

Aktuelle Forschungsergebnisse zur Indikationsstellung und zum Therapieerfolg

Katamnestik stationär behandelter „pathologischer Glücksspieler“

Jörg Petry, Rosemarie Jahrreiss, Annette Wagner

Ein spezielles Behandlungsangebot wie das störungsspezifische stationäre Behandlungsprogramm für „pathologische Glücksspieler“ muß dem Patienten die Möglichkeit geben, die Chancen und Risiken des Behandlungsverfahrens für sich abzuwägen und dem Kostenträger erlauben, Kosten und Nutzen der Behandlungsmaßnahme zu erfassen, um zu einer sozialpolitisch bedarfsgerechten und wirkungsvollen Versorgung zu gelangen.

Bisherige katamnestische Studien

Übersichtsarbeiten über die vorliegenden angloamerikanischen Untersuchungen liegen von Lesieur und Rosenthal (1991) und Walker (1992) vor. Die folgende Darstellung beschränkt sich auf bisher veröffentlichte deutsche Untersuchungen zur stationären Behandlung von „pathologischen Glücksspielern“, die vollständig im Überblick dargestellt werden können. Bei abweichenden Angaben zu den Originalarbeiten (vgl. Lindner 1996, Schwickerath et al. 1998) wurde auf ergänzende und autorisierte Angaben der Autoren zurückgegriffen. Es handelt sich um nur wenige Studien, da „pathologische Glücksspieler“ erst ab Mitte der 80er Jahre in einigen wenigen Fachkliniken in stationäre Behandlung kamen, so daß bisher erst aus vier Einrichtungen (Klinik Berus, Fachklinik Hochsauerland, Psychosomatische Fachklinik Münchwies und Therapiezentrum Münzesheim) Katamnesen vorliegen. Aufgrund sehr großer methodischer Unterschiede, auf die im einzelnen noch eingegangen wird, sind die berichteten „Erfolgsquoten“ kaum miteinander vergleichbar. Dabei finden sich, besonders beim Vergleich zwischen den Suchtkliniken und den psychosomatischen Einrichtungen ganz unterschiedliche Zugangsweisen. So beziehen sich die Suchtfachkliniken vor allem auf die Glücksspielabstinenz als „Erfolgskriterium“ unter Verweis auf die Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985, 1992). Die psychosomatischen Fachkliniken betonen das Erreichen individueller Behandlungsziele sowie die Veränderung persönlicher Befindlichkeiten und Kompetenzen. Die in *Tabelle 1* dargestellte Synopsis muß sich derzeit auf das Kriterium der Glücksspielabstinenz beschränken, da nur für diesen Bereich vergleichbare Daten vorliegen.

Tab. 1: Alle bisher veröffentlichten deutschen Katamnesen zur stationären Behandlung von „pathologischen Glücksspielern“ im Überblick

Autor	Schwarz & Lindner (1990/1992)	Lindner (1996)	Petry (1995)	Schwickerath et al. (1996)	Glier & Finger (1998)	Petry & Jahrreiss (1999)
N	32	166	48	48	41	48
Ausschöpfung	N	105	41	23	30	47
	%	80,0%	56,9%	47,9%	73,2%	97,9%
Erhebungszeitpunkt (in Jahren)	1	1	1	1-5	1/4	1
Erhebungsintervall (in Jahren)	1	1	1	1/2	1/4	1
Abstinenzquote (N / %)	B ₃ * 18 / 64,3	65 / 61,9	-	14 / 60,9	19 / 63,3	20 / 42,6
Abstinenz nach Rückfall** (N/%)	B ₄ * 18 / 56,3	65 / 39,2	-	14 / 24,6	19 / 46,3	20 / 41,7
	B ₃ * 2 / 7,1	12 / 11,4	4 / 9,8	2 / 8,7	4 / 13,3	9 / 19,1
	B ₄ * 2 / 6,3	12 / 7,2	4 / 5,6	-	4 / 9,8	9 / 18,7

ERFOLGSQUOTE

Erfolgsquote	B ₃ * N	9	77	31	16	23	29
	%	71,4	75,0	73,3	75,6	69,6	76,7
Erfolgsquote	B ₄ * N	9	77	31	9	23	29
	%	62,5	66,7	46,4	35,4	56,1	60,4

B₃ = alle Antworten / B₄ = Gesamtstichprobe als Bezug
 ** unterschiedliche Definitionen (siehe Text) für wiedererlangte Abstinenz

Ende der 80er Jahre wurden erste „katamnestische“ Daten mitgeteilt, die jedoch eher als klinische Eindrücke einzustufen sind, da keine formalisierte Datenerhebung zugrunde lag, so daß sie die methodischen Mindestanforderungen der tabellarisch dargestellten Untersuchungen nicht erfüllen. So berichtet Bellaire (1987) aus der Universitätsnervenklinik Homburg/Saar, bezogen auf sieben stationär behandelte Patienten und einen Untersuchungszeitraum von mindestens drei Jahren nach Entlassung, von einem abstinenten und fünf nicht abstinenten und einem nicht erreichten Patienten. Von Bachmann (1989) wird aus der Bernard-Salzmann-Klinik Gütersloh über einundzwanzig entlassene Patienten, (davon vier irregulär), bezogen auf einen nicht genannten Katamnesezeitraum, von zwölf abstinenten und vier rückfälligen Patienten berichtet, wobei fünf Patienten nicht erreicht wurden. Da darüber hinausgehende Angaben bis heute nicht veröffentlicht wurden, konnten diese beiden klinischen Eindrucksschilderungen nicht in den Vergleich einbezogen werden.

