

Epidemiologiemonitoring pathologisches Glücksspiel

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen

Epidemiologiemonitoring pathologisches Glücksspiel

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Alexandra Puhm

Martin Busch

Charlotte Klein

Alfred Uhl

Projektassistenz:

Monika Löbau

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im September 2019

Im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen

Zitiervorschlag: Puhm, Alexandra; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Uhl, Alfred (2019):
Epidemiologiemonitoring pathologisches Glücksspiel. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P7/11/47575

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Ausgangslage

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt **fehlt ein systematisches Monitoring des problematischen bzw. pathologischen Glücksspielverhaltens** in Österreich. Ein Monitoring basiert im Idealfall auf mehreren Datenquellen wie beispielsweise Daten aus dem Beratungs- und Behandlungssetting, Bevölkerungsbefragungen und Anbieterdaten (z. B. Sperrdaten). Durch die Zusammenschau diverser einschlägiger Daten können fundierte und detaillierte epidemiologische Aussagen über Spielerinnen und Spieler getroffen werden. In einer vom Bundesministerium für Finanzen in Auftrag gegebenen Studie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurden zu einem früheren Zeitpunkt zentrale Indikatoren für das Monitoring des problematischen/pathologischen Glücksspiels definiert. Einige der in diesem Bericht formulierten Empfehlungen wurden bei der Weiterentwicklung der Grundlage für die Umsetzung eines umfassenden Monitorings im Rahmen der vorliegenden Studie aufgegriffen. Ein gutes Monitoring ermöglicht es der Politik, rasch und gezielt auf neue Entwicklungen reagieren zu können.

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Studie liegt auf den **Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** für Spielsüchtige, die eine **wichtige Datenquelle** für ein umfassendes Monitoring darstellen. Ziel ist hier, eine einheitliche Dokumentation in den Einrichtungen ins Leben zu rufen, wie dies beispielsweise im Bereich der illegalen Substanzen in Österreich mit DOKLI bereits seit einigen Jahren gut etabliert ist. Die einheitliche Erfassung der Klientinnen und Klienten erfordert zum einen **Anreize zur Umsetzung** neuer einheitlicher Dokumentationssysteme und zum anderen die **Konzeption eines Kerndatensatzes**.

Anreizsysteme für eine einheitliche Dokumentation in Spielsuchteinrichtungen

Eine systematische Literaturrecherche betreffend **nicht-monetäre Anreize für Dokumentationssysteme** in verschiedenen Gesundheitsbereichen zeigt unterschiedliche Anreizsysteme, allerdings ermöglicht die Studienlage keine Einschätzung von deren Effektivität. So wurden die frühe Einbindung relevanter Partner, die Erarbeitung eines benutzerfreundlichen Instruments, das die tägliche Arbeit der zuständigen Personen erleichtert, eine Überblicksseite/Ergebnisseite für die steuernde Ebene, die systematische Rückmeldung inhaltlicher Ergebnisse an die Datenlieferanten und die Etablierung technisch kompetenter regionaler Ansprechpartner/-innen als besonders relevante Anreize beurteilt.

Die Erkenntnisse der im Zuge der Literaturrecherche ausfindig gemachten Studien decken sich mit Erfahrungen in **zwei rezenten Projekten zur Etablierung von Dokumentationssystemen**, die an der Gesundheit Österreich (GÖG) umgesetzt wurden bzw. werden – einerseits das einheitliche Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (**DOKLI**) und andererseits das einheitliche Dokumentationssystem der Frühe-Hilfen-Netzwerke (**FRÜDOK**). Die Erfahrungen mit der Umsetzung von **DOKLI** sind für die gegenständliche Thematik dahingehend wertvoll,

als es dabei gelungen ist, Suchteinrichtungen mit sensiblen Daten zur einheitlichen Datensammlung zu motivieren und gleichzeitig die Anonymität der Patientinnen und Patienten verlässlich sicherzustellen. Vorteilhaft für Pläne zur systematischen Dokumentation der Behandlung des problematischen/pathologischen Glücksspiels ist der Umstand, dass zahlreiche Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die aktuell Daten über DOKLI übermitteln, auch Personen mit problematischer bzw. pathologischer Spielsucht zu ihrer Klientel zählen. Bei der Etablierung des Dokumentationssystems DOKLI war die frühe Einbindung der Einrichtungen essenziell, um Bedenken und Ängste, wie z. B. dass dieses als Benchmarking-instrument zur vergleichenden Bewertung der Einrichtungen verwendet werden könnte, dass der Mehraufwand für die Einrichtungen erheblich sei oder dass der Datenschutz die Klientinnen und Klienten betreffend gefährdet sei, zu minimieren. Des Weiteren haben sich die **Einrichtung eines DOKLI-Beirats (unter Beteiligung der Suchthilfeeinrichtungen)** und der **Austausch zwischen den Einrichtungen** im Rahmen von Vernetzungstreffen **während „DOKLI-Tagungen“** bewährt. Hinsichtlich einer Ausweitung der Dokumentation im Suchtbereich auf Glücksspiel empfiehlt sich eine Anknüpfung an solche bestehenden Strukturen, um einen effizienten Mitteleinsatz zu garantieren. Ein wichtiges Argument für die Etablierung einer bundesweit einheitlichen Datenerfassung im Bereich illegaler Drogen wie bei der Behandlung von Drogenklientinnen und -klienten stellt die Berichtspflicht auf EU-Ebene dar. Betreffend Glücksspiel formuliert die Europäische Kommission 2014 eine Empfehlung und fordert die Mitgliedstaaten auf, auf jährlicher Basis Daten für statistische Zwecke zu sammeln (European Commission 2014).

Beim einheitlichen Dokumentationssystem der Frühe-Hilfen-Netzwerke (**FRÜDOK**) handelt es sich um eine Onlinedokumentation, die von dem an der GÖG angesiedelten Nationalen Zentrum Frühe Hilfen entwickelt wurde. Bei dieser Dokumentation hat sich u. a. ein **Auswertungstool für die regionalen Netzwerke** bewährt, das Ergebnisse zur Verfügung stellt, die für die Dokumentation der Einrichtungen von Nutzen sind.

Zusätzlich besteht auch die Möglichkeit, **monetäre Anreize zu bieten**. Die Beratung und Behandlung von Spielsüchtigen in Österreich wird von **unterschiedlichen Rechtsträgern finanziert**, so dass die unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen zu **unterschiedlichen Dokumentationsverpflichtungen** führen. Die Dokumentationsweisen in den Einrichtungen erfolgen auf Basis unterschiedlicher, zum Teil gesetzlicher Vorgaben (z. B. in Einrichtungen, die gesundheitsbezogene Maßnahmen anbieten) und verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen. Aussagen über Spielsuchtbehandlungen sind infolge der uneinheitlichen Datenlage zwar für Einzelbereiche, nicht aber über alle Einrichtungen hinweg systematisch möglich.

Bereits bestehende Dokumentationsverpflichtungen sieht das Gesundheitssystem im Falle der **Leistungsdokumentation** und der **Diagnosedokumentation vor**. Erstere ist primär abrechnungsrelevant, Letztere ist aus epidemiologischer Perspektive bedeutender. Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen erfolgt für alle stationären Behandlungen eine systematische Diagnosedokumentation nach ICD-10. Die Analyse dieser Daten erlaubt Aussagen über Spielsuchtbehandlungen im stationären Bereich, nicht aber im ambulanten Bereich. Um ein umfassenderes Bild der Behandlung spielsüchtiger Personen in Österreich zeichnen zu können und darauf aufbauend gesundheitspolitische Fragestellungen beantworten zu können, sind jedoch auch möglichst vollständige Daten der ambulanten Behandlungen unumgänglich. Einen möglichen Ansatz zur besseren Erfassung

spielsuchtbezogener ambulanter Behandlungen bieten die Abrechnungsdaten für psychotherapeutische Behandlungen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existiert hier allerdings keine bundesweite Gesamtdatenbank; d. h. für wissenschaftliche Auswertungen müssten solche Daten bei allen gesetzlichen Krankenversicherungen gesondert angefragt werden.

Gegenwärtig zeigt sich, dass **gesetzliche Grundlagen** wie z. B. das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen oder **nachfolgende Verordnungen** der Länder die **verlässlichste Grundlage für einheitliche Datenerfassungen** darstellen.

Im Rahmen der Zielsteuerung und bei Projekten wie dem Rauchfrei Telefon manifestieren sich verstärkt Kooperationen unterschiedlicher Finanziers. Der Ansatz einer gemeinsamen Finanzierung bietet auch Möglichkeiten, eine umfassende Dokumentation aller Behandlungen in der Einrichtung verstärkt einzufordern und umzusetzen. Dabei müssten sich allerdings alle Finanziers auf ein gemeinsames Instrument einigen und auch dazu bereit sein, die Daten für gemeinsame bundesländerübergreifende Auswertungen zur Verfügung zu stellen.

Konzeption eines Erhebungsinstruments zur einheitlichen Dokumentation in Spielsuchteinrichtungen

Im Rahmen der Studie *Epidemiologie des problematischen und pathologischen Glücksspiels* (Puhm et al. 2018) wurden relevante Variablen für ein systematisches Monitoring identifiziert. Auf dieser Basis wurde ein Kerndatensatz erstellt, der im Rahmen eines Abstimmungsprozesses mit zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen modifiziert wurde.

Bei diesem Prozess zeigte sich trotz Bedenken in Hinblick auf die Praktikabilität der Wunsch einiger Expertinnen und Experten nach einem **Ausbau dieser Kernvariablen**, um Klientinnen und Klienten in Spielsuchtbehandlung nicht nur anhand einiger Kerndaten, primär soziodemografischer Merkmale, zu beschreiben. Vielmehr sollte die Gelegenheit der Implementierung eines Minimaldatensatzes dazu genutzt werden, um vor allem die sozialen Auswirkungen der Spielsucht zu erfassen. Die Vereinheitlichung der Dokumentation von Klientinnen und Klienten in Beratung/Behandlung bietet gleichzeitig auch eine **gute Gelegenheit, eine umfassendere Dokumentation zu initiieren**. Eine solche bietet nicht nur einen Überblick über Spieler/-innen in Beratung/Behandlung auf Einrichtungsebene, sondern kann auch für weiterführende wissenschaftliche Auswertungen genutzt werden. Diesem Konzept wurde mit der **Erstellung eines Basismoduls und eines erweiterten Moduls** Rechnung getragen.

Die in diesem Prozess entwickelten Module können als Grundlage für Dokumentationen dienen und stehen gemeinsam mit einem entsprechenden Manual interessierten Einrichtungen zur Verfügung (s. Anhang 8.3 und Anhang 8.4) und werden auf der Homepage des Kompetenzzentrums Sucht (https://goeg.at/Kompetenzzentrum_Sucht) veröffentlicht.

Expertinnen und Experten sehen in **einem einheitlichen Dokumentationssystem** zahlreiche **Vorteile** wie etwa die **angemessene Abbildung des Stellenwerts der Spielsuchtproblematik**, die Arbeit mit den Klientinnen/Klienten und deren Angehörigen sowie die Leistungsdokumentation ihrer Einrichtung.

Überlegungen hinsichtlich der einheitlichen Dokumentation schließen die Frage ein, welche Beratungs- und Behandlungseinrichtungen dabei berücksichtigt sein sollten. Im Diskurs betonten Expertinnen und Experten die Notwendigkeit der **Entwicklung von Qualitätsstandards für Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Spielsüchtige (z. B. analog der nach § 15 SMG kundgemachten Einrichtungen)**. Die Festlegung zu berücksichtigender Kriterien kann erheblich zur weiteren **Professionalisierung der Behandlung Spielsüchtiger** beitragen.

Im Zusammenhang mit der Vereinheitlichung der Dokumentation von Beratungen und Behandlungen im Glücksspielbereich, ist es zweckmäßig, auf ein bereits etabliertes System zurückzugreifen. In diesem Zusammenhang bietet sich eine **Erweiterung von DOKLI** an, nicht nur weil es sich dabei um ein bewährtes System handelt, sondern weil es auch viele **Einrichtungen** nutzen, die Behandlungen von Spielsüchtigen durchführen. Infolge dieser Überschneidungen hat eine Erweiterung von DOKLI um ein Glücksspielmodul vor allem in jenen Einrichtungen gute Chancen auf Umsetzung, die bereits an DOKLI beteiligt sind. Die direkte Vergleichbarkeit von Glücksspielklientinnen/-klienten mit Klientinnen/Klienten, die an anderen Suchterkrankungen leiden, ist hier als weiterer Vorteil zu nennen.

Nutzung von Sperrdaten

Auswertungen von Sperrdateien von Glücksspielanbietern sind eine wichtige Datenquelle für ein **regelmäßiges Monitoring** des problematischen/pathologischen Glücksspiels. Bei der Analyse von Sperrdaten ist immer der Gesamtkontext wie etwa die rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Viele problematische/pathologische Spielerinnen und Spieler sind nicht gesperrt bzw. sind Personen gesperrt, bei denen kein problematisches/pathologisches Spielverhalten vorliegt. Der Anteil der problematischen/pathologischen Spieler/-innen mit einer Spielsperre ändert sich, wenn sich die gesetzlichen und sonstigen Rahmenbedingungen ändern. Um sinnvolle Aussagen in puncto Spielsucht bzw. Spielerschutz formulieren zu können, ist das Wissen um den Anteil problematisch bzw. pathologisch Spielender unter den Gesperrten wesentlich. Dafür kommen unterschiedliche methodische Zugänge infrage. Konkret zeigen einige Untersuchungen unter den gesperrten Spielerinnen und Spielern sehr hohe Anteile von Personen mit problematischem oder pathologischem Spielverhalten (> 90 %), während andere Untersuchungen in dieser Hinsicht bloß 62–75 % ausweisen, also einen vergleichsweise hohen Anteil unproblematischer Spieler/-innen. Eine Auswertung nach unterschiedlichen Sperrmotiven ist daher essenziell. Um valide Aussagen über die Spielsuchtprävalenz ableiten zu können, ist daher eine Einschätzung der Gesamtsituation – ähnlich dem Zusammensetzen eines Puzzles – stets in Zusammenschau mit weiteren Datenquellen und unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen notwendig. Sperrdaten liefern somit einen wichtigen Baustein, um die epidemiologische Situation der Glücksspielsucht in Österreich beschreiben können.

Sperrdateien ermöglichen Aussagen bezüglich des **Profils gesperrter Personen** und erlauben damit Aussagen darüber, welche Spieler/-innen mit den jeweiligen Sperrmodellen angesprochen bzw. nicht angesprochen werden. Über Vergleiche der gesperrten Personen mit Klientinnen bzw. Klienten aus dem Behandlungssetting bzw. mit der Allgemeinbevölkerung werden Schätzungen über die Häufigkeit des problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels möglich. Es lassen sich auch Aussagen betreffend die **zeitliche und örtliche Inanspruchnahme von Spielersperren** treffen,

wodurch Auswirkungen bestimmter Gesetzesänderungen auf die Spieler/-innen abschätzbar werden. Nicht zuletzt erlaubt die Auswertung von Sperrdaten Aussagen über die jeweiligen **Sperrgründe**.

Die Zurückhaltung von Glücksspielunternehmen dabei, Sperrdaten regelmäßig für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen, ist groß und ergibt sich aus den unterschiedlichen Interessen der Glücksspielindustrie und der Forschung. Diese Spannungsfelder werden auch international bei vergleichbaren Bemühungen häufig beschrieben. Die Vorbehalte der Anbieter basieren auf unterschiedlichen Bedenken. Da ist einerseits die **Angst vor unerwünschten politischen Entscheidungen**, die auf Basis dieser Daten begründet werden – also eine unerwünschte **Instrumentalisierung der Daten**. Dazu kommt die Angst, dass **Betriebsgeheimnisse** zu wirtschaftlichen Konkurrenten gelangen könnten und diesen wirtschaftliche Vorteile eröffnen. Es gibt auch Bedenken, **gegen den Datenschutz** zu verstoßen, die Sorge, dass **Sperrdaten als Kontrollinstrument** benutzt werden könnten oder dass falsche Eindrücke entstehen, weil unterschiedliche gesetzliche Verpflichtungen in Sachen Spielersperren bei der Auswertung nicht angemessen berücksichtigt werden oder weil andere Anbieter ihre Sperrdaten anders kodieren und darstellen.

Die jährlich stattfindende Auswertung des bundesweiten Substitutionsregisters zeigt allerdings eindeutig, dass epidemiologische Auswertungen qualitativ hochwertiger Daten auf pseudonymisierter Basis unter Wahrung des Datenschutzes durchaus möglich sind, wobei die dabei angewandten Vorgangsweisen durchaus auf den Bereich von Sperrdateien übertragbar sind. Ein bundesweites Register aller Spielersperren, nach dem Vorbild des Substitutionsregisters, würde es den Anbietern ermöglichen, nachzusehen, ob bei einer Person bereits eine Spielersperre bei anderen Anbietern vorliegt, und gleichzeitig durch Überführung in ein anonymes Register („Statistikregister“) die Möglichkeit bieten, die gesamte Sperrdatei auf pseudonymisierter Basis für epidemiologische Zwecke zu analysieren.

Für die erfolgreiche Implementierung einer entsprechenden bundesweiten Sperrdatei für den Bereich Glücksspiel wäre es günstig, die Partizipation aller am System beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie die Schaffung entsprechender gesetzlicher Grundlagen vorzusehen, wie sich das schon bei der Einführung von eSuchtmittel (ein Teil davon ist das Substitutionsregister) bewährt hat.

Das GÖG-Kompetenzzentrum Sucht sammelt als zentrale Stelle sämtliche für Österreich relevanten Daten zum Thema Sucht. Durch die langjährige Befassung mit den entsprechenden empirischen Daten und mit suchtpolitischen Strategien im Zusammenhang mit illegalen Drogen, Alkohol, Tabak und stoffungebundenen Süchten bietet die vorhandene Expertise eine Grundlage zur ganzheitlichen Betrachtung der Suchtproblematik, geprägt von einer gesundheitsbezogenen Perspektive und dem Ziel, eng gefasste substanzspezifische Zugänge durch einen breiteren Blickwinkel zu erweitern. Der Schwerpunkt liegt auf einer kritischen Gesamtinterpretation unterschiedlicher Datenquellen, um seriöse Einschätzungen der epidemiologischen Lage zu ermöglichen. Im Bereich illegaler Drogen werden unterschiedliche Datenquellen jährlich in ihrer Zusammenschau analysiert und interpretiert. Für Fragen stehen die Autorinnen und Autoren dieses Berichts unter alexandra.puhm@goeg.at, martin.busch@goeg.at, charlotte.klein@goeg.at und alfred.uhl@goeg.at bzw. das Team des GÖG-Kompetenzzentrums Sucht gerne zur Verfügung.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen.....	XI
Tabellen	XII
Glossar.....	XIII
Abkürzungen.....	XIV
1 Einleitung	1
2 Studienkonzept	3
3 Anreizsysteme für eine einheitliche Dokumentation	9
3.1 Nichtmonetäre Anreizsysteme.....	9
3.2 Best Practice für Dokumentation	12
3.2.1 Dokumentations- und Berichtssystem für Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen: DOKLI	13
3.2.2 Dokumentationssystem der Frühe-Hilfen-Netzwerke: FRÜDOK.....	14
3.3 Fazit nichtmonetäre Anreizsysteme	18
3.4 Finanzierungssysteme und Dokumentationspflichten in Österreich.....	19
3.4.1 Finanzierungssysteme im österreichischen Gesundheitssystem und in Suchteinrichtungen.....	19
3.4.2 Dokumentationssysteme im österreichischen Gesundheitssystem	20
3.5 Finanzierungssysteme und Dokumentationssysteme im Bereich Glücksspielbehandlung	21
3.6 Fazit Dokumentation im Suchtbereich	23
3.7 Ausblick	24
4 Guidelines für die Dokumentation Spielsüchtiger.....	26
4.1 Ausgangslage und Zielsetzung.....	26
4.2 Überlegungen zur Konzeption des Kerndatensatzes	26
4.2.1 Soziodemografische Variablen.....	27
4.2.2 Problematische Spielformen	28
4.2.3 Spielorte und Vertriebswege.....	28
4.2.4 Soziale Auswirkungen der Spielsucht.....	29
4.3 Rückmeldungen der Expertinnen und Experten	29
4.3.1 Zur Vereinheitlichung der Dokumentation	30
4.3.2 Bestimmte Variablen	31
4.3.3 Ergänzung um weitere Variablen	35
4.3.4 Rahmenbedingungen der Umsetzung	37
4.3.4.1 Definition von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen.....	37
4.3.4.2 Ressourcen für Datenerhebung.....	38
4.3.4.3 Datenübermittlung, -auswertung und -zugang	39
4.4 Erkenntnisse aus dem Prozess	40
4.5 Fazit der Guidelines zur einheitlichen Dokumentation	41

5	Nutzung von Sperrdaten	43
5.1	Ausgangslage und Zielsetzung.....	43
5.2	Stellenwert von Anbieterdaten respektive Spielersperren für die Forschung und Praxis	44
5.3	Spielersperren.....	45
5.3.1	Analyse von Sperrdateien	45
5.3.1.1	Profile gesperrter Spielerinnen und Spieler.....	47
5.3.1.2	Sperrgründe	50
5.3.1.3	Zeitliche und örtliche Kriterien für Spielersperren.....	52
5.3.2	Empfehlungen in puncto Datenqualität von Sperrdaten	53
5.3.3	Spannungsfelder zwischen den Interessen der Industrie und jenen der Forschung	53
5.4	Best Practice für eine Datenbank mit sensiblen Gesundheitsdaten: eSuchtmittel	57
6	Schlussfolgerungen	60
7	Quellen.....	63
8	Anhänge.....	67
8.1	Suchstrategien Literaturrecherche	67
8.2	Involvierte Expertinnen und Experten	69
8.3	Modul Glücksspiel.....	70
8.4	Manual zum Modul Glücksspiel	70

Abbildungen

Abbildung 2.1: Selektionsprozess der Literatur	6
Abbildung 3.1: Beispiel für eine Schnellauswertung in FRÜDOK	16
Abbildung 3.2: Beispiel für eine Auswertung in FRÜDOK.....	17
Abbildung 5.1: Ablaufdiagramm Substitutionsregister (eSuchtmittel).....	58
Abbildung 5.2: Ablaufdiagramm zentrales Register Spiellersperren analog eSuchtmittel	59

Tabellen

Tabelle 2.1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion.....	4
Tabelle 5.1: Analysemerkmale der OASIS-Sperrdatei.....	47
Tabelle 8.1: Suchstrategie PsycINFO	67
Tabelle 8.2: Suchstrategie Medline via Ovid.....	68
Tabelle 8.3: Am Modul Glücksspiel beteiligte Expertinnen/Expertinnen (in alphabetischer Reihenfolge)	69
Tabelle 8.4: Interviewte Expertinnen/Experten an der Gesundheit Österreich (in alphabetischer Reihenfolge) mit Datum der Kontaktaufnahme	69

Glossar

DOKLI	ein bundesweit einheitliches System zur Dokumentation von Klientinnen und Klienten in Drogeneinrichtungen
extramuraler Versorgungsbereich	Dieser Begriff „bezeichnet den Bereich außerhalb bettenführender Krankenanstalten. Der extramurale Bereich umfasst somit die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte sowie die Versorgung in selbstständigen Ambulatorien (nichtbettenführende Krankenanstalten)“. (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S.6)
FRÜDOK	Dokumentationssystem der Frühen Hilfen
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten
intramuraler Versorgungsbereich	Dieser Begriff „bezeichnet den Leistungsbereich von bettenführenden Krankenhäusern.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S.6)
LKF-System	österreichisches System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zur Abrechnung stationärer Krankenhausaufenthalte (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018, S.5)
LKF-Punkte	Gesamtsumme der für stationäre Aufenthalte ermittelten Punkte im LKF-System (Summe aus LDF-Pauschale, Punkte Belagsdauer ausreißer nach unten, Punkte spezieller Bereiche, Zusatzpunkte Belagsdauer ausreißer nach oben, Zusatzpunkte Intensiv, und Zusatzpunkte Mehrfachleistungen; (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018, S.5)
OASIS	Spielersperrsystem, das von allen hessischen Spielhallenbetreibern verbindlich genutzt wird

Abkürzungen

BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bPK	bereichsspezifische Personenkennzeichen
bzw.	beziehungsweise
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSpG	Glücksspielgesetz
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Fassung
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
OASIS	Onlineabfrage Spielerstatus
u. a.	unter anderem
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Maßnahmen gegen problematisches bzw. pathologisches Glücksspiel stellen ein **zentrales gesundheitspolitisches Anliegen** dar. Die fundierte Planung von präventiven Maßnahmen und Unterstützungsangeboten setzt belastbares Wissen über Spieler/-innen voraus, allerdings können detaillierte Angaben zur Charakteristik und zu den Bedürfnissen betroffener Personen aufgrund der aktuell vorhandenen Datenlage kaum getroffen werden. Diese Informationslücke soll ein systematisches Glücksspielmonitoring schließen. Ein umfassendes Monitoring ermöglicht es, über die Zusammenschau vieler unterschiedlicher Daten aus verschiedenen Quellen ein möglichst verlässliches Bild und die Vergleichbarkeit von Daten auf nationaler sowie auch internationaler Ebene zu gewährleisten.

Ein Monitoring, das gut fundierte und detaillierte epidemiologische Aussagen über Personen erlaubt, die in problematischem oder pathologischem Ausmaß an Glücksspielen teilnehmen, greift idealerweise auf mehreren Datenquellen zurück. In einer vom Bundesministerium für Finanzen in Auftrag gegebenen früheren Studie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurden zentrale Grundlagen in Bezug auf die Möglichkeiten und Grenzen der Erhebung glücksspielbezogener Daten erarbeitet und sinnvolle Indikatoren für das Monitoring des problematischen/pathologischen Glücksspiels definiert (Puhm et al. 2018). Um weitere Schritte in Richtung Implementierung eines systematischen Monitorings zu setzen, wurden mehrere Empfehlungen dieses Berichts aufgegriffen und dienen der gegenständlichen Studie als Schwerpunkte.

Eine wichtige Datenquelle für ein solches Monitoring stellt die **Dokumentation von Klientinnen und Klienten in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** dar. Mittelfristig sollte in diesem Zusammenhang eine für alle Suchteinrichtungen einheitliche Dokumentationsstruktur geschaffen werden, um valide Daten zu gewinnen. Vorbereitend ist es erforderlich, Rahmenbedingungen und Inhalte zu schaffen, die es ermöglichen, dieses Vorhaben umzusetzen.

Zum einen bedarf es in diesem Zusammenhang der **Schaffung von Verbindlichkeiten und Anreizen**, weswegen bewährte Anreizsysteme aus anderen Gesundheitsbereichen bzw. Ländern dargestellt werden (s. Kap. 3).

Zum anderen erfordert die valide Datenerfassung innerhalb der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen eine Einigung hinsichtlich der **Erhebungsmodalitäten und der zu erhebenden Inhalte**. Die entsprechenden Grundlagen, der Prozess der Erstellung von Guidelines unter Einbeziehung von Schlüsselpersonen aus dem Beratungs- und Behandlungsbereich sowie die Ergebnisse werden in Kapitel 4 dargestellt.

Neben den Daten aus dem Beratungs- und Behandlungsbereich sind auch glücksspielbezogene Anbieterdaten wie z. B. Spielersperren wichtige Pfeiler, auf welchen das Monitoring problematischen/pathologischen Glücksspiels aufbauen kann. Die **Verfügbarkeit von Anbieterdaten** bzw. deren Verwendung für wissenschaftliche Auswertungen stellt allerdings nicht nur in Österreich, sondern auch international eine große Herausforderung dar (Puhm et al. 2018). In Kapitel 5 werden

Aspekte dargestellt, deren Berücksichtigung es ermöglichen soll, beim Monitoring regelmäßig auf Anbieterdaten zurückgreifen zu können.

2 Studienkonzept

Für die vorliegende Studie wurden verschiedene **Projektziele** definiert:

» **Darstellung unterschiedlicher Anreizsysteme für die Umsetzung einer einheitlichen Dokumentation**

Internationale Erfahrungen mit der Dokumentation von Behandlungen im Bereich der illegalen Drogen zeigen, dass Anreize nötig sind, um eine Dokumentation im Suchtsektor angemessen und umfassend umzusetzen. Das setzt die Kenntnis voraus, wie die betroffenen Einrichtungen finanziert werden bzw. welche unterschiedlichen Anreizsysteme dabei infrage kommen.

» **Erstellung von Guidelines für die Dokumentation Spielsüchtiger in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen**

Die Versorgung Spielsüchtiger wird in Österreich durch unterschiedliche Angebote und Einrichtungen gewährleistet, die über verschiedenartige Dokumentationssysteme verfügen. Um Daten der Routinedokumentation unterschiedlicher Einrichtungen vergleichbar zu machen, ist zunächst eine Einigung auf ein Core-Data-Set notwendig. Bei der Dokumentation im Drogenbereich hat sich die Entwicklung von Guidelines bewährt (z. B. EMCDDA). Für den Bereich Glücksspiel soll ein vergleichbares Dokument erstellt werden, um einen weiteren Schritt in Richtung Implementierung eines umfassenden -Glücksspielmonitorings zu setzen. Strategisches Ziel ist hier eine alle Suchtklientinnen und -klienten übergreifende gemeinsame Dokumentation.

» **Erarbeitung von Grundlagen für die Auswertung von Anbieterdaten**

Es werden – insbesondere im Rahmen der suchtübergreifenden Koordinationsstruktur – Möglichkeiten gesucht, diverse Daten von Anbieterseite zu harmonisieren und für ein Monitoring nutzbar zu machen. Der Schwerpunkt der Anbieterdaten liegt auf Spielersperren betreffenden Informationen.

Zur Realisierung der Projektziele wurden unterschiedliche **Methoden** eingesetzt. Die Darstellung von **Finanzierungsmodellen und Anreizsystemen** basiert auf einer Literaturrecherche inklusive grauer Literatur und auf Expertengesprächen.

Zum Thema nichtmonetäre Anreizsysteme zur Implementierung von Dokumentationssystemen wurde eine systematische Literaturrecherche in Medline und PsycINFO über die Benutzeroberfläche OVID durchgeführt. Dafür wurden die im Anhang angeführten Suchstrategien formuliert (s. Kap. 8.1). Zur Identifizierung relevanter Publikationen wurden eine Schlagwortgruppe mit Begriffen aus dem Themenfeld einheitliche Dokumentation und eine Schlagwortgruppe mit Begriffen aus dem Bereich Motivation bzw. Anreize gebildet. Bei der Literatursuche und -selektion wurden ausschließlich deutsch- und englischsprachige Publikationen berücksichtigt. Zur Identifizierung relevanter Studien wurden anhand formaler Gesichtspunkte (Sprache), solcher der inhaltlichen Relevanz (Fragestellung, Verfahren/Interventionen) sowie weiterer in Bezug auf Qualität und Validität (Studiendesign) vorab Selektionskriterien definiert. Tabelle 2.1 stellt die Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturselektion dar.

Bei den Ein- bzw. Ausschluss von Literatur betreffenden Entscheidungen wurde besonders auf die externe Validität, d. h. auf die praktische Übertragbarkeit geachtet. So wurde etwa in den Vereinigten Staaten von Amerika das sogenannte Electronic Health Record Incentive Program¹ durchgeführt, im Zuge dessen die staatliche Gesundheitsversicherung finanzielle Anreize setzte, um Gesundheitsakten zu digitalisieren. Aufgrund der starken Abweichungen des Gesundheitssystems der USA vom österreichischen und des einseitigen Fokus auf finanzielle Anreize wurden Studien über dieses System in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt. Eingeschlossen wurden – sofern sie allen Einschlusskriterien entsprachen – nur solche, die über finanzielle Anreize hinausgehen, indem sie z. B. auch die Mitarbeitermotivation erfassen.

