

Evaluation der Beratung und Behandlung pathologischer GlücksspielerInnen in der Schwerpunktberatungsstelle Glücksspielsucht der Caritas Neuss

Abschlussbericht

**im Auftrag des
Caritasverbands für das
Stadtdekanat Neuss e.V.**

Bearbeiter:

Soziologe (MA) Rüdiger Hartmann

Köln, im Mai 2003

636/01

INHALTSVERZEICHNIS

| KAPITEL | | SEITE |
|---------|--|-------|
| 1 | EINLEITUNG | 1 |
| 1.1 | Störungsbild | 2 |
| 1.2 | Epidemiologie | 3 |
| 1.3 | Versorgungssituation | 4 |
| 1.4 | Inanspruchnahme | 5 |
| 1.5 | Aufbau des Berichts | 6 |
| 2 | VORGEHEN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG | 7 |
| 2.1 | Fragestellungen und Ziele der Evaluation | 7 |
| 2.2 | Studiendesign und Durchführung | 8 |
| 2.3 | Instrumente | 9 |
| 3 | ERGEBNISSE DER EVALUATION | 12 |
| 3.1 | Rahmenbedingungen | 12 |
| 3.2 | Beschreibung der Klientel | 16 |
| 3.2.1 | Klientel der Schwerpunktberatungsstelle | 17 |
| 3.2.2 | Vergleich der Klientel der Schwerpunktberatungsstelle hinsichtlich ausgewählter Aspekte mit KlientInnen aus anderen Erhebungen | 23 |
| 3.3 | Behandlungsverläufe und Ergebnisse | 29 |
| 3.3.1 | Die KlientInnen zum Abschluss der Behandlung | 29 |
| 3.3.2 | Nachbefragung der Klienten | 36 |
| 3.4 | Beschreibung der Angehörigen | 40 |
| 4 | ZUSAMMENFASSUNG UND BILANZ | 41 |
| 5 | LITERATUR | 47 |

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

| <u>ABBILDUNG</u> | <u>SEITE</u> |
|---|--------------|
| Abb. 1: TPF - Mittelwertprofile von Männern und Frauen zu Behandlungsbeginn | 27 |
| Abb. 2: TPF - Mittelwertprofile von pathologischen GlücksspielerInnen der Schwerpunktberatungsstelle zu Behandlungsbeginn im Vergleich zu einer Gruppe von pathologischen GlücksspielerInnen aus einer stationären Rehabilitation | 29 |
| Abb. 3: Beurteilung der Angebote der Schwerpunktberatungsstelle zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung | 32 |
| Abb. 4: TPF-Mittelwertprofile von pathologischen GlücksspielerInnen zu Beginn und nach Abschluss der ambulanten Behandlung | 35 |
| Abb. 5: Beurteilung der Schwerpunktberatungsstelle zum Zeitpunkt der Nachbefragung | 40 |

VERZEICHNIS DER TABELLEN

| TABELLE | SEITE |
|--|-------|
| Tab. 1. Übersicht der Erhebungszeitpunkte und Instrumente | 11 |
| Tab. 2. Übersicht der Erhebungszeitpunkte und Anzahl der befragten Personen | 16 |
| Tab. 3: Alter der KlientInnen bei Behandlungsbeginn | 17 |
| Tab. 4: Höchster erreichter Schulabschluss | 19 |
| Tab. 5: Beschäftigungsverhältnis zu Behandlungsbeginn | 20 |
| Tab. 6: Schuldensituation der KlientInnen zu Behandlungsbeginn* | 20 |
| Tab. 7: Lebenssituation der KlientInnen zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung | 22 |
| Tab. 8: Aussagen der KlientInnen zu ihrem Glücksspielverhalten | 24 |
| Tab. 9: Einstufung der Glücksspielproblematik der KlientInnen | 25 |
| Tab. 10: Verteilung der TPF-Mittelwerte der KlientInnen in der Eingangserhebung | 26 |
| Tab. 11: Status zum Ende der Beratung/Behandlung | 30 |
| Tab. 12: Verschiedene Aspekte zum Abschluss der Behandlung - differenziert nach Status bei Beendigung | 31 |
| Tab. 13: Beurteilung verschiedener Behandlungsaspekte durch die KlientInnen | 33 |
| Tab. 14: Lebenssituation von 38 KlientInnen im Vergleich | 34 |
| Tab. 15: Ausgewählte soziodemographische Daten der ehemaligen KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle zum Zeitpunkt der Nachbefragung nach Geschlecht | 37 |
| Tab. 16: Lebenssituation der KlientInnen im Vergleich | 38 |
| Tab. 17: Beurteilung verschiedener Behandlungsaspekte durch die Angehörigen zum Abschluss der Beratung/Behandlung | 41 |

1 EINLEITUNG

Pathologisches Glücksspiel ist ein bereits im Mittelalter beschriebenes Phänomen, das aber erst in jüngerer Zeit aufgrund seiner zunehmenden epidemiologischen Verbreitung eine Wiederentdeckung als nicht-stoffgebundene Sucht erfahren hat. So wurde es von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) 1980 in ihren Diagnose-schlüssel aufgenommen.

Pathologisches Glücksspiel lässt sich durch wiederholtes und anhaltendes Spielverhalten kennzeichnen, das sich trotz weitreichender negativer Konsequenzen wie Verarmung, gestörte soziale Beziehungen bis hin zur sozialen Isolation und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse steigern kann.

Insbesondere das Spielen an Geldspielautomaten in Spielcasinos und -banken sowie in Gaststätten, Kiosken etc. weist ein hohes Gefährdungspotential auf. Die Spiele sind durch eine schnelle Abfolge, den Wettkampf ohne Mitspieler sowie Spielhandlungen mit lediglich der Illusion der Einflussnahme bestimmt (vgl. u.a. NUTT 1996). Durch die Einrichtung von Risiko- und Sonderspielen ist eine Verknüpfung von Spielabläufen entstanden, die faktisch eine deutliche Erhöhung der Einsätze und damit auch der potentiellen Verlustbeträge bedeutet. Risiko- und Sonderspiele mit einer letztlich unbegrenzten Spieleanzahl führen zwar zu hohen Gewinnmöglichkeiten, sie verführen aber auch zu der Hoffnung, nach hohen erlittenen Verlusten diese auf einen Schlag wett machen zu können (das sogenannte "Chasing"). Die SpielerInnen verbringen auf diese Weise einen Großteil des Tages vor den Geräten und spielen doch nur gegen die statistische Wahrscheinlichkeit.

Das vom Glücksspiel ausgehende Gefährdungspotential wird in Zukunft vermutlich weiter zunehmen. In Deutschland sind die Gesamtumsätze auf dem Glücksspielmarkt in den letzten Jahren etwa analog dem Brutto-Inlands-Produkt (BIP) gestiegen. Die Glücksspielabgaben haben die Alkoholsteuern überholt: Die Einnahmen des Staates aus Glücksspielen erhöhten sich im Jahr 2000 auf 8,683 Mrd. DM und lagen damit erneut über den Erträgen aus Alkoholsteuern (vgl. MEYER 2002). Die Umsätze auf dem Glücksspielmarkt (ohne Soziallotterien) sind von 49,9 Mrd. DM (1999) auf 52,7 Mrd. DM in 2000 angestiegen, dies entspricht einer Zuwachsrate von 5,6 %. (vgl. ebd.) Für NRW werden für das Jahr 2000 die Umsätze der offiziellen Glücksspielanbieter mit etwa 7,8 Mrd. DM angegeben. Unter Einbeziehung der Umsätze aus dem illegalen Glücksspiel wird ein Gesamtumsatz der Branche auf über 11 Mrd. DM geschätzt (vgl. LANDESPROGRAMM GEGEN SUCHT 2001).

Als weiterer Trend kann eine starke Zunahme von *Online-Casinos* im Internet beschrieben werden. Diese stellen ein attraktives Angebot an Glücksspielen mit außerordentlich hohem Suchtpotential dar, da sie zum ungehemmten Spielen vom heimischen PC aus und damit völlig unbemerkt von der sozialen Umgebung verführen (vgl. u.a. CHRISTIANSEN/CUMMINGS ASSOCIATES 1999).

Neue Gerätegenerationen von Geldspielautomaten, die sich durch eine verkürzte Spieldauer auszeichnen - womit die Geräte noch schneller werden - erhöhen die Spielintensität. Damit wird zwar die bisher von Kritikern bemängelte Möglichkeit der Simultanbespielbarkeit mehrerer Geräte praktisch unmöglich (höherer Einsatz = höhere Verlustmöglichkeiten), jedoch ist zu befürchten, dass durch den Anstieg der Spielintensität dieser Gerätegeneration die Suchtgefährdung und damit auch das Verlustrisiko stark ansteigen. Beispielsweise führt die Verkürzung der Dauer eines Spiels von 15 auf 12 Sekunden zu einer weiteren Erhöhung der Spielanreize und Spielverluste (um 20 %) (vgl. MEYER 2002).

1.1 Störungsbild

Die *Problemlage* bei den behandlungsbedürftigen SpielerInnen ist zumeist komplexer Natur und personenabhängig. Allerdings wurden bei den meisten SpielerInnen ähnliche Probleme wie Störungen der Gefühlsregulation, Selbstwertstörung, Einschränkung der Bindungsfähigkeit, Stagnation der Lebensentwicklung, Progredienz des Symptomenverhaltens und der auftretenden Komplikationen bis zu delinquenten Verhaltensweisen sowie eine häufig bestehende schwere Sinnproblematik beobachtet. Gravierend sind häufig auch die **sozialen Folgen** des pathologischen Glücksspiels (z.B. Arbeitslosigkeit, hohe Verschuldung) sowie Einschränkungen bei den alltäglichen und erwerbsbezogenen Aktivitäten bis hin zum Verlust der Erwerbsfähigkeit.

Bei ambulant erreichten pathologischen SpielerInnen liegt zumeist *keine zusätzliche stoffgebundene Abhängigkeit* vor. Aufnahmen in stationäre Einrichtungen erfolgen mehrheitlich im Zusammenhang mit einer zusätzlichen stoffgebundenen Abhängigkeit (vgl. u.a. SUCHT- UND DROGENHILFE NRW 1999).

Ein relativ hoher Teil pathologischer GlücksspielerInnen (58 - 71 %), der ambulante und stationäre Hilfen nachsucht, ist zu diesem Zeitpunkt suizidal (vgl. KELLERMANN 1999). Von *Selbstmordversuchen* berichtet jede/r vierte SpielerIn, der/die Hilfen in Anspruch nimmt (vgl. u.a. DENZER et al. 1995). Über 40 % der SpielerInnen in dieser Personengruppe sind justitiell vorbelastet, wobei von den Betroffenen größtenteils ein Zusammenhang mit der Glücksspielproblematik hergestellt wird (vgl. ebd.). Andere Untersuchungen weisen demgegenüber darauf hin, dass Straffälligkeit bei vielen SpielerInnen bereits vor dem Beginn des pathologischen Glücksspiels vorlag (vgl. KRÖBER 1996).

In der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10) (DILLING et al. 1993) 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 Patienten und zum Spielen bei Personen mit dissozialer Persönlichkeit. Sowohl im ICD-10 als auch im *diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen* (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (SAB et al. 1996) orientiert sich die Operationalisierung der Störung vornehmlich an den Merkmalen einer stoffgebundenen Abhängigkeit, wobei insbesondere dem Merkmal der psychischen Abhängigkeit klassifikatorische Relevanz zukommt (vgl. KELLERMANN 1999). Wesentliche *Unterschiede zum gewohnheitsmäßigen Spielen* liegen beim pathologischen Glücksspiel im Verlust der Kontrolle über die Möglichkeit des Aufhörens, auch wenn die negativen Konsequenzen überwiegen.

Darüber hinaus liegen *unterschiedliche Klassifikationsversuche* zum pathologischen Glücksspiel vor, die teils klinisch-intuitiv und teils empirisch vorgenommen wurden (vgl. u.a. CASPARI 1994, KRÖBER 1996, MEYER 1991, TÖRNE & KONSTANTY 1989).

In der Fachdiskussion können in Deutschland zwei Grundsatzpositionen beschrieben werden:

- ❑ Die eine Position geht von einer Zugehörigkeit des pathologischen Glücksspiels zu den *nicht-stoffgebundenen Süchten* aus, wobei die Entstehung und Manifestierung des Verhaltens als prozesshaftes Geschehen aufgefasst wird, das zu einer fortschreitenden Abhängigkeitsentwicklung mit Krankheitswert führt (Leitmerkmal: verminderte Impulskontrolle) (vgl. KELLERMANN 1999).
- ❑ Die andere Position postuliert dagegen das Vorliegen eines *neurotischen Zwangsverhaltens*, wobei die Eigendynamik der Symptomatik als zwanghaftes Verhaltens-

muster im Sinne einer neurotischen Störung angesehen wird (Leitmerkmal: herabgesetzte Sinnerfülltheit) (vgl. HAND & KAUNISTO 1984, KLEPSCH et al. 1989).

In einer im Auftrag der Verbands der deutschen Rentenversicherungsträger (VDR) durchgeführten Studie von PETRY & JAHREIS (1999) werden zwei Gruppen von pathologischen SpielerInnen identifiziert. Der *„narzisstisch-persönlichkeitsgestörte“ Spielertypus* ähnelt hinsichtlich verschiedener dispositionaler Merkmale wie Verhaltenskontrolle und seelischer Gesundheit anderen Suchtkranken, während ein *„depressiv-neurotischer“ Typus* eher Parallelen zum psychosomatischen Krankheitsbild aufweist, wobei unter den behandlungsbedürftigen SpielerInnen der Studie der „narzisstisch-persönlichkeitsgestörte“ Spielertyp überwiegt. Von einer Dominanz pathologischer GlücksspielerInnen, die eher eine Suchtdynamik aufweisen, berichten auch die spezialisierten Beratungsstellen für GlücksspielerInnen im Modellversuch in Nordrhein-Westfalen.

Die Ursachen dieser sehr heterogenen Störungsgruppe sind komplex und vermutlich multifaktoriell bedingt. Entsprechend kann pathologisches Glücksspiel in sehr unterschiedlichen Situationen auftreten wie in akuten biographischen Krisen, bei lang andauernden Anpassungsstörungen, bei Persönlichkeitsstörungen, vereinzelt auch im Rahmen psychischer Erkrankungen und häufiger bei Männern mit primär dissozialer Entwicklung (vgl. KRÖBER 1996). Der Beginn des Glücksspielens liegt häufig im Jugendalter.

Seit dem 26.03.2001 liegen die „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen“ vor. In diesen Empfehlungen sind die Maßnahmen zur ambulanten und stationären Rehabilitation erstmals für die Gruppe der Pathologischen GlücksspielerInnen geregelt. Neben der Anerkennung des Pathologischen Glücksspiels als eigenständige Krankheit durch die Krankenkassen und Rentenversicherungen werden Rahmenbedingungen und Qualitätsanforderungen beschrieben. Auch hinsichtlich der Einordnung des Krankheitsbilds als Suchterkrankung, Störung der Impulskontrolle oder neurotische Störung ist eine eher „pragmatische“ Vorgehensweise erkennbar, die ein flexibles therapeutisches Vorgehen in unterschiedlichen Settings bzw. eine individuelle Gewichtung der Symptomatik und damit eine an den persönlichen Erfordernissen der Betroffenen orientierte Rehabilitationsmaßnahme ermöglicht.

1.2 Epidemiologie

Über die Anzahl pathologischer GlücksspielerInnen in Deutschland liegen keine verlässlichen Daten vor, so dass die Zahl der SpielerInnen nur annäherungsweise geschätzt werden kann. Auf Grundlage vorhandener Daten von nachgefragter Beratung und Behandlung in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und einem Vergleich mit der Therapienachfrage der Alkoholabhängigen (3 bis 5 %) ergibt sich eine Gesamtzahl von rund 80.000 bis 130.000 beratungs- und behandlungsbedürftigen SpielerInnen in Deutschland. Dies würde einem Bevölkerungsanteil von 0,1 bis 0,2 % entsprechen. Diese Schätzungen beziehen alle Glücksspielformen ein. In NRW wird die Zahl der pathologischen GlücksspielerInnen auf bis zu 30.000 Personen geschätzt (vgl. u.a. LANDESPROGRAMM GEGEN SUCHT 2001).

Insgesamt differieren die zur Verfügung stehenden Schätzungen erheblich, beziehen sich teilweise nur auf bestimmte Glücksspielformen und sind mit anderen empirischen Daten nur schwer vereinbar. Beispielsweise rechneten BÜHRINGER & TÜRK (1997) Mitte der 90er Jahre mit einer Zahl „subjektiv belasteter VielspielerInnen“ an Geldspielau-

tomaten in den alten Bundesländern von 8.000 bis zu 10.000 Personen (Schwankungsbreite: 3.000 bis 19.000). In Deutschland insgesamt gingen sie von 15.000 bis 20.000 Personen aus. Ende der 90er Jahre gingen BÜHRINGER & TÜRK auf der Grundlage repräsentativer Bevölkerungsumfragen und Untersuchungen von SpielerInnen in Spielhallen davon aus, dass von rund 4,63 Mio. aktiven SpielerInnen (18 bis 69 Jahre alt) - bezogen auf Geldspielautomaten - ca. 54.000 Personen (1,2 %) eine subjektive Belastung aufweisen und etwa 25.000 bis 30.000 Personen (0,6 %) den Kriterien für pathologisches Spielverhalten entsprechen (vgl. BÜHRINGER & TÜRK 1999).

Im europäischen Vergleich liegen die Prävalenzraten zwischen 0,1 % und 3,4 %. Es deutet sich an, dass die bundesrepublikanischen Schätzzahlen als untere Grenze einzustufen sind (vgl. MEYER & BACHMANN 2000). Da andere europäische Länder z.T. über eine bessere epidemiologische Datenlage verfügen, weist dies zudem möglicherweise auf eine entsprechende Dunkelziffer in Deutschland hin.

Pathologisches Glücksspiel erscheint hauptsächlich als ein *Problem der männlichen Bevölkerung*. DENZER et al. (1995) geben bei der Klientel von ambulanten Beratungs- und Behandlungsangeboten eine Quote von nur 6 % Frauen an. In den Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen lag der Frauenanteil 1998 bei ca. 8 % (EBIS-NRW 1998). In einer stationären spezialisierten Behandlungseinrichtung wurde ein Frauenanteil von knapp 10 % ermittelt (vgl. MÜNCHWIES 1998). Der Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (EBIS) folgend lag der Frauenanteil bei KlientInnen mit der Hauptdiagnose pathologisches Spielen in 2001 bei 10,4 % (vgl. STROBL et al. 2002).

Der Altersschwerpunkt pathologischer GlücksspielerInnen liegt zwischen 25 und 30 Jahren. Männliche Spieler in den ambulanten Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen waren 1998 durchschnittlich 33,5 Jahre alt (vgl. EBIS-NRW 1998). Der Altersdurchschnitt stationär behandelter Spieler betrug in einer stationären Einrichtung ca. 30 Jahre (BERNHARD-SALZMANN-KLINIK o.A.). In der Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (EBIS) liegt der Schwerpunkt in der Altersgruppe der 30 bis 39 Jahre alten KlientInnen (vgl. STROBL et al. 2002).

Während dem Glücksspiel insgesamt eher von der Mittelschicht nachgegangen wird (vgl. ALBERS 1993), scheint pathologisches Spielen an Geldspielgeräten eher mit *Arbeitslosigkeit und einer schlechteren Ausbildungssituation* zu korrespondieren (vgl. u.a. BRANDT 1996, KRÖBER 1996). Daten aus Holland weisen zudem auf eine mangelnde soziale Integration dieser SpielerInnen hin (vgl. u.a. REMMERS 1996).

1.3 Versorgungssituation

Beratung und Betreuung von pathologischen GlücksspielerInnen erfolgen gegenwärtig vor allem durch ambulante Angebote der Suchtkrankenhilfe, wobei das Angebot regional nach Umfang und Qualität sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Das Spektrum reicht von Beratungsstellen ohne spezielle Angebote für GlücksspielerInnen mit nur wenigen Kontakten zu dieser Personengruppe bis hin zu Einrichtungen mit speziellen Angeboten und regelmäßigen Kontakten zu pathologischen SpielerInnen. Praxiserfahrungen zeigen, dass ein differenziertes Angebot, das Beratungs-, Behandlungs- und soziale Unterstützungsleistungen umfasst, den komplexen Problemlagen pathologischer GlücksspielerInnen eher angemessen ist als eine ausschließlich medizinische bzw. psychotherapeutische Behandlung. Zudem attribuieren viele SpielerInnen ihr Verhalten selber als Abhängigkeit bzw. Sucht (vgl. JAHRREISS 1989).

Nach Erkenntnissen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) lässt sich die Versorgungssituation pathologischer GlücksspielerInnen u.a. durch folgende Probleme gekennzeichnet:

- ❑ es besteht immer noch kein flächendeckendes, konzeptionell fundiertes ambulantes Versorgungsangebot
- ❑ Zuständigkeiten und Aufgaben in der ambulanten Versorgung von pathologischen GlücksspielerInnen sind gegenwärtig nur unzureichend geklärt. Defizite bestehen - regional unterschiedlich - auch in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (vgl. u.a. DHS 1998)
- ❑ es besteht (weiterhin) ein Qualifizierungsbedarf bei MitarbeiterInnen von Beratungsstellen.

