

6

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELEN

Suchtmedizinische Reihe
Band 6



Herausgegeben von der
Deutschen Hauptstelle für
Suchtfragen e.V.

Ausschließlich aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Publikation durchgängig die männliche Form verwendet. Alle personenbezogenen Angaben gelten selbstverständlich für Frauen und Männer.

Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschter Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von den Autoren jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

Geschützte Warennamen werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELEN

Suchtmedizinische Reihe
Band 6

Verantwortlich für den Inhalt:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Jörg Petry
Dipl.-Päd. Ilona Füchtenschnieder-Petry
Dr. med. Monika Vogelgesang
Dr. med. Thomas Brück

	Vorwort	6			
1	Glück – Spiel – Sucht	8			
1.1	Begriffsbestimmung	8			
1.1.1	Bezeichnungen	8			
1.1.2	Definition	10			
1.2	Formen des Glücksspiels	12			
1.3	Rechtliche Grundlagen des Glücksspiels	16			
1.3.1	Glücksspielstaatsvertrag	17			
1.3.2	Spielverordnung	18			
1.3.3	Sozialrecht mit „Empfehlungen“	19			
1.4	Ökonomie des Glücksspielmarktes	20			
	Literatur	23			
2	Epidemiologie	24			
2.1	Prävalenz des Glücksspielens	24			
2.1.1	Verbreitung in der Bevölkerung	24			
2.1.2	Behandlungsprävalenz	25			
2.2	Bevorzugtes Glücksspiel	28			
2.3	Soziodemographie	29			
2.4	Komorbide Störungen	30			
2.5	Verlauf	30			
	Literatur	33			
3	Störungstheorien	34			
3.1	Genetik und Neurobiologie (Thomas Brück)	34			
3.1.1	Genetik	34			
3.1.2	Neurobiologie	35			
3.2.	Psychologische Ursachenmodelle	38			
3.2.1	Entwicklungspsychopathologie	38			
3.2.2	Suchtkonzepte	40			
	Klassisches Suchtkonzept	40			
	Aktuelles Verhaltenssuchtkonzept	42			
3.2.3	Kognitive Verzerrungen	45			
			3.3	Kulturgeschichte und Gesellschaft	49
			3.3.1	Regulierte Glücksspielangebote	49
			3.3.2	Gesellschaftsformationen	50
			3.3.3	Gesellschaftliche Position und Lebenslage	51
			3.4.	Integrative Modelle	53
			3.4.1	Der Lebensstilansatz	53
			3.4.2	Das Vulnerabilitätsmodell	55
			3.4.3	Multifaktorielle Modelle	57
				Literatur	58
			4	Diagnostik	60
			4.1	Nosologische Einordnung	60
			4.2	Differenzialdiagnostik	61
			4.3	Screeningverfahren	62
			4.4	Anamnestik	64
			4.4.1	Glücksspielsymptomatik	64
			4.4.2	Diagnostik der Persönlichkeit und Komorbidität	64
				Literatur	64
			5	Selbsthilfe	65
				Literatur	68
			6	Interventionsformen	69
			6.1	Prävention	69
			6.1.1	Verhältnis- und Verhaltensprävention	70
			6.1.2	Aufklärungskampagnen	72
			6.1.3	Sozialkonzepte	73
			6.1.4	Sperrsystem	74
			6.1.5	Jugendschutz	79
			6.2	Beratung	80
			6.2.1	Telefonische Beratung	80
			6.2.2	Onlineberatung und Chatangebote	82
			6.2.3	Internetforen	82
			6.2.4	Beratungsstellen	83

6.3	Behandlung	84
6.3.1	Psychiatrische Akutbehandlung und psychotherapeutische Therapie	84
6.3.2	Ambulante und stationäre Rehabilitation	85
6.3.3	Psychotherapeutische Methoden	86
6.3.3.1	Motivierung	86
6.3.3.2	Kognitive Umstrukturierung	87
6.3.3.3	Problemlösetraining	88
6.3.3.4	Rückfallprävention	92
6.3.3.5	Bearbeitung der personalen Anfälligkeit	93
6.3.3.5.1	Triadisches Bedingungsgefüge	93
6.3.3.5.2	Emotionstraining	95
6.3.3.6	Geld- und Schuldenmanagement	96
6.4	Berufliche Rehabilitation	99
6.5	Pharmakotherapie (Thomas Brück)	101
6.5.1	Medikamentöse Ansätze zur Glücksspielsucht	101
6.5.2	Medikamentöse Behandlung komorbider Störungen	102
	Exkurs: Parkinsonmedikation und Glücksspielsucht	103
6.6.	Angehörige und Bezugspersonen	103
6.6.1	Das „Co-Abhängigkeits“-Konzept	105
6.6.2	Typische Problemfelder	107
6.6.3	Gemeindeorientierte Familientherapie	108
6.6.4	Kinder mit glücksspielsüchtigen Eltern(teilen)	109
6.7	Katamnese	110
	Literatur	111
7	Differenzielle Ansätze	114
7.1	Gender (Monika Vogelgesang)	114
7.1.1	Frauenspezifisches Störungsbild	115
7.1.2	Frauenspezifische Behandlung	118
7.2	Ethnie	121
7.2.1	Ethnische Herkunft und Glücksspielkultur	121
7.2.2	Klinisches Fallbeispiel	123
	Literatur	128

8	Literatur	129
8.1	Weiterführende Fachliteratur	129
8.2	Romane und Tatsachenberichte	130
9	Materialien	131
	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	131
	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	131
	Koordinations- bzw. Landesfachstellen Glücksspielsucht der Länder	132
	CCCC-Questionnaire	133
	Spezielle Anamnese	134
	Empfehlungen für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen (VDR, 2001)	136
10	Adressen- und Kontaktverzeichnis	149
10.1	Koordinations- bzw. Landesfachstellen Glücksspielsucht der Länder	149
10.2	Landesstellen für Suchtfragen	152
11	Beratungstelefone	154
12	Nützliche Internetadressen	155
	Die DHS	156
	Die BZgA	158
	Impressum	160

1.1 Begriffsbestimmung

1.1.1 Bezeichnungen

Die englische Sprache unterscheidet zwischen „to play“ (spielen) und „to gamble“ (glücksspielen). In der deutschen Sprache gibt es diese Unterscheidung nicht. Vielleicht ist dies der Grund dafür, dass sich in die Umgangssprache und sogar in einige wissenschaftliche Veröffentlichungen die Begriffe Spieler und Spielsucht statt Glücksspieler und Glücksspielsucht eingebürgert haben. Diese sprachliche Ungenauigkeit trägt zur Verharmlosung des eigentlichen Problems bei, denn abhängig wird man von Glücksspielen, nicht jedoch vom Fußballspiel oder vom Klavierspiel und schon gar nicht vom Wortspiel.

Die Glücksspielbetreiber nutzen gern die positiven Merkmale des Spielens, wenn sie ihr Glücksspielangebot bewerben. So ziert das bekannte Schiller-Zitat „...., der Mensch spielt nur, wo er in voller Bedeutung des Wortes Mensch ist, und **er ist nur da ganz Mensch, wo er spielt.**“ (Schiller, 1795, S. 612) unzählige Werbeanzeigen und Prospekte der Branche.

Bis ins 19. Jahrhundert war auch im deutschen Sprachgebrauch das aus dem Arabischen stammende Wort „Hazardspiel“ gebräuchlich, das auf die Gefahren der Teilnahme an Glücksspielen im Sinne einer rücksichtslosen Selbst- und Fremdschädigung hinweist.

In der Fachliteratur finden sich vielfältige sprachliche Bezeichnungen für problematische Formen des Glücksspielverhaltens. Dabei wird der englischsprachige Begriff „gambling“ durch spezifizierende Adjektive wie „excessive“, „obsessive“, „compulsive“, „addictive“ oder aktuell „pathological“ eingeeengt. Für die Erfassung wesentlicher Merkmale des Gegenstandsbereiches erscheint neben „Pathologischem Glücksspielen“ der deutschsprachige Begriff „Glücksspielsucht“ am besten geeignet, wenn man die inhaltlichen Implikationen der drei darin enthaltenen Substantive Spiel, Glück und Sucht betrachtet.

Der Begriff Spiel verweist auf den umfassenden Bedeutungszusammenhang des Erlebens einer Selbstwertsteigerung durch Meisterung einer aus dem Alltagshandeln abgehobenen Handlungsanforderung. Dem Spiel kommt dabei die Funktion zu, emotionale Grunderfahrungen zu ermöglichen, die aufgrund der im realen Leben bestehenden Einschränkungen, wie z. B. der starken Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern, nicht möglich sind. Dabei können in der realen Welt erfahrene Frustrationen ausgeglichen werden und motivationale Entwicklungsanreize für neue Erfahrungen entstehen. Aufgrund der bei vielen Glücksspielsüchtigen aus einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung resultierenden Selbstwertproblematik (Vierhaus et al., 2012) besteht eine Bedürfnis- und Motivationsstruktur, für die der Aufforderungscharakter von Spielsituationen einen besonderen Anreiz darstellt. Entsprechend zeigen klinische Erfahrungen, dass viele Glücksspielsüchtige neben der Präferenz für Glücksspiele auch reges Interesse an verschiedensten Spielen wie Schach oder sportlichem Wettbewerb haben, bei denen sie ihr subjektives Kontrollempfinden und damit ihren Selbstwert steigern können, ohne sich problematischen realen Lebensanforderungen stellen zu müssen.

Mit dem Begriff Glück wird das spezifische Bedingungsgefüge des Glücksspielens durch Einbeziehung des materiellen Aspektes erfasst. Glücksspiele sind im Kern als Wetten zu begreifen. Dabei handelt es sich um das Riskieren eines Einsatzes auf das Eintreten eines (vorwiegend) zufallsbedingten Ereignisses. Ein monetärer Einsatz führt zu einer zusätzlichen Erregungssteigerung, birgt gleichzeitig jedoch das damit verbundene Verlustrisiko. Hiermit entsteht eine Handlungsstruktur, die reale Folgen für den Glücksspieler hat. In der Karriere Glücksspielsüchtiger kommt dem Geld eine zentrale Bedeutung zu. Es ist mit Empfindungen der Wichtigkeit, Überlegenheit und sozialen Anerkennung verbunden. Anfängliche Gewinnerfahrungen führen häufig zu einer starken Bindung an das Glücksspiel. Im weiteren Verlauf entwickelt sich aufgrund der zwangsläufig eintretenden Verluste eine Aufholjagd („chasing“), d. h. der aussichtslose Versuch, eingetretene Geldverluste durch verstärktes Glücksspielen auszugleichen.

Der Begriff „Sucht“ verweist nicht nur auf die zunehmende Eskalierung des Glücksspielverhaltens mit den entsprechenden negativen Folgen, sondern darüber hinaus auch auf moralische Aspekte. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Ambivalenz gegenüber den Glücksspielen entsteht für den Betroffenen ein moralisches Dilemma, wobei die damit verbundenen Schuld- und Schamgefühle den Motor der weiteren Entwicklung des pathologischen Verhaltens bilden. Es folgt eine Veränderung des Selbstkonzeptes mit Zunahme von Selbstrechtfertigungen, illegalen Verhaltensweisen sowie einer verstärkten Integration in Subgruppen mit Übernahme eines entsprechenden glücksspielbezogenen Lebensstils.

Begriffliche Bestandteile der Bezeichnung „Glücksspielsucht“

Spiel:	Erleben einer Selbstwertsteigerung durch Meisterung einer aus dem Alltagsleben abgehobenen Handlungsanforderung zur Kompensation real erlebter Einschränkungen
Glück:	(Geld-)Einsatz auf (vorwiegende) Zufallsereignisse mit Erregungssteigerung aufgrund (verzerrter) Gewinnerwartungen mit langfristig negativen Folgen
Sucht:	Schuld- und schambesetzte Konfliktzuspitzung aufgrund der (verinnerlichten) Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielen bei zunehmender sozialer Ausgrenzung

Tab. 1.1

1.1.2 Definition

Die seit 1980 beginnende Aufnahme des „Pathologischen (Glücks-)Spielens“ als eigenständiges psychisches Störungsbild in die beiden internationalen Klassifikationssysteme DSM-III (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) und später ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) definiert das Pathologische Glücksspielen als ein andauerndes, wiederkehrendes und oft noch gesteigertes Glücksspielverhalten trotz negativer persönlicher und sozialer Konsequenzen wie Verschuldung, Zerrüttung familiärer Beziehungen und Beeinträchtigung der beruflichen Entwicklung.

Die genauere Operationalisierung der Hauptkriterien erfolgt im DSM. Nach den Vorgaben des DSM-IV müssen mindestens fünf von zehn Kriterien vorliegen, um die Diagnose „Pathologisches (Glücks-)Spielen“ stellen zu können.

Diagnostische Kriterien des Pathologischen Glücksspielens nach ICD-10 und DSM-IV

Hauptkriterien nach ICD-10 (F 63.0):
Dauerndes, wiederholtes Glücksspielen
Andauerndes, wiederkehrendes und maladaptives Spielverhalten, das persönliche, familiäre oder Freizeitbeschäftigungen stört oder beeinträchtigt
Diagnostische Kriterien nach DSM-IV (312.31):
Starke Eingenommenheit vom Glücksspiel (z. B. starke gedankliche Beschäftigung mit der Geldbeschaffung)
Steigerung der Einsätze, um gewünschte Erregung zu erreichen
Wiederholte erfolglose Versuche, das Spiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben
Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spiel einzuschränken oder aufzugeben
Spielen, um Problemen oder negativen Stimmungen zu entkommen
Wiederaufnahme des Glücksspielens nach Geldverlusten
Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Spielproblematik zu vertuschen
Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens
Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, des Arbeitsplatzes und der Zukunftschancen
Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte

Tab. 1.2: [Dilling et al., 1991; Saß et al., 1996]

Schach- und Pokerweltmeister von 1990 bis 2011 im Vergleich

Jahr	Sieger Poker	Sieger Schach
1990	Mansour Matloubi	Garri Kasparow
1991	Brad Daugherty	Garri Kasparow
1992	Hamid Dastmalchi	Garri Kasparow
1993	Jim Bechtel	Garri Kasparow
1994	Russ Hamilton	Garri Kasparow
1995	Dan Harrington	Garri Kasparow
1996	Huck Seed	Garri Kasparow
1997	Stu Ungar	Garri Kasparow
1998	Scott Nguyen	Garri Kasparow
1999	Noel Furlong	Garri Kasparow
2000	Chris Ferguson	Wladimir Kramnik
2001	Carlos Mortensen	Wladimir Kramnik
2002	Robert Varkonyi	Wladimir Kramnik
2003	Chris Moneymaker	Wladimir Kramnik
2004	Greg Raymer	Wladimir Kramnik
2005	Joe Hachem	Wladimir Kramnik
2006	Jamie Gold	Wladimir Kramnik
2007	Jerry Yang	Viswanathan Anand
2008	Peter Eastgate	Viswanathan Anand
2009	Joseph Cada	Viswanathan Anand
2010	Jonathan Duhamel	Viswanathan Anand
2011	Pius Heinz	Viswanathan Anand

Tab. 1.3 [Wikipedia, Zugriff: 20.02.2012]

Das charakteristische Erleben des Geldspielautomatenspiels als aktuell häufigste Erscheinungsform wird in dem autobiographischen Roman „Jackpot“ über den „Automaten-Mann“ von dem Journalisten Alexander Schuller (2008) eindringlich beschrieben:

Die Geschichte beschreibt die typische, 15-jährige Karriere eines Geldspielautomatenspielers, der als 14-Jähriger nach einer ersten Gewinnerfahrung sofort von der neuen und geheimnisvollen Welt der Geldspielautomaten fasziniert ist. Er erlebt die Anerkennung in der Clique der Automatenspieler, den Stolz nach vermeintlich selbst herbeigeführten Gewinnen, die Möglichkeit der Entspannung in der Spielaktion wie bei einer „Fango-Packung“, den „Thrill“ beim Alles-oder-Nichts-Spiel bis hin zu einem Gefühl der Liebe und Nähe zu Gott, wenn alles auf dem Spiel steht. Gleichzeitig erfährt der „Automaten-Mann“ die zunehmende Verstrickung in das Glücksspielen durch die aus den Verlusten resultierende „Aufholjagd“, die zunehmend schwieriger werdende und viel Zeit in Anspruch nehmende Geldbeschaffung, wiederholte „Freikäufe“, die den Prozess immer wieder beschleunigen, und zwischenzeitliche Gewissensbisse, die jedoch rasch zurückgedrängt werden, gegen Ende der Entwicklung jedoch zu einer durch Rückfallerfahrungen unterbrochenen Glücksspielabstinenz führen.

Schuller beschreibt dabei immer wieder ausführlich die „Arbeit“ am Automaten, die inneren Fehlwahrnehmungen über die Beeinflussbarkeit der Geldspielautomaten und bedient sich dabei der „Zockersprache“. Die in der Erzählung mitgeteilten lebensgeschichtlichen Ereignisse verweisen auf glücksspieler-spezifische Grundproblematiken. So wird eine emotional vernachlässigende und gleichzeitig materiell verwöhnende Kindheit und Jugendzeit beschrieben, in deren Verlauf der Fünfjährige wegen eines Skiurlaubes der Eltern in ein Schweizer Kinderheim abgeschoben wird, gleichzeitig jedoch immer wieder großzügige Geschenke erhält. Als besonders charakteristisch kann auch die dargestellte Vater-Sohn-Beziehung angesehen werden, innerhalb der ein nach außen liberal erscheinender, im Grunde jedoch autoritär-mächtiger Vater die Entwicklung zur Eigenständigkeit des Sohnes einschränkt und bei diesem ein brüchiges Selbstwertgefühl entsteht, das auf die Anerkennung der sozialen Clique angewiesen ist. Darüber hinaus fällt auf, dass der „Automaten-Mann“, bezogen auf sein Glücksspielen und sein ganzes Leben, an äußere Mächte gebunden erscheint, d. h. sowohl Gewinne und Verluste beim Glücksspielen als auch das Überleben bei einem Autounfall und die berufliche Entwicklung von schicksalhaften Umständen gesteuert erlebt. Er zeigt dabei eine große Distanz zu sich selbst, zu seiner Schulzeit und Ausbildung und zum Journalisten. Auch die Beziehungen zu Frauen, seine Ehe und seine zweifache Vaterschaft verblassen völlig hinter der Welt des Glücksspiels.

Formen problematischer Glücksspielangebote

Lotto- bzw. Lotterieangebote:	Insbesondere Eurojackpot, Keno, Rubbellose und Systemlotto
Gewerbliche Glücksspielangebote:	Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben
Kasinospiele:	Roulette, Blackjack, Poker, „einarmige Banditen“
Sportwetten:	Oddsetwette von Lotto, Wetten auf der Rennbahn, bei Buchmachern, im Wettbüro und im Internet
Illegale Glücksspiele im Hinterzimmermilieu:	Karten, Würfel, Roulette
Illegale Glücksspiele im Internet:	Poker, Roulette u. a.
Börsenspiele:	Wie z.B. kurzfristige Zufallsspekulationen wie Day-Trading

Tab. 1.4

1.3 Rechtliche Grundlagen des Glücksspiels

Für die öffentliche Veranstaltung von Glücksspielen gibt es fast überall auf der Welt mehr oder weniger strikte gesetzliche Einschränkungen. In Deutschland ist die öffentliche Veranstaltung von Glücksspielen nach § 284 des Strafgesetzbuches (StGB) verboten. Glücksspiele dürfen nur unter staatlicher Aufsicht und Kontrolle durchgeführt werden. Damit hat sich der Staat das Monopol am Glücksspielangebot gesichert. Als Begründung wird auf die Notwendigkeit der Eindämmung des illegalen Glücksspielens und der Bekämpfung der Glücksspielsucht verwiesen (Diegmann et al., 2008).

1.3.1 Glücksspielstaatsvertrag

Im Jahr 2004 erfolgte der erste Versuch, durch den Staatsvertrag zum Lotteriewesen in Deutschland (Lotteriestaatsvertrag-LottStV) die sehr heterogenen landesrechtlichen Regelungen durch die Vorgabe gemeinsamer Rahmenbedingungen für den Lotterie- und Sportwettenbereich einzuschränken. Der Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV) von 2008 stellt eine entscheidende Weiterentwicklung auf der Basis des Sportwettenurteils des Bundesverfassungsgerichtes dar (Gebhardt, Postel, 2008). In diesem bahnbrechenden Urteil vom März 2006 wird festgelegt, dass der Staat sein Glücksspielmonopol nur dann behalten darf, wenn er sein Glücksspielangebot konsequent an der Prävention der Glücksspielsucht ausrichtet. Die staatlichen bzw. staatlich konzessionierten Veranstalter erhalten somit einen ordnungspolitischen Auftrag: Sie haben ihr Glücksspielangebot so zu gestalten, dass der Schutz der Glücksspieler im Vordergrund steht bzw. das oberste Ziel darstellt. Diese Unternehmen sind folglich nicht zu vergleichen mit anderen Wirtschaftsunternehmen, deren Ziele Wachstum, Gewinnmaximierung und Markterweiterung sind.

