

Störung durch Glücksspielen

Entwicklung und Bewertung von
Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige

Ursula Gisela Buchner

Psychoedukation Entlastungstraining
Entwicklung E-Mental-Health-Programm
Coping Bewertung
Versorgungssystem Evaluation
Störung Unterstützungsmöglichkeiten
Stress Beanspruchung Zugang
Glücksspielen Belastung Hilfen
Angehörige Hilfesuchende

22 Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Schriften aus der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Band 22



University
of Bamberg
Press

2016

Störung durch Glücksspielen

Entwicklung und Bewertung von
Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige

von Ursula Gisela Buchner

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Diese Arbeit hat der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg als Dissertation vorgelegen.

1. Gutachter: Prof. Dr. Jörg Wolstein

2. Gutachter: Prof. Dr. Norbert Wodarz

Tag der mündlichen Prüfung: 14. Dezember 2015

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über den Hochschulschriften-Server (OPUS; <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/>) der Universitätsbibliothek Bamberg erreichbar. Kopien und Ausdrücke dürfen nur zum privaten und sonstigen eigenen Gebrauch angefertigt werden.

Herstellung und Druck: docupoint, Magdeburg

Umschlaggestaltung: University of Bamberg Press, Anna Hitthaler

Wordcloud: © Ursula Gisela Buchner

© University of Bamberg Press Bamberg, 2016

<http://www.uni-bamberg.de/ubp/>

ISSN:1866-8674

ISBN: 978-3-86309-391-4 (Druckausgabe)

eISBN: 978-3-86309-392-1 (Online-Ausgabe)

URN: urn:nbn:de:bvb:473-opus4-461154

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Prof. Dr. Jörg Wolstein, Professur für Pathopsychologie, für die engagierte Betreuung meiner Arbeit und die immer positive und motivierende Zusammenarbeit sowie Prof. Dr. Norbert Wodarz, Leiter des Zentrums für Suchtmedizin am Bezirksklinikum Regensburg, für die fortwährende Unterstützung meiner Projekte und die ebenfalls sehr positive und motivierende Zusammenarbeit.

Außerdem bedanke ich mich bei Dipl.-Psych. Melanie Arnold, Geschäftsführung der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, für die Möglichkeit, Projekte eigenständig initiieren und umsetzen zu können und diese Projekte als Basis für meine Dissertation nutzen zu können. Zudem möchte ich mich bei meinen in den verschiedenen Projekten beteiligten Kolleginnen und Kollegen bedanken. Insbesondere gilt mein Dank M.Sc. Dipl.-Soz.Päd. Marco Stürmer und Dipl.-Psych. Annalena Koytek, die mich in allen Phasen dieser Arbeit unterstützt haben.

Danke auch an Don Watson, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, für die hilfreichen Anmerkungen zum englischsprachigen Abstract.

Vielen Dank allen Angehörigen, die an den Studien teilgenommen, ihre Daten zur Verfügung gestellt und ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Vorwort	5
Zusammenfassung	7
Abstract	11
1 Einleitung	15
2 Rahmenbedingungen des Glücksspiels in Deutschland	19
3 Störungen durch Glücksspielen – aktueller Stand des Wissens	23
3.1 Nosologie	23
3.2 Diagnose und Differentialdiagnose	24
3.3 Messinstrumente und Screeningverfahren	26
3.4 Epidemiologie	28
3.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede	30
3.6 Einflussfaktoren auf die Entwicklung pathologischen Glücksspielverhaltens	31
3.6.1 Biologische und kognitive Faktoren bei der Entwicklung pathologischen Glücksspielverhaltens	31
3.6.2 Komorbide Erkrankungen	32
3.7 Typologie von Personen mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten	32
3.8 Therapie	34
3.8.1 Psychotherapie und Psychoedukation	35
3.8.2 Pharmakotherapie	38
4 Das Versorgungssystem für pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler	40
4.1 Struktur und Inanspruchnahme stationärer Behandlung in Deutschland	40
4.2 Schlussfolgerungen zum Versorgungssystem für betroffene Glücksspielerinnen und Glücksspieler	44
5 Bedarf und Möglichkeiten der Angehörigenarbeit	45
5.1 Die Bedeutung der Arbeit mit Angehörigen	46
5.1.1 Angehörigenarbeit bei psychischen Erkrankungen	47
5.1.2 Angehörigenarbeit bei Suchterkrankungen	48

5.1.3 Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspielen	49
5.2 Konzepte der Angehörigenarbeit	51
5.2.1 Co-Abhängigkeit	51
5.2.2 Stress-Strain-Coping-Support-Modell	53
5.3 Verortung und Evaluation von Angehörigenarbeit	55
5.3.1 Angehörigenarbeit: Beratung, Psychotherapie, Prävention oder Gesundheitsförderung?	55
5.3.2 Evaluation von Angehörigenarbeit	60
6 Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspielerinnen und Glücksspieler	64
6.1 Entlastungstraining für Angehörige pathologischer und problematischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)	65
6.1.1 Rahmenbedingungen und Hintergründe	65
6.1.2 Überblick über Inhalte und Methoden von ETAPPE	67
6.1.3 Prozessevaluation von ETAPPE	68
6.1.4 Ergebnisevaluation ETAPPE	70
6.1.5 Katamneseerhebung ETAPPE	72
6.1.6 Schlussfolgerungen zu ETAPPE	73
6.2 Hintergrund „E-Mental-Health“	76
6.3 „Verspiel nicht mein Leben“ – Entlastung für Angehörige (EfA)	78
6.3.1 Rahmenbedingungen	78
6.3.2 Überblick über die Inhalte von EfA	79
6.3.3 Machbarkeitsstudie EfA	81
6.3.4 Schlussfolgerungen aus EfA	83
6.4 Diskussion der Erkenntnisse zur Arbeit mit Angehörigen von Personen mit problematischem Glücksspielverhalten	85
7 Fazit	87
7.1 Grenzen der Arbeit	89
7.2 Implikationen für die Praxis	90
7.3 Ausblick	92
Literaturverzeichnis	95
Anhang	123

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für DG nach DSM-IV-TR und ICD-10 im Vergleich	25
Tabelle 2: Differentialdiagnose DG nach DSM-IV-TR und ICD-10	25

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf von kognitiv-behavioraler Therapie für PSG nach Raylu und Oei (2010; eigene Abbildung)	36
Abbildung 2: Stress-Strain-Coping-Support-Modell (Orford et al., 2007, 2009; Orford, Copello et al., 2010; eigene Darstellung)	54
Abbildung 3: Ablauf der Entwicklung von ETAPPE	66

Abkürzungsverzeichnis

BAS	Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen
BBGS	Brief Biosocial Gambling Screen
BSI	Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Kurzform der SCL-90-R (deutsche Version)
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DG	Störung durch Glücksspielen (Disordered Gambling) bzw. pathologisches (Glücks-)Spielen
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage, American Psychiatric Association
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Auflage, American Psychiatric Association
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage, Textrevision, American Psychiatric Association
Efa	E-Mental-Health-Programm „Verspiel nicht mein Leben“ – Entlastung für Angehörige
ETAPPE	Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Weltgesundheitsorganisation (WHO)
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Weltgesundheitsorganisation (WHO), 10. Revision
KAB	Kurzfragebogen zur aktuellen Beanspruchung
LSG	Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern
M	Mittelwert
PSG	Person beziehungsweise Personen mit einem problematischen oder pathologischen Glücksspielverhalten beziehungsweise mit einer Störung durch Glücksspielen
SD	Standardabweichung
SOGS	South Oaks Gambling Screen
vmPFC	ventromedialer präfrontaler Cortex

Vorwort

Bei der hier vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine kumulative Dissertation, die auf folgenden Artikeln basiert:

- (1) Buchner UG, Erbas B, Stürmer M, Arnold M, Wodarz N, Wolstein J (2015). Inpatient treatment for pathological gamblers in Germany – setting, utilization and structure. *Journal of Gambling Studies* 31(1): 257-279. DOI: 10.1007/s10899-013-9430-5
- (2) Buchner UG, Arnold M, Koytek A, Gollrad T, Wodarz N (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 62(9/10): 383-389. DOI: 10.1055/s-0032-1316368
- (3) Buchner UG, Koytek A, Arnold M, Gollrad T, Wodarz N (2013). Stabilisieren sich Entlastung und Stressreduktion nach der Teilnahme am psychoedukativen Training ETAPPE? Ergebnisse einer Drei-Monats-Katamnese der Pilotstudie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 21(4): 167-176. DOI: 10.1026/0943-8149/a000103
- (4) Buchner UG, Koytek A, Arnold M, Wodarz N, Wolstein J (eingereicht). Is an E-Mental Health Programme a Viable Way to Reach Affected Others of Disordered Gamblers? A Feasibility Study Focusing on Access and Retention

Alle Artikel wurden von der Autorin hauptverantwortlich konzipiert und verfasst. Die Projekte zur Angehörigenarbeit (Artikel 2-4) wurden von der Autorin hauptverantwortlich initiiert, konzipiert, umgesetzt und ausgewertet. Die Idee für das Projekt zum ersten Artikel kam von Marco Stürmer (Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen), das Projektdesign und -management sowie die Datenauswertung erfolgten durch die Autorin.

Die Artikel sind im Verlauf der Arbeit im Text jeweils bezüglich der wesentlichen Erkenntnisse zusammengefasst. Die veröffentlichten Artikel sind im Anhang im Original wiedergegeben.

Weitere für das Thema relevante Publikationen, die hauptverantwortlich durch die Autorin erstellt wurden, sind ebenfalls in die Arbeit eingegangen:

- Buchner UG, Wodarz N (2011). Pathologisches Glücksspielen – Aktueller Stand des Wissens. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 61(8): 341-346. DOI: 10.1055/s-0030-1262784
- Buchner UG, Koytek A, Gollrad T, Arnold M, Wodarz N (2013). Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel. Das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE. Göttingen: Hogrefe.

Die Grundlage für diese Dissertation entstand im Rahmen der beruflichen Tätigkeit der Autorin in der *Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS)*, *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG)*. Die LSG wird aus Mitteln des *Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege* finanziert.

Zusammenfassung

Hintergrund

In Deutschland ist das Angebot an Glücksspielen in den vergangenen zehn Jahren aufgrund der Änderung zahlreicher Rahmenbedingungen massiv gestiegen. Parallel dazu hat auch die Anzahl Hilfesuchender in Suchtberatungsstellen und stationären Einrichtungen stark zugenommen. Das Krankheitsbild *Störung durch Glücksspielen (Disordered Gambling; DG)* ist somit verstärkt in den Fokus von Forschung und Praxis gelangt.

Für mitbetroffene Angehörige gibt es nach wie vor nur wenige Unterstützungsmöglichkeiten und keine evaluierten Angebote. Dies trifft nicht nur auf den deutschsprachigen Raum zu, auch international besteht diese Lücke. Dabei ist es essentiell, auch dieser Gruppe adäquate Unterstützung anzubieten, denn die Betroffenen befinden sich häufig in hoch belastenden Lebensumständen. Das Ziel der hier vorliegenden Arbeit besteht darin, Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige von *problematischen und pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern (PSG)* zu entwickeln und zu bewerten.

Methode

Als Grundlage der Arbeit wurden Strukturmerkmale des Versorgungssystems für PSG analysiert, da die Versorgung der Angehörigen grundsätzlich im gleichen System stattfindet. Ausgehend von aktuellen Erkenntnissen zur Angehörigenarbeit bei psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und bei Suchterkrankungen im Speziellen wurden zwei Programme entwickelt, die jeweils auf einem psychoedukativen Konzept beruhen und explizit den Bedarf der Angehörigen fokussieren. Das *Entlastungstraining für Angehörige von problematischen und pathologischen Glücksspielern – psychoedukativ“ (ETAPPE)* wurde als Gruppenangebot in insgesamt sechs Standorten bayernweit getestet. Um vorhandene Zugangsbarrieren zum Hilfesystem abzubauen und möglichst vielen betroffenen Angehörigen eine Unterstützung anbieten zu können, wurde in der Folge das E-Mental-Health-Programm *„Verspiel nicht mein Leben“ – Entlastung für Angehörige (EfA)* entwickelt und die Erreichbarkeit der Zielgruppe in einer Machbarkeitsstudie untersucht.

Ergebnisse Studie 1: Analyse des stationären Versorgungssystems

In Deutschland findet die stationäre Rehabilitation von PSG je nach angenommener Ätiologie (Sucht versus Impulskontrollstörung) in einer Einrichtung mit einer Sucht- oder einer psychosomatischen Abteilung statt. Das Versorgungssystem ist strukturell ausdifferenziert und in das bestehende Hilfesystem eingebettet. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 2.229 PSG stationär behandelt. Ein Großteil davon (90 %) war männlich, die meisten behandelten PSG (93 %) hatten mindestens eine komorbide Erkrankung. Der Zugang zur stationären Rehabilitation wurde zumeist über eine Beratungsstelle initiiert. Die Analyse zeigt, dass auf Sucht spezialisierte Einrichtungen weniger PSG pro Jahr behandeln als Einrichtungen mit einer psychosomatischen Abteilung oder beiden Abteilungen (29,3 PSG versus 53,3 PSG versus 76,4 PSG). Einige Einrichtungen sind auf DG spezialisiert und behandeln dementsprechend mehr PSG, haben einen höheren Anteil an PSG an allen Patientinnen und Patienten und bieten spezialisierte Behandlungsprogramme an. Der Einfluss dieser Spezialisierung auf das Behandlungsergebnis ist derzeit allerdings unklar. Die Versorgung von Angehörigen findet bislang, wenn überhaupt, als ergänzendes Angebot im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen für PSG statt.

Ergebnisse Studie 2: Entwicklung und Bewertung von ETAPPE

ETAPPE ist ein psychoedukatives Entlastungstraining, das als manualisiertes Gruppenangebot entwickelt und in einer Pilotstudie bayernweit getestet wurde. Das Angebot wird von den beteiligten Beraterinnen und Beratern als gut in bestehende Strukturen integrierbar eingeschätzt, die verwendeten Methoden wurden sehr gut bezüglich ihrer Handhabbarkeit sowie der Verständlichkeit, Inhalte, Umsetzbarkeit, Zielorientierung, Abwechslung/Vielfalt, Praxisrelevanz und Layout/Gestaltung eingestuft.

Unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien konnten bei einer Ausschöpfungsquote von 89,7 % insgesamt 26 Teilnehmende, in erster Linie Frauen (92,3 %), in die an vier Standorten durchgeführte Pilotstudie aufgenommen werden. Die in ETAPPE aufgegriffenen Themen entsprechen den Bedürfnissen der Teilnehmenden. Durch das Angebot lässt sich die Belastung signifikant reduzieren. In der Katamneseerhebung, die Ergebnisse von 37 Teilnehmenden aus insgesamt sechs

Standorten bayernweit umfasst, zeigt sich, dass die durch ETAPPE erreichte Reduktion der Belastung über drei Monate stabil bleibt und zusätzlich der chronische Stress abnimmt. Zudem geben die Teilnehmenden eine hohe Zufriedenheit mit den einzelnen Bausteinen sowie mit dem Angebot insgesamt an.

Zusammenfassend zeigen die Resultate der Prozess- und Ergebnisevaluation, dass ETAPPE eine gute Möglichkeit bietet, Angehörige von PSG zu erreichen und sie in ihren Bedürfnissen adäquat zu unterstützen.

Ergebnisse Studie 3: Machbarkeitsstudie zur Adaption als E-Mental-Health-Programm EfA

Bei der Adaption des Angebots als E-Mental-Health-Programm EfA stellen sich zunächst folgende Fragen: (1) Wie kann die Zielgruppe auf das neu entwickelte Angebot aufmerksam gemacht werden? (2) Wie lange blieben Webseiten-Besucherinnen und -Besucher auf der Homepage und wie viele von ihnen meldeten sich für eine Programmteilnahme an? (3) Welche Charakteristika hatten die Teilnehmenden und in welcher Art und Weise nutzten sie das Programm?

Insgesamt wurden in neun Monaten 11.552 Seitenabrufe verzeichnet, wobei ein Großteil (82,5 %) die Seite über einen Direktaufruf erreichte. Als Suchtermini bei Internetsuchmaschinen dienten in erster Linie Begriffe aus Slogan und Motto des Programms. Bei einer durchschnittlichen Konversionsrate von 3,5 % registrierten sich monatlich im Mittel 16,1 neue Teilnehmende. Die finale Stichprobe bestand aus 126 Teilnehmenden (88,9 % Frauen; 73,0 % Partnerinnen bzw. Partner). Zwei Drittel (67,5 %) aller Teilnehmenden hatten zuvor noch keine professionellen Hilfen oder Selbsthilfeangebote in Anspruch genommen.

Das gesamte Angebot wurde von mehr als einem Drittel (37,3 %) genutzt. Weitere 31,0 % beteiligten sich an mehreren Modulen, die übrigen 31,7 % beendeten ihre Teilnahme im ersten Modul. Zwischen diesen drei Gruppen fanden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Beziehung zum bzw. zur PSG, einem gemeinsamen Haushalt oder vorheriger Unterstützung, aber bezüglich des Zeitraums, der zwischen der Nutzung des ersten und zweiten Moduls lag.

Die Ergebnisse zeigen, dass grundsätzlich Angehörige mit einem E-Mental-Health-Angebot erreicht werden können. Insbesondere werden davon auch Personen angesprochen, die keine vorherigen Hilfen oder Selbsthilfeangebote in Anspruch genommen hatten. Dies unterstreicht die Bedeutung des webbasierten Ansatzes. Somit kann auf diesem Weg ein weiterer Beitrag zu einer adäquaten Versorgung dieser Klientel geleistet werden.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit beleuchtet erstmalig das Versorgungssystem für PSG und ihre Angehörigen in Deutschland und identifiziert vorhandene Lücken in der Versorgung. Als wesentlicher Bestandteil werden innovative zielgruppenspezifische Angebote für Angehörige von PSG entwickelt und bewertet. Die erhobenen Daten zeigen, dass es sich bei hilfesuchenden Angehörigen tatsächlich um eine hoch belastete, zum Teil im klinisch relevanten Bereich belastete, Klientel handelt. Dies spricht für einen hohen Hilfebedarf und die Notwendigkeit adäquater Angebote. Das Entlastungstraining ETAPPE kann gut in das vorhandene Hilfesystem integriert werden, lässt sich von Beraterinnen und Beratern effizient anbieten und zeigt signifikante, zum Zeitpunkt der Katamnese anhaltende, positive Ergebnisse. Das E-Mental-Health-Programm EfA bietet unter Nutzung neuer Medien einen niedrigschwelligen Zugang zum Hilfesystem und stellt als mögliche Ergänzung traditioneller Angebote eine gute Erweiterung des Portfolios zur Unterstützung dieser Klientel dar. Mit diesen Studien ist eine Basis für die Arbeit mit Angehörigen von PSG geschaffen. Perspektivisch gilt es, die Angebote auszubauen und weitere Lücken in der Versorgung dieser Klientel zu schließen.

Abstract

Background

In recent years, the German gambling market has undergone numerous changes and as a consequence there has been an increase in gambling opportunities. Simultaneously, the number of people seeking help in addiction counselling centres and inpatient treatment centres has risen considerably. Therefore, *Disordered Gambling* (DG) has been brought to attention both in research and clinical practice.

Still, there is only little support and no evaluated programmes for the families and friends of disordered gamblers, the so-called affected others. This is not only true for the German-speaking regions, but also in an international context. It is very important to support affected others adequately, because they often suffer from highly stressful living conditions. Therefore, the objective of this research is to develop and evaluate means of support for affected others of disordered gamblers.

Methods

As a basis, the structural characteristics of the care system for disordered gamblers were analysed, because support for affected others is fundamentally rooted in the same system. Starting from current findings regarding working with affected others of people with mental illnesses in general and of people with substance use disorders in specific, two support programmes were developed. Both programmes are based on a psycho-educative concept and explicitly focus on the needs of affected others. The *Easement Training for Affected Others of Problem and Pathological Gamblers – Psycho-Educative* (ETAPPE) is a group programme which was tested in a total of six Bavarian facilities. In order to reduce existing barriers to treatment and to be able to support as many affected others as possible, the e-mental health programme “*Don’t gamble away my life*” – *Easement for Affected Others* (EfA) was developed and a feasibility study was conducted to find out whether the target group could be reached.

Results study 1: Analysis of the inpatient treatment system

In Germany, inpatient treatment facilities focusing on addiction or on psychosomatic illness offer treatment to disordered gamblers depending on the assumed aetiology (impulse control disorder versus addiction). The care system for treatment-seeking disordered gamblers is structurally differentiated and embedded in the existing treatment system. In 2011, a total of 2,229 disordered gamblers were treated in inpatient facilities. Most of them (90 %) were male; 93 % of all treated disordered gamblers had at least one comorbid disorder. Access to treatment was mostly gained via psychosocial counselling centres. The analysis shows that facilities specialising in addiction treat less disordered gamblers per year than facilities with a psychosomatic department or both departments (29.3 disordered gamblers versus 53.3 disordered gamblers versus 76.4 disordered gamblers). Some facilities specialize on DG and treat more disordered gamblers, have a higher rate of disordered gamblers of all patients, and offer specific treatment programmes. The impact of this specialization on treatment outcome is still unclear. Support for affected family members, if any, is an add-on during rehabilitation of disordered gamblers.

Results study 2: Development and evaluation of ETAPPE

ETAPPE is a manualized psycho-educational training programme which was developed and tested in an explorative pilot study in Bavaria. Assessments by the participating counsellors suggested it could be easily integrated into existing treatment structures. Methods used were rated as very good concerning manageability, comprehensibility, content, practicability, target orientation, variety, practical relevance, and layout/design.

Taking inclusion criteria into account, a total of 26 people (completion rate: 89.7 %) participated in the pilot study which was conducted in four Bavarian facilities. Most of the participants were female (92.3 %). Results show that issues addressed in ETAPPE are relevant for the participants and that ETAPPE contributes to the reduction of distress. The three-month follow-up study (37 participants in six Bavarian facilities) showed that the reduction of distress, achieved through participation in ETAPPE, persists; chronic stress is further reduced. Furthermore, participants

reported a high level of satisfaction with the different modules and the programme as a whole.

All in all, results of the process evaluation and the outcome evaluation show that ETAPPE is a good opportunity to reach affected others and to support their needs adequately.

Results study 3: Feasibility study of the adapted e-mental health programme EfA

There are several questions when adapting means of support for affected others as an e-mental health programme: (1) How can the target group be made aware of the newly developed programme EfA?, (2) How long did visitors remain on the website and how often did they become participants?, and (3) What were the participants' characteristics and how did they use the programme?

In 9 months, 11,552 page views were counted, with a majority (82.5 %) of all visitors arriving on the website via direct access. Those who used search engines most often used search terms including the name of the website, programme or the slogan used in print and online promotion. The mean conversion rate was 3.5 %, with 16.1 registrations per month. The final sample consisted of 126 participants (88.9 % female; 73.0 % partners). Two-thirds (67.5 %) of all participants had not used any prior professional support or self-help.

More than one third (37.3 %) finished all modules, 31.0 % finished some modules, and 31.7 % stopped using the programme in the first training module. There were no significant differences between the three groups regarding their relationships with disordered gamblers, living in joint households or prior support, but there were differences regarding the time span between Modules 1 and 2.

Results show that affected others can be reached by an e-mental health programme. Furthermore, people can be reached who had never had any professional support or self-help before. This stresses the importance of a webbased approach. Therefore, this programme can contribute further to adequate care for this group.

Conclusion

The present work examines the treatment system for disordered gamblers and affected others in Germany for the first time and identifies existing gaps in the care system. The key components are the development and evaluation of innovative means of support for affected others. Collected data shows that help-seeking affected others are indeed highly stressed, some in a clinically relevant extent. This indicates a high need of help and the necessity of adequate means of support. The easement training ETAPPE can be easily integrated into the existing treatment system, efficiently offered by counsellors, and shows persisting significant positive effects in the follow-up study. The e-mental health programme EfA offers low-threshold access to the treatment system by using new media and is a potential addition to existing means of support. These studies are a valuable foundation for working with affected others of disordered gamblers. In the long term, it is important to expand means of support for this group and fill existing gaps in the care system.

1 Einleitung

In den vergangenen Jahren hat sich der Glücksspielmarkt in Deutschland stark verändert. Die Zahl an Spielautomaten im sogenannten gewerblichen Spiel sowie die Anzahl der Spielmöglichkeiten im Internet ist stark angestiegen. Immer mehr Menschen, vor allem immer mehr junge Männer, berichten von Glücksspielerfahrungen in diesen Bereichen. So gaben im Jahr 2011 nur 2,2 % der Bevölkerung eine Glücksspielerfahrung an Spielautomaten aus dem gewerblichen Spiel an, während es 2013 bereits 3,7 % waren (BZgA, 2014). Bei den männlichen Jugendlichen im Alter von 18 bis 20 Jahren beträgt diese Quote bereits 19,5 % (BZgA, 2014).

Parallel zu dieser Entwicklung lässt sich beobachten, dass die Zahl der Menschen, die sich mit einer *Störung durch Glücksspielen (Disordered Gambling; DG)* an das Hilfesystem wenden, kontinuierlich ansteigt. Aktuelle epidemiologische und klinische Studien belegen die hohe psychosoziale Belastung der Betroffenen. So findet sich etwa bei einem hohen Anteil der *Personen mit einem problematischen Glücksspielverhalten oder einer Störung durch Glücksspielen (PSG)* mindestens eine weitere psychische Erkrankung (Lorains et al., 2011). Daher sind spezialisierte Beratungs- und Behandlungsangebote sowohl ambulant als auch stationär dringend notwendig.

Allerdings müssen die Auswirkungen der Erkrankung auf alle Lebensbereiche der Betroffenen beachtet werden. Nicht nur PSG benötigen adäquate Hilfen, ihre Angehörigen sind ebenfalls durch die Erkrankung betroffen und haben entsprechend Bedarf an Unterstützung. Ausgangspunkt der Arbeit ist die Hypothese, dass die Vermittlung funktionaler Strategien zur Bewältigung der außerordentlichen Situation, die aus dem DG eines Familienmitglieds entsteht, dazu beitragen könnte, Belastung und Stress der Angehörigen zu senken. Gleichzeitig könnte der Einbezug der Angehörigen betroffene PSG dazu motivieren, eine Beratung oder Behandlung aufzunehmen. Allerdings gibt es bislang international nur wenige Studien, die sich spezifisch mit der Situation von Angehörigen von PSG auseinandersetzen, und kaum evaluierte Programme. Für Deutschland existierten bislang weder Erkenntnisse noch spezifische Angebote.

Ziel der hier vorliegenden Arbeit ist daher, adäquate Unterstützungsangebote für Angehörige von PSG zu entwickeln, um diese unter den gegebenen Rahmenbedingungen im Hilfesystem möglichst optimal zu versorgen. Dazu wird zunächst das Behandlungssystem für PSG analysiert und geprüft, welche strukturellen Rahmenbedingungen deren Versorgung im stationären Bereich aufweist und inwieweit hier auch Angehörige Hilfe finden. Im Zentrum der Arbeit steht die Entwicklung und Evaluation neuer Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige basierend auf bislang vorliegenden Erkenntnissen zur Arbeit mit dieser Klientel sowohl bei psychischen Erkrankungen allgemein als auch bei Suchterkrankungen im Speziellen.

Da DG erst in den vergangenen Jahren die Aufmerksamkeit der breiten (Fach-)Öffentlichkeit gefunden hat, werden einführend in Kapitel 2 Rahmenbedingungen des Glücksspiels in Deutschland dargestellt, bevor in Kapitel 3 ein Überblick zum aktuellen Stand des Wissens zu DG anhand der Bereiche (1) Nosologie, (2) Diagnose und Differentialdiagnose, (3) Messinstrumente und Screeningverfahren, (4) Epidemiologie, (5) Geschlechtsspezifische Unterschiede, (6) Einflussfaktoren auf die Entwicklung pathologischen Glücksspielverhaltens, (7) Typologie von Personen mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten sowie (8) Therapie gegeben wird.

Die wenigen existierenden Unterstützungsangebote für Angehörige sind bisher meist an die Behandlung von PSG geknüpft. Aus diesem Grund wird in Kapitel 4 das Versorgungssystem für PSG mit seiner spezifischen Ausgestaltung in Deutschland näher beleuchtet. Die Ergebnisse einer eigenen Studie zu Strukturmerkmalen und Inanspruchnahme der Behandlung, die unter dem Titel *„Inpatient Treatment for Pathological Gamblers in Germany: Setting, Utilization, and Structure“* im *Journal of Gambling Studies* (Buchner et al., 2015) veröffentlicht wurde, werden zusammenfassend vorgestellt (Kapitel 4.1) und es werden Schlussfolgerungen aus den neuen Erkenntnissen gezogen (Kapitel 4.2).

Im Zentrum der Arbeit steht die Angehörigenarbeit: Zwar werden die Angehörigen grundlegend in dem gleichen System versorgt wie betroffene PSG, allerdings weist die Versorgung dieser Gruppe trotz der Verbesserungen der vergangenen Jahre nach wie vor massive Unzuläng-

lichkeiten auf. Aus diesem Grund werden in Kapitel 5 als theoretischer Rahmen Bedarf und Möglichkeiten der Angehörigenarbeit aufgezeigt, wobei zunächst allgemein die Bedeutung der Arbeit mit Angehörigen (Kapitel 5.1) dargestellt wird, bevor auf die Notwendigkeit der Angehörigenarbeit bei psychischen Erkrankungen (Kapitel 5.1.1) sowie der Angehörigenarbeit bei Suchterkrankungen (Kapitel 5.1.2) eingegangen wird und die spezifische Situation der Angehörigen von PSG erörtert wird (Kapitel 5.1.3).

Anschließend werden in Kapitel 5.2 Konzepte der Angehörigenarbeit erläutert. Das Konzept der Co-Abhängigkeit wird in einem eigenen Kapitel (Kapitel 5.2.1) kritisch beleuchtet und es wird auf das aktuelle Stress-Strain-Coping-Support-Modell (Kapitel 5.2.2) eingegangen. Im Kapitel 5.3 wird Angehörigenarbeit in den Bereichen Beratung, Psychotherapie, Prävention und Gesundheitsförderung theoretisch verortet (Kapitel 5.3.1) und es werden mögliche Kriterien und Instrumente zur Evaluation dargestellt (Kapitel 5.3.2).

Aufgrund der spezifischen Situation und des Bedarfs von Angehörigen von PSG werden zwei eigene Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspielerinnen und Glücksspieler entwickelt und inklusive Evaluationsergebnissen in Kapitel 6 dargestellt. Das *Entlastungstraining für Angehörige von problematischen und pathologischen Glücksspielern – psychoedukativ (ETAPPE)* ist ein Gruppentraining zur Durchführung in Suchtberatungsstellen oder ähnlichen Einrichtungen (Kapitel 6.1). Nach einer kurzen Darstellung der Rahmenbedingungen und Hintergründe (Kapitel 6.1.1) sowie der Inhalte und Methoden (Kapitel 6.1.2) werden die Ergebnisse zur Prozessevaluation (Kapitel 6.1.3) und zur Wirksamkeit (Kapitel 6.1.4) sowie der Katamneseerhebung (Kapitel 6.1.5) vorgestellt. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit wurden unter dem Titel *„Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE“* in der Zeitschrift *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* (Buchner et al., 2012) veröffentlicht, die Ergebnisse zur Katamneseerhebung unter dem Titel *„Stabilisieren sich Entlastung und Stressreduktion nach der Teilnahme am psychoedukativen Training ETAPPE? Ergebnisse einer Drei-Monats-Katamnese der Pilotstudie“* in der Zeitschrift *für Gesundheitspsychologie*

(Buchner et al., 2013a). Die Erkenntnisse aus den einzelnen Studienteilen werden anschließend theoretisch verortet und erste Schlussfolgerungen diskutiert (Kapitel 6.1.6).

Neben klassischen Gruppenangeboten bieten aufgrund der technischen Entwicklungen der vergangenen Jahre E-Mental-Health-Angebote neue Möglichkeiten, um Personen mit Hilfs- und Informationsbedarf insbesondere bei schambesetzten Themen zeit- und ortsunabhängig zu erreichen. Daher werden im Kapitel 6.2 zunächst aus der Literatur bekannte Möglichkeiten und Grenzen von E-Mental-Health aufgezeigt, bevor in Kapitel 6.3 auf das entsprechende neu entwickelte Angebot mit dem Titel „*Verspiel nicht mein Leben*“ – *Entlastung für Angehörige* (EfA) eingegangen wird. Wiederum werden zunächst Rahmenbedingungen (Kapitel 6.3.1) und Inhalte (Kapitel 6.3.2) beschrieben, bevor die Ergebnisse der durchgeführten Machbarkeitsstudie zur Erreichbarkeit der Zielgruppe (Kapitel 6.3.3) zusammenfassend vorgestellt werden. Diese wurde unter dem Titel „*Is an E-Mental Health Programme a Viable Way to Reach Affected Others of Disordered Gamblers? A Feasibility Study Focusing on Access and Retention*“ in der Zeitschrift *JMIR Mental Health* eingereicht. Anschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse wiederum eingeordnet und Schlussfolgerungen daraus gezogen (Kapitel 6.3.4).

Die Erkenntnisse aus den Studien zu den beiden Angehörigenprojekten werden zusammenfassend diskutiert (Kapitel 6.4), bevor in einem abschließenden Fazit der Arbeit (Kapitel 7) zunächst die Ergebnisse aller drei Studienteile integriert und die Grenzen der Arbeit (Kapitel 7.1) aufgezeigt werden. Anschließend werden Implikationen für die Praxis (Kapitel 7.2) dargestellt und ein Ausblick (Kapitel 7.3) mit Anregungen für künftige Arbeiten und Entwicklungen gegeben.

2 Rahmenbedingungen des Glücksspiels in Deutschland

Glücksspiele existieren schon sehr lange in der Geschichte der Menschheit und reichen zurück an die Ursprünge aller Kulturen (Hattler, 2008). Fast ebenso lange finden sich schon Berichte über Kontrollverluste bei Glücksspielen. So berichtet bereits Tacitus in der *Germania*, dass die „Leidenschaft [der Germanen] im Gewinnen und Verlieren [...] so unbeherrscht [ist], daß [sic] sie, wenn sie alles verspielt haben, mit dem äußersten und letzten Wurf um die Freiheit und ihren eigenen Leib kämpfen. Der Verlierer gibt sich willig in Knechtschaft [...]“ (Tacitus, 98, deutsche Übersetzung Fuhrmann, 1972).

In Deutschland hingen Glücksspiel und Gesetzgebung seit jeher eng zusammen. So entwickelten sich etwa Zahlenlotto und Lotterien ab dem 14. Jahrhundert und waren bereits im 16. Jahrhundert sehr weit verbreitet (Näther, 2008). Liberale und restriktive Phasen wechselten sich seitdem in der glücksspielspezifischen Gesetzgebung immer wieder ab, wobei Restriktionen insbesondere mit den Gefahren der Spielsucht begründet wurden und eine Liberalisierung häufig dem Aufbessern der Staatskasse diene (Näther, 2008). Nach dem zweiten Weltkrieg, im Jahr 1946, wurde Lotto aus ebendiesem Grund mit dem Ziel, aus den Erlösen die Kriegsschäden zu beheben, unter staatlicher Aufsicht wieder eingeführt (Näther, 2008).

Seit dieser Zeit wird die Veranstaltung von Glücksspielen in Deutschland von den Ländern eigenständig geregelt. Lange Jahre galt eine restriktive Handhabung von Glücksspielen unter staatlichem Monopol. Im Jahr 2006 wurde dies durch die Klage eines Sportwettenvermittlers in Frage gestellt. Das Bundesverfassungsgericht stellte damals fest, dass das Monopol gerechtfertigt sei, sofern das selbstgesetzte Ziel der Suchtvorbeugung und -vermeidung klar und konsequent verfolgt wird. Um diese Vorgaben zu erfüllen, einigten sich die Landesregierungen im Jahr 2008 auf den *Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland (Glücksspielstaatsvertrag)*, in dem in §1 folgende Ziele festgeschrieben waren:

1. *das Entstehen von Glücksspielsucht und Wertsucht zu verhindern und die Voraussetzungen für eine wirksame Suchtbekämpfung zu schaffen,*
2. *das Glücksspielangebot zu begrenzen und den natürlichen Spieltrieb der Bevölkerung in geordnete und überwachte Bahnen zu lenken, insbesondere ein Ausweichen auf nicht erlaubte Glücksspiele zu verhindern,*
3. *den Jugend- und den Spielerschutz zu gewährleisten,*
4. *sicherzustellen, dass Glücksspiele ordnungsgemäß durchgeführt, die Spieler vor betrügerischen Machenschaften geschützt und die mit Glücksspielen verbundene Folge- und Begleitkriminalität abgewehrt werden.*

Zur Erreichung dieser Ziele wurde in jedem Bundesland eine eigene Koordinierungsstelle, wie beispielsweise die *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG)*, eingerichtet. Zudem wurden die Spezialisierung und der Ausbau von Beratungsstellen ermöglicht und finanzielle Mittel zur Erforschung von DG und dessen Verbreitung in der Bevölkerung bereitgestellt. Gleichzeitig wurden die Anbieter von Glücksspielen verpflichtet, über Gefahren der Spielteilnahme aufzuklären und Werbung auf rein informative Inhalte ohne Spielanreize zu beschränken. Als weitere Maßnahme wurde das Bereitstellen und Vermitteln von Glücksspielen im Internet vollständig verboten.

Parallel dazu gab es im Bereich des gewerblichen Automatenspiels in der Gastronomie beziehungsweise in Spielhallen eine zweite Entwicklung: Dieses zählt nicht als Glücksspiel und wird über die *Gewerbeordnung* und die *Spielverordnung* geregelt. Im Jahr 2006 wurde mit der 5. *Novellierung der Spielverordnung* die Mindestspieldauer pro Spiel verkürzt (5 Sekunden statt 12 Sekunden) und die Anzahl der Automaten pro Konzession (12 statt 10 Automaten) beziehungsweise pro Gaststätte (3 statt 2 Automaten) angehoben. Über den Umweg, den Geldeinsatz in Punkte umzuwandeln, wurden zudem Spieldauern möglich, die unabhängig von der gesetzlich geregelten Mindestspieldauer zu einem sehr schnellen Spiel von zum Teil unter einer Sekunde führten. Des Weiteren wurden die Geräte mit einer Automatiktaste zur Umwandlung von Geld in Punkte unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bezüglich Zeitdauer und Einsatzhöhe sowie einer Automatiktaste zum Abspielen der umgewandelten Punkte ausgestattet. Dadurch nahm die Attraktivität der Geräte für die Spielerinnen und Spieler stark zu (Meyer,

2013). Dementsprechend stieg von 2005 – vor der Novelle der Spielverordnung – bis 2011 die Zahl der aufgestellten Automaten von 183.000 auf 242.500 (Trümper & Heimann, 2012), der Bruttospielertrag stieg im gleichen Zeitraum von 2,35 Mrd. € auf 4,14 Mrd. € (Meyer, 2013).

Zwar wurden zwischenzeitlich die 6. *Novellierung der Spielverordnung* (04.11.2014) sowie die 7. *Novellierung der Spielverordnung* (28.11.2014) verabschiedet, in der einige der Rahmenbedingungen im Sinne des Spielerschutzes verändert wurden, jedoch betragen die Übergangsfristen für die bisherigen Automaten entsprechend der steuerlichen Abschreibungsfrist 4 Jahre. In den Novellen wurde unter anderem festgelegt, die Zahl der in der Gastronomie erlaubten Automaten künftig – ab dem 10.11.2019 – wieder auf zwei zu senken, zudem wird das Punktepiel verboten und die Automatiktaste abgeschafft, die eine fortlaufende Spielteilnahme ohne erneute Intervention der Spielerin bzw. des Spielers ermöglicht. Offen ist derzeit, wie sich diese unterschiedlichen Änderungen auf das Glücksspielangebot und die Glücksspielteilnahme sowie auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung problematischen und pathologischen Glücksspielverhaltens auswirken.

Diese Unterscheidung zwischen Glücksspiel und gewerblichem Spiel führte mit dazu, dass die Kohärenz des Glücksspielwesens in Deutschland vor dem *Europäischen Gerichtshof* in Frage gestellt wurde. Wiederum wurde eine Neuregelung notwendig und am 30.06.2012 mit dem *Ersten Staatsvertrag zur Änderung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen in Deutschland (Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag)* umgesetzt. Dieser umfasst nun auch Regelungen für das gewerbliche Automatenspiel, öffnet zugleich den Sportwettenmarkt in einem Konzessionsmodell und ermöglicht die Spielteilnahme an Sportwetten und Lotterien im Internet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in den vergangenen Jahren in Deutschland diverse rechtliche Änderungen mit Auswirkungen auf den Glücksspielmarkt gab, die insgesamt zu einer Liberalisierung geführt haben. Durch den Glücksspielstaatsvertrag und den Glücksspieländerungsstaatsvertrag wurde zwar beginnend im Jahr 2008 der Zugang zu verschiedenen Glücksspielen sowie die Werbung für Glücksspiele eingeschränkt, gleichzeitig etablierten sich aber im Internet eine Vielzahl weiterer – zumeist illegaler – Spielmöglichkeiten (Fiedler & Wilcke, 2011).

Verschiedene internationale Studien deuten darauf hin, dass eine Ausweitung des Glücksspielangebots zu einer erhöhten Beteiligung an Glücksspielen führt (Welte et al., 2009; Grun & McKeigue, 2000; Room et al., 1999). Diese hängt wiederum mit der Entwicklung von Glücksspielproblemen zusammen (Volberg, 2000) und ist ein wesentlicher Faktor zur Vorhersage eines pathologischen Glücksspielverhaltens (LaPlante et al., 2011). Daher kann davon ausgegangen werden, dass es künftig mehr Glücksspielerinnen und Glücksspieler mit Problemen beim Glücksspielen geben wird. Als Folge wird vermutlich der Bedarf an professionellen Hilfen steigen. Eine gezielte Erfassung derzeitiger Hilfen stellt somit die Grundlage für einen umsichtigen Ausbau weiterer Hilfen für diese Klientel und ihre Angehörigen dar.

3 Störungen durch Glücksspielen – aktueller Stand des Wissens

In Deutschland hat nicht zuletzt das Inkrafttreten des *Glücksspielstaatsvertrags* dazu geführt, dass DG vermehrt in den Fokus der allgemeinen Öffentlichkeit und der Fachöffentlichkeit gelangt ist. Dazu haben auch die Einrichtung von Koordinationsstellen in allen Bundesländern und die Weiterqualifizierung der Fachstellen beigetragen. Dennoch handelt es sich um ein relativ junges Forschungsfeld, weshalb nachfolgend der aktuelle Stand des Wissens bezüglich Nosologie, Diagnostik, Screening, Epidemiologie und geschlechtsspezifischen Unterschieden dargestellt wird. Des Weiteren werden Einflussfaktoren auf die Entwicklung von DG, eine Typologie betroffener Glücksspielerinnen und Glücksspieler sowie aktuelle Erkenntnisse zur Psychotherapie und Pharmakotherapie erläutert.

3.1 Nosologie

Bereits seit der Aufnahme von DG im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)* im Jahr 1980 wurde die korrekte nosologische Einordnung der Erkrankung diskutiert (vergleiche Buchner & Wodarz, 2011). Obwohl die diagnostischen Kriterien in Anlehnung an stoffgebundene Abhängigkeiten formuliert waren (Lesieur, 1988), wurde das Störungsbild unter der Bezeichnung *pathologisches Glücksspiel* als Impulskontrollstörung verortet. Auch die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision (ICD-10)* ordnet das *pathologische Spielen* in der Kategorie der *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F6* als *abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle F63* (ICD-10, S. 237 ff.) ein. Damit gehört DG zu den Verhaltensweisen, bei denen die betroffene Person nicht dazu in der Lage ist, „dem Impuls, Trieb oder der Versuchung zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person selbst oder andere schädlich ist“ (DSM-IV, S. 691). Dabei geht ein subjektiv erlebter innerer Spannungszustand vor der Handlung mit einer Entlastung nach der Handlung einher, wobei nach der Handlung Reue, Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe auftreten können. Verschiedene Beobachtungen sprechen jedoch gegen dieses Einordnungskonzept: So findet sich beispielsweise häufig eine Toleranzentwicklung oder die Zentrierung des Lebensinhalts auf das Glücksspiel (Grüsser et al., 2007). Nun konnten

neurobiologische Befunde zeigen, dass stoffgebundene und stoffungebundene Abhängigkeiten in ähnlicher Weise in zentralnervöse Verstärker-Mechanismen eingreifen (Cunningham-Williams & Cottler, 2001). In einer Reihe von Untersuchungen finden sich Übereinstimmungen bei den neurobiologischen und genetischen Befunden zwischen Substanzstörungen und DG (Übersicht bei Brewer & Potenza, 2008). Daher wurde DG in der Überarbeitung des DSM-5 in der modifizierten Kategorie *Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen* den *Störungen ohne Substanzbezug* mit der neuen Bezeichnung *Störung durch Glücksspielen* zugeordnet (APA, 2014).

3.2 Diagnose und Differentialdiagnose

Die in dieser Arbeit vorgestellten Studien nutzen die Kriterien des DSM-IV-TR. Diese sind nachfolgend im Vergleich mit den Kriterien des ICD-10 dargestellt (Tabelle 1). Damit kann keine Abgrenzung der Erkrankung von einer Vorstufe, dem sogenannten *problematischen Glücksspielverhalten*, erfolgen. Dies wird in der Regel als eine Erfüllung von drei bis vier der Merkmale des DSM-IV-TR angesehen (Meyer et al., 2011). Allerdings ist diese Einordnung weder einheitlich definiert, noch in ihrer klinischen Relevanz geklärt und zudem nicht validiert. Sie wurde aber in verschiedenen epidemiologischen Studien (Bühringer et al., 2007; BZgA 2008, 2010, 2012, 2014; Buth & Stöver, 2008) im Sinne einer Vorstufe des Vollbildes eingesetzt und ist zudem im klinischen Alltag als Indikation für eine Frühintervention hilfreich.

Die Diagnosemanuale geben auch Hinweise auf die Abgrenzung von DG von anderen Störungen oder Verhaltensweisen, insbesondere von sozialem beziehungsweise professionellem Spielen und vom Spielen im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen (Tabelle 2).

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für DG nach DSM-IV-TR und ICD-10 im Vergleich

312.31 Pathologisches Glücksspielen (DSM-IV-TR) ¹	F63.0 pathologisches Glücksspiel (ICD-10)
<p>Andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in zumindest fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Starke Eingenommenheit vom Glücksspielen2. Steigerung der Einsätze zur Erreichung der gewünschten Erregung3. Wiederholt erfolglose Versuche, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben4. Unruhe und Gereiztheit beim Versuch das Spielen einzuschränken5. Spielen als Flucht vor Problemen oder dysphorischer Stimmung6. Wiederaufnahme des Spielens nach Geldverlust (dem Verlust hinterherjagen)7. Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Problematik zu vertuschen8. Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens9. Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, des Arbeitsplatzes oder von Zukunftschancen10. Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte	<ul style="list-style-type: none">• Häufiges und wiederholtes episodenhaftes Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt• Betroffene setzen ihren Beruf/ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen• Betroffene beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspiel, der mit einer gedanklichen und bildlichen Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen verbunden ist• Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich in belastenden Lebenssituationen <p><i>Diagnostische Leitlinien:</i> Hauptmerkmal: beharrliches, wiederholtes Glücksspiel, das anhält und sich oft trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse, steigert</p>

¹ Im Unterschied zu den Kriterien im DSM-IV-TR wurde im DSM-5 das Kriterium der „illegalen Handlungen“ gestrichen, die Schwelle wurde auf vier statt fünf Kriterien gesenkt (APA, 2014). Zudem wurde eine Abstufung des Schweregrads eingeführt: Bei 4-5 erfüllten Kriterien wird von einer leichten Ausprägung gesprochen, bei 6-7 Kriterien von einer mittleren und bei 8-9 Kriterien von einer schweren Ausprägung (APA, 2014).

Tabelle 2: Differentialdiagnose DG nach DSM-IV-TR und ICD-10

312.31 Pathologisches Spielen (DSM-IV-TR)	F63.0 pathologisches Glücksspiel (ICD-10)
<p>Unterscheidung von:</p> <ul style="list-style-type: none">• sozialem und professionellem Spielen• Spielen im Rahmen einer „Manischen Episode“, gegebenenfalls Vergabe einer zusätzlichen Diagnose, „wenn das Glücksspielverhalten nicht besser durch eine Manische Episode erklärt werden kann“ (S. 700)• Probleme mit dem Spielen bei einer „Antisozialen Persönlichkeitsstörung“, gegebenenfalls Vergabe beider Diagnosen	<p>Abgrenzung von:</p> <ol style="list-style-type: none">a. Gewohnheitsmäßigem Spielen und Wetten (Z72.6): Häufiges Spielen wegen Spannung oder um Geld zu verdienen; bei schweren Verlusten oder anderen negativen Auswirkungen wird das Glücksspielverhalten zumeist eingeschränktb. Exzessivem Spielen manischer Patienten (F30)c. Spielen bei Personen mit soziopathischer beziehungsweise dissozialer Persönlichkeit (F60.2): Vorhandensein einer weitreichenden und dauerhaften Störung des Sozialverhaltens, die sich in aggressiven Handlungen oder einem fehlenden Gefühl für das Wohlergehen und die Gefühle anderer Menschen äußert

Bei der Diagnostik von DG sollte zudem auf einen Zusammenhang mit Medikamentengebrauch geachtet werden, da über eine Provokation von DG bei Behandlung mit dopaminergen Pharmaka bei einer Parkinson-Erkrankung berichtet wird (Weintraub et al., 2010; Weintraub, 2009; Lader, 2008; Voon et al., 2007). So fanden sich in einer großen amerikanischen Querschnittsstudie mit mehr als 3.000 Patientinnen und Patienten aus 46 Behandlungszentren, die wegen einer Parkinson-Erkrankung behandelt wurden, bei 13,6 % Impulskontrollstörungen, der Anteil an PSG lag bei 5,0 % (Weintraub et al., 2010). Jedoch kann das gestörte Spielverhalten bei einer Umstellung der Medikation wieder zurückgehen oder sogar komplett verschwinden (Lader, 2008; Imamura et al., 2008; Crockford et al., 2008). Derzeit ist allerdings umstritten, ob die Medikation tatsächlich ursächlich für DG ist. Weintraub (2009; Weintraub et al., 2006, 2010) beschreibt als Risikofaktoren vor allem vorbestehende Symptome erhöhter Impulsivität beziehungsweise einer Impulskontrollstörung oder einen Substanzmissbrauch. Daher sollte bei Beginn oder Dosissteigerung einer dopaminergen Therapie grundsätzlich auf Zeichen von DG oder anderen exzessiven Verhaltensweisen geachtet werden, wobei auch eine Korrelation mit der verabreichten Dosis beschrieben wurde: Je höher die verabreichte Dosis ist, desto häufiger finden sich die entsprechenden Störungsbilder (Lee et al., 2010).