Vor diesem Hintergrund hatten in Nordrhein-Westfalen drei Schwerpunktberatungsstellen für Glücksspielsüchtige (Diakonisches Werk Herford; Caritasverband für das Stadtdekanat Neuss e.V.; Arbeitskreis gegen Spielsucht e.V. Unna) im Rahmen eines Modellversuchs spezielle Konzepte zur bedarfsgerechten und qualifizierten ambulanten Beratung und Behandlung von pathologischen GlücksspielerInnen entwickelt und erprobt (vgl. u.a. SUCHT- UND DROGENHILFE NRW 1999). Neben einer spezifischen beratenden Fachkompetenz beinhalten die Konzepte insbesondere indikative Gruppenangebote sowie die Berücksichtigung von Geldmanagement und Schuldenberatung.

Die drei derzeit in NRW bestehenden Schwerpunktberatungsstellen für Glücksspielsüchtige sollen neben der Beratung von Betroffenen und Institutionen insbesondere die Vermittlung in Hilfeangebote für Glücksspielsüchtige vornehmen. Ziel ist es, den Betroffenen und ihren Angehörigen NRW-weit Angebote zur Verfügung zu stellen, die den speziellen Belangen von pathologischen GlücksspielerInnen gerecht werden (vgl. NRW - LANDESPROGRAMM GEGEN SUCHT 2001).

Die im Landesprogramm gegen Sucht beschriebenen konkreten Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte konnten hinsichtlich struktureller Verbesserungen realisiert werden (vgl. ebd.): Im Januar 2002 nahm die Landesfachstelle Glücksspielsucht - mit finanzieller Förderung des Landes - ihre Arbeit auf. Zum Aufgabenspektrum der Landesfachstelle zählt sowohl die Unterstützung des Landes als auch der Einrichtungen der Suchthilfe bei der Weiterentwicklung der vorhandenen Angebote. Neben der Qualifizierung von Suchtberatungsstellen sollen vor allem auch die bestehenden Hilfeangebote vernetzt werden. Ziel ist es, den Zugang zu den Hilfen für die pathologischen GlücksspielerInnen zu erleichtern.

1.4 Inanspruchnahme

Menschen mit einer Glücksspielproblematik wenden sich in nennenswerter Zahl erst seit Beginn der achtziger Jahre an Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe, insbesondere nachdem bei Geldspielautomaten Sonder- und Risikospiele eingeführt worden sind. Die bundesweite Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (EBIS) weist für das Jahr 2000 in 401 Einrichtungen bei 1.302 Klienten die Einzeldiagnose „Pathologisches Spielverhalten“ aus. Ihr Anteil unter den Zugängen mit abgeschlossener Diagnosestellung ist mit 2,3 % im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen. Der Anteil an der Gesamtzahl der in EBIS dokumentierten KlientInnen - mit einer Diagnose - lag wie in 1999 bei 1,8 %. Für 2001 werden in EBIS 1.080 betreute KlientInnen mit der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen ermittelt (vgl. STROBL et al. 2002).

Unter den behandelten SpielerInnen bilden die Automatenspieler mit ca. 90 % die größte Gruppe (vgl. u.a. LANDESPROGRAMM GEGEN SUCHT 2001). Dabei handelt es sich i.d.R. um Personen, bei denen zusätzlich keine stoffgebundene Abhängigkeit vorlag. Bei einem speziellen Angebot für pathologische GlücksspielerInnen wurden örtlich (z.B. Herford) allerdings bis zu 18 % erreicht.

Eine Befragung aller bei der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren registrierten Beratungsstellen in NRW ergab 1995 1.032 pathologische GlücksspielerInnen. Eine Wiederholungsbefragung 1998 ergab einen Zuwachs von 50 % auf 1.508 Personen. Holländische Vergleichsdaten indes zeigen bei den Inanspruchnahmen der ambulanten Hilfen für Suchtkranke im Fünfjahreszeitraum eine Vervierfachung der pathologischen GlücksspielerInnen (vgl. u.a. REMMERS 1996). 90 % bis 95 % der NachfragerInnen von Hilfen sind SpielerInnen an Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit. Regional wird in den letzten Jahren zudem ein langsamer aber kontinuierlicher Anstieg von CasinospielerInnen beobachtet (vgl. SUCHT- UND DROGENHILFE NRW 1999).

Die Jahresstatistik der stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe verzeichnete 1997 einen Anteil der Hauptdiagnosen "Pathologisches Spielverhalten" von 0,5 % aller Therapiebeender (vgl. MEYER 1998). In 2001 liegt dieser Anteil bei 0,8 % (vgl. WELSCH 2002). Auch hier erreichen Einrichtungen mit speziellen Angeboten deutlich höhere Werte. So lag der Anteil bspw. in der psychosomatischen Klinik Münchwies bei den Erstdiagnosen pathologisches Glücksspiel bei 6,3 %, womit dort die pathologischen SpielerInnen quantitativ auf dem Niveau der Medikamentenabhängigkeit liegen (vgl. MÜNCHWIES 1998).

Als durchschnittliche Zeit bis zur Inanspruchnahme einer Beratungsstelle oder auch einer stationären Einrichtung werden rd. acht Jahre genannt, wobei diese Zeitspanne regional in spezialisierten Beratungsstellen auf sechs Jahre vermindert werden konnte. Behandelte SpielerInnen in nordrhein-westfälischen Suchtberatungsstellen wiesen eine durchschnittliche Dauer der Symptomatik von zwölf Jahren beim Automatenspiel und zehn Jahren beim Glücksspiel auf (vgl. EBIS-NRW 1998).

Vermutet werden kann, dass einzelne SpielerInnen sich in ambulante psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung begeben. Daten zur Inanspruchnahme solcher Maßnahmen liegen allerdings nicht vor. Es kann davon ausgegangen werden, dass niedergelassene ÄrztInnen bzw. PsychotherapeutInnen als Anlauf- und Behandlungsstelle für Glücksspielabhängige eher eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. LANDESPROGRAMM GEGEN SUCHT 2001).

1.5 Aufbau des Berichts

Der Bericht zur Evaluation der Schwerpunktberatungsstelle gliedert sich - nach der Einleitung - in vier Kapitel:

In **Kapitel 2** wird die Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung beschrieben. Dargestellt werden Fragestellungen der Begleitforschung sowie der Ansatz der Evaluation. Anschließend werden das methodische Vorgehen sowie die eingesetzten Instrumente im Einzelnen beschrieben.

In **Kapitel 3** werden die Ergebnisse der Evaluation dargestellt. Dazu zählen sowohl die Merkmale der KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle als auch Gruppenvergleiche sowie Behandlungsverläufe.

Im abschließenden **Kapitel 4** werden die wichtigsten Ergebnisse und Erfahrungen zusammenfassend dargestellt.

2 VORGEHEN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

Die Schwerpunktberatungsstelle in Neuss war Teil eines von drei landesgeförderten Modellprojekten, in denen neue Wege der Beratung und Behandlung von Glücksspielabhängigen erprobt und umgesetzt werden sollten.

Im Vordergrund der Evaluation stehen u.a. die Ermittlung der Effektivität der durch die Schwerpunktberatungsstelle erfolgten Beratungen und Behandlungen sowie die Beurteilung der Angebote bzw. die Zufriedenheit der KlientInnen. Die Konzeption für die Evaluation der Schwerpunktberatungsstelle erfolgte unter Heranziehung von in der Evaluation üblichen Standards.

Die Evaluation der Schwerpunktberatungsstelle ist vorerst auf einen Zeitraum von rund 3,5 Jahren (September 1999 - Februar 2003) angelegt.

2.1 Fragestellungen und Ziele der Evaluation

Zu den **Zielen** der Evaluation zählen u.a. die Ermittlung der soziodemographischen und suchtspezifische Merkmale pathologischer GlücksspielerInnen, die Effektivität der ambulanten Beratung sowie die Zufriedenheit der KlientInnen mit den in Anspruch genommenen Angeboten der Schwerpunktberatungsstelle in Neuss.

Mit der Evaluation soll zudem ein Beitrag geleistet werden,

- ❑ die Datenlage zur Epidemiologie beim pathologischem Glücksspiel zu verbessern
- ❑ vorliegende Erkenntnisse über Erfolgskriterien für die ambulante Beratung und Therapie von Glücksspielsüchtigen zu erweitern
- ❑ den MitarbeiterInnen der Schwerpunktberatungsstelle eine kritische Reflexion der eigenen Arbeit ermöglichen.

Nachfolgend sind Fragen formuliert, die auf Grundlage der Evaluationsergebnisse beantwortet werden sollen.

- ❑ Durch welche soziodemographischen und störungs- resp. suchtbefugenen Merkmale lassen sich pathologische GlücksspielerInnen kennzeichnen?
- ❑ Ist die Beratung/Behandlung der SpielerInnen effektiv? Welche Effekte lassen sich beschreiben (beispielsweise Verminderung der Beschwerden bzw. der Symptomatik, Abstinenz, Wiederherstellung/Erhaltung der Erwerbstätigkeit, Förderung der sozialen Integration)?
- ❑ Ist das vorgehaltene Angebot der Schwerpunktberatungsstelle aus Sicht der GlücksspielerInnen adäquat?
- ❑ Unterscheiden sich die durch die Schwerpunktberatungsstelle betreuten KlientInnen von pathologischen GlücksspielerInnen in anderen Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (vgl. u.a. EBIS 2002 Bund)?

Darüber hinaus sollen Kriterien für den Therapieerfolg beschrieben werden. Dabei ist deren Bestimmung eine komplexe und sehr heterogen beurteilte Problematik (vgl. HAGER und PATRY 2000), so dass unter Gesichtspunkten der Praktikabilität und eines verhältnismäßigen Mitteleinsatzes aus dem breiten Spektrum möglicher Kriterien eine Auswahl getroffen werden muss.

Im vorliegenden Fall wurden folgende Kriterien festgelegt:

- ❑ Reduktion des Glücksspielverhaltens bzw. Abstinenz
- ❑ Verbesserung der psychopathologischen Beschwerden, Symptomatik und Krankheitsfolgen (Trierer Persönlichkeitsfragebogen)
- ❑ Verbesserung der persönlichen Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen
- ❑ positive Selbsteinschätzung des Therapie-/Beratungserfolgs.

Mit der Durchführung einer Nachbefragung kann darüber hinaus der bei den KlientInnen im Rahmen der Evaluation dokumentierte Veränderungseffekt u.a. hinsichtlich seiner zeitlichen Stabilität (maintainance) untersucht werden. So ist es beispielsweise für die Schwerpunktberatungsstelle von großem Interesse hinsichtlich der Konzeption der von ihr vorgehaltenen Angebote zu erfahren, ob der am Ende der Beratung/Behandlung erzielte Erfolg, soweit quantifizierbar, im Zeitverlauf tendenziell zu- oder abnimmt bzw. konstant bleibt.

2.2 Design der Evaluation und Durchführung

Das Design der Evaluation basiert auf einer Verknüpfung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Von diesen analytisch abgrenzbaren Bereichen wird angenommen, dass sie sich wechselseitig beeinflussen (DONABEDIAN 1982).

Die Strukturqualität umfasst u.a. folgende Kriterien:

- ❑ Rahmenbedingungen der Arbeit der Schwerpunktberatungsstelle (z.B. bauliche und technische Ausstattung, vorgehaltene Angebote, Einbindung in/Vernetzung mit außerinstitutionelle/n Versorgungsstrukturen)
- ❑ Qualifikation der MitarbeiterInnen
- ❑ Dokumentation.

Die Prozessqualität umfasst u.a.:

- ❑ die Entwicklung der Klientenzahlen
- ❑ die Beschreibung des Beratungs- und Behandlungsverlaufs.

Der Ergebnisqualität lassen sich die auf der Ebene der KlientInnen resp. der Angehörigen im Behandlungs- und Beratungsverlauf erzielten Effekte zuordnen, beispielsweise Wirkung der Leistungserbringung oder Zufriedenheit der KlientInnen.

Die Messung der Veränderungen bei den KlientInnen nach Beratung oder Behandlung kann mittels direkter und/oder indirekter Messungen erfolgen. Direkte Messungen erfassen prospektiv oder retrospektiv vorgenommene subjektive Einschätzungen der KlientInnen. Indirekte Messungen werden als Pre-Post-Vergleich operationalisiert, d.h. es werden Daten zu Beginn und zum Ende der Beratung/Behandlung miteinander verglichen.

Im Rahmen der Evaluation erfolgt die Veränderungsmessung in einer Kombination beider Verfahren, wobei i.d.R. zwei (bzw. drei) Erhebungszeitpunkte (Eingangs- und Abschlusserhebung sowie ggf. Nachbefragung) vorgesehen sind.

Die Durchführung der Nachbefragung ehemaliger KlientInnen ermöglicht die Verknüpfung von Nachbefragungsdaten mit im Rahmen der Evaluation erhobenen Daten.

Durch die Verlängerung des Beobachtungszeitraums über das Ende der Beratung/Behandlung hinaus kann - im Sinne der Prozessevaluation - ein direkter Vergleich mit vorliegenden Daten der Ergebnisevaluation realisiert werden.

Die Bewertung der durch die Behandlung/Beratung erzielten Effekte erfolgt im Sinne der Mehrperspektivität durch KlientInnen und Angehörige, jedoch nicht durch die TherapeutInnen.

Die Evaluation hat explorativen Charakter. Während des Evaluationszeitraums (s.o.) wurde die Teilnahme einer maximal möglichen Anzahl von KlientInnen angestrebt. Zielgruppe der Evaluation sind in erster Linie erwachsene KlientInnen, die sich aufgrund der Verdachtsdiagnose pathologisches Glücksspiel an die Schwerpunktberatungsstelle gewendet haben sowie deren Angehörige. Die Teilnahme an der Studie war für die KlientInnen freiwillig, sie wurden von den MitarbeiterInnen entsprechend informiert.

Durchführung der Evaluation

Im Rahmen der Vorbereitung der Evaluation erfolgte 1999 ein Treffen mit den beteiligten MitarbeiterInnen und der Leitung. U.a. wurden der geplante Ablauf des Projekts sowie inhaltliche Aspekte der Evaluation (u.a. Ziele und Fragestellungen) besprochen. In den folgenden Jahren (2000 bis 2003) fanden weitere Arbeitstreffen statt, die neben der Klärung von Detailfragen bei der Datenerhebung u.a. der Fortführung der Evaluationsstudie sowie der Durchführung der Nachbefragung der Klienten dienten.

Mit Beginn der Evaluation bzw. der Erhebung der Daten wurde den MitarbeiterInnen von FOGS ein *Hand-Out* zur Verfügung gestellt, in dem alle wichtigen Informationen u.a. zum zeitlichen Ablauf und dem Einsatz der Erhebungsinstrumente zusammengefasst wurden.

2.3 Instrumente

Im Rahmen der Evaluation wurden ein von FOGS entwickelter Klientenfragebogen (Eingangs- und Abschlusserhebung) sowie ein Fragebogen für Angehörige (Abschlusserhebung) eingesetzt.

Aus Gründen einer möglichst objektiven Beurteilbarkeit der Befundlage der KlientInnen sowie hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit anderen Studien war es sinnvoll, ein validiertes Erhebungsinstrument einzusetzen (vgl. GRAWE & BRAUN 1994). Bei der Auswahl verschiedener in Frage kommender Instrumente haben sich der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) von Peter BECKER (vgl. BECKER 1989) sowie Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) (vgl. u.a. PETRY, J. 1996) als sinnvoll erwiesen.

Die Nachbefragung der KlientInnen erfolgte in Orientierung an den aktuellen Standards für die Durchführung von Nachbefragungen bei Abhängigen der DG-Sucht (2000). Diese wurden den spezifischen Bedingungen der Situation pathologischer GlücksspielerInnen angepasst.

In den folgenden Abschnitten werden die im Rahmen der Evaluation eingesetzten Instrumente kurz beschrieben.

Eingangserhebung KlientInnen

In der *Eingangserhebung* werden u.a. Angaben der KlientIn zur derzeitigen Lebenssituation erhoben. Integriert sind zudem der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) sowie der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF).

Mit dem KFG kann das Ausmaß der Glücksspielproblematik erhoben werden. Der Kurzfragebogen wurde bereits erfolgreich im stationären Bereich eingesetzt (PETRY & JAHRREIS 1999). Es handelt sich um ein klinisches Screening-Verfahren zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Glücksspielsucht. Der KFG kann als testtheoretisch fundiertes Instrument eingestuft werden.

Der TPF ist ein vollstandardisierter Fragebogen - Itemformulierungen, Itemreihenfolge und Antwortkategorien sind festgelegt - zur Erfassung verschiedener Dimensionen seelischer Gesundheit. Er ist zwar nicht primär für den Einsatz in der Therapieforschung mit Messwiederholungen konzipiert, ist jedoch nach Einschätzung des Testautors als Instrument zur Evaluation von Maßnahmen zur Verbesserung der seelischen Gesundheit einsetzbar (BECKER 1989). Theoretischer Hintergrund ist ein hierarchisches Persönlichkeitsmodell, welches die zwei Hauptfaktoren „seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“ umfasst. Durch die beiden übergeordneten und unabhängigen Merkmale der Seelischen Gesundheit und der Verhaltenskontrolle des TPF können mögliche psychopathologische Auffälligkeiten der betreuten KlientInnen umfassend erhoben werden. Dabei erfasst beispielsweise die Seelische Gesundheit das Ausmaß, in dem es einer Person gelingt, externen und internen Anforderungen zu genügen (vgl. PETRY, J. & JAHRREISS, R. 1999). Seelische Gesundheit wird in sieben Indikatorenbereiche untergliedert, die ihrerseits eine hierarchische Struktur aufweisen (BECKER 1989). Beim TPF handelt es sich ebenfalls um ein testtheoretisch ausgewiesenes Instrument, das die individuelle und differenzierte Erfassung von zahlreichen Facetten der seelischen Gesundheit erlaubt.

Abschlussenerhebung KlientInnen

Im Rahmen der Abschlussenerhebung werden u.a. die subjektiven Einschätzungen der KlientInnen zu verschiedenen Angeboten der Beratung/Behandlung sowie Angaben zur aktuellen Lebenssituation erhoben. Auch der TPF (s.o.) ist ein Bestandteil der Abschlussenerhebung.

Nachbefragung der KlientInnen

Im Rahmen der Nachbefragung sollen möglichst viele KlientInnen persönlich oder schriftlich befragt werden, die während der Durchführung der Evaluationsstudie in der Schwerpunktberatungsstelle betreut wurden. KlientInnen, die ihre Beratung/Behandlung nicht regulär beendet haben, werden ausdrücklich mit einbezogen. Die Fragen beziehen sich u.a. auf das aktuelle Glücksspielverhalten - nach Beendigung der Beratung/Behandlung -, den Umgang mit stofflichen Suchtmitteln sowie die aktuelle Lebenssituation.

Entsprechend der Empfehlung der DG-Sucht (2000) wurde die Nachbefragung ca. ein halbes Jahr nach der (regulären oder vorzeitigen) Beendigung einer Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle durchgeführt. Dabei stellt die aufsuchende Form der Befragung eine effektive Möglichkeit der Durchführung dar. Persönliche Interviews der KlientInnen gewähren u.a. ein vollständiges Ausfüllen der

Instrumente, da die Materialien unmittelbar der die Nachbefragung durchführenden Person übergeben werden. Die (ehemaligen) KlientInnen wurden durch die Schwerpunktberatungsstelle über das geplante Vorhaben informiert und in schriftlicher Form um ihr Einverständnis zur Teilnahme an einem persönlichen Interview gebeten. Die MitarbeiterInnen von FOGS nahmen dann direkt den Kontakt mit den KlientInnen auf. Neben dem persönlichen Interview konnte die Befragung auch in schriftlicher Form durchgeführt werden.

Abschlussenerhebung Angehörige

In diesem Fragebogen werden einige subjektive Bewertungen der Angehörigen zu verschiedenen Angeboten bzw. Aspekten der Beratung/Behandlung sowie der Erreichbarkeit der Schwerpunktberatungsstelle erhoben.

Übersicht der Erhebungszeitpunkte und Instrumente

Die Informationen zu den eingesetzten Erhebungsmaterialien, die jeweils benötigte Zeit zum Beantworten der Fragebogen, die Erhebungszeitpunkte und die Adressaten sind in der nachfolgenden Übersicht noch einmal zusammengefasst:

Tab. 1. Übersicht der Erhebungszeitpunkte und Instrumente

| Erhebungszeitpunkt | Instrument | Bearbeitungszeit (geschätzt) | wird ausgefüllt von |
|--|---|---------------------------------|-----------------------------|
| Eingangserhebung (1. - 3. Kontakt) | Klientenfragebogen Eingangserhebung inkl. Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) und Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) | 30 Minuten | KlientIn |
| Abschlussenerhebung (Ende der Beratung/Behandlung) | Klientenfragebogen Abschlussenerhebung inkl. Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) | 25 bis 30 Minuten | KlientIn |
| Nachbefragung (ca. 6 Monate bis zu 16 nach Beratungs-/Behandlungsende) | Fragebogen der Nachbefragung | 25 bis 35 Minuten | InterviewerIn oder KlientIn |
| Abschlussenerhebung | Angehörigenfragebogen | 5 Minuten | Angehörigem/r |
| Kontinuierlich | EBIS | durchschnittlich ca. 60 Minuten | MitarbeiterIn |

Die Erfassung der soziodemographischen Daten erfolgt im Rahmen der EBIS - Dokumentation, die in der Schwerpunktberatungsstelle eingesetzt wird. Die kontinuierlich erhobenen Daten werden von FOGS verknüpft und ausgewertet.