Am 1. Juli 2012 wurde obiger Glücksspielstaatsvertrag vom 1. Glücksspieländerungsstaatsvertrag (GlüÄndStV) abgelöst. Dieser Vertrag sieht in vielen Aspekten (Aufgabe der Priorisierung der Suchtprävention, Erteilung von 20 Sportwettlizenzen, Teilfreigabe des Internetglücksspiels, Zulassung der Lotterie „Eurojackpot“ und Lockerung des Werbeverbots) grundlegende Aufweichungen vor, die einen erneuten Paradigmenwechsel darstellen. Die neu in diesen Vertrag aufgenommenen Einschränkungen für Spielhallen (Mindestabstände, Verbot von Mehrfachkonzessionen) stellen einen Fortschritt dar, bleiben jedoch hinter den gesetzgeberischen Möglichkeiten der Länder weit zurück (Einlasskontrollen, Sperrsystem). Es bleibt abzuwarten, ob der neue Glücksspielstaatsvertrag die vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) eingeforderte Kohärenz erfüllt, da das Lottospiel als ein mit aktuell weniger Gefahren verbundenes Glücksspielangebot als staatliches Monopol erhalten bleibt, während ein mit viel größeren Gefahren einhergehendes Glücksspiel – wie die lizenzierten Sportwetten – mit einem Lizenzmodell dereguliert wird. Aufgrund dieser Inkohärenz werden wahrscheinlich sowohl die Anbieter des gewerblichen Geldautomatenspiels als auch die Betreiber von illegalen terrestrischen Wettbüros und von Wettseiten im Internet eine Schließung auf dem Klageweg zu verhindern suchen.

1.4 Ökonomie des Glücksspielmarktes

Obwohl das Angebot an Glücksspielen als ein demeritorisches Gut, d. h. als nicht verdienstvoll, eingestuft wird, hat sich seit dem Zweiten Weltkrieg das staatlich zugelassene Glücksspiel vor allem in den letzten Jahrzehnten rasant zu einem bedeutenden Wirtschaftsfaktor entwickelt. Die Angebote reichen von Rubbellosen über Lotterie- und Lottospiele, Sportwetten auf Rennbahnen und in Wettbüros, gewerbliche Geldspielautomatenspiele, legale Internetglücksspiele (Sportwetten) bis hin zu Kasinospielen wie Roulette, Blackjack, Baccara, Poker und Geldautomatenspiel („einarmige Banditen“) in den Spielbanken und deren Automatendependancen.

Im Jahre 2010 beliefen sich die Umsätze auf dem Glücksspielmarkt (ohne illegale Sportwetten und Internetglücksspiele von privaten und ausländischen Anbietern, ohne Soziallotterien und ohne Telefon-Gewinnspiele) insgesamt auf 31,51 Mrd. Euro und waren damit im Vergleich zum Vorjahr um 0,8 % rückläufig. Während der Deutsche Lotto- und Totoblock und die Spielbanken Umsatzrückgänge von 9,8 % bzw. 7,2 % aufwiesen, konnte die Geldspielautomatenbranche um 6,5 % zulegen, sodass der Deutsche Lotto- und Totoblock und die Spielbanken auf den 2. und 3. Platz der erfassten Glücksspielsektoren verdrängt wurden. In 2010 nahmen die Bundesländer insgesamt 3,206 Mrd. Euro an Steuern und Abgaben aus der Veranstaltung von Glücksspielen ein (ohne Geldspielautomaten in Gaststätten und Spielhallen). Zum Vergleich: Die Einnahmen aus der Alkoholsteuer betrugen im gleichen Jahr 3,149 Mrd. Euro (Gaertner et al., 2012). Die weitere Entwicklung des Glücksspielmarktes ist aufgrund der aktuellen gesetzlichen Novellierungen (GlüÄndStV und geplante SpielV) nicht prognostizierbar.

Anteile der Glücksspielsegmente an den Umsätzen des legalen Glücksspielmarktes in Deutschland im Jahr 2010

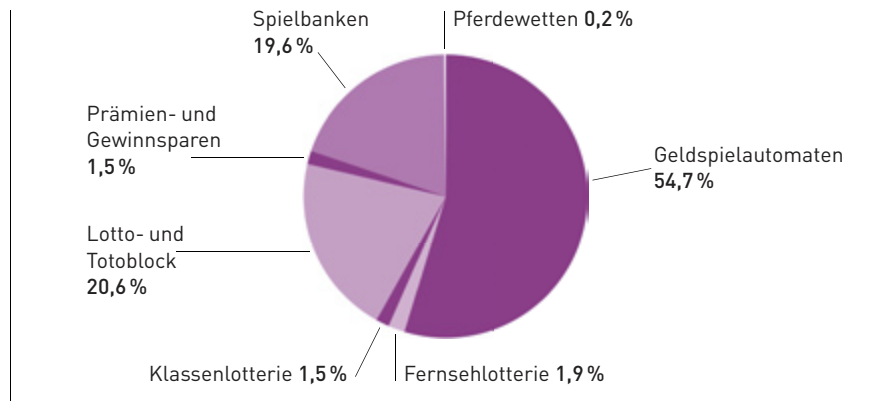


Abb. 1.1 (Meyer, 2012a)

Der erwirtschaftete Bruttospielertrag mit den 236.000 in gastronomischen Betrieben und Spielhallen aufgestellten gewerblichen Geldspielautomaten hat sich seit der Novellierung der Spielverordnung im Jahr 2006 um 67,7 % erhöht, während die Umsatzeinbußen nur die staatlich konzessionierten Anbieter (DLTB, Spielbanken) betrafen.

Anteile der drei großen Glücksspielsegmente (Spielbanken, Deutscher Lotto- und Totoblock und gewerbliche Geldspielautomaten) an den Umsätzen des legalen Glücksspielmarktes in Deutschland

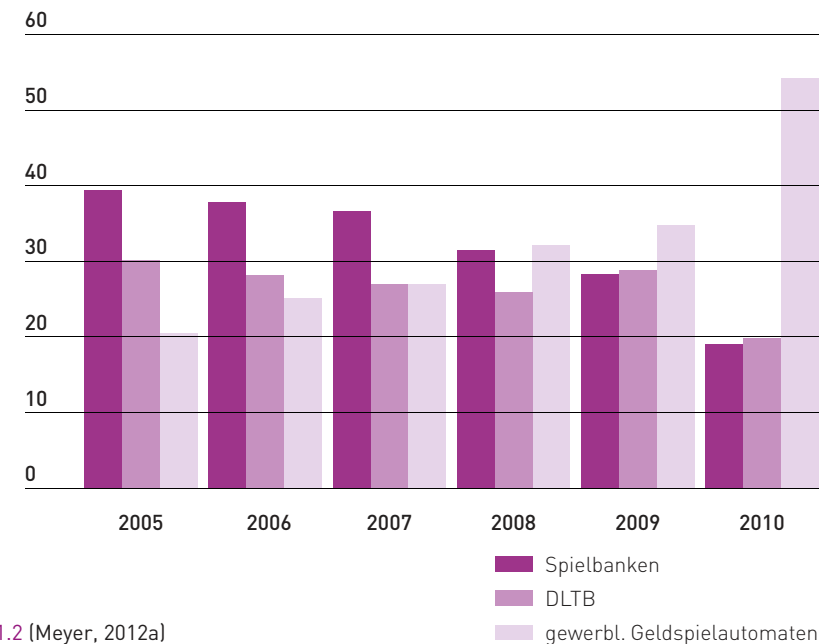


Abb. 1.2 (Meyer, 2012a)

Neben dem staatlichen und gewerblichen Glücksspielmarkt existiert ein traditionelles illegales Glücksspielsegment im kriminellen Hinterzimmermilieu, dessen Größenordnung unbekannt ist. Der zusätzliche Bereich illegaler terrestrischer (illegale Wettannahmestellen) und internetbasierter Sportwetten (illegale Anbieter außerhalb Deutschlands) übertrifft das legale Sportwettenangebot (Pferdewetten, ODDSET) bei Weitem und erbringt Umsätze in der Größenordnung von mehreren

2.1 Prävalenz des Glücksspielens

2.1.1 Verbreitung in der Bevölkerung

Im Vergleich zu den angloamerikanischen Ländern, aber auch zu Spanien und Schweden, für die von einer Prävalenzrate zwischen 1 % bis 3 % ausgegangen wird, handelt es sich in der Bundesrepublik um eine wesentlich kleinere Gruppe von Betroffenen. Die deutschsprachigen Monitoring-Studien schätzen die Anzahl pathologischer Glücksspieler auf ca. 100.000 bis ca. 300.000 (vgl. Tabelle 2.1).

12-Monatsprävalenz des problematischen und pathologischen Glücksspielens in Deutschland

Untersuchung	Bühninger et al. (2007)	Buth & Stöver (2008)	BZgA (2008)	BZgA (2010)	Sassen et al. (2011)	Meyer et al. (2011)	BZgA (2012)
Altersspanne	18–64	18–65	16–65	16–65	18–64	14–65	16–65
Stichprobengröße	8.000	8.000	10.000	10.000	8.000	15.000	10.000
Methodik	Festnetz Post	Festnetz Post Online	Festnetz	Festnetz	Festnetz Post Online	Festnetz/ Mobilfon Face-to-Face-Interview	Festnetz
Antwortrate	48 %	56 % / 68 %	63 %	62 %	50 %	52 % / 57 %	60 %
Messinstrument	DSM-IV	DSM-IV	SOGS*	SOGS*	DSM-IV	DSM-IV	SOGS*
Problematisches Glücksspielen [% und geschätzte Anzahl]	0,29 % (149 Tsd.)	0,64 % (134 Tsd.)	0,41 % (223 Tsd.)	0,64 % (346 Tsd.)	0,24 % (133 Tsd.)	0,31 % (172 Tsd.)	0,51 % (275 Tsd.)
Pathologisches Glücksspielen [% und geschätzte Anzahl]	0,20 % (103 Tsd.)	0,56 % (300 Tsd.)	0,19 % (104 Tsd.)	0,45 % (241 Tsd.)	0,31 % (172 Tsd.)	0,35 % (193 Tsd.)	0,49 % (265 Tsd.)
Probl./Path. Glücksspielen [% und geschätzte Anzahl]	0,49 % (252 Tsd.)	1,20 % (640 Tsd.)	0,60 % (327 Tsd.)	1,09 % (587 Tsd.)	0,55 % (305 Tsd.)	0,66 % (365 Tsd.)	1,00 % (540 Tsd.)

Tab. 2.1 (* SOGS = South Oaks Gambling Screen)

Diese Untersuchungen sind aufgrund methodischer Einschränkungen (Definition der Glücksspielarten, Länge des Fragebogens, Art der Befragung, geringe Ausschöpfungsquote, geringe Fallzahl entdeckter pathologischer Glücksspieler und der eingeschränkten Repräsentativität) hinsichtlich der Anzahl pathologischer Glücksspieler und deren Verteilung auf die verschiedenen Glücksspielarten nicht sicher interpretierbar.

Unter diesen Untersuchungen besitzt die PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) die größte Aussagekraft, da sie, im Gegensatz zu den anderen Studien, die problematischen und pathologischen Glücksspieler im Face-to-Face-Interview befragt hat. Dabei wurde eine repräsentative Zufallsauswahl der 14- bis 65-Jährigen mit Festnetz- oder Mobiltelefonanschluss (N = 15.023) hinsichtlich der DSM-IV-Kriterien mittels der Glücksspiel-Sektion des international standardisierten Interviews CIDI befragt. Die diagnostizierten, problematischen (drei oder vier Kriterien) und pathologischen Glücksspieler (fünf und mehr Kriterien) wurden in direktem Kontakt klinisch interviewt.

Die Lebenszeitprävalenz des Pathologischen Glücksspielens beträgt laut PAGE-Studie 1,0 % (95 %-KI: 0,7 %–1,4 %), was 116 identifizierten Personen entspricht. Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind dies geschätzte 531.490 Personen (95 %-KI: 412.390–650.589). Die Lebenszeitprävalenz des problematischen Glücksspielens beträgt 1,4 % (95 %-KI: 1,1 %–1,8 %), was 191 identifizierten Personen entspricht. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung sind dies geschätzte 776.069 Personen (95 %-KI: 632.070–920.069).

Die 12-Monatsprävalenz des Pathologischen Glücksspielens beträgt laut selbiger Studie 0,35 % (95 %-KI: 0,2 %–0,5 %), was 43 identifizierten Personen entspricht. Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind dies geschätzte 193.028 Personen (95 %-KI: 117.797–268.259). Die 12-Monats-Prävalenz des problematischen Glücksspielens beträgt 0,31 % (95 %-KI: 0,2 %–0,4 %), was 43 identifizierten Personen entspricht. Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind dies geschätzte 172.015 Personen (95 %-KI: 118.760–225.270).

2.1.2 Behandlungsprävalenz

Hochgerechnet auf die 1.320 bundesweiten Suchtberatungsstellen und Suchtambulanzien zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Behandlungsprävalenzen von 5.300 pathologischen Glücksspielern im Jahr 1997 auf 15.800 in 2010. Insbesondere seit 2008 zeigt sich eine überproportionale Steigerung, was u. a. auf die Novellierung der Spielverordnung (SpielV) im Jahr 2006 (Einführung neuer Spielformen,

erhöhte Gerätedichte, Reduzierung der Spieldauer, Erhöhung der Gewinn- und Verlustmöglichkeiten) mit entsprechend steigenden Umsätzen im Bereich der gewerblichen Geldspielautomaten zurückzuführen ist. Weiterhin wurden in diesem Zeitraum die Beratungsangebote für pathologische Glücksspieler bundesweit erweitert und öffentlichkeitswirksam bekannt gemacht.

Hochgerechnete Behandlungszahlen auf Grundlage der Zugänge von pathologischen Glücksspielern in ambulanten Beratungs- und Behandlungszentren von 2004 bis 2010

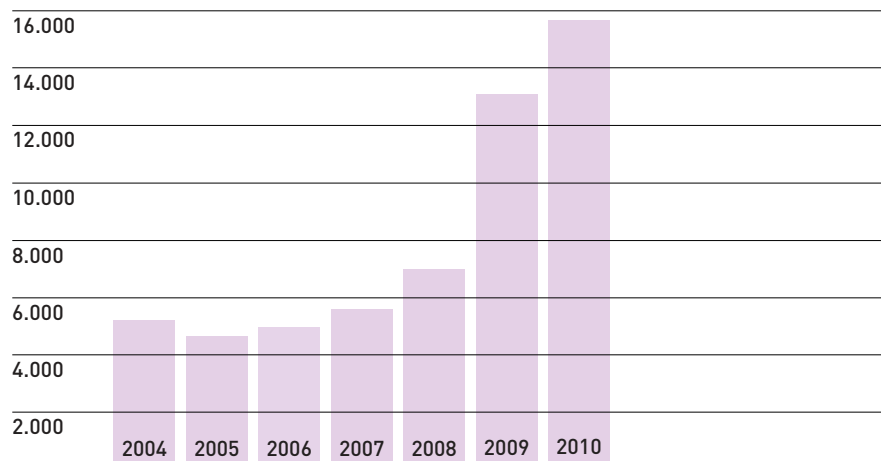


Abb. 2.1 (nach Meyer, 2012)

Anzahl

Ein ähnliches Bild ergibt sich in Bezug auf die stationäre Behandlungsnachfrage in Kliniken, die ein spezifisches glücksspielerbezogenes Angebot entsprechend den „Empfehlungen“ aufweisen. So wurden im Jahr 2000 in fünf solcher Einrichtungen insgesamt 300 Patienten behandelt, während es im Jahr 2010 in 16 Kliniken zusammen 1.843 Behandlungsfälle waren. Auch hier ist eine deutliche Steigerung auszumachen, die ebenfalls nach 2008 besonders progressiv ausfällt.

Die genannten absoluten Zahlen von stationären Behandlungen dürften jedoch höher liegen, da neben diesen spezialisierten Kliniken auch in anderen stationären Einrichtungen pathologische Glücksspieler mit komorbiden Störungen mitbehandelt werden. Die Deutsche Suchthilfestatistik von 2009 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011) weist für den stationären Bereich 662 pathologische Glücksspieler (2,0 % aller Behandlungsfälle) aus. Diese Anzahl entspricht den Angaben der im Bundes-

verband für Suchtkrankenhilfe (buss) organisierten Kliniken mit insgesamt 1,9 % bzw. 2,3 % in den Kliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige (Koch, 2011). Die vorliegenden Zahlen erlauben jedoch keine Hochrechnungen, da die auf die Behandlung spezialisierten Einrichtungen, insbesondere die psychosomatischen Kliniken unterrepräsentiert bzw. in der Stichprobe nicht enthalten sind.

Anzahl von behandelten pathologischen Glücksspielern in ausgewählten stationären Einrichtungen von 1997 bis 2010

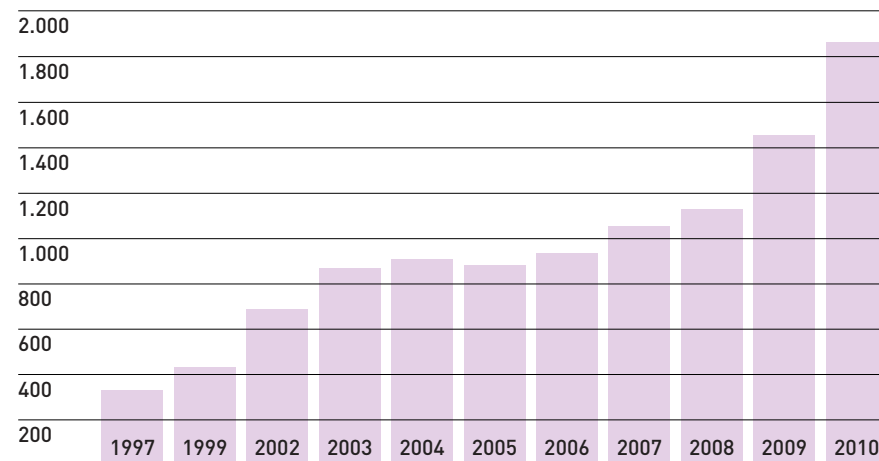


Abb. 2.2 (nach Meyer, 2012)

Anzahl

Auch im Bereich der ambulanten Psychotherapie findet sich inzwischen eine beachtliche Nachfrage. Von Kraus und Mitarbeitern (2011) wurden bezogen auf das Jahr 2009 insgesamt 726 Psychologische Psychotherapeuten aus Bayern schriftlich befragt, von denen 214 geantwortet haben. Basierend auf diesen Daten (N= 214; Ausschöpfungsquote 29,5 %) wiesen hochgerechnet auf die 2.520 Psychologischen Psychotherapeuten in Bayern geschätzte 1.437 Patienten eine Glücksspielproblematik auf. Aufgrund dieser Problematik wurden aus dieser Patientengruppe geschätzte 801 behandelt. Hochgerechnet auf alle bayerischen Psychologischen Psychotherapeuten wurden 1.425 Patienten wegen bestehender Glücksspielprobleme an weitere Einrichtungen wie Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Kliniken oder psychiatrische Fachambulanzen oder Fachärzte überwiesen. Diese Daten basieren auf einer schmalen Stichprobe, so dass sie

3.1 Genetik und Neurobiologie (Thomas Brück)

3.1.1 Genetik

Ein familiär gehäuftes Auftreten von Suchterkrankungen ist ein schon lange bekanntes Phänomen. Dies gilt sowohl für die Alkoholabhängigkeit als auch für andere stoffgebundene Suchterkrankungen. Auch wird darüber hinaus das Auftreten verschiedener Süchte innerhalb einer Familie beschrieben. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Häufung auf rein genetischen, also vererbbaaren Faktoren beruht. Hier spielen bekanntermaßen immer auch Umweltfaktoren und die Bedeutung von komorbiden Störungen bzw. Persönlichkeitsmerkmalen eine große Rolle. Untersuchungen zur Bedeutung genetischer Faktoren finden sich zum einen in Zwillings- und Adoptionsstudien und zum anderen auf der direkten biologisch-genetischen Ebene in Assoziations- und Kopplungsstudien, in denen spezifische Gene oder genetische Marker für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung untersucht werden können. Hier werden Verbindungen hergestellt zu besonderen neurobiologischen Auffälligkeiten, beispielsweise hinsichtlich der Wirkung oder des Abbaus einer Droge. Beim Alkoholismus kann z. B. von einer genetischen Beteiligung von 40 % bis 60 % ausgegangen werden.

