

# **Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung**

## **Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“**

im Auftrag der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

# **FOGS**

FOGS  
Gesellschaft für  
Forschung und Beratung  
im Gesundheits- und  
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2  
50670 Köln  
Tel.: 0221-973101-0  
Fax: 0221-973101-11

E-Mail: [kontakt@fogs-gmbh.de](mailto:kontakt@fogs-gmbh.de)  
[www.fogs-gmbh.de](http://www.fogs-gmbh.de)

Bearbeiter:

Wilfried Görgen (Dipl.-Psychologe)  
Rüdiger Hartmann (Soziologe MA)

Köln, im Dezember 2010

## Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	EINLEITUNG	1
1.1	Ausgangssituation	1
1.2	Modellkonzeption und Leitideen	4
1.3	Aufbau des Berichts	5
2	VORGEHEN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG	6
2.1	Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen	6
2.2	Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen	7
2.3	Befragung der ModellmitarbeiterInnen	7
2.4	Dokumentation von Klienten- und Angehörigendaten	8
2.5	Befragung von Kooperationspartnern und Mitgliedern der Selbsthilfe	9
2.6	Erhebungsinstrumente im Überblick	10
2.7	Fachbeirat, Projektbegleitung und Berichterstattung	10
3	EVALUATION DER QUALIFIZIERUNGSMABNAHMEN	12
3.1	Die ProjektmitarbeiterInnen	13
3.2	Das Curriculum und seine Umsetzung	15
3.3	Bewertung der Qualifizierungsmodule	17
3.4	Effekte der Qualifizierungsmaßnahmen	25
4	ERGEBNISSE DER EVALUATION	30
4.1	Infrastrukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen	30
4.2	Tätigkeitsbereiche der ModellmitarbeiterInnen im Überblick	35
4.3	Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Akquisition	36
4.4	Klientel des Modellprojekts	41
4.4.1	Die Klientel	41
4.4.2	KlientInnen mit Mehrfachkontakten	48
4.4.3	Charakteristika von KlientInnen mit unterschiedlichen Spielformen	64
4.4.4	Angehörigenberatung	66
4.5	Interventionen	67
4.5.1	Telefonkontakte	67
4.5.2	Betreuungsverlauf	68
4.6	Effekte des Modellprojekts	71
4.6.1	Regionale Versorgung der Zielgruppe	71
4.6.2	Entwicklung der Zielgruppenerreichung	73
4.6.3	Klientenbezogene Effekte	77
5	ZUSAMMENFASSUNG, EMPFEHLUNGEN, AUSBLICK	84
5.1	Zusammenfassung	84
5.2	Empfehlungen	89
5.3	Ausblick	92
6	LITERATUR	94
	ANHANG	

## Abbildungsverzeichnis

<u>Abb.</u>		<u>Seite</u>
Abb. 1:	Übersicht der eingesetzten Erhebungsinstrumente	10
Abb. 2:	Verteilung nach Betreuungsart	42
Abb. 3:	Anzahl erreichter KlientInnen im Modellverlauf nach Halbjahreskohorten	74
Abb. 4:	Altersverteilung gruppiert nach Halbjahren	75

## Tabellenverzeichnis

<u>Tab.</u>		<u>Seite</u>
Tab. 1:	Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in Deutschland (12-Monats-Prävalenz)	2
Tab. 2:	Einrichtungen und Kurzbezeichnung	12
Tab. 3:	Schwerpunkte in verschiedenen Arbeitsfeldern im Bereich Sucht	14
Tab. 4:	Bedeutung einzelner Fortbildungsthemen und -inhalte - sortiert nach Wichtigkeit	17
Tab. 5:	Erwartungen an die Fortbildung	18
Tab. 6:	Fortbildungsseminare differenziert nach Modulen	18
Tab. 7:	Bewertung von Aussagen zur Durchführung des Moduls	22
Tab. 8:	Durchschnittliche Bewertung von Aussagen im Hinblick auf den zukünftigen Kontakt und die Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen	24
Tab. 9:	Bewertung der Module insgesamt im Hinblick auf die persönliche Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen	25
Tab. 10:	Bewertung von Aussagen zur Fortbildung	26
Tab. 11:	Bewertung von Aussagen zu Pathologischen GlücksspielerInnen („Spieler“) – zu Modellbeginn und -ende	28
Tab. 12:	Sichtweisen zum Krankheitskonzept des „Pathologischen Glücksspiels“	29
Tab. 13:	Verortung der Einrichtungen	31
Tab. 14:	Regionale Versorgungssituation	32
Tab. 15:	Anzahl der hauptamtlich Beschäftigten	33
Tab. 16:	Art des Angebots für PGS – differenziert nach Regelangebot bzw. glücksspielspezifischem Angebot	33
Tab. 17:	Finanzierung des Angebots für Pathologische GlücksspielerInnen	34
Tab. 18:	Bewertung des bestehenden regionalen Angebots für PGS hinsichtlich verschiedener Aspekte	35
Tab. 19:	Verteilung der Tätigkeit als ModellmitarbeiterIn auf definierte Arbeitsbereiche in einer Arbeitswoche	36
Tab. 20:	Dokumentation aller Aktivitäten und Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit	38

Tab.		Seite
Tab. 21:	Dokumentation aller Aktivitäten und Maßnahmen zur Vernetzung	40
Tab. 22:	Rücklauf nach Einrichtung und Kontaktart - gewichtet nach Häufigkeit	43
Tab. 23:	Durchschnittliches Alter nach Kontaktart	44
Tab. 24:	Alter bei Betreuungsbeginn nach Altersgruppen und Kontaktart	44
Tab. 25:	Wiederaufnahme	45
Tab. 26:	Vermittelnde Instanz - sortiert nach Häufigkeit	45
Tab. 27:	Dokumentierte Spielformen - differenziert nach Einmal- bzw. Mehrfachkontakt	46
Tab. 28:	Vereinbarte Maßnahmen im Rahmen des ersten Kontakts	47
Tab. 29:	Vereinbarte Vermittlung im Rahmen des Erstkontakts	48
Tab. 30:	Familienstand	49
Tab. 31:	Partnerbeziehung	49
Tab. 32:	Lebenssituation	49
Tab. 33:	Anzahl der (eigenen) Kinder (im Haushalt) unter 18 Jahren	50
Tab. 34:	Staatsangehörigkeit	50
Tab. 35:	Höchster erreichter Schulabschluss	51
Tab. 36:	Höchster Ausbildungsabschluss	51
Tab. 37:	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	52
Tab. 38:	Wohnsituation in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn	52
Tab. 39:	Auflage als Grundlage der Kontaktaufnahme	53
Tab. 40:	Negative Folgen des Glücksspiels	54
Tab. 41:	Übersicht der Hilfen im Zusammenhang mit der Glücksspielproblematik – sortiert nach Häufigkeit	55
Tab. 42:	Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn nach Spielformen und Geschlecht (nur Mehrfachkontakte)	56
Tab. 43:	Alter bei Störungsbeginn nach Spielformen und Geschlecht (nur Mehrfachkontakte)	57
Tab. 44:	Distanz in Jahren zwischen Störungsbeginn und Erstbetreuung (Aufsuchen des Modellprojekts bzw. der Beratungsstelle) - ohne Wiederaufnahmen und ohne Einmalkontakte	58
Tab. 45:	Auf das Glücksspielen verwandte Zeit in Stunden	59
Tab. 46:	Durchschnittliche Dauer der spielfreien Phasen	60
Tab. 47:	Höchster Tagesverlust	60
Tab. 48:	Verschuldung	60
Tab. 49:	Ausprägungsgrad der Glücksspielproblematik (KFG nach Petry)	61
Tab. 50:	ICD-10-Diagnose (Abhängigkeitssyndrom bzw. schädlicher Gebrauch) nach Konsumart und Geschlecht	62
Tab. 51:	Bereits in Anspruch genommene Hilfen im Zusammenhang mit einer substanzbezogenen Störung	63

Tab.	Seite
Tab. 52: Art der psychischen Störungen	63
Tab. 53: Pathologische GlücksspielerInnen, für die nur eine Spielart dokumentiert wurde	64
Tab. 54: Alter im Durchschnitt - differenziert nach Spielform	65
Tab. 55: Familienstand - differenziert nach Spielform	65
Tab. 56: Verschuldung - differenziert nach Spielform	66
Tab. 57: Erfolgte Interventionen/Maßnahmen	67
Tab. 58: Dauer der Betreuung in Tagen	68
Tab. 59: Anzahl Kontakte	68
Tab. 60: Maßnahmen während der Betreuung	69
Tab. 61: Anzahl der Beratungstermine	70
Tab. 62: Kontakte während der Betreuung	71
Tab. 63: Einschätzung der Versorgungssituation von Pathologischen GlücksspielerInnen im Einzugsgebiet der Einrichtung – zu Modellbeginn und -ende	72
Tab. 64: Bewertung der Versorgung von Pathologischen GlücksspielerInnen hinsichtlich verschiedener Aspekte - differenziert nach 2 Erhebungszeitpunkten	72
Tab. 65: Anzahl der Betreuungsfälle - Neuaufnahmen 2006 und 2009	74
Tab. 66: Anzahl der KlientInnen und Angehörigen differenziert nach Einrichtung - gewichtet nach Häufigkeit (anonymisiert)	77
Tab. 67: Art der Beendigung	78
Tab. 68: Art der Beendigung nach Einrichtung	79
Tab. 69: Weitervermittlung	80
Tab. 70: Problematik des Pathologischen Glücksspielens am Tag des Betreuungsendes	81
Tab. 71: Veränderung des Spielverhaltens nach Beendigungsart am Betreuungsende	81
Tab. 72: Verschuldung am Tag des Betreuungsendes derjenigen GlücksspielerInnen, die zu Beginn der Betreuung Schulden nannten	82
Tab. 73: Problematik der psychosozialen Situation am Tag des Betreuungsendes	82
Tab. 74: Veränderungen der psychischen Situation feststellbar	83

## Verzeichnis der Anhangtabellen

<u>Tab.</u>	<u>Seite</u>
Tab. A 1: Geschlecht der ModellmitarbeiterInnen (Beginn des Modellprojekts)	1
Tab. A 2: Alter der ModellmitarbeiterInnen nach Geschlecht (Beginn des Modellprojekts)	1
Tab. A 3: Altersspanne der ModellmitarbeiterInnen nach Geschlecht (Beginn des Modellprojekts)	1
Tab. A 4: Wie lange im Bereich Sucht tätig? (Angabe in Jahre, Beginn des Modellprojekts)	1
Tab. A 5: Seit wie vielen Jahren im Bereich Sucht tätig? (Beginn des Modellprojekts)	1
Tab. A 6: Einschätzung der persönlichen Erfahrungen in der Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen (Beginn des Modellprojekts)	2
Tab. A 7: Anzahl der Pathologischen GlücksspielerInnen, mit denen bisher gearbeitet wurde (Beginn des Modellprojekts)	2
Tab. A 8: Bewertung des Qualifizierungsmoduls insgesamt – differenziert nach Tagungsort	2
Tab. A 9: Einschätzung der Versorgungssituation (Mitarbeiterbefragung zu Beginn des Modellprojekts)	3
Tab. A 10: Aspekte der Versorgung von Pathologischen GlücksspielerInnen (Mitarbeiterbefragung zu Beginn des Modellprojekts)	3
Tab. A 11: Verteilung der Klientendokumentationen nach Art des Kontakts	3
Tab. A 12: Verteilung der Klientendokumentationen nach Einrichtung und Geschlecht	4
Tab. A 13: Wie wurden die KlientInnen auf das Angebot des Modellprojekts aufmerksam	4
Tab. A 14: Durchschnittliches Alter nach Kontaktart	5
Tab. A 15: Alter bei Betreuungsbeginn – differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht	5
Tab. A 16: Wiederaufnahme	6
Tab. A 17: Dauer des Besuchs einer Selbsthilfegruppe (Angabe in Monaten)	6
Tab. A 18: Dokumentierte Spielformen (Klientel mit Mehrfachkontakten) – differenziert nach Geschlecht	6

<u>Tab.</u>	<u>Seite</u>
Tab. A 19: Anzahl der Kontakte im Betreuungsverlauf – gruppiert	7
Tab. A 20: Anzahl der spielfreien Phasen	7
Tab. A 21: Spielfreie Phasen in den letzten 12 Monaten	7
Tab. A 22: Anteil der Schulden aufgrund des Glücksspiels bezogen auf die Gesamtschulden	7
Tab. A 23: Hauptdiagnose	7
Tab. A 24: Diagnostik psychischer Störungen	8
Tab. A 25: Höchster erreichter Schulabschluss - differenziert nach Spielform	8
Tab. A 26: Höchster Ausbildungsabschluss - differenziert nach Spielform	9
Tab. A 27: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn - differenziert nach Spielform	9
Tab. A 28: höchster Tagesverlust - differenziert nach Spielform	10
Tab. A 29: Altersverteilung nach Halbjahren	10
Tab. A 30: Verteilung der Spielformen (eine Spielform genannt) im Modellverlauf	11
Tab. A 31: Verschuldung im Modellverlauf	11
Tab. A 32: Bezugsperson aus dem sozialen Umfeld	12
Tab. A 33: Warum kam kein Kontakt zustande?	12

## 1 Einleitung

### 1.1 Ausgangssituation

Pathologisches Glücksspiel ist ein schon seit vielen Jahren beschriebenes Phänomen, das aber erst in jüngerer Zeit aufgrund seiner zunehmenden epidemiologischen Verbreitung eine (Wieder-)Entdeckung als nicht-stoffgebundene Sucht erfahren hat. Pathologisches Glücksspiel lässt sich als wiederholtes und anhaltendes Spielverhalten beschreiben, das trotz weitreichender negativer Konsequenzen wie Verarmung, gestörte soziale Beziehungen bis hin zur sozialen Isolation und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse aufrechterhalten wird.

Das verstärkte Auftreten des Pathologischen Glücksspiels stand in der Vergangenheit in einem engen Zusammenhang mit dem quantitativen Ausbau des Glücksspielangebots wie auch mit der Entwicklung und Einführung neuer Spieltypen. Der Glücksspielmarkt war in Deutschland lange ein Wachstumsmarkt mit einem breit gefächerten Glücksspielangebot. Am weitesten verbreitet sind Glücksspielautomaten und Roulette in Spielbanken, Geldspielautomaten, Lotto und Toto, Klassenlotterie und Pferdewetten. Die Spiele weisen ein unterschiedliches Gefährdungspotenzial auf, wobei insbesondere das Spielen an Automaten in Spielcasinos und -banken sowie in Spielhallen und Gaststätten problembelastet ist. Besorgniserregend ist zudem die wachsende Anzahl von Online-Casinos im Internet. In den letzten Jahren ist die Umsatzentwicklung auf dem Glücksspielmarkt jedoch rückläufig. Die staatlichen Einnahmen gingen im Jahr 2006 auf 4,139 Mrd. Euro zurück, lagen dabei aber immer noch deutlich über den Erträgen aus Alkoholsteuern (vgl. Meyer, 2008). Im Jahr 2007 ist ein weiterer Rückgang staatlicher Einnahmen aus Glücksspielen auf 3,91 Mrd. Euro zu verzeichnen, der u.a. mit der Zunahme privater Spielangebote mit vergleichsweise geringer Steuer- und Abgabenlast begründet wird (vgl. Meyer, 2009).

Die nosologische Einordnung des Störungsbildes erscheint noch nicht abgeschlossen, was auch das Nebeneinander unterschiedlicher Begriffe zeigt. So wird neben „Pathologischem Glücksspiel“ auch von „Pathologischem Spielen“, „Glücksspielsucht“, „zwanghaftem Glücksspiel“, „subjektiv belastetem Vielspielen“ oder „Problemspielen“ gesprochen.

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) ist das Pathologische Glücksspiel unter abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle eingeordnet (F63.0). Es wird dort differentialdiagnostisch abgegrenzt zum gewohnheitsmäßigen Spielen und Wetten, zum exzessiven Spielen manischer PatientInnen und zum Spielen bei Personen mit soziopathischer bzw. dissozialer Persönlichkeit. Sowohl im ICD-10 als auch im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft orientiert sich die Operationalisierung der Störung vornehmlich an den Merkmalen einer stoffgebundenen Abhängigkeit, wobei insbesondere dem Merkmal der psychischen Abhängigkeit klassifikatorische Relevanz zukommt.

Zahlen zum Verbreitungsgrad des Pathologischen Glücksspiels basierten in Deutschland lange nicht auf belastbaren epidemiologischen Untersuchungen. Gleichwohl gibt es eine Reihe von Annäherungen wie bspw. die Hochrechnung der Zahl der Pathologischen GlücksspielerInnen auf Basis der Therapienachfrage von SpielerInnen in ambulanten Suchtberatungsstellen im Vergleich mit der Therapienachfrage von alkoholabhängigen Personen (3 % bis 5 %). Meyer (2008) kommt mit dieser Methode – bezogen auf alle Spielformen – auf eine Gesamtzahl von 100.00 bis 170.00 beratungs- und behandlungsbedürftigen SpielerInnen.



Auf Grundlage der Ergebnisse eines Epidemiologischen Surveys 2006 (18 und 64 Jahre) beziffern Bühringer et al. (2007) das Bevölkerungsrisiko<sup>1</sup> für Pathologisches Glücksspiel auf knapp 0,2 %, was ca. 103.000 Personen entspricht. Sie weisen jedoch darauf hin, dass sich diese Angabe halbiert (0,09 %, etwa 46.000), wenn man die Differentialdiagnose Manische Episode berücksichtigt. Mit Blick auf präventive Maßnahmen sind dabei Unterschiede zwischen „Glücksspielrisiko“<sup>2</sup> und „Bevölkerungsrisiko“ zu beachten, da das „Glücksspielrisiko“ der einzelnen Arten des Glücksspiels deutlich variiert. So gehen mit Internetkartenspielen (7,0 %), dem Kleinen Casinospiele (6,7 %) und Geldspielautomaten (5,1 %) deutlich höhere „Glücksspielrisiken“ einher als bspw. mit Lotto (0,1 %) und Lotterie (0 %). In drei weiteren Repräsentativerhebungen auf Grundlage von Screeningverfahren kommen Buth und Stöver (2008) zu Prävalenzschätzungen des Pathologischen Glücksspiels in der erwachsenen Bevölkerung von 0,56%, die BZgA 2008 auf 0,19% und BZgA 2010 auf 0,45 %.

Hayer und Meyer 2010 fassen die empirischen Daten zum Ausmaß glücksspielbezogener Probleme zusammen (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in Deutschland (12-Monats-Prävalenz)

Studie	Erhebungsjahr	Stichprobe		12-Monats-Prävalenz			
		N	Alter	problematisch		pathologisch	
				%	Personen	%	Personen
Bühringer et al. (2007)	2006	7.817	18-64 Jahre	0,29	149.000	0,20	103.000
Buth & Stöver (2008)	2006	7.981	18-65 Jahre	0,64	340.000	0,56	300.000
BZgA (2008)	2007	10.001	16-65 Jahre	0,41	225.000	0,19	104.000
BZgA (2010)	2009	10.000	16-65 Jahre	0,64	347.000	0,45	242.000

Demnach gelten 0,29 % bis 0,64 % der BundesbürgerInnen als ProblemspielerInnen und weitere 0,19 % bis 0,56 % als Pathologische GlücksspielerInnen. Werden diese Ergebnisse auf die Bevölkerung hochgerechnet, so entspricht dies zwischen 252.000 und 640.000 Personen, deren Spielmuster als problematisch oder pathologisch einzustufen ist.

Nach der Suchthilfestatistik 2006 für ambulante Einrichtungen wurde in 595 Beratungs- und Behandlungsstellen bei 2.918 Personen die Einzeldiagnose „Pathologisches Spielverhalten“ gestellt, was einer durchschnittlichen Spielerzahl von 4,9 pro Einrichtung entspricht. Die Anzahl der Hauptdiagnosen betrug 3.017 (West: 2.515, Ost: 502), was durchschnittlich 4,1 Fälle bedeutet. Hochgerechnet auf alle Beratungsstellen (1.049) haben 2006 rund 5.200 GlücksspielerInnen in den Einrichtungen Hilfe nachgefragt. Betrachtet man die Inanspruchnahme im Zeitverlauf, erhöht sich zwar die Zahl der dokumentierten GlücksspielerInnen, doch ist dies vor allem auf die Zunahme der in die Deutsche Suchthilfestatistik einbezogenen Einrichtungen zurückzuführen. Die Anzahl der durchschnittlich je Einrichtung erreichten Personen ist demgegenüber über die Jahre erstaunlich konstant (vgl. Meyer, 2008). Ebenfalls als weitgehend konstant erweist sich der Umstand, dass vor allem KlientInnen Hilfen in Anspruch nehmen, die ein Pathologisches Spielver-

<sup>1</sup> „Bevölkerungsrisiko“ ist das Risiko einer Diagnose Pathologisches Glücksspiel (PG) nach DSM-IV für diejenigen Personen, die in den letzten zwölf Monaten ein bestimmtes Spiel präferiert haben, als Anteil der aktuellen Spieler mit der Diagnose PG je Glücksspiel in der Bevölkerung.

<sup>2</sup> „Glücksspielrisiko“ ist das Risiko einer Diagnose Pathologisches Glücksspiel (PG) nach DSM-IV für diejenigen Personen, die in den letzten zwölf Monaten ein bestimmtes Spiel präferiert haben, als Anteil der aktuellen Spieler mit der Diagnose PG je Glücksspiel.

halten an Geldspielautomaten zeigen. Im Jahr 2006 bspw. waren dies 77,2 % der Klientel der Beratungs- und Behandlungsstellen.

Gemessen an der geschätzten Zahl Pathologischer GlücksspielerInnen muss der Erreichungsgrad durch entsprechende (Hilfe-)Angebote als gering angesehen werden. Der Erreichungsgrad muss insgesamt auch deshalb als eingeschränkt charakterisiert werden, als Hilfen für Menschen mit Pathologischem Spielverhalten vor allem in Suchtberatungsstellen vorgehalten werden. Legt man hier die Zahlen der potenziellen GlücksspielerInnen aus dem o.g. Epidemiologischen Survey zugrunde (103.000 bzw. 46.000), so haben im Jahr 2006 lediglich 2,83 % bzw. 6,34 % aller Pathologischen GlücksspielerInnen die Angebote der Suchtberatungsstellen in Anspruch genommen. Hinweise aus der Praxis zeigen zudem, dass Hilfen in anderen Bereichen wie bspw. der psychotherapeutischen Versorgung von Pathologischen GlücksspielerInnen nur in Einzelfällen in Anspruch genommen werden. Eine Verbesserung der Erreichbarkeit der Zielgruppe durch entsprechende (spezialisierte und qualifizierte) Hilfen stellt deshalb eine wichtige Entwicklungsaufgabe dar.

Die bisherigen Erfahrungen mit Pathologischem Glücksspiel weisen darauf hin, dass die individuellen Hilfe- und Behandlungsbedarfe in den Vordergrund gerückt werden müssen. Die Problemlage der Personen, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, ist zumeist komplexer Natur. Bei der überwiegenden Zahl dieser Personen wurden Störungen der Gefühlsregulation, Einschränkung der Bindungsfähigkeit, Stagnation der Lebensentwicklung, Progredienz des Symptomverhaltens und der auftretenden Komplikationen, insbesondere delinquenter Verhaltensweisen sowie eine häufig bestehende schwere Sinnproblematik beobachtet. Häufig bestehen zudem Begleiterkrankungen wie psychische Erkrankungen oder psychosomatische Störungen. Gravierend sind häufig auch die sozialen Folgen des Pathologischen Glücksspiels (z.B. Arbeitslosigkeit, Verschuldung) sowie Einschränkungen bei den alltäglichen Aktivitäten bis hin zum Verlust der Erwerbsfähigkeit.

Mit Blick auf Genderaspekte muss konstatiert werden, dass bei den durch Suchtberatungsstellen erreichten Pathologischen GlücksspielerInnen der Frauenanteil um die 10 % liegt. Dieser Umstand ist sowohl im Hinblick auf die Erreichung der Zielgruppe (frauenbezogen) als auch hinsichtlich der Ausgestaltung der Angebote (männerbezogen) angemessen zu berücksichtigen.

Personen mit der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen in der Deutschen Suchthilfestatistik 2006 sind im Durchschnitt 37,1 alt, wobei der Schwerpunkt deutlich bei den Altersgruppen zwischen 25 und 49 Jahren liegt. Die KlientInnen haben hauptsächlich einen Hauptschul- bzw. Realschulabschluss (42,5 % bzw. 34,6 %). Arbeits- bzw. erwerbslos waren 21,0 %, was z.T. deutlich unter der jeweiligen Quote anderer Hauptdiagnosen liegt (z.B. Alkohol: 29,7%; Opioide: 61,8 %). Gleichwohl weisen Pathologische SpielerInnen einen deutlich höheren Schuldenstand auf als KlientInnen mit einer anderen Hauptdiagnose. Mit Blick auf die Ausgestaltung der Hilfen ist dieser Umstand vor allem im Zusammenhang mit den Regelungen des Sozialgesetzbuchs (SGB) II (hier vor allem § 16) zu berücksichtigen.

Mit Blick auf den Zugang von Pathologischen GlücksspielerInnen (Hauptdiagnose) zu Suchtberatungsstellen fällt auf, dass immerhin 65,8 % auf eigene Initiative oder auf Anregung aus dem sozialen Nahfeld den Kontakt zu Suchtberatungsstellen suchen. Der Anteil institutioneller Vermittlungen liegt mit 34,2 % deutlich unter dem anderer Klientengruppen (z.B. Alkoholabhängige: 62,8 %). Erfahrungen aus schon vor dem Modellvorhaben mit Pathologischen GlücksspielerInnen arbeitenden Schwerpunktberatungsstellen zeigen, dass durch entsprechende Initiativen und Angebote sowohl der (regionale) Erreichungsgrad von Pathologischen GlücksspielerInnen als auch die Qualität des Beratungs- und Behandlungsangebots deutlich verbessert werden können.

## 1.2 Modellkonzeption und Leitideen

Vor dem hier kurz skizzierten Hintergrund hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) die Durchführung des Bundesmodellprojekts „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“ initiiert. Die Projektförderung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Co-Finanzierung liegt bei den Sozial- bzw. Innenministerien der Länder bzw. den Trägern der beteiligten Projektstandorte.

Zu den wesentlichen Zielen des Projekts zählen:

- den Erreichungsgrad von Menschen mit einem Pathologischen Glücksspielverhalten im Verlauf der Projektlaufzeit zu verbessern
- Maßnahmen der Früherkennung und -intervention zu entwickeln und zu implementieren
- die Fachlichkeit der ambulanten Einrichtungen zu verbessern, indem die Behandlung von Menschen mit einem Pathologischen Glücksspielverhalten durch speziell dafür qualifiziertes Personal stattfindet.

Über die modellhafte Erprobung hinaus zielt das Projekt (von Beginn an) darauf ab, dass die Ergebnisse und Erfahrungen (zügig) in weitere Einrichtungen der Suchthilfe transferiert und dort berücksichtigt werden. Das Modellvorhaben ist dabei so ausgelegt, dass bestehende Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe für die Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen u.a. durch folgende Maßnahmen qualifiziert werden:

- Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für die Thematik Pathologisches Glücksspiel
- Durchführung von Personalentwicklungsmaßnahmen (z.B. Fortbildung)
- Entwicklung und Erprobung von (ambulanten) Beratungs- und Behandlungsangeboten für Pathologische GlücksspielerInnen und ihre Angehörigen
- Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen der Früherkennung und -intervention.

Zur Verbesserung des Erreichungsgrads kommen – wie (Praxis-)Erfahrungen zeigen – einer zielgruppenbezogenen (professionalisierten) *Öffentlichkeitsarbeit* sowie einer *Vernetzung* mit solchen Einrichtungen und Diensten, die über (Primär-)Kontakte zur Zielgruppe verfügen, besondere Bedeutung zu. Beide Aspekte – Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung – sollten deshalb im Rahmen des Modellvorhabens weiterentwickelt und erprobt werden. Schließlich wurden durch das Modellvorhaben eine Stärkung der (Spieler-)Selbsthilfe sowie eine Intensivierung der Zusammenarbeit von professioneller Hilfe und *Selbsthilfe* angezielt.

Die Umsetzung des Projekts erfolgte an **17 Standorten** (s. Kapitel 3) unter Berücksichtigung infrastruktureller Rahmenbedingungen (u.a. Stadt/Land, Umfang und Struktur der Hilfen). Den beteiligten Beratungs- und Behandlungsstellen wurde dabei für die Projektlaufzeit (von Oktober 2007 bis Dezember 2010) eine halbe Fachkraftstelle zur Verfügung gestellt.

Die Auswahl der beteiligten Stellen erfolgte anhand vorgegebener (fachlicher) Kriterien, u.a.:

- Anzahl der MitarbeiterInnen
- definierte regionale Zusammenarbeit
- Qualifikation von (bereits angestellten) MitarbeiterInnen
- Unterstützung(-sbereitschaft) von Selbsthilfe.

Zudem wurde die Bereitschaft zur Dokumentation sowie zur Teilnahme an der Evaluation vorausgesetzt.

Mit der (vergleichsweise) engen Einbindung des Modellvorhabens in die bestehenden Versorgungsstrukturen sollten die Voraussetzungen für einen Transfer der Ergebnisse und Erfahrungen in die Regelversorgung der ambulanten Suchthilfe gesichert bzw. verbessert werden.

### 1.3 Aufbau des Berichts

Der Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprojekts: „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“ gliedert sich – nach den einleitenden Überlegungen (**Kapitel 1**) – in folgende Hauptkapitel:

In **Kapitel 2** werden der Arbeitsansatz der Evaluation des Projekts: „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“, das methodische Vorgehen und die eingesetzten (quantitativen und qualitativen) Erhebungsverfahren beschrieben.

Gegenstand des **dritten** und **vierten Kapitels** sind die Ergebnisse der Evaluation. Dabei fließen in die Darstellung sowohl die Ergebnisse der verschiedenen schriftlichen Befragungen – u.a. Dokumentation von Klientendaten und Verlaufsmerkmalen, Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen und der ModellmitarbeiterInnen sowie die Befragung der KooperationspartnerInnen – als auch die Einschätzungen und Bewertungen aus den Interviews mit den ModellmitarbeiterInnen ein.

Im abschließenden **fünften Kapitel** werden die Ergebnisse der Evaluation zusammengefasst und Empfehlungen, die sich nach den drei hauptsächlichen Zielen des Modellprojekts gliedern, vorgestellt.

## 2 Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Um die verschiedenen Ziele und Aufgaben des Modellvorhabens adäquat abzubilden und die Fragestellungen der Evaluation zu beantworten, wurde von FOGS ein Untersuchungsansatz verwendet, der quantitative und qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung verknüpft. Die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden – in der Literatur auch als „Triangulation“ (Denzin, 1978) bezeichnet – ist in besonderer Weise geeignet, die Umsetzung von Konzepten und Maßnahmen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Problemlagen und der Vielfalt von Perspektiven zu erfassen und zu bewerten.

Das Modellvorhaben hat (vergleichsweise) umfängliche Ziele (u.a. Qualifizierung, Verbesserung der Erreichbarkeit, Frühintervention, Angebotsentwicklung, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit) verfolgt. Dadurch waren bei der Interventions- und Angebotsevaluation komplexe Handlungs- und Wirkzusammenhänge zu berücksichtigen. Diese wurden durch eine Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden der empirischen Sozialforschung erfasst und abgebildet, wobei der organisationssoziologischen Einsicht Rechnung getragen wurde, dass bei der Umsetzung neuer Konzepte sowohl die formalisierten Strukturen als auch organisationsbezogene Sichtweisen und Interessen der verschiedenen Akteure eine Rolle spielen. Mit der Verknüpfung unterschiedlicher Methoden wurde die Vielfalt der Perspektiven berücksichtigt.

Die FOGS GmbH arbeitet bei der Durchführung von Evaluationen und (wissenschaftlichen) Studien auf der Grundlage der Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (2002).

Nachfolgend werden die verschiedenen Arbeitsschritte bzw. Erhebungsinstrumente vorgestellt, die die wissenschaftliche Begleitung während der Modelllaufzeit eingesetzt hat. Die erhobenen Daten bilden die Grundlage für die Ergebnisdarstellung<sup>3</sup>.

### 2.1 Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen

Während des Modellvorhabens wurden mitarbeiterbezogene Qualifizierungsmaßnahmen durchgeführt. Das Curriculum zielte dabei primär auf die Qualifizierung der ProjektmitarbeiterInnen für den Umgang mit Pathologischen GlücksspielerInnen in der Phase der Kontakt- und Motivationsentwicklung. Diese Qualifizierungsmaßnahmen und das zugrunde liegende Curriculum wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts evaluiert. Neben der Dokumentation der Aktivitäten und Maßnahmen zielte die Evaluation dabei u.a. auf eine Bewertung von:

- inhaltlichen Aspekten der Qualifizierungsmaßnahmen im Hinblick auf die Ziele des Modellvorhabens
- Durchführungsqualität, insbesondere hinsichtlich der Übertragbarkeit der Maßnahmen in die Breite der Beratungs- und Behandlungsstellen.

---

<sup>3</sup> Die Daten der verschiedenen Dokumentationen bzw. Befragungen wurden bei FOGS EDV-gestützt erfasst und mittels SPSS 17.0 ausgewertet.

## 2.2 Befragung der Beratungs- und Behandlungsstellen

Die Wirksamkeit eines Konzeptes kann nicht losgelöst von der Struktur, in der es zur Anwendung kommt, gesehen und bewertet werden. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die konkreten Arbeits- und Angebotsstrukturen, die für die Umsetzung alltagsrelevant sind. Entscheidend sind dabei neben der jeweiligen Organisationsstruktur und den regionalen Hilfesystemen insbesondere die Aspekte, die sich einerseits aus der Zusammensetzung und andererseits aus den Einstellungen der Beschäftigten gegenüber der Arbeit im Themenfeld „Pathologisches Glücksspiel“ ergeben.

Um die (infrastrukturellen und organisatorischen) Ausgangs- und Rahmenbedingungen der beteiligten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke zu dokumentieren, wurden die Grundeinrichtungen – i.d.R. waren die Einrichtungsleitungen die AnsprechpartnerInnen – zu Beginn der Evaluation (im November 2007) mit einem teilstandardisierten Fragebogen mit insgesamt 36 geschlossenen und offenen Fragen befragt.

Im Mittelpunkt der Befragung standen die Themenbereiche:

- Rahmendaten (z.B. städtische/ländliche Lage, Einzugsgebiet, weitere Beratungsstellen)
- Personalausstattung und Qualifikation (z.B. Anzahl der hauptamtlichen MitarbeiterInnen, berufliche Qualifikationen der Fachkräfte)
- Angebotsstruktur der Grundeinrichtung (z.B. Hilfen und Angebote für Pathologische GlücksspielerInnen, Erreichungsgrad der Zielgruppe, Selbsthilfeaktivitäten)
- betreute KlientInnen (vor Beginn des Projekts).

Die Beratungs- und Behandlungsstellen wurden im April/Mai 2010 erneut schriftlich mit einem teilstandardisierten Fragebogen befragt, um einerseits Veränderungen bei den infrastrukturellen Rahmenbedingungen zu dokumentieren und andererseits die Einschätzung der Einrichtungsleitungen zu Verlauf und Ergebnis des Modellprojekts zu erheben.

## 2.3 Befragung der ModellmitarbeiterInnen

Da den ModellmitarbeiterInnen für die Umsetzung des Modellprojekts eine Schlüsselposition zukommt und ihre Erfahrungen als BeraterIn deshalb von besonderer Bedeutung für die Bewertung des Modellprojekts sind, wurden parallel zu den Einrichtungen (Leitung) auch alle 17 ModellmitarbeiterInnen zu Beginn der Modelllaufzeit schriftlich befragt. Die teilstandardisierte Befragung berücksichtigte in insgesamt 26 Fragen u. a. folgende Aspekte:

- soziodemografische Merkmale, (sucht-)therapeutische Qualifikationen, Erfahrungen im Arbeitsfeld („Pathologisches Glücksspielen“)
- Erfahrungen und Einschätzungen zu Pathologischen GlücksspielerInnen
- Einstellungen und Haltungen zum Störungskonzept, zu Pathologischen GlücksspielerInnen
- Arbeitszufriedenheit mit Blick auf die Arbeit im Themenfeld „Pathologisches Glücksspiel“
- Fortbildungsbedarf im Rahmen des Modellprojekts.

Die ModellmitarbeiterInnen wurden im April/Mai 2010 erneut schriftlich befragt, um u.a. Veränderungen bzgl. der Erfahrungen im Themenfeld „Pathologisches Glücksspiel“ sowie die Verteilung der verschiedenen Tätigkeitsbereiche zu dokumentieren und die Erfahrungen im Verlauf des Modellprojekts zu erheben. Ergänzend fand gegen Ende der Modelllaufzeit eine leitfadengestützte telefonische Abschlussbefragung aller ModellmitarbeiterInnen statt. Die Ergebnisse der Erstbefragung der MitarbeiterInnen sollten u.a. Hinweise auf bestehende Qualifizierungsbedarfe und für die Erstellung des Qualifizierungscurriculums liefern. In der Abschlussbefragung wurde zudem das Modellvorhaben aus Sicht der MitarbeiterInnen umfassend bewertet.

## 2.4 Dokumentation von Klienten- und Angehörigendaten

Mit dem Ziel, die Klientel des Modellprojekts zu beschreiben und Aufschluss über die Frage zu erhalten, ob die Hauptzielgruppe im Modellprojekt erreicht werden konnte, wurden eine umfangreiche Klientendokumentation und eine Dokumentation der Kontakte zu Angehörigen durchgeführt. FOGS hat in diesem Zusammenhang ein umfangreiches Manual erarbeitet, in dem die Durchführung der verschiedenen Dokumentationen ausführlich beschrieben ist, und es den Modellstandorten zu Beginn des Modellprojekts zur Verfügung gestellt

### *Klienten-, Verlaufs- und Ergebnisdokumentation*

Für die Dokumentation von Klientenmerkmalen und von Verlaufs- und Ergebnisdaten wurde ein umfangreiches Instrumentarium entwickelt. Die Basis des Deutschen Kerndatensatzes wurde dabei um einen Datensatz zur Erfassung von Daten im Zusammenhang mit Pathologischem Glücksspielen erweitert, der folgende Items umfasst:

- Diagnose des Pathologischen Glücksspiels nach Spielformen
- zeitlicher Aufwand für das Glücksspielen
- glücksspielfreie Phasen in den letzten zwölf Monaten
- negative Folgen des Glücksspielens
- bisherige Inanspruchnahme von Hilfen im Zusammenhang mit der Glücksspielproblematik
- weitere Diagnosen zu substanzbezogenen und anderen psychischen Störungen.

Zu Betreuungsbeginn wurden die Erstkontaktsituation abgebildet und klienten- und betreuungsbezogene Merkmale (u.a. vermittelnde Instanz, vereinbarte Maßnahmen) erhoben. Im Verlauf und am Ende der Betreuung wurden ergänzend, bezogen auf die Spezifika der Zielgruppe und Fragestellungen der Evaluation, u.a. Daten zu Betreuungsmaßnahmen und Kooperationen erhoben. Dokumentiert wurden sowohl Einmalkontakte als auch Mehrfachkontakte.