3 ERGEBNISSE DER EVALUATION

3.1 Rahmenbedingungen

Zur Beschreibung der *Strukturqualität* wurden u.a. Rahmendaten der Schwerpunktberatungsstelle, die Raum- und Sachausstattung, die personelle Situation, Angebote und Hilfen, die Bereiche Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit sowie der Dokumentationsstandard erhoben. Die Erhebung erfolgte auf der Grundlage eines teilstandardisierten Fragebogens.

Um die (qualitativen) Ergebnisse der Ist-Aufnahme einordnen und bewerten zu können, ist ein *fachlicher Bezugsrahmen* erforderlich. Dieser liegt für die ambulante Sucht- und Drogenhilfe nicht in einheitlicher und abgestimmter Form vor. Gleichwohl liefern die Fachdiskussion und verschiedene Veröffentlichungen¹ für die ambulante Suchtkrankenhilfe wichtige Anhaltspunkte, auf die sich FOGS bei der Bewertung beziehen kann.

Darüber hinaus haben sich in der ambulanten Arbeit mit Suchtkranken "*Einzelstandards*" entwickelt, die zur Qualitätssicherung beitragen und auf die im Bericht Bezug genommen werden soll. Zu diesen "Einzelstandards" zählen u.a. die psychotherapeutische bzw. suchtkrankenhilfliche Qualifikation des überwiegenden Teils der BeraterInnen sowie kollegiale und/oder externe Supervision.

Einzugsgebiet und Lage

Träger der Schwerpunktberatungsstelle ist der Caritasverband für das Stadtdekanat Neuss e.V. Zum Einzugsgebiet der Einrichtung gehören u.a. der Kreis Neuss inkl. der Städte Neuss, Dormagen und Grevenbroich, wobei es in Dormagen und Grevenbroich jeweils eine Dependence der Schwerpunktberatungsstelle gibt. Die Einwohnerzahl des **regionalen** Einzugsgebiets beträgt ca. 445.800 Personen². Darüber hinaus zählen weitere Regionen im Rheinland, u.a. Düsseldorf, Mönchengladbach, Krefeld und Viersen sowie Bonn und Köln zum **überregionalen** Einzugsbereich. Dem Konzept der Schwerpunktberatungsstellen für Glücksspielabhängige folgend nimmt die Einrichtung - neben der regionalen Beratung/Behandlung - auch einen überregionalen Beratungs- und Behandlungsauftrag wahr.

Die Schwerpunktberatungsstelle liegt in einem Randbezirk der Innenstadt von Neuss und ist an eine Buslinie angebunden. Durch die Nähe zur Autobahn kann von einer guten Erreichbarkeit des Angebots per Auto gesprochen werden, was u.a. für KlientInnen aus dem überregionalen Einzugsgebiet bedeutsam ist.

Räumliche und sachliche Ausstattung

Jedem Mitarbeiter, jeder Mitarbeiterin steht ein Raum zur Verfügung, der als Einzeltherapie- bzw. Paartherapieraum genutzt werden kann. Darüber hinaus ist die Schwerpunktberatungsstelle bezogen auf die weitere Raum- und Sachausstattung eng mit der

¹ (vgl. u.a. DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN 1999 bzw. 2001 und SUCHT- UND DROGENHILFE NRW, Stand 1/1999.)

² Bevölkerung am 30.06.2002

Fachambulanz für Suchtkranke³ verbunden. Neben den Räumlichkeiten des Sekretariats werden Gruppenräume (u.a. für Therapiegruppen) sowie Tagungsräume gemeinsam mit der Fachambulanz genutzt.

Außer den oben genannten nutzt die Schwerpunktberatungsstelle zusätzliche Räumlichkeiten außerhalb der Einrichtung, zum einen im alkoholfreien Treff Ons Zentrum⁴ und zum anderen in der Justizvollzugsanstalt Düsseldorf.

Neben Telefon und FAX sowie Anrufbeantworter stehen **allen** MitarbeiterInnen eine EDV-Ausstattung mit interner Vernetzung, sowie Internet- und E-Mail-Funktion zur Verfügung.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass - gemessen an fachlichen Standards - (vgl. DHS 1999) die räumliche und sächliche Ausstattung als umfänglich und bedarfsgerecht zu bewerten ist. Insbesondere bietet die vorhandene EDV-Ausstattung eine wichtige Voraussetzung für eine zeitgemäße Dokumentation.

Öffnungs- und Wartezeiten

Als ein wichtiges Kriterium einer kundenorientierten Strukturqualität werden fachöffentlich die Öffnungs- und Wartezeiten ambulanter Angebote diskutiert. Die Schwerpunktberatungsstelle ist montags bis donnerstags von 9 Uhr bis 16.45 Uhr und freitags von 9 Uhr bis 14 Uhr zu erreichen. Beratungstermine können auch außerhalb der genannten Öffnungszeiten vereinbart werden. Auch die Gruppenangebote finden außerhalb der Öffnungszeiten am Abend statt. Für die KlientInnen steht in Krisen ein Mitarbeiter im Ons Zentrum in den Abendstunden und am Wochenende als Ansprechpartner zur Verfügung. Wartezeiten entstehen für die KlientInnen zur Zeit nicht.

Personelle Ausstattung

Bei personenbezogenen Dienstleistungen liefert die Ausstattung mit Fachpersonal weitere wichtige Hinweise auf die Strukturqualität des Angebots. Neben der beruflichen (Grund-)Qualifikation sind sowohl suchtspezifische bzw. therapeutische Zusatzausbildungen als auch Berufserfahrung in der Suchtkrankenhilfe zu berücksichtigen.

In der Schwerpunktberatungsstelle sind Dipl. SozialarbeiterInnen/Dipl. SozialpädagogInnen und ein Psychologe tätig.

Diese MitarbeiterInnen verfügen z. T. über langjährige Berufserfahrung im Bereich der Suchtkrankenhilfe (6 bis 10 Jahre) und haben verschiedene Zusatzqualifikationen abgeschlossen bzw. befinden sich in einer Ausbildung. Als abgeschlossene fachspezifische Zusatzqualifikationen werden u.a. Gesprächstherapie, Psychodrama sowie Gestalttherapie genannt. Darüber hinaus verfügen mehrere MitarbeiterInnen über weitere Fortbildungen, z.B. in Moderationstechniken und Qualitätsmanagement.

In der Schwerpunktberatungsstelle finden regelmäßig Teamsitzungen statt, die u.a. die Klientenarbeit und organisatorische Belange berücksichtigen. Darüber hinaus gibt es

³ Die Fachambulanz wurde 1975 als Beratungsstelle für Suchtkranke und -gefährdete gegründet. Angebote für Menschen mit problematischem Glücksspielverhalten werden seit 1985 vorgehalten, womit die Fachambulanz für Suchtkranke zu einer der ersten Einrichtungen in der BRD zählt, die über ein besonderes Angebot für pathologische GlücksspielerInnen verfügt.

⁴ Das Ons Zentrum versteht sich als eine niederschwellige und tagesstrukturierende Einrichtung, die besonders für Suchtkranke und deren Angehörige Möglichkeiten bietet, in einem alkoholfreien Raum Kontakte zu knüpfen.

projektbezogene Besprechungstermine, die den kontinuierlichen Austausch im Mitarbeiterteam gewährleisten.

Konzeption und Arbeitsansatz

Die Schwerpunktberatungsstelle verfügt über eine schriftliche Konzeption, in der die wichtigsten kundenbezogenen Ziele definiert sind. Als ein grundsätzliches Ziel in der Arbeit mit glücksspielabhängigen Menschen wird die Abstinenz genannt, bei gefährdeten Personen soll der Weg in die Abhängigkeit verhindert werden. Neben der Verbesserung der Lebenssituation der KlientInnen werden darüber hinaus die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit als weitere Ziele formuliert.

Der Arbeitsansatz wird aus Sicht der Schwerpunktberatungsstelle als modellhaft und bedarfsorientiert charakterisiert. Modellhaft umfasst dabei den Aspekt, spezielle Angebote erstmalig in Deutschland anzubieten und durchzuführen (z.B. Durchführung der ambulanten Rehabilitation Glücksspielsucht, Migrantenspezifische Konzepte, Beratung per Internet, JVA-Gruppe etc.). Der Aspekt der Bedarfsorientiertheit wird durch innovative Projekte zur Prüfung auch einer Umsetzung an anderen Standorten exploriert.

Angebote und Hilfen

Die Schwerpunktberatungsstelle hält ein differenziertes Spektrum von Angeboten und Hilfen für glücksspielabhängige Menschen bzw. deren Angehörige vor. Neben Einzel- und Gruppengesprächen bzw. Einzel- und Gruppentherapie sind Angehörigenarbeit sowie die Begleitung von Selbsthilfegruppen zu nennen. Diese Angebote finden auch in Form von Workshops oder Intensivtagen, z.T. auch am Wochenende, statt. Darüber hinaus zählen auch die Einleitung, Koordination und Vermittlung in spezifische Anschlussmaßnahmen bzw. weitere soziale Hilfen (z.B. Spielerschutzmaßnahmen, Vermittlung in Schuldnerberatungsstellen) zum Angebotsspektrum der Einrichtung. Ein zielgruppenspezifisches Angebot wird in Form einer JVA-Gruppe realisiert.

An besonderen Angeboten ist das - bundesweit zuerst eingerichtete - Angebot der Ambulanten Rehabilitation pathologischer GlücksspielerInnen (ARGS) zu nennen. Darüber hinaus betreibt die Schwerpunktberatungsstelle die von der Klientel meistbesuchte Internetseite. Hier werden niederschwellig zentrale Informationen zum Einstieg in die Hilfeangebote vor Ort gegeben. Das Forum stellt eine Form von virtueller Selbsthilfe und damit eine Unterstützung von GlücksspielerInnen für GlücksspielerInnen dar.

Als hauptsächliche Nutzergruppe der vorgehaltenen Angebote werden pathologische GlücksspielerInnen sowie deren Angehörige genannt. Zusätzlich steht die Schwerpunktberatungsstelle auch anderen Beteiligten, z.B. Arbeitsgebern als Ansprechpartner zur Verfügung.

Dokumentation und Qualitätssicherung

Dokumentation und Qualitätssicherung sowie (Selbst-)Evaluation spielen bei der Beurteilung einer Einrichtung generell als auch bei der Diskussion zur Weiterentwicklung (bzw. Umgestaltung) von Hilfen eine wichtige Rolle. Konsens besteht darüber, dass die Arbeit einer Einrichtung dokumentiert werden sollte. Sowohl in der Öffentlichkeit als

auch in der fachöffentlichen Diskussion ist beispielsweise die Wirksamkeit von Maßnahmen von starkem Interesse.

Die Fachkräfte nehmen monatlich an externen Fall- und Teamsupervision mit einem anerkannten Supervisor teil.

Die Arbeit der Schwerpunktberatungsstelle wird mit dem standardisierten Dokumentationsprogramm EBIS - EDV-gestützt - dokumentiert. Darüber hinaus werden eigene Dokumentationsbögen eingesetzt. Des Weiteren wird der Betreuungsverlauf der KlientInnen kontinuierlich schriftlich dokumentiert (u.a. Interventionen, Veränderung bei den KlientInnen, kritische Ereignisse). Die erhobenen Daten dienen u.a. der Verlaufskontrolle sowie der Reflexion der Beratungs- und Therapiearbeit. Darüber hinaus werden von der Einrichtung schriftliche Katamnesen durchgeführt.

Die Angebote sind für Interessierte in einem Faltblatt beschrieben. Darüber hinaus wird die Arbeit der Einrichtung auf Tagungen repräsentiert und Medienarbeit geleistet.

Die Schwerpunktberatungsstelle setzt derzeit Qualitätsprojekte i.R. eines EFQM-Prozesses um und beteiligt sich an überregionalen Arbeitskreisen zum Thema Qualitätsmanagement.

Die realisierten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Dokumentation entsprechen weitgehend dem Standard ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen.

(Fallbezogene) Kooperation und Koordination

Für eine qualifizierte und effiziente Arbeit kommen Kooperation und Koordination auch in der Suchtkrankenhilfe eine wachsende Bedeutung zu. Letztendlich basiert eine notwendige Vernetzung - sowohl aus fachlicher als auch aus finanzieller Sicht - auf Kooperation und Koordination, sowohl zwischen verschiedenen Einrichtungen bzw. Angeboten und Trägern als auch mit anderen Akteuren.

Die Schwerpunktberatungsstelle kooperiert fallbezogen mit verschiedenen Einrichtungen: Genannt werden psychosoziale Beratungsstellen und Kliniken, örtliche Schuldnerberatungsstellen sowie Selbsthilfegruppen, JVA und Arbeitgeber. Aus Sicht der Schwerpunktberatungsstelle kann die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen insgesamt als gut eingestuft.

Im Bereich der Suchterkrankung besteht erfahrungsgemäß aufgrund der multifaktoriellen Entstehungsbedingungen von Sucht sowie ggf. vielfältiger Problemlagen der Klientel eine Vielzahl von Kontakten und Schnittstellen sowie Kooperationszusammenhängen zwischen den Angeboten der Suchthilfe und angrenzenden Versorgungssektoren insbesondere der medizinischen Versorgung. Die **institutionelle Kooperation** der Schwerpunktberatungsstelle stellt sich wie folgt dar:

- ❑ Arbeitskreis Rheinland (regionales Versorgungsgremium)
- ❑ Arbeitskreis Sucht der PSAG Neuss (Gremium für die Versorgung der Suchtkranken)
- ❑ Arbeitskreis Sucht Düsseldorf (Gremium für die Versorgung der Suchtkranken)
- ❑ DIAG Sucht (Arbeitskreis der Leiter der Suchtkrankenhilfeeinrichtungen auf Diözesanebene der Caritas)
- ❑ Beirat Fachverband Glücksspielsucht.

Aus Sicht der Einrichtung arbeiten die Arbeitskreise und Gremien konstruktiv zusammen und dienen u.a. der fachlichen Weiterentwicklung der Angebote sowie der Abstimmung untereinander.

3.2 Beschreibung der Klientel

Vorbemerkung

Die Beschreibung der durch die Schwerpunktberatungsstelle betreuten KlientInnen basiert auf der Erhebung von Daten zu **drei verschiedenen Erhebungszeitpunkten**. Zu Beginn der Beratung/Behandlung wurde eine Eingangsbefragung durchgeführt, an der (bis Ende Dezember 2002) **124** Personen teilnahmen. Zum Ende der Beratung/Behandlung wurden die KlientInnen erneut befragt, im Evaluationszeitraum liegen für **38** Personen Abschlussbefragungen vor. Im Rahmen der Nachbefragung konnten - i.d.R. sechs Monate nach Beendigung der Beratung/Behandlung - insgesamt **25** KlientInnen erreicht werden. Die nachfolgende Tab. 2 zeigt die Anzahl der dokumentierten Klientendaten zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten im Überblick:

Tab. 2. Übersicht der Erhebungszeitpunkte und Anzahl der befragten Personen

| Erhebungszeitpunkt | Instrumente | Anzahl der befragten Personen |
|---|--|-------------------------------|
| Eingangserhebung (1. - 3. Kontakt) | Klientenfragebogen inkl. Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) und Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) | 124 |
| Abschlussbefragung (Ende der Beratung/Behandlung) | Klientenfragebogen inkl. Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) | 38 |
| Nachbefragung (ca. 6 Monate bis zu 16 nach Beratungs-/Behandlungsende) | Fragebogen der Nachbefragung | 25 |

Die Teilnahme an der Erhebung war für die KlientInnen freiwillig. Somit sind die Daten derjenigen Personen, die zu einer Befragung nicht bereit waren, im Rahmen der Evaluation nicht dokumentiert. Anders gesagt: Die Schwerpunktberatungsstelle hat während des Evaluationszeitraums weitere pathologische GlücksspielerInnen beraten und behandelt. Die im Rahmen der Eingangserhebung dokumentierten Personen entsprechen nicht der Anzahl der aller KlientInnen der Einrichtung.

Wie beschrieben liegen 38 Abschlussbefragungen vor. Die Differenz zur Anzahl der im Rahmen der Eingangserhebung dokumentierten Klientendaten resultiert daraus, dass ein Großteil der KlientInnen noch in Beratung/Behandlung ist und dass elf KlientInnen in eine stationäre Einrichtung vermittelt wurden.

Da nicht alle 38 KlientInnen zu einer Nachbefragung bereit waren bzw. zwischen Abschluss der Beratung/Behandlung und Nachbefragungsdatum noch keine sechs Monate vergangen waren, liegen für die Nachbefragung Daten von insgesamt 25 KlientInnen vor.

3.2.1 Daten der Eingangserhebung

Im nachfolgenden Abschnitt werden die **KlientInnen mit der Hauptdiagnose Glücksspielsucht**, für die während des Evaluationszeitraums eine Eingangserhebung vorliegt,

hinsichtlich ausgewählter soziodemographischer Merkmale beschrieben. Die Ergebnisse der Befragung der Angehörigen wird in Abschnitt 3.4 gesondert dargestellt. Insgesamt liegen für den Evaluationszeitraum **124** Eingangserhebungen vor. Während rund 53 % der KlientInnen aus Kreis Neuss kommen, werden ca. 47 % aus dem überregionalen Einzugsgebiet erreicht.

In einem weiteren Analyseschritt wird die Verteilung der Merkmale der KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle mit Klientendaten aus anderen Erhebungen verglichen. Vergleichsdaten lieferten hierbei **EBIS 2002⁵ Bund** (Hauptdiagnose pathologisches Spielen)⁶ und die KlientInnen der **Fachambulanz Neuss** (mit der Hauptdiagnose Alkohol). Obwohl bei den Vergleichen zeitliche und zielgruppenspezifische Unterschiede berücksichtigt werden müssen, können die Vergleichsdaten Hinweise auf Besonderheiten des durch die Schwerpunktberatungsstelle erreichten Personenkreises geben. I.d.R. wird nur über aussagekräftige Unterschiede berichtet.

3.2.2 Soziodemographische Merkmale der Klientel

Geschlecht und Alter

Für den Evaluationszeitraum liegen in EBIS⁷ dokumentierte Daten von insgesamt 104 Männern (92,9 %) und acht Frauen (7,1 %) vor.⁸

In Tab. 3 wird das Alter der KlientInnen zu Behandlungsbeginn dargestellt:

Tab. 3: *Alter der KlientInnen bei Behandlungsbeginn*

| Alter in Jahren | Geschlecht | | | | insgesamt | |
|--------------------|------------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | männlich | | weiblich | | Anzahl | % |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | | |
| bis 19 | 1 | 1,9 | - | - | 1 | 0,9 |
| 20 bis 24 | 6 | 5,8 | 1 | 12,5 | 7 | 6,3 |
| 25 bis 29 | 12 | 11,5 | 2 | 25,0 | 14 | 12,5 |
| 30 bis 39 | 52 | 50,0 | 1 | 12,5 | 53 | 47,3 |
| 40 bis 49 | 24 | 23,1 | 1 | 12,5 | 25 | 22,3 |
| 50 bis 59 | 7 | 6,7 | 3 | 37,5 | 10 | 8,9 |
| 60 Jahre und älter | 2 | 1,9 | - | - | 2 | 1,8 |
| Insgesamt | 104 | 100,0 | 8 | 100,0 | 112 | 100,0 |

Knapp die Hälfte der betreuten KlientInnen ist zwischen 30 und 39 Jahre alt, gut ein Fünftel zwischen 40 und 49 Jahre alt. Auf „jüngere“ Personen (20 bis 29 Jahre alt) entfallen insgesamt knapp 20 %. Ein geschlechtsspezifischer Vergleich verdeutlicht: Die in der Schwerpunktberatungsstelle betreuten KlientInnen sind vergleichsweise älter als die Männer. Während 50 % der Frauen 40 bis 59 Jahre alt sind, liegt dieser Anteil bei den Männern bei rund 30 %.

⁵ Zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts lag die EBIS-Auswertung 2003 (mit den Klientendaten aus 2002) noch nicht vor.

⁶ In der EBIS Bund 2002 Jahresauswertung sind nicht alle Daten verfügbar, die für die Schwerpunktberatungsstelle vorliegen.

⁷ In EBIS werden die Daten der KlientInnen ab dem **2. persönlichen Kontakt** erhoben.

⁸ Aufgrund datentechnischer Probleme waren nicht alle EBIS Daten der 124 KlientInnen der Eingangserhebung verfügbar.

Ein *geschlechtsspezifischer Vergleich* zeigt, dass der Frauenanteil bei EBIS 2002 Bund mit 10,4 % etwas höher liegt. Der Anteil durch die Fachambulanz betreuter Frauen liegt bei 38,3 % (siehe Anhang, Tab. 2 und 3).

Der *Vergleich der Altersgruppen* verdeutlicht: Bei EBIS 2002 Bund wird ein höherer Anteil an jüngeren KlientInnen erreicht als in der Schwerpunktberatungsstelle Neuss (20 bis 29 Jahre alt: 26,9 % vs. 18,8 %). Bei der durch die Fachambulanz betreuten Personen zeigt sich eine deutlich andere Verteilung. Der Anteil der jüngeren KlientInnen (20 bis 29 Jahre) liegt bei 6 %, dagegen sind rund 60 % 40 bis 59 Jahre alt (Schwerpunktberatungsstelle: 31,2 %) (siehe Anhang, Tab. 2 und 3).

