ergebnisdarstellungen nicht berücksichtigt.

ABBILDUNG 1: ENTWICKLUNG DES SPIELPROBLEMSTATUS IM DREIJAHRVERLAUF



4.2 Soziodemografie

Nachfolgend sollen die vier Untersuchungsgruppen hinsichtlich relevanter soziodemografischer Merkmale verglichen werden. Der Tabelle 4 ist zu entnehmen, dass sich in Bezug auf das Geschlecht keine inhaltlichen wie statistisch relevanten Unterschiede zeigen. Gleiches gilt für das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Nachbefragung und den Migrationshintergrund. Bezüglich des letztgenannten Merkmals ist jedoch der im Vergleich geringe Anteil von Migranten/innen bei den RERE auffällig.

Personen, die zum Zeitpunkt der Erstbefragung remittiert waren, weisen hinsichtlich einer aktuellen Erwerbslosigkeit jeweils geringere Anteile auf als die vormals pathologisch spielenden Befragten. Insbesondere in der Gruppe der PAPA ist der Anteil der Erwerbslosen mit fast 30% vergleichsweise hoch. Dennoch sind die genannten Unterschiede statistisch nicht bedeutsam.

Auch bei der Frage nach der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens ergeben die Gruppenvergleiche keine signifikanten Ergebnisse. Tendenziell ist aber erkennbar, dass die aktuell remit-

tierten Gruppen weniger häufig von sehr geringen Einkommensverhältnissen betroffen sind als die aktuell pathologisch Glücksspielenden.

Spielprobleme sind kein isoliertes Problem einzelner Individuen. Oftmals sind auch Partner/innen, engere Familienmitglieder, Freunde oder Kinder mit den daraus resultierenden Problemen konfrontiert. Letztere sind von besonderer Bedeutung, da die transgenerationale Weitergabe von Suchtproblemen durch die Suchtforschung hinreichend belegt ist. Die vorletzte Zeile der Tabelle 4 macht deutlich, dass ein nicht unerheblicher Teil der befragten Spieler/innen mit Kindern einen Haushalt teilt. Lediglich die Gruppe der PAPA weist diesbezüglich mit 7% einen im Vergleich geringen Anteil auf.

Etwas mehr als vier Fünftel der RERE berichten von einer adäquaten Unterstützung seitens des sozialen Umfelds. In der Vergleichsgruppe liegt der entsprechende Anteil mit 65% schon deutlich – wenngleich statistisch nicht signifikant – darunter. Bei dem Vergleich der beiden vormals pathologisch spielenden Gruppen zeigt sich hingegen ein statistisch bedeutsamer Unterschied. Personen, die von einer mindestens ausreichenden sozialen Unterstützung berichten, haben eine 2,5-fach höhere Wahrscheinlichkeit im Dreijahresverlauf zu remittieren als diejenigen, die bei der Gestaltung ihres Alltags auf sich allein gestellt sind.

TABELLE 4: SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN ZUM ZEITPUNKT DER NACHBEFRAGUNG

	RERE^a (N=90)	REPA (N=23)	Sign. ^b	PAPA (N=61)	PARE (N=53)	Sign. ^b
Anteil Männer	78,7%	91,3%	n. s.	71,7%	69,8%	n. s.
Alter (Spanne: 18-78 Jahre)	49,4	44,3	n. s.	43,8	46,2	n. s.
(Fach-)Abitur	44,4%	43,5%	n. s.	42,6%	32,1%	n. s.
Migrationshintergrund	12,2%	26,1%	n. s.	23,0%	20,8%	n. s.
erwerbslos	7,3%	14,3%	n. s.	29,8%	20,4%	n. s.
HH-Einkommen <1000€	19,3%	34,8%	n. s.	42,2%	25,0%	n. s.
Kinder im Haushalt	24,7%	21,7%	n. s.	6,8%	17,3%	n. s.
gute soziale Unterstützung	82,0%	65,2%	n. s.	40,7%	63,5%	2,5 [1,2-5,5]

b) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

a) T-Test/binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

4.3 Aktuelle Probleme in der Lebensführung

Die Studienteilnehmer/innen sollten auch eine subjektive Einschätzung aktueller sozialer Probleme der letzten 12 Monate vornehmen. Wird die übliche Vergleichsperspektive eingenommen, zeigen sich teilweise deutliche Gruppenunterschiede. So berichten die REPA signifikant häufiger über Probleme mit Geld und mit der Bank als die RERE (77% zu 32% bzw. 23% zu 5%, siehe Tabelle 5). Auch Belastungen im Zusammenhang mit der Familie, Freunden oder Arbeit spielen in einem gewissen Ausmaß eine Rolle; es lassen sich hier jedoch keine statistischen Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen feststellen.

Beim Vergleich der Subgruppen PAPA und PARE ist es ebenfalls so, dass bei den aktuell pathologischen Spielern/innen ein viel größerer Anteil über Geldprobleme berichtet als bei den aktuell Remittierten (PAPA: 81%, PARE: 35%). Das Gleiche gilt für Schwierigkeiten bei der Arbeit und mit Freunden, auch wenn hier deutlich weniger Personen betroffen sind.

TABELLE 5: AKTUELLE SOZIALE PROBLEME IN DEN LETZTEN 12 MONATEN
(GELEGENTLICH BIS OFT)

	RERE ^a (N=89)	REPA (N=22)	Sign. ^b	PAPA (N=59)	PARE (N=52)	Sign. ^b
Geld	32,2%	77,3%	2,2*** [1,5-3,2]	81,4%	35,3%	0,4*** [0,3-0,6]
Familie	25,0%	36,4%	n. s.	39,7%	25,0%	n. s.
Arbeit	21,8%	19,0%	n. s.	47,5%	21,2%	0,6* [0,5-0,9]
Freunden	9,0%	18,2%	n. s.	25,4%	13,5%	0,6* [0,4-0,96]
Bank	4,5%	22,7%	2,0* [1,2-3,4]	30,5%	11,5%	n. s.

- a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.
b) binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

4.4 Glücksspielteilnahme in den letzten 12 Monaten vor der Nachbefragung

Eine erfolgreiche Remission muss nicht zwangsläufig mit einer Glücksspielabstinenz einhergehen. So geben mehr als vier von zehn der RERE an, mindestens monatlich zu spielen. Noch höher sind die entsprechenden Anteile in der Gruppe derer, denen eine Remission im Laufe der zurückliegenden drei Jahre gelungen ist. Auch die monatlich für das Glücksspiel eingesetzten Geldbeträge differieren zwischen den beiden Gruppen erheblich. So liegt der Median bei den REPA-Befragten bei 100€– d. h. die Hälfte dieser Gruppe gibt 100€ oder mehr pro Monat für Glücksspiele aus. Bei den durchgängig remittierten Spielern sind es hingegen lediglich drei Euro. Auch zwischen den beiden anderen Vergleichsgruppen lassen sich erhebliche

Unterschiede im Geldeinsatz erkennen. Während die Tabelle 6 für die PARE-Gruppe einen Median von 20€ ausweist, sind es bei den Teilnehmer/innen der PAPA-Gruppe 200€
 Jeweils mehr als zwei Drittel berichten in allen vier Gruppen von einem mindestens monatlichen Spielverhalten. Dass ein pathologisches Spielverhalten in der Regel mit einer häufigen Spielteilnahme verbunden ist, wird ebenfalls aus Tabelle 6 deutlich. So geben nahezu sechs von zehn der REPA und zwei Drittel der PAPA an, mindestens wöchentlich zu spielen.

TABELLE 6: SPIELTEILNAHME IN DEN LETZEN 12 MONATEN VOR DER NACHBEFRAGUNG

	RERE^a (N=90)	REPA (N=23)	Sign. ^b	PAPA (N=61)	PARE (N=53)	Sign. ^b
gar nicht	32,2%	0,0%	**	0,0%	20,8%	***
weniger als 1 mal im Monat	24,4%	21,7%		6,6%	13,2%	
1-3 mal im Monat	22,2%	21,7%		26,2%	35,8%	
mindestens wöchentlich	21,1%	56,5%		67,2%	30,2%	
Geldeinsatz pro Monat im zurückliegenden Jahr Mittelwert, (SD)/Median	43,8€ (168,6€) / 3€	148,0€ (140,0€) / 100€	***	315,9€ (360,5€) / 200€	74,8€ (135,7€) / 20€	***

- a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert → pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch → remittiert.
 b) Chi²-Test; Mann-Whitney-U-Test; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