Um alle Kontaktformen von (potenziellen) KlientInnen zu den beteiligten ambulanten Einrichtungen abzubilden, wurden darüber hinaus nicht nur direkte Kontakte zu KlientInnen und Personen des sozialen Umfelds dokumentiert, sondern auch alle telefonischen Erstkontakte mit Beratungs- bzw. Interventionscharakter.

### *Klientenbefragung*

Zu Beginn erfolgte eine schriftliche Befragung der KlientInnen. Dabei wurde u.a. der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) von Petry (1996) eingesetzt, ein klinisches Screening-Verfahren zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Glücksspielsucht. Darüber hinaus wurden Fragen zur Erstinformation und zum Anlass der Kontaktaufnahme gestellt. Die Klientenbefragung wurde dem/der KlientIn i.d.R. beim *zweiten Kontakt* vorgelegt.

### *Dokumentation von Kontakten zu Personen des sozialen Umfelds (Angehörige)*

Der Dokumentationsbogen wurde eingesetzt, wenn sich eine Person des sozialen Umfelds von potenziell betroffenen GlücksspielerInnen als erste „Kontaktperson“ an die ModellmitarbeiterInnen gewandt hatte.<sup>4</sup> Neben Angaben zur Problematik des Glücksspielers bzw. der Glücksspielerin sollten u.a. die Interventionen dokumentiert werden.

### *Aktivitäten bzgl. Öffentlichkeitsarbeit und Akquisition*

Das Modellprojekt zielte darauf ab, Pathologische GlücksspielerInnen durch ein spezifisches Angebot früher und insgesamt besser zu erreichen. Zu diesem Zweck sollten – neben dem Aufbau entsprechender Beratungsangebote – u.a.

- eine verbesserte Akquisition neuer KlientInnen
- geeignete Konzepte zur Öffentlichkeitsarbeit sowie
- die Vernetzung mit Einrichtungen aus anderen Versorgungsbereichen wie z.B. Schuldnerberatung, Agentur für Arbeit etc.

entwickelt und erprobt werden.

Die im Rahmen des Modellprojekts durchgeführten Aktivitäten und Maßnahmen wurden mit einem eigenen Dokumentationsinstrument dokumentiert und nach Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzungsarbeit differenziert erfasst.

## 2.5 Befragung von Kooperationspartnern und Mitgliedern der Selbsthilfe

Teilziel des Modellprojekts war u.a. die Optimierung der Vernetzung der Angebote für Pathologische GlücksspielerInnen mit anderen Angeboten der Suchthilfe und angrenzender Bereiche sowie der Selbsthilfe. Erfahrungsgemäß ist eine solche Vernetzung nur aussagekräftig zu evaluieren, wenn die Sichtweisen der Kooperationspartner angemessen abgebildet werden. Zum Ende der Modellphase wurde deshalb eine teilstandardisierte schriftliche Befragung relevanter regionaler Kooperationspartner durchgeführt. Dabei wurde u.a. nach Stärken bzw. Schwachstellen der fallbezogenen Kooperation mit den Modellprojekten gefragt.

---

<sup>4</sup> Für Personen des sozialen Umfelds (z.B. Ehefrauen), die beispielsweise im Rahmen eines Paargesprächs gemeinsam mit ihrem in der Dokumentation erfassten Pathologischen Glücksspieler betreut/beraten wurden, wurde *keine* eigenständige Dokumentation angelegt.



## 2.6 Erhebungsinstrumente im Überblick

In der nachfolgenden Übersicht werden die zuvor beschriebenen Erhebungen bzw. Instrumente zusammengefasst:

Abb. 1. Übersicht der eingesetzten Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrumente	Zeitpunkt der Durchführung
Erstbefragung der ModellmitarbeiterInnen	11/2007
Dokumentation der regionalen und institutionellen Rahmenbedingungen	11/2007
Befragung der Modellprojekte am Modellende	04/2010
2. Befragung der ModellmitarbeiterInnen (am Modellende)	04/2010
Befragung von Kooperationspartnern	04/2010
Befragung der TeilnehmerInnen zu den Qualifizierungsmaßnahmen	fortlaufend
Klientendokumentation	fortlaufend
Befragung der KlientInnen zum Betreuungsbeginn	fortlaufend
Befragung von Personen des sozialen Umfelds	fortlaufend
Dokumentation der Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit	fortlaufend
Dokumentation telefonischer Erstkontakte	fortlaufend

Der Erhebungszeitraum umfasste insgesamt 31 Monate und lag zwischen Januar 2008 und Juli 2010.

## 2.7 Fachbeirat, Projektbegleitung und Berichterstattung

Das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung wurde mit dem Auftraggeber und einem das Modellprojekt begleitenden Fachbeirat erörtert und abgestimmt.

In Fachbeirat waren vertreten (alphabetische Reihenfolge)<sup>5</sup>:

- Frau Füchtenschnieder-Petry, Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW, Fachverband Glücksspielsucht e.V. (fags)
- Herr Funk, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit
- Herr Dr. Gaßmann, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
- Herr Hayer, Universität Bremen Institut für Psychologie und Kognitionsforschung (IPK)
- Herr Hellge-Antoni, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz – Fachabteilung Drogen und Sucht
- Frau Kirschbaum, Bundesministerium für Gesundheit, Referat 119 – Drogen und Suchtmittelmissbrauch
- Herr Koeppel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Projektleitung
- Herr Dr. Petry, Projektleiter Pathologisches Glücksspielen und PC-/Internetspielen der AHG (Allg. Hospitalgesellschaft AG)

<sup>5</sup> FOGS möchte sich nochmals bei allen Mitgliedern des Beirats für die gute und konstruktive Zusammenarbeit bedanken.

- Herr Selz, Bundesministerium für Gesundheit, Referat 119 – Drogen und Suchtmittelmissbrauch.

Der Fachbeirat hat sich zu insgesamt vier Sitzungen getroffen. In diesen wurden – neben der Modellbegleitung – Zwischenergebnisse der Evaluation diskutiert, projektsteuernde Empfehlungen formuliert und der Entwurf des Abschlussberichts sowie die Empfehlungen fachlich kommentiert.

Die wissenschaftliche Begleitung hat während der Modellphase an allen Fortbildungseinheiten und Tagungen teilgenommen und u.a. dort Zwischenergebnisse präsentiert. Im Rahmen der fortlaufenden Kooperation mit der Projektkoordination sowie der Berichterstattung im Projektbeirat konnten die Zwischenergebnisse einen Beitrag zur Projektsteuerung liefern.

Abschließend hat die wissenschaftliche Begleitung die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Einzelanalysen zu einer bewertenden Gesamtbetrachtung zusammengeführt und einer integrativen Analyse unterzogen. Diese beinhaltet auch eine fachliche Bewertung der erzielten Fortschritte mit Blick auf die zentralen Ziele des Modellvorhabens sowie Handlungsempfehlungen im Hinblick auf die Übertragung der Ergebnisse und Erfahrungen auf andere Regionen bzw. in die Regelversorgung.

### 3 Evaluation der Qualifizierungsmaßnahmen

Das Modellprojekt wurde an insgesamt 17 Standorten in 15 Bundesländern umgesetzt. Aus Niedersachsen und Baden-Württemberg haben jeweils zwei Institutionen teilgenommen. Bei den teilnehmenden Institutionen handelt es sich überwiegend um ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe. Vier Einrichtungen haben bereits vor der Beteiligung am Modellprojekt ein breiteres Spektrum an Hilfen für Pathologische GlücksspielerInnen vorgehalten (vgl. Tab. 2, graue Kennzeichnung).

Tab. 2: *Einrichtungen und Kurzbezeichnung*

<b>Einrichtung</b>	<b>Kurzbezeichnung</b>
Fachstelle für Glücksspiel- und Medienkonsum, EVA Stuttgart	EVA Stuttgart
Café Beispiellos Berlin	Café Beispiellos
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete, Potsdam	Beratungsstelle Potsdam
Psychiatrisches Behandlungszentrum in Bremen-Nord	Behandlungszentrum Bremen-Nord
STZ-Beratungsstelle Harburg, Hamburg	Beratungsstelle Harburg
Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis, Bad Homburg	Zentrum für Suchthilfe Bad Homburg
Ev. Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH, Sucht und Drogenberatungsstelle, Stralsund	Beratungsstelle Stralsund
Medizinische Hochschule Hannover (MHH) Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie – Abhängigkeitsambulanz, Hannover	Abhängigkeitsambulanz Hannover
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Osnabrück	Fachstelle Osnabrück
Suchthilfezentrum (SHZ) Nikolausberg Duisburg	Suchthilfezentrum Duisburg
Fachstelle Sucht Neustadt	Fachstelle Neustadt
Beratungs- und Behandlungszentrum des Caritasverbandes DIE BRIGG – Psychosozialer Dienst, Neunkirchen	Beratungszentrum Neunkirchen
Suchtberatungszentrum Chemnitz des AWW e.V., Chemnitz	Suchtberatungszentrum Chemnitz
AWO Erziehungshilfe Halle (Saale) gGmbH – Suchtberatungsstelle, Halle	Suchtberatungsstelle Halle
Suchthilfezentrum Schleswig	Suchthilfezentrum Schleswig
Sucht- und Drogenhilfezentrum in Erfurt	Suchthilfezentrum Erfurt
Suchtberatungsstelle Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis und Bretten	Suchtberatungsstelle Heidelberg

Für die folgende Darstellung der Umsetzung des Bundesmodellprojekts wird im Wesentlichen auf die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen zurückgegriffen. Gleichwohl erfolgt die Darstellung der Ergebnisse nicht durchgehend entlang der Erhebungsinstrumente, die Dokumentations- bzw. Befragungsergebnisse werden vielmehr verschiedenen Fragestellungen bzw. Themenbereichen zugeordnet. Bezogen auf ausgewählte Fragestellungen werden die Ergebnisse der vier „erfahrenen“ Modellprojekte (s. Tab. 2, graue Kennzeichnung) mit den Ergebnissen der „neuen“ Projekte verglichen.

Mit dem Bundesmodellprojekt wurden z.T. in der Folge der landesspezifischen Regelungen zum Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland (Glücksspielstaatsvertrag – GlüStV) in fast allen Bundesländern eigene Förderprogramme aufgelegt. Die Daten aus den Bundesländern Hessen (vgl. FOGS & ISD, 2010) und Niedersachsen (vgl. FOGS, 2010) können den Evaluationsdaten des Bundesmodellprojekts als eine Referenz dienen.

In beiden Bundesländern wurden dem Bundesmodellprojekt vergleichbare Angebotsstrukturen aufgebaut. Hierzu im Einzelnen:

Im Zuge des am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Hessischen Glücksspielgesetzes übertrug das **Land Hessen** der Hessischen Landestelle für Suchtfragen (HLS) die Aufgabe, Hilfen im Bereich der Prävention und Beratung für Pathologische GlücksspielerInnen und deren Angehörige zu organisieren. Das Modellprojekt „Fachberatung für Glücksspielsucht“ wurde im Februar 2008 in Hessen gestartet, wobei 15 der (80) hessischen Suchtberatungsstellen um 13 Personalstellen verstärkt wurden. Bei der HLS wurde eine Projektleitungsstelle eingerichtet, um die Koordination der landesweiten Aktivitäten zu gewährleisten. Die Aufgaben der FachberaterInnen in den beteiligten Suchtberatungsstellen sind ähnlich definiert wie im Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“. Wie dort werden die Tätigkeiten der FachberaterInnen und die Daten der betreuten Klientel mit einem EDV-gestützten Dokumentationskatalog erfasst. Mit dem Modellprojekt sollten eine landkreisübergreifende Versorgung von Pathologischen GlücksspielerInnen sichergestellt und neue Klienten- und Zielgruppen erreicht werden.

Im **Land Niedersachsen** sollen Suchtprävention und Intervention bei problematischem und Pathologischem Glücksspielverhalten im ambulanten Suchthilfe-Netzwerk der NLS ausgebaut und qualifiziert werden. Hierzu wurden an 24 Standorten Schwerpunkte zur Suchtprävention und Beratung von Pathologischen GlücksspielerInnen geschaffen. Ziele und Aufgaben der Stellen sind im „Konzept zur Stärkung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen bei problematischem und Pathologischem Glücksspielverhalten im ambulanten Suchthilfe-Netzwerk der NLS“ vom 4. Juli 2007 in Anlehnung an die Kriterien des Bundesmodellprojekts beschrieben.

Im Rahmen der Evaluation hat FOGS ein Erhebungsinstrument für die Klientendokumentation entwickelt und erprobt. In den beiden genannten Bundesländern basieren die eingesetzten Dokumentationsbogen auf dem für das Bundesmodellprojekt erarbeiteten Erhebungsbogen.

Zudem werden zu ausgewählten Merkmalen Referenzdaten der Deutschen Suchthilfestatistik aus dem Bezugsjahr 2009 herangezogen.

### 3.1 Die ProjektmitarbeiterInnen

Generell spielen bei personenbezogenen Dienstleistungen im Bereich der gesundheitlichen und sozialen Hilfen die Qualifikation, der Erfahrungshorizont und persönlichkeitspezifische Merkmale des/der professionellen Helfers/in eine wichtige Rolle.

In den beteiligten Einrichtungen wurden im Rahmen des Modellprojekts 17 BeraterInnen – mit jeweils einer 0,5-Stelle – (zusätzlich) eingesetzt. Weit überwiegend haben die MitarbeiterInnen bereits vor der Modellphase in den Einrichtungen gearbeitet. Mit Beginn des Modellprojekts (Anfang 2008) waren nahezu alle Personalstellen besetzt. Auf insgesamt drei Stellen kam es während des Modellverlaufs zu einem Personalwechsel, in einer Einrichtung gab es im Modellverlauf einen dreimaligen Personalwechsel.

Nachfolgend werden ausgewählte Merkmale der ProjektmitarbeiterInnen dargestellt.

#### *Alter und Geschlecht*

Zu Beginn des Modellprojekts beträgt der weibliche Anteil bei den ModellmitarbeiterInnen knapp zwei Drittel (elf Personen), die übrigen sechs Personen sind männlich. Durch

die Personalwechsel hat sich der weibliche Anteil im Modellverlauf auf zwölf Mitarbeiterinnen erhöht (vgl. *im Anhang* Tab. A 1).

Betrachtet man die Altersstruktur zu Modellbeginn, so zeigt sich folgende Verteilung: Jeweils knapp ein Viertel der 17 beteiligten ModellmitarbeiterInnen war bis 30 Jahre bzw. über 50 Jahre alt. Rund die Hälfte war 31 bis 50 Jahre alt. Dabei waren die jüngste Mitarbeiterin 23 Jahre und der älteste Mitarbeiter 55 Jahre alt. Im Durchschnitt waren die ModellmitarbeiterInnen 38,5 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter der Mitarbeiterinnen bei 37 Jahren und das der Mitarbeiter bei 40 Jahren lag (vgl. *im Anhang* Tab. A 2 und Tab. A 3). Im Vergleich: Die FachberaterInnen im hessischen Landesprogramm waren mit durchschnittlich 42 Jahren etwas älter als die Fachkräfte des Bundesmodellprojekts.

### *Qualifikation(en) und Berufserfahrung*

Fünfzehn ModellmitarbeiterInnen verfügen über eine Grundausbildung als Diplom-SozialarbeiterIn oder -pädagogIn oder Vergleichbares, die übrigen Beschäftigten haben eine pädagogische Grundqualifikation. Fünf ModellmitarbeiterInnen (29 %) verfügen zu Modellbeginn über eine suchtherapeutische Zusatzausbildung.

Betrachtet man die Berufserfahrungen im Bereich Sucht vor Aufnahme der Beratertätigkeit im Modellprojekt, so zeigt sich, dass im Kreis der ModellmitarbeiterInnen sowohl BerufsanfängerInnen mit einer Arbeitserfahrung von maximal zwei Jahren ( $n = 7$ , 43,8 %) als auch „alte Hasen“ mit einer Arbeitserfahrung von mehr als zehn Jahren ( $n = 6$ , 37,5 %) vertreten sind. Rund 19 % verfügen über eine Arbeitserfahrung von zwei bis zu einschließlich zehn Jahren (vgl. *im Anhang* Tab. A 4 und Tab. A 5).

Gefragt nach den Schwerpunkten in verschiedenen Arbeitsfeldern im Bereich Sucht (vor Beginn der Tätigkeit im Modellprojekt) zeigt sich folgende Verteilung (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: *Schwerpunkte in verschiedenen Arbeitsfeldern im Bereich Sucht (Mehrfachnennungen möglich, N = 16)*

	abs.	in %
Beratung	15	93,8
psychosoziale Betreuung	14	87,5
niedrigschwellige Angebote	6	37,5
ambulante Rehabilitation	5	31,3
Betreutes Wohnen	3	18,8
(stationäre) Nachsorge	3	18,8
stationäre Rehabilitation	2	12,5
weitere Arbeitsfelder (u.a. Prävention)	9	56,3
Gesamt	57	100,0

Die Schwerpunkte der bisherigen Arbeit der MitarbeiterInnen lagen überwiegend in den Arbeitsfeldern Beratung bzw. psychosoziale Betreuung. Einige MitarbeiterInnen hatten auch schon in niedrigschwelligen Angeboten und/oder (ambulanten) Rehabilitationsangeboten gearbeitet.

Vierzehn ModellmitarbeiterInnen (82,4 %) gaben zudem an, bereits vor ihrer Tätigkeit im Modellprojekt mit Pathologischen GlücksspielerInnen gearbeitet zu haben (vgl. *im Anhang* Tab. A 7). Für ca. die Hälfte dieser Befragten kann der Umfang als eher gering eingestuft werden: Sie hatten im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bisher lediglich zwi-

schen zwei und zehn Pathologische GlücksspielerInnen beraten. Entsprechend stellt sich die Verteilung hinsichtlich des Stands der persönlichen Erfahrung in der Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen dar: Während rund 41 % über Erfahrung in der Arbeit mit der genannten Zielgruppe verfügen, hat ein Anteil von rund 59 % wenig bis keine Erfahrung (vgl. *im Anhang* Tab. A 6).

Die MitarbeiterInnen wurden auch nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation gefragt: (Eher) zufrieden waren – zu Beginn der Modellarbeit – rund 41 %, rund ein Drittel war (eher) nicht zufrieden und ein Anteil von rund 23 % wollte keine Angaben machen. Die zufriedenen ModellmitarbeiterInnen bezogen ihre Einschätzung im Wesentlichen auf die Unterstützung durch die Einrichtung oder den Träger sowie die „fachliche Anleitung“ und Unterstützung durch KollegInnen. Die mit ihrer Arbeitssituation (eher) unzufriedenen ModellmitarbeiterInnen bezogen ihre Beurteilung auf den geringen Erreichungsgrad der Zielgruppe, die schlechte Haltekraft und/oder die „dürftigen“ Kooperationsbeziehungen sowie die „wenig spezifische eigene Qualifikation“.

*Zusammenfassend* betrachtet zeigt sich ein heterogenes Bild: Zwar verfügen fast alle ModellmitarbeiterInnen über Beratungserfahrung im Bereich der Suchthilfe und/oder Berufserfahrung in der psychosozialen Betreuung von KlientInnen. Doch sind sowohl „BerufsanfängerInnen“ als auch mit der Zielgruppe vertraute bzw. beruflich erfahrene MitarbeiterInnen im Modellprojekt beschäftigt.

### 3.2 Das Curriculum und seine Umsetzung

Ein Hauptziel des Curriculums (DHS, 2010) war die Qualifizierung der ProjektmitarbeiterInnen für den Umgang mit Pathologischen GlücksspielerInnen in der Kontakt- und Motivationsphase vor einer Behandlung. Im Vordergrund stand die Intention, eine größere Anzahl an Pathologischen GlücksspielerInnen (und deren Angehörige) als bisher mit einer frühen Intervention zu erreichen. Frühe Intervention bezieht sich dabei auf ein Bündel an Interventionsstrategien, die im Sinne der Zieldefinition darauf ausgerichtet sind, möglichst viele Betroffene möglichst frühzeitig zu erreichen, ihnen adäquate Hilfeangebote zu unterbreiten und folglich vorherrschende Defizite in der Versorgung dieser Klientel zu beheben. Das Curriculum soll darüber hinaus das Erarbeiten von spezifischen Interventionen in der psychosozialen Beratungsarbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen in Ergänzung bzw. Abgrenzung zu den Interventionsansätzen bei den klassischen stoffgebundenen Suchtformen gewährleisten. Insgesamt konzentrieren sich die Inhalte des Curriculums primär auf die Frage des Zugehens auf die Klientel und deren Einbindung in das Suchthilfesystem. Als Ausgangspunkt musste deshalb zunächst ein breites Grundwissen über das Phänomen der Glücksspielsucht geschaffen werden. Hierzu gehören – aufbauend auf den fundierten Kenntnissen der TeilnehmerInnen über Suchterkrankungen im Allgemeinen – Einblicke in das spezifische Gefährdungspotenzial der verschiedenen Glücksspielformen, Wissen im Hinblick auf die unterschiedlichen Facetten der Glücksspielsucht einschließlich Aspekten wie Pathogenese, Diagnostik und Indikationsstellung. Schließlich sollten die spezifischen Komponenten eines Beratungskonzepts mit Pathologischen GlücksspielerInnen erarbeitet und von den ProjektteilnehmerInnen in den jeweiligen methodischen Beratungsansatz integriert werden. Ferner standen spezifische Hintergründe für die Entwicklung einer Glücksspielsucht wie etwa geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten oder das Vorliegen eines Migrationshintergrundes und somit ausgewählte Risikogruppen im Fokus des Curriculums.

Neben der Theorievermittlung wurden in den einzelnen Fortbildungseinheiten darüber hinaus Impulse für das praktische Vorgehen gegeben. Hier lagen Schwerpunkte auf den

Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit, Kooperation und Beratungsmethoden (inkl. Fallarbeit/Fallsupervision). Die ProjektteilnehmerInnen sollen unter modellhaften Arbeitsbedingungen zur Erprobung verschiedener Interventionen im „frühen Bereich“ angehalten sowie motiviert werden, in Abhängigkeit der regionalen Kontextbedingungen geeignete Wege der „frühen Intervention“ zu erkennen und strukturell in ihrem Arbeitsalltag zu verankern. Ein weiteres wesentliches Projektziel bestand darin, Erfolg versprechende Wege der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsangeboten auszuprobieren und vor dem Hintergrund der erlangten Erfahrungswerte „Best Practice“-Modelle einer effektiven Vernetzung zu formulieren (DHS, 2010).

Im Rahmen des Modellprojekts wurde das Curriculum entwickelt, erprobt und evaluiert, um Grundlagen für die Arbeit von Beratungs- und Behandlungsstellen für suchtkranke Menschen mit Pathologischen GlücksspielerInnen zu schaffen und diese als Fortbildungsmanual bereitzustellen.

In sieben mehrtägigen Veranstaltungen wurden die ModellmitarbeiterInnen in den Jahren 2008 bis 2010 in insgesamt 94 Einheiten (E) zu folgenden Themen geschult:

- Spiele, Glücksspiele, Glücksspielsucht - Einführung (8 E)
- Störungsbild (4 E)
- Störungstheorien (6 E)
- Erkennungsmerkmale, Diagnoseprozess und Indikationsstellung (6 E)
- Beratungs- und Behandlungsmethoden (15 E)
- Beratungs- und Behandlungsmethoden – Praxisteil (4 E)
- Gruppenarbeit mit Pathologischen Glücksspielern – Theorie und Praxis (4 E)
- Arbeit mit Angehörigen in der Beratung (6 E)
- Arbeit mit Pathologischen Glücksspielern/innen: Besondere Zielgruppen (8 E)
- Beratung als frühe Intervention und ihre Reichweite bei Pathologischem Glücksspiel (10 E)
- Rechtliche Grundlagen des deutschen Glücksspielmarktes (2 E)
- Besuch einer Spielbank und einer Spielhalle (optional) (3 E)
- Beschreibung der Struktur des lokalen Angebotes an Glücksspielen (2 E)
- Strategien der Öffentlichkeitsarbeit (10 E)
- Netzwerkarbeit (6 E).

Für die einzelnen Themenbereiche konnten jeweils qualifizierte und im Feld erfahrene ReferentInnen gewonnen werden. Zudem wurden im Rahmen der Veranstaltungen jeweils Zwischenergebnisse der Evaluation vorgestellt und Ziele und Umsetzung des Modellprojekts diskutiert.

Im Rahmen des Bundesmodellprojekts haben ModellmitarbeiterInnen zur Förderung des fachlichen Austauschs untereinander regionale Projekttreffen durchgeführt. Zudem haben fast alle MitarbeiterInnen mindestens in einer ambulanten und/oder stationären Einrichtung mit spezifischen Angeboten für Pathologische GlücksspielerInnen hospitiert. Schließlich bestand das Angebot der Projektkoordination zur fachlichen Beratung vor Ort. Insgesamt fanden zehn Beratungen statt.

### 3.3 Bewertung der Qualifizierungsmodule

#### *Erwartungen der TeilnehmerInnen*

Zu Beginn des Modellprojekts haben die ModellmitarbeiterInnen auf einer vierstufigen Skala von *besonders wichtig* bis *unwichtig* die Bedeutung der thematischen Schwerpunkte für sie persönlich eingeschätzt (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: *Bedeutung einzelner Fortbildungsthemen und -inhalte - sortiert nach Wichtigkeit (Angaben in %)*

	<b>besonders wichtig</b>	<b>eher wichtig</b>	<b>eher unwichtig</b>	<b>unwichtig</b>
Strategien zur Verbesserung des Zugangs zur Zielgruppe (N = 17)	82,4	17,6	0,0	0,0
Strategien der Öffentlichkeitsarbeit (N = 17)	70,6	29,4	0,0	0,0
Netzwerkarbeit (N = 17)	64,7	35,3	0,0	0,0
Früherkennung und Frühintervention (N = 16)	62,5	37,5	0,0	0,0
Beziehungsgestaltung in der Beratung (N = 17)	70,6	23,5	5,9	0,0
Gruppenarbeit (N = 17)	70,6	23,5	5,9	0,0
Spezifika der Beratung (z.B. Selbstwertproblematik, Gefühlsdysregulation) (N = 17)	58,8	29,4	11,8	0,0
Arbeit mit Angehörigen (N = 16)	37,5	50,0	12,5	0,0
Erstgespräch (N = 17)	64,7	17,6	17,6	0,0
Diagnoseprozess und Indikationsstellung	58,8	23,5	11,8	5,9
Beschreibung des Störungsbilds (z.B. klinische Merkmale, Spielertypologie) (N = 17)	47,1	29,4	17,6	5,9
rechtliche Grundlagen des deutschen Glücksspielmarkts (N = 17)	35,3	41,2	23,5	0,0
Störungstheorien (z.B. suchttherapeutischer, kognitiver Ansatz) (N = 17)	41,2	29,4	23,5	5,9
spezifische Zielgruppen (z.B. MigrantInnen, junge Menschen) (N = 13)	30,8	38,5	30,8	0,0
geschlechtsspezifische Aspekte (Gender) (N = 17)	35,3	29,4	35,3	0,0
Geld- und Schuldenmanagement (N = 17)	29,4	35,3	29,4	5,9

Mit Anteilswerten von insgesamt 65 % bis 100 % bewertete die große Mehrheit der ModellmitarbeiterInnen die 16 im Curriculum vorgesehenen Themen als *besonders* bzw. *eher wichtig*.

Am wichtigsten fanden die ModellmitarbeiterInnen die vier Themen *Strategien zur Verbesserung des Zugangs zur Zielgruppe*, *Strategien der Öffentlichkeitsarbeit*, *Netzwerkarbeit* sowie *Früherkennung und Frühintervention*. Diese Themen drücken zum einen „Kerngedanken“ der Modellkonzeption aus und beschreiben zum anderen die Entwicklungsaufgaben zu Beginn der Modellphase. Hohe Zustimmungsraten gab es auch bei den Themen *Beziehungsgestaltung in der Beratung*, *Gruppenarbeit*, *Spezifika der Beratung* sowie bei *Angehörigen- und Gruppenarbeit*.

Nicht ganz so bedeutsam erschienen rund einem Drittel der Befragten die Themen *spezifische Zielgruppen (z.B. MigrantInnen, junge Menschen)*, *geschlechtsspezifische Aspekte* sowie *Geld- und Schuldenmanagement*.

Tab. 5 informiert über Erwartungen, die die MitarbeiterInnen an die Fortbildungen hatten.



Tab. 5: Erwartungen an die Fortbildung (N = 17; Angaben in %)

Ich erwarte von der Fortbildung vor allem	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
die Vermittlung fundierter Grundkenntnisse zur Beratungsarbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen	82,4	17,6	0,0	0,0
Hinweise und Hilfen zur Verbesserung des Zugangs zur Zielgruppe	88,2	11,8	0,0	0,0
praktische Hinweise und Hilfen zur Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen	88,2	5,9	5,9	0,0
Hinweise und Hilfen zum Aufbau eines qualifizierten ambulanten Angebots für Pathologische GlücksspielerInnen	76,5	11,8	11,8	0,0
Informationen zum Glücksspielmarkt sowie zu den rechtlichen Rahmenbedingungen	47,1	23,5	29,4	0,0

Neben den Hinweisen und Hilfen zur Verbesserung des Zugangs zur Zielgruppe erwarteten die TeilnehmerInnen auch die Vermittlung fundierter Grundkenntnisse zur Beratungsarbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen. Zudem zielten Erwartungen auf Hinweise und Hilfen für die bevorstehende praktische Arbeit. Deutlich geringer fiel das Interesse zu den Themenbereichen *Glücksspielmarkt* bzw. *rechtliche Rahmenbedingungen* aus.

#### Evaluation der Fortbildungsmodule

Die o.g. Fortbildungseinheiten wurden im Rahmen des Modellprojekts in acht Modulen vermittelt, die an wechselnden Tagungsorten durchgeführt wurden. Außerdem fand im Herbst 2010 eine abschließende Tagung in Berlin statt, in der u.a. über die Ergebnisse der Evaluation berichtet wurde. Einen Überblick über Schwerpunkte und Themen der einzelnen Module bietet Tab. 6. Bei der Gliederung und Zuordnung waren neben didaktischen Gesichtspunkten auch Erfordernisse des Modellprojekts sowie die Verfügbarkeit von ReferentInnen zu berücksichtigen.

Tab. 6: Fortbildungsseminare differenziert nach Modulen

Tagungsort und Modul - Nr.	Vorträge und Präsentationen während des Seminars	Themen des Seminars
Modul 1 Bielefeld (28. – 29.11.2007)	- Inhalte des Qualifizierungsprogramms	- Der Zugang zu Pathologischen GlücksspielerInnen und deren Angehörigen: Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten - Definition der Zielgruppe - Gestaltung der Angebote - Glücksspielstaatsvertrag - Spielverordnung und Gewerbeordnung - Sozialkonzepte und Spielerschutzmaßnahmen

Tagungsort und Modul - Nr.	Vorträge und Präsentationen während des Seminars	Themen des Seminars
Modul 2 Mainz (30.01. – 01.02.2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- der Zugang zu Pathologischen Glücksspielern</li> <li>- Glück Spiel Sucht: Begriff und historische Eckdaten</li> <li>- die Faszination Glücksspiel: Spielanreize und Gefährdungspotenziale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spiele, Glücksspiele, Glücksspielsucht - Einführung</li> <li>- vom Spiel zum Glücksspiel</li> <li>- Beschreibung des Phänomens „Glücksspiel“</li> <li>- grundsätzliche Eigenschaften des Glücksspiels</li> <li>- suchtrelevante Veranstaltungsmerkmale von Glücksspielen</li> <li>- Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) zur Erfassung der Behandlungsbedürftigkeit des problematischen Glücksspielverhaltens</li> <li>- Auswirkungen des Pathologischen Glücksspiels auf die Familie und das soziale Nahfeld</li> <li>- der Zugang zu Pathologischen GlücksspielerInnen und deren Angehörigen: Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten</li> <li>- Beschreibung der Struktur des lokalen Angebotes an Glücksspielen</li> <li>- Strategien der Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>
Modul 3 Leipzig (04. – 06.06.2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geldspielautomaten und Suchtgefahren</li> <li>- Vorstellung Kampagne "Spielen mit Verantwortung" - Öffentlichkeitsarbeit BZgA und erste Erfahrungen/Zahlen</li> <li>- Grundlagen der Beratung von Glücksspielern und deren Angehörigen</li> <li>- Das Störungsbild "Pathologisches Glücksspiel" - Klinische Merkmale, Epidemiologie, Entwicklungsverläufe und Spielertypologien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Störungsbild</li> <li>- Pathologisches Glücksspielverhalten als stoffungebundene Suchtform</li> <li>- klinische Merkmale, Symptomatik und Nosologie</li> <li>- Epidemiologie</li> <li>- Phasen einer Spielerkarriere</li> <li>- Spielertypologien</li> <li>- lerntheoretische Ansätze</li> <li>- (Erst-)Kontakt</li> <li>- Begegnung</li> <li>- Auswirkungen des Pathologischen Glücksspiels auf die Familie und das soziale Nahfeld</li> <li>- Zugang zu Pathologischen Glücksspielern/innen und deren Angehörigen: Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten</li> <li>- Sozialkonzepte und Spielerschutzmaßnahmen</li> <li>- Strategien der Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>- Kontakt zu Glücksspielanbietern</li> <li>- Lobbyarbeit von Glücksspielanbietern</li> </ul>

Tagungsort und Modul - Nr.	Vorträge und Präsentationen während des Seminars	Themen des Seminars
Modul 4 Frankfurt (24. – 26.09.2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn Glücksspielen zur Sucht wird ... - Beratungstätigkeit mit Angehörigen von Pathologischen GlücksspielerInnen</li> <li>- Aus der Praxis für die Praxis - Implizite Krankheitsvorstellung türkischer Glücksspieler</li> <li>- Pathologisches Glücksspiel und Komorbidität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komorbidität</li> <li>- vertiefende Fallarbeit/Fallsupervision</li> <li>- Grundprinzipien und Fallstricke der Angehörigenarbeit</li> <li>- Ansätze der Paar- und Familienberatung: Indikation und Inhalte</li> <li>- Fokussierung auf weitere Zielgruppen</li> </ul>
Modul 5 Hannover (28. – 30.01.2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppenarbeit mit Pathologischen Glücksspielern in Theorie und Praxis</li> <li>- Geld- und Schuldenmanagement bei Pathologischen Glücksspielern: Theorie und Praxis und Beschaffungsdelinquenz</li> <li>- kognitive Verzerrungsmuster bei (Pathologischen) Glücksspielern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kognitive Verzerrungsmuster</li> <li>- Geld- und Schuldenmanagement</li> <li>- Beschaffungsdelinquenz und strafrechtliche Beurteilung</li> <li>- Gruppenarbeit mit Pathologischen Glücksspielern – Theorie und Praxis</li> <li>- Besuch einer Spielbank (optional)</li> <li>- Strategien der regionalen Vernetzung und Kooperation</li> </ul>
Modul 6 Düsseldorf (13. – 15.05.2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychopathologische Grundstörung der Glücksspielsucht und ihre Behandlung</li> <li>- Lobbying</li> <li>- Finanzierungsmodelle: kommunale und landespolitische Strategien</li> <li>- Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: eine besondere Risikogruppe?!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- implizite Krankheitsvorstellungen (individuelles Krankheitsverständnis/Veränderungskonzept)</li> <li>- symptomatisches Glücksspielverhalten</li> <li>- Hintergrundproblematiken der Glücksspielsucht</li> <li>- Beziehungsgestaltung</li> <li>- Bindung</li> <li>- Kontakt zu Glücksspielanbietern</li> <li>- Lobbyarbeit von Glücksspielanbietern</li> <li>- Finanzierungsmodelle und eigene „Lobbyarbeit“</li> </ul>
Modul 7 Eisenach (23. – 25.09.2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neurophysiologische Erklärung der Auffälligkeiten bei Patienten mit einer Glücksspielsucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Störungstheorien</li> <li>- neurobiologische Theorien</li> <li>- lerntheoretische Ansätze</li> <li>- Empfehlungen der Rentenversicherungsträger zur Behandlung von Pathologischen Glücksspielern</li> <li>- Differentialdiagnostik</li> </ul>
Modul 8 Magdeburg (20. – 22.01.2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geschlechtsspezifische Aspekte bei Pathologischem Glücksspiel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glücksspielabstinenz als Ziel der Beratung und mögliche Alternativen</li> <li>- Exkurs: Belastungen von Kindern aus glücksspielsuchtbelasteten Familien</li> <li>- geschlechtsspezifische Aspekte in der Beratung von Pathologischen GlücksspielerInnen</li> </ul>

Die Evaluation der Fortbildungen (Modul 2 bis Modul 8) erfolgte als Bewertung von Inhalt, Methodik und Durchführung durch die TeilnehmerInnen. Diese wurden hierzu nach jedem Modul schriftlich befragt. Die Fragen zielten dabei sowohl auf die *Durchführung* der jeweiligen Tagung als auch auf die *Bewertung* des Moduls im Hinblick auf die Ausgestaltung des Kontakts und die Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen. Schließlich haben die Befragten die Relevanz der Fortbildungsinhalte für die eigene Arbeit zusammenfassend eingeschätzt.

Die TeilnehmerInnen wurden um die Bewertung von verschiedenen Aussagen gebeten und gaben ihre persönliche Einschätzung auf der vierstufigen Skala von *stimme voll zu* bis *stimme überhaupt nicht zu* an. Im nachfolgenden Abschnitt wird das Antwortverhalten dargestellt.

Die folgende Tab. 7 zeigt die Bewertung von Aussagen zur Durchführung der Module

Tab. 7. Bewertung von Aussagen zur Durchführung des Moduls<sup>6</sup>

	M 2 Mainz (n = 16)	M 3 Leipzig (n = 12-17)	M 4 Frankfurt (n = 15-16)	M 5 Hannover (n = 16-17)	M 6 Düssel- dorf (n = 17)	M 7 Eisenach (n = 16-17)	M 8 Magde- burg (n = 15)	Gesamt
Der Umfang der Schulungsinhalte war angemessen.	1,56	2,18	1,19	1,94	1,29	1,71	1,47	1,62
Die Dauer der Schulung war angemessen.	1,62	1,94	1,50	1,82	1,35	1,59	1,47	1,61
Das/die Schulungsthema/en wurde/n verständlich vermittelt.	1,25	1,94	1,38	1,82	1,12	1,50	1,20	1,46
Der Schulungsablauf hatte einen nachvollziehbaren roten Faden.	1,75	2,47	1,50	1,76	1,59	1,63	1,13	1,69
Der Erfahrungsaustausch mit den anderen TeilnehmerInnen war für mich gewinnbringend.	1,38	1,29	1,25	1,29	1,24	1,29	1,27	1,29
Ich war zufrieden mit den Möglichkeiten, mich selbst in das Seminar einzubringen.	1,63	1,81	1,25	1,29	1,47	1,29	1,47	1,46
Der Schulungsraum war gut geeignet (Größe, Beleuchtung, Temperatur usw.).	1,44	1,59	1,44	1,82	1,76	2,71	1,27	1,72
Mit dem Tagungshaus bzw. -ort war ich zufrieden.	1,81	2,18	2,27	1,65	1,41	2,00	2,07	1,91
Es herrschte eine angenehme Arbeitsatmosphäre.	1,31	1,76	1,13	1,44	1,18	1,53	1,13	1,35
Der/die ReferentInnen hat/haben die Themen anschaulich vermittelt.	1,19	2,00	1,31	1,94	1,18	1,24	1,20	1,44
Der/die ReferentInnen ist/sind auf Fragen der TeilnehmerInnen eingegangen.	1,25	2,12	1,19	1,59	1,18	1,24	1,13	1,39
Der Methodeneinsatz des/der ReferentInnen (Folien, Beamer-Präsentationen usw.) war gelungen.	1,31	2,24	1,31	2,00	1,35	1,47	1,27	1,56
Die Arbeit in Arbeitsgruppen war hilfreich.	1,75	1,75	1,19	1,59	1,35	1,24	1,27	1,45

1 = stimme voll zu, 2 = stimme zu, 3 = stimme nicht zu, 4 = stimme überhaupt nicht zu

<sup>6</sup> Modul 1 (Einführungsmodul zu Beginn des Modellprojekts) und Modul 9 (gegen Ende der Modelllaufzeit) wurden nicht evaluiert.

