

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

Inhalt

	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	Gesellschaftsformation	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

4

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 Exkurs: Parkinsonmedikation und Glücksspielsucht	102
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 von 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 e. V. (DHS)	131
	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	131
	Koordinations- bzw. Landesfachstellen Glücksspielsucht der Länder	132
	CCCC-Questionnaire	133
	Spezielle Anamnese zum pathologischen Glücksspielverhalten	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

Vorwort

Mit der Suchtmedizinischen Reihe wendet sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen insbesondere an diejenigen Berufsgruppen, die in ihrem Alltag mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten in Kontakt geraten, bei denen ein riskanter Substanzgebrauch, ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegt, und die sich vertiefend mit den spezifischen Problematiken der jeweiligen Substanzen, den Wirkungsweisen der Substanzen im Körper, den gesundheitlichen Folgeschäden, den Behandlungsmöglichkeiten oder rechtlichen Aspekten beschäftigen wollen. Die Bände dieser Reihe richten sich an Ärztinnen und Ärzte, vornehmlich der allgemeinen medizinischen Versorgung, sowie an psychosoziale Berufsgruppen in der psychotherapeutischen Versorgung und in der Sozialarbeit. Die Einzelausgaben der Reihe enthalten einen umfassenden Wissensgrundstock, der als Kompendium oder zum Nachschlagen genutzt werden kann. Darüber hinaus stehen die DHS und die einzelnen Autorinnen und Autoren für Nachfragen zur Verfügung.

„Sucht“ ist ein Begriff, der bei vielen Menschen Abwehr auslöst. Daran hat auch die höchstrichterliche Feststellung aus dem Jahr 1968, dass Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit Krankheiten sind, kaum etwas verändert. Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen handelt es sich bei Abhängigkeit und Missbrauch, entgegen der landläufigen Annahme, jedoch um Diagnosen, die gute Behandlungschancen und -erfolge aufweisen. Wer würde von einer Diabetikerin oder einem Bluthochdruckpatienten erwarten, dass ihre oder seine Werte niemals Schwankungen unterlägen oder in den pathologischen Bereich ausschlugen? Bei der Behandlung von Abhängigkeit und Missbrauch werden andere Maßstäbe angelegt. Hier wird meist nur das Maximum an Erreichbarem – die dauerhafte Abstinenz – als Behandlungserfolg gewertet. Es gilt jedoch, wie bei anderen Krankheiten auch, dass die Erfolgsprognose vom Stadium der Erkrankung abhängt und ob der Diagnose auch tatsächlich eine sachgerechte Behandlung folgt. Die Prinzipien der Selbstbestimmung und Autonomie gelten auch für Substanzabhängige oder -missbrauchende. Sie entscheiden mit über Art und Erfolg der Behandlung, ob Abstinenz, Konsumreduktion oder Substitution die vielversprechendste Behandlung für sie ist.

Der Konsum psychotroper Substanzen kann gravierende somatische, psychische, soziale sowie auch rechtliche und finanzielle Störungen und Probleme verursachen.

Ihr Gebrauch, insbesondere riskanter Alkohol- und Tabakkonsum, gilt als bedeutendstes gesundheitsschädigendes Verhalten in der Bevölkerung. Tabak- und Alkoholkonsum stehen in den Ländern mit hohem Einkommen auf den Plätzen 1 und 2 der zehn größten gesundheitlichen Risiken für vorzeitige Erkrankung und vorzeitigen Tod (WHO 2009)*. Psychische und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und bestimmter Medikamente machen, trotz Präventionsanstrengungen, nach wie vor einen Großteil der Krankheitsdiagnosen aus und verursachen hohe vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem. Die direkten und indirekten Kosten, die allein durch Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland verursacht werden, belaufen sich auf über 40 Mrd. Euro. Dabei ist die Gruppe mit einem riskanten bzw. schädlichen Konsummuster wesentlich größer als die der abhängig Konsumierenden.