Tabelle 2.1:
Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion

Ausschlusskriterien
formale Ausschlusskriterien
A1 Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2 Duplikate
A3 Studien, die auf Österreich oder vergleichbare Länder nicht übertragbar sind
thematische Ausschlusskriterien
A4 andere Fragestellung
A5 andere Intervention
A6 nichtübertragbare Zielgruppe
unklare oder ungenügende Beschreibung des Publikationstyps/Studiendesigns
A7 Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, Comments, Letters)
Einschlusskriterien
Einschlusskriterien
E1 HTA / systematische Übersichtsarbeiten / Metaanalysen
E2 Interventionsstudien
E3 Beobachtungsstudien
E4 Guidelines
E5 Hintergrund

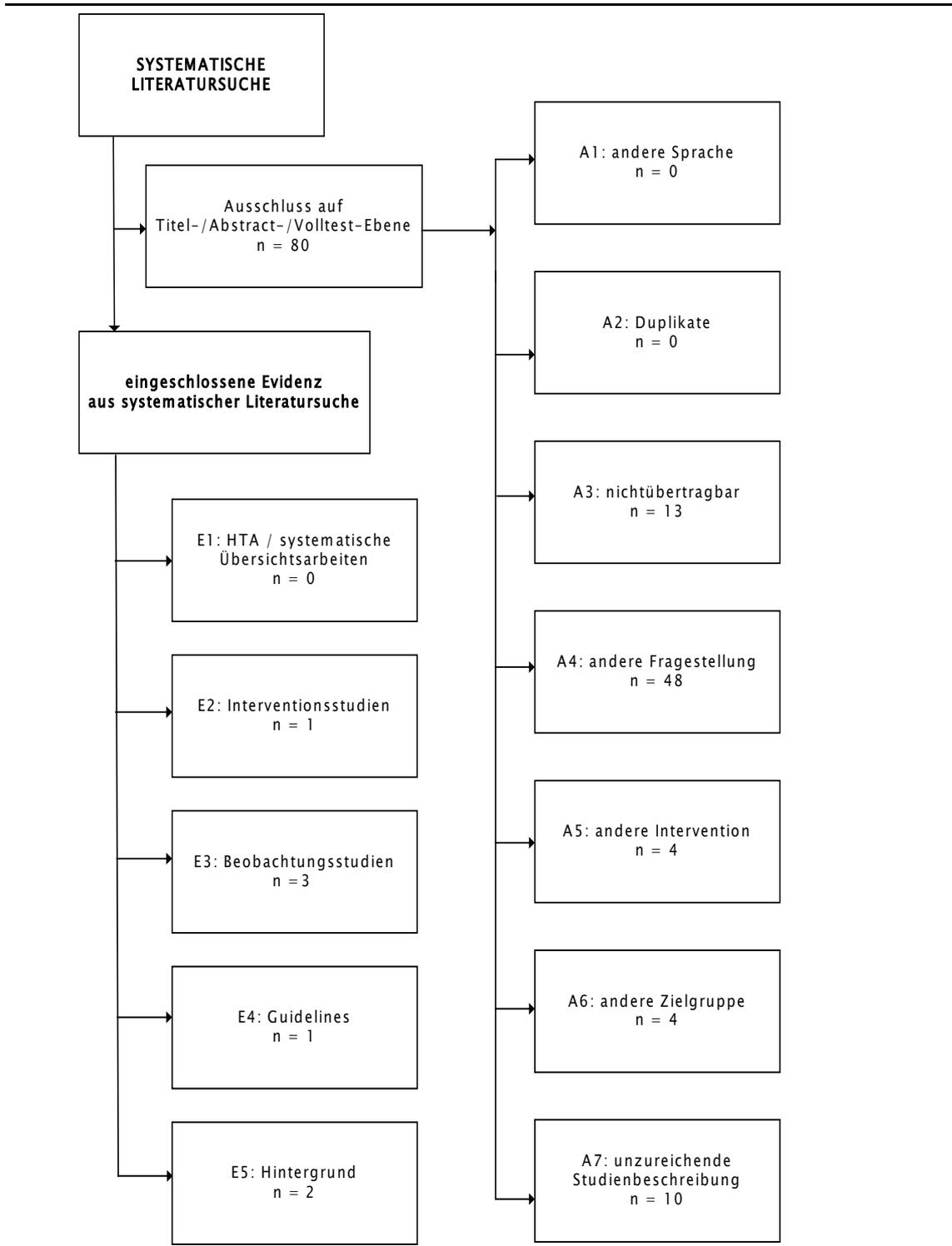
Quelle und Darstellung: GÖG

Die systematische Literaturrecherche über Medline und PsycINFO wurde am 7. 1. 2019 durchgeführt und erzielte in Summe 87 Treffer (eine Publikation fand sich in beiden Datenbanken und wurde nur einmal berücksichtigt). Insgesamt wurde der Großteil (68 Abstracts) über Medline gefunden und lediglich 18 über PsycINFO. Nach Beurteilung der Treffer blieben 5 Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage sowie 2 Artikel als Hintergrundinformation übrig. Vorrangig handelt es sich dabei um Beobachtungsstudien (McMath/Harvey 2004; Rasmussen et al. 2012; Russo 2003). Es konnte lediglich eine Interventionsstudie mit einer Kontrollgruppe identifiziert werden (Darmer et al. 2004). Da bereits im Rahmen der Literaturrecherche Duplikate und Publikationen in anderen Sprachen als Deutsch und Englisch ausgeschlossen worden waren, mussten im Zuge der Selektion keine Studien aufgrund anderer Sprache oder als Duplikate ausgeschlossen werden. 13

¹
Anreizprogramm für eine elektronische Gesundheitsakte

Studien wurden als auf Österreich nicht übertragbar eingestuft. 48 Abstracts bzw. Studien behandeln gänzlich andere Fragestellungen. Andere Maßnahmen respektive Interventionen werden in vier Abstracts/Studien beschrieben. Eine nicht auf Österreich übertragbare Zielgruppe wurde in vier Fällen festgestellt. In zehn Fällen war das Studienformat oder die Studienbeschreibung nicht passend. In der folgenden Abbildung ist der Selektionsprozess grafisch dargestellt.

Abbildung 2.1:
Selektionsprozess der Literatur



Quelle: Darstellung GÖG

Die Literaturrecherche bezüglich unterschiedlicher Anreizsysteme für die Umsetzung einer einheitlichen Dokumentation wurde um eine **Best-Practice-Recherche** in der GÖG ergänzt. Dieser Ansatz wurde gewählt, um aus der Literatur gewonnene theoretische Aspekte durch praktische Lernerfahrungen in der GÖG zu erweitern. Konkret wurden die Erfahrungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit dem Projekt DOKLI, einem einheitlichen Dokumentationssystem für Drogen-einrichtungen, erfasst sowie Erfahrungen aus FRÜDOK, dem Dokumentationssystem für die Frühen Hilfen. In beiden Fällen wurden als Erhebungsmethode Tiefeninterviews (Kap. 8.2) durchgeführt. Diese Methode hat sich besonders gut bewährt, um auch problematische Lernerfahrungen zu sammeln.

Zur Erstellung der **Guidelines** für ein **einheitliches Dokumentationssystem** wurde ein **Kerndatensatz für die Dokumentation in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** bestimmt. Die Auswahl der Variablen und der Kategorien bzw. deren Ausformulierung erfolgte auf Basis der in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen theoretischen Grundlagen (Puhm et al. 2018) sowie anhand von Erfahrungen und des Status quo in nationalen und internationalen einschlägigen Einrichtungen. Darüber hinaus wurde eine Abstimmung mit anderen Erhebungen bzw. Referenzwerten vorgenommen, um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Zusätzlich flossen Erfahrungen von Expertinnen/Experten aus dem Bereich der Suchtepidemiologie ein.

Diese erste Fassung dieses Kerndatensatzes wurde in einem **schriftlichen Abstimmungsprozess** an zehn Expertinnen und Experten (s. Kap. 8.2) aus verschiedenen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen versandt. Die Fachleute wurden teils durch das Projektteam ausgewählt, teils von den Sucht- und Drogenkoordinatoren der Länder benannt. Ergänzend wurden mit einigen dieser Fachleute Interviews geführt. Die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten aus dem Abstimmungsprozess und den Interviews wurden in den Kerndatensatz eingearbeitet. Die so entwickelte Endversion des Kerndatensatzes, das *Basismodul Glücksspiel*, findet sich im Anhang des Berichts, ebenso ein *erweitertes Modul Glücksspiel*.

Vor Versendung des Kerndatensatzes wurden die Sucht- und Drogenkoordinatoren der Länder in Gesprächen bzw. in Ausnahmefällen per Mail über das Projekt informiert. Diese Gespräche verfolgten verschiedene Zielsetzungen, die sich auch in früheren Projekten und Prozessen als wichtig erwiesen hatten:

- » Information der Sucht- und Drogenkoordinatoren über das Vorhaben und die geplante Vorgehensweise zur Erzielung einheitlicher Dokumentationsstandards in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen
- » Erhebung der speziellen Rahmenbedingungen in den Bundesländern, die auf unterschiedlichen Ebenen Einfluss auf die Umsetzung eines einheitlichen Dokumentationssystems haben können
- » Austausch über im Zusammenhang mit dem Projekt relevante Einrichtungen
- » Unterstützung der Betroffenen, bei der möglichst reibungslosen Durchführung des Projekts und letztlich auch bei der Implementierung eines einheitlichen Dokumentationssystems

Zur **Erarbeitung von Grundlagen für die Auswertung von Sperrdateien** war zunächst vorgesehen, dieses Thema im Rahmen eines Expertengremiums auf Bundesebene zu erörtern, eines Teils einer vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017 geplanten – auch das Thema Glücksspiel verstärkt berücksichtigenden – suchtübergreifenden Koordinationsstruktur für eine

umfassende österreichische Suchtpräventionsstrategie (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Diese geplante Struktur wurde bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt allerdings noch nicht umgesetzt. Um die oben angeführte Zielsetzung dennoch zu erfüllen, wurden theoretische Vorarbeiten geleistet, die ab dem Zustandekommen eines bundesweit agierenden Expertennetzwerks für den Bereich Glücksspiel als Grundlage für eine rasche und fundierte Erörterung dieser Thematik dienen können. Dazu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die Argumente und Fakten liefern und die bereits vorhandene Expertise in der Umsetzung einer Datenbank im Bereich der illegalen Substanzen (eSuchtmittel) ergänzen sollte.

3 Anreizsysteme für eine einheitliche Dokumentation

Ziel des vorliegenden Kapitels ist es, unterschiedliche Anreizsysteme für eine einheitliche Dokumentation zu identifizieren und darzustellen. Nationale Erfahrungen z. B. mit der Dokumentation von Behandlungen im Bereich der illegalen Drogen zeigen, dass zu ihrer Umsetzung Anreize nötig sind.

Anhand einer Literaturrecherche und Best-Practice-Analysen wird folgenden Fragen nachgegangen:

- » Welche nicht-monetären Anreize für eine einheitliche Dokumentation existieren?
- » Wie sehen solche Anreize aus?
- » Erlaubt die Studienlage eine Einschätzung der Effektivität der identifizierten Anreize?

3.1 Nicht-monetäre Anreizsysteme

Im Folgenden wird die identifizierte Literatur beschrieben, und es wird auf die Lernerfahrungen aus den gesetzten Anreizen eingegangen.

Rasmussen et al. (2012): Achieving IT-supported standardized nursing documentation through participatory design

Rasmussen et al. beschreiben einen partizipativen Prozess zur Etablierung eines elektronischen Dokumentationssystems von Pflegekräften in Kliniken. Der erste diesbezügliche Versuch führte zu großen Widerständen und scheiterte. Es wurde weiterhin in Papierform gearbeitet. Aus diesem Grund wurde das Projekt neu gestartet, wobei diesmal auf die frühe Einbeziehung der Pflegekräfte geachtet wurde. Die Ausgangsanforderungen an das System zur Dokumentation der Erstbegutachtung von Patientinnen und Patienten waren: Speicherung von Daten, bessere Koordination der Arbeit, Beachtung rechtlicher Erfordernisse sowie akzeptabler Zeitaufwand. Die Wünsche der Pflegekräfte an das von ihnen im Zuge der Routinearbeit zu verwendende Dokumentationssystem wurden in einem partizipativen Prozess erhoben und berücksichtigt. In einem „Regional Patient Record Committee“ wurden diplomiertes Pflegepersonal, Qualitätsbeauftragte und Pflegeleitung eingebunden. Der Entwicklungs- und Designprozess dauerte vier Monate.

Zentrale Lernerfahrungen aus dem ersten, fehlgeschlagenen Versuch waren:

- » Die Dokumentation muss einerseits alle relevanten Daten beinhalten, aber gleichzeitig einen raschen und guten Überblick über die allerwichtigsten Informationen ermöglichen. Im ersten Versuch war aufgrund der Datenvielfalt kein schneller Überblick möglich gewesen.
- » Die Darstellung muss einerseits eine einfache Dateneingabe mit vordefinierten Textfeldern ermöglichen und andererseits einen gut lesbaren Ergebnisreport vorsehen. Beim ersten Versuch lag der Schwerpunkt auf den Eingabefeldern und nicht auf der Lesbarkeit der Übersichtsreports bzw. der Ergebnisse.

- » Hochstrukturierte Daten müssen in einer zeiteffizienten Art erfasst werden.
- » Die Dokumentationssoftware muss die tägliche Arbeit der Pflegekräfte erleichtern (z. B. durch effizientere Übergaben bei Schichtwechsel). Im ersten Versuch wurde dieser Aspekt zu sehr vernachlässigt, und die Dokumentationsanforderungen standen im Vordergrund (z. B. rechtliche Erfordernisse, Qualitätsdokumentationsanforderungen ...).

In drei Workshops (mit einer Testphase dazwischen) wurde ein neues Design erarbeitet, das folgende strukturelle Adaptierungen beinhaltet:

- » **Zuerst** werden die **wichtigsten Ergebnisse** angezeigt. Für die aktuelle Behandlung unwichtigere Aspekte werden später angeführt und finden keinen Eingang in den Ergebnisbericht. Beispielsweise wurde die Frage, ob die Patientin / der Patient unter Schmerzen leidet bzw. wann in der betreffenden Einrichtung die letzte Kontrolle stattfand, als erstes Ergebnis eingeblendet.
- » Im Ergebnisbericht wird bei Screeningfragen, die aus mehreren Items bestehen, nur mehr der **Gesamtscore** dargestellt. Dies ermöglicht einen rascheren Überblick, z. B. über den Ernährungsstatus.
- » Es werden generell nur Aspekte angezeigt, die von unmittelbarer Relevanz sind. Zum Beispiel werden Informationen zu besonderen Bedürfnissen, religiösen Anforderungen und Ähnlichem nur dann dargestellt, wenn ein dementsprechender Eintrag vorliegt.
- » Vorgesehen wurde auch eine **einheitliche Struktur** der Blöcke. Jeder thematische Block ist gleich gegliedert und aufgebaut.

Der beschriebene partizipative Prozess führte dazu, dass die neue Version von den Pflegekräften positiv aufgenommen wurde. Der systematische und rasche Überblick über die wichtigsten Informationen ermöglicht in der Folge eine raschere und qualitätsgesicherte Übergabe bei Schichtwechsel.

McMath/Harvey (2004): Complex wounds: a partnership approach to patient communication

McMath und Harvey entwickelten mit einer Fokusgruppe, bestehend aus Patientinnen und Patienten, einen sogenannten „patient-held record“. Dieses Dokumentationsinstrument beinhaltet neben medizinischen Daten der Patientinnen und Patienten auch gesundheits- bzw. genesungsfördernde Informationen und Tipps. Die Möglichkeit, Teile der Dokumentation der Patientin / dem Patienten physisch mitgeben zu können, eröffnete zwei Vorteile: Die Patientinnen und Patienten wurden bezüglich ihrer Heilung und Krankengeschichte verstärkt zu Autonomie und Selbstbestimmung ermächtigt, und nach der Entlassung aus dem Spital war ein wesentlich besseres Nahtstellenmanagement mit dem niedergelassenen Bereich möglich.

Russo (2003): The Power of Persuasion

Russo formuliert eine Strategie, wie man Allgemeinmediziner/-innen im Krankenhaus über monetäre Anreize hinausgehend zu einer besseren Patientendokumentation motivieren kann. So sollte

ihnen aufgezeigt werden, dass eine standardisierte Dokumentation die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten positiv beeinflussen kann. Zudem wurde ihnen erläutert, wie sich eine standardisierte Dokumentation positiv für sie selbst auswirken kann.

Russo empfiehlt folgende Anreize, um eine standardisierte Dokumentation zu bewerben:

- » **positive Auswirkungen auf die eigene Praxis:** Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich profitieren von einer standardisierten Dokumentation bei der Übernahme einer Patientin / eines Patienten, z. B. nach Spitalsentlassung oder bei Arztwechsel. Die Möglichkeit, neue Patientinnen und Patienten schnell aufnehmen zu können, soll insbesondere die Motivation zur Dokumentation im stationären Bereich verbessern, da viele Ärztinnen und Ärzte dort angestellt sind und nebenberuflich auch niedergelassen tätig sind.
- » **Reputation:** Die Reputation unter ihren Peers ist Ärztinnen und Ärzten besonders wichtig, da sie sich auf die Weiterempfehlung durch Kolleginnen und Kollegen positiv auswirkt. Es wurde aufgezeigt, dass eine gute und standardisierte Patientendokumentation die Reputation erhöht.
- » **neue Technologie:** Russo empfiehlt, explizit Beispiele dafür zu nennen, wie eine gute Dokumentation zu einer finanziellen Verbesserung führen kann und wie dieser gewonnene finanzielle Spielraum für medizinische Investitionen wie z. B. für neue Geräte genutzt werden kann.
- » **Vermeidung von Anzeigen:** Eine gute Dokumentation aller Patientinnen und Patienten ermöglicht es, Anzeigen oder Anklagen früh und ressourcenschonend abwenden zu können. Oft sind Dokumentationssysteme sogar Grundvoraussetzung für den Abschluss einer Versicherung.
- » **Gesundheitsdaten und Ratings:** Dokumentationssysteme können für eigene Auswertungen genutzt werden, aber auch um Institutionen nach außen darstellen und bewerben zu können.

Neben diesen direkten Anreizen für Ärztinnen und Ärzte empfiehlt Russo folgende weitere Maßnahmen bei der Etablierung bzw. Bewerbung:

- » **Qualitätszirkel („Dinner and a Query“):** Retrospektive Fallanalysen, die unter anderem eine Analyse der Falldokumentation beinhalten, haben sich sehr bewährt. Die Ärztinnen und Ärzte haben stark von dem Austausch untereinander profitiert.
- » **Veröffentlichung der Daten:** Eine regelmäßige Veröffentlichung von Auswertungen der Daten, über die auch die dokumentierenden Ärztinnen und Ärzte informiert werden, erhöht die Teilnahmemotivation.
- » **Kennzahlen:** Dokumentationssysteme werden üblicherweise für die Berechnung von Kennzahlen herangezogen. Diese sollten jedoch nicht nur Informationen für das Management beinhalten, sondern auch Elemente inkludieren, die von den Ärztinnen und Ärzten als relevant erachtet werden.
- » **zielgerichtete Weiterbildung:** In die bereits vorhandenen Weiterbildungsprogramme soll auch ein Seminar über Dokumentationssysteme und deren Verbesserung bzw. Qualitätssicherung integriert werden.
- » **Lernen einfach gestalten:** Neben Seminaren im Rahmen der Fort- und Weiterbildung können auch Onlinekurse oder kleine Onlinetutorials sehr nützlich sein.

- » **Ärztinnen und Ärzte als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren:** Russo empfiehlt, Ärztinnen und Ärzte für die Bewerbung von Dokumentationssystemen heranzuziehen. Diese „Liaisonoffiziere“ können Berufskolleginnen und -kollegen wesentlich nachhaltiger und effizienter neue Themen und Technologien näherbringen als Personen anderer Professionen.

Darmer et al. (2004): The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation

Die Autorinnen untersuchten die Effekte eines Schulungsprogramms (gemäß dem Konzept des „service learning“) bei der Etablierung eines standardisierten Dokumentationssystems für diplomiertes Pflegepersonal. Interventions- und Kontrollgruppe standen einem Dokumentationssystem positiv gegenüber und attestierten ihm günstige Auswirkungen auf ihre tägliche Arbeit. In beiden Gruppen hatte die Einführung des Dokumentationssystems den positiven Nebeneffekt, dass das Wissen bezüglich des Ablaufs des Pflegeprozesses aufgefrischt wurde. In der Interventionsgruppe gaben Personen häufiger an, dass eine standardisierte Dokumentation sich positiv auf die Patientensicherheit auswirke. Die Autorinnen nennen zwei weitere wichtige Erfolgsfaktoren: Das gesamte Pflegepersonal – und nicht nur ausgewählte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren – wurde geschult. Des Weiteren war die (unumgängliche) kontinuierliche Unterstützung vonseiten der Managementebene hilfreich.

Shea et al. (2014): Stage 1 of the meaningful use incentive program for electronic health records: a study of readiness for change in ambulatory practice setting in one integrated delivery system

In den Vereinigten Staaten von Amerika wurden finanzielle Anreize gesetzt, um die elektronische Dokumentation medizinischer Leistungen zu fördern (Kibbe 2011). Über das finanzielle Moment hinausgehend, untersuchten Shea et al. Faktoren, die die Bereitschaft, auf eine elektronische Datenerfassung umzusteigen, fördern. Eine wichtige Grundanforderung an die Systeme war, dass es pro Patientenbesuch eine Kurzfassung gibt und dass das System auch edukative Materialien, z. B. in puncto Prävention oder Behandlungsanweisungen, beinhalten. Als nützliche Faktoren bei der Implementierung haben sich sogenannte Champions etabliert, die als Vorbild und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren bei der Implementierung fungieren. Als weiterer wichtiger Faktor erwies sich die deutliche Unterstützung der Implementierung durch die Managementebene.

3.2 Best -Practice für Dokumentation

Die Ergebnisse aus der Literaturrecherche wurden mit Lernerfahrungen aus zwei rezenten Projekten an der GÖG zur Etablierung von Dokumentationssystemen ergänzt. Sie ermöglichen einen niederschwelligen Blick auf diesbezügliche Herausforderungen und Lösungsansätze.

3.2.1 Dokumentations- und Berichtssystem für Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen: DOKLI

DOKLI wurde aus mehreren Gründen als Best Practice herangezogen: Im Rahmen von DOKLI wurden zahlreiche Erfahrungen gesammelt, wie man Suchteinrichtungen mit sensiblen Daten zur einheitlichen Datensammlung motiviert und gleichzeitig die Anonymität der Patientinnen und Patienten sicherstellt. Darüber hinaus sind zahlreiche Beratungseinrichtungen, die über DOKLI Daten übermitteln, ebenfalls auf problematische bzw. pathologische Spieler/-innen spezialisiert, es würde hier also lediglich einer Modulerweiterung bedürfen.

DOKLI ist das einheitliche Dokumentations- und Berichtssystem für Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen in Österreich, dessen Ziel es ist, österreichweit harmonisierte Daten von Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe zu sammeln und zu analysieren (Busch et al. 2018). Die einheitliche Datenerfassung entspricht den EU-Erfordernissen, gewährleistet die Vergleichbarkeit mit europäischen Daten und erfüllt die Verpflichtungen zur Übermittlung des sogenannten Schlüsselindikators „treatment demand“ der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD; (Busch et al. 2018). Mit Ausnahme einiger weniger Krankenanstalten erfasst DOKLI alle relevanten Einrichtungen der Drogenhilfe. Für das Jahr 2017 haben 149 Drogenhilfeeinrichtungen Daten über DOKLI übermittelt (Anzenberger et al. 2018). Auf Bundesebene ist ein Beirat eingerichtet, der das österreichweite Auswertungskonzept diskutiert sowie über die Weiterentwicklung des Systems und die Weitergabe der anonymisierten Daten an Dritte (z. B. für wissenschaftliche Studien) entscheidet (Busch et al. 2018). In diesem Beirat sind neben Repräsentantinnen/Repräsentanten der Drogen- und Suchtkoordinationen der Länder und der Bundesdrogenkoordination auch Einrichtungsvertreter/-innen aus allen Bundesländern inkludiert. Der Beirat hat sich aus jener Arbeitsgruppe entwickelt, die das DOKLI-System entworfen hat. Die Einrichtungen der Drogenhilfe als „Datenlieferanten“ waren bzw. sind somit sowohl beim Entwurf als auch beim Routinebetrieb partizipativ vertreten.

Die Daten aus DOKLI werden jährlich ausgewertet und im österreichischen *Epidemiologiebericht Sucht* dargestellt. Die systematischen Auswertungen werden allen teilnehmenden Institutionen zur Verfügung gestellt und dienen den Drogeneinrichtungen als wichtige Informationsquelle, in der sie z. B. Darstellungen der Lebenssituation und Konsummuster ihrer Klientinnen und Klienten finden (Busch et al. 2018). Die Daten können auch für einrichtungsinterne Auswertungen bzw. interne Dokumentationspflichten verwendet werden.

Da in den Einrichtungen im Rahmen der Betreuung von Klientinnen und Klienten personenbezogene Gesundheitsdaten dokumentiert werden müssen, wird dem Datenschutz besondere Aufmerksamkeit gewidmet. So werden z. B. auf Bundesebene keine Auswertungen gemacht, die einen Vergleich zwischen einzelnen Einrichtungen ermöglichen. Um die Einrichtungen in Bezug auf die Datenschutzbelange zu unterstützen, wurde ein verbindlicher „code of conduct“ erarbeitet (Busch et al. 2018). Auf Bundesebene werden zudem keine personenbezogenen Daten gesammelt. Der zentralen Meldestelle werden ausschließlich anonymisierte und aggregierte Daten übermittelt (Busch et al. 2018).

In den Interviews (s. Kapitel 2) konnten folgende Anreize zur und Lernerfahrungen bei der Etablierung dieses Dokumentationssystems identifiziert werden:

- » Eine frühe Einbindung ist essenziell. Als ein zentrales einheitliches Dokumentationssystem von Bundesseite angedacht wurde, löste dies sowohl bei den Einrichtungen als auch in den Sucht- und Drogenkoordinationen Besorgnis aus. Befürchtungen waren unter anderem: ein Benchmarkingvergleich der Einrichtungen untereinander, erheblicher Mehraufwand und Sorgen wegen des Datenschutzes in Bezug auf die Klientinnen und Klienten. Eine aktive Informationspolitik und eine intensive Einbindung über den sogenannten DOKLI-Beirat halfen, viele dieser Befürchtungen auszuräumen. So entscheidet der DOKLI-Beirat über das Auswertungskonzept, d. h. er legt fest, welche Vergleiche/Auswertungen durchgeführt werden dürfen, und es gibt keine Benchmarkingvergleiche zwischen den Einrichtungen. Der DOKLI-Beirat war ganz besonders bei der Etablierung des Systems bzw. in den ersten Jahren nach dessen Implementierung von großer Bedeutung. Die ersten Auswertungen und Berichte wurden dort ausführlich diskutiert.
- » Die Berichtspflicht auf EU-Ebene war ein wichtiges Argument dafür, eine einheitliche Datenerfassung und -auswertung in Österreich einzuführen.
- » Die einheitliche Datenerhebung bietet den Einrichtungen auch die Möglichkeit, sich untereinander fundiert auszutauschen. Dazu hat sich die Organisation eines Vernetzungstreffens im Rahmen einer „DOKLI-Tagung“ bewährt.
- » Mehrmals pro Jahr verschickte Infomails gewährleisteten den Informationsfluss zu den dokumentierenden Einrichtungen.
- » Es werden Trainings für Daten eingebende Personen vor Ort angeboten.
- » Ein Auswertungstool ermöglicht den beteiligten Einrichtungen standardisierte Auswertungen der Daten aus der Einrichtung für Jahresberichte etc.
- » Es werden umfangreiche Informationsmaterialien (Basismanual, Auswertungsmanual) downloadbar von einer eigenen Website zur Verfügung gestellt.
- » Es besteht die Möglichkeit sowohl über die eigens programmierte DOKLI-Software als auch über eine Schnittstelle unter Nutzung anderer Softwarelösungen an DOKLI teilzunehmen.
- » Aufgrund der Anonymisierung und Aggregation von Daten konnten Datenschutzbedenken zerstreut werden.

3.2.2 Dokumentationssystem der Frühe-Hilfen-Netzwerke: FRÜDOK

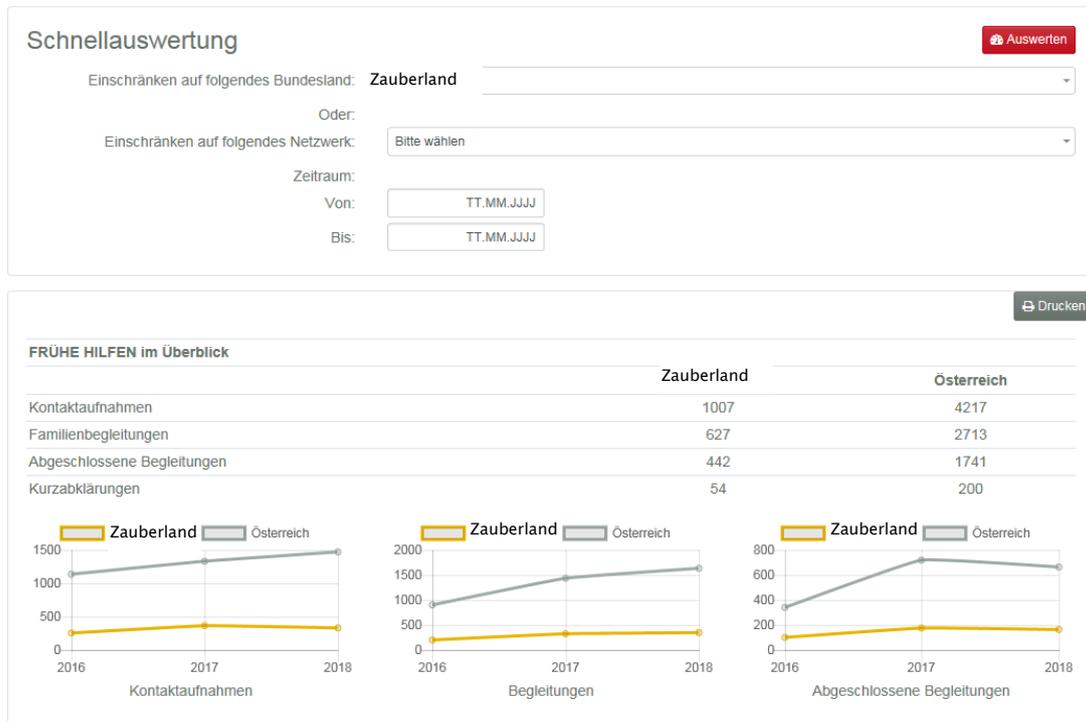
Da die DOKLI betreffenden Erfahrungen bereits mehr als zehn Jahre alt sind und sich die technischen Voraussetzungen und Möglichkeiten in der Zwischenzeit verändert haben, wurden in den vorliegenden Bericht auch Erfahrungen aus einem neueren GÖG-Dokumentationsprojekt berücksichtigt, und zwar aus FRÜDOK, dem einheitlichen Dokumentationssystem der Frühe-Hilfen-Netzwerke. FRÜDOK wurde von dem an der GÖG angesiedelten Nationalen Zentrum Frühe Hilfen entwickelt, das auch die Daten der im Rahmen des Projekts in Österreich begleiteten Familien einheitlich erfasst. Es handelt sich dabei um eine Onlinedokumentation. Das Dokumentationssystem

ist nicht statisch, sondern ermöglicht laufende Adaptierungen. So wurden Begrifflichkeiten geschärft und Kategorien erweitert. Darüber hinaus wurden automatische Qualitäts- und Plausibilitätschecks eingeführt (Marbler et al. 2018).

In den Interviews mit Personen, die an der Entwicklung und Verwendung des Systems beteiligt sind, konnten folgende Anreize und Lernerfahrungen identifiziert werden:

- » Es gab bereits vor der Entwicklung des Dokumentationssystems einen Austausch mit Partnern über Nutzen und Bedenken. Im Zuge dessen zeigten sich zunächst berufsgruppenspezifische Widerstände gegen eine standardisierte Dokumentation, da die Erwartung im Raum stand, dass diese Dokumentation den individualisierten Ansatz nicht angemessen wiedergäbe. Diesen Befürchtungen wurde gegenübergestellt, dass es sich hier um keine personenbezogene Leistungsdokumentation handle. Es wurde darüber hinausgehend betont, dass eine einheitliche Dokumentation auch zur Legitimation eigener Dienstleistungen genutzt werden könne. Letzteres ist vor allem deswegen von Bedeutung, da von den steuernden Einheiten auf regionaler Ebene, u. a. zur zielgerichteten Planung, zusehends mehr Dokumentation der Arbeiten verlangt wird. In der Entstehungsphase wurde auch abgeklärt, welchen Wissensbedarf die steuernden Einheiten konkret haben und welche Informationen sie benötigen.
- » Zur Unterstützung der beteiligten regionalen Netzwerke wurde ein eigenes Auswertungstool erarbeitet, das es den Netzwerken ermöglicht, ihre eigenen Daten im Österreichvergleich zu analysieren. Die Netzwerke können dabei jeweils ausschließlich die eigenen Daten einsehen und mit den österreichweiten Daten vergleichen. Da auf zentraler Ebene keine Vergleiche durchgeführt werden, zeigt Abbildung 3.1 einen fiktiven Bundesländervergleich mit Österreich. Die Netzwerke können im Rahmen derartiger Auswertungen sich selbst relativ zu Österreich betrachten (statt „Zauberland“ wird im Auswertungsteil in diesem Fall in Gelb die eigene Einrichtung / das eigene Netzwerk angezeigt).

Abbildung 3.1:
Beispiel für eine Schnellauswertung in FRÜDOK



Quelle: GÖG

Weitere fertige Auswertungsalgorithmen wurden programmiert und werden den Netzwerken – etwa für Jahresberichte – ebenfalls zur Verfügung gestellt. Ein Beispiel hierfür gibt Abbildung 3.2 wieder.

Abbildung 3.2:
Beispiel für eine Auswertung in FRÜDOK



Quelle: GÖG

- » Auch auf der Steuerungsebene gibt es einen starken Wissensbedarf, z. B. in Hinblick auf die Regionen mit besonderen Herausforderungen oder auf neue Entwicklungen. Ein einheitliches Dokumentationssystem ermöglicht den steuernden Einheiten einen raschen, systematischen und vergleichenden Überblick über ihre Regionen. Der Mehrwert durch die Vergleichbarkeit der Daten wurde anfänglich vor allem vonseiten der Steuerungsebenen betont, wurde mit der Zeit aber verstärkt auch von den regionalen Netzwerken als Vorteil anerkannt.
- » Ein Vorteil für teilnehmende Netzwerke ist, dass sie keine eigenen Aufwendungen für die Programmierung einer Dokumentation haben, bei der sie Datenschutzmaßnahmen berücksichtigen müssten. Die zur Verfügung gestellte Onlinedokumentation gewährleistet die Erfüllung aller Schutzanforderungen, und zentralen Stellen werden nur pseudonymisierte Daten übermittelt.
- » Die Ernennung einer/eines FRÜDOK-Beauftragten pro Region hat sich ebenfalls sehr gut bewährt. Es handelt sich dabei jeweils um unmittelbare Anwender/-innen oder Netzwerkmanager/-innen, die sich besonders für das Thema Dokumentationssystem interessieren. Sie vermitteln unter anderem bei Anwenderproblemen die Anwender/-innen zu der zentralen FRÜDOK-Stelle an der GÖG weiter.