Die TeilnehmerInnen haben über alle Tagungen den vorgegebenen Aussagen in hohem Maße (voll oder eher) zugestimmt. Werden die Ergebnisse bzgl. der verschiedenen Tagungsinhalte und Tagungsorte verglichen, so können zwar Unterschiede in der Beurteilung festgestellt werden, jedoch kann insgesamt ein positiver Befund bezogen auf die *Durchführung* bzw. *Beurteilung* des jeweiligen Moduls festgehalten werden.

Umfang, Dauer und die Art der Vermittlung als inhaltliche Basisvoraussetzungen einer qualifizierten Fortbildung erzielen zustimmende durchschnittliche Bewertungen zwischen 1,46 und 1,69. Zudem herrschte insgesamt eine angenehme Arbeitsatmosphäre (1,35) und die Rahmenbedingungen (Tagungshaus und Schulungsraum) waren insgesamt – mit vereinzelten Schwachstellen – ebenfalls gut gewählt (1,91 bzw. 1,72).

Aus Sicht der TeilnehmerInnen waren besonders der Erfahrungsaustausch zwischen den TeilnehmerInnen gewinnbringend (1,29) und die Arbeit in Arbeitsgruppen hilfreich (1,45). Ähnlich hohe Bewertungen erfahren die ausgewählten ReferentInnen, deren Themenvermittlung, Teilnehmerorientierung und methodisches Vorgehen zwischen 1,39 und 1,56 bewertet werden.

In der folgenden Tab. 8 werden die persönlichen Einschätzungen der TeilnehmerInnen zu Aussagen im Hinblick auf den zukünftigen Kontakt bzw. die Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen dargestellt.

Tab. 8: Durchschnittliche Bewertung von Aussagen im Hinblick auf den zukünftigen Kontakt und die Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen

	M 2 Mainz (n = 16)	M 3 Leipzig (n = 17)	M 4 Frankfurt (n = 16)	M 5 Hannover (n = 17)	M 6 Düsseldorf (n = 17)	M 7 Eisenach (n = 16-17)	M 8 Magdeburg (n = 14-15)	Gesamt
Für mich hat sich die Teilnahme an diesem Modul gelohnt.	1,62	2,18	1,13	1,77	1,24	1,41	1,47	1,55
Durch das Modul wurde ich angeregt, mich zusätzlich mit den behandelten Thematiken zu beschäftigen.	1,25	2,06	1,31	1,59	1,41	1,47	1,53	1,52
Durch das Modul habe ich neue Erkenntnisse für meine Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen gewonnen.	1,75	2,35	1,44	1,88	1,35	1,59	1,73	1,73
Im Modul habe ich Material, Bücher und andere Hilfsmittel kennengelernt, mit denen ich mir bei Bedarf selbst weiterhelfen kann.	1,38	1,82	1,81	1,82	1,59	2,18	1,80	1,77
In meiner Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen fühle ich mich jetzt nach diesem Modul (noch) sicherer.	1,63	2,41	1,75	2,00	1,53	1,81	1,80	1,85
Der Kurs hat mich in die Lage versetzt, selbstständig weiterzuarbeiten.	1,44	2,18	1,63	1,94	1,41	1,81	1,71	1,73
Ich fühle mich motiviert, das heute „Gelernte“ in meiner beruflichen Praxis mit Pathologischen GlücksspielerInnen umzusetzen.	1,81	1,94	1,50	1,71	1,41	1,62	1,47	1,64

1 = stimme voll zu, 2 = stimme zu, 3 = stimme nicht zu, 4 = stimme überhaupt nicht zu

Auch hier bewerteten die TeilnehmerInnen die Fortbildungsmodule durchweg positiv. Dies gilt sowohl für motivationale Aspekte der Fortbildung als auch hinsichtlich der erlangten Verbesserung der fachlichen Grundlagen. Hervorgehoben werden können die Module 2 und 6: Die TeilnehmerInnen fühlten sich am meisten zur weiteren Beschäftigung durch Modul 2 angeregt, vor allem, wenn es um die Grundlagen des Glücksspielbegriffs sowie um den Zugang zu Pathologischen GlücksspielerInnen ging. In besonderem Maße hilfreich war auch Modul 6, in dem u.a. die Psychopathologie des Glücksspielens und ihre Behandlung sowie Fragen der Lobbyarbeit der Glücksspielindustrie und Finanzierungsmodelle der Glücksspielarbeit behandelt wurden.

Etwas weniger hilfreich wurden demgegenüber Modul 5 mit den Schwerpunkten Gruppenarbeit und Geld- und Schuldenmanagement sowie insbesondere Modul 3 bewertet, indem u.a. Grundlagen der Beratung von Angehörigen sowie Störungsbild und Epidemiologie behandelt wurden.

Die folgende Tab. 9 zeigt die zusammenfassende Bewertung der verschiedenen Module bezogen auf die persönliche Arbeit der ModellmitarbeiterInnen mit der Zielgruppe auf einer sechs-stufigen Skala von *sehr hilfreich* bis *überhaupt nicht hilfreich*.

Tab. 9: *Bewertung der Module insgesamt im Hinblick auf die persönliche Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen*

Tagungsort und Modul – Nr.	durchschnittliche Bewertung des gesamten Moduls
Modul 2 (Mainz)	2,1
Modul 3 (Leipzig)	2,7
Modul 4 (Frankfurt)	1,2
Modul 5 (Hannover)	2,2
Modul 6 (Düsseldorf)	1,3
Modul 7 (Eisenach)	1,7
Modul 8 (Magdeburg)	1,7
Gesamt	1,8

1 = sehr hilfreich, 2 = eher hilfreich, 3 = teils, teils, 4 = eher nicht hilfreich, 5 = überhaupt nicht hilfreich

Insgesamt wurde die gesamte Fortbildung von den TeilnehmerInnen als hilfreich erlebt, wobei die Module in der zusammenfassenden Bewertung deutlich unterschiedlich beurteilt wurden. Die Spanne reicht dabei von einer Bewertung von 1,2 für das Modul 4 bis hin zu einem eher als „teils hilfreich bzw. teils eher nicht hilfreich“ bewerteten Modul 3 mit 2,7.

### 3.4 Effekte der Qualifizierungsmaßnahmen

#### *Bewertung vor dem Hintergrund der Modellerfahrungen*

Am Ende der Modellphase haben die ModellmitarbeiterInnen die Fortbildungsreihe vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen in der Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen bewertet. Die Bewertung erfolgte gemäß einer persönlichen Einschätzung auf einer vier-stufigen Skala von nachfolgend vorgegebenen Aussagen (vgl. Tab. 10).



Tab. 10: Bewertung von Aussagen zur Fortbildung (N = 16; Angaben in %)

Die Fortbildung hat mir ...	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
fundierte Grundkenntnisse zur Beratungsarbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen bzw. Angehörigen vermittelt	75,0	25,0	0,0	0,0
Informationen zum Glücksspielmarkt sowie zu den rechtlichen Rahmenbedingungen geliefert	75,0	25,0	0,0	0,0
praktische Hinweise und Hilfen zur Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen bzw. Angehörigen gegeben	56,3	43,8	0,0	0,0
Hinweise und Hilfen zur Verbesserung des Zugangs zur Zielgruppe gegeben	43,8	43,8	12,5	0,0
Hinweise und Hilfen zum Aufbau eines qualifizierten ambulanten Angebots für Pathologische GlücksspielerInnen bzw. Angehörige gegeben	62,5	18,8	12,5	6,3
<b>Ich fand ...</b>				
den Inhalt der Schulungen angemessen	56,3	43,8	0,0	0,0
die Organisation der Treffen gelungen	56,3	43,8	0,0	0,0
die Anzahl der Treffen angemessen	50,0	43,8	6,3	0,0
die Zeiträume zwischen den Treffen angemessen	50,0	37,5	12,5	0,0

1 = trifft voll zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft eher nicht zu, 4 = trifft nicht zu

Für alle MitarbeiterInnen traf (völlig bzw. eher) zu, dass im Rahmen der Fortbildung sowohl die *Vermittlung fundierter Grundkenntnisse zur Beratungsarbeit* als auch die *Lieferung von Informationen zu rechtlichen Rahmenbedingungen* sowie *praktische Hinweise und Hilfen zur Arbeit mit der Zielgruppe* realisiert wurden. „Lediglich“ für einzelne ModellmitarbeiterInnen waren die Aussagen, dass die Fortbildung *Hinweise und Hilfen zur Verbesserung des Zugangs* bzw. *zum Aufbau eines qualifizierten Angebots für die Zielgruppe* gegeben hatte, eher bzw. nicht zutreffend. Die Antwortverteilung weist nachdrücklich auf die hohe Relevanz der durchgeführten Fortbildungen für die Arbeit der ModellmitarbeiterInnen hin.

(Fast) alle MitarbeiterInnen schätzten *Inhalt und Organisation* der Treffen als angemessen ein. Gleiches galt für die Häufigkeit und die Frequenz der Schulungen, die *Zeiträume zwischen den Treffen* wurden ebenfalls als angemessen beurteilt.

Die ModellmitarbeiterInnen wurden explizit nach den *Stärken* und *Schwächen* der Fortbildung gefragt. Es wurden zahlreiche *Stärken* formuliert, die zusammenfassend nachfolgende Themenbereiche umfassten: Die Wissensvermittlung durch gute und erfahrene ReferentInnen wurde genauso hervorgehoben wie die praxisnahe und anschauliche Präsentation der Themen. Darüber hinaus wurde die thematische Vielfalt rund um das Thema Glücksspielsucht als weitere *Stärke* benannt.

Neben der Vermittlung von Wissen war für viele ModellmitarbeiterInnen der intensive Austausch mit den KollegInnen – sowohl während der Fortbildungsveranstaltungen als auch im Rahmen von regionalen Arbeitsgruppen – besonders wichtig. Die Möglichkeit des mehrtägigen intensiven Arbeitens sowie die „angenehme und produktive“ Arbeitsatmosphäre werden als weitere *Stärken* der Fortbildung genannt.

*Schwächen* der Fortbildung wurden nur vereinzelt formuliert: Einzelne Befragte fanden, dass in den Vorträgen von zwei ReferentInnen nur „wenig Neues“ vorgestellt wurde, an-

dere vermissten den Praxisbezug oder monierten, dass „manche Themen zu kurz kamen“ bzw. „teilweise sehr viel Gruppenarbeit“ angeboten wurde.

Im Gesamturteil wird die Fortbildung im Modellprojekt **insgesamt** von 14 ModellmitarbeiterInnen als gut und von zwei Personen als sehr gut bewertet.

#### *Veränderungen fachlicher Einschätzungen von MitarbeiterInnen im Verlauf*

Eine bedeutsame – oft jedoch vernachlässigte – Rolle spielen mit Blick auf den Erfolg personengebundener Dienstleistungen die Einstellungen und Haltungen der MitarbeiterInnen. Dies gilt vor allem dann, wenn die nosologische und störungsbezogene Einordnung einer Störung/Krankheit noch nicht abschließend geklärt ist und hinsichtlich der epidemiologischen und versorgungsbezogenen Relevanz noch offene Fragen bestehen.

Im Rahmen der Evaluation wurden die ModellmitarbeiterInnen deshalb sowohl zu Beginn ihrer Tätigkeit im Modellprojekt als auch gegen Ende gebeten, Aussagen zu ausgewählten Merkmalen von Pathologischen GlücksspielerInnen zu machen. Als Referenzgröße dienten dabei die Gruppe von Personen mit substanzbezogenen Störungen. Zudem wurden wiederholt Sichtweisen zum Krankheitskonzept erfragt. Es kann angenommen werden, dass neben der erweiterten Erfahrung, die die MitarbeiterInnen im Rahmen des Modellprojekts mit ihren KlientInnen gemacht haben, die Fortbildungsmaßnahmen auf Klientenbild und Krankheitskonzept eingewirkt haben<sup>7</sup>.

Tab. 11 zeigt die Aussagen zu den Merkmalen von Pathologischen GlücksspielerInnen zu den beiden Befragungszeitpunkten.

---

<sup>7</sup> Da es um die Beschreibung der Haltung zu bestimmen Aussagen sowie um mögliche Veränderungen im Modellverlauf geht, wurden in diese Auswertung nur die Antworten der ModellmitarbeiterInnen einbezogen, die zu beiden Erhebungszeitpunkten an der Befragung teilgenommen haben.

Tab. 11: Bewertung von Aussagen zu Pathologischen GlücksspielerInnen („Spieler“) – zu Modellbeginn und -ende (Angaben in %)

	Anfang 2008			Mitte 2010		
	trifft völlig/eher zu	trifft (eher) nicht zu	weiß nicht	trifft völlig/eher zu	trifft (eher) nicht zu	weiß nicht
Der Aufbau einer Behandlungsmotivation ist bei „Spielern“ schwerer zu erreichen als bei anderen Suchtkranken. (N = 13/13)	61,5	30,8	7,7	23,1	69,2	7,7
„Spieler“ brechen die Betreuung/ Behandlung häufiger ab als andere Suchtkranke. (N = 14/14)	50,0	35,7	14,3	71,4	21,4	7,1
Der Leidensdruck ist bei „Spielern“ instabiler als bei anderen Suchtkranken. (N = 14/14)	42,9	28,6	28,6	57,1	28,6	14,3
Das eigene Suchtverhalten ist für den „Spieler“ schwerer zu erkennen als für andere Suchtkranke (z.B. „Alkoholiker“). (N = 14/14)	42,9	42,9	14,3	57,1	35,7	7,1
Die Rückfallgefährdung ist bei „Spielern“ größer als bei anderen Suchtkranken. (N = 14/14)	21,4	64,3	14,3	28,6	57,1	14,3

Zunächst fällt auf, dass die Häufigkeit der Antwortkategorie „weiß nicht“ in der Wiederholungsbefragung abgenommen hat. Die Grundlagen für eine fachliche Einordnung der Zielgruppe haben sich folglich erweitert. Das Antwortverhalten hat sich zudem mit Blick auf die vorgegebenen Merkmale wie folgt verändert: In der Wiederholungsbefragung erwarten weniger Befragte Schwierigkeiten beim *Aufbau einer Behandlungsmotivation* bei Pathologischen GlücksspielerInnen im Vergleich zu anderen Suchtkranken als in der Erstbefragung (23,1 % vs. 61,5 %). Zudem gehen am Modellabschluss mehr MitarbeiterInnen davon aus, dass bei „SpielerInnen“ die *Abbrecherquote* höher ist als bei anderen Suchtkranken (71,4 % vs. 50,0 %). Dies kann im Zusammenhang damit gesehen werden, dass im Vergleich zur Erstbefragung die ModellmitarbeiterInnen häufiger von einer vergleichsweise *instabilen Leidensdruck* (57,1 % vs. 42,9 %) sowie einer *geringeren Einsicht in das eigene Suchtverhalten* (57,1 % vs. 42,9 %) bei Pathologischen GlücksspielerInnen ausgehen.

Die *Rückfallgefährdung* von Pathologischen GlücksspielerInnen wird hingegen von der Mehrzahl der Befragten (64,3 %) zu Beginn ihrer Arbeit nicht höher eingeschätzt als bei anderen Suchtkranken. Diese Einschätzung erweist sich auch in der Wiederholungsbefragung als vergleichsweise stabil (57,1 %).

Die ModellmitarbeiterInnen wurden außerdem gebeten, unterschiedliche Aspekte des Krankheitskonzepts des Pathologischen Glücksspiels zu beurteilen (vgl. Tab. 12).

Tab. 12: Sichtweisen zum Krankheitskonzept des „Pathologischen Glücksspiels“ (Angaben in %)

	Anfang 2008			Mitte 2010		
	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht
Pathologisches Glücksspiel ist eine Suchterkrankung (Abhängigkeit). (N = 14/13)	92,9	0,0	7,1	92,3	7,7	0,0
Pathologisches Glücksspiel ist häufig verknüpft mit einer narzisstischen Störung. (N = 14/12)	85,7	7,1	7,1	75,0	0,0	25,0
Beim Pathologischen Glücksspiel handelt es sich um ein eigenständiges Krankheitsbild. (N = 13/12)	69,2	7,7	23,1	75,0	25,0	0,0
Pathologisches Glücksspiel geht häufig einher mit einer Substanzabhängigkeit. (N = 13/13)	69,2	23,1	7,7	46,2	38,5	15,4
Bei Pathologischem Glücksspiel handelt es sich um eine schwere psychische Störung. (N = 13/13)	38,5	46,2	15,4	46,2	38,5	15,4
Pathologisches Glücksspiel ist eine psychosomatische Erkrankung. (N = 14/12)	28,6	42,9	28,6	25,0	66,7	8,3

Beide Befragungen der ModellmitarbeiterInnen zeigen, dass die o.g. offenen Fragen im Hinblick auf die nosologische bzw. störungsbezogene Einordnung des/der Erkrankung/Störung sich auch im Antwortverhalten der ModellmitarbeiterInnen zum Krankheitskonzept des Pathologischen Glücksspiels niederschlägt. Dies zeigt sich sowohl in der gleichzeitigen Einordnung der Störung als Suchterkrankung (92,9 %) und als eigenständiges Krankheitsbild (69,2 %) als auch in den unterschiedlichen Sichtweisen zur Schwere der Störung (38,5 % vs. 46,2 %) bzw. deren Einordnung als psychosomatische Erkrankung (28,6 % vs. 42,9 %) im Rahmen der Erstbefragung.

Diese Unterschiedlichkeit bzw. Unsicherheit findet sich in (leicht) modifizierter Ausprägung auch in der Wiederholungsbefragung. Die anteilig größte Veränderung zeigt sich bei der Frage der gemeinsamen Auftretenswahrscheinlichkeit von Pathologischem Glücksspiel und Substanzabhängigkeit: Der Anteil der „Zustimmer“ nimmt im Zeitverlauf deutlich ab (69,2 % vs. 46,2 %). Im Hinblick auf den Zusammenhang des Pathologischen Glücksspiels mit einer narzisstischen Störung sowie die Auftretenswahrscheinlichkeit mit einer Substanzabhängigkeit hat sich das Antwortverhalten der Kategorie „weiß nicht“ erhöht.

## 4 Ergebnisse der Evaluation

### 4.1 Infrastrukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen

Die Wirksamkeit eines Konzepts kann nicht losgelöst von der (Infra-)Struktur, in der es zur Anwendung kommt, gesehen und bewertet werden. Dies gilt mit Blick auf die Ziele des Modellprojekts vor allem im Hinblick auf die bestehende regionale Versorgungsstruktur für Pathologische GlücksspielerInnen sowie die konkreten Arbeits- und Angebotsstrukturen, die für die Umsetzung alltagsrelevant sind. Zu Beginn der Evaluation wurden deshalb die Ausgangs- und Rahmenbedingungen der Modellprojekte u.a. zu ausgewählten (Struktur-)Merkmale erhoben.

#### *Die Rahmenbedingungen der Beratungs- und Behandlungsstellen*

Die nachfolgende Übersicht (Tab. 13) informiert über infrastrukturelle Aspekte, die für die Beratungs- und Behandlungsstellen zu Beginn der Projektarbeit im Jahr 2008 charakteristisch waren.

Tab. 13: Verortung der Einrichtungen

Einrichtung	Gebietskörperschaft des Einzugsgebiets	EinwohnerInnen im Einzugsgebiet <sup>8</sup>	Charakter des Einzugsgebiets
EVA Stuttgart	Grundversorgung der Stadt Stuttgart, für Spielerprojekt: Stadt Stuttgart und Region	2.500.000	großstädtisch
Café Beispiellos	Berlin	3.400.000	großstädtisch
Beratungsstelle Potsdam	Potsdam Stadt	150.000	überwiegend städtisch
Behandlungszentrum Bremen-Nord	Teilstadtgebiet Bremen	100.000	überwiegend städtisch
Beratungsstelle Harburg	Hamburg-Harburg	200.000	großstädtisch
Zentrum für Suchthilfe Bad Homburg	Hochtaunuskreis - 13 Städte/Gemeinden	227.000	ländlich und (klein-)städtisch
Beratungsstelle Stralsund	Stralsund, östlicher Teil der Insel Rügen	80.000	überwiegend städtisch
Abhängigkeitsambulanz Hannover	Stadt Hannover	550.000	überwiegend städtisch
Fachstelle Osnabrück	Stadt und Landkreis Osnabrück	500.000	ländlich und (klein-)städtisch
Suchthilfezentrum Duisburg	Duisburg, Oberhausen, Mülheim, Moers	1.000.000	großstädtisch
Fachstelle Neustadt	kreisfreie Stadt Neustadt mit 9 eingegliederten Ortsbezirken (ca. 53.740 EinwohnerInnen) + Stadt Lambrecht und Verbandsgemeinde Lambrecht (14.150 E), Gemeinde Haßloch: 21.000 E	90.000	ländlich und (klein-)städtisch
Beratungszentrum Neunkirchen	Landkreis Neunkirchen	150.000	ländlich und (klein-)städtisch
Suchtberatungszentrum Chemnitz	kreisfreie Stadt Chemnitz	242.000	überwiegend städtisch
Suchtberatungsstelle Halle	Halle/S. und Saalekreis	450.000	großstädtisch
Suchthilfezentrum Schleswig	Kreis Schleswig-Flensburg	200.000	ländlich und (klein-)städtisch
Suchthilfezentrum Erfurt	Stadt Erfurt	190.000	überwiegend städtisch
Suchtberatungsstelle Heidelberg	Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis	680.000	überwiegend städtisch

Das Einzugsgebiet umfasst unterschiedliche *Gebietskörperschaften*: Bei einigen Einrichtungen wird eine Stadt, ein Stadtgebiet oder ein Landkreis genannt. Bei anderen Einrichtungen zählen mehrere Gebietskörperschaften zum Einzugsgebiet.

Die Einwohnerzahlen des jeweiligen Einzugsgebiets der Modellprojekte streuen - nach Angaben der Einrichtungen - zwischen 80.000 und 3.400.000 EinwohnerInnen. Bei neun Einrichtungen (52,9 %) liegt die Einwohnerzahl des Einzugsgebiets über 100.000 bis zu 500.000 EinwohnerInnen, bei fünf Einrichtungen (29,4 %) über 500.000 EinwohnerInnen. Damit korrespondiert die Beschreibung des Charakters des Einzugsgebiets: Jeweils

<sup>8</sup> Die Angaben sind auf das Jahr 2007 (Ausgangssituation) bezogen und teilweise gerundet.

rund 30 % beschreiben den Gebietscharakter mit „ländlich und (klein-)städtisch“ bzw. „großstädtisch“ und rund 40 % mit „überwiegend städtisch“.

Die *regionale Versorgungssituation* der Einrichtungen stellt sich zu Projektbeginn unterschiedlich dar (vgl. Tab. 14).

Tab. 14: Regionale Versorgungssituation

Einrichtung	weitere Beratungsstellen für Suchtkranke im Einzugsgebiet	weitere Beratungsstelle(n) mit spez. Angebot für PGS* im Einzugsgebiet
EVA Stuttgart	ja	nein
Café Beispiellos	ja	nein
Beratungsstelle Potsdam	nein	nein
Behandlungszentrum Bremen-Nord	nein	nein
Beratungsstelle Harburg	ja	nein
Zentrum für Suchthilfe Bad Homburg	nein	nein
Beratungsstelle Stralsund	nein	nein
Abhängigkeitsambulanz Hannover	ja	ja
Fachstelle Osnabrück	ja	ja
Suchthilfezentrum Duisburg	ja	ja
Fachstelle Neustadt	nein	nein
Beratungszentrum Neunkirchen	nein	nein
Suchtberatungszentrum Chemnitz	ja	ja
Suchtberatungsstelle Halle	ja	nein
Suchthilfezentrum Schleswig	ja	nein
Suchthilfezentrum Erfurt	ja	ja
Suchtberatungsstelle Heidelberg	ja	ja

\* PGS = Pathologische GlücksspielerInnen

Fast zwei Drittel der befragten Einrichtungen geben an, dass es weitere *Suchtberatungsstellen* im Einzugsgebiet gibt. Elf der befragten Modelleinrichtungen (64,7 %) sind die einzigen spezialisierten Anlaufstellen für Pathologische GlücksspielerInnen in ihrer Region. Vier Einrichtungen geben an, dass es in der Region eine *weitere Beratungsstelle mit einem spezialisierten Angebot* für die Zielgruppe gibt.

#### *Personalausstattung der Grundeinrichtung*

Den Größenunterschied zwischen den befragten Einrichtungen macht die Anzahl der hauptamtlich Beschäftigten, die in Beratung und Therapie tätig sind, deutlich:

Tab. 15: Anzahl der hauptamtlich Beschäftigten

Anzahl der hauptamtlich Beschäftigten	abs.	in %
3 – 4	4	25,0
5 – 10	9	56,3
11 – 16	3	18,7
Gesamt	16	100,0

In den Einrichtungen arbeiteten zwischen drei und 16 hauptamtlich Beschäftigte. Gut die Hälfte der Einrichtungen (56,3 %) beschäftigt zwischen fünf und zehn hauptamtliche Fachkräfte in Beratung und Therapie. Die große Mehrzahl der Beschäftigten sind SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen, ein deutlich geringerer Anteil entfällt auf PädagogInnen u.a. bzw. PsychologInnen. Für rund die Hälfte der Fachkräfte wird eine durch die Deutsche Rentenversicherung anerkannte suchtspezifische Zusatzausbildung dokumentiert, für ein Drittel andere suchtspezifische Zusatzausbildungen oder weitere (Zusatz-)Qualifikationen<sup>9</sup>. Supervision wird in allen 17 Einrichtungen regelhaft durchgeführt.

#### Erfahrungen mit Pathologischen GlücksspielerInnen

Alle Einrichtungen geben an, bereits vor Beginn des Modellprojekts Angebote (auch) für Pathologische GlücksspielerInnen vorgehalten zu haben. Die nachfolgende Tab. 16 gibt einen Überblick über diese Angebote.

Tab. 16: Art des Angebots für PGS\* – differenziert nach Regelangebot bzw. glücksspiel-spezifischem Angebot

	im Regelangebot		als glücksspiel-spezifisches Angebot		sowohl als auch	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Einzelgespräche (n = 17)	11	64,7	2	11,8	4	23,5
Gruppengespräche (n = 11)	6	54,5	1	9,1	4	36,4
Krisenintervention (n = 16)	11	68,8	1	6,3	4	25,0
Schuldnerberatung (n = 4)	3	75,0	0	0,0	1	25,0
ambulante Rehabilitation (n = 7)	3	42,9	1	14,3	3	42,9
Vermittlung in Anschlussmaßnahmen (n = 16)	10	62,5	1	6,3	5	31,3
Angehörigenarbeit/Familiengespräche (n = 16)	10	62,5	1	6,3	5	31,3
Sonstiges (n = 10)	5	50,0	1	10,0	4	40,0

\* PGS = Pathologische GlücksspielerInnen

Die Antwortverteilung verdeutlicht, dass zwar auch vor Beginn des Modellprojekts Pathologische GlücksspielerInnen in den Einrichtungen beraten/betreut werden konnten, diese Angebote aber in der Mehrzahl der Einrichtungen nicht glücksspielspezifisch ausgerichtet waren. KlientInnen und ihre Angehörigen konnten bspw. in allen Einrichtungen in einem Einzelgespräch beraten werden, Informationen erhalten und in Anschlussmaß-

<sup>9</sup> Die Deutsche Suchthilfestatistik aus dem Jahr 2007 berichtet bei den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen in Deutschland durchschnittlich von 6,16 Mitarbeiterstellen.



nahmen weitervermittelt werden. Demgegenüber fiel der Anteil der Einrichtungen mit einem ambulanten Rehabilitationsangebot für die Zielgruppe deutlich geringer aus.

Die Vorerfahrungen bzgl. der Betreuung von Pathologischen GlücksspielerInnen in den Einrichtungen werden auch durch die Anzahl der im Jahr 2006 in den Einrichtungen betreuten Pathologischen GlücksspielerInnen deutlich: Während sechs Einrichtungen lediglich drei, acht bzw. 13 betreute Pathologische GlücksspielerInnen angaben, gab es auch drei Einrichtungen mit deutlich höheren Klientenzahlen (60 bzw. 79 bzw. 269 Pathologische GlücksspielerInnen). Die Varianz in der Anzahl betreuter Pathologischer GlücksspielerInnen verdeutlicht, dass die Erfahrungen in der Beratung/Betreuung der Zielgruppe des Modellprojekts in den beteiligten Grundeinrichtungen (sehr) unterschiedlich waren.

Über die Finanzierung der Einrichtungen vor Beginn des Modellprojekts informiert Tab. 17.

Tab. 17: *Finanzierung des Angebots für Pathologische GlücksspielerInnen (Mehrfachnennungen möglich; N = 17)*

	abs.	in %
Regelfinanzierung	14	82,4
Mittel der Deutschen Rentenversicherung	6	35,3
spezielle Projektförderung	1	5,9
Sonstiges	3	17,6
Gesamt	24	141,2

Weit überwiegend war die Arbeit der einbezogenen Beratungsstellen mit der Zielgruppe Teil der Regelfinanzierung. Sechs Beratungsstellen erhielten zudem Mittel der Deutschen Rentenversicherung.

#### *Regionale(s) Versorgungssituation und Glücksspielangebot*

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung zu Beginn des Modellprojekts wurden auch Fragen zur Situation des regionalen Glücksspielangebots gestellt. Die befragten Beratungs- und Behandlungsstellen gaben mehrheitlich an, dass sich in ihrem Einzugsgebiet Casinos befinden (82,4 %) und ein gehäuftes Aufkommen an Geldspielautomaten konstatiert werden kann (52,9 %).

Die MitarbeiterInnen haben die (ambulante) *Versorgungssituation von Pathologischen GlücksspielerInnen* im Einzugsgebiet ihrer Einrichtung zu Beginn des Modellprojekts übergreifend wie folgt eingeschätzt: Während knapp ein Drittel der Befragten die Versorgungssituation als „gut“ einstuft, schätzt ein weiteres Drittel sie als „befriedigend bzw. ausreichend“ und etwas mehr als ein Drittel als „mangelhaft/ungenügend“ ein (vgl. *im Anhang* Tab. A 9). Eine differenzierte Bewertung des regionalen Angebots für Pathologische GlücksspielerInnen zeigt Tab. 18.

Tab. 18: Bewertung des bestehenden regionalen Angebots für PGS hinsichtlich verschiedener Aspekte (N = 15)

	(sehr) gut		befriedigend/ ausreichend		mangelhaft/ ungenügend	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zu ambulanten Hilfen	6	40,0	1	6,7	8	53,3
glücksspielspezifische Diagnostik und Indikationsstellung	6	40,0	5	33,3	4	26,7
glücksspielspezifische Qualifikation der Fachkräfte	4	26,7	4	26,7	7	46,7
Differenzierungsgrad des Angebots (z.B. Einzel- bzw. Gruppenangebot, Angehörigenarbeit, ambulante Rehabilitation, Schuldenmanagement)	4	26,7	6	40,0	5	33,3
Grad der Vernetzung (z.B. Fachkliniken, niedergelassene ÄrztInnen, Krankenhäuser, Arbeitsagenturen)	4	26,7	5	33,3	6	40,0
Stand der Zusammenarbeit mit SpielhallenbesitzerInnen, Casinos u.s.w.	1	6,7	2	13,3	12	80,0

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

\* PGS = Pathologische GlücksspielerInnen

Auch wenn die Zugangsmöglichkeiten zu ambulanten Hilfen und die Diagnostik und Indikationsstellung von einigen MitarbeiterInnen für das eigene Einzugsgebiet als (sehr) gut beurteilt werden, bestehen für die Mehrzahl der Regionen – aus Sicht der MitarbeiterInnen – erhebliche Entwicklungspotenziale bei der Versorgung von Pathologischen GlücksspielerInnen. Zwar sind im Grundsatz Angebote für Pathologische GlücksspielerInnen in Suchtberatungsstellen vorhanden, die glücksspielspezifische Qualifikation der Fachkräfte, der Differenzierungsgrad des Angebots sowie die Vernetzung der Hilfen untereinander weisen jedoch erhebliche Verbesserungspotenziale auf.

#### 4.2 Tätigkeitsbereiche der ModellmitarbeiterInnen im Überblick

Die Konzeption zum Modellprojekt sieht für die Modellprojekte und ModellmitarbeiterInnen verschiedene Aufgabenfelder vor. Neben den Kernaufgaben der Erreichung und Frühintervention von bzw. bei Pathologischen GlücksspielerInnen und deren Angehörigen sind u.a. vorgesehen: Kooperation und Vernetzung mit Angeboten aus dem medizinischen und/oder psychosozialen Bereich, Zusammenarbeit mit und Initiierung von Selbsthilfegruppen sowie Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

Um das Tätigkeitsspektrum der ModellmitarbeiterInnen zu erfassen, wurden diese im Rahmen der Abschlussbefragung gebeten, einzuschätzen, wie sich ihre derzeitige Tätigkeit auf die verschiedenen Arbeitsbereiche im Rahmen einer „normalen“ Arbeitswoche verteilt. Bildet man aus den Angaben der ModellmitarbeiterInnen zur prozentualen Verteilung ihrer Tätigkeiten Durchschnittswerte für die einzelnen Bereiche, so zeigt sich, dass der Schwerpunkt der Tätigkeiten erwartungsgemäß auf der Beratung von Pathologischen GlücksspielerInnen liegt (vgl. Tab. 19). Des Weiteren zeigen sich deutlich unterschiedlich ausgeprägte Profile, wie der Blick auf die jeweils minimal angegebenen Anteile und die jeweils maximalen Nennungen zeigt.

Tab. 19: Verteilung der Tätigkeit als ModellmitarbeiterIn auf definierte Arbeitsbereiche in einer Arbeitswoche (Angaben in %)

	min	max	Ø
Beratung von Pathologischen/problematischen GlücksspielerInnen (N = 17)	25	80	47,2
Behandlungsvorbereitung (N = 14)	5	29	13,9
Beratung von Angehörigen/Bezugspersonen (N = 16)	1	30	9,7
Aufbau von/Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (N = 14)	1	20	7,5
Kooperation und Vernetzung mit anderen psychosozialen Diensten, Einrichtungen etc. (N = 17)	1	20	8,7
Informations-/Aufklärungs-/Öffentlichkeitsarbeit (N = 17)	3	30	11,3
Kontakt und Zusammenarbeit mit Glücksspielanbietern (N = 6)	1	10	4,3
Sonstiges (N = 7) (z.B. Dokumentation)	1	30	

Mit insgesamt rund 70,8 % entfällt auf die Beratung von problematischen und/oder Pathologischen GlücksspielerInnen (47,2 %) inkl. der Vorbereitung (Ø 13,9 %) und die Beratung von deren Angehörigen (9,7 %) im Mittel über zwei Drittel der Arbeitszeit auf direkt klientenbezogene Aufgaben. Es zeigen sich allerdings deutliche Spannen: Auf die Beratung von selbst betroffenen KlientInnen entfallen z.T. lediglich 25 % bis hin zu 80 % aller Tätigkeiten, für die Beratung von Angehörigen werden zwischen 1 % und 30 % der Tätigkeiten angegeben. Auf Informations-/Aufklärungs-/Öffentlichkeitsarbeit entfallen im Mittel 11,3 % der Arbeitszeit (min. 3 % bis max. 30 %).

Die vernetzungsorientierten Aspekte sind konzeptionsseitig vorgesehen, um einerseits die Sensibilität für die Problematik im psychosozialen Feld zu steigern und andererseits bzw. dadurch vermehrt KlientInnen zu erreichen, ggf. früher als bisher. Gleichwohl zeigen die Ergebnisse, dass vernetzungsbezogene Aufgaben eher weniger im Fokus standen: Im Mittel wurden 8,7 % der Arbeitszeit für Vernetzung mit anderen Diensten aufgewendet, 7,5 % für den Aufbau von Selbsthilfegruppen und den Kontakt mit Selbsthilfe sowie mit lediglich im Mittel 4,3 % am wenigsten für den Kontakt mit Glücksspielanbietern.

Auch wenn man die Ergebnisse differenziert nach „erfahrenen“ (N = 4) und „neuen“ (N = 12) Angeboten betrachtet, so zeigen sich in den meisten Tätigkeitsbereichen keine nennenswerten Unterschiede. Die ModellmitarbeiterInnen der „erfahrenen“ Einrichtungen wenden tendenziell mehr Anteile ihrer Arbeitszeit für Kooperation und Vernetzung auf.

#### 4.3 Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Akquisition

Im Rahmen des Modellprojekts sollten durch eine verbesserte Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit Pathologische GlücksspielerInnen besser erreicht werden. Dabei sollten u.a. die (Fach-)Öffentlichkeit im Versorgungsgebiet für die Thematik Glücksspielsucht sensibilisiert, das eigene Angebot bekannt gemacht und (potenzielle) KlientInnen informiert und für eine Beratung gewonnen werden. Zudem sollte die Vernetzung des Arbeitsfelds (weiter-)entwickelt werden.

Bezogen auf die *Ausgangssituation* lässt sich festhalten, dass eine spezifische Öffentlichkeitsarbeit für Pathologische GlücksspielerInnen vor Beginn des Modellprojekts sieben

Einrichtungen (41,2 %) gemacht haben. Dabei wurden hauptsächlich Flyer eingesetzt, Zeitungsartikel veröffentlicht und/oder Informationsveranstaltungen durchgeführt.

Zehn von 17 Einrichtungen (58,8 %) waren in regionalen und/oder überregionalen Arbeitsgruppen/Gremien zum Thema „Pathologisches Glücksspiel“ vertreten und gut die Hälfte der Einrichtungen gibt an, vereinzelt Kooperationsabsprachen mit anderen Einrichtungen getroffen zu haben. Diese Absprachen beziehen sich beispielsweise auf die Vermittlung von KlientInnen an Schuldnerberatungsstellen oder in stationäre bzw. ambulante Rehabilitationsangebote.

Im Rahmen der Evaluation wurden die modellprojektbezogenen Aktivitäten und Maßnahmen im Bereich (Fach-)Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung quartalsbezogen mit einem eigenen Dokumentationsinstrument erfasst. Nachfolgend werden die Ergebnisse bezogen auf die gesamte Modellphase dargestellt. Verknüpft werden sie dabei mit den Ergebnissen der Interviews, die zum Abschluss des Modellprojekts zu ausgewählten Dimensionen mit den ModellmitarbeiterInnen und Projektträgern durchgeführt wurden. Da die Analyse der Antworten der beiden befragten Gruppen eine weitgehende Übereinstimmung der Erfahrungen und Einschätzungen ergab, werden (Teil-)Ergebnisse – bereichsbezogen – zusammen dargestellt.