In Deutschland sind Alkohol und Tabak die meistkonsumierten und -akzeptierten psychotropen Substanzen. Wenn es um die Risiken des Substanzkonsums geht, gerät dann zunächst das Suchtpotenzial der psychotropen Stoffe ins Blickfeld. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen jedoch immer deutlicher, dass Schädigungen lange vor der Entwicklung einer Abhängigkeit einsetzen können und es keinen Grenzwert für einen Konsum gibt, der Risikofreiheit garantiert. Zwar weisen Menschen, die eine Substanzabhängigkeit entwickelt haben, häufig weitere Erkrankungen und Störungen auf, jedoch sind gesundheitliche Störungen und negative Auswirkungen nicht ausschließlich bei Abhängigen zu beobachten, sondern auch bei Menschen mit riskantem Konsum. Daher stellen nicht nur Substanzabhängige und -missbrauchende, sondern auch Personen mit riskantem Konsum psychotroper Substanzen eine wichtige Zielgruppe der Suchtmedizin und Suchthilfe dar. Motivation sowie Früherkennung und Frühintervention kommt eine immer stärkere Bedeutung zu.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends begann die DHS mit der Publikation der Suchtmedizinischen Reihe und erschloss damit praxisrelevante Informations- und Datenquellen für die in diesem Fachgebiet Tätigen. In der Zwischenzeit haben sich Suchtmedizin und Suchthilfe weiterentwickelt, sodass eine Neufassung der Titel „Alkoholabhängigkeit“, „Tabakabhängigkeit“, „Drogenabhängigkeit“ und „Essstörungen“ erforderlich wurde. Vervollständigt wird die Reihe nun durch die neuen Bände „Medikamentenabhängigkeit“ und „Pathologisches Glücksspielen“.

Die DHS dankt allen Autorinnen und Autoren herzlichst für ihre engagierte Arbeit. Sie haben in kompakter Form praxisnahe und aktuelle Informationen aus unterschiedlichen Disziplinen für die Beratung und Behandlung zusammengestellt.

Dr. med. Heribert Fleischmann
Vorstandsvorsitzender der DHS, Frühjahr 2013

* WHO 2009, Global Health Risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genf.

1 Glück – Spiel – Sucht

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
Spiel:	(Geld-)Einsatz auf (vorwiegende) Zufallsereignisse mit Erregungssteigerung aufgrund (verzerrter) Gewinnerwartungen mit langfristig negativen Folgen
Spiel:	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-)Spiels“ 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 Glücksspiels 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 Glücksspiels 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)

Im DSM-IV werden über die symptomorientierte Definition („hard signs“) hinaus zugehörige klinische Merkmale („soft signs“) benannt, die wesentliche Besonderheiten betreffen. Es handelt sich um glücksspielerspezifische verzerrte Denkmuster, die besondere Bedeutsamkeit des Geldes, das konkurrenzbezogene Leistungsdenken, die Ruhelosigkeit, das überstarke Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, eine Tendenz zur Arbeitswut und das Auftreten stressbedingter psychosomatischer Erkrankungen.

Nach dem Entwurf für die fünfte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) soll das Pathologische Glücksspielen als „Gambling Disorder“ mit den substanzgebundenen Störungen in die gemeinsame Kategorie „Addiction and Related Disorders“ aufgenommen werden (vgl. Kapitel 4.1).

1.2 Formen des Glücksspiels

Ob sich ein Glücksspielangebot zu einem Problem entwickelt, hängt von vielfältigen Faktoren ab. Dazu gehören kulturelle Traditionen, gesetzliche Rahmenbedingungen, Art und Umfang des gesamten Glücksspielmarktes und die Strukturmerkmale des Glücksspielangebotes (z. B. Einsatzhöhe, Schnelligkeit des Ablaufes, Einbeziehung des Glücksspielers etc.). Die verschiedensten Varianten des Glücksspiels, die in Deutschland derzeit verbreitet sind, werden von Meyer und Bachmann (2011) im Einzelnen beschrieben.

Glücksspiele sind dadurch definiert, dass man auf den Ausgang eines vorwiegend zufallsbedingten Ereignisses wettet und dabei Geld, Wertgegenstände oder Gegenleistungen einsetzt. Beim Lotto zum Beispiel kreuzt man Zahlen an, zahlt seinen Einsatz und „tippt“ darauf, dass bestimmte Zahlen gezogen werden. Beim Roulette kauft man Jetons und setzt auf einfache Chancen (Rouge oder Noir; Pair oder Impair; Manque oder Passe), eine bestimmte Zahl oder eine Zahlenkombination. Tacitus beschreibt in der „Germania“ (1971) sogar, dass die Germanen ihre Freiheit und den eigenen Leib aufs Spiel gesetzt haben.