3.3 Messinstrumente und Screeningverfahren

Bislang konnte sich für die Diagnostik von DG in Deutschland noch kein einheitlicher Standard durchsetzen (vergleiche Buchner & Wodarz, 2011). Zudem gibt es für viele der existierenden Verfahren aktuell keine Validierung für den deutschen Sprachraum. Auch liegen – insbesondere zu den deutschsprachigen Verfahren – kaum Untersuchungen zur Korrelation verschiedener Instrumente vor. Nachfolgend wird daher eine Auswahl der vorhandenen Instrumente dargestellt, die in der klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit im deutschen Sprachraum besonders genutzt werden.

Im klinischen Kontext wird häufig der von Petry & Baulig (1995) entwickelte *Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)* verwendet. Dieser erfasst die beratungs- und behandlungsrelevante Glücksspielproblematik und ermöglicht eine Differenzierung des Schweregrads der Störung.

Daher ist dieses Verfahren vor allem für klinische Stichproben gut geeignet (Petry, 1998) und wurde kürzlich unter der Bezeichnung *Glücksspielskalen für Screening und Verlauf* (Premper et al., 2013) neu aufgelegt. In dieser Veröffentlichung ist auch der *Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen* enthalten, der die kognitive und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen erfasst und sich aufgrund seiner Veränderungssensitivität insbesondere für den Einsatz im therapeutischen Setting eignet. Petry (1996) erstellte zudem in Anlehnung an den *Cage-Fragebogen* aus der alkoholbezogenen Diagnostik (Mayfield et al., 1974) den *CCCC-Questionnaire*, der vier glücksspielspezifische Merkmale – *cannot quit*, *chasing*, *craving* und *consequences* – umfasst. Bei zwei oder mehr positiven Antworten wird hierbei von DG ausgegangen, allerdings liegen für diesen Fragebogen keine empirischen Daten zur Testgüte vor.

Der *South Oaks Gambling Screen (SOGS)* ist weltweit eines der bekanntesten Verfahren, das bereits 1987 von Lesieur und Blume anhand der Kriterien des DSM-III entwickelt wurde und inzwischen in über 20 Sprachen vorliegt. Das aus 20 Fragen bestehende Instrument ist gut abgesichert und wird in vielen klinischen und epidemiologischen Studien eingesetzt, beispielsweise auch in den Repräsentativbefragungen der BZgA (2008, 2010, 2012, 2014). Die Reliabilität des SOGS für die Allgemeinbevölkerung sowie für klinische Stichproben ist zufriedenstellend, allerdings wird der Anteil an PSG in der Allgemeinbevölkerung überschätzt (Stinchfield, 2002).

Eine andere, weit verbreitete Möglichkeit stellt der *Lie-/Bet-Questionnaire* von Johnson und Kollegen (1997) dar. Er ist sehr ökonomisch und weist ausgezeichnete Sensitivitäts- und Spezifitätswerte auf (Johnson et al., 1997, 1998; Götestam et al., 2004), wobei er sich mit zwei Fragen auf zwei der Kriterien des DSM (Steigerung der Einsätze, Lügen aufgrund von Glücksspielen) beschränkt. Allerdings liegt für dieses Verfahren bislang ebenfalls keine deutschsprachige Validierung vor. Dies trifft auch auf ein weiteres sehr ökonomisches Instrument mit hoher Sensitivität und Spezifität zu: Der *Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS)* von Gebauer und Kollegen (2010) begnügt sich mit drei Fragen (Entzugserscheinungen, Verheimlichen des Spielverhaltens und Schulden/Geldleihen). Er basiert auf der Sekundäranalyse einer großen US-amerikanischen

Bevölkerungsstudie, bei der in stufenweisen Diskriminanzanalysen die diagnostischen Kriterien ermittelt wurden, die PSG von gesunden Personen unterscheiden. Zu diesem Fragebogen liegen bereits positive Erkenntnisse bezüglich der Anwendbarkeit unter den veränderten Rahmenbedingungen des DSM-5 vor (Brett et al., 2014). Parallel zum BBGS entwickelte die Arbeitsgruppe um Toce-Gerstlein (2009) den *NODS-CLiP*, der ebenfalls anhand von drei Fragen zu Kontrollverlust, Lügen und Eingenommenheit von Glücksspielen das pathologische Glücksspielverhalten erfasst. Auch hierfür gibt es bislang keine deutschsprachige Validierung.

3.4 Epidemiologie

Aktuell existieren für Deutschland acht Studien mit Prävalenzschätzungen zu DG (Bühringer et al., 2007; Buth & Stöver, 2008; BZgA, 2008, 2010, 2012, 2014; Sassen et al., 2011a; Meyer et al., 2011). Den Studien liegen die Kriterien des DSM-IV-TR zugrunde, dementsprechend wird zwischen pathologischem (5 oder mehr erfüllte Kriterien) und problematischem Glücksspielverhalten (3-4 erfüllte Kriterien) unterschieden. Über alle Studien hinweg zeigen 0,2-0,8 % der Bevölkerung ein pathologisches Glücksspielverhalten (12-Monats-Prävalenz), weitere 0,2-0,7 % ein problematisches Glücksspielverhalten. Betrachtet man alle Personen, die mindestens ein Kriterium des DSM-IV-TR erfüllen und damit von manchen Autoren als Risikospieleurinnen bzw. Risikospieleur bezeichnet werden, so trifft dies auf 1,1-1,4 % (12-Monats-Prävalenz) der Bevölkerung zu (Sassen et al., 2011a; Meyer et al., 2011).

Es ist gut möglich, dass die Studien sich in ihren Ergebnissen nur augenscheinlich unterscheiden. Eine Studie von Williams und Vollberg (2009) zeigt eindrücklich die Auswirkungen der Verwendung unterschiedlicher Instrumente und Erhebungsverfahren: Die Autoren vergleichen den Einsatz einer telefonischen versus Face-to-Face-Erhebung bei einem glücksspielspezifischen Studientitel sowie bei einer Betitelung aus dem Bereich Gesundheit und Freizeitgestaltung und testen die Auswirkungen von einem Filterkriterium bezüglich der Mindesthöhe des verspielten Einsatzes. Die Prävalenzraten bewegen sich dabei zwischen 0,8 % (telefonische Befragung, Studie aus dem Bereich Gesundheit und Freizeitgestaltung, Filter nach Mindesthöhe Einsatz) und 4,1 % (Face-to-Face-

Erhebung, glücksspielspezifische Studie, keine Beschränkung beim Mindesteinsatz). Bei den vorliegenden deutschen Studien (Bühringer et al., 2007; Buth & Stöver, 2008; BZgA, 2008, 2010, 2012, 2014; Sassen et al., 2011a; Meyer et al., 2011) wurde neben unterschiedlichen Erhebungsmethoden (Telefon- versus Telefon- und Onlinebefragung) auch das Filterkriterium *Mindesthöhe Einsatz* unterschiedlich gestaltet: So untersuchten etwa Bühringer und Kollegen (2007) nur Personen auf mögliches DG, die mindestens 50 € monatlich verspielten, während Buth und Stöver (2008) alle Personen in ihre Untersuchung aufnahmen, die mindestens einmal pro Woche an einem Glücksspiel teilnahmen. Ihre Prävalenzrate liegt im Vergleich mit anderen deutschen Studien höher, würde aber bei der Anwendung des Filterkriteriums in ihrer Studie ebenfalls erheblich reduziert werden (0,36 % statt 0,56 %) und somit innerhalb der Konfidenzintervalle der anderen deutschen Studien liegen (Buth & Stöver, 2009). Auch die aktuelle Studie der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA, 2014) findet Unterschiede in den Prävalenzschätzungen je nach Art der Stichprobenerhebung: In den bisherigen Erhebungen wurde jeweils ausschließlich eine Festnetzstichprobe befragt (BZgA, 2008, 2010, 2012), in der aktuellen Erhebung dagegen eine *Dual Frame-Stichprobe*, d.h. die Befragung fand über Festnetz und/oder Mobilnetz statt (BZgA, 2014). Hier findet sich unter den mobil erreichten Befragten eine 4,6-fach höhere Quote an Personen mit DG und eine 2,6-fach höhere Quote an Personen mit einem problematischen Glücksspielverhalten gegenüber den Befragten, die über das Festnetz erreicht wurden (BZgA, 2014).

Im internationalen Vergleich liegen die deutschen Prävalenzraten nach wie vor eher im unteren Bereich. In einem Überblick stellen Sassen und Kollegen (2011b) internationale Prävalenzraten aus den Jahren 2000 bis 2010 vor, die in Europa, den USA, Kanada, Australien und Asien zwischen 0,1 % und 4,5 % für problematisches Glücksspielen und zwischen 0,02 % und 2,0 % für pathologisches Glücksspielen liegen.

Für Deutschland existiert derzeit keine Längsschnittstudie zu DG. Die bislang durchgeführten Studien lassen keinen signifikanten Anstieg der Problematik beobachten. Allerdings zeigen die Ergebnisse der BZgA (2008, 2010, 2012, 2014) einen Trend nach oben: Während für das Jahr

2007 eine Prävalenzrate von 0,19 % berichtet wurde, lag diese im Jahr 2009 bei 0,45 %, 2011 bei 0,49 % und 2013 bei 0,82 %. Dieser Anstieg ist allerdings nicht signifikant (BZgA, 2012, 2014). Zudem muss bezüglich der Schätzung für das Jahr 2013 das veränderte Erhebungsverfahren (siehe oben) berücksichtigt werden (BZgA, 2014).

Bei einer genaueren Betrachtung der einzelnen Spielformen zeigen sich Unterschiede bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von DG: Für Sportwetten, Casinospiele und Geldspielgeräte ist das Risiko am höchsten, für Lotto am geringsten (Bühringer et al., 2007). Meyer und Hayer (2005) kommen in ihrer Befragung zu dem Ergebnis, dass etwa 80 % der Hilfesuchenden in den Beratungsstellen Probleme mit Geldspielgeräten (gewerbliches Automatenspiel) haben. Demgegenüber stehen etwa 6 %, die von Problemen mit Lotto berichten, wobei Lotto häufig als Sekundärproblem im Zusammenhang mit anderen Spielformen auftritt (Meyer & Hayer, 2005). Auch die BZgA (2012, 2014) berichtet von einem Zusammenhang der Auftretenshäufigkeit und der individuellen Glücksspielwahl. Demnach wurden unter allen Personen, die Sportwetten gespielt haben, insgesamt 20,0 % Personen mit mindestens problematischem Glücksspielverhalten identifiziert, wobei sich Unterschiede zwischen den einzelnen Wettarten fanden (Live-Wetten: 26,8 %, Oddset-Spielangebote: 24,1 %, „sonstige“ Sportwetten: 15,9 %, Pferdewetten: 7,4 %). Unter den Geldautomatenspielerinnen und Geldautomatenspielern fanden sich 28,6 % mit mindestens problematischem Glücksspielverhalten, bei Lotto „6 aus 49“ lag die Quote dagegen nur bei 2,9 % (BZgA, 2014).

3.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Grundlegend finden sich, wie auch bei Alkohol, Tabak und illegalen Drogen (Pabst et al., 2013), geschlechtsspezifische Unterschiede: Männer sind insgesamt häufiger von DG betroffen als Frauen. So fanden Buth und Stöver (2008) in ihrer Repräsentativerhebung einen Anteil von 80,8 % Männern unter den PSG. In der aktuellen Befragung der BZgA (2014) beträgt die Quote der männlichen PSG in der Bevölkerung 2,47 %, während der entsprechende Anteil weiblicher Betroffener bei 0,50 % (Odds Ratio: 3,12; KI = 1,58-6,13, $p < 0,05$) liegt (BZgA, 2014).

Allerdings ist nur jede zehnte Person in der ambulanten Beratung weiblich (Sonntag et al., 2007), sodass die Vermutung nahe liegt, dass Frauen

noch schlechter als Männer von professionellen Hilfeangeboten erreicht werden.

Im stationären Behandlungssetting lassen sich verschiedene Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Betroffenen erkennen. Beispielsweise berichten stationär behandelte weibliche PSG im Vergleich zu männlichen PSG signifikant häufiger über Traumatisierungen in Kindheit und Jugend sowie über Traumata im Erwachsenenalter (Vogelgesang, 2010). Dazu gehören das Kindes- und Jugendalter betreffend schwere und fortgesetzte Vernachlässigungen (22 % Frauen versus 11 % Männer), körperliche Misshandlungen (29 % Frauen versus 16 % Männer) sowie sexuelle Misshandlungen (35 % Frauen versus 4 % Männer), im Erwachsenenalter handelt es sich um Überfälle, Vergewaltigungen, lebensbedrohliche Unfälle (23 % Frauen versus 7 % Männer) und erlittene Gewalt in der Partnerschaft (15 % Frauen versus 1 % Männer; Vogelgesang, 2010).

3.6 Einflussfaktoren auf die Entwicklung pathologischen Glücksspielverhaltens

Verschiedene Einflussfaktoren sind bei der Entwicklung vom sozialen zum pathologischen Glücksspielverhalten relevant. Dazu gehören unter anderem biologische und kognitive Faktoren (Kapitel 3.6.1) sowie bereits im Vorfeld des DG vorliegende komorbide Erkrankungen (Kapitel 3.6.2).

3.6.1 Biologische und kognitive Faktoren bei der Entwicklung pathologischen Glücksspielverhaltens

Bei PSG findet sich ein verstärktes belohnungssuchendes Verhalten zusammen mit einer reduzierten Belohnungssensitivität (de Greck et al., 2010; de Ruiter et al., 2009; Goudriaan et al., 2005, 2006; Reuter et al., 2005) sowie eine geringere Bestrafungssensitivität (de Greck et al., 2010; de Ruiter et al., 2009; Goudriaan et al., 2005, 2006). Dies zeigt sich durch eine verringerte Aktivierung im ventralen Striatum und im ventromedialen präfrontalen Cortex (vmPFC) auf natürliche sowie auf spiellosoziierte Belohnungsreize. Dabei korreliert die Aktivierung des vmPFC negativ mit dem Schweregrad des DG (de Ruiter et al., 2009; Goudriaan et al., 2005; Reuter et al., 2005). Zudem finden sich gehäuft kognitive Verzerrungen sowie eine erhöhte Cue-Reaktivität in Hinblick

auf spielbezogene Schlüsselreize (Zack & Poulos, 2004, 2007). Des Weiteren zeigen Ergebnisse neurokognitiver Studien zur Impulsivität, dass PSG Probleme bei der Filterung irrelevanter Informationen haben und Störungen des Entscheidungsverhaltens sowie exekutiver Funktionen aufweisen, wie beispielsweise eine verminderte inhibitorische Kontrolle (Fuentes et al., 2006; Goudriaan et al., 2005, 2006; Alessi & Petry, 2003). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass PSG Funktionsveränderungen in Hirnregionen zeigen, die mit Belohnungsverarbeitung, Entscheidungsfindung und Inhibition potentiell nachteiligen Verhaltens assoziiert sind (Überblick bei Buchner & Wodarz, 2011).

3.6.2 Komorbide Erkrankungen

Bezüglich der komorbiden Erkrankungen zeigen epidemiologische Untersuchungen hohe Raten an affektiven Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sowie Persönlichkeitsstörungen (Meyer et al., 2011; Petry et al., 2005; Überblick bei Slecza et al., 2013). Zwar lässt sich aus den epidemiologischen Untersuchungen keine Reihenfolge des Auftretens der verschiedenen Störungen ableiten, allerdings findet sich für PSG im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine 3,8-fach erhöhte Chance für eine zeitgleiche affektive Störung (Meyer et al., 2011). Für Angststörungen oder substanzbezogene Störungen liegen die Odds Ratios bei 3,2 beziehungsweise 3,5 und für Persönlichkeitsstörungen bei 2,1, wobei insbesondere das Cluster B, d.h. die histrionische, antisoziale oder narzisstische Persönlichkeitsstörung oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung, mit einer Odds Ratio von 3,1 hervorzuheben ist (Meyer et al., 2011). Verschiedene klinische Studien weisen darauf hin, dass die Reihenfolge des Auftretens der Störungen Auswirkungen auf den Therapieverlauf hat und daher bei der Therapieplanung berücksichtigt werden muss (Kim et al., 2006; Petry et al., 2005; vergleiche auch Kapitel 3.8).

3.7 Typologie von Personen mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten

Bereits 2002 leiteten Blaszczynski und Nower aus verschiedenen Studien zu Entwicklungs- und Behandlungsfaktoren in dem sogenannten Pfadmodell (*pathways model*) eine Spielertypologie ab, die sich auch in einer späteren Metaanalyse (Milosevic & Ledgerwood, 2010) bestätigen

ließ. Dabei handelt es sich um folgende drei Spielertypen (Blaszczynski & Nower, 2002):

- (1) *Problemspielerinnen und Problemspieler mit konditioniertem Spielverhalten („behaviourally conditioned problem gamblers“):*

Bei den Betroffenen findet sich keine prämorbid Psychopathologie. Sie spielen primär aufgrund von konditioniertem Spielverhalten und verzerrten Kognitionen bezüglich der Gewinnerwartung, einer Missachtung des Wissens zur Unabhängigkeit von Ereignissen und/oder einem schlechten Urteilsvermögen sowie mangelhafter Entscheidungsfähigkeit. Mangelnde Impulskontrolle ist bei dieser Gruppe weniger relevant. In ihrem Glücksspielverhalten schwanken sie zwischen normalen und exzessiven Phasen. Mögliche auftretende affektive Störungen und komorbide Abhängigkeitserkrankungen sind bei ihnen eher eine Folge des DG.

- (2) *Emotional verletzbare Problemspielerinnen und Problemspieler („emotionally vulnerable problem gamblers“):*

Die Entstehungsbedingungen des DG sind in dieser Gruppe ähnlich den Glücksspielerinnen und Glücksspielern mit konditioniertem Spielverhalten. Allerdings liegen bei den Betroffenen bereits vor Beginn des DG Angststörungen und/oder Depressionen vor. Zudem weisen sie mangelhafte Bewältigungs- und Problemlösefähigkeiten auf, zeigen einen problematischen familiären Hintergrund und relevante traumatisierende Lebensereignisse. Sie nutzen das Glücksspiel primär zur Affektregulation.

- (3) *Antisozial impulsive Problemspielerinnen und Problemspieler („antisocial impulsivist problem gamblers“):*

Glücksspielerinnen und Glücksspieler in dieser Gruppe unterscheiden sich von den emotional verletzlichen Problemspielerinnen und Problemspielern insbesondere durch Impulsivität, antisoziale Persönlichkeitstendenzen und Aufmerksamkeitsdefizite, die sich in einer Vielzahl maladaptiver Verhaltensweisen inklusive komorbider Substanzabhängigkeit manifestieren.

Aktuell fanden sich bei einer Studie in der Allgemeinbevölkerung ebenfalls diese drei Subtypen (Nower et al., 2012). Die dort durchgeführte latente Klassenanalyse würde alternativ eine Zwei-Gruppen-Lösung

zulassen: PSG mit vorbestehender und/oder komorbider Psychopathologie und PSG ohne komorbide Psychopathologie (Nower et al., 2012). Da es sich aber – im Gegensatz zu den Grundlagen des Pfadmodells – hier um Daten aus der Allgemeinbevölkerung und nicht um Daten einer klinischen Stichprobe handelt, könnte der gefundene Unterschied auch auf unterschiedlichen Gruppengrößen in diesen beiden Populationen zurückzuführen sein.

Die Konsequenzen, die sich laut Blaszczyński und Nower (2002) aus dem Pfadmodell für die Therapie ableiten lassen, werden nachfolgend in Kapitel 3.8 dargestellt.

3.8 Therapie

Eine Schwierigkeit bei der Untersuchung der Wirksamkeit der Therapie von DG liegt darin, dass es bislang noch keine klare Definition von *Therapieerfolg* gibt. Je nach Definition können damit vier verschiedene Bereiche gemeint sein (Nower & Blaszczyński, 2008):

- (1) ein Rückgang in der Häufigkeit des Glücksspielens und der damit verbrachten Zeit,
- (2) Abstinenz oder kontrolliertes Glücksspielen, das es ermöglicht, den finanziellen Verpflichtungen nachzukommen,
- (3) die Abwesenheit klinischer Symptome eingeschränkter Kontrolle oder einer Suchtverlagerung oder
- (4) die Abwesenheit negativer Konsequenzen und eine verbesserte allgemeine Lebensqualität.

Dies erschwert die Vergleichbarkeit der bislang vorliegenden Befunde. Zudem ist derzeit auch die Frage nach dem Behandlungsziel offen: Zunächst wurde – analog der Therapie von substanzbezogenen Störungen – vielfach Abstinenz als Therapieziel definiert. Inzwischen liegen aber auch vielversprechende Studien zum *kontrollierten Spielen* vor (Dowling et al., 2009; Ladouceur et al., 2009; Ursua, 2008). Dieses Behandlungsziel wird – ebenfalls ähnlich der Ergebnisse zu kontrolliertem Substanzkonsum – von Personen bevorzugt, die ihre Fähigkeit zur Abstinenz anzweifeln (Dowling & Smith, 2007). Bislang konnte allerdings noch nicht geklärt werden, welche Faktoren den Behandlungserfolg bei kontrolliertem Spielen vorhersagen könnten (Dowling & Smith, 2007).

Derzeit gibt es noch keine eindeutige Präferenz für eine bestimmte psychotherapeutische Ausrichtung bei der Behandlung von DG (Winters & Kushner, 2003). Auch existiert bislang kein Therapieprogramm, das aktuelle Standards hinsichtlich des Wirksamkeitsnachweises erfüllt (Smith et al., 2013; Westphal, 2007). Daher werden nachfolgend aktuelle Erkenntnisse zu *Psychotherapie und Psychoedukation* (Kapitel 3.8.1) sowie zur *Pharmakotherapie* (Kapitel 3.8.2) vorgestellt.

3.8.1 Psychotherapie und Psychoedukation

In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe von Studien durchgeführt, welche die Überprüfung der Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Ansätze zum Ziel haben (Überblick bei Leibetseder et al., 2011, 2012; Cowlshaw et al., 2012). Insbesondere finden sich Untersuchungen zur Wirksamkeit kognitiver (Verhaltens-)Therapie, motivierender Gesprächsführung und angeleiteter Selbsthilfe (Carlbring et al., 2010; Raylu & Oei, 2010; Oei et al., 2010; Grant et al., 2009; Gooding & Tarrier, 2009; Westphal, 2007; Petry et al., 2006; Pallensen et al., 2005; Toneatto & Millar, 2004; Ladouceur et al., 2001) sowie zu multimodalen Therapieprogrammen (Shaffer et al., 2005; Stinchfield & Winters, 2001). In Anlehnung an die Erfahrungen aus der Behandlung stoffgebundener Abhängigkeiten wird zudem über *Cue Exposure* und Desensibilisierungstechniken nachgedacht (Grant et al., 2009; Kushner et al., 2007).

Im deutschsprachigen Raum wurde 2010 erstmalig ein Therapiemanual vorgelegt (Bachmann & El-Akhras, 2010), welches basierend auf langjähriger klinischer Praxis einen integrativen Behandlungsansatz mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt vorstellt. In der therapeutischen Arbeit liegt der Fokus auf der Bearbeitung der Ursachen des pathologischen Glücksspielverhaltens, Änderungen in Einstellung und Verhalten, Korrekturen im Umgang mit Geld, dem Aufbau von Alternativen sowie dauerhafter Stabilisierung und dem Erreichen zufriedenstellender Abstinenz. Dabei spielt auch die Vorbereitung auf und der Umgang mit möglichen Rückfällen (Marlatt & Gordon, 1985) eine wesentliche Rolle. International liegen inzwischen verschiedene Therapiemanuale mit kognitiv-behavioralem Schwerpunkt vor, etwa von Raylu und Oei (2010). Die Autoren betonen, dass das Programm explizit auf PSG ausgelegt ist, bei denen DG die primäre Problematik darstellt und

daher komorbide Störungen bei der Behandlungsplanung und -durchführung berücksichtigt werden müssen. In insgesamt 10 Sitzungen (siehe Abbildung 1) liegt der Fokus auf der kognitiven Restrukturierung. Zudem sind Psychoedukation, Techniken zur Selbstkontrolle, sowie Entspannungs- und imaginative Verfahren Bestandteile des Prozesses. Weiterhin werden Problemlöse- und Zielerreichungsfähigkeiten, der Umgang mit negativen Emotionen und eine Rückfallprophylaxe erarbeitet (Raylu & Oei, 2010). Die Autoren plädieren dafür, gegebenenfalls in weiteren Sitzungen ergänzend Geld- und Schuldenmanagement sowie Selbstsicherheitstrainings zu integrieren und die Angehörigen in die Arbeit einzubeziehen (Raylu & Oei, 2010).

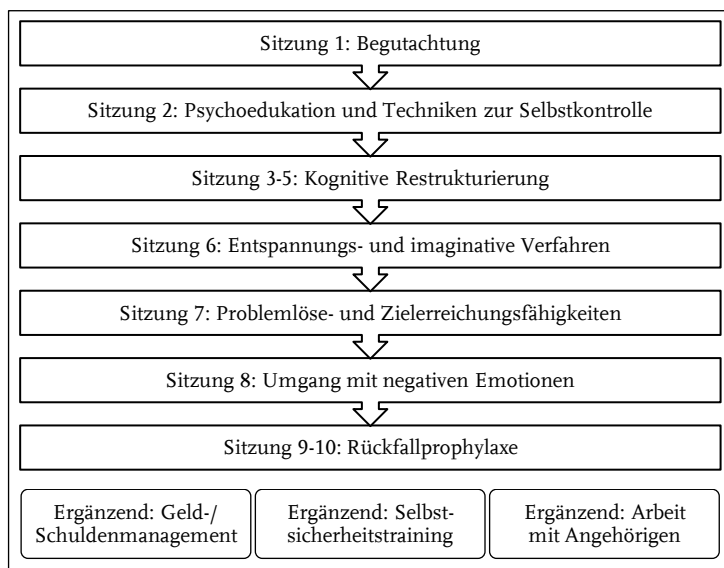


Abbildung 1: Ablauf von kognitiv-behavioraler Therapie für PSG nach Raylu und Oei (2010; eigene Abbildung)

Andere Autoren, z.B. Hand (2004), leiten aus den Funktionalitäten des Spielverhaltens Implikationen für die Therapie ab: Bei PSG mit überwiegend positiver Verstärkung wird davon ausgegangen, dass diese von Psychoedukation und kognitiven Interventionen zur Beseitigung ihrer Fehlannahmen über das Glücksspielen und über die eigene Person profitieren. Bei Personen, die das Glücksspielen im Sinne negativer

Verstärkung zur Vermeidung unangenehmer Stimmungen und Emotionen nutzen, sollte der Fokus dagegen auf einer zunächst ursachenbezogenen Intervention und der Vermittlung von Coping-Strategien für den Umgang mit negativen Befindlichkeiten liegen (Hand, 2004).

Auch Blaszczyński und Nower (2002) leiten aus ihrer Typologie von PSG Implikationen für die Therapie ab (vergleiche Kapitel 3.7). Sie gehen davon aus, dass *Problemspielerinnen und Problemspieler mit konditioniertem Spielverhalten* eine hohe Behandlungsmotivation aufweisen und zumeist mit minimalen Interventionen oder Beratungsangeboten bereits optimal unterstützt werden können. Für die zweite Gruppe, die *emotional verletzlichen Problemspielerinnen und Problemspieler*, erkennen sie einen größeren Handlungsbedarf: Hier müssen die zugrundeliegenden Problematiken von Angsterkrankungen und/oder Depressionen sowie die mangelhaften Bewältigungs- und Problemlösefähigkeiten im therapeutischen Prozess berücksichtigt und bearbeitet werden. Die größte Herausforderung in Therapie und Beratung sind aus ihrer Sicht die *antisozial impulsiven Problemspielerinnen und Problemspieler*. Diese sind nicht nur schwer zur Behandlungsaufnahme zu bewegen, sondern zeigen darüber hinaus auch eine geringe Compliance und haben hohe Therapieabbruchraten. Zudem reagieren sie kaum auf Interventionen. Bislang existieren allerdings noch keine Therapiemanuale oder evaluierte strukturierte Behandlungsansätze für PSG, die diese Unterschiede aufgreifen.

Die Bedeutung komorbider Störungen für die Behandlung von DG sowie die Auswirkungen auf die Behandlungsplanung wurden bislang kaum explizit in Studien untersucht. Es wird davon ausgegangen, dass zunächst die Primärstörung behandelt werden sollte (Lindenmeyer, 2013): So sollten bei einer zugrundeliegenden Depression zunächst die depressiven Symptome reduziert werden, bevor im Anschluss das DG therapeutisch angegangen wird (Kim et al., 2006). Dies gilt analog für andere komorbide psychische Störungen inklusive substanzbedingte Störungen (Lindenmeyer, 2013).

Die Relevanz für die praktische Arbeit liegt insbesondere darin, dass Art und Ausmaß komorbider Störungen bei der Beratung und Behandlung von PSG beachtet werden müssen und dass bei einem entsprechendem

Verdacht eine diagnostische Abklärung erfolgen sollte (Lindenmeyer, 2013; Petry et al., 2005). Dies sollte auch umgekehrt bei Vorliegen einer psychiatrischen Störung für den Ausschluss von DG gelten.

3.8.2 Pharmakotherapie

Neben den psychotherapeutischen Interventionen wurden in den letzten Jahren auch unterschiedliche pharmakologische Behandlungsansätze geprüft. Bislang wurden Antidepressiva, Opioid-Antagonisten, Stimmungsstabilisierer, atypische Antipsychotika oder andere Wirkstoffe eingesetzt (Grant et al., 2014). Allerdings gibt es derzeit lediglich auf Studien basierende Hinweise und noch keine Medikation, für die die Zustimmung der entsprechenden Regulierungsbehörden vorliegt (Grant et al., 2014). Zusammenfassend empfehlen Grant und Kollegen (2003) Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, wenn komorbide Störungen und/oder bestimmte Symptome (Zwangsgedanken, Craving oder Drang zu Spielen) vorliegen. Bei PSG mit einem sehr hohen Drang zu spielen und ohne komorbide Störungen scheinen sich Opioid-Antagonisten gut für die Behandlung zu eignen (Grant et al., 2003, 2006, 2014). Dies scheint umso mehr auf die Patientinnen und Patienten zuzutreffen, in deren Familiengeschichte alkoholbezogene Störungen auftreten (Grant et al., 2008). In einer 6-Monats-Katamnese konnte gezeigt werden, dass sich die positiven Effekte der Behandlung bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten auch nach Absetzen der Medikation aufrechterhalten lassen (Dannon et al., 2011).

Bezüglich Stimmungsstabilisierer oder atypischer Antipsychotika gibt es bislang keine signifikanten Effekte im Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe bezüglich des Glücksspielverhaltens (Grant et al., 2014), allerdings findet sich in manchen Studien eine signifikante Reduktion des Spieldrangs und der Gedanken an Glücksspiel (Hollander et al., 2005). Bei anderen Wirkstoffen, etwa Modafinil, zeigen sich Unterschiede zwischen Betroffenen mit einer hohen und solchen mit einer niedrigen Impulsivität, wobei sich Betroffene mit hoher Impulsivität unter Medikation bezüglich ihrer Glücksspielmotivation verbessern (Zack & Poulos, 2004). Auch konnte unter Memantine eine Verbesserung der kognitiven Flexibilität zusammen mit einer Verbesserung des Glücksspielverhaltens erreicht werden (Grant et al., 2010).

Allerdings werfen viele der Studien zur pharmakologischen Behandlung Fragen auf (Grant et al., 2014). So werden beispielsweise Studienteilnehmende zumeist nur über Zeiträume von 11-16 Wochen untersucht (Grant et al., 2014). Zudem liegt die Therapieabbruchrate häufig bei über 50 % (Grant et al., 2006). Dadurch wird die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erheblich eingeschränkt. Des Weiteren berücksichtigen bisherige Studien die Heterogenität der Studienteilnehmenden nicht oder nur unzureichend und nutzen häufig klinische Gruppen, die möglicherweise nicht repräsentativ sind (Grant et al., 2014). Daher bedarf es weiterer Untersuchungen, bevor eine abschließende Einschätzung der pharmakologischen Therapie vorgenommen werden kann.

4 Das Versorgungssystem für pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler

In Deutschland existiert ein gut ausdifferenziertes Versorgungssystem mit spezialisierten Hilfen für unterschiedliche psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen. Die Versorgung von PSG findet in diesem etablierten System mit klaren Zuständigkeiten bei den Kostenträgern statt. Im stationären Bereich werden Patientinnen und Patienten entweder in einer psychosomatischen Abteilung oder einer Suchtabteilung behandelt, wobei die Zuweisung zu einer der beiden Fachrichtungen anhand der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation von DG (Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, 2001) erfolgt. Allerdings ergeben sich durch den spezifischen Bedarf der Klientel neue Fragestellungen beziehungsweise Anforderungen. Daher wurden Struktur und Inanspruchnahme stationärer Behandlung in einer eigenen Studie analysiert, die nachfolgend im Überblick vorgestellt wird (Kapitel 4.1). Anschließend werden Schlussfolgerungen aus den vorgelegten Ergebnissen gezogen (Kapitel 4.2).

4.1 Struktur und Inanspruchnahme stationärer Behandlung in Deutschland

Das nachfolgende Kapitel ist eine Zusammenfassung der Veröffentlichung *Inpatient Treatment for Pathological Gamblers in Germany: Setting, Utilization, and Structure* im *Journal of Gambling Studies* (2015). Der Originalartikel befindet sich im Anhang (Anhang I, 1).

Obwohl PSG durch ihre Erkrankung schwer belastet sind und dringend einer adäquaten Unterstützung bedürfen, ist bislang nur wenig über die Struktur und Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch diese Klientel bekannt. Daher wurde in einer Studie erstmalig die Inanspruchnahme des stationären Behandlungssystems in Deutschland durch betroffene Glücksspielerinnen und Glücksspieler erhoben und untersucht, welche strukturellen Unterschiede sich zwischen den beiden Fachrichtungen Psychosomatik und Sucht finden. Dazu wurden zwei Herangehensweisen gewählt: Zum einen wurden Daten des primären Kostenträgers für diese Klientel, der *Deutschen Rentenversicherung*

(DRV), in Hinblick auf Charakteristika der behandelten PSG analysiert. Zum anderen wurden standardisierte Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von stationären Rehabilitationseinrichtungen in ganz Deutschland, die PSG behandeln, geführt, in denen eine Beurteilung des Hilfesystems für diese Klientel, deren Zugang zur stationären Behandlung sowie die Strukturmerkmale der Kliniken erfasst wurden.

Es zeigt sich, dass die Anzahl der PSG, die aufgrund ihrer Erkrankung in stationären Einrichtungen behandelt wurden, in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen ist: Während im Jahr 1998 lediglich 161 Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose DG und 175 Patientinnen und Patienten mit Nebendiagnose DG stationär behandelt wurden, waren es im Jahr 2011 bereits 1.362 Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose DG und 876 Patientinnen und Patienten mit Nebendiagnose DG. In Anbetracht der Prävalenzraten (12-Monats-Prävalenz 0,35 %; Meyer et al., 2011) nahm somit nur 1 % der Betroffenen eine stationäre Therapie in Anspruch. Bezogen auf das Jahr 2011 waren im stationären Setting die meisten Männer 30-39 Jahre alt, während bei Frauen der Altersgipfel bei 40-49 Jahren lag. Der Großteil (90,0 %) aller stationär behandelten PSG war männlich. Der Frauenanteil bei Erstdiagnose DG betrug 11,1 %, bei Nebendiagnose 8,3 %. Nahezu alle Patientinnen und Patienten (92,9 %), die im Jahr 2011 behandelt wurden, wiesen mindestens eine Nebendiagnose auf. Hier zeigen sich ebenfalls Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Lediglich 4,6 % der Frauen hatten genau eine Diagnose, während bei Männern der Anteil 7,4 % betrug. Im Gegensatz dazu war der Anteil an Frauen mit fünf Nebendiagnosen signifikant größer als der der Männer.

Die Zufriedenheit von Vertreterinnen und Vertretern stationärer Einrichtungen ($n = 51$) unterscheidet sich hinsichtlich dem außerhalb stationärer Einrichtungen liegenden Versorgungssystem für PSG (13,7 % sehr gut, 39,2 % zufriedenstellend, 37,3 % wenig zufriedenstellend, 9,8 % schlecht). Es bestehen signifikante Unterschiede zwischen kleinen Einrichtungen, d.h. insgesamt maximal 88 Plätze, und großen, d.h. insgesamt mehr als 88 Plätze ($p = .005$): 69,2 % der Vertreterinnen und Vertreter kleiner Einrichtungen beurteilen das Behandlungssystem als sehr gut oder zufriedenstellend, während 64,9 %

der Vertreterinnen und Vertreter großer Einrichtungen das Behandlungssystem wenig zufriedenstellend oder schlecht einstufen.

Als wichtigster Zugangsweg zur stationären Einrichtung werden von nahezu allen Vertreterinnen und Vertretern Beratungsstellen angeführt (96,2 %; 51). Etwa die Hälfte nennt als weitere wichtige Zugangswege Querverlegungen von anderen stationären Einrichtungen (50,9 %; 27) oder Selbstmeldungen durch Betroffene (45,3 %; 24).

Bezüglich der Strukturmerkmale der Kliniken zeigt sich, dass Kliniken, die ausschließlich über eine Suchtabteilung verfügen, eine mittlere Gesamtkapazität von 85,8 Plätzen (30-248 Plätze) haben und im Schnitt 29,3 PSG pro Jahr (1-210 PSG) behandeln. Kliniken mit ausschließlich einer psychosomatischen Abteilung verfügen im Schnitt über eine Gesamtkapazität von 126,3 Plätzen (50-180 Plätze) und behandeln durchschnittlich 53,3 PSG pro Jahr (10-150 PSG). Einrichtungen mit beiden Abteilungen bieten im Mittel 186,1 Plätze (78-345 Plätze) und behandeln durchschnittlich 76,4 PSG im Jahr (5-290 PSG).

Bei der Betrachtung aller Kliniken findet sich eine durchschnittliche Therapiedauer von 14,6 (Standardabweichung [SD] = 4,9) Wochen in der Suchtabteilung und von 7,8 (SD = 2,0) Wochen in der psychosomatischen Abteilung, wobei es keine Unterschiede in der Therapiedauer zwischen Kliniken mit einer oder beiden Abteilungen gibt. Allerdings unterscheiden sich die Therapiedauern bei der Behandlung in der Suchtabteilung. Diese Unterschiede betreffen sowohl Kliniken, die DG entweder als Erst- und Nebendiagnose behandeln oder ausschließlich als Nebendiagnose, als auch Kliniken, die entweder wenige oder viele PSG behandeln, sowie Kliniken, die einen niedrigen oder einen hohen Anteil an PSG an allen Patienten aufweisen.

Einrichtungen, die Patientinnen und Patienten mit DG als Erst- und Nebendiagnose behandeln, betreuen im Vergleich zu Einrichtungen, die DG lediglich als Nebendiagnose behandeln, viele PSG und weisen einen hohen Anteil von PSG an allen Patientinnen und Patienten auf. Der gleiche Befund zeigt sich bei Einrichtungen mit einem spezifischen Behandlungsprogramm. Bezüglich eines spezialisierten Behandlungsangebots für Angehörige finden sich keine Unterschiede zwischen den

Einrichtungen in Bezug auf die Anzahl der behandelten PSG oder ihren Anteil an allen Patientinnen und Patienten.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse einen deutlichen Anstieg der Anzahl stationär behandelter PSG in den vergangenen Jahren. Obwohl es inzwischen mehr Behandlungsmöglichkeiten gibt, ist der Zugang zur Therapie noch immer mangelhaft. Barrieren, die den Zugang zum Hilfesystem erschweren, müssen identifiziert und beseitigt werden. Professionelle Helferinnen und Helfer müssen darin geschult werden, DG zu diagnostizieren und PSG in eine passende Behandlung zu vermitteln. Dies scheint insbesondere auf betroffene Frauen zuzutreffen, die in der stationären Therapie unterrepräsentiert sind, obwohl sie aufgrund komorbider Erkrankungen noch schwerer belastet zu sein scheinen.

Derzeit gibt es noch keine Daten darüber, ob die Zuweisung zur psychosomatischen Abteilung oder zur Suchtabteilung den Behandlungserfolg beeinflusst. Des Weiteren ist offen, welche Behandlungsansätze mit welchem Ergebnis für diese Patientinnen und Patienten genutzt werden. Studien, die sich mit diesen Fragestellungen auseinandersetzen, sind daher notwendig.

Ein weiteres bedeutsames Ergebnis findet sich bei der Betrachtung der Unterstützung für Angehörige von PSG: Obwohl mehr als die Hälfte aller stationären Einrichtungen (61 %) als Teil des Behandlungsplans eine Beratung für Angehörige anbieten, handelt es sich in der Regel um wenig auf DG spezialisierte Angebote, die zudem nicht primär zur Entlastung der Angehörigen konzipiert sind. Aufgrund der gravierenden Auswirkungen auf Angehörige (Krishnan & Orford, 2002) ist die Entwicklung und der Aufbau eines Angebots für diese Klientel als Maßnahme der Gesundheitsförderung notwendig.

4.2 Schlussfolgerungen zum Versorgungssystem für betroffene Glücksspielerinnen und Glücksspieler

Die Studie zur Struktur und Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch PSG gibt erstmalig einen Einblick in die Charakteristika stationärer Behandlungsmöglichkeiten für diese Klientel in Deutschland. Die Daten sind relevant bei Überlegungen zum weiteren Ausbau des Versorgungssystems, der vermutlich vor dem Hintergrund stetig steigender Behandlungszahlen notwendig sein wird. Durch die derzeitige Liberalisierung des Angebots (vergleiche Kapitel 2) und die damit zusammenhängende zunehmende Verfügbarkeit von Glücksspielen sowohl terrestrisch als auch im Internet muss zudem mit einem Anstieg an PSG gerechnet werden, die ebenfalls vom Versorgungssystem aufgefangen werden müssen. Diese Überlegungen sollten in die künftige Planung der Versorgung einbezogen werden.

Allerdings braucht es künftig nicht nur Daten zur Struktur und Inanspruchnahme, sondern auch für den Gebrauch in Deutschland validierte Screening- und Diagnoseinstrumente sowie Daten zu Behandlungsinhalten und -ergebnissen. Des Weiteren sind evaluierte Behandlungsprogramme notwendig, die auf den Bedarf der PSG abgestimmt sind, gegebenenfalls vorliegende komorbide Erkrankungen berücksichtigen und gleichzeitig auf die Rahmenbedingungen im vorhandenen Versorgungssystem zugeschnitten sind. Gemeinsam mit betroffenen PSG sollten adäquate Behandlungsziele festgelegt werden (vergleiche Kapitel 3.8.1). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Diskussion über eine einheitliche Definition von Behandlungserfolg. Weiterhin sollten die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen (vergleiche Kapitel 3.5) in einer gendersensiblen Behandlung berücksichtigt werden.

5 Bedarf und Möglichkeiten der Angehörigenarbeit

Trotz der Verbesserung des Angebots für PSG in den letzten Jahren existieren nach wie vor kaum spezialisierte Hilfsangebote für ihre Angehörigen. Dies trifft umso mehr auf die Angehörigen zu, deren spielende Familienmitglieder keine professionellen Hilfen in Anspruch nehmen. Auch in ambulanten Einrichtungen sind Angebote für Angehörige rar, insbesondere finden sich kaum flächendeckende Programme. Zudem sind vorhandene Maßnahmen in der Regel nicht evaluiert. Ein weiteres Problem ist, dass die Finanzierung von Angeboten für Angehörige häufig nicht klar geregelt bzw. gesichert ist.

Nachfolgend wird zunächst die Bedeutung der Arbeit mit Angehörigen (Kapitel 5.1) dargestellt, wobei Erkenntnisse zur Angehörigenarbeit im Bereich der psychischen Erkrankungen (Kapitel 5.1.1) und der Suchterkrankungen (Kapitel 5.1.2) berücksichtigt werden und der Bedarf für die Arbeit mit Angehörigen von PSG (Kapitel 5.1.3) herausgearbeitet wird. Anschließend werden als vorhandene Konzepte der Angehörigenarbeit (Kapitel 5.2) das Konzept der Co-Abhängigkeit (Kapitel 5.2.1) und das alternative Stress-Strain-Coping-Support-Modell (Kapitel 5.2.2) dargestellt. Im Kapitel 5.3 wird der Frage nachgegangen, in welchem Bereich – Beratung, Psychotherapie, Prävention oder Gesundheitsförderung – Angehörigenarbeit verortet werden kann (Kapitel 5.3.1) und wie eine angemessene Evaluation der Angehörigenarbeit aussehen könnte (Kapitel 5.3.2).

Mit dem Begriff *Angehörige* werden in der Folge anlog der Definition von Lesieur und Custer (1984) alle Personen bezeichnet, die durch die Glücksspielproblematik der/des PSG mit belastet sind, wie beispielsweise Partnerinnen und Partner, Eltern, Kinder, weitere Familienmitglieder oder Freundinnen und Freunde, Bekannte sowie Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen.

5.1 Die Bedeutung der Arbeit mit Angehörigen

Die Arbeit mit Angehörigen körperlich und/oder psychisch Erkrankter kann aus zwei verschiedenen Perspektiven betrachtet werden: Zum einen kann sich diese Arbeit positiv auf den Genesungsprozess der Indexpatientinnen und Indexpatienten auswirken. Zum anderen können die Angehörigen an sich von Maßnahmen profitieren, da nicht nur die Erkrankten belastet sind, sondern auch für deren Angehörige enorme Belastungen entstehen, für die adäquate Bewältigungsstrategien entwickelt werden müssen.

Bezüglich der Auswirkungen auf den Genesungsprozess zeigt etwa Uchino (2006), dass soziale Unterstützung generell einen bedeutsamen Einfluss auf Entstehung, Auslösung und Verlauf somatischer und psychischer Erkrankungen hat. Auch andere Autoren (McDaniel et al., 2004) fanden einen positiven Einfluss der Familie auf Compliance, Behandlungsverlauf und Lebensqualität, ebenso wie niedrigere Mortalitätsraten bei Krebserkrankungen (Hibbard & Pope, 1993; Ell et al., 1992; Welin et al., 1992) und Infektionserkrankungen (Lee & Rotheram-Borus, 2001; Patterson et al., 1996).

Belastungen für Angehörige zeigen sich in vielen Bereichen: So müssen diese unter anderem mit Veränderungen in sozialen Rollen, mit finanziellen Problemen und mit Störungen der täglichen Aktivitäten beziehungsweise Zeitpläne zurechtkommen (Hickman & Douglas, 2010). In einer Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2003) finden sich bei pflegenden Angehörigen höhere Depressivität, größerer Stress, geringeres Wohlbefinden und eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung als bei nicht-pflegenden Angehörigen, wobei zum Teil die Belastung der Angehörigen höher ist als die der Indexpatientinnen und Indexpatienten (Dew et al., 2004). Zudem leiden auch gesunde Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten unter einer klinisch bedeutsamen Progredienzangst (Zimmermann et al., 2012). Im Bereich der psychischen Erkrankungen kommt zudem noch eine Belastung durch die Stigmatisierung der Erkrankung hinzu (Rüsch, Corrigan et al., 2011; Corrigan et al., 2006; Corrigan & Miller, 2004; Crisp et al., 2005; Rüsch et al., 2004, 2005). Dies gilt insbesondere für den Bereich der Suchterkrankungen, wobei vor allem sogenannte

„Verhaltenssüchte“ auf Charakterfehler zurückgeführt werden und daher einem noch stärkeren Stigma unterliegen (Konkoly Thege et al., 2015).

5.1.1 Angehörigenarbeit bei psychischen Erkrankungen

Angehörige psychisch Erkrankter leiden unter der Belastung, die durch die Stigmatisierung der Erkrankung hervorgerufen wird (Gubman & Tessler, 1987). Einerseits werden die Erkrankten gesellschaftlich diskriminiert (Wood et al., 2014; Angermeyer & Matschinger, 2003), andererseits erleben auch ihre Angehörigen eine Stigmatisierung, wobei der Begriff des *erweiterten Stigmas* beziehungsweise *courtesy stigma* herangezogen wird (Goffman, 1963; Corrigan et al., 2006; Corrigan & Miller, 2004; Östman & Kjellin, 2002). Dabei lassen sich drei Bereiche unterscheiden (Rüsch et al., 2005, Corrigan & Miller, 2004):

- (1) *Öffentliche Stigmatisierung*, d.h. Familien werden wegen des erkrankten Familienmitglieds gemieden, Vorurteile und Erwartungen setzen die Familien weiter unter Druck, die auf diese Stigmatisierung häufig mit Scham reagieren.
- (2) *Selbststigmatisierung der Familie*, d.h. die Stigmatisierung des erkrankten Familienmitglieds führt zu einem verringerten Selbstwertgefühl der Angehörigen.
- (3) *Belastung der Familie*, d.h. Angehörige leiden stellvertretend mit unter der Stigmatisierung des erkrankten Familienmitglieds.

Verschiedene Studien zeigen, dass Angehörige aus diesen Gründen häufig die Erkrankung der Betroffenen in ihrem Umfeld verschweigen (Corrigan & Millar, 2004; Östman & Kjellin, 2002; Phelan et al., 1998). Dies stellt auch eine Barriere im Hilfesuchverhalten von Angehörigen dar (Clement et al., 2014; Hing et al., 2013; Rüsch, Evans-Lacko et al., 2011; Phelan et al., 1998): Angehörige suchen aus Scham nicht nach professionellen Unterstützungsmöglichkeiten, sondern versuchen, die Problematik familienintern zu lösen. Daher ist es relevant, neben den Erkrankten auch ihre Angehörigen zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren und bestehende Barrieren abzubauen (Hing et al., 2013; Pulford et al., 2008). Allerdings bedeutet dies gleichzeitig, dass den Angehörigen auch entsprechend evaluierte Angebote zur Verfügung gestellt werden müssen. Im Bereich psychischer Erkrankungen finden sich diese vor allem in der Angehörigenarbeit bei Schizophrenie (Ernst,

1956; Unger et al., 2005), Depressionen (Hill, 1998; Bischof, 2004) und Essstörungen (Zitarosa et al., 2012) sowie bei substanzbezogenen Störungen (Meyers et al., 1998, 1999; Bischof & Freyer, 2006; Bischof, 2012) oder als störungsübergreifende Angebote (Wilms et al., 2005). Dabei sollte der Fokus in der Angehörigenarbeit nicht nur auf der Störung des erkrankten Familienmitglieds liegen, sondern immer auch beziehungsspezifische Aspekte einbeziehen (Wittmund et al., 2005).