Familienstand und Partnerbeziehung

Im Zusammenhang mit einer Suchtproblematik spielen **soziale Beziehungen** oft eine wichtige Rolle, sowohl bei der Genese der Erkrankung als auch in der Behandlungs- und Therapiephase. Die relative Mehrzahl (46,8 %) der KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle war ledig (Männer: 46,6 %, Frauen: 50,0 %), insgesamt 39,6 % waren verheiratet (Männer: 38,8 %, Frauen: 50,0 %). Ein Anteil von 11,7 % der KlientInnen ist geschieden (siehe Anhang, Tab. 1)⁹.

Die Frage nach der „tatsächlichen“ Partnersituation verdeutlicht: Alleinstehend waren 27,8 % der Klientel (Männer: 29,0 %, Frauen: 12,5 %), ein Anteil von 68,5 % gab eine feste (Männer: 67,0 %, Frauen: 87,5 %) und weitere 3,7 % eine zeitweilige Beziehung an. Ein geschlechtsspezifischer Vergleich weist auf signifikante Unterschiede hin: Es sind vergleichsweise mehr Männer alleinstehend (29,0 % vs. 12,5 %), Frauen leben häufiger in einer festen Beziehung (87,5 % vs. 67,0 %) (siehe Anhang, Tab. 1).

Während der Anteil der ledigen Personen bei EBIS 2002 Bund höher als in der Schwerpunktberatungsstelle (52,0 % vs. 46,8 %) ist und entsprechend anteilig weniger KlientInnen verheiratet sind (31,1 % vs. 39,6 %), ist der Anteil der Ledigen in der Fachambulanz deutlich geringer (19,9 %) und der der verheirateten Personen mit 46,8 % höher. Auch bzgl. der „tatsächlichen“ Partnersituation zeigen sich Unterschiede: Der Anteil der alleinstehenden Personen ist bei EBIS 2002 Bund am höchsten (34 % vs. 27,8 % vs. 26,2 %), in einer festen Beziehung leben bei EBIS 2002 Bund weniger Personen (59,2 % vs. 68,5 % vs. 65,2) (siehe Anhang, Tab. 2 und 3).

Höchster Schulabschluss

Die nachfolgende Tab. 4 informiert über das schulische Qualifikationsniveau der betreuten KlientInnen:

⁹ Bundesweit liegt der Anteil der ledigen Personen bei 40,5 %, verheiratet sind 45,9 % und verwitwet bzw. geschieden 13,6 % (siehe Anhang, Tab. 12). Der Anteil der ledigen KlientInnen liegt mit 46,8 % in der Schwerpunktberatungsstelle höher als der bundesweit ermittelte Anteil von 40,5 %. Entsprechend ist der Anteil der verheirateten Personen geringer (39,6 % vs. 45,9 %).

Tab. 4: Höchster erreichter Schulabschluss

| höchster Schulabschluss | Geschlecht | | | | insgesamt | |
|-------------------------------|------------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | männlich | | weiblich | | Anzahl | % |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | | |
| derzeit in Schulausbildung | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 | 2 | 1,8 |
| kein Schulabschluss | 5 | 4,9 | 0 | 0,0 | 5 | 4,6 |
| Sonderschule | 3 | 2,9 | 0 | 0,0 | 3 | 2,8 |
| Hauptschule | 51 | 50,0 | 2 | 28,6 | 53 | 48,6 |
| Mittlere Reife | 22 | 21,6 | 2 | 28,6 | 24 | 22,0 |
| Polytechnische Oberschulreife | 15 | 14,7 | 1 | 14,3 | 16 | 14,7 |
| Fachhochschulreife | 3 | 2,9 | 1 | 14,3 | 4 | 3,7 |
| Abitur | 1 | 1,0 | 1 | 14,3 | 2 | 1,8 |
| Insgesamt | 102 | 100,0 | 7 | 100,0 | 109 | 100,0 |

Insgesamt 93,6 % aller KlientInnen hatten eine Schule mit einem (qualifizierten) Abschluss beendet (Männer: 93,1 %, Frauen: 100,0 %), 4,6 % verfügten über keinen Schulabschluss. Während nahezu die Hälfte aller KlientInnen einen Hauptschulabschluss erreicht hatte (Männer: 50,0 %, Frauen: 28,6 %) verfügte gut jede/r fünfte über die mittlere Reife (Männer: 21,6 %, Frauen: 28,6 %).¹⁰

Beim *Vergleich* der erreichten Schulabschlüsse zeigt sich eine nahezu gleiche Verteilung zwischen EBIS 2002 Bund und der Schwerpunktberatungsstelle. Dagegen ist der Anteil der KlientInnen mit einem Hauptschulabschluss in der Fachambulanz höher, weniger Personen haben die Mittlere Reife bzw. einen Abschluss an der Polytechnischen Oberschule erreicht (siehe Anhang, Tab. 2 und 3).

Erwerbsstatus

Die größte Gruppe (29,6 %) der betreuten KlientInnen waren Angestellte (Männer: 27,0 %, Frauen 62,5 %). Der Anteil der FacharbeiterInnen lag bei 24,1 % und weitere 20,4 % gaben als Erwerbsstatus (Hilfs-)ArbeiterInnen an (Männer: 21,0 %, Frauen 12,5 %). Insgesamt 7,8 % der KlientInnen waren selbständig (siehe Anhang, Tab. 2).

Im *Vergleich* zu den in EBIS 2002 Bund bzw. in der Fachambulanz dokumentierten Klientendaten entfallen in der Schwerpunktberatungsstelle auf die Angestellten/Beamten mit 32,4 % (24,3 % bzw. 29,7 %) bzw. die (Fach-)ArbeiterInnen mit 44,5 % (41,5 % bzw. 36,8 %) (etwas) höhere Anteile (siehe Anhang, Tab. 2 und 3).

Materielle und soziale Situation

Neben der schulischen und beruflichen Entwicklung sind das Beschäftigungsverhältnis und die Einkommenssituation - zu Beginn der Behandlung - sowie die Wohnsituation der betreuten KlientInnen von besonderem Interesse, sowohl im Hinblick auf die (Folgen der) Suchterkrankung als auch bzgl. der Chancen einer sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.

¹⁰ Der Anteil der KlientInnen mit einem Hauptschulabschluss (48,6 %) entspricht nahezu dem bundesweit ermittelten Anteil von 47,7 %. Der Anteil der Personen mit einem höheren Schulabschluss fällt im bundesweiten Vergleich bei der Klientel der Schwerpunktberatungsstelle geringer aus (siehe Anhang, Tab. 11).

Tab. 5 liefert einen Überblick zum *Beschäftigungsverhältnis* der betreuten KlientInnen:

Tab. 5: *Beschäftigungsverhältnis zu Behandlungsbeginn*

| Beschäftigungsverhältnis | Geschlecht | | | | insgesamt | |
|--------------------------|------------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | männlich | | weiblich | | Anzahl | % |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | | |
| Vollzeit | 74 | 80,4 | 5 | 71,4 | 79 | 79,8 |
| Teilzeit | 2 | 2,2 | 1 | 14,3 | 3 | 3,0 |
| arbeitslos | 9 | 9,8 | 1 | 14,3 | 10 | 10,1 |
| arbeitssuchend gemeldet | 2 | 2,2 | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 |
| sonstiges | 5 | 5,4 | 0 | 0,0 | 5 | 5,1 |
| Insgesamt | 92 | 100,0 | 7 | 100,0 | 99 | 100,0 |

Während rund 83 % der KlientInnen entweder Vollzeit (79,8 %) oder Teilzeit (3,0 %) beschäftigt waren, lag der Anteil der Arbeitslosen bei 10,1 %. Arbeitssuchend waren 2,0 % gemeldet. Dementsprechend ist die *Einkommenssituation* für mehr als drei Viertel der KlientInnen durch monatliche Lohn- und Gehaltseinkünfte zu charakterisieren (siehe Anhang, Tab 2).

Durch die Fachambulanz betreute KlientInnen waren *vergleichsweise* zu geringeren Anteilen Vollzeit beschäftigt (59,5 % vs. 79,8 %), dagegen lag der Anteil der Arbeitslosen rund doppelt so hoch (19,7 % vs. 10,1 %).

Als weitere kritische Größe zur Beurteilung der sozialen Situation gelten *finanzielle Verpflichtungen*. Zu Beginn der Behandlung weisen (lediglich) 17,3 % der betreuten KlientInnen **keine** problematische Verschuldung auf. Rund ein Drittel war mit 10.000 bis 50.000 DM und fast ein Viertel mit mehr als 50.000 DM verschuldet. Die Verschuldung der übrigen KlientInnen lag unter 5.000 DM (9,6 %) bzw. zwischen 5.000 und 10.000 DM (16,3 %) (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: *Schuldensituation der KlientInnen zu Behandlungsbeginn**

| Schuldenkategorien | Geschlecht | | | | insgesamt | |
|-----------------------------|------------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | männlich | | weiblich | | Anzahl | % |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | | |
| keine | 16 | 16,7 | 2 | 25,0 | 18 | 17,3 |
| bis unter 5.000 DM | 9 | 9,4 | 1 | 12,5 | 10 | 9,6 |
| 5.000 bis unter 10.000 DM | 17 | 17,7 | 0 | 0,0 | 17 | 16,3 |
| 10.000 bis unter 50.000 DM | 33 | 34,4 | 1 | 12,5 | 34 | 32,7 |
| 50.000 bis unter 100.000 DM | 11 | 11,5 | 2 | 25,0 | 13 | 12,5 |
| 100.000 DM und mehr | 10 | 10,4 | 2 | 25,0 | 12 | 11,5 |
| Insgesamt | 96 | 100,0 | 8 | 100,0 | 104 | 100,0 |

* Die Angaben zur Schuldensituation der KlientInnen stammen teilweise aus den Jahren 1999 und 2000. Eine in EURO umgerechnete Tabelle befindet sich im Anhang (vgl. Tab. 1).

Während rund 92 % der KlientInnen einen bis fünf Gläubiger angeben, haben die übrigen mit sechs und mehr als zehn Gläubigern eine Regulierung der Schulden zu bewerkstelligen.

Vergleichsangaben zur Schuldensituation liegen nur für wenige KlientInnen aus EBIS 2002 Bund vor. Die durch die Schwerpunktberatungsstelle betreuten GlücksspielerInnen sind vergleichsweise höher verschuldet, fast ein Viertel hat Schulden von 50.000

DM und mehr als 100.000 DM, bei EBIS 2002 Bund sind das 11,5 % der dokumentierten Personen (siehe Anhang, Tab. 2).

Die Wohnsituation der KlientInnen kann als stabil eingestuft werden: In einer gemieteten (bzw. eigenen) Wohnung lebten 87 % der KlientInnen, rund 7 % wohnten in einer anderen Wohnung (siehe Anhang, Tab. 1).

Bezogen auf die Wohnsituation zeigt ein *Vergleich*, dass die Verteilung annähernd übereinstimmt: Nahezu alle KlientInnen der Vergleichsgruppen wohnen selbständig oder bei Eltern/Angehörigen (siehe Anhang, Tab. 2 und 3).

Werden die soziodemographischen Merkmale *zusammenfassend* betrachtet, so zeigt sich beim Vergleich der durch die Schwerpunktberatungsstelle betreuten KlientInnen mit in EBIS 2002 Bund dokumentierten, dass beide Klientengruppen in zentralen soziodemographischen Merkmalen (auch) Unterschiede in der Verteilung aufweisen: Die durch die Schwerpunktberatungsstelle betreuten GlücksspielerInnen sind vergleichsweise etwas älter, (entsprechend) etwas häufiger verheiratet bzw. seltener alleinstehend und höher verschuldet. Während die schulische Qualifikation weitgehend vergleichbar ist, sind hinsichtlich des Erwerbsstatus Unterschiede festzustellen. Der Anteil der Angestellten/Beamten bzw. der (Fach-)ArbeiterInnen ist in der Schwerpunktberatungsstelle (etwas) höher. Ein Vergleich mit den durch die Fachambulanz betreuten KlientInnen (Hauptdiagnose: Alkohol) zeigt deutlichere Unterschiede: Rund 38 % der betreuten KlientInnen sind Frauen, die KlientInnen sind älter und häufiger verheiratet, sie verfügen über etwas schlechtere Schulabschlüsse und sind anteilig seltener Vollzeit beschäftigt bzw. häufiger arbeitslos als die KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle.

Störungsspezifische Merkmale

Entsprechend den in dem Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 niedergelegten Kriterien liegt bei allen betreuten KlientInnen die Diagnose Pathologisches Spielen F63.0 vor. Pathologisches Spielen besteht danach in häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt (vgl. DILLING u.a. 1993). Über die psychopathologischen Auffälligkeiten informieren die Ergebnisse der Auswertung des Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF).

Lebenssituation der KlientInnen

Wie in Abschnitt 2.3 dargestellt wurden die KlientInnen zu Beginn der Beratung/Behandlung - neben der Symptomschwere des (pathologischen) Glücksspielverhaltens (KFG-Fragebogen) sowie verschiedener Dimensionen der Seelischen Gesundheit (TPF-Fragebogen) - auch hinsichtlich ihrer aktuellen Lebenssituation befragt.

Die KlientInnen sollten zu Beginn der Beratung/Behandlung die Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation selbst einzuschätzen. Die folgende Tab. 7 zeigt die Verteilung:

Tab. 7: Lebenssituation der KlientInnen zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung (N = 124)

| Ich bin zufrieden mit.... | M | s |
|--|------|------|
| meiner finanziellen Situation (N = 123) | 2,46 | 1,62 |
| meinen Freizeitaktivitäten | 3,17 | 1,72 |
| meiner aktuellen Lebenssituation allgemein | 3,27 | 1,58 |
| meiner psychischen Situation (N = 123) | 3,46 | 1,66 |
| mir so wie ich bin | 3,48 | 1,63 |
| meiner Partnerschaft (N = 116) | 3,55 | 2,64 |
| meiner familiären Situation (N = 118) | 3,89 | 2,19 |
| meinen Kontakten zu Freunden (N = 123) | 4,01 | 1,80 |
| meiner beruflichen Situation (N = 123) | 4,28 | 2,14 |
| meiner Sexualität | 4,31 | 2,01 |
| meinem Körper | 4,46 | 1,71 |
| meiner Wohnsituation | 4,68 | 1,94 |
| meiner gesundheitlichen Situation | 4,85 | 1,67 |

M= Mittelwert, s= Standardabweichung

Antwortvorgaben:

1 = „stimme überhaupt nicht zu“, 2 = „stimme nicht zu“, 3 = „stimme eher nicht zu“, 4 = „teils, teils“,
5 = „stimme eher zu“, 6 = „stimme zu“, 7 = „stimme voll und ganz zu“

Zu Beginn der Beratung/Behandlung sind bei den KlientInnen die durchschnittliche Zufriedenheit für die gesundheitliche Situation (M = 4,85) und die Wohnsituation (M = 4,68) am höchsten, wobei die Mittelwerte auf der Einschätzungsskala (von 1 bis 7) im Bereich „stimme eher zu“ liegen. Rund 40 % sind mit ihrer Wohnsituation (voll und ganz) zufrieden, rund 30 % sind (überhaupt) nicht zufrieden. Während rund ein Viertel der KlientInnen mit der gesundheitlichen Situation (überhaupt) nicht zufrieden ist, waren rund 40 % zu Beginn der Beratung/Behandlung (sehr) zufrieden.

Am wenigsten zufrieden sind die befragten KlientInnen mit ihrer finanziellen Situation (M = 2,46), danach folgen die Freizeitaktivitäten (M = 3,17) sowie die „aktuelle Lebenssituation allgemein“ (M = 3,27). Mit der finanziellen Situation zu Beginn der Beratung/Behandlung waren 60 % (überhaupt) nicht zufrieden, bei den Freizeitaktivitäten beträgt der Anteil der (eher) unzufriedenen KlientInnen rund 62 %.

Eine differenzierte Betrachtung der Verteilung der Antworten bei dem Aspekt aktuelle Lebenssituation verdeutlicht: Die Hälfte der KlientInnen ist mit ihrer aktuellen Lebenssituation zu Beginn der Behandlung überhaupt nicht bzw. (eher) nicht zufrieden. Während für gut ein Viertel die Zufriedenheit ambivalent zu beschreiben ist („teils, teils“), sind die übrigen KlientInnen (eher) zufrieden (22,6 %). Der Aussage „Ich bin zufrieden mit mir so wie ich bin“ stimmt (lediglich) ein Anteil von 10,5 % (voll und ganz) zu, immerhin 28,2 % stimmen (überhaupt) nicht zu und ein weiteres Viertel stimmt eher nicht zu.

3.2.3 Vergleich der Klientel der Schwerpunktberatungsstelle hinsichtlich ausgewählter Aspekte mit KlientInnen aus anderen Erhebungen

Die KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle werden in einem weiteren Analyseschritt hinsichtlich ihres pathologischen Glücksspielverhaltens und bezogen auf ihre psychopathologische Auffälligkeit mit KlientInnen aus anderen Erhebungen verglichen. Vergleichsdaten lieferten hierbei die Studie von DENZER, P. et al. (1995) und PETRY, J. & JAHRREISS, R. (1999).

Wie bereits weiter oben ausgeführt müssen bei den Vergleichen sowohl zeitliche als auch zielgruppenspezifische Unterschiede berücksichtigt werden. Dennoch können die Vergleichsdaten Hinweise auf Besonderheiten der Klientel, die durch die Schwerpunktberatungsstelle betreut wird, geben.

Aspekte der Glücksspielproblematik im Vergleich

Nachfolgend werden die KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle hinsichtlich der Symptomschwere ihres (pathologischen) Glücksspielverhaltens (KFG-Fragebogen) beschrieben. Insgesamt liegen im Evaluationszeitraum die Angaben von **124** KlientInnen vor.

Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten

Die KlientInnen wurden im Rahmen der Eingangserhebung gebeten, Aussagen zu ihrem Glücksspielverhalten im Rahmen vorgegebener Antwortmöglichkeiten zu treffen. Wie in Abschnitt 2.3 beschrieben, dient der Kurzfragebogen in erster Linie der Diagnostik von pathologischem Glücksspielverhalten. Tab. 8 zeigt die Verteilung der Mittelwerte:

Tab. 8: Aussagen der KlientInnen zu ihrem Glücksspielverhalten (N=124)

| Aussagen zum Glücksspielverhalten | M | s |
|--|------|------|
| 1. Ich habe meistens gespielt, um den Verlust wieder auszugleichen. (N = 123) | 1,90 | 0,86 |
| 2. Ich kann mein Spiel nicht mehr kontrollieren. (N = 122) | 2,30 | 0,78 |
| 3. Meine Angehörigen oder Freunde dürfen nicht wissen, wie viel ich verspiele. (N = 123) | 2,33 | 0,91 |
| 4. Im Vergleich zum Spielen erscheint mir der Alltag eher langweilig. (N = 121) | 1,55 | 0,89 |
| 5. Nach dem Spiel habe ich oft ein schlechtes Gewissen. (N = 123) | 2,70 | 0,57 |
| 6. Ich benutze Vorwände, um spielen zu können. (N = 123) | 2,20 | 1,00 |
| 7. Ich schaffe es nicht, das Spielen längere Zeit einstellen zu können. (N = 123) | 1,92 | 0,93 |
| 8. Ich spiele fast täglich. (N = 122) | 1,16 | 0,96 |
| 9. Durch mein Spielen habe ich berufliche Schwierigkeiten. (N = 123) | 0,92 | 1,11 |
| 10. Beim Spielen suche ich Nervenkitzel. (N = 123) | 1,76 | 0,96 |
| 11. Ich denke ständig ans Spielen. | 1,54 | 0,82 |
| 12. Um mein Spielen finanzieren zu können, habe ich oft unrechtmäßig Geld besorgt. | 1,10 | 1,13 |
| 13. Den größten Teil meiner Freizeit spiele ich. (N = 123) | 1,36 | 0,94 |
| 14. Ich habe schon oft fremdes oder geliehenes Geld verspielt. (N = 123) | 1,66 | 1,10 |
| 15. Ich war wegen meiner Spielprobleme schon in Behandlung. | 1,21 | 1,35 |
| 16. Ich habe häufig mit dem Spielen aufhören müssen, weil ich kein Geld mehr hatte. | 2,09 | 0,89 |
| 17. Weil ich soviel spiele, habe ich viel Freunde verloren. | 1,31 | 1,13 |
| 18. Um spielen zu können, leihe ich mir oft Geld. | 1,25 | 1,09 |
| 19. In meiner Phantasie bin ich der große Gewinner. | 1,29 | 1,05 |
| 20. Wegen des Spielens war ich schon oft so verzweifelt, dass ich mir das Leben nehmen wollte. | 0,94 | 1,06 |

M = Mittelwert, s = Standardabweichung

Antwortvorgaben:

„0“ = trifft gar nicht zu, „1“ = trifft eher nicht zu, „2“ = trifft eher zu, „3“ = trifft genau zu

Die höchsten durchschnittlichen Mittelwerte werden bei den Aussagen „Nach dem Spielen habe ich oft ein schlechtes Gewissen“ (F. 5), „Meine Angehörigen und Freunde dürfen nicht wissen, wie viel ich verspiele“ (F. 3) und „Ich kann mein Spiel nicht mehr kontrollieren“ (F. 2) erzielt. Für die überwiegende Mehrzahl der KlientInnen trafen diese Aussagen „genau“ bzw. „eher“ zu. Nahezu alle SpielerInnen (95 %) haben nach dem Spielen oft ein schlechtes Gewissen. Rund 81 % geben an, dass Angehörige oder Freunde nicht wissen dürfen, wie viel der Klient, die Klientin verspielt hat. Dass sie ihr Spiel nicht mehr kontrollieren können trifft für 83 % der KlientInnen zu Beginn der Beratung/Behandlung zu.