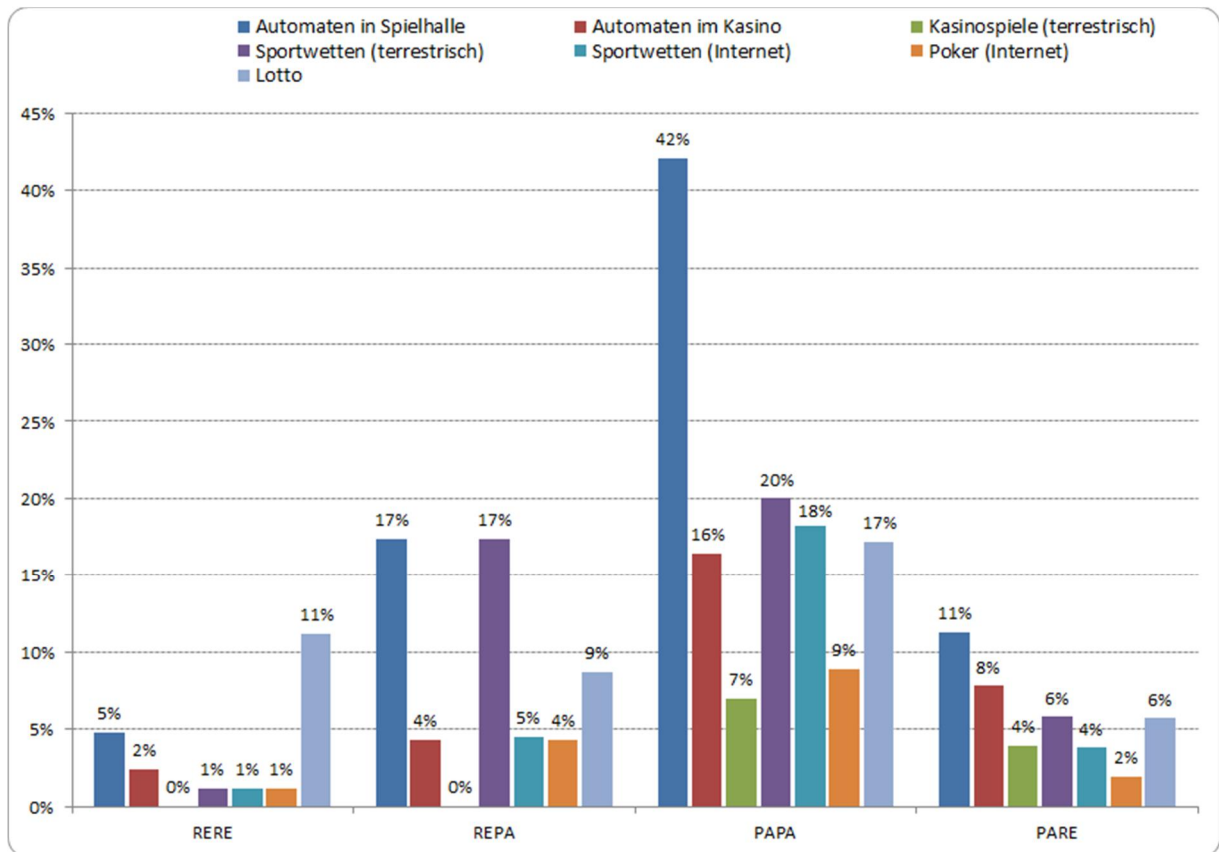
Das schwere Formen einer Spielsucht besonders häufig mit dem Automatenspiel assoziiert sind, bestätigt sich in der vorliegenden Studie. Mehr als vier von zehn der Befragten der PAPA-Gruppe suchen aktuell mindestens einmal pro Woche eine Spielhalle auf (siehe Abbildung 2). Des Weiteren sind 16% regelmäßige Kunden/innen der Automatenbereiche der Spielbanken. Auch Sportwetten werden in dieser Gruppe häufig gespielt. Jeweils etwa ein Fünftel tippt entweder terrestrisch oder online auf den Ausgang von Sportereignissen. Ähnlich hoch ist der Anteil der regelmäßigen Lottospieler/innen.

Die Gruppe der REPA zeigt zu deutlich geringeren Anteilen eine mindestens wöchentliche Teilnahme an den verschiedenen Glücksspielarten. Die einzige Ausnahme stellen die Sportwetten dar, deren Anteil mit 17% auf ähnlich hohem Niveau liegt wie in der PAPA-Gruppe.

Im Vergleich zu der PAPA-Gruppe stellt die wöchentliche Teilnahme am Glücksspiel bei den aktuell remittierten PARE-Spielern/innen ein eher seltenes Ereignis dar. So berichtet jede/r Neunte vom Automatenspiel in Spielhallen und 8% suchten regelmäßig die Automatensalons in den Spielbanken auf. Des Weiteren werden Sportwetten und das Zahlenlotto von etwa jeder/m zwanzigsten Befragten mindestens wöchentlich gespielt.

Bei den RERE nimmt etwa jede/r Zehnte regelmäßig am Zahlenlotto teil. 5% suchen mindestens einmal die Woche eine Spielhalle auf. Alle anderen Spielformen sind bei diesen Befragten von untergeordneter Bedeutung.

ABBILDUNG 2: MINDESTENS WÖCHENTLICHE TEILNAHME AN DEN VERSCHIEDENEN GLÜCKSSPIELEN IN DEN LETZTEN 12 MONATEN VOR DER NACHBEFRAGUNG



Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

4.5 Glücksspielbezogene Probleme

Werden verschiedene Parameter betrachtet, die dem Bereich glücksbezogener Probleme zugeordnet werden können, zeigt sich zunächst, dass die Gruppe der RERE – in der Lebenszeitbetrachtung – im Durchschnitt signifikant weniger DSM-5-Kriterien aufweist als die REPA; das Verhältnis beträgt 7,2 zu 8,2 erfüllter Kriterien (siehe Tabelle 7). Beim zweiten Gruppenvergleich sind es ebenfalls die Remittierten (PARE), die auf einen signifikant geringeren Durchschnittswert kommen als die aktuell pathologisch Glücksspielenden (PAPA): die Relation fällt hier 7,6 zu 8,5 erfüllter Kriterien aus.

Bei der Auswertung des Alters, das für das erste Auftreten von Glücksspielproblemen angegeben wurde, ergeben sich hingegen keine statistischen Unterschiede, wenn der Binnenvergleich angestellt wird. Bei den Gruppen der (vormals) Remittierten (RERE und REPA) beträgt das jeweilige Durchschnittsalter 30 Jahre; beim zweiten Vergleich lauten die Werte 29 Jahre (PAPA) und 32 Jahre (PARE).

Auch bei der Dauer der Spielprobleme liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor: Bei den ersten beiden Subgruppen waren bzw. sind Spielprobleme seit 12 und 15 Jahren vorhanden. Bei PAPA und PARE ist/war dies seit 16 bzw. 13 Jahren der Fall.

Anders verhält es sich, wenn die Dauer der Remission betrachtet wird. Offensichtlich steigt mit zunehmender spielproblemfreier Zeit die Chance, zukünftig nicht rückfällig zu werden. So liegt bei den RERE der Beginn der Remission (zum Zeitpunkt der Erstbefragung) mehr als fünf Jahre zurück, während die Rückfälligen im Mittel eine Remissionsdauer von zweieinhalb Jahren aufweisen.

Es wurden ebenfalls einige potentielle Folgen von pathologischem Glücksspiel abgefragt, wobei sich diese Aspekte immer auf die letzten drei Jahre bezogen. So berichtet jeweils ein kleiner Teil in allen vier Subgruppen von Konflikten mit dem Gesetz, Spielersperren und Hausverboten in Spielstätten (siehe Tabelle 7). Bei beiden Gruppenvergleichen zeigen sich jedoch keine signifikanten Abweichungen.

TABELLE 7: GLÜCKSSPIELBEZOGENE PROBLEME

	RERE^a (N=90)	REPA (N=23)	Sign. ^b	PAPA (N=61)	PARE (N=53)	Sign. ^b
DSM-5 (Lifetime)	7,2	8,2	*** ⁺	8,5	7,6	*** ⁺
Alter des ersten Auftretens der Spielprobleme Mittelwert (SD)/ Median	29,9 (11,5)/ 27	30,3 (13,5)/ 28	n. s. [#]	28,6 (14,4)/ 23	32,0 (13,6)/ 28	n. s. [#]
Dauer der Remission zum Zeitpunkt der Erstbefragung (in Monaten); (SD)/ Median	62,7 (72,5)/ 47	31,6 (37,9)/ 23	* [§]	-	-	
Dauer der Spielprobleme Mittelwert (SD)/ Median	11,8 (10,0)/ 8	14,7 (10,6)/ 12	n. s. [#]	15,6 (10,5)/ 10	12,5 (11,7)/ 9	n. s. [#]
In letzten drei Jahren wegen Glücksspiel mit Gesetz in Konflikt gekommen	3,3%	13,0%	n. s. [§]	13,1%	5,7%	n. s. [§]
Spielersperre in den letzten drei Jahren	15,6%	13,0%	n. s. [§]	23,0%	13,2%	n. s. [§]
Hausverbot in einer Spielstätte in den letzten 3 Jahren	7,8%	4,3%	n. s. [§]	18,0%	20,8%	n. s. [§]