5.1.2 Angehörigenarbeit bei Suchterkrankungen

Für die Arbeit mit Angehörigen bei Suchterkrankungen existiert inzwischen zwar eine Reihe unterschiedlicher Programme, allerdings richten sich die Angebote in der Regel an Angehörige von Alkoholabhängigen (vergleiche Schmidt, 2007). Zumeist liegt der Fokus darauf, betroffene Sucherkrankte zu einer Behandlungsaufnahme zu motivieren, wie beispielsweise bei der *Johnson Intervention* (Johnson, 1986) oder dem *Pressures to Change*-Programm (Barber & Crisp, 1995). Auch bei dem *Community reinforcement and family training* (CRAFT; Meyers et al., 1998, 1999) ist die Motivierung des erkrankten Familienmitglieds zur Behandlungsaufnahme das zentrale Ziel. Hier spielt aber auch die Verbesserung der Lebensqualität der Angehörigen eine Rolle. Viele Angehörige sehen allerdings bei den oben genannten Programmen ihre eigenen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt (Copello et al., 2005). Orford und Kollegen (2009) zufolge lässt sich der Hilfebedarf von Angehörigen grundlegend in zwei Bereiche unterteilen:

- (1) Angebote, die es Angehörigen ermöglichen, die Behandlung des betroffenen Familienmitglieds möglichst gut zu unterstützen und die sie, soweit notwendig und sinnvoll, in die Behandlung einbeziehen.
- (2) Angebote, die Angehörige in ihren eigenen Rechten unterstützen, wozu auch gehört, dass ihre eigenen Erfahrungen anerkannt und verstanden werden, sie hilfreiche Informationen erhalten und dabei unterstützt werden, hilfreiche Wege des Umgangs mit der Erkrankung und der belastenden Situation zu entwickeln.

Dabei sind die Erfahrungen der Angehörigen unabhängig von der Art der Substanz oder des Glücksspiels sowie unabhängig von Geschlecht, Beziehungsstatus oder kulturellem Hintergrund sehr ähnlich (Copello,

Templeton et al., 2010b): Angehörige beschreiben häufig Auseinandersetzungen in Bezug auf Geld und Besitz und machen sich Sorgen um ihr erkranktes Familienmitglied. Themen sind dabei Häufigkeit und Menge der Substanzeinnahme beziehungsweise des Glücksspiels, die physische und psychische Gesundheit, finanzielle Angelegenheiten, die Vernachlässigung grundlegender Bedürfnisse, die Vernachlässigung von Schule, Ausbildung oder Beruf sowie die Vernachlässigung weiterer Familienmitglieder (Orford, Copello et al., 2010; Orford, Velleman et al., 2010). Bei den Angehörigen selbst treten häufig gestörter Schlaf und Müdigkeit, eigener Substanzgebrauch, gestörtes Essverhalten und Gewichtsschwankungen, psychische und physische Symptome, wie schlechte Konzentrationsfähigkeit, Angst, Panik, Depressionen oder Suizidgedanken sowie Kopf- und Rückenschmerzen, Asthma, Haarausfall, Verdauungsbeschwerden, Kurzatmigkeit oder Migräne, und eine Beeinträchtigung der generellen Gesundheit auf (Orford, Copello et al., 2010; Orford, Velleman et al., 2010). Aus diesem Grund benötigen Angehörige Unterstützungsmöglichkeiten, die ihnen dabei helfen, ihre Erfahrungen zu verstehen, zu verarbeiten und konstruktiv damit umzugehen.

Insgesamt gibt es bislang nur wenige Studien, die sich mit Unterstützungsangeboten für Angehörige befassen. Dennoch deuten die bisherigen Ergebnisse darauf hin, dass es sinnvoll ist, Angehörigen spezielle Hilfen zur Verfügung zu stellen (Schmidt, 2007).

5.1.3 Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspielen

Schätzungen zufolge sind pro erkranktem PSG weitere 6-15 Personen, d.h. Partnerinnen und Partner, Eltern, Geschwister, andere Verwandte sowie Freundinnen und Freunde oder Kolleginnen und Kollegen, mit betroffen (Lobsinger & Beckett, 1996; Lesieur & Custer, 1984). Es gibt noch keine Untersuchung, die diese Zahlen für den deutschsprachigen Raum überprüft, allerdings zeigt eine repräsentative Studie aus Norwegen, dass dort – bei vergleichbarer Prävalenz (Bakken et al., 2009) – mindestens 2 % der Allgemeinbevölkerung nahe Familienmitglieder von PSG sind (Wenzel et al., 2008). Neuere Zahlen einer finnischen sowie einer schwedischen Bevölkerungsstudie gehen sogar davon aus, dass fast 20 % der Befragten eine bzw. einen PSG entweder in der Familie oder im engen Freundeskreis haben (Salonen et al., 2014; Svensson et

al., 2013). Daher ist die Unterstützung dieser Klientel auch aus einer Public-Health-Perspektive heraus notwendig.

Bezüglich ihrer Problemlage leiden Angehörige von PSG in ähnlicher Weise unter der Erkrankung wie Angehörige Substanzabhängiger. So treten bei ihnen finanzielle Probleme, Angst vor (weiteren) Schulden und der Verlust der finanziellen Sicherheit auf (Dowling, Rodda et al., 2014; Suomi et al., 2013; Downs & Woolrych, 2010; Patford, 2009; Dickson-Swift et al., 2005). Des Weiteren finden sich interpersonelle Konflikte (Dickson-Swift et al., 2005; Grant Kalischuk, 2006) sowie ein erhöhtes Risiko, häusliche Gewalt zu erleben (Dowling, Jackson et al., 2014; Suomi et al., 2013; Afifi et al., 2010; Copello et al., 2009; Korman et al., 2008). Zudem zeigen sich negative Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit, beispielsweise Schlafstörungen oder Kopfschmerzen (Wenzel et al., 2008). In einer Studie berichten 27 % der Angehörigen von Suizidgedanken und -versuchen (Lorenz & Yaffee, 1988).

Daher ist es notwendig, diese Klientel in ihren eigenen Rechten zu stärken und ihnen präventiv gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Verfügung zu stellen. Zudem könnte Angehörigenarbeit auch in diesem Bereich analog der Erfahrungen, die bei alkohol- und anderen substanzbezogenen Störungen gemacht wurden (Copello et al., 2000), dazu beitragen, Stress und Symptome der betroffenen PSG zu reduzieren und diese gegebenenfalls zur Behandlungsaufnahme bewegen. So zeigt beispielsweise der CRAFT-Ansatz (Community Reinforcement and Family Training; Meyers et al., 1998, 1999), dass Angehörige Substanzabhängiger einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion des Konsumverhaltens der Betroffenen und zur vermehrten Inanspruchnahme von Hilfen durch Betroffene leisten können (Bischof & Freyer, 2006). Eine auf diesem Ansatz aufbauende Kurzintervention für Angehörige von PSG zeigt ebenfalls erste positive Ergebnisse (Makarchuk et al., 2002). Zudem gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Behandlungsergebnis der Betroffenen: Eine größere soziale Unterstützung ist mit einer längeren Glücksspielabstinenz assoziiert (Petry & Weiss, 2009). Dieser Aspekt kann durch den Einbezug von Angehörigen bei der Behandlung von PSG genutzt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass spezifisch auf Angehörige von PSG ausgerichtete Interventionsangebote notwendig und sinnvoll sind und zur Gesundheitsförderung der Angehörigen beitragen können. Gleichzeitig kann damit ein positiver Einfluss auf das Glücksspielverhalten der PSG sowie auf deren Behandlungsaufnahme und die Aufrechterhaltung der Abstinenz erreicht werden.

5.2 Konzepte der Angehörigenarbeit

Im Bereich der Suchterkrankungen sind vorrangig zwei Konzepte bei der Arbeit mit Angehörigen relevant: Das historisch gewachsene Konzept der Co-Abhängigkeit (Kapitel 5.2.1) sowie das aktuelle Stress-Strain-Coping-Support-Modell (Kapitel 5.2.2).

5.2.1 Co-Abhängigkeit

Der Begriff der *Co-Abhängigkeit* geht ursprünglich auf die in den 1950er Jahren in den USA gegründeten *Al-Anon*, die Angehörigengruppe der *Anonymen Alkoholiker*, zurück. Ihr Ziel war, eine gemeinsame Identität zu entwickeln und gemeinsam Strategien zu erarbeiten, um Ohnmachtsgefühle im Umgang mit der alkoholabhängigen Partnerin bzw. dem alkoholabhängigen Partner zu reduzieren. Gleichzeitig sollte der Begriff das eigene Leid als Folge der Suchterkrankung ausdrücken (Calderwood & Rajesparam, 2014; Uhl & Puhm, 2007). Es handelte sich somit um eine Problembeschreibung. In der Zwischenzeit hat sich der Begriff allerdings hin zu einer Diagnose verändert (Krestan & Bepko, 1990). Die sekundäre Pathologie, die als Folge der Suchterkrankung zu sehen war, wurde zur Primärpathologie, die die Sucht der Indexpatientin bzw. des Indexpatienten nicht nur erzeugt, sondern auch verstärkt und/oder aufrechterhält (Krestan & Bepko, 1990). Teilweise werden Angehörige mit dem Attribut *Co-Abhängigkeit* als kränker dargestellt, als die suchterkrankten Indexpatientinnen und Indexpatienten. Somit findet häufig eine Schuldzuschreibung statt: Durch den Begriff der *Co-Abhängigkeit* werden Angehörige stigmatisiert, ihnen wird eine Schuld an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung zugeschrieben. Feuerlein und Kollegen (1999) fassen dies folgendermaßen zusammen:

Der Begriff „Co-Abhängiger“ macht grundsätzlich auch den Angehörigen zum „Abhängigen“ und so zu einem behandlungsbedürftigen Patienten. Damit sind nicht die (falschen) Verhaltensweisen in der Beziehung zwischen Angehörigem und Krankem Gegenstand der Behandlung, sondern die Person des Angehörigen selbst. Daß [sic] auch der Angehörige manchmal einer Behandlung bedarf, ist unbestritten. Ein „Automatismus“ könnte Ursache und Wirkung der Alkoholkrankheit verkehren, den Alkoholiker seiner Verantwortung für sich selbst entheben und zu Schuldzuweisungen an die Angehörigen führen – alles Problemfelder, die der Bewältigung der Alkoholerkrankung durch den Betroffenen wenig förderlich sind. (Feuerlein et al., 1999, S. 129/130)

Bis heute gibt es keine klare und allgemein gültige Definition des Begriffes *Co-Abhängigkeit*. Die verwendeten Definitionen sind sehr unterschiedlich: So wird *Co-Abhängigkeit* als Primärerkrankung in jedem Mitglied einer Alkoholikerfamilie beschrieben (Wegscheider-Cruse, 1984). Alternativ wird darunter ein emotionales, psychologisches und verhaltensmäßiges Problemlösemuster verstanden, das aus den Regeln in den Familien und nicht als Ergebnis des Alkoholismus entsteht (Subby, 1987; Subby & Friel, 1984). Andere Autoren sehen in der *Co-Abhängigkeit* eine Persönlichkeitsstörung, die durch pathologische Abhängigkeit von einer anderen Person gekennzeichnet ist (McGovern & DuPont, 1992), oder Haltungen und Verhaltensweisen von Personen, die durch ihr Tun und Unterlassen dazu beitragen, dass der süchtige oder suchtgefährdete Mensch süchtig oder suchtgefährdet bleiben kann (Fengler, 1994). Calderwood und Rajesparam (2014) zufolge finden sich allein in dem Bestseller *Codependent no more* (Beattie, 1992) 200 Charakteristika des Konzepts *Co-Abhängigkeit*. Dem Begriff fehlt zudem ein klares, zugrundeliegendes Konzept sowie empirische Belege (Uhl & Puhm, 2007; Schmidt, 2007).

Insgesamt gibt es keinen Grund, die Mehrzahl der Bezugspersonen von Suchterkrankten pauschal als persönlichkeitsgestört oder krank zu pathologisieren (Klein, 2000; Orford, Copello et al., 2010). Festzuhalten bleibt, dass es sich bei den betroffenen Angehörigen grundsätzlich um normale Menschen in außerordentlichen Lebensumständen handelt (Orford et al., 2007, 2009; Orford, Copello et al., 2010; Orford, Velleman et al., 2010; Copello et al., 2010a, 2010b).

5.2.2 Stress-Strain-Coping-Support-Modell

Mit dem *Stress-Strain-Coping-Support-Modell* (Orford et al., 2007, 2009; Orford, Copello et al., 2010) existiert ein ressourcenorientiertes alternatives Konzept mit zahlreichen empirischen Belegen (Orford et al., 2009; Orford, Copello et al., 2010; Orford, Velleman et al., 2010; Copello et al., 2000, 2005, 2009, 2010a, 2010b), das als Basis für die Arbeit mit Angehörigen verwendet werden kann: Demnach befinden sich Angehörige von Suchterkrankten aufgrund der Erkrankung des Familienmitglieds in hoch belastenden Lebensumständen (*Stress*), wodurch sie einer hohen Beanspruchung (*Strain*) ausgesetzt sind. Die Auswirkungen der belastenden Situation werden durch Bewältigungsstrategien (*Coping*) und soziale Unterstützung (*Support*) moderiert (vergleiche Abbildung 2). Dabei wurden in qualitativen Studien drei Kategorien von Bewältigungsstrategien identifiziert (Krishnan & Orford, 2002; Copello et al., 2010a; Orford, Copello et al., 2010; Orford, Velleman et al., 2010):

- (1) *Involvierte Bewältigungsstrategien* („*engaged coping*“),
z.B. Offenlegen eigener Erwartungen bezüglich des Beitrags der/des Suchterkrankten zum familiären Zusammenleben, Darlegen, dass Gründe beziehungsweise Ausreden für den Konsum nicht mehr akzeptiert werden, oder gemeinsames Klären der finanziellen Situation der/des Suchterkrankten
- (2) *Tolerant-akzeptierende Bewältigungsstrategien* („*tolerant accepting coping*“),
z.B. die Situation als unveränderlich hinnehmen, Drohungen aussprechen, die nicht eingehalten werden (können), oder Entschuldigungen für den Konsum beziehungsweise das Glücksspielverhalten finden
- (3) *Zurückziehend-eigenverantwortliche Bewältigungsstrategien* („*withdrawal coping*“),
z.B. eigenen Interessen und Hobbies nachgehen, die Interessen anderer Familienmitglieder über die Bedürfnisse der/des Suchterkrankten stellen oder sich selbst etwas Gutes tun

Bei Angehörigen finden sich in der Regel in unterschiedlichem Ausmaß Strategien aus allen Bereichen, wobei jede Strategie für die Angehörigen verschiedene Vor- und Nachteile hat (Copello et al., 2010a). Angehörige

mit involvierten oder mit tolerant-akzeptierenden Bewältigungsstrategien zeigen Studien zufolge eine höhere Belastung als Angehörige mit zurückziehend-eigenverantwortlichen Strategien (Orford, Templeton et al., 2010).

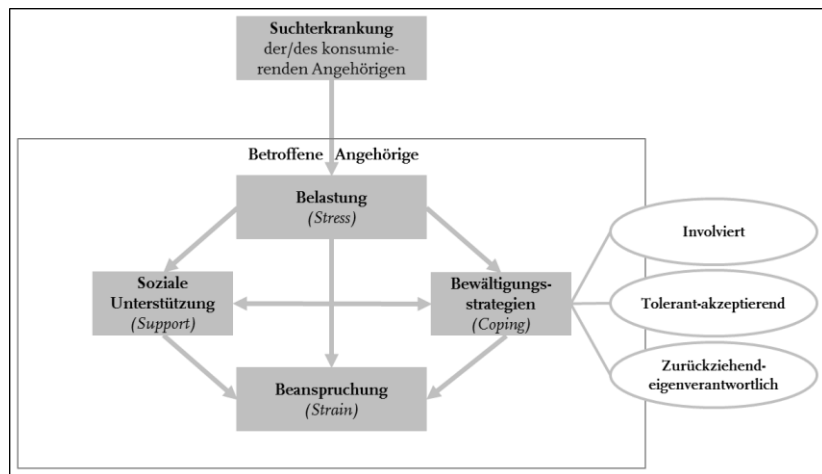


Abbildung 2: Stress-Strain-Coping-Support-Modell (Orford et al., 2007, 2009; Orford, Copello et al., 2010; eigene Darstellung)

Eine auf diesem Modell basierende Intervention ist die *5-Step Method* (Orford et al., 2007; Copello et al., 2010a, 2010b). Demnach ist es wichtig, dass professionelle Helferinnen und Helfer (1) Angehörigen zuhören, ihnen Mut machen und ihre Sorgen ernst nehmen, (2) hilfreiche Informationen bereitstellen, (3) nicht-direktiv über Bewältigungs- und Problemlösestrategien beraten, (4) dabei helfen, soziale Unterstützung aufzubauen und (5) gegebenenfalls den Kontakt zu weiteren spezialisierten Hilfen herstellen (Copello et al., 2011).

5.3 Verortung und Evaluation von Angehörigenarbeit

Die Notwendigkeit adäquater Angehörigenarbeit steht mittlerweile außer Frage. Es ist allerdings offen, ob Angehörigenarbeit Beratung, Psychotherapie, Prävention oder Gesundheitsförderung zuzuordnen ist (Kapitel 5.3.1). Zudem bedarf es bei der Entwicklung von Maßnahmen in diesem Bereich angemessener Wirksamkeitsprüfung und Evidenzbasierung (Kapitel 5.3.2).

5.3.1 Angehörigenarbeit: Beratung, Psychotherapie, Prävention oder Gesundheitsförderung?

Wie eben dargestellt sind betroffene Angehörige einer besonderen Belastung ausgesetzt und haben einen entsprechenden Unterstützungsbedarf, sie sind aber nicht grundsätzlich Menschen mit einem eigenen Störungsbild. Es stellt sich daher die Frage, in welchem Bereich Maßnahmen für diese Klientel anzusiedeln sind: Handelt es sich um Beratung oder Psychotherapie oder um präventive beziehungsweise gesundheitsförderliche Maßnahmen? Diese Frage spielt nicht nur für das Selbstverständnis der Angehörigen eine Rolle, sondern auch bei der Zuständigkeit von potentiellen Kostenträgern und damit letztlich auch für die Zugänglichkeit des Angebots. Um Interventionen für Angehörige einem der genannten Bereiche zuordnen zu können, braucht es zunächst Definitionen und Unterscheidungsmöglichkeiten.

Beratung hat als primäres Ziel, psychische Kompetenz und Handlungskompetenz zu fördern, vorhandene Ressourcen zu aktivieren, neue Ressourcen zu erschließen und störende Faktoren abzubauen (BDP, 2000). Beratung setzt am Erleben und Verhalten ein. Wesentlich ist, dass durch Informationsvermittlung die Handlungsgrundlage der/des Beratungssuchenden verbessert werden soll und diese bzw. dieser im Anschluss an den Beratungsprozess eigenständig die Entscheidung beziehungsweise Veränderung vornimmt (Perrez & Baumann, 2011).

Psychotherapie setzt ebenso am Erleben und Verhalten an, ist aber im Unterschied zur Beratung auf die Behandlung von Menschen ausgerichtet, die eine Störung mit Krankheitswert haben und vermindert so die Prävalenz einer Störung. Im Gegensatz zur Beratung ist in der Therapie die Unterstützung der Umsetzung der intendierten Veränderung wesentlicher

Bestandteil des Prozesses (Perrez & Baumann, 2011). Zusammenfassend ist Psychotherapie *„ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“* (Hoyer & Wittchen, 2011, S. 435).

Zwischen Beratung und Psychotherapie gibt es eine Vielzahl an Überschneidungen. So beruhen beispielsweise die überwiegende Anzahl der Beratungskonzeptionen auf psychotherapeutischen Ansätzen (Rechtien, 2013). Zudem werden in der Praxis der Beratung häufig auch Interventionen vorgenommen und Umsetzungsprozesse begleitet.

Zu dem Bereich der *Prävention* finden sich ebenfalls enge Überschneidungen: Unter Prävention werden im Allgemeinen jene Maßnahmen gefasst, die der Vorbeugung oder Verhinderung einer psychischen oder physischen Störung dienen und damit vor einem potentiellen Auftreten einer Erkrankung ansetzen. Dabei wird in der Regel eine weitere Aufteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention vorgenommen (Caplan, 1964):

- (1) *Primäre Prävention*: Maßnahmen aus diesem Bereich greifen vor dem Eintreten der Erkrankung und richten sich dementsprechend an alle bislang noch nicht erkrankten Menschen. Sie zielen darauf ab, das zukünftige Entstehen einer Krankheit zu verhindern und somit die Inzidenz zu vermindern.
- (2) *Sekundäre Prävention*: Hierunter fallen alle Maßnahmen zur Früherkennung und Verhinderung der Progredienz und Chronifizierung einer Krankheit. Zeitpunkt der Maßnahmen ist somit das Frühstadium einer Erkrankung; Zielgruppe sind dementsprechend Personen, die bereits betroffen sind. Diese Maßnahmen werden häufig auch als *(Früh-)Intervention* bezeichnet.

- (3) *Tertiäre Prävention*: Dieser Bereich befasst sich mit der Verhinderung von Folgeschäden und Rückfällen aufgrund bereits vorhandener Erkrankungen. Somit greifen diese Maßnahmen nach Manifestation beziehungsweise Akutbehandlung einer Erkrankung.

Im Unterschied dazu verwendet Gordon (1983, 1987) die Begriffe *universelle, selektive und inzidierte Prävention*. Er grenzt ausdrücklich alle Personen aus, die bereits das Vollbild einer Erkrankung aufweisen und schließt somit den Bereich der tertiären Prävention aus seiner Definition aus. Dieser Definition zufolge richten sich Maßnahmen der *universellen Prävention* an die Allgemeinbevölkerung und können ohne weitere professionelle Hilfestellung angewandt werden. Bei der *selektiven Prävention* handelt es sich dagegen um Maßnahmen, die sich explizit an eine Gruppe mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Krankheit richten, von ihrer Ausgestaltung her aber eng an Maßnahmen universeller Prävention angelehnt sind und beispielsweise Aufklärungsarbeit enthalten (Leppin, 2007). Diese beiden Untergruppen lassen sich dem Bereich der *Primärprävention* zuordnen. Dagegen richtet sich *indizierte Prävention* explizit an all diejenigen, die bereits Anzeichen des als problematisch ausgemachten Verhaltens zeigen oder bei denen das Problem in der Frühphase diagnostiziert wurde. Dieser Bereich entspricht somit der *Sekundärprävention* (Leppin, 2007).

Die Zuordnung einzelner Präventionsmaßnahmen zu den Bereichen ist zum Teil schwierig vorzunehmen. Diese Problematik hängt auch damit zusammen, dass bereits die Abgrenzung von Risikofaktoren und Erkrankung problematisch ist (Leppin, 2007). Zudem lassen sich Behandlung beziehungsweise Therapie und Prävention nicht trennscharf voneinander abgrenzen: Maßnahmen im Bereich der sekundären Prävention dienen der (Früh-)Intervention bei Erkrankungen und können somit auch dem kurativen Bereich zugerechnet werden. Analog dazu können Maßnahmen aus dem Bereich der tertiären Prävention als Rehabilitation begriffen werden (Leppin, 2007).

Es zeigt sich, dass eine klare und eindeutige Unterscheidung zwischen kurativen und präventiven Maßnahmen nicht möglich ist. Dementsprechend bezeichnet Hafen (2005) Prävention als „*Intervention auf*

Ursachenebene“ und Behandlung als *„Intervention auf Problemebene“* (Hafen, 2005, S. 234). Er schlägt daher vor, unter Prävention all diejenigen Maßnahmen zu fassen, *„die zum Ziel haben, ein noch nicht bestehendes Problem zu verhindern, während alle Massnahmen [sic], die ein manifestes Problem als Anlass haben, der Behandlung zugerechnet werden“* (Hafen, 2005, S. 273). Zudem plädiert er dafür, die Bezeichnung *„Früherkennung/Frühbehandlung“* für alle Maßnahmen einzuführen, die das Ziel haben, Probleme in einem frühen Stadium zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zur Behandlung einzuleiten (Hafen, 2005, S. 274).

Unterstützungsangebote für Angehörige können nicht nur unter dem Blickwinkel der Vermeidung künftiger Erkrankungen dieser Klientel gesehen werden, sie können auch als Maßnahmen der *Gesundheitsförderung* verstanden werden. Der Begriff wurde erstmalig in den 1970er Jahren verwandt und von der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta 1986 als Neuausrichtung des Gesundheitsverständnisses festgeschrieben. In der Regel wird der Begriff zur Bezeichnung verschiedener ressourcenorientierter Maßnahmen genutzt, wobei eine genaue Definition häufig ausbleibt (Naidoo & Wills, 2010). Neben der Stärkung individueller Kompetenzen zur Verbesserung der Widerstandskraft gegenüber Risikofaktoren und Störungen spielen auch *„Aktivitäten zur Veränderung der sozialen, wirtschaftlichen und physischen Umweltbedingungen, die zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen beitragen können“* (Nutbeam, 1998, nach Naidoo & Wills, 2010, S. 77) eine zentrale Rolle. Die beiden Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich nicht trennscharf voneinander abgrenzen und werden häufig analog verwendet (Leppin, 2007), auch wenn sie sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung unterscheiden: Prävention ist auf die Vorbeugung und Verhinderung von Krankheiten ausgerichtet, während Gesundheitsförderung die Unterstützung der Gesundheit fokussiert (Perrez & Hilti, 2011). Beide Begriffe bezeichnen bei gemeinsamer Zielsetzung unterschiedliche Interventionsformen mit differierenden Wirkungsprinzipien (Hurrelmann et al., 2007).

Eine weitere definatorische Schwierigkeit liegt darin, dass sich beispielsweise Beratung auch als eine Methode der Prävention und Gesundheitsförderung auffassen lässt (Perrez & Hilti, 2011). Beratung trägt

laut Definition durch Informationsvermittlung dazu bei, die Handlungsgrundlage der Ratsuchenden zu verbessern und kann somit im Bereich der selektiven Prävention beziehungsweise der Sekundärprävention genutzt werden.

Aus den eben angeführten Begriffsdefinitionen können Schlussfolgerungen für die Einordnung von Unterstützungsangeboten für Angehörige von PSG abgeleitet werden. Diese Zuordnung ist beispielsweise entscheidend dafür, wer entsprechende Angebote durchführen darf (Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten oder Beraterinnen bzw. Berater), wer dies vorhält (ambulante bzw. stationäre Therapieeinrichtungen oder Beratungsstellen) sowie für die Finanzierung des Angebots, etwa als kuratives oder präventives Angebot.

Grundlegend lassen sich Unterstützungsangebote je nach Schwerpunktsetzung und gewählter Methode in unterschiedlichem Ausmaß allen Bereichen zuordnen: Wenn es um die Klärung der Situation und Entscheidungshilfen geht, ist Beratung das Mittel der Wahl. Sind Angehörige durch die chronisch belastende Situation bereits in ihrer eigenen Gesundheit beeinträchtigt und selbst erkrankt, benötigen sie kurative Maßnahmen, z.B. Psychotherapie. Gleichzeitig können Unterstützungsangebote für diese Klientel präventive Maßnahmen im Sinne Hafens (2005) sein, da Angehörige ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung verschiedener Problematiken haben (vergleiche Kapitel 5.1). Zudem können diese Angebote auch als Maßnahmen der Gesundheitsförderung aufgefasst werden, wenn die Stärkung und Aktivierung vorhandener Ressourcen im Mittelpunkt steht. Somit muss jeweils das individuelle Angebot bezüglich der Zielsetzung und Ausrichtung geprüft und entsprechend zugeordnet werden.

5.3.2 Evaluation von Angehörigenarbeit

Auch Angehörigenarbeit muss evaluiert werden. Dabei stellt sich die Frage, welche Aspekte in welcher Art und Weise erfasst werden sollen. Grundlegend gilt es, in allen Projektphasen der Entwicklung und Implementierung neuer Unterstützungsmöglichkeiten adäquate Kriterien und Messinstrumente zu integrieren, wobei üblicherweise zwischen den folgenden drei Bereichen unterschieden wird (Loss et al., 2010):

- (1) *Strategieevaluation*: Während der Planungsphase gilt es, Qualitätskriterien zu berücksichtigen und vorhandene Erkenntnisse aus Forschung und Praxis in das Konzept zu integrieren. Das Konzept muss stimmig zur bisherigen Forschung sein. Ziel ist, bereits vor der Umsetzung eine Qualitätssicherung zu erreichen.
- (2) *Prozessevaluation*: Während der Projektdurchführung werden Umsetzung des Projekts und Zielgruppenerreichung geprüft, um so zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beizutragen und Umsetzungsprobleme möglichst frühzeitig zu identifizieren.
- (3) *Ergebnisevaluation*: Nach Abschluss der Maßnahme werden die vorab definierten Zielkriterien hinsichtlich einer Veränderung geprüft. Daraus ergeben sich Erkenntnisse zu potentiellen Verbesserungsmöglichkeiten sowie zur erreichten Wirksamkeit. Voraussetzung hierfür ist, dass bereits im Voraus Überlegungen zu Zielerreichung und Wirkmechanismen angestellt werden.

Übertragen auf die Angehörigenarbeit bedeutet dies, dass bei der Konzeptentwicklung (*Strategieevaluation*) vorhandene Erkenntnisse berücksichtigt werden müssen, etwa durch die Nutzung des *Stress-Strain-Coping-Support-Modells* (Orford et al., 2007, 2009; Orford, Copello et al., 2010; vergleiche Kapitel 5.2.2) und des damit zusammenhängenden Wissens um Bewältigungsmöglichkeiten. Darüber hinaus können bereits vorhandene Konzepte der Angehörigenarbeit aus anderen Bereichen genutzt werden (vergleiche Kapitel 5.1.1) sowie Konzepte aus dem Bereich der Stressprävention beziehungsweise der Burnout-Prophylaxe. Hier gibt es Erkenntnisse zur Wirksamkeit, wobei derzeit kognitiv-verhaltensorientierte Programme, die zum Teil mit Entspannungstechniken ergänzt werden, sowie körperliche Entspannungsangebote mit moderaten Ergebnissen am besten belegt sind (Ruotsalainen et al., 2014; Günthner

& Batra, 2012). Allerdings weisen die Studien in der Regel nur eine geringe Qualität auf (Ruotsalainen et al., 2014). Günstig ist insbesondere die Kombination mit psychoedukativen Maßnahmen, wobei die Problemzentrierung sowie die Nachhaltigkeit eine zentrale Rolle spielen (Günthner & Batra, 2012). Die meisten Beispiele für Programme zum Stressmanagement stammen aus der Arbeitswelt, müssen direkt an die entsprechende Situation angepasst werden und sind nicht unmittelbar auf andere Bereiche übertragbar (Ruotsalainen et al., 2014; Günthner & Batra, 2012).

Im nächsten Schritt müssen bei der Realisierung von Projekten Faktoren der *Prozessevaluation* kontinuierlich verfolgt werden. Zudem braucht es die Definition von Kriterien, die die *Ergebnisevaluation* ermöglichen. Aufgrund der bei Angehörigen identifizierten Problematiken (vergleiche Kapitel 5.1.3) ist es sinnvoll, Auswirkungen von Unterstützungsmaßnahmen auf das subjektive Stresserleben sowie auf die subjektive Belastung zu erheben. Zudem können gegebenenfalls ergänzend Fragebögen zur Erfassung der generellen Gesundheit eingesetzt werden. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Beziehungsverhältnisse, beispielsweise Eltern, Partnerinnen und Partner oder Kinder, kann zusätzlich über den Einsatz von Fragebögen zur Partnerschaft beziehungsweise zum Familienklima nachgedacht werden, etwa mit der *Paardagnostik mit dem Gießen-Test* (Brähler & Brähler, 1993) oder dem *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik* (FPD; Hahlweg, 1996). Zudem kann die soziale Unterstützung beispielsweise mit dem *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung* (F-SozU; Fydrich et al., 2007) erhoben werden.

Um die eben angesprochenen Bereiche des Stresserlebens, der subjektiven Belastung und des Gesundheitszustandes zu erfassen, bietet sich beispielsweise bezüglich des chronischen Stresses der vergangenen drei Monate das *Trierer Inventar zum chronischen Stress* (TICS; Schulz et al., 2004) an. Alternativ kann mit dem *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ; Fliege et al., 2001, 2005) die subjektive Wahrnehmung, Bewertung und Weiterverarbeitung von Stressoren festgestellt werden. Eine weitere Möglichkeit stellt der *Stressverarbeitungsbogen* (SVF und SVF120; Erdmann & Janke, 2008) dar, mit dem Bewältigungs- und Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen erfasst werden. Die aktuelle

Befindlichkeit kann beispielsweise mit dem *Kurzfragebogen zur aktuellen Beanspruchung* (KAB; Müller & Basler, 1993) erfasst werden. Dieser Test eignet sich auch gut bei Testwiederholungen in kurzen Zeitabständen und lässt sich daher gut zur Veränderungsmessung nutzen. Zur Erfassung der psychischen Belastung der vergangenen sieben Tage bietet sich die *Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version* (SCL-90-R; Franke, 1995) oder der *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Kurzform der SCL-90-R (deutsche Version)* (BSI; Franke, 2000) an. Eine alternative Möglichkeiten stellt das *Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38* (KPD-38; Percevic, 2005; Percevic et al., 2005) dar, mit dem sich körperliches, psychisches und soziales Befinden erfassen lassen.

Zudem können Lebensqualität beziehungsweise Lebenszufriedenheit mit den *Skalen zur Erfassung der Lebensqualität* (SEL; Averbek et al., 1997) sowie dem *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit* (FLZ; Fahrenberg et al., 2000) erhoben werden. Eine weitere Möglichkeit könnte in der Erfassung eines potentiellen Burnouts, beispielsweise mit den *Burnout-Screening-Skalen* (BOSS; Geuenich & Hagemann, 2014), bestehen.

Bei der Erfolgsmessung der Angehörigenarbeit muss ein weiterer Faktor berücksichtigt werden: Es ist – wie auch bei betrieblichen Maßnahmen zur Stressprävention (Ruotsalainen et al., 2014) – in der Regel von einem Fortbestehen der belastenden Situation auszugehen. Daher könnte als alternativer Erfolgsfaktor die Aufnahme einer Therapie der betroffenen PSG herangezogen werden, wie dies beispielsweise im Rahmen der Forschung zu CRAFT genutzt wird (Meyers et al., 1998, 1999; Bischof & Freyer, 2006), da durch eine Änderung des Glücksspielverhaltens auch eine Änderung der belastenden Situation erfolgt. Allerdings ist davon auszugehen, dass auch die Therapie und Nachsorgephase von den Angehörigen als belastend erlebt wird, insbesondere, da in dieser Zeit Rückfälle in vorherige Verhaltensweisen häufig zu beobachten sind (Premper et al., 2014). Hinzu kommt, dass in vielen Fällen das Vertrauensverhältnis innerhalb der Beziehung massiv aufgrund vorangegangener krankheitsbedingter Handlungen beeinträchtigt ist (siehe Kapitel 5.1.3). Auch dies wirkt noch über eine potentielle Therapieaufnahme hinaus nach und trägt zu einem Fortbestehen der belastenden Situation bei. Daher kann der

Erfolg einer Unterstützungsmaßnahme für Angehörige nicht allein aus der Therapieaufnahme der/des PSG abgelesen werden.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Wirksamkeitsprüfung von Unterstützungsangeboten für Angehörige beachtet werden sollte, ist, dass sich aus der jeweiligen Zuordnung zum kurativen oder präventiven Bereich Herausforderungen ergeben: So besteht bei Angeboten im *kurativen Bereich* die Problematik, dass Angehörige nicht per se eine eigene Störung aufweisen und somit keine klare Diagnose vergeben werden kann (vergleiche Kapitel 5.1 und 5.2). Dies ist beim Einsatz von Instrumenten, die für den klinischen Bereich entwickelt wurden, zu bedenken. Zudem treten auch bei der Veränderungsmessung, wie sie beispielsweise im Rahmen von Psychotherapiestudien durchgeführt wird, unterschiedliche Probleme auf, etwa bezüglich der korrekten Diagnostik oder der Outcome-Definition, weshalb die Ergebnisse von verschiedenen methodischen Aspekten abhängen (Überblick über methodische Probleme bei Bottlender et al., 2000).

Bei der Zuordnung der Angebote zum *präventiven Bereich* besteht das grundsätzliche Problem, dass Veränderungen aufgrund von Präventionsmaßnahmen schwer messbar und nicht eindeutig auf eine bestimmte Maßnahme zurückführbar sind (Experten- und Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“, 2014). Daher ist die Evidenzbasierung, die sich auch aus den Kriterien der Strategieevaluation (vergleiche Kapitel 5.3.2) ergibt, von hoher Relevanz. Konzeptbegründung und -realisierung sowie die Bewertung des Handelns spielen dementsprechend eine zentrale Rolle.

Insgesamt kann also die Frage nach der Erfolgsmessung in der Angehörigenarbeit nicht generell beantwortet werden, sondern muss stimmig zur jeweiligen Unterstützungsmaßnahme unter Berücksichtigung der allgemeinen Anforderungen an die verschiedenen Aspekte der Evaluation erfolgen.

6 Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspielerinnen und Glücksspieler

Inzwischen gibt es international verschiedene Angebote für Angehörige von PSG, etwa paartherapeutische Ansätze wie die *Adapted Couple Therapy* (Bertrand et al., 2008) oder das *Integrative System-Based Couple Treatment Model* (Lee, 2002, 2009). Eine weitere Möglichkeit stellt das *Coping Skills Training* (Rychtarik & McGillicuddy, 2006) dar. Zudem existiert eine auf dem CRAFT-Ansatz basierende Kurzintervention für Angehörige (Hodgins et al., 2007; Makarchuk et al., 2002). Diese Angebote stammen aus dem angloamerikanischen Raum und sind auf Deutsch weder verfügbar noch evaluiert. Zudem beziehen sie sich ausschließlich auf Partnerinnen bzw. Partner von PSG, nicht auf weitere Angehörige, wie beispielsweise Eltern oder Geschwister. Auch gibt es derzeit keine Beratungs-, Therapie-, Präventions- oder Gesundheitsförderungsangebote, die primär oder ausschließlich als Unterstützung für Angehörige konzipiert sind. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Arbeit zunächst das *Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ* (ETAPPE) für den Einsatz in (Sucht-)Beratungsstellen oder ähnlichen Einrichtungen entwickelt und untersucht. Da allerdings durch lokal angebotene Programme keine flächendeckende Versorgung der Angehörigen möglich ist und um die Vorteile eines niedrigschwelligen E-Mental-Health-Angebots nutzen zu können, wurde basierend auf den Erfahrungen aus dem ETAPPE-Projekt mit „*Verspiel nicht mein Leben*“ – *Entlastung für Angehörige* (EfA) ein Online-Angebot für diese Klientel entwickelt.

Beide Unterstützungsangebote richten sich an Angehörige, die durch das Glücksspielverhalten einer ihnen nahestehenden Person – Partnerin oder Partner, Eltern, Kinder, andere Familienmitglieder oder weitere Angehörige, wie z.B. Freundinnen oder Freunde – belastet sind. Zudem können die Angebote unabhängig vom derzeitigen Spiel- oder Hilfesuchverhalten der PSG genutzt werden. Somit wird die oben beschriebene Forderung von Orford und Kollegen (2009) aufgegriffen, Angebote zur Verfügung zu stellen, die Angehörige in ihren eigenen Rechten berücksichtigen, ihnen hilfreiche Informationen zum Krankheitsbild vermitteln und bei der Erarbeitung von Coping-Strategien unterstützen.

6.1 Entlastungstraining für Angehörige pathologischer und problematischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)

Nachfolgend wird das *Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ* (ETAPPE) vorgestellt. Zunächst werden Rahmenbedingungen und Hintergründe erläutert (Kapitel 6.1.1) und die Inhalte des Trainings angeführt (Kapitel 6.1.2), bevor die Ergebnisse der Prozessevaluation (Kapitel 6.1.3) und der Ergebnisevaluation (Kapitel 6.1.4) sowie der Katamneseerhebung (Kapitel 6.1.5) dargestellt werden. Abschließend wird ein erstes Fazit zu den gewonnenen Erkenntnissen gezogen (Kapitel 6.1.6).

6.1.1 Rahmenbedingungen und Hintergründe

Aufgrund der Neuartigkeit des Angebots war es bei der Entwicklung von ETAPPE zunächst essentiell, grundsätzliche Überlegungen vorzunehmen und zu prüfen, inwieweit Akzeptanz und Zielgruppenerreichung mit diesem Programm umgesetzt werden können. Weiterhin stellt sich die Frage, ob es sich aufgrund existierender Rahmenbedingungen, z.B. finanzieller und zeitlicher Ressourcen, überhaupt in (Sucht-)Beratungsstellen umsetzen lässt. Diese Fragen lassen sich am besten in einer Pilotstudie klären (Experten- und Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“, 2014).

Bei der methodischen und inhaltlichen Entwicklung von ETAPPE wurden aufgrund theoretischer Vorüberlegungen zur Situation der Angehörigen von PSG und basierend auf Erfahrungen aus der Angehörigenarbeit bei psychischen Erkrankungen allgemein (vergleiche Kapitel 5) Elemente der Psychoedukation sowie Grundlagen zum Umgang mit chronischem Stress in die Konzeption einbezogen. In einem mehrstufigen Verfahren wurde zunächst das Entlastungstraining entwickelt und mit erfahrenen Beraterinnen und Beratern aus vier bayerischen Beratungsstellen inhaltlich diskutiert, bevor es in der ersten Durchführung mit vier Gruppen getestet wurde. Anschließend wurde das Angebot basierend auf den Rückmeldungen der Teilnehmenden sowie der beteiligten Beraterinnen und Berater überarbeitet und in der zweiten Durchführung mit zwei weiteren Gruppen getestet, bevor das Manual fertiggestellt wurde (vergleiche Abbildung 3). Die Gruppen wurden jeweils in einem Tandem aus einer Beraterin bzw. einem Berater sowie

einer Mitarbeiterin der *Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen* (BAS) durchgeführt. Drei der Gruppen (zwei Gruppen in Durchführung 1, eine Gruppe in Durchführung 2) wurden durch die Autorin selbst betreut, die Betreuung der anderen drei Gruppen wurde durch eine Kollegin vorgenommen, die in den Entwicklungsprozess involviert war und von der Autorin intensiv auf die Durchführung vorbereitet wurde. Zudem wurde der Prozess fortlaufend besprochen, sodass ein gleiches Vorgehen in allen Gruppen gewährleistet war.



Abbildung 3: Ablauf der Entwicklung von ETAPPE

Methodisch ist für die Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Evaluation zu berücksichtigen, welchem Bereich ein derartig ausgestaltetes Programm zuzuordnen ist. Dazu lässt sich grundlegend festhalten, dass die Zielgruppe der Angehörigen nicht anhand eigener Merkmale oder Probleme identifiziert wird, sondern der Status als Angehörige bzw. Angehöriger das gemeinsame Merkmal darstellt. Die Klientel ist chronischen Stressoren ausgesetzt und hat ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eigener

physischer und psychischer Folgeerkrankungen (vergleiche Kapitel 5.1.3). Dies entspricht den Merkmalen einer selektiven Präventionsmaßnahme. Gleichzeitig ist ETAPPE eine Intervention, die darauf abzielt, vorhandene Kompetenzen und Ressourcen der Angehörigen zu stärken und Bewältigungsstrategien nutzbar zu machen und zu erweitern. Somit kann ETAPPE als *präventive zielgruppenspezifische Intervention* verortet werden.

Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Evaluation der Maßnahme: Da es bislang kein vergleichbares Angebot für die definierte Zielgruppe gab, wurden bei der Erfolgsmessung sowohl Kriterien aus der Prozess- als auch aus der Ergebnisevaluation berücksichtigt. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde geklärt, ob die Angehörigen das Programm als für sich passend erleben. Zudem wurde bei den beteiligten Beraterinnen und Beratern erhoben, wie gut sich das Angebot in vorhandene Strukturen einpassen lässt und wie praktikabel es sich umsetzen lässt. Im Rahmen der Ergebnisevaluation stellt sich die Frage, ob sich messbare Veränderungen bezüglich Belastung und chronischem Stress (vergleiche Kapitel 5.3.2) erreichen lassen. Zudem ist – unabhängig von den Programmsergebnissen – die Feststellung des Schweregrads der Belastung sowie des chronischen Stresses relevant, da bislang keine diesbezüglichen Daten aus dem deutschsprachigen Raum existierten.

6.1.2 Überblick über Inhalte und Methoden von ETAPPE

Das modulare Entlastungstraining basiert auf einem psychoedukativen Konzept. Initial umfasste ETAPPE sieben Bausteine à 90 Minuten, die aufgrund der ersten Evaluationssergebnisse überarbeitet und auf acht Bausteine erweitert wurden. Ziel von ETAPPE ist die Reduktion der Belastetheit der Angehörigen von PSG durch die Vermittlung von Informationen sowie die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten.

Inhaltlich werden in ETAPPE die Themen aufgegriffen, die Studien zufolge Angehörige besonders belasten (vergleiche Kapitel 5.1.3): der Einfluss von DG auf die Partnerschaft inklusive Vertrauensverlust und Lügen, Verantwortungsübernahme, Schuld und negative Selbstzuschreibungen, finanzielle Einbußen sowie soziale Isolation (Dickson-Swift et al., 2005). Zudem wird das *Stress-Strain-Coping-Support-Modell* (Orford et al., 2007, 2009; Orford, Copello et al., 2010; vergleiche Kapitel 5.1.2)

dargestellt und in seinen Auswirkungen auf die Situation der Angehörigen erläutert. In diesem Zusammenhang wird auch der Einfluss der Erkrankung auf die eigene Gesundheit der Angehörigen thematisiert. Weitere Inhalte von ETAPPE sind Basiswissen zum Krankheitsbild DG, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige sowie rechtliche Themen. Ein Überblick über die Inhalte der einzelnen Bausteine sowie über die jeweils verwendeten Methoden findet sich im Anhang (Anhang II, 1).

Das Manual ist im Hogrefe-Verlag unter dem Titel *Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel. Das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE* (Buchner et al., 2013b) erhältlich.

6.1.3 Prozessevaluation von ETAPPE

Nachfolgend werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse der Prozessevaluation von ETAPPE vorgestellt. Erhoben wurde zum einen die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Angebot sowohl während des Programms als auch rückblickend in der Katamnese. Zum anderen wurden Faktoren der Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit in der Beratungsstelle erfasst.

Alle Teilnehmenden wurden über die Studie aufgeklärt und gaben schriftlich ihr Einverständnis in die Befragung. Insgesamt konnten Rückmeldungen von 37 der insgesamt 41 Teilnehmenden einbezogen werden (Buchner et al., 2013c). Während des Programms wurde sowohl die Zufriedenheit mit den einzelnen Bausteinen („Wie zufrieden waren Sie mit dem Baustein?“) als auch die Zufriedenheit mit dem Angebot insgesamt („Wie zufrieden waren Sie mit ETAPPE insgesamt?“) auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 4 (unzufrieden) betrachtet, wobei die Bewertung über alle Bausteine hinweg im Schnitt 1,5 betrug (Buchner et al., 2013c). Bezüglich der Gesamtbewertung zeigt sich, dass ein Großteil (21 Teilnehmende; 63,6 %) sehr zufrieden und weitere 11 Teilnehmende (33,3 %) zufrieden waren, während nur eine Person (3,0 %) weniger zufrieden und keine unzufrieden war (Buchner et al., 2013c). Bei der rückblickenden Zufriedenheitseinschätzung („Wie zufrieden waren Sie im Nachhinein betrachtet mit ETAPPE insgesamt?“; 1 = sehr zufrieden, 4 = unzufrieden), die im Rahmen der Katamneseerhebung durchgeführt wurde, gaben 36 Teilnehmende eine Rückmeldung: Zwei Drittel (24

Teilnehmende) waren sehr zufrieden, ein Viertel (9 Teilnehmende) zufrieden und drei Teilnehmende waren weniger zufrieden (Buchner et al., 2013c).

In Hinblick auf die Umsetzbarkeit in der Praxis wurden die teilnehmenden Beraterinnen und Berater aus der ersten Durchführung befragt (Buchner et al., 2013c). Ihren Angaben zufolge ist der Aufwand für die Akquise als gering einzuschätzen (2,25 auf einer Skala von 1 = sehr gering bis 6 = sehr aufwändig), zudem lässt sich das Angebot gut (1,75 auf einer Skala von 1 = sehr gut integrierbar bis 6 = sehr schlecht integrierbar) in bestehende Strukturen einer Beratungsstelle einbinden (Buchner et al., 2013c). Die verwendeten Methoden wurden bezüglich Handhabbarkeit sowie Verständlichkeit, Inhalte, Umsetzbarkeit, Zielorientierung, Abwechslung/Vielfalt, Praxisrelevanz und Layout/Gestaltung auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht) als sehr gut (Mittelwert $[M] = 1,56$; Minimum = 1,25; Maximum = 1,75) bewertet (Buchner et al., 2013c).

Die Prozessevaluation zeigt somit insgesamt sehr positive Ergebnisse (Buchner et al., 2013c): Das Angebot wurde von den Teilnehmenden sowohl bezüglich der einzelnen Bausteine als auch des Gesamtprogramms sehr positiv bewertet und als sehr hilfreich und unterstützend erlebt. In den Rückmeldungen der Beraterinnen und Berater zeigt sich ebenfalls eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Inhalten und der Ausgestaltung des Angebots. Zudem lässt es sich gut in bestehende Strukturen integrieren und sich somit in der Praxis einfach umsetzen (Buchner et al., 2013c).

6.1.4 Ergebnisevaluation ETAPPE

Das nachfolgende Kapitel ist eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der Pilotstudie zur grundsätzlichen Anwendbarkeit von ETAPPE, die unter dem Titel „*Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE*“ in der Zeitschrift für *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* (Buchner et al., 2012) veröffentlicht wurde. Der Originalartikel befindet sich im Anhang (Anhang I, 2).

Bei der Durchführung von ETAPPE wurden in der begleitenden Befragung im ersten und letzten Baustein soziodemographische Variablen, eine Selbsteinschätzung der Belastetheit, die subjektiv empfundene Beeinträchtigung, gemessen mit dem *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis – Kurzform der SCL-90-R (deutsche Version)* (BSI; Franke, 2000), die aktuelle subjektive Beanspruchung, gemessen mit dem *Kurzfragebogen zur aktuellen Beanspruchung* (KAB; Müller & Basler, 1993), sowie der chronische Stress, gemessen mit der *Screening-Skala zum chronischen Stress* (SSCS) des *Trierer Inventar zum chronischen Stress* (TICS; Schulz et al., 2004), von den Teilnehmenden erhoben. Mit einer offenen Frage („Welche drei Themen belasten Sie aktuell am stärksten?“) wurden zudem belastende Themen erfasst.

Damit wurden folgende drei Fragestellungen betrachtet:

- (1) Wer kann mit ETAPPE erreicht werden?
- (2) Bilden die Inhalte des Entlastungstrainings die von den Angehörigen als besonders belastend erlebten Themen ab?
- (3) Sind Angehörige von PSG tatsächlich subjektiv belastet und chronisch gestresst und kann ETAPPE dazu beitragen, diese Belastungen zu reduzieren?