Der Ausgang der genannten Glücksspiele kann weder vorhergesagt noch beeinflusst werden, sondern ist überwiegend vom Zufall abhängig. So gibt es neben reinen Zufallsspielen (Geldspielautomaten, Roulette, Lotterien) auch Glücksspiele mit einem „Kompetenzanteil“ wie z. B. das Pokern oder Sportwetten. Der Einfluss der eigenen Kompetenzen bei solchen Glücksspielen wird jedoch in der Regel überschätzt (vgl. Kapitel 3.2.3). Auch Kompetenzspiele – also Spiele, bei denen nur die eigenen Fähigkeiten und nicht der Zufall eine Rolle spielen – wie z. B. Schach, Dart, Billard – werden zu Glücksspielen, wenn um Geld gespielt wird. Ob ein Spiel

rechtlich als Kompetenz- oder als Glücksspiel eingeordnet wird, entscheidet in Deutschland darüber, ob es als Gewerbe betrieben werden kann oder ob es unter das staatliche Glücksspielmonopol fällt bzw. staatlich lizenziert wird.

In Bezug auf die Teilnahme an Sportwetten gilt: Selbst wer über großes Spezialwissen hinsichtlich einer bestimmten Sportart verfügt, kann den Ausgang eines sportlichen Einzelereignisses, z. B. ob der 1. FC Kaiserslautern bei der nächsten Begegnung mit Bayern München gewinnt oder verliert, nicht vorhersagen. Es gibt zwar einige wenige Faktoren, wie Heimvorteil, Stand in der Tabelle und das Ergebnis der bisherigen Begegnungen, die eine sehr eingeschränkte Vorhersage über die Saison erlauben, jedoch nichts über den Ausgang eines einzelnen Spiels aussagen. Wer nun die Strategie hat, jeweils auf diese vermeintlichen Vorteile zu wetten, wird dies aufgrund unattraktiver Gewinnquoten und regelmäßiger Verluste schnell wieder aufgeben.

Für Pokerspiele, wie z. B. das populäre Texas Hold' m, bei dem jeder Spieler zufällig aus dem Kartensatz zwei Karten erhält und fünf weitere Karten in drei Stufen nacheinander aufgedeckt werden, ist die Wahrscheinlichkeit für gewinnträchtige „Hände“ – z. B. Full House (0,14 %) oder gar Royal Flush (0,00015 %) – gering. Man kann in dieser Situation nur durch Bluffen dauerhaft gewinnen, wozu man allerdings unerfahrene Partner benötigt. Wenn man, was selten vorkommt, eine gute Hand hat, kann man diesen Vorteil nur realisieren, wenn man die anderen Spieler durch Bluffen lange genug im Spiel hält. Eine Gewinnchance beim Pokern besteht also nur, wenn große Unterschiede in der Kompetenz der Beteiligten vorliegen. Wenn das Kompetenzniveau oder die Erfahrung der Beteiligten keine größeren Unterschiede aufweisen, entscheidet auf Dauer vorwiegend der Zufall über den Spielausgang. So ist zu erklären, dass es fast jährlich neue Pokerweltmeister gibt, während einige Schachweltmeister aufgrund ihrer herausragenden Kompetenzen viele Jahre ihren Titel verteidigen können (vgl. Tabelle 1.3, S. 14). Inzwischen stützen sowohl experimentelle Studien (Meyer, 2012b) als auch empirische Analysen (Fiedler, 2012) die Einordnung des Pokers durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes als Glücksspiel. Für den Durchschnittsspieler handelt es sich beim Poker um ein überwiegend vom Zufall abhängiges Glücksspiel.

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 Geldspielautomatenspielens 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 Geldautomatenspieler, 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 glücksspielerspezifische 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 Journalistenberuf. Auch die Beziehungen zu Frauen, seine Ehe und seine zweifache Vaterschaft verblassen völlig hinter der Welt des Glücksspielens.

Formen problematischer Glücksspielangebote

Lotto- bzw. Lotterieberbote:	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.