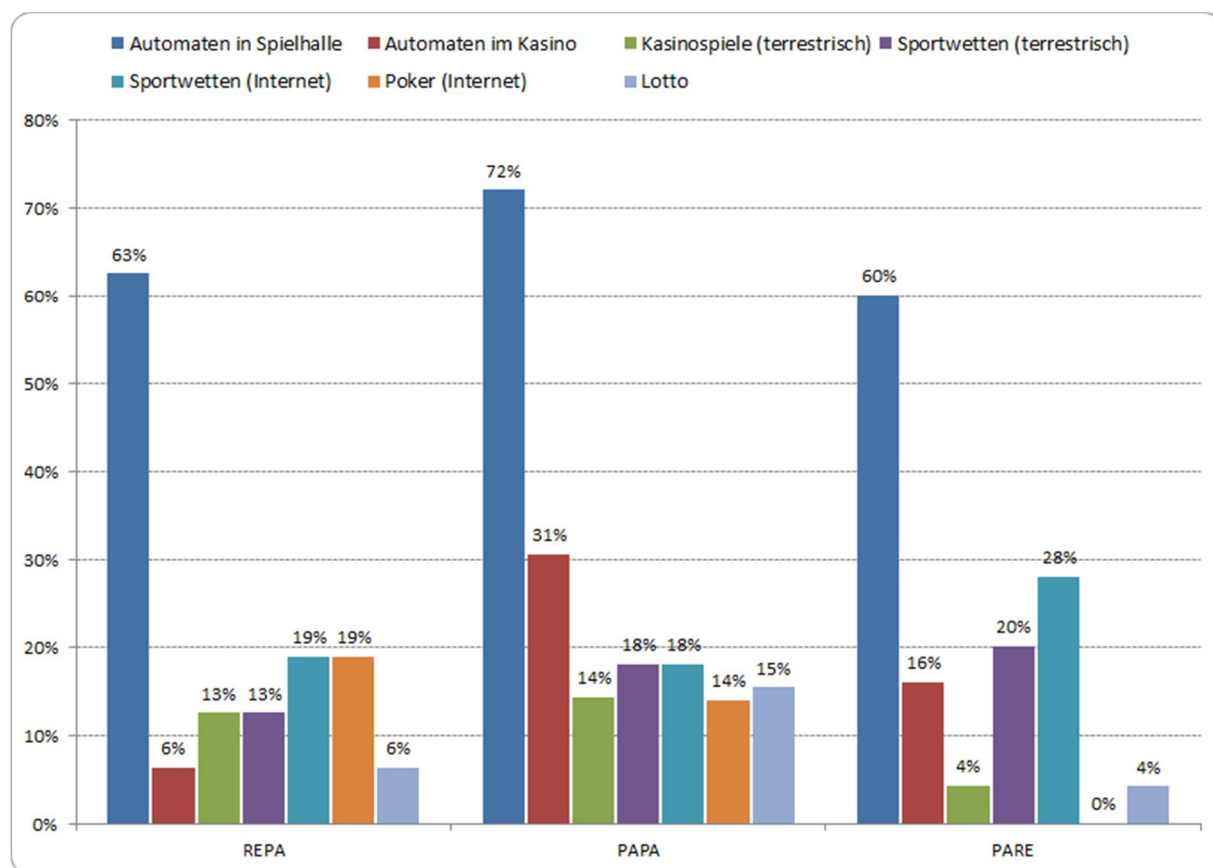
a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

b) Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; +) = Welch-Test; #) = T-Test; §) = binäre logistische Regression, §) = Mann-Whitney-U-Test.

Die Studienteilnehmer/innen sind darüber hinaus gebeten worden, anzugeben, welche der verschiedenen – im Fragebogen vorgegebenen – Glücksspielformen sie selbst als ursächlich für bestehende Spielprobleme in den zurückliegenden drei Jahren erachten. Da die RERE-Gruppe per definitionem von keinen nennenswerten glücksspielbedingten Problemen betroffen sein kann, ist diese in die nachfolgende Ergebnisdarstellung nicht einbezogen worden.

Auf einer Skala von 1 (gar keine Bedeutung) bis 7 (sehr große Bedeutung) konnte für jede einzelne Spielform eine entsprechende 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 3 sind ausschließlich die Anteile der Kategorien fünf bis sieben wiedergegeben. Sie verdeutlicht, dass in allen drei hier betrachteten 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 REPA- und PARE-Befragten und jeweils sieben von zehn der PAPA-Gruppe machten entsprechende Angaben. In der letztgenannten Gruppe ist darüber hinaus auch das Automatenspiel in den Spielbanken von Relevanz. Sportwetten werden insbesondere in der PARE-Gruppe häufig als die primäre problemverursachende Glücksspielart genannt. Alle anderen Glücksspielarten spielen unabhängig von der betrachteten Untersuchungsgruppe eine untergeordnete Rolle.

ABBILDUNG 3: BEDEUTUNG DER SPIELARTEN FÜR DIE ENTWICKLUNG EINES SPIELPROBLEMS IN DEN ZURÜCKLIEGENDEN DREI JAHREN*



*) 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. Einbezogen wurden nur die Personen, die selbst der Einschätzung waren, in den letzten drei Jahren nennenswerte Glücksspielprobleme gehabt zu haben:

PARE: N=25; REPA: N=16; PAPA: N=52

Abkürzungen: REPA = remittiert → pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch → remittiert.

4.6 Alkohol- und Medikamentenkonsum

Mit Hilfe des AUDIT-C ist im Rahmen dieser Studie versucht worden, riskantes Alkoholkonsumverhalten zu erfassen. Die Tabelle 8 zeigt auf, dass im Vergleich zur Normalbevölkerung (siehe Instrumentenübersicht in Abschnitt 3.1.6) ein geringerer Anteil der befragten Personen hiervon betroffen ist. So berichten zwei von zehn der RERE von solchen auffälligen Trinkmustern. In der Vergleichsgruppe der REPA liegt der entsprechende Anteil hingegen nur halb so hoch. Statistisch signifikant sind die Differenzen dennoch nicht. Wird der Fokus auf die befragten Spieler/innen gerichtet, die zum Zeitpunkt der Erstbefragung von einer Spielsucht betroffen waren, so finden sich auch hier keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Je nach Untersuchungsgruppe sind zwischen einem Fünftel und einem Zehntel von einem riskanten Alkoholkonsum betroffen.

Dass eine Spielsucht häufig von gesundheitlichen Beschwerden der Betroffenen begleitet wird, machen die Angaben zum Medikamentengebrauch deutlich. So berichtet fast ein Fünftel der RERE bzw. 14% der REPA von der häufigen bis regelmäßigen Einnahme eines Schmerzmittels. Bei den beiden verbleibenden Vergleichsgruppen liegt der entsprechende Anteil mit 32% (PAPA) bzw. 22% (PARE) noch höher. Schlafmittel werden hingegen nur in der PAPA-Gruppe von einem nennenswerten Anteil (14%) eingenommen. Gleiches gilt für Beruhigungsmittel (18%). Die letztgenannte Gruppe zeigt auch hinsichtlich der Einnahme von Antidepressiva eine bemerkenswert höhere Prävalenz. Nahezu jeder Dritte der durchgängig pathologisch Spielenden berichtet hiervon. In den drei verbleibenden Gruppen sind es hingegen geringere Anteilswerte in Höhe von 12% bis 14%.

TABELLE 8: AKTUELLER ALKOHOL- UND MEDIKAMENTENKONSUM

	RERE^a (N=88)	REPA (N=22)	Sign. ^b	PAPA (N=58)	PARE (N=51)	Sign. ^b
Alkohol (AUDIT: mindestens riskanter Konsum)	20,0%	8,7%	n. s.	21,3%	11,3%	n. s.
Schmerzmittel (oft/regelmäßig)	18,4%	14,3%	n. s.	32,2%	21,6%	n. s.
Schlafmittel (oft/regelmäßig)	3,5%	0,0%	n. s.	14,0%	2,0%	n. s.
Beruhigungsmittel (oft/regelmäßig)	4,7%	0,0%	n. s.	17,5%	2,0%	0,4* [0,2-0,8]
Antidepressiva (oft/regelmäßig)	13,6%	13,6%	n. s.	31,0%	11,8%	0,7* [0,5-0,96]

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

b) binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

4.7 Psychische Belastungen

Aus der Suchtforschung ist bekannt, dass die Präsenz psychischer Probleme für die Betroffenen mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, zusätzlich auch ein Suchtproblem zu entwickeln. Das pathologische Glücksspiel stellt diesbezüglich keine Ausnahme dar. Tabelle 9 zeigt unabhängig von der Untersuchungsgruppe auf, dass ein erheblicher Anteil der Befragten von einer Depressions- oder Angststörung, eines stoffgebundenen Suchtproblems oder ADHS betroffen war bzw. ist. So berichten zwischen 44% und 60% von einer Depression und zwischen 27% und 40% litten unter einer Angststörung. Bemerkenswert sind auch die berichteten Probleme aufgrund übermäßigem Alkoholtrinkens. Ein Fünftel der zum Zeitpunkt der Erstbefragung remittierten PGS und etwa ein Viertel der vormals pathologisch spielenden Personen gaben an, jemals im Leben Alkohol in missbräuchlicher oder abhängiger Weise konsumiert zu haben. Klassische Drogenprobleme sowie eine nicht bestimmungsgemäße Einnahme von Medikamenten (Schlaf- und Beruhigungsmittel, Opioid-Analgetika) wurden von anteilsbezogen weniger Befragten benannt.

Werden RERE und REPA sowie PAPA und PARE miteinander verglichen, so finden sich bis auf eine Ausnahme keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Lediglich ADHS ist von den REPA signifikant häufiger genannt worden.