Die erste deutschsprachige Veröffentlichung stammt von Schwarz und Lindner (1990), deren englische Übersetzung 1992 erschienen ist. Es handelt sich um eine Suchtfachklinik, die „pathologische Glücksspieler“ im Rahmen einer längerfristigen (bis 16 Wochen und länger) multimodalen Entwöhnungsbehandlung zusammen mit vorwiegend Alkoholabhängigen durch ein symptomorientiertes Zusatzangebot behandelt. Es wurden in einer ersten Stichprobe 32 Patienten im Rahmen der pauschalen Routinenachbefragung aller Patienten der Klinik (Glücksspielabstinenz vorhanden/nicht vorhanden) mit einer Ausschöpfungsquote von 87,5 % untersucht. Der Erhebungszeitpunkt betrug 1 Jahr nach Entlassung. Bezogen auf den gesamten Erhebungsintervall betrug die errechnete Abstinenzquote 64,3 % der erreichten Patienten bzw. 56,3 % aller Patienten. Die Kategorie Abstinenz nach Rückfall war definiert als Abstinenz innerhalb der letzten 6 Monate vor dem Erfassungszeitpunkt nach Rückfälligkeit und betrug 7,1 % (erreichte Patienten), bzw. 6,3 % (alle Patienten). Somit ergibt sich eine geschätzte Erfolgsquote (Abstinenten und Abstinenten nach Rückfall), zwischen 71,4 % (Berechnungsformel 3) und 62,6 % (Berechnungsformel 4). Die Angaben zu der sehr kleinen Stichprobe (N = 15) der Zwei-Jahres-Katamnese einer Teilstichprobe finden sich in Tabelle 1. Insgesamt ist zu der Untersuchung kritisch anzumerken, daß die Glücksspielabstinenz nur sehr pauschal (vorhanden/nicht vorhanden) im Rahmen der Routinekatamnese abgefragt wurde und eine kleine, d.h. für Zufallsschwankungen anfällige Stichprobe vorliegt. Beides spricht eher dafür, daß die Erfolgsquoten eine Überschätzung darstellen.

1996 erfolgte durch Lindner eine weitere Veröffentlichung über 166 bis dahin behandelte Patienten, wobei eine Ausschöpfungsquote von 63,3% vorlag. Der Erhebungszeitpunkt war nach einem Jahr und bezog sich auf den ganzen Zeitraum nach der Entlassung, wobei wiederum eine pauschale (vorhanden/nicht vorhanden) Erfassung der Glücksspielabstinenz im Rahmen der Routinenachbefragung erfolgte. Die Abstinenzquote betrug 61,9 % (erreichte Patienten), bzw. 39,2 % (alle Patienten). Die mitgeteilte Quote von Abstinenten nach Rückfall (mindestens 6 Monate Glücksspielabstinenz vor dem Erfassungszeitpunkt nach Rückfälligkeit) betrug 11,4 % (erreichte Patienten) bzw. 7,2 % (alle Patienten). Somit ergibt sich

eine geschätzte Erfolgsquote zwischen 73,3 % (Berechnungsformel 3) und 46,4 % (Berechnungsformel 4). Die Angaben zur der Vier-Jahres-Katamnese einer Teilstichprobe mit einer geringen Ausschöpfungsquote von 56,9 % sind aus der Tabelle 1 zu entnehmen. Kritisch zu der Untersuchung ist anzumerken, daß auch bei der Ein-Jahres-Katamnese eine unbefriedigende Ausschöpfungsquote vorliegt und wiederum der Erhebungsmodus sehr pauschal war (vorhanden/nicht vorhanden). Bezogen auf die große Diskrepanz zwischen den beiden Schätzungen legt die pauschale Erfassungsform nahe, daß sich die Erfolgsquote eher im unteren Bereich des Schätzintervalls bewegt.

Vom Autor (Petry 1995) wurde eine katamnestiche Vorstudie zur Entwicklung eines glücksspielspezifischen Katamnesefragebogens mit ersten Ergebnissen vorgelegt. Die Patienten der Klinik werden indikativ dem mittelfristigen (bis 12 Wochen) oder langfristigen multimodalen Behandlungsangebot der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen oder dem kurzfristigen (bis 8 Wochen) bis mittelfristigen Behandlungsangebot der Abteilung für psychosomatische Erkrankungen zugewiesen. Es wurden 48 unausgelesene Patienten einbezogen, wobei die Ausschöpfungsquote 85,4 % betrug. Es handelte sich um eine Ein-Jahres-Katamnese, wobei der Erhebungszeitpunkt durchgehend und detailliert für jeden Monat im Erfassungszeitraum abgefragt wurde. Die mitgeteilte Erfolgsquote lag zwischen 41,5 % (Berechnungsformel 3) und 35,4 % (Berechnungsformel 4). Kritisch ist anzumerken, daß es sich um eine einfache Vorstudie handelte, so daß die geschätzten Erfolgsquoten lediglich eine Grobabschätzung der möglichen Behandlungseffektivität darstellen.

Schwickerath und Mitarbeiter (1996) berichten von 48 Patienten, die im Rahmen eines kurz- bis mittelfristigen psychosomatischen Settings behandelt wurden, wobei der Schwerpunkt auf der multimodalen Behandlung der Hintergrundproblematik des „pathologischen Glücksspielverhaltens“ lag. Über weitere Erfolgskriterien wird in der Originalarbeit berichtet. Es lag, bezogen auf einen 1 bis 5jährigen Erhebungszeitpunkt nach Entlassung, eine Ausschöpfungsquote von 47,9 % vor. Das Erhebungsintervall betrug 6 Monate. Eine Trennung zwischen vollständiger Abstinenz im gesamten Erhebungszeitraum und Rückfälligkeit nach Abstinenz war aufgrund des beschränkten Zeitfensters nicht möglich. Die geschätzte Abstinenzquote lag zwischen 39,1 % (Berechnungsformel 3) und 18,8 % (Berechnungsformel 4). Als kritisch zu der Studie ist die geringe Ausschöpfungsquote und das eingeschränkte Erhebungsintervall zu bewerten. Die mitgeteilten Abstinenzquoten sind deshalb kaum mit den übrigen Untersuchungen in Beziehung zu setzen. Die extrem niedrige Schätzquote des Erfolges von 18,8 % stellt aufgrund der methodischen Besonderheit sicher eine deutliche Unterschätzung dar.