#### *Aktivitäten und Maßnahmen im Bereich (Fach-)Öffentlichkeitsarbeit*

Tab. 20 zeigt die dokumentierten Aktivitäten und Maßnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit im Überblick.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Einige ModellmitarbeiterInnen bzw. TrägervertreterInnen wiesen darauf hin, dass neben den dokumentierten Maßnahmen noch weitere Aktivitäten im Bereich Öffentlichkeitsarbeit - beispielsweise durch die Einrichtungsleitung - durchgeführt wurden, die nicht immer vollständig in der Dokumentation festgehalten wurden.

Tab. 20: Dokumentation aller Aktivitäten und Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit (N = 17)

Aktivitäten und Maßnahmen	abs.	in %
Herstellung eines eigenen Flyers zum Angebot für Pathologische GlücksspielerInnen	37	3,2
Einsatz/Verteilung des eigenen Flyers (z.B. in Gremien, auf Veranstaltungen)	289	25,1
Bekanntmachung des Angebots in Gremien und Arbeitskreisen (persönliche Vorstellung)	144	12,5
Bekanntmachung des Angebots durch eine Briefaktion und/oder durch eine E-Mail-Aktion	98	8,5
persönliche Vorstellung des Angebots in anderen Einrichtungen und Diensten (z.B. Schuldnerberatung, ÄrztInnen)	200	17,4
Vorstellung des Angebots in Selbsthilfegruppen	43	3,7
Fachtagungen, Fort- und Weiterbildungen	15	1,3
Mitteilung/Informationen an die Presse (Pressemitteilung)	98	8,5
Veröffentlichung von Informationen zum Modellprojekt bzw. Angebot in der Presse/ im Radio	60	5,2
Veröffentlichung eines eigenen Artikels zum Thema Glücksspiel in der Presse	33	2,9
Platzierung von Informationen zum Angebot für Pathologische GlücksspielerInnen auf der eigenen Homepage	33	2,9
Kampagnen, Infotage, Infostände sowie weitere „mediale Aktionen“ (z.B. Plakaterstellung, Eintrag GoogleMaps)	21	1,8
Vorstellung des Angebots bei Spielhallenbetreibern und/oder Casinos	48	4,2
sonstige Aktivitäten und Maßnahmen	32	2,8
Gesamt	1.151	100,0

Dokumentiert wurden 1.151 Aktivitäten, wobei auf das einzelne Projekt im Modellverlauf rechnerisch durchschnittlich 68 Aktivitäten entfielen. Dabei haben die Projekte mit 500 Aktivitäten (43,4 %) mit einem bedeutsamen Anteil in der Fachöffentlichkeit gearbeitet. Auf Aktivitäten im öffentlichen Raum (z.B. Presse, Homepage) entfielen 25,5 % aller Maßnahmen. Schließlich standen 326 (28,3 %) Aktivitäten und Maßnahmen im Zusammenhang mit der Erstellung und Verteilung von Flyern. Relevante Unterschiede zwischen den in der Glücksspielerarbeit „erfahrenen“ und „neuen“ Projekten wurden lediglich beim Einsatz von Flyern (13,6% vs. 26,9 %) sowie im Hinblick auf die persönliche Vorstellung des Angebots in anderen Einrichtungen (22,0 % vs. 13,7 %) dokumentiert.

Die Aktivitäten und Maßnahmen erfolgten im Modellverlauf weitgehend kontinuierlich. Beispielsweise wurden die persönliche Vorstellung des Angebots in anderen Einrichtungen/Diensten sowie Mitteilungen an die Presse während der gesamten Modelllaufzeit durchgeführt. Lediglich bei der Erstellung der Flyer bzw. der Vorstellung des Angebots bei Spielhallenbetreibern und/oder Casinos liegt ein Schwergewicht der Aktivitäten in den ersten Monaten. Nach der Herstellung der eigenen Flyer zum Angebot für Pathologische GlücksspielerInnen wurden diese während der gesamten Modelllaufzeit kontinuierlich eingesetzt bzw. verteilt. Vor dem Hintergrund der Modellerfahrungen wird die *Wirksamkeit von Flyern* von den ProjektmitarbeiterInnen jedoch ambivalent bewertet: Die Flyer für das eigene Angebot werden lediglich als *ein* Element der Öffentlichkeitsarbeit betrachtet: Die Flyer tragen zur Präsenz des Angebots in der (Fach-)Öffentlichkeit bei und zur Verankerung des Wissens anderer Institutionen über das Angebot und die Erreichbarkeit des Modellprojekts. Für die direkte Erreichung von KlientInnen scheinen Flyer jedoch eher eine nachgeordnete Bedeutung zu haben.

Ein Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit lag auf persönlichen Vorstellungen des Projekts bzw. der ModellmitarbeiterInnen in *anderen Einrichtungen* (z.B. Schuldnerberatung, ÄrztInnen) (200 Nennungen), *Gremien bzw. Arbeitskreisen* (144 Nennungen) und *Selbsthilfegruppen* (43 Nennungen).

Im Modellverlauf waren die Modellprojekte zudem in der (lokalen) Presse bzw. der Öffentlichkeitsarbeit im Allgemeinen (z.B. Rundfunk, TV) verstärkt präsent, weil dieser „zielgruppenspezifischen“ Öffentlichkeitsarbeit besondere Bedeutung zukommt: Beispielsweise wird über einen merklichen Anstieg von Beratungsanfragen nach Erscheinen eines Zeitungsartikels über die Arbeit der Fachberatung bzw. die spezifischen Angebote für Pathologische GlücksspielerInnen berichtet. Beispielsweise wurden in einem Bundesland öffentlichkeitswirksame Aktionen an einem abgestimmten Termin parallel durchgeführt<sup>11</sup>, um mehr „Medienpräsenz“ zu erreichen und potenzielle KlientInnen und/oder ihre Angehörigen direkt über das Beratungsangebot zu informieren.

Dokumentiert wurden u.a. 48 *Kontakt(versuch)e zu Glücksspielanbietern*, darunter Lottoanbietern, Spielhallen und Spielbanken, die überwiegend in der Anfangsphase des Modellprojekts stattfanden. Die Modellerfahrungen zeigen, dass die Kontakt(versuch)e zu Anbietern z.T. schwierig waren: Insbesondere schriftliche Kontaktaufnahmen, Bitten um das Auslegen von Flyern oder Informationsmaterial zum Thema Glücksspielsucht verliefen häufiger erfolglos, die Anbieter reagierten nicht auf die Anfragen. Z.T. waren aber auch Besuche vor Ort wenig erfolgreich, insbesondere die Betreiber von Spielhallen zeigten wenig bzw. kein Interesse an der Thematik Glücksspielsucht bzw. an einem Austausch bzgl. einer möglichen Zusammenarbeit. Diese Erfahrungen korrespondieren mit Erfahrungen im Rahmen des hessischen Projekts.

Die Mehrheit der befragten MitarbeiterInnen und Projektträger berichtet, dass die *Öffentlichkeitsarbeit* die Einrichtung bzw. das spezifische Angebot bekannter gemacht habe. Die KlientInnen-Zahl habe im Modellverlauf stetig zugenommen und es konnte eine „Sensibilisierung der Öffentlichkeit“ erreicht werden. Beispielsweise ist nach Erfahrung der ModellmitarbeiterInnen ein Zusammenhang zwischen der Durchführung einer Aktion oder Maßnahme im Bereich Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Presseartikel) und der Zunahme von Klientenanfragen i.d.R. beobachtbar. Einige Befragte berichten, dass die – im Modellverlauf entstandene – (gute) Internetpräsenz des Angebots (ebenfalls) dazu beiträgt, den Bekanntheitsgrad zu verbessern und den Zugang zu erleichtern. Übereinstimmend wird darauf hingewiesen, dass es positive Auswirkungen auf die KlientInnen-Nachfrage hatte, dass die Öffentlichkeitsarbeit im Modellverlauf sowohl kontinuierlich erfolgen, als auch verschiedene Elemente wie z.B. Flyer, Presseberichte, „Internetauftritt“ entwickelt und genutzt werden konnten. Auch aus Trägersicht hat sich die Öffentlichkeitsarbeit positiv verbessert. In diesem Zusammenhang wird insbesondere ein ansprechender und informativer Internetauftritt der Einrichtung als sehr wichtig betrachtet, um beispielsweise auch jüngere (problematische) GlücksspielerInnen (früher) zu erreichen.

#### *Aktivitäten und Maßnahmen zur Vernetzung*

Alle Modellprojekte haben im Modellverlauf an *Arbeitskreisen oder Gremien* teilgenommen, die einen Bezug zum Thema Pathologisches Glücksspiel haben. Die Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Teilnahme sind u.a. darin begründet, dass auch FachkollegInnen an den Arbeitskreisen oder Gremien teilgenommen haben. In der fol-

---

<sup>11</sup> Als ein Beispiel aus Hessen soll der hessenweite Aktionstag der Fachberatungen für Glücksspielsucht „Heute schon gespielt?“ genannt werden.

genden Tab. 21 sind die verschiedenen Aktivitäten zur Vernetzung im Modellverlauf dargestellt.

Tab. 21: Dokumentation aller Aktivitäten und Maßnahmen zur Vernetzung (N = 17)

Aktivitäten und Maßnahmen	abs.	in %
Teilnahme an Arbeitskreisen und Gremien Pathologisches Glücksspiel	115	28,5
(einmalige oder wiederholte) Treffen mit anderen Einrichtungen und Diensten zur Verbesserung der Kooperation	140	34,7
(einmalige oder wiederholte) Treffen mit Selbsthilfegruppen	85	21,1
schriftliche Vereinbarungen mit anderen Einrichtungen und Diensten zur Kooperation	8	2,0
(einmalige oder wiederholte) Treffen mit Spielhallen- und/oder Casinobetreibern	21	5,2
sonstige Aktivitäten und Maßnahmen zur Vernetzung	34	8,4
Gesamt	403	100,0

Dokumentiert wurden insgesamt 403 Aktivitäten, wobei auf das einzelne Projekt im Modellverlauf durchschnittlich 24 Aktivitäten entfielen. Dabei haben die Projekte 115-mal (28,5 %) an Arbeitskreisen und Gremien, 140-mal (34,7 %) an einmaligen bzw. wiederholten Treffen mit anderen Einrichtungen und Diensten zur Verbesserung der Kooperation und 85-mal (21,1 %) an Treffen mit Selbsthilfegruppen teilgenommen. Schriftliche Vereinbarungen zur Kooperation wurden jedoch nur in acht Fällen getroffen. „Neue“ Projekte nahmen häufiger an Arbeitskreisen und Gremien teil (32,4 % vs. 22,2 %) als „erfahrene“ Projekte, jedoch seltener an Treffen mit Selbsthilfegruppen (15,2 % vs. 30,7 %).

Von den ModellmitarbeiterInnen wird die *Kooperation mit anderen Diensten und Einrichtungen* als ein wichtiges Element zur Erreichung von GlücksspielerInnen und zur Verbesserung der Zugänge bewertet. Deshalb haben die meisten ModellmitarbeiterInnen Kontakt zu Schuldnerberatungen, anderen Suchthilfeeinrichtungen und Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen (s.u.), seltener auch mit psychiatrischen Kliniken, Krankenhäusern oder Arztpraxen aufgenommen. Die persönliche Vorstellung des Angebots hat dieses in den Institutionen bekannt gemacht und – nach Einschätzung der MitarbeiterInnen – dazu beigetragen, dass zumindest teilweise mehr Betroffene an das Modellprojekt verwiesen wurden.

Einige Modellprojekte haben im Modellverlauf (angeleitete) Selbsthilfegruppen initiiert. Das Ziel, die Gruppenarbeit gänzlich in die Hand der Betroffenen zu legen, wurde jedoch nicht immer erreicht. Während der Modelllaufzeit konnten darüber hinaus der Austausch und die Vermittlung mit bereits bestehenden bzw. neu gegründeten „nicht angeleiteten“ Selbsthilfegruppen für selbstbetroffene (Pathologische) GlücksspielerInnen intensiviert werden. Diese Selbsthilfegruppen werden i.d.R. von ehemaligen – den Modellmitarbeiterinnen oftmals bekannten – GlücksspielerInnen oder von den Gamblern Anonymous organisiert. In einigen Regionen wurden außerdem angeleitete Angehörigengruppen aufgebaut bzw. geplant.

Mit Blick auf die Selbsthilfegruppen kann aus Sicht der Befragten festgehalten werden, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen den ModellmitarbeiterInnen und den SelbsthilfegruppenleiterInnen unterstützend wirken und zur Stabilisierung der Arbeit der Selbsthilfegruppen beitragen kann. Die Modell-Erfahrungen werden weit überwiegend als gut und positiv eingestuft. Vielfach konnten eine enge(re) Zusammenarbeit, ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch sowie die Vermittlung von KlientInnen erreicht werden. Der Umfang des Angebots an Selbsthilfegruppen für selbstbetroffene (Pathologische) Glücks-

spielerInnen sowie auch die Qualität der Zusammenarbeit konnten im Modellverlauf deutlich verbessert werden.

Die befragten ModellmitarbeiterInnen und Projektträger haben unterschiedliche Erfahrungen mit der *Vernetzung des Arbeitsfelds* gemacht. Einige berichten, dass es (zahlreiche) Vernetzungsbemühungen mit verschiedenen Angeboten gab, der Austausch bzw. die Vermittlung von KlientInnen aber wenig befriedigend war. Beispielsweise zeigten manche Kooperationspartner wenig Bereitschaft, sich kontinuierlich mit dem Modellprojekt auszutauschen.

Die Mehrzahl der Projekte hat jedoch positive Erfahrungen gemacht: Besonders zu Beginn der Modelllaufzeit wurde zu zahlreichen (potenziellen) Kooperationspartnern und Multiplikatoren (persönlich) Kontakt aufgenommen. Daraus entwickelten sich zahlreiche Kooperationen, die häufig als „gut und tragfähig“ eingestuft werden und zur Verbesserung der klientenbezogenen Zusammenarbeit beigetragen haben. Die verschiedenen Schritte zur Vernetzung des Arbeitsfelds werden als erfolgreich eingestuft, durch die praktizierten Kooperationen konnte zumindest teilweise eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Versorgungsbeteiligten erreicht werden.

Wie erwähnt konnten im Rahmen der Evaluation auch einige *Kooperationspartner* der Modellprojekte befragt werden. Sowohl ambulante (ca. 80 %) als auch stationäre Angebote haben sich an der Befragung beteiligt (N = 35). Als *Stärken* der Kooperation wurden von einigen Einrichtungen u.a. eine „besser abgestimmte Versorgung“ bzw. die Entwicklung der regionalen Vernetzung genannt. Auch der fachliche Austausch sowie die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit wurden hervorgehoben. Als *Schwachstellen* wurde von wenigen befragten Kooperationspartnern angegeben, dass der Austausch nicht immer „zeitnah“ erfolge bzw. Absprachen nicht immer eindeutig seien.

Von einer Verbesserung wurde insgesamt auch im Hinblick auf die Mitarbeit in Arbeitsgruppen bzw. Gremien zum Thema „Pathologisches Glücksspiel“ berichtet. Die Einrichtungen sind (seit Modellbeginn) kontinuierlich in regionalen – und teilweise überregionalen – Arbeitskreisen vertreten und so kann der Austausch mit FachkollegInnen regelmäßig(er) stattfinden.

Über verbindliche Absprachen zwischen dem Modellprojekt und anderen Einrichtungen und Diensten berichten zehn TrägervertreterInnen. Genannt werden verschiedene Kooperationspartner, am häufigsten Schuldnerberatungsstellen, Fachkliniken, ambulante Rehabilitationsangebote sowie Selbsthilfegruppen.

#### 4.4 Klientel des Modellprojekts

Wie in Kapitel 2 dargestellt wurden im Rahmen der Evaluation von FOGS verschiedene Erhebungen durchgeführt. U.a. wurden Anzahl und Charakteristika der erreichten KlientInnen dokumentiert. In diesem Abschnitt wird die Klientel detailliert dargestellt.

##### 4.4.1 Die Klientel

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Dokumentation von Daten im Modellprojekt erreichter gefährdeter oder Pathologischer GlücksspielerInnen beschrieben. Die Auswertung der anonymisierten Daten erfolgt als Grundauswertung über alle Einrichtungen dif-



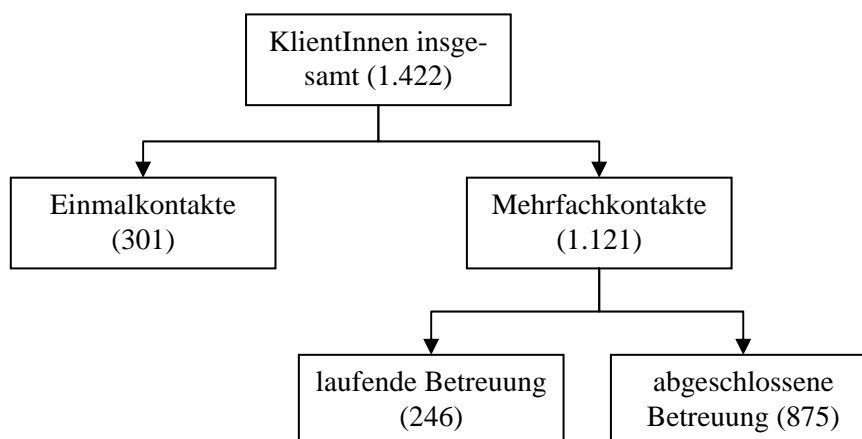
ferenziert nach Geschlecht. Die Ergebnisse informieren über die durch 17 Einrichtungen im Dokumentationszeitraum von Januar 2008 bis Juli 2010 betreuten KlientInnen<sup>12</sup>.

### *Anzahl und Verteilung der Dokumentationen*

Im Dokumentationszeitraum wurden von den ModellmitarbeiterInnen der beteiligten Einrichtungen die Daten von insgesamt 1.422 KlientInnen und 232 Angehörigen erfasst. Diese Angaben stellen die Grundlage für die nachfolgenden Analysen dar.

Die folgende Übersicht zeigt Anzahl und Art der zur Verfügung stehenden Dokumentationen: Von den insgesamt 1.422 Dokumentationen betreffen 301 (21,2 %) sog. Einmalkontakte<sup>13</sup>, auf die sog. Mehrfachkontakte<sup>14</sup> entfallen 1.121 (78,8 %) (Abb. 2).

Abb. 2: Verteilung nach Betreuungsart



Bei den Mehrfachkontakten können „abgeschlossene Betreuungen“ und sog. „laufende Betreuungen“<sup>15</sup> unterschieden werden<sup>16</sup>.

### *Rücklauf nach Kontaktart bzw. Geschlecht*

Im Überblick zeigt sich bei einer Differenzierung nach Einmal- bzw. Mehrfachkontakten (abgeschlossenen und laufenden) – einrichtungsbezogen – nachfolgende Verteilung (Tab. 22).

<sup>12</sup> Nicht zu allen Fragen liegen die Angaben vollständig vor, die jeweils gültigen N sind je Tabelle bzw. Abbildung angegeben.

<sup>13</sup> Fand nur *ein Kontakt* zum/zur KlientIn statt, so wurden lediglich wenige Kernmerkmale in der Dokumentation erhoben und es erfolgte eine Einstufung als *Einmalkontakt*.

<sup>14</sup> Gab es mindestens zwei Kontakte zum/zur KlientIn, wurde die gesamte Dokumentation bearbeitet und als *Mehrfachkontakt* bezeichnet.

<sup>15</sup> Da der Dokumentationszeitraum am 31. Juli 2010 endete, wurden alle Dokumentationen - auch wenn die Betreuung der KlientInnen noch nicht abgeschlossen war (sog. „laufende Betreuungen“) in die Auswertung einbezogen. Die Dokumentationen der „laufenden Betreuungen“ wurden – bis auf die Angaben zum „Betreuungsabschluss“ – vollständig ausgewertet.

<sup>16</sup> Die beiden Gruppen wurden hinsichtlich verschiedener soziodemografischer Merkmale verglichen. Die Analyse zeigte keine bedeutsamen Unterschiede, sodass die Darstellung der Ergebnisse zusammengefasst erfolgt

Tab. 22: Rücklauf nach Einrichtung und Kontaktart - gewichtet nach Häufigkeit (anonymisiert)

	Einmalkontakt		Mehrfachkontakte				Gesamt	
	abs.	in %	abgeschlossen		laufend		abs.	in %
			abs.	in %	abs.	in %		
Einrichtung 1	42	29,6	73	51,4	27	19,0	142	100,0
Einrichtung 2	44	31,7	68	48,9	27	19,4	139	100,0
Einrichtung 3	25	18,8	75	56,4	33	24,8	133	100,0
Einrichtung 4	21	17,6	80	67,2	18	15,1	119	100,0
Einrichtung 5	23	21,1	56	51,4	30	27,5	109	100,0
Einrichtung 6	23	24,7	56	60,2	14	15,1	93	100,0
Einrichtung 7	11	12,6	76	87,4	0 <sup>17</sup>	0,0	87	100,0
Einrichtung 8	27	32,1	46	54,8	11	13,1	84	100,0
Einrichtung 9	5	6,9	51	70,8	16	22,2	72	100,0
Einrichtung 10	11	17,2	53	82,8	0 <sup>18</sup>	0,0	64	100,0
Einrichtung 11	13	21,3	37	60,7	11	18,0	61	100,0
Einrichtung 12	12	20,0	39	65,0	9	15,0	60	100,0
Einrichtung 13	10	17,2	36	62,1	12	20,7	58	100,0
Einrichtung 14	3	5,2	44	75,9	11	19,0	58	100,0
Einrichtung 15	8	14,3	34	60,7	14	25,0	56	100,0
Einrichtung 16	19	37,3	25	49,0	7	13,7	51	100,0
Einrichtung 17	4	11,1	26	72,2	6	16,7	36	100,0
Gesamt	301	21,2	875	61,5	246	17,3	1.422	100,0

Die Einrichtungen berichten über 36 bis 142 Fälle im Dokumentationszeitraum. Im Einrichtungsvergleich zeigen sich größere Unterschiede bei den beiden Kontaktarten: Der Anteil der Einmalkontakte streut zwischen 5,2 % und 37,3 %, entsprechend liegt der Anteil der Mehrfachkontakte zwischen 94,8% und 62,7 %. Diese Streuung bei der Verteilung der Kontaktarten weist darauf hin, dass es Unterschiede u.a. bzgl. der Haltekraft der KlientInnen zwischen den Modellprojekten gibt.

Die Verteilung der vorliegenden Dokumentationen nach Geschlecht und Einrichtung (vgl. *im Anhang* Tab. A 12) zeigt, dass in allen Einrichtungen deutlich die Anteile der betreuten Männer überwiegen: Auf Männer entfällt insgesamt ein Anteil von 90,5 % an allen KlientInnen (Einmal- und Mehrfachkontakte), entsprechend liegt der Anteil der Frauen bei 9,5 %. Die Anteile der Männer liegen zwischen 83,6 % und 96,4 %, bei den Frauen streuen sie entsprechend zwischen 3,6 % und 17,9 %. Zwischen den beiden Kontaktarten sind die Anteile männlicher und weiblicher KlientInnen nahezu gleich verteilt.

<sup>17</sup> Gegen Ende des Dokumentationszeitraums hatte die Einrichtung ca. fünfzehn KlientInnen in „laufender Betreuung“. Diese Dokumentationen konnten aus technischen Gründen nicht in die Auswertung einbezogen werden.

<sup>18</sup> Die/der MitarbeiterIn schied gegen Ende des Dokumentationszeitraums aus der Betreuung aus dem Projekt aus und schickte die abgeschlossenen Dokumentationen zu.

## Alter

Die Altersverteilung weist eine große Spanne auf. Der älteste Mann ist 77, die älteste Frau 88 Jahre alt, der jüngste Mann ist 14 und die jüngste Frau 18 Jahre (vgl. *im Anhang* Tab. A 14). Das mittlere Alter für Männer betrug rund 37 Jahre, für Frauen rund 43 Jahre.

Tab. 23: Durchschnittliches Alter nach Kontaktart

	Einmalkontakt	Mehrfachkontakt	Gesamt
weiblich	43,0	42,8	42,8
männlich	34,8	37,7	37,1
Gesamt	35,5	38,2	37,6

Die Pathologischen Glücksspieler, die die Fachberatung nur einmal aufgesucht haben („Einmalkontakte“), sind mit durchschnittlich 34,8 Jahren etwa drei Jahre jünger als die KlientInnen, die die Einrichtungen mindestens zweimal in Anspruch genommen haben („Mehrfachkontakte“). Das durchschnittliche Alter der Frauen ist in beiden Vergleichsgruppen nahezu identisch ( $\bar{\varnothing}$  43,0 bzw.  $\bar{\varnothing}$  42,8 Jahre). In beiden Gruppen sind die Pathologischen Glücksspieler durchschnittlich einige Jahre jünger als die pathologischen Glücksspielerinnen. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass bei den Frauen die Altersgruppe „40 bis 49 Jahre alt“ anteilig am stärksten vertreten ist, bei den Männern sind das die 30 bis 39 Jahre alten Klienten (vgl. *im Anhang* Tab. A 15).

Die im Bundesmodellprojekt erreichten Männer sind mit durchschnittlich 37,1 Jahren in etwa gleich alt wie männliche Glücksspieler in den Landesprogrammen (Hessen: 37,2 Jahre; Niedersachsen: 35,4 Jahre). Unterschiede zeigen sich bei den Frauen: Während der Altersdurchschnitt im Bundesmodellprojekt bei 42,8 Jahren lag, wurden in Hessen eher ältere Frauen (45,5 Jahre) und in Niedersachsen eher jüngere Frauen (38,8 Jahre) erreicht.

Eine differenzierte Betrachtung der Alterverteilung verdeutlicht, dass auf jüngere KlientInnen (unter 25 Jahre alt) ein Anteil von rund 13 % entfällt. Die anteilig stärkste Gruppe sind die 30 bis 39 Jahre alten KlientInnen (31,4 %). In der Gruppe der „Einmalkontakte“ sind die jüngeren KlientInnen (unter 25 Jahre alt) mit 19 % deutlich häufiger vertreten als bei den „Mehrfachkontakten“ (11,2 %) (vgl. Tab. 24).

Tab. 24: Alter bei Betreuungsbeginn nach Altersgruppen und Kontaktart

Altersgruppen	Einmalkontakt		Mehrfachkontakt		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
bis 15 Jahre alt	2	0,7	0	0,0	2	0,1
16 bis 17 Jahre alt	2	0,7	6	0,5	8	0,6
18 bis 19 Jahre alt	11	3,7	36	3,2	47	3,3
20 bis 24 Jahre alt	42	14,2	84	7,5	126	8,9
25 bis 29 Jahre alt	43	14,5	146	13,1	189	13,4
30 bis 39 Jahre alt	94	31,8	349	31,3	443	31,4
40 bis 49 Jahre alt	72	24,3	314	28,1	386	27,3
50 bis 59 Jahre alt	17	5,7	136	12,2	153	10,8
60 Jahre alt und älter	13	4,4	45	4,0	58	4,1
Gesamt	296	100,0	1.116	100,0	1.412	100,0

Im Modellverlauf wurden insgesamt 108 KlientInnen wiederholt aufgenommen (vgl. Tab. 25). Dies entspricht einem Anteil von rund 8 % aller Neuaufnahmen im Modellzeitraum.

Tab. 25: Wiederaufnahme

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ja	12	8,9	96	7,5	108	7,6
nein	123	91,1	1.191	92,5	1.314	92,4
Gesamt	135	100,0	1.287	100,0	1.422	100,0

Der Anteil wiederholt aufgenommener Frauen liegt mit rund 9 % etwas höher als bei den Männern (vgl. *im Anhang* Tab. A 16).

### Vermittelnde Instanz

Auf welchen (Zugangs-)Wegen die KlientInnen in die Modelleinrichtungen gekommen sind, darüber informiert Tab. 26.

Tab. 26: Vermittelnde Instanz - sortiert nach Häufigkeit

Vermittelnde Instanz	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
keine Instanz/Selbstmelder	69	51,9	634	49,7	703	49,9
Familie, Freunde	23	17,3	283	22,2	306	21,7
andere Beratungsdienste	13	9,8	71	5,6	84	6,0
Krankenhaus	6	4,5	52	4,1	58	4,1
Justizbehörden/Bewährungshilfe	3	2,3	43	3,4	46	3,3
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	4	3,0	41	3,2	45	3,2
Arbeitsagentur o.ä.	3	2,3	23	1,8	26	1,8
Arbeitgeber/Betrieb, Schule	1	0,8	24	1,9	25	1,8
Medien	3	2,3	19	1,5	22	1,6
Abstinenz-/Selbsthilfegruppe	1	0,8	19	1,5	20	1,4
soziale Verwaltung	2	1,5	14	1,1	16	1,1
Spielbank/Spielhalle	1	0,8	6	0,5	7	0,5
ambulante Betreuung	1	0,8	5	0,4	6	0,4
Hotline (z.B. Helpline Glücksspielsucht Hamburg, BZgA)	1	0,8	4	0,3	5	0,4
sonstige vermittelnde Instanz	2	1,5	37	2,9	39	2,8
Gesamt	133	100,0	1.275	100,0	1.408	100,0

Die zahlenmäßig größte Gruppe entfällt auf „Selbstmelder“ bzw. „keine Vermittlung“, diese KlientInnen haben die Einrichtung aus eigener Motivation aufgesucht. Der Anteil der Frauen ist mit rund 52 % etwas höher als der der Männer (49,7 %). Die zweitgrößte Gruppe bildet für beide Geschlechter mit höheren Anteilen bei den Männern (22,2 % vs. 17,3 %) die Familie bzw. FreundInnen. Etwas häufiger werden noch andere Beratungsdienste (6,0 %) – hier ist der Anteil bei den Männern mit 5,6 % deutlich geringer als der bei den Frauen (9,8 %) – und Krankenhaus (4,1 %) genannt.

Auch wenn die Anteile der verschiedenen vermittelnden Instanzen teilweise gering ausfallen, gelangen die KlientInnen doch über zahlreiche Wege in die Einrichtung, ein Hinweis darauf, dass die Modelleinrichtungen bei einer Vielzahl von „Instanzen“ bekannt sind.

Die beiden Gruppen der einmal bzw. öfter in die Einrichtung gekommenen KlientInnen zeigen im Vergleich bezogen auf die vermittelnde Instanz keine bedeutsamen Unterschiede.

Wie dargestellt wurden die KlientInnen mit einem kurzen Fragebogen direkt befragt (vgl. Abschnitt 2.4). Auf das *Angebot der Beratungsstelle aufmerksam* geworden sind ein Viertel der KlientInnen über das Internet, 16,1 % über Familienangehörige und/oder 13,0 % über Freunde oder Bekannte. Auf Informationen der Beratungsstelle (z.B. Flyer) entfallen 15,4 %, und 13,5 % der KlientInnen sind über eine andere Beratungsstelle auf das Angebot aufmerksam geworden (vgl. *Anhang* Tab. A 13). Diese Verteilung verdeutlicht, dass es für die KlientInnen unterschiedliche „Quellen“ geben kann, um auf ein (Beratungs-)Angebot aufmerksam zu werden.

### Verteilung nach Spielform

Über die verschiedenen Spielformen informiert Tab. 27, insgesamt liegen 1.691 Nennungen über 1.319 Personen vor.

Tab. 27: *Dokumentierte Spielformen<sup>19</sup> - differenziert nach Einmal- bzw. Mehrfachkontakt (Mehrfachnennungen möglich)*

	Einmalkontakt (N = 240)		Mehrfachkontakte (N = 1.079)		Gesamt (N = 1.319)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben	206	85,8	939	87,0	1.145	86,8
Kleines Spiel der Spielbank (Glücksspielautomaten)	26	10,8	115	10,7	141	10,7
Großes Spiel der Spielbank (Roulette, Black Jack u.a.)	20	8,3	80	7,4	100	7,6
Lotto/Lotterien (u.a. Lotto „6 aus 49“, Keno, Quicky, Rubbel-, Klassen-, Fernsehlotterien)	1	0,4	24	2,2	25	1,9
Sportwetten (u.a. Oddset, Toto, Pferdewetten, Wetten in privaten Wettbüros)	15	6,3	100	9,3	115	8,7
Glücksspiel im Internet (u.a. Pokern, Online-Casino, Roulette)	17	7,1	84	7,8	101	7,7
illegales Glücksspiel (u.a. „Pokern im Hinterzimmer“)	9	3,8	33	3,1	42	3,2
andere Spielformen	3	1,3	19	1,8	22	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>297</b>	<b>123,8</b>	<b>1.394</b>	<b>129,2</b>	<b>1.691</b>	<b>128,2</b>

Die an erster Stelle genannte Spielform betrifft mit 86,8 % Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben. In einer multizentrischen deskriptiven Studie (vgl. Denzer u.a. 1996) werden vergleichbare Ergebnisse berichtet. Der Anteil der KlientInnen mit Pathologischem Spielverhalten in Bezug auf Geldspielautomaten liegt in den ambulanten Beratungs- und/oder Behandlungsstellen bei 72,8 % (vgl. Meyer 2010). In Niedersachsen entfallen im Jahr 2009 auf die Spielformen „Geldspielautomaten in Spielhallen“

<sup>19</sup> Für 73 Personen (8 Frauen und 65 Männer) war im Rahmen des Einmalkontakts keine Aussage zum Glücksspielverhalten möglich.

anteilig 87,2 % und/oder auf „Geldspielautomaten in der Gastronomie“ 9,2 % (vgl. FOGS 2010).

Bei den Spielformen im Bundesmodellprojekt folgen mit großem Abstand das Kleine Spiel der Spielbank (10,7 %) und das Große Spiel (7,6 %). Weiterhin wurden Sportwetten (8,7 %) und Glücksspiel im Internet (7,7 %) etwas häufiger angegeben. Die Anteile der verschiedenen Spielformen sind bei den beiden „Kontaktarten“ in etwa gleich verteilt.

Für die große Mehrzahl der KlientInnen (80 %) wird lediglich *eine* Spielform dokumentiert, für 14,2 % liegen zwei, für 4,3 % drei Spielformen vor und für 1,2 % mehr als drei Spielformen.

### *Vereinbarte Maßnahmen*

Im Rahmen des ersten Kontakts zwischen den ModellmitarbeiterInnen und den KlientInnen wurden i.d.R. Maßnahmen vereinbart (vgl. Tab. 28).

Tab. 28: *Vereinbarte Maßnahmen im Rahmen des ersten Kontakts (Mehrfachnennungen möglich)*

	Einmalkontakte (N = 277)		Mehrfachkontakte (N = 1.093)		Gesamt (N = 1.370)	
Vereinbarung eines Zweitkontakts	198	71,5	993	90,9	1.191	86,9
Vereinbarung weiterer Schritte	54	19,5	401	36,7	455	33,2
Vermittlung in andere Maßnahme	49	17,7	168	15,4	217	15,8
Sonstiges	65	23,5	103	9,4	168	12,3
Gesamt	366	132,1	1.665	152,3	2.031	148,2

Für insgesamt 1.370 Personen (1.237 Männer und 133 Frauen) wurden im Rahmen des ersten Kontakts Maßnahmen festgehalten, wobei erwartungsgemäß die Vereinbarung eines zweiten Kontakts mit 87 % und/oder Vereinbarung weiterer Schritte mit 33 % am häufigsten genannt werden. Ein Gruppenvergleich verdeutlicht: Der Anteil derjenigen KlientInnen, mit denen ein Zweitkontakt bzw. weitere Schritte vereinbart wurden, ist bei der Gruppe mit Mehrfachkontakten deutlich höher. Bei 15,8 % der Maßnahmen handelt es sich um Vermittlungen in Angebote und Hilfen. Einen Überblick hierzu liefert Tab. 29.

Tab. 29: Vereinbarte Vermittlung im Rahmen des Erstkontakts

Maßnahme	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Spielergruppe/Selbsthilfegruppe	9	50,0	76	40,0	85	40,9
stationäre Rehabilitation	1	5,6	40	21,1	41	19,7
ambulante Rehabilitation	1	5,6	23	12,1	24	11,5
Beratungsstelle	2	11,1	7	3,7	9	4,3
ambulante (Psycho-)Therapie	2	11,1	14	7,4	16	7,7
Schuldnerberatung/-regulierung	1	5,6	8	4,3	9	4,3
Sonstiges	1	11,2	22	11,6	24	11,6
Gesamt	18	100,0	190	100,0	208	100,0

Die meisten Vermittlungen aus dem Erstkontakt heraus zielen auf Spielergruppen/Selbsthilfegruppen, gefolgt von stationären (19,7 %) und ambulanten (11,5 %) Maßnahmen der Rehabilitation.

Für einen Teil der KlientInnen mit nur einem Kontakt (Einmalkontakt) kann festgehalten werden, dass im ersten Kontakt der/die KlientIn durch die ModellmitarbeiterIn entweder in eine andere Maßnahme vermittelt oder eine sonstige Maßnahme vereinbart wurde, sodass eine weitere Beratung/Betreuung im Modellprojekt nicht angezeigt war. Zudem müssen Einmalkontakte auch im Zusammenhang mit der frühinterventiven Ausrichtung des Angebots gesehen werden. Auch wenn aus dem ersten Kontakt nicht unmittelbar weitere Beratungskontakte folgten, haben die KlientInnen die Angebote der Modellprojekte kennengelernt und werden sich „bei Bedarf“ ggf. wieder melden.

#### 4.4.2 KlientInnen mit Mehrfachkontakten

Im nachfolgenden Abschnitt werden jene KlientInnen näher beschrieben, die mindestens zwei Kontakte in Anspruch genommen haben („Mehrfachkontakte“). Da sich zwischen „abgeschlossenen Mehrfachkontakten“ und noch „laufenden Mehrfachkontakten“ hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale keine bedeutsamen Unterschiede zeigten, werden diese beiden Gruppen zusammenfassend dargestellt.

##### *Soziodemografische Merkmale*

Für insgesamt 106 Frauen (9,5 %) und 1.010 Männer (90,5 %) wurden Mehrfachkontakte dokumentiert. Das *durchschnittliche Alter* lag bei den Frauen bei rund 43 Jahren und bei den Männern bei rund 38 Jahren.

Die folgende Tab. 30 zeigt die Verteilung bezogen auf den *Familienstand*.

Tab. 30: Familienstand

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ledig	42	40,8	526	53,7	568	52,5
verheiratet, zusammenlebend	27	26,2	252	25,7	279	25,8
verheiratet, getrennt lebend	10	9,7	88	9,0	98	9,1
geschieden	20	19,4	108	11,0	128	11,8
verwitwet	4	3,9	5	0,5	9	0,8
Gesamt	103	100,0	979	100,0	1.082	100,0

Ca. 41 % aller Frauen waren ledig, dieser Anteil liegt bei den Männern mit ca. 54 % höher. Anteilig sind deutlich mehr Frauen geschieden als Männer (19,4 % vs. 11,0 %). Im Vergleich mit den in den Landesprogrammen dokumentierten GlücksspielerInnen ist in Niedersachsen der Anteil der ledigen Personen mit 57 % etwas höher und in Hessen mit 47 % etwas geringer als im Bundesmodell.

Bei der *Partnerbeziehung* bilden sowohl bei den Frauen (51,1 %) als auch bei den Männern (54,3 %) die in fester Beziehung lebenden Personen die größte Gruppe (vgl. Tab. 31).