In die Studie wurden alle Teilnehmenden der ersten Durchführung eingeschlossen, die am gesamten Angebot teilgenommen und ihre Bereitschaft zur Studienteilnahme schriftlich erklärt hatten, über ausreichende Deutschkenntnisse für die schriftliche Befragung verfügten und alle Fragebögen beantworteten. Von den insgesamt 36 Teilnehmenden erfüllten 26 Personen (72,2 %) die Kriterien für die Studienteilnahme. Bei den Teilnehmenden handelte es sich in erster Linie um Frauen

(92,3 %). Die meisten waren verheiratete/unverheiratete Partnerinnen bzw. Partner (53,8 %) und Eltern (38,5 %). Ein Großteil der Teilnehmenden berichtete von einem aktuellen pathologischen Glücksspielverhalten der/des betroffenen PSG (92,3 %). Die in der offenen Frage erfassten belastenden Themen lassen sich in neun Clustern zusammenfassen: *Vertrauen/Misstrauen*, *Angst*, *Beziehung*, *Finanzen*, *Rückfall*, *Informationsdefizit*, *Kriminalität*, *Belastung* und *Zukunftsplanung*. Zwischen Beginn und Abschluss verändert sich die Anzahl der Nennungen in den einzelnen Clustern: Die Anzahl der Nennungen nimmt bei den Clustern *Informationsdefizit*, *Rückfall*, *Belastung* und *Vertrauen/Misstrauen* ab, bei den Clustern *Angst* und *Beziehung* nimmt die Anzahl der Nennungen zu. Das Cluster *Zukunftsplanung* tritt zum Abschluss neu auf.

Die Teilnehmenden schätzten ihre Belastetheit auf einer vierstufigen Skala zu Beginn überwiegend als „sehr belastet“ ein. In der Abschlussbefragung finden sich im Vorzeichentest signifikante Unterschiede ($p = .039$), die eigene Belastetheit wird nun niedriger eingestuft. Auch bei der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung, die mit dem BSI gemessen wurde, zeigen sich in der Abschlussbefragung signifikant niedrigere Werte als zu Beginn. Positive Unterschiede treten auch bei der Skala *Global Severity Index* ($p = .031$) sowie bei den Skalen *Somatisierung* ($p = .007$) und *Ängstlichkeit* ($p = .041$) auf. Die aktuelle subjektive Beanspruchung, gemessen mit dem KAB, nimmt ebenfalls signifikant zwischen Beginn und Abschluss ab ($M_{\text{Beginn}} = 3,87$; $SD = 0,99$; $M_{\text{Abschluss}} = 2,78$; $SD = 0,82$; $t = 4,08$; $p = .001$). Bezüglich des chronischen Stress, der mit der *Screening-Skala zum chronischen Stress (SSCS)* des *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)* (Schulz et al., 2004) gemessen wurde, ist eine positive Tendenz, aber kein signifikanter Unterschied im Summenscore zwischen Beginn und Abschluss erkennbar ($t = 1,65$; $p = .111$).

Zusammenfassen lässt sich festhalten, dass mit ETAPPE insbesondere Partnerinnen und Partner sowie Eltern von PSG angesprochen werden können. Die erreichte Klientel ist stark belastet, ihre Hauptproblembereiche werden in ETAPPE aufgegriffen. Unter Berücksichtigung des explorativen Charakters der Untersuchung ergeben sich positive Trends: Durch die Teilnahme an ETAPPE sinken Belastetheit, Beeinträchtigung

und Beanspruchung signifikant. Bezüglich des chronischen Stresses gibt es keine statistisch signifikante Veränderung.

6.1.5 Katamneseerhebung ETAPPE

Das nachfolgende Kapitel ist eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der Katamneseerhebung zu ETAPPE, die unter dem Titel *„Stabilisieren sich Entlastung und Stressreduktion bei Angehörigen pathologischer Glücksspieler nach der Teilnahme am psychoedukativen Training ETAPPE? Ergebnisse einer Drei-Monats-Katamnese der Pilotstudie“* in der *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (Buchner et al., 2013a) veröffentlicht wurde. Der Originalartikel befindet sich im Anhang (Anhang I, 3).

Es stellt sich die Frage der Nachhaltigkeit der positiven Ergebnisse von ETAPPE. Daher wurden unter Einbezug aller Gruppen aus beiden Durchführungen die Teilnehmenden (41 Personen mit erfüllten Einschlusskriterien) drei Monate nach Abschluss schriftlich zu ihrer Belastetheit, ihrer subjektiv empfundenen Beeinträchtigung und ihrem Stresserleben befragt. Zudem wurden die subjektiv empfundenen Auswirkungen von ETAPPE in drei offenen Fragen (*„Was hat sich für Sie durch Ihre Teilnahme an ETAPPE verändert?“*, *„Von welchen Erfahrungen profitieren Sie noch heute?“* und *„Was ist Ihnen bezogen auf Ihre Teilnahme an ETAPPE besonders in Erinnerung geblieben?“*) erfasst.

Bei einem Rücklauf von 90,2 % (37 von 41 Teilnehmenden) zeigen sich unter Berücksichtigung des explorativen Charakters der Studie positive Befunde: Es finden sich signifikante Unterschiede zwischen Beginn und Katamnese ($p = .007$) sowie stabile Werte zwischen Abschluss und Katamnese ($p = .424$) bezüglich der Belastetheit. Zudem zeigt sich eine signifikante Verbesserung auf den Skalen *Global Severity Index* ($p = .001$), *Unsicherheit im Sozialkontakt* ($p = .018$), *Ängstlichkeit* ($p = .009$) und *Aggressivität* ($p = .007$) im Vergleich von Beginn und Katamnese, wobei im Vergleich von Abschluss und Katamnese die Werte wiederum stabil bleiben. Auch hinsichtlich des chronischen Stresses finden sich im Verlauf der drei Erhebungen sinkende Mittelwerte, wobei sowohl der Unterschied zwischen Beginn und Katamnese ($p = .000$) also auch der Unterschied zwischen Abschluss und Katamnese ($p = .036$) signifikant ist.

Bei den offenen Fragen berichteten die Teilnehmenden insbesondere eine Zunahme an Verhaltensalternativen, eine bessere Information sowie eine Entlastung durch Erfahrungsaustausch. Von diesen Aspekten haben sie nach eigener Aussage besonders nachhaltig profitiert und diese Punkte sowie einen Perspektivenwechsel besonders in Erinnerung behalten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Angehörige von PSG nachhaltig von ETAPPE profitieren können: Das Programm wirkt auch über seinen Abschluss hinaus nach und bleibt den Teilnehmenden positiv in Erinnerung. Der gewählte Ansatz erscheint also hilfreich und wirksam, um Angehörigen von PSG spezifische Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen und die bestehende Lücke in deren Versorgung weiter zu schließen.

6.1.6 Schlussfolgerungen zu ETAPPE

ETAPPE ist eine *präventive zielgruppenspezifische Intervention*. Die Zielsetzung des Projekts ist einerseits, eine Belastungsreduktion bei den Angehörigen zu erreichen. Andererseits soll mit dem manualisierten Angebot Beratungsstellen und vergleichbaren Einrichtungen ein praktikabel anwendbares Programm zur Verfügung gestellt werden, das auch vor dem Hintergrund knapper Ressourcen effizient einsetzbar ist.

Die Konzeption als Pilotstudie begründet sich aus den bislang – im deutschsprachigen Raum vollständig – fehlenden Daten zu dieser Klientel: Zunächst müssen grundsätzliche Überlegungen bezüglich des Bedarfs der Klientel, der Akzeptanz eines entsprechenden Angebots, der Möglichkeiten der Zielgruppenerreichung sowie der Umsetzbarkeit unter den vorhandenen Rahmenbedingungen in Beratungsstellen geklärt werden. Dazu bedarf es Alternativen zu kontrolliert-randomisierten Studien, um die Effektivität von Interventionen zu erfassen (Holder, 2009a, 2009b), da diese zum einen unter den gegebenen Rahmenbedingungen der Beratungsstellen nicht umsetzbar und zum anderen sehr kostspielig sind. Eine Pilotstudie ist somit aktuell das Mittel der Wahl, um grundlegende Fragestellungen zu klären und Ansatzpunkte für weitere Forschungsaktivitäten zu identifizieren.

Die Ergebnisse der Studie sind von zentraler Bedeutung, da nun erstmalig Erkenntnisse zu betroffenen Angehörigen von PSG im deutsch-

sprachigen Raum vorliegen. Bei der Evaluation von ETAPPE wurden alle drei Evaluationsbereiche aufgegriffen und Fragen zur Strategie-, Prozess- und Ergebnisevaluation geklärt:

Bezüglich der *Strategieevaluation* wurden Erfahrungen aus der Praxis zusammen mit vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen als Grundlage der Programmentwicklung genutzt. Bei der *Prozessevaluation* wurden sowohl Rückmeldungen der Teilnehmenden als auch der beteiligten Beraterinnen und Berater berücksichtigt. Die Teilnehmenden gaben sowohl während der Durchführung von ETAPPE als auch rückblickend bei der Katamneseerhebung eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Angebot an. Die Beraterinnen und Berater stuften den Akquiseaufwand als gering ein und beurteilten die Methoden sehr gut bezüglich ihrer Handhabbarkeit und bezüglich der Verständlichkeit, Inhalte, Umsetzbarkeit, Zielorientierung, Abwechslung/Vielfalt, Praxisrelevanz und Layout/Gestaltung. Damit sind gute Voraussetzungen für eine tatsächliche Nutzung von ETAPPE in der Praxis gegeben, auch und gerade vor dem Hintergrund knapper Ressourcen in den Beratungsstellen. Allerdings ist die Frage nach einer längerfristigen Finanzierung des Angebots über die Pilotphase hinaus derzeit noch offen.

Auch die *Ergebnisevaluation* zeigt positive Befunde, da sich bei den Teilnehmenden die subjektive Belastung und das subjektive Stresserleben bezüglich des chronischen Stresses – in beiden Bereichen lagen die Werte zu Beginn signifikant über den Vergleichswerten der Allgemeinbevölkerung – im Verlauf signifikant reduzieren lassen. Zudem berichteten die Teilnehmenden zum Katamnesezeitpunkt von langfristig positiven Effekten, wie einer Zunahme an Verhaltensalternativen.

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden zum Angebot und die hohen Haltequote lassen darauf schließen, dass das Angebot den Bedarf trifft und von der Klientel akzeptiert wird. Zudem zeigt sich, dass die Zielgruppe mit dem Angebot erreicht werden kann. Gleichzeitig ist das Angebot unter den vorhandenen Rahmenbedingungen in Beratungsstellen umsetzbar.

Aus der Gestaltung der Studie als Pilotstudie ergeben sich aber auch Limitationen: So wurde beispielsweise nur eine kleine Stichprobe untersucht, zudem wurde keine kontrolliert-randomisierte Studie durchge-

führt, wodurch die interne Validität der Untersuchung eingeschränkt ist. Somit steht eine abschließende Wirksamkeitsbeurteilung des Angebots noch aus. Zudem ließen sich einige Parameter durch die Verwendung weiterführender Fragestellungen beziehungsweise spezifischer Instrumente erstmalig oder klarer erfassen, etwa die Beziehung zwischen Angehörigen und PSG sowie die erlebte soziale Unterstützung (vergleiche Kapitel 5.3.2). Auch die Frage, ob ETAPPE im Sinne des CRAFT-Ansatzes Auswirkungen auf die PSG beziehungsweise deren Therapiebereitschaft oder -aufnahme hat, kann mit den bisherigen Ergebnissen nicht beantwortet werden.

Dennoch bietet die vorliegende Studie wesentliche Erkenntnisse zur Situation der Angehörigen und zu potentiellen Unterstützungsmöglichkeiten für diese Klientel, die sich unter den gegebenen Umständen in Beratungsstellen realisieren lassen. Dies kann als Ansatzpunkt für weitere Überlegungen genutzt werden: Es bedarf weiterer Forschung zu dieser Klientel, beispielsweise auf Bevölkerungsebene, um zu erfahren, wie groß die Gruppe der betroffenen Angehörigen in Deutschland ist, ob gegebenenfalls Unterschiede zwischen Subgruppen, etwa nach Beziehungsstatus, vorliegen und ob sich deren Unterstützungsbedarf unterscheidet. Darüber hinaus muss ein gegebenenfalls notwendiger Ausbau der Versorgungslandschaft geprüft werden, um diese Klientel adäquat versorgen zu können, wobei auch Klarheit über die Zuständigkeit der Kostenträger und die Finanzierung der Angebote geschaffen werden muss. Zudem bedarf es der Weiterqualifizierung professioneller Helferinnen und Helfer zum ressourcenorientierten Arbeiten mit Angehörigen auf Basis des *Stress-Strain-Coping-Support-Modells* (Orford et al., 2007, 2009; Orford, Copello et al., 2010; vergleiche Kapitel 5.2.2) und nicht auf Grundlage des pathologisierenden Konzepts der *Co-Abhängigkeit* (vergleiche Kapitel 5.2.1).

ETAPPE bietet eine gute Möglichkeit, Angehörige von PSG zu erreichen und sie in ihren Bedürfnissen zu unterstützen. Dennoch gibt es für die Teilnahme an den Gruppen vor Ort verschiedene Barrieren, die die Zugänglichkeit erschweren: So sind lokale Angebote beispielsweise nicht von jedem Ort aus gut zu erreichen, zudem findet das Angebot zu festen Zeiten statt. Darüber hinaus empfinden viele Angehörige Scham

und wollen lieber anonym bleiben. Daher ist es von Bedeutung zu prüfen, welche alternativen Möglichkeiten zur Versorgung der betroffenen Angehörigen herangezogen und gegebenenfalls parallel oder ergänzend genutzt werden können. Der technologische Fortschritt bietet hier interessante Ansatzpunkte; derzeit werden unter dem Schlagwort „*E-Mental-Health*“ innovative Angebote für verschiedene Krankheitsbilder entwickelt und getestet.

6.2 Hintergrund „E-Mental-Health“

Unter dem Begriff *E-Mental-Health* werden webbasierte Angebote zusammengefasst, die moderne Informations- und Kommunikationstechnologien nutzen, um die Behandlung und Prävention psychischer Erkrankungen zu unterstützen (Eichenberg & Ott, 2012). Hintergrund dieser Angebote ist unter anderem, dass verschiedene Barrieren Betroffenen und ihren Angehörigen den Zugang zu professioneller Hilfe erschweren. Wie bereits oben angeführt (vergleiche Kapitel 5.1.1), erleben Angehörige häufig Scham und Stigmatisierung und versuchen, ihre Problematik familienintern zu lösen (Kauer et al., 2014; Hing et al. 2013; Valentine & Hughes, 2010; McMillen et al. 2004). Zudem besteht häufig wenig Wissen darüber, dass Hilfsangebote auch Angehörigen offen stehen (Hing et al., 2013). Weiterhin wird die Inanspruchnahme von Hilfen entscheidend dadurch beeinflusst, dass Beratungsstellen nicht überall verfügbar beziehungsweise teilweise nur nach längerer Anfahrt erreichbar sind und lediglich begrenzte Öffnungszeiten zur Verfügung stellen können. Abhängig von der jeweiligen Nachfrage vor Ort kommt es außerdem unter Umständen zu längeren Wartezeiten. Webbasierte Angebote können dabei helfen, diese Barrieren abzubauen (Kohl et al., 2013; Farrer et al., 2013; Rodda et al., 2013; Donkin & Glozier, 2012). Sie lassen sich von Hilfesuchenden genau in dem Moment nutzen, in dem sie Unterstützung benötigen oder wenn sie besonders motiviert sind, Hilfen anzunehmen (Rodda et al., 2013). Eine aktuelle Studie zeigt, dass Angehörige von PSG webbasierte Beratung anderen Formen der Unterstützung vorziehen, da diese Hilfen einfach zugänglich, vertraulich und anonym sind (Rodda et al., 2013).

In Deutschland haben 76 % der Bevölkerung Zugang zum Internet (Initiative D21, 2012). Es wird davon ausgegangen, dass 64-83 % aller

Internetnutzer online nach gesundheitsbezogenen Informationen für sich selbst oder ihre Familienmitglieder suchen (Eichenberg & Brähler, 2013; Elias, 2004). Das Internet hat sich zwischenzeitlich zur zweitwichtigsten Informationsquelle für gesundheitsbezogene Informationen entwickelt (Bianco et al., 2013). Auch bei psychosozialen Problemen dient das Internet häufig als Informationsquelle sowie zur Recherche nach Hilfemöglichkeiten. Somit bietet es einen niedrigschwelligen Zugang zu Informationen bezüglich vielfältiger Erkrankungen und Hilfemöglichkeiten. Über das Internet kann dementsprechend eine Klientel erreicht werden, die nicht aktiv nach Hilfe sucht (Spek et al., 2007). Dadurch bietet es einen idealen Ansatzpunkt für Frühinterventionen (Bewick et al., 2013). Zudem kann damit ein erster Zugang zu Hilfen im Sinne des *Stepped-care-Ansatzes* geboten werden (Kohl et al., 2013) und es können weitere professionelle Hilfen eröffnet werden (Rodda et al., 2013; Wilson et al., 2011).

Es gibt in Deutschland bereits eine Reihe von Beratungsstellen, die ergänzend zu ihrem lokalen Angebot verschiedene Informationen für Betroffene und Angehörige online zur Verfügung stellen, wobei es sich meist um kurze Verhaltenstipps oder ähnliches handelt. Zudem existieren zunehmend mehr Möglichkeiten der webbasierten Beratung sowie verschiedene Programme für Betroffene, z.B. der BZgA zum Rauchstopp (www.rauchfrei-info.de), zur Reduktion von Cannabiskonsum (www.quit-the-shit.net) oder zu problematischem beziehungsweise pathologischem Glücksspielverhalten (www.check-dein-spiel.de). Allerdings gibt es im deutschsprachigen Raum keine vergleichbaren Angebote für Angehörige. Auch international findet sich in diesem Bereich kaum etwas: In Toronto/Kanada existiert zwar ein Angebot des *Centre for Addiction and Mental Health* für Angehörige von PSG, das unter anderem Informationen zur Erkrankung, zu Besonderheiten in der Kommunikation mit Betroffenen sowie zu Ansprechpartnern bei finanziellen Problemen enthält. Allerdings handelt es sich nicht um ein strukturiertes Programm. Zudem liegen keine Ergebnisse zur Nutzung oder zur Effektivität des Angebots vor. Für Großbritannien existieren Daten zu einem webbasierten Angebot für Angehörige von Personen mit alkohol- oder drogenbezogenen Problemen (Ibanga, 2010), das auf der *5-Step Method* (Orford

et al., 2007; Copello et al., 2010a, 2010b) basiert. Dieses Angebot ist allerdings zwischenzeitlich nicht mehr verfügbar.

Insgesamt hat die Forschung zu webbasierten Angeboten in den vergangenen Jahren enorm zugenommen: Kelders und Kollegen identifizierten in ihrem Review im Jahr 2012 bereits 48 verschiedene Interventionen. International liegen vor allem aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum spezifische Interventionsprogramme mit positiven Evaluationsergebnissen für verschiedene psychische Störungen, etwa Alkoholprobleme, Tabakkonsum, Essstörungen oder Angststörungen, vor (vergleiche Eichenberg & Ott, 2012). Auch zu einem Behandlungsangebot für betroffene PSG gibt es inzwischen erste Daten aus Norwegen (Myrseth et al., 2013).

Allerdings stellt die Frage, ob die intendierte Zielgruppe tatsächlich auf diesem Weg erreicht werden kann, einen wesentlichen Faktor für die Nützlichkeit des Angebots dar, der ebenso bedeutend ist wie die Untersuchung der Wirksamkeit (Kohl et al., 2013) und daher zwingend berücksichtigt werden muss.

6.3 „Verspiel nicht mein Leben“ – Entlastung für Angehörige (EfA)

Zunächst werden in Kapitel 6.3.1 die Rahmenbedingungen des E-Mental-Health-Programms *„Verspiel nicht mein Leben“ – Entlastung für Angehörige* (EfA) dargestellt und die Umsetzung und Inhalte des Angebots erläutert (Kapitel 6.3.2), bevor die Ergebnisse der Daten zur Machbarkeit des Angebots (Kapitel 6.3.3) vorgestellt und erste Schlussfolgerungen (Kapitel 6.3.4) gezogen werden.

6.3.1 Rahmenbedingungen

Auch bei diesem Angebot stellt sich die Frage der Verortung: Die Zielgruppe ist analog ETAPPE definiert, das Angebot richtet sich somit an eine Klientel mit einem hohen Risiko einer künftigen eigenen Erkrankung. Allerdings liegt der Schwerpunkt bei der Programmdurchführung auf der Vermittlung von Informationen und dem Aufzeigen von Lösungswegen zum Umgang mit der Situation, während bei ETAPPE auch das gemeinsame Erarbeiten von Ressourcen und Kompetenzen einen Schwerpunkt darstellt. EfA lässt sich somit als *selektive Präventionsmaßnahme* einordnen (vergleiche Kapitel 5.3.1).

Grundsätzlich müssen bei der Erforschung von E-Mental-Health-Angeboten auch darüberhinausgehende methodische Erwägungen einbezogen werden: Die technologischen Entwicklungen sind in diesem Bereich so rapide, dass für die Forschung verschiedene Effizienzstrategien angewandt werden müssen (Baker et al., 2014). Hierzu zählt beispielsweise, kleine Studien durchzuführen, die sich mit spezifischen Fragestellungen befassen, oder eine Fokussierung auf grundlegende Mechanismen der Interventionen, die Rückschlüsse auf generelle Theorien zum Design solcher Angebote sowie auf die effektivste Informationsvermittlung zulassen (Baker et al., 2014). Eine Machbarkeitsstudie, die Akzeptanz, Zielgruppenerreichung sowie Menge und Güte der Umsetzung fokussiert, ist daher Mittel der Wahl. Bislang gibt es im E-Mental-Health-Bereich nur wenige Untersuchungen, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen (Bennett & Glasgow, 2009). Für die Zielgruppe der Angehörigen von PSG wurde bislang keine derartige Untersuchung veröffentlicht. Die hier gewonnenen Ergebnisse können somit als Basis für künftige Studien dienen.

6.3.2 Überblick über die Inhalte von EfA

Das Konzept für EfA wurde aus dem bisherigen Stand der Forschung zu E-Mental-Health-Programmen sowie den positiven Erfahrungen aus ETAPPE abgeleitet. Auch hier stellt ein psychoedukatives Konzept die Grundlage dar. Ziel ist die Reduktion von Belastung durch die Vermittlung von Information. Ausgangspunkt für die Ausgestaltung als kostenfreies Online-Angebot waren Überlegungen zur Erreichbarkeit von Angehörigen, die bislang nicht an traditionellen professionellen Hilfen teilhaben wollen oder können. EfA ist als niedrigschwelliges Angebot aufgebaut, das von interessierten Angehörigen anonym, zeit- und ortsunabhängig genutzt werden kann. Das Motto des Programms *Verspiel nicht **mein** Leben* ist an das Kampagnenmotto *Verspiel nicht **dein** Leben* der LSG angelehnt. Letzteres richtet sich als Aufruf direkt an betroffene PSG, während das für EfA gewählte Motto explizit Angehörige anspricht (vergleiche Buchner et al., 2013d).

Ein Überblick über die Inhalte findet sich im Anhang (Anhang II, 2). Bei der Erstellung der insgesamt sechs Module wurden – soweit in dem Setting umsetzbar – die von Orford und Kollegen (2009) genannten

Prinzipien der Angehörigenarbeit berücksichtigt (vergleiche Kapitel 5.1.2). Jedes Modul enthält 18-20 Unterseiten, die jeweils aus einem kurzen Text sowie einer Sprechblase mit einem praxisnahen Beispiel oder einem kurzen Tipp und einer Abbildung bestehen. Die Teilnehmenden können sich den Text alternativ als Audiodatei anhören, um Barrierefreiheit zu gewährleisten. Die Sprechblase mit dem praxisnahen Beispiel oder kurzen Tipp erscheint, wenn die Teilnehmenden mit der Maus über die Abbildung fahren (Mouseover). Die Abbildungen illustrieren entweder die Inhalte oder stellen ein im Text beschriebenes Modell dar. Zudem werden die Inhalte durch Übungen und Reflexionsanleitungen vertieft.

Modul 0 ist als Informations- und Testmodul frei zugänglich, wohingegen für die Teilnahme an den folgenden fünf aufeinander aufbauenden Modulen eine Registrierung notwendig ist. Diese kann allerdings unter Angabe eines frei wählbaren Nutzernamens anonym erfolgen. Nach Freischaltung erhalten die Teilnehmenden eine automatisierte E-Mail mit Informationen zur Nutzung sowie einen Link zum Fragebogen. Idealerweise bearbeiten die Teilnehmenden die Module wöchentlich, sodass einerseits ausreichend Zeit zwischen den einzelnen Modulen zur Verfügung steht, um das Gelernte im Alltag auszuprobieren, und andererseits der Abstand kurz genug ist, um die vorigen Module noch gut in Erinnerung zu haben. Um einen Mindestabstand sicherzustellen, wurde bei der Programmentwicklung eine Funktion integriert, die ein Modul jeweils fünf Tage nach Abschluss des vorangegangenen Moduls automatisch freischaltet und die Teilnehmenden per E-Mail darüber informiert. Sofern das nächste Modul nach weiteren sieben Tagen nicht begonnen wurde, erhalten die Teilnehmenden eine weitere E-Mail als Erinnerung (vergleiche Buchner et al., 2013d).

Die hier untersuchte erste Version des Angebots stand von Juni 2013 bis Februar 2014 im Internet unter www.verspiel-nicht-mein-leben.de, archiviert unter <http://www.webcitation.org/6OqpqmQUC>, zur Verfügung.

6.3.3 Machbarkeitsstudie EfA

Das nachfolgende Kapitel ist eine Zusammenfassung des Manuskripts „Is an E-Mental Health Programme a Viable Way to Reach Affected Others of Disordered Gamblers? A Feasibility Study Focusing on Access and Retention“.

Ziel der Machbarkeitsstudie von EfA war, herauszufinden, ob und wie ein derartiges neues Angebot von der Zielgruppe der Angehörigen angenommen wird. Daher wurden folgende Fragen betrachtet: (1) Wie kann die Zielgruppe auf das Angebot aufmerksam gemacht werden? (2) Wie lange bleiben Webseiten-Besucherinnen und -Besucher auf der Homepage und wie viele von ihnen melden sich für eine Programmteilnahme an? (3) Welche Charakteristika haben die Teilnehmenden und in welcher Art und Weise nutzen sie das Programm?

Dazu wurden im Projektzeitraum zum einen verschiedene Daten mit Hilfe der Serversoftware *AWStats* gesammelt, beispielsweise die Anzahl der Seitenaufrufe, die Anzahl der Besucherinnen und Besucher, die Anzahl der unterschiedlichen Besucherinnen und Besucher sowie die Webseiten, die vor dem Besuch der EfA-Seiten aufgerufen wurden. Des Weiteren wurden die in Suchmaschinen verwendeten Suchbegriffe erhoben, durch die Besucherinnen und Besucher auf die EfA-Seiten gelangt waren. Zudem wurde die Besuchsdauer geloggt. Darüber hinaus wurden alle Teilnehmenden bei der Registrierung gebeten, einen Fragebogen mit beispielsweise soziodemografischen Angaben auszufüllen.

Insgesamt wurden im Projektzeitraum 107 Maßnahmen durchgeführt, um das Angebot in der Zielgruppe bekannt zu machen. Dabei handelte es sich beispielsweise um die Verteilung von Flyern in Beratungsstellen oder der Gastronomie sowie um Presstexte, Ankündigungen und Anzeigen im Print- und Onlinebereich. In dieser Zeit wurden 11.552 Seitenaufrufe verzeichnet. Die meisten Besucherinnen und Besucher (82,5 %) erreichten die Webseite durch einen direkten Aufruf, d.h. die Eingabe der URL, den Aufruf eines abgespeicherten Links oder ähnliches. Von den übrigen Besucherinnen und Besuchern nutzten 7,5 % Suchmaschinen. Weitere Zugangswege waren beispielsweise Verlin-

kungen von Webseiten von Beratungsstellen, der Homepage der BAS oder LSG, der Kampagnenwebseite der LSG sowie von Online-Selbsthilfeforen. Die identifizierten Suchbegriffe enthielten typischerweise den Namen der Projektwebseite (79,9 %) oder Bestandteile aus dem Namen der Projektwebseite, dem verwendeten Slogan oder dem Studientitel (11,0 %). Insgesamt wurden 6.357 Besuche registriert, wobei ungefähr ein Drittel aller Besuche länger als zwei Minuten dauerte. Im Schnitt hielten sich Besucherinnen und Besucher 7:14 Minuten auf der Projektwebseite auf, etwa die Hälfte aller Besuche war kürzer als 30 Sekunden. Durchschnittlich fanden monatlich 16,1 neue Registrierungen (9-21 Registrierungen) statt, die Konversionsrate betrug somit im Schnitt 3,5 % (2,4-4,5 %).

Die finale Stichprobe setzte sich aus 126 Teilnehmenden (88,9 % weiblich; 73,0 % Partnerinnen bzw. Partner) im Alter von 38,8 Jahren (18-67 Jahre) zusammen, von denen ein sehr großer Anteil (88,9 %) das Internet täglich nutzte. Zwei Drittel der Teilnehmenden (67,5 %) hatten bislang noch keine professionelle Unterstützung oder Selbsthilfe in Anspruch genommen. Insgesamt schlossen 37,3 % aller Teilnehmenden alle Module ab (*Adherer*), während 31,0 % nur an einem Teil der Module teilnahmen (*Non-Adherer*) und weitere 31,7 % das erste Modul nach Freischaltung nicht begannen oder beendeten (*Non-Starter*). Werden nur Teilnehmende berücksichtigt, die mindestens ein Modul abgeschlossen haben (*Adherer* und *Non-Adherer*), verbleiben 54,7 % im Programm.

Zwischen den drei Gruppen *Adherer*, *Non-Adherer* und *Non-Starter* zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich ihres Alters ($p = .260$), ihrer Beziehung zur bzw. zum PSG ($p = .120$), eines gemeinsamen Haushalts ($p = .268$) oder ihrer Inanspruchnahme vorheriger Unterstützung ($p = .796$). Die Gruppen unterschieden sich allerdings signifikant hinsichtlich ihrer täglichen Internetnutzung ($p = .020$): 94,9 % der *Non-Adherer* und 95,0 % der *Non-Starter* nutzten das Internet täglich im Gegensatz zu 78,9 % der *Adherer*. Zudem fanden sich Unterschiede zwischen *Adherern* und *Non-Adherern* in der Zeitspanne zwischen der Nutzung von Modul 1 und Modul 2 (*Adherer*: $M = 7,8$ Tage, $SD = 4,0$ Tage; *Non-Adherer*: $M = 23,9$ Tage, $SD = 45,1$ Tage; $p = .000$).

Insgesamt zeigt sich, dass der Zugang zur Webseite und damit zum Programm wesentlich durch klassische Promotionsmaßnahmen gefördert wird. Zwar gaben viele Teilnehmenden auf die Frage, wie sie das Angebot entdeckt haben, Suchmaschinen an, die identifizierten Suchbegriffe enthielten aber typischerweise Bestandteile aus dem Programmnamen, -titel oder -slogan. Diese müssen somit vor Beginn der Suche bekannt gewesen sein.

Bezüglich der Aufenthaltsdauer und Konversionsrate sind die Ergebnisse vergleichbar mit E-Mental-Health-Angeboten für andere Zielgruppen (Brouwer et al., 2010; Fenner et al., 2012). Auch die Geschlechterverteilung – mehr Frauen als Männer – ist vergleichbar mit anderen Angeboten (Kohl et al., 2013). Allerdings liegt der Anteil an Männern bei EfA im Vergleich zu ETAPPE höher (11,1 % EfA versus 7,7 % ETAPPE). Ein webbasiertes Angebot könnte somit ein wichtiger Weg sein, auch männliche Angehörige anzusprechen. Ein weiterer interessanter Fakt ist, dass ein Drittel aller Teilnehmenden nicht mit der/dem PSG im selben Haushalt wohnen. Es könnte sein, dass diese Gruppe zwar Unterstützung benötigt, sich aber nicht berechtigt fühlt, beispielsweise Hilfen in einer Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen. Dies könnte auch ein Grund dafür sein, dass zwei Drittel der Teilnehmenden vor ihrer Programmteilnahme noch keine anderen professionellen Hilfen oder Selbsthilfeangebote in Anspruch genommen haben. Somit kann EfA tatsächlich dazu beitragen, Barrieren abzubauen und einen Einstieg in Unterstützungsmaßnahmen bieten.

6.3.4 Schlussfolgerungen aus EfA

Mit EfA steht erstmalig ein E-Mental-Health-Angebot als *selektive Präventionsmaßnahme* für Angehörige von PSG im deutschsprachigen Raum zur Verfügung. Auch international gibt es derzeit keine vergleichbaren Angebote. Daher galt es zunächst, Fragen zur Akzeptanz, Zielgruppen-erreichung sowie zu Menge und Güte der Umsetzung in einer Machbarkeitsstudie zu klären. Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie sind nicht nur für die Etablierung von EfA relevant, sondern lassen sich auch für E-Mental-Health-Angebote für andere Zielgruppen, beispielsweise für Angehörige von Personen mit substanzbezogenen Störungen sowie

für Angehörige von Personen mit anderen psychischen oder mit somatischen Erkrankungen, nutzen.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass mit dem hier vorliegenden Angebot die Zielgruppe der Angehörigen erreicht werden kann. Im Vergleich mit ETAPPE wird ein sehr viel höherer Anteil an Personen erreicht, die nicht in einem gemeinsamen Haushalt mit den PSG leben. Entgegen der Prognose fanden sich allerdings keine Belege dafür, dass mit EfA insbesondere Angehörige erreicht werden können, die nicht aktiv auf der Suche nach Unterstützung sind. Allerdings werden viele Personen erreicht, die bislang nicht von traditionellen Hilfen profitiert haben. Dies ist ein Hinweis darauf, dass mit EfA eine bislang unerreichte Zielgruppe angesprochen werden kann und EfA im Sinne der Frühintervention genutzt werden kann. Dazu ist es notwendig, das Angebot in der Zielgruppe bekannt zu machen. Dies kann durch die Verbreitung eines eingängigen Programmnamens und -slogans über klassische Werbemaßnahmen, etwa Print- oder Onlineanzeigen, sowohl bei potentiellen Teilnehmenden als auch bei Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unterstützt werden.

Berücksichtigt werden muss neben technischen Rahmenbedingungen, die beispielsweise die Datensammlung der Serverdaten beeinflussen, dass aus den vorhandenen Daten keine Rückschlüsse darauf gezogen werden können, wieso etwa ein Drittel der Teilnehmenden nach der Registrierung nicht mit der Programmbearbeitung beginnt und ein weiteres Drittel die Programmbearbeitung abbricht, da sich außer in der Häufigkeit der Internetnutzung keine Unterschiede zu den Teilnehmenden finden lassen, die das Programm vollständig absolvieren. Hier braucht es künftig weitere Untersuchungen, um das Angebot optimal an die Bedürfnisse der Zielgruppe anpassen zu können.

Auch wenn bislang noch keine Daten zur Evaluation sowie zur Wirksamkeit von EfA vorliegen, können aus den bisherigen Ergebnissen positive Rückschlüsse für den künftigen Ausbau des Angebots und den Nutzen gezogen werden. Zudem zeichnet sich eine hohe Akzeptanz des Angebots in der Zielgruppe ab. Somit kann EfA einen Beitrag leisten, um Angehörigen ergänzende oder alternative Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen.

6.4 Diskussion der Erkenntnisse zur Arbeit mit Angehörigen von Personen mit problematischem Glücksspielverhalten

Mit der Entwicklung von ETAPPE wurde erstmalig im deutschsprachigen Raum ein Angebot vorgelegt, dass sich als *präventive zielgruppenspezifische Intervention* an Angehörige von PSG richtet. Innovativ an diesem Angebot ist zudem, dass es unabhängig vom Beziehungsstatus sowie von der Akuität des DG und eventueller Behandlung der/des PSG genutzt werden kann. Die positiven Ergebnisse auf Seiten der teilnehmenden Angehörigen im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation sowie der Katamneseerhebung sprechen dafür, dass das Angebot wirksam ist und von der Zielgruppe angenommen wird. Auch die Akzeptanz bei den durchführenden Beraterinnen und Beratern ist ein Hinweis darauf, dass es lohnenswert ist, dieses Angebot langfristig zu implementieren und betroffene Angehörige auf diesem Weg zu unterstützen.

Die Ergebnisse aus ETAPPE zeigen zudem, dass es sich bei Angehörigen von PSG tatsächlich um eine hoch belastete Klientel handelt. Dies ist aufgrund der bisherigen internationalen Ergebnisse erwartungskonform, allerdings standen Daten für den deutschsprachigen Raum bislang aus. Zumindest eine Teilgruppe der betroffenen Angehörigen weist sogar eine Belastung im klinisch relevanten Bereich auf. Dies spricht für einen hohen Hilfebedarf und unterstreicht die Notwendigkeit adäquater Angebote. Die gewählte Kombination aus Psychoedukation, Kommunikationstechniken und Stressbewältigung erweist sich als hilfreich für die Zielgruppe und trägt zu einer Reduktion der Belastung sowie des chronischen Stresses bei. Zudem wirkt das Angebot über den Abschluss des Programmes hinaus positiv nach.

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse ist es sinnvoll, darüber nachzudenken, wie ein möglichst hoher Anteil der mitbetroffenen Angehörigen mit adäquaten Informationen und Hilfen versorgt werden kann. Aufgrund des technischen Fortschritts ist das E-Mental-Health-Angebot EfA der nächste logische Schritt. Die psychoedukativen Bausteine von ETAPPE lassen sich für die Nutzung im Internet adaptieren und können gut mit Reflexionsanleitungen ergänzt werden. Auch bei EfA handelt es sich um ein innovatives Programm, das in vergleichbarer Weise bislang nicht existiert. Bei dem Angebot handelt es sich um eine *selektive*

Präventionsmaßnahme, für die aufgrund ihrer Neuartigkeit zunächst eine Machbarkeitsstudie erforderlich ist. Auch sprechen die Rahmenbedingungen bei der Erforschung von E-Mental-Health-Angeboten im Allgemeinen für dieses Vorgehen. Erste Ergebnisse sind erfolgsversprechend, da die Zielgruppe erreicht werden kann und insbesondere auch Personen ohne vorherige Unterstützungsmaßnahmen angesprochen werden. EfA trägt dazu bei, vorhandene Barrieren in der Behandlungsaufnahme zu reduzieren und ermöglicht hilfesuchenden Angehörigen einen niedrighschwelligen Zugang zum Hilfesystem. Des Weiteren kann EfA auch als zusätzliches Element bei beispielsweise Beratung vor Ort verwendet werden: Die Psychoedukation kann über diesen Weg vermittelt werden, im Beratungsgespräch können dann individuelle Belange aufgegriffen werden. Somit stellt EfA als niedrighschwelliger Zugang zum Hilfesystem einerseits und als mögliche Ergänzung traditioneller Angebote andererseits eine gute Erweiterung des Portfolios zur Unterstützung dieser Klientel dar.

Mit den vorgestellten Studien ist eine Basis für die Arbeit mit Angehörigen von PSG geschaffen. Nun gilt es, die Angebote weiter auszubauen und zu evaluieren und zudem weitere Lücken in der Versorgung der Angehörigen zu schließen. Darüber hinaus bedarf es weiterer Studien zur Situation der Angehörigen. Bislang konnten ausschließlich hilfesuchende Angehörige in Gelegenheitsstichproben untersucht werden. Nun muss geprüft werden, inwieweit diese Teilgruppe dem Gesamtbild entspricht und welcher weitere Unterstützungsbedarf in dieser Klientel vorhanden ist.

7 Fazit

Bei der hier vorliegenden Arbeit handelt es sich um die erste Arbeit, die das Versorgungssystem für PSG und ihre Angehörigen in Deutschland näher beleuchtet und die vorhandenen Versorgungslücken identifiziert. Zudem werden erstmalig notwendige Angebote für Angehörige von PSG entwickelt und überprüft, wobei vorhandenes Wissen aus Forschung und Praxis integriert wird und Rahmenbedingungen der Versorgungslandschaft berücksichtigt werden.

Die Versorgung der PSG findet in einem gut etablierten und ausdifferenzierten System statt. Inzwischen steht im ambulanten Bereich eine Vielzahl an spezialisierten Beratungsstellen bereit, im stationären Bereich bieten sowohl Kliniken mit einer Suchtabteilung als auch psychosomatisch ausgerichtete Kliniken eine Behandlung an. Auch gibt es klare Regelungen bezüglich der Zuständigkeiten bei den Kostenträgern, sodass die Finanzierung der Behandlung keine Barriere darstellt. Dennoch nutzt nur ein Bruchteil der PSG die vorhandenen Angebote. Daher bedarf es künftig weiterer Impulse, um Betroffene früher zu einer Behandlungsaufnahme zu motivieren und Barrieren im Hilfe-suchverhalten zu identifizieren und abzubauen.

Grundsätzlich findet die Versorgung der mitbetroffenen Angehörigen überwiegend im gleichen System statt. Allerdings finden sich hier große Differenzen zur Versorgung der PSG: So ist beispielsweise die Finanzierung möglicher Maßnahmen nicht geregelt, wobei die Ausgestaltung der Maßnahmen als Beratungsangebote, Psychotherapie, Prävention oder Gesundheitsförderung bei der Zuständigkeit verschiedener Kostenträger eine Rolle spielen könnte. Zudem richten sich existierende Angebote in der Regel an Angehörige, deren spielendes Familienmitglied in Behandlung ist, und werden beispielsweise von behandelnden Kliniken durchgeführt. Dadurch hat eine Vielzahl von Angehörigen keine Möglichkeit, professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen. Deshalb sind Angebote, die unabhängig von der Behandlungsaufnahme der/des PSG sowie unabhängig von der Akuität des Spielverhaltens ausgestaltet sind, dringend notwendig.

Hier stellt das neu entwickelte Entlastungstraining ETAPPE eine gute Möglichkeit dar. Es kann in das vorhandene Hilfesystem integriert

werden und beispielsweise von spezialisierten Beratungsstellen angeboten werden. Die Ausgestaltung als manualisiertes Gruppenprogramm hat verschiedene Vorteile. So werden einerseits Ressourcen vor Ort effizient genutzt und die Beraterinnen und Berater können das Angebot mit einem überschaubaren zeitlichen Aufwand anbieten, andererseits ist für die Teilnehmenden der Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Angehörigen hilfreich. Offen ist allerdings, wie eine Finanzierung des Angebots künftig gesichert werden könnte. Eine ausschließliche Fokussierung auf ETAPPE wäre langfristig dennoch nicht der richtige Weg, um möglichst vielen betroffenen Angehörigen von PSG adäquate Angebote zur Verfügung zu stellen. Zum einen sind Gruppenangebote an örtliche und zeitliche Rahmenbedingungen gebunden, zum anderen stehen auch bei Angehörigen verschiedene Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfen entgegen. Aus diesem Grund ist das ebenfalls neu entwickelte E-Mental-Health-Angebot EfA eine gute Ergänzung der Angebotspalette für diese Klientel.

EfA stellt durch die Ausgestaltung als anonymes und kostenfreies Angebot niedrigschwellig Informationen und erste Hilfen für betroffene Angehörige von PSG zur Verfügung. Dadurch können viele Angehörige erreicht werden, die bislang noch keine andere professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben. Zudem ist das Angebot unabhängig von Ort und Zeit verfügbar und kann immer dann genutzt werden, wenn die Teilnehmenden gerade Bedarf haben. Somit bietet es sich einerseits zur Frühintervention bei Angehörigen von PSG an und kann andererseits auch parallel zu einer Beratung vor Ort als Informationsquelle genutzt werden. Damit kann ein Teil des Bedarfs außerhalb der zeitlich begrenzten Beratung abgedeckt werden und Zeiträume für individuelle Belange schaffen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Versorgungssystem für PSG in Deutschland derzeit strukturell gut aufgestellt ist. Für mitbetroffene Angehörige waren Angebote lange Zeit praktisch nicht existent. Die Programme ETAPPE und EfA tragen dazu bei, diese Lücke zu schließen. Es braucht aber noch weitere Forschung zu diesen Angeboten sowie eine weitere Entwicklung von Angeboten, die auf Angehörige ausgerichtet sind und langfristig in der Versorgungslandschaft verankert

werden können, um die Versorgungslücke für Angehörige von PSG tatsächlich zu schließen.

7.1 Grenzen der Arbeit

Die hier vorliegende Arbeit befasst sich mit einem Forschungsfeld, das einerseits im Vergleich mit anderen psychischen oder Suchterkrankungen noch relativ jung ist, und andererseits gerade in den vergangenen Jahren eine Vielzahl an Erkenntnissen hervorgebracht hat. Daher muss sich diese Arbeit darauf beschränken, lediglich einen Einblick in das Krankheitsbild DG, seine Entstehung und Therapie zu geben. Auch bei der Darstellung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist es aufgrund der Vielzahl an relevanten Gesetzten, Vorschriften und Urteilen nicht möglich und zielführend, jeden einzelnen Punkt aufzugreifen, sondern es muss eine Eingrenzung auf die wesentlichen Faktoren vorgenommen werden, die für die Ausgestaltung und Verbreitung von Glücksspielen in Deutschland relevant sind.

Die eigenen durchgeführten Studien haben ebenfalls verschiedene Limitationen, die berücksichtigt werden müssen. So handelt es sich etwa bei der Experteneinschätzung des Versorgungssystems für PSG um eine explorative Erhebung, die einen ersten Einblick in das Behandlungssystem geben soll. Aus diesem Grund wurde trotz multiplen Testens keine Alphafehlerkorrektur vorgenommen. Auch stammen alle verwendeten Sekundärdaten lediglich von einem Kostenträger, der allerdings – wie aus den Interviews hervorgeht – einen Großteil aller Behandlungen (87 %) finanziert. Damit können keine generalisierten Aussagen über alle behandelten PSG abgeleitet werden. Allerdings konnten erstmalig Informationen über eine große Mehrheit der PSG in stationärer Behandlung gewonnen werden und somit Aussagen über diese Gruppe getroffen werden.

In Bezug auf die neu entwickelten Angebote für Angehörige ist es derzeit noch zu früh für eine abschließende Beurteilung. Hier müssen ebenfalls die Limitationen der Studien bei der Interpretation berücksichtigt werden (vergleiche 6.1.6 und 6.3.4), wie der explorative Charakter der Studie zu ETAPPE, der Verzicht auf eine Kontrollgruppe oder die Ausgestaltung der Erhebung zu EfA als Machbarkeitsstudie. Somit genügen die hier vorliegenden Ergebnisse nicht für eine abschließende

Wirksamkeitsbeurteilung der Angebote, lassen aber erste Rückschlüsse auf eine positive Rezeption von ETAPPE und EfA sowohl bei Angehörigen als auch bei professionellen Helferinnen und Helfern zu.

Trotz der vorhandenen Limitationen bleibt festzuhalten, dass es sich bei den vorgelegten Studien jeweils um die erste diesbezügliche Erhebung handelt und die Arbeiten somit wesentlich zum wissenschaftlichen Fortschritt in ihrem Bereich beitragen. Aus den Ergebnissen lassen sich bedeutende Schlussfolgerungen sowohl für das Versorgungssystem von PSG als auch für die mitbetroffenen Angehörigen ziehen. Die Etablierung von evaluierten Angeboten für Angehörige von PSG ist unbedingt notwendig, um die Lücke in deren Versorgung zu schließen. Daher lassen sich die hier gewonnenen Erkenntnisse als Basis für künftige Arbeiten nutzen.

7.2 Implikationen für die Praxis

Aus der hier vorliegenden Arbeit ergeben sich verschiedene Implikationen für die Praxis. Für PSG existiert zwar ein gut aufgestelltes Hilfesystem, allerdings ist dessen Zugänglichkeit nach wie vor eingeschränkt. Viele Betroffene erleben Barrieren, aufgrund derer sie keine Hilfen in Anspruch nehmen. Auch für Angehörige ist die Zugänglichkeit zu Hilfen ein relevantes Thema. Für beide Gruppen stellen momentan häufig Suchtberatungsstellen die erste Anlaufstelle dar. Aufgrund ihrer zentralen Schnittstellenfunktion im Hilfesystem ist dies auch grundsätzlich der richtige Weg. Dennoch sollten auch weitere Ansprechpartner aus assoziierten Hilfesystemen, beispielsweise Schuldner-, Familien- oder Erziehungsberatungsstellen sowie betriebliche Suchtberatungen und Job-Center, über das Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden, um so weitere Wege in das spezialisierte Versorgungssystem zu eröffnen.

Zudem braucht es Maßnahmen, um existierende Barrieren abzubauen, die derzeit der Inanspruchnahme von Hilfen entgegenstehen. Hierbei könnten beispielsweise Aufklärungskampagnen, die über das Krankheitsbild sowie über Möglichkeiten der Beratung und Behandlung informieren, sowie Antistigmakampagnen beitragen. Diese Maßnahmen könnten positive Auswirkungen sowohl auf PSG als auch auf deren

Angehörige haben und beiden Gruppen die Zugänglichkeit zu adäquaten Hilfen erleichtern.

Im Bereich der Angehörigenarbeit sind darüber hinaus weitere, grundlegende Veränderungen notwendig. Zum einen sind Angebote rar, zum anderen ist häufig unklar, was genau unter dem Label „Angehörigenarbeit“ angeboten wird. Daher braucht es einen Ausbau des Versorgungsangebots für diese Klientel bei einer gleichzeitigen Orientierung an aktuellen, evidenzbasierten Konzepten. Es ist anzunehmen, dass Behandelnde, die sich noch immer am Konzept der *Co-Abhängigkeit* orientieren, andere Gesprächsverläufe erleben und andere Maßnahmen anbieten, als Behandelnde, die sich an dem ressourcenorientierten *Stress-Strain-Coping-Support-Modell* (Orford et al., 2007, 2009; Orford, Copello et al., 2010) orientieren und lösungsorientiert arbeiten. Trainingsmaßnahmen in diesem Bereich sind daher unerlässlich.

Zudem hat die Zuordnung von Angeboten für Angehörige zum kurativen oder präventiven Bereich verschiedene Auswirkungen: Im ersten Fall wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen eine Krankheit haben, im zweiten Fall wird von einer – derzeit noch – gesunden Person ausgegangen, die einem besonderen Risiko ausgesetzt ist. Hierbei spielt es auch eine Rolle, ob Angehörige als Patientinnen und Patienten oder als Klientinnen und Klienten bezeichnet werden. Diese Unterscheidung ist zudem für das Selbstverständnis der Angehörigen relevant. Darüber hinaus könnte das Label, das ein Angebot für Angehörige bekommt, die Zugänglichkeit dazu verbessern oder erschweren und einen Einfluss auf die Zuständigkeit eines Kostenträgers und damit die Finanzierung des Angebots haben. Möglicherweise könnten mehr oder andere betroffene Angehörige durch gesundheitsförderliche Maßnahmen angesprochen werden, die nicht in dem noch immer stigmatisierten Bereich der Suchthilfe stattfinden. Dies könnte zum Abbau von Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfen beitragen.