1998 wurde von Schwickerath und Mitarbeitern über eine weitere telefonische Nachbefragung berichtet. Die Stichprobe umfaßte 57 bis dahin behandelte Patienten, wobei die Ausschöpfungsquote 40,4 % betrug. Der Erhebungszeitpunkt lag 6 Monate bis 2 Jahre nach der Entlassung, wobei das Erhebungsintervall 6 Monate vor der Befragung betrug. Die errechnete Abstinenzquote der erreichten Patienten

betrug 60,9 % (Berechnungsformel 3) und bezogen auf alle Patienten 24,6 % (Berechnungsformel 4). Die Kategorie Abstinenz nach Rückfall war so definiert, daß nur ein einziger Rückfall vorliegen durfte. Die Quote betrug 8,7 % (erreichte Patienten) bzw. 3,5 % (Gesamtstichprobe), so daß die geschätzte Erfolgsquote zwischen 69,6 % (Berechnungsformel 3) und 28,1 % (Berechnungsformel 4) lag. Eine Einschränkung ergibt sich aus der sehr pauschalen telefonischen Befragung. Wiederum ist das Ergebnis aufgrund der geringen Ausschöpfungsquote und des eingeschränkten Erhebungsintervalles schwer zu beurteilen.

Glier und Finger (1998) berichten erste Ergebnisse einer noch nicht abgeschlossenen Nachuntersuchung eines glücksspieler-spezifischen Zusatzprogrammes im Rahmen eines kurz- bis mittelfristigen psychosomatischen Behandlungssettings. Bisher liegen lediglich die Ergebnisse für den 3monatigen Katamnesezeitraum für 41 Patienten vor. Über weitere Erfolgskriterien wird in der Originalarbeit berichtet. Bezogen auf das Abstinenzkriterium betrug die Ausschöpfungsquote 73,2 %. Es wurde der gesamte 3monatige Erhebungsintervall erfaßt und eine Abstinenzquote von 63,3 % (erreichte Patienten) bzw. 46,3 % (Gesamtstichprobe) mitgeteilt. Für die Kategorie Abstinenz nach Rückfall (Wiedererlangung der Abstinenz nach einem Rückfall) wurden Quoten von 13,3 % bzw. 9,8 % errechnet, so daß sich eine geschätzte Erfolgsquote zwischen 76,7 % (Berechnungsformel 3) und 56,1 % (Berechnungsformel 4) ergibt. Aufgrund des sehr kurzen Katamnesezeitraumes läßt sich das Ergebnis erst nach Vorlage der angekündigten 12monatigen Katamnese vergleichend bewerten.

Von Petry und Jahrreiss (1999) wurde eine katamnestiche Studie vorgelegt, die nachfolgend noch genauer dargestellt wird. Im Überblick mit den anderen Katamnesen handelt es sich um eine Stichprobe von 48 Patienten, die entweder in einem kurz- bzw. mittelfristigen psychosomatischen (N = 14) oder in einem mittel- bis längerfristigen suchttherapeutischen (N = 34) Setting behandelt wurden. Die Ausschöpfung betrug 97,9 %. Der Erhebungszeit lag 1 Jahr nach der Behandlung, wobei das gesamte Nachbefragungsintervall abgefragt wurde. Die Abstinenzquote betrug 41,7 % (Gesamtstichprobe). Abstinenz nach Rückfälligkeit waren 18,7 % (Gesamtstichprobe), so daß sich eine geschätzte Erfolgsquote nach der Berechnungsformel 4 von 60,4 % ergab. Aufgrund des methodischen Standards der Studie liegt damit die derzeit zuverlässigste Schätzung des stationären Behandlungserfolges von „pathologischen Glücksspielern“ vor.

Betrachtet man die Ergebnisse meta-analytisch, ergibt sich für die 9 Studien eine ungewichtete durchschnittliche Erfolgsquote über die Gruppen zwischen 46,4 % (Berechnungsformel 4) und 64,9 % (Berechnungsformel 3) mit einer hohen Streubreite. Vergleicht man dieses Ergebnis mit meta-analytischen Studien zur Alkoholismusbehandlung, belegt dies die bekannte Ein-Drittel-Regel von Emrick (1974). Dieser hatte eine Besserungsrate über Gruppen von 66 % errechnet, wobei auch minimale Verbesserungen des Trinkverhaltens einbezogen waren. Nach Süß (1995) muß zum Vergleich jedoch die deutliche Besserungsrate (maximal 2 Rückfälle bzw. Trinkperioden) von 47,4 % über Gruppen als Vergleich herangezogen werden. Dies gleicht ungefähr der nach Berechnungsformel 4 geschätzten durch-