1.3.2 Spielverordnung

Geldspielautomaten, die in gastronomischen Betrieben und Spielhallen aufgestellt sind, gelten offiziell gar nicht als Glücksspiele. Sie heißen im Amtsdeutsch „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ und fallen unter das Gewerbeamt. Die gewerblichen Geldspielautomaten sind jedoch die Glücksspielform, die mit dem höchsten Risiko behaftet ist, eine Glücksspielsucht zu entwickeln (vgl. Kapitel 2.2). Die Einzelheiten des „Spiels“ (Höhe von Einsatz und Gewinn, Spieldauer) sind in der Spielverordnung (SpielV) geregelt. Diese Vorschriften sollen verhindern, dass beim gewerblichen Automatenspiel Gewinne und Verluste mit Vermögenswert erzielt werden können. Außerdem sollen die Glücksspieler vor einer „übermäßigen Ausnutzung des Spieltriebs“ geschützt werden. Diese Geräte sind hinsichtlich der Einsatz-, Gewinn- und Verlustmöglichkeiten jedoch nicht identisch mit den sogenannten „einarmigen Banditen“ in den Automatenniederlassungen der Spielbanken. Im Zuge der letzten Novellierung der SpielV im Jahre 2006 haben sich die Geldspielautomaten, was die Spieldauer und das Spieldesign angeht, dennoch weitgehend den Casinoautomaten angenähert. Nach Peters (2011) handelt es sich bei den gewerblichen Geldspielautomaten eindeutig um Glücksspiele im Sinne des § 284 StGB, die deshalb entweder verboten oder zu reinen Unterhaltungsgeräten zurückgebaut werden müssen. Der Fachbeirat Glücksspielsucht als Organ der obersten Glücksspielaufsicht der Länder (§ 10 Abs.1 Satz 2 GlüStV) hat in seinem ersten Beschluss nach Konstituierung im Jahr 2008 einen radikalen Rückbau der gewerblichen Geldautomaten zu reinen Unterhaltungsgeräten empfohlen.

Darüber hinaus werden die einschränkenden Vorgaben der SpielV, was z. B. Spieldauer und -einsatz angeht, von der Automatenindustrie umgangen. So wurde ein Punktesystem eingeführt (Geld wird in Punkte umgewandelt), was es möglich macht, schnellere Spiele mit höheren Einsatz und Gewinnmöglichkeiten anzubieten, als die SpielV vorsieht. Für einen Normalverdiener ist es nicht schwer, in einer Spielhalle an nur einem Tag einen Monatslohn bzw. ein Gehalt zu verspielen. In einem Feldversuch konnte mithilfe eines Testspielers nachgewiesen werden, dass es möglich ist, innerhalb von fünf Stunden und 37 Minuten einen Betrag in Höhe von 1.450 Euro zu verspielen (Meyer, 2011). Dieser Betrag entspricht dem durchschnittlichen Nettoverdienst eines deutschen Arbeitnehmers.

Derzeit erfolgt eine Novellierung der SpielV, die jedoch den Glücksspielcharakter der gewerblichen Geldspielautomaten nicht betrifft. Im Rahmen des neuen Glücksspieländerungsstaatsvertrages (GlüÄndStV) wurden inzwischen von einzel-

nen Ländern (Bremen, Berlin) einige der möglichen Einschränkungen (Mindestabstände, Verbot von Mehrfachkonzessionen, eingeschränkte Öffnungszeiten) als Gesetze umgesetzt. Die derzeit geplanten Veränderungen der Spielverordnung (Reduzierung der Anzahl von Geldspielautomaten in gastronomischen Betrieben, Einführung einer personenungebundenen Spielkarte und verpflichtendes Sozialkonzept) werden absehbar zu keiner spürbaren Reduzierung der Gefährdung in diesem Glücksspielsegment führen. Entscheidende Veranstaltungsmerkmale wie Spielfrequenz, Gewinn- und Verlustmöglichkeiten und insbesondere das „Punktespiel“, mit dem die einschränkenden Vorgaben der Spielverordnung umgangen werden, bleiben unberührt. Die Möglichkeit zur Selbst- und Fremdsperre als wichtiges Instrument des Spielerschutzes soll nicht eingeführt werden.

1.3.3 Sozialrecht mit „Empfehlungen“

Mit der 1980 beginnenden Aufnahme des „Pathologischen (Glücks-)Spiels“ als eigenständigem psychischem Störungsbild in die internationalen Klassifikationssysteme DSM-III und später ICD-10 wurde das Pathologische Glücksspielen als ein andauerndes, wiederkehrendes und oft noch gesteigertes Glücksspielverhalten trotz negativer persönlicher und sozialer Konsequenzen wie Suizidalität, Verschuldung und Delinquenz, definiert. Die genauere Operationalisierung der Hauptkriterien erfolgt im DSM, wobei nach den Vorgaben des DSM-IV mindestens fünf von zehn Kriterien beim Vorliegen eines „Pathologischen (Glücks-)Spiels“ erfüllt sein müssen (vgl. Kapitel 1.1.2).

Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen besteht danach ein Anrecht auf Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation (vgl. Kapitel 6.3.2 und 6.4).

Vor diesem Hintergrund haben die Kosten- und Leistungsträger ohne höchstgerichtliche Vorentscheidungen ihre bis dahin auf Einzelfallentscheidungen beschränkte Praxis zur medizinischen Rehabilitation in Form der bis heute unverändert gültigen „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen“ (VDR, 2001) formuliert und im Jahre 2001 in Kraft gesetzt (s. Kapitel 9). In den Beratungs- und Behandlungsstellen wurde jedoch nur ein geringer Anteil der für das Jahr 2010 geschätzten 15.800 beratenen Klienten im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation behandelt, während im gleichen Zeitraum in 16 spezialisierten Rehabilitationskliniken insgesamt 1.843 stationäre Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt wurden (Meyer, 2012a) (vgl. Kapitel 6.3.2).

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 betragen 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

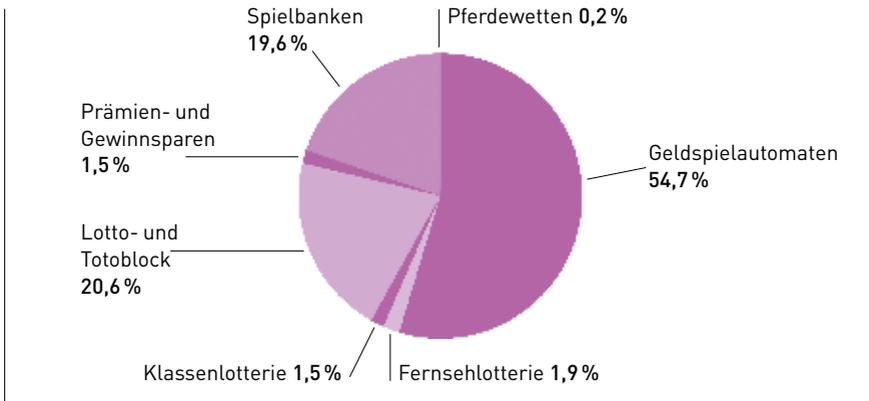


Abb. 1.1 (Meyer, 2012a)

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

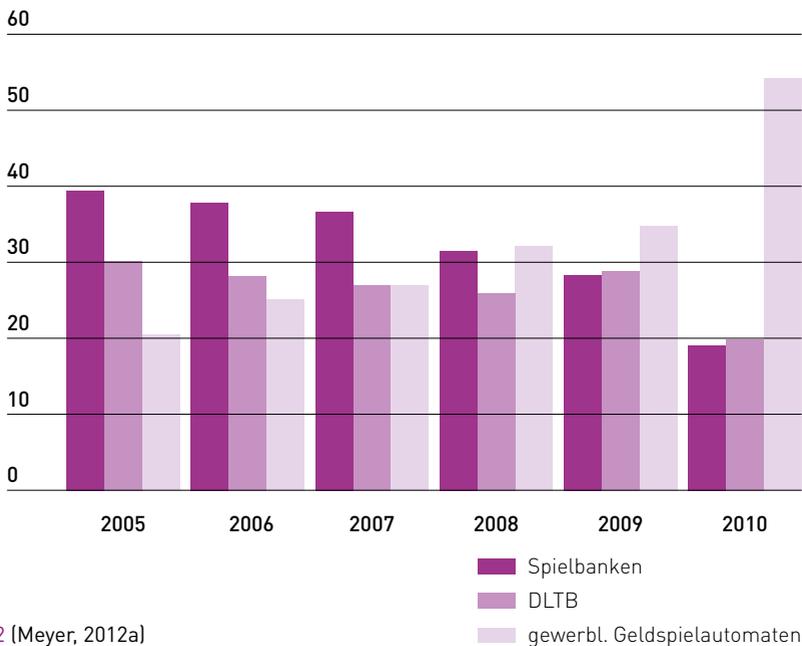


Abb. 1.2 (Meyer, 2012a)