Gleichzeitig ist es ein essentieller erster Schritt, Angebote für Angehörige in vorhandenen und auf DG spezialisierten Beratungsstellen anzubieten, um die Personen zu erreichen, die dort bereits angebunden sind und weitere Angehörige, beispielsweise von sich in Beratung befindlichen PSG, auf diese Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam machen zu

können. Dazu ist die Etablierung von evaluierten Angeboten, die von den Teilnehmenden als hilfreich erlebt und konsequent genutzt werden, notwendig. Zudem bietet es sich an, Angehörigen ergänzend oder parallel Hilfen im Internet zur Verfügung zu stellen, da diese zeit- und ortsunabhängig genutzt werden können. Ein derartiges Angebot kann zum einen für hilfesuchende Angehörige eine erste Anlaufstelle sein und zum anderen von professionellen Helferinnen und Helfern genutzt werden, um beispielsweise Wartezeiten zu überbrücken oder Angehörige im Sinne der Psychoedukation mit notwendigen Informationen zu versorgen und so in den Gesprächen vor Ort Freiräume für individuelle Bedürfnisse schaffen.

7.3 Ausblick

Das Versorgungssystem für betroffene PSG ist strukturell ausdifferenziert und ermöglicht dieser Klientel vielfältige Hilfen, wobei die stationäre Rehabilitation sowohl in psychosomatischen Kliniken als auch in Suchtkliniken möglich ist. Für die Zuweisung zu einer der beiden Fachrichtungen ist die angenommene Ätiologie des DG (Impulskontrollstörung versus Abhängigkeit) wesentlich. Beide Fachrichtungen unterscheiden sich in Bezug auf spezifische Behandlungskonzepte und in ihrer Behandlungsdauer (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010a, 2010b). Allerdings ist offen, ob und wie die Zuordnung zu einer Suchtabteilung oder einer psychosomatischen Abteilung die Therapie beeinflusst beziehungsweise Auswirkungen auf die Zuordnung zu bestimmten indikativen Gruppen hat. Zudem sollte künftig ein Augenmerk auf dem „wie“ der Behandlung liegen: Konzepte, die derzeit genutzt werden, sollten zusammengestellt und evaluiert werden. Behandlungsziele sollten gemeinsam mit den betroffenen PSG, den Behandelnden und den Kostenträgern definiert werden. Somit kann künftig der Erfolg von Behandlung vergleichbar und damit prüfbar gemacht werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass perspektivisch beobachtet werden muss, ob die Veränderung der Einordnung von DG zu den Suchterkrankungen anstelle der Impulskontrollstörungen im DSM-5 einen Einfluss auf künftige Therapiemaßnahmen hat. So könnte es beispielsweise sein, dass auf Seiten der Behandelnden bei einer Zuordnung von DG zu den Impulskontrollstörungen und einer Behandlung der

betroffenen PSG in einer psychosomatischen Abteilung ein größerer Fokus auf den Bereich der Impulsivität beziehungsweise Impulskontrolle gelegt wird, als dies bei einer Zuordnung zu den Suchterkrankungen und der Behandlung in einer Suchtabteilung möglicherweise geschieht. Zudem könnte sich das Krankheitsverständnis der Betroffenen durch eine Zuordnung als Impulskontrollstörung oder als Suchterkrankung verändern. Möglicherweise haben manche PSG das Gefühl, bei sich selbst die Schuld für die Entwicklung einer Suchterkrankung suchen zu müssen, während sie dies bei einer Impulskontrollstörung anders betrachten würden.

Die Änderung in der Zuordnung von DG findet sich bislang nur im DSM, nicht aber im ICD. Da das ICD handlungsleitend für die Übernahme von Behandlungskosten in Deutschland ist, bleiben die Zuständigkeiten der Kostenträger von den aktuellen Entwicklungen unberührt. Offen ist allerdings, ob in der künftigen Revision des ICD ebenfalls eine Änderung der Zuordnung vorgenommen wird und ob sich daraus Auswirkungen auf die Zuständigkeiten der Kostenträger ergeben würden. Dies muss künftig im Auge behalten werden, um die Vielfalt der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zumindest zu erhalten und nach Möglichkeit weiter auszubauen.

Des Weiteren sind Maßnahmen notwendig, die dazu beitragen, vorhandene Barrieren bei der Aufnahme von Hilfen abzubauen. Eine Möglichkeit könnte auch hier sein, ein E-Mental-Health-Angebot für betroffene PSG als Maßnahme der Frühintervention zu etablieren.

Im Bereich der Angehörigenarbeit müssen die ressourcen- und lösungsorientierten Ansätze gestärkt werden, um dem nicht-evidenzbasierten Konzept der *Co-Abhängigkeit* konstruktive und evidenzbasierte Alternativen entgegenzusetzen. Die hier vorgestellten Angebote wurden bislang lediglich an einer Zielgruppe, den Angehörigen von PSG, ausgetestet. In einem nächsten Schritt sollte die Übertragbarkeit der Konzepte auf andere Angehörigengruppen geprüft und das Angebot dementsprechend angepasst werden. Dazu steht zunächst eine Wirksamkeitsevaluation des E-Mental-Health-Programms EfA an. Zudem können Beratungsstellen dabei unterstützt werden, ETAPPE als reguläres Angebot in ihr Portfolio aufzunehmen. Hilfreich könnten hier weitere Multiplikatorenschulungen

sein, in denen Erfahrungen aus den bisherigen ETAPPE-Gruppen weitergegeben werden. Ergänzend bietet es sich an, eine Kurzintervention für Angehörige, die beispielsweise in Einzelgesprächen genutzt werden kann, zu entwickeln und zu überprüfen. Somit wäre das Angebot für diese Klientel breit aufgestellt. Künftig gilt es, professionelle Helferinnen und Helfer in diesem Bereich stärker auszubilden und für den Bedarf der Angehörigen zu sensibilisieren, um diese Klientel adäquat unterstützen zu können und ihnen zu ermöglichen, ihre eigenen Handlungsspielräume im Umgang mit der Erkrankung eines Familienmitglieds wiederzugewinnen und konstruktiv einzusetzen.

Literaturverzeichnis

Afifi T, Browridge D, MacMillan H, Sareen J (2010). The relationship of gambling to intimate partner violence and child maltreatment in a nationally representative sample. *J Psychiatr Res* 44(5), 331-337.

Alessi SM, Petry NM (2003). Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behav Processes* 64(3), 345-354.

Angermeyer MC, Matschinger H (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(9), 526-534.

APA American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA American Psychiatric Association (2000). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR, deutsche Bearbeitung und Einführung: Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I* (2003). Göttingen: Hogrefe.

APA American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

APA American Psychiatric Association (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5: Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig*. Göttingen: Hogrefe.

Averbeck M, Leiberich P, Grote-Kusch MT, Olbrich E, Schröder A, Brieger M, Schumacher K (1997). *Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL)*. Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information GmbH.

Bachmann M, El-Akhras A (2010). *Glücksspielfrei. Ein Therapiemanual bei Spielsucht*. Berlin: Springer.

Baker TB, Gustafson DH, Shah D (2014). How Can Research Keep Up With eHealth? Ten Strategies for Increasing the Timeliness and Usefulness of eHealth Research. *J Med Internet Res* 16(2), e36.

Bakken IJ, Götestam KG, Gråwe RW, Wenzel HG, Øren A (2009). Gambling behavior and gambling problems in Norway 2007. *Scand J Psychol* 50(4), 333-339.

Barber JG, Crisp BR (1995). The 'pressures to change' approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction* 90(2), 269-276.

BDP Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2000). *Psychologische Beratung. Fach- und berufspolitische Leitsätze*. Zugriff am 19. Mai 2012. Verfügbar unter <http://www.bdp-verband.org/bdp/archiv/fach-beruf-leitsaetze.pdf>.

Beattie M (1992). *Codependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself*. (2nd ed.). Center City, MN: Hazelden Book.

Bennett GG, Glasgow RE (2009). The delivery of public health interventions via the Internet: actualizing their potential. *Annu Rev Public Health* 30, 273-292.

Bertrand K, Dufour M, Wright J, Lasnier B (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *J Gambl Stud* 24(3), 393-409.

Bewick BM, West RM, Barkham M, Mulhern B, Marlow R, Triviss G, Hill AJ (2013). The Effectiveness of a Web-Based Personalized Feedback and Social Norms Alcohol Intervention on United Kingdom University Students: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 15(7), e137.

Bianco A, Zucco R, Nobile CGA, Pileggi C, Pavia M (2013). Parents Seeking Health-Related Information on the Internet: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res* 15(9), e204.

Bischkopf J (2004). Depression aus Angehörigenperspektive – Wie Partnerinnen und Partner die Krankheit erleben. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 35(2), 111-116.

Bischof G, Freyer J (2006). Angehörigenarbeit bei Personen mit substanzbezogenen Störungen. Der Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)-Ansatz. *Suchttherapie* 7(2), 52-57.

Bischof G (2012). Das „Community Reinforcement and Family Training“ CRAFT. *Suchtmagazin* 38(1), 30-32.

Blaszczynski A, Nower L (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97(5), 487-499.

Bottlender R, Strauß A, Möller H-J (2000). Methodische Probleme in der Prädiktorforschung. In: Maier W, Engel RR, Möller H-J (2000). *Methodik und Verlauf von Psychotherapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 151-158). Göttingen: Hogrefe.

Brähler E, Brähler C (1993). *Paardagnostik mit dem Gießen-Test. Handbuch*. Bern: Huber.

Brett EI, Weinstock J, Burton S, Wenzel KR, Weber S, Moran S (2014). Do the DSM-5 diagnostic revisions affect the psychometric properties of the Brief Biosocial Gambling Screen? *International Gambling Studies* 14(3), 447-456.

Brewer JA, Potenza MN (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochem Pharmacol* 75(1), 63-75.

Brouwer W, Oenema A, Raat H, Crutzen R, de Nooijer J, de Vries NK, Brug J (2010). Characteristics of visitors and revisitors to an Internet delivered-computer-tailored lifestyle intervention implemented for use by the general public. *Health Educ Res* 25(4), 585-595.

Buchner UG, Arnold M, Koytek A, Gollrad T, Wodarz N (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *Psychother Psychosom Med Psychol* 62(9/10), 383-389.

Buchner UG, Erbas B, Stürmer M, Arnold M, Wodarz N, Wolstein J (2015). Inpatient treatment for pathological gamblers in Germany – setting, utilization and structure. *J Gambl Stud* 31(1), 257-279.

Buchner UG, Koytek A, Arnold M, Gollrad T, Wodarz N (2013a). Stabilisieren sich Entlastung und Stressreduktion nach der Teilnahme am psychoedukativen Training ETAPPE? Ergebnisse einer Drei-Monats-Katamnese der Pilotstudie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 21(4), 167-176.

Buchner UG, Koytek A, Arnold M, Wodarz N, Wolstein J (2013d). Efa – Ein E-Mental-Health-Programm für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2(3), 164-170.

Buchner UG, Koytek A, Arnold M, Wodarz N, Wolstein J (2015). Is an E-Mental Health Programme a Viable Way to Reach Affected Others of Disordered Gamblers? A Feasibility Study Focusing on Access and Retention. Eingereicht.

Buchner UG, Koytek A, Gollrad T, Arnold M, Wodarz N (2013b). Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel. *Das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE*. Göttingen: Hogrefe.

Buchner UG, Koytek A, Gollrad T, Arnold M, Wodarz N (2013c). Hilfen für Angehörige pathologischer Spieler – Praktikabilität des Entlastungstrainings ETAPPE. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2(2), 128-133.

Buchner UG, Wodarz N (2011). Pathologisches Glücksspielen – Aktueller Stand des Wissens. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61(8), 341-346.

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

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

Buth S, Stöver H (2009). Von der Unterschätzung verborgener Populationen [Antwort Leserbrief]. *Suchttherapie* 10(1), 34-36.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). *Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007*.

Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

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

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2007, 2009 und 2011. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends.* Köln. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Calderwood KA, Rajesparam A (2014). Applying the codependency concept to concerned significant others of problem gamblers: Words of caution. *Journal of Gambling Issues* 29. Verfügbar unter <http://jgi.camh.net/doi/full/10.4309/jgi.2014.29.11>.

Caplan G (1964). *Principles of Preventive Psychiatry.* New York: Basic Books.

Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 39(2), 92-103.

Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Morgan C, Rüsch N, Brown JSL, Thornicroft G (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 45(1), 11-27.

Copello A, Ibanga A, Orford J, Templeton L, Velleman R (2011). *Responding to Alcohol and Drug Problems in the Family: The 5- Step Method.* The UK ADF group. Zugriff am 09. September 2014. Verfügbar unter <http://www.afinetwork.info/documents/documents-and-publications/category/8-family-interventions#>.

Copello A, Templeton L, Krishnan M, Orford J, Velleman R (2000). A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research & Theory* 8(5), 471-484.

Copello A, Templeton L, Orford J, Velleman R (2010a). The 5-Step Method: Principles and practice. *Drugs: education, prevention, and policy* 17(s1), 86-99.

Copello A, Templeton L, Orford J, Velleman R (2010b). The 5-Step Method: Evidence of gains for affected family members. *Drugs: education, prevention, and policy* 17(s1), 100-112.

Copello A, Templeton L, Orford J, Velleman R, Patel A, Moore L, MacLeod J, Godfrey C (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction* 104(1), 49-58.

Copello A, Velleman R, Templeton L (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev* 24(4), 369-385.

Corrigan PW, Miller FE (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *J Ment Health* 13(6), 537-548.

Corrigan PW, Watson AC, Miller FE (2006). Blame, Shame, and Contamination: The Impact of Mental Illness and Drug Dependence Stigma on Family Members. *J Fam Psychol* 20(2), 239-246.

Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev* 11, CD008937.

Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: A follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry* 4(2), 106-113.

Crockford D, Quickfall J, Currie S, Furtado S, Suchowersky O, El-Guebaly N (2008). Prevalence of problem and pathological gambling in Parkinson's disease. *J Gambl Stud* 24(4), 411-422.

Cunningham-Williams RM, Cottler LB (2001). The epidemiology of pathological gambling. *Semin Clin Neuropsychiatry* 6(3), 155-166.

Dannon PN, Rosenberg O, Schoenfeld N, Kotler M (2011). Acamprosate and Baclofen were not effective in the treatment of pathological gambling: Preliminary blind rater comparison study. *Front Psychiatry* 6(2), 33.

de Greck M, Enzi B, Prösch U, Gantman A, Tempelmann C, Northoff G (2010). Decreased neuronal activity in reward circuitry of pathological gamblers during processing of personal relevant stimuli. *Hum Brain Mapp* 31(11), 1802-1812.

de Ruiter MB, Veltman DJ, Goudriaan AE, Oosterlaan J, Sjoerds Z, van den Brink W (2009). Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology* 34(4), 1027-1038.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010a). *Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeits-erkrankungen*. Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund. Zugriff am 19. Mai 2012. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/226544/publicationFile/19655/abhaengigkeit_reha_erwachsene.pdf.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010b). *Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen*. Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund. Zugriff am 19. Mai 2012. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/226540/publicationFile/16425/med_reha_erwachsene_psycho.pdf.

Dew MA, Myaskovsky L, DiMartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Kormos RL (2004). Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychol Med* 34(6), 1065-1082.

Dickson-Swift VA, James EL, Kippen S (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues* 13. Verfügbar unter <http://jgi.camh.net/doi/full/10.4309/jgi.2005.13.6>.

Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation*. 4. Auflage. Göttingen: Huber.

Donkin L, Glozier N (2012). Motivators and Motivations to Persist With Online Psychological Interventions: A Qualitative Study of Treatment Completers. *J Med Internet Res* 14(3), e91.

Dowling NA, Smith D, Thomas T (2009). A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *J Gambl Stud* 25(2), 201-214.

Dowling NA, Smith D. (2007). Treatment goal selection for female pathological gambling: A comparison of abstinence and controlled gambling. *J Gambl Stud* 23(3), 335-345.

Dowling NA, Jackson AC, Suomi A, Lavis T, Thomas SA, Patford J, Harvey P, Battersby M, Koziol-McLain J, Abbott M, Bellringer ME (2014). Problem gambling and family violence: Prevalence patterns in treatment-seekers. *Addict Behav* 39(12), 1713-1717.

Dowling NA, Rodda SN, Lubman DI, Jackson AC (2014). The impacts of problem gambling on concerned significant others accessing web-based counselling. *Addict Behav* 39(8), 1253-1257.

Downs C, Woolrych R (2010). Gambling and debt: the hidden impacts on family and work life. *Community, Work & Family* 13(3), 311-328.

Eichenberg C, Brähler E (2013). Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen. Bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut* 58(1), 63-72.

Eichenberg C, Ott R (2012). Klinisch-psychologische Intervention im Internet. *Psychotherapeut* 57(1), 58-69.

Elias N. 2004. Internet ist wichtigstes Informationsmedium zum Thema Gesundheit. Zugriff am 06. November 2014. Verfügbar unter <http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin-gesundheit/bericht-30787.html>. Archiviert unter <http://www.webcitation.org/6QFUduGL>.

Ell K, Nishimoto R, Mediansky L, Mantell J, Hamovitch M (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *J Psychosom Res* 36(6), 531-541.

Erdmann G, Janke W (2008). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) – Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem*. 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Ernst K (1956). „Geordnete Familienverhältnisse“ späterer Schizophrener im Lichte einer Nachuntersuchung. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie* 194(4), 355-367.

Experten- und Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014). *Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen*. Köln.

Fahrenberg J, Myrtek, Schumacher J, Brähler W (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Farrer L, Gulliver A, Chan J, Batterham P, Reynolds J, Cleave A, Tait R, Bennett K, Griffiths K (2013). Technology-Based Interventions for Mental Health in Tertiary Students: Systematic Review. *J Med Internet Res* 15(5), e101.

Fengler J (1994). *Süchtige und Tüchtige*. München: Pfeiffer.

Fenner Y, Garland SM, Moore EE, Jayasinghe Y, Fletcher A, Tabrizi SN, Gunasekaran B, Wark JD (2012). Web-Based Recruiting for Health

Research Using a Social Networking Site: An Exploratory Study. *J Med Internet Res* 14(1), e20.

Feuerlein W, Dittmar F, Soyka M (1999). *Wenn Alkohol zum Problem wird: Hilfreiche Informationen für Angehörige und Betroffene*. Stuttgart: Trias.

Fiedler I, Wilcke A-C (2011). Der deutsche Markt für Onlinepoker: Umfang und Spielverhalten. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht* 04(11), 243-247.

Fliege H, Rose M, Arck P, Levenstein S, Klapp BF (2001). Validierung des „Perceived Stress Questionnaire“ (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica* 47(3), 142-152.

Fliege H, Rose M, Arck P, Walter OB, Kocalevent R-D, Weber C, Klapp BF (2005). The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: Validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosom Med* 67(1), 78-88.

Franke GH (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – (SCL-90-R). Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Franke GH (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Fuentes D, Tavares H, Artes R, Gorenstein C (2006). Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling. *J Int Neuropsychol Soc* 12(6), 907-912.

Fydrich T, Sommer G, Brähler E (2007). *F-Soz U – Fragebogen zur sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.

Gebauer L, LaBrie RA, Shaffer HJ (2010). Optimizing DSM-IV classification accuracy: A brief bio-social screen for gambling disorders among the general household population. *Can J Psychiatry* 55(2), 82-90.

Geuenich K, Hagemann W (2014). *Burnout-Screening-Skalen (BOSS). Manual*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Goffman E (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Touchstone.

Gooding P, Tarrier N (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behav Res Ther* 47(7), 592-607.

Gordon R (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports* 98(2), 107-109.

Gordon R (1987). An Operational Classification of Disease Prevention. In: Steinberg JA, Silverman MM (Eds.). *Preventing Mental Disorders: A Research Perspective* (S. 20-26). Washington, DC: U.S. Dept. of Health and Human Services.

Götestam KG, Johansson A, Wenzel HG, Simonsen IE (2004). Validation of the Lie/Bet Screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep* 95(3), 1009-1013.

Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van Den Brink W (2005). Decision making in pathological gambling: a comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Brain Res Cogn Brain Res* 23(1), 137-151.

Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van Den Brink W (2006). Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome, and normal controls. *Addiction* 101(4), 534-547.

Grant JE, Donahue CB, Odlaug BL, Kim SW, Miller MJ, Petry NM (2009). Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 195(3), 266-267.

Grant JE, Odlaug BL, Schreiber LRN (2014). Pharmacological treatments in pathological gambling. *Br J Clin Pharmacol* 77(2), 375-381.

Grant JE, Chamberlain SR, Odlaug BL, Potenza MN, Kim SW (2010). Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study. *Psychopharmacology (Berl)* 212(4), 603-612.

Grant JE, Kim SW, Potenza MN (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *J Gambl Stud* 19(1), 85-109.

Grant JE, Potenza MN, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurmnen T, Smits G, Kallio A (2006). Multicenter investigation of the opioid antagonist Nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 163(2), 303-312.

Grant JE, Kim SW, Hollander E, Potenza MN (2008). Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology (Berl)* 200(4), 521-527.

Grant Kalischuk R, Nowatzki N, Cardwell K, Klein K, Solowoniuk J (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies* 6(1), 31-60.

Grun L, McKeigue P (2000). Prevalence of excessive gambling before and after introduction of a national lottery in the United Kingdom: Another example of the single distribution theory. *Addiction* 95(6), 959-966.

Grüsser SM, Poppelreuter S, Heinz A, Albrecht U, Saß H (2007). Verhaltenssucht. Eine eigenständige diagnostische Einheit? *Nervenarzt* 78(9), 997-1002.

Gubman DG, Tessler RC (1987). The Impact of Mental Illness on Families: Concepts and Priorities. *J Fam Issues* 8(2), 226-245.

Günthner A, Batra A (2012). Stressmanagement als Burn-out-Prephylaxe. *Bundesgesundheitsbl* 55(2), 183-189.

Hafen M (2005). *Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen*. Heidelberg: Verlag für systemische Forschung im Carl-Auer-Verlag.

Hahlweg K (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.

Hand I (2004). Negative und positive Verstärkung bei pathologischem Glücksspielen: Ihre mögliche Bedeutung für die Theorie und Therapie von Zwangsspektrumsstörungen. *Verhaltenstherapie* 14(2), 133-144.

Hattler C (2008). „... und es regiert der Würfelbecher“ – Glücksspiel in der Antike. In: Badisches Landesmuseum Karlsruhe (Hrsg.). *Volles Risiko! Glücksspiel von der Antike bis heute*. Volkskundliche Veröffentlichungen

des Badischen Landesmuseums Karlsruhe Band 9 (S. 26-34). Karlsruhe: Badisches Landesmuseum.

Hibbard JH, Pope CR (1993). The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Soc Sci Med* 36(3), 217-225.

Hickman R, Douglas S (2010). Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Adv Crit Care* 21(1), 80-91.

Hill RG (1998). In sickness and in health: The experience of friends and relatives caring for people with manic depression. *J Ment Health* 7(6), 611-620.

Hing N, Tiyce M, Holdsworth L, Nuske E (2013). All in the Family: Help-Seeking by Significant Others of Problem Gamblers. *Int J Ment Health Addict* 11(3), 396-408.

Hodgins DC, Toneatto T, Makarchuk K, Skinner W, Vincent S (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. *J Gambl Stud* 23(2), 215-230.

Holder HD (2009a). Current challenges faced by efforts to prevent alcohol and other drug problems: Lessons from science-to-practice. *Drug Alcohol Rev* 28(2), 99-102.

Holder HD (2009b). Prevention programs in the 21st century: what we do not discuss in public. *Addiction* 105(4), 578-581.

Hollander E, Sood E, Pallanti S, Baldini-Rossi N, Baker B (2005). Pharmacological treatment of pathological gambling. *J Gambl Stud* 21(1), 99-110.

Hoyer J, Wittchen H-U (2011). Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg). *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 435-448). 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2007). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 11-20). 2., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Ibanga A (2010). Web-based 5-Step Method for affected family members. *Drugs: education, prevention, and policy* 17(s1), 129-153.

Imamura A, Geda YE, Slowinski J, Wszolek ZK, Brown LA, Uitti RJ (2008). Medications used to treat Parkinson's disease and the risk of gambling. *Eur J Neurol* 15(4), 350-354.

Initiative D21 (2012). (N)Onliner Atlas 2012. *Basiszahlen für Deutschland. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Nutzung und Nichtnutzung des Internets, Strukturen und regionale Verteilung*. Zugriff am 03. März 2013. Verfügbar unter <http://www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2012/06/NONLINER-Atlas-2012-Basiszahlen-f%C3%BCr-Deutschland.pdf>.

Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1998). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: A follow-up study. *Psychol Rep* 83(3), 1219-1224.

Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 80(1), 83-88.

Johnson V (1986). *Intervention: How to Help Someone Who Doesn't Want Help*. Minneapolis, Minnesota: Johnson Institute Books.

Kauer SD, Mangan C, Sancu L (2014). Do Online Mental Health Services Improve Help-Seeking for Young People? A Systematic Review. *J Med Internet Res* 16(3), e66.

Kelders SM, Kok RN, Ossebaard HC, van Gemert-Pijnen JE (2012). Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions. *J Med Internet Res* 14(6), e152.

Kim SW, Grant JE, Eckert ED, Faris PL, Hartman BK (2006). Pathological gambling and mood disorders: Clinical associations and treatment implications. *J Affect Disord* 92(1), 109-116.

Klein M (2000). Alkohol und Familie: Forschung und Forschungslücken. In: Kruse G, Körkel J, Schmalz U (Hrsg.). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln* (S. 139-158). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Kohl LFM, Crutzen R, de Vries NK (2013). Online Prevention Aimed at Lifestyle Behaviors: A Systematic Review of Reviews. *J Med Internet Res* 15(7), e146.

Konkolý Thege B, Colman I, el-Guebaly N, Hodgins DC, Patten SB, Schopflocher D, Wolfe J, Wild TC (2015). Social judgments of behavioral versus substance-related addictions: A population-based study. *Addict Behav* 42, 24-31.

Korman LM, Collins J, Dutton D, Dhayananthan B, Littman-Sharp N, Skinner W (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *J Gambl Stud* 24(1), 13-23.

Krestan J, Bepko C (1990). Codependency: The Social Reconstruction of Female Experience. In: Bepko C (Eds.): *Feminism and Addiction* (S. 49-66). New York: Hawthorn Press.

Krishnan M, Orford J (2002). Gambling and the family: From the stress-coping-support perspective. *International Gambling Studies* 2(1), 61-83.

Kushner MG, Abrams K, Donahue C, Thuras P, Frost R, Kim SW (2007). Urge to gamble in problem gamblers exposed to a casino environment. *J Gambl Stud* 23(2), 121-132.

Lader M (2008). Antiparkinsonian medication and pathological gambling. *CNS Drugs* 22(5), 407-416.

Ladouceur R, Lachance S, Fournier PM (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behav Res Ther* 47(3), 189-197.

Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, Jacques C (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis* 189(11), 774-780.

LaPlante DA, Nelson SE, LaBrie RA, Shaffer HJ (2011). Disordered gambling, type of gambling and gambling involvement in the British Gambling Prevalence Survey 2007. *Eur J Public Health* 21(4), 532-537.

Lee BK (2002). *Final report: Well-being by choice not by chance: An integrative, system-based couple treatment model for problem gambling*. Ottawa: University of Ottawa. Verfügbar unter https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/568/Well_Being_Lee.pdf?sequence=1.

Lee BK (2009). Congruence couple therapy for pathological gambling. *Int J Ment Health Addiction* 7(1), 45-67.

Lee JY, Kim JM, Kim JW, Cho J, Lee WY (2010). Association between the dose of dopaminergic medication and the behavioral disturbances in Parkinson disease. *Parkinsonism Relat Disord* 16(3), 202-207.

Lee M, Rotheram-Borus MJ (2001). Challenges associated with increased survival among parents living with AIDS. *Am J Public Health* 91(8), 1303-1309.

Leibetseder M, Laireiter A-R, Vierhauser M, Hittenberger B (2011). Die Wirksamkeit psychologischer und psychopharmakologischer Interventionen bei pathologischem Glücksspiel – eine Metaanalyse. *Sucht* 57(4), 275-285.

Leibetseder M, Laireiter A-R, Pecherstorfer M, Hittenberger B (2012). Die Wirksamkeit psychologischer und psychopharmakologischer Interventionen beim pathologischen Glücksspiel – eine Metaanalyse. In: Wurst FM, Thon N, Mann, K (Hrsg.): *Glücksspielsucht. Ursachen – Prävention – Therapie* (S. 187-215). Bern: Huber.

Leppin A (2007). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 31-40). 2., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Lesieur HR (1988). Altering the DSM-III criteria for pathological gambling. *The Journal of Gambling Behavior* 4(1), 38-47.

Lesieur HR, Blume S (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 144(9), 1184-1188.

Lesieur HR, Custer RL (1984). Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 474(1), 146-156.

Lindenmeyer J (2013). Integrativ, sequentiell, parallel? – Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern mit komorbiden Störungen. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2(3), 219-224.

Lobsinger C, Beckett L (1996). *Odds on the break even: A practical approach to gambling awareness*. Canberra: Relationships Australia, Inc.

Lorains F, Cowlshaw S, Thomas S (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 106(3), 490-498.

Lorenz VC, Yaffee RA (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *J Gambl Stud* 4(1), 13-26.

Loss J, Seibold C, Eichhorn C, Nagel E (2010). *Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt Anleitung für Gesundheitsförderer. Band 3 der Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung*. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Makarchuk K, Hodgins DC, Peden N (2002). Development of a Brief Intervention for Concerned Significant Others of Problem Gamblers. *Addictive Disorders & Their Treatment* 1(4), 126-134.

Marlatt GA, Gordon JR (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt GA, Gordon JR (Eds.): *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (S. 3-70). New York: Guilford Press.

Mayfield D, McLeod G, Hall P (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 131(10), 1121-1123.

McDaniel SH, Johnson SB, Sears S (2004). Psychologists Promote Biopsychosocial Health in Families. In: Rozensky RH, Johnson NG, Goodheart CD, Hammond WR (Eds.). *Psychology Builds a Healthy World: Opportunities for Research and Practice* (S. 49-75). Washington, DC: American Psychological Association Publications.

McGovern JP, DuPont RL (1992). Co-dependence: The other half of addiction. *Houston Medicine* 8, 5-11.

McMillen J, Marshall D, Murphy L, Lorenzen S, Waugh, B (2004). *Help seeking by problem gamblers, friends and families: A focus on gender and cultural groups. A report to the ACT Gambling and Racing Commission*. Regnet: Centre for Gambling Research, Australian National University.

Meyer C, Rumpf H-J, Kreuzer A, de Brito S, Glorius S, Jeske C, Kastirke N, Porz S, Schön D, Westram A, Klinger D, Goeze C, Bischof G, John U (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport*. Greifswald/Lübeck: Universitäten Greifswald und Lübeck.

Meyer G (2013). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 13*. Geesthacht: Neuland.

Meyer G, Hayer T (2005). *Das Gefährdungspotenzial von Lotterien und Sportwetten – Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen. Abschlussbericht an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und an die Westdeutsche Lotterie GmbH & Co. KG*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse* 10(3), 291-308.

Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse* 10(3), 291-308.

Milosevic A, Ledgerwood DM (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clin Psychol Rev* 30(8), 988-998.

Müller B, Basler HD (1993). *Kurzfragebogen zur aktuellen Beanspruchung (KAB)*. Weinheim: Beltz-Test GmbH.

Myrseth H, Brunborg GS, Eidem M, Pallensen S (2013). Description and pre-post evaluation of a telephone and Internet based treatment programme for pathological gambling in Norway: a pilot study. *International Gambling Studies* 13(2), 205-220.

Naidoo J, Wills J (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage*. Köln: BZgA.

Näther U (2008). „Das große Los“ – Lotterie und Zahlenlotto. In: Badisches Landesmuseum Karlsruhe (Hrsg.). *Volles Risiko! Glücksspiel von der Antike bis heute. Volkskundliche Veröffentlichungen des Badischen Landesmuseums Karlsruhe Band 9* (S. 99-140). Karlsruhe: Badisches Landesmuseum.

Nower L, Blaszczyński A (2008). Recovery in pathological gambling: An imprecise concept. *Subst Use Misuse* 43(12-13), 1844-1864.

Nower L, Martins S, Lin K, Blanco C (2012). Subtypes of disordered gamblers: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction* 108(4), 789-798.

Nutbeam D (1998). Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 13, 27-44.

Oei TP, Raylu N, Casey LM (2010). Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 38(2), 233-238.

Orford J, Copello A, Velleman R, Templeton L (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: education, prevention, and policy* 17(s1), 36-43.

Orford J, Templeton L, Copello A, Velleman R, Ibanga A, Binnie C (2009). Increasing the involvement of family members in alcohol and drug treatment services: The results of an action research project in two specialist agencies. *Drugs: education, prevention, and policy* 16(5), 379-408.

Orford J, Templeton L, Patel A, Copello A, Velleman R (2007). The 5-Step family intervention in primary care: I. Strengths and limitations according to family members. *Drugs: education, prevention and policy* 14(1), 29-47.

Orford J, Templeton L, Velleman R, Copello A (2010). Methods of assessment for affected family members. *Drugs: education, prevention, and policy* 17(s1), 75-85.

Orford J, Velleman R, Copello A, Templeton L, Ibanga A (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: education, prevention, and policy* 17(s1), 44-62.

Östman M, Kjellin L (2002). Stigma by association. *B J Psych* 181 (6), 494-498.

Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 59(6), 321-331.

Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction* 100(10), 1412-1422.

Patford J (2009). For worse, the poorer and in ill health: How women experience, understand and respond to a partner's gambling problems. *Int J Ment Health Addiction* 7(1), 177-189.

Patterson TL, Shaw WS, Semple SJ, Cherner M, McCutchan JA, Atkinson JH, Grant I, Nannis E (1996). Relationship of psychosocial factors to HIV progression. *Ann Behav Med* 18(1), 30-39.

Percevic R, Gallas C, Wolf M, Haug S, Hünerfauth T, Schwarz M, Kordy H (2005). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 (KPD-38). *Diagnostica* 51(3), 134-144.

Percevic R (2005). *Klinisch Psychologisches Diagnosesystem 38 (KPD-38) [Papier-Bleistift-Version und Computerversion]*. Heidelberg: Forschungsstelle für Psychotherapie. Verfügbar unter <http://www.zpid.de/retrieval/PSYNDExTests.php?id=9005270>. Archiviert unter <http://www.webcitation.org/6RcnVJvA4>.

Perrez M, Baumann U (2011). Systematik der klinisch-psychologischen Interventionen. In: Perrez M, Baumann U (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 341-351). 3., vollständig überarbeitet Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

- Perrez M, Hilti N (2011). Prävention. In: Perrez M, Baumann U (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 398-428). 3., vollständig überarbeitet Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Petry J (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry J, Baulig T (1995). *Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten*. Münchwies: Psychosomatische Fachklinik Münchwies.
- Petry J (1998). Diagnostik und Behandlung der „Glücksspielsucht“. *Psychotherapeut* 43, 53-64.
- Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, Molina C, Steinberg K (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol* 74(3), 555-567.
- Petry NM, Stinson FS, Grant BF (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psych* 66(5), 564-574.
- Petry NM, Weiss L (2009). Social support is associated with gambling treatment outcome in pathological gamblers. *Am J Addict* 18(5), 402-408.
- Phelan J, Bromet E, Link B (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull* 24(1), 115-126.
- Pinquart M, Sörensen S (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 58(2), 112-128.
- Premper V, Petry J, Peters A, Baulig T, Sobottka B, Foscher T (2013). *Glücksspielskalen für Screening und Verlauf*. Göttingen: Hogrefe.
- Premper V, Schwickerath J, Missel P, Feindel H, Zemlin U, Schwarz S, Petry J (2014). Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern. *Sucht* 60(6), 331-344.

Pulford J, Bellringer M, Abbott M, Clarke D, Hodgins D, Williams J (2008). Barriers to help-seeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *J Gambl Stud* 25(1), 33-48.

Raylu N, Oei, TP (2010). *A Cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling: Therapist Manual*. Hove: Routledge.

Rechtien W (2014). Beratung, psychologische. In: Wirtz MA (Hrsg.). *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (S. 262). 17. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Reuter J, Raedler T, Rose M, Hand I, Gläscher J, Büchel C (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat Neurosci* 8(2), 147-148.

Rodda S, Lubman DI, Dowling NA, McCann TV (2013). Reasons for using web-based counselling among family and friend impacted by problem gambling. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health* 3, 12.

Room R, Turner NE, Ialomiteanu A (1999). Community effects of the opening of the Niagara casino. *Addiction* 94(10), 1449-1466.

Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 12, CD002892.

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatr Praxis* 32(5), 221-232.

Rüsch N, Berger M, Finzen A, Angermeyer MC (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger M (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie* (S. 807-812). München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

Rüsch N, Corrigan PW, Todd AR, Bodenhausen GV (2011). Automatic stereotyping against people with mental illness. *Psychiatry Res* 186(1), 34-39.

- Rüsch N, Evans-Lacko S, Henderson C, Flach C, Thornicroft G (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help and disclose a mental illness. *Psychiatric Serv* 62(6), 675-678.
- Rychtarik RG, McGillicuddy NB (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambling partner. *J Gambl Stud* 22(2), 165-178.
- Salonen AH, Castrén S, Alho H, Lahti T (2014). Concerned significant others of people with gambling problems in Finland: a cross-sectional population study. *BMC Public Health* 14, 398.
- Sassen M, Kraus L, Bühringer G, Pabst A, Piontek D, Taqi Z (2011a). Gambling Among Adults in Germany: Prevalence, Disorder and Risk Factors. *Sucht* 57(4), 249-257.
- Sassen M, Kraus L, Bühringer G (2011b). Differences in pathological gambling prevalence estimates: facts or artefacts? *Int J Methods Psychiatr Res* 20(4), e83-e99.
- Schaub M, Sullivan R, Haug S, Stark L (2012). Web-Based Cognitive Behavioral Self-Help Intervention to Reduce Cocaine Consumption in Problematic Cocaine Users: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 14(6), e166.
- Schmidt E (2007). Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Angehörigen von Alkohol-, Drogen-, Spiel- und Internetsüchtigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 30(2/3), 21-27.
- Schulz P, Schlotz W, Becker P (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Shaffer HJ, LaBrie RA, LaPlante DA, Kidman RC, Donato AN (2005). The Iowa Gambling Treatment Program: Treatment Outcomes for a Follow-Up Sample. *J Gambl Stud* 21(1), 61-73.
- Slecza P, Kraus L, Braun B, Bühringer G (2013). Komorbide Störungen bei pathologischen Glücksspielern: ein Überblick. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2(3), 171-177.

Smith DP, Dunn KI, Harvey PW, Battersby MW, Pols RG (2013). Assessing Randomised Clinical Trials of Cognitive and Exposure Therapies for Gambling Disorders: A Systematic Review. *Behaviour Change* 30(3), 139-158.

Sonntag D, Bauer C, Hellwich AK (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für ambulante Einrichtungen. *Sucht* 53(S1), S7-S41.

Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 37(3), 319-328.

Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (2001). *Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen*. Zugriff am 25. Januar 2013. Verfügbar unter http://www.sucht.de/tl_files/pdf/empfehlungen_Path_Gluecksspielen.pdf.

Stinchfield R (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav* 27(1), 1-19.

Stinchfield R, Winters KC (2001). Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. *J Gambl Stud* 17(3), 217-245.

Subby R (1987). *Lost in the Shuffle: The Co-dependent Reality*. Pompano Beach, FL: Health Communications.

Subby R, Friel J (1984). Co-Dependency: A paradoxical dependency. In: *Co-Dependency: An Emerging Issue* (S. 31-44). Florida: Health Communications.

Suomi A, Jackson AC, Dowling NA, Lavis T, Patford J, Thomas SA, Harvey P, Abbott M, Bellringer ME, Koziol-McLain J, Cockman S (2013). Problem gambling and family violence: family member reports of prevalence, family impacts and family coping. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health* 3, 13.

Svensson J, Romild U, Shepherdson E (2013). The concerned significant others of people with gambling problems in a national representative sample in Sweden – a 1 year follow-up study. *BMC Public Health* 13, 1087.

Tacitus PC. *Germania. Lateinisch/Deutsch. Übersetzt, erläutert und mit einem Nachwort herausgegeben von Manfred Fuhrmann*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.

Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volber RA (2009). The NODS-CLiP: A Rapid Screen for Adult Pathological and Problem Gambling. *J Gamb Stud* 25(4), 541-555.

Toneatto T, Millar G (2004). Assessing and Treating Problem Gambling: Empirical Status and Promising Trends. *Can J Psychiatry* 49(8), 517-525.

Trümper J, Heimann C (2012). *Angebotsstruktur der Spielhallen und Geldspielgeräte in Deutschland 2012*. Unna: Arbeitskreis gegen Spielsucht e.V.

Uchino BN (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *J Behav Med* 29(4), 377-387.

Uhl A, Puhm A (2007). Co-Abhängigkeit – Ein hilfreiches Konzept? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 30(2/3), 13-20.

Unger A, Krautgartner M, Freindl M, Stelzig-Schöler R, Rittmannsberger H, Simhandl C, Gripp W, Doby D, Wancata J (2005). Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. *Neuropsychiatrie* 19(4), 141-147.

Ursua MP (2008). Controlled gambling as a therapeutic option. *Journal of Gambling Issues* 21, 4-8.

Valentine G, Hughes K (2010). Ripples in a pond: the disclosure to, and management of, problem Internet gambling with/in the family. *Community, Work & Family* 13(3), 273-290.

Vogelgesang M (2010). Traumata, traumatogene Faktoren und pathologisches Glücksspielen. *Psychotherapeut* 55(1), 12-20.

Volberg RA (2000). The future of gambling in the United Kingdom. *BMJ* 320(7249), 1556.

Voon V, Thomsen T, Miyasaki JM, de Souza M, Shafro A, Fox SH, Duff-Sanning S, Lang AE, Zurowski M (2007). Factors associated with dopaminergic drug-related pathological gambling in Parkinson disease. *Arch Neurol* 64(2), 212-216.

Wegscheider-Cruse S (1984). Codependency: The therapeutic void. In: *Codependency, an emerging issue* (S. 1-18). Pompano Beach, FL: Health Communications.

Weintraub D (2009). Impulse control disorders in Parkinson's disease: prevalence and possible risk factors. *Parkinsonism Relat Disord* 15(S3), 110-113.

Weintraub D, Koester J, Potenza MN, Siderowf D, Stacy M, Voon V, Whetteckey J, Wunderlich GR, Lang AE (2010). Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Arch Neurol* 67(5), 589-595.

Weintraub D, Siderowf AD, Potenza MN, Goveas J, Morales KH, Duda JE, Moberg PJ, Stern MB (2006). Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Arch Neurol* 63(7), 969-973.

Welin L, Larsson B, Svärdsudd TB, Tibblin G (1992). Social network and activities in relation to mortality from cardiovascular diseases, cancer and other causes: A 12 year follow up of the study of men born in 1913 and 1923. *J Epidemiol Community Health* 46(2), 127-132.

Welte JW, Barnes GM, Tidwell M-C, Hoffman JH (2009). The association of form of gambling with problem gambling among American youth. *Psychol Addict Behav* 23(1), 105-112.

Wenzel HG, Oren A, Bakken IJ (2008). Gambling problems in the family – A stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. *BMC Public Health* 8, 412.

Westphal JR (2007). Are the effects of gambling treatment overestimated? *Int J Ment Health Addiction* 5(1), 65-79.

WHO Weltgesundheitsorganisation (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 08. März 2015. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.

- Williams RJ, Volberg RA (2009). Impact of survey, description, administration format, and exclusionary criteria on population prevalence rates of problem gambling. *International Gambling Studies* 9(2), 101-107.
- Wilms H-U, Bull N, Wittmund B, Angermeyer MC (2005). *Hilfen für Partner psychisch kranker Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wilson CJ, Bushnell JA, Caputi P (2011). Early access and help seeking: practice implications and new initiatives. *Early Interv Psychiatry* 5(S1), 34-39.
- Winters KC, Kushner MG (2003). Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *J Gambl Stud* 19(3), 261-277.
- Wittmund B, Nause B, Angermeyer MC (2005). Alltagsbelastungen von Partnern psychisch Kranker – Ansätze für eine nutzerorientierte Angehörigenarbeit. *Psychiat Prax* 32(5), 233-238.
- Wood L, Birtel M, Alsawy S, Pyle M, Morrison A (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Res* 220(1-2), 604-608.
- Zack M, Poulos CX (2004). Amphetamine primes motivation to gamble and gambling-related semantic networks in problem gamblers. *Neuropsychopharmacology* 29(1), 195-207.
- Zack M, Poulos CX (2007). A D2 antagonist enhances the rewarding and priming effects of a gambling episodes in pathological gamblers. *Neuropsychopharmacology* 32(8), 1678-1686.
- Zimmermann T, Alsleben M, Heinrichs N (2012). Progredienzangst gesunder Lebenspartner von chronisch erkrankten Patienten. *Psychother Psych Med* 62(09/10), 344-351.
- Zitarosa D, de Zwaan M, Pfeffer M, Graap H (2012). Angehörigenarbeit bei essgestörten Patienten. *Psychother Psych Med* 62(09/10), 390-399.

Anhang

Anhang I: Originalartikel	125
1 Inpatient Treatment for Pathological Gamblers in Germany: Setting, Utilization, and Structure	125
2 Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE	158
3 Stabilisieren sich Entlastung und Stressreduktion bei Angehörigen pathologischer Glücksspieler auch der Teilnahme am psychoedukativen Training ETAPPE? Ergebnis einer Drei-Monats-Katamnese der Pilotstudie	179
Anhang II: Weiterführende Informationen	201
1 Inhalte und Methoden der Bausteine von ETAPPE (finale Version)	201
2 Modulbeschreibung und Übungen von EfA	202

Anhang I: Originalartikel

1 Inpatient Treatment for Pathological Gamblers in Germany: Setting, Utilization, and Structure

Ursula Gisela Buchner^{1,2}, Beate Erbas¹, Marco Stürmer¹, Melanie Arnold¹, Norbert Wodarz³, Jörg Wolstein²

1: Bavarian Academy for Addiction and Health Issues (BAS), Munich, Germany

2: Department of Psychology, Otto-Friedrich-University, Bamberg, Germany

3: Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Regensburg, Germany

Journal of Gambling Studies, March 2015, Volume 31, Issue 1, pp 257-279,
DOI: 10.1007/s10899-013-9430-5
http://link.springer.com/article/10.1007/s10899-013-9430-5?wt_mc=alerts.TOCjournals

Abstract

In Germany, there are two different approaches to inpatient treatment of pathological gambling: Facilities focusing on addiction, or on psychosomatic illness. However, little is known about how these differences influence utilization and structure of treatment. Therefore, in our study, we analyzed all known German gambling inpatient treatment centers concerning patients' sex, age and number of comorbid disorders and evaluated an expert assessment of the treatment system, access to treatment, and structure characteristics of inpatient treatment facilities. In 2011, 2,229 pathological gamblers were treated. This amounts to 1 % of all past-year pathological gamblers. 90 % of the patients were men, 93 % had at least one comorbid disorder. Access to treatment is mostly gained via psychosocial counseling centers, but is not readily available. Facilities

with addiction departments treat less pathological gamblers per year (29.3 gamblers) than facilities with psychosomatic departments (53.3 gamblers) or with both departments (76.4 gamblers). Treatment duration was significantly longer in addiction departments treating pathological gambling as secondary diagnosis only, with a low rate of gamblers on all patients, or treating few gamblers. Some facilities specialize on pathological gambling and treat more gamblers, have a higher rate of gamblers on all patients, and offer specific treatment programs. The impact of this specialization on treatment outcome is still unclear. Although treatment numbers have risen steadily for the past years, only a small fraction of affected gamblers seek inpatient treatment. Therefore, awareness to the disease and access to treatment needs to be improved.

Keywords

pathological gambling, treatment system, assessment of treatment, patients' characteristics

Introduction

Pathological gamblers experience high psychological distress (Morasco et al. 2006), have high rates of other comorbid disorders (Lorains et al. 2011), and elevated suicidal tendencies (Petry and Armentano 1999). Furthermore, there is a strong relationship between poor mental health and pathological gambling (PG) for young women and a strong relationship between alcohol consumption and PG for young men (Fröberg et al. 2012). Hence, given the nature and severity of their condition and potential comorbid disorders, those affected by pathological gambling require adequate treatment. To date, little is known about structure and utilization of inpatient treatment facilities offering treatment to pathological gamblers in Germany.

Prevalence of gambling and usage of treatment system in Germany

Prevalence rates for PG range from 0.15 % to 3.5 % world-wide (Stucki and Rihs-Middel 2007). Estimations for Germany show prevalence rates from approximately 0.2-0.6 % (Bühringer et al. 2007; Buth and Stöver 2008; BZgA 2008, 2010, 2012; Sassen et al. 2011; Meyer et al. 2011). The

only longitudinal investigation on prevalence rates of PG showed a mild but statistically insignificant increase from 0.19 % in 2006 to 0.45 % in 2009 and 0.49 % in 2011 (BZgA 2008, 2010, 2012). Therefore, in comparison to other countries, the prevalence of PG in Germany can still be considered low (Sassen et al. 2011) and relatively stable. However, there has been an increase in the number of pathological gamblers in Germany seeking professional outpatient (Braun et al. 2013a) as well as inpatient treatment (Queri et al. 2007; Erbas and Buchner 2012). Even so, data for Germany suggests that still only about 2.6 %-10.5 % of the pathological gamblers seek further professional help (Erbas and Buchner 2012; Bischof et al. 2012). Similar findings have been reported for Switzerland and the USA (Toneatto and Nett 2006; Slutske 2006; Cunningham 2005).

Perspective of future developments

There are different signs indicating that treatment numbers for pathological gamblers in Germany will further increase in the near future. One reason is that the gambling market has undergone numerous changes. In 2006, the revision of gambling regulations (“Spielverordnung”) created new gambling opportunities for slot machines. This led to a rise in slot machines from 183,000 in 2005 to 242,500 in 2011 (Trümper and Heimann 2012). In 2008, the implementation of the state treaty on gambling (“Glücksspielstaatsvertrag”) limited access to certain gambling options as well as advertising for gambling. Furthermore, every federal state was under obligation to install a coordination site for pathological gambling and to finance specialized counseling centers. In addition, the internet opened up a rapidly expanding – mostly illegal – gambling market (Fiedler and Wilcke 2011).

Based on recent developments it can be presumed that more problematic and pathological gamblers will seek professional help in the near future. Since there is such little knowledge on what kind of treatment facilities exist, what they offer and how they are used, we will analyze the German treatment system for PG in this paper.

Treatment system in Germany

The changes in the state treaty on gambling mentioned afore had positive consequences on the treatment system for pathological gamblers in Germany since every federal state now operates a coordination site for pathological gambling and specialized counseling centers. Counseling services are often the first contact point for affected people seeking professional help in Germany. Hence, an increase in the number of counseling services is likely to have an impact on the quantity of treatments.