3.3 Fazit nicht-monetäre Anreizsysteme

Anhand der Literaturrecherche und der Best-Practice-Analyse konnten zahlreiche **nicht-monetäre Anreize** identifiziert werden, die bei der Implementierung eines einheitlichen Dokumentationssystems nützlich sein können:

- » Günstig ist eine frühe Einbindung der steuernden und der umsetzenden Ebene (wenn möglich partizipativ).
- » Die Dokumentation muss längerfristig die tägliche Arbeit vereinfachen (z. B. Arbeitsabläufe wie Patientenübergabe, Eckdaten im Überblick).
- » Die positiven Effekte von Dokumentationssystemen wie z. B. deren günstige Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten, die Vergleichbarkeit mit anderen Institutionen, ein eigenes Auswertungstool oder die Priorisierung der eigenen Arbeiten müssen allen Beteiligten vermittelt werden.
- » Wichtig ist auch die Veröffentlichung ausgewählter Daten, um Leistungen nach außen zu kommunizieren.
- » Die Etablierung eines „Liaison-Offiziers“, „Champions“ oder einer „Datenansprechperson“ in den Einrichtungen erwies sich als zweckmäßig.
- » Eine klare Unterstützung durch die Managementebene ist erforderlich.
- » Hilfreich ist auch die Etablierung eines Beirats, der über gesonderte Auswertungen entscheidet bzw. zumindest informiert wird.
- » Ängste reduziert man, indem man klarstellt, dass keine Vergleiche auf Einrichtungsebene veröffentlicht werden.
- » Eine klare und aktive Kommunikationspolitik von Anfang an – im besten Fall bereits mit einer/einem oder mehreren Einrichtungsvertreterinnen/-vertretern als Unterstützung – hilft dabei, viele Probleme zu vermeiden.

Die Studienlage ermöglicht zurzeit keine präzise quantitative Einschätzung der Effektivität der unterschiedlichen Anreize. Wie aus den Interviews hervorgeht, sind allerdings folgende Anreize als besonders wichtig beurteilt hervorzuheben: die frühe Einbindung relevanter Partner, die Erarbeitung eines umsetzungsfreundlichen Instruments, das die tägliche Arbeit der dokumentierenden Personen erleichtert, eine gut gestaltete und übersichtliche Überblicksseite/Ergebnisseite für die steuernde Ebene, regelmäßige systematische Rückmeldung inhaltlicher Ergebnisse an die Datenlieferantinnen und -lieferanten sowie die Etablierung technisch und inhaltlich kompetenter regionaler Ansprechpartner/-innen.

Die Gesundheit Österreich GmbH leitet im Bereich Sucht das österreichweite einheitliche Dokumentationssystem für Drogeneinrichtungen und konnte im Rahmen der Etablierung und des laufenden Betriebs zahlreiche Erfahrungen für eine erfolgreiche Umsetzung sammeln. Ein wichtiger Faktor bei bundesländerübergreifenden einheitlichen Dokumentationssystemen ist die rechtzeitige und kontinuierliche Vernetzung aller Beteiligten. Der DOKLI-Beirat, in dem unter anderem die Sucht- und Drogenkoordinationen aller Bundesländer vertreten sind, bietet hier einen guten Ansatz für eine Ausweitung der Dokumentation auf den Bereich Glücksspiel. Die Anknüpfung an solche vorhandenen Strukturen vermeidet Doppelarbeiten und garantiert aufgrund bestehender Kooperationen einen effizienten Mitteleinsatz.

3.4 Finanzierungssysteme und Dokumentationspflichten in Österreich

Im Folgenden werden kurz die bestehenden Finanzierungssysteme und Dokumentationspflichten im österreichischen Gesundheitssystem dargestellt (Kap. 3.3.1. vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Anschließend werden Schlussfolgerungen für den Suchtbereich gezogen.

3.4.1 Finanzierungssysteme im österreichischen Gesundheitssystem und in Suchteinrichtungen

Das österreichische Gesundheitssystem (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019)

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch das Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure auf den verschiedenen Gesetzgebungs- bzw. Verwaltungsebenen (Bund, Länder, Bezirke, Gemeinden) und aus der Selbstverwaltung (Sozialversicherung) geprägt. Es wird durch eine Mischung aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zuzahlungen in Form direkter und indirekter Kostenbeteiligungen finanziert (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

Die Spitäler werden aus mehreren Quellen finanziert, hauptsächlich aus Steuern und aus Beiträgen der Sozialversicherungsträger. Die wesentlichen Finanziers sind die Sozialversicherung, die Länder und der Bund. Die gesetzlich verpflichtende Dokumentation in den Spitälern ist als Grundlage für die Abrechnung im -System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) auf Bundesebene geregelt (s. Kap. 3.4.2).

Die Mittel von Sozialversicherung, Ländern und Bund werden in die Bundesgesundheitsagentur und in die Landesgesundheitsfonds eingebracht, die die Spitalsaufenthalte in öffentlichen und gemeinnützigen Akutspitälern („Fondsspitälern“) nach dem LKF-System finanzieren. In privaten nichtgemeinnützigen Spitälern (Sanatorien) werden jene Leistungen, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht, ebenfalls nach dem LKF-System (über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds, der aus Mitteln der Sozialversicherung gespeist wird) abgerechnet.

Zur besseren Abstimmung der unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen gibt es seit Jahrzehnten eine Zusammenarbeit der großen Finanziers (Bund, Länder und Sozialversicherung). 2013 wurde im Rahmen der Gesundheitsreform die Einrichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems zur gemeinsamen Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung beschlossen, das 2016 weiterentwickelt wurde, wobei gemeinsame strategische und operative Ziele

sowie dazugehörige Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene festgelegt wurden². Eine ausführlichere Beschreibung der Aufgaben und der zugrunde liegenden Vereinbarungen befindet sich z. B. im Bericht *Das österreichische Gesundheitssystem*, in dem Folgendes festgehalten wird (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019, S. 10ff.):

„Die Aufgaben, die sich aufgrund der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene ergeben, werden durch die Bundesgesundheitsagentur (BGA), einem öffentlich-rechtlichen Fonds, wahrgenommen. Sie hat zwei Organe, die Bundes-Zielsteuerungskommission (politische Ebene) und den Ständigen Koordinierungsausschuss (Beamtenebene). In beiden Organen sind Bund, Länder und Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner und Entscheidungsträger vertreten. Die Aufgaben sind, neben der Verwaltung der Fondsmittel, die Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem zu verfolgen und im Sinne der gemeinsamen strategischen Zielsetzungen mittels gemeinsamer Grundsätze, Vorgaben und Instrumente steuernd einzugreifen. Die Geschäfte der BGA werden vom Gesundheitsressort auf Bundesebene geführt. Entscheidungen im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur können nur im Einvernehmen aller drei Partner (d.h. einstimmig) erfolgen.“

Spiegelbildlich zur Bundesebene werden die Aufgaben, die sich aufgrund der partnerschaftlichen Zielsteuerung auf Landesebene ergeben, durch einen Gesundheitsfonds in jedem Bundesland wahrgenommen. Die Landesgesundheitsfonds haben ebenfalls zwei Organe, die Gesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission. In beiden sind das jeweilige Land, der Bund und die Sozialversicherung vertreten, in den Gesundheitsplattformen darüber hinaus noch weitere Mitglieder (z.B. Ärztekammer, Städte- und Gemeindebund, Patientenrechtsanwaltschaft, u.a.). Die Aufgaben sind, neben der Verwaltung der Fondsmittel, die Grundsätze, Vorgaben und Instrumente der Bundesgesundheitsagentur zu spezifizieren, zu implementieren bzw. eine entsprechende Umsetzung zu initiieren.“

3.4.2 Dokumentationssysteme im österreichischen Gesundheitssystem

Im Gesundheitssystem existieren eine **Leistungsdokumentation** und eine **Diagnosedokumentation**. Leistungen sind durchgeführte medizinische Interventionen wie Operationen, diagnostische Verfahren oder auch ärztliche Gespräche. Dieser Leistungsdokumentation liegt ein bundesweit einheitlicher Katalog zugrunde. Aus epidemiologischer Perspektive ist jedoch die einheitliche Dokumentation von Diagnosen relevanter. Diese werden in codierter Form bisher jedoch bundesweit ausschließlich im stationären Bereich erfasst.

2

So wird beispielsweise in Wien das Projekt „Alkohol. Leben können.“ im Rahmen des Zielsteuerungsvertrags (operatives Ziel 7.1.2, „integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen entwickeln, festlegen und umsetzen“) durchgeführt.

Bundesweite Leistungsdokumentation

Seit der Novelle des Dokumentationsgesetzes im Jahre 2013³ müssen neben den stationären Leistungen auch ambulante Leistungen⁴ in den Krankenanstalten einheitlich dokumentiert werden. Dies erfolgt gemäß einem vom BMASGK herausgegebenen Katalog. Die Ergebnisse der Leistungsdokumentation sind eine wichtige Grundlage für medizinische und ökonomische Analysen und bilden eine Ausgangsbasis für gesundheitspolitische Entscheidungen.

Diagnosedokumentation nach ICD-10

Die bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation erfasst ausschließlich die durchgeführte Leistung und nicht dahinterliegende Diagnosen. So wird z. B. eine „tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie“ dokumentiert, jedoch nicht die ihr zugrunde liegende Erkrankung. Im **stationären Bereich** findet neben der Leistungsdokumentation auch eine Dokumentation gemäß der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweils aktuellen Fassung (derzeit ICD-10) statt⁵. Bereits seit 1. Jänner 1989 sind Österreichs Krankenanstalten verpflichtet, die Patientinnen und Patienten einheitlich zu erfassen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016). Die bundeseinheitliche Erfassung der **Diagnosen** ist eine wesentliche Grundlage für die Abgeltung stationärer Krankenhausaufenthalte (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016). Sie stellt darüber hinaus eine wesentliche Datenquelle für statistische Analysen der Häufigkeit bestimmter Krankheiten dar und bildet eine unverzichtbare Grundlage für die Versorgungsforschung und die regionale und überregionale Bedarfsplanung.

3.5 Finanzierungssysteme und Dokumentationssysteme im Bereich Glücksspielbehandlung

Die oben beschriebene **Finanzierung durch unterschiedliche Rechtsträger** findet sich auch bei den **Sucht- bzw. Glücksspieleinrichtungen**. Zusätzlich zur bestehenden zweigeteilten Finanzierung im Gesundheitssystem zeigt sich bei den Suchteinrichtungen ein weiterer Finanzierungsträger, nämlich die Sozialressorts der Bundesländer. Glücksspielanbieter zählen ebenfalls zu den Geldgebern

³
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante_Dokumentation_ab_2014 [Zugriff am 17. 5. 2019]

⁴
d. h. Leistungen durch Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen

⁵
Gemäß B-JAP (Bundesjahresarbeitsprogramm der Zielsteuerung) operatives Ziel 8, Maßnahme 4 ist die Einführung einer codierten Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich künftig vorgesehen.

für Suchtberatungen wie z. B. im Falle der Spielsuchthilfe Wien. Zwischen den Bundesländern variiert das Verhältnis zwischen stationären oder ambulanten Spielsuchtbehandlungen stark. Diese verschiedenen Finanzierungswege führen in der Folge auch zu unterschiedlichen Dokumentationsverpflichtungen.

Ein Beispiel für eine gemeinsame Finanzierungsstrategie im Suchtbereich ist das Rauchfrei Telefon. Dieses wurde 2006 initiiert und wird von insgesamt 25 Partnern (alle Bundesländer, Sozialversicherungsträger und das BMASGK) finanziert.

Finanzierung und Dokumentation im Bereich Spielsucht

Stoffungebundene Süchte wie die Spielsucht haben in den vergangenen Jahren in der Suchtbehandlung sukzessive an Bedeutung gewonnen. Für Spielsüchtige stehen dabei **unterschiedliche Beratungs- und Behandlungsangebote** zur Verfügung. Zum einen gibt es ambulante extramurale⁶ Einrichtungen, die ausschließlich Beratung bei bzw. Behandlung von Spielsucht anbieten. Diese haben je nach Bundesland unterschiedliche Finanziers – vorrangig die Bundesländer selbst, aber zum Teil auch Glücksspielanbieter – und rechnen ihre Leistungen nicht über Sozialversicherungen ab. Zum anderen führen auch bestehende Suchteinrichtungen, die ihr Behandlungsspektrum nur um Spielsucht erweitert haben, Behandlungen in diesem Sektor durch. Hier gelten die bestehenden Finanzierungsweisen in den jeweiligen Bereichen wie z. B. die Krankenanstaltenfinanzierung oder die Finanzierung für Suchtberatungen der Länder. Aus Sicht mancher Anbieter zeigt sich hier ein Ungleichgewicht in der Beständigkeit der Finanzierungen, da vor allem die Finanzierung der Krankenanstalten gesetzlich geregelt ist, während extramurale Anbieter ihre Finanzierung regelmäßig sicherstellen müssen. Die Zuweisung zu Suchtbehandlungen erfolgt in den Bundesländern ebenfalls sehr unterschiedlich. Teils erfolgt die Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen direkt, teils über zentrale Clearingstellen, die derzeit jedoch noch keine Spielsuchtbehandlungen vermitteln.

Eine weitere Möglichkeit zur ambulanten Behandlung Spielsüchtiger bieten auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die psychotherapeutische Versorgung in Österreich erfolgt in unterschiedlichen Angebotsformen wie etwa im Rahmen von Vereinslösungen oder Institutionen, auf Basis von Kostenzuschüssen bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, durch Ärztinnen und Ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ und über kasseneigene Einrichtungen. Voraussetzung für die vollständige bzw. teilweise Kostenübernahme durch die Sozialversicherungsträger ist das Vorliegen einer „krankheitswertigen Störung“. Die in diesem Zusammenhang gestellten ICD-Diagnosen liegen bei den Sozialversicherungsträgern auf.

Für ein **systematisches Monitoring der Spielsuchtbehandlung** stehen zwar unterschiedliche Datenquellen im Gesundheitssystem zur Verfügung, diese können aufgrund mehrerer Umstände allerdings nur eingeschränkt herangezogen werden, um die Situation abzubilden.

6

d. h. außerhalb einer Krankenanstalt angesiedelt, siehe auch Glossar

Eine zentrale und einfach auswertbare Datenquelle sind **ICD-10-Diagnosen** von Personen, die eine Behandlung im stationären Bereich in Anspruch nehmen. Jene ICD-10-Diagnosen hingegen, die im Bereich der von den jeweiligen Sozialversicherungsträgern finanzierten Psychotherapie erhoben werden, liegen nicht bundesweit einheitlich vor, sondern nur bei den jeweiligen Sozialversicherungsträgern. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existiert keine bundesweite Gesamtdatenbank, und für wissenschaftliche Auswertungen müssten Daten bei allen gesetzlichen Krankenversicherungen unabhängig angefragt werden.

Werden Abrechnungsdaten wie z. B. jene der Krankenanstalten oder der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Bewertung der epidemiologischen Situation herangezogen, ist zu berücksichtigen, dass Spielsucht oft mit anderen behandlungswürdigen psychischen Erkrankungen gemeinsam auftritt und daher Behandlungen unter Umständen nicht über die Indikation „Spielsucht“, sondern über komorbide andere Indikationen abgerechnet werden. Eine ausführliche Darstellung und Diskussion der Herausforderungen im Zusammenhang mit ICD-10-Daten (im Bereich Alkohol) findet sich u. a. im *Handbuch Alkohol Österreich* (Uhl/Strizek 2018).

Ganz besonders der Umstand, dass die Diagnose Spielsucht (ICD-10 F63.0 – Pathologisches Spielen)⁷ lange Zeit nicht von allen Sozialversicherungsträgern akzeptiert wurde (Porsche 2019), erhöhte die Wahrscheinlichkeit, dass ausschließlich komorbide Störungen kodiert wurden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird die Diagnose Sucht im erweiterten Sinn – also sowohl stoffgebunden als auch nicht-stoffgebunden – allerdings von allen gesetzlichen Krankenversicherungen als behandlungswürdige Indikation anerkannt (Porsche 2019), weswegen man annehmen kann, dass der Anteil der als „Spielsuchtbehandlung“ kodierten Behandlungen Spielsüchtiger aktuell vollständiger ausgewiesen wird.

3.6 Fazit Dokumentation im Suchtbereich

Die Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Spielsucht verfügen über **unterschiedliche Finanzierungsstrukturen und Dokumentationssysteme**. Nicht in allen Bundesländern sind Finanzierungen von Suchteinrichtungen mit detaillierten Dokumentationsverpflichtungen wie z. B. der genauen Angabe der Diagnosen verknüpft. Die Dokumentation in den Einrichtungen erfolgt oft auf Basis unterschiedlicher, zum Teil gesetzlicher Vorgaben (z. B. in Einrichtungen, die gesundheitsbezogene Maßnahmen im Rahmen des Suchtmittelgesetzes anbieten) und verfolgt verschiedene Zielsetzungen. Daher sind Aussagen über alle Spielsuchtbehandlungen infolge dieser uneinheitlichen Datenlage für Einzelbereiche nicht einmal dann systematisch möglich, wenn alle Einrichtungen, die über entsprechende Diagnosedaten verfügen, sich bereiterklären würden, diese für eine Auswertung zur Verfügung zu stellen.

7

Gegebenenfalls auch Z72.8 – Sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung inkl. Beteiligung an Glücksspielen oder Wetten

Um ein umfassenderes Bild der Behandlung spielsüchtiger Personen in Österreich zeichnen zu können und entsprechende gesundheitspolitische Fragestellungen beantworten zu können, sind Daten über alle ambulanten und stationären Spielsuchtbehandlungen inklusive der Abrechnungsdaten der psychotherapeutischen Behandlungen notwendig. Eine zentrale Datei, in der alle vom öffentlichen Gesundheitswesen und anderen Finanziers getragenen Behandlungen wegen Spielsucht ausgewiesen werden, wäre für epidemiologische Fragestellungen von enormer Bedeutung. Beim aktuellen Stand der EDV müsste auch es auch möglich sein, eine solche Datei regelmäßig zu erstellen, indem alle vorhandenen Daten in eine Gesamtdatei zusammengespielt werden. Dafür würden ohne Frage kurzfristig erhebliche Entwicklungskosten anfallen, aber langfristig müssten sich die Kosten für solch ein Projekt in überschaubarem Rahmen halten. Grundsätzlich wäre es auch möglich, eine derartige Datei in einer Form zu gestalten, die mit den Datenschutzbestimmungen gut vereinbar sind, wie das ja auch bei ähnlich strukturierten Datenbeständen gelungen ist. Optimal wäre hier, die bestehenden **gesetzlichen Grundlagen** wie z. B. das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen oder **nachfolgende Verordnungen** der Länder, welche die **verlässlichste Grundlage für eine einheitliche Datenerfassung** bilden, entsprechend auszuweiten.

Im Rahmen der Zielsteuerung und bei Projekten wie dem Rauchfrei Telefon manifestieren sich verstärkte Kooperationen unterschiedlicher Finanziers. Der Ansatz einer gemeinsamen Finanzierung bietet auch Möglichkeiten, eine umfassende Dokumentation aller Behandlungen in der Einrichtung verstärkt einzufordern und umzusetzen. Dabei müssten sich jedoch alle Finanziers auf ein gemeinsames Instrument einigen und auch dazu bereit sein, die Daten für gemeinsame bundesländerübergreifende Auswertungen zur Verfügung zu stellen.

Bei bestehenden Finanzierungsregelungen, im Zuge deren ausschließlich die Bundesländer Einrichtungen finanzieren, die Glücksspielabhängige behandeln, können die Länder die umfassende Dokumentation aller Behandlungen in der Einrichtung einfordern. Es wäre sinnvoll, sich hier österreichweit auf ein gemeinsames Instrument analog DOKLI (siehe Kapitel 4) zu einigen.

3.7 Ausblick

Ideal wäre es, eine zentrale Hotline sowie eine Homepage anzubieten, über die Personen mit Glücksspielproblemen bzw. deren Angehörige unkompliziert und rasch an qualitätsgesicherte Beratungs- und Behandlungsangebote bzw. im Sinne der integrierten Versorgung zu einer Clearingstelle verwiesen werden. In diesem Zusammenhang sollte natürlich auch vorgesehen sein, dass entsprechende Angebote in zumutbarer Entfernung ausreichend zur Verfügung stehen. Die Finanzierung der Hotline sowie Homepage und der Beratungs- und Behandlungsangebote sollte längerfristig finanziell abgesichert sein, wobei eine Fondslösung ideal wäre, bei der unterschiedliche Stellen (Bund, Länder, Sozialversicherungen, Glücksspielanbieter) ausreichende Mittel zur Verfügung stellen. Die Konstruktion könnte dabei so sein, dass die Suchtkoordinatoren der Länder bzw. des Bundes die Kontrolle und Qualitätssicherung übernehmen, wobei gleichzeitig gewährleistet ist, dass die Glücksspielanbieter keinen direkten Einfluss auf die Hotline und die Homepage betreibenden Strukturen bzw. auf die Beratungs- bzw. Behandlungseinrichtungen ausüben

können. Hier bestünde die Möglichkeit, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die eine gemeinsame Finanzierung u. a. auch durch die Glücksspielanbieter vorsieht.

Im Zuge eines solchen Systems wäre es sinnvoll und möglich, ein systematisches Dokumentationssystem zu etablieren, das alle einschlägigen Beratungen und Behandlungen einschließt. Die einheitliche Dokumentation könnte vom finanzierenden Fonds vorgeschrieben werden, zur weiteren Planung und Qualitätssicherung dienen und auch als Grundlage zur Beantwortung epidemiologisch-wissenschaftlicher Fragestellungen herangezogen werden.

4 Guidelines für die Dokumentation Spielsüchtiger

4.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Daten aus **Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** für Spielsüchtige stellen in vielen Ländern die **zentrale Datenquelle für das Monitoring** des (problematischen/pathologischen) Glücksspiels dar (Puhm et al. 2018). Behandlungsdaten ermöglichen es, jene problematischen und pathologischen Spielerinnen und Spieler zu erfassen und zu beschreiben, die aufgrund ihrer Problematik formelle Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Da die Versorgung von Personen, die ein problematisches Glücksspielverhalten aufweisen, in Österreich durch verschiedene Angebote und Einrichtungen gewährleistet wird, die zurzeit über recht unterschiedliche Dokumentationssysteme verfügen und dabei unterschiedliche Variablen erheben, ist eine solche Gesamtdatenbank nur möglich, wenn die Dokumentationssysteme vereinheitlicht werden. Um diesem Ziel näherzukommen, wird die Entwicklung eines Kerndatensatzes angestrebt, der im Bereich Glücksspiel bis dato fehlt (Puhm et al. 2018).

Im Bereich illegaler Drogen hat sich für die Dokumentation von Klientinnen/Klienten die Entwicklung von Guidelines bewährt wie z. B. jener des EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2012) oder jener für DOKLI (Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen). Eine Zielsetzung für die gegenständliche Studie ist **die Erstellung ebensolcher Guidelines für den Bereich Glücksspiel**. Sie sollen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen eine Grundlage bieten, um ihre Dokumentationen vergleichbar zu machen und so als Fernziel eine bundesweit übergreifende einheitliche Dokumentation zu ermöglichen.

4.2 Überlegungen zur Konzeption des Kerndatensatzes

Die **Aufarbeitung der zugrunde liegenden theoretischen Grundlagen** sowie die **Identifizierung relevanter Kerndaten** erfolgte bereits in der Studie *Epidemiologie des problematischen und pathologischen Glücksspiels – Möglichkeiten und Grenzen der Erhebung* (Puhm et al. 2018). Um einer komplexen Erkrankung wie der Spielsucht ein Gesicht geben zu können, besteht aus Sicht der Behandler/-innen und Forscher/-innen Interesse an einer Vielzahl unterschiedlicher Daten. Aus Sicht der epidemiologischen Forschung und der Praktikabilität darf die Anzahl der zu erhebenden Daten für Routineanwendungen allerdings ein gewisses Ausmaß nicht überschreiten, weswegen die Einschränkung auf zentrale Daten, die man als Kerndatensatz bezeichnen kann, notwendig ist. Die Begründung für die Wahl der jeweiligen Variablen/Kategorien kann im Manual⁸ nachgelesen

8

Dieses Manual beinhaltet Rahmenbedingungen und Ausführungen bezüglich der Kerndaten. Sein Aufbau orientiert sich am DOKLI-Basismanual, um bei Bedarf in weiterer Folge um Informationen zur Datenübermittlung ergänzt zu werden.

werden (Kap. 8.4). Zusätzlich werden im Folgenden kurz inhaltliche Diskurse in der Literatur über jene Variablen und Kategorien dargestellt, bezüglich deren unterschiedliche methodische Herangehensweisen bestehen.

4.2.1 Soziodemografische Variablen

Bei den soziodemografischen Variablen orientieren sich die Kategorien des Kerndatensatzes an jenen der Statistik Austria, um einen Vergleich der Daten aus Beratungs- und Behandlungseinrichtungen mit jenen der Allgemeinbevölkerung zu ermöglichen und so die Aussagekraft der Daten zu erhöhen. Nur wenn man die Ergebnisse zu Daten der Statistik Austria, die regelmäßig und sorgfältig erhoben werden, in Bezug setzen kann, sind Vergleiche ohne großen zusätzlichen Erhebungsaufwand möglich.

Beim **Bildungsstand**, **Familienstand**, bei der **Wohnsituation** oder **Erwerbstätigkeit** sind verschiedene Zusammenhänge mit problematischem Spielverhalten denkbar, wobei einfache kausale Interpretationen in der Regel unzulässig sind (Puhm et al. 2018). Bei der Analyse und Darstellung von Zusammenhängen mit diesen Variablen besteht grundsätzlich immer die Gefahr, dass Leser/-innen Zusammenhänge trotz entsprechender Hinweise unreflektiert kausal interpretieren.

Die unterschiedliche Erfassung des **Migrationshintergrunds** einer Person in unterschiedlichen Datenquellen schränkt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse stark ein. Die Statistik Austria erhebt den Migrationshintergrund anhand des Geburtsortes der Indexperson bzw. ihrer Eltern und unterscheidet zwischen Migrantinnen/Migranten erster und zweiter Generation. Gemäß der Definition der Statistik Austria liegt ein Migrationshintergrund dann vor, wenn beide Elternteile einer Person im Ausland geboren wurden. Personen, die selbst im Ausland geboren wurden, werden als Migrantinnen/Migranten der ersten Generation bezeichnet, Kinder zugewanderter Personen, die selbst im Inland zur Welt gekommen sind, als Migrantinnen/Migranten der zweiten Generation⁹.

Einige Einrichtungen differenzieren zusätzlich noch nach den Herkunftsländern der Spieler/-innen. Auf Einrichtungsebene ist dieses Erkenntnisinteresse durchaus nachvollziehbar, da Informationen erfasst werden, die für die beraterische/behandelnde Tätigkeit Relevanz haben können, indem regionale Besonderheiten abgebildet werden und mögliche Anpassungen des Angebots erfolgen können. Für den Kerndatensatz des Moduls Glücksspiel wird auf eine Differenzierung und damit in weiterer Folge auf eine differenziertere Auswertung nach kulturell unterschiedlichen Subgruppen von Migrantinnen/Migranten verzichtet, da die Teilgruppen in der Regel zu klein sind, um sinnvolle Schlussfolgerungen über sie abzuleiten (Puhm et al. 2018).

9

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html

4.2.2 Problematische Spielformen

Glücksspielverhalten in der Allgemeinbevölkerung bzw. in **klinischen Stichproben** wird zumeist differenziert nach Spielform(en) dargestellt, die die jeweiligen Glücksspielsegmente des Landes abbilden, wobei die Differenzierung unterschiedliche Ziele verfolgt (Puhm et al. 2018). Um Angaben zu problematischen Spielformen sinnvoll nutzen zu können, ist eine Einigung hinsichtlich **Operationalisierung** (z. B. problematische oder bevorzugte Spielform), **Kategorien** (inkl. Definitionen) und **Referenzzeitraum** erforderlich.

Der Umstand, an welchen **Glücksspielen** Personen im Verlauf eines Zeitraumes teilgenommen haben, kann eine sinnvolle Variable sein, um das Glücksspielverhalten in der Allgemeinbevölkerung zu erfassen. Bei klinischen Populationen ist hingegen von geringerem Interesse, welche Spielformen überhaupt gespielt werden bzw. wurden, da problematische/pathologische Spieler/-innen meist an einer Vielzahl unterschiedlicher Spielformen teilnehmen (Binde 2011). Von Interesse ist hier vielmehr, welche Spielformen in problematischem Ausmaß gespielt werden. Daher ist der Kerndatensatz in diesem Bereich nur auf jene Spielform(en) beschränkt, die Spieler/-innen als für sich selbst problematisch einstufen. Neben dem qualitativen Zugang (welche Glücksspielangebote werden problematisch gespielt?) wäre auch ein quantitativer Zugang (wie oft und intensiv wird gespielt?) zweckmäßig (Puhm et al. 2018). Allerdings wird in der Erstversion des Kerndatensatzes aufgrund des daraus resultierenden Mehraufwands darauf verzichtet.

Die **Wahl passender Kategorien bzw. deren Definition** ist eine zentrale Aufgabe zur Beschreibung problematischer Spielformen und alles andere als banal. Es gibt hier unterschiedliche Anforderungen:

- » Sie müssen für unterschiedliche Zielgruppen von Erhebungen (z. B. Bevölkerungsbefragungen und Befragungen klinischer Populationen) etwa hinsichtlich des Differenzierungsgrads und des Verständnisses geeignet sein.
- » Sie müssen neue Entwicklungen am Glücksspielmarkt abbilden können und zugleich ausreichend Konstanz zeigen, um zeitliche Trends erfassen zu können.

Auch unterschiedliche **Referenzzeiträume** zur Erfassung der Glücksspielteilnahme haben verschiedene methodische Vor- und Nachteile (Binde 2011). Für den vorliegenden Kerndatensatz zur Dokumentation in Behandlungseinrichtungen wurde ein Referenzzeitraum von sechs Monaten gewählt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Spielerinnen und Spieler bei der Kontaktaufnahme mit Beratungs- und Behandlungseinrichtungen unter Umständen bereits eine relevante spielfreie Zeit hinter sich haben.

4.2.3 Spielorte und Vertriebswege

Die bevorzugten Spielorte – bzw. im Zusammenhang mit Lotterienprodukten die Vertriebswege – sind zur Beschreibung der Glücksspielteilnahme einer (klinischen) Population von großem Inter-

esse, um mittel- und längerfristige **Auswirkungen gesetzlicher Änderungen auf die Glücksspiel-landschaft** und mögliches Ausweichverhalten beschreiben zu können. Aufgrund gesetzlicher Änderungen eröffnen sich immer wieder neue Optionen bzw. werden bestehende eingeschränkt, was bei der Wahl und Definition geeigneter Kategorien zu berücksichtigen ist. Aussagen über die von Spielerinnen/Spielern präferierten Spielorte/Vertriebswege liefern etwa Hinweise auf mögliche Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen.

Ein Vergleich von Spielorten bzw. Vertriebswegen auf internationaler Ebene ist aufgrund nationaler Besonderheiten, verschiedener rechtlicher Rahmenbedingungen und der unterschiedlichen Angebotslage nur sehr eingeschränkt möglich. Unterschiede bei den Spielorten bestehen auch innerhalb Österreichs – es gibt Erlaubnis- und Verbotsländer.

4.2.4 Soziale Auswirkungen der Spielsucht

Beim Monitoring im Bereich der illegalen Drogen bilden die Schlüsselindikatoren „drogenbezogene Todesfälle“ und „drogenbezogene Infektionskrankheiten“ die negativen Auswirkungen der Drogensucht ab. Angesichts fehlender körperlicher Folgen der Spielsucht sind in deren Fall andere Indikatoren erforderlich als bei Substanzabhängigkeiten, um die Auswirkungen der Spielsucht zu beschreiben (Puhm et al. 2018). Beim Glücksspiel ergeben sich primär **soziale Auswirkungen**. Diese umfassen etwa **Schulden, glücksspielbezogene Straftaten, Suizid(versuche)** und stehen nicht nur im Fokus wissenschaftlicher Diskurse, sondern werden auch von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen im Rahmen der Dokumentation erhoben.

Die erste Fassung des Moduls Glücksspiel, die den Expertinnen und Experten zur Abstimmung vorgelegt wurde, beinhaltet eine Auswahl an Variablen, die zum einen den wichtigen Indikator der sozialen Auswirkungen berücksichtigt und sich gleichzeitig auf einige wenige Elemente beschränkt. Diese Auswahl erfolgte mit Blick auf die Datenqualität (Operationalisierung), die Umsetzbarkeit in den Einrichtungen und die Vergleichbarkeit.

4.3 Rückmeldungen der Expertinnen und Experten

Bei den involvierten Expertinnen und Experten besteht grundsätzlich **Interesse an einer Vereinheitlichung der Dokumentation** von Spielerinnen/Spielern in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, so dass die Befragten bereit waren, ihre Expertise trotz knapper zeitlicher Ressourcen einzubringen.

Der vorliegende Bericht enthält im Anhang nicht nur die Endversion des Datensatzes, sondern auch eine detailliertere Aufarbeitung und Darstellung von Rückmeldungen der involvierten Expertinnen und Experten, um die dem Modul zugrunde liegenden Überlegungen und Argumente transparent zu machen und die Nachvollziehbarkeit der Entstehung des Moduls zu gewährleisten. Das scheint deshalb wichtig, weil es in Einrichtungen, wie von Teilnehmerinnen/Teilnehmern berichtet wurde, immer wieder zu einem Wechsel des Teams kommt und neue Teams oft rasch Initiativen

setzen, um die übernommene Dokumentation zu modifizieren. Mitunter finden dann zwar nur minimale Veränderungen statt, aber in der Regel entstehen durch diese Änderungen andere Probleme – mitunter sogar deutlich schwerwiegendere –, und die Vergleichbarkeit über längere Zeiträume wird so erheblich eingeschränkt. Der Wunsch nach Veränderung von Diagnoseinstrumenten ist grundsätzlich durchaus nachvollziehbar, weil bei der Anwendung jedes Diagnoseinstruments in gewissen Fällen lästige Probleme auftreten und in der Folge meist rasch Alternativvorschläge formuliert werden. Wenn das neue Team die Überlegungen und Argumente, die letztlich zur bestehenden Dokumentationsstruktur geführt haben, in einer Dokumentation nachlesen kann, ist die Wahrscheinlichkeit erheblich größer, dass sie dieses System akzeptieren und von unnötigen Anpassungen Abstand nehmen.