Auch für die Entwicklung der Glücksspielsucht gibt es in einigen Studien deutliche Hinweise auf familiäre Häufungen. In Zwillingsstudien (Konkordanzraten) sind eineiige Zwillinge in bis zu 23 % der Fälle hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz gemeinsam betroffen, zweieiige Zwillinge in etwa 10 % (Eisen et al., 1998). In Familienstudien sind bis zu 20 % der Verwandten ersten Grades bei Vorliegen einer Glücksspielsucht ebenfalls von dieser Störung betroffen (Meyer, Bachmann, 2011). Darüber hinaus wurden auch gemeinsame genetische Faktoren mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit gefunden. Auch mit der Disposition zur Entwicklung von depressiven Störungen gibt es genetische Überlappungen. Mittlerweile weisen aktuellere Daten darauf hin, dass auch für die Entstehung einer Glücksspielsucht eine genetische Beteiligung von ca. 50 % vorliegt (Meyer, Bachmann, 2011). Wahrscheinlich gilt dies für männliche wie weibliche Betroffene gleichermaßen, obwohl die Befunde hierzu uneinheitlich sind. Die genetische Beteiligung muss als ein Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung der Suchter-

krankung verstanden werden. Genetische Faktoren beeinflussen in entscheidender Weise die Reaktionen des Menschen auf der neurobiologischen Ebene, also beispielsweise in der Form, wie bestimmte Neurotransmitter reagieren. Dies hat wiederum Einfluss auf das Ausmaß der Glücksspielproblematik oder darauf, ob und wie hoch das Erregungsniveau und die Impulsivität grundsätzlich schon erhöht sind. Eine zentrale Rolle scheint eine Variante im Dopaminsystem zu spielen, das sogenannte D2A1-Allel des Dopamin-D2-Rezeptor-Gens. Dieses ist deutlich vermehrt bei Glücksspielsüchtigen nachweisbar, je nach Ausmaß der Störung. Es findet sich aber auch bei anderen Suchterkrankungen und allgemein bei impulsivem Verhalten erhöht. Diese Auffälligkeit betrifft demnach das dopaminerge Belohnungssystem (vgl. Mörsen et al., 2011). Genetische Befunde finden sich bei Glücksspielsucht aber auch im serotonergen und noradrenergen System mit den entsprechenden neurobiologischen Auswirkungen.

3.1.2 Neurobiologie

Neurobiologische Grundlagen sind bei stoffgebundenen Süchten gut untersucht. Die Bedeutung des limbischen Systems für die Entstehung und Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens ist bekannt. Dem limbischen System werden Bewertungen wie Lustgefühl oder Motivation zugeschrieben, die über Neurotransmitter vermittelt werden. In weiteren Prozessen kommt es zu Änderungen der synaptischen Verschaltungen in der Großhirnrinde. Bei stofflichen Süchten werden unter anderem direkte und indirekte Auswirkungen der Suchtmittel wie Alkohol, Drogen oder Nikotin auf bestimmte Neurotransmittersysteme im Gehirn beschrieben. Die Übertragung dieser Ergebnisse auf die Glücksspielsucht ist aus diesem Grund zunächst nicht ohne Weiteres möglich. Die Aktivierung körpereigener Botenstoffe durch Glücksspielen oder vergleichbare Tätigkeiten kann mit der teilweise extremen Beeinflussung der Transmitter durch eine Droge nicht gleichgesetzt werden. Dennoch konnten in den bislang veröffentlichten Studien Parallelen zu stoffgebundenen Suchterkrankungen gefunden werden, wenn auch die Ergebnisse teilweise uneinheitlich sind. Ähnlichkeiten beziehen sich auf Dysfunktionen in Transmittersystemen, die die Entstehung einer Glücksspielproblematik im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität begünstigen, oder aber auch zur Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens beitragen (Brewer et al., 2007; Böning, Grüsser-Sinopoli, 2009).

Im besonderen Fokus der Studien steht das Dopaminsystem. Es wird eine Störung im dopaminergen Belohnungssystem postuliert, welche wie oben beschrieben eine genetische Disposition darstellen kann. Es besteht aus verzweigten Neuronenverbindungen, die das Verhalten entscheidend beeinflussen, wobei es insbesondere bei der Verarbeitung natürlicher Belohnungsereignisse aktiviert wird. Das mesolimbische dopaminerge System umfasst verschiedene Hirnareale, unter

bellose, Keno) zunehmend aufgeweicht. Aktuell ist dies durch die Einführung des „Eurojackpots“, der eine Gewinnhöchstsumme von 90 Mio. Euro vorsieht, erfolgt. Da sich der „Normalverbraucher“ eine solche Summe kaum noch lebenspraktisch vorstellen kann, wird dies mit Mentalitätsveränderungen einhergehen, die das Glücksspielen noch stärker als alltägliches Konsum- und Freizeitverhalten erscheinen lassen, sodass der demeritorische Charakter des Glücksspiels verblasst. Es ist bekannt, dass hohe Lotto-Jackpots zu verstärktem Glücksspielen führen, insbesondere durch das Anlocken neuer Teilnehmer. In die gleiche Richtung zielt die erfolgte Einbeziehung des Internets als neuem Vertriebsweg.

3.3.2 Gesellschaftsformation

Zum besseren Verständnis derzeitiger Erscheinungsformen des Glücksspiels und zur Bewertung aktueller Entwicklungstendenzen ist es sinnvoll, die historischen Veränderungen des gesellschaftlichen Glücksspielangebotes und der jeweils verbreiteten sozialen Glücksspielmuster zu betrachten. Dies kann hier lediglich in einem verkürzten Überblick erfolgen.

Die Zeugnisse früher Hochkulturen lassen vermuten, dass das einfache Würfelspiel eines der ältesten Glücksspiele ist. So finden sich antike Spielwürfel, die aus Sprunggelenkknöcheln bestehen, auf die Punkte oder Symbole eingeritzt sind (sogenannte Astragale). Diese Würfel dienten der „Befragung“ des Schicksals als ursprüngliche Glücksspielform:

„Das Glücksspiel ... wird geprägt von der Faszination der Magie, der Bezwungung des Glücks und der Wahrsagung. Magische, religiös anmutende Rituale und irrationale Kontrollüberzeugungen beherrschen und beherrschten in Gegenwart und Vergangenheit das Glücksspiel, das allein oder ganz überwiegend vom Zufall abhängig ist.“ (Giżycki, Górny, 1970, S. 26).

Aufgrund der gering entwickelten Naturbeherrschung (beginnender Werkzeuggebrauch) führte die erlebte Ohnmacht der Menschen zu einer weltanschaulichen Mischung von spontan-materialistischen und mystisch-religiösen Vorstellungen (Totemismus, Animismus, Fetischismus). Das Glücksspielen hatte entsprechend die Funktion der kultisch-rituellen und magisch-metaphysischen Lebensbewältigung.

Anthropologisch entspringt das Glücksspielen jedoch nicht dem generellen Wunsch nach einer übernatürlichen Welterfahrung durch Auslieferung der eigenen Existenz an das unberechenbare Schicksal. Die Erscheinungsformen des Glücksspiels und der Glücksspielsucht zeigen vielmehr einen historisch-gesellschaftlichen Wandel in Abhängigkeit von der Gesellschaftsformation.

Im Feudalismus mit seiner hierarchischen Unter- und Überordnung (König, Vasallen, hörige/leibeigene Bauern) und seiner „gottgewollten“ ständischen Struktur hatte das „höfische Kartenspiel“ (König, Dame, Bube) als typische Glücksspielform der Herrschenden die Funktion einer Überlegenheitsgeste der herrschenden Klasse:

„Die äußerst heterogene und in ihrem Bestand dauernden Veränderungen unterworfenen Sozialgruppe des Adels sah sich permanent der Herausforderung ausgesetzt, ihr Selbstverständnis nach den äußeren und inneren Modifikationen der Ständegesellschaft auszurichten ... Das Spiel, zumal das Glücksspiel, wurde zum unabdingbaren Attribut adeligen Lebensstils ... Reichtümer im Rahmen der „Ethik des ritterlichen Müßigganges“ zu verschwenden und zu zerstören, anstatt sie zu produzieren.“ (Zollinger, 1997, S. 47).

Im Kapitalismus treten dem Arbeiter sowohl seine Produkte als auch seine Tätigkeit als etwas Fremdes und Äußerliches gegenüber (Entfremdung). Der Geldspielautomat stellt entsprechend die typische Glücksspielform der Lohnabhängigen und des Prekariats dar. Die Aktivität an den gewerblichen Geldspielautomaten lässt sich als Arbeitsprozess interpretieren:

„Zocken ist Leistungssport. Der Schweiß perlt von der Stirn. Heißkalte Schauer jagen von den Fußsohlen bis hinauf in die Haarwurzeln. Der Körper ist nun hundertprozentig aufs Spielen eingestellt ... Konnte ich nicht auch vier, manchmal sogar sechs Stunden vor mehreren Automaten stehen und regelrecht arbeiten?“ (Schuller, 2008, S. 113).

„Tatsächlich spielte ich mit dem Gedanken, Berufsspieler zu werden. Denn mein eigentlicher Job brachte mir außer Ärger kaum mehr etwas ein.“ (Schuller, 2008, S. 306).

Das Geldautomatenspiel fängt in Form der Aufsteigermentalität (vom Tellerwäscher zum Millionär) den „Geist des Kapitalismus“ Webers (1920) ein und nimmt im Sinne der Frankfurter Schule alle Bereiche des Lebens – auch den der „Freizeit“ – in Beschlag.

3.3.3 Gesellschaftliche Position und Lebenslage

Die beschriebene gesellschaftliche Vermitteltheit des Glücksspielverhaltens, wie es der „Automaten-Mann“ (so hieß die Erstausgabe des Buches von Schuller aus dem Jahr 1993) schildert, bedeutet jedoch nicht, dass eine Glücksspielproblematik unmittelbar durch die Lebensumstände bedingt sein kann, aber auch nicht, dass ein pathologisches Glücksspielverhalten völlig frei von den gesellschaftlichen Bedingungen erfolgt. Die personale Handlungsfähigkeit im Sinne der Kritischen

- ▶ die Glücksspieler Erfahrungen, Gedanken und Gefühle offen und ehrlich austauschen,
- ▶ die Gruppe bei der Bewältigung von Problemen hilft,
- ▶ einführendes Verständnis, Zuneigung und solidarische Anteilnahme gezeigt werden.

Die von der Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht NRW herausgegebene kostenlose Broschüre „Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige und Angehörige (2010)“ enthält neben Tipps zur Gründung, Organisation, Prozessabläufen auch eine Checkliste, mit deren Hilfe überprüft werden kann, ob die eigene Selbsthilfegruppe in Bezug auf die Struktur oder die Kommunikationsform optimal ausgerichtet ist (www.gluecksspielsucht-nrw.de/materialien.php?cmd=kampagne, Zugriff: 20.02.2012).

Literatur:

Anonyme Spieler (1986): Broschüre der Anonymen Spieler. Hamburg: Kontaktstelle Deutschland der „Anonymen Spieler“.

Meyer, Gerhard (2012): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich: Pabst, 125-141.

Meyer, Gerhard; Bachmann, Meinolf (2011): Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 3. Auflage. Heidelberg: Springer.

6 Interventionsformen

6.1 Prävention

Der Präventionsbegriff (lat. praevenire = zuvorkommen, verhüten, überholen) hat in den letzten Jahren einen Definitions- und Bedeutungswandel erfahren. Auf Caplan (1964) geht die traditionelle Unterscheidung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention zurück. Uhl (2009) weist darauf hin, dass die ursprüngliche Definition von Caplan häufig verkürzt dargestellt wird.

Definition der Suchtprävention nach Caplan (1964)

Art	Definition und Ziel	Zielgruppe
Primärprävention	Vorbeugende Maßnahmen vor Krankheitsmanifestation ▶ Auftreten einer Krankheit soll verringert werden	Prophylaxe an unselektierten Personengruppen (Allgemeinbevölkerung)
Sekundärprävention	Kurative Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation ▶ Dauer der Krankheit soll verringert werden	Prophylaxe an (Hoch-)Risikogruppen
Tertiärprävention	Schadensbegrenzende Maßnahmen ▶ Auswirkungen der Erkrankung sollen verringert werden	Behandlung (Rückfallprophylaxe) manifest Erkrankter

Tab. 6.1

Obige Unterteilung wird – insbesondere in der verkürzten Version – im deutschsprachigen Raum weiterhin verwendet, zunehmend aber abgelöst durch die Unterscheidung in universelle, selektive und indizierte Prävention. Hiermit werden alle Maßnahmen erfasst, die vor der vollen Ausprägung einer Suchterkrankung einsetzen. Als Zielgruppen gelten die Allgemeinbevölkerung, definierte Risikogruppen sowie Individuen mit manifestem Risikoverhalten (vgl. Gordon, 1983).

Universelle, selektive und indizierte Prävention

Universelle Prävention	Selektive/Indizierte Prävention
▶ ursachenorientiert ▶ unspezifisch ▶ Gießkannenprinzip ▶ diffuse Wirkung ▶ Ausblendung von Konsumerfahrungen	▶ problem- und situationsorientiert ▶ spezifisch ▶ maßgeschneiderte, zielgenaue Angebote ▶ konkrete Wirkungseffekte ▶ Konsumerfahrungen als Ansatzpunkt

Tab. 6.2

6.1.1 Verhältnis- und Verhaltensprävention

Grundsätzlich unterscheidet die Suchtprävention zwei weitere Ansätze: Maßnahmen, die auf das Verhalten von Menschen ausgerichtet sind (Verhaltensprävention), und Maßnahmen, die auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen und Rahmenbedingungen abzielen (Verhältnisprävention). Erfolgreiche suchtpreventive Strategien verbinden beide Ansätze sinnvoll miteinander.

Es zählt zum epidemiologischen Basiswissen der Suchtforschung, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Angebot an Suchtmitteln und den vorhandenen Suchtproblemen in einer Gesellschaft besteht. So korreliert z. B. der Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol in einer Gesellschaft hochpositiv mit der Rate von Alkoholmissbrauchenden und Alkoholabhängigen.

Dieser Zusammenhang wird auch im Glücksspielbereich vermutet. So lautet die Annahme, dass mit steigender Verfügbarkeit des Glücksspielangebots ein zunehmender Konsum in der Bevölkerung stattfindet, der wiederum zu einer Zunahme der problembehafteten Glücksspieler führt. Für die Schweiz konnte eine epidemiologische Untersuchung (Bondolfi et al., 2002) diesen Zusammenhang zwischen einem großen Glücksspielangebot und einem stärkeren Problemausmaß nachweisen: In Kantonen, die eine besonders hohe Spielautomatendichte aufwiesen, wurde auch eine besonders hohe Anzahl von Menschen gefunden, die Probleme mit dem Glücksspielen hatten oder gar glücksspielsüchtig waren. Für Norwegen stellten Hansen und Rossow (2008) in Bezug auf die Gruppe der Heranwachsenden (13 bis 19 Jahre) fest: Je höher das Spelausmaß und die Ausgaben für Glücksspiele waren, desto höher war die Prävalenz problematischen Glücksspielverhaltens. Jegliche Expansion des Glücksspielmarktes führt somit zu einer Ausweitung glücksspielbezogener Probleme auf individueller und sozialer Ebene. Es erfolgt eine Zunahme der Zahl problematischer und süchtiger Glücksspieler,

die sich selbst, ihre Familien und das Sozialsystem schädigen. An welche Grenzen dieses Gesamtkonsum-Modell stößt, können nur Langzeitstudien aufklären, die über längere Zeiträume das (wachsende) Glücksspielangebot in Bezug zu den Prävalenzraten beobachten.

Verhältnispräventive Strategien zielen auf eine Eindämmung bzw. Regulierung des Glücksspielmarktes, die das Angebot verteuern, einschränken und den Zugang erschweren. Aus dieser Perspektive ist ein kleiner, streng reglementierter Glücksspielmarkt das Mittel der Wahl. Wirksame Prävention in diesem Sinne lässt sich an geringeren Umsatzzahlen messen, während Umsatzsteigerungen letztlich die Wirkungslosigkeit präventiver Bemühungen anzeigen. Naturgemäß entspricht dieser Ansatz nicht den Interessen der Anbieter von Glücksspielen aller Art. Glücksspielanbieter präferieren – wenn überhaupt – die weniger wirksamen verhaltenspräventiven Maßnahmen, von denen sie allenfalls geringe Einflüsse auf den Umsatz erwarten.

Spezifische Maßnahmen zur Prävention der Glücksspielsucht

Verhaltenspräventive Maßnahmen	▶ Stärkung von Lebenskompetenzen (Familie, Schule, Peergroup) ▶ Informations- und Aufklärungskampagnen (massenmedial) ▶ Unterrichtsprogramme für Schulen ▶ Schulung des Personals in Lottoannahmestellen, Spielbanken etc.
Verhältnispräventive Maßnahmen	▶ Beschränkungen bzgl. der Anzahl der Glücksspielstandorte und der jeweiligen Glücksspielgelegenheiten (Geräte, Tische etc.) ▶ Beschränkung der suchtrelevanten Glücksspiele ▶ Eingriffe in die Spielstruktur ▶ Örtliche Beschränkungen, Ansiedlung an der Peripherie der Stadt ▶ Begrenzung der Öffnungszeiten ▶ Verbot des Vertriebsweges Internet ▶ Einlass- und Ausweiskontrollen ▶ Sperrsystem ▶ Werbebeschränkungen ▶ Beschränkung des Alkohol- und Tabakkonsums während des Glücksspielens ▶ Aufklärung über Gewinn-/ Verlustwahrscheinlichkeiten ▶ Limitierung von Einsatz und Verlust ▶ Warnhinweise bzgl. der Suchtgefahr ▶ Hinweise auf Hilfeangebote (Hotline, Beratungsstellen, Selbsthilfe) ▶ Unterbindung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs oder ausschließlich bargeldlosen Zahlungsverkehr in Verbindung mit festgesetzten Limits ▶ Früherkennung von Problemspielern ▶ Precommitment-System, mit dem die Spieler das Einhalten eines zuvor selbst gesetzten Limits vereinbaren

Tab. 6.3

Isolierte, verhaltenspräventive Maßnahmen und Programme weisen eine vergleichsweise geringe Effektivität auf. Sie entfalten nur dann nennenswerte Wirkungen hinsichtlich Einstellungs- und insbesondere hinsichtlich Verhaltensänderungen, wenn sie sich in einem Rahmen solider gesetzlicher Rahmenbedingungen bewegen, welche die Verfügbarkeit beschränken und somit den Gesamtkonsum senken. Gefordert ist eine gute Kombination aufeinander abgestimmter Maßnahmen („policy mix“), die von der Aufklärung der Bevölkerung über Risiken und Gefahren der Glücksspielteilnahme, über die Förderung und Stärkung der Verbraucher (z. B. Lebenskompetenzförderung) bis hin zu Werbebeschränkungen und restriktiven Glücksspielgesetzen reichen.

Auf Basis bisher vorliegender eher lückenhafter Daten zur Wirksamkeit glücksspielsuchtspezifischer Maßnahmen haben Meyer und Bachmann (2011) in Anlehnung an Williams und Mitarbeiter (2007) verschiedene Präventionsmaßnahmen hinsichtlich ihres Wirkungspotenzials eingeschätzt. Demnach erwiesen sich als hoch bis mittelmäßig wirksam nur folgende Ansätze:

- ▶ Maßnahmen zur Stärkung der Lebenskompetenz (Familie, Schule, Peergroup) sowie
- ▶ Maßnahmen zur Begrenzung der Verfügbarkeit von Glücksspielen:
 - ▶ Beschränkung der Anzahl von Spielstätten,
 - ▶ Begrenzung von Glücksspielen mit hohem Suchtpotenzial,
 - ▶ örtliche Beschränkungen sowie
 - ▶ Beschränkung des Alkohol- und Tabakkonsums während des Glücksspielens.