Auf die Aussagen zu beruflichen Schwierigkeiten (F. 9) und zu Selbstmordabsichten (F. 20) im Zusammenhang mit dem Glücksspiel sowie zur Finanzierung des Spielens (F. 12) entfallen mit 0,92, 0,94 bzw. 1,10 die niedrigsten Mittelwerte, im Durchschnitt trafen diese Aussagen für die Mehrzahl der KlientInnen „eher nicht zu“ zu. Eine differenzierte Betrachtung der Antwortverteilung zeigt: Rund ein Viertel der Befragten hat aufgrund des Spielens berufliche Probleme, rund 30 % wollte sich schon aufgrund

des Spielens das Leben nehmen. Rund ein Drittel hat sich oft unrechtmäßig Geld besorgt, um spielen zu können.

Die Summation der einzelnen Item-Werte ergibt die individuellen Testwerte der KlientInnen¹¹. Werden die Antwortwerte von **118** Personen den nachfolgenden vier Kategorien¹² zugeordnet, so zeigt sich die folgende Verteilung (vgl. Tab. 9):

Tab. 9: Einstufung der Glücksspielproblematik der KlientInnen

| Index | Anzahl | % |
|---|--------|-------|
| unauffällig bzw. eher unauffällig | 7 | 5,9 |
| beginnende Glücksspielproblematik | 19 | 16,1 |
| mittelgradige Glücksspielproblematik | 80 | 67,8 |
| fortgeschrittene Glücksspielproblematik | 12 | 10,2 |
| Insgesamt | 118 | 100,0 |

Während bei 16,2 % aufgrund der Selbsteinschätzung im Rahmen des Kurzfragebogens (KFG) von einer beginnenden Glücksspielproblematik ausgegangen werden kann, liegt der Anteil der KlientInnen mit einer mittelgradigen Glücksspielproblematik bei rund 68 %. Für 10,2 % wird eine fortgeschrittene Glücksspielproblematik ermittelt. Sieben Personen (5,9 %) sind als eher unauffällig einzustufen.¹³ Die Auswertung des KFG verdeutlicht, dass für nahezu alle KlientInnen von einer beratungs- und behandlungsbedürftigen Glücksspielproblematik auszugehen ist.

Ein *Vergleich* mit der Verteilung der Glücksspielproblematik bei den KlientInnen aus der deskriptiven Studie von DENZER, P. et al. (1995)¹⁴ zeigt eine vergleichbare Verteilung: Der Anteil der KlientInnen mit einer mittelgradigen Glücksspielproblematik liegt bei 66 %, eine fortgeschrittene Glücksspielproblematik weisen 14 % auf. Für 5 % kann aufgrund der Selbsteinschätzung der KlientInnen von einem (eher) unauffälligen Glücksspielverhalten und für rund 15 % von einer beginnenden Glücksspielproblematik ausgegangen werden.

¹¹ Die KlientInnen waren gebeten worden, **alle** Aussagen des Kurzfragebogens zum Glücksspielverhalten zu bearbeiten. Wurde eine Aussage nicht beantwortet, so konnte diese Person bei der Summation der Einzelitems nicht berücksichtigt werden. Die Summation kann Werte von 0 bis 60 erreichen. Der Wert 0 wird erreicht, wenn keine der Aussagen zum Glücksspielverhalten zutrifft. Den Wert 60 erreicht ein(e) KlientIn, wenn alle Aussagen „genau zutreffen“.

¹² Der Wertebereich von 0 bis 15 Punkten wird als „(eher) unauffällig“ angesehen. Ab 16 und mehr Punkten besteht eine beratungs- und behandlungsbedürftige Glücksspielproblematik. Werden Werte von 16 bis 25 erzielt, wird von einer „beginnenden Glücksspielproblematik“ gesprochen. Werte zwischen 26 und 45 weisen auf eine „mittelgradige Glücksspielproblematik“ hin und zwischen 46 und 60 auf eine „fortgeschrittene Glücksspielproblematik“. Der Mittelwert beträgt 32,90 Punkte (mit einer Standardabweichung von 9,7 Punkten).

¹³ Die Verteilung der Rohpunktwerte der untersuchten KlientInnen entspricht weitgehend der Normalverteilung der relativ repräsentativen Stichprobe, die bei Petry beschrieben ist (vgl. PETRY 1996).

¹⁴ Als Vergleichsgruppe dienen GlücksspielerInnen, die im Rahmen einer Studie (vgl. DENZER u.a. 1995) erfasst wurden. Diese hatten zwischen dem 01.01.1993 und 31.12.1993 Kontakt zu einem von 13 Beratungs- und Behandlungszentren aufgenommen. Beteiligt waren sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen, insgesamt liegen von 558 KlientInnen bzw. PatientInnen Angaben vor. Bei der Studie handelt es sich um eine beschreibende Querschnittsanalyse, in der die TeilnehmerInnen zu soziodemographischen, suchtspezifischen und behandlungsrelevanten Merkmalen befragt wurden. Bei der Erfassung der Symptomschwere des pathologischen Glücksspielverhaltens mit dem Kurzfragebogen (KFG) zeigten die KlientInnen in der „Vergleichsstudie“ einen Mittelwert von 35,09 Wertpunkten (mit einer Standardabweichung von 9,71).

Die Verteilung der Symptomschwere der in der Schwerpunktberatungsstelle Neuss betreuten KlientInnen weist für die große Mehrzahl auf eine ausgeprägte pathologische Glücksspielproblematik hin, die als behandlungsbedürftig einzustufen ist.

Psychopathologische Auffälligkeiten im Vergleich

Zur Diagnostik der psychopathologischen Auffälligkeit bzw. Beschwerden der ambulant betreuten Klienten wurde - wie im Abschnitt 2.3 beschrieben - der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) eingesetzt. Zum Zeitpunkt der Eingangserhebung lag von **124** KlientInnen ein TPF-Bogen vor, die Verteilung der T-transformierten Werte ist in der nachfolgenden Tab. 10 wiedergegeben:

Tab. 10: Verteilung der TPF-Mittelwerte der KlientInnen in der Eingangserhebung (N=124)

| Persönlichkeitsmerkmale | M | s |
|---------------------------|------|------|
| Verhaltenskontrolle (VK) | 44,0 | 9,7 |
| Seelische Gesundheit (SG) | 37,2 | 12,5 |
| Sinnerfülltheit (SE) | 35,6 | 12,8 |
| Selbstvergessenheit (SV) | 44,0 | 9,5 |
| Beschwerdefreiheit (BF) | 46,4 | 11,3 |
| Expansivität (EX) | 45,5 | 10,2 |
| Autonomie (AU) | 45,9 | 10,7 |
| Selbstwertgefühl (SW) | 43,7 | 9,5 |
| Liebesfähigkeit (LF) | 37,7 | 10,3 |

M = (T-transformierter) Mittelwert, s = Standardabweichung

Bei der Beurteilung der Verteilung der TPF-Werte kann nicht von einer homogenen Klientengruppe ausgegangen werden. In der nachfolgenden Darstellung werden die psychopathologischen Auffälligkeiten von Klientengruppen beschrieben. Hinsichtlich einer individuellen Therapieplanung sollten die Einzelergebnisse des Klienten, der Klientin im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

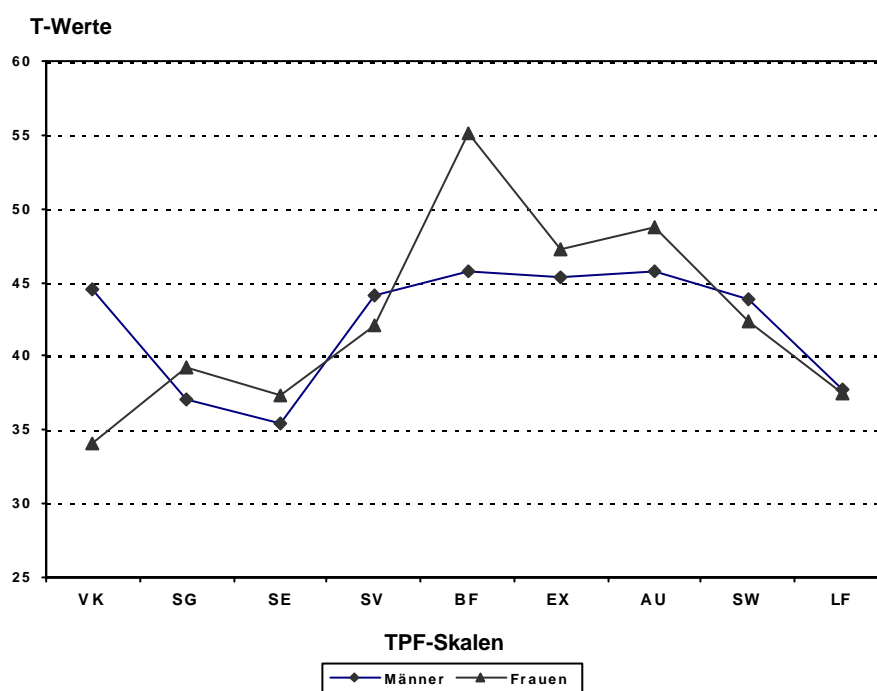
Werden die TPF-Mittelwerte aller KlientInnen verglichen, so zeigen die Skalen Beschwerdefreiheit (BF), Autonomie (AU) und Expansivität (EX) die höchsten Mittelwerte (vgl. Tab. 10). Die mittleren T-Werte der Verhaltenskontrolle (VK), der Selbstvergessenheit (SV) sowie des Selbstwertgefühls (SW) zeigen erniedrigte, jedoch im unteren Normbereich liegende T-Werte. Orientiert an dem Mittelwert der Normstichprobe (M = 50)¹⁵ liegen die KlientInnen mit den angeführten TPF-Werten im Normalbereich, die ermittelten Werte können als *durchschnittlich* - mit der Tendenz zum unteren Grenzbereich - interpretiert werden.

¹⁵ T-Werte haben bezogen auf die Normstichprobe einen Mittelwert von M = 50 (bei einer Standardabweichung von s = 10) (vgl. BECKER 1989). Bei der inhaltlichen Interpretation der TPF-Werte lassen sich folgende Bereiche beschreiben: T-Werte zwischen 40 und 60 können als durchschnittlich, T-Werte zwischen 30 und 40 können als unterdurchschnittlich und T-Werte zwischen 60 und 70 können als überdurchschnittlich interpretiert werden. T-Werte kleiner als 30 werden als weit unterdurchschnittlich und T-Werte größer als 70 als weit überdurchschnittlich interpretiert. Bzgl. weiterer Interpretationen der Testergebnisse wird auf die Ausführungen in „Der Trierer Persönlichkeitsfragen TPF“ (P. BECKER 1989) verwiesen.

In den Skalen Sinnerfülltheit (SE), Seelische Gesundheit (SG)¹⁶ und Liebesfähigkeit (LF) weisen die betreuten KlientInnen vergleichsweise die niedrigsten Werte auf. Diese Mittelwerte sind psychopathologisch auffällig erniedrigt und können als *unterdurchschnittlich* eingestuft werden. In Anlehnung an BECKER 1989 weisen niedrige Werte bei der Skala Sinnerfülltheit (SE) auf ein Gefühl der Sinnlosigkeit und Leere sowie eine geringe Lebenszufriedenheit der KlientInnen hin (Sinnerfülltheit vs. Depression). Personen mit niedrigen Werten bei der Seelischen Gesundheit (SG) lassen sich u.a. durch eine gering ausgeprägte Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen sowie als selbstunsicher charakterisieren. Darüber hinaus können sie unter Minderwertigkeitsgefühlen leiden und sind eher passiv eingestellt. Menschen mit niedrigen Werten im Bereich Liebesfähigkeit (LF) werden anderen Menschen gegenüber eher als gleichgültig und wenig hilfsbereit bzw. wenig rücksichtsvoll beschrieben.

In der nachfolgenden Abb. 1 sind die TPF-Mittelwertprofile der in der Schwerpunktberatungsstelle betreuten Männer und Frauen vergleichend dargestellt:

Abb. 1: TPF - Mittelwertprofile von Männern (N = 117) und Frauen (N = 8) zu Behandlungsbeginn



Sowohl bei den pathologischen Spielern als auch bei den pathologischen Spielerinnen sind die ermittelten TPF-Werte der Skalen Sinnerfülltheit (SE), Seelische Gesundheit (SG) sowie Liebesfähigkeit (LF) als *unterdurchschnittlich* zu beschreiben. Bei den Frauen trifft dies darüber hinaus auch für die Verhaltenskontrolle (VK) zu. Die übrigen

¹⁶ In einer empirischen Studie wurde das körperliche Gesundheitsniveau von 863 Frauen und Männern bestimmt und u.a. mit Seelischer Gesundheit (SG) in Beziehung gesetzt. Seelische Gesundheit wird u.a. als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen eingestuft. Die in der Studie ermittelten sog. „hochgesunden Personen“ erzielten einen TPF-Mittelwert von 66,8, die sog. minder gesunden Personen von 59,5 (vgl. BECKER u.a., 1996). Bei den pathologischen GlücksspielerInnen lag der TPF-Mittelwert für Seelische Gesundheit zu Beginn der Behandlung bei 37,2.

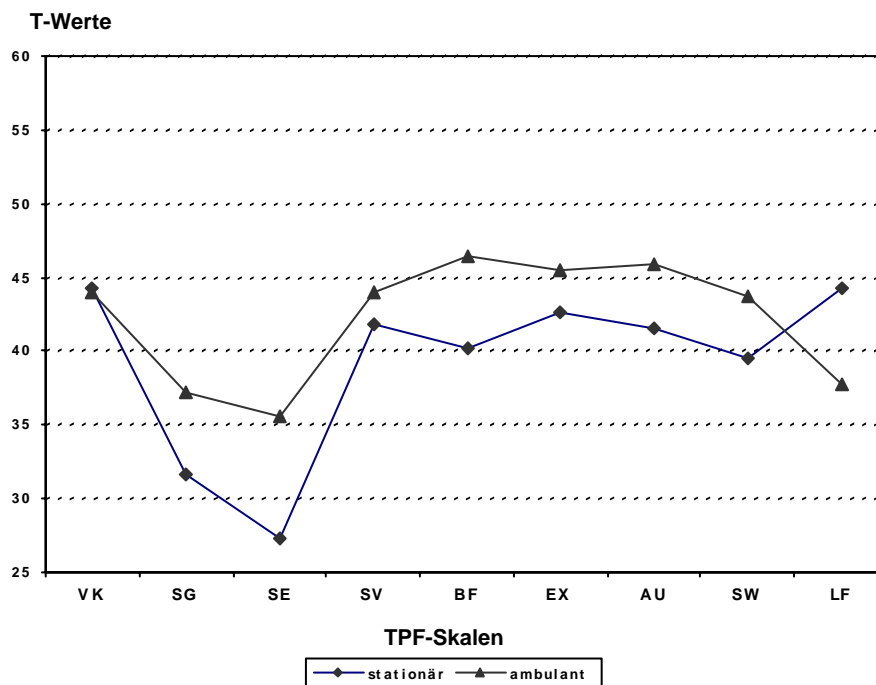
Skalenwerte erreichen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen *durchschnittliche* Werte. Diese Werte liegen teilweise im unteren Abschnitt des Normalbereichs.

Die statistische Überprüfung in neun TPF-Skalen mittels t-Test für abhängige Stichproben erbringt für die beiden Skalen Verhaltenskontrolle (VK) und Beschwerdefreiheit (BF) signifikante Unterschiede. Während die Männern bei der Verhaltenskontrolle einen im unteren Normalbereich liegenden mittleren TPF-Wert erreichen, ist der mittlere TPF-Wert bei den Frauen psychopathologisch auffällig erniedrigt. Personen mit niedrigen Werten in der Verhaltenskontrolle werden als sorglos und impulsiv beschrieben, sie gehen Risiken ein und neigen zu spontanen Entscheidungen. Während die Männer bei der Beschwerdefreiheit einen im unteren Normalbereich liegenden T-Wert erreichen, weisen die betreuten Klientinnen in dieser Skala den höchsten Mittelwert ($M = 55,1$) auf. Dieser Wert liegt auch im Normalbereich mit der Tendenz zur oberen Grenze (siehe Anhang, Tab. 4). Personen mit hohen Werten bei der Beschwerdefreiheit fühlen sich körperlich wohl und gesund, sie haben kaum körperliche Beschwerden und fühlen sich Anforderungen gewachsen.

In einem weiteren Analyseschritt werden die TPF-Mittelwertprofile der pathologischen GlücksspielerInnen der Schwerpunktberatungsstelle zu Behandlungsbeginn mit einer Gruppe von pathologischen GlücksspielerInnen aus einer stationären Rehabilitation verglichen.¹⁷

¹⁷ Im Rahmen dieser Studie wurden 48 stationär aufgenommene pathologische GlücksspielerInnen untersucht und mit 48 Alkoholikern sowie 48 psychosomatischen Patienten verglichen. Zur Differentialdiagnostik der psychopathologischen Auffälligkeiten wurde der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) von BECKER 1989 eingesetzt. (vgl. PETRY und JAHREISS 1999).

Abb. 2: TPF-Mittelwertprofile von pathologischen GlücksspielerInnen der Schwerpunktberatungsstelle zu Behandlungsbeginn (N = 124) im Vergleich zu einer Gruppe von pathologischen GlücksspielerInnen aus einer stationären Rehabilitation (N = 48)



Die stationär behandelten GlücksspielerInnen weisen im Vergleich zu den durch die Schwerpunktberatungsstelle Neuss ambulant betreuten pathologischen GlücksspielerInnen in nahezu allen Skalen - nicht unerwartet - niedrigere TPF-Werte auf. Während für KlientInnen der Fachklinik bei der Sinnerfülltheit (SE) ein *weit unterdurchschnittlicher* Wert und bei der Seelischen Gesundheit (SG) bzw. dem Selbstwertgefühl (SW) ein *unterdurchschnittlicher* Wert ermittelt wird, erreichen die KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle bei der Skala Sinnerfülltheit (SE) und Seelische Gesundheit (SG) ebenfalls *unterdurchschnittliche* Werte, außerdem in der Skala Liebesfähigkeit (LF).

Bezogen auf die verschiedenen Dimensionen der seelischen Gesundheit geht es den stationär behandelten KlientInnen vergleichsweise (etwas) schlechter als den ambulant betreuten KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle.

3.3 Behandlungsverläufe und Ergebnisse

3.3.1 Die KlientInnen zum Abschluss der Behandlung

Im folgenden Abschnitt werden die pathologischen GlücksspielerInnen beschrieben, die im Evaluationszeitraum zum Ende der Beratung/Behandlung einen Abschlussfragebogen ausgefüllt haben und für die ein Eingangsfragebogen vorliegt. Für insgesamt

38 KlientInnen liegen Angaben zu den beiden Erhebungszeitpunkten vor.¹⁸ Ein Anteil von 11,4 % sind Frauen, entsprechend 88,6 % Männer. Hinweise auf die Effektivität der Beratung/Behandlung geben die Haltequote (Anteil regulär beendeter Beratungen/Behandlungen) sowie die Abstinenzrate der KlientInnen. Die folgende Tab. 11 zeigt den Status der KlientInnen zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung.

Tab. 11: Status zum Ende der Beratung/Behandlung

| Beratung/Behandlung | Anzahl | % |
|-------------------------|--------|-------|
| planmäßig abgeschlossen | 28 | 73,7 |
| Abgebrochen | 10 | 26,3 |
| Gesamt | 38 | 100,0 |

Die Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle haben rund drei Viertel der KlientInnen planmäßig abgeschlossen, ein Anteil von 26,3% hatte sie vorzeitig abgebrochen. Diese Haltequote kann als überdurchschnittlich eingestuft werden.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der 38 GlücksspielerInnen beträgt 345 Tage.¹⁹ Während die KlientInnen, die die Beratung/Behandlung planmäßig beendet haben, im Durchschnitt 410 Tage²⁰ betreut wurden, lag Betreuungsdauer bei den KlientInnen, die vorzeitig abgebrochen haben, bei 180 Tagen²¹.

Die nachfolgende Tab. 12 informiert über die Problemsicht der KlientInnen, das Abstinenzverhalten während der Behandlung und die Einschätzung der Chancen, Glücksspiel-abstinent zu bleiben:

¹⁸ Wie in Abschnitt 3.2 ausgeführt resultiert die Differenz zur Anzahl der Eingangserhebungen (N = 124) daraus, dass ein Grossteil der KlientInnen weiterhin in Beratung/Behandlung ist und elf Personen in eine stationäre Einrichtung vermittelt wurden.

¹⁹ Die Streuung der Betreuungsdauer ist (erwartungsgemäß) sehr groß. Die Standardabweichung beträgt 280,5, die kürzeste Betreuungsdauer umfasste 22 Tage, die längste 1.006 Tage (entspricht rund 33,5 Monaten).