Tab. 31: Partnerbeziehung

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
alleinstehend	36	39,1	355	39,5	391	39,5
zeitweilige Beziehungen	9	9,8	53	5,9	62	6,3
feste Beziehung	47	51,1	488	54,3	535	54,0
Sonstiges	0	0,0	3	0,3	3	0,3
Gesamt	92	100,0	899	100,0	991	100,0

Auch bezogen auf die Gruppe der alleinstehenden Personen zeigt sich zwischen den Frauen und Männern eine vergleichbare Verteilung.

Außer der Partnerbeziehung interessiert auch die *Lebenssituation* der betreuten Klientel (vgl. Tab. 32).

Tab. 32: Lebenssituation (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (F) (N = 98)		männlich (M) (N = 954)		Gesamt (N = 1.052)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
allein lebend	33	33,7	341	35,7	374	35,6
zusammenlebend mit:						
...PartnerIn	43	43,9	417	43,7	460	43,7
...Kind(ern)	33	33,7	216	22,6	249	23,7
...Eltern(teil)	4	4,1	115	12,1	119	11,3
...sonstiger(n) Person(en) (z.B. Freunde, soziale Einrichtung)	1	1,0	72	7,5	73	6,9

Deutlichere Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich bezogen auf das Zusammenleben mit Kindern (M: 22,6 % vs. F: 33,7 %) bzw. mit den Eltern (M: 12,1 % vs.



F: 4,1 %). Gut ein Drittel aller KlientInnen lebt allein, die Mehrzahl mit PartnerIn und/oder bzw. mit Kind(ern).

Für 397 Personen liegen Angaben zu der *Anzahl eigener Kindern* unter 18 Jahren und für 209 Personen liegt eine Information zur Anzahl eigener Kinder unter 18 Jahren vor, die mit dem/der KlientIn im Haushalt leben (vgl. Tab. 33) vor.

Tab. 33: Anzahl der (eigenen) Kinder (im Haushalt) unter 18 Jahren

	Geschlecht	N	MW	SD <sup>20</sup>
Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren	weiblich	35	2,1	1,71
	männlich	362	1,7	0,97
Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren	weiblich	25	2,1	1,99
	männlich	184	1,8	1,06

In Relation zu den insgesamt dokumentierten Personen ist bei den Frauen der Anteil derjenigen, die mit (eigenen) Kindern im Haushalt leben, deutlich höher als bei den Männern. Bezogen auf die Gesamtzahl der dokumentierten Pathologischen GlücksspielerInnen lebt die Mehrheit nicht mit minderjährigen Kindern im Haushalt.

Mit Blick auf die *Nationalität* bzw. den Migrationshintergrund wird deutlich, dass durch die Modellstandorte zu rund 16 % Menschen mit einer anderen Staatsangehörigkeit (vorwiegend Männer) als der deutschen erreicht werden (vgl. Tab. 34).

Tab. 34: Staatsangehörigkeit

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
deutsche Staatsangehörigkeit	85	90,4	759	82,9	844	83,6
türkische Staatsangehörigkeit	2	2,1	78	8,5	80	7,9
andere Staatsangehörigkeit	7	7,5	79	8,6	86	8,5
Gesamt	94	100,0	916	100,0	1.009	100,0

Türkische KlientInnen bilden mit 7,9 % die zweitgrößte Gruppe, wobei fast ausnahmslos Männer Hilfe nachfragen. Zu den Personen mit einer *anderen* Staatsangehörigkeit zählen u.a. Kroaten, Serben und Bosnier sowie Russen, Polen oder Italiener.

Der Anteil der betreuten Personen mit einer deutschen Staatsangehörigkeit liegt in Niedersachsen mit rund 88 % etwas höher, in Hessen dagegen niedriger (74 %) als im Bundesmodell.

In der Bildungs-, Ausbildungs- und Erwerbssituation zeigen sich zwischen den Geschlechtern einige Unterschiede: Bezüglich des *höchsten Schulabschlusses* wird deutlich (vgl. Tab. 35), dass die anteilmäßig größte Gruppe der KlientInnen einen Abschluss einer Realschule bzw. Polytechnischen Oberschule aufweist, mit höheren Anteilen bei den Frauen.

<sup>20</sup> Hier und in den nachfolgenden Tabellen SD = Standardabweichung.

Tab. 35: Höchster erreichter Schulabschluss

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
derzeit in Schulausbildung	0	0,0	13	1,4	13	1,2
ohne Schulabschluss abgegangen	3	3,0	39	4,1	42	4,0
Sonderschulabschluss	5	5,0	25	2,6	30	2,9
Hauptschul-/Volksschulabschluss	38	38,0	346	36,5	384	36,6
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	46	46,0	355	37,4	401	38,2
Fach-/Hochschulreife/Abitur	8	8,0	160	16,9	168	16,0
anderer Schulabschluss	0	0,0	11	1,2	11	1,0
Gesamt	100	100,0	949	100,0	1.049	100,0

Am zweithäufigsten wurde der Hauptschul-/Volksschulabschluss genannt (36,6 %). Männer besitzen deutlich öfter *Fach-/Hochschulreife/Abitur* als Frauen (16,9 % vs. 8,0 %).

Mit Blick auf den Schulabschluss unterscheiden sich die KlientInnen im Bundesmodell von den in Niedersachsen bzw. Hessen dokumentierten Personen: In Niedersachsen (47 %) und Hessen (44 %) sind die Anteile mit einem Abschluss an einer Hauptschule deutlich höher, der Anteil mit einem Abschluss an einer Realschule bzw. an einer Polytechnischen Oberschule mit rund 32 % bzw. 26 % geringer.

Bezogen auf den höchsten *Ausbildungsabschluss* entfallen die jeweils mit Abstand größten Anteile in beiden Gruppen auf Personen mit einer abgeschlossenen Lehre (61,3 % der Männer, 67,7 % der Frauen) (vgl. Tab. 36). Ihnen folgt bei beiden Geschlechtern die Gruppe der Personen ohne (abgeschlossene) Hochschul- oder Berufsausbildung (20,3 % der Männer und 22,9 % der Frauen).

Tab. 36: Höchster Ausbildungsabschluss

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	7	7,3	76	8,0	83	8,0
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	22	22,9	192	20,3	214	20,5
abgeschlossene Lehre	65	67,7	581	61,3	646	61,9
Meister/Techniker	1	1,0	37	3,9	38	3,6
Hochschulabschluss	1	1,0	55	5,8	56	5,4
anderer Berufsabschluss	0	0,0	7	0,7	7	0,7
Gesamt	96	100,0	948	100,0	1.044	100,0

Im Vergleich mit Niedersachsen bzw. Hessen zeigen sich Unterschiede bei der Verteilung: In Hessen verfügen 69 % über eine abgeschlossene Lehre und in Niedersachsen rund 58 %.

Auch bei der *Erwerbssituation* (vgl. Tab. 37) unterscheiden sich die Geschlechter.

Tab. 37: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Auszubildende/r	2	2,0	43	4,4	45	4,2
ArbeiterIn/Angestellte(r)/Beamter(in)	31	30,4	448	45,9	479	44,4
Selbstständige(r)/FreiberuflerIn	6	5,9	56	5,7	62	5,7
sonstige Erwerbsperson (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	1	1,0	6	0,6	7	0,6
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0,0	6	0,6	6	0,6
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	4	3,9	75	7,7	79	7,3
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	35	34,3	220	22,5	255	23,6
SchülerIn/StudentIn	3	2,9	35	3,6	38	3,5
Hausfrau/Hausmann	2	2,0	0	0,0	2	0,2
RentnerIn/PensionärIn	15	14,7	62	6,3	77	7,1
sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	3	2,9	26	2,7	29	2,7
Gesamt	102	100,0	977	100,0	1.079	100,0

Während bei den Männern ein Anteil von rund 46 % auf Arbeiter/Angestellter/Beamter entfällt, trifft das „nur“ auf ca. 30 % der Frauen zu.

Die zweitgrößte Gruppe für Männer sowie die größte Gruppe bei den Frauen stellen Arbeitslose nach SGB II (22,5 % Männer, 34,3 % Frauen), arbeitslos nach SGB III sind insgesamt 7,3 % der Personen. Bei den Frauen bilden die Rentnerinnen mit 14,7 % die drittgrößte Gruppe. In Niedersachsen zeigt sich eine vergleichbare Verteilung: ArbeiterIn, Angestellte/r bzw. Beamter(in) sind rund 47 %, arbeitslos nach SGB II ebenfalls ein Anteil von rund 23 %.

Wie stellt sich die Wohnsituation der KlientInnen dar? Tab. 38 zeigt die Situation im Überblick.

Tab. 38: Wohnsituation in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
selbstständiges Mietwohnen	79	77,5	632	64,3	711	65,5
selbstständiges Wohnen in Wohneigentum	18	17,6	170	17,3	188	17,3
bei anderen Personen	4	3,9	142	14,4	146	13,5
ohne Wohnung	0	0,0	9	0,9	9	0,8
Sonstiges (u.a. soziale Einrichtungen)	1	1,0	30	3,1	31	2,9
Gesamt	102	100,0	983	100,0	1.085	100,0

Überwiegend wohnten die KlientInnen in gemieteten Häusern/Wohnungen, wobei der Anteil der Frauen höher liegt als bei den Männern (77,5 % vs. 64,3 %). Für rund 17 %

wurde selbstständiges Wohnen in *Wohneigentum* dokumentiert. Bei anderen Personen wohnen deutlich mehr Männer als Frauen (14,4 % vs. 3,9 %).

Werden die jeweils erreichten (Pathologischen) GlücksspielerInnen hinsichtlich ausgewählter soziodemografischer Merkmale verglichen, so kann zusammenfassend festgehalten werden, dass in den Einrichtungen in Niedersachsen und Hessen bzw. im Bundesmodellprojekt „vergleichbare“ KlientInnen betreut werden, die zwar auch Unterschiede aufweisen (z.B. Altersdurchschnitt bei den Frauen, Schulabschlüsse), aber in einer Gesamtbetrachtung der Verteilung zahlreiche „Gemeinsamkeiten“ aufweisen.

### *Problembezogene Daten*

Der folgende Abschnitt informiert u.a. über Erfahrungen der KlientInnen mit dem Hilfesystem, Spielformen, Anzahl der Spieltage, Alter bei Störungsbeginn, Spielverhalten, Schulden-situation, Suchtmittelkonsum, Hauptdiagnose sowie die weitere Diagnostik und Behandlungsmerkmale.

Als weitere Rahmenbedingung der Betreuung können *Auflagen*, beispielsweise durch Gerichtsbeschluss, eingestuft werden. Tab. 39 gibt Auskunft darüber, ob die Beratung auf "freiwilliger Basis" (keine gerichtlichen Auflagen) oder aufgrund einer Auflage zustandekam.

Tab. 39: *Auflage als Grundlage der Kontaktaufnahme*

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
keine Auflage	93	91,2	883	90,2	976	90,3
gerichtliche Auflage*	0	0,0	28	2,9	28	2,6
weitere Auflagen durch						
Arbeitgeber	0	0,0	12	1,2	12	1,1
Renten-, Krankenversicherung	0	0,0	4	0,4	4	0,4
Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE	4	3,9	17	1,7	21	1,9
Sonstige	5	4,9	35	3,6	40	3,7
Gesamt	102	100,0	979	100,0	1.081	100,0

\* Bewährung oder Therapieauflage

Die weit überwiegende Mehrheit der KlientInnen sucht den Kontakt zur Einrichtung ohne Auflage. Eine gerichtliche Auflage wird „lediglich“ für 28 Klienten dokumentiert.

Des Weiteren wurde danach gefragt, welche *negativen Folgen des Glücksspiels* sich bei den KlientInnen zeigen (vgl. Tab. 40). Von insgesamt 1.080 (Pathologischen) GlücksspielerInnen liegen Angaben zu negativen Folgen des Glücksspiels vor, im Schnitt wurden drei bis vier Probleme pro Person dokumentiert.

Tab. 40: Negative Folgen des Glücksspiels (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (N = 102)		männlich (N = 978)		Gesamt (N = 1.080)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
finanzielle Probleme, Schulden	81	79,4	796	81,4	877	81,2
Schuldgefühle, Depressionen	78	76,5	718	73,4	796	73,7
sozialer Rückzug, Einsamkeit	51	50,0	480	49,1	531	49,2
psychosomatische Beschwerden	46	45,1	278	28,4	324	30,0
Verlust von FreundInnen	22	21,6	257	26,3	279	25,8
Beziehungsprobleme (PartnerIn, Familie, Freunde)	19	18,6	245	25,1	264	24,4
Trennung von (Ehe-)PartnerIn	11	10,8	224	22,9	235	21,8
Verlust der Arbeitsstelle	9	8,8	128	13,1	137	12,7
Strafverfahren	3	2,9	109	11,1	112	10,4
Suizidversuch(e)	13	12,7	93	9,5	106	9,8
Wohnungsverlust	1	1,0	19	1,9	20	1,9
Probleme am Arbeitsplatz	2	2,0	11	1,1	13	1,2
Suizidgedanken	1	1,0	6	0,6	7	0,6
sonstige Probleme	1	1,0	36	3,7	37	3,4
keine negativen Folgen	1	1,0	11	1,1	12	1,1
Gesamt	339	332,4	3.411	348,8	3.750	347,2

Am häufigsten (81,2 %) nennen beide Geschlechter finanzielle Probleme/Schulden, es folgen Schuldgefühle/Depression und/oder sozialer Rückzug, Einsamkeit. Für rund 11 % der Männer werden darüber hinaus Strafverfahren angegeben. Im Zusammenhang mit den genannten Folgen werden dann immerhin bei jeder zehnten Person Suizidversuch(e) dokumentiert. Insgesamt erleben viele Betroffene diverse negative Folgen des Pathologischen Glücksspielens.

Tab. 41 gibt Auskunft über die *Hilfen*, die im Zusammenhang mit der Glücksspielproblematik vor dem Kontakt mit dem Modellprojekt in Anspruch genommen wurden.

Tab. 41: Übersicht der Hilfen im Zusammenhang mit der Glücksspielproblematik (Mehrfachnennungen möglich) – sortiert nach Häufigkeit

	weiblich (N = 99)		männlich (N = 967)		Gesamt (N = 1.066)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
keine Hilfen in Anspruch genommen	63	63,6	561	58,0	624	58,5
ambulante Beratung in einer Suchtberatungsstelle	23	23,2	220	22,8	243	22,8
ambulante Beratung in einer Schuldnerberatungsstelle	10	10,1	60	6,2	70	6,6
ambulante Beratung in einer anderen Beratungsstelle	4	4,0	16	1,7	20	1,9
ambulante Rehabilitation pathologisches Glücksspielen	0	0,0	15	1,6	15	1,4
stationäre Rehabilitation pathologisches Glücksspielen	7	7,1	81	8,4	88	8,3
stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik (wegen path. Glücksspiels)	0	0,0	20	2,1	20	1,9
psychotherapeutische Behandlung	7	7,1	46	4,8	53	5,0
regelmäßiger Besuch einer Selbsthilfegruppe	9	9,1	75	7,8	84	7,9
sonstige Hilfen	6	6,1	75	7,8	81	7,6
Gesamt	129	130,3	1.165	120,9	1.298	121,8

Die Mehrzahl der Männer und Frauen hatte bisher *keine* Hilfen im Zusammenhang mit ihrer Glücksspielproblematik in Anspruch genommen (58,5 %). Bei den in Anspruch genommenen Hilfen rangiert für beide Geschlechter an erster Stelle die ambulante Beratung in einer Suchtberatungsstelle. Es folgen stationäre Rehabilitation pathologisches Glücksspielen (8,3 %) bzw. regelmäßiger Besuch einer Selbsthilfegruppe (7,9 %, meist seit etwa einem Jahr) (vgl. *im Anhang* Tab. A 17).

### *Spielformen und Spielverhalten*

Wie beschrieben ist die am häufigsten genannte Spielform bei den Pathologischen GlücksspielerInnen mit Mehrfachkontakten das Glücksspielen an Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben, wobei sich im Geschlechtervergleich kein größerer Unterschied zeigt (vgl. *im Anhang* Tab. A 18). Bezogen auf die beiden am zweithäufigsten genannten Spielformen Kleines Spiel der Spielbank (10,7 %) bzw. Sportwetten (9,3 %) zeigen sich hingegen deutliche(re) Unterschiede im Vergleich zwischen Männern und Frauen. Illegales Glücksspiel wird für keine Frau dokumentiert, jedoch für 3,4 % der Männer.

Über die ICD-10-Diagnose hinaus wurden in Bezug auf das bisherige Glücksspielverhalten die *Anzahl der Spieltage* in den letzten 30 Tagen sowie das *Alter bei Störungsbeginn* für die fünf am häufigsten genannten Spielarten erfragt (vgl. Tab. 42 und Tab. 43), weil dies Hinweise zur Schwere der Glücksspielproblematik geben kann:

Tab. 42: Anzahl der Spieltage in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn nach Spielformen und Geschlecht (nur Mehrfachkontakte)

Spielform	Geschlecht	N	Min	Max	MW	SD
Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben	weiblich	65	1	30	11,85	9,84
	männlich	587	1	30	11,46	8,66
	Gesamt	652	1	30	11,49	8,78
Kleines Spiel der Spielbank (Glücksspielautomaten)	weiblich	4	2	20	7,75	8,26
	männlich	28	1	30	12,46	10,79
	Gesamt	32	1	30	11,87	10,51
Großes Spiel der Spielbank (Roulette, Black Jack u.a.)	weiblich	2	8	10	9,00	1,41
	männlich	23	1	30	7,24	8,16
	Gesamt	25	1	30	7,38	7,84
Sportwetten (Oddset, Toto, Pferdewetten, Wetten in privaten Wettbüros u.a.)	weiblich	2	5	10	7,50	3,54
	männlich	56	1	30	10,88	8,46
	Gesamt	58	1	30	10,76	8,35
Glücksspiel im Internet	weiblich	4	10	30	25,00	5,77
	männlich	45	1	30	12,30	9,17
	Gesamt	49	1	30	13,34	9,56

Die durch die ModellmitarbeiterInnen betreuten KlientInnen spielen an durchschnittlich 11,5 Tagen im Monat an Geldspielautomaten, wobei sich Frauen und Männer im Durchschnitt kaum unterscheiden. Die beiden danach am häufigsten genannten Spielformen Sportwetten bzw. Glücksspiel im Internet werden im Gesamt-Durchschnitt an rund 11 bzw. 13 Tagen gespielt, zwischen den Geschlechtern zeigen sich Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der Spieltage. Die Spanne der dokumentierten Anzahl der Spieltage liegt bei der Mehrzahl der Spielformen zwischen einem und 30 Tagen.

Tab. 43: *Alter bei Störungsbeginn nach Spielformen und Geschlecht (nur Mehrfachkontakte)*

<b>Spielform</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>
Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben	weiblich	73	14	75	32,55	12,11
	männlich	704	9	67	25,72	9,46
	Gesamt	777	9	75	26,36	9,93
Kleines Spiel der Spielbank (Glücksspielautomaten)	weiblich	16	29	50	38,50	6,65
	männlich	66	18	68	30,82	10,13
	Gesamt	82	18	68	32,32	9,99
Großes Spiel der Spielbank (Roulette, Black Jack u.a.)	weiblich	6	29	57	41,00	13,07
	männlich	55	17	64	29,58	9,59
	Gesamt	61	17	64	30,70	10,43
Sportwetten (Oddset, Toto, Pferdewetten, Wetten in privaten Wettbüros u.a.)	weiblich	2	28	54	41,00	18,39
	männlich	74	10	55	26,50	8,70
	Gesamt	76	10	55	26,88	9,15
Glücksspiel im Internet	weiblich	5	30	52	41,20	8,59
	männlich	55	16	48	26,80	8,40
	Gesamt	60	16	52	28,00	9,25

Das durchschnittliche *Alter bei Störungsbeginn* variiert bezogen auf die einzelnen Spielformen. Dabei liegt es beim Spiel an Geldspielautomaten (26,4 Jahre), Sportwetten (26,9 Jahre) und Glücksspiel im Internet (28,0 Jahre) unter dem Altersdurchschnitt beim Kleinen und Großen Spiel der Spielbank (32,3 bzw. 30,7 Jahre). Das durchschnittliche Alter bei Störungsbeginn liegt bei allen Spielformen bei Männern deutlich unter dem von Frauen.

Zur Beurteilung der „Erreichungsqualität“ eines Hilfeangebots im ambulanten Suchthilfesystem kann es von Interesse sein, zu wissen, wie groß die Zeiträume zwischen dem Störungsbeginn und der ersten Betreuung durch ein Beratungsangebot sind (vgl. Tab. 44).



Tab. 44: Distanz<sup>21</sup> in Jahren zwischen Störungsbeginn und Erstbetreuung (Aufsuchen des Modellprojekts bzw. der Beratungsstelle) - ohne Wiederaufnahmen und ohne Einmalkontakte

Spielform	Geschlecht	N	Min	Max	MW	SD
Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben	weiblich	40	1	35	8,38	8,17
	männlich	387	1	51	10,27	8,70
	Gesamt	427	1	51	10,10	8,66
Kleines Spiel der Spielbank (Glücksspielautomaten)	weiblich	7	3	15	8,43	4,72
	männlich	35	1	29	8,23	7,67
	Gesamt	42	1	29	8,26	7,21
Großes Spiel der Spielbank (Roulette, Black Jack u.a.)	weiblich	2	6	21	13,50	10,61
	männlich	28	1	36	9,07	7,68
	Gesamt	30	1	36	9,37	7,75
Sportwetten (Oddset, Toto, Pferdewetten, Wetten in privaten Wettbüros u.a.)	weiblich	1	3	3	3,00	
	männlich	36	1	24	6,19	5,00
	Gesamt	37	1	24	6,11	4,95
Glücksspiel im Internet	weiblich	4	1	10	4,25	4,27
	männlich	36	1	29	4,42	5,56
	Gesamt	40	1	29	4,40	5,40

Die über die Angaben zum Alter des Störungsbeginns und der Erstbetreuung berechneten Zeiträume zeigen hinsichtlich der verschiedenen Spielformen Unterschiede: Zwischen dem Störungsbeginn und der Erstbetreuung vergehen bei der Spielform *Geldspielautomaten* annähernd zehn Jahre (Frauen 8,4 Jahre; Männer 10,3 Jahre). Bei den Spielformen *Großes Spiel der Spielbank* bzw. *Kleines Spiel der Spielbank* vergehen im Durchschnitt rund neun bzw. acht Jahre zwischen dem Beginn der Störung und dem Beginn der Erstbetreuung.

Um die Spielproblematik der betreuten KlientInnen vertiefter beschreiben zu können, wurde untersucht, wie viel Zeit an einem typischen Spieltag für Glücksspielen verwandt wird, wie viel Zeit maximal verbraucht wird bzw. an wie vielen Tagen pro Monat dies geschieht (vgl. Tab. 45).

<sup>21</sup> Ausgewertet wurden die Daten derjenigen SpielerInnen, die bisher **keine** Hilfen im Zusammenhang mit ihrer Glücksspielproblematik in Anspruch genommen haben (vgl. Tab. 41).

Tab. 45 Auf das Glücksspielen verwandte Zeit in Stunden

		N	Min	Max	MW	SD
weiblich	durchschnittliche Anzahl an Stunden an einem typischen Spieltag	88	1	12	4,6	2,29
	maximale Anzahl an Stunden an einem Spieltag	84	2	24	9,6	4,82
	durchschnittlich wie viele Spieletage im Monat	88	2	30	14,5	8,57
männlich	durchschnittliche Anzahl an Stunden an einem typischen Spieltag	895	1	24	4,8	2,82
	maximale Anzahl an Stunden an einem Spieltag	878	1	24	10,5	5,58
	durchschnittlich wie viele Spieletage im Monat	881	1	30	13,6	8,19
Gesamt	durchschnittliche Anzahl an Stunden an einem typischen Spieltag	983	1	24	4,7	2,78
	maximale Anzahl an Stunden an einem Spieltag	962	1	24	10,4	5,53
	durchschnittlich wie viele Spieletage im Monat	969	1	30	13,7	8,23

Die *durchschnittliche Spieldauer* an einem typischen Spieltag beträgt bei Frauen rund 4,6 Stunden (bei einer Spanne von einer bis zu zwölf Stunden) und für Männer etwas mehr, nämlich 4,8 Stunden (bei einer Spanne von einer halben Stunde bis 24 Stunden).

Die *maximale durchschnittlich an einem Tag gespielte Dauer* ist bei den Männern mit 10,5 Stunden (Spanne von einer bis zu 24 Stunden) etwas höher als bei den Frauen mit 9,6 (Spanne von zwei bis zu 24 Stunden) Stunden.

Die Angaben zu den *durchschnittlichen Spieletagen im Monat* reichen bei Männern von einem bis zu 30 Tagen und bei Frauen von zwei bis 30 Tage im Monat bei einem Mittel von 13,6 Tagen für Männer und 14,5 Tagen für Frauen.

Die Ergebnisse weisen insgesamt darauf hin, dass die erreichten Pathologischen GlücksspielerInnen einen erheblichen Teil ihrer verfügbaren Zeit für das „Glücksspielen“ aufwenden. Dabei bestehen im Vergleich der Mittelwerte kaum Unterschiede zwischen Glücksspielern und Glücksspielerinnen.

Auch die Beantwortung der Frage, ob die GlücksspielerInnen in den letzten zwölf Monaten längere spielfreie Phasen hatten, liefert Hinweise auf die Schwere der Glücksspielproblematik. Für insgesamt 510 Personen (48,3 %) wurden spielfreie Phasen dokumentiert, wobei deren Anzahl für Männer zwischen einer und 20 und für Frauen zwischen einer und zehn Phasen liegt (vgl. Tab. 46 und *im Anhang* Tab. A 20). Durchschnittlich dauerte eine spielfreie Phase 14,3 Wochen, wobei diese Dauer bei Männern 14,5 und bei Frauen 12,6 Wochen beträgt.

Tab. 46: Durchschnittliche Dauer der spielfreien Phasen (Angaben in Wochen)

	N	Min	Max	MW	SD
weiblich	41	1	52	12,56	16,16
männlich	421	0,5	52	14,46	14,93
Gesamt	462	0,5	52	14,29	15,03

Des Weiteren wurde nach dem höchsten (geschätzten) Tagesverlust sowie nach der Schuldenproblematik der KlientInnen gefragt. Bei der Angabe *höchster Tagesverlust* in Euro wird beispielhaft die Verteilung nur für die Spielform Geldspielautomaten vorgestellt. Es bestehen im Mittel deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während für Frauen ein durchschnittlicher höchster Tagesverlust von 662 Euro ermittelt wird, beträgt dieser Wert für die Männer 964 Euro (vgl. Tab. 47).

Tab. 47: Höchster Tagesverlust

	N	Min	Max	MW	SD
weiblich	52	100	5.000	662	787,85
männlich	576	20	20.000	964	1.624,32
Gesamt	628	20	20.000	939	1.573,86

Die Mehrzahl der Pathologischen GlücksspielerInnen hat in einem relevanten Ausmaß *Schulden*. Lediglich 22 % der Frauen bzw. 19 % der Männer haben keine Schulden (vgl. Tab. 48).

Tab. 48: Verschuldung

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
keine	22	22,2	180	19,0	202	19,3
bis 10.000 Euro	46	46,5	374	39,5	420	40,2
bis 25.000 Euro	16	16,2	192	20,3	208	19,9
bis 50.000 Euro	9	9,1	127	13,4	136	13,0
mehr als 50.000 Euro	6	6,1	74	7,8	80	7,6
Gesamt	99	100,0	947	100,0	1.046	100,0

Unter den Klienten befindet sich ein deutlich größerer Anteil mit höheren Schulden: Insgesamt 40,5 % haben *mehr* als 10.000 Euro Schulden, darunter mehr Männer als Frauen (41,5 % vs. 31,3 %). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen hat jedoch die anteilig größte Gruppe Schulden bis zu 10.000 Euro. Die Spanne der Angaben der Schulden über 50.000 Euro reicht von 60.000 Euro bis zu einer Mio. Euro: Dabei beziehen sich 50 % der Angaben auf eine Schuldenhöhe bis zu 100.000 Euro, ein Drittel der Angaben zur Schuldenhöhe liegt zwischen 100.000 bis zu 200.000 Euro.

Ein Vergleich der Verteilung der Verschuldung in den Länderprogrammen zeigt, dass sowohl in Niedersachsen (26,4 %) als auch in Hessen (28 %) der Anteil der Pathologischen GlücksspielerInnen ohne Schulden höher ist als im Bundesmodell (19,3 %). „Schulden bis 10.000 Euro“ weisen im Bundesmodell (40,2%) und in Niedersachsen (42,1 %) vergleichbare Anteile auf, in Hessen sind es lediglich 32 %.

Überdies wurden die KlientInnen nach dem Anteil gefragt, den die Schulden aufgrund des Glücksspiels an den Gesamtschulden einnehmen (vgl. *im Anhang* Tab. A 22). Erwartbar wird eine große Spanne angegeben (von 5 % bis zu 100 %), doch gibt mindestens die Hälfte der KlientInnen an, dass die Schulden ausschließlich aufgrund des Glücksspielens entstanden sind. Ein weiteres Drittel schätzt den Anteil aufgrund des Pathologischen Glücksspielens an den Gesamtschulden auf 70 bis 95 %.

### *Diagnosen und Störungen*

Eine *Hauptdiagnose* liegt für 1.018 KlientInnen vor: Erwartbar wird für rund 95 % Pathologisches Glücksspiel (F63.0) dokumentiert, die weiteren Diagnosen entfallen auf Alkohol bzw. andere psychotrope *Substanzen* (vgl. *im Anhang* Tab. A 23).

Im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts haben die KlientInnen den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG, nach Petry 1996) bearbeitet<sup>22</sup> (vgl. Tab. 49). Der Kurzfragebogen dient zur Erfassung der Symptomschwere des pathologischen Glücksspielverhaltens bei den betreuten KlientInnen.

Tab. 49: *Ausprägungsgrad der Glücksspielproblematik (KFG nach Petry)*

<b>Ausprägung nach KFG</b>	<b>Anzahl</b>	<b>%</b>
unauffällig bzw. eher unauffällig	42	3,8
beginnende Glücksspielproblematik	189	17,1
mittelgradige Glücksspielproblematik	737	66,6
fortgeschrittene Glücksspielproblematik	138	12,5
Gesamt	1.106	100,0

Während für zwei Drittel der KlientInnen eine mittelgradige Glücksspielproblematik festzustellen ist, wird für rund 13 % der befragten Personen eine fortgeschrittene Glücksspielproblematik dokumentiert. Dass 20,9 % der Befragten eine noch (eher) unauffällige bzw. beginnende Glücksspielproblematik aufweisen, kann als Hinweis dafür gelten, dass die Intervention für einen Teil der Klientel tatsächlich zu einem frühen Zeitpunkt der Problementwicklung erfolgt ist.

Eine weitere Frage beschäftigt sich damit, ob die GlücksspielerInnen neben ihrer Spielsucht auch Probleme mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen haben. Angaben liegen für insgesamt 650 Personen vor (vgl. Tab. 50).

<sup>22</sup> Der KFG ist ein klinisches Screening-Verfahren zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Glücksspielsucht. Die Klientenbefragung wurde dem/den KlientInnen i.d.R. beim *zweiten Kontakt* vorgelegt.

Tab. 50: ICD-10-Diagnose (Abhängigkeitssyndrom bzw. schädlicher Gebrauch) nach Konsumart und Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (N = 38)		männlich (N = 456)		Gesamt (N = 494)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
<b>ICD-10-Diagnose (Abhängigkeitssyndrom)</b>						
Alkohol	7	18,4	121	26,5	128	25,9
Tabak	31	81,6	364	79,8	395	80,0
sonstige psychotrope Substanzen	3	7,9	63	13,8	66	13,4
Gesamt	41	107,9	548	120,2	589	119,2
	weiblich (N = 13)		männlich (N = 143)		Gesamt (N = 156)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
<b>ICD-10-Diagnose (schädlicher Gebrauch)</b>						
Alkohol	5	38,6	65	45,5	70	44,9
Tabak	7	53,8	53	37,1	60	38,5
sonstige psychotrope Substanzen	1	7,7	36	25,2	37	23,7
Gesamt	13	100,0	154	107,7	167	107,1

Eine ICD-10-Diagnose bzgl. Alkoholabhängigkeit wird bei 121 Männern und sieben Frauen gestellt; schädlicher Gebrauch bei 65 Männern und fünf Frauen. Die überwiegend dokumentierten Angaben beziehen sich jedoch auf den Konsum von *Tabak*. Als *sonstige psychotrope Substanzen* werden Cannabis, Heroin, Kokain und/oder Amphetamine bei immerhin 66 Fällen zum Abhängigkeitssyndrom und bei 37 Fällen beim schädlichen Gebrauch angegeben.

Die nachfolgende Auswertung informiert über das bisherige Inanspruchnahmeverhalten suchtspezifischer Hilfen bei denjenigen betreuten KlientInnen mit einem substanzbezogenen Problem. Rund 70 % der KlientInnen haben bisher *keine* Hilfen im Zusammenhang mit *substanzbezogenen Störungen* in Anspruch genommen haben. Bei den Hilfen betreffen die häufigsten Nennungen ambulante Beratung (14,7 %), stationäre Entwöhnungsbehandlung (13,7 %) und/oder Entzug/Entgiftung (11,9 %).

Tab. 51: Bereits in Anspruch genommene Hilfen im Zusammenhang mit einer substanzbezogenen Störung (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (N = 42)		männlich (N = 469)		Gesamt (N = 511)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
keine Hilfen in Anspruch genommen	34	81,0	324	69,1	358	70,1
Entzug/Entgiftung	5	11,9	56	11,9	61	11,9
ambulante Beratung	3	7,1	72	15,4	75	14,7
ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	1	2,4	9	1,9	10	2,0
stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	3	7,1	67	14,3	70	13,7
psychiatrische Behandlung	2	4,8	5	3,2	17	3,3
psychotherapeutische Behandlung	0	0,0	12	2,6	12	2,3
regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen	1	2,4	20	4,3	21	4,1
sonstige Hilfen	0	0,0	11	2,3	11	2,2
<b>Gesamt</b>	<b>49</b>	<b>116,7</b>	<b>586</b>	<b>124,9</b>	<b>635</b>	<b>124,3</b>

Ein weiterer Themenkomplex beschäftigt sich mit der *Diagnostik psychischer Störungen* bei den betreuten KlientInnen. Bei rund 43 % wurde eine entsprechende Diagnostik vorgenommen. Der größte Anteil der vorgenommenen Diagnosen entfällt auf Dipl.-SozialarbeiterInnen, gefolgt von ÄrztInnen und Dipl.-PsychologInnen (vgl. im Anhang Tab. A 24).

Diagnostizierte psychische Störungen nach ICD-10 liegen jedoch insgesamt nur für 222 KlientInnen vor (vgl. Tab. 52).

Tab. 52: Art der psychischen Störungen (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (N = 31)		männlich (N = 191)		Gesamt (N = 222)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Affektive Störungen (F30)	14	45,2	71	37,2	85	38,3
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60)	6	19,4	68	31,3	74	33,3
neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40)	11	35,5	20	10,5	31	14,0
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20)	2	6,5	25	13,1	27	12,2
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F50)	0	0,0	5	2,6	5	2,3
sonstige psychische Störung	7	22,6	28	12,9	35	15,8
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>129,0</b>	<b>217</b>	<b>113,6</b>	<b>257</b>	<b>115,8</b>

Für knapp zwei Fünftel wurde eine affektive Störung diagnostiziert. Bei einem Drittel wurde eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung festgestellt. Eine Vergleich zwischen den beiden Geschlechtern zeigt, dass die diagnostizierten psychischen Störungen unterschiedlich verteilt sind. Für die Männer wurden weitaus häufiger (31,3 % vs. 19,4 %) für

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen genannt, für die Frauen hingegen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (35,5 % vs. 10,5 %). Bei den sonstigen psychischen Störungen werden häufiger Depression und/oder Angststörungen genannt.

#### 4.4.3 Charakteristika von KlientInnen mit unterschiedlichen Spielformen

In einem weiteren Analyseschritt werden die in den 17 Einrichtungen betreuten KlientInnen differenziert nach ihrer Spielform betrachtet (vgl. Tab. 53). In die Auswertung einbezogen wurden diejenigen Pathologischen GlücksspielerInnen, deren Betreuung mehr als einen Kontakt umfasste (abgeschlossene bzw. zu Modellende noch laufende Betreuung) und für die *nur eine Spielform* angegeben wurde

Tab. 53: Pathologische GlücksspielerInnen, für die nur eine Spielart dokumentiert wurde

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Geldspielautomaten	72	90,0	674	87,6	746	87,9
Glücksspiel im Internet (u.a. Pokern, Online-Casino, Roulette)	3	3,8	29	3,8	32	3,8
Kleines Spiel	3	3,8	20	2,6	23	2,7
Sportwetten	0	0,0	20	2,6	20	2,4
Großes Spiel	2	2,5	15	2,0	17	2,0
illegales Glücksspiel (u.a. „Pokern im Hinterzimmer“)	0	0,0	8	1,0	8	0,9
Lotterien	0	0,0	3	0,4	3	0,4
<b>Gesamt</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>769</b>	<b>100,0</b>	<b>849</b>	<b>100,0</b>

Die nachfolgenden Auswertungen betreffen die vier am häufigsten genannten Spielformen, d.h. es werden die Pathologischen GlücksspielerInnen unterschieden, die „ausschließlich an Geldspielautomaten“ (n = 746) „glücksspielen“, als ausschließliche Spielform „Glücksspiel im Internet“ (n = 32) nennen oder „nur Kleines Spiel der Spielbank betreiben“ (n = 23) bzw. „nur Sportwetten tätigen“ (n = 20). Eine Betrachtung der verschiedenen Gruppen nach *Geschlecht* verdeutlicht: Nur in der Gruppe der Pathologischen GlücksspielerInnen an Geldspielautomaten sind Frauen in zahlenmäßig nennenswertem Umfang (n = 72) vertreten.

In Bezug auf das *durchschnittliche Alter* der hier betrachteten Gruppen kann festgestellt werden, dass diejenigen Pathologischen Glücksspieler, die nur im Internet spielen (Durchschnittsalter 31,1 Jahre) und die nur Sportwetten tätigen (durchschnittlich 33,7 Jahre) jünger sind als Automaten- (38,0 Jahre) und Casinospieler (40,5 Jahre im Durchschnitt). Bei Frauen, die grundsätzlich älter sind als Männer der gleichen Spielform, sind die Unterschiede weniger deutlich. Alle sind über 40 Jahre alt, im Gegensatz zu den Männern, bei denen die Internetspieler mit Abstand am jüngsten sind, sind die Frauen aus der Gruppe der CasinospielerInnen die Ältesten (vgl. Tab. 54).

Tab. 54: Alter im Durchschnitt - differenziert nach Spielform

	nur Geldspiel- automaten in Spielhallen		nur Glücks- spiel im Inter- net		nur Kleines Spiel		nur Sport- wetten	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
weiblich	72	41,6	3	43,3	4	43,8	0	
männlich	674	38,0	34	31,1	28	40,5	24	33,7
Gesamt	746	38,4	37	32,1	32	40,9	24	33,7

In Bezug auf den *Familienstand* der Pathologischen GlücksspielerInnen kann festgehalten werden, dass in allen vier Gruppen die Ledigen (deutlich) überwiegen (vgl. Tab. 55), bei den InternetspielerInnen halten sie mit knapp zwei Drittel den höchsten Anteil.