TABELLE 9: GESUNDHEITLICHE PROBLEME (SELBSTAUSKUNFT) JEMALS IM LEBEN

	RERE^a (N=88)	REPA (N=23)	Sign. ^b	PAPA (N=60)	PARE (N=49)	Sign. ^b
Depression	46,6%	43,5%	n. s.	60,0%	49,0%	n. s.
Angststörung	27,3%	30,4%	n. s.	40,0%	34,7%	n. s.
Alkoholproblem	19,3%	21,7%	n. s.	28,3%	24,5%	n. s.
Drogenproblem	10,2%	13,0%	n. s.	11,7%	14,3%	n. s.
Problem mit Medikamenten	5,7%	4,3%	n. s.	10,0%	6,1%	n. s.
ADHS (Hyperaktivität)	3,4%	17,4%	6,0* [1,3-28,9]	0,0%	0,0%	n. s.
niemals psych. Probleme im Leben	42,0%	43,5%	n. s.	30,0%	38,8%	n. s.
andere schwerwiegende gesundheitliche Probleme	22,4%	18,2%	n. s.	38,6%	17,0%	*

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

b) binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Zusätzlich zu den psychischen Beeinträchtigungen ist auch anderen schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen gefragt worden. Diese konnten in einem Freitextfeld auch benannt werden. Überwiegend handelt es sich hierbei um körperliche Erkrankungen. Während in den

Gruppen RERE, REPA und PARE jeweils etwa ein Fünftel hiervon berichtet, liegt der entsprechende Anteil bei den durchgängig pathologisch spielenden Befragten mit 39% fast doppelt so hoch. Da diese letztgenannte Gruppe auch bei den psychischen Problemen meist die höchsten Anteile aller untersuchten Spielergruppen aufweist, bleibt abschließend festzuhalten, dass dieser Personenkreis insgesamt einer erheblichen gesundheitlichen Belastung ausgesetzt ist.

Die vorherigen Ausführungen machten bereits deutlich, dass pathologisches Spielverhalten und psychische Probleme in einer engen Beziehung zueinander stehen. Unklar blieb bisher jedoch, ob die Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit Ursache oder Folge der Spielsucht waren. Um sich der Klärung dieser Frage annähern zu können, sind im Rahmen der Befragung die Studienteilnehmer/innen gebeten worden anzugeben, in welchem Alter erstmals die oben berichteten psychischen Probleme auftraten. Zusätzlich wurde das Alter des Beginns des problematischen Spielens erhoben. Aus diesen Angaben lässt sich nunmehr berechnen, ob mindestens eine psychische Störung dem Glücksspielproblem zeitlich vorgelagert war. Die ermittelten Anteile variieren deutlich (siehe Tabelle 10). Ein signifikanter Unterschied zeigt sich beim Vergleich von RERE und REPA. 92% der Rückfälligen, aber „nur“ 45% der durchgängig Remittierten berichten davon, dass die psychischen Probleme schon vor dem Beginn des problematischen Glücksspielens auftraten. Auch die PAPA waren mit 61% anteilsbezogen häufiger zuerst von psychischen Störungen betroffen als die PARE. Die diesbezügliche Differenz ist statistisch jedoch nicht signifikant.

TABELLE 10: ERSTMALIGES AUFTRETEN PSYCHISCHER PROBLEME INSGESAMT (DEPRESSION, ANGST, ADHS, ALKOHOHL-, DROGEN ODER MEDIKAMENTENPROBLEM) IM VERGLEICH ZUM ERSTMALIGEM AUFTRETEN VON GLÜCKSSPIELPROBLEMEN

	RERE^a (N=41)	REPA (N=12)	Sign. ^b	PAPA (N=41)	PARE (N=27)	Sign. ^b
psych. Probleme vor Glücksspielproblemen	44,7%	91,7%	*	61,0%	44,4%	n. s.
beide Probleme etwa gleichzeitig	21,3%	0,0%		19,5%	29,6%	
psych. Probleme nach Glücksspielproblemen	34,0%	8,3%		19,5%	25,9%	

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

b) Chi²-Test; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Die oben berichteten Angaben zur Einnahme von Antidepressiva als auch die Ergebnisse aus Tabelle 9 machten bereits deutlich, dass die durchgängig pathologisch spielenden Befragten (PAPA-Gruppe) überdurchschnittlich von depressiven Störungen betroffen sind. Gefragt nach den in Anspruch genommenen Behandlungen aufgrund dieser Beeinträchtigung, berichtet fast die Hälfte von ihnen von ambulanten Hilfsmaßnahmen. Mehr als ein Drittel hat sich deswe-

gen auch schon in einer stationären Einrichtung behandeln lassen. Die Anteile für die Vergleichsgruppe der PARE liegen jeweils etwa 14 Prozentpunkte darunter. Statistisch signifikant sind diese Unterschiede dennoch nicht. Bei den vormalig Remittierten zeigen sich keine nennenswerten Differenzen in Bezug auf die Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Hilfe aufgrund einer Depression.

Psychische Probleme im Erwachsenenalter sind meistens Folge einer problembehafteten Sozialisation und/oder erlebter Traumata in der Kindheit. Die Angaben in Tabelle 11 lassen sich als Bestätigung dieser postulierten Kausalität interpretieren. So geben drei von zehn der RERE-Befragten und fast die Hälfte der rückfälligen REPA an, während ihrer Kindheit körperliche Misshandlung erfahren zu haben. In den beiden anderen Gruppen liegen die entsprechenden Anteilswerte etwas darunter. Umgekehrt verhält es sich in Bezug auf den sexuellen Missbrauch im Kindesalter. Jeweils etwa drei von zehn der PAPA und PARE berichten von solchen traumatischen Erfahrungen. Auch in der Gruppe der REPA ist es noch jede/r Fünfte. Lediglich die Gruppe der durchgängig Remittierten weist mit 12% einen im Vergleich zu den anderen Gruppen unterdurchschnittlichen Wert auf.

Neben dem sexuellen Missbrauch und der körperlichen Misshandlung gibt es eine Reihe weiterer Formen von schwerwiegenden Belastungen, denen Kinder ausgesetzt sein können. Oftmals führt erst die Kumulation dieser verschiedenen Traumata zu einer langfristigen psychischen Störung. Und in der Tat sind Befragte der vorliegenden Studie, die vier oder mehr der zehn vorgegebenen Traumaformen bejahten, häufiger in den Gruppen anzutreffen, die aktuell pathologisch spielen. So waren 28% der PARE, aber 41% der PAPA multiplen traumatischen Belastungen ausgesetzt. Statistisch signifikant ist der Unterschied dennoch nicht.

TABELLE 11: PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN/BELASTUNGEN (SELBSTAUSKUNFT) JEMALS IM LEBEN

	RERE^a (N=90)	REPA (N=23)	Sign. ^b	PAPA (N=61)	PARE (N=53)	Sign. ^b
körperliche Misshandlung in der Kindheit	30,0%	47,8%	n. s.	37,7%	20,8%	n. s.
sexueller Missbrauch in der Kindheit	12,4%	21,7%	n. s.	28,8%	32,1%	n. s.
4 oder mehr Traumata in der Kindheit	25,6%	47,8%	1,3* [1,0-1,6]	41,0%	28,3%	n. s.
jemals amb. Behandlung wegen Depression	25,6%	30,4%	n. s.	45,9%	32,1%	n. s.
jemals stat. Behandlung wegen Depression	13,3%	13,0%	n. s.	36,1%	22,6%	n. s.

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert → pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch → remittiert.

b) binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Nochmals größer und statistisch bedeutsam sind hingegen die Differenzen zwischen den Gruppen RERE und REPA. Fast jeder zweiter der letztgenannten Gruppe wusste von mindestens vier erlittenen Traumata in der Kindheit zu berichten. Das in Tabelle 11 diesbezüglich ausgewiesene Odds-Ratio von 1,3 besagt, dass Personen mit vielfältigen Traumaerfahrungen ein 1,3-fach höheres Risiko haben, rückfällig zu werden, als diejenigen, die solchen Belastungen in den ersten Lebensjahren nicht ausgesetzt waren.

4.7.1 Aktuelle psychische Probleme

Die in den vorherigen Abschnitten berichteten Ergebnisse verwiesen bereits darauf, dass die im Rahmen dieser Studie untersuchte Klientel von erheblichen psychischen Problemen betroffen ist. Dies wird auch aus Tabelle 12 deutlich. Das Vorhandensein aktueller psychischer Probleme ist offensichtlich ein bedeutsamer Risiko- oder Begleitfaktor für ein aktuelles pathologisches Spielverhalten. Personen, die hiervon betroffen sind, haben ein fast vierfach höheres Risiko, zur Gruppe der REPA zu gehören. Ein ähnliches Ergebnis findet sich beim Vergleich von PAPA und PARE.

Auch (habituelle) Angstsymptome sind bei der hier untersuchten Klientel häufig anzutreffen. Während bei den RERE etwa drei von zehn hiervon betroffen sind, liegt der entsprechende Anteil bei den Rückfälligen (REPA) mit 57% erheblich darüber. Nochmals höher sind die entsprechenden Anteile, wenn der Blick auf die Gruppen der vormals pathologisch spielenden Befragten gerichtet wird. So zeigen mehr als zwei Drittel der PAPA einen positiven STAI-TRAIT-Screeningbefund. In der Vergleichsgruppe (PARE) liegt dieser Anteil mit 41% signifikant darunter.