6.1.2 Aufklärungskampagnen

Die bundesweit erste Aufklärungskampagne zum Thema Glücksspielsucht hat das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium im Jahr 2004 unter dem Motto „Ich mach’ das Spiel nicht mit“ gestartet. Die Kampagne umfasste Postkarten, Flyer, Plakate und einen Kinospot. Flankierend wurde eine Hotline geschaltet, die bis heute fortbesteht.

Nach Inkrafttreten des Glücksspielstaatsvertrages in Jahre 2008 wurden auf Bundesebene mit „Check dein Spiel“ und „Spielen mit Verantwortung“ (BZgA, 2009) und in den meisten Bundesländern vergleichbare Kampagnen entwickelt.

Beispielsweise trägt die Kampagne in Berlin den Namen „Stopp! Faules Spiel!“ (www.faul-es-spiel.de), in Hamburg lautet der Slogan „Automatisch verloren. Glücksspiel geht an die Substanz!“ (www.automatisch-verloren.de).

Die Kampagne der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern „Verspiel nicht dein Leben“ hat es bei den Effie Awards 2011 sogar unter die Finalisten geschafft. Insbesondere der TV-Spot zur Kampagne gilt auch unter Suchtfachleuten als äußerst gelungen. Die Folgen einer Glücksspielsucht können kaum eindrucksvoller dargestellt werden. Gezeigt wird zunächst eine typische Familienidylle: Haus im Grünen mit Frau, spielenden Kindern, Hund, Garage und Auto. Plötzlich beginnen sich drei Teile des Bildes wie ein Geldspielautomat zu drehen. Als sie zum Stillstand kommen, sind Auto und Garage weg. Nach dem nächsten Dreh ist das Haus verschwunden. Der Vorgang wiederholt sich bis nur noch die grüne Wiese zu sehen ist. Selbst der Hund ist verschwunden. Die attraktive Kampagne übertraf alle gesetzten Ziele. Die Zahl der Besuche der Kampagnen-Website lag z. B. deutlich über dem Ziel der Verzehnfachung und über das Kontakt-Tool der Homepage konnten im Untersuchungszeitraum 5.000 Anfragen an die regionalen Beratungsstellen vermittelt werden, aus denen 2.100 Beratungsgespräche entstanden (www.verspiel-nicht-dein-leben.de, Zugriff: 20.02.2013).

6.1.3 Sozialkonzepte

Mit Inkrafttreten des Glücksspielstaatsvertrages im Jahr 2008 wurden erstmals Sozialkonzepte für die Veranstalter und Vermittler öffentlicher Glücksspiele verpflichtend (§ 6 GlüStV). Sie müssen ihr Personal schulen und die im Anhang des GlüStV formulierten „Richtlinien zur Vermeidung und Bekämpfung von Glücksspielsucht“ erfüllen. In den Sozialkonzepten soll dargelegt werden, mit welchen Maßnahmen den sozialschädlichen Auswirkungen des Glücksspiels vorgebeugt werden soll und wie diese behoben werden sollen. Ziel ist es, die Spieler zu verantwortungsbewusstem Glücksspiel anzuhalten und der Entstehung von Glücksspielsucht vorzubeugen.

Der Glücksspielstaatsvertrag von 2008 enthält im Anhang folgende „Richtlinien zur Vermeidung und Bekämpfung von Glücksspielsucht“:

1. Die Veranstalter

- a) benennen Beauftragte für die Entwicklung von Sozialkonzepten,
- b) erheben Daten über die Auswirkungen der von ihnen angebotenen Glücksspiele auf die Entstehung von Glücksspielsucht und berichten hierüber sowie über den Erfolg der von ihnen zum Spielerschutz getroffenen Maßnahmen alle zwei Jahre den Glücksspielaufsichtsbehörden,

- c) schulen das für die Veranstaltung, Durchführung und gewerbliche Vermittlung öffentlichen Glücksspiels eingesetzte Personal in der Früherkennung problematischen Spielverhaltens, wie z. B. dem plötzlichen Anstieg des Entgelts oder der Spielfrequenz,
- d) schließen das in den Annahmestellen beschäftigte Personal vom dort angebotenen Glücksspiel aus,
- e) ermöglichen es den Spielern, ihre Gefährdung einzuschätzen, und
- f) richten eine Telefonberatung mit einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer ein.

2. Eine Information über Höchstgewinne ist mit der Aufklärung über die Wahrscheinlichkeit von Gewinn und Verlust zu verbinden.
3. Die Vergütung der leitenden Angestellten von Glücksspielveranstaltern darf nicht abhängig vom Umsatz berechnet werden.

Der Staatsvertrag zur Änderung des Glücksspielstaatsvertrags (GlüÄndStV), der am 1.7.2012 in Kraft getreten ist, hat diese Regelungen übernommen. Zur Wirksamkeit einzelner recht anspruchsvoll formulierter Maßnahmen und Bestimmungen liegen in Bezug auf die Erreichung der definierten Ziele („Spieler sollen verantwortungsbewusst spielen“ und „Entstehung von Glücksspielsucht soll vorgebeugt werden“) so gut wie keine wissenschaftlichen Evaluationen vor. Die wenigen bisher vorliegenden Untersuchungen (vgl. Kalke 2011, S. 43f) weisen auf Mängel hin (es fehlen z. B. validierte Instrumente zur Früherkennung) und können keine nachhaltigen Effekte nachweisen.

Ob der Sozialkonzeptansatz je seinem Anspruch gerecht werden kann, erscheint fraglich. Immerhin erwirtschaften Glücksspielunternehmen einen nicht unbeachtlichen Teil ihrer Einnahmen durch die Gruppe der problematischen und pathologischen Glücksspieler. Adams (2010) geht davon aus, dass 56 % der Umsätze der Geldspielautomatenbranche mit problematischen und pathologischen Glücksspielern erwirtschaftet werden. Bei Spielbanken seien dies 38 %, bei Online-Glücksspielen 60 % und bei den staatlichen Lotterien 4 %.

6.1.4 Sperrsystem

Hinweise auf die Wirksamkeit präventiver Ansätze liefert auch die Sperrdatenbank, die sowohl Spielsperren im Bereich der 81 deutschen Spielbanken (Großes und Kleines Spiel) als auch im Bereich der Lotterien umfasst. Die Möglichkeit, sich für Lotteriespiele sperren zu lassen, besteht erst seit Inkrafttreten des GlüStV im Jahr 2008 (§ 8 Spielsperre). Die Sperroption besteht nur für Lotteriespiele, die

mehr als zweimal die Woche gespielt werden (Oddset, Toto, Keno), ausgenommen hiervon sind jedoch die insbesondere bei Jugendlichen beliebten Rubbellose. Unterschieden werden Selbstsperren, die auf eigenen Antrag erfolgen, von Fremdsperren, die von Dritten beantragt werden. Gemeint sind hiermit insbesondere die Mitarbeiter der Glücksspielanbieter, die ein Sperrverfahren einleiten müssen, wenn es Hinweise auf eine Glücksspielsuchtgefährdung oder eine Überschuldung gibt bzw. wenn es Hinweise gibt, dass der Glücksspieler Einsätze riskiert, die in keinem Verhältnis zu seinem Einkommen stehen. Auch Angehörige können einen Antrag auf Fremdsperre stellen. Um Denunziationen und Racheakten vorzubeugen, wird in diesen Fällen Rücksprache mit dem Glücksspieler gehalten. Er wird schriftlich informiert, dass ein Sperrantrag vorliegt und aufgefordert, durch aussagekräftige Unterlagen seine Bonität nachzuweisen.

Die Größe der Sperrdatenbank und ihre Entwicklung innerhalb der letzten Jahre lassen nicht auf besondere Aktivitäten im Bereich der Früherkennung aufseiten der Glücksspielbetreiber schließen. Im Gegenteil: Zieht man Daten aus der Schweiz als Vergleichsgröße heran, ergibt sich, dass es dort bei einer wesentlich kleineren Einwohnerzahl (Deutschland 81,7 Mio., Schweiz 7,8 Mio.) und einer geringeren Anzahl an Spielbanken eine größere Anzahl gesperrter Glücksspieler gibt.

Vergleich der Entwicklung der Spielsperren in Deutschland und der Schweiz

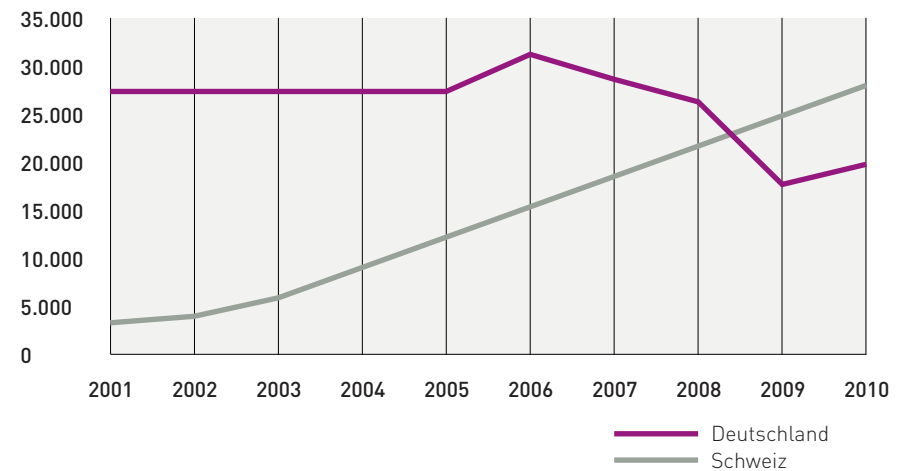


Abb. 6.1 (Eidgenössische Spielbankenkommission ESBK, Bern, 2012 und Meyer, 2006, 2012)

Gäbe es in Deutschland eine ähnliche Sperrkultur wie in der Schweiz, müsste es grob gerechnet mindestens 200.000 Sperren geben. In der Schweiz gilt es einige Besonderheiten zu beachten: Die neue Glücksspielgesetzgebung, die im Jahr 2000 in Kraft trat, legt fest, dass außerhalb der Spielbanken kein Glücksspiel angeboten werden darf. Dies führte nach einer Übergangsphase von fünf Jahren zum Abbau des Automatenglücksspiels in den Spielhallen. Erlaubt sind dort nur noch Geschicklichkeitsspiele. Das Schweizerische Spielbankengesetz (SBG) schreibt ein Sozialkonzept vor, das Pate für die entsprechenden Vorschriften in der deutschen Glücksspielgesetzgebung gestanden hat. Festgeschrieben wird die Verpflichtung zur Früherkennung genauso wie Eingangs- und Zutrittskontrollen sowie der Abgleich mit der Sperrdatei. Anders als in Deutschland kann man sich in der Schweiz allerdings nicht für Lotteriespiele sperren lassen.

Die Eidgenössische Spielbankenkommission (ESBK, www.esbk.ch), die die Sozialkonzepte der 19 Spielbanken überwacht, hat im Jahr 2010 eine Spielbank, die eine Kasinospülerin zu spät gesperrt hat, mit einer hohen Strafe belegt (440.000 CHF). Die Strafe wurde 2011 vom Schweizer Bundesgericht (Urteil vom 18. Mai 2011, 2C_94972010), bei dem die Spielbank Beschwerde eingelegt hatte, bestätigt. Die Bankangestellte hatte bei ihrem Arbeitgeber 2,8 Mio. CHF unterschlagen und im Spielkasino verspielt. Sie tätigte Einsätze von rund 99.000 CHF im Monat und geriet mehrfach in den Fokus der Früherkennung. Es wurden sogar Gespräche über eine Glücksspielsuchtgefährdung mit ihr geführt, die aber ebenso ohne Folgen blieben, wie Rückfragen zu ihren finanziellen Verhältnissen, die ergeben hatten, dass ihr Einkommen in keinem Verhältnis zu den Einsätzen stand. Das Gericht urteilte, dass die ESBK das Bußgeld zu Recht verhängt habe. Das Kasino habe gegen die Konzession verstoßen, weil es keine Spielsperre verhängt habe.

Ein vergleichbarer Fall in Deutschland blieb bislang folgenlos für den Betreiber: Ein Manager unterschlug bei seinem Arbeitgeber im Verlauf mehrerer Jahre insgesamt rund 8,2 Mio. Euro, mit denen er vor allem seine Glücksspielsucht finanzierte. Vor Gericht sagten Kasinomitarbeiter aus, er habe mehrmals wöchentlich das Kasino besucht und dabei Beträge zwischen 5.000 und 10.000 Euro am Abend verspielt. Von einer Glücksspielsucht habe man aber nichts bemerkt, er sei weder aggressiv gewesen, noch habe er auf die Automaten eingehauen, das Personal beschimpft, seine Kleidung vernachlässigt oder versucht, sich von anderen Gästen Geld zu leihen. Im Juli 2011 wurde der Manager zu fünf Jahren und drei Monaten Haft verurteilt. Die von einem Gutachter bestätigte Glücksspielsucht wurde ebenso strafmildernd gewertet wie das Geständnis des Angeklagten. Das Gericht kritisierte in seinem Urteil die Spielbank. Deren Geschäftsführung habe verantwortungslos gehandelt, indem sie „aus ureigensten wirtschaftlichen Interessen“ die Spielsucht des Angeklagten ignoriert habe und nicht rechtzeitig die Notbremse gezogen hätte. Eine Reaktion der zuständigen Glücksspielaufsicht im Thüringer Innenministerium steht noch aus.

Der Vergleich beider Fälle zeigt, dass Sozialkonzepte nur in Verbindung mit einer starken Glücksspielaufsicht Sinn machen, die die Umsetzung sorgfältig prüft, begleitet und die Nichteinhaltung sanktioniert. Aktuell wäre z. B. eine Überprüfung der Sperrpraxis der Spielbanken und Lottogesellschaften durch die Glücksspielaufsicht angezeigt. Nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Neusperrungen, differenziert nach Selbst- und Fremdsperren, sowie die Zahl der Anträge auf Entsperrung und die aufgehobenen Sperren seit Inkrafttreten des GlüStV. Insbesondere die geringe Zahl der Fremdsperren aufgrund von Hinweisen des Personals sollte Anlass zu sorgfältigen Überprüfungen sein, besagt sie doch, dass z. B. im Jahr 2010 im Schnitt jährlich nur 1,8 Spieler pro Spielbank als problematisch erkannt wurden.

Anzahl der Spielsperren, Anträge auf Entsperrung und aufgehobene Sperren

Jahr	Selbst-sperren	Fremdsperren		Anträge auf Entsperrung	Aufgehobene Sperren
		Hinweise durch Dritte	Hinweise durch Personal		
2008	3328	291	278	1007	348
2009	2130	184	205	696	316
2010	1783	145	170	388	241

Tab. 6.4 (aus: Meyer, 2012)

Auch die Praxis zur Aufhebung von Sperren ist noch nicht optimal geregelt. Der Fachbeirat Glücksspielsucht, der die Bundesländer bei der Umsetzung des GlüStV berät, hat empfohlen, bei Anträgen auf Entsperrung folgende Sachverhalte sorgfältig zu prüfen (www.fachbeirat-gluecksspielsucht.de: Empfehlung 3/2011):

- ▶ Schufa-Auskunft
- ▶ Anhörung des Dritten, der die Sperre veranlasst hat
- ▶ Nachweis, dass keine Sozialleistungen bezogen werden
- ▶ Unbedenklichkeitsbescheinigung eines unabhängigen Gutachters, d. h. eines in der Behandlung von pathologischen Glücksspielern erfahrenen, approbierten psychologischen/ärztlichen Psychotherapeuten oder Facharztes für Psychiatrie

langt werden, werden verstärkt von Jugendlichen frequentiert. Der unzureichenden Umsetzung des Jugendschutzes kann am besten mit Testkäufen begegnet werden, die von unabhängigen Instituten unter pädagogischer Begleitung durchgeführt werden. In der Vergangenheit wurden Testkäufe hauptsächlich von Mitbewerbern der Lottogesellschaften durchgeführt. Der GlüÄndStV sieht vor, dass dies zukünftig Aufgabe der Glücksspielaufsichtsbehörden sein wird. Die Ergebnisse dieser Testkäufe sollten veröffentlicht, Übertretungen der Jugendschutzbestimmungen mit hohen Bußgeldern belegt und im Wiederholungsfall sollte die Konzession entzogen werden.

6.2 Beratung

6.2.1 Telefonische Beratung

Als Antwort auf den wachsenden Glücksspielmarkt in Großbritannien wurde dort von GamCare, einem in London ansässigen Beratungs-, Behandlungs- und Präventionszentrum, bereits im Jahr 1997 eine nationale Telefonhilfe für Menschen mit Glücksspielproblemen gegründet, die wertvolle Pionierarbeit auf diesem Gebiet geleistet hat (Scarfe, 2001). Auch in Deutschland gibt es inzwischen mehrere telefonische Hilfeangebote, die sich jedoch hinsichtlich ihrer Zielgruppe, der personellen Besetzung und bezüglich der Intensität des Beratungsangebotes unterscheiden.

Einige Angebote, die direkt von Glücksspielanbietern organisiert und getragen werden, wenden sich gezielt an die Gäste der eigenen Spielstätte. Die Saarland Spielbanken betreiben beispielsweise eine Hotline, die von einem Mitarbeiter der Spielbank betreut wird. Es gibt keine festen Anrufzeiten und wenn er nicht erreichbar ist, wird der Anruf an die Rezeption der Spielbank umgeleitet.

Einen weiteren Typus „Telefonhotline“ stellen Angebote dar, die (im weitesten Sinne) von der Suchthilfe betrieben und von Glücksspielanbietern finanziert werden. Beispiele hierfür sind die Kooperationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Automatenbranche und dem Deutschen Lotto-Totoblock (DLTB), die Kooperation des Arbeitskreises gegen Spielsucht in Unna mit den Westspiel Casinos sowie die Kooperation der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart mit den Baden-Württembergischen Spielbanken.

Den dritten Typus repräsentiert die 2004 gegründete Infoline Glücksspielsucht NRW. Sie ist mit Mitarbeitern besetzt, die in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe mit glücksspielsuchtspezifischem Schwerpunkt

tätig sind. Finanziert wird sie vom Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Telefonnummer der Infoline wird breit beworben und ist zudem auf alle Spielscheine der nordrhein-westfälischen Lottogesellschaft (WestLotto) gedruckt.

Weitere Angebote gibt es seitens der Selbsthilfe. So betreiben die Anonymen Spieler eine Hotline, die jeden Abend zwei Stunden erreichbar ist.

Der Vorteil der telefonbasierten Beratungsangebote liegt vor allem in der leichten – auf Wunsch auch anonymen – Zugänglichkeit und der unkomplizierten Erreichbarkeit. Es muss kein Termin vereinbart werden, der Anruf kann von zu Hause aus erledigt werden, es entstehen keine bzw. nur geringe Kosten. Die existierenden Angebote verzeichnen steigende Anruferzahlen und erreichen die Menschen mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten sehr früh. Die große Mehrheit (ca. 80 %) z. B. der Anrufer der Infoline Glücksspielsucht NRW hatte vorher noch keinen Kontakt zur Suchthilfe (weder Selbsthilfe noch professionelles Hilfesystem).

Entwicklung der Anruferzahlen der Infoline Glücksspielsucht NRW von 2004 bis 2011

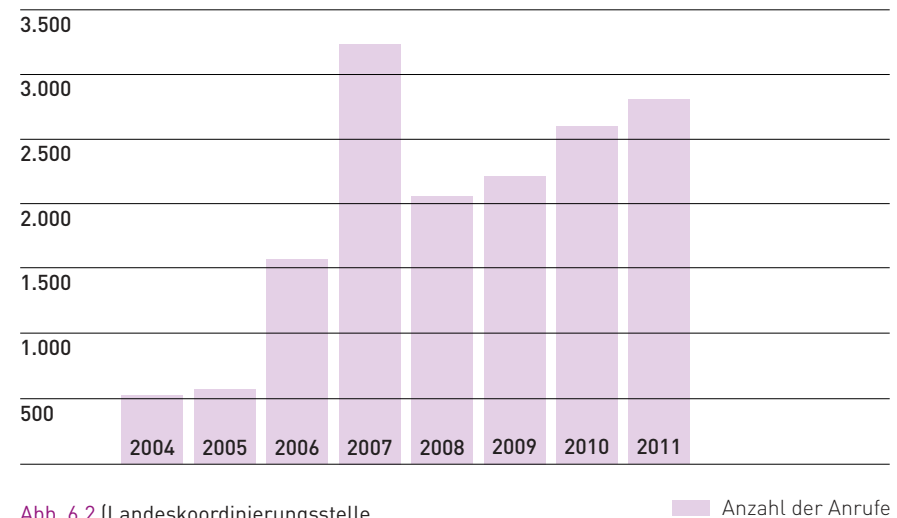


Abb. 6.2 (Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht NRW, unveröffentlicht)

■ Anzahl der Anrufe

Ausgewählte Fallbeispiele (anonymisiert) der Infoline Glücksspielsucht NRW

Anruferin (47 Jahre alt) ist Automatenspielerin, seit zwei Jahren bereite ihr das Glücksspielen zunehmend Probleme. Sie habe schon versucht, sich in der Spielhalle Hausverbot erteilen zu lassen, der Betreiber habe dies aber abgelehnt. Sie habe bisher mit niemandem über ihr Problem gesprochen.