Tab. 55: Familienstand - differenziert nach Spielform

	nur Geldspiel- automaten in Spielhallen		nur Glücksspiel im Internet		nur Kleines Spiel		nur Sportwetten	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ledig	387	53,4	13	65,0	12	52,2	18	58,1
verheiratet, zu- sammenlebend	174	24,0	3	15,0	7	30,4	10	32,3
verheiratet, ge- trennt lebend	64	8,8	3	15,0	3	13,0	3	9,7
geschieden	96	13,2	0	0,0	1	4,3	0	0,0
verwitwet	4	0,6	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	725	100,0	20	100,0	23	100,0	31	100,0

Bezogen auf den *höchsten erreichten Schulabschluss, den höchsten Ausbildungsabschluss sowie die Erwerbssituation* zeigt ein Gruppenvergleich nach Spielformen Unterschiede: Der Anteil derjenigen Personen, die entweder einen Realschulabschluss oder Fach-/Hochschulreife/Abitur haben, ist in der Gruppe der Sportwetter (80,0 %) bzw. InternetspielerInnen (70,9 %) deutlich höher als bei den Casino- (61,9 %) bzw. Automaten-spielerInnen (51,0 %). Damit korrespondierend binden die KlientInnen mit einem Haupt-schul- bzw. Volksschulabschluss bei den Automaten-spielerInnen bzw. bei den Casino-spielerInnen die höchsten Anteile (vgl. *im Anhang* Tab. A 25).

Betrachtet man die vier Gruppen in Bezug auf den *höchsten Ausbildungsabschluss*, so zeigt sich, dass der Anteil der Pathologischen GlücksspielerInnen mit einer abgeschlossenen Lehre bei allen Spielformen relativ am höchsten ist, wobei sich die Anteile in den vier Gruppen deutlich unterscheiden (81,8 % Kleines Spiel vs. 63,6 % Automaten-spiel vs. 51,6 % Glücksspiel im Internet und 36,8 % Sportwetten). Von den Sportwetter ist ein hoher Anteil in Hochschul- bzw. Berufsausbildung (31,6 %). Keinerlei Ausbildung abgeschlossen haben 20,2 % der Automaten-spielerInnen, 16,1 % der Internet-, 9,1 % der CasinospielerInnen sowie 21,1 % der Sportwetter (vgl. *im Anhang* Tab. A 26).

Die *Erwerbssituation* der verschiedenen Glücksspielergruppen zeigt folgende Verteilung (vgl. *im Anhang* Tab. A 27): Die höchsten Anteile entfallen in allen Gruppen auf die Kategorie „ArbeiterIn/Angestellte(r)/Beamter/in“, am höchsten bei den CasinospielerInnen mit 56,5 %, Selbstständige/FreiberuflerInnen sind anteilmäßig am meisten in der Gruppe der InternetglücksspielerInnen vertreten. Arbeitslose (nach SGB III oder SGB II) am stärksten bei den Automaten-spielerInnen (31,9 %) sowie den Sportwetter.



Bezogen auf eine differenzierte Betrachtung ist es von besonderem Interesse, ob sich die vier Gruppen hinsichtlich der Schuldensituation bzw. des höchsten Tagesverlusts unterscheiden.

Bei Glücksspiel im Internet hat ca. ein Drittel keine Schulden, bei den Sportwetterern ist es ein Viertel. In den beiden Gruppen der AutomatenspielerInnen und Sportwettenden entfallen jeweils höhere Anteile auf Schulden bis zu 10.000 Euro, in der Gruppe der CasinospielerInnen ist die Nennung „Schulden bis zu 25.000 Euro“ am häufigsten vertreten (36,4 %) (Tab. 56).

Tab. 56: Verschuldung - differenziert nach Spielform

	nur Geldspiel- automaten in Spielhallen		nur Glücksspiel im Internet		nur Kleines Spiel		nur Sportwetten	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
keine Schulden	136	19,6	11	34,4	3	13,6	5	25,0
bis 10.000 Euro	287	41,4	10	31,3	6	27,3	7	35,0
bis 25.000 Euro	148	21,4	5	15,6	8	36,4	5	25,0
bis 50.000 Euro	81	11,7	2	6,3	2	9,1	2	10,0
über 50.000 Euro	41	5,9	4	12,5	3	13,6	1	5,0
Gesamt	693	100,0	32	100,0	22	100,0	20	100,0

Auch hinsichtlich des *durchschnittlichen Tagesverlusts* zeigen sich im Gruppenvergleich Unterschiede (vgl. *im Anhang* Tab. A 28): In der Gruppe der Pathologischen GlücksspielerInnen liegt der durchschnittliche Tagesverlust bei den Frauen bei 662 Euro und bei den Männern bei 964 Euro. Die 28 Pathologischen Glücksspieler, für die nur das kleine Spiel dokumentiert wurde, „weisen“ den höchsten mittleren Verlust auf (4.822 Euro), gefolgt von Glücksspielern im Internet (2.064 Euro) und Sportwetterern (1.374 Euro). Da die Angaben bezogen auf den Tagesverlust nicht vollständig vorliegen und zudem i.d.R. auf Schätzungen der KlientInnen beruhen, sollten die Ergebnisse eher als „Trend“ verstanden werden.

Als *Fazit* kann festgehalten werden, dass sich insbesondere die männlichen (Pathologischen) Glücksspieler, für die als Spielform ausschließlich Glücksspiel im Internet oder Sportwetten dokumentiert wurden, hinsichtlich der ausgewählten soziodemografischen Merkmale (u.a. Alter und Schul- bzw. Ausbildungssituation) und bezogen auf ihre Schuldensituation tendenziell von den Vergleichsgruppen unterscheiden. Die Gruppe ist jünger, anteilmäßig häufiger ledig, verfügt über höhere Ausbildungsabschlüsse und befindet sich häufiger in Ausbildung. Zudem haben Sie relativ seltener bzw. weniger Schulden.

#### 4.4.4 Angehörigenberatung

Wie bereits erwähnt, wurden auch die Kontakte zu Personen des sozialen Umfelds von (potenziell) betroffenen Pathologischen GlücksspielerInnen von den ModellmitarbeiterInnen dokumentiert. Erfasst wurden diejenigen Personen, die als *erste* einen Kontakt zum Modellprojekt hergestellt hatten (N = 232).<sup>23</sup> Insgesamt 57 % der dokumentierten Personen sind PartnerInnen des/der (Pathologischen) GlücksspielerIn, auf *Eltern(-teile)* entfällt rund ein Viertel der Angaben (vgl. *im Anhang* Tab. A 32). Erwartungsgemäß ist

<sup>23</sup> Wurden Angehörige im Rahmen von Paargesprächen beraten, wurde *kein* Dokumentationsbogen angelegt.

der Großteil der vorliegenden Angaben zur Problematik des/der betroffenen GlücksspielerIn auf Männer bezogen (85 %). Die Personen aus dem sozialen Umfeld beschreiben oftmals mehrere Problembereiche, am häufigsten werden finanzielle Probleme bzw. Schulden genannt. Danach folgen Beziehungsprobleme und/oder Probleme in der Familie. Wenn kein Kontakt zum/zur betroffenen GlücksspielerIn zustande kam, wurde entweder kein Auftrag zur Kontaktaufnahme von der Person aus dem sozialen Umfeld an die BeraterInnen erteilt (46,2 %) oder eine Kontaktaufnahme wurde durch den/die betroffene GlücksspielerIn (51,3 %) abgelehnt (vgl. *im Anhang* Tab. A 33).

Auch die Personen aus dem sozialen Umfeld konnten in den Modellprojekten Maßnahmen in Anspruch nehmen, selbst wenn *kein* Kontakt zu dem/der betroffenen GlücksspielerIn hergestellt werden konnte (vgl. Tab. 57)

Tab. 57: *Erfolgte Interventionen/Maßnahmen (N = 126, Mehrfachnennungen möglich)*

	abs.	in %
Einzelgespräche	107	84,9
Weitervermittlung	28	22,2
sonstige Interventionen und Maßnahmen	57	45,2
Gesamt	192	152,3

Nahezu 85 % haben zumindest ein Einzelgespräch mit dem/der ModellmitarbeiterIn in Anspruch genommen. Weitervermittlungen fanden hauptsächlich in Angehörigengruppen oder in anderen Beratungsstellen statt. Zu den sonstigen Interventionen ist überwiegend das Angebot zur Teilnahme an Angehörigengruppen in dem jeweiligen Modellstandort zu zählen.

## 4.5 Interventionen

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus verschiedenen Dokumentationen vorgestellt, die dem Bereich „Interventionen“ zugerechnet werden können.

### 4.5.1 Telefonkontakte

Ein Ziel des Modellprojekts ist die Verbesserung des Zugangs von Pathologischen GlücksspielerInnen zu störungsspezifischen Hilfen. In diesem Zusammenhang sollten - neben den *direkten* Kontakten zu KlientInnen und Personen des sozialen Umfelds - auch telefonische Erstkontakte mit *Beratungs- bzw. Interventionscharakter* dokumentiert werden. Dokumentiert wurden insgesamt 290 Anrufe.<sup>24</sup> Neben der Zuordnung der Person des Anrufers, der Anruferin wurden Absprachen sowie Anmerkungen notiert.

Insgesamt rund 58 % der AnruferInnen waren selbstbetroffene KlientInnen, 42 % waren Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld. Bei den selbstbetroffenen KlientInnen wurde für gut drei Viertel eine Terminvereinbarung dokumentiert, die Vermittlung anderer Hilfen traf für knapp 12 % zu. Zu den „anderen Hilfen“ zählten insbesondere Selbsthilfegruppen oder ortsnähere Beratungsangebote. Bei den Personen aus dem sozialen Umfeld wurde für rund 43 % ein Termin vereinbart. Für knapp ein Viertel wurde keine Absprache

<sup>24</sup> Einige ModellmitarbeiterInnen wiesen darauf hin, dass sie nicht alle telefonischen Erstkontakte „lückenlos“ dokumentiert haben.

und für 15 % eine Vermittlung anderer Hilfen (z.B. Angehörigengruppe, Beratungsstelle) dokumentiert. Die meisten Anmerkungen der ModellmitarbeiterInnen bezogen sich auf die Nennung „telefonische Kurzberatung“.

#### 4.5.2 Betreuungsverlauf

Die nachfolgende Auswertung bezieht alle *abgeschlossenen Betreuungen* mit mindestens zwei Kontakten (sog. Mehrfachkontakte) ein. Zunächst stellt sich die Frage nach der *Dauer der Betreuung* (vgl. Tab. 58). Sie dauerte bei Männern zwischen zwei Tagen und 30 Monaten bei Frauen zwischen zwei Tagen und 24 Monaten. Im Schnitt nahmen Frauen die Betreuung ca. fünf Monate in Anspruch und Männer ca. 4,5 Monate.

Tab. 58: *Dauer der Betreuung in Tagen*

	N	Min	Max	Mittelwert	SD
weiblich	77	2	710	146,6	153,92
männlich	791	2	905	133,1	133,90
Gesamt	868	2	905	134,3	135,75

Die Verteilung der *Anzahl der Kontakte* während der Betreuung weist eine individuell sehr unterschiedliche Kontaktanzahl auf. Für Klienten wurden zwei bis 59 Kontakte (Mittelwert: 7,3 Kontakte) und für Klientinnen zwei bis 35 Kontakte (Mittelwert: 7,6 Kontakte) dokumentiert (vgl. Tab. 59).

Tab. 59: *Anzahl Kontakte*

	N	Min	Max	Mittelwert	SD
weiblich	77	2	35	7,57	7,38
männlich	787	2	59	7,28	7,28
Gesamt	864	2	59	7,30	7,29

Fasst man die Kontakte nach ihrer Anzahl in Gruppen zusammen, so zeigt, dass auf den Kontaktbereich „2 bis 3 Kontakte“ bei Klienten und Klientinnen nahezu die gleichen Anteile (ca. 35 %) entfallen. Der Kontaktbereich „4 bis 10 Kontakte“ bindet bei den Männern etwas höhere Anteile als bei den Frauen (46,4 % vs. 42,9 %). Damit korrespondierend haben rund 22 % der Frauen im Betreuungsverlauf mehr als zehn Kontakte (vgl. *im Anhang* Tab. A 19).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Intervention für etwa die Hälfte der KlientInnen eher den Charakter einer Kurzintervention hatte. Andere KlientInnen wurden demgegenüber z.T. deutlich länger betreut.

Die KlientInnen nahmen zahlreiche *Maßnahmen und Interventionen* in Anspruch (vgl. Tab. 60)

Tab. 60: Maßnahmen während der Betreuung (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (N = 76)		männlich (N = 791)		Gesamt (N = 867)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Beratung im Einzelkontakt (im Modellprojekt)	74	97,4	773	97,7	847	97,7
Beratung im Gruppengespräch (im Modellprojekt)	26	34,2	248	31,4	274	31,6
Beratung mit EhepartnerIn (im Modellprojekt)	9	11,8	121	15,3	130	15,0
Beratung mit anderen Angehörigen (im Modellprojekt)	9	11,8	91	11,5	100	11,5
ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen (in der eigenen Einrichtung)	0	0,0	40	5,1	40	4,6
Begleitung des/der KlientIn zu externen Stellen (z.B. Behörden, Casino)	1	1,3	27	3,4	28	3,2
Selbsthilfegruppe	2	2,6	4	0,5	6	0,7
ambulante Rehabilitation Sucht (wegen substanzbezogener Störungen) in eigener Einrichtung	0	0,0	5	0,6	5	0,6
aufsuchende Arbeit im privaten Umfeld (z.B. Hausbesuch, Café)	0	0,0	4	0,5	4	0,5
aufsuchende Arbeit im beruflichen Umfeld (z.B. Arbeitsstelle)	0	0,0	3	0,4	3	0,3
sonstige Maßnahmen	3	3,9	30	3,8	33	3,8
Gesamt	124	163,2	1.346	170,2	1.470	169,6

Mit Beratungen im Einzelkontakt bzw. im Gruppengespräch entfallen mit 97,7 % bzw. 31,6 % die höchsten Nennungen auf Maßnahmen, die in den dokumentierenden Einrichtungen in Anspruch genommen wurden. Auch Beratung mit EhepartnerIn oder sonstigen Angehörigen werden vergleichsweise häufiger genannt (15,0 % und 11,5 %). Dies sowie die Anzahl der eigenständigen Kontakte zu Bezugspersonen weist darauf hin, dass die Arbeit mit Angehörigen ein wichtiger Bestandteil des Arbeitsfeldes ist. Mit 4,6 % der KlientInnen wurde in der eigenen Einrichtung bereits eine ambulante Rehabilitation begonnen bzw. durchgeführt. Weitere Maßnahmen während der Betreuung wurden eher (sehr) selten dokumentiert. Ein geschlechtsspezifischer Vergleich zeigt keine bedeutsamen Unterschiede.

Tab. 61 gibt Aufschluss über die *Anzahl der Beratungstermine* (allein bzw. mit dem/der GlücksspielerIn, mit dem/der GlücksspielerIn und EhepartnerIn bzw. anderen Angehörigen oder in der Gruppe). Die Einzelkontakte fanden ein- bis 35-mal (Frauen) bzw. ein- bis 57-mal (Männer) statt. Im Mittel kam es zu 4,8 Kontakten, die Kontaktanzahl der Frauen liegt dabei etwas höher als die der Männer. Beratungen mit dem/der EhepartnerIn fanden zwischen ein- und zehnmal und/oder mit anderen Angehörigen ein- bis elfmal statt.

Tab. 61: Anzahl der Beratungstermine

Spielform	Geschlecht	N	Min	Max	MW	SD
Beratung im Einzelkontakt (in der Beratungsstelle)	weiblich	73	1	35	5,56	6,22
	männlich	755	1	57	4,73	4,48
	Gesamt	828	1	57	4,80	4,66
Beratung mit EhepartnerIn (in der Beratungsstelle)	weiblich	9	1	3	1,56	0,73
	männlich	117	1	10	1,91	1,65
	Gesamt	126	1	10	1,88	1,60
Beratung mit anderen An- gehörigen (in der Bera- tungsstelle)	weiblich	8	1	3	1,50	0,76
	männlich	87	1	11	1,60	1,316
	Gesamt	95	1	11	1,59	1,28
Beratung im Gruppen- gespräch (in der Bera- tungsstelle)	weiblich	24	1	34	5,54	6,82
	männlich	240	1	45	6,67	7,035
	Gesamt	264	1	45	6,57	7,01

Für Gruppengespräche wurden im Durchschnitt 6,6 Kontakte ermittelt, die Kontaktspanne umfasste einen bis 45 Kontakte. Im Vergleich der Durchschnittswerte zeigen sich im Geschlechtervergleich nur relativ geringe Unterschiede.

Eine weitere Betrachtungsebene bezieht sich auf *Kontakte* während des Betreuungsverlaufs. Dabei geht es nicht um „Mitbetreuung“ des Klienten, der Klientin durch übrige Kooperationspartner, sondern eher um die Dokumentation jeglicher Kontakte bzgl. der stattfindenden Beratung (vgl. Tab. 62).

Tab. 62: Kontakte während der Betreuung (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (N = 39)		männlich (N = 438)		Gesamt (N = 477)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Familie	11	28,2	200	45,7	211	44,2
Freunde, Bekannte	5	12,8	30	6,8	35	7,3
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	2	5,1	17	3,9	19	4,0
Selbsthilfegruppe	5	12,8	65	14,8	70	14,7
ärztliche Praxis	1	2,6	30	6,8	31	6,5
psychotherapeutische Praxis	0	0,0	11	2,5	11	2,3
ambulant Betreutes Wohnen	1	2,6	12	2,7	13	2,7
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	0	0,0	4	0,9	4	0,8
Krankenhaus(abteilung)	2	5,1	24	5,5	26	5,5
stationäre Rehabilitationseinrichtung	2	5,1	51	11,6	53	11,1
Schuldnerberatungsstelle	5	12,8	52	11,9	57	11,9
andere Beratungsdienste	4	10,3	16	3,7	20	4,2
Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt	5	12,8	3	0,7	8	1,7
Soziale Verwaltung	2	5,1	9	2,1	11	2,3
Arbeitsagentur/ARGE/JobCenter	0	0,0	23	5,3	23	4,8
Justizbehörden/Bewährungshilfe	2	5,1	32	7,3	34	7,1
Spielbank/Spielhalle	1	2,6	0	0,0	1	0,2
Hotline	0	0,0	5	1,1	5	1,1
Sonstige (u.a. Anwalt, gesetzlicher Betreuer, Leistungsträger)	1	2,6	41	9,4	42	8,8
<b>Gesamt</b>	<b>49</b>	<b>125,6</b>	<b>625</b>	<b>142,7</b>	<b>674</b>	<b>141,3</b>

Die mit weitem Abstand häufigsten Kontakte finden mit den Familien der KlientInnen statt (44,2 %), für Männer deutlich häufiger als für Frauen. Für die Gesamtklientel betrachtet binden Kontakte zu Selbsthilfegruppen (14,7 %) und Schuldnerberatungsstellen (11,9 %) sowie zu stationären Rehabilitationseinrichtungen (11,1 %) die nächsthöheren Anteile. Insgesamt zeigt sich ein breites Spektrum an Kontaktpartnern, mit denen sich die ModellmitarbeiterInnen im Verlauf einer Betreuung ausgetauscht haben.

#### 4.6 Effekte des Modellprojekts

##### 4.6.1 Regionale Versorgung der Zielgruppe

Die ModellmitarbeiterInnen wurden zu Beginn und Ende des Modellprojekts um eine Einschätzung der regionalen Versorgung von Pathologischen GlücksspielerInnen gebeten. Die nachfolgende Tab. 63 zeigt die Ergebnisse zu den Befragungszeitpunkten im Vergleich.

Tab. 63: *Einschätzung der Versorgungssituation von Pathologischen GlücksspielerInnen im Einzugsgebiet der Einrichtung – zu Modellbeginn und -ende*

	Anfang 2008		Mitte 2010	
	abs.	%	abs.	%
(sehr) gut	6	35,3	13	76,5
befriedigend/ausreichend	5	29,4	3	17,6
mangelhaft/ungenügend	6	35,3	1	5,9
Gesamt	17	100,0	17	100,0

Gegen Ende des Modellprojekts schätzen rund 77 % der ModellmitarbeiterInnen die regionale Versorgungssituation als (sehr) gut ein. Ein Vergleich mit den Einschätzungen zu Beginn des Modellprojekts verdeutlicht, dass die Versorgungssituation von Pathologischen GlücksspielerInnen im Einzugsgebiet der jeweiligen Einrichtung gegen Ende des Modellprojekts deutlich besser eingeschätzt wird: Während zu Beginn noch sechs ModellmitarbeiterInnen die regionale Versorgungssituation mit „mangelhaft/ungenügend“ beurteilt haben, wird diese Einschätzung am Ende des Modellprojekts nur noch von einer Mitarbeiterin vorgenommen<sup>25</sup>. Die Anzahl derjenigen, die die Situation als (sehr) gut einschätzten, hat sich im Modellverlauf von sechs auf 13 deutlich erhöht.

Das Angebot für Pathologische GlücksspielerInnen im Einzugsgebiet der jeweiligen Einrichtung wird hinsichtlich verschiedener Aspekte der Versorgung bewertet (vgl. Tab. 64).

Tab. 64: *Bewertung der Versorgung von Pathologischen GlücksspielerInnen hinsichtlich verschiedener Aspekte - differenziert nach 2 Erhebungszeitpunkten*

	Anfang 2008 MW	Mitte 2010 MW
niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zu ambulanten Hilfen (N = 15/13)	3,73	2,08
aufsuchende Arbeit bei Pathologischem Glücksspiel (N = 15/13)	5,67	4,31
glücksspielspezifische Diagnostik und Indikationsstellung (N = 15/14)	3,13	1,86
Differenzierungsgrad des Angebots (z.B. Einzel- bzw. Gruppenangebot, Angehörigenarbeit, ambulante Rehabilitation, Schuldenmanagement) (N = 15/14)	3,33	2,00
glücksspielspezifische Qualifikation der Fachkräfte (N = 15/14)	3,67	1,64
Grad der Vernetzung (z.B. Fachkliniken, niedergelassene ÄrztInnen, Krankenhäuser, Arbeitsagenturen) (N = 15/14)	3,73	2,43
Stand der Zusammenarbeit mit SpielhallenbesitzerInnen, Casinos u.s.w. (N = 15/12)	5,47	4,42

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

Wie Tab. 64 zeigt, hat sich nach Einschätzung der ModellmitarbeiterInnen die regionale Versorgung im Modellverlauf über alle Segmente (deutlich) verbessert. Lediglich für aufsuchende Arbeit und den Stand der Zusammenarbeit mit Spielhallenbetreibern wird eine eher geringe Veränderung konstatiert. Letzteres wird auch aus Hessen berichtet.

In der Nachbefragung heben die MitarbeiterInnen vor allem hervor, dass ihre eigene Qualifizierung in Verbindung mit von ihnen durchgeführten einrichtungswirtschaftlichen Schulungen

<sup>25</sup> Von der Einrichtung wird darauf hingewiesen, dass es kein weiteres Angebot für die Zielgruppe in der Region gibt und die dem Modellprojekt zugeordneten Aufgaben mit 0,5 Personalstellen kaum zu bewältigen sind.

von KollegInnen („Weitergabe von Wissen“) zu einer Verbesserung der Angebotsqualität beigetragen hat. Zudem konnten Zugangswege durch Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung eröffnet werden. Schließlich wurde zum Teil auch das eigene Angebot innerhalb der Einrichtung, z.B. um Gruppenangebote sowie durch die Initiierung bzw. gezielte Unterstützung von Selbsthilfegruppen, für Pathologischen GlücksspielerInnen sowie deren Angehörigen, insgesamt erweitert.

In zwölf Bundesländern wurden z.T. gleichzeitig mit dem Bundesmodellprojekt *Länderprojekte bzw. -programme* im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungssituation von Pathologischen GlücksspielerInnen und ihrer Angehörigen durchgeführt.

Neun Modellprojekte nehmen auch Auswirkungen dieser Länderprojekte auf die Modellarbeit wahr, u.a. Folgendes:

- Erfahrungen und Materialien konnten wechselseitig genutzt werden
- gemeinsame Öffentlichkeitsaktionen wurden durchgeführt
- die Kooperation mit anderen Beratungsstellen wurde intensiviert und dadurch wurde eine bessere Zuweisung von KlientInnen erreicht
- um die Kooperation zu verbessern, wurden gemeinsame Arbeitskreise gebildet
- es wurden Weiterbildungsangebote auf Länderebene angeboten, die auch das Modellprojekt nutzen konnte.

Die Antworten weisen darauf hin, dass es zwischen den Einrichtungen in den Länderprojekten und den im Bundesmodell vertretenen Modellprojekten i.d.R. Kontakte gab und auch ein fachlicher Austausch stattfand bzw. stattfindet.

#### 4.6.2 Entwicklung der Zielgruppenerreichung

Im nachfolgenden Abschnitt wird analysiert, ob sich, bezogen auf ausgewählte Klientenmerkmale, im Modellverlauf Veränderungen feststellen lassen. Um die Zielgruppenerreichung der beteiligten Modelleinrichtungen abbilden zu können, wird in einem ersten Schritt die Anzahl der Betreuungsfälle (Neuaufnahmen) nach der Deutschen Suchthilfestatistik (mind. zwei Kontakte) zu den Jahren 2006 und 2009 verglichen (vgl. Tab. 65).



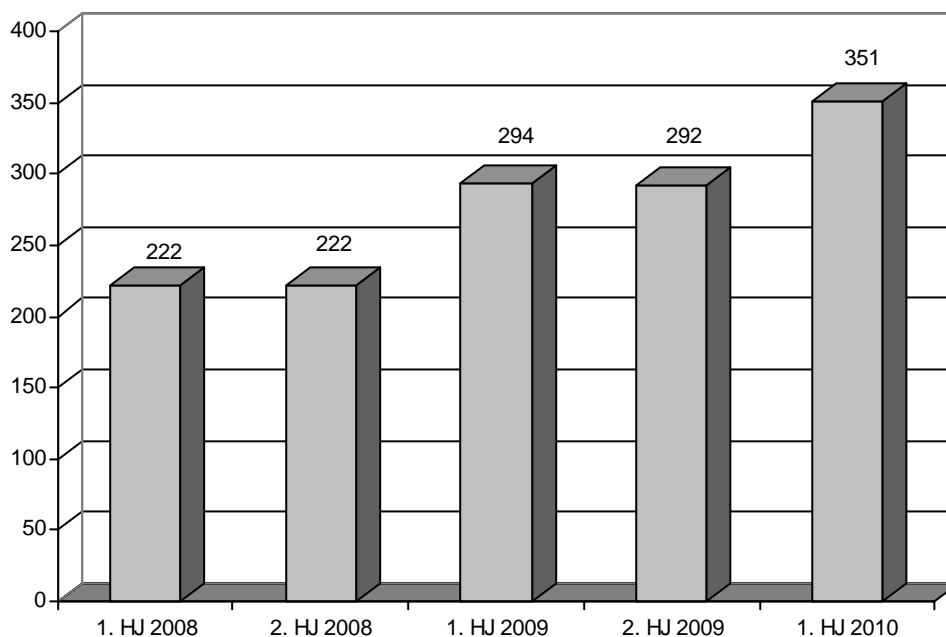
Tab. 65: Anzahl der Betreuungsfälle - Neuaufnahmen 2006 und 2009

Verteilung nach Projektart („erfahrene“ vs. „neue“ Projekte)	Auswertung (Bezugsjahr 2006)		Auswertung (Bezugsjahr 2009)
	Anzahl der Betreuungsfälle (Neuaufnahmen), mind. zwei Kon- takte	Anzahl path. Glücks- spielerInnen (Neuaufnahmen), mind. zwei Kon- takte	Anzahl path. Glücks- spielerInnen (Neuaufnahmen), mind. zwei Kon- takte
„erfahrene“ Projekte (N=4) gesamt	1.569	431	635
----- im Durchschnitt	392	107	159
„neue“ Projekte (N=12) gesamt	5.404	173	459
----- im Durchschnitt	450	14	38

In der Glücksspielarbeit „erfahrene“ bzw. „neue“ Einrichtungen unterscheiden sich „im Durchschnitt“ nicht wesentlich im Hinblick auf den Umfang der insgesamt dokumentierten jährlichen Betreuungsfälle (Neuaufnahmen: 392 vs. 450). Deutlich sind jedoch die Unterschiede im Hinblick auf die dokumentierte Anzahl von Pathologischen GlücksspielerInnen: Während „erfahrene Einrichtungen“ 2006 durchschnittlich 107 Fälle dokumentiert haben, lag diese Zahl bei den „neuen“ Einrichtungen bei 14. Der im Jahr 2009 erreichte Zuwachs lag bei den „erfahrenen“ Einrichtungen bei 48,6 %, bei den „neuen“ Einrichtungen bei 171 %.

In einem zweiten Schritt wird die Verteilung der Anzahl im Modellprojekt erreichter KlientInnen („Selbstbetroffene“) nach Halbjahreszeiträumen - vom 1. Halbjahr 2008 bis zum 1. Halbjahr 2010 – verglichen (Abb. 3).

Abb. 3: Anzahl erreichter KlientInnen im Modellverlauf nach Halbjahreskohorten



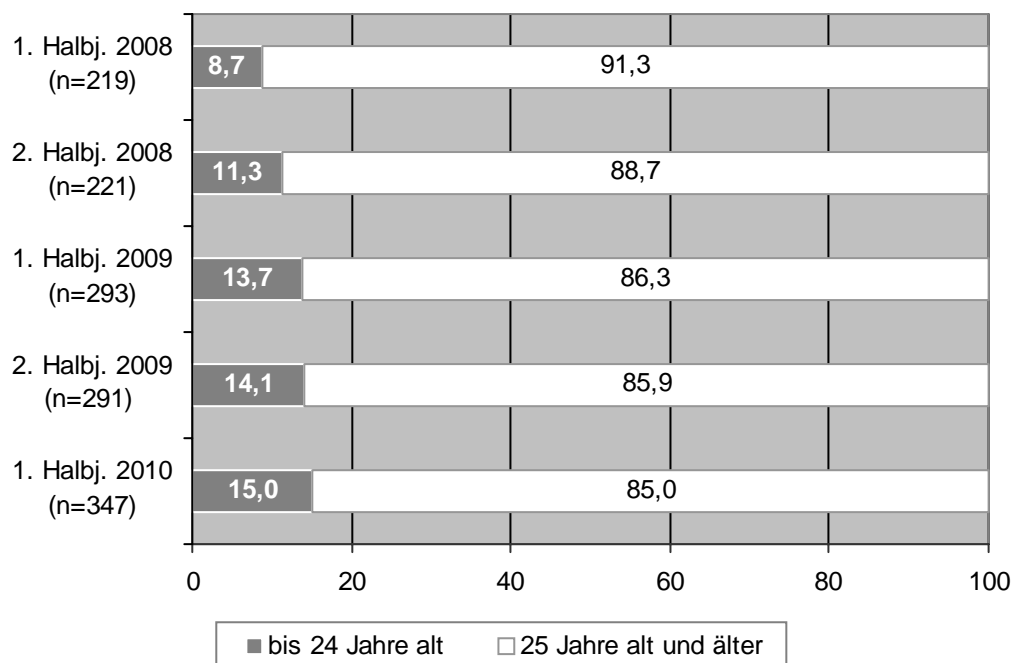
Die Abb. 3 verdeutlicht, dass sich die Anzahl der erreichten KlientInnen mit einem problematischen Glücksspielverhalten bzw. mit Pathologischem Glücksspielen im Modellverlauf deutlich erhöht hat: Die Anzahl der dokumentierten Neuaufnahmen stieg von 444 im Jahr 2008 auf 586 Personen im Jahr 2009, dies entspricht einer Steigerung von 32 %. Eine Differenzierung der Klientenzahlen nach Halbjahren zeigt folgende Entwicklung: Im 1. Halbjahr 2008 wurden von den Modellprojekten insgesamt 222 KlientInnen dokumentiert, im 1. Halbjahr 2009 waren es 294 und im 1. Halbjahr 2010 351 KlientInnen, die als Neuaufnahme in einer der teilnehmenden Einrichtungen beraten wurden (Steigerungsrate über diesen Zeitraum rund 58 %). Vom 1. Halbjahr 2008 bis zum 1. Halbjahr 2009 beträgt die Zunahme rund 32 %, vom 1. Halbjahr 2009 bis zum 1. Halbjahr 2010 rund 19 %.

Dabei unterscheidet sich erwartungsgemäß die durchschnittlich dokumentierte Anzahl der Fälle zwischen den „erfahrenen“ Einrichtungen von den „neuen“ Einrichtungen (117 vs. 73). In den „erfahrenen“ Einrichtungen mit mehreren MitarbeiterInnen in der Arbeit mit der Zielgruppe wurden folglich den Aktivitäten des Modellprojekts noch etwas mehr Fälle zugeordnet als „neue“ Einrichtungen insgesamt Personen der Zielgruppe erreicht haben.

Über alle Modellprojekte hinweg streut die Anzahl der dokumentierten Fälle von 36 bis 142, neun Einrichtungen liegen dabei in einem „mittleren Korridor“.

Bezogen auf die Verteilung der verschiedenen Altersgruppen zeigt eine Detailanalyse, dass im Modellverlauf der Anteil der unter 25 Jahre alten KlientInnen von 8,7 % auf 15,0 % deutlich zugenommen hat (vgl. Abb. 4 und im Anhang Tab. A 29).

Abb. 4: Altersverteilung gruppiert nach Halbjahren (Angaben in %)



Durch die Modellprojekte konnten zunehmend jüngere Pathologische GlücksspielerInnen erreicht werden.

Eine Betrachtung der Spielformen der betreuten Pathologischen GlücksspielerInnen im Zeitverlauf zeigt eine relativ „konstante Verteilung“. So bewegt sich bspw. die Schwankung bei der Spielform „Geldspielautomaten“ lediglich zwischen rund 85 % und 89 %.

Während im Zeitverlauf beim Kleinen Spiel die Anteile zurückgegangen sind (7,3 % bzw. 3,1 %), kann für Glücksspiel im Internet eine Erhöhung von 1,8 % auf 3,9 % festgestellt werden (vgl. *im Anhang* Tab. A 30).

Untersucht wurde auch, ob und inwiefern sich die finanzielle Situation der KlientInnen verändert hat. Die Verteilung der Verschuldung im Modellverlauf macht deutlich, dass der Anteil der Pathologischen GlücksspielerInnen mit einer geringeren Verschuldung (bis 10.000 Euro) von rund 34 % auf 41 % zugenommen hat (vgl. *im Anhang* Tab. A 31).

Insgesamt weisen die beschriebenen Veränderungen darauf hin, dass im Modellverlauf verstärkt Personen erreicht wurden, die jünger sind, eine etwas geringere Verschuldung aufweisen und teilweise andere Spielformen ausüben.

Neben selbst betroffenen SpielerInnen zielte das Modellprojekt auch auf eine Verbesserung der Erreichung von *Angehörigen bzw. Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld*. Im Rahmen der Evaluation wurden im Jahr 2008 insgesamt 70 Personen und im Jahr 2009 111 Personen und im ersten 1. Halbjahr 2010 50 Personen aus dem sozialen Umfeld dokumentiert. Nach einem Anstieg der Zielgruppenerreichung im zweiten Jahr des Modellprojekts deutet das Halbjahresergebnis 2010 darauf hin, dass eine vergleichbare Größenordnung erreicht werden kann.

Dabei zeigen sich folgende Unterschiede zwischen den Projekten: „Erfahrene“ Einrichtungen haben mit durchschnittlich 19 Fällen mehr Personen des sozialen Umfelds erreicht als in der Glücksspielarbeit „neue“ Einrichtungen mit zwölf Fällen. Über alle Projekte hinweg streut die Zielgruppenerreichung von 34 Personen bis zu einer Person.

Die nachfolgende Tab. 66 informiert über die Anzahl der KlientInnen („Selbstbetroffene“) und der Angehörigen, die in dem Dokumentationszeitraum erreicht wurden.

Tab. 66: Anzahl der KlientInnen und Angehörigen differenziert nach Einrichtung - gewichtet nach Häufigkeit (anonymisiert)

	KlientInnen		Angehörige		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Einrichtung 1	142	10,0	21	9,1	163	9,9
Einrichtung 2	139	9,8	12	5,2	151	9,1
Einrichtung 3	119	8,4	22	9,5	141	8,5
Einrichtung 4	133	9,4	1	0,4	134	8,1
Einrichtung 5	109	7,7	20	8,6	129	7,8
Einrichtung 6	87	6,1	34	14,7	121	7,3
Einrichtung 7	84	5,9	21	9,1	105	6,3
Einrichtung 8	93	6,5	7	3,0	100	6,0
Einrichtung 9	64	4,5	18	7,8	82	5,0
Einrichtung 10	60	4,2	17	7,3	77	4,7
Einrichtung 11	61	4,3	14	6,0	75	4,5
Einrichtung 12	72	5,1	3	1,3	75	4,5
Einrichtung 13	58	4,1	14	6,0	72	4,4
Einrichtung 14	56	3,9	10	4,3	66	4,0
Einrichtung 15	51	3,6	11	4,7	62	3,7
Einrichtung 16	58	4,1	2	0,9	60	3,6
Einrichtung 17	36	2,5	5	2,2	41	2,5
Gesamt	1.422	100,0	232	100,0	1.654	100,0

Insgesamt wurden 1.654 Personen durch die ModellmitarbeiterInnen erreicht. Im Einrichtungsvergleich zeigen sich größere Unterschiede: Die Spanne der betreuten Personen reicht von 163 bis zu 41.

Aus Sicht der MitarbeiterInnen und Projektträger haben u.a. folgende Aspekte zur Verbesserung der Zielgruppenerreichung beigetragen: a) die zusätzlichen personellen Kapazitäten durch das Modellprojekt haben z.B. eine kurzfristige Terminvergabe oder Öffnungszeiten in den Abendstunden ermöglicht, b) die (verstärkte) Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzungsaktivitäten haben das Angebot auch für Angehörige bekannt gemacht. Einige Modellprojekte weisen zudem darauf hin, dass sich die Zahl der jüngeren KlientInnen, die noch keine Suchtbiografie aufweisen, (leicht) erhöht hat. Beispielsweise wurden Workshops zum Thema Glücksspielsucht in Jugendhäusern oder Berufsschulen sowie Multiplikatorenschulungen durchgeführt. Darüber hinaus kann auch die „Bekanntheit“ des Angebots im Allgemeinen dazu beigetragen haben, „neue“ Klientengruppen zu erschließen.

#### 4.6.3 Klientenbezogene Effekte

##### *Art der Beendigung und Weitervermittlung*

Bei der Betreuung von suchtkranken Menschen ist die Art der Beendigung der Betreuung ein erster wichtiger Indikator im Hinblick auf den Erfolg der Intervention bzw. Maßnahme. Eine i.d.R. ambivalente Motivationslage, Rückfallepisoden sowie Charakteristika des Krankheitsbilds wirken auf den Verlauf und die Art der Beendigung ein. Dies gilt insbe-

sondere zu Beginn einer Betreuung, wenn gezielte Interventionen, Maßnahmen und Hilfen den KlientInnen noch keine ausreichende Unterstützung liefern konnten. Im Rahmen des Modellprojekts mit seinem Charakter der frühen Intervention war deshalb die Art der Beendigung von besonderem Interesse. In Tab. 67 wird die Art der Beendigung der Beratung für 862 KlientInnen dargestellt.