²⁰ Die Standardabweichung beträgt 290,5, die kürzeste Betreuungsdauer umfasste 47 Tage, die längste 1.006 Tage (entspricht rund 33,5 Monaten)

²¹ Die Standardabweichung beträgt 174,0, die kürzeste Betreuungsdauer umfasst 22 Tage, die längste 518 Tage (entspricht rund 17,3 Monaten)

Tab. 12: Verschiedene Aspekte zum Abschluss der Behandlung - differenziert nach Status bei Beendigung²²

| | Status bei Beendigung | | | | insgesamt | |
|---|-----------------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | Beender | | Abbrecher | | Anzahl | % |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| habe meine Probleme im wesentlichen gelöst | | | | | | |
| ja | 23 | 85,2 | 6 | 60,0 | 29 | 78,4 |
| nein | 3 | 11,1 | 2 | 20,0 | 5 | 13,5 |
| bin mir nicht sicher | 1 | 3,7 | 2 | 20,0 | 3 | 8,1 |
| Insgesamt | 27 | 100,0 | 10 | 100,0 | 37 | 100,0 |
| Abstinenzverhalten während der ambulanten Beratung | | | | | | |
| anhaltend abstinent | 19 | 70,4 | 4 | 44,4 | 23 | 63,9 |
| vorübergehend abstinent gewesen, jetzt wieder rückfällig | 1 | 3,7 | 1 | 11,1 | 2 | 5,6 |
| vorübergehend rückfällig gewesen, jetzt wieder abstinent | 7 | 25,9 | 4 | 44,4 | 11 | 30,6 |
| Insgesamt | 27 | 100,0 | 9 | 100,0 | 36 | 100,0 |
| Beurteilung der Chancen, Glücksspiel-abstinent zu bleiben | | | | | | |
| (sehr) hoch | 25 | 89,3 | 7 | 70,0 | 32 | 84,2 |
| mittel | 1 | 3,6 | 1 | 10,0 | 2 | 5,3 |
| (sehr) gering | 2 | 7,1 | 2 | 20,0 | 4 | 10,5 |
| Insgesamt | 28 | 100,0 | 10 | 100,0 | 38 | 100,0 |

Der Vergleich der KlientInnen, die ihre Behandlung *regulär abgeschlossen* („Beender“) haben, mit den KlientInnen, die ihre Behandlung *abgebrochen* haben („Abbrecher“), weist auf Unterschiede hin: Zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung glaubten insgesamt 78,4 % (n = 29), dass sie ihre Probleme, aufgrund derer sie in die Schwerpunktberatungsstelle gekommen sind, im Wesentlichen gelöst haben. Während 13,5 % diese Frage verneinten, waren sich 8,1 % nicht sicher. Bei den Beendern liegt der Anteil derjenigen, die ihre Probleme im Wesentlichen gelöst haben, deutlich höher als bei den Abbrechern (85,2 % vs. 60 %).

Seit der Beratung/Behandlung durch die MitarbeiterInnen der Schwerpunktberatungsstelle waren fast zwei Drittel aller KlientInnen (63,9 %) *anhaltend* abstinent und rund 31 % vorübergehend rückfällig, danach aber wieder abstinent. Zwei KlientInnen (5,1 %) waren zum Zeitpunkt der Abschlussbefragung rückfällig. Auch hier zeigt ein Gruppenvergleich Unterschiede: Der Anteil der anhaltend abstinenten KlientInnen ist bei den Beendern höher als bei den Abbrechern (70,4 % vs. 44,4 %). Auch hinsichtlich der Einschätzung der Chancen, innerhalb eines halben Jahres Glücksspiel-abstinent zu bleiben, unterscheiden sich die beiden Gruppen: Rund 90 % der Beender beurteilen ihre Chancen als (sehr) hoch, die Abbrecher zu 70 %.

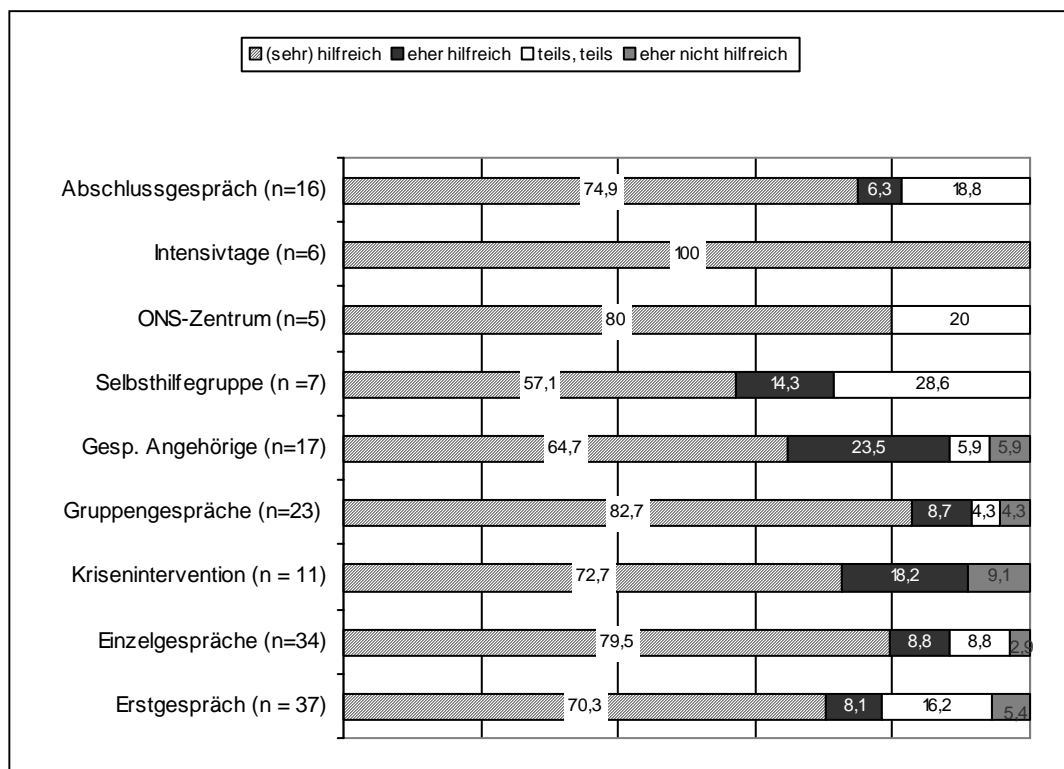
Während bei der Gruppe der Beender 57 % aus dem regionalen und 43 % aus dem überregionalen Einzugsgebiet kommen, sind bei den Abbrechern jeweils die Hälfte aus dem regionalen bzw. überregionalen Einzugsgebiet der Schwerpunktberatungsstelle.

²² Die KlientInnen, die die Behandlung **regulär beendet** haben, werden für den Gruppenvergleich „Beender“ genannt, diejenigen, die die Behandlung **abgebrochen** haben, als „Abbrecher“ bezeichnet.

Beurteilung der Interventionen

Die KlientInnen sollten im Rahmen der Abschlussbefragung angeben, welche der Angebote der Schwerpunktberatungsstelle sie während ihrer Behandlung als (sehr) hilfreich oder (sehr) wirksam erlebt haben bzw. welche als (überhaupt) nicht hilfreich bzw. für sich als weniger wirksam. Die nachfolgende Abb. 3 zeigt die Beurteilung der Angebote:

Abb. 3: Beurteilung der Angebote der Schwerpunktberatungsstelle zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung ²³



Rund 70 % beurteilen das Erstgespräch in der Schwerpunktberatungsstelle als (sehr) hilfreich und rund 80 % der KlientInnen die Einzelgespräche mit den TherapeutInnen. Für lediglich 2,9 % waren die Einzelgespräche eher nicht hilfreich. Die Gruppengespräche werden annähernd von 90 % als (eher) bzw. (sehr) hilfreich eingestuft. Gespräche mit Angehörigen beurteilt die überwiegenden Mehrzahl als (eher) bzw. (sehr) hilfreich. Auch die Kriseninterventionsgespräche werden als (eher bis sehr) hilfreich eingeschätzt (90,9 %), lediglich 9,1 % stufen sie als eher nicht hilfreich ein. Eine Bewertung des Abschlussgesprächs liegt von 16 Personen vor: Rund 80 % beurteilten das Gespräch zum Abschluss der Beratung/Behandlung als (eher) bzw. (sehr) hilfreich.

Zusammenfassend betrachtet beurteilt die große Mehrzahl der KlientInnen die in Anspruch genommenen Angebote der Schwerpunktberatungsstelle für sich als (sehr) hilfreich.

²³ Die KlientInnen haben nur die Angebote beurteilt, die sie während ihrer Behandlung in Anspruch genommen haben.

Beurteilung verschiedener Behandlungsaspekte

Im Rahmen der Abschlussbefragung wurden die KlientInnen gebeten, verschiedene Behandlungsaspekte aus ihrer Zeit in der Schwerpunktberatungsstelle zu bewerten. In der nachfolgenden Tab. 13 sind die durchschnittlichen Beurteilungen zusammengefasst:

Tab. 13: Beurteilung verschiedener Behandlungsaspekte durch die KlientInnen

| Behandlungsaspekte | M | S | min | max |
|--|------|------|-----|-----|
| Ablauf des Abschlussgesprächs (N=17) | 1,65 | 0,70 | 1 | 3 |
| fachliches Können des/der Therapeuten/in (N=37) | 1,70 | 0,78 | 1 | 4 |
| meine Beziehung zum/zur Therapeuten/in (N=38) | 1,76 | 0,71 | 1 | 3 |
| Vorbereitung auf Krisen/Nachsorge (z.B. bei Rückfall) (N=24) | 1,88 | 0,85 | 1 | 4 |
| Zusammenarbeit der Therapeut(innen) im Team (N=28) | 1,89 | 0,79 | 1 | 4 |
| Verlässlichkeit von gemeinsam Vereinbartem (N=33) | 1,94 | 0,90 | 1 | 4 |
| Austausch mit anderen Betroffenen (N=24) | 2,08 | 0,83 | 1 | 4 |
| Beratung über weitere Therapiemöglichkeiten (N=19) | 2,11 | 1,10 | 1 | 4 |
| Atmosphäre in der Gruppe (N=23) | 2,13 | 0,76 | 1 | 3 |
| Einbeziehung von Angehörigen (N=23) | 2,22 | 0,90 | 1 | 4 |

M = Mittelwert, s = Standardabweichung, min = kleinster Wert, max = größter Wert

Antwortvorgaben: „

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

Hinweis: Bei vielen Aspekten haben nicht alle KlientInnen geantwortet, da sie den Sachverhalt nicht beurteilen konnten. Daher ändert sich die Anzahl der Antworter und wurde jeweils ergänzend angegeben.

Den Ablauf des Abschlussgesprächs bewerten die KlientInnen mit der Durchschnittsnote 1,65 vergleichsweise am besten. Die Mehrzahl beurteilt das Abschlussgespräch mit der/dem Therapeuten/in als (sehr) gut. Danach wird das fachliche Können der TherapeutInnen am besten eingestuft (1,70). In der „Rangskala“ der Benotungen folgen die Beziehung zum/zur Therapeuten/in (1,76) sowie die Vorbereitung auf Krisen (z.B. bei Rückfall) (1,88). Die Einbeziehung von Angehörigen erzielt mit der durchschnittlichen Note von 2,22 die relativ schlechteste Bewertung. Die verschiedenen Behandlungsaspekte (s. Tab. 13) werden zusammenfassend betrachtet von der großen Mehrzahl der KlientInnen (sehr) gut benotet. Dieses Ergebnis kann als (weiterer) Hinweis für die Zufriedenheit der KlientInnen mit den Angeboten und die Akzeptanz der TherapeutenInnen interpretiert werden.

Erreichbarkeit der Schwerpunktberatungsstelle

Als ein wichtiges Kriterium einer kundenorientierten Strukturqualität werden fachöffentlich immer wieder die Öffnungszeiten ambulanter Angebote diskutiert. Die KlientInnen bewerten sowohl die Öffnungszeiten der Schwerpunktberatungsstelle als auch die telefonische Erreichbarkeit im Durchschnitt jeweils mit 2,14 als gut. Die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Nahverkehr wird eher als befriedigend eingestuft (2,70).

Entwicklung der Lebenssituation der KlientInnen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Selbsteinschätzung von 38 KlientInnen zu ihrer Lebenssituation vergleichend gegenübergestellt (vgl. Tab. 14).

Tab. 14: Lebenssituation von 38 KlientInnen im Vergleich

| Ich bin zufrieden mit.... | Eingangserhebung | Abschlusshebung |
|--|------------------|-----------------|
| | M | M |
| meiner finanziellen Situation | 2,51 | 4,47 |
| meinen Freizeitaktivitäten | 3,08 | 4,66 |
| meiner aktuellen Lebenssituation allgemein | 3,32 | 5,05 |
| meiner psychischen Situation | 3,35 | 5,21 |
| mir so wie ich bin | 3,37 | 5,08 |
| meinem Körper | 3,97 | 4,55 |
| meiner familiären Situation | 4,28 | 5,17 |
| meinen Kontakten zu Freunden | 4,37 | 5,11 |
| meiner Sexualität | 4,47 | 4,87 |
| meiner Partnerschaft | 4,67 | 5,46 |
| meiner beruflichen Situation | 4,81 | 5,21 |
| meiner gesundheitlichen Situation | 4,87 | 5,13 |
| meiner Wohnsituation | 5,53 | 5,50 |

M= Mittelwert

Antwortvorgaben:

1 = „stimme überhaupt nicht zu“, 2 = „stimme nicht zu“, 3 = „stimme eher nicht zu“, 4 = „teils, teils“, 5 = „stimme eher zu“, 6 = „stimme zu“, 7 = „stimme voll und ganz zu“

Ein Vergleich der Angaben der KlientInnen zu ihrer Lebenssituation zeigt in nahezu allen Bereichen eine (deutliche) positive Veränderung der durchschnittlichen Zufriedenheit der betreuten KlientInnen nach Abschluss der Beratung/Behandlung.

In der Abschlussbefragung wird die höchste durchschnittliche Zufriedenheit für die Bereiche Wohnsituation, Partnerschaft und familiäre Situation sowie die berufliche Situation dokumentiert. Vergleichsweise weniger zufrieden sind die befragten KlientInnen mit ihren Freizeitaktivitäten bzw. mit ihrer finanziellen Situation. Dennoch zeigen besonders diese beiden Bereiche in der Entwicklung deutlich positive Veränderungen (vgl. Tab. 12). Auch mit der aktuellen Lebenssituation im Allgemeinen sind die KlientInnen (deutlich) zufriedener als zu Beginn der Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle.

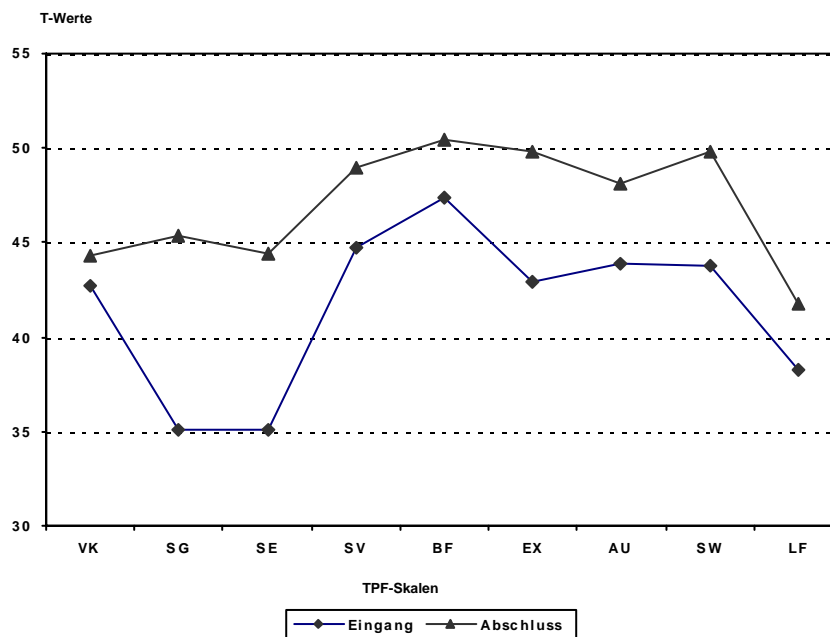
Entwicklung der psychopathologischen Befindlichkeit

Veränderung und ggf. Verbesserung der psychopathologischen Beschwerden bzw. Befindlichkeit der betreuten pathologischen GlücksspielerInnen werden auf der Grundlage der durchschnittlichen TPF-Werte aus der Eingangs- und Abschlusshebung analysiert. Ausgehend von der Annahme, dass die von den KlientInnen in Anspruch genommenen Maßnahmen während ihrer Zeit in der Schwerpunktberatungsstelle eine Verbesserung der seelischen Gesundheit bewirken, sollten bei Abschluss der Beratung/Behandlung höhere TPF-Werte vorliegen. Dieser Vergleich dient der Überprüfung der Frage, ob sich mit Hilfe des TPF therapie- bzw. beratungs/be-

handlungsbedingte Veränderungen der seelischen Gesundheit abbilden lassen. Es interessieren einfache Vergleiche zwischen TPF-Werten, die im Verlauf erhoben wurden.

Die nachfolgende Abb. 4 gibt die TPF-Mittelwertprofile von 38 KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle zu Beginn und nach Abschluss der Beratung/Behandlung wieder.

Abb. 4: TPF-Mittelwertprofile von pathologischen GlücksspielerInnen zu Beginn und nach Abschluss der ambulanten Behandlung (N = 38)



Ein Vergleich der Mittelwertprofile der 38 KlientInnen zu den beiden Erhebungszeitpunkten verdeutlicht durchgängig positive Veränderungen bei den ermittelten durchschnittlichen TPF-Werten der verschiedenen Skalen. Eine statistische Überprüfung der Mittelwertdifferenzen in den neun TPF-Skalen mittels t-Test für abhängige Stichproben erbringt für die Skalen Seelische Gesundheit (SG), Sinnerfülltheit (SE), Expansivität (EX) und Selbstwertgefühl (SW) signifikante Ergebnisse (siehe Anhang, Tab. 8). Zum Zeitpunkt der Abschlussbefragung erzielten die KlientInnen in **allen** Bereichen der Seelischen Gesundheit *durchschnittliche*, dem Normbereich (vgl. Abschnitt 3.2.2) entsprechende TPF-Werte. Dies gilt auch für die Bereiche Sinnerfülltheit (SE), Seelische Gesundheit (SG) sowie Liebesfähigkeit (LF), für die in der Eingangserhebung unterdurchschnittliche TPF-Werte ermittelt wurden. In der Durchschnittsbetrachtung kann von einer Verbesserung der psychopathologischen Beschwerden der betreuten KlientInnen ausgegangen werden.

Zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung weisen die 38 KlientInnen in den Skalen Beschwerdefreiheit (BF), Expansivität (EX) und Selbstwertgefühl (SW) sowie Selbstvergesenheit (SV) vergleichsweise die höchsten durchschnittlichen Werte auf. Diese TPF-Werte entsprechen der Mitte des Normalbereichs: Die KlientInnen zeigen hinsichtlich ihrer psychopathologischen Beschwerden deutlich positive Veränderungen. Beispielsweise erscheint den Personen mit hohen Werten bei der Sinnerfülltheit das Leben sinnvoll und ausgefüllt (vs. dem Gefühl der Sinnlosigkeit und Leere zu Beginn der Be-

handlung), die Menschen haben eine hohe Lebenszufriedenheit und sind selbstsicher. Hohe Werte bei der Seelischen Gesundheit weisen u.a. auf eine stark ausgeprägte Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen sowie auf Willensstärke der Personen hin.

Zusammenfassend kann zum Behandlungsende für die Mehrzahl der betreuten KlientInnen von einem (anhaltend) abstinenter Glücksspielverhalten ausgegangen werden, dass mit Verbesserungen psychopathologischer Beschwerden bzw. der Befindlichkeit verbunden ist und durch Verbesserungen der persönlichen Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen charakterisiert ist.

3.3.2 Nachbefragung der KlientInnen

Zur Erfassung der Wirksamkeit der ambulanten Beratung/Behandlung wurde eine Nachbefragung der KlientInnen - i.d.R. ein halbes Jahr nach Beendigung der Behandlung - durchgeführt. Da im Rahmen der Evaluation auch ehemalige KlientInnen befragt werden sollten, die ihre Beratung/Behandlung schon länger als ein halbes Jahr abgeschlossen hatten, lag die tatsächliche Nachbefragungszeit zwischen sechs und 16 Monaten.

Im Rahmen der Nachbefragung wurden **25** ehemalige KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle erreicht.²⁴ Wie in Abschnitt 2.3 erwähnt, konnte die Befragung im Rahmen eines persönlichen Interviews oder in schriftlicher Form erfolgen. Insgesamt wurden 17 Interviews geführt, acht KlientInnen hatten sich für die schriftliche Beantwortung des Fragebogens entschieden.

Von den in der Nachbefragung erreichten KlientInnen waren 84 % Männer und entsprechend 16 % Frauen. Tab. 15 informiert über ausgewählte soziodemographische Merkmale:

²⁴ Wie in Abschnitt 3.2 beschrieben waren nicht alle KlientInnen zu einer Teilnahme an der Nachbefragung bereit. Außerdem war bei einigen KlientInnen der Abschluss der Behandlung noch keine sechs Monate her.