During the same time period, the number of inpatient facilities for patients with PG also grew, supplying additional specialized treatment places. In Germany, treatment for PG is traditionally provided either by facilities specializing in *psychosomatic problems* or in *addiction*. For this reason the assumed etiology of PG (*impulse control disorder* vs. *addiction*) bears a direct influence on the kind of treatment a patient receives. Both groups of facilities feature specific treatment concepts and differ in duration of treatment (Deutsche Rentenversicherung Bund 2010a, 2010b; see Table 1).

Table 1: Differences between treatment facilities with a psychosomatic or addiction department

Treatment Concept	Psychosomatic department	Addiction department
Assumed pathology	Adjustment Disorders, Anxiety Disorders, Dissociative Disorders, Eating Disorders, Impulse-Control Disorders, Mood Disorders, Personality Disorders, Psychotic Disorders, Sexual Disorders, Sleep Disorders, Somatoform Disorders	Addiction
Target group	Patients with psychosomatic or mental illnesses, to some extent with somatic comorbid disorders and/or social symptomatology	Patients with addictive disorders
Concept of treatment	Multimodal concept focusing on psychotherapy and psychotherapeutic relaxation techniques with integrative somatic therapy	Integrative concept with special focus on psychotherapy with a high degree of flexibility and individualization
Duration of treatment	6 weeks	12-16 weeks (for illegal drug use 26 weeks)

Aims of the present study

In order to form a clear picture of available treatment in Germany, we analyzed current developments in inpatient treatment: Has there been a rise in numbers of patients and which patients gained access to treatment, i.e. depending on sex, age or comorbid disorders? Secondly, we took a closer look at the treatment system for pathological gamblers in Germany: How did experts assess the German health care system for pathological gamblers? How did patients gain access to inpatient treatment? Which were the structure characteristics displayed by inpatient treatment facilities for pathological gamblers, how did they influence duration of treatment and was there an impact of specialization on number and rates of pathological gamblers?

Methods

Two different approaches were used for the study: Firstly, data on treated pathological gamblers was obtained from the main cost bearer and analyzed focusing on patients' characteristics. Secondly, interviews with representatives of all German PG treatment facilities were conducted regarding assessments of the treatment system, access to inpatient treatment, and structural characteristics of the treatment facility.

I. Utilization of the inpatient treatment system

To answer the first question whether there has been a rise in numbers of patients and which patients gained access to inpatient treatment, we reviewed secondary data from the German statutory pension scheme, the main cost bearer for this clientele. We analyzed the number of patients seeking inpatient treatment since 1998, the differences in age group for men and women, and comorbidities of pathological gamblers differentiated by sex.

II. Inpatient treatment facilities: Assessment, access, and structure characteristics

In Germany, there is no official register of inpatient treatment facilities for PG. Consequently, in a first step, such a register was created drawing from three databases that are renowned in the body of experts. One database, operated by a federal association of inpatient care for addiction

(“Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe BUSS“), contains, among others, information about treatment facilities. Another database, belonging to a professional association for PG (“Fachverband Glücksspielsucht FAGS“), holds information about inpatient treatment facilities for pathological gamblers. The third database is run by an initiative for drug- and alcohol-free life (“Initiative Sucht & Sinn”) and also comprises a list of inpatient treatment facilities.

To ensure only those treatment facilities were included in the list that actually treat PG, any detected inpatient treatment facilities were either checked against their self-description on their web pages or – if the information provided on the web page was not sufficient – contacted by telephone and questioned about their treatment program for pathological gamblers. The resulting database is now available for health professionals as an online tool for treatment planning. In 2010, all 57 listed inpatient treatment facilities were invited to an expert conference aiming at the improvement of communication between the specialists involved in the treatment of PG. To determine the general conditions of PG treatment in Germany, all attending representatives of the inpatient treatment facilities were asked to participate in a face-to-face guided interview. The remaining inpatient treatment facilities were contacted afterwards for a guided telephone interview. The last interviews were completed in 2011. Contact persons from each treatment facility, i.e. either head psychologist or head physician, were asked about the number of treated pathological gamblers, the number of patients with pathological gambling as primary indication (PG as a first diagnosis; FiD) or secondary indication (PG as a secondary diagnosis; SeD), the existence of a waiting list, the length and type of treatment, the main cost bearer meeting the expense for the patients, and their assessment of the German health care system for pathological gamblers (inpatient/outpatient/self-help).

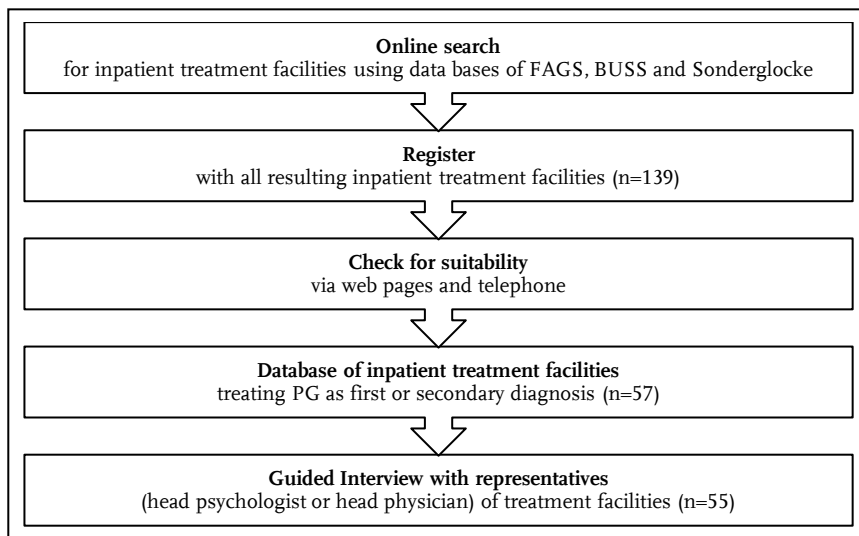


Figure 1: Establishing the research sample of inpatient treatment facilities

The resulting data was examined to answer the aforementioned questions:

- (1) How did experts assess the German health care system for pathological gamblers?

An expert assessment of the German health care system for pathological gamblers was established.

- (2) How did patients gain access to treatment?

Access to inpatient treatment was examined by evaluating assessments of the most important pathways patients use.

- (3) Which were the structure characteristics displayed by inpatient treatment facilities for pathological gamblers, how did they influence duration of treatment and what was the impact of specialization on number and rates of pathological gamblers?

This question was analyzed considering all three aspects separately:

- a) *Which were the structure characteristics of inpatient treatment facilities with different departments and what effect did they have on actual numbers of patients?*

In order to get a clear picture of the existing inpatient treatment facilities, we listed their structure characteristics, i.e. overall

accommodation capacity, treating PG as first and/or secondary diagnosis, number of reserved treatment places for pathological gamblers, number of treated pathological gamblers in the past year, rate of pathological gamblers on all patients, waiting list, specific treatment program, and counseling for concerned significant others. We then compared facilities with an addiction department only, a psychosomatic department only or both departments. Furthermore, based on given information we calculated the actual number of pathological gamblers being treated in an addiction or a psychosomatic department as well as the actual number of gamblers with PG as a first (FiD) or secondary diagnosis (SeD). Then we compared these numbers for facilities with different structure characteristics, i.e. facilities treating few or many gamblers, having a low or high rate of gamblers on all patients and their overall accommodation capacity.

- b) *Did the duration of treatment in different departments vary due to structure characteristics?*

Duration of treatment was compared in facilities with an addiction department only, a psychosomatic department only or both departments as well as in facilities treating PG as first as well as secondary diagnosis (FiD & SeD) or SeD only, facilities treating a small or large number of gamblers (median split), and facilities with a low or high number of PG patients (median split).

- c) *Was there an impact of specialization of inpatient treatment facilities on number and rates of pathological gamblers?*

Facilities treating PG as FiD & SeD, facilities offering specific treatment programs for pathological gamblers or facilities offering specialized counseling for families (concerned significant others, CSOs) were viewed as specialized. We analyzed the impact of these three parameters as well as the impact of the number of fulfilled parameters on numbers and rates of pathological gamblers.

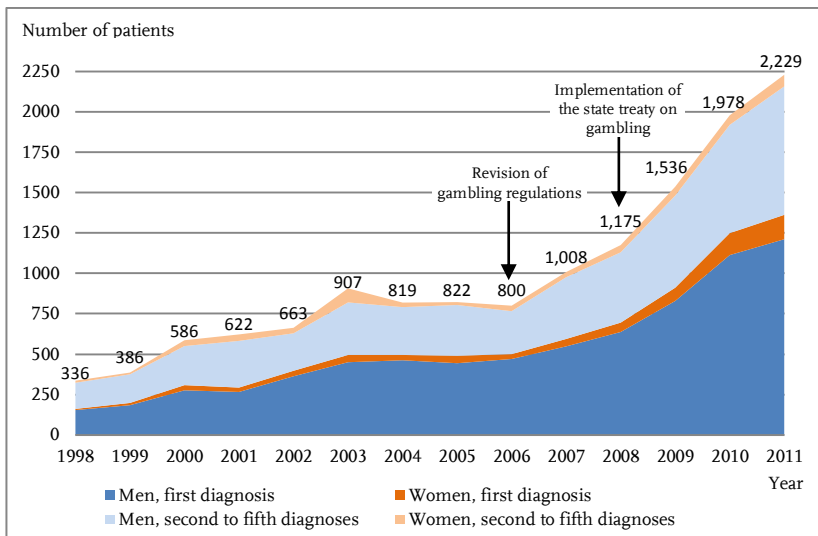
Analyses were based on Fisher's Exact Test, Freeman-Halton extension of Fisher's Exact Test, Chi-Square-Test, Kruskal-Wallis-Test, and Mann-Whitney-U-Test. All tests were run using SPSS 20 or Microsoft Excel 2007.

Results

I. Utilization of the treatment system

Our finding showed that numbers of patients treated in an inpatient treatment facility for their pathological gambling have in fact been rising steadily in the past years. Analyzing data from the German statutory pension scheme, 161 patients with FiD and 175 patients with SeD in 1998 were treated in an inpatient treatment facility. In 2011, the number had risen to 1,362 patients FiD and 867 patients with SeD (figure 2). Considering the prevalence rate of PG in Germany (12-months-prevalence 0.35 %; Meyer et al. 2011), only 1 % of all affected gamblers seek inpatient treatment.

As to the question which patients actually did gain access to treatment, it can be seen in figure 2 that more men than women were treated due to PG. In 2011, the proportion of women with FiD was 11.1 %, and with SeD 8.3 %. Altogether, their proportion amounted to 10.0 %.



Numbers indicate total of all pathological gamblers (both sexes, first to fifth diagnosis) as reported by the German statutory pension scheme.

Figure 2: Inpatient services for medical rehabilitation or other services for adult patients with a diagnosis of pathological gambling (ICD-10 F63.0) (1998-2011)

Differences between men and women also concerned the age when entering treatment: While the peak age for men was 30-39 years, the peak age for women lied between 40-49 years. There has been no change in the peak age for both sexes since 2000. This data was only available in categories (six age groups); there was no information on the individual ages. Dichotomizing the categories in younger and older age, the difference in age mentioned afore – women were older than men when entering treatment – was significant ($\chi^2 = 18.3$; $p = .000$).

Taking a closer look at those who were in treatment with FiD in 2011, 92.9 % had at least one secondary diagnosis. Main comorbidities are listed below (in descending order of prevalence, multiple mentions possible):

- Mental and behavioral disorders (60.0 %)
- Disorders of the digestive system/metabolic disorders (17.3 %)
- Various other disorders (9.7 %)
- Disorders of the musculoskeletal system/connective tissues (8.8 %)
- Disorders of the circulatory and respiratory system (4.2 %)

Regarding mental and behavioral disorders, the main additional diagnoses coded (multiple mentions possible) were further mental disorders (75.9 %), alcohol specific disorders (12.8 %) and diagnoses related to medical substances/illicit drugs (11.3 %). We cannot comment on combinations of comorbidities on the basis of available secondary data.

Women tended to have a greater number of secondary diagnoses compared to men: A mere 4.6 % of the women had exactly one diagnosis as opposed to 7.4 % of the men. However, this difference was not significant ($\chi^2 = 1.6$; $p = .208$). In contrast, the proportion of women with exactly five diagnoses was significantly greater than the proportion of men (48.3 % vs. 37.7 %; $\chi^2 = 6.4$; $p = .012$).

II. Inpatient treatment facilities: Assessment, access, and structure characteristics

The next objectives were to figure out which structure characteristics were displayed by inpatient treatment facilities for pathological gamblers, how they influenced duration of treatment and if there was an impact of specialization on number and rates of pathological gamblers. Therefore, all 57 identified inpatient treatment facilities claiming to treat pathological gamblers were asked to partake in an interview. Representa-

tives of 55 institutions (96.5 %) agreed to participate either in the face-to-face ($n = 13$) or the telephone interview ($n = 42$). Since two of the inpatient treatment facilities turned out to perform crisis intervention for pathological gamblers only, they were excluded from the analysis. Hence, 53 institutions were included in the final analysis, most of which had an addiction department only (36 facilities; 67.9 %). Seven facilities merely offered a psychosomatic department (13.2 %), 10 had both departments (18.9 %). In all, most facilities usually treated pathological gamblers in the addiction department (76.9 %). Other facilities allocated treatment of PG to the psychosomatic department (19.2 %) or distributed patients equally between those two departments (3.8 %). The number of patients did not exactly reflect this proportion: The total percentage of patients treated in the addiction department added up to 62.4 %, opposed to 37.6 % in the psychosomatic department. Almost half of the inpatient treatment facilities (47.2 %) treated patients with PG as FiD and as SeD. The remaining facilities treated only patients with PG as SeD. Overall, 61.1 % of all treated pathological gamblers were treated with PG as FiD.

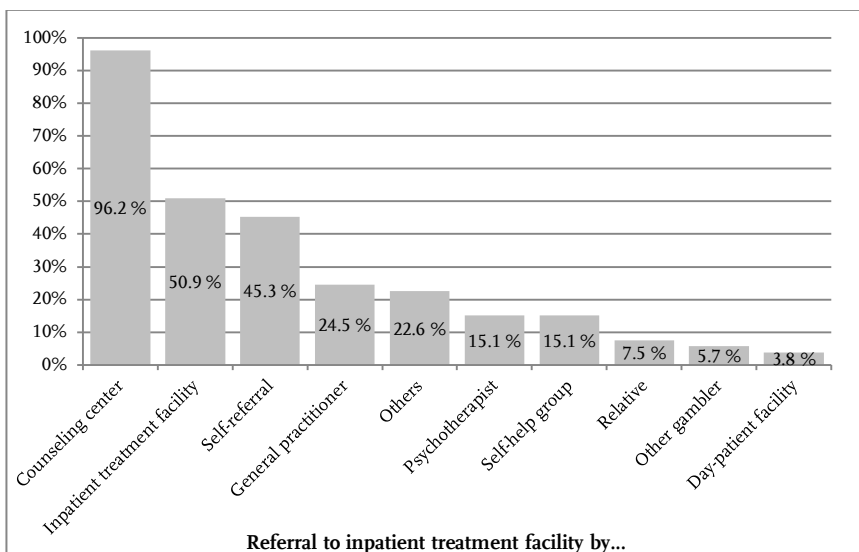
The inpatient treatment facilities offered accommodation capacities ranging from 30 to 354 treatment places for all patients (mean 110.1; median 88.0; standard deviation (*SD*) 71.7). In the year previous to the interview, inpatient treatment facilities treated on average 41.6 pathological gamblers, ranging from 1 to 290 patients (median 20.0, *SD* 57.6). The average percentage of pathological gamblers out of all patients reached a total of 9.4 %, ranging from 0.3 % to 75.0 % (median 4.0 %, *SD* 13.4). Altogether, inpatient treatment facilities were estimated to treat 2,160 pathological gamblers in 2010 which corresponds closely to the numbers reported by the German statutory pension scheme. They financed 87.0 % of all treatments in that year. Health insurance provided funding for 11 %, social services offices for 1.7 %. 0.2 % of patients paid for their own treatment.

(1) How did experts assess the German health care system for pathological gamblers?

Next, the assessment of the German health care system for pathological gamblers outside the treatment facilities was analyzed. The representatives ($n = 51$) differed in their satisfaction with the health care system (very good 13.7 %, satisfying 39.2 %, somewhat dissatisfying 37.3 %, dissatisfying 9.8 %). Using the Freeman-Halton extension of Fisher's Exact Test, there were no statistically significant differences in the assessment between representatives of treatment facilities treating patients with FiD & SeD or SeD only ($p = .202$), facilities with a low or high rate PG ($p = .158$), and facilities treating few or many pathological gamblers ($p = .085$). There was a statistically significant difference between small, i.e. up to 88 treatment places for all patients, and large facilities, i.e. more than 88 treatment places for all patients ($p = .005$): 69.2 % of representatives of small treatment facilities evaluated the treatment system as good or satisfying while 64.0 % of representatives of larger treatment facilities were at least partly dissatisfied.

(2) How did patients gain access to treatment?

Representatives were asked about the most important pathways employed by patients to gain access to the treatment facility (figure 3). Almost all representatives named access via counseling centers (96.2 %; 51), followed by access via other stationary treatment facilities (50.9 %; 27).



Inpatient treatment facility = other inpatient treatment facilities; Self-referral = contacting the treatment facility by oneself; Others = other pathways, e.g. cost bearer, internal or external social services, or penitentiary

Figure 3: Pathways to inpatient treatment for pathological gamblers

(3) Which were the structure characteristics displayed by inpatient treatment facilities for pathological gamblers, how did they influence duration of treatment and what was the impact of specialization on number and rates of pathological gamblers?

Structure characteristics of inpatient treatment facilities for pathological gamblers were derived from information given by the representatives and analyzed considering their variations between facilities with different departments, their influence on the duration of treatment, the impact of specialization, and the differences in actual numbers of pathological gamblers.

- a) *What were the structure characteristics of inpatient treatment facilities with different departments and what effect did they have on actual numbers of patients?*

There were several structure characteristics that varied between inpatient treatment facilities with a psychosomatic department only, an addiction department only, or both departments:

Inpatient treatment facilities with an addiction department only had a mean accommodation capacity of 85.8 treatment places (30-248 treatment places) and treated 29.3 pathological gamblers per year (1-210 pathological gamblers). Facilities with a psychosomatic department only had a mean accommodation capacity of 126.3 treatment places (50-180 treatment places) and treated 53.3 pathological gamblers per year (10-150 pathological gamblers). Facilities with both departments had a mean accommodation capacity of 186.1 treatment places (78-354 treatment places) and treated 76.4 pathological gamblers per year (5-290 pathological gamblers).

In summary, inpatient treatment facilities showed the following structural characteristics (table 2), differentiated by existing department.

Table 2: Structural characteristics of the inpatient treatment facilities sample

Structural characteristics	All Facilities % (N)	Addiction department % (N)	Psychosomatic department only % (N)	Both departments % (N)	p
<i>Overall accommodation capacity (n = 53) ²</i>					
1-88 treatment places (small facility)	50.9 % (27)	63.9 % (23)	28.6 % (2)	20.0 % (2)	
More than 88 treatment places (large facility)	49.1 % (26)	36.1 % (13)	71.4 % (5)	80.0 % (8)	.027 ¹
<i>Treatment facilities treating PG as first diagnosis and/or secondary diagnosis (n = 53)</i>					
First and/or secondary diagnosis (FiD & SeD)	47.2 % (25)	38.9 % (14)	42.9 % (3)	80.0 % (8)	
Secondary diagnosis (SeD)	52.8 % (28)	61.1 % (22)	57.1 % (4)	20.0 % (2)	.070 ¹
<i>Number of reserved treatment places for pathological gamblers (n = 50)</i>					
No reserved treatment places	60.0 % (30)	71.4 % (25)	50.0 % (3)	22.2 % (2)	
Reserved treatment places	40.0 % (20)	28.6 % (10)	50.0 % (3)	77.8 % (7)	.019 ¹
<i>Number of treated pathological gamblers in the past year (n = 52) ²</i>					
At most 20 pathological gamblers (few gamblers)	53.8 % (28)	65.7 % (23)	42.9 % (3)	20.0 % (2)	
More than 20 pathological gamblers (many gamblers)	46.2 % (24)	34.3 % (12)	57.1 % (4)	80.0 % (8)	.037 ¹
<i>Rate of pathological gamblers on all patients (n = 50) ²</i>					
At most 4.0 % pathological gamblers (low rate PG)	50.0 % (25)	52.9 % (18)	66.7 % (4)	30.0 % (3)	
More than 4.0 % pathological gamblers (high rate PG)	50.0 % (25)	47.1 % (16)	33.3 % (2)	70.0 % (7)	.349 ¹
<i>Waiting list for pathological gamblers seeking treatment (n = 52)</i>					
Waiting list	38.5 % (20)	27.8 % (10)	83.3 % (5)	50.0 % (5)	
No waiting list	61.5 % (32)	72.2 % (26)	16.7 % (1)	50.0 % (5)	.021 ¹
<i>Specific treatment program for pathological gamblers (n = 51)</i>					
Yes	60.8 % (31)	52.9 % (18)	40.0 % (2)	90.0 % (9)	
No	39.2 % (20)	47.1 % (16)	60.0 % (3)	10.0 % (1)	.052 ¹
<i>Counseling for concerned significant others (n = 53)</i>					
Yes	77.4 % (41)	72.2 % (26)	71.4 % (5)	100.0 % (10)	
No	23.6 % (12)	27.8 % (10)	27.8 % (2)	0.0 % (0)	.117 ¹

¹ Freeman-Halton-Extension of Fisher's Exact Test; ² On these variables a median split was performed

Of the ten inpatient treatment facilities offering treatment in the addiction department as well as in the psychosomatic department, eight facilities were categorized as large facilities (median split: more than 88 treatment places for all patients); the remaining two facilities had 87 respectively 78 treatment places. All facilities treating five pathological gamblers a year at the most had an addiction department only.

In addition to the analysis of the facilities we took a look at the actual number of treated gamblers as a function of structure characteristics. It turned out that facilities treating few gamblers treated most of them with SeD and in the addiction department, while facilities with many gamblers treated about two thirds of their patients with FiD and showed a more equal distribution between the departments. There were also differences in the rate of gamblers out of all patients between the departments and regarding the number of patients with PG as a first or secondary diagnosis. Another finding relates to the overall accommodation capacity: In small facilities most of the gamblers were treated in the addiction department whereas in large facilities the distribution was nearly equal with more gamblers being treated in the psychosomatic department. All results are shown in table 3.

Table 3: Total number of treatments for pathological gambling in the past year

Variable		Number of gamblers per year				Rate of gamblers on all patients				Overall accommodation capacity			
		Few gamblers ¹	Many gamblers ²	Value		Low rate PG ³	High rate PG ⁴	Value		Small facility ⁵	Large facility ⁶	Value	
		N	N	χ^2	p	N	N	χ^2	p	N (%)	N (%)	χ^2	p
		(%)	(%)			(%)	(%)						
Department	Addiction department	179 (81.0)	1118 (60.2)	35.9	.000	143 (44.8)	1155 (65.6)	49.8	.000	694 (88.7)	604 (46.6)	369.4	.000
	Psychosomatic department	42 (19.0)	739 (39.8)			176 (55.2)	605 (34.4)			88 (11.3)	692 (53.4)		
FiD & SeD ⁷	FiD ⁸	40 (3.2)	1226 (66.2)	191.8	.000	109 (37.8)	1157 (64.8)	75.7	.000	455 (61.7)	817 (60.4)	0.3	.558
	SeD ⁹	181 (96.8)	627 (33.8)			179 (62.2)	629 (35.2)			282 (38.3)	535 (39.6)		

^a Column percentage

¹ Few gamblers = treating at most 20 pathological gamblers a year; ² Many gamblers = treating more than 20 pathological gamblers a year; ³ Low rate PG = up to 4.0 % of all patients are pathological gamblers; ⁴ High rate PG = more than 4.0 % of all patients are pathological gamblers; ⁵ Small facility = 1-88 treatment places; ⁶ Large facility = more than 88 treatment places; ⁷ FiD & SeD = Patients treated with PG as first or secondary diagnosis; ⁸ FiD = Patients treated with PG as first diagnosis; ⁹ FiD = Patients treated with PG as secondary diagnosis

b) Did the duration of treatment in different departments vary due to structure characteristics?

Looking at all facilities, duration of treatment in the addiction department lasted 14.6 (\pm 4.9) weeks on average. Duration in the psychosomatic department varied with patients staying for 7.8 (\pm 2.0) weeks on average. Duration of treatment did not deviate between facilities with either or both departments. Differences in duration of treatment were observed in the addiction department between facilities treating PG as FiD & SeD or SeD only, facilities treating a few or many gamblers, and facilities with a low or high rate PG. All results are shown in table 4.

Table 4: Duration of treatment in different departments

Duration of treatment in...	Addiction department			Psychosomatic department		
	Median	Value (H(df) ^a /z ^b)	p	Median	Value (H(df) ^a /z ^b)	p
<i>Facility type</i>						
Addiction department only	15.1	1.4(1)	.236 ^a	---	---	---
Both departments	12.5			8.0		
Psychosomatic department only	---	---	---	6.0	1.6(1)	.209 ^a
<i>Treatment of PG as FiD & SeD or SeD only</i>						
FiD & SeD ¹	12.0	-2.6	.009 ^b	8.0	-1.3	.179 ^b
SeD only ²	14.5			6.0		
<i>Number of gamblers per year</i>						
Few gamblers ³	15.0	-2.5	.012 ^b	6.0	-1.9	.052 ^b
Many gamblers ⁴	12.0			8.0		
<i>Rate of gamblers out of all patients</i>						
Low rate PG ⁵	15.8	-4.0	.000 ^b	6.0	-1.8	.076 ^b
High rate PG ⁶	12.0			8.0		
<i>All Facilities</i>	<i>14.0</i>	<i>---</i>	<i>---</i>	<i>7.0</i>	<i>---</i>	<i>---</i>

¹ FiD & SeD: treating PG as first diagnosis or secondary diagnosis; ² SeD only: treating PG as secondary diagnosis only; ³ Few gamblers = treating at most 20 pathological gamblers a year; ⁴ Many gamblers = treating more than 20 pathological gamblers a year; ⁵ Low rate PG = up to 4.0 % of all patients are pathological gamblers; ⁶ High rate PG = more than 4.0 % of all patients are pathological gamblers

^a Kruskal-Wallis-Test; ^b Mann-Whitney-U-Test

- c) *Was there an impact of specialization of inpatient treatment facilities on number and rates of pathological gamblers?*

First, we closely inspected each of the three defined parameters: (1) treating PG as FiD & SeD compared to as SeD only, (2) facilities offering specific treatment programs for pathological gamblers or (3) facilities offering specialized counseling for families (concerned significant others, CSOs). Secondly, we examined if facilities that met all three parameters distinguish themselves from those who met two, one or none parameters regarding number of gamblers per year or rate of gamblers of all patients.

It showed that facilities treating pathological gamblers with FiD & SeD treated many gamblers and displayed a high rate of gamblers out of all patients compared to facilities treating pathological gamblers with SeD only. Facilities offering specific treatment programs also treated many gamblers and had a high rate of gamblers out of all patients compared to facilities without specific treatment programs. Facilities offering counseling for CSOs did not differ in number of gamblers or rate of gamblers out of all patients from those that do not.

Looking at the number of parameters it becomes apparent that facilities fulfilling all three parameters were rare. Two parameters were mainly fulfilled by facilities treating many gamblers and reporting a high rate of gamblers out of all patients whereas facilities treating few gamblers or reporting a low rate of gamblers out of all patients mostly fulfilled one parameter only. All results are shown in table 5.

Table 5: Parameters of specialization

Parameter		Number of gamblers per year				Rate of gamblers on all patients			
		Few gamblers ¹	Many gamblers ²	Value		Low rate PG ³	High rate PG ⁴	Value	
		N (%)	N (%)	χ^2	p	N (%)	N (%)	χ^2	p
Parameter 1: treating pathological gamblers with FiD & SeD ⁵	FiD & SeD ⁵	5 (17.9)	19 (79.2)	19.5	.000 ^b	6 (24.0)	17 (68.0)	9.7	.002 ^b
	SeD only ⁶	23 (82.1)	5 (20.8)			19 (76.0)	8 (32.0)		
Parameter 2: offering specific treatment programs for PG	Yes	9 (33.3)	21 (91.3)	--	.000 ^c	7 (29.2)	22 (91.7)	--	.000 ^c
	No	18 (66.7)	2 (8.7)			17 (70.8)	2 (8.3)		
Parameter 3: offering counseling for concerned significant others	Yes	21 (75.0)	19 (79.2)	0.1	.722 ^b	19 (76.0)	20 (80.0)	0.1	.733 ^b
	No	7 (25.0)	5 (20.8)			6 (24.0)	5 (20.0)		
All three parameters		1 (3.6)	2 (8.3)	--	.002 ^c	0 (0.0)	3 (12.0)	--	.004 ^c
Either two parameters ⁷		4 (14.3)	14 (58.3)			5 (20.0)	13 (52.0)		
Either one parameter ⁸		18 (64.3)	7 (29.2)			17 (68.0)	6 (24.0)		
None		5 (17.9)	1 (4.2)			3 (12.0)	3 (12.0)		

^a Column percentage; ^b Chi-Square Test; ^c Fisher's Exact Test

¹ Few gamblers = treating at most 20 pathological gamblers a year; ² Many gamblers = treating more than 20 pathological gamblers a year; ³ Low rate PG = up to 4.0 % of all patients are pathological gamblers; ⁴ High rate PG = more than 4.0 % of all patients are pathological gamblers; ⁵ FiD & SeD = treating PG as first diagnosis or secondary diagnosis; ⁶ SeD only = treating PG as secondary diagnosis only; ⁷ Either two parameters = Parameter 1 and 2 or parameter 1 and 3 or parameter 2 and 3 fulfilled; ⁸ Either one parameter = Parameter 1 or parameter 2 or parameter 3 fulfilled

Discussion

This study provides a differentiated overview of characteristics of inpatient treatment for pathological gamblers in Germany not previously available. Given that 96.5 % of relevant inpatient treatment facilities participated in the interviews, results can be considered accurate. Altogether, our aim was to take a look at the utilization of the inpatient treatment system and its assessment, access, and structure characteristics.

Has there been a rise in numbers of pathological gamblers treated in inpatient treatment?

In Germany, two developments relating to PG are worth noting in the past years: One is that different amendments of gambling legislation took place enabling new gambling opportunities notably slot machines

which are associated with the highest risk for developing gambling problems (Haß et al. 2012). Another development can be recognized in the rise in inpatient treatment numbers of pathological gamblers (FiD and SeD) per year between 1998 and 2011 from 336 patients to 2,229 patients with a noticeable increase of slope in 2006 and 2008. The question is if there is a connection between both developments. It may well be that the amendments in gambling legislation in 2006 led to the rise in inpatient treatment numbers: One explanation could be that the spread of slot machines in Germany – from 183,000 in 2005 to 242,500 in 2011 (Trümper and Heimann 2012) – renders gambling more available. Furthermore, although most internet gambling is illegal¹ in Germany, there are innumerable online gambling opportunities. An enhancement in availability is theorized to lead to increased gambling involvement (Grun and McKeigue 2000; Room et al. 1999; Welte et al. 2009) which is tied to the development of gambling problems (Volberg 2000) and can predict disordered gambling status (LaPlante 2011). Yet, evidence indicates that neither numbers of gamblers using slot machines nor numbers of pathological gamblers in prevalence studies (Ludwig et al. 2012) have risen significantly in the past years. A potential reason for this may be that it takes four to ten years for a pathological gambling pattern to emerge (Petry et al. 2005). Consequences of the changes in legislation implemented in 2006 and 2008 may only just start to show and thus may not be captured in existing prevalence studies (Ludwig et al. 2012). In addition, the first prevalence study for PG in Germany was not conducted until 2006, hence, there are no available data on PG before the changes mentioned afore. As to current developments, since there is no documented rise in prevalence for PG, the spread of slot machines cannot be used as a satisfying explanation for the augmentation of inpatient treatment numbers. However, Braun et al. (2013b) pointed out that gambling

¹ The first state treaty on gambling prohibited internet gambling in all federal states in Germany. The situation changed with the amendment of the state treaty on gambling in 2012: Certain types of internet gambling, namely lottery and sports betting, can be distributed via internet by state-licensed providers. As of yet, the granting of licenses is still in progress.

on slot machines constitutes the main reason for pathological gamblers to seek advice in counseling services.

Another connection between these two occurrences may be that gambling characteristics of slot machines underwent considerable transformation after amendments in gambling legislation in 2006, e.g. duration of games was shortened (twelve to five seconds) and maximum win and loss per hour was increased. These changes may have led to a complete decompensation of people who already were pathological gamblers. A recent study showed that accessing professional help is related to the degree of problems in PG (Bischof et al. 2012). Analogous to findings from alcohol-related problems (Hingson et al. 1982), experiencing negative social consequences due to PG is especially associated with utilizing the treatment system (Bischof et al. 2012). Such being the case, effects of decompensation could have compelled pathological gamblers to seek outpatient treatment. This might serve as an explanation for the rise in utilization of treatment with constant prevalence rates.

On the other hand, the rise in inpatient treatment numbers could be independent from changes described above and instead be related to changes in gambling legislation in 2008: The state treaty on gambling resulted in different awareness campaigns and an expansion of the treatment system. Thus, it seems possible that affected gamblers and their families now know where to receive support. Nevertheless, this hypothesis falls short of explaining the rise starting in 2006; it can only account for the rise starting in 2008.

Altogether, there appears to be a connection between the changes in gambling legislation and the increase in inpatient treatment numbers. With yet another modification in the state treaty on gambling in 2012, new changes regarding gambling opportunities are expected, e.g. legal gambling opportunities on the internet. Therefore, it is crucial to closely monitor the number of pathological gamblers seeking help so that treatment can be adapted accordingly.

Which patients gained access to inpatient treatment?

On the whole, more men than women were treated for pathological gambling in Germany. Data showed that approximately 10 % of the patients in inpatient treatment were female, which also holds true for outpatient treatment facilities in Germany (Sonntag et al. 2007). This is not consistent with the number of female pathological gamblers: In Germany, about one third of affected gamblers are female (Buth and Stöver 2008). This not only emphasizes the need to motivate pathological gamblers to seek treatment earlier but also to make treatment available and attractive for affected women. This is even more important considering that women in inpatient treatment have more secondary diagnoses than men and are thus even more severely burdened.

How did experts assess the German health care system for pathological gamblers?

As to the assessment of the German health care system for pathological gamblers we found a very heterogeneous picture: Approximately half of the interviewed experts assessed the treatment situation as good or somewhat good, the others are at least somewhat dissatisfied. Opinions diverged on this estimation between small and large facilities. Experts from larger facilities judged the situation to be suboptimal. A reason for this might be the cooperation with counseling services: Larger facilities admit patients from counseling services all over Germany; therefore they are not able to retain an insight into every allocator. On the other hand, smaller facilities often receive patients from local counseling services and maintain a close connection to their allocators.

How did patients gain access to treatment?

As established before, access to treatment was mainly arranged by counseling services. This pathway to treatment works well for individuals who have actually contacted these services. However, for varying reasons, contact is not made by many gamblers who therefore remain unable to access treatment via this route. There are different barriers for seeking help: Many affected gamblers name pride, shame, denial, and wanting to resolve the problem on their own (Pulford et al. 2008; Suurvali et al. 2010). Furthermore, the availability of treatment plays an im-

portant role, as well as the concerns gamblers may have towards treatment (Pulford et al. 2008). This may be an explanation for the fact that only 1 % of all pathological gamblers in one year seek inpatient treatment. In consequence, in order to reach more affected gamblers preferably at an earlier stage of their illness, removing as many of the barriers as possible proves paramount. For instance, this could be achieved by raising awareness for the illness among the general population, destigmatizing the disorder, and providing information about the illness and available treatment. Furthermore, to enhance alternative access routes of treatment, other health professionals could undergo training focusing on the disorder, its diagnosis and treatment options. To date, no study regarding help-seeking behavior in Germany has been published, which means there is no evidence-based approach to diminish these barriers. This issue should be addressed in further studies.

Which were the structure characteristics displayed by inpatient treatment facilities for pathological gamblers?

As mentioned before, inpatient treatment for pathological gamblers in Germany is either available in a facility with a psychosomatic or an addiction department. The recommendations of the National associations of health insurance funds and the German statutory pension scheme for the medical rehabilitation concerning pathological gambling (Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger 2001) discriminate between four different types of gamblers and assign them to these two departments:

- (A) For pathological gamblers with an additional substance use disorder they recommend treatment in a facility specializing in addiction.
- (B) For pathological gamblers with characteristics of a personality disorder, especially the narcissistic type, they favor treatment in a facility specializing in addiction.
- (C) For pathological gamblers with a depressive-neurotic disorder or a personality disorder of the anxious type they suggest treatment in a facility specializing in psychosomatic disorders.
- (D) For pathological gamblers with an additional psychological disorder requiring specific treatment they recommend psychosomatic treatment.

According to this allocation algorithm, inpatient treatment in a psychosomatic department should be preferred for pathological gamblers with comorbid disorders other than substance use or personality disorder. The secondary data analysis showed that about 93 % of pathological gamblers in inpatient treatment had at least one comorbid disorder. Judging from data yielded from a representative study in Germany, about 60 % of the pathological gamblers have a comorbid mood disorder; about one third has a personality disorder (35 %) or an anxiety disorder (37 %) (Meyer et al. 2011). All in all, about 55 % of pathological gamblers have a comorbid alcohol use disorder, about 44 % a substance use disorder without tobacco (Meyer et al. 2011). Therefore, one would assume that more than half of all pathological gamblers in inpatient treatment are treated in the addiction department. This entirely conforms with our finding for the number of treated patients (62.4 %) as well as for the number of departments (76.9 %), indicating a satisfying realization of category A or D of the recommendations mentioned afore. With the available data we cannot comment on the accuracy of allocation, only on the congruency of percentage per department. Still, our results are in line with data from a large inpatient treatment facility commenting on the accuracy of allocation: For pathological gamblers in category A or D the allocation seems to be correct whereas categories B and C appear to provide no valid distinction (Strauch and Wernicke 2008). Yet it also has to be considered that, based on the given data, facilities treating few gamblers or those with a low rate PG more often offered an addiction department. They also treated a higher percentage of pathological gamblers in the addiction department. This also discriminated between small or large facilities: Most patients with PG (88.7 %) in smaller facilities were treated in the addiction department while in larger facilities the distribution of patients with PG between the two departments was almost even (46.6 % in the addiction department, 53.4 % in the psychosomatic department). This may indicate the effect of yet another parameter in the allocation of pathological gamblers to a certain department and may be influenced by the fact that most small facilities offered either an addiction or a psychosomatic department though not both. Of the ten facilities that offered both departments, eight were considered to be large facilities. Even so, there are many smaller facilities

offering treatment in the psychosomatic department in Germany, but apparently they do not offer treatment for PG. This is a gap in the treatment system for pathological gamblers: Many inpatient treatment facilities that could treat pathological gamblers fail to do so. Considering the rise in the numbers of treatment-seeking pathological gamblers shown in the secondary data analysis and the expected rise in demand due to the improvement of the treatment system and the numerous changes in the gambling market outlined above, these facilities represent an unused resource and should be prepared to extend their treatment for this group in future.

To the best of our knowledge, as of yet, there is no empirical data reviewing the implementation of the recommendation in practice. Therefore, we do not know whether referral to inpatient treatment is solely based on these recommendations or if other factors influence allocation. It may be that waiting period for a treatment place, interests of the inpatient treatment facilities in treating PG, partiality of patients regarding certain facilities or location of facilities, e.g. near home, or partiality of counselors regarding certain facilities they have previous positive experience with or personal knowledge of treatment process or personal contact to employees, influence allocation to inpatient treatment. Thus, studies regarding reliability and practicability of the recommendations are necessary.

Did the duration of treatment in different departments vary due to structure characteristics?

Overall, our findings were congruent with the recommendation for treatment concerning pathological gamblers. Looking at duration of treatment, there was one further point of interest: In line with treatment recommendations of the German statutory pension scheme, duration of treatment in the addiction department was longer than in the psychosomatic department. However, there were significant differences in duration of treatment in the addiction department looking at facilities treating FiD & SeD or SeD only (12.0 weeks vs. 14.5 weeks) as well as facilities with a low or high rate PG (15.8 weeks vs. 12.0 weeks) or facilities treating few or many gamblers (15.0 weeks vs. 12.0 weeks). The reason for this remains uncertain. A potential explanation might be that

facilities treating FiD & SeD, having a high rate PG and treating many gamblers were in fact the specialized treatment facilities, thus enabling a tighter treatment schedule. Less specialized facilities might have chosen a wider approach using an individually designed therapy and might have been offering a more personal relationship between personnel and patients as well as between the patients. Up to date, there are no studies addressing therapy outcome in different inpatient treatment facilities in Germany. Further studies should examine the best possible treatment for patients with PG.

Was there an impact of specialization of inpatient treatment facilities on number and rates of pathological gamblers?

Different parameters were examined to determine if an inpatient treatment facility is specialized on PG. For example, the number of gamblers treated per year can be taken into account. Inpatient treatment facilities differed significantly whether they treated few or many gamblers: Facilities with many gamblers treated about 80 % with FiD & SeD, facilities with few gamblers about 82 % SeD. This indicates a high specialization of treatment facilities. The accommodation capacity of a facility also influenced the number of pathological gamblers treated per year but had no influence on the rate of gamblers on all patients. There were no differences between small and large facilities concerning specific treatment programs. Treatment facilities with specific treatment programs for pathological gamblers treated more patients with PG as FiD, had a high rate PG and treated many gamblers. This is further evidence that specialization of a treatment facility on PG was not dependent on size of facility but depended on other factors. One reason might be that a facility has a certain reputation for treating pathological gamblers and/or employs specialists for PG. Bearing in mind the treatment recommendations, treatment facilities have to specialize to adequately treat pathological gamblers. The detected high specialization of inpatient treatment facilities in Germany is in line with findings of the *German annual statistical report on inpatient treatment of substance use disorders* (Steppan et al. 2012).

More than half of the inpatient treatment facilities (61 %) offered general counseling for families (concerned significant others, CSOs) as part of the treatment plan for the patient, not primarily as relief to families.

This constitutes a gap: According to literature, CSOs of pathological gamblers suffer greatly from their illness and show serious signs of stress related illnesses (Krishnan and Orford 2002) as well as psychological distress and chronic stress (Buchner et al. 2012). Since most pathological gamblers do not seek treatment, treating their CSOs does have an important public health benefit (Rychtarik and McGillicuddy 2006). At the same time working with CSOs could motivate pathological gamblers to engage in treatment. This approach is used in *CRAFT* (Community Reinforcement and Family Training; Meyers et al. 1999) and it showed that CSOs of substance abusers could contribute essentially to the aggrieved party reducing substance consumption and engaging in treatment (Copello et al. 2000). Furthermore, there is evidence that a greater social support was associated with longer gambling abstinence (Petry and Weiss 2009). Therefore, the implementation of evaluated programs addressing this clientele as a health promotion measure is necessary.

Altogether, treatment approaches differed widely between different inpatient treatment facilities. One reason for this may be treatment recommendations which demand a diversified treatment system for pathological gamblers taking comorbid disorders into account. However, this allocation algorithm is not evidence-based. There is a need for studies exploring these questions as well as studies regarding the long-term effectiveness of inpatient treatment for PG in Germany.

Limitations

There are different limitations to this study: First of all, expert assessments were gained in two different settings which might have led to different levels of accuracy. Some interviews took place face-to-face, others were contacted by telephone. However, since we used guided interviews, we do not think that has influenced their assessment. Next, this is an exploratory study with the aim to get a first notion of the treatment system for pathological gamblers in Germany. Therefore, even though we conducted multiple comparisons we did not correct the alpha error.

A further constriction is that all information derived from secondary data analysis is based on data from one cost bearer only. Looking at the information from the expert assessment, this cost bearer paid for 87.0 % of all treatments and therefore is of most interest to us. Still, 13.0 % of

treatments were financed by a different cost bearer and we do not have any information regarding the composition of their group of patients. But it is noteworthy that information for the majority of the clientele could be gathered and therefore allows a statement about most pathological gamblers treated in Germany.

Summary and conclusion

Due to amendments in legislation both gambling opportunities and the health care system for pathological gamblers in Germany changed in the past few years. The number of pathological gamblers seeking help has already risen and will probably rise further in the near future. Even though there is now an increased number of treatment facilities, access to treatment is still insufficient. We need to identify and remove those barriers and train health professionals in diagnosing pathological gamblers and referring them to suitable treatment. This seems to be especially true for women who were underrepresented in inpatient treatment even though they are likely more severely affected because of comorbid disorders.

There are two different inpatient treatment approaches for pathological gamblers in Germany: treatment in the addiction or the psychosomatic department. Allocation to treatment seems to work according to the treatment recommendations. Up until now it is still unclear whether this division has an influence on treatment outcome. Furthermore, it is yet unclear which treatment approaches are used for these patients and to what effect. Studies dealing with these questions are necessary.

To our knowledge, this is the first nation-wide investigation of utilization and characteristics of inpatient treatment facilities for PG. We now require further studies on treatment quality and outcome.

Literature

Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U. & Rumpf, H. J. (2012). Inanspruchnahme von Hilfen bei Pathologischem Glücksspielen. Befunde der PAGE-Studie. *Sucht*, 58, 369-377.

Braun, B., Kraus, L., Ludwig, M. & Slecza, P. (2013a). Pathologische Glücksspieler in der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Trends 2001-2011. *Short Report*. http://www.lsgbayern.de/fileadmin/user_upload/lsg/IFT_Materialien/2013-02-14_Trends_2001-2011.pdf. Accessed 27 April 2012.

Braun, B., Ludwig, M., Kraus, L., Kroher, M. & Bühringer, G. (2013b). Ambulante Suchthilfe für pathologische Glücksspieler in Bayern: Passung zwischen Behandlungsbedarf und -angebot. *Suchttherapie*, 14(01), 37-45.

Buchner, U. G., Arnold, M., Koytek, A., Gollrad, T. & Wodarz, N. (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *PPmP*, 62, 383-389.

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

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

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2007, 2009 und 2011. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

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

Copello, A., Templeton, L., Krishnan, M., Orford, J. & Velleman, R. (2000). A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research*, 8, 471-484.

Cunningham, J. A. (2005). Little use of treatment among problem gamblers. *Psychiatr Serv*, 56, 1024-1025.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010a). *Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeits-erkrankungen*. Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund. http://www.deutsche-renten-versicherung.de/cae/servlet/contentblob/226544/publicationFile/19655/abhaengigkeit_reha_erwachsene.pdf. Accessed 19 May 2012.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010b). *Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen*. Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/226540/publicationFile/16425/med_reha_erwachsene_pscho.pdf. Accessed 19 May 2012.

Erbas, B. & Buchner, U. G. (2012). Pathological gambling – prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, 109, 173-179.

Fiedler, I. & Wilcke, A.-C. (2011). Der deutsche Markt für Onlinepoker: Umfang und Spielverhalten. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 04.11, 243-247.

Fröberg, F., Hallqvist, J. & Tengström, A. (2012). Psychosocial health and gambling problems among men and women aged 16-24 years in the Swedish National Public Health Survey. *European Journal of Public Health*, doi: 10.1093/eurpub/cks129.

Grun, L., McKeigue, P. (2000). Prevalence of excessive gambling before and after introduction of a national lottery in the United Kingdom: another example of the single distribution theory. *Addiction*, 95, 959-966.

Haß, W., Orth, B. & Lang, P. (2012). Zusammenhang zwischen verschiedenen Glücksspielformen und glücksspielassoziierten Problemen. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungs-Surveys der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Sucht*, 58(5), 333-345.

Hingson, R., Mangione, T., Meyers, A. and Scotch, N., (1982). Seeking help for drinking problems: A study in the Boston metropolitan area. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 273-288.

Krishnan, M. & Orford, J. (2002). Gambling and the family: From the stress-coping-support perspective. *International Gambling Studies*, 2, 61-83.

LaPlante, D. A., Nelson, S. E., LaBrie, R. A. & Shaffer, H. J. (2011). Disordered gambling, type of gambling and gambling involvement in the British gambling prevalence survey 2007. *European Journal of Public Health*, 21(4), 532-537.

Lorains, F., Cowlishaw, S. & Thomas, S. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.

Ludwig, M., Kraus, L., Müller, S., Braun, B. & Bühringer, G. (2012). Has gambling changed after major amendments of gambling regulations in Germany? A propensity score analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(4), 151-161

Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N., Porz, S., Schön, D., Westram, A., Klinger, D., Goeze, C., Bischof, G. & John, U. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung*. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport. Greifswald/Lübeck: Universitäten Greifswald und Lübeck.

Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E. & Tonigan, J. S. (1999). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308.

Morasco, B. J., vom Eigen, K. A., Petry, N. M. (2006). Severity of gambling is associated with physical and emotional health in urban primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 28(2), 94-100.

Petry, N. M. & Armentano, C. (1999). Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: A review. *Psychiatric Services*, 50(8), 1021-1027.

Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564-574.

Petry, N. M. & Weiss, L. (2009). Social support is associated with gambling treatment outcome in pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 18, 402-408.

Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D. & Williams, J. (2008). Barriers to help-seeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 33-48.

Queri, S., Erbas, B. & Soyka, M. (2007). Behandlungsprävalenz pathologischen Spielens. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75, 458-462.

Rychtarik, R. G. & McGillicuddy, N. B. (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambling partner. *Journal of Gambling Studies*, 22, 165-178.

Sassen, M., Kraus, L., Bühringer, G., Pabst, A., Piontek, D. & Taqi, Z. (2011). Gambling Among Adults in Germany: Prevalence, Disorder and Risk Factors. *Sucht*, 57(4), 1-10.

Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163, 297-302.

Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A. K. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für ambulante Einrichtungen. *Sucht*, 53, S7-S41.

Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (2001). *Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen*. http://www.sucht.de/tl_files/pdf/empfehlungen_Path_Gluecksspielen.pdf. Accessed 25 January 2013.

Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. <http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs%20jahresbericht%202011.pdf>. Accessed 13. September 2012.

Strauch, D. & Wernicke, J. (2008). *Erfahrungen mit der stationären Behandlung pathologischer Glücksspieler nach Indikation Psychosomatik oder Sucht*. Lecture, 20. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht e.V., Hamburg

Stucki, S. & Rihs-Middel, M. (2006). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23, 245-257.

Suurvali, H., Hodgins, D. C., Cunningham, J. A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies* 26, 1-33.

Toneatto, T. & Nett, J. C. (2006). Selbstheilung von problematischem Glücksspiel. In: Klingemann, H. & Sobell, L. C. (eds.). *Selbstheilung von der Sucht*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 121-127)

Trümper, J. & Heimann, C. (2012). *Angebotsstruktur der Spielhallen und Geldspielgeräte in Deutschland 2012*. Arbeitskreis gegen Spielsucht e.V.