Tab. 67: Art der Beendigung

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
regulär nach Beratung	18	24,0	174	22,1	192	22,3
vorzeitig mit Einverständnis	7	9,3	78	9,9	85	9,9
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform/Einrichtung	9	12,0	137	17,4	146	16,9
vorzeitig ohne Einverständnis/Abbruch durch KlientIn	36	48,0	370	47,0	406	47,1
disziplinarisch	1	1,3	4	0,5	5	0,6
außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung	0	0,0	5	0,6	5	0,6
verstorben	1	1,3	4	0,5	5	0,6
Sonstiges	3	4,0	15	1,9	18	2,1
Gesamt	75	100,0	787	100,0	862	100,0

Während 49,1 % der Beendigungen regulär, mit Einverständnis oder durch Wechsel der Behandlungsform erfolgten, haben 47,7 % KlientInnen die Betreuung abgebrochen oder wurden disziplinarisch entlassen. Betrachtet man die Art der Beendigung unter einem geschlechtsspezifischen Aspekt, zeigen sich keine relevanten Unterschiede. Vergleicht man die Daten des Modellprojekts mit denen der Deutschen Suchthilfestatistik (DSS) für das Jahr 2009 (Zugänge/Beender, ohne Einmalkontakte, Hauptdiagnose Pathologisches Spielen) zeigen sich deutliche Parallelen: 46,1 % der Beendigungen erfolgten ohne Einverständnis, als Abbruch oder disziplinarisch. Während in der DSS mit 33,4 % deutlich mehr Beendigungen regulär erfolgt sind, wurde im Rahmen des Modellprojekts vermehrt die Behandlungsform gewechselt (16,9 % vs. 12,8 %). Deutlichere Unterschiede zeigen sich zu den Evaluationsergebnissen der Länderprogramme in Niedersachsen und Hessen (Bezugsjahr 2009): Während in Niedersachsen in 36,4 % der Fälle die Beendigung ohne Einverständnis, als Abbruch oder disziplinarisch erfolgt ist, waren es in Hessen 57 %.

Die Analyse der Art der Beendigung zwischen den 17 Einrichtungen zeigt deutliche Unterschiede und eine große Spannweite zwischen den Beendigungsarten. In Tab. 68 werden die hauptsächlichen Beendigungsarten - ohne disziplinarische Entlassung, verstorben und Sonstiges - verglichen. Die Sortierung ist nach dem Anteil der regulären Entlassungen nach Beratung erfolgt.

Tab. 68: Art der Beendigung nach Einrichtung

Einrichtung	regulär nach Beratung		planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform/Einrichtung		vorzeitig mit Einverständnis		vorzeitig ohne Einverständnis/Abbruch durch KlientIn		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	In %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Einrichtung 1	13	37,1	1	2,9	11	31,4	10	28,6	35	100,0
Einrichtung 2	13	37,1	2	5,7	2	5,7	18	51,4	35	100,0
Einrichtung 3	13	34,2	7	18,4	9	23,7	9	23,7	38	100,0
Einrichtung 4*	17	30,9	5	9,1	8	14,5	25	45,5	55	100,0
Einrichtung 5	7	30,4	4	17,4	0	0,0	12	52,2	23	100,0
Einrichtung 6	15	30,0	18	36,0	0	0,0	17	34,0	50	100,0
Einrichtung 7*	20	29,0	19	27,5	5	7,2	25	36,2	69	100,0
Einrichtung 8*	20	27,4	10	13,7	11	15,1	32	43,8	73	100,0
Einrichtung 9*	16	21,9	16	21,9	7	9,6	34	46,6	73	100,0
Einrichtung 10	9	20,9	6	14,0	5	11,6	23	53,5	43	100,0
Einrichtung 11	9	20,0	11	24,4	0	0,0	25	55,6	45	100,0
Einrichtung 12	13	17,3	21	28,0	5	6,7	36	48,0	75	100,0
Einrichtung 13	8	16,0	8	16,0	8	16,0	26	52,0	50	100,0
Einrichtung 14	8	14,3	3	5,4	4	7,1	41	73,2	56	100,0
Einrichtung 15	3	13,0	4	17,4	5	21,7	11	47,8	23	100,0
Einrichtung 16	3	12,5	5	20,8	3	12,5	13	54,2	24	100,0
Einrichtung 17	8	11,9	6	9,0	2	3,0	51	76,1	67	100,0
Gesamt	195	23,4	146	17,5	85	10,2	408	48,9	834	100,0

\* in der Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen „erfahrene“ Einrichtungen: Grau unterlegt

Während in drei Beratungs- und Behandlungsstellen der Anteil der regulären Beendigungen bei 34 % bzw. 37 % lag, beträgt dieser Anteil in sechs Einrichtungen unter 20 %. Auch hinsichtlich der anderen Beendigungsarten lassen sich große Spannen feststellen: Die Anteile bei planmäßigem Wechsel in andere Behandlungsform/Einrichtung liegen zwischen 2,9 % und 36 %, bei einer vorzeitigen Beendigung mit therapeutischem Einverständnis „streuen“ die Anteile zwischen 0 % (keine entsprechende Beendigung) und rund 31 %. Auch bei der Beendigungsart „Abbruch der Behandlung“ variieren die Anteile zwischen ca. einem Viertel der BeenderInnen (E.3) und 76,1 % (E.17).

Mit den ModellmitarbeiterInnen wurde deshalb im Rahmen der telefonischen Interviews thematisiert, welche Aspekte die Haltekraft möglicherweise beeinflussen könnten. Nachfolgend sind Gegebenheiten und Voraussetzungen thematisiert, die sich positiv auf die Haltekraft bei Pathologischen GlücksspielerInnen auswirken können:

- Qualifikation der Fachkräfte
- einzel- und glücksspielspezifische Gruppenangebote und/oder Gruppenangebote im Rahmen der Selbsthilfe
- personelle Kontinuität des Angebots (z.B. keine längeren Unterbrechungen durch Urlaube/Krankheit der Fachkraft)
- differenziertes Angebotsspektrum (bedarfs- und personenbezogene Betreuung)

- integriertes Angebot ambulanter Therapie vor Ort, im Optimalfall mit derselben Fachkraft oder zumindest in Zusammenarbeit mit dieser
- Rückfallprävention bzw. Strategien im Umgang mit Rückfällen.

Die ModellmitarbeiterInnen wurden auch gefragt, wie sie im Falle von Betreuungsabbrüchen durch die Klientel vorgehen. Wenige ModellmitarbeiterInnen lehnen „nachgehende Interventionen“ als „überversorgend“ eher ab. Die große Mehrheit geht im Falle eines Beratungsabbruchs - i.d.R. in Abhängigkeit von der Dauer bzw. dem Verlauf des Beratungskontakts - den KlientInnen u.a. durch Telefonate und Briefe „aktiv nach“. Einige KlientInnen konnten so zur erneuten Kontaktaufnahme veranlasst werden.

Von insgesamt 233 KlientInnen (28 % der BeenderInnen)<sup>26</sup> liegen Informationen über eine Weitervermittlung vor (vgl. Tab. 69).

Tab. 69: Weitervermittlung (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (N = 14)		männlich (N = 219)		Gesamt (N = 233)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen in einer anderen Einrichtung	2	14,3	20	9,1	22	9,4
ambulante Rehabilitation Sucht in einer anderen Einrichtung	0	0,0	8	3,7	8	3,4
stationäre Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen	4	28,6	93	42,5	97	41,6
stationäre Rehabilitation Sucht	1	7,1	18	8,2	19	8,2
stationäre Behandlung (Psychosomatik)	3	21,4	9	4,1	12	5,2
ambulantes Betreutes Wohnen	0	0,0	2	0,9	2	0,9
anderer Beratungsdienst	0	0,0	9	4,1	9	3,9
amb. psychotherap. Behandlung	2	14,3	19	8,7	21	9,0
Selbsthilfegruppe	2	14,3	24	10,5	26	10,6
Sonstiges (u.a. Krankenhaus, Tagesklinik, Entzugsbehandlung)	2	14,3	27	11,7	29	11,8
Gesamt	16	114,3	229	104,6	245	105,2

Die meisten Vermittlungen erfolgten mit 55 % in eine stationäre Anschlussmaßnahme, dabei überwiegend in eine stationäre Rehabilitation des Pathologischen Glücksspiels (41,6 %) <sup>27</sup>. Immerhin erfolgten 12,8 % der Vermittlungen in eine Form der ambulanten Rehabilitation und 9,0 % in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung. Der Anteil der Vermittlungen in Selbsthilfegruppen lag bei 10,6 % <sup>28</sup>.

<sup>26</sup> In den Landesprogrammen lag die Quote der Weitervermittlungen etwas höher: Niedersachsen (39,1 %) und Hessen (31,3 %).

<sup>27</sup> In der DSS wurden in der Vergleichsgruppe (ICD-10:F 63.0) für das Jahr 2009: 40,2 % Vermittlungen in Stationäre Rehabilitationseinrichtung dokumentiert.

<sup>28</sup> In der DSS wird bei der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen ein Anteil von 30,2 % Vermittlungen in Selbsthilfegruppen angegeben.

### Veränderungen zu ausgewählten Merkmalsbereichen

Am Ende der Betreuung haben die ModellmitarbeiterInnen Veränderungen in ausgewählten Merkmalsbereichen beurteilt. Kategorien waren dabei, ob die jeweilige Problematik erfolgreich behoben wurde, sich das Problem gebessert hat oder ob der Zustand des Klienten bzw. der Klientin unverändert geblieben ist oder sich sogar verschlechtert hat.

Die Ergebnisse sind in den Tab. 70 bis Tab. 73 zusammengefasst.

Tab. 70: Problematik des Pathologischen Glücksspielens am Tag des Betreuungsendes

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
erfolgreich	18	26,1	189	24,8	207	24,9
gebessert	27	39,1	324	42,5	351	42,2
unverändert	23	33,3	243	31,9	266	32,0
verschlechtert	1	1,4	6	0,8	7	0,8
Gesamt	69	100,0	762	100,0	831	100,0

Aus Sicht der ModellmitarbeiterInnen war die Betreuung mit Blick auf die Problematik des Pathologischen Spielens bei 67,1 % der KlientInnen erfolgreich bzw. hat sich die Problematik verbessert. Bei knapp einem Drittel ist sie unverändert geblieben<sup>29</sup>. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich kaum Unterschiede.

Betrachtet man die bewertete Problematik des Pathologischen Spielens in Abhängigkeit von der Entlassform, zeigen sich deutliche Unterschiede.

Tab. 71: Veränderung des Spielverhaltens nach Beendigungsart am Betreuungsende

	erfolgreich		gebessert		unverändert		verschlechtert		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
regulär nach Beratung	124	64,6	51	26,6	17	8,9	0	0,0	192	100,0
planmäßiger Wechsel in and. Einr.	31	21,4	82	56,6	31	21,4	1	0,7	145	100,0
vorzeitig mit Einverständnis	18	21,4	46	54,8	20	23,8	0	0,0	84	100,0
vorzeitig ohne Einverständnis	23	6,0	161	42,3	192	50,4	5	1,3	381	100,0
Gesamt	196	24,4	340	42,4	260	32,4	6	0,7	802	100,0

Wird die Betreuung in der Beratungs- und Behandlungsstelle regulär beendet, beträgt der Anteil derjenigen, bei denen das Problem erfolgreich behoben wurde, rund 65 %. Wird die Betreuung vorzeitig, ohne therapeutisches Einverständnis beendet, sinkt dieser Anteil auf 6 %. Auch bei dem Personenkreis, der planmäßig in eine andere Einrichtung wechselt bzw. die Betreuung vorzeitig mit Einverständniserklärung beendet hat, liegt der Anteil

<sup>29</sup> Die DSS (2009) nennt bei der Hauptdiagnose (ICD10:F63) folgende Ergebnisse: erfolgreich 21,9 %; gebessert 40,5 %, unverändert 36,2 % und verschlechtert 1,4 %. Im Landesprogramm Hessen wurden (2009) folgende Werte dokumentiert: erfolgreich 16 %, gebessert 44 %, unverändert 39 % und verschlechtert 1 %; im Landesprogramm Niedersachsen waren dies (2009) folgende Werte: erfolgreich 25,4 %, gebessert 39,4 %, unverändert 33,7 % und verschlechtert 0,3 %.



der KlientInnen mit einer gebesserten Problematik des Pathologischen Glücksspiels höher als bei denjenigen, die die Betreuung abgebrochen (56,6 % bzw. 54,8 % vs. 42,3 %) haben.

Tab. 72: Verschuldung am Tag des Betreuungsendes derjenigen GlücksspielerInnen, die zu Beginn der Betreuung Schulden nannten

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
erfolgreich (keine Schulden mehr)	0	0,0	30	5,1	30	4,7
gebessert	24	47,1	194	32,7	218	33,8
unverändert	26	51,0	359	60,4	385	59,7
verschlechtert	1	2,0	11	1,9	12	1,9
Gesamt	51	100,0	594	100,0	645	100,0

Die Schuldenproblematik hatte sich zum Betreuungsende in rund 60 % (60,4 % Männer vs. 51,0 % Frauen) der Fälle nicht geändert. Bei den Frauen lag der Anteil derjenigen, bei denen sich die Schuldensituation gebessert hatte, mit 47,1 % höher als bei den Männern mit 32,7 %. Immerhin hatten 30 Männer bei Abschluss der Betreuung ihre Verschuldungssituation erfolgreich „bearbeitet“ bzw. sie hatten keine Schulden mehr<sup>30</sup>.

Tab. 73: Problematik der psychosozialen Situation am Tag des Betreuungsendes

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
erfolgreich	8	11,8	85	11,3	93	11,4
gebessert	27	39,7	324	43,1	351	42,9
unverändert	31	45,6	313	41,7	344	42,0
verschlechtert	2	2,9	29	3,9	31	3,8
Gesamt	68	100,0	751	100,0	819	100,0

Zur Problematik der psychosozialen Situation bei Betreuungsende liegen Daten von 819 Personen vor: Für insgesamt 11,4 % hat sich die psychosoziale Situation erfolgreich verändert. Während bei 43,1 % der Männer eine Besserung der Situation festgehalten wurde, trifft dies für 39,7 % der Frauen zu. Unverändert wird die psychosoziale Situation für 42 % der KlientInnen beschrieben, der Anteil der Frauen liegt im Vergleich etwas höher (45,6 % vs. 41,7 %)<sup>31</sup>.

Ergänzend haben die Fachkräfte qualitative Angaben zu Veränderungen der sozialen Situation ihrer KlientInnen gemacht. Dabei wurden vor allem Verbesserungen in folgenden Bereichen genannt: Partnerbeziehungen (87 Nennungen[N.]), Wohnsituation (49 N.), Erwerbssituation (48 N.), Freizeitgestaltung (24N.), Abgabe der Geldverwaltung (20 N.).

Zum Abschluss der Betreuung sollten die ModellmitarbeiterInnen auch einschätzen, ob sie Veränderungen an der psychischen Situation ihrer Klientel feststellen konnten (vgl. Tab. 74).

<sup>30</sup> Aus Niedersachsen liegen folgende Vergleichswerte vor: erfolgreich 7,5 %, gebessert 27,8 %, unverändert 61,3% und verschlechtert 2,2 %.

<sup>31</sup> Aus Niedersachsen liegen folgende Vergleichswerte vor: erfolgreich 10,7 %, gebessert 50,6 %, unverändert 35,7% und verschlechtert 1,8 %.

Tab. 74: *Veränderungen der psychischen Situation feststellbar*

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ja	28	46,7	349	51,4	377	51,0
nein	32	53,3	330	48,6	362	49,0
Gesamt	60	100,0	679	100,0	739	100,0

Eine Veränderung der psychischen Situation der KlientInnen wird in etwas mehr als der Hälfte der Fälle festgestellt, wobei der Anteil bei den Frauen etwas niedriger ist als bei den Männern (46,7 % vs. 51,4 %).

Positive Veränderungen der psychischen Situation der KlientInnen betrafen u.a. die Aspekte erhöhtes Selbstvertrauen, vermehrte Lebensfreude, Stabilisierung, Ausgeglichenheit, Motiviertheit (219 Nennungen). Weiterhin bestehende Belastungsfaktoren wurden sehr viel seltener genannt (21 Nennungen) und zielten u.a. auf Einsamkeit, innere Spannungen, psychotische Phänomene.

## 5 Zusammenfassung, Empfehlungen, Ausblick

### 5.1 Zusammenfassung

#### *Ausgangssituation*

2007 hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) die Durchführung des durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Modellprojekts „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“ initiiert. Wesentliche Ziele des Projekts waren:

- Verbesserung des Erreichungsgrads von Menschen mit einem Pathologischen Glücksspielverhalten
- Entwicklung und Implementierung von entsprechenden Maßnahmen der Früherkennung und -intervention
- Verbesserung der Fachlichkeit der ambulanten Einrichtungen, u.a. durch die Qualifizierung des Fachpersonals.

Durch das Modellvorhaben sollten bestehende Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe für die Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen qualifiziert, der Erreichungsgrads durch Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung verbessert und die Zusammenarbeit mit der (Spieler-)Selbsthilfe weiterentwickelt werden.

Die Umsetzung des Projekts erfolgte an 17 Standorten in 15 Bundesländern. Mit der wissenschaftlichen Begleitung wurde die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln beauftragt.

#### *Personalausstattung und Qualifizierung*

Den beteiligten Beratungs- und Behandlungsstellen wurde für die Projektlaufzeit eine halbe Fachkraftstelle zur Verfügung gestellt. Bei den eingesetzten MitarbeiterInnen handelt es sich i.d.R. um SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen, darunter sowohl um BerufsanfängerInnen als auch um erfahrene BeraterInnen, die z.T. über suchtherapeutische Zusatzqualifikationen verfügen. Die bisherigen Arbeitsschwerpunkte lagen überwiegend in den Arbeitsfeldern Beratung bzw. psychosoziale Betreuung. Einige MitarbeiterInnen hatten auch schon in niedrigschwelligen Angeboten und/oder (ambulanten) Rehabilitationsangeboten gearbeitet. Etwa die Hälfte der ModellmitarbeiterInnen verfügte zu Projektbeginn über nur geringe Erfahrungen in der Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen.

Die ModellmitarbeiterInnen wurden im Rahmen des Projekts über ein Curriculum (DHS, 2010) geschult. In neun eigens entwickelten mehrtägigen Veranstaltungen wurden die ModellmitarbeiterInnen in den Jahren 2008 bis 2010 in insgesamt 94 Einheiten zu einer Vielzahl von projektrelevanten Themen durch qualifizierte und im Feld erfahrene ExpertInnen geschult.

Die TeilnehmerInnen erlebten die Fortbildungsmodulare durchweg als hilfreich im Hinblick auf verschiedene Aspekte der Arbeit mit der Zielgruppe. Im Gesamturteil wird die Fortbildung als gut und sehr gut bewertet. Dabei wurde neben der praxisnahen Vermittlung von fachlichen Inhalten vor allem der kontinuierliche Austausch der BeraterInnen untereinander hervorgehoben. Im Zusammenhang mit der Qualifizierung hat sich die Sicht der MitarbeiterInnen auf betreuungsrelevante Merkmale der Zielgruppe (z.B. Motivation, Betreuungsabbruch, Rückfall) verändert.

### *Infrastrukturelle Merkmale*

Die Modellprojekte waren bei Suchtberatungsstellen angesiedelt, von denen vier bereits über einschlägige Erfahrungen in der Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen sowie über spezialisierte Angebotsstrukturen verfügten. Ein Projekt ist kliniknah verortet. In der Mehrzahl der Einrichtungen war das Angebot *vor* Modellbeginn nicht „glücksspielspezifisch“ ausgerichtet. Der Erreichungsgrad von Personen der Zielgruppe war in diesen Einrichtungen in etwa vergleichbar mit jenem in allgemeinen Suchtberatungsstellen (bundesweit).

Die Einwohnerzahlen des jeweiligen Einzugsgebiets streuen zwischen 80.000 und 3.400.000 EinwohnerInnen. Der Charakter des Einzugsgebiets ist mit jeweils rund 30 % eher „ländlich und (klein-)städtisch“ bzw. „großstädtisch“ sowie bei rund 40 % „überwiegend städtisch“. Gut drei Viertel der Modelleinrichtungen sind die einzigen spezialisierten Anlaufstellen für Pathologische GlücksspielerInnen in ihrer Region. Die personelle Ausstattung der Einrichtungen ist weitgehend mit der anderer Beratungs- und Behandlungsstellen für suchtkranke Menschen identisch.

Die regionale (ambulante) Versorgungssituation von Pathologischen GlücksspielerInnen im Einzugsgebiet wurde von den MitarbeiterInnen zu Beginn des Modellprojekts mit jeweils einem Drittel als „gut“, „befriedigend bzw. ausreichend“ sowie „mangelhaft/ungenügend“ eingeschätzt. Zwar konnten Pathologische GlücksspielerInnen Suchtberatungsstellen aufsuchen, doch die glücksspielspezifische Qualifikation der Fachkräfte, der Differenzierungsgrad des Angebots sowie die Vernetzung der Hilfen untereinander wiesen erhebliche Verbesserungspotenziale auf.

### *Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung, Akquisition*

Eine spezifische Öffentlichkeitsarbeit für Pathologische GlücksspielerInnen machten vor Beginn des Modellprojekts vor allem Einrichtungen mit bereits spezialisierten Angeboten für die Zielgruppe. Alle Einrichtungen haben über das Modellprojekt ihre zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit im Modellverlauf erheblich intensiviert. Durchschnittlich wurden pro Modellprojekt 68 Aktivitäten dokumentiert. Mit 43 % entfiel dabei ein bedeutsamer Anteil auf die Arbeit in der Fachöffentlichkeit, je gut ein Viertel der Aktivitäten richtete sich auf den öffentlichen Raum (z.B. Presse, Homepage) und die Erstellung und Verteilung von Flyern.

Alle Modellprojekte haben sich im Modellverlauf in ihren Regionen vernetzt. Rund 29 % der diesbezüglichen Aktivitäten entfielen auf die Teilnahme an Arbeitskreisen und Gremien, 35 % auf Treffen mit anderen Einrichtungen und Diensten zur Verbesserung der Kooperation und 21 % auf Treffen mit Selbsthilfegruppen. Dass Kooperationen schriftlich vereinbart sind, wurde jedoch lediglich in acht Fällen berichtet.

Die Vernetzungsbemühungen galten dem Ziel, (potenzielle) KlientInnen früher zu erkennen und zu erreichen sowie die Vermittlung in spezifische Hilfen zu intensivieren.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass durch die Aktivitäten im Rahmen des Modellprojekts Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung intensiviert und verbessert werden konnten.

### *Merkmale der Klientel*

Im Dokumentationszeitraum von Anfang 2008 bis zum Juli 2010 wurden von den ModellmitarbeiterInnen der 17 beteiligten Einrichtungen die Daten von insgesamt 1.422

KlientInnen und 232 Angehörigen erfasst. 301 KlientInnen kamen lediglich einmal in die Beratung, in 1.121 Fällen kamen die Personen mehrfach zur Beratung. Der hohe Anteil an Einmalkontakten kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass durch die Angebote auch Personen erreicht werden, deren Bedarfe (zunächst) im Bereich der Vermittlung von Erstinformationen bzw. von Kurzinterventionen lagen.

90,5 % der Klientel sind männlich und durchschnittlich rund 37 Jahre alt. Die erreichten Frauen sind im Schnitt sechs Jahre älter. Auf jüngere KlientInnen (unter 25 Jahre alt) entfällt ein Anteil von rund 13 %. Die weit überwiegende Zahl der KlientInnen (86,8 %) spielt an „Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben“. Auf „Kleines Spiel der Spielbank“ entfallen 10,7 % und auf „Großes Spiel der Spielbank“ 7,6 % der Nennungen. Ebenfalls seltener waren Sportwetten (8,7 %) und Glücksspiel im Internet (7,7 %).

Eine *Hauptdiagnose* wurde für 1.018 KlientInnen gestellt. Dabei geht es in rund 95 % der Fälle um Pathologisches Glücksspiel (F63.0). Weitere Diagnosen entfallen auf Alkohol bzw. andere psychotrope Substanzen. Die Glücksspielproblematik war bei rund zwei Drittel der KlientInnen mittelgradig, bei rund 13 % wurde eine fortgeschrittene Glücksspielproblematik festgestellt. Dass bei 20,9 % der betreuten KlientInnen eine eher unauffällige bzw. beginnende Glücksspielproblematik vorlag, verweist darauf, dass die Intervention für einen Teil der Klientel tatsächlich zu einem frühen Zeitpunkt der Problem-entwicklung erfolgt ist.

Knapp 30 % der Betreuten weisen weitere Suchtprobleme auf: Eine zusätzliche Alkoholabhängigkeit wird bei 121 Männern und sieben Frauen dokumentiert; schädlicher Alkohol-Gebrauch bei 65 Männern und fünf Frauen. Zudem waren 66 Personen von illegalen Substanzen abhängig, 37 konsumierten diese missbräuchlich.

Knapp drei Viertel aller KlientInnen kamen ohne institutionelle Vermittlung in die Einrichtungen. Die KlientInnen sind vor allem über das Internet, Familienangehörige und/oder über FreundInnen oder Bekannte auf das Angebot aufmerksam geworden. Das macht deutlich, dass einer (allgemeinen) Öffentlichkeitsarbeit sowie der Präsenz im Internet hohe Bedeutung mit Blick auf die Zugangsmöglichkeit zukommt.

Die im Bundesmodellprojekt erreichten KlientInnen sind mit wenigen Ausnahmen (z.B. Altersstruktur bei Frauen, Schulabschlüsse) mit den in Länderprogrammen (Niedersachsen, Hessen) betreuten KlientInnen vergleichbar.

Die KlientInnen leiden aufgrund Pathologischen Glücksspielens am häufigsten unter finanziellen Problemen/Schulden (81,2 %), Schuldgefühlen/Depression (73,7 %) und/oder sozialem Rückzug, Einsamkeit (49,2 %). Rund 11 % der Männer sind darüber hinaus strafrechtlich belastet. Zudem hat jede zehnte Person schon (einen) Suizidversuch(e) unternommen.

Bzgl. der Verschuldung kann festgehalten werden: Die Mehrzahl der Pathologischen GlücksspielerInnen hat in einem relevanten Ausmaß *Schulden*. Dabei haben 19,9 % Schulden bis 25.000 Euro, 13,0 % bis 50.000 und 7,6 % mehr als 50.000 Euro Schulden. Gut die Hälfte der KlientInnen gibt dabei an, dass ihre Verschuldung zu 100 % auf Grund des Glücksspielens entstanden ist. Lediglich 22 % der Frauen bzw. 19 % der Männer gaben an, nicht verschuldet zu sein.

Eine Betrachtung des *höchsten Tagesverlusts* (in Euro) zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In der Gruppe der Pathologischen GlücksspielerInnen, für die als Spielform ausschließlich Geldspielautomaten dokumentiert wurde, liegt der *durchschnittliche Tagesverlust* bei den Frauen bei 662 Euro und bei den Männer bei 964 Euro.

Durch das Modellprojekt konnten erfolgreich neue Klientengruppen erreicht werden. Rund 59 % der KlientInnen hatten bis dahin im Zusammenhang mit ihrer Glücksspielproblematik keine Hilfen in Anspruch genommen. Die übrigen KlientInnen waren überwiegend vorher schon in einer Suchtberatungsstelle (22,8 %), seltener nutzten sie stationäre Rehabilitation Pathologisches Glücksspielen (8,3 %) oder eine Selbsthilfegruppe (7,9 %).

Das durchschnittliche Alter bei Störungsbeginn variiert bezogen auf die einzelnen Spielformen: Mit 26,4 bzw. 26,9 Jahren sind diejenigen, die an Geldspielautomaten Glücksspielen bzw. Sportwetten betreiben, am jüngsten, gefolgt von den KlientInnen, die Glücksspiel im Internet ausüben (Ø 28 Jahre). Etwas älter sind die Pathologischen GlücksspielerInnen beim Kleinen und Großen Spiel der Spielbank (Ø 32,3 bzw. Ø 30,7 Jahre).

Bei denjenigen KlientInnen, die erstmals Hilfe nachgefragt haben vergehen *zwischen dem Störungsbeginn und der Erstbetreuung* bei der Spielform Geldspielautomaten annähernd zehn Jahre (Frauen 8,4 Jahre; Männer 10,3 Jahre). Bei den Spielformen Großes Spiel der Spielbank bzw. Kleines Spiel der Spielbank vergehen im Durchschnitt rund neun bzw. acht Jahre. Diese Zeitspanne zwischen dem Störungsbeginn und der Erstberatung macht deutlich, dass es im Rahmen des Modellprojekts, neben einer tatsächlichen früheren Erreichung von Menschen mit Glücksspielbezogenen Problemlagen, zunächst ganz generell um eine verbesserten Erreichbarkeit der Zielgruppe ging. Diese Effekte korrespondieren mit Erfahrungen aus Frühinterventionsprojekten in anderen Arbeitsfeldern (z.B. bei Menschen mit alkoholbezogenen Problemlagen).

Weitere Ergebnisse weisen insgesamt darauf hin, dass die erreichten GlücksspielerInnen einen erheblichen Teil ihrer verfügbaren Zeit für das Spielen aufwenden: Danach haben die KlientInnen durchschnittlich an rund elf Tagen im Monat an Geldspielautomaten gespielt, Sportwetten bzw. Glücksspiel im Internet betrieben sie an rund elf bzw. 13 Tagen. Die *durchschnittliche Spieldauer* an einem typischen Spieltag beträgt bei Frauen rund 4,6 Stunden und für Männer 4,8 Stunden. Die *höchste Stundenzahl* pro Spieltag liegt bei den Männern mit durchschnittlich 10,5 Stunden etwas höher als bei den Frauen mit 9,6 Stunden.

Für insgesamt 510 Personen (48,3 %) wurden *spielfreie Phasen* dokumentiert, wobei deren Anzahl für Männer zwischen einer und 20 und für Frauen zwischen einer und zehn Phasen lag. Durchschnittlich dauerte eine spielfreie Phase bei Männern 14,5 und bei Frauen 12,6 Wochen.

### *Interventionen und Maßnahmen*

Die Auswertung der dokumentierten Interventionen und Maßnahmen bezog alle *abgeschlossenen Betreuungen* (N = 875) mit mindestens zwei Kontakten (sog. Mehrfachkontakte) ein. Die Betreuung der Klientinnen durch die Modellprojekte dauerte im Durchschnitt knapp fünf Monate, die der Männer rund 4,5 Monate und umfasste durchschnittlich 7,3 Kontakte. Die Intervention hatte bei etwa der Hälfte der KlientInnen den Charakter einer Kurzintervention.

Fast alle KlientInnen erhielten Einzelberatungen, knapp ein Drittel auch Gruppengespräche. EhepartnerInnen wurden in 15 % und sonstige Angehörige in 11 % der Fälle einbezogen. Darüber hinaus wurden 232 Angehörige beraten, sodass die Arbeit mit Angehörigen einen wichtigen Bestandteil des Arbeitsfelds darstellt.

Die ModellmitarbeiterInnen *kooperierten* bei der Betreuung auch mit anderen Hilfen, v.a. mit Selbsthilfegruppen (14,7 %) und Schuldnerberatungsstellen (11,9 %) sowie stationä-

ren Rehabilitationseinrichtungen (11,1 %). Insgesamt zeigt sich ein breites Spektrum an Kooperationspartnern, mit denen im Verlauf einer Betreuung zusammengearbeitet wurde.

### *Effekte des Modellprojekts*

Gegen Ende des Modellprojekts schätzen rund 77 % der ModellmitarbeiterInnen die *regionale Versorgungssituation* als (sehr) gut ein: Während zu Beginn noch sechs ModellmitarbeiterInnen die regionale Versorgungssituation mit „mangelhaft/ungenügend“ beurteilt haben, wird diese Einschätzung am Ende des Modellprojekts „nur noch“ von einer MitarbeiterIn vorgenommen. Damit hat sich die Anzahl derjenigen, die die Situation als (sehr) gut einschätzten, im Modellverlauf von sechs auf 13 deutlich erhöht. Verbessert werden konnten v.a. niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten, Diagnostik und Indikationsstellung, Differenzierungsgrad des Angebots, Qualifikation der Fachkräfte sowie die Vernetzung in der Region. Die positiven Auswirkungen der Bundesmodell-Aktivitäten wurden in der Mehrzahl der Bundesländer durch Landesprojekte zur Verbesserung der Versorgungssituation von Pathologischen GlücksspielerInnen und ihren Angehörigen noch verstärkt.

Tatsächlich hat sich die Anzahl der erreichten KlientInnen mit einem problematischen Glücksspielverhalten bzw. mit Pathologischem Glücksspielen im Modellverlauf deutlich erhöht. Die Anzahl der Neuaufnahmen stieg von 444 im Jahr 2008 auf 586 Personen im Jahr 2009, dies entspricht einer Steigerung von 32 %. Besonders hoch waren die Zuwächse dort, wo erstmals eine glücksspielspezifische Beratung aufgebaut wurde. Über alle Modellprojekte hinweg streut die Anzahl der Fälle zwischen 36 und 142. Mit Blick auf die Anzahl der erreichten KlientInnen muss berücksichtigt werden, dass es in dem Dokumentationszeitraum (insgesamt zwei Jahre und sieben Monate) zunächst um die Implementierung der Modellprojekte, den organisatorischen Aufbau und die regionale Bekanntmachung ging. Eine erste Orientierung im Hinblick auf erwartbare Effekte bzgl. der Erreichung bestimmter Zielgruppen dürften deshalb eher die Zahlen der letzten Halbjahre in der Projektphase liefern<sup>32</sup>.

Im Verlauf des Modellprojekts konnten verstärkt Personen erreicht werden, die jünger sind, eine (etwas) geringere Verschuldung aufweisen und teilweise andere Spielformen ausüben (z.B. Glücksspiel im Internet oder Sportwetten). Durch die Projektmaßnahmen konnten zunächst überhaupt Betroffene in der Region (erstmalig) erreicht werden und dann zunehmend früher.

Neben selbst betroffenen GlücksspielerInnen zielte das Modellprojekt auch auf eine Verbesserung der Erreichung von *Angehörigen bzw. sonstigen Bezugspersonen* ( $N = 232$ ). Im Rahmen der Evaluation wurden im Jahr 2008 insgesamt 70, im Jahr 2009 112 Bezugspersonen und im ersten 1. Halbjahr 2010 weitere 50 Personen aus dem sozialen Umfeld erreicht.

Die *Art der Beendigung der Betreuung* ist ein erster wichtiger Indikator im Hinblick auf den Erfolg der Intervention. Während rund 49 % der Beendigungen regulär, mit Einverständnis oder durch Wechsel der Behandlungsform erfolgten, haben rund 48 % der KlientInnen die Betreuung abgebrochen. Vergleicht man die Daten des Modellprojekts mit de-

---

<sup>32</sup> Die Orientierung muss mit einbeziehen, dass im Rahmen des Modellprojekts eine 0,5 Vollzeitstelle für die Umsetzung der Modellziele gefördert wurde. Damit sollte vor allem die glücksspielbezogene Arbeit in jenen Suchtberatungsstellen optimiert werden, die vor Modellbeginn noch nicht bzw. kaum Pathologische GlücksspielerInnen beraten/betreut hatten. Die Klientenzahlen können als Hinweis auf erzielbare Effekte gewertet werden, nicht jedoch in „Betreuungsschlüssel“ (Personal/Klienten) umgerechnet werden. Aufgabe der ModellmitarbeiterInnen war es u.a., neben der eigenen Klientenarbeit auch die Arbeit der Einrichtung mit Blick auf die Zielgruppe weiterzuentwickeln.

nen der Deutschen Suchthilfestatistik für das Jahr 2009 (Zugänge/Beender, ohne Einmalkontakte, Hauptdiagnose Pathologisches Spielen), zeigen sich deutliche Parallelen.

Allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse der beteiligten Einrichtungen: Während in drei Beratungs- und Behandlungsstellen der Anteil der *regulären Betreuungsbeendigungen* bei 34 % bzw. 37 % lag, beträgt dieser Anteil in vier Einrichtungen lediglich 12 % bis 14 %. Und zwischen ca. einem Viertel und rund drei Viertel der KlientInnen der Modellprojekte brechen die Beratung/Betreuung ab.

Aus Sicht der ModellmitarbeiterInnen können sich u.a. folgende Aspekte auf die Haltekraft auswirken: Qualifikation der Fachkräfte, ein Mix aus Einzelberatung, einzel- und glücksspielspezifischer Gruppenarbeit (professionell geleitete oder im Rahmen der Selbsthilfe), zeitliche Kontinuität des Angebots (z.B. keine längeren Unterbrechungen durch Urlaube/Krankheit der Fachkraft), differenziertes Angebotsspektrum (bedarfs- und personenbezogene Betreuung), integriertes Angebot ambulanter Therapie vor Ort, im Optimalfall mit derselben Fachkraft oder zumindest in Zusammenarbeit mit dieser, Rückfallprävention bzw. Strategien im Umgang mit Rückfällen.

Von insgesamt 233 KlientInnen (28 % der BeenderInnen) liegen Informationen über eine *Weitervermittlung* vor: Die meisten Vermittlungen erfolgten mit 55 % in eine stationäre Anschlussmaßnahme, dabei überwiegend in eine stationäre Rehabilitation Pathologischer GlücksspielerInnen (41,6 %). Immerhin galten rund 13 % der Vermittlungen einer ambulanten Rehabilitation und 9 % einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Der Anteil der Vermittlungen in Selbsthilfegruppen lag bei rund 11 %.

Am Ende der Betreuung haben die ModellmitarbeiterInnen Veränderungen in ausgewählten Merkmalsbereichen beurteilt. Demnach war die Betreuung mit Blick auf die *Problematik des Pathologischen Spielens* bei 67,1 % der KlientInnen erfolgreich bzw. die Problematik hat sich verbessert. Bei knapp einem Drittel ist sie unverändert geblieben. Die *Schuldenproblematik* hatte sich zum Betreuungsende in knapp 40 % der Fälle verbessert, bei Frauen öfter (47,1 %) als bei Männern (32,7 %). Die *psychosoziale Situation* hat sich bei 42,9 % der KlientInnen verbessert, bei 11,4 % konnte die psychosoziale Problematik sogar erfolgreich behoben werden. Bei 42 % blieb die psychosoziale Situation der KlientInnen unverändert. Positive Entwicklungen der *psychischen Situation* werden in 51 % der Fälle festgestellt, wobei von den Fachkräften vor allem erhöhtes Selbstvertrauen, vermehrte Lebensfreude, Stabilisierung und Ausgeglichenheit sowie eine „verbesserte Motiviertheit“ beobachtet wurden.