Tab. 15: Ausgewählte soziodemographische Daten der ehemaligen KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle zum Zeitpunkt der Nachbefragung nach Geschlecht

| Soziodemographische Variablen (Auswahl) | Geschlecht | | | | insgesamt | |
|---|------------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | männlich | | weiblich | | Anzahl | % |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Alter in Jahren | | | | | | |
| 20 bis 24 | | | 1 | 25,0 | 1 | 4,0 |
| 25 bis 29 | 1 | 4,8 | | | 1 | 4,0 |
| 30 bis 39 | 12 | 57,1 | 1 | 25,0 | 13 | 52,0 |
| 40 bis 49 | 6 | 28,6 | | | 6 | 24,0 |
| 50 bis 59 | 1 | 4,8 | 2 | 50,0 | 3 | 12,0 |
| 60 und älter | 1 | 4,8 | | | 1 | 4,0 |
| Insgesamt | 21 | 100,0 | 4 | 100,0 | 25 | 100,0 |
| Partnerbeziehung | | | | | | |
| alleinstehend | 5 | 23,8 | 1 | 25,0 | 6 | 24,0 |
| zeitweilige Beziehung | 2 | 9,6 | | | 2 | 8,0 |
| feste Beziehung | 14 | 66,7 | 3 | 75,0 | 17 | 68,0 |
| Insgesamt | 21 | 100,0 | 4 | 100,0 | 25 | 100,0 |
| berufliche Situation | | | | | | |
| Arbeitsplatz | 17 | 81,0 | 3 | 75,0 | 20 | 80,0 |
| arbeitslos | | | 1 | 25,0 | 1 | 4,0 |
| nicht erwerbstätig | 1 | 4,8 | | | 1 | 4,0 |
| Sonstiges | 3 | 14,3 | | | 3 | 12,0 |
| Insgesamt | 21 | 100,0 | 4 | 100,0 | 25 | 100,0 |
| Wohnsituation | | | | | | |
| selbständig | 17 | 81,0 | 3 | 75,0 | 20 | 80,0 |
| bei Angehörigen/Eltern | 2 | 9,5 | 1 | 25,0 | 3 | 12,0 |
| Sonstiges | 1 | 4,8 | | | 1 | 4,0 |
| z.Z. JVA, sonst eigene Wohnung | 1 | 4,8 | | | 1 | 4,0 |
| Insgesamt | 21 | 100,0 | 4 | 100,0 | 25 | 100,0 |

Gut die Hälfte der ehemaligen KlientInnen ist zwischen 30 und 39 Jahren alt. Insgesamt 68 % leben in einer festen Beziehung, ein Anteil von 24 % ist alleinstehend. Über einen Arbeitsplatz verfügen 80 % der befragten KlientInnen, auch die Wohnsituation kann als stabil eingeschätzt werden. Die überwiegende Mehrzahl der in der Nachbefragung erreichten Personen kann (weiterhin) als sozial integriert eingestuft werden.

Während die eine Hälfte der KlientInnen zum Ende der Beratung keine problematischen Schulden hatte, stuft die andere Hälfte ihre Schulden - zum Ende der Beratung - als problematisch ein. In der Zwischenzeit hat knapp die Hälfte eine Schuldenregulierung durchgeführt und ein Viertel hat eine Regulierung der Schulden eingeleitet. Ein weiteres Viertel verneint dies.

Entwicklung der Lebenssituation der KlientInnen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Selbsteinschätzung der 25 KlientInnen zur Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation zum Zeitpunkt der Nachbefragung den Ergebnissen zum Abschluss der Beratung/Behandlung vergleichend gegenübergestellt (vgl. Tab. 16).

Tab. 16: Lebenssituation der KlientInnen (N = 25) im Vergleich

| Ich bin zufrieden mit.... | Abschlusshebung M | Nachbefragung M |
|--|----------------------|--------------------|
| meinem Körper | 4,43 | 4,60 |
| meiner Sexualität | 4,91 | 4,71 |
| meiner finanziellen Situation | 4,96 | 4,78 |
| meinen Freizeitaktivitäten | 5,09 | 4,48 |
| meiner gesundheitlichen Situation | 5,17 | 5,08 |
| meiner Wohnsituation | 5,39 | 5,88 |
| meinen Kontakten zu Freunden | 5,50 | 5,28 |
| meiner aktuellen Lebenssituation allgemein | 5,57 | 5,43 |
| meiner beruflichen Situation | 5,61 | 5,72 |
| mir so wie ich bin | 5,61 | 5,00 |
| meiner familiären Situation | 5,74 | 5,38 |
| meiner Partnerschaft | 5,78 | 5,78 |
| meiner psychischen Situation | 5,91 | 5,41 |

M= Mittelwert

Antwortvorgaben:

1 = „stimme überhaupt nicht zu“, 2 = „stimme nicht zu“, 3 = „stimme eher nicht zu“, 4 = „teils, teils“,
5 = „stimme eher zu“, 6 = „stimme zu“, 7 = „stimme voll und ganz zu“

Die höchste Zufriedenheit wird im Rahmen der Nachbefragung für die Wohnsituation, die Partnerschaft sowie die berufliche Situation dokumentiert. Werden die Angaben der KlientInnen zu ihrer Lebenssituation zu den beiden Erhebungszeitpunkten verglichen, so lassen sich unterschiedliche Veränderungen beschreiben: Für die beiden Bereiche Partnerschaft und gesundheitliche Situation ist der Durchschnittswert (nahezu) unverändert. In anderem Bereichen ist die Zufriedenheit (etwas) zurückgegangen, am deutlichsten bei den Freizeitaktivitäten und der Zufriedenheit mit der eigenen Person (jeweils -0,61). Für die Wohnsituation und die berufliche Situation ist dagegen im Zeitverlauf eine (deutliche) positive Veränderung der durchschnittlichen Zufriedenheit - zum Zeitpunkt der Nachbefragung - festzustellen. Die überwiegende Mehrzahl der KlientInnen ist sowohl mit ihrer beruflichen als auch ihrer Wohnsituation (sehr) zufrieden.

Nahezu alle Befragten sind mit ihren aktuellen Lebensumständen zufriedener als vor der Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle. Über 80 % fühlen sich psychisch sehr bzw. relativ stabil, rund drei Viertel der KlientInnen sind sich sicher, ihre anstehenden Probleme (sehr) gut lösen zu können.

Auch wenn die durchschnittliche Zufriedenheit für manche Aspekte etwas abgenommen hat (vgl. Tab. 16), überwiegt für die Mehrzahl der KlientInnen die Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation. Darüber hinaus werden die Problembewältigung sowie die psychische Stabilität (sehr) positiv eingeschätzt.

Abstinenz seit Behandlungsende

Alle befragten KlientInnen sind seit dem Ende der Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle abstinent bzw. spielfrei. Während rund 70 % anhaltend ab-

stinent waren, waren die anderen Personen vorübergehend rückfällig, danach aber wieder abstinent.

Von den Personen (N = 7) die vorübergehend rückfällig waren, hatten fünf einen Rückfall, die beiden anderen zwei bzw. vier Rückfälle. Die Rückfälle ereigneten sich im Durchschnitt rund 20 Wochen nach dem Beratungs-/Behandlungsende. Die nachbefragten KlientInnen nannten als auslösende Bedingungen bzw. Situationen für ihr erneutes Glücksspiel sowohl Situationen in der Partnerschaft/Familie bzw. Probleme mit der Justiz als auch Ärger und Frust bzw. Langeweile. Die Bewertung des Rückfalls durch die KlientInnen fällt unterschiedlich aus: Einige erlebten den Rückfall als Versagen, andere stufen ihn als „das kann passieren“ ein.

Von den 18 KlientInnen, die die Beratung/Behandlung regelhaft abgeschlossen hatten, waren zwei Drittel anhaltend abstinent, das andere Drittel vorübergehend rückfällig, danach wieder abstinent. Zwei Personen, die die Beratung/Behandlung abgebrochen hatten, waren durchgängig abstinent.

Bezogen auf den Konsum psychoaktiver Substanzen zeigt sich folgendes Bild: Während gut ein Drittel angibt, keinen Alkohol zu konsumieren, konsumiert die Hälfte der KlientInnen ab und zu Alkohol. Die übrigen Personen konsumieren regelmäßig, schätzen ihren Alkoholkonsum aber als nicht problematisch ein. Rund drei Viertel der nachbefragten KlientInnen stufen sich als regelmäßige Raucher ein. Der Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen (z.B. Cannabis) spielt für keine/n der befragten KlientInnen eine Rolle.

Die KlientInnen wurden des Weiteren zu ihren körperlichen bzw. seelischen Beschwerden befragt. Rund ein Drittel hat keine körperlichen bzw. psychosomatischen Beschwerden. Die anderen Personen berichten über durchschnittlich ein bzw. zwei körperliche Beschwerden: Schlafstörungen werden am häufigsten genannt (41,2 %), es folgen Magenbeschwerden und Bluthochdruck (jeweils rund 30 %) sowie Kopfschmerzen/Migräne (23,5 %) und Herzbeschwerden (11,8 %).

Rund zwei Drittel der nachbefragten KlientInnen haben keine seelischen Beschwerden. Das andere Drittel nennt Angstzuständen oder Depressionen oder Zwangsgedanken. I.d.R. sind diese Beschwerden seit Beratungs-/Behandlungsende schwächer geworden oder unverändert geblieben.

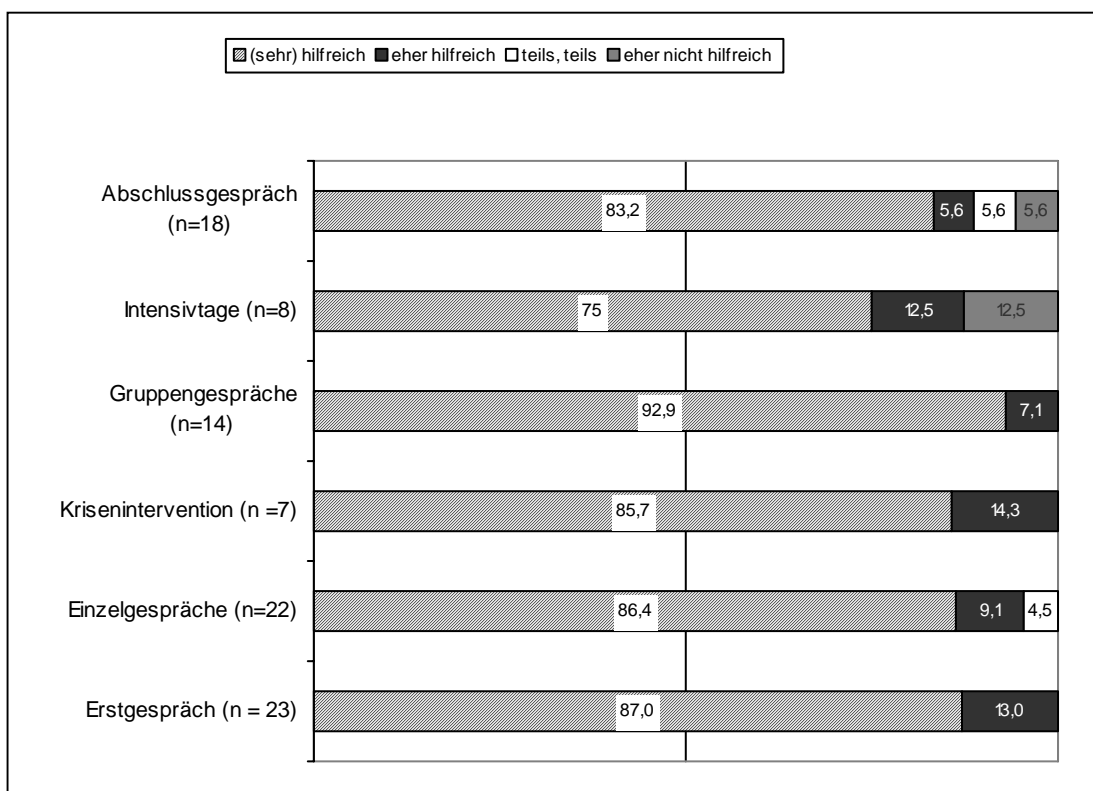
Bei der zusammenfassenden Beurteilung des Konsums verschiedener psychoaktiver Substanzen bzw. der körperlichen bzw. psychischen Beschwerden finden sich keine Hinweise auf eine Symptomverlagerung nach der Einstellung des Glücksspielens.

Hilfen haben seit der Beendigung der Beratung/Behandlung rund ein Drittel in Anspruch genommen. Drei Personen haben sich an eine Schuldnerberatung gewandt, zwei weitere erneut an die Schwerpunktberatungsstelle und jeweils eine Person an einen Hausarzt bzw. eine Selbsthilfegruppe.

Beurteilung der Interventionen

Auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung wurden die KlientInnen um eine Beurteilung verschiedener Angebotsbestandteile gebeten (vgl. Abb. 1):

Abb. 5: Beurteilung der Schwerpunktberatungsstelle zum Zeitpunkt der Nachbefragung



Die höchste Zustimmung entfällt auf die Gruppengespräche: Rund 93 % beurteilen sie als (sehr) hilfreich. Darüber hinaus werden sowohl das Erstgespräch mit dem Therapeuten, der Therapeutin als auch die Einzelgespräche von den nachbefragten KlientInnen zu rund 87 % als (sehr) hilfreich eingestuft. Auch die weiteren Angebote waren für überwiegenden Mehrzahl (sehr) hilfreich. (vgl. Abb. 5)

Abschließend waren die KlientInnen nach besonderen Ereignissen bzw. Bilder und Erinnerungen während der Beratung/Behandlung gefragt worden: Genannt wurden u.a. die Gemeinsamkeiten und Vergleiche mit anderen Betroffenen, die Vertiefung der eigenen Probleme bzw. die Möglichkeit, sich intensiv mit sich selber zu befassen sowie die enge Verbindung von Einzel- und Gruppengesprächen

3.4 Beschreibung der Angehörigen

Wie in Abschnitt 2.3.1 erwähnt zählen neben den pathologischen GlücksspielerInnen auch die **Angehörigen** zur Zielgruppe der Schwerpunktberatungsstelle. Nachfolgend werden die Ergebnisse vorgestellt, die im Rahmen der Abschlussbefragung von **16 Personen** vorliegen. Die Anzahl von 16 Angehörigen entspricht nicht der Gesamtzahl der beratenen Personen im Evaluationszeitraum, sondern denjenigen, die an der freiwilligen Abschlussbefragung teilgenommen haben.

Auch die Angehörigen sollten angeben, welche Angebote der Schwerpunktberatungsstelle sie während ihrer Beratung/Behandlung als hilfreich oder wirksam bzw. als nicht hilfreich bzw. wenig wirksam erlebt haben. Da die Angehörigen unterschiedliche Angebote wahrgenommen haben, beispielsweise ausschließlich Gespräche zusammen mit Betroffenen oder ausschließlich Einzelgespräche, liegen für einzelne Angebote lediglich wenige Beurteilungen vor. Rund 86 % beurteilen das Erstgespräch mit dem Thera-

peuten bzw. der Therapeutin als (eher bzw. sehr) hilfreich. Die Einzelgespräche werden von allen KlientInnen als (sehr) hilfreich eingestuft. Unterschiedlich fällt die Beurteilung der Gespräche mit Betroffenen aus: Für rund 70 % waren sie (sehr) hilfreich, für rund ein Viertel (eher) nicht hilfreich. Auch die Angehörigengruppe beurteilen zwei Drittel als (sehr) hilfreich und ein Drittel als (eher) nicht hilfreich. (siehe Anhang, Abb. 1)

Die Angehörigen wurden außerdem gebeten, verschiedene Behandlungsaspekte zu bewerten, die auf ihre Beratung/Behandlung während ihrer Zeit in der Schwerpunktberatungsstelle bezogen sind. Tab. 17 zeigt die durchschnittliche Beurteilung:

Tab. 17: Beurteilung verschiedener Behandlungsaspekte durch die Angehörigen zum Abschluss der Beratung/Behandlung

| | M | s |
|---|------|------|
| Ablauf des Abschlussgesprächs (N=6) | 1,50 | 0,55 |
| Verlässlichkeit von gemeinsam Vereinbartem (N=11) | 1,55 | 0,93 |
| meine Beziehung zum/ zur Therapeuten/in (N=15) | 1,60 | 0,74 |
| Kompetenz des/der Therapeuten/in (N=16) | 1,63 | 0,72 |
| Beratung über weitere Therapiemöglichkeiten (N=4) | 1,75 | 0,97 |
| Kooperation der Therapeut(innen) im Team (N=7) | 1,86 | 0,69 |
| Vorbereitung auf Krisen/Nachsorge (z.B. bei Rückfall) (N=8) | 1,88 | 0,96 |
| Atmosphäre in der Gruppe (N=8) | 2,00 | 0,54 |
| Austausch mit anderen Angehörigen (N=5) | 2,20 | 0,84 |

M = Mittelwert, s = Standardabweichung

Antwortvorgaben:

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

Das Abschlussgespräch mit dem Therapeuten, der Therapeutin wird von den Angehörigen im Durchschnitt am besten bewertet (1,50). Die Mehrzahl beurteilt es mit (sehr) gut. Danach werden die Verlässlichkeit von gemeinsam Vereinbartem sowie die Beziehung zum Therapeuten bzw. zur Therapeutin am besten eingestuft. Die relativ schlechteste Benotung erhält der Austausch mit anderen Angehörigen (2,20). Die verschiedenen Behandlungsaspekte werden von der überwiegenden Mehrzahl der Angehörigen mit (sehr) gut beurteilt. Die Ergebnisse zeigen, dass auch bei den Angehörigen von einer (hohen) Zufriedenheit mit den Angeboten der Schwerpunktberatungsstelle bzw. mit der Arbeit der TherapeutInnen auszugehen ist .

Auch die Angehörigen bewerten die Öffnungszeiten der Schwerpunktberatungsstelle im Durchschnitt mit gut (2,20). Die telefonische Erreichbarkeit wird durchschnittlich mit 2,56 als gut bis befriedigend eingestuft. Auch die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Nahverkehr wird zwischen gut und befriedigend bewertet (2,60).

4 ZUSAMMENFASSUNG UND BILANZ

Als Anlaufstellen für Menschen mit einem suchtrelevanten Spielverhalten sowie deren Angehörige fungieren vor allem Suchtberatungsstellen, wobei spezifische Angebote für pathologische GlücksspielerInnen eher selten sind. In NRW bestehen u.a. drei zentrale Schwerpunktberatungsstellen, und zwar in Herford, Unna und Neuss. Nachfolgend

werden die wesentlichen Ergebnisse der Evaluation der Schwerpunktberatungsstelle in Neuss zusammenfassend dargestellt.

4.1 Rahmenbedingungen

Das **Einzugsgebiet** der Schwerpunktberatungsstelle umfasst den Kreis Neuss (inkl. der Städte Neuss, Dormagen und Grevenbroich) und weitere Regionen im umliegenden Rheinland, u.a. Düsseldorf und Mönchengladbach sowie Bonn und Köln. Die **Angebote** und **Interventionen** der Schwerpunktberatungsstelle zielen u.a. auf die Abstinenz von Glücksspielabhängigen Menschen sowie bei gefährdeten Personen auf die Verhinderung einer Abhängigkeit. Darüber hinaus soll eine Verbesserung der (allgemeinen) Lebenssituation der KlientInnen erreicht und die Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt bzw. erhalten werden. Grundlage der Arbeit der Schwerpunktberatungsstelle stellt ein schriftliches Beratungs- und Behandlungskonzept dar, das u.a. über das diagnostische Vorgehen, die Behandlungsziele sowie das Behandlungs- bzw. Leistungsangebot informiert. Zur **Zielgruppe** zählen sowohl betroffene pathologische GlücksspielerInnen sowie deren Angehörige bzw. andere Bezugspersonen. Das vorgehaltene **Angebotsspektrum** umfasst u.a. Einzel- und Paargespräche bzw. Einzel- und Gruppentherapie, Angehörigenarbeit und die Begleitung von Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus realisiert die Schwerpunktberatungsstelle das Angebot der Ambulanten Rehabilitation pathologischer GlücksspielerInnen (ARGS).

Neben Dipl. SozialarbeiterInnen/Dipl. SozialpädagogInnen gehört ein Psychologe zum MitarbeiterTeam. Diese MitarbeiterInnen verfügen über langjährige Berufserfahrung im Bereich der Suchtkrankenhilfe und haben verschiedene Zusatzqualifikationen abgeschlossen bzw. befinden sich in einer Ausbildung. Als abgeschlossene fachspezifische Zusatzqualifikationen werden u.a. Gesprächstherapie, Psychodrama sowie Gestalttherapie genannt. Im Rahmen der Qualitätssicherung nehmen alle Fachkräfte regelmäßig externe Supervision in Anspruch.

4.2 KlientInnen zu Beginn der Beratung/Behandlung

Im Rahmen des Evaluationszeitraums wurden zu Beginn der Beratung/Behandlung die Daten von **124** KlientInnen dokumentiert. Ca. 53 % der betroffenen GlücksspielerInnen kommen aus dem Kreis Neuss und rund 47 % aus dem überregionalen Einzugsgebiet. Damit werden - dem Konzept der Schwerpunktberatungsstellen entsprechend - sowohl **regionale** als auch **überregionale Versorgungsaufgaben** wahrgenommen.

Der ganz überwiegende Anteil der **erreichten Klientel** sind Männer (92,9 %), der Altersschwerpunkt aller betreuten SpielerInnen liegt zwischen 30 und 39 Jahren (47,3 %), gut ein Fünftel ist zwischen 40 und 49 Jahren alt. Während rund ein Viertel der Klientel alleinstehend war, lebten gut zwei Drittel in einer festen Beziehung. Für diesen Personenkreis kann das soziale Umfeld - der Partner oder die Partnerin bzw. die Familie - unterstützende Funktion während der Beratung und Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle übernehmen.