Volberg, R. A. (2000). The future of gambling in the United Kingdom. Increasing access creates more problem gamblers. *British Medical Journal*, 320(7249), 1556.

World Health Organization (1991). *International Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.

2 Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE

Ursula Gisela Buchner¹, Melanie Arnold¹, Annalena Koytek¹, Tanja Gollrad¹, Norbert Wodarz²

1: Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmensgesellschaft (haftungsbeschränkt), Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

2: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum

PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, September 2012, Volume 62, Ausgabe 09/10; DOI:10.1055/s-0032-1316368
<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1316368>

Zusammenfassung

Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler leiden in vergleichbarer Weise unter den Auswirkungen der Erkrankung wie Angehörige Substanzabhängiger. Sie benötigen daher dringend Unterstützung. Mit dem psychoedukativen Entlastungstraining ETAPPE wurde ein manualisiertes Gruppenangebot entwickelt und in einer Pilotstudie mit Beratungsstellen getestet. Bei den Teilnehmern wurden begleitend Daten, wie die subjektive Belastetheit und das Stresserleben erhoben. Es zeigt sich, dass die Angehörigen problematischer/pathologischer Spieler eine stark belastete Klientel sind, deren Hauptproblembereiche in ETAPPE aufgegriffen werden. Unter Berücksichtigung des explorativen Charakters der Untersuchung zeigen sich positive Trends: Durch die Teilnahme an ETAPPE sinken Belastetheit, Beeinträchtigung und Beanspruchung signifikant. Der chronische Stress bleibt jedoch unverändert. Eine abschließende Evaluation der Wirksamkeit des manualisierten Gruppenprogramms steht noch aus.

Abstract

Relatives of problematic and pathological gamblers are seriously affected by the illness comparable to relatives of substance abusers. Therefore they might need support. Hence the psycho-educational training programme ETAPPE was developed and tested in an explorative pilot study in cooperation with counselling services. The participants got several questionnaires concerning amongst others: self-assessment of stress, psychological distress and taxing subjects. Results show that families of problematic and pathological gamblers are highly stressed. ETAPPE addresses the topics that are a burden for families. Taking into consideration the limitations, there are positive trends: Through this training, self-assessment of stress, psychological distress and actual situative perceived stress are reduced significantly. Chronic stress remains unchanged. A conclusive evaluation of the effectiveness of this manualized programme is still pending.

Schlüsselwörter/Keywords

Pathologisches Glücksspielen, Angehörige, Belastung, Psychoedukation, Intervention

pathological gambling, concerned significant others, stress, psychoeducation, intervention

Einführung

In Deutschland liegt die Prävalenz (12 Monate) pathologischen Glücksspielens (PG) aktuellen Studien zufolge bei 0,2-0,6 % [1, 2]. Zudem weisen weitere 0,2-0,6 % der Bevölkerung ein problematisches Spielverhalten unterhalb der klinisch relevanten Schwelle auf [2, 3; Überblick bei 4]. Das pathologische Glücksspielen verursacht bei den Betroffenen einen hohen Leidensdruck, geht häufig mit komorbiden psychischen Störungen einher [5] und führt nicht selten zu Suizidgedanken und -versuchen [6]. Zumeist besteht die Problematik schon mehrere Jahre, bevor das Hilfesystem in Anspruch genommen wird [7]. Pro Spieler sind 10-15 Angehörige, d.h. Partner, Eltern, Geschwister, weitere Verwandte sowie Freunde und Kollegen, von der Erkrankung mit betroffen [8]. Partner

von pathologischen Glücksspielern leiden unter sozialen, psychischen und ökonomischen Belastungen, die sich direkt auf die Glücksspielaktivitäten zurückführen lassen [9-11].

Die Probleme, die Angehörige von pathologischen Glücksspielern erleben, ähneln denen von Angehörigen Substanzabhängiger, wie z.B. finanzielle Probleme und interpersonelle Konflikte [12]. Bei Spielern zeigen sich finanzielle Probleme bspw. an der Höhe der Glücksspielbezogenen Schulden [13]. Interpersonelle Konflikte zwischen Spielern und Angehörigen werden ebenfalls von verschiedenen Autoren beschrieben [vgl. 14, 15]. Auch das erhöhte Risiko, häusliche Gewalt zu erleben [16], findet sich bei pathologischen Glücksspielern [17].

Zusammenfassend befinden sich Angehörige von pathologischen Glücksspielern in stressreichen Lebensumständen [18] und haben deswegen ein erhöhtes Risiko, physische, psychische, soziale und emotionale Probleme zu entwickeln [12]. Möglicherweise stellt das dysfunktionale Verhalten der Angehörigen einen erfolglosen Versuch zum Umgang mit dem pathologischen Spielverhalten des Familienmitglieds dar [19]. Hilfreich könnte hier die Vermittlung funktionaler Strategien für Angehörige zur Bewältigung der Situation sein. Dies könnte dazu beitragen, das Risiko für eine eigene Erkrankung zu reduzieren und so einen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Angehörigen leisten.

Ähnlich wie dies bei alkohol- und anderen substanzbezogenen Störungen beschrieben wurde [20], könnte die Arbeit mit Angehörigen auch den Stress und die Symptome des Spielers reduzieren und den Spieler ggf. sogar zur Behandlungsaufnahme bewegen. Nach dem CRAFT-Ansatz (Community Reinforcement and Family Training) [21] können Familienangehörige einen wesentlichen Beitrag zur weiteren Entwicklung des Konsumverhaltens der Betroffenen – der Konsum nimmt ab – sowie bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe – Hilfen werden vermehrt genutzt – leisten [22]. Auch im Bereich pathologischen Glücksspiels gibt es bereits Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Behandlungsergebnis der Betroffenen: Eine größere soziale Unterstützung ist mit einer längeren Glücksspielabstinenz assoziiert [23]. Durch den Einbezug der Angehörigen kann

dieser Aspekt in der Behandlung der pathologischen Glücksspieler aufgegriffen werden.

Inzwischen gibt es international eine Reihe von Angehörigenangeboten, etwa paartherapeutische Angebote wie die *Adapted Couple Therapy* [24] und das *Integrative System-Based Couple Treatment Model* [25, 26] sowie das *Coping Skills Training* [19] oder Kurzinterventionen für Angehörige [18]. Diese Angebote beziehen sich jedoch ausschließlich auf Partner von pathologischen Glücksspielern, nicht aber auf weitere Angehörige, z.B. Eltern oder Geschwister. Außerdem gibt es derzeit keine Beratungs- oder Therapieangebote, die ausschließlich als Unterstützung für Angehörige konzipiert sind. Diese Lücke in der Versorgung Angehöriger pathologischer Glücksspieler existiert auch im deutschsprachigen Raum. Daher wurde mit dem „*Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)*“ ein entsprechendes Gruppenangebot entwickelt.

Konzeption des Entlastungstrainings ETAPPE

Zielgruppe

Das Entlastungstraining ETAPPE ist auf Angehörige ausgelegt, die durch das Glücksspielverhalten einer ihnen nahestehenden Person belastet sind. Durch die psychoedukative Konzeption des Entlastungstrainings ist es möglich, Angehörige, die in unterschiedlichen Beziehungen zu dem Spieler stehen, in einem gemeinsamen Programm anzusprechen, etwa Partner und Eltern, aber auch Geschwister, erwachsene Kinder von Glücksspielern sowie andere belastete Personen aus dem nahen Umfeld, wie z.B. Freunde. Dabei sind Dauer und Akuität des Spielverhaltens des Spielers nicht relevant. Entscheidend ist die subjektive Belastetheit der interessierten Bezugsperson. So können auch Angehörige von derzeit in Behandlung befindlichen bzw. abstinenten Spielern teilnehmen.

Inhalte und Struktur des Entlastungstrainings

Für die Pilotphase wurde ein Manual für ein modulares Entlastungstraining mit sieben Bausteinen à 90 Minuten entwickelt. Die manualisierten Gruppentreffen, die auf Gruppengrößen von sechs bis maximal zwölf Teilnehmende ausgelegt sind, fanden in einem ca. vierzehntäglichen

chen Rhythmus statt. In den einzelnen Bausteinen wurden dabei die Themen aufgegriffen, die Studien zufolge Angehörige besonders belasten [14]. So wurde auf den Einfluss von PG auf die Partnerschaft inklusive Vertrauensverlust und Lügen eingegangen, ebenso wie auf Verantwortungsübernahme für den Spieler, Schuld und negative Selbstzuschreibungen sowie soziale Isolation. Ein weiteres relevantes Thema waren der Umgang mit finanziellen Einbußen und die finanzielle Absicherung. Zudem wurde der Einfluss auf die eigene Gesundheit aufgegriffen. Des Weiteren wurde Basiswissen zum Krankheitsbild PG, den Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige sowie zu rechtlichen Themen vermittelt.

Zur Darbietung der Inhalte wurden unterschiedliche Methoden eingesetzt. Im Sinne der Psychoedukation wurden u.a. Informationen zum Störungsbild als Präsentation oder auf Flipchart dargestellt. Die Teilnehmenden erhielten jeweils zusätzlich ein Handout für ihre Unterlagen. Zudem wurden Gruppendiskussionen, Kleingruppenarbeiten, Zuruflisten und Kärtchenabfragen genutzt. Für die einzelnen Bausteine wurden Arbeitsblätter erstellt, die die Teilnehmenden entweder direkt vor Ort oder als „Hausaufgabe“ bearbeiteten.

Der Aufbau der einzelnen Bausteine folgte stets einem einheitlichen Schema: (1) Begrüßung und Eingangsrunde mit Befindlichkeitsabfrage, (2) Nachbesprechung voriges Treffen, (3) Wissensvermittlung, (4) Aufgabe zum nächsten Termin und (5) Abschlussrunde mit Befindlichkeitsabfrage, anschließend anonymisierte Bewertung des Bausteins.

Das Programm ist primär für den Einsatz in Beratungsstellen, etwa in Suchtberatungsstellen, konzipiert. Dies ermöglicht, dass Angehörige bei Bedarf weiterführende Hilfen, bspw. Einzel- oder Paar- bzw. Familiengespräche, in Anspruch nehmen können. Zudem ist dort entsprechend qualifiziertes Personal vorhanden: So kann die Gruppenleitung durch Sozialpädagogen oder Psychologen übernommen werden. Für die authentische Umsetzung des Trainings sind neben Beratungskompetenzen Grundlagenwissen über pathologisches Glücksspielen sowie praktische Erfahrungen mit pathologischen Glücksspielern hilfreich.

Ziel von ETAPPE war die Reduktion der Belastetheit der Angehörigen problematischer und pathologischer Glücksspieler durch die Vermittlung

von Informationen sowie die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten. Die Ergebnisse der Pilotstudie zur grundsätzlichen Anwendbarkeit des Gruppenprogramms werden nachfolgend dargestellt.

Methodik

Studiendesign und Stichprobe

Die hier vorgestellte Pilotstudie erfolgte in Zusammenarbeit mit vier Beratungsstellen in Bayern im Herbst 2010. Die Angehörigen meldeten sich nach Bewerbung des Projekts eigeninitiativ in den Beratungsstellen, um an dem Entlastungstraining teilzunehmen. Einzige Bedingung war das Vorhandensein eines Angehörigen mit PG. In die Studie wurden alle Gruppenteilnehmer eingeschlossen, die am gesamten Entlastungstraining teilgenommen und ihre Bereitschaft zur Studienteilnahme schriftlich erklärt hatten, über ausreichende Deutschkenntnisse für die schriftliche Befragung verfügten und alle Fragebögen beantworteten. Dabei erfüllten von den insgesamt 36 Personen, die an ETAPPE teilnehmen wollten, 26 Personen (72,2 %) die Kriterien für die Studienteilnahme.

Fragestellungen und Erhebungsinstrumente

Grundsätzlich wurden in der Pilotstudie drei Fragestellungen betrachtet:

- 1) Wer kann mit ETAPPE erreicht werden?
- 2) Bilden die Inhalte des Entlastungstrainings die von den Angehörigen als besonders belastend erlebten Themen ab?
- 3) Sind Angehörige problematischer und pathologischer Spieler tatsächlich subjektiv belastet und chronisch gestresst und kann ETAPPE dazu beitragen, diese Belastungen zu reduzieren?

Um diesen Fragen nachzugehen, erhielten die Teilnehmenden am ersten (Beginn) und letzten Termin (Abschluss) des Entlastungstrainings eine Fragebogenbatterie, die vor Ort ausgefüllt wurde. Darin enthalten waren zunächst Fragen zu soziodemografischen Merkmalen und zur Einschätzung ihrer Beziehung zum Spieler. Zudem fand eine Fremdeinschätzung des Spielverhaltens des betroffenen Spielers statt. Diese war angelehnt an die drei Fragen des „Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS)“ [27], der im Original eine hohe Sensitivität sowie Spezifität aufweist. Dabei wird von PG ausgegangen, wenn eine der drei Fragen

bejaht wird. Zur Klärung der zweiten Fragestellung, ob die Inhalte des Entlastungstrainings die von den Angehörigen als besonders belastend erlebten Themen abbilden, wurden in einer offenen Frage die drei am stärksten belastenden Themen erhoben. Dies stellte die Grundlage für den Abgleich der als belastend erlebten Themen mit den in ETAPPE aufgegriffenen Themen dar. Die dritte Fragestellung wurden aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet: So wurden die Teilnehmenden zum einen um eine Selbsteinschätzung ihrer subjektiv erlebten Belastetheit gebeten. Zum anderen erhielten sie zur Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung den „Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Kurzform der SCL-90-R (deutsche Version) (BSI)“ [28]. Der BSI bietet sich bei einem Verdacht auf erhöhte psychische Belastung an und wird – auch in der Langform als SCL – in vielen Untersuchungen genutzt. Erfasst wird dabei die psychische Belastung in den vergangenen sieben Tagen. Des Weiteren wurde zur Erfassung der aktuellen subjektiven Beanspruchung der „Fragebogen zur aktuellen Belastung (KAB)“ [29] eingesetzt. Bei diesem Test sind sehr kurze Retest-Intervalle möglich, daher wurde er zu Beginn jedes Bausteins in der Befindlichkeitsabfrage verwendet. Zur Erfassung des chronischen Stresses wurde die „Screening-Skala zum chronischen Stress (SSCS)“ des „Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)“ [30] genutzt. Die SSCS erfasst zusammenfassend und in sehr ökonomischer Weise den chronischen Alltagsstress über die vergangenen drei Monate und spiegelt somit die dauerhafte Belastung wider.

Auswertung der Daten

Die Berechnung der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 19. Zur Auswertung der prä-post-Unterschiede wurden der t-Test für verbundene Stichproben bzw. der Vorzeichen-Test für nicht-parametrische Daten herangezogen. Die Prüfung der Normalverteilung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test. Aufgrund des Charakters als hypothesenbildende Pilotstudie erfolgten sämtliche Auswertungen explorativ.

Die qualitativen Aussagen zu den belastenden Themen wurden jeweils von drei unabhängigen Ratern kategorisiert und in Cluster eingeordnet.

Unterschiede in der Zuordnung wurden anschließend einvernehmlich zugeordnet.

Ergebnisse

Haltequote und Ausschöpfungsquote

Insgesamt interessierten sich 36 Personen für die Teilnahme an ETAPPE, davon nahmen 29 Personen am gesamten Entlastungstraining teil (Teilnahme an mindestens vier der sieben Sitzungen). Die Haltequote beträgt somit 80,6 %. Gründe für den Abbruch waren – soweit von den Angehörigen zu erfahren – eine eigene Erkrankung, der Wechsel in eine Einzelberatung oder die Trennung vom Spieler. Die Gruppengrößen betrugen maximal 11, minimal 7 Teilnehmende. Nach Berücksichtigung der Einschlusskriterien – Teilnahme am gesamten Entlastungstraining, Bereitschaft zur Beteiligung an der Studie, ausreichende Deutschkenntnisse und Beantwortung aller Fragebögen – für die Studie konnten 26 Teilnehmer in die Auswertung miteinbezogen werden, die Ausschöpfungsquote liegt somit bei 89,7 %.

Fragestellung 1: Wer kann mit ETAPPE erreicht werden?

An ETAPPE nahmen mit 92,3 % deutlich mehr Frauen als Männer teil. Insgesamt lebten 80,8 % der Angehörigen bei der Beginn- und Abschlussbefragung in einem gemeinsamen Haushalt mit dem betroffenen Spieler. Im Schnitt betrug das Alter der Teilnehmenden 47,2 Jahre (25-70 Jahre, $SD \pm 13,1$). Bei den Angehörigen handelte es sich in erster Linie um verheiratete/ unverheiratete Partner (53,8 %) und Eltern (38,5 %). Zudem waren Geschwister von Spielern vertreten (7,7 %). Bezüglich des Beziehungsstatus Partnerschaft gab es im Verlauf von ETAPPE keine Veränderung.

Das pathologische Spielverhalten der betroffenen Spieler in den vergangenen drei Monaten wurde über die Anlehnung an den BBGS abgefragt. Zu Beginn wurde ein pathologisches Spielverhalten von 24 der 26 Teilnehmenden (92,3 %) berichtet. In der Abschlussbefragung berichteten 20 Teilnehmende (76,9 %) weiterhin ein pathologisches Spielverhalten, vier Teilnehmende (15,4 %) gaben an, dass kein pathologisches Spielverhalten vorliegt. Die beiden übrigen Teilnehmenden (7,7 %) konnten keine diesbezügliche Einschätzung vornehmen.

Fragestellung 2: Bilden die Inhalte des Entlastungstrainings die von den Angehörigen als besonders belastend erlebten Themen ab?

In einer offenen Frage wurden bei Beginn und Abschluss jeweils die drei Themen erhoben, die die Angehörigen nach eigener Aussage am stärksten belasteten. Die Angehörigen gaben zwischen null und drei Themen an, insgesamt wurden 58 Themen bei Beginn und 50 Themen bei Abschluss genannt. Für die Auswertung wurden die qualitativen Aussagen jeweils von drei unabhängigen Ratern kategorisiert, in Cluster eingeordnet und anschließend bezüglich der Abweichungen einvernehmlich zugeordnet. Daraus ergaben sich die in Tabelle 1 dargestellten neun Cluster. Zwischen Beginn und Abschluss des Entlastungstrainings veränderte sich die Anzahl der Nennungen in den einzelnen Clustern: Bei Themen aus den Clustern *Informationsdefizit*, *Rückfall*, *Belastung* und *Vertrauen/Misstrauen* nimmt die Anzahl der Nennungen ab, dafür steigen die Nennungen bei den Clustern *Angst* und *Beziehung*. Das Thema *Zukunftsplanung* tritt zum Abschluss neu auf.

Tabelle 1: Von den Angehörigen als belastend erlebte Themen, zusammengefasst in neun Cluster

Cluster	Beschreibung	Beispiel ¹	Häufigkeit Beginn ²	Häufigkeit Abschluss ³
Vertrauen/ Misstrauen	Themen sind Lügen, Unehhrlichkeit und Vertrauensverlust	„Ist Vertrauen und Partnerschaft wieder aufbaubar?“ „Wird er mich wieder belügen?“	12	10
Angst	insbesondere Angst vor der Zukunft	„Angst, dass noch mehr passiert“ „Zukunftsangst“	10	12
Beziehung	Beziehung und Beziehungskonflikte in Familie und Freundeskreis	„Freundeskreis, den er durch das Spielen verloren hat/Abhängigkeit von mir“ „Gefühl-auf-und-ab (Hass/Liebe/Mitleid), Isolation“	9	11
Finanzen	finanzielle Fragen, insbesondere in Bezug auf Geldsorgen und Schulden	„finanzieller Absturz“ „Verschuldung“	7	8
Rückfall	Frage nach der Beständigkeit der Abstinenz	„Wann ist das nächste Mal?“ „Hält er die Spielfreiheit?“	6	2
Informationsdefizit	Defizit an Informationen, z.B. zu Behandlung, Krankheitsursachen und rechtlichen Themen	„Warum wurde er Spieler?“ „Was gibt es für Behandlungsmöglichkeiten?“	6	1
Kriminalität	Delikte wie Erpressung, Diebstahl und Einbrüche	„Diebstahl“ „Angst vor weiteren Einbrüchen wegen Geld für Spielen“	4	3
Belastung	Belastungen, die sich z.B. durch Hilflosigkeit sowie bzgl. der eigenen Gesundheit ergeben	„Wie gehe ich mit allem um?“ „Belastung nicht mehr auszuhalten“	4	0
Zukunftsplanung	Zukunftsplanung durch Entwicklung eigener Autonomie	„Habe ich alles getan, um mich und das Kind finanziell zu schützen?“ „Kur oder Urlaub planen“	0	3

¹ Bei den Beispielen handelt es sich um Zitate aus den Antworten der Teilnehmenden.

² Häufigkeit Beginn = Anzahl der Nennungen in dem entsprechenden Cluster bei Beginn von ETAPPE. Die Cluster sind in absteigender Häufigkeit der Nennung bei Beginn von ETAPPE dargestellt.

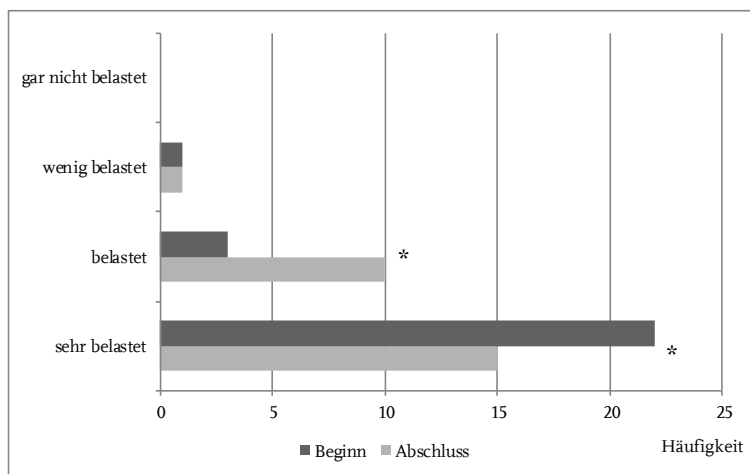
³ Häufigkeit Abschluss = Anzahl der Nennungen in dem entsprechenden Cluster bei Abschluss von ETAPPE.

Fragestellung 3: Sind Angehörige problematischer und pathologischer Spieler tatsächlich subjektiv belastet und chronisch gestresst und kann ETAPPE dazu beitragen, diese Belastungen zu reduzieren?

Diese Fragestellung wurde aus vier Perspektiven betrachtet: Erhoben wurden (a) die Selbsteinschätzung der Belastetheit, (b) die subjektiv empfundene Beeinträchtigung, (c) die aktuelle subjektive Beanspruchung und (d) der chronische Stress.

(a) Selbsteinschätzung der Belastetheit

Mit der Frage „Wie stark fühlen Sie sich durch das Spielen Ihres Angehörigen belastet?“ wurde auf einer vierstufigen Skala eine Selbsteinschätzung der Belastetheit abgefragt. Im Vorzeichentest ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen Beginn und Abschluss ($p = .039$): Die Selbsteinschätzung der Belastetheit ist bei der Abschlussbefragung geringer (vgl. Abbildung 1).



* ($p < .05$)

Abbildung 1: Selbsteinschätzung der Belastetheit der Teilnehmenden bei Beginn bzw. Abschluss von ETAPPE

(b) Subjektiv empfundene Beeinträchtigung

Die subjektiv empfundene Beeinträchtigung wurde mit dem „Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Kurzform der SCL-90-R (deutsche Version) (BSI)“ [28] gemessen. Für den Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung wurden aus den Skalenwerten die geschlechtsspezifischen T-Werte nach Manual ermittelt. Dabei liegt der Mittelwert in der Allgemeinbevölkerung bei 50 ($SD \pm 10$). Von einer klinisch relevanten Abweichung wird ausgegangen, wenn entweder bei zwei Skalen oder bei der Skala *Global Severity Index (GSI)* der Wert von 63 überschritten wird [28,

S. 20]. Bei Beginn von ETAPPE liegen die Gruppenmittelwerte der Angehörigen überwiegend etwa eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normalbevölkerung. Die Werte auf den Skalen *Somatisierung*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität* und *Paranoides Denken* liegen außerhalb einer Standardabweichung. Bezüglich des *GSI* liegt der Wert sogar im klinisch relevanten Bereich. Bei der Abschlussbefragung liegen die Gruppenmittelwerte deutlich niedriger und innerhalb einer Standardabweichung über dem Mittelwert der Normalbevölkerung, auch der *GSI* liegt nun nicht mehr im klinisch relevanten Bereich (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Gruppenmittelwerte der Skalen des BSI als T-Werte bei Beginn und Abschluss von ETAPPE

Skala BSI	Beginn				Abschluss			Vorzeichentest	
	Min _{vor}	Max _{vor}	MW _{vor}	SD _{vor}	Min _{nach}	Max _{nach}	MW _{nach}	SD _{nach}	p-Werte
<i>Global Severity Index (GSI)</i>	33	80	64,46*	13,23	36	80	59,14	12,08	.031
<i>Somatisierung</i>	39	80	60,81	12,17	39	71	54,62	9,33	.007
<i>Zwanghaftigkeit</i>	35	79	59,19	12,88	35	70	56,00	11,26	n.s.
<i>Unsicherheit im Sozialkontakt</i>	38	80	58,62	12,51	46	80	57,81	10,30	n.s.
<i>Depressivität</i>	40	74	61,62	9,7	40	79	57,54	9,00	n.s.
<i>Ängstlichkeit</i>	45	76	60,88	11,79	37	73	55,27	10,05	.041
<i>Aggressivität</i>	37	80	61,46	10,81	37	80	55,96	10,49	n.s.
<i>Phobische Angst</i>	44	79	54,04	10,38	44	70	50,42	8,27	n.s.
<i>Paranoides Denken</i>	40	80	60,81	10,10	40	74	56,65	9,50	n.s.
<i>Psychotizismus</i>	43	79	57,12	12,88	43	74	54,58	8,95	n.s.

Min_{vor}: Minimum bei Beginn, Max_{vor}: Maximum bei Beginn, MW_{vor}: Mittelwert bei Beginn, SD_{vor}: Standardabweichung bei Beginn, Min_{nach}: Minimum bei Abschluss, Max_{nach}: Maximum bei Abschluss, MW_{nach}: Mittelwert bei Abschluss, SD_{nach}: Standardabweichung bei Abschluss

n.s. = nicht signifikant

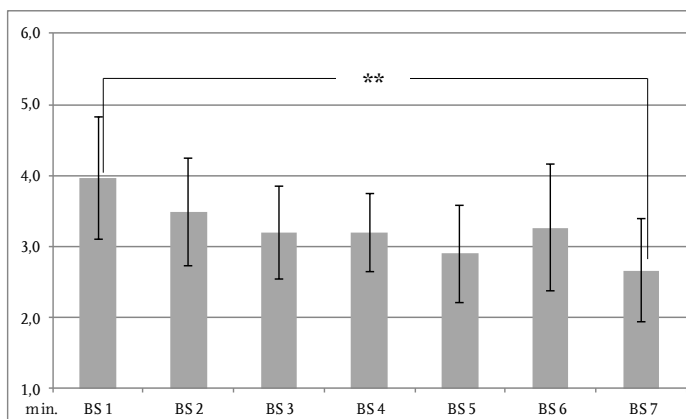
*Da der T-Wert der Skala *GSI* ≥ 63 ist, liegt der Gruppenmittelwert im klinisch relevanten Bereich.

Da die Skalen *Aggressivität* und *Psychotizismus* keine Normalverteilung aufwiesen, wurde für den Vergleich der Testwerte aller Skalen des BSI zwischen Beginn und Abschluss der Vorzeichentest herangezogen. Dabei zeigen sich signifikante Unterschiede bei der Skala *GSI* ($p = .031$) sowie bei den Skalen *Somatisierung* ($p = .007$) und *Ängstlichkeit* ($p = .041$).

(c) Aktuelle subjektive Beanspruchung

Für den KAB liegen keine Normen für die Allgemeinbevölkerung vor, so dass mit diesem Test nur die Unterschiede in der aktuellen Beanspruchung zwischen den einzelnen Bausteinen sowie zwischen Beginn und Abschluss von ETAPPE abgebildet werden können. Die Autoren des Tests stellen allerdings Ergebnisse einer Fragebogenstudie in der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung, bei der in einer Alltagssituation ein durchschnittlicher KAB-Wert von 3,05 besteht [29]. Grundsätzlich liegt bei einem KAB-Wert von eins eine minimale Beanspruchung vor, bei einem KAB-Wert von sechs eine maximale Beanspruchung.

Insgesamt zeigen sich im Verlauf von ETAPPE sinkende Mittelwerte (vgl. Abbildung 2). Beim Vergleich der KAB-Werte zwischen Beginn (Baustein 1) und Abschluss (Baustein 7) ergeben sich im t-Test signifikante Unterschiede ($Mittelwert_{\text{Beginn}} = 3,87$; $SD = 0,99$; $Mittelwert_{\text{Abschluss}} = 2,78$; $SD = 0,82$; $t = 4,08$; $p = .001$).



BS 1: Baustein 1 – Einführung, BS 2: Baustein 2 – Basis-Informationen, BS 3: Baustein 3 – Umgang mit Schuld und Stress, BS 4: Baustein 4 – Behandlung, BS 5: Baustein 5 – Kommunikation, Verantwortung, BS 6: Baustein 6 – Geld und Recht, BS 7: Baustein 7 – Abschluss

** ($p < .001$; Vergleich zwischen Beginn (BS 1) und Ende (BS 7) des Gruppenprogramms)

Abbildung 2: Aktuelle subjektive Beanspruchung (KAB-Mittelwert \pm SD) während der Teilnahme an den sieben Bausteinen (BS) von ETAPPE

(d) Chronischer Stress

Mit Hilfe der „Screening-Skala zum chronischen Stress (SSCS)“ des „Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)“ [30] wurde der erlebte Stress in einer globalen Skala erfasst. Um die Skalenwerte der Angehörigen mit der Allgemeinbevölkerung vergleichen zu können, wurden die Skalenwerte nach Manual altersspezifisch in T-Werte transformiert [30]. Für die Allgemeinbevölkerung ist der Skalenmittelwert auf 50 ($SD \pm 10$) festgelegt. In der hier vorliegenden Stichprobe zeigen sich im t-Test sowohl bei Beginn als auch bei Abschluss von ETAPPE im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant höhere Mittelwerte ($Mittelwert_{T:Beginn} = 64,73$; $SD = 7,20$; $t = 10,44$; $p = .000$ bzw. $Mittelwert_{T:Abschluss} = 62,50$; $SD = 6,22$; $t = 10,25$; $p = .000$).

Beim Vergleich der Summenscores der SSCS zwischen Beginn und Abschluss des Gruppenprogramms findet sich kein signifikanter Unterschied ($t = 1,65$; $p = .111$).

Diskussion

Bezüglich der ersten Fragestellung – „Wer kann erreicht werden?“ – zeigt sich, dass verschiedene Angehörige von problematischen und pathologischen Spielern angesprochen werden konnten: Über die Hälfte der Teilnehmenden waren Partner (54 %), die übrigen 46 % setzten sich aus Eltern und Geschwistern zusammen. Allerdings konnten keine weiteren nahen Bezugspersonen, wie erwachsene Kinder, Großeltern oder Onkel/Tanten, erreicht werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass sich durch den Einbezug verschiedener Angehörigengruppen eine für die Durchführung ausreichende Anzahl an Teilnehmenden erreichen lässt. Bezüglich der Geschlechterzusammensetzung nahmen deutlich mehr Frauen das Angebot in Anspruch. Dieses Ergebnis ist einerseits vergleichbar mit den Ergebnissen anderer psychoedukativer Angehörigengruppen. So nahmen bei Angehörigen von Patienten mit affektiven Störungen ebenfalls signifikant mehr Frauen erkrankter Männer das Angebot in Anspruch [31]. Die Autoren schließen daraus, dass für männliche Angehörige zum einen eine intensivere Motivationsarbeit nötig ist und zum anderen eher paar- und familientherapeutische Konzepte gewählt werden sollten. Auf der anderen Seite muss beachtet werden, dass es sich bei pathologischen Glücksspielern überwiegend um

Männer handelt. Nach Petry et al. [32] sind ca. zwei Drittel der Betroffenen Männer. Daher gibt es vermutlich mehr weibliche als männliche Partner. Zudem nehmen überwiegend männliche Glücksspieler das Suchthilfesystem in Anspruch, beispielsweise finden sich laut bayerischer Versorgungsstudie in den bayerischen Beratungsstellen 90 % Männer [13]. Nachdem ein Großteil der Teilnehmer des Entlastungstrainings über die entsprechenden Suchtberatungsstellen rekrutiert wurde, ist es wiederum wahrscheinlich, dass mehr weibliche Partner über das Programm informiert wurden. Um die Diskussion nach einem möglicherweise für Männer stimmigeren Angebot abschließend führen zu können, ist die vorliegende Stichprobe allerdings zu klein.

In der zweiten Fragestellung wurde geprüft, inwieweit sich die in ETAPPE aufgegriffenen Themen mit den von den teilnehmenden Angehörigen als besonders belastend erlebten Themen decken. Hier konnte eine sehr gute Passung festgestellt werden. So wird etwa zu Beginn des Entlastungstrainings das Cluster *Informationsdefizit* deutlich häufiger angeführt als bei der Abschlussbefragung. Auch Nennungen aus den Clustern *Rückfall* und *Belastung* finden sich nach der Teilnahme an ETAPPE kaum noch. Dieser Rückgang kann als Beleg dafür herangezogen werden, dass zu dem entsprechenden Thema ausreichend und als hilfreich erlebte Informationen vermittelt wurden. Bezüglich anderer Cluster, z.B. *Finanzen* oder *Kriminalität*, gab es jedoch kaum Änderungen. Gerade in diesen beiden Clustern sind die auftretenden Probleme in der Regel allerdings nicht durch eine psychosoziale Beratung oder ein entsprechendes Gruppenprogramm grundlegend lösbar. Die Themen konnten hier lediglich im Überblick angesprochen werden. Aus dem offenen Ansprechen von Themen können sich für die Angehörigen auch neue Fragen ergeben, die entweder erst bearbeitet werden müssen oder eine weiterführende Hilfestellung notwendig machen, wie bspw. auch bei den Clustern *Beziehung* und *Angst*. Diese hängen eng mit dem Verhalten des Spielers und dem Verhältnis zu ihm zusammen. Auch Nennungen aus dem am Ende neu auftretenden Cluster *Zukunftsplanung* sind eng mit dem betroffenen Spieler verknüpft. In diesen drei Clustern beschreiben die Angehörigen ihre Unsicherheiten bezüglich der Verlässlichkeit des Spielers in der Zukunft.

Die dritte Fragestellung greift auf, ob es sich bei Angehörigen problematischer und pathologischer Spieler tatsächlich um eine hoch belastete Klientel handelt. In der Pilotstudie findet sich eine nachweisbar erhöhte Belastung der Angehörigen sowohl in der Selbsteinschätzung der Belastetheit wie auch in der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung, der aktuellen subjektiven Beanspruchung und dem chronischen Stress. Zudem stellt sich die Frage, ob es mit ETAPPE gelingt, die subjektive Belastung der Angehörigen zu reduzieren. Obwohl es sich aufgrund des Designs als Pilotstudie nur um eine kleine Stichprobe handelt, zeigen sich erste positive Trends bezüglich einer Entlastung der Teilnehmenden: In der Selbsteinschätzung der Belastetheit zeigt sich eine signifikante Reduktion. Zusätzlich wurde die subjektiv empfundene Beeinträchtigung mit einem erprobten Testverfahren, dem BSI, erhoben. Dabei ist auffällig, dass der *GSI* bei Beginn von ETAPPE im Gruppenmittel im klinisch relevanten Bereich liegt. Zudem übersteigen bei fünf der neun Skalen zu Beginn die Gruppenmittelwerte den Mittelwert der Normalbevölkerung um mindestens eine Standardabweichung. Bei der Abschlussbefragung sind die Gruppenmittelwerte aller Skalen inklusive *GSI* in den Bereich der Normalbevölkerung abgesunken. Die initial besonders auffälligen Bereiche *Somatisierung* und *Ängstlichkeit* zeigen eine signifikante Reduktion in den Normbereich. Dies gilt auch für den *GSI*, der am Ende des Gruppenprogramms nicht mehr im klinisch relevanten Bereich angesiedelt ist. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass das mit ETAPPE verfolgte Ziel einer Reduktion der Belastung durch das Entlastungstraining erreicht werden kann.

Auch bezüglich der aktuellen subjektiven Beanspruchung, die mit dem KAB erfasst wurde, zeigt sich eine signifikante Reduktion. Dieser Test stellt allerdings nur eine Momentaufnahme dar, so dass auch ein im Laufe der Zeit bekanntes und wohltuendes Gruppensetting zu der Veränderung beigetragen haben kann. Allerdings fallen die KAB-Werte auch im letzten Baustein signifikant niedriger aus als zu Beginn von ETAPPE, obwohl die Angehörigen in den Gruppen ihr Bedauern über das Ende des Entlastungstrainings äußerten. Daher lässt sich eine über die Gewöhnung an das Gruppensetting hinausgehende Reduktion der subjektiven Beanspruchung vermuten.

Neben der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung der vergangenen sieben Tage und der aktuellen subjektiven Beanspruchung wurde auch der chronische Stress in den zurückliegenden drei Monaten erfasst. In diesem Bereich zeigen sich zwar sinkende Werte, es gibt jedoch keine signifikante Veränderung zwischen Beginn und Abschluss von ETAPPE. Allerdings musste das Entlastungstraining – abhängig von individuellen Gegebenheiten in den einzelnen Beratungsstellen sowie unter Berücksichtigung der Ferienzeiten – zum Teil in weniger als drei Monaten durchgeführt werden, so dass hier unter Umständen noch keine Auswirkungen auf den chronischen Stress abgebildet werden können. Hinzu kommt, dass eine Reduktion des chronischen Stresses auf einen für die Normalbevölkerung üblichen Wert nicht wahrscheinlich erscheint, da die stressauslösenden Lebensumstände in der Regel bestehen bleiben: Beispielsweise zeigen sich keine Unterschiede in Bezug auf Wohnsituation oder Beziehungsstatus zwischen Beginn und Abschluss von ETAPPE. Zudem berichtet ein Großteil der Teilnehmer von einem Fortbestand des pathologischen Spielverhaltens.

Die vorliegende Pilotuntersuchung hat ihrem explorativen Charakter gemäß einige Limitationen. So ließen sich einzelne der untersuchten Parameter durch die Verwendung spezifischerer Instrumente klarer bzw. erstmalig erfassen, z.B. die Beziehung zwischen Angehörigen und betroffenen Spielern oder die erlebte soziale Unterstützung. Auch die Frage, ob ETAPPE einen anhaltenden Effekt auf die teilnehmenden Angehörigen und ggf. auch auf die Spieler selbst im Sinne des CRAFT-Ansatzes hat, kann mit der vorliegenden Pilotuntersuchung noch nicht beantwortet werden. Für eine abschließende Wirksamkeitsbeurteilung wäre eine ausreichende Fallzahl unter Einschluss einer Kontrollgruppe notwendig.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Angehörigen problematischer und pathologischer Glücksspieler, die am Entlastungstraining ETAPPE teilgenommen haben, einem hohen chronischen Stress ausgesetzt sehen und sich subjektiv als stark belastet erleben. Daher erscheint es dringend notwendig, dieser Zielgruppe spezifische Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen. Die Befunde der vorliegenden Pilotuntersuchung zeigen, dass durch die Teilnahme an ETAPPE eine Reduktion der

Belastetheit durch die Vermittlung von Informationen sowie die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten erreicht werden kann. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden bspw. aus den offenen Fragen wurden – soweit möglich – in die Überarbeitung des Programms einbezogen. Das Entlastungstraining wurde daher in der finalen Version auf acht Bausteine erweitert. Sehr individuelle Belange der Teilnehmer können unter Umständen nicht im Rahmen des Entlastungstrainings bearbeitet werden. Hier erscheint allerdings eine Weitervermittlung in entsprechende Hilfen, z.B. Einzelberatung, Psychotherapie, Schuldnerberatung oder bei Bedarf sogar stationäre Rehabilitation zielführend. Zudem gründeten die Teilnehmenden im Anschluss an das Entlastungstraining in drei der vier Pilotstandorten Selbsthilfegruppen. Obwohl der abschließende Wirksamkeitsnachweis noch aussteht, lassen zumindest die persönlichen Rückmeldungen der Teilnehmer und die hohe Haltequote im Programm einen positiven Effekt erwarten, so dass es sich lohnt, aufbauend auf den vorliegenden Ergebnissen, diesen Ansatz weiter zu evaluieren und betroffenen Angehörigen anzubieten.

Fazit für die Praxis

Angehörige von problematischen oder pathologischen Glücksspielern sind hoch belastet und haben Bedarf an spezifischen Hilfsangeboten. Dabei sollten nicht nur Partner unterstützt werden, sondern auch weitere Angehörige wie bspw. Eltern und Geschwister. Das neu entwickelte, manualisierte psychoedukative Gruppenprogramm ETAPPE kann dazu einen Beitrag leisten: Im Entlastungstraining werden die Themen aufgegriffen und bearbeitet, die von den Angehörigen als besonders belastend erlebt werden. Die Pilotstudie zeigt, dass die Belastetheit der Angehörigen durch die Teilnahme an ETAPPE abnimmt und die Angehörigen ihre Teilnahme als hilfreich erleben.

Literatur

- [1] *Bühringer G, Kraus L, Sonntag D, Pfeiffer-Gerschel T, Steiner S.* Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht* 2007; 53(5): 296-308
- [2] *Buth S, Stöver H.* Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Suchttherapie* 2008; 9: 3-11
- [3] *Sassen M, Kraus L, Bühringer G et al.* Gambling among adults in Germany: Prevalence, disorder and risk factors. *Sucht* 2011; 57: 249-257
- [4] *Buchner UG, Wodarz N.* Pathologisches Glücksspielen – aktueller Stand des Wissens. *PPmP* 2011; 61(08): 341-346
- [5] *Meyer C, Rumpf HJ, Kreuzer A et al.* Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht 2011
- [6] *Petry NM, Kiluk BD.* Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 462-469
- [7] *Braun B, Sassen M, Kraus L et al.* Versorgung pathologischer Glücksspieler in Bayern: Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Angebote für eine hoch belastete Klientel (in Vorbereitung)
- [8] *Lesieur HR, Custer RL.* Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 1984; 474: 146-156
- [9] *Lorenz VC, Shuttlesworth DE.* The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *J Community Psychol* 1983; 11: 67-76
- [10] *Lorenz VC, Yaffee RA.* Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *J Gamb Stud* 1988; 4: 13-26
- [11] *Lorenz VC, Yaffee RA.* Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *J Gambl Stud* 1989; 5: 113-126
- [12] *Krishnan M, Orford J.* Gambling and the family: From the stress-coping-support perspective. *International Gambling Studies* 2002; 2: 61-83

- [13] Kroher M, Sassen M, Bühringer G, Kraus L. Pathologische Glücksspieler in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Bayerische Versorgungsstudie. Kurzbericht; 2010. Online verfügbar unter: http://www.lsgbayern.de/fileadmin/user_upload/lsg/IFT_Materialien/2010-11-29_Versorgungsstudie.pdf [Zugriff am 24.08.2011]
- [14] Dickson-Swift VA, James EL, Kippen S. The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues* 2005; 13
- [15] Grant Kalischuk R, Nowatzki N, Cardwell K et al. Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies* 2006; 6: 31-60
- [16] Copello A, Templeton L, Orford J et al. The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: A randomized trial. *Addiction* 2009; 104: 49-58
- [17] Korman LM, Collins J, Dutton D et al. Problem gambling and intimate partner violence. *J Gambl Stud* 2008; 24: 13-23
- [18] Hodgins DC, Toneatto T, Makarchuk K et al. Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: A randomized controlled trial. *J Gambl Stud* 2007; 23: 215-230
- [19] Rychtarik RG, McGillicuddy NB. Preliminary evaluation of a coping skills training problem for those with a pathological-gambling partner. *J Gambl Stud* 2006; 22: 165-178
- [20] Copello A, Templeton L, Krishnan M et al. A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research* 2000; 8: 471-484
- [21] Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse* 1999, 10(3): 291-308
- [22] Bischof G, Freyer J. Angehörigenarbeit bei Personen mit substanzbezogenen Störungen. Der Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)-Ansatz. *Suchttherapie* 2006; 7: 52-57

- [23] *Petry NM, Weiss L.* Social support is associated with gambling treatment outcome in pathological gamblers. *Am J Addict* 2009; 18: 402-408
- [24] *Bertrand K, Dufour M, Wright J et al.* Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *J Gambl Stud* 2008; 24: 393-409
- [25] *Lee BK.* Final report on a qualitative and quantitative study: Well-being by choice not by chace: An integrative, system-based couple treatment model for problem gambling. Submitted for the Ontario Problem Gambling Research Centre Postdoctoral Research Award 2001-2002; 2002. Online verfügbar unter: <http://www.gamblingresearch.org/content/research.php?appid=1037> [Zugriff am 20.04.2011]
- [26] *Lee BK.* Congruence couple therapy for pathological gambling. *Int J Ment Health Addiction* 2009; 7: 45-67
- [27] *Gebauer L, LaBrie R, Shaffer HJ.* Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: A brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *Can J Psychiatry* 2010; 55: 82-90
- [28] *Franke GH.* Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test GmbH. 2000
- [29] *Müller B, Basler HD.* Kurzfragebogen zur aktuellen Beanspruchung (KAB). Weinheim: Beltz-Test GmbH. 1993
- [30] *Schulz P, Schlotz W, Becker P.* Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS). Göttingen: Hogrefe. 2004
- [31] *Kronmüller KT, Kratz B, Karr M et al.* Inanspruchnahme eines psychoedukativen Gruppenangebotes für Angehörige von Patienten mit affektiven Störungen. *Nervenarzt* 2006; 77: 318-326
- [32] *Petry NM, Stinson FS, Grant BF.* Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 564-574

3 Stabilisieren sich Entlastung und Stressreduktion bei Angehörigen pathologischer Glücksspieler auch der Teilnahme am psychoedukativen Training ETAPPE? Ergebnis einer Drei-Monats-Katamnese der Pilotstudie

Ursula Gisela Buchner¹, Annalena Koytek¹, Melanie Arnold¹, Tanja Gollrad¹, Norbert Wodarz²

1: Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmensgesellschaft (haftungsbeschränkt), Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

2: Zentrum für klinische Suchtmedizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg

Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Oktober 2013, Volume 21, Ausgabe 04; DOI: 10.1026/0943-8149/a000103
<http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1026/0943-8149/a000103?journalCode=zgp>

Zusammenfassung

Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler leiden unter sozialen, psychischen und ökonomischen Belastungen, die durch das Spielverhalten der Betroffenen entstehen. Sie benötigen daher dringend adäquate Unterstützung. Aus diesem Grund wurde das *Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)* als manualisiertes Gruppenangebot entwickelt. In der hier vorliegenden Untersuchung wurde die Nachhaltigkeit der in der Pilotstudie gezeigten positiven Effekte des Programms überprüft. Die Teilnehmenden wurden drei Monate nach Abschluss der Gruppen schriftlich zu ihrer subjektiven Belastetheit und ihrem Stresserleben befragt. Bei einem Rücklauf von 90.2 % zeigen sich, unter Berücksichtigung des explorativen Charakters der Untersuchung, positive Befunde: Die durch ETAPPE erreichte

Reduktion der Belastetheit bleibt bestehen, der chronische Stress lässt sich weiter reduzieren. Daher lohnt es sich, diesen Ansatz zur Versorgung Angehöriger problematischer und pathologischer Glücksspieler weiter zu verfolgen.

Abstract

Relatives of problematic and pathological gamblers suffer from social, psychological, and economical stresses created by the gambling habits of thoses affected. Therefore, they are in urgent need of suitable assistance. For this reason, the programme *Easement Training for People Affiliated with Problematic and Pathological Gamblers – Psycho-Educational (ETAPPE)* was developed as a manualized programme for groups. In this study, the sustainability of the programme's positive effects were compiled. The participants were asked, in written form, about their self-assessment of psychological distress and stress three months after the completion of the programme. The response rate was 90.2 %. Considering the explorative character of the study, there are positive findings: The reduction of psychological distress, achieved through participation in ETAPPE, persists, chronic stress is further reduced. It is therefore worthwhile to pursue this approach for the care of people affiliated with problematic or pathological gamblers.

Schlüsselwörter/Keywords

Pathologisches Glücksspielen, Angehörige, Belastung, Psychoedukation, Katamnese

pathological gambling, concerned significant others, stress, psychoeducation, follow-up

Einleitung

Deutschlandweit ist in den vergangenen Jahren die Zahl an Personen, die wegen *pathologischem Glücksspielen* (PG) in Beratungsstellen und stationären Einrichtungen Hilfe suchen, gestiegen (Erbas & Buchner, 2012; Buchner & Wodarz, 2011). Dabei benötigen nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Angehörigen dringend Unterstützung, da sie sich häufig als sehr stark belastet und chronisch gestresst erleben (Buchner, Arnold, Koytek, Gollrad & Wodarz, 2012). Dies ist umso bedeutender, da schätzungsweise 10-15 Angehörige, d.h. Partner, Eltern, Geschwister, weitere Verwandte sowie Freunde und Kollegen, pro erkranktem Glücksspieler mit betroffen sind (Lesieur & Custer, 1984). Angehörige von pathologischen Glücksspielern leiden unter vielfältigen sozialen, psychischen und ökonomischen Belastungen, die sich direkt auf die Glücksspielaktivitäten zurückführen lassen (Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Lorenz & Yaffee, 1988; Lorenz & Yaffee, 1989). Daher haben sie ein erhöhtes Risiko, selbst physische, psychische, soziale und emotionale Probleme zu entwickeln (Krishnan & Orford, 2002). Diese ähneln denen von Angehörigen Substanzabhängiger (Buchner et al., 2012). Oft entwickeln Angehörige pathologischer Glücksspieler dysfunktionale Verhaltensweisen, die eine erfolglose Strategie darstellen können, mit dem Spielverhalten des Familienmitglieds umzugehen (Rychtarik & McGillicuddy, 2006). Häufig leiden sie unter Hoffnungslosigkeit, sozialer Isolation, Schuldgefühlen, Wut und dem Gefühl, für das Spielverhalten verantwortlich zu sein (Lorenz & Yaffee, 1988). Zudem sind Schlafstörungen bei Angehörigen Glücksspielsüchtiger signifikant häufiger (Wenzel, Oren & Bakken, 2008), ebenso wie gesundheitliche Beeinträchtigungen, bspw. häufige Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen und asthmabezogene Probleme (Lorenz & Yaffee, 1988). Des Weiteren berichten in einer Studie 27 % der Angehörigen pathologischer Glücksspieler über Suizidgedanken und -versuche (Lorenz & Yaffee, 1988). Daher könnte eine Vermittlung funktionaler Strategien dazu beitragen, das Risiko für eine eigene Erkrankung zu reduzieren.