## 5.2 Empfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen der Evaluation des Modellprojekts „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“ können nachfolgende Empfehlungen formuliert werden. Die Empfehlungen richten sich an durchschnittliche Suchtberatungsstellen für suchtgefährdete und -kranke Menschen, die sich (zukünftig) stärker an Pathologische GlücksspielerInnen wenden möchten. Die Empfehlungen gliedern sich nach den drei hauptsächlichen Zielen des Modellprojekts:

### *Verbesserung von Zugang und Erreichbarkeit von Menschen mit glücksspielbezogenen Problemlagen sowie deren Angehörigen*

Ein erfolgreicher Zugang zur Zielgruppe erfordert eine qualifizierte zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit. Pathologische GlücksspielerInnen sind institutionell wenig



auffällig, häufig geht der Anstoß zur Inanspruchnahme von Bezugspersonen aus und die Betroffenen wählen den Zugang i.d.R. über den direkten Kontakt zu ambulanten Stellen. Suchtberatungsstellen sollten deshalb mit glücksspielbezogenen Themen Medienpräsenz in regionalen Zeitschriften und/oder Sendungen in Radio-/Fernsehprogrammen anstreben. Dabei können Probleme der Zielgruppe ebenso thematisiert werden wie die Angebote der Frühintervention (bzw. der Beratung und Behandlung) selbst. Deshalb ist eine kontinuierliche Medienpräsenz anzustreben.

Da der Informationstransport über das Internet zunehmend an Bedeutung gewinnt und insbesondere Pathologische GlücksspielerInnen eine Affinität zum Internet und PC-Gebrauch haben, sollten ambulante Angebote eine zielgruppenspezifische Internetpräsenz, u.a. durch eigene Internetauftritte und/oder Verknüpfungen mit bereits vorhandenen Internetauftritten, sichern.

Eine weitere Maßnahme ist die Bekanntmachung der Angebote in entsprechenden Arbeitskreisen und Gremien. Vor dem Hintergrund knapper (personeller) Ressourcen sollte sich die Arbeit in Gremien auf zielgruppenrelevante Arbeitskreise und Gremien konzentrieren, in diesen jedoch kontinuierlich erfolgen. Die Verbreitung angebotsspezifischer Informationen sollte zudem nicht nur Aufgabe spezialisierter MitarbeiterInnen, sondern der gesamten Einrichtung und des Trägers sein. Tragfähige Kooperationsbeziehungen zu bestehenden Gruppen der Selbsthilfe von Pathologischen GlücksspielerInnen und ihren Angehörigen liefern ebenfalls einen Beitrag zur Verbesserung von Zugang und Erreichbarkeit.

Neben unmittelbar zugangsbezogenen Aspekten spielt die Implementierung von Angeboten zur Früherkennung und -intervention selbst eine wichtige Rolle. Der Zugang von Pathologischen GlücksspielerInnen und ihren Angehörigen muss niedrigschwellig, kurzfristig, ohne Vorbedingungen und zu angemessenen Zeiten (d.h. auch am späten Nachmittag bzw. in den Abendstunden) möglich sein. Wartezeiten sind, auch im Hinblick auf Weitervermittlungen in Anschlussmaßnahmen, zu vermeiden. Die Erfahrungen einiger ModellmitarbeiterInnen liefern Hinweise darauf, dass durch aufsuchende Arbeit sowie die Arbeit mit Multiplikatoren die frühzeitige Erreichung von jungen GlücksspielerInnen verbessert werden kann. Entsprechende Konzepte sollten weiter ausgearbeitet und (ggf. modellhaft) erprobt werden.

#### *Verbesserung der Fachlichkeit der ambulanten Einrichtungen durch speziell dafür qualifiziertes Personal*

Die Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen erfordert ein fachlich qualifiziertes Personal, das sowohl über Erfahrungen in der (ambulanten) Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen als auch über zielgruppenspezifische Kenntnisse verfügt. Erfahrungen in der Beratung von Menschen mit suchtbezogenen Problemlagen können nicht vorliegende zielgruppenspezifische Erfahrungen in Teilen kompensieren.

Zum Erwerb zielgruppenspezifischer Kenntnisse hat sich das im Rahmen des Modellprojekts entwickelte und erprobte Curriculum bewährt. Die Mischung von grundlagenwissenschaftlichen, fachlichen und praxisbezogenen Elementen vermittelt fundierte Grundkenntnisse. Die Inhalte des Curriculums können berufsbegleitend vermittelt werden. Für

neue MitarbeiterInnen im Arbeitsfeld empfiehlt sich jedoch eine kompakte Einführung in Grundlagen der Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen<sup>33</sup>.

Dem einrichtungs- und regionenübergreifenden fachlichen Austausch von ambulant arbeitenden Fachkräften im Bereich Pathologisches Glücksspiel kommt eine große Bedeutung zu. Die „relative“ Spezialisierung von Fachkräften sowie deren Einbindung in Suchtberatungsstellen erfordert einen übergreifenden Erfahrungsaustausch sowie die Bündelung dieser Erfahrungen zur konzeptionellen Weiterentwicklung. Darüber hinaus können durch eine überregionale Zusammenarbeit und Koordination ggf. Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung optimiert werden (s.o.).

Einrichtungintern gilt es, den glücksspielspezifischen Kompetenzzuwachs der einzelnen Fachkraft zu nutzen, um das fachliche Know-how des Teams der ambulanten Suchtberatungsstelle insgesamt im Hinblick auf die Arbeit mit der Zielgruppe zu verbessern. Einseitigem und auf einzelne MitarbeiterInnen bezogenem Spezialistentum ist vorzubeugen.

#### *Entwicklung und Implementierung von glücksspielspezifischen Angeboten (u.a. Maßnahmen der Früherkennung und -intervention)*

Durch die Implementierung von *glücksspielspezifischen Angeboten* (u.a. Angebote der Früherkennung und -intervention) in ambulanten Suchtberatungsstellen kann die regionale Versorgungssituation von Pathologischen GlücksspielerInnen und ihren Angehörigen insgesamt verbessert werden. Dies gilt insbesondere in Regionen, in denen die Zielgruppe bisher „lediglich“ im Rahmen der ambulanten Suchthilfe mitbetreut wurde. Insbesondere in ländlichen Regionen und in Bundesländern, die bisher noch keine spezifischen Programme zur ambulanten Betreuung von Pathologischen GlücksspielerInnen, bspw. durch die Implementierung von Fachstellen, aufgelegt haben, kann durch die Implementierung von zusätzlichen und spezialisierten personellen Ressourcen in der ambulanten Suchthilfe eine deutliche Verbesserung der Versorgung der Zielgruppe erreicht werden.

Informationen, Frühintervention und (Erst-)Beratung sollten möglichst eingebettet und/oder verknüpft sein in/mit weiterführende/n Maßnahmen (z.B. kontinuierliche und längerfristige Unterstützung, Einzel- und Gruppenangebote, ambulante und stationäre Rehabilitation). Soweit dies im Rahmen einzelner Einrichtungen nicht gewährleistet werden kann, können Kooperationen mehrerer Einrichtungen ein Weg sein, in der Region ein umfassendes Angebot aufzubauen.

Zudem stellt die Weitervermittlung von behandlungsbedürftigen Pathologischen GlücksspielerInnen in ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen ein wichtiges und unverzichtbares Angebotssegment dar. Ein möglicher Weg kann aber auch die eine psychotherapeutische Behandlung sein, beispielsweise im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

Interventionen zur Rückfallvorbeugung und -bewältigung sind ein weiteres wichtiges Element zur Verbesserung der Haltekraft sowie zur Sicherung des Betreuungserfolgs. Durch die Entwicklung einer/s zielgruppenspezifischen Rückfallprophylaxe(programms) – ggf. aufbauend auf bestehenden Programmen für alkohol- und/oder drogenkranke Menschen –

---

33 Im Rahmen des Bundesmodellprogramms wurden zudem verschiedene Arbeitshilfen zum Thema Glücksspielsucht durch die ModellmitarbeiterInnen und die Modellkoordination erstellt. Diese stehen auf der DHS-Internetseite zum Download zur Verfügung. Diese Arbeitshilfen richten sich an in der Beratung tätige MitarbeiterInnen, die in ihrem „Beratungs- und Betreuungsalltag“ bisher kaum Kontakt mit Pathologischen GlücksspielerInnen hatten. Folgende Arbeitshilfen stehen zur Verfügung: a) Handlungsempfehlungen für die Beratung bei Glücksspielproblemen, b) Umgang mit Geld und Schulden, c) Spieldruck bei Pathologisch Glücksspielenden, d) Glücksspiele und kognitive Verzerrung. Darüber hinaus wurde eine spezielle Arbeitshilfe „Pathologisches Glücksspiel“ erarbeitet und in elf Sprachen übersetzt.

können die fachlichen Grundlagen für Fachkräfte in ambulanten Suchtberatungsstellen zur Rückfallprophylaxe verbessert werden.

Interventionen zur Entwicklung und Stärkung der Behandlungsmotivation sollten weiterentwickelt und geschult werden. Die oft ambivalente Veränderungsmotivation Pathologischer GlücksspielerInnen im Zusammenhang mit den Spezifika des (pathologischen) Verhaltens sowie der Anreizsituationen erfordert von der/dem FachberaterIn spezifische Interventionsstrategien.

Die fallbezogene Zusammenarbeit mit begleitenden und weiterführenden Hilfen stellt ein bedeutsames Element der Angebotsstruktur dar. Einrichtungen sollten gezielt fallbezogene Kooperationen aufbauen und strukturell verankern. Die Qualität der Zusammenarbeit bemisst sich dabei vor allem an Umfang und Ergebnis der fallbezogenen Kooperation. Übergänge in andere Angebotssegmente sollten insbesondere dann fachlich ausgestaltet werden, wenn sie mit einem Wechsel der betreuenden Person einhergehen.

Der Aufbau von Selbsthilfegruppen sollte unterstützt werden, und Einrichtungen sollten eng mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten.

### 5.3 Ausblick

Die Evaluationsergebnisse machen insgesamt deutlich, dass Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in besonderer Weise geeignet sind, auch für Menschen mit glücksspielbezogenen Problemlagen flächendeckend ein fachlich qualifiziertes Beratungs- und Betreuungsangebot vorzuhalten. Dies erfordert jedoch zwingend eine zielgruppenspezifische Qualifikation der bestehenden Angebote sowie die Schaffung der infrastrukturellen Voraussetzungen einer qualifizierten Öffentlichkeitsarbeit und fachlichen Vernetzung.

Über die sich unmittelbar auf die Modellziele beziehenden Ergebnisse der Evaluation und Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung wurden im Rahmen des Modellprojekts weitere Effekte erzielt, die für die Praxis der Arbeit von Suchtberatungsstellen nutzbar gemacht werden können. So wurden von den Modellprojekten und der Modellkoordination Praxiserfahrungen gesammelt, die z.T. bereits in Arbeitshilfen zu ausgewählten Themen umgesetzt wurden. Das Gesamt der generierten Praxiserfahrungen wurde bisher jedoch nicht systematisch aufbereitet. Vorgeschlagen wird deshalb die Erstellung einer Handreichung: „Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen in ambulanten Suchtberatungsstellen“. Eine solche Handreichung wäre ein geeignetes Mittel, Nachhaltigkeit und Verbreitung der Modellerfahrungen deutlich zu verbessern.

Im Rahmen des Modellprojekts wurden zudem Grundlagen zur Erfassung von glücksspielspezifischen Kerndaten entwickelt, die über die im Deutschen Kerndatensatz bereits enthaltenen Items hinausreichen. Der Datensatz wurde im Rahmen des Bundesmodellprojekts erprobt und darüber hinaus auch zur Evaluation von Länderprogrammen (Brandenburg, Niedersachsen, Hessen) verwendet. Vorgeschlagen wird deshalb, diesen Datensatz zur glücksspielspezifischen Erweiterung des Deutschen Kerndatensatzes zu nutzen – mindestens jedoch in den Beratungsstellen, die (weiter) mit Pathologischen GlücksspielerInnen arbeiten, weiter einzusetzen und einer Auswertung zuzuführen.

Der Modellcharakter der Intervention mit der Notwendigkeit der Implementierung und Bekanntmachung hat es mit sich gebracht, dass eine Datenerhebung im „Normalbetrieb“ nur in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum möglich war. Empfohlen wird deshalb eine befristete Weiterführung der klienten- und interventionsbezogenen Dokumentation in den Einrichtungen, in denen das Angebot für Pathologische GlücksspielerInnen im Rahmen des Modellprojekts neu implementiert wurde. Zur Sicherung einer entsprechenden

Breite und Repräsentativität wird hierzu empfohlen, auch die Einrichtungen aus den Länderprogrammen in die Betrachtung einzubeziehen. Im Rahmen einer solchen „Nacherhebung“ könnten zudem ggf. anfallende Prüffragen zu einem Glücksspielspezifischen Kern Datensatz einbezogen werden.

## 6 Literatur

Ammer, Frank (2006). Zur Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen ambulanten und stationären Rehabilitation bei pathologischen Glücksspielern. Füchtenschnieder, Ilona (u.a.) (Hrsg.) *Glücksspielsucht heute: Therapeutische, sozialpolitische und rechtliche Aspekte*. S. 71-77. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Bühringer, Gerhard & Türk, Dilek (2000). *Geldspielautomaten. Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher?* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Bühringer, Gerhard, Kraus, L., Sonntag, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Steiner, S. (2007). Pathologisches Glücksspiele in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht*, 53 (5), S. 296-308.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008). *Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung*, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010). *Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009: Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen*, Köln.

Buschmann-Steinhage, Rolf (2000). Die Rehabilitation von "pathologischen Glücksspielern" aus der Sicht der Rentenversicherung. Psychosomatische Fachklinik Münchwies (Hrsg.). *Medizinische Rehabilitation "Pathologischer Glücksspieler": Referate der 13. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie vom 6. April 2000*. S. 7-20. Neunkirchen.

Buth, S. & Stöver, H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Suchttherapie* 9 (1), S. 3-11.

Denzer, P., Petry, J., Baulig, T. & Volker, U. (1996). Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebot. Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.9). *Jahrbuch Sucht*. S. 279-295. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Denzin, N. K. (1978). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGrawHill.

Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (DeGEval) (2002). *Standards für Evaluation*, Köln: DeGEval.

DHS (2006). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Endfassung, Stand: 15.12.2006. Hamm

DHS (2010). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. *Curriculum für die Schulung der Projektmitarbeiter/innen des Bundesmodellprojekts des BMG. „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspielen“*, Stand: 26.01.2010.

FOGS (2010). *Glücksspiel in Niedersachsen Prävention und Beratung. Kommentierter Tabellenband zur Auswertung von Daten des Jahres 2009*. FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln.

FOGS & ISD (2010). *Erhebung von Ansätzen guter Praxis zu Prävention, Beratung und Behandlung von Glücksspielgefährdeten/-abhängigen in Hessen*. FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln; ISD - Institut für interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg.

Füchtenschnieder, Ilona (2000). Die ambulante Beratung / Behandlung von "pathologischen Glücksspielern" Psychosomatische Fachklinik Münchwies (Hrsg.). *Medizinische Rehabilitation "Pathologischer Glücksspieler": Referate der 13. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie vom 6. April 2000*. S. 21-31. Neunkirchen.

Füchtenschnieder, Ilona (Hrsg.) (2003). *Erfolg - Glück - Verzweiflung: Soziologische, psychotherapeutische und präventive Aspekte der Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Füchtenschnieder, Ilona & Horst Witt (Hrsg.) (1998). *Sehnsucht nach dem Glück: Adoleszenz und Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Füchtenschnieder, Ilona & Jörg Petry (2004). *Game Over: Ratgeber für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen*. Freiburg i.Br.: Lambertus.

Füchtenschnieder, Ilona & Jörg Petry (Hrsg.) (1998). *Glücksspielsucht: Gesellschaftliche und therapeutische Aspekte*. München; Wien: Profil-Verl.

Füchtenschnieder, Ilona & Jörg Petry; Martin Horstmann (Hrsg.) (2006). *Glücksspielsucht heute: Therapeutische, sozialpolitische und rechtliche Aspekte*. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Füchtenschnieder, Ilona & Klaus Hurrelmann (Hrsg.) (2001). *Glücksspiel in Europa: Vom Nutzen und Schaden des Glückspiels im europäischen Vergleich*. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Hayer, T. & Meyer, G. (2010). Glücksspielsucht: Problemausmaß, Risikofaktoren und Spielerschutz. *Public Health Forum* 18(67) S. 27-29.

Hüllinghorst, Rolf (2006). Tabak-, Alkohol- und Glücksspielindustrie. Wie erkaufte man sich politische Reputation? Füchtenschnieder, Ilona (u.a.) (Hrsg.). *Glücksspielsucht heute: Therapeutische, sozialpolitische und rechtliche Aspekte*. S. 151-163. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Hurrelmann, Klaus (2001). Stoffungebundene Formen der Abhängigkeit – eine Herausforderung für die Suchtforschung. Füchtenschnieder, Ilona & Klaus Hurrelmann (Hrsg.). *Glücksspiel in Europa: Vom Nutzen und Schaden des Glückspiels im europäischen Vergleich*. S. 17-24. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Kellermann, Bert & Gerhard Meyer (1999). Glücksspielsucht bzw. pathologisches Glücksspielen im Sinne von ICD-10. Götz, Jörg (Hrsg.). *Moderne Suchtmedizin: Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome*. Kap. B 6. S. 6.2-1 - 6.2.20. Stuttgart; New York: Thieme.

Kellermann, B. (2005) Glücksspielsucht. Thomasius, Rainer; Udo J. Künstner (Hrsg.). *Familie und Sucht: Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. S. 95-106. Stuttgart: New York: Schattauer.

Meyer, Gerhard (2008). Glücksspiel - Zahlen und Fakten Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2008*. S. 120-137. Geesthacht: Neuland.

Meyer, Gerhard (2009). Glücksspiel - Zahlen und Fakten Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2009*. S. 135-152. Geesthacht: Neuland.

Meyer, Gerhard (2010). Glücksspiel - Zahlen und Fakten Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2010*. S. 120-137. Geesthacht: Neuland.

Meyer, G. & Bachmann, M. (2005). *Spielsucht – Ursachen und Therapie*. Heidelberg: Springer.

Petry, Jörg (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verl.-Union.

Petry, Jörg (2001). Glücksspielsucht: Entstehung und Behandlung. Tretter, Felix & Angelica Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. S. 467-486. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.

Petry, Jörg, Rosemarie Jahrreis & Annette Wagner (2000). Katamnestik stationär behandelte "pathologische Glücksspieler". Fachverband Sucht (Hrsg.). *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*. S. 185-199 Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Petry, Jörg (2003). *Pathologisches Glücksspielverhalten*. Geesthacht: Neuland.

Petry, Jörg (2003). *Glücksspielsucht. Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Premper, Volker (2006). *Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern. Krankheitsverlauf und Behandlungsergebnisse*. Lengerich: Papst.

Premper, V. & W. Schulz (2007). Behandlungserfolg und prospektiver Krankheitsverlauf bei pathologischen Glücksspielern in Abhängigkeit von Komorbidität und Spielkarriere. *Suchttherapie: Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen*, Jg. 8, Nr. 3, S. 108-114.

Vogelgesang, Monika (2006). Frauen und pathologisches Glücksspielen. Fuchtschnieder, Ilona (u.a.) (Hrsg.). *Glücksspielsucht heute: Therapeutische, sozialpolitische und rechtliche Aspekte*. S. 101-114. Geesthacht: Neuland Verl.-Ges.

Witt, Horst (2002). Qualitätsmerkmale der medizinischen Rehabilitation pathologischer Glücksspieler. Fachverband Sucht (Hrsg.). *Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen*. S. 371-380. Geesthacht: Neuland.

## Anhang

Tab. A 1: *Geschlecht der ModellmitarbeiterInnen (Beginn des Modellprojekts)*

Geschlecht	abs.	in %
Frauen	11	64,7
Männer	6	35,3
Gesamt	17	100,0

Tab. A 2: *Alter der ModellmitarbeiterInnen nach Geschlecht (Beginn des Modellprojekts)*

Altersgruppe	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
bis 30 Jahre alt	4	36,4	0	0,0	4	23,6
31 bis 50 Jahre alt	4	36,4	5	83,3	9	52,9
über 50 Jahre alt	3	27,3	1	16,7	4	23,6
Gesamt	11	100,0	6	100,0	17	100,0

Tab. A 3: *Altersspanne der ModellmitarbeiterInnen nach Geschlecht (Beginn des Modellprojekts)*

	Minimum	Maximum	Durchschnitt
Frauen	23	54	37,1
Männer	31	55	40,2
Gesamt	23	55	38,2

Tab. A 4: *Wie lange im Bereich Sucht tätig? (Angabe in Jahre, Beginn des Modellprojekts)*

	Summe	Mittelwert	min	max
Frauen (n = 9)	28,5	3,2	0,5	8,0
Männer (n = 4)	32,5	8,1	0,5	20,0
Gesamt	61,0	4,7	0,5	20,0

Tab. A 5: *Seit wie vielen Jahren im Bereich Sucht tätig? (Beginn des Modellprojekts)*

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
seit 0,5 bis 2 Jahren	4	36,4	3	60,0	7	43,8
mehr als 2 Jahre bis 10 Jahre	3	27,3	0	0,0	3	18,8
mehr als 10 Jahre	4	36,4	2	40,0	6	37,5
Gesamt	11	100,0	5	100,0	16	100,0



Tab. A 6: *Einschätzung der persönlichen Erfahrungen in der Arbeit mit Pathologischen GlücksspielerInnen (Beginn des Modellprojekts)*

	abs.	in %
sehr viel Erfahrung	1	5,9
Erfahrung	6	35,3
wenig Erfahrung	9	52,9
keine Erfahrung	1	5,9
Gesamt	17	100,0

Tab. A 7: *Anzahl der Pathologischen GlücksspielerInnen, mit denen bisher gearbeitet wurde (Beginn des Modellprojekts)*

	Summe	Mittelwert	min	max
Frauen (n = 8)	111	13,9	2	50
Männer (n = 4)	288	72,0	8	250
Gesamt	399	33,3	2	250

Tab. A 8: *Bewertung des Qualifizierungsmoduls insgesamt – differenziert nach Tagungsort*

Tagungsort	Bewertung des gesamten Moduls (Mittelwert)
Bielefeld*	
Mainz (n = 16)	1,94
Leipzig (n = 16)	3,00
Frankfurt (n = 16)	1,50
Hannover (n = 16)	1,94
Düsseldorf (n = 17)	1,38
Eisenach (n = 17)	2,06
Magdeburg (n = 14)	1,64
Berlin*	
Gesamt	1,92

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

\* Die Module in Bielefeld und Berlin wurden durch die TeilnehmerInnen nicht bewertet.

Tab. A 9: *Einschätzung der Versorgungssituation (Mitarbeiterbefragung zu Beginn des Modellprojekts)*

	abs.	in %
sehr gut	1	5,9
gut	5	29,4
befriedigend	1	5,9
ausreichend	4	23,5
mangelhaft	5	29,4
ungenügend	1	5,9
Gesamt	17	100,0

Tab. A 10: *Aspekte der Versorgung von Pathologischen GlücksspielerInnen (Mitarbeiterbefragung zu Beginn des Modellprojekts)*

	abs.	in %
es besteht ein Angebot in der Region	15	88,2
es besteht kein Angebot in der Region	2	11,8
Gesamt	17	100,0

Tab. A 11: *Verteilung der Klientendokumentationen nach Art des Kontakts*

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Einmalkontakt	27	9,0	274	91,0	301	100,0
Mehrfachkontakte (abgeschlossene und laufende Betreuung)	108	9,6	1.013	90,4	1.121	100,0
Gesamt	135	9,5	1.287	90,5	1.422	100,0

Tab. A 12: Verteilung der Klientendokumentationen nach Einrichtung und Geschlecht

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Einrichtung 1	15	10,6	127	89,4	142	100,0
Einrichtung 2	5	3,6	134	96,4	139	100,0
Einrichtung 3	19	14,3	114	85,7	133	100,0
Einrichtung 4	8	6,7	111	93,3	119	100,0
Einrichtung 5	10	9,2	99	90,8	109	100,0
Einrichtung 6	6	6,5	87	93,5	93	100,0
Einrichtung 7	7	8,0	80	92,0	87	100,0
Einrichtung 8	6	7,1	78	92,9	84	100,0
Einrichtung 9	9	12,5	63	87,5	72	100,0
Einrichtung 10	8	12,5	56	87,5	64	100,0
Einrichtung 11	10	16,4	51	83,6	61	100,0
Einrichtung 12	6	10,0	54	90,0	60	100,0
Einrichtung 13	4	6,9	54	93,1	58	100,0
Einrichtung 14	6	10,3	52	89,7	58	100,0
Einrichtung 15	10	17,9	46	82,1	56	100,0
Einrichtung 16	2	3,9	49	96,1	51	100,0
Einrichtung 17	4	11,1	32	88,9	36	100,0
Gesamt	135	9,5	1.287	90,5	1.422	100,0

Tab. A 13: Wie wurden die KlientInnen auf das Angebot des Modellprojekts aufmerksam?  
(Mehrfachnennungen möglich; N = 1.134)

	abs.	in %
aus dem Internet	285	25,1
über Familienangehörige	183	16,1
über eine Information des Modellprojekts	175	15,4
über eine andere Beratungsstelle	153	13,5
über Freunde, Bekannte u.a.	147	13,0
über Arzt/Ärztin	125	11,0
aus Medien	72	6,3
ArbeitskollegInnen u.a. („nicht familiäre Kontakte“)	47	4,1
Angebote im Bereich Glücksspielsucht	32	2,8
„Einrichtung war bekannt“	30	2,6
Medizinische Einrichtungen etc.	30	2,6
Einrichtungen der Justiz/ Polizei/ JVA	23	2,0
weitere soziale Einrichtungen	22	1,9
Sonstige	38	3,4
Gesamt	1.362	120,1

Tab. A 14: Durchschnittliches Alter nach Kontaktart

	N	Min	Max	Mittelwert	SD
<b>nur Einmalkontakte</b>					
weiblich	27	19	81	42,96	12,54
männlich	269	14	75	34,76	11,19
Gesamt	296	14	81	35,51	11,54
<b>nur Mehrfachkontakte</b>					
weiblich	106	18	78	42,79	12,20
männlich	1.010	16	77	37,71	11,21
Gesamt	1.116	16	78	38,19	11,40
<b>Gesamt</b>					
weiblich	133	18	81	42,83	12,22
männlich	1.279	14	77	37,09	11,27
Gesamt	1.412	14	81	37,63	11,48

Tab. A 15: Alter bei Betreuungsbeginn – differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppen	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
bis 15 Jahre alt	0	0,0	2	0,2	2	0,1
16 bis 17 Jahre alt	0	0,0	8	0,6	8	0,6
18 bis 19 Jahre alt	3	2,3	44	3,4	47	3,3
20 bis 24 Jahre alt	6	4,5	120	9,4	126	8,9
25 bis 29 Jahre alt	8	6,0	181	14,2	189	13,4
30 bis 39 Jahre alt	32	24,1	411	32,1	443	31,4
40 bis 49 Jahre alt	49	36,8	337	26,3	386	27,3
50 bis 59 Jahre alt	25	18,8	128	10,0	153	10,8
60 Jahre alt und älter	10	7,5	48	3,8	58	4,1
Gesamt	133	100,0	1.279	100,0	1.412	100,0

Tab. A 16: Wiederaufnahme

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
<b>nur Einmalkontakte</b>						
ja	3	11,1	12	4,4	15	5,0
nein	24	88,9	262	95,6	286	95,0
Gesamt	27	100,0	274	100,0	301	100,0
<b>Mehrfachkontakte</b>						
ja	9	8,3	84	8,3	93	8,3
nein	99	91,7	929	91,7	1.028	91,7
Gesamt	108	100,0	1.013	100,0	1.121	100,0
<b>Gesamt</b>						
ja	12	8,9	96	7,5	108	7,6
nein	123	91,1	1.191	92,5	1.314	92,4
Gesamt	135	100,0	1.287	100,0	1.422	100,0

Tab. A 17: Dauer des Besuchs einer Selbsthilfegruppe (Angabe in Monaten)

	N	Min	Max	Mittelwert	SD
weiblich	8	1	24	9,1	7,69
männlich	71	1	84	12,0	17,03

Tab. A 18: Dokumentierte Spielformen (Klientel mit Mehrfachkontakten) – differenziert nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich (N = 105)		männlich (N = 974)		Gesamt (N = 1.079)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben	93	88,6	846	86,9	939	87,0
Kleines Spiel der Spielbank (Glücksspielautomaten)	18	17,1	97	10,0	115	10,7
Großes Spiel der Spielbank (Roulette, Black Jack u.a.)	9	8,6	71	7,3	80	7,4
Lotto/Lotterien (Lotto „6 aus 49“, Keno, Quicky, Rubbel-, Klassen-, Fernsehlotterien u.a.)	4	3,8	20	2,1	24	2,2
Sportwetten (Oddset, Toto, Pferdewetten, Wetten in privaten Wettbüros u.a.)	2	1,9	98	10,1	100	9,3
Glücksspiel im Internet (u.a. Pokern, Online-Casino, Roulette)	7	6,7	77	7,9	84	7,8
illegales Glücksspiel (u.a. „Pokern im Hinterzimmer“)	0	0,0	33	3,4	33	3,1
andere Spielformen	1	1,0	18	1,8	19	1,8
Gesamt	134	127,6	1.260	129,4	1.394	129,2

Tab. A 19: Anzahl der Kontakte im Betreuungsverlauf – gruppiert

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
2 bis 3 Kontakte	32	33,3	310	32,8	342	32,9
4 bis 10 Kontakte	39	40,6	421	44,6	460	44,2
mehr als 10 Kontakte	25	26,0	213	22,6	238	22,9
Gesamt	96	100,0	944	100,0	1.040	100,0

Tab. A 20: Anzahl der spielfreien Phasen

	N	Min	Max	Mittelwert	SD
weiblich	39	1	10	2,3	2,08
männlich	422	1	20	2,1	2,30
Gesamt	461	1	20	2,1	2,28

Tab. A 21: Spielfreie Phasen in den letzten 12 Monaten

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ja	49	49,5	461	48,2	510	48,3
nein	50	50,5	496	51,8	546	51,7
Gesamt	99	100,0	957	100,0	1.056	100,0

Tab. A 22: Anteil der Schulden aufgrund des Glücksspiels bezogen auf die Gesamtschulden (Angaben in %)

	N	Min	Max	Mittelwert	SD
weiblich	44	5	100	81,3	30,52
männlich	325	5	100	87,3	21,85
Gesamt	369	5	100	86,6	23,09

Tab. A 23: Hauptdiagnose

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Pathologisches Glücksspielen	89	96,7	879	94,9	968	95,1
Alkohol	3	3,3	39	4,2	42	4,1
sonstige psychotrope Substanz	0	0,0	8	0,9	8	0,8
Gesamt	92	100,0	926	100,0	1.018	100,0

Tab. A 24: Diagnostik psychischer Störungen

	weiblich		männlich		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Arzt, Ärztin	20	43,5	147	36,6	167	37,3
Dipl. PsychologIn	5	10,9	66	16,4	71	15,8
SozialarbeiterIn	21	45,7	189	47,0	210	46,9
Gesamt	46	100,0	402	100,0	448	100,0

Tab. A 25: Höchster erreichter Schulabschluss - differenziert nach Spielform

	nur Geldspiel- automaten in Spielhallen		nur Glücksspiel im Internet		nur Kleines Spiel		nur Sportwetten	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
derzeit in Schul- ausbildung	7	1,0	4	12,9	0	0,0	0	0,0
ohne Schulab- schluss abgegan- gen	26	3,7	2	6,5	0	0,0	0	0,0
Sonderschulab- schluss	30	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hauptschul-/ Volksschulab- schluss	274	39,0	3	9,7	8	38,1	4	20,0
Realschulab- schluss	269	38,3	9	29,0	8	38,1	11	55,0
Fach-/Hochschul- reife/Abitur	89	12,7	13	41,9	5	23,8	5	25,0
anderer Schulab- schluss	8	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	703	100,0	31	100,0	21	100,0	20	100,0

Tab. A 26: Höchster Ausbildungsabschluss - differenziert nach Spielform

	nur Geldspiel- automaten in Spielhallen		nur Glücksspiel im Internet		nur Kleines Spiel		nur Sportwetten	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
derzeit in Hoch- schul- oder Be- rufsausbildung	51	7,4	5	16,1	0	0,0	6	31,6
keine Hochschul- oder Berufsaus- bildung abge- schlossen	140	20,2	5	16,1	2	9,1	4	21,1
abgeschlossene Lehre	441	63,6	16	51,6	18	81,8	7	36,8
Meister/Techniker	29	4,2	1	3,2	0	0,0	1	5,3
Hochschulab- schluss	27	3,9	4	12,9	2	9,1	1	5,3
anderer Berufs- abschluss	5	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	693	100,0	31	100,0	22	100,0	19	100,0

Tab. A 27: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn - differenziert nach Spielform

	nur Geldspiel- automaten in Spielhallen		nur Glücksspiel im Internet		nur Kleines Spiel		nur Sportwetten	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Auszubildende/r	32	4,4	3	9,4	0	0,0	4	21,1
ArbeiterIn/Ange- stellte(r)/Beam- ter(in)	332	46,0	13	40,6	13	56,5	6	31,6
Selbstständiger/ FreiberuflerIn	35	4,8	5	15,6	2	8,7	1	5,3
sonstige Erwerbs- person	4	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
in beruflicher Rehabilitation	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	52	7,2	3	9,4	1	4,3	2	10,5
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	178	24,7	2	6,3	5	21,7	4	21,1
SchülerIn/Studen- tIn	21	2,9	4	12,5	0	0,0	1	5,3
RentnerIn/Pens- ionärIn	48	6,6	2	6,3	2	8,7	1	5,3
sonstige Nicht- erwerbspersonen (z.B. SGB XII)	17	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	722	100,0	32	100,0	23	100,0	19	100,0



Tab. A 28: höchster Tagesverlust - differenziert nach Spielform

	nur Geldspiel- automaten in Spielhallen		nur Glücksspiel im Internet		nur Kleines Spiel		nur Sportwetten	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
weiblich	52	662 <sup>1</sup>	3	<sup>2</sup>	2	<sup>3</sup>	0	
männlich	576	964 <sup>4</sup>	24	2.064 <sup>5</sup>	16	4.822 <sup>6</sup>	17	1.374 <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Höchster Tagesverlust: niedrigste Angabe 100 Euro, höchste Angabe 5.000 Euro.

<sup>2</sup> Höchster Tagesverlust: niedrigste Angabe 400 Euro, höchste Angabe 80.000 Euro. Aufgrund der großem Spanne der Angaben und der geringen Fallzahl wird auf die Berechnung des Mittelwerts verzichtet.

<sup>3</sup> Höchster Tagesverlust: niedrigste Angabe 1.000 Euro, höchste Angabe 2.000 Euro. Aufgrund der geringen Fallzahl wird auf die Berechnung des Mittelwerts verzichtet.

<sup>4</sup> Höchster Tagesverlust: niedrigste Angabe 20 Euro, höchste Angabe 20.000 Euro.

<sup>5</sup> Höchster Tagesverlust: niedrigste Angabe 40 Euro, höchste Angaben 13.000 Euro.

<sup>6</sup> Höchster Tagesverlust: niedrigste Angabe 300 Euro, höchste Angaben 38.000 Euro.

<sup>7</sup> Höchster Tagesverlust: niedrigste Angabe 50 Euro, höchste Angaben 5.000 Euro

Tab. A 29: Altersverteilung nach Halbjahren (Angaben in %)

Altersgruppe	1. Halb- jahr 2008 (N = 219)	2. Halb- jahr 2008 (N = 221)	1. Halb- jahr 2009 (N = 293)	2. Halb- jahr 2009 (N = 291)	1. Halb- jahr 2010 (N = 347)	Gesamt (N = 1.371)
bis 15 Jahre alt	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
16 bis 17 Jahre alt	0,5	0,5	1,0	0,3	0,6	0,6
18 bis 19 Jahre alt	1,4	1,8	3,8	4,5	4,0	3,3
20 bis 24 Jahre alt	5,9	9,0	8,9	9,3	10,4	8,9
25 bis 29 Jahre alt	10,5	14,0	14,7	15,5	12,1	13,4
30 bis 39 Jahre alt	34,7	29,0	33,1	27,8	34,0	31,8
40 bis 49 Jahre alt	32,0	28,5	22,2	27,8	26,8	27,1
50 bis 59 Jahre alt	10,0	11,3	12,6	11,0	8,4	10,6
60 Jahre alt und älter	4,1	5,9	3,8	3,8	3,7	4,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. A 30: Verteilung der Spielformen (eine Spielform genannt) im Modellverlauf (Angaben in %)

Spielform nur ...	1. Halbjahr 2008 (N = 164)	2. Halbjahr 2008 (N = 163)	1. Halbjahr 2009 (N = 226)	2. Halbjahr 2009 (N = 200)	1. Halbjahr 2010 (N = 258)
Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben	84,8	87,1	89,4	88,0	89,1
Kleines Spiel der Spielbank (Glücksspielautomaten)	7,3	2,5	2,2	1,5	3,1
Großes Spiel der Spielbank (Roulette, Black Jack u.a.)	3,0	1,8	2,2	0,5	2,3
Lotto/Lotterien (u.a. Lotto „6 aus 49“, Keno, Quicky, Rubbel-, Klassen-, Fernsehlotterien)	0,6	0,0	0,0	0,5	0,4
Sportwetten (u.a. Oddset, Toto, Pferdewetten, Wetten in privaten Wettbüros)	1,8	3,1	2,2	3,5	1,2
Glücksspiel im Internet (u.a. Pokern, Online-Casino, Roulette)	1,8	2,5	4,0	4,5	3,9
illegales Glücksspiel (u.a. „Pokern im Hinterzimmer“)	0,6	3,1	0,0	1,5	0,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. A 31: Verschuldung im Modellverlauf (Angaben in %)

Schulden	1. Halbjahr 2008 (N = 189)	2. Halbjahr 2008 (N = 180)	1. Halbjahr 2009 (N = 228)	2. Halbjahr 2009 (N = 213)	1. Halbjahr 2010 (N = 217)
keine Schulden	22,2	15,0	18,9	18,3	22,6
bis 10.000 Euro	33,9	41,1	38,2	44,6	41,0
bis 25.000 Euro	19,6	25,0	21,5	18,3	18,0
bis 50.000 Euro	13,2	10,6	15,4	11,3	13,4
mehr als 50.000 Euro	11,1	8,3	6,1	7,5	5,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. A 32: Bezugsperson aus dem sozialen Umfeld (Mehrfachnennungen möglich; N = 228)

	abs.	in %
PartnerIn	130	57,0
Kind/er	17	7,5
Geschwister	15	6,6
Eltern(-teil)	52	22,8
Freunde/Bekannte	13	5,7
andere Personen, und zwar*	14	6,1
Gesamt	241	105,7

\* genannt wurden: je zweimal Betreuerin, Großeltern, Oma und je einmal Freundin der Partnerin des Glücksspielers, Arbeitgeber, Familienhilfe, Kollege auf Führungsebene, Nichte, Rechtsanwalt des Betroffenen, Schwägerin

Tab. A 33: Warum kam kein Kontakt zustande?( Mehrfachnennung möglich; N = 117)

	abs.	in %
BeraterIn hatte keinen Auftrag	54	46,2
„GlücksspielerIn lehnt Kontakt zum Beratungsangebot“ zum Zeitpunkt der Erhebung ab	60	51,3
weitere Gründe*	26	22,2
Gesamt	140	119,7

\* genannt wurden u.a. „Betroffene/r wohnt zu weit weg, Betroffene/r ist bereits in anderer Einrichtung in Beratung, Betroffene/r „sieht keine Probleme“