TABELLE 12: AKTUELLE PSYCHISCHE BELASTUNGEN (SCREENINGS)

	RERE ^a (N=89)	REPA (N=22)	Sign. ^b	PAPA (N=60)	PARE (N=52)	Sign. ^b
aktuelle depressive Symptome (PHQ-9) ^c	15,7%	40,9%	3,7* [1,3-10,3]	45,0%	17,3%	0,3** [0,1-0,6]
	5,6	7,6	n. s.	9,5	5,9	***
Angstsymptome (habituell)	30,7%	56,5%	2,9* [1,2-7,5]	70,0%	41,2%	0,3** [0,1-0,7]
	39,6	45,0	*	50,1	42,0	***
ADHS	20,2%	47,8%	3,6** [1,4-9,5]	48,3%	34,6%	n. s.
	9,6	14,0	*	15,4	11,6	*
Impulsivität (BIS-15) Gesamtscore	31,6	36,9	**	36,6	34,6	n. s.

- a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.
b) T-Test/binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.
c) Für die drei erstgenannten Items in Tabelle 12 sind jeweils sowohl die Prävalenz als auch die Mittelwerte angegeben.

Darüber hinaus deuten die Ergebnisse der Tabelle 12 darauf hin, dass insbesondere solche Faktoren für den Rückfall in ein pathologisches Spielverhalten bzw. die Aufrechterhaltung einer Spielsucht eine Rolle zu spielen, die das Temperament eines Menschen kennzeichnen. So sind Personen der REPA-Gruppe signifikant häufiger von ADHS betroffen und weisen höhere Impulsivitätswerte auf als die Befragten der RERE-Gruppe. Beim Vergleich von PAPA und PARE ist hingegen nur der höhere Durchschnittswert bezüglich des ADHS bei den durchgängig spielsüchtigen Befragten statistisch bedeutsam.

4.8 Copingstrategien

Die Art und Weise, wie Menschen mit unangenehmen, schwierigen oder belastenden Situationen umgehen, ist von erheblicher Bedeutung für deren Lebensgestaltung. Dies gilt umso mehr für Personen, die versuchen, ein bestehendes Suchtproblem – oftmals hervorgerufen durch erlittene Traumata und daraus resultierender psychischer Störungen – dauerhaft zu beenden. Das im Rahmen dieser Studie eingesetzte Instrument – Brief COPE – ermöglicht die Erfassung von insgesamt 14 verschiedenen Copingstrategien. Diese lassen sich wiederum drei Obergruppen zuordnen.²

Hinsichtlich emotionsfokussierender Problembewältigungen zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen (siehe Tabelle 13). Gleiches gilt für problemfokussierende Copingstrategien.

TABELLE 13: COPINGSTRATEGIEN BEI UNANGENEHMEN, SCHWIERIGEN ODER BELASTENDEN SITUATIONEN (BRIEF COPE)

Coping-Strategien	Anzahl der Subskalen	RERE ^a (N=87)	REPA (N=22)	Sign. ^b	PAPA (N=59)	PARE (N=52)	Sign. ^b
Emotions-fokussierend	5	20,2	20,9	n. s.	19,9	20,9	n. s.
Problem-fokussierend	3	14,1	14,0	n. s.	13,5	13,2	n. s.
Dysfunktional	6	22,4	23,2	n. s.	24,6	21,9	**

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

b) T-Test; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Mit Blick auf die dysfunktionalen Bewältigungsmuster sind die Werte für die REPA-Gruppe zwar leicht erhöht, aber statistisch nicht signifikant. Ein bedeutsamer Unterschied zeigt sich hingegen beim Vergleich der beiden anderen Gruppen. Die PARE-Befragten weisen mit 21,9

² Brief COPE beinhaltet insgesamt 14 Subskalen, welche jeweils mittels 2 Items operationalisiert werden. Diese wurden in Anlehnung an Cooper et al. (2008) zu drei Hauptskalen zusammengeführt. Die in Tabelle 13 dargestellten Mittelwerte geben die Summe der Antworten zu den Fragen der zugehörigen Subskalen wieder.

einen signifikant geringeren Durchschnittswert auf als die durchgängig pathologisch spielenden Personen (24,6).

Werden die dysfunktionalen Copingstrategien im Einzelnen betrachtet, so fällt auf, dass die PAPA-Gruppe in nahezu allen Subskalen höhere Werte aufweist (siehe Tabelle 14). Statistisch signifikante Unterschiede finden sich aber nur bei zwei der insgesamt sechs Skalen. Dies betrifft zum einen den Verhaltensrückzug und zum zweiten den Konsum von Alkohol und/oder Drogen.

TABELLE 14: SUBSKALEN DER DYSFUNKTIONALEN COPINGSTRATEGIEN BEI UNANGENEHMEN, SCHWIERIGEN ODER BELASTENDEN SITUATIONEN

	RERE^a (N=87)	REPA (N=22)	Sign. ^b	PAPA (N=59)	PARE (N=52)	Sign. ^b
Ablenkung	4,6	4,6	n. s.	4,7	4,3	n. s.
Verleugnung	3,1	3,2	n. s.	3,9	3,4	n. s.
Verhaltensrückzug	3,1	3,5	n. s.	3,8	3,2	*
Alkohol/Drogen	3,3	2,9	n. s.	3,5	2,9	*
Ausleben von Emotionen	3,9	4,1	n. s.	3,9	3,8	n. s.
Selbstbeschuldigung	4,4	4,9	n. s.	4,8	4,4	n. s.

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert → pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch → remittiert.

b) T-Test; Signifikanz: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Die Ergebnisse zum Copingverhalten spiegeln sich bei den Befunden zur Selbstwirksamkeit der betrachteten Gruppen wider (siehe Tabelle 15). Tendenziell weisen die beiden aktuell pathologisch spielenden Gruppen hier jeweils geringere Durchschnittswerte auf als die entsprechende Vergleichsgruppe. Statistisch signifikant werden die Gruppenunterschiede beim Vergleich der zum Zeitpunkt der Erstbefragung pathologisch spielenden Befragten. Insbesondere die PAPA-Gruppe scheint den Glauben daran verloren haben, bestehende Probleme und anstehende Aufgaben aus eigener Kraft angehen und erfolgreich lösen zu können.

TABELLE 15: SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNGEN

	RERE^a (N=87)	REPA (N=22)	Sign. ^b	PAPA (N=59)	PARE (N=52)	Sign. ^b
Selbstwirksamkeit	29,5	28,0	n. s.	25,7	27,9	*

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert → pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch → remittiert.

b) T-Test; Signifikanz: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

4.9 Gründe für Spielstopp, Vermeidungsstrategien

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Gründe für die Beendigung des Glücksspielens und die bedeutsamsten Vermeidungsstrategien gegen einen Rückfall in ein pathologisches Glücksspielverhalten dargestellt. Dieses kann folglich nur für die beiden Gruppen geschehen, die schon länger oder seit der Erstbefragung (2012) remittiert sind (RERE und PARE). Entsprechend muss hier auf die üblichen Gruppenvergleiche verzichtet werden (Signifikanztests). Die Darstellung erfolgt ausschließlich deskriptiv.

Die drei am häufigsten für den Spielstopp genannten Gründe sind: „es gab einen Auslöser für die Veränderung meines Spielverhaltens“, „die schlechten Seiten des Glücksspielens überwoogen immer mehr“ und „ich habe erkannt, dass andere Dinge des Lebens für mich Bedeutung haben“. Diese Gründe geben in den beiden Gruppen RERE und PARE zwischen 61% und 81% an (siehe Tabelle 16). Auch der Aspekt, erkannt zu haben, dass man letztendlich nicht gewinnen kann, spielt eine wichtige Rolle beim Ausstieg aus dem exzessiven Glücksspiel (59% bzw. 69%).

TABELLE 16: GRÜNDE FÜR DIE BEENDIGUNG DES SPIELENS

	RERE^a (N=63)	PARE (N=36)
Es gab einen Auslöser (ein Ereignis oder Erlebnis), der mich zum Aufhören bzw. zur Änderung des Spielverhaltens bewogen hat.	81,0%	61,1%
Im Laufe der Zeit habe ich immer mehr über gute und schlechte Seiten des Spielens nachgedacht und irgendwann überwogen die schlechten.	77,8%	80,6%
Nach und nach habe ich erkannt, dass auch andere Dinge des Lebens für mich Bedeutung haben.	66,7%	69,4%
Irgendwann ist mir klargeworden, dass man letztendlich nicht gewinnen kann.	58,7%	69,4%
Ich habe von einem auf den anderen Tag plötzlich mit dem Spielen aufgehört bzw. plötzlich mein Spielverhalten geändert.	54,0%	50,0%
Erst habe ich viele Versuche und Rückfälle gehabt, dann habe ich es schließlich ganz geschafft.	46,0%	52,8%
Mir fehlte das Geld zum Spielen.	42,9%	47,2%
Ich konnte Probleme, die mich sehr belasteten (z.B. psychischer, familiärer oder beruflicher Art) lösen, so dass ich das Spielen nicht mehr zur Ablenkung brauchte.	36,5%	38,9%
Es gab professionelle Hilfeangebote, die maßgeblich dazu beitrugen, meine Spielprobleme zu überwinden.	31,7%	41,7%

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, PARE = pathologisch → remittiert.