Einige Rückmeldungen der beteiligten Expertinnen und Experten beinhalteten keine inhaltlichen Überlegungen, sondern formulierten die Forderung, das Modul möglichst eng den bereits bestehenden DOKLI-Kategorien bzw. der dortigen Kodierung anzugleichen. Die entsprechenden Anmerkungen werden im Folgenden nicht bei jeder Variable explizit angeführt. Sie betonten, dass eine von DOKLI stark abweichende Erhebungsweise für Einrichtungen, die in DOKLI einmelden, wenig praktikabel sei. Diese Anmerkungen wurden in der Endversion des Moduls so weit wie möglich berücksichtigt.

4.3.1 Zur Vereinheitlichung der Dokumentation

Die beteiligten Expertinnen und Experten bewerten das Vorhaben der **Vereinheitlichung der Dokumentation von Spielsuchtbehandlungen** grundsätzlich sehr **positiv**. Sie bekräftigen dessen Notwendigkeit zum Teil explizit, stufen es aber gleichzeitig – mit Blick auf entsprechende Erfahrungen im Bereich der illegalen Substanzen – als sehr ambitioniert ein und weisen auf zahlreiche Herausforderungen dabei hin.

Den Nutzen einer einheitlichen Dokumentation sehen Expertinnen und Experten in unterschiedlichen Bereichen: In erster Linie sei eine einheitliche Dokumentation ein wichtiger Schritt, um den **Stellenwert der Spielsucht** aufzuzeigen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfolge die Darstellung der Behandlungen fragmentiert nach Trägern/Finanziers, die jeweils nur einen begrenzten Ausschnitt darstellen. Dieses Vorgehen spiegle nicht die Bedeutung der Spielsucht als Problem in Österreich, sondern vielmehr die Förderstruktur wider. Auf Einrichtungsebene könne das für Einrichtungen mit mehreren Fördergebern- bedeuten, dass nur jene Spielsüchtigen dokumentiert und dargestellt werden, deren Behandlungen jene finanzieren. Dadurch werde jeweils nur ein Teil der Klientel einer Einrichtung dargestellt. Die Problematik der Spielsucht könne durch die einheitliche Dokumentation über die Einrichtungen hinaus deutlich sichtbar gemacht werden. Aktuell würden Spielsüchtige in den Darstellungen mancher Einrichtungen nur gemeinsam mit der restlichen Klientel dargestellt und so oft untergehen.

Die Vereinheitlichung der Dokumentation biete des Weiteren auch die Chance, Variablen zu definieren, die besser als bisher geeignet sind, die Problematik der Spielsucht und die Spielsüchtigen

in Behandlung in ihren unterschiedlichen Facetten abzubilden. Suchteinrichtungen hätten ihre Dokumentation auf substanzbezogene Süchte abgestimmt und die Erweiterung dieser Einrichtungen um Behandlungsangebote für Spielsucht habe nicht immer zu einer angemessenen Anpassung bei der Dokumentation geführt.

Nicht zuletzt sollte die Implementierung eines einheitlichen Dokumentationssystems genutzt werden, um über einen Minimaldatensatz hinaus eine sinnvolle **Erweiterung der Dokumentation** zu konzipieren. Diese Erweiterung stelle sicher, dass Spielsucht in den Einrichtungen und in der Öffentlichkeit nicht von vornherein bloß mit geringer Priorität behandelt wird, und ermögliche zusätzlich, dass Daten vorliegen, die auch für die Therapieforschung nutzbar sind.

4.3.2 Bestimmte Variablen

Rückmeldungen betreffend einzelne Variablen werden im Folgenden entsprechend deren Vorkommen im Modul dargestellt, wobei nur Variablen, zu denen es inhaltliche Anmerkungen gegeben hat, gesondert ausgewiesen werden. Im Anschluss an die Rückmeldungen werden die entsprechenden Änderungen im Modul beschrieben und die Gründe für die Veränderungen argumentiert (grau hinterlegt). Im Verlauf dieses Prozesses hat sich immer mehr bestätigt, dass eine Erweiterung von DOKLI um Glücksspielfragen möglich und sinnvoll ist, was gleichzeitig allerdings den Spielraum für Änderungen bei soziodemografischen Variablen einschränkte.

Betreuungsbeginn

In einer Rückmeldung in Bezug auf den Entwurf wird kritisiert, dass aus dem Modul nicht ersichtlich ist, ob die gegenwärtige Betreuung eine neue oder eine kontinuierlich fortlaufende Behandlung ist.

Der Betreuungsbeginn wird in Analogie zur Codierung in DOKLI mit *Tag/Monat/Jahr* erfasst.

Betreuungssetting

In der ersten Fassung des Moduls standen beim Betreuungssetting die Kategorien *ambulant/stationär/Sonstiges* zur Auswahl. Die Rückmeldungen bezogen sich ausschließlich auf die **Wahl passender Kategorien**: Zum einen sollte analog zu DOKLI zwischen *kurzfristig/längerfristig/niederschwellig*¹⁰ unterschieden werden, zum anderen wurde die Streichung der Kategorie *Sonstiges*

10

Bei DOKLI erfolgt hier eine Differenzierung dahingehend, welche Daten (Kerndatensatz / erweiterter Datensatz) in weiterer Folge abgefragt werden.

vorgeschlagen, da die Kategorien *ambulant* und *stationär* die Suchtbetreuung vollständig abdecken. Zudem wurde der Wunsch geäußert, eine Kategorie hinzuzufügen, die die Erfassung in Schuldnerberatungsstellen möglich macht (Kap. 4.3.4.1).

Die Unterscheidung in *ambulant*, *stationär* und *Sonstiges* wird beibehalten. In DOKLI ist bei der Kategorie *längerfristig* die Differenzierung in *ambulant* und *stationär* vorgesehen. Eine mögliche Erweiterung der Kategorien ist u. a. auch von der ausstehenden Entscheidung abhängig, welche Einrichtungen an einer einheitlichen Dokumentation beteiligt sein sollen (z. B. auch Schuldnerberatungsstellen).

Geschlecht

Eine Person aus der Reihe der Expertinnen und Experten wies darauf hin, dass das Urteil des Verfassungsgerichtshofs von 2018, welches das **Recht auf ein drittes Geschlecht** feststellt (VfGH 2018), bei der Wahl der Kategorien künftig zu berücksichtigen sei.

Die Variable *Geschlecht* wurde um die Kategorie *divers* ergänzt.

Bildungsstand

Eine andere Person aus dem Expertenkreis regte die ersatzlose Streichung der Variable an, da sich betroffene Spieler/-innen durch die Frage diskriminiert fühlen könnten. Die Vorschläge anderer Expertinnen und Experten gingen in die Richtung, nicht nur die höchste abgeschlossene Ausbildung, sondern **auch Ausbildungsabbrüche zu dokumentieren**. Angaben zu Ausbildungsabbrüchen seien gerade bei Spielsüchtigen infolge ihrer Spielsucht Thema und lassen Rückschlüsse auf das Ausmaß der Problematik zu. Alternativ wird auch die Erhebung der Dauer der formalen Bildung in Jahren vorgeschlagen.

Unverändert wird beim Bildungsstand die *höchste abgeschlossene Ausbildung* erfasst. Die Kategorien wurden jenen von DOKLI angepasst.

Familienstand/Lebensform/Erwerbstätigkeit

Rückmeldungen bezüglich der Variable Familienstand/Lebensform kritisierten, dass die Lebensumstände der Klientinnen und Klienten zu wenig umfassend erhoben würden, und befürworteten eine zusätzliche Differenzierung hinsichtlich dieser Merkmale. Dabei wurde argumentiert, dass die Kategorien zu unspezifisch seien und viele Dimensionen nicht erfasst würden, was ebenfalls zu einer Verschleierung der sozialen Auswirkungen der Spielsucht beitrage. Bestimmte Konstellationen könnten mit den Kategorien des Moduls nicht erfasst werden, und bei manchen Klientinnen/Klienten sei eine eindeutige Zuordnung nicht möglich (z. B. Versorgung erwachsener Kinder, die finanziell noch nicht unabhängig sind).

Einige Expertinnen und Experten erachteten die vorgeschlagenen Variablen und Kategorien als passend, während andere eine Trennung bzw. weitere Differenzierung des offiziellen Familienstands, der aktuellen Partnerschaft und der Wohnsituation befürworteten. Als fehlend und relevant wurden Unterhaltspflicht und Haft genannt. Diese seien sowohl für die Darstellung der Gesamtsituation als auch für die daraus resultierenden weiteren Arbeitsschritte auf individueller Ebene (z. B. sozialarbeiterische Tätigkeit) relevant.

Um die Auswirkungen der Spielsucht auf die Arbeits- bzw. Wohnsituation zu erfassen, sollte nach Rückmeldungen von Expertinnen/Experten nicht nur der „Verlust des Arbeitsplatzes“, sondern auch der „Verlust der eigenen Firma“ (als Existenzgrundlage) als Kategorie zur Verfügung stehen. Im Bereich der Wohnsituation sei nicht nur der bereits erfolgte Verlust der Wohnung relevant, sondern auch ein Delogierungsbescheid gebe wichtige Hinweise auf die Wohnsituation der Betroffenen.

Rückmeldungen in Betreff der Variable Erwerbsstatus bezogen sich einerseits auf die Erweiterung von Kategorien (Haft, Bezug von RehaGeld) und andererseits auf die Berücksichtigung des Beschäftigungsausmaßes der Klientinnen und Klienten. Ersteres sei erforderlich, da ein nicht unbeachtender Teil der Klientinnen und Klienten betroffen sei, Letzteres, um die Problematik der Finanzierung der Spielsucht zu erfassen und darzustellen. Zudem seien Informationen zu diesen beiden Aspekten für weiterführende Interventionen relevant.

Vertreter/-innen aus Einrichtungen, die an DOKLI melden, wiesen darauf hin, dass bei diesen Variablen eine alternative Erfassung in den jeweiligen Einrichtungen parallel zu DOKLI nicht umsetzbar sei.

Die in der ursprünglichen Fassung des Moduls verwendeten Variablen Familienstand, Lebensform und Erwerbstätigkeit wurden in die DOKLI-Variablen Lebensunterhalt – Erwerbstätigkeit, Sonstige Formen des Lebensunterhalts, Aktuelle Wohnsituation überführt. Die Kategorien Haft und RehaGeld sind mit dieser Vorgehensweise berücksichtigt. Unterhaltsverpflichtungen werden nur im erweiterten Modul (s. Kap. 4.3.3) berücksichtigt.

Migrationshintergrund

In puncto Migrationshintergrund gab es die Anregung, diesen aufgrund möglicher Stigmatisierung nicht zu erheben. Andere Expertinnen/Experten betonten hingegen den Mehrwert dieser Variable und formulieren einige Anmerkungen zur Begriffsdefinition bzw. den Kriterien zur Erfassung des Migrationshintergrunds.

- » Eine Forderung betraf die **zusätzliche Erhebung der Nationalität** der Klientinnen/Klienten bzw. eine Unterscheidung in EU- und Nicht-EU-Länder. Dies wäre sinnvoll, um Kooperationen mit Nachbarländern hinsichtlich der Prävention oder gemeinsame Maßnahmen zu überlegen.
- » Andere Expertinnen/Experten kritisierten die Frage nach dem **Geburtsland der Eltern** als **zu detailliert**.

Die Erfassung des Migrationshintergrunds bzw. deren Art wird wie im Entwurf beibehalten, da nur eine Person aus dem Expertenkreis Kritik daran äußerte. Ein Migrationshintergrund liegt vor, wenn beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Die Angabe des Geburtslandes der Klientin / des Klienten dient dazu, nach Migrantinnen und Migranten ersten und zweiten Grades zu unterscheiden (analog den Vergleichsdaten der Statistik Austria). Die Erklärung für diese Vorgehensweise wird besser beschrieben. Eine weitere Aufgliederung in bestimmte Herkunftsländer ist nicht vorgesehen, da die Aussagekraft einer diesbezüglich differenzierten österreichweiten Auswertung und Darstellung begrenzt ist. Die aktuell bereits stattfindende detailliertere Erfassung in manchen Einrichtungen ist davon nicht betroffen.

Problematische Spielformen

Die Erhebung verschiedener Spielformen ist auf mehrerlei Arten möglich, die mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen verbunden sind (s. Kap. 4.2.2), daher bezogen sich erwartungsgemäß etliche Rückmeldungen auf diese Variable.

Kritisch betrachtet wurde der **Referenzzeitraum** von einem halben Jahr vor Betreuungsbeginn. Als problematisch wurden zwei Punkte genannt: Zum einen könnten Klientinnen und Klienten, die zum Zeitpunkt der Anamnese seit mehreren Monaten spielfrei sind, nicht zugeordnet werden. Zum anderen suggeriere ein Zeitraum von einem halben Jahr, dass die Spielsucht ausschließlich an der (zu kurzen) Spieldauer festgemacht werde. Vielmehr suchen Klientinnen/Klienten therapeutische Hilfe nicht nur, um Spielfreiheit zu erlangen, sondern auch um sich mit den Folgen der Spielsucht auseinanderzusetzen. Der Fokus auf die Spieldauer sei daher zu einseitig.

Von Interesse seien nicht nur die gegenwärtig (innerhalb der letzten sechs Monate vor Betreuungsbeginn) als problematisch identifizierten Spielformen, sondern auch **problematische Spielformen zu früheren Zeitpunkten**, anhand deren mögliche Entwicklungen sichtbar gemacht werden können.

Andere Rückmeldungen bezogen sich auf die **Auswahlkategorien** bei der Differenzierung der Spielformen. In der ersten Fassung des Moduls wurde Poker gesondert erfasst: Während zwei - Personen aus den Reihen der Expertinnen und Experten dies kritisieren und Poker in der Kategorie „Kartenspiele“ erfasst sehen wollten, beurteilten andere die gesonderte Erfassung sehr positiv.

Einige Rückmeldungen bezogen sich auf die zunehmende Bedeutung von Online-Glücksspiel, unbedingt erforderlich sei eine Differenzierung zwischen terrestrisch und online, um Verlagerungen vom terrestrischen in den Onlinebereich dokumentieren zu können. Zudem wurde der Wunsch nach einer zusätzlichen Differenzierung der Internetangebote geäußert, da diese stetig an Bedeutung gewinnen.

Poker wird nun separat erfasst und eine Kategorie *Kartenspiele (außer Poker)* vorgesehen. Dies ermöglicht eine getrennte Auswertung.

Spielorte und Vertriebswege

Die Rückmeldungen betrafen zum einen die **Erweiterung von Kategorien**, etwa um Kartencasinos oder private Pokerrunden, weil ein nicht unbedeutender Teil der Klientinnen/Klienten diese aufsucht und die Kategorie *Sonstiges* andernfalls sehr umfassend wäre.

Zum anderen wird eine **Präzisierung** der Kategorien bzw. die **Nutzerfreundlichkeit** thematisiert. Bei der Kategorie *Vertriebs- und Annahmestellen* sollte deutlicher erkennbar sein, dass darin Gastronomie, Tankstellen oder Postämter inkludiert sind. Ohne weitere Präzisierung bestünde die Gefahr, dass Automaten in Einzelaufstellung nicht richtig zugeordnet werden.

Eine weitere Rückmeldung bezog sich darauf, dass bei der Erhebung der Spielformen zwischen **legalen und illegalen Angeboten** differenziert werden sollte, um einen Eindruck des Ausmaßes des Problems „illegales Glücksspiel“ zu bekommen. Letzteres sei vor allem in Hinblick auf das Internetglücksspiel von Interesse. Anregungen gab es auch hinsichtlich einer zusätzlichen Differenzierung, ob das Online-Glücksspiel von einem in Österreich lizenzierten Anbieter offeriert wird oder nicht.

Methodisch wurde diese Variable dahingehend kritisiert, dass unterschiedliche gesetzliche Bestimmungen in den Bundesländern unterschiedliche terrestrische Spielorte ermöglichten und diese Angaben deshalb nur eine beschränkte Aussagekraft hätten.

Auf eine zusätzliche Differenzierung der Angebote in „legal“/„illegal“ wurde verzichtet, da fraglich ist, ob Klientinnen/Klienten dies zuverlässig beurteilen können.

4.3.3 Ergänzung um weitere Variablen

Die Expertinnen und Experten konnten auch weitere Variablen benennen, die in einer einheitlichen Dokumentation berücksichtigt sein sollten. Einige von ihnen beurteilten die Gestaltung der ersten Fassung des Moduls in Hinblick auf die Balance zwischen Erkenntnis und Praktikabilität als passend. Eine Person aus dem Expertenkreis sah die Verknappung des Moduls Glücksspiel als sinnvoll an, primär mit dem Argument, dass einige im Modul enthaltene Variablen auf Einrichtungsebene nicht relevant seien und ausschließlich statistischen Auswertungen dienten. Dem steht der Vorschlag einiger anderer Expertinnen und Experten gegenüber, eine **Erweiterung des Moduls um einige Variablen** – fast ausschließlich im Bereich der sozialen Auswirkungen der Spielsucht – durchzuführen. Eine Erweiterung wurde in erster Linie damit argumentiert, dass die Auswirkungen einer Spielsucht in einem höheren Ausmaß als bei substanzbezogenen Süchten im sozialen Bereich zum Tragen kämen und dass eine Dokumentation der sozialen Aspekte daher notwendig sei, um die Problematik der Spielsucht adäquat abbilden und Aussagen über betroffene Spieler/-innen treffen zu können. In der ersten Fassung des Moduls wurden einige ausgewählte soziale Auswirkungen in der Variable *Auswirkungen der Spielsucht* zusammengefasst (s. Kap. 4.2.4).

Komorbidität

Einige Expertinnen und Experten erachteten eine Erweiterung des Moduls um **komorbide Störungen** von Klientinnen und Klienten als sinnvoll. Die methodischen Bedenken, die dazu geführt haben, diese Variable nicht in die erste Fassung des Moduls zu inkludieren (Kap. 4.2.4), werden von Expertinnen/Experten nur partiell geteilt, bzw. wird hier das **Erkenntnisinteresse höher bewertet** als die damit verbundenen **methodischen Herausforderungen**. Es wird wiederholt argumentiert, dass zumindest in (spezialisierten) Suchteinrichtungen genügend Expertise vorhanden sei, um Komorbiditäten valide zu erheben.

Das Modul wurde um die Möglichkeit erweitert, ICD-10-Diagnosen zu erfassen, die bei DOKLI besteht und die Möglichkeit eröffnet, neben einer Suchthauptdiagnose mehrere Nebendiagnosen (maximal fünf) anzugeben. Es ist darauf hinzuweisen, dass eine Diagnose nach ICD-10 nur durch entsprechend qualifiziertes Personal gestellt werden kann.

Finanzielle Situation bzw. Verschuldung

Bezugnehmend auf die in der ersten Fassung des Moduls formulierte Frage, ob Schulden vorliegen (ja/nein), regten einige Expertinnen und Experten eine **differenziertere Erhebung** der Schulden-situation an, um die finanzielle Situation von Klientinnen und Klienten angemessener beschreiben zu können. Konkrete **Vorschläge zur Erfassung der Schuldenproblematik** sind einerseits die Schuldenhöhe in Kombination mit dem Nettomonatseinkommen (aktuell¹¹ und während der Spielphase) oder andererseits die Angabe der Verschuldung in Monatseinkommen, um Aussagen zur Überschuldung zu ermöglichen. Vereinzelt Anregungen von Expertinnen/Experten betreffen die weitere Präzisierung der finanziellen Situation Spielsüchtiger durch **weitere Variablen** wie erfolgte Exekutionen oder Unterhaltspflichten.

Bei der die finanzielle Situation betreffenden Variablen wurden bestehende Schulden, Schuldenhöhe und Exekutionen berücksichtigt.

Suizidversuche

Als Auswirkung einer Spielsucht sollten auf Anregungen einiger Expertinnen und Experten auch **Suizidversuche bzw. Suizidgedanken** erfasst werden, da diese bei Spielerinnen und Spielern häufig vorkommen und in der alltäglichen Arbeit mit Spielsüchtigen von Bedeutung sind.

Die Frage nach Suizidversuchen birgt viele Herausforderungen, ist in vielen Einrichtungen aber Teil der Anamnese. Es ist darauf hinzuweisen, dass diese Frage nur bei einem bestehenden Vertrauensverhältnis zu stellen ist.

¹¹
Gemeint ist die spielfreie Zeit.

Glücksspielbezogene Straftaten und gerichtliche Auflagen

Im Modul sollte nicht nur das Vorliegen glücksspielbezogener Straftaten erfasst werden, sondern auch jenes **einer gerichtlichen Auflage**, etwa ob die Betreuung in einer (Spiel-)Suchteinrichtung aufgrund einer Auflage erfolgt oder das Tragen einer Fußfessel vorliegt. Diese Informationen könnten dazu beitragen, die Problematik der Straffälligkeit ergänzend darzustellen.

Das Vorliegen gerichtlicher Auflagen bzw. einer Fußfessel wird ergänzt.

Verlauf der Spielsucht und Behandlungsversuche

Vereinzelt nannten Expertinnen und Experten die Notwendigkeit weiterer Informationen zum Verlauf der Spielsucht bzw. **zu Behandlungsversuchen**. So wurde angeregt, die **Dauer der Spielabhängigkeit in Jahren**, etwaige Abstinenzversuche bzw. die Inanspruchnahme formeller Hilfsangebote in der Vergangenheit zu erfassen. DOKLI sieht beispielsweise vor, frühere Behandlungen zu erfassen.

Die Dauer der Spielsucht in Jahren und frühere Behandlungen werden erfasst.

Angehörige Spielsüchtiger

Eine Person aus der Reihe der Expertinnen/Experten regte an, im Modul Glücksspiel nicht nur spielsüchtige Klientinnen und Klienten, sondern auch deren **Angehörige** zu berücksichtigen, auch jene, bei denen die/der Spielsüchtige nicht (in der Einrichtung) betreut wird. Die Erweiterung des Moduls um Angehörige soll gewährleisten, dass die Arbeit und die Leistungen der Einrichtungen vollständiger dargestellt werden können und dass das Ausmaß der Spielsucht genauer beschrieben wird. Das Hauptargument sei hier, dass die Arbeit mit Angehörigen einen relevanten Teil der Spielsuchtberatung/-behandlung darstelle, da Spielsucht in einem hohen Ausmaß Auswirkungen nicht nur auf die Spielsüchtigen selbst, sondern auch auf deren unmittelbares soziales Umfeld habe.

In DOKLI ist die Möglichkeit vorgesehen, Daten Angehöriger zu erfassen.

4.3.4 Rahmenbedingungen der Umsetzung

4.3.4.1 Definition von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen

Die Umsetzung einer vereinheitlichten Dokumentation von Spielsuchtbehandlungen setzt nach Ansicht einer befragten Person aus dem Expertenkreis auch die Festlegung von Einrichtungen voraus, die in diesem Zusammenhang als „Beratungs- und Behandlungseinrichtungen“ gelten und sich in der Folge an einer einheitlichen Dokumentation beteiligen können und sollen. Im Zuge dieses Prozesses sei die **Entwicklung von Qualitätsstandards für Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** für Spielsüchtige notwendig, die in Österreich bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch

nicht vorhanden sind. Eine Festlegung von Qualitätsstandards – analog etwa jenen für die Einrichtungen im Bereich der illegalen Substanzen – sei aus mehreren Gründen dringend erforderlich: um den Stellenwert der Spielsucht angemessen zu betonen, das Verständnis von Spielsucht als ernstzunehmende Suchterkrankung zu stärken und eine qualitativ hochwertige Betreuung Betroffener und ihrer Angehörigen sicherzustellen. Das Ausmaß der Spielsucht in Österreich sichtbarer zu machen könne auch dazu beitragen, eine (ausreichende) Finanzierung ihrer Behandlung sicherzustellen und eine adäquate Verteilung der Ressourcen zu gewährleisten. Der Schritt zur Vereinheitlichung der Dokumentation von Spielsucht solle auch dazu genutzt werden, Qualitätskriterien zu definieren, womit zur **Professionalisierung der Behandlung Spielsüchtigen** beigetragen werden könne.

Die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten ergab unterschiedliche Standpunkte dahingehend welche Einrichtungen, im Zuge einer einheitlichen Dokumentation von Spielsuchtbehandlungen zu berücksichtigen sei. Es finden sich sowohl Forderungen nach einem vergleichsweise engen Rahmen, der nur Einrichtungen mit einem Schwerpunkt in der Behandlung von Spielsucht inkludiert, als auch Forderungen, sämtliche Einrichtungen zu inkludieren, zu deren Klientel unter anderem auch Spieler/-innen zählen. Diese unterschiedlichen Positionen sind teilweise den unterschiedlichen Konzepten der Einrichtungen (z.B. Schuldnerberatung als fixer Bestandteil einer Einrichtung vs. externe Stellen) geschuldet.

Zumindest solange keine Qualitätskriterien für die Spielsuchtbehandlung definiert sind bzw. nicht geklärt ist, welche Einrichtungen an einer einheitlichen Dokumentation beteiligt werden, sollte nach Anregung einer Person aus der Reihe der Expertinnen und Experten im Modul eine Variable zur weiteren **Differenzierung der Einrichtungen** inkludiert werden. Dadurch soll es möglich sein, zu unterscheiden, ob es sich um eine auf Glücksspielsucht spezialisierte Einrichtung handelt oder ob glücksspielsuchtspezifische Angebote nur neben anderen vorhanden sind.

4.3.4.2 Ressourcen für Datenerhebung

Auch der Mehraufwand, der den Einrichtungen durch die Umstellung auf ein neues Dokumentationssystem bzw. für den laufenden Betrieb entsteht, wird von einigen Expertinnen und Experten thematisiert. Eine **Anpassung der bestehenden Dokumentationen** ist in allen Einrichtungen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, erforderlich. Allerdings werden die Auswirkungen dieses Umstellungsprozesses bzw. des Mehraufwands für den laufenden Betrieb recht unterschiedlich eingestuft.

Eine immer wieder geäußerte Befürchtung bzw. Kritik ist, dass von den Einrichtungen zwar eine Mitwirkung bei einer Vereinheitlichung der Dokumentation erwartet werde, dass aber im Gegenzug dafür die zusätzlich erforderlichen Ressourcen nicht zur Verfügung gestellt würden. In diesem Falle müssten die Kosten von der direkten Arbeit mit den Klientinnen und Klienten abgezweigt werden. Eine sinnvolle Dokumentation setze nach Aussagen von Expertinnen/Experten auch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraus. Nur so könne sichergestellt werden, dass die

Daten wie intendiert erhoben werden und die Datenqualität gewährleistet ist. Die entsprechende Qualifikation müsse bei einer etwaigen Honorierung berücksichtigt werden.

Relativierend wird von einigen Expertinnen/Experten argumentiert, dass der erhöhte Aufwand durch die Vorteile für die Einrichtungen wie etwa eine detailgerechtere Darstellung der Spielsuchthematik aufgewogen werde und dass viele der Daten für die Arbeit mit den Spielerinnen und Spielern ohnehin unabdinglich seien und daher bereits laufend erhoben würden. Es gab aber auch einen Einrichtungsvertreter, der den Verwaltungsaufwand durch die einheitliche Dokumentation als erheblich ressourcenbelastend einschätzte und der Meinung war, dass die Ergebnisse der Dokumentation für die Beratung bzw. Behandlung der Spieler/-innen weitgehend irrelevant seien.

4.3.4.3 Datenübermittlung, -auswertung und -zugang

Bedenken bezüglich der praktischen Umsetzung wurden vor allen von Expertinnen und Experten aus Einrichtungen formuliert, die nicht an DOKLI beteiligt sind. Diese Bedenken beziehen sich vor allem auf die **Übermittlung** der Daten. Das Know-how für die **technischen Lösungen** bzw. die Unterstützung müsse von einer anderen Stelle zur Verfügung gestellt bzw. finanziert werden. Bei DOKLI erfolgt die Übermittlung der Daten entweder über eine (kostenlose) Software oder über ein Schnittstellenpaket. Die Entscheidung, welche technische Lösung bei DOKLI zur Anwendung kommt, wird dabei von den Einrichtungen getroffen, u. a. unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Dokumentationssysteme. Eine Weiterentwicklung von DOKLI im Sinne einer zentralen Eingabe der Daten über eine Onlineeingabemaske wird angedacht. Eine Wahl dieser Vorgehensweise entspräche auch dem Vorschlag einer Expertin.

Zudem sei bei einer einheitlichen Dokumentation im Vorfeld festzulegen, ob und in welcher Form die beteiligten **Einrichtungen Zugang zu den eigenen Daten** haben. Hier kann wieder DOKLI als Beispiel angeführt werden: Die Einrichtungen haben dabei Zugriff auf die eigenen Daten, aber nur auf diese. Die Daten jeder Einrichtung werden nach der Auswertung in Berichtsform dargestellt und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Diese Auswertungen dienen solchermaßen vielen Einrichtungen als Beitrag zu ihren (jährlichen) Tätigkeitsberichten.

Der Hinweis einer Expertin, dass die Erhebung von Daten bzw. die Anamnese durch eine geschulte Person stattfinden müsse, um die Datenqualität sicherzustellen, betont einen wichtigen Aspekt. Im Zuge von DOKLI haben sich **Schulungen von Einrichtungsmitarbeiterinnen/-mitarbeitern** bewährt; diese dienen als Qualitätssicherungsmaßnahme.

Erfahrungen aus dem Bereich von DOKLI zeigen zudem, dass die Übermittlung sensibler Daten unter **Wahrung der Datenschutzanforderungen** problemlos möglich ist. Die Daten aus den Einrichtungen werden der Gesundheit Österreich (GÖG) anonymisiert weitergeleitet.

4.4 Erkenntnisse aus dem Prozess

Unterschiedliche Zielsetzungen von und Erwartungen an Dokumentation

Die Dokumentation von Spielsuchtbehandlungen kann unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen (Puhm et al. 2018). Das zeigte sich deutlich in den Gesprächen mit den Expertinnen/Experten beim Bestreben, einen einheitlichen Datensatz zu definieren. Die unterschiedlichen Zielsetzungen bewirken eine andere **Auswahl zu erhebender Variablen**. Einige Vertreter/-innen von **Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** äußerten Bedarf an mehr Details, da diese für (1) die Arbeit mit den Klientinnen und Klienten, (2) die Leistungsdokumentation ihrer Einrichtung und (3) die Abbildung der Spielsuchtproblematik im Allgemeinen von Bedeutung sei. Gleichzeitig bestand auch Verständnis dafür, dass viele dieser Variablen schwer zu operationalisieren sind. Zudem gewinnen im Zuge der jahrelangen Arbeit mit betroffenen Spielerinnen und Spielern immer mehr Aspekte an Bedeutung für den Einzelfall. Bei Vorschlägen zur Auswahl der Variablen für einen (Minimal- oder Maximal-)Datensatz fließen diese Einzelerfahrungen ein. Bezüglich der Frage, wie viele und welche Variablen hier notwendig bzw. sinnvoll sind, unterscheiden sich nicht nur die Meinungen unter den Expertinnen und Experten, sondern es gibt auch bei einer großen Expertenzahl deutliche individuelle Ambivalenzen. Das Interesse, wenig Zeit für eine Dokumentation aufzuwenden, aber gleichzeitig umfassendes Wissen zu generieren, erzeugt einen unlösbaren Widerspruch, der gravierende Kompromisse notwendig macht.

Für **finanzierende Stellen** ist die Abbildung der geförderten Einrichtungen und ihrer Leistungen wichtig, was – da aktuell nicht immer die Gesamtheit aller Klientinnen/Klienten einer Einrichtung abgebildet wird – die Beurteilung der Einrichtungen erschwert und leicht zu einem verzerrten Urteil führen kann.

Größtmögliche Benutzerfreundlichkeit verbessert die Datenqualität

In Hinblick auf die Datenqualität ist sicherzustellen, dass im Modul alle Antwortkategorien deutlicher sichtbar sind als dies in der Erstversion der Fall war. Es sollte im Regelfall nicht erforderlich sein, beim Eintragen der Daten in einer Anleitung nachzuschlagen. Diesem Aspekt wird bei der Gestaltung des Erfassungsinstruments Rechnung getragen.

Spannungsfeld zwischen inhaltlichen und pragmatischen Überlegungen

Einige Expertinnen/Experten arbeiten in Einrichtungen, die an DOKLI beteiligt sind. Bei den Rückmeldungen dieser Fachleute ist nicht ganz auszuschließen, dass hier inhaltliche Aspekte pragmatischen Überlegungen untergeordnet wurden, in dem Sinne, dass Änderungen bereits bestehender Kategorien als unrealistisch eingeschätzt werden, weswegen vorgeschlagen wurde, bestehende Kategorien unverändert zu übernehmen.

4.5 Fazit der Guidelines zur einheitlichen Dokumentation

Kompatibilität mit DOKLI erleichtert die Umsetzung einer einheitlichen Dokumentation von Spielsuchtbehandlungen

Beratungs- und Behandlungseinrichtungen verwenden unterschiedliche Dokumentationssysteme. Der gemeinsame Nenner einiger Einrichtungen ist DOKLI. Überlegungen zur Vereinheitlichung im Glücksspielbereich legen die Verwendung dieses Systems nahe, das sich im Suchtbereich bereits etabliert und bewährt hat. Die vorliegende Studie über die einheitliche Dokumentation von Spielsuchtbehandlungen hat das Ziel, die inhaltliche Grundlage dafür zu konzeptionieren. Schritte zur Umsetzung sollen erst in einer späteren Phase geplant werden. Die Arbeiten im Rahmen der Modulkonzeption haben allerdings deutlich gemacht, dass diese Schritte nur schwer voneinander zu trennen sind. Die Perspektive, DOKLI zu erweitern, beeinflusste die Art der Rückmeldungen der Expertinnen und Experten betreffs der inhaltlichen Gestaltung der Variablen und Kategorien.