schnittlichen Erfolgsquote der Behandlung von „pathologischen Glücksspielern“. Es entspricht auch dem von Süß (1995) mitgeteilten Ergebnis über neuere internationale Katamnesen, für die er eine auf Gruppen bezogene mittlere Erfolgsquote zwischen 40,4 % und 61,9 % errechnet. Die stationäre Behandlung von „pathologischen Glücksspielern“ läßt sich somit, bezogen auf das Abstinenzkriterium, als erfolgreich beurteilen. Beim Vergleich mit Entwöhnungsbehandlungen in deutschen Fachkliniken (vgl. Missel et al. 1997) liegen die Abstinenz- und Erfolgsquoten ca. 8 % niedriger, was mit Unterschieden der Patientengruppen zusammenhängen kann. Die hohe Streubreite der mitgeteilten Erfolgsquoten zwischen 18,8 % und 76,7 % deutet auf erhebliche Differenzen zwischen den verglichenen Katamnesen hin, die sich auf die großen methodischen Unterschiede zurückführen lassen, d.h. die teilweise niedrigen Stichprobengrößen, die unterschiedlich detaillierte Erfassung des Glücksspielverhaltens, extrem unterschiedliche Ausschöpfungsquoten zwischen 35,4 % bis 97,9 % sowie Variationen der Dauer des Erhebungsintervalles und der unterschiedlichen Definitionen von Rückfälligkeit.

Eine vergleichende Bewertung der Erfolgsquoten zwischen psychosomatischen und suchttherapeutischen Behandlungssettings ist nicht nur aufgrund der mitgeteilten methodischen Unterschiede derzeit unmöglich, sondern auch aufgrund der Konfundierung mit selektiven Unterschieden der Patientenchproben als weitere Einflußgröße, da die berichteten Katamnesen keine Kontrollgruppenvergleiche im Sinne der Out-come-Forschung beinhalten. Es handelt sich zwar in relativer Übereinstimmung um vorwiegend jüngere, männliche Geldautomatenspieler, die in der Regel auch eine fortgeschrittenere Glücksspielproblematik aufweisen, dennoch bestehen Unterschiede, wie z.B. die höhere Delinquenzrate der Patienten in suchttherapeutischen Behandlungssettings. Des weiteren unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich der bestehenden Komorbidität, da die Patienten in Suchtfachkliniken mit ca. 40 % eine zusätzliche Alkoholabhängigkeit aufweisen, während in psychosomatischen Fachkliniken häufiger psychische und psychosomatische Störungen zu finden sind. Bezogen auf die häufigen komorbiden Persönlichkeitsstörungen dominieren in Suchtfachkliniken Cluster-B-Störungen (antisoziale, Borderline-, histrionische und narzißtische Persönlichkeiten) während in psychosomatischen Kliniken häufiger Cluster-C-Störungen (vermeidende, dependente, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeiten) zu finden sind. Eine weitere Konfundierung besteht durch Unterschiede der Behandlungsdauer, -intensität und -qualität, da suchttherapeutische Behandlungen eher längerfristig sind und einen Schwerpunkt auf der Gruppentherapie haben, während die psychosomatischen Behandlungen eher mittelfristig mit einem Schwerpunkt auf der Einzeltherapie angelegt sind. Unterschiede bestehen auch, da verschiedene Jahreskohorten verglichen wurden, was aufgrund der erst kurzen Tradition von stationären Behandlungsmaßnahmen für „pathologische Glücksspieler“ von Bedeutung ist. Patienten, die Ende der 80iger und Anfang der 90iger Jahre in Therapie waren, sind quantitativ und qualitativ noch nicht so intensiv behandelt worden, wie dies Mitte und Ende der 90iger Jahre der Fall war und inzwischen ist. Es könnte jedoch auch sein, daß die Neuigkeit der Patientengruppe und Handlungs-

ansätze durch die damit verbundene besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung zu besseren Behandlungsergebnissen im Sinne (Hawthorne-Effekt) bei den frühen Behandlungen geführt hat.

Die Wirksamkeit des Behandlungsangebotes der Fachklinik Münchwies

Die im folgenden genauer dargestellte eigene Untersuchung (Petry & Jahrreiss 1999) verfolgt das Ziel, neben dem Abstinenzkriterium auch darüber hinausgehende psychische und psychosoziale Veränderungen einzubeziehen, wie dies auch in den Untersuchungen von Schwickerath und Mitarbeitern (1996, 1998) und Glier und Finger (1998) der Fall ist.

Das untersuchte Behandlungsprogramm der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies wurde schrittweise seit 1986 aufgebaut, wobei inzwischen über 600 „pathologische Glücksspieler“ mit inzwischen bis 100 Patienten jährlich stationär behandelt wurden. Die Patienten sind in therapeutische Wohngruppen integriert, in denen sie an dem multimodalen Behandlungsangebot, bestehend aus Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie, Ergotherapie, Sporttherapie und weiteren indikativen Gruppenangeboten teilnehmen (vgl. Jahrreiss 1994). Die Patienten werden (bei Zustimmung des Kostenträgers) nach differentieller Indikationsstellung (Russner & Jahrreiss 1994) entweder in der Abhängigkeitsabteilung oder in der Abteilung für psychosomatische Erkrankungen behandelt. Die Behandlungsdauer ist variabel und beträgt zwischen 8 bis 12 Wochen (bei einer zusätzlichen stoffgebundenen Abhängigkeit bis 16 Wochen). Alle „pathologischen Glücksspieler“ erhalten, unabhängig von ihrer indikativen Zuordnung, ein gemeinsames glücksspielerspezifisches Zusatzprogramm (vgl. Petry & Bense 1996).

Zunächst stellt sich die Frage, inwieweit das untersuchte stationäre Behandlungsprogramm für „pathologische Glücksspieler“ bezogen auf das Abstinenzkriterium als wirksam zu beurteilen ist.