Bemerkenswert ist ferner, dass jeweils etwa die Hälfte in beiden Remissionsgruppen angibt, von einem auf den anderen Tag mit dem Glücksspiel aufgehört zu haben. Ebenso viele berichten davon, dass die Beendigung des problematischen Spielens mit vielen erfolglosen Versuchen und Rückfällen verbunden war (Mehrfachnennungen sind bei beiden Fragen möglich). 43% bzw. 47% in beiden Gruppen geben als Grund an, dass ihnen das Geld zum Spielen fehlte. Jeweils mehr als ein Drittel nennt als Ursache für die Beendigung des Spielens, dass persönlich belastende Probleme gelöst werden konnten.

Immerhin 30% bis 40% der Befragten weisen auch den professionellen Hilfeangeboten eine wichtige Rolle bei der Überwindung der eigenen Spielprobleme zu. Bei der Einordnung dieses Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass jeweils etwa zwei Drittel dieser beiden Gruppen überhaupt im Leben suchthilfespezifische Hilfen in Anspruch genommen haben (siehe Kapitel 4.10).

Bei der Frage, welche Verhaltensweisen geholfen haben, keinen Rückfall zu erleiden, wird von den Remittierten an erster Stelle angegeben, dass sie sich in der Gesellschaft von Menschen aufgehalten haben, die nicht spielen. Das gilt für die RERE genauso wie für die PARE (56% bzw. 45%) (siehe Tabelle 17). Der geringere prozentuale Wert bei der letztgenannten Remissionsgruppe – wie ebenfalls bei allen weiteren Vermeidungsstrategien – könnte mit den kürzeren Remissionserfahrungen zusammenhängen.

Die Verhaltensweisen „Orte gemieden zu haben, wo ich gespielt habe“, „mich zuhause mit Etwas beschäftigt zu haben“ und „mich von Menschen ferngehalten, die spielen“ hat ca. jede zweite Person in der RERE-Gruppe angegeben (52% bis 48%). Auch in der PARE-Gruppe besitzen diese Strategien Relevanz, auch wenn sie hier seltener und in einer anderen Reihenfolge genannt werden. Eine weitere Handlungsweise ist, „sich zu zwingen, den alltäglichen Aufgaben nachzugehen“. Auch diese wird von einem nicht unerheblichen Teil der Befragten angeführt (41% bzw. 34%). Die Strategie, Geld zuhause gelassen zu haben, nennen dagegen deutlich weniger Befragte (24% bzw. 18%).

TABELLE 17: VERMEIDUNGSSTRATEGIEN (CBI-ITEMS)

	RERE^a (N=65)	PARE (N=39)
Ich habe mich in der Gesellschaft von Menschen aufgehalten, die nicht spielen.	56,3%	44,7%
Ich habe Orte gemieden, wo ich gespielt habe.	52,4%	35,9%
Ich habe mich zuhause mit Etwas beschäftigt.	50,0%	47,4%
Ich habe mich von Menschen ferngehalten, die spielen.	48,4%	23,1%
Ich habe mich dazu gezwungen, meinen alltäglichen Aufgaben nachzugehen.	41,3%	34,2%
Ich habe mein Geld zuhause gelassen.	23,8%	18,4%

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, PARE = pathologisch → remittiert.

4.10 Inanspruchnahme von Hilfen

In diesem Kapitel wird – schwerpunktmäßig – das Inanspruchnahmeverhalten der letzten drei Jahre betrachtet. Werden zunächst die Anteile derjenigen bestimmt, die in diesem Zeitraum mindestens eine Hilfeleistung nachgefragt haben, zeigt sich, dass bei den durchgehend Remittierten (RERE) dieser Anteil (nicht signifikant) geringer ist als bei der Gruppe der Rückfälligen (REPA) (34% zu 48%) (siehe Tabelle 18). Bei den durchgehend pathologischen Glücks-

spielenden (PAPA) ist der entsprechende Wert signifikant höher als bei den neuen Remittieren (PARE) (69% zu 47%).

TABELLE 18: IN ANSPRUCH GENOMMENE HILFEN IN DEN LETZTEN 3 JAHREN

	RERE^a (N=90)	REPA (N=23)	Sign. ^b	PAPA (N=61)	PARE (N=53)	Sign. ^b
Selbsthilfegruppe	15,6%	26,1%	n. s.	23,0%	26,4%	n. s.
Suchtberatungsstelle	8,9%	21,7%	n. s.	21,3%	18,9%	n. s.
Psychologe/Psychiater	8,9%	21,7%	n. s.	29,5%	15,1%	n. s.
Schuldnerberatung	3,3%	21,7%	6,0* [1,5-24,5]	16,4%	13,2%	n. s.
Spielersprechstunde	4,4%	13,0%	n. s.	8,2%	11,3%	n. s.
Forum/Chat zur Glücksspiel-sucht	4,4%	13,0%	n. s.	6,6%	9,4%	n. s.
Ambulante Rehabilitation	2,2%	8,7%	n. s.	4,9%	11,3%	n. s.
Online-Beratung	1,1%	13,0%	13,4* [1,3-135,1]	3,3%	9,4%	n. s.
auf Glücksspielsucht spezialisierte Klinik	5,6%	13,0%	n. s.	11,5%	7,5%	n. s.
Psychiatrische Klinik	3,3%	0,0%	n. s.	11,5%	7,5%	n. s.
Beratung in psychiatrischer Klinik	1,1%	0,0%	n. s.	13,1%	0,0%	n. s.
Glücksspiel-Hotline	0,0%	0,0%		0,0%	3,8%	
mindestens eine Hilfe	34,4%	47,8%	n. s.	68,9%	47,2%	0,4* [0,2-0,9]

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

b) binär log. Regression [95%-Konfidenzintervall]; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

In der differenzierten Betrachtung nach verschiedenen Hilfearten wird deutlich, dass bei drei von vier der betrachteten Subgruppen die Selbsthilfegruppe an erster Stelle liegt. Die prozentualen Werte liegen hier zwischen 14% und 26%; es sind jedoch sowohl innerhalb der vormals remittierten als auch pathologischen Gruppen keine signifikanten Abweichungen vorhanden. Auch die Suchtberatungsstelle, der Psychologe/Psychiater und die Schuldnerberatung kommen innerhalb der vier Gruppen noch auf vergleichsweise hohe Anteile. Es fällt auf, dass signifikant mehr REPA in den letzten drei Jahren die Schuldnerberatung in Anspruch nahmen als die RERE (22% zu 3%). Das Gleiche gilt auch für die Online-Beratung, auch wenn diese Hilform insgesamt von geringerer Bedeutung ist. Bei dieser und auch allen weiteren Hilfen – beispielsweise die Spielersprechstunde oder die Ambulante Rehabilitation – liegen in allen

Gruppen die prozentualen Werte bei maximal 13%. Systematische Abweichungen sind hier innerhalb der beiden Gruppenvergleiche nicht zu konstatieren. Eine Glücksspiel-Hotline wurde überhaupt nur von zwei Personen der PARE in Anspruch genommen.

Insgesamt zeigen sich so gut wie keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Hilfearten innerhalb der beiden Vergleichsgruppen. Das gilt auch, wenn das Inanspruchnahmeverhalten in einer längeren Betrachtungsperspektive ausgewertet wird: Jemals im Leben haben zwischen 64% (RERE) und 83% (REPA) Hilfeleistungen in Anspruch genommen (PAPA: 82%, PARE: 70%). Am häufigsten werden dabei die Suchtberatungsstelle (33% bis 48%) und die Selbsthilfegruppe (30% bis 42%) genannt. Hier ergeben sich überhaupt keine signifikanten Abweichungen innerhalb der beiden Binnenvergleiche.

Wie schon in der Vorläuferstudie (Buth *et al.*, 2014) wurde auch in dieser Befragung die Bedeutung von einigen suchthilfeunspezifischen Maßnahmen und potentiellen Vertrauenspersonen erfasst. Es zeigt sich erneut, dass einem Teil von ihnen eine gewisse Bedeutung zukommt, sich jedoch keine systematischen Zusammenhänge bei den beiden Gruppenvergleichen auf tun. An erster Stelle wird die Spielersperre genannt, der in drei Subgruppen (REPA, PAPA, PARE) von 20% bis 25% der Befragten für die letzten drei Jahre eine „(sehr) große“ Bedeutung hinsichtlich der Veränderung des Spielverhaltens zugesprochen wird (siehe Tabelle 19). Es folgen Selbsthilfe-Bücher und Informationen aus dem Internet, denen in den gleichen drei Gruppen von knapp 10% bis 15% eine entsprechende Relevanz konstatiert wird.