Gleichzeitig könnte die Arbeit mit Angehörigen den Stress und die Symptome des Spielers reduzieren und den Spieler ggf. zur Behandlungsaufnahme bewegen, wie dies auch bei alkohol- und anderen substanz-

bezogenen Störungen beschrieben wurde (Copello, Templeton, Krishnan, Orford & Velleman, 2000). Im *CRAFT-Ansatz* (Community Reinforcement and Family Training; Meyers, Miller, Hill & Tonigan, 1999) zeigt sich, dass Angehörige Substanzabhängiger einen wesentlichen Beitrag zur weiteren Entwicklung des Konsumverhaltens der Betroffenen sowie bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe leisten können: Der Konsum nimmt ab und Hilfen werden vermehrt genutzt (Bischof & Freyer, 2006). Erste Erkenntnisse zu einem Zusammenhang von sozialer Unterstützung durch Familie und Freunde und Behandlungsergebnis der Betroffenen gibt es auch im Bereich des PG: Eine größere soziale Unterstützung ist mit einer längeren Abstinenz vom Glücksspielen assoziiert (Petry & Weiss, 2009).

International liegen verschiedene Angebote für Angehörige vor, etwa paartherapeutische Angebote (Bertrand, Dufour, Wright & Lasnier, 2008; Lee, 2009; Rychtarik & McGillicuddy, 2006) oder Kurzinterventionen für Angehörige (Hodgins, Toneatto, Makarchuk, Skinner & Vincent, 2007). Allerdings sind diese Angebote lediglich für Partner, nicht aber für weitere Angehörige konzipiert. Mit dem *Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)* liegt nun erstmalig ein deutschsprachiges Programm zur Unterstützung von betroffenen Angehörigen vor. Ziel des Programms ist die Reduktion der Belastetheit durch die Vermittlung von Informationen und die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten. Es zeigen sich positive Ergebnisse bei Abschluss des Entlastungstrainings (Buchner et al., 2012): Die in ETAPPE angebotenen Inhalte stimmen mit den von den Angehörigen als besonders belastend erlebten Themen überein. Die Belastung der Angehörigen lässt sich durch die Teilnahme an ETAPPE auf verschiedenen Ebenen reduzieren, so nehmen die Selbsteinschätzung der Belastetheit, die subjektiv empfundene Beeinträchtigung und der chronische Stress ab. Eine Untersuchung der Nachhaltigkeit dieser Ergebnisse stand bislang allerdings noch aus. Diese Lücke soll mit der vorliegenden Arbeit geschlossen werden, indem die Stabilität der Entlastung und Stressreduktion nach drei Monaten erhoben wird.

Struktur und Inhalte des Entlastungstrainings

ETAPPE ist auf Angehörige ausgelegt, die durch das Glücksspielverhalten einer ihnen nahestehenden Person belastet sind. Das Entlastungstraining ist primär für den Einsatz in Beratungsstellen, z.B. in Suchtberatungsstellen, konzipiert und umfasst acht Bausteine à 90 Minuten (ausführlich: Buchner et al., 2012; Buchner, Koytek, Gollrad, Arnold & Wodarz, 2013). Inhaltlich werden die für die Angehörigen besonders relevanten Themen aufgegriffen, wie der Einfluss von PG auf die Beziehung inklusive Vertrauensverlust und Lügen, Verantwortungsübernahme, Schuld und negative Selbstzuschreibungen, finanzielle Einbußen sowie soziale Isolation (Dickson-Swift, James & Kippen, 2005). Weitere Themen sind der Einfluss von PG auf die eigene Gesundheit, Basiswissen zum Krankheitsbild PG, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige sowie rechtliche Themen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Inhalte der Bausteine von ETAPPE

Baustein 1: Einführung Kennenlernen, Wünsche und Erwartungen Ablauf und Inhalte	Baustein 5: Verantwortung Verantwortung und Verantwortungsübernahme Rückfall des Spielers
Baustein 2: Basis-Informationen Basiswissen Glücksspiel und Glücksspielsucht Einführung Bewältigungsstrategien	Baustein 6: Kommunikation Einführung eines Kommunikationsmodells Kommunikation und Umfeld: (Wie) Sage ich es Anderen?
Baustein 3: Bewältigungsstrategien Erfahrungsaustausch zu Bewältigungsstrategien Umgang mit Stress	Baustein 7: Recht und Geld Recht und Rechte Geld und Schulden
Baustein 4: Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten Welche Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Glossar Therapielandschaft	Baustein 8: Abschluss Ausblick und Abschied Zukunftsplanung

Methodik

Studiendesign und Stichprobe

Das Entlastungstraining wurde in Zusammenarbeit mit sechs Beratungsstellen des *Kompetenznetzwerks Glücksspielsucht*¹ in Bayern von September 2010 bis Juli 2011 durchgeführt. Das Projekt wurde über die Beratungsstelle sowie zum Teil in lokalen Medien beworben. Die Angehörigen meldeten sich daraufhin eigeninitiativ zur Teilnahme in den Beratungsstellen. Einzige Teilnahmebedingung war das Vorhandensein eines Angehörigen mit PG. An den sechs Durchführungsstandorten interessierten sich insgesamt 54 Personen für die Teilnahme (Interessenten), 45 Personen (83.3 %) nahmen am gesamten Entlastungstraining teil (Trainings-Teilnehmende). Davon beteiligten sich 41 Personen an der Begleitforschung während des Entlastungstrainings (Teilnehmende). Diese wurden in der Katamneseerhebung erneut schriftlich befragt.

Fragestellungen und Erhebungsinstrumente

In der Pilotstudie zu ETAPPE zeigten sich verschiedene positive Effekte des Entlastungstrainings bezüglich der subjektiven Belastung und des chronischen Stresses (Buchner et al., 2012). Daher wurden die Teilnehmenden aller sechs Standorte drei Monate nach Abschluss der Gruppen per Brief gebeten, an der Katamneseerhebung teilzunehmen. In der Katamnese wurden dabei insbesondere die folgenden beiden Fragestellungen geprüft:

- 1) Halten die positiven Effekte von ETAPPE an?
- 2) Welche subjektiv empfundenen Auswirkungen hat ETAPPE auf die Angehörigen?

¹ Im Rahmen der *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG)* wurde Ende 2008 das *Kompetenznetzwerk Glücksspielsucht* gegründet. Es bietet ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe die Möglichkeit zur besonderen Qualifizierung und engen Kooperation.

Der ersten Fragestellung liegen Erkenntnisse aus der Pilotstudie zugrunde, denen zufolge sich die Belastung Angehöriger durch ETAPPE reduzieren lässt.

Zunächst wurde auf einer vierstufigen Skala mit der Frage „Wie stark fühlen Sie sich durch das Spielen Ihres Angehörigen belastet?“ die Selbsteinschätzung der Belastetheit erhoben. Als zweites erhielten die Teilnehmenden zur Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung das *Brief Symptom Inventory* von L.R. Derogatis (*Kurzform der SCL-90-R*) – *deutsche Version* (BSI; Franke, 2000). Dieses misst die psychische Belastung der vergangenen sieben Tage und bietet sich an, wenn ein Verdacht auf eine erhöhte psychische Belastung vorliegt. Als drittes Konstrukt wurde der chronische Stress mit der *Screening-Skala zum chronischen Stress (SSCS)* des *Trierer Inventars zum chronischen Stress* (TICS; Schulz, Schlotz & Becker, 2004) erfasst. Die SSCS stellt als zusammenfassende Skala ein sehr ökonomisches Instrument dar, um den chronischen Alltagsstress über die vergangenen drei Monate zu erheben und spiegelt somit eine dauerhafte Belastung wider.

Bezüglich der zweiten Fragestellung wurde untersucht, welche subjektiv empfundenen Auswirkungen ETAPPE auf die Angehörigen hat und welche Inhalte bzw. Elemente für sie von besonderer Relevanz waren. Dazu wurden drei offene Fragen gestellt:

1. „Was hat sich für Sie durch Ihre Teilnahme an ETAPPE verändert?“
2. „Von welchen Erfahrungen profitieren Sie noch heute?“
3. „Was ist Ihnen bezogen auf Ihre Teilnahme an ETAPPE besonders in Erinnerung geblieben?“

Auswertung der Daten

Für Fragestellung 1 wurden die Daten mit dem Statistikprogramm SPSS 20 berechnet. Dabei kamen zur Auswertung der prä-post-Unterschiede der t-Test für verbundene Stichproben bzw. der Vorzeichen-Test für nicht-parametrische Daten zur Anwendung, zur Prüfung der Normalverteilung der Kolmogorov-Smirnov-Test. Da es sich insgesamt um eine hypothesenbildende Pilotstudie handelt, erfolgten sämtliche Auswertungen explorativ.

Zur Auswertung der qualitativen Aussagen der Fragestellung 2 wurden die einzelnen Antworten von zwei unabhängigen Ratern anhand eines Kodierbuchs in Kategorien eingeordnet. Bei unterschiedlicher Zuordnung wurde anschließend eine einvernehmliche Lösung gesucht. Die Übereinstimmung der Rater, berechnet über den Reliabilitätskoeffizienten nach Holsti, lag im Schnitt bei $r_H = .83$ (Holsti, 1969; Raupp & Vogelgesang, 2009).

Ergebnisse

Ausschöpfungsquote

Für die Katamnese studie wurden die 41 Personen angeschrieben, die am gesamten Entlastungstraining in den sechs Pilotstandorten sowie an der Befragung während des Programms teilgenommen hatten, über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten und ihre Einwilligung in die Befragung gegeben hatten. Davon haben sich 37 Personen tatsächlich an der Katamneseerhebung beteiligt, die Rücklaufquote liegt somit bei 90.2 %.

Beschreibung der Stichprobe

An der Katamneseerhebung beteiligten sich mit 89.2 % deutlich mehr Frauen als Männer. Im Schnitt betrug das Alter der Teilnehmenden 51.0 Jahre (25-70 Jahre, Standardabweichung (SD) ± 11.7). Die meisten waren entweder Partner/innen oder Eltern von Spielern (je 48.6 %), zudem waren Geschwister vertreten (2.7 %). Bezüglich des Beziehungsstatus Partner/in gab es keine Veränderungen zwischen Beginn von ETAPPE und dem Zeitpunkt der Katamneseerhebung. Geringfügige Unterschiede zeigten sich im Wohnstatus: Bei Beginn von ETAPPE lebten 70.3 % der Teilnehmenden in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Spieler, bei der Katamnese traf dies auf 64.9 % zu, d.h. bei zwei Personen änderte sich die Wohnsituation. Bei der Einschätzung des Spielverhaltens in den vergangenen drei Monaten in Anlehnung an den *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS; Gebauer, LaBrie & Shaffer, 2010) gaben 20 Teilnehmende (54.1 %) zu allen drei Zeitpunkten an, dass ihrer Meinung nach ein pathologisches Spielverhalten vorliegt. Die übrigen Teilnehmenden schwankten in ihrer Einschätzung: Die Einstufung ihres Angehörigen als Spieler nahm bei ihnen kontinuierlich ab, während die Unsicherheit in der Einschätzung (Spielverhalten nicht bekannt) anstieg

(vgl. Tabelle 2). Bei der Betrachtung der individuellen Teilnehmerverläufe zeigt sich, dass sechs Teilnehmende ihre Angehörigen bei Beginn als Spieler und bei Abschluss mit „Spielverhalten nicht bekannt“ einstufen; eine Person wechselte von der Einstufung „kein Spieler“ zu „Spielverhalten nicht bekannt“.

Tabelle 2: Einschätzung des pathologischen Spielverhaltens in Anlehnung an den BBGS

Glücksspielverhalten	Beginn	Abschluss	Katamnese
Spieler	86.5 %	73.0 %	64.9 %
kein Spieler	5.4 %	13.5 %	8.1 %
Spielverhalten nicht bekannt	8.1 %	10.8 %	27.0 %

Anmerkung: BBGS: Brief Biosocial Gambling Screen (Gebauer et al., 2010)

Fragestellung 1: Halten die positiven Effekte von ETAPPE an?

Fragestellung 1 wurde in der Katamneseerhebung mit drei Konstrukten betrachtet: Neben der Selbsteinschätzung der Belastetheit wurden die subjektiv empfundene Beeinträchtigung sowie der chronische Stress erhoben.

a) Selbsteinschätzung der Belastetheit

Eine Selbsteinschätzung der Belastetheit wurde mit der Frage „Wie stark fühlen Sie sich durch das Spielen Ihres Angehörigen belastet?“ auf einer vierstufigen Skala (1 = gar nicht belastet; 4 = sehr belastet) erhoben. Im Verlauf der drei Erhebungen sinken die Mittelwerte (M ; Beginn: $M = 3.78$, $SD = 0.48$; Abschluss: $M = 3.62$, $SD = 0.55$; Katamnese: $M = 3.50$, $SD = 0.56$). Im Vorzeichentest zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Beginn und Katamneseerhebung ($p = .007$). Zwischen Gruppenabschluss und Katamneseerhebung bleiben die Werte stabil ($p = .424$).

b) Subjektiv empfundene Beeinträchtigung

Für die Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung wurde das BSI (Franke, 2000) genutzt. Um die Werte mit der Allgemeinbevölkerung vergleichen zu können, wurden aus den Skalenwerten die geschlechtsspezifischen T-Werte nach Manual ermittelt. Der Mittelwert in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 50 ($SD \pm 10$). Von einer klinisch relevanten Abweichung wird ausgegangen, wenn entweder bei der Skala *Global Severity Index* (GSI) oder bei zwei der Skalen der Wert von 63 überschritten wird (Franke, 2000, S. 20). Dies ist zu Beginn von ETAPPE der Fall: Der GSI liegt über 63. In der Katamnese liegt kein Wert mehr im klinisch relevanten Bereich. Auch auf den übrigen Skalen liegen die Werte nun deutlich niedriger und – im Gegensatz zum Beginn – alle innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert (vgl. Tabelle 3). Dieser Befund findet sich auch in der Betrachtung der individuellen Teilnehmerverläufe: Bei 21 Teilnehmenden lag zu Beginn der Wert der GSI über 63, bei neun dieser Teilnehmenden (42.9 %) zeigt sich in der Katamnese eine klinisch relevante Verbesserung.

Da die Skalen *phobische Angst*, *Depressivität*, *Psychotizismus*, *Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Aggressivität* keine Normalverteilung aufweisen, wurde für den Vergleich der Testwerte aller Skalen des BSI zwischen Beginn und Katamnese bzw. zwischen Abschluss und Katamnese der Vorzeichentest herangezogen. Als Berechnungsgrundlage wurden die transformierten T-Werte (siehe Tabelle 3) herangezogen. Ein signifikanter Unterschied findet sich im Vergleich von Beginn und Katamnese auf den Skalen GSI ($p = .001$), *Unsicherheit im Sozialkontakt* ($p = .018$), *Ängstlichkeit* ($p = .009$) und *Aggressivität* ($p = .007$): Die Werte nehmen ab. Mittlere Effektstärken zeigen sich für die Skalen GSI ($d = 0.49$), *Ängstlichkeit* ($d = 0.55$) und *Aggressivität* ($d = 0.52$). Für die Skala *Unsicherheit im Sozialkontakt* ($d = 0.20$) zeigt sich eine niedrige Effektstärke. Im Vergleich von Abschluss und Katamnese bleiben die Werte stabil, es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Gruppenmittelwerte der Skalen des BSI als T-Werte bei Beginn, Abschluss und Katamnese

Skala BSI	Beginn				Abschluss				Katamnese				Vorzeichen- test	
	Min _{vor}	Max _{vor}	M _{vor}	SD _{vor}	Min _{nach}	Max _{nach}	M _{nach}	SD _{nach}	Min _{kat}	Max _{kat}	M _{kat}	SD _{kat}	p-Werte _{vor-kat}	p-Werte _{nach-kat}
<i>Global Severity Index (GSI)</i>	33	80	63.9	13.1	36	80	56.3	12.5	33	80	58.0	12.7	.001***	.855
Somatisierung	39	80	59.6	13.0	39	71	53.4	9.4	39	80	54.5	12.5	.089	1.000
Zwanghaftigkeit	35	79	58.7	12.2	35	72	55.0	11.4	35	80	57.0	10.8	.361	.571
Unsicherheit im Sozialkontakt	38	80	57.8	11.1	38	80	54.2	11.1	38	80	55.3	11.7	.018*	1.000
Depressivität	40	80	61.6	9.5	40	79	56.1	9.8	40	76	57.8	10.2	.052	.210
Ängstlichkeit	37	76	60.5	11.2	37	76	54.8	10.9	37	76	53.8	10.5	.009**	.327
Aggressivität	37	80	61.3	10.0	37	80	54.6	10.8	37	80	54.8	11.1	.007**	.424
Phobische Angst	44	79	51.5	9.5	44	70	49.4	8.3	44	79	52.2	10.1	.804	.503
Paranoides Denken	40	80	58.1	10.1	40	74	54.6	10.6	40	74	56.3	12.5	.248	.604
Psychotizismus	43	80	58.3	12.4	43	80	53.4	10.3	43	79	54.8	11.5	.124	.824

Anmerkungen: Min_{vor}: Minimum bei Beginn, Max_{vor}: Maximum bei Beginn, M_{vor}: Mittelwert bei Beginn, SD_{vor}: Standardabweichung bei Beginn, Min_{nach}: Minimum bei Abschluss, Max_{nach}: Maximum bei Abschluss, M_{nach}: Mittelwert bei Abschluss, SD_{nach}: Standardabweichung bei Abschluss, Min: Minimum bei Katamnese, Max_{kat}: Maximum bei Katamnese, M_{kat}: Mittelwert bei Katamnese, SD_{kat}: Standardabweichung bei Katamnese, p-Werte_{vor-kat}: Ergebnis des Vorzeichentests im Vergleich der T-Werte zwischen Beginn und Katamnese, p-Werte_{nach-kat}: Ergebnis des Vorzeichentests im Vergleich der T-Werte zwischen Abschluss und Katamnese

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Da der T-Wert der Skala GSI zu Beginn ≥ 63 ist, liegt der Gruppenmittelwert im klinisch relevanten Bereich.

c) Chronischer Stress

Zur Erfassung des chronischen Stresses auf einer globalen Skala wurde die SSCS des TICS (Schulz et al., 2004) genutzt. Um auch diese Werte mit der Allgemeinbevölkerung vergleichen zu können, wurde wiederum eine Transformation nach Manual in altersspezifische T-Werte vorgenommen (Schulz et al., 2004). Für die Allgemeinbevölkerung liegt der Skalenmittelwert bei 50 ($SD \pm 10$). Die hier ermittelten Werte liegen zu allen drei Erhebungszeitpunkten deutlich über dem Skalenmittelwert der Allgemeinbevölkerung (vgl. Tabelle 4).

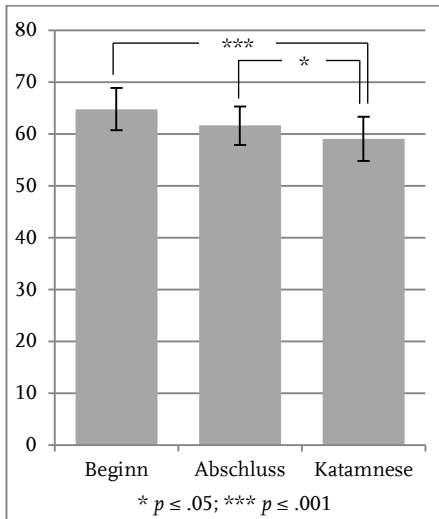
Tabelle 4: Gruppenmittelwerte der SSCS als T-Werte bei Beginn, Abschluss und Katamnese

SSCS	Min	Max	M	SD	p-Werte _{Allg}
SSCS Beginn	53	80	64.8	7.9	.000
SSCS Abschluss	50	80	61.6	7.2	.000
SSCS Katamnese	38	75	59.0	8.5	.000

Anmerkungen: Min: Minimum, Max: Maximum, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung
p-Werte_{Allg}: Ergebnis des t-Tests im Vergleich der Gruppenmittelwerte mit den Mittelwerten der Allgemeinbevölkerung (Ein-Stichproben-t-Test)

Im Verlauf der drei Erhebungen zeigen sich sinkende Mittelwerte (vgl. Abbildung 1). Auch die Betrachtung der individuellen Teilnehmerverläufe bestätigt dieses Bild: Bei 23 Teilnehmenden lag der Wert für die SSCS zu Beginn mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Allgemeinbevölkerung. Davon verbesserten sich bis zur Katamneseerhebung 12 Teilnehmende (52.2 %) auf Werte innerhalb einer Standardabweichung des Mittelwertes der Allgemeinbevölkerung. Im t-Test ist der Unterschied zwischen Beginn und Katamnese mit einer mittleren bis großen Effektstärke ($d = 0.73$) signifikant ($p = .000$); der ebenfalls signifikante Unterschied zwischen Abschluss und Katamnese ($p = .036$) zeigt eine niedrige bis mittlere Effektstärke ($d = 0.38$).

Abbildung 1: Chronischer Stress ($M \pm SD$) bei Beginn, Abschluss und Katamnese, gemessen mit der SSCS



Fragestellung 2: Welche Elemente von ETAPPE wurden als besonders nachhaltig eingeschätzt?

Von den insgesamt 37 Personen, die sich an der Katamneseerhebung beteiligten, beantwortete ein Großteil die offenen Fragen „Was hat sich für Sie durch Ihre Teilnahme an ETAPPE verändert?“ (Veränderung: 33 Rückmeldungen, d.h. 89.2 %), „Von welchen Erfahrungen profitieren Sie noch heute?“ (Profit: 34 Rückmeldungen, d.h. 91.9 %) und „Was ist Ihnen bezogen auf die Teilnahme an ETAPPE besonders in Erinnerung geblieben?“ (Erinnerung: 33 Rückmeldungen, d.h. 89.2 %). Zur Auswertung wurden die Antworten auf diese drei Fragen von zwei unabhängigen Ratern in einem ersten Schritt anhand eines Kodierbuchs Kategorien zugeordnet. Im zweiten Schritt wurden unterschiedlich kategorisierte Antworten einvernehmlich erneut zugewiesen. Die Übereinstimmung zwischen den beiden Ratern im ersten Schritt (Reliabilitätskoeffizient nach Holsti; Holsti, 1969; Raupp & Vogelgesang, 2009) lag im Schnitt bei $r_H = .83$ (Veränderung: $r_H = .78$, Profit: $r_H = .88$; Erinnern: $r_H = .81$).

Die Kategorien pro Fragestellung inklusive Beschreibung und Beispiel sind in absteigender Häufigkeit der Nennung in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Von den teilnehmenden Angehörigen als besonders nachhaltig erlebte Elemente von ETAPPE, jeweils in absteigender Häufigkeit der Nennung

Kategorie	Beschreibung	Beispiel	Häufigkeit
Was hat sich für Sie durch Ihre Teilnahme an ETAPPE verändert?			
Zunahme von Verhaltensalternativen	insbesondere größere Gelassenheit, mehr Verständnis, anderer Umgang mit der Situation, Sicherheit im Umgang mit dem Spieler	„Sensibler für Warnzeichen - geradliniger/ schneller reagieren.“ „Ich verstehe die Handlungen [des Spielers] besser und kann besser damit umgehen.“	1 9
Bessere Information	z.B. Aufklärung, Wissen um Anlaufstellen und Hilfemöglichkeiten sowie um die Erkrankung an sich	„Bewusstsein, was Spielsucht bedeutet.“ „Habe Hintergrundwissen über Glücksspielsucht bekommen. Lese immer wieder die ETAPPE-Bausteine-Handouts.“	1 0
Entlastung durch Erfahrungsaustausch	Unterstützung durch Erfahrungsaustausch, auch durch das Wissen um Mitbetroffene	„Es ist mir bewusst geworden, dass ich nicht der einzige Mensch mit diesen Sorgen bin.“ „Selbstbetroffene Menschen können sich gegenseitig unterstützen und mitfühlen. Ich bin mit [dem Spieler] nicht alleine.“	9
Höhere Selbstachtsamkeit	z.B. mehr auf eigenes Wohlbefinden/eigene Gesundheit achten	„Mein Leben ist etwas wert und ich tue mir öfter etwas Gutes.“ „Ich schaue bewusst auf mein Wohlbefinden.“	5
Verantwortungsrückgabe	Rückgabe von Verantwortung, Einstellen von Kontrollen	„Ich kümmere mich nicht um seine finanzielle Situation (z.B. Zahlungsaufforderungen, Mahnungen).“ „Habe gelernt, dass ich nicht für die Spielsucht verantwortlich bin (...).“	5
Bessere Kommunikation	insbesondere offenere Gespräche	„Ich kann mit dem Spieler über viele Dinge besser reden.“ „Ich finde bessere Worte, um [den Spieler] zu beruhigen“	4
Höhere Belastung	Erleben von Belastung durch Aufklärung über die Erkrankung und Erfahrungsberichte anderer Betroffener	„Teils mehr Belastung durch die Aufklärung.“	2
Größerer Wunsch nach anderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen	d.h. Wunsch nach Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, insbesondere Wunsch nach strengeren Regeln	„Noch größerer Wunsch, dass endlich mehr gegen Spielsucht unternommen wird (gesetzliche Veränderungen, Einhalt der Spielcasinos und Automaten, Aufklärung).“	1

Von welchen Erfahrungen profitieren Sie noch heute?			
Erfahrungsaustausch	z.B. offene Gespräche in den Gruppen, Berichte von anderen Betroffenen	„Ich bin nicht alleine mit diesem Problem.“ „Dass ich nicht die einzige [Angehörige] bin, die dieses Problem hat.“	18
Wissensvermittlung	z.B. Wissen um Anlaufstellen und Hilfemöglichkeiten sowie um die Erkrankung an sich	„Viele Hintergrund-Infos, die helfen zu verstehen.“ „Schnelle Hilfe in Krisenzeiten und dadurch Sicherheit, dass man das Richtige tut oder lässt.“	9
Aufzeigen von Verhaltensalternativen	mehr Sicherheit, Gelassenheit und Verständnis, anderer Umgang mit der Situation	„Es wird alles ruhiger gesehen und ruhiger gehandelt; zuhören, statt selbst reden müssen.“ „Es gibt Lösungen; man kann etwas zu Positiven verändern.“	8
Erlernen von Verantwortungsübergabe	Spieler hat Verantwortung für Erkrankung und Umgang damit	„Mehr Gelassenheit – nicht ich muss agieren, sondern er, um die Sucht zu ändern.“ „Die Spielsucht ist sein Problem, nicht meines, ich kann unterstützen.“	8
Erlernen von Selbstachtsamkeit	mehr auf eigene Bedürfnisse achten, an sich denken, sich selbst in den Fokus stellen	„Dass ich wieder mehr auf meine Bedürfnisse achten muss.“ „Etwas mehr an mich denken! Mein Leben mehr in den Vordergrund stellen und nicht jeden Tag mit der Spielsucht [des Spielers] zu leben!“	5
Erlernen von Kommunikationsstrategien	z.B. offenere Gespräche, "reden statt streiten"	„Dass ich nicht schreie, sondern ruhig rede (diskutiere).“ „Den Umgang mit dem Spieler; nicht gleich losschreien, sondern mit ihm in Ruhe reden.“	3
Offenlegung PG	Offenlegung PG im eigenen sozialen Umfeld	„Ich kann offener damit umgehen, d.h. auch mit einigen Personen darüber reden (war bisher Tabu-Thema).“	1
Was ist Ihnen bezogen auf Ihre Teilnahme an ETAPPE besonders in Erinnerung geblieben?			
Erfahrungsaustausch	offene Gespräche, Austausch miteinander, Wissen um andere Betroffene	„Austausch untereinander“ „Wie geschützt und verstanden ich mich in der Gruppe gefühlt habe.“	23
Informationen	Informationen zur Erkrankung sowie zu Hilfemöglichkeiten	„Viele Informationen, die man gebündelt erhält.“ „Informationen über das Thema Glücksspielsucht; Geld und Recht“	12
Perspektivenwechsel	z.B. Erleben anderer Perspektiven, neue Sichtweisen, neues Erleben der Zuständigkeit/Verantwortung für die Erkrankung	„Dass ich bei meinem Angehörigen auch die andere Seite sehe als Mensch und nicht nur als Spieler.“ „Ich sehe die Dinge heute anders.“	6
Verhaltensstrategien	z.B. Ausprobieren neuer Verhaltensstrategien	„Gesprächsstrategien, offene Ansprache, eigene Grenzen finden und setzen, Vereinbarungen treffen, hinter denen ich stehen muss“	1
Strategien zur Selbstachtsamkeit	z.B. mehr auf sich selbst achten, mehr Zeit für sich selbst	„Es ist wichtig, wie ich mit mir selbst umgehe, Zeit für mich habe.“	1

Diskussion

In der Pilotstudie zu ETAPPE konnten verschiedene kurzfristige positive Effekte des Entlastungstrainings, etwa bezüglich der subjektiven Belastung, gezeigt werden (Buchner et al., 2012). Ob diese positiven Effekte auch über drei Monate nach Abschluss des Trainings anhalten, wurde mit der hier vorliegenden Katamnese explorativ untersucht.

Obwohl es sich um eine schriftliche Katamnese mit einem Zeitaufwand von ca. 25 min. handelte, war die Rücklaufquote mit über 90 % außergewöhnlich hoch.

Bei der Katamnese zeigen sich in allen drei erhobenen Konstrukten – Selbsteinschätzung der Belastetheit, subjektiv empfundene Beeinträchtigung und chronischer Stress – signifikante Reduktionen zwischen Beginn und Katamnesezeitpunkt. Besonders erwähnenswert ist, dass die vor der Teilnahme an ETAPPE im klinisch relevanten Bereich liegende Skala *Global Severity Index* bei Abschluss des Programms und zum Katamnesezeitpunkt anhaltend, wieder im Bereich der Normalbevölkerung liegt. Auch bei der Betrachtung individueller Teilnehmerverläufe findet sich eine klinisch relevante Verbesserung bei knapp 43 % der zuvor klinisch belasteten Teilnehmer. Signifikante Verbesserungen zwischen Beginn und Katamnese zeigen sich auch auf den Skalen *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Ängstlichkeit* und *Aggressivität*. Obwohl die Lebensumstände wie Beziehungsstatus oder Wohnsituation zwischen Beginn und Katamnese in der Regel bestehen geblieben sind, sinkt der chronische Stress signifikant. ETAPPE kann also auch über den Abschluss des Programms hinaus zu einer Reduktion des chronischen Stresses der Teilnehmenden beitragen. Diese Ergebnisse liefern deutliche Hinweise auf eine nachhaltige Reduktion der Belastung durch das Entlastungstraining.

Zwischen Abschluss und Katamnese zeigen sich im BSI keine bedeutenden Unterschiede, was insbesondere bedeutet, dass sich die während der Teilnahme an ETAPPE erreichten Verbesserungen nicht wieder verlieren. Ganz im Gegenteil verringert sich die Selbsteinschätzung der Belastetheit weiter, allerdings aufgrund der begrenzten Gruppengröße nicht in einem statistisch signifikanten Ausmaß. Bei der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung, die das Befinden in den vergangenen

sieben Tagen betrachtet, zeigt sich auf einzelnen Skalen ein geringer Anstieg der Skalenwerte. In Anbetracht des Fortbestehens der belastenden Lebensumstände sind diese Befunde allerdings erwartungskonform. Dagegen werden bei der Erfassung des chronischen Stresses die vergangenen drei Monate betrachtet, sodass sich hier – wie bereits oben beschrieben – die Nachhaltigkeit von ETAPPE deutlich zeigt: Zwischen Abschluss und Katamnese sinken die Werte signifikant, der chronische Stress nimmt also – trotz des eben dargestellten Fortbestehens der belastenden Lebensumstände – weiter ab.

Die subjektiv empfundenen Auswirkungen von ETAPPE auf die Angehörigen werden auch drei Monate nach Abschluss noch sehr positiv berichtet. Über 90 % der Teilnehmenden können konkret benennen, was sich für sie durch ihre Teilnahme an ETAPPE verändert hat, was ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist und von welchen Erfahrungen sie aus subjektiver Sicht besonders profitiert haben. Hier wird zum Beispiel deutlich, dass sich die Teilnehmenden noch besonders gut an den Erfahrungsaustausch mit anderen Angehörigen pathologischer Glücksspieler erinnern können und subjektiv empfunden davon profitierten. Die Relevanz des gegenseitigen Austausches zeigt sich auch daran, dass sich an drei der sechs Standorte aus dem Programm Selbsthilfegruppen gebildet haben, die sich weiterhin regelmäßig treffen. Besonders häufig hervorgehoben werden von den Teilnehmenden auch drei Monate nach Abschluss des Programms eine Zunahme von Verhaltensalternativen und eine bessere Informiertheit durch ETAPPE.

Ein Bereich, in dem sich diese Wissenszunahme bezüglich des Krankheitsbildes spiegelt, ist die Einstufung des Spielverhaltens der Betroffenen durch die Angehörigen: Zu Beginn von ETAPPE waren sich die meisten Angehörigen in ihrer Einstufung des Betroffenen als Spieler sehr sicher. Viele Angehörige berichteten während des Trainings von Versuchen der Spieler, ihr Spielverhalten einzustellen bzw. zu verändern, oder von stationären Aufenthalten der betroffenen Spieler. Das durch das Entlastungstraining und im Austausch mit anderen Teilnehmenden neu erworbene Wissen könnte zu einem Hinterfragen von Aussagen der betroffenen Spieler geführt haben und sich in der

Katamnese in der Einstufung des Spielverhaltens als „nicht bekannt“ niedergeschlagen haben.

Die Wissensvermittlung innerhalb des Entlastungstrainings wird von den Teilnehmenden als besonders hilfreich und nachhaltig erlebt. Beides – Erfahrungsaustausch und Wissensvermittlung – sind zentrale Elemente des für ETAPPE gewählten psychoedukativen Ansatzes, der somit die Bedürfnisse der Teilnehmenden angemessen und anhaltend zu bedienen scheint.

Die ETAPPE zugrunde liegende Untersuchung hat gemäß ihrem explorativen Charakter einige Limitationen. So ist durch das Fehlen einer Kontrollgruppe die interne Validität der Untersuchung eingeschränkt. Zudem ließen sich einzelne der untersuchten Parameter bspw. durch die Verwendung spezifischerer Instrumente klarer bzw. erstmalig erfassen, so könnte etwa die Beziehung zwischen Angehörigen und betroffenen Spielern bezüglich der Beziehungsqualität, der Kontakthäufigkeit oder bezüglich spezifischer, durch das pathologische Glücksspielverhalten aufgetretener Probleme genauer eruiert werden. Des Weiteren könnte die erlebte soziale Unterstützung der Teilnehmenden erfasst werden, z.B. mit dem „Fragebogen zur Sozialen Unterstützung“ (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Auch die Frage, ob ETAPPE neben dem Effekt auf die Angehörigen einen anhaltenden Effekt auf die Spieler selbst im Sinne des CRAFT-Ansatzes hat, lässt sich mit der vorliegenden Arbeit nicht beantworten und könnte ebenfalls in einer nachfolgenden Studie erhoben werden. Eine weitere Limitation liegt in der geringen Fallzahl, die für eine abschließende Wirksamkeitsbeurteilung nicht ausreicht. Auch wurde aufgrund des explorativen Charakters der Studie keine Alphafehlerkorrektur vorgenommen, sodass mit den hier vorliegenden Ergebnissen kein konfirmatorischer Nachweis zur Wirksamkeit geführt werden kann. Der Einschluss einer Kontrollgruppe wäre wünschenswert, gestaltet sich aber unter den gegebenen Umständen der Studie und den Rahmenbedingungen in den Beratungsstellen schwierig.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die hoch belastete Klientel von Angehörigen pathologischer Glücksspieler von ETAPPE profitieren kann. Schon die Befunde der Pilotstudie haben gezeigt, dass durch die Teilnahme an ETAPPE eine Reduktion der Belastetheit erreichbar ist. In

der hier vorliegenden Katamneseerhebung konnte nun gezeigt werden, dass das Programm auch über seinen Abschluss hinaus nachwirkt und von den Teilnehmenden weiterhin als positiv erinnert wird. Der gewählte Ansatz erscheint also hilfreich und wirksam, um Angehörigen pathologischer Glücksspieler spezifische Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen und die bestehende Lücke in deren Versorgung weiter zu schließen.

Literatur

Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J. & Lasnier, B. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24, 393-409.

Bischof, G. & Freyer, J. (2006). Angehörigenarbeit bei Personen mit substanzbezogenen Störungen. Der Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)-Ansatz. *Suchttherapie*, 7, 52-57.

Buchner, U. G., Arnold, M., Koytek, A., Gollrad, T. & Wodarz, N. (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62(09/10), 383-389.

Buchner, U. G., Koytek, A., Gollrad, T., Arnold, M. & Wodarz, N. (2013). Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel. *Das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE*. Göttingen: Hogrefe.

Buchner, U. G. & Wodarz, N. (2011). Pathologisches Glücksspielen – aktueller Stand des Wissens. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(08), 341-346.

Copello, A., Templeton, L., Krishnan, M., Orford, J. & Velleman, R. (2000). A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research*, 8, 471-484.

Dickson-Swift, V. A., James, E. L. & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13, doi: 10.4309/jgi.2005.13.6.

Erbas, B. & Buchner, U. G. (2012). Pathological gambling – prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(10), 173-179.

Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *F-SozU – Fragebogen zur sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.

Gebauer, L., LaBrie, R. & Shaffer, H. J. (2010). Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: A brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 82-90.

Hodgins, D. C., Toneatto, T., Makarchuk, K., Skinner, W. & Vincent, S. (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 23, 215-230.

Holsti O. R. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Krishnan, M. & Orford, J. (2002). Gambling and the family: From the stress-coping-support perspective. *International Gambling Studies*, 2, 61-83.

Lee, B. K. (2009). Congruence couple therapy for pathological gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 45-67.

Lesieur, H. R. & Custer, R. L. (1984). Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 474, 146-156.

Lorenz, V. C. & Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, 67-76.

Lorenz, V. C. & Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Studies*, 4, 13-26.

- Lorenz, V. C. & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Studies*, 5, 113-126.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E. & Tonigan, J.S. (1999). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308.
- Petry, N. M. & Weiss, L. (2009). Social support is associated with gambling treatment outcome in pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 18, 402-408.
- Raupp, J. & Vogelgesang, J. (2009). *Medienresonanzanalyse. Eine Einführung in Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rychtarik, R. G. & McGillicuddy, N. B. (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambling partner. *Journal of Gambling Studies*, 22, 165-178.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wenzel, H. G., Oren, A. & Bakken, I. J. (2008). Gambling problems in the family – A stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. *BMC Public Health*, 8, 412.

Interessenskonflikt

Die Untersuchung wurde von der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt) im Rahmen der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG) durchgeführt. An der LSG sind die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt), das IFT Institut für Therapieforchung sowie der Betreiberverein der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern für die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern e.V. (LAGFW-BV) beteiligt. Die LSG wird aus Mitteln des Bayerischen Ministeriums für Umwelt und Gesundheit gefördert. Mit der Finanzierung sind keine Auflagen verbunden.

Ministerien und nachgeordnete Behörden des Freistaats Bayern sind als Betreiber bzw. Lizenzgeber für Glücksspiele tätig.

Danksagung

Die Autoren möchten sich bei den beteiligten Beraterinnen und Beratern für die gemeinsame Durchführung des Projekts und die hilfreichen Anregungen bedanken. Unser Dank gilt auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die uns ihre Daten zur Verfügung gestellt haben.

Vielen Dank auch an unseren Kollegen Marco Stürmer für seine Unterstützung während des Projekts.

Anhang II: Weiterführende Informationen

1 Inhalte und Methoden der Bausteine von ETAPPE (finale Version)

Baustein/ Titel	Inhalt	Methoden*						
		Präsentation	Arbeitsblatt	Flipchart/ Zurufiste	Gruppen- diskussion	Kleingruppen- arbeit	Kärtchen- abfrage	Übung**
1: Einführung	<ul style="list-style-type: none"> Gegenseitiges Kennenlernen und Beginn des Beziehungsaufbaus Vorstellung von Ablauf und Inhalten Abfrage der Wünsche und Erwartungen der Teilnehmer und Abgleich mit den Inhalten des Curriculums Klärung des Begriffes Psychoedukation 			x	x		x	
2: Basis-Informationen	<ul style="list-style-type: none"> Hintergrundwissen Glücksspiel und Glücksspielsucht Einführung in das Thema Bewältigungsstrategien Anregungen zur Reflexion des eigenen Verhaltens 	x	x			x	x	
3: Bewältigungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> Vertiefung Bewältigungsstrategien inklusive Erfahrungsaustausch Einführung Stress und Stressbewältigung Sammeln von „Geheimtipps“ gegen Stress Anregung zur Reflexion bisheriger Strategien und Ausprobieren neuer Strategien 		x	x	x		x	
4: Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> Nachbesprechung Umgang mit Stress Vorstellung von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten Überblick über Begrifflichkeiten und Informationen zur Therapie Einstieg in die Themen Verantwortung und Verantwortungsübernahme 		x	x				
5: Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> Verantwortung und Verantwortungsübernahme dem Spieler gegenüber Reflexion des eigenen Verhaltens, Anregung neuer Sicht- und Verhaltensweisen Informationen zum Thema Rückfall Vorbereitung auf mögliche Rückfälle/Sicherheit im Umgang 		x	x	x	x		
6: Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> Vermittlung theoretischen Wissens über Kommunikation Gestaltung von Kommunikation, Umgang mit und Vermeidung von Kommunikationsschwierigkeiten Rollenspiel zur Kommunikation Soziale Netzwerke als Ressource: Offenlegung der Glücksspielsucht im sozialen Umfeld 	x	x		x			x
7: Recht und Geld	<ul style="list-style-type: none"> Spielerperre (offline – online) Schulden (Miet-/Energieschulden, Geldbußen und -strafen) Schuldnerberatungsstellen, Informationsportale und Anlaufstellen Praxistipps zur Kontoführung Finanzielle Verantwortungsübernahme 	x			x			
8: Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> Körperübung zum Einfluss der Körperhaltung auf die Stimmung Veränderlichkeit und Beeinflussbarkeit von Stimmungen Analyse der individuellen Stimmungskurve im Stimmungstagebuch; Reflexion von Faktoren, die die Stimmung beeinflussen Abschlussübung: Würdigung des Erreichten und Verankerung positiver Zukunftsvisionen Individuelles Abschiedsritual 		x				x	x

* Zusätzlich zu den hier angeführten Elementen wurde in jedem Baustein ein Handout ausgegeben.

** Rollenspiel bzw. Körperübung

2 Modulbeschreibung und Übungen von Efa

Modul	Modulbeschreibung laut Homepage (Seite 1 des jeweiligen Moduls)	Übungen
Modul 0: Grundlagen	<p>In diesem Modul möchten wir Ihnen Grundlagenwissen zu Glücksspielen und Glücksspielsucht vermitteln. Dazu gehen wir zunächst auf den Unterschied zwischen verschiedenen Spielformen sowie auf die Spielmöglichkeiten in Deutschland ein und stellen Ihnen die Wirkung von Glücksspielen auf Spieler vor.</p> <p>Anschließend erfahren Sie mehr über typische Verhaltensweisen Glücksspielsüchtiger sowie die Folgen von Glücksspielsucht.</p> <p>Als nächstes betrachten wir die Krankheit genauer: Welche Phasen gibt es? Was sind die Ursachen? Wie lautet die genaue Diagnose? Welche begleitenden Erkrankungen haben Betroffene häufig?</p> <p>Abschließend stellen wir Ihnen aktuelle Schätzungen zum Ausmaß der Problematik vor und gehen auf Therapieaussichten und -möglichkeiten ein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen der Glücksspielsucht auf das eigene Leben
Modul 1: Stress	<p>Im ersten Modul steht das Thema „Stress“ im Mittelpunkt. Hier geht es darum, Sie damit vertraut zu machen, wie Sie persönlich mit Stress umgehen können.</p> <p>Wenn ein Angehöriger glücksspielsüchtig ist, stellt dies eine andauernde Belastung dar, die Stress auslöst. Dieser chronische Stress bringt eine Reihe von gesundheitlichen Risiken mit sich, z.B. stressbedingte Folgeerkrankungen. Daher ist es wichtig, sich mit den Auswirkungen von Stress auf den eigenen Körper auseinander zu setzen und eine Möglichkeit zu finden, trotz der stressreichen Situation eine Ausgeglichenheit zu erreichen, in der man sich selbst wohl fühlt. Dieses Modul gibt einen ersten Einblick dazu, kann aber keinen Ersatz für ein ausführliches und erprobtes Stressbewältigungstraining darstellen.</p> <p>Zunächst wird Hintergrundwissen zu Stress vermittelt und der Unterschied zwischen positivem und negativem Stress vorgestellt. Anschließend werden Auslöser von Stress und Einflussfaktoren auf Stress sowie die Ebenen der Stressreaktion näher beleuchtet. Anhand des „Transaktionalen Modells“ nach Lazarus werden Ansatzpunkte zum Umgang mit Stress dargestellt. In einer Übung können Sie über Ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten bei Stress nachdenken.</p> <p>Anschließend lernen Sie eine konkrete Technik zum Umgang mit akutem Stress kennen und können diese ausprobieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • „Da-ist“-Technik (Achtsamkeitsübung)
Modul 2: Verantwortung	<p>Das zweite Modul befasst sich mit dem Thema „Verantwortung“. Hier geht es darum, in welchen Bereichen Sie Verantwortung tragen, aber auch darum, wo Sie nicht verantwortlich sind. Ziel des Moduls ist, dass Sie sich über Ihre Möglichkeiten und Grenzen bewusst werden und Wege finden, sich zu schützen und auf sich selbst zu achten.</p> <p>Auch die Themen „Glücksspielabstinenz“ und mögliche Rückfälle in altes Spielverhalten werden besprochen.</p> <p>Anschließend liegt der Fokus auf Ihrer finanziellen Situation: Die Glücksspielsucht ist eine sehr teure Erkrankung, die häufig nicht nur Betroffene, sondern auch Angehörige in eine finanzielle Schieflage bringt. Angespannte finanzielle Verhältnisse bringen Stress und Unsicherheit mit sich. Daher geht es um die Frage, wie und in welchen Bereichen Sie die finanzielle Verantwortung übernehmen können und wie Sie sich finanziell absichern können.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallplan für Krisensituationen • Verantwortungsübernahme

	Im dritten Block stehen Ihre Möglichkeiten und Grenzen im Mittelpunkt: Für was können oder wollen Sie die Verantwortung übernehmen, für was nicht (mehr)? Und wie können Sie diese Möglichkeiten und Grenzen klar vermitteln?	
Modul 3: Kommunikation	In diesem Modul möchten wir Ihnen zunächst erläutern, was man genau unter Kommunikation versteht bzw. was Kommunikation überhaupt bedeutet. Außerdem stellen wir Ihnen anhand von zwei Kommunikationsmodellen vor, wie leicht innerhalb scheinbar selbstverständlicher Kommunikation Missverständnisse auftreten können und was man tun kann, um sie zu vermeiden. Kleine Übungen dienen dazu, die eigene Kommunikation zu überdenken und sich eventuell erste Ansatzpunkte für eine Veränderung zu überlegen. Außerdem erhalten Sie Informationen darüber, mit welchen Kniffen Sie Ihre Kommunikation verbessern können.	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Ebenen einer Nachricht
Modul 4: Soziale Unterstützung	Zwischenmenschliche Kontakte sind für uns alle von grundlegender Bedeutung. Positive Kontakte tragen ganz wesentlich zu unserem Wohlbefinden bei. Auch im Umgang mit Stress (vergleiche Modul 1) ist die Unterstützung von Familie und Freunden ein wichtiger Faktor. Diese Unterstützung wird generell als „soziale Unterstützung“ bezeichnet. Gemeint ist die Interaktion zwischen demjenigen, der Belastungen erlebt (Betroffener), und demjenigen, der Hilfestellungen gibt bzw. geben möchte (Unterstützer). In diesem Modul lernen Sie die Bedeutung sozialer Unterstützung und ihre verschiedenen Formen kennen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Umgang mit sozialer Unterstützung: Wie kann ich sie einfordern? Was sind die Voraussetzungen für zufriedenstellende Beziehungen? Wie kann ich mein Netzwerk pflegen und ausbauen? Dabei stellt sich auch die Frage, wer als Ansprechpartner in Frage kommt, wenn soziale Unterstützung benötigt wird. Im letzten Abschnitt werden Grenzen sozialer Unterstützung aufgezeigt. Hier geht es auch darum, welcher Netzwerkpartner über die Glücksspielsucht informiert sein sollte bzw. werden sollte und welche Personen man aus welchen Gründen lieber nicht einbeziehen möchte.	<ul style="list-style-type: none"> • Netzwerkdiagramm • Grenzen setzen und vermitteln
Modul 5: Zukunftsplanung	Im letzten Modul des Programms richten wir zunächst den Blick noch einmal auf alle vorangegangenen Module. Nach einer Zusammenfassung der zentralen Botschaften gibt es zur Vertiefung des Gelernten Übungen zu jedem Modul. Anschließend stellen wir die Frage „Was wäre, wenn...“. Gibt es einen „richtigen“ Weg, wenn der Spieler selbst keine Hilfe in Anspruch nehmen möchte oder keinen Bedarf an Veränderung sieht? Welche „Regeln“ können Ihnen bei der weiteren Bewältigung Ihrer Situation helfen? Und wo finden Sie unter Umständen weiterführende Hilfen? Abschließend geht es ganz konkret um Ihre Zukunftsplanung: Was ist Ihre Vorstellung davon, wie es künftig für Sie weitergeht?	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensweisen betroffener Spieler • Stressanalyse • Verantwortungsübernahme • Killerphrasen, Straßensperren und Türöffner • Ausweitung des sozialen Netzes • Zukunftsvision



Die vorliegende Arbeit beleuchtet erstmalig das Versorgungssystem für Personen mit pathologischem Glücksspielverhalten und ihre Angehörigen in Deutschland und identifiziert vorhandene Lücken in der Versorgung. Als wesentlicher Bestandteil werden innovative zielgruppenspezifische Angebote für Angehörige entwickelt und bewertet. Die erhobenen Daten zeigen, dass es sich bei hilfesuchenden Angehörigen tatsächlich um eine hoch belastete, zum Teil im klinisch relevanten Bereich belastete, Klientel handelt. Dies spricht für einen hohen Hilfebedarf und die Notwendigkeit adäquater Angebote. Das neu entwickelte Entlastungstraining ETAPPE kann gut in das vorhandene Hilfesystem integriert werden, lässt sich von Beraterinnen und Beratern effizient anbieten und zeigt signifikante, zum Zeitpunkt der Katamnese anhaltende, positive Ergebnisse. Die Adaptation des Angebots als E-Mental-Health-Programm EfA bietet unter Nutzung neuer Medien einen niedrigschwelligen Zugang zum Hilfesystem und stellt als mögliche Ergänzung traditioneller Angebote eine gute Erweiterung des Portfolios zur Unterstützung dieser Klientel dar. Perspektivisch gilt es, die Angebote auszubauen und weitere Lücken in der Versorgung dieser Klientel zu schließen.



eISBN 978-3-86309-392-1



9 783863 093921

www.uni-bamberg.de/ubp/