Aus der *Tabelle 2* über den durchgeführten realen Vorher-Nachher-Vergleich läßt sich die Reduzierung des Glücksspielverhaltens anhand der Differenz glücksspielaktiver Monate vor und nach der Behandlung ersehen. Dabei wurden drei Ergebnisklassen von Glücksspielabstinenten, Gebesserten und Ungebesserten gebildet. Als Glücksspielabstinente wurden 41,7% (N = 20) der Patienten, die während des Katamnesezeitraums durchgehend glücksspielfrei waren, eingestuft. Als Gebesserte wurden 39,6% (N = 19) der Patienten, die ihr Glücksspielverhalten um mindestens 25% im Vergleich zum Jahr vor der Behandlung reduzieren konnten, kategorisiert und als Ungebesserte 18,7% (N = 9) der Patienten, die keine 25%ige Reduzierung, eine Stagnation oder eine Zunahme ihres Glücksspielverhaltens aufwiesen, beurteilt. Der eine selbstkatamnestisch nicht erreichte Patient wurde theoretisch als 12 Monate rückfällig eingestuft und somit der letzten Kategorie zugeordnet.

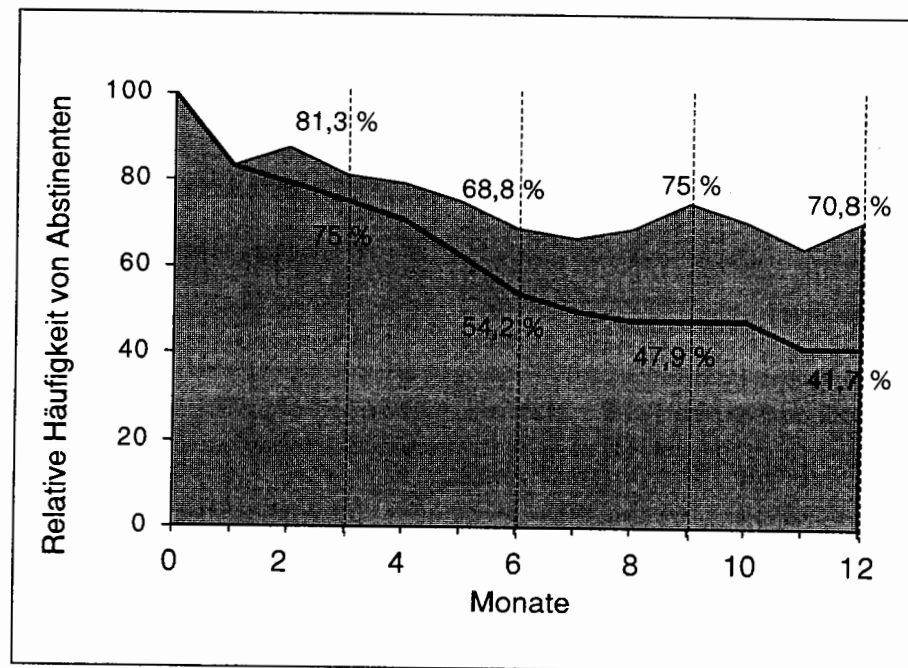
Tab. 2: Glücksspielabstinente, Gebesserte und Ungebesserte beim Vorher-Nachher-Vergleich der Glücksspielaktivität (N=48)

Anzahl der glücksspielaktiven Monate im Jahr vor Therapiebeginn	Anzahl der glücksspielaktiven Monate im Jahr nach Klinikentlassung	Differenz	Ergebnisklassen
1	0	-1	Glücksspielabstinente: durchgehende Glücksspielabstinenz im Katamnesezeitraum
3	0	-3	
4	0	-4	
5	0	-5	
6	0	-6	
6	0	-6	
8	0	-8	
8	0	-8	
9	0	-9	
9	0	-9	
9	0	-9	
10	0	-10	
10	0	-10	
11	0	-11	
11	0	-11	
12	0	-12	
12	0	-12	
12	0	-12	
12	0	-12	
12	0	-12	
4	1	-3	Gebesserte: Reduzierung der Glücksspielaktivität um mindestens 25 % im Vergleich zum Jahr vor der Therapie
4	1	-3	
12	9	-3	
12	8	-4	
11	7	-4	
5	1	-4	
7	2	-5	
6	1	-5	
11	6	-5	
8	2	-6	
12	6	-6	
10	4	-6	
10	3	-7	
12	5	-7	
12	4	-8	
12	3	-9	
11	2	-9	
12	2	-10	
12	2	-10	
12	11	-1	Ungebesserte: Reduzierung der Glücksspielaktivität um weniger als 25% im Vergleich zum Jahr vor der Therapie
8	7	-1	
12	12	0	
12	12	0	
0	1	+1	
0	4	+4	
0	8	+8	
3	12	+9	

* Ein Patient nahm nicht an der Katamnese teil. Er wird hier als 12 Monate (theoretischer Wert) rückfällig eingestuft.

Nach den strengeren Katamnese Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchttherapie und Suchtforschung (1992) lassen sich 41,7% (N = 20) als durchgehend glücksspielabstinente, 18,7% (N = 9) als glücksspielabstinente nach Rückfall und 39,6% (N = 19) als rückfällig einstufen. Die Kategorie „Glücksspielabstinenz nach Rückfall“ wird in Anlehnung an Blaszczyński und Mitarbeiter (1991) so definiert, daß der Patient mindestens 9 von 12 Monaten und in den letzten 3 Monaten des katamnestischen Erhebungszeitraumes glücksspielabstinente sein muß. Dabei wurde die skeptischste Berechnungsformel 4 der DGSS angewandt, wonach auch irregulär entlassene Patienten einbezogen werden und der nicht erreichte Patient als rückfällig gilt. Daraus ergibt sich eine Erfolgsquote von 60,4% (N = 29) von durchgehend oder nach Rückfall glücksspielabstinenten Patienten. Aus der *Abbildung 1* läßt sich die Entwicklung der Abstinenzrate über den zwölfmonatigen Katamnesezeitraum ersehen. Die sogenannte kumulative Erstrückfallskurve (vgl. Hunt et al. 1971) gibt Auskunft, wie die Rate der durchgehend Abstinenten im Laufe des Katamnesezeitraumes absinkt (Überlebenskurve), während die monatliche Abstinenzrate den Prozentsatz von Abstinenten innerhalb des jeweiligen Monats im Katamnesezeitraum (Zeitfenster) angibt, d.h. auch die Bewältigung von Rückfällen einbezieht.