Ganz offensichtlich kann man bei der Gestaltung eines neuen Instruments ganz anders entscheiden, wenn dieses als unabhängiges Element konzipiert wird, als wenn man eine Erweiterung des bereits bestehenden Instruments DOKLI um ein Modul Glücksspiel ins Auge fasst. Für die Erweiterung von DOKLI sprechen dabei einige gewichtige Vorteile. Mit DOKLI besteht ein seit Jahren etabliertes System, das zumindest bei den bereits daran beteiligten Einrichtungen dazu beitragen kann, Bedenken gegen die einheitliche Dokumentation von Spielsuchtbehandlungen zu reduzieren. Eine Erweiterung von DOKLI um ein Modul Glücksspiel gewährleistet am ehesten die Kooperation von Einrichtungen, die bereits an DOKLI beteiligt sind und erhöht die Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen Umsetzung, da die dafür zusätzlich erforderlichen Ressourcen geringer sind. Ein gemeinsames Instrument, das die Behandlung unterschiedlicher Formen der Suchterkrankung inkludiert, bietet zudem die Möglichkeit von Analysen und Aussagen, die über die Klientel der Spielsüchtigen hinausgehen.

Eine stärkere Berücksichtigung der sozialen Umstände der Spielsucht bildet die Situation betroffener Spielerinnen und Spieler besser ab

Vorschläge, weniger zu dokumentieren bzw. einzelne Kategorien zu streichen, wurden nur vereinzelt geäußert. In diesem Zusammenhang gab es die Argumente, dass kausale Zusammenhänge mit einem solchen Instrument nicht abgebildet werden könnten, dass sich ergebende Zusammenhänge leicht missinterpretiert werden könnten, dass die dafür aufzuwendenden Ressourcen den Nutzen überwögen und dass, allerdings nur bezüglich einer Variable, dessen Einführung der Stigmatisierung von Klientinnen und Klienten Vorschub leisten könnte.

Die gegenüber der ersten Fassung des Moduls erweiterte Dokumentation wird von mehreren Expertinnen und Experten begrüßt. Einige Befragte sehen in der Vereinheitlichung der Dokumentation von Klientinnen und Klienten in Beratung/Behandlung eine **gute Gelegenheit**, in ihrer Einrichtung eine **umfassendere Dokumentation zu initiieren**. Diese erlaube nicht nur einen Überblick über Spieler/-innen in Beratung/Behandlung bzw. eine Darstellung der Arbeit auf Einrichtungsebene,

sondern ermögliche auch eine Nutzung der Daten für weiterführende wissenschaftliche Auswertungen und Arbeiten. Umfassendere Daten hätten durchaus ein Mehrwert: Zum einen könne eine Gleichbehandlung hinsichtlich der Finanzierung der Behandlung unterschiedlicher Suchtformen gefordert werden, was bei einer Beschränkung auf einen Minimaldatensatz um weitere Jahre verschoben würde. Zum anderen böte eine erweiterte Erfassung auch einen Mehrwert für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen. Vor allem Letzterer müsse als zentraler Anreiz für eine valide Datenerhebung in den Einrichtungen gesehen werden (vgl. Kap. 3.3).

Der Hauptkritikpunkt hinsichtlich des Kerndatensatzes betraf den begrenzten Fokus auf soziodemografische Merkmale der Klientinnen und Klienten, der nicht geeignet sei, ein komplexes Krankheitsbild wie die Spielsucht angemessen abzubilden. Es wurde daher mehrfach angeregt, die wichtigsten sozialen Auswirkungen detaillierter zu erfassen. Die methodischen Einwände dagegen – konkret die Schwierigkeiten bei der Operationalisierung und der Umstand, dass man aus Assoziationen nur sehr begrenzt kausale Zusammenhänge ableiten kann (Kap. 4.2.4) – wurden von einigen Expertinnen und Experten zwar als Problem nachvollzogen, allerdings wird der Nutzen der Erhebung soziodemografischer Merkmale – trotz der methodischen Einschränkungen – mehrheitlich höher bewertet.

Zusätzlich zum Basismodul Glücksspiel wurde ein erweitertes Modul mit einem Fokus auf soziale Aspekte konzeptioniert

Die weitreichendsten Änderungen des Entwurfs als Folge der Rückmeldungen der Expertinnen und Experten ergaben sich bei der **Konzeption des erweiterten Moduls**. Dieses ermöglicht, die sozialen Aspekte der Spielsucht verstärkt zu erfassen. Damit sind die Einrichtungen imstande, unterschiedliche Zielsetzungen einer gemeinsamen Dokumentation mit ihren je eigenen unterschiedlichen Bedürfnissen zu vereinen: Ein Basismodul und ein erweitertes Modul bieten Einrichtungen, die soziale Variablen bereits breiter erfassen, die Gelegenheit, das weiterhin zu tun, gleichzeitig kann so der Aufwand für Einrichtungen mit einer schmälere Dokumentation gering gehalten werden.

Die Aussagekraft der in den Einrichtungen erhobenen Daten kann durch Vergleiche mit Referenzwerten der Allgemeinbevölkerung erhöht werden. Diese Intention kann mit dem Basismodul, wie es derzeit geplant ist, realisiert werden, nicht aber mit dem erweiterten Modul. Letzteres verfolgt das Ziel, den sozialen Kontext der Spielsucht und betroffenen Spielerinnen und Spieler umfassender zu beschreiben. Für viele zusätzlich erhobene Variablen gibt es keine einfach zugänglichen Referenzwerte, die die Statistik Austria zur Verfügung stellen würde. Nichtsdestoweniger stellt das erweiterte Modul einen Mehrwert für die Einrichtungen (und damit auch einen Anreiz zur Dokumentation) dar. Aus epidemiologischer Sicht sind hier allerdings methodische Bedenken ganz zentral: Bei der Darstellung der Daten sind eine vorsichtige Interpretation und der weitgehende Verzicht auf kausale Interpretationen geboten. Aus diesem Grund wurde auf die Überschrift *Soziale Auswirkungen der Spielsucht* verzichtet.

Die technische Umsetzung des Basismoduls und des erweiterten Moduls muss zu einem späteren Zeitpunkt geklärt werden. Derzeit liegt der Fokus auf den inhaltlichen Aspekten. Im Zuge der Gestaltung des technischen Tools können beispielsweise optionale Items erstellt werden. Diese Vorgehensweise hat sich auch bei DOKLI bewährt.

5 Nutzung von Sperrdaten

5.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Anbieterdaten sind Daten, die von den Glücksspielunternehmen für unterschiedliche Verwendungszwecke und auf Basis verschiedener (gesetzlicher) Grundlagen erhoben werden. **Daten von Glücksspielunternehmen** könnten nicht nur eine wichtige **Grundlage für das Monitoring des problematischen/pathologischen Glücksspiels** darstellen, sondern auch vermehrt genutzt werden, um Spielerschutzmaßnahmen zu evaluieren bzw. zu verbessern, wie das von Expertenseite regelmäßig gefordert wird. Der Zugang zu Anbieterdaten und ihre Nutzung für wissenschaftliche Fragestellungen ist aber weder in Österreich noch in den meisten anderen Staaten zufriedenstellend geregelt (Puhm et al. 2018). So werden aktuell weder die in Österreich von den Glücksspielunternehmen geführten Sperrdateien noch Daten über die Spielabläufe für anbieterunabhängige wissenschaftliche Auswertungen genutzt. Die Konzessionäre leiten dem gesetzlichen Auftrag entsprechend zwar bestimmte Kennzahlen an die Behörden weiter, die diese aber nur auszugsweise veröffentlichen (z.B. Bundesministerium für Finanzen 2017). Im Zuge des Aufbaus eines nationalen Glücksspielmonitorings wird daher angestrebt, diese Daten von den Glücksspielunternehmen routinemäßig zu erhalten, auszuwerten und darzustellen, ohne über die Freigabe verhandeln zu müssen. Dass in diesem Zusammenhang die Datenschutzbestimmungen präzise einzuhalten sind und gewährleistet sein muss, dass zur Verfügung gestellte Angaben nicht missbräuchlich verwendet werden können und dass Einzelpersonen anhand der Daten nicht identifizierbar sind, ist selbstverständlich. Das ist auch bei den im Zusammenhang mit DOKLI stattfindenden Auswertungen sichergestellt.

Dem starken wissenschaftlichen Interesse an der Nutzung der Sperrdaten stehen die Interessen der Glücksspielanbieter gegenüber, im Falle deren ein großes Bestreben zu konstatieren ist, die Daten nicht zentralen Stellen zu übermitteln und sie ausschließlich selbst auszuwerten, um die Datenhoheit zu behalten. Vordergründig argumentieren die Anbieter mit Bedenken hinsichtlich der Aussagekraft der Daten oder mit Datenschutzüberlegungen und lenken dabei von möglichen anderen Gründen wie etwa der Sorge vor potenziellen wirtschaftlichen Nachteilen ab. Methodologische Bedenken die Aussagekraft der Daten betreffend und Ängste in Hinblick auf den Datenschutz sind keinesfalls unbegründet. Diese Bedenken können allerdings ausgeräumt werden, wenn geeignete Rahmenbedingungen für die Datenzurverfügungstellung, -auswertung und Berichtslegung vereinbart werden.

Im Folgenden wird zum einen der **Stellenwert von Sperrdaten für die Forschung und Praxis** auf Basis wissenschaftlicher Publikationen und internationalen Erfahrungen dargestellt und diskutiert sowie die Fragen, welche Analysen Sperrdaten ermöglichen und welche Limitationen dabei zu berücksichtigen sind. Des Weiteren erfolgt eine **Analyse der Spannungsfelder zwischen Anbieter- und Forschungsinteressen**, wobei die Informationen nicht nur auf Fachpublikationen, sondern größtenteils auf informellen Gesprächen mit Anbietervertreterinnen/-vertretern basieren. Hier handelt es sich um eine Zusammenschau von Informationen aus der Literatur und Einschätzungen von Expertinnen/Experten. Dieses Vorgehen weicht von einer wissenschaftlichen Methodik insofern ab,

als keine Zitierung vorgenommen wird, wurde aber gewählt, um relevante Bedenken zu berücksichtigen, die sich als Hürde für die zukünftige wissenschaftliche Analyse von Sperrdaten herausstellen könnten. Neben der **Diskussion der zentralen Argumentationslinien der Erörterung von Rahmenbedingungen**, die die Verwendung der Sperrdaten für wissenschaftliche und planerische Zwecke sinnvoll und realistisch machen und begründete Bedenken der Glücksspielanbieter ausräumen, werden zusätzlichen Erfahrungen/Analogien dargestellt, die in anderen Bereichen mit der Auswertung sensibler Daten bzw. mit der Implementierung anderer Datenbanken gemacht wurden bzw. festzustellen sind (s. Kap. 5.4).

5.2 Stellenwert von Anbieterdaten respektive Spielersperren für die Forschung und Praxis

Glücksspielbezogene Anbieterdaten umfassen zum einen **wirtschaftliche Kennzahlen des Glücksspielangebots** und anderer Daten auf **Basis von Spielerkonten** („Trackingdaten“). Mittels dieser Daten sind gezielte Aussagen über das Glücksspielverhalten der Kundinnen und Kunden möglich (Puhm et al. 2018).

Spielerkarten bzw. -konten erfassen Informationen zum Spielverlauf elektronisch und erlauben detaillierte Aussagen über das Spielverhalten in individueller und aggregierter Form. Ein zentraler Vorteil von Trackingdaten liegt darin, zahlreiche methodische Herausforderungen und Grenzen der herkömmlichen Glücksspielforschung überwinden zu können, die primär auf selbstberichteten Angaben von Spielerinnen/Spielern basieren (Puhm et al. 2018).

Trackingdaten eignen sich für die Beantwortung vielfältiger Forschungsfragen, die anhand von Spielerdaten wesentlich verlässlicher beantwortet werden können als mittels interviewgestützter Erhebungsmethoden. Dazu gehören etwa die Frage nach den Ausgaben für Glücksspiel (Puhm et al. 2018) oder nach (jahres)zeitlichen Schwankungen bei der Glücksspielteilnahme (mögliche Zusammenhänge mit monatlichen Gehaltszahlungen bzw. der Auszahlung von Weihnachts- oder Urlaubsgeld).

Im gegenständlichen Bericht liegt der **Fokus auf den Sperrdaten**, da diese als Datenquelle für ein **regelmäßiges Monitoring** des problematischen/pathologischen Glücksspiels genutzt werden können (Puhm et al. 2018). Mit dem Fokus auf die Sperrdaten wird ein aktueller Diskurs aufgegriffen, der gegenwärtig im Zuge der Implementierung eines anbieterübergreifenden Sperrverbands stattfindet. Verschiedene Argumentationsstränge werden dargestellt und zu wissenschaftlichen Befunden und internationalen Erfahrungen in Beziehung gesetzt.

Die Analyse von Sperrdaten und die Beschreibung darin erfasster Personen können maßgeblich zur **Verbesserung des Spielerschutzes** beitragen, indem die Sperrangebote, die Rahmenbedingungen und deren Akzeptanz verbessert werden, was im Weiteren zur Folge hat, dass die Inanspruchnahme erhöht wird (Motka et al. 2018).

Die Zahl gesperrter Personen kann im Zusammenhang mit einem Monitoring des problematischen/pathologischen Glücksspiels durchaus eine Rolle spielen, allerdings muss betont werden, dass diese Zahl nicht als Indikator für die Prävalenz des problematischen bzw. pathologischen Spiels in Österreich interpretiert werden darf, da einerseits nicht alle Personen mit Spielproblemen gesperrt werden und andererseits nicht alle gesperrten Personen Problemspieler/-innen sind. Es gibt auch eine Reihe von Sperrgründen, die nicht an das Vorhandensein einer Spielproblematik geknüpft sind (s. Kap. 5.3.1.2; (Lischer et al. 2016).

5.3 Spielersperrn

Spielersperrn ermöglichen es, Spieler/-innen für unterschiedliche Zeiträume von bestimmten Glücksspielsegmenten auszuschließen. Dabei ist zwischen Sperrn zu unterscheiden, welche die Spielerin / der Spieler selbst beantragt (**Selbstsperrn**), und solchen, die von anderen Personen¹² (**Fremdsperrn**) initiiert werden. Spielersperrn gelten grundsätzlich als **effektive Maßnahme des Spielerschutzes** (Blaszczynski et al. 2014a; Gainsbury 2014; Ladouceur et al. 2007), der schadensminimierende Effekt ist allerdings von der Ausgestaltung des jeweiligen Sperrkonzepts, dessen Inanspruchnahme, alternativen Glücksspielangeboten für gesperrte Spieler/-innen sowie den Möglichkeiten, die verhängten Sperrn zu umgehen, abhängig (Blaszczynski 2002; Meyer/Hayer 2010; Nowatzki/Williams 2002).

Während Spielersperrn ursprünglich primär eine Maßnahme zum Ausschluss von den Betrieb störenden Spielerinnen und Spielern vom Spielbetrieb waren (Meyer/Hayer 2010; National Center for Responsible Gaming 2010), rückte der Zwangsaspekt mit der Zeit zugunsten der Handlungskontrolle des Individuums in den Hintergrund (RGC 2008). Glücksspielunternehmen setzen zunehmend solche Sperrmodelle um, die auch den Spielenden selbst die Möglichkeit zur Initiierung von Sperrn bieten.

5.3.1 Analyse von Sperrdateien

Dort, wo Sperrdaten für wissenschaftliche Analysen zur Verfügung gestellt werden, bieten sich unterschiedliche methodische Zugangsweisen: die **Analyse von Sperrdateien** ohne weitere Erhebungsschritte und die **Befragung von Personen aus Sperrdateien**¹³. Während die Beschreibung gesperrter Spielerinnen und Spieler auf Basis von Sperrdateien primär anhand soziodemografischer Merkmale (z. B. Alter und Geschlecht) oder örtlicher und zeitlicher Merkmale erfolgt, werden bei

¹²

Das kann seitens des Spielanbieters oder in einigen Ländern auch auf Initiative von z. B. Bezugspersonen der Spielerin / des Spielers erfolgen. Jene können die Spielersperre nicht verfügen, aber die Prüfung einer Spielersperre initiieren.

¹³

in Form von Fragebogen- oder Interviewstudien mit gesperrten Spielerinnen und Spielern, wobei diese die Teilnahme natürlich ablehnen können (Selbstselektion).

Studien mit Stichproben gesperrter Spielerinnen und Spieler zahlreiche zusätzliche Daten erhoben – im Besonderen zusätzliche (soziodemografische) Merkmale und die Ausprägung der Glücksspielproblematik.

Zahlreiche Faktoren beeinflussen den Umstand, wie detailliert die Interpretationen ausfallen können, und die Vergleichbarkeit mit anderen Studien, die auf Sperrdateien aufbauen. Von Bedeutung sind hier beispielsweise die von den Sperrern umfassten Glücksspielsegmente (z. B. Spielbanken oder Automatensalons), die jeweiligen Sperrmodelle, die in den Dateien erfassten Angaben oder die zugrunde liegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen. Will man Sperrdaten als Indikator für problematisches Glücksspielverhalten bzw. Spielsucht heranziehen, ist wesentlich, ob die Sperrmodelle jeweils *allen* -Spielerinnen/Spielern mit Sperrwunsch offenstehen oder ob sich diese bei einem Sperrantrag als Spieler/-innen mit einem problematischen/pathologischen Spielverhalten deklarieren müssen, wie dies in manchen Modellen der Fall ist (z.B. LaBrie et al. 2007).

Die Fragestellungen bzw. Aussagen in der Fachliteratur im Zusammenhang mit der Analyse von Sperrdateien lassen sich in verschiedenen Kategorien zusammenfassen (vgl. Tabelle 5.1):

- » Fragestellungen/Aussagen in Bezug auf das **Profil gesperrter Personen**
Anhand verschiedener Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Migrationshintergrund soll beispielsweise beschrieben werden, welche Gruppen von Spielerinnen/Spielern mit den Sperrmodellen angesprochen bzw. nicht angesprochen werden. Durch Vergleiche gesperrter Personen mit solchen aus dem Behandlungssetting und/oder der Allgemeinbevölkerung wird abzuleiten versucht, wie hoch der Anteil der Personen mit einem problematischen/pathologischen Spielverhalten unter den gesperrten Spieler-innen/Spielern ist.
- » Fragestellungen/Aussagen in Bezug auf die **zeitliche und örtliche Inanspruchnahme von Spielersperrern**
Die Auswertung nach zeitlichen bzw. örtlichen Aspekten von Spielersperrern soll Auswirkungen bestimmter Gesetze bzw. Änderungen in der Gesetzgebung (z. B. Erlaubnis bzw. Verbot bestimmter Glücksspielformen) auf die Prävalenz der Spielsüchtigen abbilden. Die methodischen Limitationen bei diesen Fragestellungen wurden bereits beschrieben (Puhm et al. 2018).
- » Fragestellungen/Aussagen in Bezug auf **Sperrgründe**
Ein wichtiges Ziel der Analyse von Sperrgründen ist der Erkenntnisgewinn, inwieweit problematisches/pathologisches Spielverhalten für die Initiierung von Spielersperrern ausschlaggebend ist. Dadurch erhoffen sich Forscher Aussagen über die Verbreitung des problematischen/pathologischen Glücksspielverhaltens.

Die Analyse von Sperrdaten dient dabei nicht nur dem Monitoring (des problematischen/pathologischen Glücksspiels), sondern kann auch zur Evaluierung der Effektivität von Spielersperrern herangezogen werden (Hayer et al. 2018).

Tabelle 5.1:
Analysemerkmale der OASIS-Sperrdatei

Merkmale	
Geschlecht	
Alter	
Migration	
Zeitpunkt der Sperre	Jahr
	Quartal
	Monat
	Monatsabschnitt
Sperre	Wochentag
	Art der Sperre
	Grund der Sperre
Wohnort	Wohnort nach Bundesland
	Wohnort nach Landkreis
	Wohnort
	Entfernung des Wohnorts zur Spielhalle

Quelle: modifiziert nach Hayer et al. (2018)

Zusammenfassung: Die Analyse von Sperrdateien und Untersuchungen mit Stichproben gesperrter Spieler/-innen kann dazu dienen, Aussagen über das Profil gesperrter Personen, die zeitliche und örtliche Inanspruchnahme von Spielersperren und die Sperrgründe zu treffen.

5.3.1.1 Profile gesperrter Spielerinnen und Spieler

Sinnvolle Aussagen über Spielsucht bzw. Spielerschutz, beispielsweise bezüglich der Effektivität von Spielersperren, können auf Basis von Sperrdaten nur dann getroffen werden, wenn bekannt ist, wie groß der Anteil problematisch bzw. pathologisch Spielender unter den Gesperrten ist. Da Sperrdateien Sperrmotive oftmals nicht berücksichtigen bzw. diese nicht in die Auswertungen einfließen, sondern oft lediglich die Anzahl der Spielersperren ausgewiesen wird, betreffen darauf basierende Aussagen nicht nur Spielsüchtige, sondern auch Personen ohne Spielsuchtproblematik, die aus anderen Gründen gesperrt wurden. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Sperrern durch Personen mit Spielproblemen fehlen aktuell belastbare Aussagen, auch wenn einige Studien oder die Einschätzungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Spielstätten nahelegen, dass sich unter den Gesperrten ein relativ hoher Anteil von Personen mit einer Spielproblematik befindet.

Um den Anteil problematischer und pathologischer Spieler/-innen unter den Gesperrten einschätzen zu können, werden unterschiedliche methodische Zugänge gewählt. Zum einen sind die Untersuchungen, die **Stichproben gesperrter Spieler/-innen** mittels Interviews oder Fragebögen genauer beschreiben. Diese Studien ergeben für den Bereich des **terrestrischen Glücksspiels** sehr unterschiedliche Ergebnisse: Während einige Studien den Anteil der pathologischen Spieler/-innen

unter den Gesperrten zwischen 88,8 % und 96,3 %¹⁴ und jenen der problematischer Spieler/-innen mit 5 % und 6,8 % beziffern (Ladouceur et al. 2000; Ladouceur et al. 2007; Steinberg 2008), sind diese Anteile in anderen Stichproben deutlich geringer. So lag der Anteil problematischer¹⁵ Spieler/-innen unter den Gesperrten an Schweizer Spielbanken in den Jahren 2006–2015 nur zwischen 62 % und 75 % (Lischer et al. 2016).

Geringere Anteile problematischer/pathologischer Spieler/-innen finden einige Autoren in rezenten Studien auch im **Bereich des Online-glücksspiels** (Griffiths et al. 2009; Hayer/Meyer 2010). Es bleibt allerdings weitgehend unklar, ob diese unterschiedlichen Ergebnisse zeitlichen Veränderungen, unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen, Unterschieden zwischen Glücksspielvarianten (terrestrisch vs. online) oder einer Kombination dieser Einflüsse geschuldet sind (Blaszczynski et al. 2014b).

Ein besonders interessanter methodischer Zugang ist die **Analyse von Trackingdaten**, bei der bestimmte Merkmale des Spielverhaltens mit Spielersperrn in Beziehung gesetzt werden, weil man hier nicht ausschließlich auf subjektive Angaben der Betroffenen angewiesen ist.

Die Ergebnisse betreffend die **soziodemografischen Merkmale** gesperrter Spieler/-innen sind zum Teil sehr unterschiedlich und widersprüchlich. Generalisierungen sind aufgrund der in Kapitel 5.3.1 genannten Bedingungen und der unterschiedlichen Glücksspielsegmente, die von den Sperrn abgedeckt werden, kaum möglich. Vielmehr manifestieren sich hier die großen Herausforderungen bei der angemessenen Interpretation und Darstellung von Sperrdaten. **Vergleiche von Sperrdaten mit Behandlungsdaten** oder mit **Referenzwerten der Allgemeinbevölkerung** erhöhen die Aussagekraft der Daten.

Die Darstellung gesperrter Spieler/-innen anhand soziodemografischer Merkmale erfolgt oftmals **ohne Bezugnahme auf Referenzstichproben** (Kundinnen/Kunden, Allgemeinbevölkerung oder klinische Population), was die Interpretation der Ergebnisse noch weiter einschränkt. Viele Analysen werten Unterschiede zwischen Männern und Frauen aus: Während Männer im Vergleich zu Frauen jünger sind und eher in Beziehungen leben (Ladouceur et al. 2000; Ladouceur et al. 2007), sind Frauen häufiger verwitwet oder getrennt lebend und weisen kürzere Spielkarrieren auf (Nower/Blaszczynski 2006; Nower/Blaszczynski 2008). Ob derartige Ergebnisse Unterschiede bei Kundinnen und Kunden repräsentieren oder solche bei problematischen/pathologischen Spielerinnen und Spielern, kann nur gemutmaßt werden.

14
erhoben mit dem South Oaks Gambling Screen (SOGS): pathologisch = Score > 5, problematisch = Score 3–4

15
SOGS: Score 0–2

Bei einer rezenten Analyse der OASIS-Daten¹⁶ durch Hayer et al. (2018) zeigt sich in der Gruppe der Gesperrten im Vergleich zu Spielerinnen und Spielern in Behandlung bei Männern ein höherer Anteil von Jüngeren und Migranten. Bei Frauen ist der Anteil der Migrantinnen besonders hoch. Die Autoren werten den vergleichsweise hohen Anteil jüngerer Männer als Hinweis darauf, dass Spielersperren bestimmte Gruppen verstärkt bereits zu einem Zeitpunkt ansprechen, zu dem sich Probleme noch nicht manifestiert bzw. chronifiziert haben (Hayer et al. 2018). Es ist bekannt, dass zwischen dem Manifestwerden einer Spielsucht und dem Zugang zu formeller Hilfe durchschnittlich mehrere Jahre vergehen (Tavares et al. 2002). In Hinblick auf den höheren Anteil der Migrantinnen und Migranten unter den Gesperrten kann angenommen werden, dass die Gründe, die sich negativ auf das Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf formelle Hilfsangebote durch Personen mit Migrationshintergrund auswirken wie Stigmatisierung, Stolz, Scham, sprachliche Barrieren, kulturelle Unterschiede (Buth et al. 2017; Milin et al. 2017) bei Spielersperren nicht im gleichen Ausmaß zum Tragen kommen.

Methodische Überlegungen

Die Interpretation von Sperrdaten ohne Analyse des Kontextes wie etwa der aktuellen rechtlichen Entwicklungen ist kritisch einzustufen. Eine Interpretation von Expertinnen und Experten, die Glücksspielersperren in Zusammenschau mit anderen Datenquellen interpretieren und selbstverständlich Informationen aus der Bevölkerungsstatistik berücksichtigen, ermöglicht – insbesondere im Zeitverlauf – wichtige epidemiologische Schlussfolgerungen und Aussagen über aktuelle Entwicklungen. Bei der Interpretation der Daten jedenfalls zu berücksichtigende Limitationen resultieren aus folgenden Sachverhalten:

- » Sperrdaten bilden spezifische Gegebenheiten hinsichtlich rechtlicher Grundlagen, Rahmenbedingungen und Sperrmodellen ab. Länger zurückliegende Studien verlieren angesichts des sich ändernden Glücksspielangebots und neuer technischer Möglichkeiten der Umsetzung von Spielersperren rasch an Aktualität (Parke et al. 2014).
- » Vergleiche zwischen Sperrdaten und Behandlungsdaten erlauben immer nur **Aussagen über die Inanspruchnahme** sowohl von **Spielersperren** als auch von **Beratungs- und Behandlungsangeboten**, aber nicht über problematische bzw. pathologische Spieler/-innen im Allgemeinen. Nicht nur die Inanspruchnahme von Spielersperren (Thomas et al. 2016), sondern auch jene formeller Hilfsangebote wird durch die Ausgestaltung der jeweiligen Angebote beeinflusst.
- » Sperrmodelle und damit Sperrdateien sind durchwegs auf ein **bestimmtes Segment des Glücksspielangebots** (z. B. Spielbanken oder Automatensalons) bzw. **Vertriebswege** (terrestrisch/online) beschränkt, was nicht nur die Effektivität von Spielersperren (Blaszczynski 2002; Nowatzki/Williams 2002; Thomas et al. 2016), sondern auch die Aussagekraft von Auswertungen der Sperrdaten einschränkt. Daraus gewonnene Erkenntnisse können nicht einfach auf andere Spielsegmente übertragen werden, da sich Spieler/-innen unterschiedlicher Glücksspielangebote (z. B. Kasinospiele, Slots) voneinander unterscheiden.

16
Onlineabfrage Spielerstatus (OASIS)

Zusammenfassung: Sperrdateien sind eine wichtige Datenquelle zur Interpretation epidemiologischer Entwicklungen im Bereich des Glücksspiels. Belastbare Monitoringaussagen wie z. B. über die Anzahl der Spielsüchtigen, oder eine Verschärfung/Entspannung im Bereich Glücksspielsucht, können jedoch lediglich in Zusammenschau mit anderen Datenquellen – z. B. analog der Vorgehensweise im Rahmen des jährlichen Epidemiologiemonitorings illegaler Drogen – getroffen werden. Basierend auf diesen Daten kann man auch analysieren, welche Gruppen dieses Angebot unter welchen Rahmenbedingungen annehmen, und Schlussfolgerungen dahingehend ziehen, wie man das Sperrsystem optimieren kann, um möglichst viele Personen mit Glücksspielproblemen durch Selbst- oder Fremdsperren dabei zu unterstützen, ihre Probleme in den Griff zu bekommen.

5.3.1.2 Sperrgründe

Sperrdaten von Sperrmodellen kann man nach **Fremd- und Selbstsperrern** unterteilen, sofern das Konzept beide Optionen vorsieht. Aus der Sicht von Forschung, Prävention und Behandlung wäre eine Auswertung nach weiteren **Differenzierungen der Sperrgründe** wünschenswert. Das setzt aber voraus, dass bei der Erfassung der Sperren noch weitere Variablen berücksichtigt werden (Hayer et al. 2018).

Dabei ist auch zu beachten, dass Fremdsperren nicht nur im Zusammenhang mit problematischem oder pathologischem Spielverhalten vorkommen, sondern dass Sperren z. B. auch wegen unangemessenen Verhaltens oder glücksspielunabhängiger Schulden und vielem mehr verhängt werden¹⁷.

Selbst wenn Spieler/-innen glücksspielbedingte Probleme als Motiv für Selbstsperrern angeben, ist es nicht zulässig, diese Personen grundsätzlich/automatisch als problematische oder pathologische Spieler/-in zu kategorisieren. Auch wer weder problematisch noch pathologisch spielt, kann seine eigenen Glücksspielausgaben plötzlich als problematisch beurteilen.

In einzelnen Fällen kann eine Selbstsperrere genutzt werden, um seinen Unmut über den Service (siehe unten) auszudrücken. Bei dieser Gruppe scheint es sich jedoch um einen geringen Anteil zu handeln. So geben z. B. 2,8 % der Gesperrten im Spielbankenbereich in der Schweiz an, durch eine Selbstsperrere Unmut über den Service vor Ort ausgedrückt zu haben¹⁸ (Lischer et al. 2016). Bei einer Untersuchung¹⁹ von Meyer/Hayer (2010) traf dies mit 4,6 % sogar auf fast doppelt so viele

17

Beispiele für die Kategorien in Schweizer Kasinos: „zu viel Geld im Casino verloren“, „präventiv“, „zu viel Zeit im Casino verbracht“, „keine Kontrolle über das Spielverhalten“, „finanzielle Probleme wegen des Casinospiels“, „Schulden wegen des Casinospiels“, „Spieleinsätze in keinem Verhältnis zum Einkommen“ (Lischer et al. 2016).

18

Kategorie Kundenzufriedenheit (Lischer et al. 2016)

19

„Ärger über das Casinopersonal“; Mehrfachnennungen möglich

zu. Einen besonders großen Stellenwert hat dieses Motiv scheinbar für Sperren im Onlinebereich: Hier geben 26,3 % der Stichprobe Ärger über den Anbieter als Beweggrund für Selbstsperren an²⁰ (Meyer/Hayer 2010). Inwieweit derartige Begründungen nur vorgeschoben werden, um sich selbst bzw. anderen etwaige Spielprobleme nicht eingestehen zu müssen, kann nur gemutmaßt werden.

Eine weitere Herausforderung ergibt sich daraus, dass in manchen Spielstätten versucht wird, die Spielerin / den Spieler bei drohenden Fremdsperren dazu zu überreden, eine Selbstsperre zu veranlassen. In diesen Fällen ist ein Teil der Selbstsperren eigentlich als Fremdsperren zu interpretieren. Bei wie vielen Selbstsperren es sich eigentlich um Fremdsperren handelt, hängt etwa von der Strategie der Anbieter ab. In diesem Zusammenhang ist auch noch ein zeitlicher Wandel zu berücksichtigen, ein Paradigmenwechsel: weg vom Zwang und hin zur individuellen Handlungskontrolle der Spieler/-innen (RGC 2008).

Ein **Vergleich von Fremd- und Selbstsperren** in den OASIS-Daten zeigt, dass von Fremdsperren häufig über 60-Jährige betroffen sind und dass diese häufiger zur Monatsmitte und zum Monatsende veranlasst werden (Hayer et al. 2018).

Auswertungen der unterschiedlichen Motive für Selbstsperren nach soziodemografischen Merkmalen zeigen **Alters- und Geschlechtsunterschiede** bezüglich der Beweggründe. Vor allem ältere Spieler/-innen nennen die Angst, dass sich eine Situation ergibt, der man nur noch durch Suizid entkommen kann, als Motiv für Spielsperren (Nower/Blaszczynski 2006; Nower/Blaszczynski 2008).

Methodische Überlegungen

Bei der Interpretation von Sperrmotiven müssen unterschiedliche Aspekte berücksichtigt werden:

- » Studien über Selbstsperren basieren oftmals Stichproben, bei denen Selbstselektion eine wichtige Rolle spielt.
- » (Retrospektive) Angaben zu Sperrgründen sind oft durch Erinnerungsfehler und soziale Erwünschtheit verzerrt.
- » Die Kategorien für Sperrmotive sind oft nicht vollständig und nicht präzise genug definiert.
- » Änderungen bei der Erfassung von Sperrmotiven, z. B. eine zusätzliche oder wegfallende Differenzierung, erschweren die Abbildung zeitlicher Trends.