Anrufer (43 Jahre alt) berichtet, dass er vor dem Bahnhof in B. stehe. Er spiele seit 20 Jahren an Geldspielautomaten, habe jetzt vor einer Woche seine Wohnung verloren. Die letzte Nacht habe er im Vorraum der Volksbank übernachtet. Seine Arbeit habe er noch. Es habe alles keinen Sinn mehr!

Anrufer sind zwei junge Türken (24 und 27 Jahre alt). Sie seien beide glücksspielsüchtig, würden zusammen monatlich mehrere Tausend Euro verspielen. Sie möchten unbedingt davon loskommen, hätten aber Angst, dass ihr Problem bekannt wird. Auch ihren Partnerinnen hätten sie bislang nichts erzählt – es sei ihnen peinlich. Sie möchten wissen, ob es in Spielhallen eine Sperrmöglichkeit gibt.

6.2.2 Onlineberatung und Chatangebote

Die BZgA bietet ein interaktives Beratungsprogramm an, das über die Seite „Check dein Spiel“ (www.check-dein-spiel.de) aufzurufen ist. Die Ratsuchenden, die während des gesamten Beratungsprozesses anonym bleiben können, werden vier Wochen lang professionell begleitet, eine Verlängerung auf 50 Tage ist möglich. Während der gesamten Zeit steht ein Mitglied des Beratungsteams als Begleiter zur Verfügung. Nach der Anmeldung werden zunächst in einem Online-Fragebogen Angaben zur Person (andere Abhängigkeitsstörungen, Änderungsbereitschaft, soziodemografische Daten) und zum Glücksspielverhalten erhoben. Der Start des Programms erfolgt dann über ein Aufnahmegespräch im Chat von „Check dein Spiel“, einmal pro Woche erfolgt eine Rückmeldung zu den Einträgen eines persönlichen Online-Tagebuches, zu dem nur das Beratungsteam Zugriff hat. Das Programm endet mit einem Abschlussgespräch im Chat. Auf der Internetseite werden außerdem verschiedene Informationen (Adressen von Hilfeeinrichtungen, Glücksspielgesetzgebung), Tests (Selbsttest, Wissenstest) und praktische Tipps zur Bewältigung von Glücksspielproblemen angeboten.

6.2.3 Internetforen

Ein weiteres internetbasiertes Beratungsangebot stellen Foren dar, in denen sich Betroffene untereinander und zum Teil auch mit professionellen Suchtberatern bzw. -therapeuten austauschen. Einige dieser Foren wie z. B. www.die-spielsucht.de wurden von Glücksspielsüchtigen gegründet, andere wie

www.forum-gluecksspielsucht.de oder www.spielsucht.net/vforum/ sind organisatorisch an Verbände bzw. Beratungsstellen der Suchthilfe angeschlossen. Diese in der Regel gut frequentierten Foren stellen eine geeignete Brücke zwischen Selbsthilfeangeboten und der professionellen Suchthilfe dar.

6.2.4 Beratungsstellen

Von den rund 1400 Suchtberatungsstellen in Deutschland haben sich bisher etwa 300 auf die Beratung Glücksspielsüchtiger und ihrer Familien spezialisiert. Grundsätzlich gilt: Je stärker eine Beratungsstelle von Glücksspielsüchtigen frequentiert wird, desto differenzierter ist ihr Angebot für diese Gruppe. Ein differenziertes Angebot wiederum führt zu einer verstärkten Beratungsnachfrage. Glücksspielsüchtige scheinen für ein spezifisches Angebot (eigenes Gruppenangebot für Glücksspieler, Angehörigengruppe, Geld- und Schuldenmanagement, Anbindung an Schuldnerberatung, Rechtsberatung, ARPG, d.h. ambulante Rehabilitation für pathologische Glücksspieler etc.) eher etwas längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen, als eine ortsnahe Beratungsstelle aufzusuchen, in der sie evtl. der einzige Betroffene mit einem pathologischen Glücksspielverhalten sind.

Am Beispiel der Fachstelle Glücksspielsucht des Hellwegzentrums in Bielefeld (Johanneswerk) hier ein Überblick über die angebotenen Hilfen:

- ▶ **Motivation:** Informations- und Motivationsgruppe für Glücksspieler
- ▶ **Beratung:** individuelle Beratung für Betroffene, Angehörige, Familien und sonstige Bezugsgruppen, Hilfe in Krisensituationen
- ▶ **Gruppen:** Gruppe für Angehörige von Glücksspielern, Zusammenarbeit mit der Spielerselbsthilfegruppe
- ▶ **Behandlung:** Durchführung der „ambulanten Rehabilitation pathologisches Glücksspielen“ (anerkannt von der Deutschen Rentenversicherung)
- ▶ **Vermittlung:** Vorbereitung und Vermittlung stationärer Behandlungen sowie Kombinationsbehandlungen
- ▶ **Nachsorge:** Gruppenangebot für Patienten nach einer erfolgten stationären Entwöhnungsbehandlung (anerkannt von der Deutschen Rentenversicherung)

Suchtberatungsstellen mit einem derart differenzierten Angebot erreichen jährlich bis zu 150 Klienten mit einer Glücksspielproblematik (Intensivkontakte) und zusätzlich rund 50 Angehörige. In Regionen, in denen es keine spezialisierten Beratungsstellen gibt, werden die Klienten von Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige – seltener von Drogenberatungsstellen – versorgt.

Stationäre Einrichtungen müssen demzufolge über ein umfassendes glücksspielerspezifisches Behandlungsangebot zur abstinenzorientierten Symptombehandlung und zur Mitbehandlung zugrunde liegender oder komorbider psychischer Störungen oder Suchterkrankungen verfügen. Darüber hinaus ist das therapeutische Geld- und Schuldenmanagement zwingender Behandlungsbestandteil. Die Klinik muss jährlich mindestens 50 pathologische Glücksspieler behandeln, um ein gruppentherapeutisches Angebot durchgehend gewährleisten zu können. Das Qualitätsmanagement muss eine regelmäßige glücksspielerspezifische Katamnese umfassen.

Im Rahmen der stationären Rehabilitation kann eine differenzielle Indikationsstellung erfolgen. Danach ist eine psychosomatisch orientierte Behandlung indiziert, wenn die Glücksspielproblematik noch nicht so weit fortgeschritten ist, die psychosozialen Folgen noch nicht so gravierend sind und im Erstinterview ein umschriebener Konfliktfokus sichtbar wird, wonach sich das problematische Glücksspielverhalten als Reaktion auf eine Belastungssituation oder als gescheiterter Konfliktlösungsversuch verstehen lässt, und natürlich, wenn eine zusätzliche spezielle psychische oder psychosomatische Störung besteht.

Eine suchttherapeutisch orientierte Behandlung ist erforderlich, wenn es sich um eine fortgeschrittene Glücksspielproblematik mit suchttypischer Eigendynamik handelt, gravierende psychosoziale Folgen vorliegen, der Patient seine Symptomatik im Sinne eines impliziten Suchtkonzeptes verarbeitet hat, und wenn eine zusätzliche stoffgebundene Suchterkrankung vorliegt.

6.3.3 Psychotherapeutische Methoden

6.3.3.1 Motivierung

Um die ambivalente Haltung bezüglich der Fortsetzung oder Einstellung des Glücksspielens zu bearbeiten, bieten sich nichtkonfrontative Motivierungsstrategien an. Ziel ist das Bewusstwerden der Diskrepanz zwischen den unmittelbar positiv erlebten Gefühlsveränderungen und den langfristig negativen Folgen des Glücksspielverhaltens.

Vor- und Nachteile der Glücksspielabstinenz versus Vor- und Nachteile der Fortsetzung des Glücksspielens in Anlehnung an Miller und Rollnick (2004)

	Glücksspielabstinenz	Weiteres Glücksspielen
Vorteile	▶ Ich hätte weniger Ärger zu Hause. ▶ Das Verhältnis zu meinen Kindern würde besser. ▶ Ich könnte mir wieder etwas leisten.	▶ „Zocken“ macht mir Spaß. ▶ In der Halle treffe ich meine Freunde. ▶ Beim Spielen kann ich gut abschalten.
Nachteile	▶ Was soll ich sonst mit meiner Zeit anfangen. ▶ Meine Freunde würden mich für ein „Weichei“ halten. ▶ Dann muss ich mich ernsthaft um meine Beziehungsprobleme kümmern.	▶ Es wird alles noch viel schlimmer werden (Schulden, Probleme mit der Familie). ▶ Ich kann kaum noch durchschlafen. ▶ Vielleicht werde ich sogar kriminell.

Tab. 6.5

Im Zentrum steht die Herausarbeitung der Funktionalität des Problemverhaltens, um daraus konkrete Therapieziele abzuleiten. Dies erfolgt durch Erfassung des situativen Kontextes, der damit verbundenen Verhaltensgewohnheiten und der inneren Bewertungsprozesse, die das Glücksspielverhalten stabilisieren. Der darüber hinausgehende Ansatz zur „motivierenden Beratung“ wird im Rahmen des Problemlösetrainings (vgl. Kapitel 6.3.3.3) dargestellt.

6.3.3.2 Kognitive Umstrukturierung

Die Veränderung spezifischer kognitiver Verzerrungsmuster, die sowohl für die Entstehung als auch die Aufrechterhaltung des Glücksspielverhaltens von Bedeutung sind, wird von kognitiven Verhaltenstherapeuten als bedeutsam eingeschätzt. Grundlage bildet die sozialkognitive Theorie der Verwicklung in das Glücksspielen, die sich auf empirische und experimentelle Befunde stützen kann und ein kognitiv-behaviorales Erklärungsmodell des problematischen Glücksspielens liefert (vgl. Kapitel 3.2.3).

Ausgangspunkt sind drei zentrale irrationale Denkweisen, die sich durch normale psychische Prozesse erklären lassen: Es handelt sich erstens um die sogenannte Kontrollillusion, die Annahme, dass beim Glücksspielen mehr persönliche Ein-

flussnahme möglich ist, als dies von seiner objektiven Struktur her der Fall ist. Zweitens geht es um die verzerrte Bewertung des Glücksspielergebnisses, indem Gewinne den eigenen Kompetenzen und Verluste den äußeren, nicht beeinflussbaren Hindernissen und unglücklichen Umständen zugeschrieben werden. Drittens handelt es sich um die sogenannte Gefangennahme, d.h. die sich aufgrund der bereits erfolgten „Investition“ verstärkende Bindung an eine gewählte Entscheidungsstrategie, obwohl diese bereits gescheitert ist.

6.3.3 Problemlösetraining

Bergler (1957) illustriert die spezifischen Defizite der Problemlösekompetenz von Glücksspielern anhand der Geschichte eines Handelsvertreters, der eine lange Liste von potenziellen Kunden in verschiedenen Städten von seinem Chef erhalten hatte und sich bei seiner Rückkehr des Erfolges rühmte, dass er die Liste vollständig abgearbeitet habe. Auf die Frage seines Chefs, wie viel er verkauft habe, muss er jedoch antworten, dass er froh gewesen sei, auf der langen Reise keine Zugverbindung verpasst zu haben.

Allgemeinpsychologisch lässt sich dieses klinische Phänomen als Misserfolgsmotivierung interpretieren. So lässt sich zeigen, dass bei Ringwurfaufgaben, bei denen die Versuchsperson die Entfernung, von der aus sie einen Ring über einen Pflock werfen soll, wählen kann, misserfolgsmotivierte Personen die beiden Extreme, die sehr nahen und damit leichten oder die sehr weiten und damit sehr riskanten Entfernungen, bevorzugen. Erfolgsmotivierte Versuchspersonen wählen dagegen die zwar schwierigen, aber Erfolg versprechenden mittleren Entfernungen. Die klinische Adaption dieser Aufgabe in der Behandlung pathologischer Glücksspieler zeigt deren eindeutige Präferenz für die riskanten und damit häufig zu Misserfolg führenden Entfernungen. Überträgt man dies interpretativ auf den Umgang von süchtigen Glücksspielern mit ihren Lebensanforderungen, zeigt sich, dass sie den als schwierig erlebten Alltagsproblemen und wichtigen Entwicklungsaufgaben (Eingehen dauerhafter Beziehungen, Familiengründung, berufliche Karriere u.a.) ausweichen und sich stattdessen dem Glücksspielen, also einer unlösbaren und damit von vornherein zum Scheitern verurteilten Anforderung zuwenden.

Der Lebensstilansatz (vgl. Kapitel 3.4.1) betrachtet die mangelnde Problemlösekompetenz als Ausdruck eines glücksspielerspezifischen Lebensstils. Der Betroffene entwickelt eine zunehmende Tendenz zur unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung, die ihn immer unfähiger werden lässt, seine existenziellen Lebensaufgaben zu lösen. Entsprechend wird das Problemlösetraining als ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Glücksspielsüchtigen angesehen.

Basierend auf den denkpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Grundlagen zur Verbesserung der Problemlösekompetenz wurde vom Autor (Petry, 2001) ein glücksspielerspezifisches Training zum Problemlösen entwickelt:

Zu Beginn des Programms wird eine einfache Problemdefinition als inhaltlicher Bezugsrahmen anhand des im Folgenden beschriebenen Neun-Punkte-Problems eingeführt: Es handelt sich hierbei um die Darstellung von neun Punkten, die in drei Reihen in Form eines Quadrates angeordnet sind. Die Aufgabe lautet, die Punkte durch vier gerade Linien (ohne Zurückfahren auf einer Linie) miteinander zu verbinden, wobei jeder Punkt nur einmal berührt werden darf. Diese Aufgabe ist nur zu lösen, wenn man den Raum des durch die Punkte scheinbar gebildeten Quadrats verlässt und die Linie in den freien Raum führt.

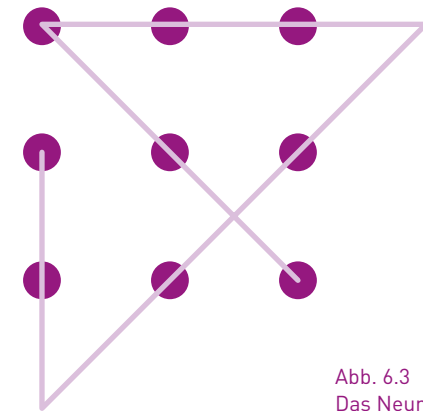


Abb. 6.3
Das Neun-Punkte-Problem

Mit dem „Neun-Punkte-Problem“ lässt sich eindrücklich die gestaltorientierte Wahrnehmung eines Quadrates, welches den Problemraum dysfunktional einschränkt, und die Überwindung dieser inneren Barriere durch Verlassen des vermeintlich vorgegebenen Wahrnehmungsfeldes, verdeutlichen. Dies kann man als Metapher leicht auf persönliche innere Hemmungen (Erwartungsängste, depressive Hilflosigkeit, überhöhte Leistungsansprüche, unrealistische Kontrollüberzeugungen etc.) für die Teilnehmer eines klinischen Problemlösungstrainings übertragen.

Daraus ergibt sich die Arbeitsdefinition, dass es sich bei einem Problem um eine Diskrepanz zwischen einem persönlichen Ausgangszustand und einem angestrebten Zielzustand handelt, welche durch Hindernisse, die eine unmittelbare Erreichung des Zielzustandes blockieren, begründet ist.

Ein mehrstündiges Problemlösungstraining in Form von mindestens acht Sitzungen in einer geschlossenen Gruppe oder als Einzeltherapie konzentriert sich auf die Erstellung eines individuellen „Problemprofils“ und einer „Problemlöser“, wobei der handlungstheoretische Ansatz zur „Motivierenden Beratung“ bei Suchtpatienten angewandt wird. Bei diesem Konzept bilden „aktuelle Anliegen“ („Current concerns“), d. h. die (nicht bewussten) inneren Zustände, die den psychischen Prozessen zwischen der Festlegung und Erreichung persönlicher Ziele zugrunde liegen, den Ausgangspunkt der therapeutischen Motivierung zur Problemlösung. Dabei werden zunächst alle aktuell wichtigen Alltags- und Lebensprobleme aufgegriffen, ohne zunächst direkt Bezug auf das symptomatische Suchtverhalten zu nehmen. Erst nach der individuellen Zielklärung erfolgt eine Analyse der bestehenden Konflikte zwischen dem Suchtverhalten und der als veränderungsbedürftig erkannten persönlichen Problematiken und Schwierigkeiten in der Lebensweise.

Formulierung aktueller Anliegen

Aktuelle Anliegen formulieren:	
Lebensbereiche	Tätigkeiten
▶ Familie, Freundschaft, Mitbewohner ▶ Freunde ▶ Ehe, Beziehung, Liebe, Sexualität ▶ körperliche Gesundheit ▶ emotionales und seelisches Wohlbefinden ▶ Beschäftigung, Arbeit und Geld ▶ Bildung ▶ Vereine und Organisationen ▶ Religion und Politik ▶ Hobbys und Zeitvertreib ▶ sportliche Aktivitäten und Erholung ▶ Unterhaltung ▶ Urlaub und Reisen ▶ Verbrechen ▶ künstlerische und kreative Unternehmungen	▶ etwas zu erwerben ▶ etwas zu behalten ▶ etwas wiederherzustellen ▶ etwas gerne zu tun ▶ etwas loszuwerden ▶ etwas zu vermeiden ▶ etwas zu verhindern ▶ zu entrinnen ▶ anzugreifen ▶ etwas herauszufinden über eine angenehme Angelegenheit ▶ etwas herauszufinden über eine unangenehme Angelegenheit ▶ etwas herauszufinden über eine neutrale Angelegenheit
Beispiele ausgewählter Lebensbereich: Ehe, Beziehung, Liebe, Sexualität ausgewählte Tätigkeit: etwas wiederherzustellen Aktuelles Anliegen: „Ich möchte, dass die Beziehung zu meinem Partner wieder wie früher wird.“	

Tab. 6.6 (Cox und Klinger, 2011)

Zur Erstellung des „Problemprofils“ wird unter Rückgriff auf Kreativitätstechniken ein Brainstorming durchgeführt, bei dem alle vorstellbaren Probleme, die Menschen überhaupt haben können, gesammelt und auf Karteikarten notiert werden. In einem zweiten bewertenden Abschnitt werden diese Probleme ca. sieben übergeordneten Problembereichen zugeordnet. Anzahl und Art dieser Problembereiche schwanken je nach Teilnehmer, führen jedoch in der Regel zu ähnlichen Kategorien wie z. B. Finanzielles, soziale Beziehungen/Familie, Gesundheit, Gefühle, Beruf, Selbst, Lebenssinn und Genuss. Diese Bereiche werden auf einem Skalierungsbogen notiert, wozu eine mehrstufige Beurteilungsskala abgesprochen wird, deren Besonderheit wiederum von den Vorschlägen der Teilnehmer abhängt. Es kann eine einpolige Skala sein, die nur das Ausmaß einer bestehenden Problematik beurteilt (defizitorientiert) oder eine zweipolige Skala, die auch positive Aspekte wie vorhandene Stärken einbezieht (ressourcenorientiert). Die Anzahl der Kategorien kann zwischen drei bis sieben schwanken und es können symbolisch durch Pfeile gekennzeichnete Tendenzen eingeführt werden. Die am besten geeignete Form umfasst vier Beurteilungskategorien unter Ausschluss der Null, um eine Tendenz zur Mitte als Vermeidungsverhalten auszuschließen. Das Beurteilungsschema kennzeichnet das Vorhandensein eines geringen (–) oder schweren (– –) Problems sowie leichter (+) oder ausgeprägter (++) Stärken.