Abb. 1: Kumulative Erstrückfallkurve und monatliche Abstinenzrate



Es ergibt sich, bezogen auf 43 vollständige Datenpaare eine hohe Übereinstimmungsquote zwischen Selbst- und Fremdbefragung von 84,4% (N = 38). Bei drei Datenpaaren besteht eine Diskrepanz, da die Patienten ein erneutes Glücksspielverhalten angaben, von dem ihre Bezugspersonen nichts wußten. Lediglich in zwei Fällen, bei denen die Patienten von durchgehender Glücksspielabstinenz berichten, während die Bezugspersonen von Rückfälligkeit berichteten, ergibt sich eine offensichtliche Verleugnungstendenz. Der entsprechende Übereinstimmungsquotient ($\phi = 0,76$) ist sehr hoch und bestätigt die bereits in der Literatur beschriebene (Taber et al. 1987, Blaszczyński et al. 1991) geringe Verleugnungstendenz bei behandelten „pathologischen Glücksspielern“.

Ein weiteres Kriterium für die allgemeine quantitative Wirksamkeit des untersuchten Rehabilitationsprogrammes bezieht sich auf die Veränderung der Erwerbsfähigkeit, operationalisiert als das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeitszeiten. Zu diesem Zweck wurde die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage, wie sie den Krankenkassen gemeldet wurden, 12 Monate vor und 12 Monate nach Abschluß der Behandlung verglichen. Das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeitszeiten kann dabei als Hinweis auf die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit angesehen werden. Wie aus der *Tabelle 3* zu ersehen ist, ergibt sich zwar nur eine geringe, nicht signifikante Reduzierung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsfälle von 1,69 auf 1,60, dafür jedoch eine signifikante Reduzierung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage von 44,02 auf 27,26 Tage, d.h. um 38,1 %, beim Vergleich zwischen den 12 Monaten vor Behandlungsbeginn und dem 12monatigen Katamnesezeitraum. Somit zeigt sich, daß eine bestehende Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitszeiten abgewendet werden konnte, wobei eine eindeutige Zurückführung dieses Befundes auf die Behandlungsmaßnahme aufgrund bekannter Regressionsaffekte (vgl. Gerdes, 1993) nicht möglich ist.

Tab. 3: Veränderung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens im Jahr vor und nach der Behandlung (N=42¹⁾)

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	im Jahr vor der Behandlung	im Jahr nach der Behandlung	Differenz	Reduzierung %
	MW	MW		
Arbeitsunfähigkeitsfälle ^{*2}	1,69	1,60	-0,09	5,6%
Arbeitsunfähigkeitstage ^{*3}	44,02	27,26	-16,76	38,1%

- ^{*1} Von N=6 Patienten lagen keine Krankenkassendaten vor (1 Patient privatversichert, 2 Patienten familienversichert und bei 3 fehlende Daten)
- ^{*2} Der statistische Vergleich erbrachte mit $Z = -0,37$, $p = 0,71$ keinen signifikanten Unterschied
- ^{*3} Der statistische Vergleich erbrachte mit $Z = -2,23$, $p = 0,02$ einen signifikanten Unterschied

Bezogen auf die Frage der Erwerbstätigkeit ist zunächst die extrem ungünstige Ausgangssituation zu berücksichtigen, wonach 40 % der untersuchten „pathologischen Glücksspieler“ vor Beginn der Behandlung arbeitslos waren. Operationalisiert man die Integration ins Berufsleben als Anzahl der Beitragsmonate zur Rentenversicherung durch Erwerbstätigkeit (Reha-Verlaufsstatistik), läßt sich aus *Tabelle 4* ersehen, daß die Art der Beitragszahlungen zur Rentenversicherung vor und nach der Behandlung keine signifikanten Veränderungen aufweist, d.h. ein konstanter Prozentsatz Beitragszahlungen aus Erwerbstätigkeit geleistet hat.

Tab. 4: Art der Beitragszahlung an die Rentenversicherungsträger im Jahr vor und nach der Therapie (N=44¹⁾)

Mittlere Beitragszahlungen in Monaten pro Patient ^{*2}				
Art der Beitragszahlungen ^{*3}	im Jahr vor der Therapie		im Jahr nach der Therapie	
	MW	s	MW	s
Leistungen aus Erwerbstätigkeit	6,52	5,5	6,14	5,5
Lohnersatzleistungen (Arbeitslosigkeit/ Krankengeld)	4,73	5,4	4,84	5,3
keine Leistungen	0,75	2,7	1,02	3,1
Beitragspflichtige Monate	12	-	12	-

- ^{*1} Aufgrund ihrer beruflichen Stellung lagen von drei Teilnehmern keine Daten vom Rentenversicherungsträger vor, von einem Patienten lag der Versicherungsverlauf nur unvollständig vor
- ^{*2} Kein Todesfall, keine Erwerbsunfähigkeitsrente im Erhebungszeitraum
- ^{*3} Die statistische Überprüfung erbrachte mit $Z = -0,52$, $p = 0,60$, $Z = -0,17$, $p = 0,86$ und $Z = -0,73$, $p = 0,46$ keine signifikanten Unterschiede