TABELLE 19: PERSÖNLICHE BEDEUTUNG VON SUCHTUNSPECIFISCHEN INSTITUTIONEN/ PERSONEN/ MAßNAHMEN FÜR DIE VERÄNDERUNG DES SPIELVERHALTENS IN DEN LETZTEN 3 JAHREN

<i>große/sehr große Bedeutung hatten ...</i>	RERE^a (N=83)	REPA (N=21)	Sign. ^b	PAPA (N=56)	PARE (N=48)	Sign. ^b
Spielersperre	8,6%	25,0%	n. s.	19,6%	25,0%	n. s.
Selbsthilfe-Bücher	3,6%	14,3%	n. s.	11,1%	12,5%	n. s.
Informationen aus dem Internet	5,0%	10,0%	n. s.	9,1%	15,2%	n. s.
Lebensberatung	7,4%	0,0%	n. s.	9,3%	8,2%	n. s.
Kirchengemeinde/Pfarrer	2,4%	5,0%	n. s.	9,6%	4,3%	n. s.
Bankberater	2,6%	4,8%	n. s.	5,6%	8,5%	n. s.
Beratungsangebote im Internet	1,3%	0,0%	n. s.	7,5%	6,4%	n. s.

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

b) binär log. Regression; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Die weiteren abgefragten Institutionen und Personen – Lebensberatung, Kirchengemeinde, Bankberater und Beratungsangebote im Internet – kommen bei allen vier Subgruppen auf Anteile unter 10 Prozent, so dass sie nur für jeweils eine kleine Minderheit überhaupt von Gewicht sind. Insgesamt betrachtet haben die in der Tabelle 19 aufgeführten Institutionen, Maßnahmen und Personen für die Gruppe der RERE die geringste Bedeutung.

Abschließend wurde nach möglichen Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfen gefragt. Auch hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, wenn die beiden Gruppenvergleiche durchgeführt werden. Aspekte, die das Hilfeangebot betreffen – wie „im Wohnort nicht vorhanden“, „schlechte Erfahrungen“ oder „nicht bekannt“ –, spielen in allen vier Subgruppen eine eher untergeordnete Rolle (siehe Tabelle 20). Höchstens ein Viertel der Befragten nennt hier eine dieser drei abgefragten Barrieren als zutreffend (RERE: 26%).

TABELLE 20: BARRIEREN DER INANSPRUCHNAHME VON SUCHTSPEZIFISCHEN HILFEN – ANTEIL „TRIFFT (GENAU) ZU“

	RERE^a (N=85)	REPA (N=22)	Sign. ^b	PAPA (N=59)	PARE (N=48)	Sign. ^b
Hilfeangebot						
keine spezialisierten Hilfen im Wohnort	12,2%	13,6%	n. s.	8,5%	14,6%	n. s.
schlechte Erfahrungen mit Hilfeangeboten	12,2%	9,1%	n. s.	5,1%	6,4%	n. s.
ich wusste nicht, wohin ich gehen sollte, um Hilfe zu bekommen	25,9%	22,7%	n. s.	20,7%	12,8%	n. s.
Angst vor Stigmatisierung						
wollte nicht als süchtig/psychisch krank eingestuft werden	45,1%	59,1%	n. s.	39,7%	33,3%	n. s.
unangenehm oder peinlich, Hilfe in Anspruch zu nehmen	44,0%	54,5%	n. s.	28,8%	35,4%	n. s.
Zweifel am Erfolg der Hilfe						
geglaubt, dass eine Behandlung mir nicht helfen würde	38,1%	50,0%	n. s.	43,9%	27,1%	n. s.
gedacht, dass eine Behandlung mich zu viel Zeit und Energie kostet	30,9%	36,4%	n. s.	36,2%	22,9%	n. s.

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert → pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch → remittiert.

b) binär log. Regression; Signifikanz: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Höhere Zustimmungsraten ergeben sich, wenn nach Kategorien gefragt wird, die sich auf die Angst vor Stigmatisierung oder Zweifel am Erfolg der Hilfe beziehen. So stimmen der Aussage „ich wollte nicht als süchtig/psychisch krank eingestuft werden“ in jeder der vier Subgruppen mindestens ein Drittel der Befragten zu. Und nicht viel weniger sind es, die angenommen haben, dass ihnen eine Behandlung nicht helfen würde. Es fällt auf, dass die Gruppe REPA

hier überall die höchsten prozentualen Anteile aufweist, auch wenn diese in der Vergleichsperspektive nicht signifikant werden.

Resümierend ist festzuhalten, dass sich aus der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens keine Anhaltspunkte dafür finden, dass es bestimmte sucht- oder suchtspezifische Hilfeangebote bzw. strukturelle Barrieren gibt, die bei der Förderung von Remissionsprozessen respektive beim Rückfall in oder der Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht eine spezifische Rolle spielen.

5 Diskussion: Mögliche Ansatzpunkte für Prävention und Hilfe

Auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ist es erstmals für Deutschland möglich, Remissions- und Rückfallquoten von pathologischen Glücksspielern/innen innerhalb eines 3-jährigen Betrachtungszeitraums zu ermitteln. Es konnte gezeigt werden, dass es dem weit überwiegenden Teil der zum Zeitpunkt der Erstbefragung remittierten Personen (82%) gelungen war, diesen Status aufrechtzuerhalten, wobei ein kleinerer Teil (10%) von ihnen zwischendurch wieder pathologisch gespielt hat. Von einem Rückfall in ein pathologisches Spielverhalten war demnach etwas weniger als ein Fünftel betroffen.

Deutlichere Veränderungen zeigen sich hingegen bei den (ehemals) pathologisch Glücksspielenden. 54% verharren nach 3 Jahren zwar weiterhin in einem pathologischen Spielverhalten, 46% haben jedoch – zumindest bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Nachbefragung – ihre Spielprobleme überwunden.

Geben diese Befunde schon erste Anhaltspunkte für die Planung zukünftiger Hilfebedarfe im Bereich des pathologischen Glücksspiels, so lassen sich zielgruppenspezifische Maßnahmen erst dann entwickeln und anwenden, wenn zum einen genauere Kenntnis darüber besteht, welche Faktoren eine Remission bzw. deren Aufrechterhaltung begünstigen. Gleichzeitig sind hierfür Erkenntnisse zu den Ursachen eines Rückfalls in die Spielsucht oder zu den Gründen des fortgesetzten pathologischen Spielens unabdingbar.

Die vorliegende Studie ist diesen Fragen detailliert nachgegangen. Hierzu wurden zwei Binnenvergleiche vorgenommen. Ausgehend von dem Status bei der Erstbefragung sind a) die durchgängig remittierten mit den rückfälligen Personen sowie b) die weiterhin pathologisch spielenden mit den neu remittierten Personen verglichen worden. Dabei zeigt sich zunächst, dass sich die Gruppen bei den soziodemografischen Merkmalen nicht unterscheiden. Hieraus können also keine Erkennungskriterien für gezielte Interventionen abgeleitet werden. Aus den Befragungsergebnissen wird jedoch deutlich, dass eine gute soziale Unterstützung hilfreich

für Remissionsprozesse ist. Dieses kann als Hinweis verstanden werden, die Angehörigenarbeit weiter zu optimieren.

Ein pathologisches Spielverhalten führt in der Regel zu substanziellen finanziellen Problemen. Mit Beendigung der Spielproblematik verbessert sich die finanzielle Situation vieler Betroffener. Gleichwohl sehen sich viele ehemalige Glücksspieler/innen nach der Remission weiterhin hohen Spielschulden ausgesetzt. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass diese Belastungen einen Rückfall in die Spielsucht begünstigen. Hier wird also die Frage nach einer frühzeitigen und bedarfsgerechten Schuldenregulierung aufgeworfen und ob in diesem Sinne, das Hilfesystem (Verzahnung Sucht- und Schuldenhilfe) optimal aufgestellt ist.

Noch bedeutsamer für eine erfolgreiche Remission bzw. einen Rückfall sind offensichtlich psychische Komorbiditäten. So zeigen die beiden aktuell pathologisch spielenden Untersuchungsgruppen ein höheres Problemausmaß psychischer Probleme als die Remittierten. Insbesondere Personen, die schon vor Beginn des problematischen Spielens von psychischen Belastungen betroffen waren, fällt es offensichtlich schwer, das Glücksspielen nachhaltig zu reduzieren oder zu beenden. Offensichtlich wird, wie im Pfadmodell von Blaszczynski und Nower (2002) postuliert, von diesem Personenkreis das Spielen als eine Form des maladaptiven Copings genutzt, um sich von den psychischen Beeinträchtigungen oder den Problemen, die sich daraus ergeben, abzulenken. Auch die Ergebnisse zu den Motiven einer Glücksspielteilnahme in der Vorgängerstudie (Buth *et al.*, 2014) weisen in diese Richtung. Dies bedeutet aber auch, dass Menschen, die aufgrund eines Spielproblems eine Hilfeeinrichtung aufsuchen, systematisch nach ihren aktuellen und früheren psychischen Belastungen gefragt (untersucht) werden sollten. Sind solche vorhanden, müssen parallel zur Behandlung der Spielproblematik auch immer Maßnahmen erfolgen, welche auf eine Linderung der psychischen Symptomatik fokussieren.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass Menschen mit einer ausgeprägten Impulsivität einem besonderen Risiko ausgesetzt sind, rückfällig zu werden oder in ihrer Spielsucht zu verharren. Offensichtlich ist das Glücksspiel hervorragend dazu geeignet, diese Charaktereigenschaft auszuleben bzw. die dadurch induzierten inneren Spannungen zu regulieren. Womöglich fehlt es vielen Betroffenen an Alternativen. Diese zu etablieren, wäre eine weitere Aufgabe zukünftiger Hilfebedarfsplanung.