Zusammenfassung: Eine Differenzierung nach Sperrgründen ist für die angemessene Interpretation der Daten wünschenswert, wobei neben der Unterscheidung in Fremdsperren und Selbstsperren auch eine solche nach den Gründen für Sperren notwendig ist. Vergleichende Darstellungen sind derzeit schwer auszuarbeiten und zu interpretieren, weil die Sperrgründe unterschiedlich erfasst bzw. kategorisiert werden.

20

„Ärger über win2day“; Mehrfachnennungen möglich

5.3.1.3 Zeitliche und örtliche Kriterien für Spielersperrern

Um den zeitlichen Verlauf der Inanspruchnahme von Spielersperrern abzubilden, werden zumeist der **kumulierte Bestand** der Sperrdatei und die **absolute Anzahl der Neusperrern sowie Entsperrungen** in einem bestimmten Zeitraum ausgewiesen. Wird eine Sperrdatei erstmals eingeführt, ist zu beachten, dass sich anfangs ein Anstieg ergibt, der sich aber bereits nach etwa einem Jahr auf ein konstantes Niveau einpendelt (Hayer et al. 2018).

Da das Datum von Sperrern vermerkt ist, erlauben Sperrdateien eine **differenziertere Auswertung nach Tagen, Monaten oder Quartalen**. Damit können Zusammenhänge mit der Ausbezahlung von Gehältern oder mit Sonderzahlungen (Weihnachts- bzw. Urlaubsgeld) erfasst werden. Die Analyse der OASIS-Sperrdatei zeigt beispielsweise, dass Sperrern bevorzugt am Monatsbeginn und eher am Wochenbeginn erfolgen (Hayer et al. 2018).

Die Erfassung des Wohnorts von Spielerinnen/Spielern erlaubt **Aussagen zu örtlichen Aspekten von Spielersperrern**, etwa darüber, wie weit Personen von der Spielhalle entfernt leben, in der die Sperre verfügt wird. Diese Daten dienen aber auch als Grundlage für die Analyse, wie häufig Sperrern sowohl in Bezug auf die Bevölkerungsdichte als auch auf die Anzahl der Standorte durchgeführt werden (Hayer et al. 2018). Sie liefern aber vor allem wichtige Erkenntnisse für das Präventions- und Behandlungssystem, indem sie Regionen mit aktuellem Handlungsbedarf aufzeigen.

Auswertungen, die den Abstand des Wohnorts der Spielerin / des Spielers zur Spielstätte analysieren, für die die Sperre verfügt wurde, zeigen, dass Sperrern häufig in den Stammfilialen in der Nähe des Wohnortes erfolgen (Hayer et al. 2018). Die Autoren interpretieren das dahingehend, dass Spielersperrern eine niederschwellige Maßnahme darstellen. Derartige Auswertungen verlieren im Zuge der technischen Weiterentwicklungen an Stellenwert, da die Sperrern zusehends nicht mehr nur persönlich in der Spielstätte initiiert werden können, sondern auch elektronisch von anderen beliebigen Orten.

In US-amerikanischen Studien werden Sperrdaten hinsichtlich örtlicher Kriterien oft unter der Prämisse ausgewertet, dass die Anzahl der Spielersperrern in einem bestimmten Zeitraum und einem bestimmten Bezirk ein zuverlässiger Indikator für glücksspielbezogene Probleme in dieser Region ist (LaBrie et al. 2007).

Zusammenfassung: Die Auswertung von Spielersperrern nach zeitlichen und örtlichen Kriterien erlaubt Aussagen über verschiedene Aspekte der Inanspruchnahme von Spielersperrern durch die Spielerinnen und Spieler. Sie liefern zeitnah wichtige Informationen für Prävention, Frühintervention und Behandlungen.

5.3.2 Empfehlungen in puncto Datenqualität von Sperrdaten

Einige der in der Untersuchung von Hayer et al. (2018) formulierten Empfehlungen in Bezug auf die Daten von OASIS werden im Folgenden abstrahiert von der konkreten Datengrundlage dargestellt.

Die Erfassung bestimmter Variablen wie des Geschlechts (ohne Zuordnung eines Namens) bei der Einrichtung von Sperrern reduziert bei der Analyse den Aufwand der Datenaufbereitung²¹. Die Autoren empfehlen eine zusätzliche Differenzierung nach Nationalität und Herkunftsländern (Hayer et al. 2018). Die Vorteile einer solchen Differenzierung für die Forschung sowie Beratungs- und Behandlungseinrichtungen ist nachvollziehbar (s. Kap. 4.2.1), allerdings muss das Ausmaß der zu erhebenden Fragen in Hinblick auf die Praktikabilität bei der Erhebung und methodische Aspekte bei der Auswertung (zu kleine Zellen, besonders bei einem kleinem Land) beurteilt werden. Auch helfen einheitliche Gemeindegchlüssel dabei, Zuordnungsprobleme zu vermeiden und den sonst zu erwartenden Datenverlust zu reduzieren.

Die Angabe des Sperrgrundes beinhaltet analytisches Potenzial – vorausgesetzt, dass dieser kontinuierlich und mit ausreichender Präzision erhoben wird. Der Vergleich von Sperrdaten mit externen Statistiken setzt die einheitliche Operationalisierung einzelner Merkmale²² voraus, wobei es sinnvoll ist, diese Variablen so zu gestalten, dass Referenzzahlen aus üblichen Bevölkerungsstatistiken zur Verfügung stehen.

Zusammenfassung: Es ist wünschenswert, dass nicht nur das Datum von Sperrern, sondern auch noch eine Reihe weiterer Aspekte erfasst werden, um differenzierte Auswertungen durchführen zu können. Wichtig ist bei allen erfassten Variablen, dass diese bei unterschiedlichen Anbietern gleich erhoben werden und dass die Struktur jenen Variablen entspricht, die aus üblichen Bevölkerungsstatistiken zur Verfügung stehen.

5.3.3 Spannungsfelder zwischen den Interessen der Industrie und jenen der Forschung

Der Widerstand von Glücksspielunternehmen, Sperrdaten für wissenschaftliche Auswertungen bereitzustellen, resultiert u. a. aus den unterschiedlichen Interessen der Glücksspielindustrie und der Forschung. Diese Spannungsfelder, die in Hinblick auf die Analyse von Trackingdaten bzw.

21

So kann z. B. vermieden werden, dass aus den Vornamen das Geschlecht der Spielerin bzw. des Spielers ermittelt wird.

22

Der Migrationshintergrund wird in den Sperrdateien bzw. externen Statistiken uneinheitlich, z. B. anhand des Geburtsorts oder der Nationalität erhoben.

Sperrdateien bestehen, zeigen sich sowohl national als auch bei vergleichbaren internationalen Bemühungen. Zentrale Bedenken von Anbieterseite werden sowohl in der Literatur (Dragicevic in Blaszczyński et al. 2014b; Productivity Commission 2010) beschrieben als auch von Vertreterinnen und Vertretern der Unternehmen geäußert.

Im Folgenden werden **wesentliche Einwände und Argumentationslinien** dargestellt. Diese umfassen sowohl grundsätzliche Bedenken von Glücksspielunternehmen aus unterschiedlichen Ländern als auch Bedenken, die speziell die gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen in Österreich sowie die Umsetzung durch die österreichischen Anbieter betreffen. Vor allem letztere Argumentationslinien können vielfach nur sehr allgemein diskutiert werden, da diese Argumente ohne genaue Informationen über die Erfassung von Sperrdaten bzw. einen Einblick in Sperrdateien nicht mit belastbaren Zahlen unterlegt bzw. entkräftet werden können. Dies betrifft etwa unterschiedliche Sperrmotive, die als zentrales Argument hinsichtlich der begrenzten Aussagekraft der Daten angeführt wurden: Hier kann die Relevanz des Problems ohne Einblick in die konkreten Daten nicht beurteilt werden.

Unerwünschte politische Entscheidungen auf Basis von Forschungsergebnissen

Aus Sicht der regulierenden Behörden und des Präventions-, Beratungs- und Behandlungsbereichs kann der Mehrwert einer Analyse von Sperrdaten unter anderem in der Verbesserung des Spielerschutzes liegen. Wenn Sperrdaten ausgewertet werden, ist allerdings nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse zu Entscheidungen auf politischer Ebene führen, die den Interessen der Glücksspielindustrie zuwiderlaufen. Die Zurückhaltung der Glücksspielunternehmen dabei, Daten ohne gesetzliche Verpflichtung zur Verfügung zu stellen, ist aus diesem Grund gut nachvollziehbar. Man kann daher annehmen, dass die Bereitschaft der Glücksspielindustrie, entsprechende Daten zur Verfügung zu stellen, ohne gesetzliche Verpflichtung nur in sehr geringem Ausmaß gegeben ist.

Instrumentalisierung der Daten gegen die Industrieinteressen

Glücksspiel und glücksspielassoziierte Probleme sind emotional besetzte Themen, bei denen verschiedene Interessengruppen versuchen, ihre Positionen mit unterschiedlichen Argumenten zu untermauern. Bei Glücksspielunternehmen besteht daher auch die Befürchtung, dass Auswertungen von Anbieterdaten bzw. Sperrdaten von Gegnerinnen und Gegnern des Glücksspiels, einseitig gedeutet oder völlig missinterpretiert, gegen die Konzessionäre instrumentalisiert werden könnten. Hiervon gibt es aber auch noch eine andere Seite. Wenn diese Daten von den Konzessionären transparent zur Verfügung gestellt und von Einrichtungen ausgewertet werden, deren Seriosität allgemein anerkannt ist, so können die Ergebnisse von den Konzessionären und den das Glücksspiel kontrollierenden Behörden auch dazu verwendet werden, ungerechtfertigte Kritikpunkte gegen die Konzessionäre auszuräumen.

Verstoß gegen das Betriebsgeheimnis

Bei der Vergabe von Glücksspiellizenzen stellt das Spielerschutzkonzept des Lizenzwerbers ein Kriterium dar, das in die Bewertung miteinbezogen wird. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum Schutz problematisch spielender Kundinnen und Kunden wird daher nicht offen kommuniziert, weil befürchtet wird, dass eine derartige Offenlegung den Mitwerbern bei der nächsten Lizenzvergabe Vorteile verschafft. Eine Möglichkeit, diese Probleme auszuräumen, ist, Spielerschutz detaillierter als bisher gesetzlich vorzuschreiben und damit transparent zu machen. Nur so können auch Spieler/-innen, deren Berater/-innen und Betreuer/-innen sowie andere mit Glücksspielproblemen befasste bzw. an Glücksspielproblemen interessierte Personen beurteilen, ob diese Vorgaben auch tatsächlich eingehalten werden. Gleichzeitig können Mutmaßungen entkräftet werden, dass bestehende Bestimmungen in der Praxis gar nicht eingehalten würden.

Datensicherheit

Werden Daten, z. B. im Rahmen eines bundesländerübergreifenden Sperrsystems, zwischen Anbietern ausgetauscht, sind die Erfordernisse an die Datensicherheit besonders groß. Dieses Problem betrifft allerdings nicht nur den Glücksspielbereich, sondern viele andere Bereiche wie z. B. den Gesundheitsbereich, den Handel und den Bankensektor. Da es in diesen Bereichen bereits viele erfolgreiche Modelle gibt, ist davon auszugehen, dass diese Probleme auch im Glücksspielbereich in einer zufriedenstellenden Art und Weise gelöst werden können.

Verstoß gegen den Datenschutz

Der Datenschutz gewinnt in Österreich und international zusehends an Bedeutung, und es steht daher außer Frage, dass ihm große Aufmerksamkeit gewidmet werden muss, wenn Daten für wissenschaftliche Auswertungen weitergegeben werden. Da es allerdings bereits eine Reihe von Systemen gibt, die sensible Daten erfassen und auswerten, ohne dass dabei Bestimmungen des Datenschutzes verletzt werden, kann man davon ausgehen, dass ähnliche Vorgangsweisen auch im Bereich des Glücksspiels möglich sind. Es gibt geeignete Strategien zur Anonymisierung und Pseudonymisierung der Daten sowie anerkannte Regeln, die verhindern, dass aus publizierten Ergebnissen datenschutzrechtlich unzulässige Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können.

Um eine konfliktfreie Kooperation mit Konzessionären zu ermöglichen, müssen datenschutzrechtliche Bedenken eindeutig geklärt und gelöst werden. Es muss ausgeschlossen werden, dass Anbieter durch Strafen und Imageschäden große finanzielle Nachteile riskieren. In diesem Zusammenhang sind entsprechende gesetzliche Regelungen vorzunehmen.

Sperrdaten als Kontrollinstrument zur Überprüfung der Umsetzung von Sozialkonzepten

Gesetzlich vorgeschriebene Spielerschutzmaßnahmen sind nur effektiv, wenn sie auch umgesetzt werden. Je nach Maßnahme gibt es unterschiedliche Zugänge, um ihre Umsetzung zu kontrollieren. Die Umsetzung von Eintrittskontrollen und der Umstand, wieweit sonstige Maßnahmen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingehalten werden, werden mittels Begehungen von Spielstätten kontrolliert. Eine systematische Auswertung von Sperrdateien kann auch dazu herangezogen werden, zu überprüfen, ob vertraglich festgelegte Sozialkonzepte entsprechend umgesetzt werden. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, Sperrdaten in diesem Sinne als Kontrollinstrument zu verwenden. Hayer et al. (2018) fordern beispielsweise, aus Steuerungsgründen eine Rangordnung vorzunehmen, um jene Standorte zu identifizieren, die nur sehr zögerlich Spielersperren verfügen.

Unterschiede in den Sperrdateien infolge einer unterschiedlichen Handhabung der Bonitätsprüfung

Für den Fall, dass ein Gast²³ durch seine Spielteilnahme das Existenzminimum zu gefährden scheint, sieht § 25 GSpG für Spielbankenbetreiber eine verpflichtende unabhängige Bonitätsprüfung vor. Der österreichische Spielbankenkonzessionär holt nicht nur bei Hinweisen auf problematisches Spielverhalten, sondern generell von allen Kundinnen und Kunden laufend Wirtschaftsauskünfte ein. Zahlreiche Sperren basieren somit auf wirtschaftlichen Kriterien (z. B. dem Vorliegen einer Privatinsolvenz) und stehen nicht zwangsläufig mit einem problematischen Spielverhalten einer Kundin / eines Kunden in Verbindung.

Da diese rigorose Vorgangsweise nur beim österreichischen Spielbankenkonzessionär üblich ist und andere Konzessionäre die Prüfung der wirtschaftlichen Situation ausschließlich im Verdachtsfall durchführen, unterscheidet sich die Sperren betreffende Situation erheblich. Es ist davon auszugehen, dass sich das in den Sperrdaten manifestiert, und dieser Umstand muss bei der Interpretation dieser Daten berücksichtigt werden. Es ist ferner anzunehmen, dass bei Sperren auf Basis einer systematischen Bonitätsprüfung mehr Personen gesperrt werden und in der Folge der Anteil der problematischen und pathologischen Spielerinnen und Spieler geringer ist.

Unterschiedliche Kategorien und Zuordnungen von Sperrgründen

Die adäquate bundesländerübergreifende Auswertung von Sperrdaten bzw. der Vergleich der Sperrdaten unterschiedlicher Anbieter, erfordert, dass die Sperrdaten in allen Bereichen mit identischen Kategorien und Ausprägungen erfasst werden. Unbedingt wichtig ist hier die Unterscheidung nach **Selbstsperren** und **Fremdsperren** sowie nach Gründen, die zu diesen Sperren geführt haben. Dabei ist zu beachten, dass manche Selbstsperren eigentlich Fremdsperren sind, weil den betreffenden Personen die Alternative geboten wurde, sich entweder selbst sperren zu lassen oder gesperrt zu werden. Konzessionäre sind gemäß GSpG bei Verdacht auf existenzgefährdendes Spielverhalten zu bestimmten Schritten verpflichtet und müssen Personen – sofern von deren Seite

23

für Staatsbürger aus der EU oder dem EWR

keine Einsicht besteht bzw. keine Verhaltensänderung stattfindet – in letzter Konsequenz auch gegen deren Willen vom Spiel ausschließen (s. Kap. 5.3.1.2). Spielerschutzbeauftragte der Unternehmen streben in Gesprächen mit betroffenen Spielerinnen/Spielern in der Regel Selbstsperrungen an. Dieses Vorgehen beruht unter anderem auf der Annahme, dass sich der Aspekt der „Freiwilligkeit“ positiv auf das Problembewusstsein der Betroffenen auswirkt, die Akzeptanz der Sperre begünstigt und reaktantes Verhalten reduziert.

Wichtig ist hier auch, zu beachten, dass Sperren infolge einer negativen Bonitätsprüfung oder wegen disziplinärer Probleme nicht grundsätzlich auf das Vorliegen eines problematischen oder pathologischen Spielverhaltens schließen lassen. (s. Kap. 5.3.1.2).

Fehlender Abgleich der Sperrdaten mit Personenstandsdaten

Sperrdateien werden nicht mit Personenstandsdateien abgeglichen. Daher enthalten Sperrdateien auch bereits verstorbene Spielerinnen und Spieler mit lebenslangen Sperren (temporäre Sperren sind von diesem Problem nicht betroffen). Daraus ergibt sich, dass, je länger ein Glücksspielunternehmen eine Sperrdatei führt, der Anteil gesperrter Personen, die nicht mehr leben, desto größer wird. Dieses Problem kann gelöst werden, indem man die Daten mit Personenstandsregistern vergleicht, wie das z. B. beim Substitutionsregister der Fall ist, oder indem man nur jene Fälle auswertet, bei denen innerhalb einer gewissen Zeit, z. B. der letzten fünf Jahre, keine Neuanträge bzw. Aufhebungsanträge mehr zu verzeichnen sind.

5.4 Best -Practice für eine Datenbank mit sensiblen Gesundheitsdaten: eSuchtmittel

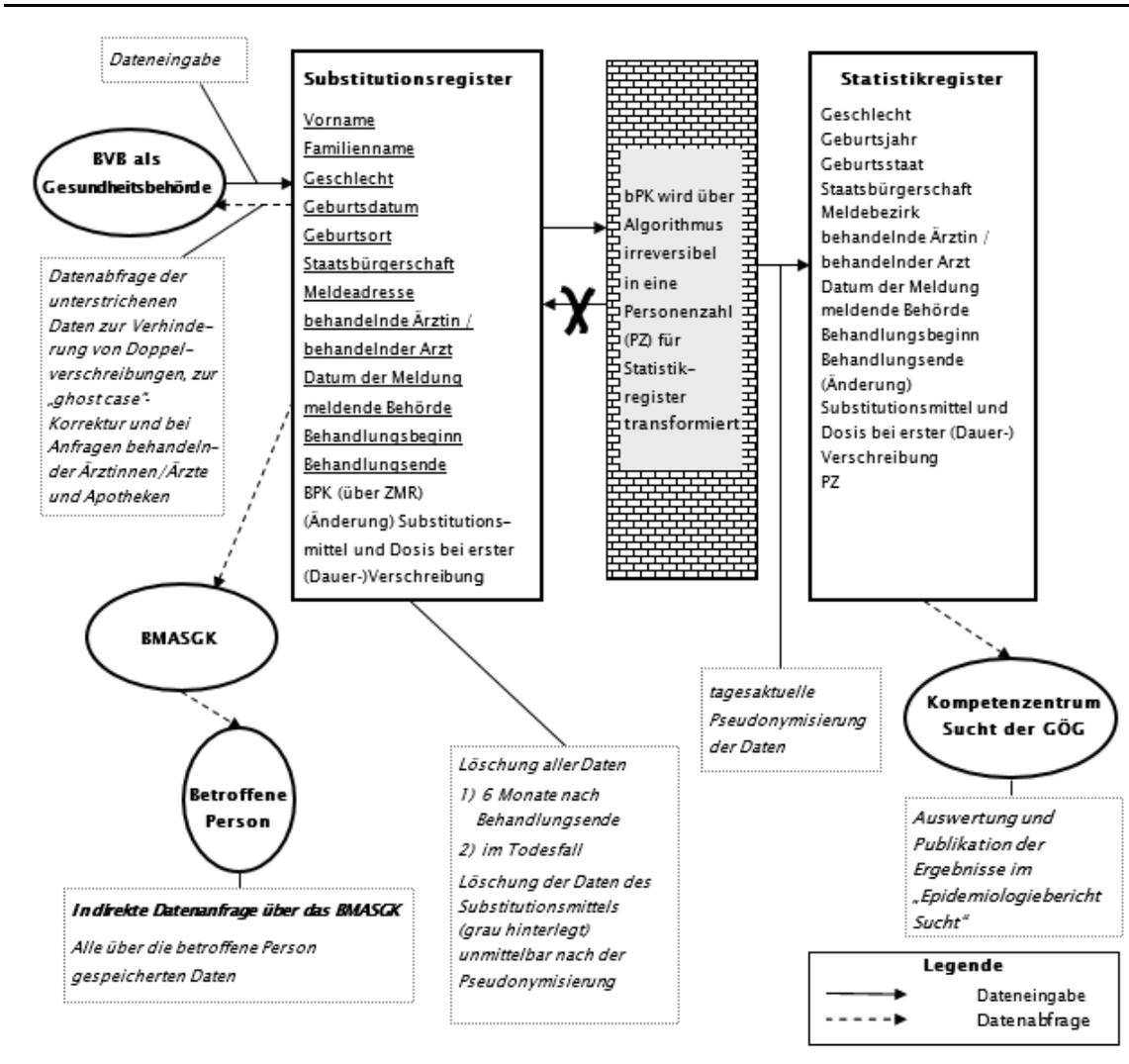
Eines der Hauptziele des bundesweiten Substitutionsregisters (Teil von eSuchtmittel) ist die Verhinderung von Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln durch mehrere Ärztinnen und Ärzte. Des Weiteren hat es auch zum Ziel, epidemiologische Auswertungen qualitativ hochwertiger Daten auf pseudonymisierter Basis unter Wahrung des Datenschutzes zu ermöglichen.

Beginn und Ende jeder Behandlung sind von den die Suchtgifte vidierenden Amtsärzten dem zentralen Substitutionsregister zu melden. Jede Eingabe in das System erfolgt über eine **eindeutige Identifikation der Person über das Zentrale Melderegister bzw. über das Ergänzungsregister**. Mehrfacheinträge ein und derselben Person können damit ausgeschlossen werden. Befindet sich eine Person bereits in Substitutionsbehandlung, ist eine erneute Eingabe nicht möglich.

Neben dem aktiven Register existiert ein **Statistikregister**, in das die Daten ohne Personenbezug aus dem aktiven Register überspielt werden. Daten von ein und derselben Person können anhand der nicht rückführbar verschlüsselten bPK identifiziert werden (pseudonymisierte Daten). Damit werden echte Längsschnittauswertungen möglich.

Abbildung 5.1 veranschaulicht den Ablauf im Rahmen des Substitutionsregisters.

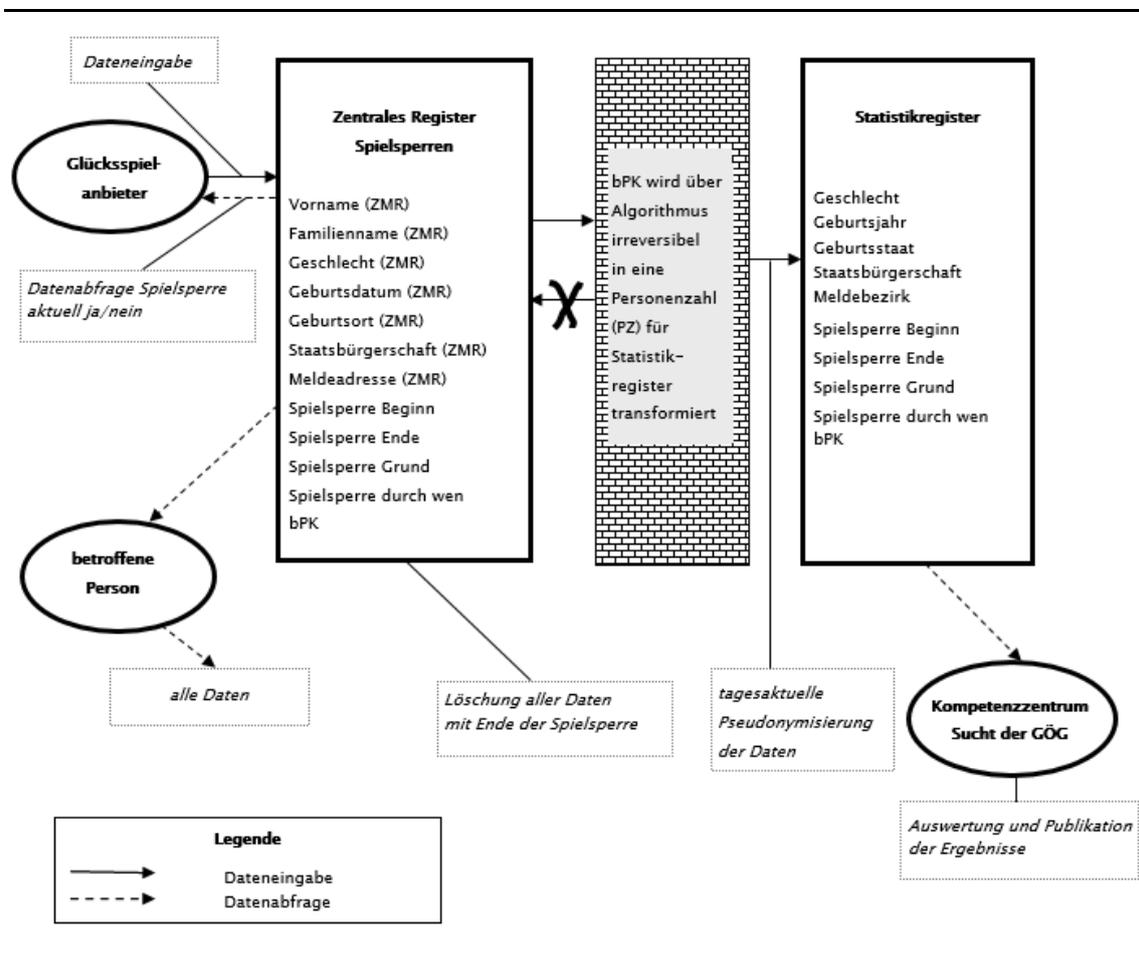
Abbildung 5.1:
Ablaufdiagramm Substitutionsregister (eSuchtmittel)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Wird diese Struktur auf den Bereich Spielersperren übertragen, würde das ein bundesweites Register aller Spielersperren bedeuten (d. h. dies würde Anbietern ermöglichen, zu eruieren, ob eine Person bereits gesperrt ist) – mit der Möglichkeit, die Spielersperren auf pseudonymisierter Basis für epidemiologische Zwecke auszuwerten. Abbildung 5.2 stellt einen Versuch dar, den Ablauf von eSuchtmittel auf den Bereich Spielersperren zu übertragen.

Abbildung 5.2:
 Ablaufdiagramm zentrales Register Spielsperren analog eSuchtmittel



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Ausarbeitung von eSuchtmittel erfolgte durch Partizipation aller am System beteiligten Akteure. Der Konzeption vorangehend bzw. parallel dazu erfolgte die Schaffung der notwendigen gesetzlichen Grundlagen. Ein ähnlicher Prozess wird für den Bereich Spielsperren empfohlen.

6 Schlussfolgerungen

Viele Stakeholder im Bereich Glücksspiel eint das Anliegen, Verhaltenssüchte bezüglich der Erfassung, der Behandlung sowie der Finanzierung von Beratung und Behandlung substanzbezogenen Suchterkrankungen gleichzustellen. Hier besteht in einigen Bereichen wie beispielsweise dem Monitoring ein erheblicher Nachholbedarf. Die adäquate Erfassung des problematischen/pathologischen Glücksspiels muss auf verschiedene Datenquellen wie Bevölkerungsbefragungen, Daten aus dem Beratungs- und Behandlungssetting und solchen von Anbietern aufbauen. Da alle Datenquellen keine perfekten Rückschlüsse ermöglichen, ergibt nur die Zusammenschau unterschiedlicher Datenquellen – ähnlich dem Zusammensetzen eines Puzzles – ein hinreichend verlässliches Bild der aktuellen Situation.

Erfahrungen mit der Umsetzung eines systematischen Monitorings im Bereich der illegalisierten Drogen in der GÖG zeigen, dass die Konzipierung und Implementierung eines **einheitlichen Dokumentationssystems in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen** einen jahrelangen Prozess erfordert. Es müssen unterschiedliche Interessen zahlreicher Stakeholder berücksichtigt werden, damit das System von allen akzeptiert und tatsächlich umgesetzt wird. Geht es um die Entwicklung eines einheitlichen Dokumentationssystems für den Bereich problematisches/pathologisches Glücksspiel, ist die Situation etwas einfacher, weil schon umfangreiche Erfahrungen mit dem oben erwähnten Dokumentationssystem vorliegen. In diesem Zusammenhang kann sowohl auf europaweite Erfahrungen als auch auf nationale Erfahrungen, die landesspezifische Gegebenheiten und Besonderheiten abbilden, zurückgegriffen werden. Positive Synergie ergibt sich auch aus dem Umstand, dass die erfolgreiche Implementierung von Dokumentationssystemen wie z. B. DOKLI die Bedenken von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen stark reduziert hat.

In diesem Zusammenhang ist es besonders vielversprechend, problematische bzw. pathologische Glücksspieler/-innen betreffende Behandlungsinformationen in das System der Behandlung im Bereich illegalisierter Drogen (DOKLI) zu integrieren. Dafür spricht, dass viele Einrichtungen, die sowohl Klientinnen und Klienten mit Drogenproblemen als auch solche mit Glücksspielproblemen behandeln, mit diesem System vertraut sind und die Einbeziehung eines Glücksspielmoduls den zusätzlichen Arbeitsaufwand in diesem Fall in Grenzen hält.

Es gibt in diesem Zusammenhang eine Fülle von Erfahrungen, wie man **nicht-monetäre** Anreize schaffen kann, damit ein solches Dokumentationssystem akzeptiert und angewandt wird. In diesem Bericht werden diesbezüglich Vorstellungen und Erfahrungen beteiligter Expertinnen und Experten sowie Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur (s. Kap. 3.1) präsentiert und diskutiert. Außer Frage steht dabei auch, dass in vielen Bereichen gesetzliche Grundlagen geschaffen werden müssen, um Rahmenbedingungen für ein solches Unterfangen zu schaffen und Probleme auszuräumen, die sich ohne entsprechende gesetzliche Grundlagen ergeben könnten. Besonders vorteilhaft ist es in diesem Zusammenhang, wenn sich die Finanziers von Präventions-, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die von ihren Einrichtungen aus gesetzlichen Gründen Leistungsnachweise einfordern müssen, auf eine gemeinsame Strategie einigen. Des Weiteren wäre es erforderlich, dass sie sich dazu bereiterklären, die bereits bestehenden Dokumentationssysteme und Dokumentationsverpflichtungen entweder in ein umfassendes Gesamtsystem zu überführen,

oder zumindest so zu strukturieren, dass ein einfacher und verlässlicher Datenaustausch mit einem umfassenden Gesamtsystem möglich wird.

Die aktuell bei vielen Expertinnen und Experten im Bereich der Spielsucht vorhandene grundsätzliche Bereitschaft zur Umsetzung eines einheitlichen Dokumentationssystems sollte genutzt und gestärkt werden. Eine Möglichkeit dazu ist eine **bundesweite Vernetzung aller Stakeholder**, vergleichbar etwa mit dem Drogenforum. Um dem Stellenwert der Spielsucht im Sinne der österreichischen Suchtpräventionsstrategie (Bundesministerium für Gesundheit 2015) gerecht zu werden, ist die Erweiterung der bundesweiten Struktur um Verhaltenssuchte erforderlich. Ein fachliches Gremium auf dieser Ebene kann dann die Weichen für die Umsetzung inhaltlicher Agenden setzen, indem Stakeholder gemeinsam Ziele definieren, inhaltliche Arbeiten initiieren und das weitere gemeinsame Vorgehen planen. Aus diesem Grund ist eine zeitnahe Schaffung eines einschlägigen Gremiums auf Bundesebene empfehlenswert bzw. die zeitnahe Entscheidung über weitere diesbezügliche Vorgehensweisen relevant.

Internationale Erfahrungen und die Bewertung nationaler Gegebenheiten zeigen die zum Teil großen **Widerstände und Bedenken** von Glücksspielanbietern hinsichtlich der **Bereitstellung bestimmter Spielerdaten** (konkret Sperrdaten). Spielerdaten werden zwar vereinzelt für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung gestellt, ein systematisches Monitoring erfordert aber die regelmäßige (jährliche) Auswertung von Sperrdaten aller Anbieter. Nur so können aussagekräftige Auswertungen durchgeführt werden, die das Bild des problematischen/pathologischen Glücksspiels in Österreich sinnvoll ergänzen. Optimal in diesem Zusammenhang wäre es natürlich, wenn ein bundesländerübergreifendes Sperrsystem für alle Konzessionäre verbindlich eingeführt würde, weil dann die Erfassung in allen Einrichtungen einheitlich erfolgen würde und die Bereitstellung der Daten über eine einzige Stelle erfolgen könnte.