Betrachtet man die individuellen Beitragszahlungen vor und nach der Behandlung, werden zwei größere Untergruppen deutlich, die entweder durchgehend vor und nach der Behandlung Beiträge aus Erwerbstätigkeit geleistet haben (N=15) oder durchgehend keine Beiträge aus Erwerbstätigkeit leisten konnten (N=12). Diese letzte Problemgruppe von Langzeitarbeitslosen konnte zwar erfolgreich im Rahmen der Behandlung rehabilitiert werden, die wiederhergestellte Arbeitsfähigkeit hat dann jedoch innerhalb des einjährigen Katamnesezeitpunktes zu keiner beruflichen Integration, d.h. wiederaufgenommenen Erwerbstätigkeit geführt. Der Extrem-

gruppenvergleich zwischen durchgehend vor und nach der Behandlung Erwerbstätigen und durchgehend Arbeitslosen verweist darauf, daß es sich bei den Langzeitarbeitslosen um eine psychopathologisch auffälligere Gruppe handelt (häufiger Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und zusätzlicher Alkoholabhängigkeit als Entlassungsdiagnosen).

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die sozialmedizinische Prognose, d.h. den Verlauf des Erwerbslebens nach Abschluß einer stationären Rehabilitationsbehandlung anhand der Reha-Verlaufsstatistik (vgl. Müller-Fahrnow et al. 1989, Buschmann-Steinhage 1991), zeigt sich ein tendenziell signifikanter Zusammenhang ($p = 0,058$) zwischen Abstinenzstatus und Integration ins Berufsleben im einjährigen Katamnesezeitraum *Tabelle 5*. Danach zeigt die Gruppe der Glücksspielabstinenten den höchsten Prozentsatz an vorwiegender Beitragsleistungen aus Erwerbstätigkeit (66,7%) im Vergleich mit den Gebesserten (41,2%) und Ungebesserten (44,4%). Die Glücksspielabstinenz als Kriterium der Behandlungswirksamkeit erweist sich somit als bedeutsam für die sozialmedizinische Prognose.

Tab. 5: Ausmaß der beruflichen Integration im Jahr nach der Behandlung (N=44)^{*1}

Beitragszahlungen ^{*3} an die Rentenversicherungsträger	Veränderung des Glücksspielverhaltens ^{*2}					
	Glücksspielabstinente (N=18)		Gebesserte - Reduktion $\geq 25\%$ - (N=17)		Ungebesserte - Reduktion $< 25\%$ - (N=9)	
	N	%	N	%	N	%
vorwiegend aus Erwerbstätigkeit (≥ 9 Monate)	12	66,7%	7	41,2%	4	44,4%
vorwiegend aus Lohnersatzleistungen (≥ 9 Monate)	6	33,3%	9	52,9%	2	22,2%
vorwiegend fehlende Beitragszahlungen (≥ 9 Monate)	-	-	1	5,9%	3	33,3%

^{*1} Aufgrund ihrer beruflichen Stellung lag bei drei Teilnehmern keine gesetzliche Rentenversicherung vor, von einem Patienten lag der Versicherungsverlauf nur unvollständig vor

^{*2} $\chi^2=8,13$, $p=0,058$ (exakter Test nach Fisher)

^{*3} Bei einem Patienten erfolgten 7 Monate Beitragszahlung aus Erwerbstätigkeit und 5 Monate aus Lohnersatzleistungen. Dieser Patient wurde der Gruppe „vorwiegend aus Erwerbstätigkeit“ zugeordnet. Bei einem Patienten erfolgten 4 Monate Beitragszahlung aus Erwerbstätigkeit und 8 Monate aus Lohnersatzleistungen. Dieser Patient wurde der Gruppe „vorwiegend aus Lohnersatzleistungen“ zugeordnet. Bei einem Patienten erfolgten 5 Monate Beitragszahlung aus Lohnersatzleistungen und 7 Monate fehlte die Beitragszahlung. Dieser Patient wurde der Gruppe „vorwiegend fehlende Beitragszahlungen“ zugeordnet

Zur Beurteilung der Behandlungseffektivität sollte über das Abstinenzkriterium und die Veränderung der Erwerbsfähigkeit hinaus erfaßt werden, ob mit der Reduzierung oder Einstellung des Glücksspielverhaltens ein verändertes stoffgebundenes Suchtverhalten sowie psychisches und psychosomatisches Wohlbefinden oder positive Veränderungen der psychosozialen Lebenssituation korrespondieren. Geht man von der getroffenen Einteilung in Glücksspielabstinenten, Gebesserte und Ungebesserte aus, ergibt sich lediglich bei der Verschuldung als einem von sieben Merkmalen ein signifikanter Zusammenhang *Tabelle 6*.

Tab. 6: Korrespondierende Veränderungen zur Reduzierung bzw. Einstellung des Glücksspielverhaltens (N=47^{*1})

Korrespondierender Symptom- und Lebensbereich	Testwert ^{*2}	p
1. Auftreten "weichen Glücksspielens"	1,35	0,50
2. Therapiekonformer Umgang mit stofflichen Suchtmitteln	2,89	0,23
3. Auftreten psychosomatischer Beschwerden	3,27	0,18
4. Auftreten psychischer Beschwerden	4,10	0,14
5. Veränderung der Verschuldung	20,78	0,001 ^{*3}
6. Veränderung der Wohnsituation	10,40	0,17
7. Veränderung der Partnersituation	8,72	0,33

^{*1} Ein nicht erreichter Patient

^{*2} Exakter Test nach Fisher

^{*3} Signifikant ($p < 0,05$) nach Alpha-Adjustierung bei 7 ($\alpha = 1/7 \times 0,05 = 0,007$) abhängigen Signifikanztests