Aufmerksam machen zudem die Befunde zum ADHS. Während nur wenige Befragte angeben, hiermit im Laufe ihres Lebens ein Problem gehabt zu haben, verweisen die Ergebnisse des eingesetzten Screening-Instrumentes auf eine erhebliche diesbezügliche Belastung. Da ADHS nach den vorliegenden Ergebnissen einen bedeutsamen Risikofaktor für den Rückfall

in die Spielsucht darstellt, sollten zukünftig das Screening und die Behandlung dieser Symptomatik Teil des Maßnahmenpaketes zur erfolgreichen Überwindung einer Spielsucht sein.

Des Weiteren liefert die vorliegende Studie Hinweise darauf, dass Remissionsstatus und Problemlösungskompetenzen in enger Beziehung stehen. So zeigen die erfolgreich neu Remittierten signifikant geringere Werte in Bezug auf ein dysfunktionales Copingverhalten. Insbesondere reagieren sie auf schwierige oder belastende Situationen weniger häufig mit einem Verhaltensrückzug oder dem Konsum von Alkohol und Drogen. Entsprechend weist diese Gruppe auch signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartungen auf. Somit ist anzunehmen, dass eine Verringerung dysfunktionalen Copings und eine Stärkung der Überzeugung, Probleme aus eigener Kraft bewältigen zu können, bei pathologischen Glücksspielern/innen die Chancen einer Loslösung von der Spielsucht relevant erhöhen. Entsprechende Programme zur Vermittlung adaptiver Copingstrategien und zur Steigerung der Selbstwirksamkeit liegen zumindest für den Kinder- und Jugendbereich vor. Es sollte geprüft werden, inwieweit diese adaptiert und zukünftig im Rahmen der Behandlung einer Glücksspielsucht gezielter zum Einsatz kommen könnten.

Demgegenüber konnten in der Studie keine empirischen Befunde dafür gefunden werden, dass bestimmte suchtspezifische Hilfen Remissionsprozesse fördern bzw. die Nicht-Inanspruchnahme zu Rückfallprozessen führt. Insgesamt wird jedoch die Relevanz des Hilfeangebotes für einen erheblichen Teil der (ehemaligen) PGS unterstrichen. So haben viele der Befragten schon suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen und ein Teil der Remittierten führt aus, dass das professionelle Hilfeangebot maßgeblich dazu beitragen hat, Spielprobleme zu überwinden. Ferner gibt es nur wenige Nennungen, die in einem mangelhaften Angebot eine Barriere für das Aufsuchen entsprechender Einrichtungen sehen.

Darüber hinaus zeigt die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens erneut, dass pathologische Glücksspieler/innen auch auf Angebote außerhalb des eigentlichen Suchthilfesystems zurückgreifen (siehe hierzu auch Kalke & Buth, 2016). Das gilt insbesondere für die Schuldnerberatung, aber auch für Informationen aus dem Internet. Diese Angebote sollten ausgebaut und sinnvoll mit der Suchthilfe und -prävention vernetzt werden.

Und schließlich ergeben sich (erneut) Befunde, die darauf verweisen, welche wichtige Bedeutung Vermeidungsstrategien für die Aufrechterhaltung der Remission haben. Entsprechende Verhaltenstipps sollten zukünftig verstärkt in Prävention und Hilfe genutzt werden.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die gewonnenen Erkenntnisse dieser Studie verallgemeinerbar sind oder anders gefragt: Wie repräsentativ ist die hier untersuchte Stichprobe für die Gesamtheit der pathologischen Glücksspieler/innen in Deutschland? Gemessen an einer jüngst

veröffentlichten Auswertung einer repräsentativen Gruppe von 80 pathologischen Glücksspieler/innen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016) stellen sich die soziodemografischen Merkmale beim Geschlecht, Alter, Haushaltseinkommen und der Erwerbslosigkeit sehr ähnlich dar. Größere Abweichungen gibt es jedoch beim Migrationshintergrund und der Schulbildung. In der vorliegenden Stichprobe sind danach Personen ohne Migrationshintergrund und mit einem höheren Schulabschluss überrepräsentiert. Die in diesem Bericht dargelegten Befunde sind somit nur mit Einschränkungen verallgemeinerbar. Nichtsdestotrotz liefern sie wertvolle empirische Hinweise sowohl für die (Weiter-)Entwicklung von Hilfemaßnahmen als auch für zukünftige Forschungsanstrengungen in den Bereichen Remission und Rückfall bei pathologischen Glücksspielern/innen.

6 Gender Mainstreaming Aspekte

Bei der Konzeption und Durchführung der Studie wurden Gender Mainstreaming Aspekte geprüft und berücksichtigt. Es sind in den Fragebogen relevante geschlechtsspezifische Items mit aufgenommen worden.

Für eine valide geschlechtsspezifische Auswertung innerhalb der Vergleichsgruppen sind aber die Fallzahlen zu gering (siehe Tabelle 21). Auf dieses mögliche methodische Problem wurde schon bei der Beschreibung des Forschungsprojektes (Förderantrag) hingewiesen.

TABELLE 21: FALLZAHLEN VON FRAUEN UND MÄNNERN IN DEN VERGLEICHSGRUPPEN

	RERE^a	REPA	PAPA	PARE
Frauen	19	2	18	16
Männer	71	21	43	37
insgesamt	90	23	61	53

a) Abkürzungen: RERE = durchgehend remittiert, REPA = remittiert→ pathologisch, PAPA = durchgehend pathologisch, PARE = pathologisch→ remittiert.

7 Verbreitung und Verwertung der Projektergebnisse

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

- Remission und Rückfall bei pathologischen Glücksspielern/innen im Verlauf von drei Jahren.
- Erlebte Traumata und posttraumatische Belastungsstörungen bei pathologischen Glücksspielern/innen.
- Die Auswirkungen von Remission und Rückfall für die Lebensqualität pathologischer Glücksspieler/innen.
- Die Bedeutung von Impulsivität, Sensation Seeking und Risikoverhalten für die Persistenz eines pathologischen Spielverhaltens.

8 Literatur

Aragay, N., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Fernandez-Aranda, F., Ramos-Grille, I., Cardona, S., Garrido, G., Anisul Islam, M., Menchon, J. M. & Valles, V. (2015). Pathological gambling: understanding relapses and dropouts. *Compr Psychiatry* 57, 58-64.

Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97, 487-499.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2016). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2015 und Trends. BzgA, Köln.

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* 158, 1789-1795.

Buth, S., Milin, S., Mollenhauer, S. & Kalke, J. (2014). Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern. Eine empirische Untersuchung zu den Möglichkeiten, mit Hilfe von Spielerschutzmaßnahmen Selbstheilungsprozesse zu initiieren und zu fördern (Abschlussbericht). ISD-Hamburg, Hamburg.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med* 4, 92-100.

- Christine, L. (2014). Processes of recovery from problem gambling: a qualitative exploration. In *College of Social Sciences*. University of Glasgow, Glasgow.
- Cooper, C., Katona, C. & Livingston, G. (2008). Validity and reliability of the brief COPE in carers of people with dementia: the LASER-AD Study. *J Nerv Ment Dis* 196, 838-843.
- De Wilde, B., Goudriaan, A., Sabbe, B., Hulstijn, W. & Dom, G. (2013). Relapse in pathological gamblers: A pilot study on the predictive value of different impulsivity measures. *J Behav Addict* 2, 23-30.
- DiClemente, C., Story, M. & Murray, K. (2000). On a Roll: The Process of Initiation and Cessation of Problem Gambling Among Adolescents. *Journal of Gambling Studies* 16, 289-313.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14) Social Support Questionnaire (F-SozU): Standardization of short form (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18, 43-48.
- Hardt, J., Egle, U. T. & Brähler, E. (2006). Die Symptom-Checkliste-27 in Deutschland. *Psychother Psych Med* 56, 276-284.
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit. *Diagnostica* 52, 26-32.
- Kalke, J. & Buth, S. (2016). Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern: Die Bedeutung suchtunspezifischer Hilfen und persönlicher Vermeidungsstrategien. *Suchttherapie* DOI: 10.1055/s-0042-103067.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 16, 606-613.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. (1981). *Das State-Trait-Angst-Inventar, STAI*. Beltz, Weinheim.
- Ledgerwood, D. M. & Petry, N. M. (2006). What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical psychology review* 26, 216-228.
- 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.
- Meule, A., Vögele, C. & Kübler, A. (2011). Psychometrische Evaluation der deutschen Barratt Impulsiveness Scale – Kurzversion (BIS-15). *Diagnostica* 57, 126-133.

- 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.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2011). *Spielsucht - Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. Springer, Heidelberg.
- Nower, L. & Blaszczyński, A. (2008). Recovery in Pathological Gambling: An Imprecise Concept. *Substance Use & Misuse* 43, 1844 - 1864.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J., Supprian, T., Nissen, T., Stieglitz, R. D., Blocher, D., Hengesch, G. & Trott, G. E. (2004). Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 75, 888-895.
- Spinella, M. (2007). Normative data and a short form of the Barratt Impulsiveness Scale. *Int J Neurosci* 117, 359-368.
- Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., Löwe, B. & Spitzer, C. (2011). Reliable, valide und ökonomische Erfassung früher Traumatisierung: Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 61, e10-e14.