Immer dann, wenn persönliche Daten von Personen erfasst und ausgewertet werden, sind Datenschutzüberlegungen von großem Stellenwert. Von großem Vorteil ist hier, dass bereits **umfangreiche Erfahrungen mit ähnlich strukturierten Datenbanken im Bereich der illegalen Drogen** vorliegen, bei denen es gelungen ist, datenschutzrechtliche Bedenken im Umgang mit sensiblen Daten zu zerstreuen und gesetzlich hinsichtlich des Datenschutzes einwandfreie Lösungen zu finden. eSuchtmittel ist hier ein geeignetes Beispiel dafür, wie eine solche Umsetzung gelingen kann. Dabei ist es erforderlich, zum einen die Inhalte und den Verwendungszweck unter Beteiligung aller Akteurinnen und Akteure festzulegen und zum anderen auch die gesetzlichen Grundlagen für die Sammlung und Auswertung der Daten zu schaffen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein Basismodul zur Dokumentation in Glücksspieleinrichtungen erarbeitet und abgestimmt. Darüber hinaus wurden weitere bestehende Datenquellen erfasst und analysiert. Basierend auf Best-Practice Erfahrungen und einer Literaturrecherche wurden Anreize zur Etablierung von Dokumentationssystemen zusammengetragen. Die Studie bietet somit eine fundierte Grundlage für weitere Maßnahmen. Zur Umsetzung und Durchführung bedarf es folgender nächster Schritte:

- » konkret ausformulierte Rahmenbedingungen, insbesondere auch diesbezügliche rechtliche Grundlagen
- » bundesweite Vernetzung aller Stakeholder im Rahmen eines Spielsuchtforums

- » Aufbau eines nationalen Monitorings im Bereich Spielsucht
- » ein bundesländerübergreifendes Sperrsystem
- » Publikation und Promotion des Basismoduls zur Dokumentation in Glücksspieleinrichtungen
- » erste Schritte in Richtung Integration des Basismoduls in DOKLI
- » Verankerung des Basismoduls in zu erarbeitenden Qualitätsstandards in Sachen Spielsuchtbehandlung

7 Quellen

- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, J.; Klein, Ch.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien
- Binde, P. (2011): What are the most harmful form of gambling? Analyzing problem gambling prevalence surveys. Center for Public Sector Research, Göteborg
- Blaszczynski, A. (2002): Harm-minimization and gambling: An overview of international initiatives and interventions. Australian Gaming Council, Sydney
- Blaszczynski, A.; Gainsbury, S.; Karlov, L. (2014a): Blue gum gaming machine: an evaluation of responsible gambling features. In: J Gambl Stud 30/3:697-712
- Blaszczynski, A.; Parke, A.; Parke, J.; Rigbye, J. (2014b): Operator-Based Approaches to Harm Minimisation in Gambling. Summary, Review and Future Directions. The Responsible Gambling Trust, London
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ÖSTERREICH. BMASGK, Wien
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, (2019): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. 3. vollständig überarbeitete Auflage. BMASGK, Wien
- Bundesministerium für Finanzen (2017): Glücksspiel. Bericht 2014 – 2016. BMF, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Dokumentation im ambulanten Bereich. Glossar. BMG, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. BMG, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – BMGF-Version 2017 BMGF, Wien
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Türscherl, E. (2018): DOKLI 2.1 – Basismanual. Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen. Gesundheit Österreich, Wien
- Buth, S.; Milin, S.; Kalke, J. (2017): Migration und Glücksspiel. In: SuchtMagazin 5 /:22-26
- Darmer, M.R.; Ankersen, L.; Nielsen, B.G.; Landberger, G.; Lippert, E.; Egerod, I. (2004): The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. In: CScand J Caring Sci 18/:325-332

- European Commission (2014): Commission Recommendation on principles for the protection of consumers and players of online gambling services and for the prevention of minors from gambling online. C(2014)4630/3
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012): Treatment demand indicator (TDI) Standard protocol 3.0 – Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. EMCDDA, Lisbon
- Gainsbury, S. M. (2014): Review of self-exclusion from gambling venues as an intervention for problem gambling. In: *J Gambl Stud* 30/2:229–251
- Griffiths, M.; Wood, R.; Parke, J. (2009): Social Responsibility Tools in Online Gambling: A Survey of Attitudes and Behavior among Internet Gamblers. In: *CyberPsychology & Behavior* 12/4:413–421
- Hayer, T.; Meyer, G. (2010): Internet Self-Exclusion: Characteristics of Self-Excluded Gamblers and Preliminary Evidence for Its Effectiveness. In: *International Journal of Mental Health and Addiction* 9/3:296–307
- Hayer, T.; Turowski, T.; von Meduna, M.; Brosowski, T.; Meyer, G. (2018): Studie zur Wirkung und Optimierung von Spielersperren und Sozialkonzepten in Spielhallen in Hessen. Abschlussbericht an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, Bremen
- Kibbe, D.C. (2011): The EHR Incentive Program: Consider Waiting for Next Year. In: *Family Practice Management* Sep./Oct. 2011:14–16
- LaBrie, R.A.; Nelson, S. E.; LaPlante, D.A.; Peller, A. J.; Caro, G.; Shaffer, H. J. (2007): Missouri Casino Self-Excluders: Distributions Across Time and Space. In: *J Gambl Stud* 23/:231–243
- Ladouceur, R.; Jacques, C.; Giroux, I.; Ferland, F.; Leblond, J. (2000): Analysis of a casino's self-exclusion program. In: *J Gambl Stud* 16/4:453–460
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Gosselin, P. (2007): Self-exclusion program: a longitudinal evaluation study. In: *J Gambl Stud* 23/1:85–94
- Lischer, S.; Auerbach, S.; Schwarz, J. (2016): Die Spielsperre im Kontext des Spielerschutzes, Luzern
- Marbler, C.; Sagerschnig, S.; Winkler, P. (2018): Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten zu den begleiteten Familien. Gesundheit Österreich, Wien
- McMath, E.; Harvey, C. (2004): Complex wounds: a partnership approach to patient documentation. In: *British Journal of Nursing* 13/11:S12–16
- Meyer, G.; Hayer, T. (2010): Die Effektivität der Spielsperre als Maßnahme des Spielerschutzes. Eine empirische Untersuchung von gesperrten Spielern. Peter Lang, Frankfurt am Main

- Milin, S.; Buth, S.; Karakus, D.; Kalke, J. (2017): Glücksspielprobleme bei türkeistämmigen Migranten – Ursachen, Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfen und Unterstützungsbedarf. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg
- Motka, F.; Grune, B.; Slecicka, P.; Braun, B.; Ornberg, J. C.; Kraus, L. (2018): Who uses self-exclusion to regulate problem gambling? A systematic literature review. In: *J Behav Addict* 7/4:903–916
- National Center for Responsible Gaming (2010): Evaluation Self-Exclusion as an Intervention for Disordered Gambling. NCRG
- Nowatzki, N.R.; Williams, D.J. (2002): Casino Self-Exclusion Programmes: A Review of the Issues. In: *International Gambling Studies* 2/:3–26
- Nower, L.; Blaszczynski, A. (2006): Characteristics and gender differences among self-excluded casino problem gamblers: Missouri data. In: *J Gambli Stud* 22/1:81–99
- Nower, L.; Blaszczynski, A. (2008): Characteristics of problem gamblers 56 years of age or older: a statewide study of casino self-excluders. In: *Psychol Aging* 23/3:577–584
- Parke, Jonathan; Parke, A.; Harris, A.; Rigbye, Jane; Blaszczynski, A. (2014): Restricting Access: Self-Exclusion as a gambling harm minimisation measure in Great Britain. In: *The Journal of Gambling Business and Economics* 8/3:52–92
- Porsche, Adrian / Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2019): Persönliche Auskunft.
- Productivity Commission (2010): Gambling Report No. 50, Volume 2, Canberra
- Puhm, A.; Busch, M.; Uhl, A. (2018): Epidemiologie des problematischen und pathologischen Glücksspiels – Möglichkeiten und Grenzen der Erhebung. *Gesundheit Österreich, Wien*
- Rasmussen, S.L.; Lyng, K.M.; Jensen, S. (2012): Achieving IT-supported Standardized Nursing Documentation through Participatory Design. In: *Quality of Life through Quality of Information*. Hg. v. Mantas, J et al.
- RGC (2008): From Enforcement to Assistance: Evolving best Practices in Self-Exclusion. Responsible Gambling Council
- Russo, R. (2003): The power of persuasion. Proven strategies inspire physicians to improve documentation. In: *Journal of Ahima* 74/7:29–33; quiz 35–26
- Shea, Ch.; Reiter, K.L.; Weaver, M.A.; McIntyre, M.; Mose, J.; Thornhill, J.; Malone, R.; Weiner, B.J. (2014): Stage 1 of the meaningful use incentive program for electronic health records: a study of readiness for change in ambulatory practice settings in one integrated delivery system. In: *MBC Medical Informatics and Decision Making* 14/:119–125

Steinberg, M.A. (2008): Ongoing Evaluation of a Self-Exclusion Program. 22nd Conference on Problem Gambling. Long Beach, California

Tavares, H.; Martins, S.S.; Zilberman, M.L.; El-Guebaly, N. (2002): Gamblers Seeking Treatment: Why Haven't They Come Earlier? In: Addict Disord Their Treatment 1/:65-69

Thomas, A.; Carson, R.; Delaquiere, J.; Armstrong, A.; Moore, S.; Christensen, D.; Rintoul, A. (2016): Review of electronic gaming machine pre-commitment features: Self-exclusion. Australian Institute of Family Studies

Uhl, A.; Strizek, J. (2018): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien

VfGH (2018), G77/2018-9

8 Anhang

8.1 Suchstrategien Literaturrecherche

Tabelle 8.1:
Suchstrategie PsycINFO

	Suchbegriffe	Anzahl der Suchergebnisse
1	(uniform adj2 documentation*).ab,ti.	6
2	(standardised adj2 documentation*).ab,ti.	8
3	(standardized adj2 documentation*).ab,ti.	47
4	(unified adj2 documentation*).ab,ti.	2
5	(systematic* adj2 documentation*).ab,ti.	48
6	(standard adj2 documentation*).ab,ti.	15
7	(consistent adj2 documentation*).ab,ti.	15
8	(central* adj2 documentation*).ab,ti.	5
9	exp Motivation/	44803
10	"motivat*".ab,ti.	102977
11	"incentiv*".ab,ti.	13721
12	"inducement*".ab,ti.	351
13	9 or 10 or 11 or 12	123242
14	exp medical records/	2824
15	"documentation*".ab,ti.	7193
16	14 and 15	383
17	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 16	508
18	13 and 17	18

Datenbank: PsycINFO 2002 to December Week 5 2018 via Ovid; Datum der Suche: 7. 1. 2019

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Tabelle 8.2:
Suchstrategie Medline via Ovid

	Suchbegriffe	Anzahl der Suchergebnisse
1	(uniform adj2 documentation*).ab,ti.	52
2	(standardised adj2 documentation*).ab,ti.	77
3	(standardized adj2 documentation*).ab,ti.	336
4	(unified adj2 documentation*).ab,ti.	6
5	(systematic* adj2 documentation*).ab,ti.	189
6	(standard adj2 documentation*).ab,ti.	136
7	(consistent adj2 documentation*).ab,ti.	91
8	(central* adj2 documentation*).ab,ti.	53
9	exp Documentation/st [Standards]	5165
10	exp Medical Records Systems, Computerized/st [Standards]	4358
11	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	9969
12	exp Motivation/	158187
13	"motivat*".ti.	16890
14	"incentiv*".ti.	5696
15	"inducement*".ti.	237
16	12 or 13 or 14 or 15	166018
17	11 and 16	70

Datenbank: Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to January 04, 2019; Datum der Suche: 7. 1. 2019

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

8.2 Involvierte Expertinnen und Experten

Tabelle 8.3:

Am Modul Glücksspiel beteiligte Expertinnen/Experten (in alphabetischer Reihenfolge)

am Abstimmungsprozess beteiligte Expertinnen und Experten	
Dr. Dominik Batthyany	Grüner Kreis, Sigmund Freud Universität
Mag. ^a Margret Dornhofer	SDW Wien
DSA (FH) Christoph Hannemann	
Maximilian von Hartungen	Soziale Dienste Innsbruck
Dr. ⁱⁿ Izabella Horodecki	Spielsuchthilfe Wien
Mag. ^a Christine Köhlmeier	Stiftung Maria Ebene
Dr. ⁱⁿ Monika Lierzer	Fachstelle Glücksspielsucht
DSA Ernst Nagelschmied	Suchtberatungsstelle Klagenfurt
Mag. Michael Peter	Anton Proksch Institut
Mag. ^a Bettina Quantschnig	Krankenhaus de La Tour
Sucht- und Drogenkoordinatorinnen/-koordinatoren	
Dr. ⁱⁿ Barbara Drobesch-Binter	Suchtkoordinatorin des Landes Kärnten
DSA Klaus Peter Ederer	Suchtkoordinator des Landes Steiermark
Mag. ^a (FH) Beate Grüner	Suchtkoordinatorin des Landes Tirol
Dr. ⁱⁿ Ursula Hörhan	Suchtkoordinatorin des Landes Niederösterreich
Ewald Lochner, MA	Koordinator für Psychiatrie, Sucht und Drogenfragen
Thomas Neubacher	Sucht- und Drogenkoordinator des Landes Vorarlberg
Dr. Franz Schabus-Eder	Drogenkoordinator des Landes Salzburg
Thomas Schwarzenbrunner	Drogenkoordinator des Landes Oberösterreich
Mag. ^a Petra Taferner-Kraigher	Suchtkoordinatorin des Landes Burgenland

Pro Institution wurde eine Expertin / ein Experte angeführt. In einigen Einrichtungen erfolgte ein interner Diskussionsprozess, folglich sind die Rückmeldungen mehrerer Mitarbeiter/-innen in den Delphi-Prozess eingeflossen. Vereinzelt inhaltliche Inputs kamen auch von den Sucht- und Drogenkoordinatorinnen/-koordinatoren.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Tabelle 8.4:

Interviewte Expertinnen/Experten an der Gesundheit Österreich (in alphabetischer Reihenfolge) mit Datum der Kontaktaufnahme

Name	Funktion	Datum
Dr. Martin Busch	Abteilungsleiter Kompetenzzentrum Sucht	20. 11. 2019
Dr. ⁱⁿ Sabine Haas	Leitung Nationales Zentrum Frühe Hilfen	21. 11. 2019
DJ ⁱⁿ Petra Winkler	Nationales Zentrum Frühe Hilfen	21. 11. 2019

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

8.3 Modul Glücksspiel

Modul Glücksspiel für Klientinnen und Klienten in Beratung und Behandlung

Basismodul* und erweitertes Modul**

* Die Fragen des Basismoduls sind mit durchgehendem Rahmen gekennzeichnet

** Die Fragen, die im Rahmen des erweiterten Moduls zusätzlich zu den Fragen des Basismoduls erhoben werden, sind mit durchbrochenem Rahmen gekennzeichnet

o Fragen mit Einfachauswahl (Fragen, bei denen nur eine Antwort ausgewählt werden kann)

□ Fragen mit Mehrfachauswahl (Fragen, bei denen gleichzeitig mehrere Antworten ausgewählt werden können)

STAMMDATEN

Geburtsdatum: Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht:

- männlich
- weiblich
- divers

BETREUUNGSSEQUENZ

Betreuungsbeginn: Tag _____ Monat _____ Jahr _____

(1) Hier ist der von der Klientin / vom Klienten als subjektiv am wichtigsten genannte Anstoß zur Aufnahme des aktuellen Behandlungs-/Betreuungsverhältnisses anzugeben.

Hauptanstoß¹ zur aktuellen Kontaktaufnahme:

- eigene Initiative
- Familie oder Freundinnen bzw. Freunde
- andere suchtspezifischen Einrichtungen
- Überweisung durch niedergelassene(n) Ärztin/Arzt
- Überweisung durch Krankenhaus, andere nicht drogenspezifische medizinische Einrichtung
- AMS
- Justiz (Weisung, Therapieaufgabe)
- Schule
- Sonstige, und zwar _____
- unbekannt

(2) bis (5) siehe Manual. Ein Ankreuzen von 'unbekannt' sollte vermieden werden.

Hat die Klientin bzw. der Klient bisher bereits Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- ja, in Form einer stationären Behandlung²
- ja, in Form einer ambulanten Behandlung²/Betreuung³/Beratung⁴
- ja, in Form einer niederschweligen Begleitung⁵
- ja, kurzfristige Beratung und Information
- nein, noch nie
- unbekannt

SOZIODEMOGRAFIE UND SOZIALE SITUATION

(1) Im Sinne von § 137 und § 144 ABGB gemeint – siehe Manual

Hat die Klientin bzw. der Klient versorgspflichtige Kinder?¹

- nein
- ja
- unbekannt

(2) Wird hier angekreuzt, so bedeutet das, dass die Klientin / der Klient einen positiven Pflichtschulabschluss besitzt. Die Absolvierung der (seit geraumer Zeit 9-jährigen) Schulpflicht bedeutet also nicht zwingend auch den (positiven) Abschluss der Pflichtschule! Der Abschluss des Polytechnischen Lehrgangs¹ (neuerdings 'Polytechnische Schule' gehört ebenfalls zum Pflichtschulabschluss).

(3) Bei Befragten, die neben der Lehrabschlussprüfung eine über die Pflichtschule hinausgehende Schulbildung abgeschlossen haben, ist der entsprechende höhere Schulabschluss einzutragen.

(4) bis (6) siehe Manual

Höchste positiv abgeschlossene Schulbildung:

- keine
- Volksschule oder 4 Jahre Sonderschule
- Pflichtschule (Hauptschule oder Unterstufe AHS, Sonderschule 4.–8. Jahr, Poltechnische Schule²)
- Lehrabschlussprüfung³
- Berufsbildende mittlere Schule (=Fachschule ohne Matura)⁴
- Berufsbildende höhere Schule mit Matura⁵, AHS
- Hochschulstudium oder hochschulverwandte Lehranstalt, Kolleg⁶
- unbekannt

(7) **erwerbstätig:** Personen, die als Selbständige oder Unselbständige (Arbeiterinnen/Arbeiter, Angestellte, Beamtinnen/Beamte, Lehrlinge, Heimarbeiterinnen/-arbeiter) einem Beruf nachgehen, unabhängig von der Stundenzahl der Beschäftigung. Als 'erwerbstätig' werden also nicht nur Personen mit Beschäftigung im üblichen Ausmaß (Ganztags- und Halbtagsbeschäftigung) gezählt, sondern auch alle Personen mit geringfügigen Tätigkeiten. Auch Pensionistinnen/Pensionisten, Haushaltsführende, Schülerinnen/Schüler und sonstige erhaltende Personen oder Arbeitslose sind als 'erwerbstätig' einzutragen, wenn sie einer (geringfügigen) Beschäftigung nachgehen. Auch Personen in Elternkarenz gelten als erwerbstätig. Weitere Details siehe Manual.

(8) Wichtige zusätzliche Informationen zu Lebensunterhalt – Erwerbstätigkeit können hier angekreuzt werden.

(9) Hier wird nur angekreuzt, wenn Klientin/Klient als arbeitslos gemeldet ist und entweder Arbeitslosengeld oder Notstandhilfe bezieht.

(10) In Karenz befinden sich Personen, die nach der Geburt eines Kindes im gesetzlichen Karenzurlaub mit Karenzurlaubsgeld sind.

(11) Jene Personen, die ihren Lebensunterhalt vorwiegend aus Pensionen, Renten und Einkünften von eigenem Besitz (z.B. Leibrente, Aktionärin/Aktionär, Verpächterin/Verpächter) bestreiten. Ausführliche Definitionen siehe Manual.

Lebensunterhalt – Erwerbstätigkeit:

- ja, voll erwerbstätig⁷ (35 und mehr Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- ja, teilzeit erwerbstätig (13 bis 34 Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- ja, geringfügig erwerbstätig (unter 13 Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- nein, keine Erwerbstätigkeit
- unbekannt, ob erwerbstätig

Sonstige Formen des Lebensunterhalts⁸: (mind. 1 Ankreuzung notwendig)

- keine sonstige Form des Lebensunterhalts
- Arbeitslosengeld (arbeitslos gemeldet bis zu 6 Monaten)⁹
- bedarfsorientierte Mindestsicherung
- Präsenz- oder Zivildienst
- Karenzgeld¹⁰
- Pension¹¹
- Hausfrau/Hausmann (=Lebensunterhalt durch Partnerin/Partner)
- Kind, Schülerin/Schüler, Studentin/Student
- anderer Lebensunterhalt (z.B. Unterstützung durch Verwandte, illegale Einkünfte)
- berufliche Reintegrationsmaßnahme bzw. Umschulungsmaßnahme
- sonstige Formen des Lebensunterhalts unbekannt

(12) Lebensmittelpunkt ist jener Ort, in dem schwerpunktmäßig im letzten halben Jahr vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung gewohnt wurde.

Lebensmittelpunkt¹² im letzten halben Jahr vor Betreuungsbeginn:

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien
- Ausland
- unbekannt

(13) Diese Frage bezieht sich auf die aktuelle Wohnsituation in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn.

(14) Diese Frage bezieht sich auf Kinder bis zum 18. Lebensjahr, die aktuell (in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn) in einem gemeinsamen Haushalt mit der Klientin/dem Klienten leben. Es ist dabei nicht relevant, ob es sich um (ein) Kind(er) der Klientin/des Klienten handelt bzw. ob die Klientin/der Klient für diese(s) Kind(er) versorgepflichtig ist

(15) Ein Migrationshintergrund liegt vor, wenn beide Eltern im Ausland geboren wurden. Das Geburtsland der Klientin/des Klienten differenziert des Weiteren zwischen Migrantinnen/Migranten 1. bzw. 2. Generation.

(16) Hier ist die von der Klientin/ vom Klienten geschätzte Höhe der Schulden anzugeben.

(17) Hier ist anzugeben, ob bei der Klientin/dem Klienten aufgrund der Spielproblematik Exekutionen im Sinne der Exekutionsordnung erfolgt sind.

(18) Wird hier angekreuzt, hat die Klientin/der Klient ein Delikt verübt, um Spiel- oder Wettensätze zu lukrieren oder Verbindlichkeiten zurückzuzahlen, die mit durch das Glücksspiel entstanden sind.

(19) Hier ist anzugeben, ob (eine) rechtskräftige gerichtliche Verurteilung(en) für eine glücksspielbezogene Straftat vorliegt. Weitere Informationen siehe Manual.

(20) Hier ist anzugeben, ob die aktuelle Beratung/Behandlung aufgrund einer gerichtlichen Weisung erfolgt.

(21) Wird hier angekreuzt, befindet sich die Klientin/der Klient in einem elektronisch überwachten Hausarrest (Fußfessel).

(22) Hier wird angekreuzt, wenn diese Ereignisse überwiegend infolge der Glücksspielproblematik der Klientin/des Klienten erfolgt ist.

(1) Es ist maximal eine Diagnose möglich.

(2) Es sind maximal 5 weitere Diagnosen möglich

(3) Hier ist anzugeben, ob die Klientin/der Klient in der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen hat.

Aktuelle Wohnsituation¹³ (mit wem?):

Lebt die Klientin bzw. der Klient mit (mindestens) einem Kind¹⁴ in einem gemeinsamen Haushalt?

- nein
- ja
- unbekannt

Mit wem wohnt/lebt die Klientin bzw. der Klient aktuell (sonst noch) zusammen?

- mit (sonst) niemandem
- mit Eltern oder engen Verwandten (z.B. Großeltern, Geschwistern)
- mit Partnerin/Partner
- mit Freundinnen/Freunden oder anderen Personen (z.B. Wohngemeinschaft, etc.)
- andere
- unbekannt

Migrationshintergrund¹⁵:

Geburtsland der Klientin/des Klienten:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Geburtsland des Vaters:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Geburtsland der Mutter:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Finanzielle Situation:

Schulden:

- ja
- Schuldenhöhe¹⁶: _____ Euro
- nein

Exekutionen¹⁷:

- ja
- nein

Rechtliche Situation:

Glücksspielbezogene Straftaten¹⁸:

- ja
- nein

Vorstrafe(n)¹⁹:

- ja
- nein

Gerichtliche Weisung zu Beratung/Behandlung²⁰:

- ja
- nein

Fußfessel²¹:

- ja
- nein

Weitere Belastungsfaktoren²²:

- Verlust des Arbeitsplatzes / Unternehmens
- Verlust der Wohnung /des Eigenheims
- Trennung /Scheidung

ICD-10 CODES UND SUIZIDVERSUCHE

Wurde bei Klientin/Klient eine Diagnostik nach ICD-10 durchgeführt?

- ja
- nein

Sucht-Hauptdiagnose¹:

F _____

Sucht-Nebendiagnosen²:

F _____ F _____ F _____
F _____ F _____

Andere ICD-Nebendiagnosen (psychiatrische Komorbidität und Begleiterkrankungen)

Suizidversuche³:

- ja
- nein

GLÜCKSSPIELANAMNESE

(1) Hier ist die von der Klientin / dem Klienten geschätzte Dauer der Spielproblematik in Jahren einzutragen

Dauer der Probleme mit Glücksspiel: _____ Jahre

(2) Hier sind jene Glücksspielformen zu erfassen, die die Klientin / der Klient aktuell (vor Beginn der aktuellen Beratung/ Behandlung) als problematisch einschätzt.

(3) Die von der Klientin / dem Klienten bevorzugten Spielorte bzw. Vertriebswege werden für jede der zuvor genannten aktuell problematischen Glücksspielformen erfasst. Dabei wird nicht unterschieden, ob es sich um legale oder illegale Angebote handelt.

Aktuell problematische Glücksspielformen² und bevorzugte Spielorte bzw. Vertriebswege³
(Mehrfachnennungen möglich)

	Nutzung		Spielort						
	aktuell problematische Glücksspielformen		Kasino	Automatensalon	Gastronomie/Tankstelle	Vertriebs- und Annahmestelle (z. B. Trafiken, Tankstellen)	Wettlokal	Sonstiges	Internet
<input type="checkbox"/> Automaten/Slots	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Roulette	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poker	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kartenspiele (außer Poker)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wetten	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lotterien	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brieflose/Rubbellose	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Börsenspekulationen	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere Spielformen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.4 Manual zum Modul Glücksspiel

Basismanual Modul Glücksspiel

Inhalt

1	Einleitung und Rahmenbedingungen	1
2	Daten des Moduls Glücksspiel.....	2
2.1	Basismodul	2
2.1.1	Betreuungssequenz.....	2
2.1.2	Soziodemografie	2
2.1.3	Glücksspielanamnese	8
2.2	Erweitertes Modul	9
2.2.1	Betreuungssequenz.....	9
2.2.2	Soziodemografie	11
2.2.3	ICD-10-Codes.....	17
2.2.4	Glücksspielanamnese	18

1 Einleitung und Rahmenbedingungen

Das Manual soll Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen für die Beratung und Behandlung von Glücksspielerinnen/-spielern bei der einheitlichen Dokumentation ihrer Klientinnen und Klienten unterstützen. Definitionen und Anleitungen sollen die Erfassung der Daten erleichtern und deren Qualität sichern.

Das Modul Glücksspiel (Basismodul und erweitertes Modul) ist hinsichtlich des Aufbaus und einiger Items analog DOKLI aufgebaut, einem bundesweit einheitlichen System zur Dokumentation von Klientinnen und Klienten in Drogeneinrichtungen.

2 Daten des Moduls Glücksspiel

Es steht ein Basismodul und ein erweitertes Modul zur Verfügung. Im Folgenden werden die für das Verständnis der Fragen notwendigen Erklärungen und Definitionen in der Reihenfolge ihres Vorkommens dargestellt.

Bei den Fragen wird zwischen Einfachfragen (Fragen, bei denen nur eine Antwort ausgewählt werden kann, gekennzeichnet mit o) und Fragen mit Mehrfachauswahl (Fragen, bei denen gleichzeitig mehrere Antworten gegeben werden können, gekennzeichnet mit) unterschieden.

2.1 Basismodul

2.1.1 Betreuungssequenz

Die Angaben zur Betreuung sind für die statistische Auswertung unabdingbar und müssen daher vollständig vorhanden sein.

Betreuungsbeginn: Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Hier ist das Datum des ersten Face-to-Face-Kontakts der jeweiligen Betreuungssequenz einzutragen.

Betreuungsbeginn: Der Fragebogen ist zu Beginn jeder neuen Betreuungssequenz neu auszufüllen. Als Beginn einer Betreuungssequenz gilt, wenn

- » die Klientin / der Klient erstmals in der Einrichtung betreut wird,
- » die Klientin / der Klient bereits in der Einrichtung betreut worden war, die Betreuung aber beendet wurde (z. B. regulär, Abbruch, Vermittlung an andere Einrichtung) und eine erneute Betreuung beginnt,
- » die Klientin / der Klient die Betreuung ohne Vereinbarung für länger als ein halbes Jahr unterbrochen hat (z. B. Klientin/Klient kommt einfach nicht mehr) und dann wieder betreut wird.

2.1.2 Soziodemografie

Alter der Klientin / des Klienten

Geburtsdatum: Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Bei Benutzung der DOKLI-Software wird das Geburtsdatum bereits im Rahmen der Stammdaten erfasst und für die Soziodemografie übernommen.

Geschlecht der Klientin / des Klienten

Geschlecht:

- männlich
- weiblich
- divers

Bei Benutzung der DOKLI-Software wird das Geschlecht bereits im Rahmen der Stammdaten erfasst und für die Soziodemografie übernommen.

Ausbildungsstatus

Höchste positiv abgeschlossene Schulbildung:

- keine
- Volksschule oder 4 Jahre Sonderschule
- Pflichtschule (Hauptschule oder Unterstufe AHS, Sonderschule 4.-8. Jahr, polytechnische Schule)
- Lehrabschlussprüfung
- berufsbildende mittlere Schule (= Fachschule ohne Matura)
- (berufsbildende) höhere Schule mit Matura, AHS
- Hochschulstudium oder hochschulverwandte Lehranstalt, Kolleg
- unbekannt

Pflichtschule: Wird hier angekreuzt, so bedeutet das, dass die Klientin / der Klient einen **positiven** Pflichtschulabschluss besitzt. Die Absolvierung der Schulpflicht bedeutet also nicht zwingend auch den (positiven) Abschluss der Pflichtschule! Der Abschluss der polytechnischen Schule gehört ebenfalls zum „Pflichtschulabschluss“.

Lehrabschlussprüfung: „Lehrabschlussprüfung“ ist hier einzutragen, wenn im Rahmen eines Lehrverhältnisses eine Ausbildung mit gleichzeitigem Besuch einer gewerblichen, kaufmännischen oder land- und forstwirtschaftlichen Berufsschule erfolgte und diese Ausbildung mit einer Lehrabschlussprüfung (Prüfung für Gesellinnen/Gesellen, Gehilfinnen/Gehilfen oder Facharbeiterinnen/-arbeiter) abgeschlossen wurde. Bei Befragten, die neben der Lehrabschlussprüfung eine über die Pflichtschule hinausgehende Schulbildung abgeschlossen haben, ist der entsprechende höhere Schulabschluss einzutragen.

Berufsbildende mittlere Schulen: Unter dieser Kategorie sind Fachschulen ohne Maturaabschluss zu kodieren. Es sind dies z. B. mittlere Schulen (Fachschulen) des Ausbildungsbereichs Bekleidung, Modiefachschulen, mittlere Schulen (Fachschulen) des Ausbildungsbereichs Fremdenverkehr, mittlere Schulen (Fachschulen) des Ausbildungsbereichs Kunstgewerbe, Meisterschulen, Werkmeisterschulen, Bauhandwerkerschulen, Büroschulen, Büro- und Verwaltungsschulen, Handelsschulen, Schulen für Datenverarbeitung, Haushaltsschulen, Hauswirtschaftsschulen, dreijährige Fachschulen für wirtschaftliche (Frauen-)Berufe, Fachschulen für Sozialberufe, Schulen des medizinisch-technischen Fachdienstes, Schulen des Krankenpflegefachdienstes, mittlere Lehr- und Bildungsanstalten für Arbeitslehrerinnen/-lehrer, Erzieherinnen-/Erzieherbildung, Bildungsanstalten

für Kindergärtnerinnen/-gärtner, Bildungsanstalten für Erzieherinnen/Erzieher, landwirtschaftliche Fachschulen, forstwirtschaftliche Fachschulen. Wurde eine der obigen Fachschulen mit Maturaabschluss beendet (z. B. geänderte gesetzliche Regelungen), so ist die Kategorie (berufsbildende) höhere Schule mit Matura anzukreuzen!

(Berufsbildende) höhere Schulen: Unter dieser Kategorie sind Fachschulen mit Maturaabschluss (z. B. HAK, HTL etc.) bzw. der Abschluss einer AHS zu kodieren.

Hochschulstudium oder hochschulverwandte Lehranstalt, Kolleg: Zu den hochschulverwandten Lehranstalten zählen z. B. Universitäten, Fachhochschulen, pädagogische Hochschulen, Schulen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes etc. Ein Kolleg ist dadurch gekennzeichnet, dass zur Aufnahme ein Maturaabschluss notwendig ist.