Bezogen auf die Verschuldung *Tabelle 7* erscheint aufgrund der geringen Fallzahlen ein Vergleich der Kategorie »stark verschlechtert« und »verschlechtert« nicht sinnvoll. Bei der Kategorie »nicht wesentlich verändert« zeigt sich bereits ein Unterschied zwischen Ungebesserten (50%) und Gebesserten (57,9%), im Gegensatz zu den Glücksspielabstinenten, deren Verschuldung nur geringfügiger (10%) stagniert. Entsprechend ist der Prozentsatz, der eine Verbesserung, bzw. starke Verbesserung seiner Verschuldung angibt, bei den Glücksspielabstinenten am höchsten (55,0% bzw. 25,0%), während er bei den Gebesserten (36,8% bzw. 0%) und den Ungebesserten (12,5% bzw. 12,5%) geringer ausfällt.

Tab. 7: Beziehung zwischen der symptomatischen Reduzierung des Glücksspielverhaltens und der Verschuldung (N=47¹)

Veränderung der Verschuldung	Veränderungen des Glücksspielverhaltens ^{*2}					
	Glücksspiel-abstinente (N=20)		Gebesserte - Reduktion ≥ 25% (N=19)		Ungebesserte - Reduktion < 25% (N=8)	
	N	%	N	%	N	%
stark verschlechtert	0	0,0%	0	0,0%	2	25,0%
verschlechtert	2	10,0%	1	5,3%	0	0,0%
nicht wesentlich verändert	2	10,0%	11	57,9%	4	50,0%
verbessert	11	55,0%	7	36,8%	1	12,5%
stark verbessert	5	25,0%	0	0,0%	1	12,5%

^{*1} Ein nicht erreichter Patient
^{*2} Chi² = 20,78; p = 0,001 (exakter Test nach Fisher)

Bei der Erfassung des Auftretens von Formen des »weichen« Glücksspielens, des therapiekonformen Umgangs mit stofflichen Suchtmitteln, von psychosomatischen und psychischen Beschwerden läßt sich aufgrund des fehlenden Zusammenhanges feststellen, daß keine „Symptomverlagerung“ stattgefunden hat, d.h. mit der Einstellung oder Reduzierung des Glücksspielverhaltens in diesen Bereichen keine negative Veränderung auftritt. Bezogen auf die Wohnsituation und Partnerbindung lassen sich mit der Einstellung oder Reduzierung des Glücksspielverhaltens keine positiven Veränderungen signifikant nachweisen. Die berichteten Befunde zur beruflichen Integration lassen nach dem objektiven Kriterium der Beitragszahlungen zur Rentenversicherung (Reha-Verlaufstatistik) ebenfalls keine signifikanten Veränderungen erkennen.

Abschließend stellt sich die Frage nach der möglichen Abhängigkeit der Veränderung des Glücksspielverhaltens von psychopathologischen, suchtspezifischen, psychosozialen und soziodemographischen Prognosemerkmalen der Patienten. Bezogen auf die Behandlung von Suchtkranken werden als mögliche prognostische Merkmale die psychopathologische Auffälligkeit, Schwere der Suchtproblematik, Stabilität der sozialen Situation sowie das Alter und Geschlecht diskutiert, wobei sich durchgehend lediglich die soziale Stabilität, d.h. insbesondere die Qualität der Partnerbeziehung und die berufliche Integration als bedeutsam erwiesen haben (Süß 1995, Küfner 1997).

Der entsprechende multivariate varianzanalytische Vergleich zwischen den drei katamnestic erfaßten Gruppe mit unterschiedlicher Besserungsrate des Glücksspielverhaltens (Glücksspielabstinente, Gebesserte und Ungebesserte) als unabhän-

gige Variable und der Verhaltenskontrolle, den Merkmalen der Seelischen Gesundheit, der Hoffnungslosigkeit, Externalität, Risikomotivation, der Intensität und Schwere der Glücksspielproblematik, des Ausmaßes an Alkoholproblematik und der Stabilität der psychosozialen Ausgangssituation als abhängige Variablen erbrachte keinen signifikanten Unterschied. Dasselbe gilt für den nonparametrisch getesteten Zusammenhang zwischen Veränderung des Glücksspielverhaltens und der Einteilung in „pathologische Glücksspieler“ vom narzißtischen Typ versus depressiven Typ sowie dem Vorhandensein oder Fehlen einer zusätzlichen stoffgebundenen Suchtproblematik. Insgesamt konnten somit in der vorliegenden Untersuchung keine prognostischen Merkmale zur Vorhersage des symptomorientierten Behandlungserfolges gefunden werden.

Der meta-analytische Überblick über bisher vorliegende deutschen Katamnesen zur stationären Behandlung von „pathologischen Glücksspielern“ belegt die Effektivität von solchen Rehabilitationsmaßnahmen. Die detailliert dargestellte Untersuchung des kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies kann darüber hinaus die quantitative und qualitative Wirksamkeit genauer belegen, da es zu einer befriedigenden Abstinenz- und hohen Erfolgsquote des Glücksspielverhaltens führt, die mit einer signifikanten Reduzierung der Verschuldung verbunden ist und zu keiner „Symptomverlagerung“ führt. Bezogen auf die Erwerbsfähigkeit zeigt sich eine Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vorher-Nachher-Vergleich und ein positiver Zusammenhang zwischen Glücksspielabstinenz und sozialmedizinischer Prognose.

(Literaturliste bei den Verfassern)

Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen / Fachverband Sucht e.V. - Geesthacht :
 Neuland, 2000
 (Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 23)
 ISBN 3-87581-201-8