Das Problemprofil

Lebensbereiche	Stärken		Probleme	
	++	+	–	– –

Abb. 6.4 (nach Priestley et al., 1978)

Die Teilnehmer beurteilen für ihre Person alle vereinbarten Lebensbereiche, indem sie ein Kreuz in die aufgemalten Kästchen setzen und diese dann zu einem Problemprofil verbinden. Der Therapeut kann sich zur Förderung der Selbstoffenbarung selbst beteiligen. Zunächst werden alle Profile bei einer Gruppensitzung

offen allen anderen gezeigt. Danach entscheidet jeder Teilnehmer, wann er sein Profil genauer erklären möchte. Unmittelbar im Anschluss haben die anderen Gruppenteilnehmer die Möglichkeit zu Rückfragen oder persönlichem Feedback. Dabei ist ein Ritual einzuhalten, indem sie auf ein in der Mitte angeordnetes Spielzeugauto drücken, das vor jedem Beitrag blinkt und tutet („voice and noise“). Dies dient dazu, dass sich alle Teilnehmer auf den im Mittelpunkt stehenden Mitpatienten konzentrieren und ihm ihre Aufmerksamkeit schenken.

Im zweiten Schritt wird ein aktuelles Problem ausgewählt. Dies bezieht sich in der Regel auf einen der am negativsten beurteilten Lebensbereiche. Mithilfe der „Profilleiter“ wird zunächst, bezogen auf das konkret beschriebene „aktuelle Anliegen“ („current concern“), der am extremsten vorstellbare negative Zustand („worst case“) am unteren Ende der Leiter festgehalten und der angestrebte, jedoch realistische Zielzustand am perspektivisch verkürzten oberen Ende der Leiter notiert. Daran anschließend wird die aktuelle problemspezifische Ausgangssituation beschrieben und mit einem Kreuz auf einer Sprosse der Leiter zwischen den beiden Ankerpunkten markiert.

Während der gesamten Programmdauer wird die Verabredung getroffen, dass aktuell belastende Anliegen immer Vorrang haben. Hierfür werden unmittelbar erste Lösungsansätze gesucht.

6.3.3.4 Rückfallprävention

Die Bearbeitung der Rückfallgefährdung als Bestandteil der selbst gewählten Glücksspielabstinenz stellt einen weiteren Schwerpunkt der symptomorientierten Behandlung dar. Die Mehrzahl der Rückfälle von Suchtpatienten lässt sich auf eine relativ geringe Anzahl von Risikosituationen reduzieren. Die Erfassung solcher Risikosituationen verweist auf Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Suchtformen von Alkoholikern, Drogenabhängigen, Rauchern, Essstörungen und Glücksspielsüchtigen, wobei auch spezifische Unterschiede bestehen. Für pathologische Glücksspieler scheinen im Gegensatz zu anderen Suchtformen insbesondere Situationen, die mit negativen Gefühlszuständen verbunden sind, die eine innere oder äußere Versuchung darstellen oder eine Herausforderung zum Testen der eigenen Kontrollfähigkeit beinhalten, mit einem besonderen Risiko behaftet zu sein. Negative körperliche Empfindungen, positive Emotionen und Situationen, in denen ein suchtspezifischer sozialer Konformitätsdruck besteht, werden von pathologischen Glücksspielern als weniger risikobehaftet erlebt.

Notfallkarte

Das festigt meine Abstinenz:	Das hilft mir, wenn ich mich gefährdet fühle:	Das hilft mir, wenn ich gespielt habe:
1. Ich besuche regelmäßig meine Selbsthilfegruppe. 2. Ich treibe Sport. 3. Ich pflege meine Freundschaften und Hobbys. 4. Ärger und Frust fresse ich nicht in mich hinein. 5. Ich stelle mich meinen Problemen. 6. ... 7.	1. Ich lenke mich ab. 2. Ich unternehme etwas mit einem Freund. 3. Ich spreche über meinen „Spieldruck“. 4. Ich besinne mich auf meine Kraftquellen. 5. Ich bin stolz auf meine bisherigen Erfolge. 6. ... 7.	1. Ich stoppe sofort das Glücksspielen. 2. Ich verlasse schnellstens den Ort des Glücksspiels. 3. Ich begrenze den Schaden durch sofortiges Handeln. 4. Ich hole mir Hilfe und verschweige nichts. 5. Ich nehme meinen Rückfall ernst, betrachte ihn aber nicht als Katastrophe. 6. ... 7.
Ich tue das alles für mich!		

Tab. 6.7 (Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht NRW)

6.3.3.5 Bearbeitung der personalen Anfälligkeit

6.3.3.5.1 Triadisches Bedingungsgefüge

Zur dauerhaften Bewältigung einer Glücksspielproblematik ist es erforderlich, die Störungen des Selbstwertes, der Gefühlsregulation und der Beziehungsgestaltung als Bestandteil der glücksspielerspezifischen Vulnerabilität (vgl. Kapitel 3.4.2) zu bearbeiten. Daneben kann es erforderlich sein, bestehende komorbide Störungen (vgl. Kapitel 2.4) psychotherapeutisch und/oder medikamentös (vgl. Kapitel 6.5.2) zu behandeln.

geeignete Übung trägt z. B. den Namen „Fratzen-Weitergabe“. Hierbei stehen die Gruppenteilnehmer im Kreis. Die Aufgabe lautet, dass jedes Gruppenmitglied der Reihe nach eine Fratze mit dem eigenen Gesicht formt und der jeweilige Nachbar diese genau nachbilden muss. Sobald ihm dies gelungen ist, was durch ein Kopfnicken bestätigt wird, verwandelt er die Fratze, bevor er sie an seinen Nachbarn weitergibt.

Daran anschließend eignet sich die Übung „Gefühle erraten“, um die Gefühls-wahrnehmung und den Gefühlsausdruck zu verbessern. Dabei soll ein Gruppenmitglied ein vorgegebenes Gefühl darstellen, das von den übrigen Gruppenmitgliedern zu erraten ist. Wer es zuerst errät, ist der nächste Darsteller. Diese Übung lässt sich auch durch Einbeziehung aller Gruppenmitglieder realisieren. Dabei sitzen sich zwei Gruppen gegenüber, die jeweils im Wechsel einen vorgegebenen Gefühlszustand darstellen, bis die Gegengruppe ihn erraten hat. Dazu werden Karteikarten verwandt, auf denen unterschiedliche Gefühle wie Schmerz, Scham, Freude, Schuld, Lustigkeit, Trauer, Enttäuschung, Missmut, Neid, Furcht, Hilflosigkeit, Angst, Glücklichkeit, Stolz, Ekel, Mut, Tatkraft, Wut, Fröhlichkeit, Verliebtheit, Geborgenheit, Neugier, Erstaunen etc. notiert sind.

Darauf aufbauend können mithilfe sogenannter „Erlebnisaktivierender Verfahren“ spezielle Gefühlsbereiche angesprochen werden. So kann z. B. zur Wahrnehmung aggressiver Gefühle bzw. deren Hemmung die nichtsprachliche Übung des „Eindringens“ angewandt werden, bei der ein außenstehendes Gruppenmitglied in einen geschlossenen Kreis von fest untergehakten Personen eindringen muss. Die dabei erlebten Gefühle bzw. auftretenden inneren Barrieren lassen sich aufarbeiten, indem zugrunde liegende „negative emotionale Schemata“ bewusst gemacht und mit den Methoden der kognitiven Umstrukturierung bearbeitet werden. Beim Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung können neben diesem allgemeinen Emotionstraining speziell hierfür entwickelte Trainingsprogramme eingesetzt werden.

6.3.3.6 Geld- und Schuldenmanagement

Auf den zentralen Stellenwert des Geldes für die Entwicklung der Glücksspielproblematik wurde innerhalb des Phasenkonzeptes zum „zwanghaften Glücksspielen“ von Custer und Milt (1985) bereits hingewiesen. Dieses Konzept betont die sich verändernde Bedeutsamkeit des Geldes innerhalb der Glücksspielerkarriere.

Das Grundprinzip des Geld- und Schuldenmanagements besteht zunächst darin, die unmittelbare und selbst kontrollierte Veränderung des finanziellen Verhaltens und des Umgangs mit Schulden zu fördern. Das Vorgehen zielt darauf, die im Laufe der Glücksspielerkarriere eingetretene „Geldentwertung“, die dazu führt, dass Geld nur noch als Mittel zur Aufrechterhaltung des Glücksspielverhaltens fungiert (so-

genanntes Spielgeld), stufenweise abzubauen und die kurzfristige Orientierung an dem jeweils unmittelbar vorhandenen Geld aufzuheben. Vor allem im Rahmen der ambulanten Beratung und Behandlung ist ein zweistufiges Vorgehen erforderlich. Zunächst kann aufgrund der anfänglich starken Rückfallgefährdung eine fremd-kontrollierte Geldverwaltung erforderlich sein. Erst im Verlauf der Therapie kann mit zunehmender Stabilisierung der Glücksspielabstinenz ein schrittweise selbst kontrollierter Umgang mit Geld einsetzen. Im geschützten Setting einer Klinik kann dies mit Unterstützung von Sozialtherapeuten systematisch trainiert werden.

Geldverwaltung durch Dritte

Vorteile:	Nachteile:
▶ bringt Ruhe in das Familiensystem ▶ sichert das Überleben (der Familie) ▶ kann Abstinenzphasen verlängern	▶ starker Einschnitt in die Autonomie ▶ keine gleichberechtigte Beziehung ▶ kann starke Frustration auslösen (Rückfallgefahr)
„Intelligente“ Lösungen suchen: ▶ Nicht täglich kleine Beträge auszahlen (Taschengeld). Das kann als demütigend erlebt werden, besser Wochenbeträge überweisen. ▶ Extrakonto für persönliches Budget einrichten, das nicht überzogen werden kann. ▶ Laufzeit partnerschaftlich aushandeln.	

Als Behandlungsmethode wird das „Prinzip des frei verfügbaren Einkommens“ mit dem Grundsatz der aufgeschobenen Befriedigung eingesetzt. Diese konkrete Vorgehensweise besteht zunächst in einer detaillierten Haushaltsanalyse. Nach der Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben steht nur der verbleibende Restbetrag zur Verfügung. Bezogen auf die Verschuldung wurde von den Anonymen Spielern das „Prinzip der unmittelbaren Rückzahlung“ begründet. Dies bedeutet, dass selbst bei einem geringen finanziellen Spielraum auch kleinere Beträge an private und öffentliche Gläubiger geleistet werden.

Unter motivierenden Gesichtspunkten kann es notwendig sein, eine langfristige positive Orientierung zum Sparen aufzubauen. Dazu bietet sich das Konzept des „Goldene-Gans-Kontos“ an. Danach zahlt man sich selbst ein „Gehalt“, indem man 10 % seines Einkommens auf ein Sonderkonto überweist, auf dem die „Gans auf Dauer goldene Eier legt“ (Zinseszins). Natürlich sollte die Höhe dieser Spar-

rate individuell festgelegt werden, im Extrem reicht ein sehr kleiner, symbolischer Betrag aus. Dieser ermöglicht dennoch das Erleben, wieder ein eigenes, zunächst bescheidenes Sparbuch zu besitzen, und später bei relevanten Beträgen eine langfristige Vermögensanlage aufzubauen.

Eine Ergänzung dieses Ansatzes bietet die „holländische Geizbewegung“, die z. B. die Frage stellt: „Haben Sie beim Duschen das Licht an?“ und konstatiert, dass Duschen im Dunkeln, am besten zu zweit, Wasser und Energie spart und auch noch gut für den Blutdruck ist. Die Geizbewegung vermittelt Grundprinzipien wie das sogenannte Halbierungsprinzip, wonach man z. B. beim Haare waschen auch mit der Hälfte des Haarwaschmittels auskommt, oder die Methode des „erstaunten Zwerges“, der aus einer distanzierten Sicht die alltägliche Haushaltsführung analysiert und z. B. beim Kochen immer wieder hinterfragt, ob das eine oder andere unter Energiesparaspekten notwendig ist.

Unter Bezug auf die Entwicklung der Kreditaufnahme und Verschuldung innerhalb der Allgemeinbevölkerung lässt sich feststellen, dass die Verschuldung von behandelten Glücksspielern nicht nur weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt, sondern auch im Vergleich mit anderen Suchtkranken stark erhöht ist (vgl. Tabelle 6.8). Neben der hohen Suizidalität und Straffälligkeit ist die hohe Verschuldung ein besonders charakteristisches Merkmal von pathologischen Glücksspielern.

Hauptdiagnose und Verschuldung bei Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen der Zugänge in 2010

Hauptdiagnose		Ausmaß der Verschuldung (in Euro)				
		keine Schulden in %	bis 10.000 in %	bis 25.000 in %	bis 50.000 in %	über 50.000 in %
Alkohol	(n=46.220)	72,3	18,3	5,0	2,4	2,0
Opioide	(n=13.537)	41,5	43,7	10,0	3,2	1,6
Cannabinoide	(n=11.385)	69,9	24,6	3,7	1,2	0,6
Sedativa/Hypnotika	(n=744)	73,0	14,9	7,0	2,3	2,8
Kokain	(n=1.515)	46,5	34,3	9,5	5,7	4,0
Stimulanzien	(n=2.633)	59,1	32,6	5,6	1,4	1,3
Essstörungen	(n=769)	89,1	8,5	1,0	0,4	1,0
Pathologisches Spielverhalten	(n=3.897)	32,3	34,5	15,0	10,8	7,4

Tab. 6.8 [Aus: Pfeiffer-Gerschel et al., 2011]

Entsprechend ist die Verschuldung auch ein wesentliches Ausgangsmotiv zum Aufsuchen einer Beratung oder Behandlung bei Glücksspielsüchtigen. In der Regel besteht deshalb die Perspektive einer über viele Jahre reichenden Entschuldung, wobei bei einer extrem hohen Verschuldung oder einem extrem geringen Einkommen auch das private Insolvenzrecht in Betracht zu ziehen ist, sofern die Schulden nicht durch Straftaten entstanden sind.

Die Orientierung auf den Abtrag von Schulden ist langfristig nur durchzuhalten, wenn zusätzlich ein positives Ziel im Sinne einer genussreichen Lebensgestaltung besteht, auf das man sofort hinarbeiten kann. Deshalb sollte die Regel gelten, immer nur 50 % des Geldes, das man erübrigen kann, zur Abtragung der Schulden zu verwenden, während die übrigen 50 % schrittweise angespart werden. Wiederum sollte die Abtrags- bzw. Sparrate den individuellen Bedingungen angepasst werden.

6.4 Berufliche Rehabilitation

Arbeitslosigkeit ist sowohl ein Risikofaktor (Meyer et al., 2011) als auch Folge (wegen Abwesenheit, Lohnpfändungen etc.) eines pathologischen Glücksspielverhaltens. Mitarbeiter von Glücksspielanbietern (Croupiers, Spielhallenpersonal, Personal in Lottoannahmestellen) sind besonders gefährdet, eine Glücksspielproblematik zu entwickeln. Eine weitere Risikogruppe stellen Mitarbeiter in Berufen dar, die mit Bargeld Umgang haben (Bankangestellte, Verkaufsfahrer) oder die zeitliche Freiräume zur Teilnahme an Glücksspielen haben (Schichtarbeiter, Taxifahrer, Polizeibeamte etc.). Als psychische Risikofaktoren sind Unzufriedenheit mit dem Beruf und Über- oder Unterforderungen empirisch belegt (vgl. Meyer, Bachmann, 2011).

Der beruflichen Wiedereingliederung kommt daher bei pathologischen Glücksspielern eine besondere Bedeutung zu. Alle Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation, einschließlich Umschulungsmaßnahmen bei einer besonderen beruflichen Gefährdung (Umgang mit Bargeld, Tätigkeit im Glücksspielbereich), sollten genutzt werden. Die berufliche Rehabilitation ist primär im Sozialgesetzbuch SGB IX geregelt und umfasst verschiedenste Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dazu gehören Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, zur Berufsvorbereitung, zur Ausbildung, Anpassung und Weiterbildung und sonstige Hilfen, wie z. B. Kraftfahrzeughilfen. Die Leistungen können auch in Form von Existenzgründerzuschüssen und Leistungen an Arbeitgeber als Ausbildungs- und Eingliederungszuschüsse erfolgen. Träger der Leistungen sind die Rentenversicherungen, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, die Bundesagentur für Arbeit und auch die Sozialhilfe. Bei Aufklärung, Antragstellung und Klärung der Zuständigkeiten sind die Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen oder der soziotherapeutischen Abteilungen der Fachkliniken behilflich.

6.5.2 Medikamentöse Behandlung komorbider Störungen

Die Pharmakotherapie der komorbiden Störungen kann dagegen bei entsprechender Indikation sinnvoll und notwendig sein. Die Indikationsstellung zur pharmakologischen Behandlung der komorbiden psychischen Störung richtet sich nach der allgemein gültigen Vorgehensweise, unabhängig vom Vorliegen der Suchterkrankung. Bei Vorliegen einer medikamentenpflichtigen depressiven Störung oder einer Angststörung wäre allerdings am ehesten der Einsatz eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers (SSRI) zu empfehlen, um eventuell zusätzlich positive Effekte im Hinblick auf die Impulskontrolle zu erzielen.

Bei Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist die medikamentöse Behandlung zum Beispiel mit Methylphenidat zu prüfen. Besteht die Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine bipolare affektive Störung, ist in der Regel eine medikamentösen Behandlung mit Neuroleptika bzw. Stimmungsstabilisatoren notwendig. Bei Persönlichkeitsstörungen sind medikamentöse Behandlungsansätze ebenfalls möglich, wobei vorwiegend Antidepressiva, Neuroleptika oder Stimmungsstabilisatoren infrage kommen. Die Behandlung der komorbiden Störungen sollte demnach differenziert erfolgen und gemeinsam mit dem Betroffenen in einem Gesamttherapieplan besprochen und geplant werden. Auf mögliche Nebenwirkungen der Psychopharmaka ist hinzuweisen.

Exkurs: Parkinsonmedikation und Glücksspielsucht:

Morbus Parkinson ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns, die typischerweise mit der Symptomtrias Tremor, Rigor und Akinesie einhergeht. Grundlage der Erkrankung ist eine zunehmende Degeneration von dopaminergen Neuronen in der Substantia nigra und dem Striatum. Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Parkinsonerkrankungen das Risiko für die Entwicklung eines pathologischen Glücksspielverhaltens erhöht ist. Zumeist entwickelt sich die Glücksspielsucht erst nach Manifestation der Parkinsonerkrankung. Zusammenhänge bestehen jedoch in erster Linie zu der Einnahme von bestimmten Parkinsonmedikamenten, vor allem den Dopaminagonisten wie Pramipexol oder Ropirinol. Hier wurden mittlerweile mehrere Fallberichte veröffentlicht (Spengos et al., 2006; Weintraub et al. 2010). Die Medikation stimuliert zentrale dopaminerge Neurone, die auch mit dem oben dargestellten Belohnungssystem verbunden sind. Offensichtlich ist dabei das Ausmaß der Glücksspielsymptomatik abhängig von der Einnahme höherer Dosen von Dopaminagonisten. Mit dem Absetzen der auslösenden Medikation scheint laut einiger Fallberichte das Glücksspielverhalten reversibel zu sein, wenn der Zusammenhang eindeutig ist. Mit der Medikation können auch andere Störungen der Impulskontrolle als Nebenwirkungen auftreten, wie zum Beispiel eine Hypersexualität oder Essattacken.

Obwohl die Glücksspielsucht insgesamt eine seltene, jedoch ernst zu nehmende Nebenwirkung einer Parkinsonmedikation ist, können einige Empfehlungen zur Vorgehensweise bei entsprechender Symptomatik genannt werden. Um einen Zusammenhang mit der Medikation zu eruieren, sollte immer eine sorgfältige Anamnese durchgeführt werden. Ein Absetzen oder Umsetzen der Medikation sollte in der Praxis nicht leichtfertig erfolgen, da die Parkinsonsymptomatik sich hiermit signifikant verschlechtern kann. Sie sollte nur unter fachärztlicher Kontrolle erfolgen. Die Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung der Glücksspielproblematik sollte individuell abgeklärt werden. Da die beschriebenen Nebenwirkungen der Medikation schwerwiegende Folgen für die Betroffenen haben können, sollten Parkinsonpatienten gezielt nach Anzeichen von Impulskontrollstörungen befragt und über die seltenen Nebenwirkungen aufgeklärt werden.

6.6 Angehörige und Bezugspersonen

Problematisches und pathologisches Glücksspielverhalten belastet auch das Umfeld der Betroffenen. Familienangehörige, Freunde und manchmal auch Arbeitskollegen und Vorgesetzte bekommen die negativen Auswirkungen zu spüren. Schätzungen zufolge sind pro Glücksspielsüchtigem acht bis zehn Personen aus dem sozialen Umfeld mitbetroffen. Sie leiden unter den negativen Auswirkungen der Erkrankung (massive finanzielle Probleme, Vertrauensverlust, evtl. Wohnungs- und Arbeitsplatzverlust, Inhaftierung des Glücksspielsüchtigen etc.) und brauchen in diesen oft extremen Stresssituationen Hilfe und Unterstützung.