Lebensunterhalt der Klientin / des Klienten

Lebensunterhalt – Erwerbstätigkeit:

- ja, voll erwerbstätig (35 und mehr Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- ja, in Teilzeit erwerbstätig (13 bis 34 Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- ja, geringfügig erwerbstätig (unter 13 Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- nein, keine Erwerbstätigkeit
- unbekannt, ob erwerbstätig

Erwerbstätig sind alle Personen, die als Selbstständige oder Unselbstständige (Arbeiterinnen/Arbeiter, Angestellte, Beamtinnen/Beamte, Lehrlinge, Heimarbeiterinnen/-arbeiter) einem Beruf nachgehen, unabhängig von der Stundenanzahl der Beschäftigung (ausgenommen Personen im Karenzurlaub und Personen im Präsenz- bzw. Zivildienst, die hier in eigenen Positionen erfasst werden). Als „erwerbstätig“ gelten auch mithelfende Familienangehörige, die im Betrieb eines Haushalts- bzw. Familienmitglieds arbeiten, ohne dass sie dafür besonders entlohnt werden und ohne dass dafür ein förmliches Arbeitsverhältnis (Sozialversicherung) besteht. In landwirtschaftlichen Betrieben (Voll- und Nebenerwerb) wird die Frau des Betriebsinhabers / der Mann der Betriebsinhaberin häufig als „erwerbstätig“ einzutragen sein. Als „erwerbstätig“ werden hier also nicht nur Personen mit Beschäftigung im üblichen Ausmaß (Ganztags- und Halbtagsbeschäftigung) gezählt, sondern auch alle Personen mit geringfügigen Tätigkeiten. Diese Definition ist für internationale Vergleiche notwendig. Auch Personen, die sich als Pensionistinnen/Pensionisten, Haushaltsführende, Schülerinnen/Schüler, Studentinnen/Studenten und sonstige erhaltene Personen oder Arbeitslose bezeichnen, sind hier als „erwerbstätig“ einzutragen, wenn sie einer (geringfügigen) Beschäftigung nachgehen. Als „erwerbstätig“ gelten auch Personen in „Teilzeitkarenz“ sowie behinderte Personen, die in geschützten Werkstätten tätig sind. Personen, die an Umschulungsmaßnahmen teilnehmen, gelten nur dann als erwerbstätig, wenn sie über einen Betrieb und nicht über die Arbeitsmarktverwaltung krankenversichert sind. Ebenso zählen als „erwerbstätig“ jene Personen, die sich – abgesehen von der traditionellen Lehrausbildung – in einer bezahlten Ausbildung befinden. Dazu gehören etwa Besucherinnen/Besucher von Krankenpflege- oder Polizeischulen.

Sonstige Formen des Lebensunterhalts: *(mindestens eine Ankreuzung notwendig)*

- keine sonstige Form des Lebensunterhalts
- Arbeitslosengeld (arbeitslos gemeldet bis zu 6 Monaten)
- Arbeitslosengeld/Notstandshilfe (arbeitslos gemeldet länger als 6 Monate)
- bedarfsorientierte Mindestsicherung
- Präsenz- oder Zivildienst
- Karenzgeld
- Pension
- Hausfrau/Hausmann (= Lebensunterhalt durch Partnerin/Partner)
- Kind, Schülerin/Schüler, Studentin/Student (= sogenannte erhaltene Personen)
- anderer Lebensunterhalt (z. B. Unterstützung durch Verwandte, illegale Einkünfte)
- berufliche Reintegrationsmaßnahme bzw. Umschulungsmaßnahme
- sonstige Formen des Lebensunterhalts unbekannt

Arbeitslosengeld: Hier wird nur angekreuzt, wenn die Klientin / der Klient als arbeitslos gemeldet ist und entweder Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe bezieht. Erhält die Person zusätzlich Mindestsicherung, ist dennoch nur „Arbeitslosengeld“ anzukreuzen.

Karenzgeld: In Karenz befinden sich jene Personen, die nach der Geburt eines Kindes im gesetzlichen Karenzurlaub mit Karenzurlaubsgeld sind. Dieser gesetzliche Anspruch besteht nur für unselbstständig Erwerbstätige (Frauen und Männer) bis zum Ende des zweiten Lebensjahres des Kindes. Personen, die nach Ablauf dieser beiden Jahre aufgrund betrieblicher Vereinbarungen (oder z. B. im öffentlichen Dienst) ein weiteres, unbezahltes Jahr zum Zweck der Kindererziehung vom Arbeitgeber karenziert werden, sind nicht mehr im gesetzlichen Karenzurlaub und deshalb der Kategorie Hausfrau/Hausmann zuzuordnen. Frauen, die im Mutterschutz sind (im Normalfall acht Wochen vor und nach der Geburt des Kindes), zählen nicht zu den Karenzurlaubenden, sondern fallen unter die Kategorie „erwerbstätig“. Personen, die vom Dienstgeber für Aus- bzw. Fortbildungszwecke oder für andere berufliche Tätigkeiten über längere Zeit – unbezahlt – beurlaubt werden, dürfen keinesfalls der Gruppe „im Karenzurlaub“ zugezählt werden, sondern zählen, sofern die Karenzierung ein Jahr nicht überschreitet, jedenfalls als „erwerbstätig“.

Pension: In der Position „Pension“ sind jene Personen zu erfassen, die ihren Lebensunterhalt vorwiegend aus Pensionen, Renten und Einkünften aus eigenem Besitz (z. B. Leibrente, Aktionärin/Aktionär, Verpächterin/Verpächter) bestreiten. Zu dieser Gruppe zählen auch Auszügler (Bezieherinnen/Bezieher einer Bauernpension), d. h. ehemalige Eigentümerinnen/Eigentümer eines landwirtschaftlichen Betriebs oder deren Witwen/Witwer, die neben Leistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung aufgrund eines Vertrags mit der Hofübernehmerin / dem Hofübernehmer bestimmte Unterhaltsleistungen (Wohnung, laufende Natural- oder Geldleistungen) beziehen. Witwen/Witwer von Eigentümerinnen/Eigentümern eines gewerblichen Betriebs werden, wenn sie im Betrieb mit tätig sind, als „erwerbstätig“ eingetragen, im anderen Fall bei der Position „Pension“.

Wohnsituation der Klientin / des Klienten

Lebensmittelpunkt im letzten halben Jahr vor Betreuungsbeginn:

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien
- unbekannt

Lebensmittelpunkt ist jener Ort, in dem schwerpunktmäßig im letzten halben Jahr vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung gewohnt wurde.

Migrationshintergrund der Klientin / des Klienten

Migrationshintergrund:

Geburtsland der Klientin / des Klienten:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Geburtsland des Vaters:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Geburtsland der Mutter:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Die Definition des Migrationshintergrunds orientiert sich an jener der ÖSTAT1 bzw. der United Nations Economic Commission for Europe² (UNECE).

Migrationshintergrund: Ein Migrationshintergrund liegt dann vor, wenn beide Elternteile einer Person im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge in Migrantinnen und

1

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html

2

http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/2015/ECECES41_EN.pdf

Migranten der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Zuwanderer der zweiten Generation (Kinder zugewanderter Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern.

Rechtliche Situation

Die finanziellen Auswirkungen eines problematischen/pathologischen Glücksspielverhaltens sind zumeist gravierend. Die Erfassung von Delikten im Zusammenhang mit Glücksspiel bildet einen Aspekt der Problematik ab.

Glücksspielbezogene Straftaten:

- ja
- nein

Glücksspielbezogene Straftaten: Diese liegen dann vor, wenn eine Spielerin / ein Spieler ein Delikt verübt, um (1) Spiel- bzw. Wetteinsätze zu lukrieren oder (2) Verbindlichkeiten zu bezahlen, die durch das Glücksspiel entstanden sind. Dabei ist es unerheblich, ob diese Straftat zu einer Anzeige oder einer Verurteilung geführt hat oder nicht.

Vorstrafe(n) aufgrund einer glücksspielbezogenen Straftat

- ja
- nein

Vorstrafe: rechtskräftige gerichtliche Verurteilung wegen einer glücksspielbezogenen Straftat (siehe oben) und infolge dessen die Aufnahme dieser Straftat in das Strafregister. Inkludiert auch bereits getilgte Vorstrafen, exklusive Maßnahmen der Diversion und verwaltungsrechtliche Verfahren.

Weitere Belastungsfaktoren

Im Zusammenhang mit einem problematischen/pathologischen Glücksspielverhalten lassen sich zahlreiche weitere Belastungsfaktoren beschreiben. Einige dieser Aspekte werden im Folgenden erhoben, wobei zentral ist, dass (1) diese zumindest zu einem überwiegenden Teil mit dem problematischen/pathologischen Glücksspielverhalten im Zusammenhang stehen und (2) irgendwann im Laufe des Lebens stattgefunden haben.

Weitere Belastungsfaktoren (Mehrfachantworten möglich):

- Verlust des Arbeitsplatzes/Unternehmens
- Verlust der Wohnung / des Eigenheims
- Trennung/Scheidung
- Suizidversuche

2.1.3 Glücksspielanamnese

Dauer der Problematik

Dauer der Probleme mit Glücksspiel: _____ Jahre

Bei dieser Frage soll die von der Klientin / vom Klienten geschätzte Dauer der Spielproblematik in Jahren angegeben werden.

Aktuell problematische Glücksspielformen und bevorzugte Spielorte bzw. Vertriebswege

Bei dieser Frage werden zuerst all jene Glücksspielformen erfasst, die von der Klientin / dem Klienten selbst als aktuell problematisch (vor Beginn der aktuellen Beratung/Behandlung) eingestuft werden. Aktuell problematisch ist in jedem Fall jene Glücksspielform, die zur aktuellen Beratung/Behandlung geführt hat. Anschließend werden bei jeder der genannten problematischen Glücksspielformen die von der Klientin / dem Klienten bevorzugten Spielorte bzw. Vertriebswege erfasst. Bei den Spielorten/Vertriebswegen wird nicht zwischen lizenzierten und nichtlizenzierten Angeboten unterschieden.

Aktuell problematische Glücksspielformen und bevorzugte Spielorte bzw. Vertriebswege:
(Mehrfachnennungen möglich)

	Nutzung aktuell problematische Glücksspielformen	Spielort/Vertriebsweg						
		terrestrisch						online
		Spielbank	Automatensalon, VLT-Outlet	Gastronomie (Gasthaus, Tankstelle)	Vertriebs- und Annahmestelle (z. B. Trafiken, Tankstellen)	Wettlokal	Sonstiges	Internet
Automaten/Slots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roulette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartenspiele (außer Poker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wetten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lotterien	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brieflose/Rubbellose	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Börsenspekulationen	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Spielformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Automaten/Slots: Teilnahme an Automaten spiel, online oder terrestrisch (in Spielbanken, Automaten salons, VLT-Outlets (WINWIN), Einzelaufstellung in Gaststätten, Tankstellen, u. Ä.)

Kartenspiele (außer Poker): andere Kartenspiele wie z. B. Poker, Black Jack, Baccarat

Wetten: Sportwetten, Gesellschaftswetten

Lotterien: 6 aus 45, Euromillionen, Toto, Joker, Bingo, Zahlenlotto, Klassenlotterie, ToiToiToi

Brieflose / Rubbellose: Angebote der Sofortlotterie, bei denen die Spielteilnehmer/-innen nach dem Erwerb und Aufreißen bzw. Freirubbeln des Loses einen allfälligen Gewinn feststellen können; auch in elektronischer Form verfügbar

Börsenspekulationen: unterschiedliche Formen der Finanzwette; Handel mit Aktien, Devisen- und Warentermingeschäften, die nicht der langfristigen Geldanlage dienen; inklusive binärer Optionen

Spielbank: terrestrisches (lizenziertes) Kasino mit unterschiedlichen Glücksspielangeboten

Automaten salon: inkludiert Glücksspielautomaten (GSA) in Spielhallen mit zumindest 10 GSA, VLT-Outlets (WINWIN); nicht inkludiert ist der Automatenbereich innerhalb einer Spielbank

Gastronomie/Tankstelle: umfasst Automaten in Einzelaufstellung in Gastronomiebetrieben, Tankstellen etc.

Vertriebsstelle/Annahmestelle: Orte, an denen Lotterienprodukte erworben und Wettscheine abgegeben werden können, z. B. Trafiken, Tankstellen, Postämter, Lebensmittelgeschäfte; inklusive einzelner Wettterminals für Sportwetten

Wettlokal: Wettbüro; Spielstätte mit mehreren Wettterminals

Internet: unterschiedliche lizenzierte und nichtlizenzierte Onlineglücksspielangebote, bei denen der Zugang über unterschiedliche Endgeräte wie z. B. PC, Tablet, Smartphone erfolgt

2.2 Erweitertes Modul

2.2.1 Betreuungssequenz

Die Angaben zur Betreuung sind für die statistische Auswertung unabdingbar und müssen daher vollständig vorhanden sein.

Betreuungsbeginn: Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Hier ist das Datum des ersten Face-to-Face-Kontakts der jeweiligen Betreuungssequenz einzutragen.

Betreuungsbeginn: Der Fragebogen ist zu Beginn jeder neuen Betreuungssequenz neu auszufüllen. Als Beginn einer Betreuungssequenz gilt, wenn

- » die Klientin / der Klient erstmals in der Einrichtung betreut wird,
- » die Klientin / der Klient bereits in der Einrichtung betreut worden war, die Betreuung aber beendet wurde (z. B. regulär, Abbruch, Vermittlung an andere Einrichtung) und eine erneute Betreuung beginnt,
- » die Klientin / der Klient die Betreuung ohne Vereinbarung für länger als ein halbes Jahr unterbrochen hat (z. B. Klientin/Klient kommt einfach nicht mehr) und dann wieder betreut wird.

Bisherige Beratungen/Behandlungen

Hat die Klientin bzw. der Klient bisher bereits Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- ja, in Form einer stationären Behandlung
- ja, in Form einer ambulanten Behandlung/Betreuung/Beratung
- ja, in Form einer niederschweligen Begleitung
- ja, kurzfristige Beratung und Information
- nein, noch nie
- unbekannt

Diese Frage dient in erster Linie dazu, die Inzidenz der Betreuung wegen Glücksspielproblemen festzustellen. Da die Inzidenz einen wichtigen Indikator zur Beschreibung der Spielsuchtsituation darstellt, ist die Beantwortung verpflichtend. Das Ankreuzen von *,unbekannt'* sollte vermieden werden.

Kontaktaufnahme

Hauptanstoß zur aktuellen Kontaktaufnahme

- eigene Initiative
- Familie oder Freundinnen bzw. Freunde
- andere suchtspezifische Einrichtungen
- Überweisung durch niedergelassene Ärztin / niedergelassenen Arzt
- Überweisung durch Krankenhaus, andere nicht suchtspezifische medizinische Einrichtung
- Sozialamt, Jugendwohlfahrt, Gesundheitsbehörde
- AMS
- Justiz (Weisung, Therapieauflage)
- Schule
- Sonstige, und zwar _____
- unbekannt

Hier ist der von der Klientin / vom Klienten als subjektiv am wichtigsten genannte Anstoß zur Aufnahme des aktuellen Behandlungs-/Betreuungsverhältnisses anzugeben.

2.2.2 Soziodemografie

Alter der Klientin / des Klienten

Geburtsdatum: Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Bei Benutzung der DOKLI-Software wird das Geburtsdatum bereits im Rahmen der Stammdaten erfasst und für die Soziodemografie übernommen.

Geschlecht der Klientin / des Klienten

Geschlecht:

- männlich
- weiblich
- divers

Bei Benutzung der DOKLI-Software wird das Geschlecht bereits im Rahmen der Stammdaten erfasst und für die Soziodemografie übernommen.

Ausbildungsstatus

Höchste positiv abgeschlossene Schulbildung:

- keine
- Volksschule oder 4 Jahre Sonderschule
- Pflichtschule (Hauptschule oder Unterstufe AHS, Sonderschule 4.-8. Jahr, polytechnische Schule)
- Lehrabschlussprüfung
- berufsbildende mittlere Schule (= Fachschule ohne Matura)
- (berufsbildende) höhere Schule mit Matura, AHS
- Hochschulstudium oder hochschulverwandte Lehranstalt, Kolleg
- unbekannt

Pflichtschule: Wird hier angekreuzt, so bedeutet das, dass die Klientin / der Klient einen **positiven** Pflichtschulabschluss besitzt. Die Absolvierung der Schulpflicht bedeutet also nicht zwingend auch den (positiven) Abschluss der Pflichtschule! Der Abschluss der polytechnischen Schule gehört ebenfalls zum „Pflichtschulabschluss“.

Lehrabschlussprüfung: „Lehrabschlussprüfung“ ist hier einzutragen, wenn im Rahmen eines Lehrverhältnisses eine Ausbildung mit gleichzeitigem Besuch einer gewerblichen, kaufmännischen oder land- und forstwirtschaftlichen Berufsschule erfolgte und diese Ausbildung mit einer Lehrabschlussprüfung (Prüfung für Gesellinnen/Gesellen, Gehilfinnen/Gehilfen oder Facharbeiterinnen/-arbeiter) abgeschlossen wurde. Bei Befragten, die neben der Lehrabschlussprüfung eine über die Pflichtschule hinausgehende Schulbildung abgeschlossen haben, ist der entsprechende höhere Schulabschluss einzutragen.

Berufsbildende mittlere Schulen: Unter dieser Kategorie sind Fachschulen ohne Maturaabschluss zu kodieren. Es sind dies z. B. mittlere Schulen (Fachschulen) des Ausbildungsbereichs Bekleidung, Modefachschulen, mittlere Schulen (Fachschulen) des Ausbildungsbereichs Fremdenverkehr, mittlere Schulen (Fachschulen) des Ausbildungsbereichs Kunstgewerbe, Meisterschulen, Werkmeisterschulen, Bauhandwerkerschulen, Büroschulen, Büro- und Verwaltungsschulen, Handelsschulen, Schulen für Datenverarbeitung, Haushaltsschulen, Hauswirtschaftsschulen, dreijährige Fachschulen für wirtschaftliche (Frauen-)Berufe, Fachschulen für Sozialberufe, Schulen des medizinisch-technischen Fachdienstes, Schulen des Krankenpflegefachdienstes, mittlere Lehr- und Bildungsanstalten für Arbeitslehrerinnen/-lehrer, Erzieherinnen-/Erzieherbildung, Bildungsanstalten für Kindergärtnerinnen/-gärtner, Bildungsanstalten für Erzieherinnen/Erzieher, landwirtschaftliche Fachschulen, forstwirtschaftliche Fachschulen. Wurde eine der obigen Fachschulen mit Maturaabschluss abgeschlossen (z. B. geänderte gesetzliche Regelungen), so ist die Kategorie (Berufsbildende) höhere Schule mit Matura anzukreuzen!

(Berufsbildende) höhere Schulen: Unter dieser Kategorie sind Fachschulen mit Maturaabschluss (z. B. HAK, HTL etc.) bzw. der Abschluss einer AHS zu kodieren.

Hochschulstudium oder hochschulverwandte Lehranstalt, Kolleg: Zu den hochschulverwandten Lehranstalten zählen z. B. Universitäten, Fachhochschulen, pädagogische Hochschulen, Schulen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes etc. Ein Kolleg ist dadurch gekennzeichnet, dass zur Aufnahme ein Maturaabschluss notwendig ist.

Lebensunterhalt der Klientin / des Klienten

Lebensunterhalt – Erwerbstätigkeit:

- ja, voll erwerbstätig (35 und mehr Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- ja, in Teilzeit erwerbstätig (13 bis 34 Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- ja, geringfügig erwerbstätig (unter 13 Wochenstunden, mehrere Teilbeschäftigungen werden summiert)
- nein, keine Erwerbstätigkeit
- unbekannt, ob erwerbstätig

Erwerbstätig sind alle Personen, die als Selbstständige oder Unselbstständige (Arbeiterinnen/Arbeiter, Angestellte, Beamtinnen/Beamte, Lehrlinge, Heimarbeiterinnen/-arbeiter) einem Beruf nachgehen, unabhängig von der Stundenanzahl der Beschäftigung (ausgenommen Personen im Karenzurlaub und Personen im Präsenz- bzw. Zivildienst, die hier in eigenen Positionen erfasst werden). Als „erwerbstätig“ gelten auch mithelfende Familienangehörige, die im Betrieb eines Haushalts- bzw. Familienmitglieds arbeiten, ohne dass sie dafür besonders entlohnt werden und ohne dass dafür ein förmliches Arbeitsverhältnis (Sozialversicherung) besteht. In landwirtschaftlichen Betrieben (Voll- und Nebenerwerb) wird die Frau des Betriebsinhabers / der Mann der Betriebsinhaberin häufig als „erwerbstätig“ einzutragen sein. Als „erwerbstätig“ werden hier also nicht nur Personen mit Beschäftigung im üblichen Ausmaß (Ganztags- und Halbtagsbeschäftigung) gezählt, sondern auch alle Personen mit geringfügigen Tätigkeiten. Diese Definition ist für internationale Vergleiche notwendig. Auch Personen, die sich als Pensionistinnen/Pensionisten, Haushaltsführende, Schülerinnen/Schüler, Studentinnen/Studenten und sonstige erhaltene Personen

oder Arbeitslose bezeichnen, sind hier als „erwerbstätig“ einzutragen, wenn sie einer (geringfügigen) Beschäftigung nachgehen. Als „erwerbstätig“ gelten auch Personen in „Teilzeitkarenz“ sowie behinderte Personen, die in geschützten Werkstätten tätig sind. Personen, die an Umschulungsmaßnahmen teilnehmen, gelten nur dann als erwerbstätig, wenn sie über einen Betrieb und nicht über die Arbeitsmarktverwaltung krankenversichert sind. Ebenso zählen als „erwerbstätig“ jene Personen, die sich – abgesehen von der traditionellen Lehrausbildung – in einer bezahlten Ausbildung befinden. Dazu gehören etwa Besucherinnen/Besucher von Krankenpflege- oder Polizeischulen.

Sonstige Formen des Lebensunterhalts: *(mindestens eine Ankreuzung notwendig)*

- keine sonstige Form des Lebensunterhalts
- Arbeitslosengeld (arbeitslos gemeldet bis zu 6 Monaten)
- Arbeitslosengeld/Notstandshilfe (arbeitslos gemeldet länger als 6 Monate)
- bedarfsorientierte Mindestsicherung
- Präsenz- oder Zivildienst
- Karenzgeld
- Pension
- Hausfrau/Hausmann (= Lebensunterhalt durch Partnerin/Partner)
- Kind, Schülerin/Schüler, Studentin/Student (= sogenannte erhaltene Personen)
- anderer Lebensunterhalt (z. B. Unterstützung durch Verwandte, illegale Einkünfte)
- berufliche Reintegrationsmaßnahme bzw. Umschulungsmaßnahme
- sonstige Formen des Lebensunterhalts unbekannt

Arbeitslosengeld: Hier wird nur angekreuzt, wenn die Klientin / der Klient als arbeitslos gemeldet ist und entweder Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe bezieht. Erhält die Person zusätzlich Mindestsicherung, ist dennoch nur „Arbeitslosengeld“ anzukreuzen.

Karenzgeld: In Karenz befinden sich jene Personen, die nach der Geburt eines Kindes im gesetzlichen Karenzurlaub mit Karenzurlaubsgeld sind. Dieser gesetzliche Anspruch besteht nur für unselbstständig Erwerbstätige (Frauen und Männer) bis zum Ende des zweiten Lebensjahres des Kindes. Personen, die nach Ablauf dieser beiden Jahre aufgrund betrieblicher Vereinbarungen (oder z. B. im öffentlichen Dienst) ein weiteres, unbezahltes Jahr zum Zweck der Kindererziehung vom Arbeitgeber karenziert werden, sind nicht mehr im gesetzlichen Karenzurlaub und deshalb der Kategorie Hausfrau/Hausmann zuzuordnen. Frauen, die im Mutterschutz sind (im Normalfall acht Wochen vor und nach der Geburt des Kindes), zählen nicht zu den Karenzurlaubenden, sondern fallen unter die Kategorie „erwerbstätig“. Personen, die vom Dienstgeber für Aus- bzw. Fortbildungszwecke oder für andere berufliche Tätigkeiten über längere Zeit – unbezahlt – beurlaubt werden, dürfen keinesfalls der Gruppe „im Karenzurlaub“ zugezählt werden, sondern zählen, sofern die Karenzierung ein Jahr nicht überschreitet, jedenfalls als erwerbstätig.

Pension: In der Position „Pension“ sind jene Personen zu erfassen, die ihren Lebensunterhalt vorwiegend aus Pensionen, Renten und Einkünften aus eigenem Besitz (z. B. Leibrente, Aktionärin/Aktionär, Verpächterin/Verpächter) bestreiten. Zu dieser Gruppe zählen auch Auszügler (Bezieherinnen/Bezieher einer Bauernpension), d. h. ehemalige Eigentümerinnen/Eigentümer eines landwirtschaftlichen Betriebs oder deren Witwen/Witwer, die neben Leistungen aus der gesetzlichen

Sozialversicherung aufgrund eines Vertrags mit der Hofübernehmerin / dem Hofübernehmer bestimmte Unterhaltsleistungen (Wohnung, laufende Natural- oder Geldleistungen) beziehen. Witwen/Witwer von Eigentümerinnen/Eigentümern eines gewerblichen Betriebs werden, wenn sie im Betrieb mit tätig sind, als „erwerbstätig“ eingetragen, im anderen Fall bei der Position „Pension“.

Wohnsituation der Klientin / des Klienten

Lebensmittelpunkt im letzten halben Jahr vor Betreuungsbeginn:

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien
- unbekannt

Lebensmittelpunkt ist jener Ort, in dem schwerpunktmäßig im letzten halben Jahr vor Beginn der aktuellen Beratung/Betreuung/Behandlung gewohnt wurde.

Aktuelle Wohnsituation in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn:

- gesichert (z. B. eigene Wohnung, dauerhafte Wohnmöglichkeit bei Angehörigen, Freundinnen/Freunden etc.)
- ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit, wechselnde Übernachtungs-/Wohnmöglichkeiten)
- Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)
- Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation
- betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)
- betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation
- Haft
- unbekannt

Diese Frage bezieht sich auf die aktuelle Wohnsituation in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn.

Lebt die Klientin bzw. der Klient mit (mindestens) einem Kind in einem gemeinsamen Haushalt?

- nein
- unbekannt
- ja

Diese Frage bezieht sich auf Kinder bis zum 18. Lebensjahr, die aktuell (in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn) in einem gemeinsamen Haushalt mit der Klientin / dem Klienten leben. Es ist dabei nicht relevant, ob es sich um ein oder mehrere Kinder der Klientin / des Klienten handelt bzw. ob die Klientin / der Klient für dieses Kind bzw. diese Kinder versorgepflichtig ist. Geschwister der Klientin / des Klienten sind damit nicht gemeint. Diese Frage bezieht sich auf die aktuelle Wohnsituation in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn.

Mit wem wohnt/lebt die Klientin bzw. der Klient aktuell (sonst noch) zusammen?

- mit (sonst) niemandem
- mit Eltern oder engen Verwandten (z. B. Großeltern, Geschwistern)
- mit Partnerin/Partner
- mit Freundinnen/Freunden (z. B. Wohngemeinschaft etc.)
- andere
- unbekannt

Diese Frage bezieht sich auf die aktuelle Wohnsituation in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn.

Migrationshintergrund der Klientin / des Klienten

Migrationshintergrund:

Geburtsland der Klientin / des Klienten:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Geburtsland des Vaters:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Geburtsland der Mutter:

- Österreich
- außerhalb Österreichs
- unbekannt

Die Definition des Migrationshintergrunds orientiert sich an jener der ÖSTAT³ bzw. der United Nations Economic Commission for Europe⁴ (UNECE).

Migrationshintergrund: Ein Migrationshintergrund liegt dann vor, wenn beide Elternteile einer Person im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge in Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Zuwanderer der zweiten Generation (Kinder zugewanderter Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern.

3

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html

4

http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/2015/ECECES41_EN.pdf

Finanzielle Situation der Klientin / des Klienten

Schulden:

- ja
Schuldenhöhe: _____ Euro
- nein

Bei dieser Frage soll die von der Klientin / vom Klienten geschätzte Summe an Schulden in Euro angegeben werden.

Exekutionen:

- ja
- nein

Hier wird erfasst, ob bei der Klientin / dem Klienten aufgrund der Spielsucht bereits Exekutionen (Pfändungen) nach der Exekutionsordnung erfolgt sind.

Rechtliche Situation

Die finanziellen Auswirkungen eines problematischen/pathologischen Glücksspielverhaltens sind zumeist gravierend. Die Erfassung von Delikten im Zusammenhang mit Glücksspiel bildet einen Aspekt der Problematik ab.

Glücksspielbezogene Straftaten:

- ja
- nein

Glücksspielbezogene Straftaten: Diese liegen dann vor, wenn eine Spielerin / ein Spieler ein Delikt verübt, um (1) Spiel- bzw. Wetteinsätze zu lukrieren oder (2) Verbindlichkeiten zu bezahlen, die durch das Glücksspiel entstanden sind. Dabei ist es unerheblich, ob diese Straftat zu einer Anzeige oder einer Verurteilung geführt hat oder nicht.

Vorstrafe(n) aufgrund glücksspielbezogener Straftaten:

- ja
- nein

Vorstrafe: rechtskräftige gerichtliche Verurteilung wegen einer glücksspielbezogenen Straftat (siehe oben) und infolge dessen die Aufnahme dieser Straftat in das Strafregister. Inkludiert auch bereits getilgte Vorstrafen, exklusive Maßnahmen der Diversion und verwaltungsrechtliche Verfahren.

Gerichtliche Weisung zur Beratung/Behandlung:

- ja
- nein

Gerichtliche Weisung: Maßnahme, die nach § 51 StGB anlässlich der Verurteilung zu einer bedingten Strafe oder der bedingten Entlassung vorgesehen ist.

Fußfessel:

- ja
- nein

Hier ist zu erfassen, ob die Klientin / der Klient sich in einem elektronisch überwachten Hausarrest in der Strafhaft („Fußfessel“) befindet.

Weitere Belastungsfaktoren

Im Zusammenhang mit einem problematischen/pathologischen Glücksspielverhalten lassen sich zahlreiche weitere Belastungsfaktoren beschreiben. Einige dieser Aspekte werden im Folgenden erhoben, wobei zentral ist, dass (1) diese zumindest zu einem überwiegenden Teil mit dem problematischen/pathologischen Glücksspielverhalten im Zusammenhang stehen und (2) irgendwann im Laufe des Lebens stattgefunden haben.

Weitere Belastungsfaktoren (Mehrfachantworten möglich):

- Verlust des Arbeitsplatzes/Unternehmens
- Verlust der Wohnung / des Eigenheims
- Trennung/Scheidung
- Suizidversuch(e)

2.2.3 ICD-10-Codes

Wurde bei der Klientin / dem Klienten eine Diagnostik nach ICD-10 durchgeführt?

- ja
- nein

Zunächst ist anzugeben, ob eine Diagnose nach ICD-10 durchgeführt wurde. Diese darf ausschließlich durch entsprechend qualifiziertes Personal gestellt werden.

Sucht-Hauptdiagnose:

F _____

Sucht-Nebendiagnosen:

F _____ F _____ F _____

F _____ F _____ F _____

Andere ICD-10-Nebendiagnosen (psychiatrische Komorbidität und Begleiterkrankungen):

_____ _____ _____
_____ _____ _____

Neben einer Sucht-Hauptdiagnose ist es möglich, maximal fünf weitere Sucht-Nebendiagnosen und maximal fünf weitere ICD-Nebendiagnosen zu stellen.

2.2.4 Glücksspielanamnese

Dauer der Problematik

Dauer der Probleme mit Glücksspiel: _____ Jahre

Bei dieser Frage soll die von der Klientin / vom Klienten geschätzte Dauer der Spielproblematik in Jahren angegeben werden.

Aktuell problematische Glücksspielformen und bevorzugte Spielorte bzw. Vertriebswege

Bei dieser Frage werden zuerst all jene Glücksspielformen erfasst, die von der Klientin / dem Klienten selbst als aktuell problematisch (vor Beginn der aktuellen Beratung/Behandlung) eingestuft werden. Anschließend werden bei jeder der genannten problematischen Glücksspielformen die von der Klientin / dem Klienten bevorzugten Spielorte bzw. Vertriebswege erfasst.

Bei den Spielorten/Vertriebswegen wird nicht zwischen lizenzierten und nichtlizenzierten Angeboten unterschieden.

Aktuell problematische Glücksspielformen und bevorzugte Spielorte bzw. Vertriebswege:
(Mehrfachnennungen möglich)

	Nutzung aktuell problematische Glücksspielformen	Spielort/Vertriebsweg						
		terrestrisch						online
		Spielbank	Automatensalon, VLT-Outlet	Gastronomie (Gasthaus, Tankstelle)	Vertriebs- und Annahmestelle (z. B. Trafiken, Tankstellen)	Wettlokal	Sonstiges	Internet
Automaten/Slots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roulette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartenspiele (außer Poker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wetten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lotterien	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brieflose/Rubbellose	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Börsenspekulationen	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Spielformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Automaten/Slots: Teilnahme an Automatenspiel, online oder terrestrisch (in Spielbanken, Automatensalons, VLT-Outlets (WINWIN), Einzelaufstellung in Gaststätten, Tankstellen, u. Ä.)

Kartenspiele (außer Poker): andere Kartenspiele wie z. B. Poker, Black Jack, Baccarat

Wetten: Sportwetten, Gesellschaftswetten

Lotterien: 6 aus 45, Euromillionen, Toto, Joker, Bingo, Zahlenlotto, Klassenlotterie, ToiToiToi

Brieflose/Rubbellose: Angebote der Sofortlotterie, bei denen die Spielteilnehmer/-innen nach dem Erwerb und Aufreißen bzw. Freirubbeln des Loses einen allfälligen Gewinn feststellen können; auch in elektronischer Form verfügbar

Börsenspekulationen: unterschiedliche Formen der Finanzwette; Handel mit Aktien, Devisen- und Warentermingeschäften, die nicht der langfristigen Geldanlage dienen; inklusive binärer Optionen

Spielbank: terrestrisches (lizenzirtes) Kasino mit unterschiedlichen Glücksspielangeboten

Automatensalon: inkludiert Glücksspielautomaten (GSA) in Spielhallen mit zumindest 10 GSA, VLT-Outlets (WINWIN): Nicht inkludiert ist der Automatenbereich innerhalb einer Spielbank

Gastronomie/Tankstelle: umfasst Automaten in Einzelaufstellung in Gastronomiebetrieben, Tankstellen etc.

Vertriebsstelle/Annahmestelle: Orte, an denen Lotteriewerksprodukte erworben und Wettscheine abgegeben werden können, z. B. Trafiken, Tankstellen, Postämter, Lebensmittelgeschäfte; inklusive einzelner Wettterminals für Sportwetten

Wettlokal: Wettbüro; Spielstätte mit mehreren Wettterminals

Internet: unterschiedliche lizenzierte und nichtlizenzierte Onlineglücksspielangebote, bei denen der Zugang über unterschiedliche Endgeräte wie z. B. PC, Tablet, Smartphone erfolgt