Mit einem **qualifizierten Schulabschluss** haben rund 94 % aller KlientInnen eine Schule beendet, nahezu die Hälfte verfügt über einen Hauptschulabschluss. Zu Behandlungsbeginn waren rund 80 % der KlientInnen im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung tätig. **(Hohe) finanzielle Verpflichtungen** haben über 80 % der pathologischen

GlücksspielerInnen: Rund ein Drittel war mit 10.000 bis 50.000 DM²⁵ und ein weiteres Viertel mit mehr als 50.000 DM verschuldet. Lediglich rund 17 % hatten keine (problematische) Verschuldung. Die **Wohnsituation** kann für nahezu alle KlientInnen als stabil bezeichnet werden, rund 87 % lebten in einer eigenen Wohnung.

Werden die soziodemographischen Merkmale zusammenfassend mit den in EBIS 2002 Bund dokumentierten pathologischen GlücksspielerInnen verglichen, so weisen beide Klientengruppen - neben Gemeinsamkeiten - in zentralen soziodemographischen Merkmalen auch Unterschiede auf: Die durch die Schwerpunktberatungsstelle betreuten GlücksspielerInnen sind vergleichsweise etwas älter und häufiger verheiratet bzw. seltener alleinstehend. Während die schulische Qualifikation weitgehend ähnlich ist, ist der Anteil der Angestellten/Beamten bzw. der (Fach-)ArbeiterInnen in der Schwerpunktberatungsstelle (etwas) höher als bei EBIS 2002 Bund. Die KlientInnen der Schwerpunktberatungsstelle sind höher verschuldet als die bei EBIS 2002 Bund erfassten Personen.

Für alle KlientInnen liegt zu Behandlungsbeginn als Diagnose „Pathologisches Spielen“ (ICD-10 F63.0) vor. Über die **Schwere der Glücksspielsymptomatik** informiert der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG): Für rund 68 % der KlientInnen wurde eine mittelgradige und für 10 % eine fortgeschrittene Glücksspielproblematik ermittelt. Für die überwiegende Mehrzahl der KlientInnen trafen die Aussagen „Nach dem Spielen habe ich oft ein schlechtes Gewissen“ bzw. „Meine Angehörigen und Freunde dürfen nicht wissen, wie viel ich verspiele“ sowie „Ich kann mein Spiel nicht mehr kontrollieren“ „genau“ bzw. „eher“ zu. Die Verteilung der Symptomschwere zu Beginn der Beratung/Behandlung weist für die große Mehrzahl bei KlientInnen auf eine pathologische Glücksspielproblematik hin, die als behandlungsbedürftig eingestuft werden kann.

Zur **Diagnostik** einer möglichen psychopathologischen Auffälligkeit wurde der Trierer Persönlichkeitsfragebogens (TPF) zu Beginn der Beratung/Behandlung eingesetzt. Die nachfolgenden psychopathologischen Auffälligkeiten wurden ermittelt: Die betreuten KlientInnen weisen in den Skalen Sinnerfülltheit (M = 35,6), Seelische Gesundheit (M = 37,2) und Liebesfähigkeit (M = 37,7) vergleichsweise niedrige Werte auf. Orientiert man diese Mittelwerte an dem Mittelwert der Normstichprobe (M = 50), so können die Werte als **unterdurchschnittlich** und psychopathologisch auffällig eingestuft werden. In Anlehnung an BECKER weisen niedrige Werte in der Skala Sinnerfülltheit auf ein Gefühl der Sinnlosigkeit und Leere sowie eine geringe Lebenszufriedenheit der Personen hin. Charakteristisch für KlientInnen mit niedrigen Werten bei der Seelischen Gesundheit ist u.a. eine gering ausgeprägte Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen. Menschen mit niedrigen Werten im Bereich Liebesfähigkeit werden u.a. anderen Menschen gegenüber als eher gleichgültig und wenig hilfsbereit bzw. wenig rücksichtsvoll beschrieben. In den anderen Bereichen liegen die ermittelten Werte im Normalbereich mit der Tendenz zum unteren Grenzbereich.

Werden die ambulant betreuten pathologischen GlücksspielerInnen der Schwerpunktberatungsstelle zu Behandlungsbeginn mit einer Gruppe von pathologischen GlücksspielerInnen aus einer stationären Rehabilitation hinsichtlich ihrer psychopathologischen Auffälligkeit verglichen, so weisen die stationär behandelten GlücksspielerInnen in nahezu allen TPF Skalen niedrigere Werte auf. Hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der Seelischen Gesundheit geht es den ambulant betreuten KlientInnen vergleichsweise (etwas) besser.

²⁵ 10.000 bis unter 50.000 DM entspricht 25.565 bis unter 51.129 Euro, 50.000 DM entspricht 51.129 Euro, die Eurobeträge sind gerundet.

Die Auswertung der Fragen zur **Zufriedenheit** der KlientInnen mit (verschiedenen Aspekten) der aktuellen Lebenssituation verdeutlicht: Die Hälfte der KlientInnen ist zu Beginn der Beratung/Behandlung mit ihrer aktuellen Lebenssituation überhaupt nicht bzw. (eher) nicht zufrieden. Ein weiteres Viertel schätzt die Zufriedenheit ambivalent ein (teilweise zufrieden, teilweise unzufrieden). Während bezogen auf die gesundheitliche Situation und die Wohnsituation gut die Hälfte (eher) zufrieden sind, ist die Mehrzahl der befragten KlientInnen mit ihrer finanziellen Situation bzw. den Freizeitaktivitäten (eher) nicht zufrieden.

4.3 Ergebnisse der Interventionen

Die Bestimmung des Therapieerfolgs stellt eine komplexe Problematik dar. Zu den Kriterien zählen u.a. die Abstinenz oder die Veränderung des Glücksspielverhaltens, die Verbesserung der psychopathologischen Beschwerden (TPF) sowie die Verbesserung der persönlichen Lebenszufriedenheit der betreuten KlientInnen. Am Ende des Evaluationszeitraums liegen für insgesamt **38** KlientInnen (30,6 %) **Angaben zum Abschluss der Beratung/Behandlung** vor. Wie beschrieben resultiert die Differenz zur Anzahl der KlientInnen der Eingangserhebung (N = 124) daraus, dass ein Grossteil der KlientInnen weiterhin in Beratung/Behandlung ist und dass elf KlientInnen in eine stationäre Maßnahme vermittelt wurden.

Während nahezu **drei Viertel** die Beratung/Behandlung **planmäßig** abgeschlossen haben, hat ein Anteil von 26 % die Beratung/Behandlung vorzeitig abgebrochen.

Zum Abschluss der Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle waren rund zwei Drittel der KlientInnen seit Behandlungsbeginn **anhaltend abstinent**. Ein Anteil von ca. 31 % war zwar vorübergehend rückfällig, zum Zeitpunkt der Abschluss-erhebung aber wieder abstinent. Insgesamt glaubte die große Mehrzahl (78,4 %), dass sie ihre Probleme, aufgrund derer sie in die Schwerpunktberatungsstelle gekommen waren, im wesentlichen gelöst haben. Rund 84 % schätzten ihre Chancen, innerhalb eines halben Jahres Glücksspiel-abstinent zu bleiben, als (sehr) hoch ein.

Die **Entwicklung der Lebenszufriedenheit** zeigt, dass die höchste durchschnittliche Zufriedenheit zum Abschluss der Beratung/Behandlung für die Bereiche Wohnsituation, Partnerschaft und familiäre Situation sowie die berufliche Situation dokumentiert wird. In nahezu allen Bereichen zeigt die Entwicklung eine (deutlich) positive Veränderung, auch für die Aspekte Freizeitaktivitäten bzw. finanzielle Situation. Die KlientInnen sind mit ihrer aktuellen Lebenssituation im allgemeinen deutlich zufriedener als zu Beginn der Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle. Auch bezogen auf die psychopathologischen Befindlichkeiten werden Verbesserungen ermittelt: Ein Vergleich der Mittelwertprofile der 38 KlientInnen zu den beiden Erhebungszeitpunkten verdeutlicht durchgängig Veränderungen bei den ermittelten durchschnittlichen TPF-Werten. Zum Zeitpunkt der Abschlussbefragung erzielen die KlientInnen in **allen** Bereichen der Seelischen Gesundheit **durchschnittliche**, d.h. dem Normbereich entsprechende TPF-Werte. Dies gilt auch für die Bereiche, für die zu Beginn der Behandlung unterdurchschnittliche bzw. psychopathologisch auffällige TPF-Werte ermittelt wurden. Es lässt sich festhalten, dass die Veränderungen der seelischen Gesundheit, die nach mehrmonatiger Beratung/Behandlung auftreten, in den TPF-Skalen ihren Niederschlag finden. In der Durchschnittsbetrachtung kann von einer Verbesserung der psychopathologischen Beschwerden der betreuten KlientInnen ausgegangen werden.

Die KlientInnen sollten darüber hinaus angeben, welche Angebote der Schwerpunktberatungsstelle sie während ihrer Beratung/Behandlung als (sehr) hilfreich/wirksam erlebt haben und welche als (überhaupt) nicht hilfreich/wirksam. Rund 70 % beurteilen das Erstgespräch in der Schwerpunktberatungsstelle als (sehr) hilfreich und rund 80 % der KlientInnen die Einzelgespräche mit den TherapeutInnen. Auch die Therapie- bzw. Beratungsgruppe wird von rund 90 % als (eher) bzw. (sehr) hilfreich eingestuft. Damit beurteilt die große Mehrzahl der KlientInnen die in Anspruch genommenen Angebote der Schwerpunktberatungsstelle für sich als (sehr) hilfreich bzw. (sehr) wirksam.

4.4 Ergebnisse der Nachbefragung

Zur Erfassung der Wirksamkeit der ambulanten Behandlung wurde - i.d.R. ein halbes Jahr nach Beendigung der Beratung/Behandlung - eine **Nachbefragung** der KlientInnen durchgeführt. Bis zum Ende der Evaluation konnten 25 Nachbefragungen realisiert werden. **Alle 25** KlientInnen waren seit dem Ende der Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle abstinent bzw. spielfrei. Während rund 70 % anhaltend abstinent waren, war die andere Gruppe vorübergehend rückfällig, danach aber wieder abstinent. Die überwiegende Mehrzahl der in der Nachbefragung erreichten Personen kann (weiterhin) als sozial integriert eingestuft werden: Über einen Arbeitsplatz verfügen 80 %, in einer festen Beziehung leben 68 % und auch die Wohnsituation kann als stabil eingeschätzt werden.

Während die eine Hälfte der KlientInnen keine problematischen Schulden hatte, berichtet die andere Hälfte zum Ende der Beratung/Behandlung über eine problematische Schuldensituation. Die Mehrzahl hat mittlerweile eine konkrete Schuldenregulierung durchgeführt oder Schritte zur Regulierung der Schulden eingeleitet. Darüber hinaus waren nahezu alle Befragten mit ihren aktuellen Lebensumständen zufriedener als vor der Beratung/Behandlung in der Schwerpunktberatungsstelle. Die höchste Zufriedenheit wird im Rahmen der Nachbefragung für die Wohnsituation, die Partnerschaft sowie die berufliche Situation dokumentiert.

Über 80 % fühlen sich psychisch (sehr bzw. relativ) stabil, rund drei Viertel der KlientInnen sind sich sicher, ihre anstehenden Probleme (sehr) gut lösen zu können.

4.5 Abschließende Bewertung

Die zu Beginn der Beratung/Behandlung dokumentierten Klientendaten belegen, dass die Schwerpunktberatungsstelle in Neuss glücksspielproblematische Personen erreicht, die in der überwiegenden Mehrzahl durch eine behandlungsbedürftige Glücksspielproblematik, ein breites Spektrum an psychopathologischen Störungsbildern bzw. Auffälligkeiten sowie durch Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation gekennzeichnet sind.

Die Effektivität der durch die Schwerpunktberatungsstelle vorgehaltenen Angebote werden durch die Daten zum Abschluss der Beratung/Behandlung bzw. zum Zeitpunkt der Nachbefragung dokumentiert: Zum Abschluss der Beratung/Behandlung wurde für nahezu alle KlientInnen Glücksspielabstinenz erreicht. Die psychopathologische Befindlichkeit hatte sich für alle Bereiche (deutlich) gebessert, die Durchschnittswerte liegen alle im Normalbereich. Darüber hinaus sind die KlientInnen mit ihrer Lebenssituation zufrieden(er). Alle KlientInnen der Nachbefragung (N = 25) haben ihre Glücksspielabstinenz erhalten, 80 % verfügen über einen Arbeitsplatz.

Die Behandlungsergebnisse der in der Evaluation dokumentierten pathologischen GlücksspielerInnen weisen darauf hin, dass die Breite des Angebotsspektrums bzw. der qualitative Standard der vorgehaltenen Angebote der Schwerpunktberatungsstelle in Neuss - symptomorientiertes Gruppenangebot, Angehörigengruppe, Einzel- und Paar- bzw. Gruppengespräche, Geldmanagement - eine fachlich adäquate Behandlungsform für die dokumentierten KlientInnen darstellt. Die Ergebnisse der Evaluation der Schwerpunktberatungsstelle in Neuss weisen u.a. darauf hin, dass in einem qualifiziertem Segment der ambulanten Suchtberatungsstellen eine umfassende Versorgung von Glücksspielabhängigen gewährleistet werden kann.

5 LITERATUR

- ALBERS 1993
Ökonomie des Glücksspielmarkts in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- BRANDT, C. 1996
Arbeitslosigkeit und Automatenspiel. In A. Fett (Hg.), Glück-Spiel-Sucht, Konzepte und Behandlungsmethoden, S. 65-76), Freiburg i.Br..
- BECKER; P. 1989
Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF. Göttingen.
- BECKER; P.; BÖS, K.; OPPER, E. u.a. 1996
Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV), in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Bd. IV, Heft 1, S. 55-76, Göttingen.
- BERNHARD-SALZMANN-KLINIK (o.A.)
Stationäres Behandlungskonzept für pathologische Glücksspieler. Gütersloh.
- BÜHRINGER, G. & KONSTANTY, R. 1989
Vielspieler an Geldspielautomaten in der BRD. Institut für Therapieforschung, München.
- BÜHRINGER, G. & Türk H. 1997
Ausgewählte Ergebnisse aus den Untersuchungen zum Spielen an „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ 1984-1995. Moguntia, 11, S. 1-7.
- BÜHRINGER, G & Türk H. 1999
Geldspielautomaten - Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher? Göttingen
- CASPARI, D. 1994
Beratung und Behandlung von Spielern. In DHS (Hg.), Jahrbuch Sucht 1994, S. 204-210, Geesthacht.
- CHRISTIANSEN/CUMMINGS ASSOCIATES 1999
zitiert nach Computer & Co 6/ 1999: 17 (Multimedia Magazin der Süddeutschen Zeitung).
- DENZER, P., PETRY, J., BAULIG, T. et al. 1995
Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebote. In DHS (Hrg.), Jahrbuch Sucht 1996, S. 279-295, Geesthacht.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN 1998
Vorschläge und Forderungen der DHS zum Problemfeld Glücksspielsucht, Stand 10/1998. Unveröff. Manuskript, Hamm.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN 1999
Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, Informationen zur Suchtkrankenhilfe 1/1999: Hamm.

- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN 2001
Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001.
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. et al. (Hg.) 1993
Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Weltgesundheitsorganisation, Bern, Göttingen, Toronto, 1992.
- DONABEDIAN, A. 1982
An Exploration of the Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment. In H.-K. Selbmann & K. K. Überla (Hg.), Quality Assessment of Medical Care. Gerlinger, 69-92.
- EBIS-NRW 1999
Erweiterte Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland, Teilauswertung Nordrhein-Westfalen, Freiburg u.a.
- FÜCHTENSCHNIEDER, I. & WITT, H. (Hg.) 1998
Sehnsucht nach dem Glück – Adoleszenz und Glücksspielsucht. Geesthacht.
- GRAWE, K. & BRAUN, U. 1994
Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift f. klinische Psychologie, 4, 242-267.
- GRIGOLEIT, WENIG UND HÜLLINGHORST (Hg.) 1998
Handbuch Sucht: St. Augustin.
- HAGER, W. & PATRY, J.-L. (Hg.) 2000
Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Bern u. a.
- HAND, I. & KAUNISTO, E. 1984
Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen („Spielsucht“). Suchtgefahren, 30, S. 1-11.
- HARTMANN, R., HASS, W. 2000
Evaluation der Beratung und Behandlung pathologischer GlücksspielerInnen in der Schwerpunktberatungsstelle Glücksspielsucht der Caritas Neuss, 1. Zwischenbericht im Auftrag des Caritasverbands für das Stadtdekanat Neuss e.V., unveröffentlicht.
- HARTMANN, R., 2001
Evaluation der Beratung und Behandlung pathologischer GlücksspielerInnen in der Schwerpunktberatungsstelle Glücksspielsucht der Caritas Neuss, 2. Zwischenbericht im Auftrag des Caritasverbands für das Stadtdekanat Neuss e.V., unveröffentlicht.
- JAHREISS, R. 1989
Zur Kontroverse um den Suchtbegriff bei pathologischem Glücksspiel. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Themenschwerpunkt: Spielsucht, Heft 5, S. 5-9.

- KELLERMANN, B. 1999
Glücksspielsucht. In J. Zerdick (Hrg.), Entwicklungen in der Suchtmedizin, Berlin.
- KLANN, N. & HAHLOWEG, K. (1994)
Beratungsbegleitende Forschung. – Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen. Stuttgart.
- KLEPSCH, R. et al. 1989
Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen I: Retrospektive Katamnese der Hamburger Pilot-Studie. Suchtgefahren, 33, 137-147.
- KRÖBER, H.-L. 1991
Automatenspieler und Roulettespieler: Psychiatrische und kriminologische Differenzen. Nervenarzt, 62, S. 670-675.
- KRÖBER, H.-L. 1996
Die Differenzierung von unterschiedlichen Störungsbildern bei pathologischen Glücksspielern. Sucht, 42. Jg. (6), S. 399-409.
- KÜFNER, H. 1998
Ergebnisse der Suchtbehandlung. Sucht aktuell, 5: 29-34.
- LANDESPROGRAMM GEGEN SUCHT 2001
Teil 2: Tabak, Glücksspiel, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- MEYER, G. 1989
Glücksspieler in Selbsthilfegruppen – Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Suchtgefahren, 35, S. 217-234.
- MEYER, G. 1991
Klassifikation von Glücksspielern aus Selbsthilfegruppen mittels Clusteranalyse. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 39, S. 261-282.
- MEYER, G. 1998
Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In DHS (Hg.), Jahrbuch Sucht 1999, S. 89-103, Geesthacht.
- MEYER, G. 2002
Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In DHS (Hg.), Jahrbuch Sucht 2002, S. 91-104, Geesthacht.
- MEYER, G. & BACHMANN M. 2000
Spielsucht - Ursachen und Therapie. Heidelberg.
- MÜNCHWIES 1998
Jahresbericht 1997 und Katamnesen der psychosomatischen Fachklinik Münchwies. Neuenkirchen - Saar.

- NUTT, H. 1996
Das Glücksspielangebot in Deutschland. Sucht, 42. Jg. (6), S. 389-398.
- PETRY, J. 1996
Psychotherapie der Glücksspielsucht Weinheim.
- PETRY, J. & JAHRREISS, R. 1999
Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differenzialdiagnostik und Behandlungsindikation. Deutsche Rentenversicherung, 4, S. 196-218.
- REMMERS, P. 1996
Der spezielle Ansatz zum Problemspielen in den Niederlanden. Sucht, 42. Jg. (6) S. 438-442.
- SAB, H., WITTCHEN, H.U., ZAUDIG, M. (Hg.) 1996
Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV), Göttingen.
- SCHWARZ, J. & LINDNER, A. 1991
Die stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler. Suchtgefahren, 36, S. 402-415.
- STROBL, M.; PELZEL, K.H.; BADER, G.; ZAHN, H. UND LANGE, S.N. 2001
Jahresstatistik 2000 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2000 - 31.12.2000 (IFT-Berichte Bd. 125). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- STROBL, M.; PELZEL, K.H.; BADER, G.; ZAHN, H. UND LANGE, S.N. 2002
Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (Tabellenband). Berichtszeitraum 1.1.2001 - 31.12.2001. München
- SUCHT- UND DROGENHILFE NRW 1999
GESAMTKONZEPT Glücksspielsucht NRW, Stand 1/1999.
- TÖRNE V. I. & KONSTANTY, R. 1989
Spielverhalten und Störungsbilder bei Spielern an Geldspielautomaten. Suchtgefahren, 35, S. 14-34.
- TRÜMPER, J. 1998
Der Glücksspielmarkt in Nordrhein-Westfalen, Stand 1997/98, Unna.
- TRÜMPER, J., LUKACZYK, F., NEUHAUS, S. et al. 1999
Untersuchung: Angebotsstruktur der Spielhallen und Unterhaltungsautomaten mit Geldgewinnmöglichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, Stand 1. Januar 1998, Unna.
- VOGELSANG, M. & PETRY J. 1996
Frauenspezifische Behandlung bei „pathologischem Glücksspielverhalten“. Sucht, 42. Jg. (6), S. 428-437.

WELSCH, K. 2002

Jahresstatistik 2001 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Sucht,
48. Jg. S. 57-86, Sonderheft 1