Die Gruppe der Angehörigen wird von der professionellen Suchthilfe – zwar noch zögernd aber zunehmend – ins Blickfeld genommen. So gibt es vermehrt Angebote zur Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung der Glücksspielsüchtigen (Paar- und Familiengespräche) und auch Angebote, die sich an Angehörige speziell richten. Dies ist in mehrfacher Hinsicht notwendig und begrüßenswert: Angehörige stellen häufig den ersten Kontakt zum Suchthilfesystem her; sie können ein suchtförderndes Verhalten entwickeln; sie sind selbst erheblich belastet und suchen aktiv Unterstützung. Sehr häufig frequentiert werden niedrigschwellige Angebote wie Foren und Hotlines. So registrierte die Infoline Glücksspielsucht der Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2005 bis 2012, mit Ausnahme des Jahres 2012, jeweils mehr Anrufe von Angehörigen (Partnern, Eltern, Kindern) als von Glücksspielsüchtigen selbst (Füchtenschnieder-Petry, Hayer 2012). Auch in Internetforen zum Thema Glücksspielsucht gibt es viele Anfragen von Angehörigen, die deutlich machen, mit welcher Bandbreite Glücksspielsuchtprobleme eines Partners oder eines Kindes verbunden sind. Viele beschreiben, wie lange es gedauert hat, bis sie überhaupt bewusst wahrgenommen haben, dass etwas nicht stimmt. Einige geben sich hier-

für selbst die Schuld und zweifeln an ihrer Wahrnehmung. Beiträge aus dem Forum Glücksspielsucht (www.forum-gluecksspielsucht.de) illustrieren dies eindrücklich:

„Hallo, mein Mann hat sich zu seiner Spielsucht bekannt und geht zur Beratung. Meine Frage: Was genau kann ich jetzt tun um ihn auf seinem (eigentlich eher unserem) Weg zu unterstützen? Wir haben viel geredet, was seit Ewigkeiten nicht mehr so war und ich bin fest entschlossen es mit ihm zusammen durchzustehen. Also wer kann mir helfen?“

(Mucki1997 am 14. Oktober 2008 um 09:11 Uhr)

„ICH BIN UNENDLICH TRAURIG, GETROFFEN, VERLETZT. Ich brauche auch Hilfe! Bis vor zwei Wochen war mir Spielsucht noch fast ein Fremdwort – weil ich blind war.“

(Wikki am 06. November 2011 um 21:19 Uhr)

„Hallo, ich brauche bitte euren Rat, da ich verzweifelt bin und jetzt wirklich Angst habe, dass unsere Ehe vor dem Aus steht. Ich bin seit 4 Jahren mit meinem Mann zusammen und seit 1 Jahr sind wir verheiratet. Als ich meinen Mann kennen lernte, hat er gleich mit offenen Karten gespielt und mir gebeichtet dass er gerne in Casino Automaten zockt. Ich war froh, dass er es mir zwar gesagt hat, aber wenn ich ehrlich bin, habe ich mir nicht wirklich Gedanken darüber gemacht. Vielleicht war das auch mein Fehler, dass ich damals nicht reagiert habe.“

(Kader85 am 12. November 2011 um 07:56 Uhr)

„Mein Mann ist spielsüchtig. Er macht Sportwetten. Auch bei uns war es ähnlich wie bei euch. Er hat nicht verheimlicht, dass er oft online wettet. Er hatte vor 4 Jahren (als wir zusammen kamen) nicht mal seine Kto-Auszüge versteckt. Ich fand das mit dem Wetten auch übertrieben, habe es aber als schräges Hobby abgetan. Ich bin nie auf die Idee gekommen mal in seine Kto-Auszüge zu schauen. Auch nicht als wir vor 1 1/2 Jahren geheiratet haben! Das werfe ich mir vor.“

(Wikki am 12. November 2011 um 14:01 Uhr)

„Ich habe vor 1 Jahr herausgefunden, dass mein Mann spielt. Ich denke, das geht schon länger so. Wir beide gehen arbeiten, müssten also gut über die Runden kommen, leider sieht das nicht so aus und dann habe ich zuerst gedacht, es liege an mir, doch meine Schwester hat mir dann gesagt, nein, das kann nicht sein. Ihr habt ein größeres Loch in eurer Haushaltskasse und so kam es, dass ich einmal genauer hingeschaut habe und musste dann leider feststellen, dass mein Mann mich schon seit längerer Zeit belügt und betrügt, in dem er mir immer irgendwelche Geschichten erzählt – wo angeblich das Geld hin ist.“

(Taschi am 24. November 2012 um 13:32 Uhr)

In Regionen, in denen Angehörigen von Glücksspielsüchtigen spezifische ambulante Hilfsangebote gemacht werden, werden diese auch angenommen. In Bayern z. B. hat die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) das psychoedukative Programm ETAPPE entwickelt, in mehreren Beratungsstellen erprobt und inzwischen auch evaluiert. Das Apronym ETAPPE ist die Abkürzung für „Entlastungstraining für Angehörige pathologischer und problematischer Glücksspieler – psychoedukativ“. Es handelt sich dabei um ein Gruppenprogramm, das insgesamt acht Bausteine umfasst. Die Themen reichen von Basisinformationen über Glücksspielsucht, Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten, Informationen über Strategien zur Bewältigung von Stresssituationen, Umgang mit Rückfällen bis hin zu Informationen zum Umgang mit Geld und Schulden. Ziel des Entlastungstrainings ist die Reduktion der Belastung durch die Vermittlung von Informationen sowie die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten. Die Ergebnisse der ersten Nachbefragungen zeigen, dass dieses Ziel erreicht wird. Die Belastung durch das Glücksspielen des Partners/ Kindes nimmt durch die Teilnahme am Programm ETAPPE signifikant ab (Buchner, 2013). Das inzwischen erarbeitete Manual zum Programm enthält neben umfangreichen Hintergrundinformationen auch Materialien für die Gruppenarbeit.

In Nordrhein-Westfalen wurde im Rahmen eines Modellprojektes von der Suchthilfe Aachen ebenfalls ein Gruppenprogramm für Angehörige von Glücksspielsüchtigen entwickelt. Es umfasst sechs Gruppenabende mit ähnlichen Themen. Auch hier konnte die Evaluation zeigen, dass die Angehörigen von der Teilnahme am Programm profitieren. Das Gesamtmaß der psychischen Belastung verbesserte sich bei den Teilnehmern signifikant (Latz, 2012). Kritisiert wurde lediglich die kurze Dauer des Gruppenprogramms.

Inwieweit die positiven Ergebnisse derartiger Programme stabil bleiben, müssen künftige Katamnesen zeigen. Aus Sicht der teilnehmenden Angehörigen waren insbesondere die Themen „Rückfall“ und „Umgang mit Warnsignalen“ wichtig, was noch einmal verdeutlicht, mit welch großen Ängsten und Unsicherheiten die Rückfälligkeit des Partners oder Kindes verbunden ist.

6.6.1 Das „Co-Abhängigkeits“-Konzept

In der Mitte des vergangenen Jahrhunderts entstand in der Selbsthilfegung der Vereinigten Staaten das „Co-Abhängigkeits“-Konzept. Es wurde in Deutschland in den 1970er bis 1980er-Jahren insbesondere durch populärwissenschaftliche und Ratgeberliteratur bekannt. Das Konzept, für das keine eindeutige Definition vorliegt, besagt im Kern, dass Angehörige suchtkranker Menschen – ähnlich wie Kopiloten den Piloten unterstützen – die Suchtentwicklung des Suchtkranken

unterstützen und fördern und so eine zusätzliche beiderseitige Abhängigkeit entsteht. Hiervon würden die Angehörigen profitieren, indem sie durch die Verantwortungsübernahme für das Leben des Partners eigene Defizite überdecken könnten.

Während sich die professionelle Suchtkrankenhilfe von diesem Ansatz gegenwärtig löst, weil er teilweise dogmatischen Charakter angenommen hat, Angehörige von Suchtkranken stigmatisiert und vor allem empirisch keine Bestätigung findet (Klein, 2000), ist er in der Selbsthilfebewegung nach wie vor verbreitet. Die zur AA-Bewegung gehörenden GamAnon-Familiengruppen (GAMblers ANONYmous Family Groups) beschreiben „Co-Abhängige“ als Personen, die sich mehr um andere als sich selbst kümmern und sich nur schwer vorstellen können, „dass irgend jemand auf der Welt sie um ihrer selbst willen mögen könnte, deswegen machen sie sich mit ihrer Helferrolle unentbehrlich“ (www.gamanon.de/1302194.htm, Zugriff am 25.1.2013).

Als Merkmale der „Co-Abhängigkeit“ werden genannt:

- ▶ „Co-Abhängige“ brauchen es, gebraucht zu werden.
- ▶ Sie suchen Bestätigung bei anderen.
- ▶ Sie können sich nicht abgrenzen.
- ▶ Sie leben oft in „Klammerbeziehungen“ oder in der „perfekten Ehe“.
- ▶ Sie wollen es allen recht machen.
- ▶ Sie wollen um jeden Preis gefallen.
- ▶ Sie haben kein Vertrauen in die eigene Wahrnehmung.
- ▶ Sie machen sich unentbehrlich.
- ▶ Sie nehmen alles persönlich.
- ▶ Sie übernehmen für andere Verantwortung.
- ▶ Sie sind nicht in Kontakt mit ihren Gefühlen oder verzerren sie.

Klein (2000) hat unter Rückgriff auf empirische Arbeiten darauf hingewiesen, dass Angehörige von Suchtkranken stressbedingt überdurchschnittlich leiden und Störungen entwickeln können, dass eine pauschale Etikettierung als psychisch gestört jedoch unzutreffend ist. Von Uhl und Puhm (2007) wurde zusätzlich betont, dass bei der Beurteilung von Reaktionen auf Suchtprobleme bei Angehörigen jeweils die sozialen Lebensbedingungen berücksichtigt werden müssen. Wenn eine Angehörige den betroffenen Partner gegenüber dem Arbeitgeber entschul-

digt, kann dies auch alleine der Existenzsicherung der ganzen Familie dienen. Die Autoren legen zudem dar, dass die ungenauen Definitionen des Begriffs „Co-Abhängigkeit“ eine Vermengung von Begrifflichkeit und empirischen Behauptungen enthalten. Sie schlagen vor, statt von „co-abhängigem“ Verhalten von suchtförderndem Verhalten zu sprechen. Inzwischen hat sich eine stärker systemische Betrachtungsweise durchgesetzt (vgl. Kap.6.6.3).

6.6.2 Typische Problemfelder

In vielen Familien nimmt der finanzielle Aspekt der Glücksspielproblematik zunächst den größten Raum ein. Das ist verständlich, denn nicht selten wirken sich die finanziellen Folgen der Glücksspielsucht negativ auf die Lebensqualität der gesamten Familie aus. Nachdem der erste Schock über hohe Schulden überwunden ist, übernehmen insbesondere Eltern und Großeltern häufig die Schulden der Betroffenen bzw. stellen das Geld leihweise zur Verfügung. Auch Ehepartner bürgen für Kredite, lösen eigene Sparkonten auf oder verkaufen Wertgegenstände. Diese Unterstützung ist verbunden mit der Hoffnung, dass die Belastung für den Glücksspieler nachlässt, wenn die Schulden erst mal weg sind, sodass er dann nicht mehr spielen muss. Manche haben auch die nicht unberechtigte Angst, dass der Partner oder das Kind kriminell werden und hoffen, dies durch die Übernahme von Schulden oder den Ausgleich des Kontos abwenden zu können. Mit dem Geld unterstützen Angehörige in der Regel allerdings nicht die geliebte Person, sondern den glücksspielsüchtigen Anteil dieses Menschen. Nicht selten müssen sich Angehörige im Verlauf einer Therapie den Vorwurf anhören: „Warum hast du mich auch so lange mit Geld unterstützt und mir all meine Geschichten geglaubt?“. Daher wird Angehörigen, die mit einer Glücksspielproblematik im familiären Umfeld konfrontiert sind, die Empfehlung gemacht, kein Geld zu leihen und keine Schulden oder Bürgschaften zu übernehmen und auf keinem Fall die eigene Kredit- oder EC-Karte zur Verfügung zu stellen (BZgA, 2009).

Wenn von dieser klaren Regelung im Sinne von „Kein Kapital zum Glücksspielen!“ abgewichen wird, akzeptiert der Angehörige indirekt, dass der Partner, das Kind oder der Freund weiter am Glücksspiel teilnimmt.

Viele Familien versuchen, das „Glücksspielerproblem“ vor der Umgebung zu verheimlichen, was durchaus im Sinne des aktiven Glücksspielsüchtigen ist, da er dadurch in keine Erklärungsnot kommt und ihm weitere Geldquellen erhalten bleiben.

Das Fehlen charakteristischer Auffälligkeiten macht es für Angehörige außerordentlich schwer, die Teilnahme an aktuellen Glücksspielen oder Rückfälle zu erkennen. Dieser Umstand verstärkt das Misstrauen gegenüber dem Betroffenen.

Jede nicht kontrollierbare Abwesenheit kann deshalb beim Angehörigen bereits Auslöser für neue Sorgen und Ängste sein.

Für Angehörige kann es entlastend sein, sich Folgendes bewusst zu machen:

- ▶ Ängste und Misstrauen sind verständlich und nachvollziehbar, dennoch ist es unmöglich, alles zu überwachen und zu kontrollieren und den Partner oder das Kind vor einem Rückfall zu beschützen,
- ▶ der Glücksspieler wird mit Sicherheit Wege finden, die Überwachung zu unterlaufen und
- ▶ Glücksspieler sind äußerst erfindungsreich, wenn es um zwei Dinge geht: erstens um die Beschaffung von Geld und zweitens um das Verheimlichen des Glücksspielens.

Dort, wo es durchzuhalten ist, sollte eine klare und konsequente Position bezogen werden. In der Praxis bedeutet dies: zum Suchtverhalten eine eindeutige Abgrenzung vorzunehmen, dem Menschen gegenüber jedoch ein positives Angebot zu unterbreiten. Unter diesem Blickwinkel sollte alles unterlassen werden, was den Versuch der Loslösung vom Suchtverhalten verhindert oder verzögert. Der mitbetroffene Angehörige sollte konsequent bleiben und sich nicht als Suchtstabilisierende Ergänzung „einspannen“ lassen.

Ein wichtiger Punkt ist die Glaubwürdigkeit der mitbetroffenen Angehörigen. Androhungen („Wenn du noch einmal spielst, dann ...“), die nicht wahr gemacht werden, sind nicht förderlich für das Familienklima. Es empfiehlt sich, nur Konsequenzen anzudrohen, die auch einzuhalten sind. Wer wöchentlich mit Scheidung oder Auszug droht, ohne dies umzusetzen, verhält sich nicht viel anders als ein Süchtiger, der dauernd verspricht: „Jetzt höre ich aber wirklich auf!“. Besser ist es, sich kleine Schritte zu überlegen, die zu bewältigen sind, und zu signalisieren, dass das, was man sagt, auch ernst zu nehmen ist. Ein solches Verhalten tut sowohl dem eigenen Selbstvertrauen als auch der Beziehung zum suchtkranken Partner gut.

6.6.3 Gemeindeorientierte Familientherapie

Inzwischen besteht ein psychotherapeutischer Ansatz für Angehörige von Suchtkranken (Meyers, Smith, 2007), der vor dem Hintergrund einer Gemeindeorientierung psychosoziale, motivationale, klassisch verhaltenstherapeutische und medikamentöse Interventionen verbindet. Das Ziel ist die indirekte Motivierung des Suchtkranken zur Behandlung durch einen Angehörigen angeregt und die Verbesserung der Lebensqualität betroffener Familienmitglieder. Der Ansatz er-

weist sich im Vergleich zu konfrontativen Strategien und den Vorstellungen von „Co-Abhängigkeit“ empirisch als überlegen.

Gemeindeorientiertes familientherapeutisches Training

- ▶ Motivierung des Angehörigen zur Veränderung
- ▶ Analyse des Verhaltens des Suchtkranken durch den Angehörigen
- ▶ Strategien gegen Gewalt durch den Suchtkranken
- ▶ Kommunikationstraining des Angehörigen
- ▶ Positive Verstärkung (Belohnung) des nichtsüchtigen Verhaltens des Betroffenen
- ▶ Negative Verstärkung (Bestrafung) des süchtigen Verhaltens des Betroffenen
- ▶ Verbesserung der Lebensqualität des Angehörigen
- ▶ Behandlungsangebote an den betroffenen Suchtkranken

Tab. 6.5 (Meyers, Smith, 2007)

6.6.4 Kinder von glücksspielsüchtigen Eltern(teilen)

Auch Kinder, die gemeinsam mit einem Glücksspielsüchtigen in der Familie leben, sind belastet. Die Familienatmosphäre kann als angespannt, unberechenbar und willkürlich beschrieben werden (Zobel, 2008, 2008a). Da die Glücksspielsucht eine sehr unauffällige Sucht ist (man riecht nichts, man sieht nichts), hält sich in vielen betroffenen Familien der Glaube, die Kinder würden von diesem Problem nichts mitbekommen. Dabei wird übersehen, dass Kinder sich zwar zunächst nicht erklären können, worauf die Spannungen in der Familie zurückzuführen sind, dennoch nehmen sie diese wahr. Sie nehmen die Geldknappheit wahr, die vielen gebrochenen Versprechen, die Gefühlsschwankungen, die gereizte Stimmung und die Streitereien zwischen den Eltern. Einige Kinder solidarisieren sich in so einer schwierigen Familiensituation innerlich mit dem vermeintlich Schwächeren – in der Regel dem glücksspielenden Vater – und erleben in Bezug auf den anderen Elternteil einen Loyalitätskonflikt. Andere sind eher mit der Mutter solidarisch. Sie fühlen sich verpflichtet, sie zu trösten und kopieren deren Verhaltensweisen, indem sie zum Beispiel nach einem Rückfall mit dem glücksspielenden Vater nicht sprechen. Dieses Klima ist nicht förderlich, um angemessene Strategien zur

Lösung von Konflikten zu erlernen. Zudem geben sich Kinder oft die Schuld an den familiären Problemen und versuchen, auf ihre Art zur Lösung der Konflikte beizutragen, womit sie maßlos überfordert sind. Es kann aber auch sein, dass sie kurzfristige Vorteile für sich suchen und die Eltern gegeneinander ausspielen.

Über erwachsene Kinder von Alkoholikern ist bekannt, dass die Probleme ihres Elternhauses viele ein Leben lang begleiten (Zobel, 2008). Sie sind selbst erheblich suchtgefährdet, haben Probleme mit dem Selbstwertgefühl, kümmern sich eher um andere als um sich selbst und neigen nicht selten zu komplizierten Beziehungen. Es spricht einiges dafür, dass diese Verhaltensweisen auch auf Kinder aus Familien mit einem glücksspielsüchtigen Elternteil zutreffen (Hayer et al., 2006).

Zobel (2008) weist unter Bezugnahme auf empirische Untersuchungen darauf hin, dass das Vorbild glücksspielender Eltern für Jugendliche nicht abschreckend wirkt. Vergleicht man das Glücksspielverhalten von Eltern und ihren Kindern, dann spielen demnach Jugendliche insbesondere dann, wenn auch ein Elternteil spielt: Spielt mindestens ein Elternteil, dann tun dies ebenfalls 54 % der Jugendlichen. Nehmen die Eltern dagegen nicht an Glücksspielen teil, spielen nur 26 % der Jugendlichen. Kinder aus Familien mit einem pathologisch spielenden Elternteil stellen somit eine Risikopopulation für die Entwicklung eines problematischen Glücksspielverhaltens dar (Zobel, 2008).

6.7 Katamnese

Aufgrund sehr großer methodischer Unterschiede sind die berichteten „Erfolgsquoten“ der Untersuchungen in Deutschland kaum miteinander vergleichbar. Insbesondere beim Vergleich zwischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatischen Einrichtungen finden sich unterschiedliche Zugangsweisen. So beziehen sich die Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen vor allem auf die Glücksspielabstinenz als „Erfolgskriterium“ (Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie), während die psychosomatischen Fachkliniken das Erreichen individueller Behandlungsziele und die Veränderung persönlicher Befindlichkeiten und Kompetenzen betonen.

Aufgrund der vorliegenden Angaben muss sich die summarische Darstellung in Tabelle 6.6 auf das Kriterium der Glücksspielabstinenz beschränken. Betrachtet man die Ergebnisse metaanalytisch, ergibt sich für die neun bislang veröffentlichten Studien zur stationären Behandlung in Deutschland eine ungewichtete durchschnittliche Erfolgsquote über die Gruppen zwischen 64,3 % (Berechnungsformel 3 = alle Antwortenden) und 46,1 % (Berechnungsformel 4 = Gesamtstichprobe als Bezug) mit einer hohen Streubreite (Petry, 2001).

Katamnesen zur stationären Behandlung pathologischer Glücksspieler in Deutschland

Autor			Schwarz, Lindner (1990/1992)		Lindner (1996)		Petry (1995)	Schwickerath et al. (1996/1998)		Petry et al. (2000)	Glier, Finger (2000)
Erfolgsquote	B ₃	%	71,4	75,0	73,3	75,6	41,5	39,1	69,6	61,7	71,8
	B ₄	%	62,5	66,7	46,4	43,1	35,4	18,8	28,1	60,4	53,8

B₃ = alle Antwortenden / B₄ = Gesamtstichprobe

Streubreite der ermittelten Erfolgsquoten	18,8 % – 75,6 %
Streubreite der Ausschöpfungsquoten	35,4 % – 97,9 %

Tab. 6.6 (Petry, 2001)

Zur ambulanten Behandlung liegt eine erste deutsche multizentrische Untersuchung vor (Tecklenburg, 2008), die ähnlich positive Resultate zeigt. Eine erste multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung in Deutschland wurde gerade abgeschlossen (Premper et al., 2012).

Literatur:

Adams, Michael (2010): Außenansicht: Wo der Kunde krank sein muss. In: Süddeutsche Zeitung vom 20.10.2010.

Bergler, Edmund (1957): The psychology of gambling. New York: Hill & Wang (Reprint 1985).

Bondolfi, Guido et al. (2002): Pathological gambling: An increasing and underestimated disorder. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 153 (3), 116-122.

Buchner, Ursula G. et al. (2013): Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel: Das psycho-educative Entlastungstraining ETAPPE. Göttingen: Hogrefe.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Glücksspielverhalten und problematische Glücksspielsucht in Deutschland (2007, 2009 und 2011): Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011. Köln. Internet: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel. Zugriff: 19.02.2012.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): Glücksspielsucht: Erste Hilfe für Angehörige. Köln. (Broschüre)

Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

Custer, Robert; Milt, Harry (1985): When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families. New York: Facts On File Publications.

Cox, W. Miles; Klinger, Eric (2011): Handbook of motivational counseling: Goal-based approaches with addiction and other Problems. Chichester (UK): John Wiley.

Der methodische Grundansatz der differenziellen Psychologie besteht darin, dass Individuen, die in bestimmten Merkmalen von der Regel abweichen, hinsichtlich charakteristischer Merkmalsvariationen untersucht werden. So kann es gelingen, Hinweise auf Gesetzmäßigkeiten zu finden, die allgemeine Gesetze über das menschliche Erleben und Verhalten überlagern. Im klinischen Anwendungsfeld lässt sich entsprechend die Behandlungseffektivität verbessern, wenn es gelingt, innerhalb eines Störungsbildes systematische Unterschiede zwischen speziellen Untergruppen zu finden und daraus differenzielle Behandlungsstrategien abzuleiten. Die bei Glücksspielsüchtigen relevanten Merkmale für diese Strategie betreffen das Geschlecht, das Alter, die ethnische Herkunft und das Vorhandensein spezieller komorbider Störungen. Inzwischen haben sich Behandlungsangebote vor allem im stationären Bereich entwickelt, die sich in Abweichung von der glücksspieler-spezifischen Behandlung, welche sich auf mehrheitlich junge, deutschstämmige männliche Glücksspieler bezieht, gezielt an spezielle Untergruppen richten. Dazu gehören Behandlungsangebote speziell für Frauen und für Männer, für jüngere und ältere Glücksspieler, verschiedene Migrantengruppen, wie russischsprachige und türkischsprachige (auch mit geringen deutschen Sprachkenntnissen) oder nicht deutschsprachige Patienten aus Nachbarländern (französischsprachige Schweiz, Frankreich, Luxemburg) sowie Glücksspieler mit häufigeren (Persönlichkeitsstörungen) und weniger häufigen (ADHS, Polytoxikomanie, Psychose, geistige Behinderung) komorbiden Störungen (Petry, 2009, 2013). Im Folgenden werden zwei Problembereiche, Gender und Ethnie, herausgegriffen.

7.1 Gender (Monika Vogelgesang)

In unserem Kulturraum findet sich eine zahlenmäßig wesentlich geringere Repräsentanz von Glücksspielerinnen im klinischen Setting und in der Bevölkerung. So weist die Deutsche Suchthilfestatistik von 2009 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011) in Bezug auf das pathologische Glücksspielen als Hauptdiagnose eine Geschlechterverteilung von 1,6 % Frauen zu 4,7 % Männer in der ambulanten und von 0,5 % Frauen zu 2,4 % Männer in der stationären Beratung/Behandlung auf. Die PAGE-

Studie (vgl. Kapitel 2.1; Meyer et al., 2011) ergibt für die Lebenszeitprävalenz ein Verhältnis von 0,2 % Frauen zu 1,7 % Männer und für die 12-Monatsprävalenz 0,1 % Frauen zu 0,6 % Männer. Im Folgenden wird die kleinere Gruppe von weiblichen Glücksspielern und deren Behandlung genauer beschrieben.

7.1.1 Frauenspezifisches Störungsbild

Die Glücksspielsucht wird entsprechend viel mehr mit Männern als mit Frauen in Verbindung gebracht. Dem entspricht, dass das Stereotyp des Glücksspielers in überzeichneter Form Eigenschaften darstellt, die als typisch männlich gelten. Konträr dazu wird die Glücksspielerin von ihrer Umgebung und auch von sich selbst beurteilt. Eine alles auf eine Karte setzende Risikobereitschaft, eine rastlose Getriebenheit sowie eine innere Losgelöstheit von zwischenmenschlichen Bindungen widersprechen, im Gegensatz zum männlichen Klischee, zutiefst dem Bild, wie eine Frau und insbesondere eine Mutter sein sollte.

Bei der Suche nach Antworten auf die Frage, warum das pathologische Glücksspielen geschlechtsspezifisch unterschiedlich auftritt, ist der krasse Widerspruch zu den gültigen weiblichen Rollenanforderungen bei gleichzeitiger Überzeichnung verschiedener Männlichkeitsstereotype als ein wesentliches verursachendes Agens einzustufen.

Eine Analyse der Charakteristik dieser Klientel ergibt erhebliche Unterschiede in der Vorgeschichte und der Funktionalität der Störung. Die pathologischen Glücksspielerinnen bilden die mit am häufigsten und schwersten traumatisierte klinische Population. Das Glücksspielen wird hier meist zur Ablenkung von depressiven und angstvollen Gefühlen bis hin zur Abwehr von traumabezogenen Intrusionen, d. h. Bildern, Flashbacks oder Alpträumen, in denen das Trauma wiedererinnert oder -erlebt wird, eingesetzt.

Dieser spezifische Hintergrund des pathologischen Glücksspielens bei Frauen muss in der Therapie Beachtung finden. Sie sollte in Zentren stattfinden, die ausreichend viele pathologische Glücksspielerinnen behandeln. Die Behandlung teilt mit der Vorgehensweise bei männlichen pathologischen Glücksspielern das Primat der Glücksspielabstinenz. Die Interventionstechniken und -inhalte sind jedoch den spezifischen Erfordernissen dieser meist hochtraumatisierten Klientel anzupassen.

Die folgende Darstellung zu Unterschieden von männlichen und weiblichen Glücksspielsüchtigen fasst Untersuchungsergebnisse zusammen, bei denen jeweils 100 weibliche und männliche Glücksspieler miteinander verglichen wurden (Vogelgesang, 2010, 2011).

Mit einer Differenz von zehn Jahren in der Erstmanifestation bestätigte die Untersuchung die international immer wieder berichtete Auffälligkeit, dass Frauen signifikant später als Männer mit dem Glücksspielen beginnen und dass ihr Krankheitsverlauf dann rascher progredient ist, d. h., sie kommen nach einer kürzeren Erkrankungsdauer in klinische Behandlung. Ein Anfangsgewinn spielt bei ihnen bezüglich der Krankheitsentwicklung eine erheblich geringere Rolle als bei den Männern (14 % der Frauen versus 23 % der Männer).

Eine Analyse der auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren des pathologischen Glücksspielens ergab, dass bei den Frauen die Vermeidung von Trauer und Angst im Vordergrund stand, gefolgt von Gefühlen der Insuffizienz und Überforderung, während bei den Männern Inferioritätsgefühle und der Wunsch nach Entspannung zum Glücksspiel führten. Dieses Ergebnis entspricht den in der Literatur dargestellten Beobachtungen einer höheren Komorbidität, insbesondere Depressionen sowie Angststörungen bei Glücksspielerinnen (Premper, 2006).

Hinsichtlich der Art des gewählten Glücksspiels zeigte sich, dass in der Bundesrepublik sowohl männliche als auch weibliche Glücksspieler Automaten Spiele bevorzugen. Im angloamerikanischen Raum gewonnene Erkenntnisse, wonach Männer eher strategische Spiele favorisieren, konnten auch in anderen klinischen und epidemiologischen Untersuchungen für die deutsche Population nicht bestätigt werden (Premper, 2006).

In Bezug auf die Intensität des Glücksspielens verbrachten die Frauen mit im Mittel 4,3 Spieltagen in der Woche (gegenüber 3,9 Spieltagen bei Männern) und durchschnittlich 4,6 Glücksspielstunden pro Spieltag (gegenüber 3,7 Stunden bei der männlichen Stichprobe) deutlich mehr Zeit mit dem pathologischen Glücksspielen. Aus ihrer geringeren mittleren Schuldenhöhe kann jedoch auf geringere bzw. weniger riskante Einsätze geschlossen werden. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen, dass Frauen generell mit Geld weniger riskant umgehen als Männer. Weiterhin ist bei der Beurteilung der Verschuldung zu bedenken, dass Frauen allgemein weniger Geld verdienen und für sie somit die Belastung durch eine Verschuldung relativ höher als bei den Männern einzuschätzen ist.

Die ähnlich hohen Anteile an Arbeitslosen (43 % bei den Frauen versus 44 % bei der männlichen Gruppe), Obdachlosen (4 % bei den Frauen versus 3 % bei den Männern) und Migranten (19 % bei der weiblichen Stichprobe versus 17 % bei den Männern) zeigen, dass der soziodemografische Hintergrund der männlichen und weiblichen Glücksspieler in der Untersuchung vergleichbar war. Die Quote der Vorstrafen lag bei den Männern in Konkordanz zur Allgemeinbevölkerung deutlich höher. Die Delinquenz diente bei beiden Geschlechtern in der Regel der Geldbeschaffung, um weiter spielen zu können.

Deutliche Geschlechterunterschiede finden sich in Bezug auf die vergangene und aktuelle psychische Belastung, insbesondere durch traumatische Erfahrungen in der Kindheit und aktuellen Partnerschaft und der bestehenden Komorbidität.

Geschlechtervergleich von anamnestischen und aktuellen Problemfaktoren

Geschlecht	♀ (N = 100)	♂ (N = 100)	Signifikanz
Vorgeschichte			
Schwere Vernachlässigung in der Kindheit	22 %	11 %	p = .036
Sexueller Missbrauch	37 %	4 %	p < .001
Körperliche Misshandlungen	29 %	15 %	p = .028
Traumata im Erwachsenenalter	23 %	7 %	p = .002
Psychische Störungen der Mutter	28 %	19 %	p > .05
Mütterliche Gewalttätigkeit	14 %	1 %	p < .001
Heimaufenthalte in der Kindheit/Jugend	17 %	8 %	p = .054
Dauer des Heimaufenthaltes	4,94 Jahre	2,63 Jahre	p = 0.2
Anamnestische Suizidversuche	30 %	9 %	p < .001
Komorbidität			
Komorbide Depression	64 %	38 %	p < .001
Komorbide Tabakabhängigkeit	82 %	82 %	
Komorbide Alkoholabhängigkeit	24 %	25 %	
Komorbide Angststörung	27 %	6 %	p < .001
Komorbide Persönlichkeitsstörung	40 %	34 %	p = .005
Partnerschaft			
Körperliche Gewalt in der Partnerschaft	15 %	1 %	p < .001

Tab. 7.1 (Vogelgesang, 2011)

8.2 Romane und Tatsachenberichte

Fröhling, Ulla (1993): Droge Glücksspiel. Betroffene erzählen von einer heimlichen Sucht. Frankfurt/M. Fischer Taschenbuch.

Fuchs, Doris (2005): Glücksfälle. Hohenems: Hämmerle Verlag.

Jacobs, Rayda (2009): Bekenntnisse einer Spielerin. München: btb Verlag.

Lindt, Nicolas (2010): Der Spieler von Zürich. Ein Bericht. 2. Auflage. Zürich: Zürcher Oberland Buchverlag.

Riesen, Heinrich (2009): Gestatten, der Bankräuber, den Sie suchen. Geständnisse eines Spielsüchtigen. Bonn: Retap Verlag.

Schmidt, Klaus F. (2009): Nichts geht mehr. Vom Sodastream-Multimillionär zum Hartz-IV-Empfänger. Murnau am Staffelsee: Mankau Verlag.

Schuller, Alexander (2008): Jackpot. Aus dem Leben eines Spielers. Eine wahre Geschichte. Überarb., aktualis. und erw. Neuauflage. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.

Thannen, Raimund von der (2001): Einmal Hölle und zurück. Auf dem Jakobsweg vom Spielcasino nach Lourdes. Hard: Hecht Verlag.

Tillmann, Anke (2003): Verspieltes Glück. Mein Mann ist spielsüchtig. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.

Varnholt (2001): Protokoll einer Selbstzerstörung. Aachen: Karin Fischer Verlag.

9 Materialien

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Die DHS hat im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Frühe Intervention beim pathologischen Glücksspielen“ verschiedene Arbeitshilfen entwickelt, die sich insbesondere an Beraterinnen und Berater richten, für die das Arbeitsfeld Glücksspielsucht relativ neu ist. Es liegen Arbeitshilfen zu folgenden Themen vor:

- ▶ Beratung bei Glücksspielproblemen
- ▶ Umgang mit Geld und Schulden
- ▶ Spieldruck und Rückfall
- ▶ Glücksspiele und kognitive Verzerrungen

Darüber hinaus wurden Flyer mit dem Titel „Wenn das Glücksspiel zum Problem wird ...“ für pathologische Glücksspieler mit Migrationshintergrund bzw. deren Angehörige erarbeitet, die im Rahmen eines ersten Beratungsgespräches bzw. Kontaktes verwendet werden können, wenn die zu beratende Person nur über wenige deutsche Sprachkenntnisse verfügt. Diese Arbeitshilfen sind zweispaltig aufgebaut: in der linken Spalte in der jeweiligen Landessprache, die rechte Spalte ist auf Deutsch verfasst. Die Informationen liegen in folgenden Sprachen vor: Arabisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Serbokroatisch, Spanisch, Türkisch, Vietnamesisch.

Die Materialien stehen auf der Homepage der DHS als Download kostenfrei zur Verfügung (www.dhs.de/informationmaterial/factsheets.html).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Über die Homepage der BZgA (www.bzga.de) können Flyer und Broschüren zu folgenden Themen kostenlos bestellt oder direkt heruntergeladen werden:

- ▶ Wenn Spiel zur Sucht wird
- ▶ Spiel nicht bis zur Glücksspielsucht
- ▶ Total verzockt?! Infos zur Glücksspielsucht für Jugendliche und junge Erwachsene
- ▶ Glücksspielsucht – Erste Hilfe für Angehörige

Koordinations- bzw. Landesfachstellen Glücksspielsucht der Länder

(Anschriften siehe S.149)

Nahezu alle Koordinationsstellen bzw. Landesfachstellen haben inzwischen eigene Materialien entwickelt, die in der Regel über die jeweilige Homepage bestellt werden können. Exemplarisch wird hier auf die Materialien der Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht NRW verwiesen (www.gluecksspielsucht-nrw.de):

- ▶ Flyer und Postkarten zur Kampagne „Ich mach das Spiel nicht mit“
- ▶ Zielgruppenspezifische Flyer, Broschüren und Notfallkarten wie
 - ▶ „Nichts geht mehr?!“ (Broschüre für Angehörige)
 - ▶ „Ich spiel’ nicht mehr mit!“ (Flyer für glücksspielsüchtige Frauen)
 - ▶ „Frauen spielen anders“ (Broschüre für glücksspielsüchtige Frauen)
 - ▶ „Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige und Angehörige“ (Broschüre)
 - ▶ „Ich kann auch anders!“ (Notfallkarte für Glücksspielsüchtige)
 - ▶ „Ich Sorge für mich“ (Notfallkarte für Angehörige)
- ▶ Videos zum Download
 - ▶ Interviews mit Glücksspielsüchtigen und Angehörigen
 - ▶ Interviews mit glücksspielsüchtigen Frauen
 - ▶ Experteninterview zum Thema „Frauen und Glücksspielsucht“

CCCC-Questionnaire

In Anlehnung an den vier Items umfassenden Cage-Fragebogen zur Diagnostik des Alkoholismus, der sich als valides Screeningverfahren bei der Diskriminierung zwischen normalem Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bewährt hat, lässt sich ein entsprechender Kurztest zum Fehlen oder Vorhandensein einer Glücksspielsucht anwenden. Es lassen sich vier glücksspielerspezifische Merkmale (cannot quit, chasing, craving und consequences) erfassen (Petry, 1996).

Die Auswertung des so konstruierten „CCCC-Questionnaire“ erfolgt, indem bei zwei oder mehr positiven Antworten (Cut-off-Point) die vorläufige Diagnose „Pathologisches Glücksspielen“ gestellt wird. Empirische Daten zu den Testgütekriterien liegen bisher nicht vor. Im Sinne eines stufenweisen Vorgehens sollte deshalb eine quantitative Absicherung mit dem testtheoretisch konstruierten „Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten“ erfolgen.

	Richtig	Falsch
1. Ich kann mit dem Glücksspielen erst aufhören, wenn ich kein Geld mehr habe!		
2. Verlieren ist eine persönliche Niederlage, die ich wettmachen möchte!		
3. Ich denke oft an das Glücksspielen und verspüre einen inneren Spieldrang!		
4. Zur Geldbeschaffung habe ich schon andere Menschen belogen und betrogen!		

Spezielle Anamnese zum pathologischen Glücksspielverhalten

Name:

Datum:

Art des Glücksspiels/bevorzugter Glücksspielort

(Geldspielautomaten in Spielhallen, Kasinospiele, Geldwetten, Karten- und Würfelspiele, Lotto-Toto, Geschicklichkeitsspiele um Geld, Börsenspekulation):

Beginn, Verlauf

(Erstkontakt, Einstiegsbedingungen, Problembeginn, Verlaufsform, Höhepunkte):

Häufigkeit, Intensität

durchschnittliche tägliche Glücksspieldauer:

maximale tägliche Glücksspieldauer:

durchschnittliche Glücksspieltage pro Woche:

höchster Tagesverlust:

gleichzeitiges Glücksspielen an mehreren Automaten bzw. Tischen:

Wann wurde zuletzt vor der Behandlung gespielt:

Motive und Wirkungen

(Gefühle vor/bei/nach dem Glücksspielen und bei Gewinnen/Verlusten: Nervenkitzel, Ablenkung, Aggressionen, Euphorie, Depressionen):

Glücksspielbedingte Nachteile/Beeinträchtigungen

(z. B. Schulden, Vorstrafen, Vereinsamung, Depressivität und Suizidalität, psychosomatische Störungen):

Psychophysiologische Reaktionen bei Einstellung des Glücksspielverhaltens

(körperliche Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Depressivität, Kopfschmerzen, Magenbeschwerden):

Selbstkontrollversuche

(gescheiterte Kontrollversuche, glücksspielfreie Zeiten):

Vorbehandlungen wegen des Glücksspielens

(ambulant, stationär, Selbsthilfegruppen, wenn ja, welche):

Implizites Krankheitskonzept

(Externalität versus Internalität, subjektives Suchtmodell versus psychodynamisches Verständnis):

Abstinenz-/Änderungsmotivation

(bezogen auf das Glücksspielverhalten und die bestehende Verschuldung):