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

Mrd. Euro (Albers, 2008). Letzteres gilt auch für das illegale Angebot von Poker im Internet (Fiedler, Wilcke, 2011). Den Glücksspielaufsichten der Länder ist es im Rahmen des Glücksspielstaatsvertrages nicht gelungen, diese illegalen Märkte einzudämmen, obwohl mit der im GlüStV vorgesehenen Option zur Kappung der Zahlungsströme eine aussichtsreiche Möglichkeit zur Durchsetzung des Verbotes bestand und immer noch gegeben ist. Die Nichtdurchsetzung des Verbotes im Bereich der terrestrischen illegalen Wettbüros ist der gesetzlichen Widersprüchlichkeit der Glücksspielgesetzgebung in Deutschland geschuldet, da die verschiedenen Glücksspielangebote aufgrund historischer Entwicklungen und aktueller fiskalischer Interessen nicht entsprechend der mit ihnen verbundenen unterschiedlich ausgeprägten Gefährdungen für die Bevölkerung systematisch reguliert werden. Durch die im Glücksspieländerungsstaatsvertrag erfolgte Teillegalisierung privat angebotener Sportwetten und die Teilfreigabe des Internets für Sportwettenangebote hat sich die Inkohärenz der Glücksspielgesetzgebung weiter verstärkt. Es ist zu befürchten, dass es zu einer weiteren Expansion sowohl des legalen als auch des illegalen Angebotes von Sportwetten kommt, die bekanntermaßen insbesondere für Jugendliche interessant sind (vgl. Kapitel 2.3).

Bei der volkswirtschaftlichen Betrachtung des Glücksspielens sind neben dem wirtschaftlichen Nutzen (Arbeitsplätze, Steuereinnahmen) auf der Gegenseite die sozialen Kosten zu betrachten. Zu Letzteren gehören die Behandlungskosten für entstandene physische und psychische Erkrankungen bei den Betroffenen und ihren Familienangehörigen, Produktivitätsverluste durch Erkrankungen, Fehlzeiten, Verschuldung mit Nebenkosten, Beschaffungsdelinquenz, Regulierungskosten des Glücksspielmarktes und auch die privaten Kosten für die Betroffenen, die Einkommensverluste und Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität erfahren (Fiedler, 2012). Wenn alle direkten und indirekten Kosten in Betracht gezogen werden, ergibt sich für die Gesellschaft eine stark negative Bilanz des Nutzens und der Kosten (Adams, Fiedler, 2009).

Literatur:

- Adams, Michael; Fiedler, Ingo (2009): Die sozialen Kosten von Alkohol und Glücksspiel. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde am 28. November in Berlin.
- Albers, Norman (2008): Struktur und ökonomische Beurteilung des Sportwettenmarktes in Deutschland. In: Gebhardt, Inho; Grüsser-Sinopoli, Sabine Miriam (Hrsg.): Glücksspiel in Deutschland: Ökonomie, Recht, Sucht. Berlin: De Gruyter, 56-92.
- Diegmann, Heinz et al. (2008): Praxishandbuch für das gesamte Spielrecht. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dilling, Horst et al. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) Leitlinien. Bern: Huber.
- Fachbeirat Glücksspielsucht (2008): Beschluss Nr. 1/2008 des Fachbeirats nach § 10 Abs. 1 Satz 2 GlüStV vom 12. März 2008 zur Verminderung der von Geldspielgeräten ausgehenden Gefahren. Internet: www.fachbeirat-gluecksspielsucht.de, Zugriff: 20.02.2012.
- Fiedler, Ingo (2012): Die Geschicklichkeitskomponente beim Pokerspiel. Vortrag auf der Fachtagung „Glücksspielforschung der Bundesländer – wissenschaftliche Erkenntnisse für Prävention, Hilfe und Politik“ am 3. Februar 2012 in Hamburg.
- Fiedler, Ingo; Wilcke, Ann-Christin (2011): Der deutsche Markt für Onlinepoker: Umfang und Spielerverhalten. In: Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht, 4, 243-247.
- Gaertner, Beate et al. (2012): Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich: Pabst, 38-63.
- Gebhardt, Inho; Postel, Dirk (2008): Die Neuregelung des Glücksspielwesens in Deutschland. In: Gebhardt, Inho; Grüsser-Sinopoli, Sabine Miriam (Hrsg.): Glücksspiel in Deutschland: Ökonomie, Recht, Sucht. Berlin: De Gruyter, 421-463.
- Meyer, Gerhard (2011): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2011. Geesthacht: Neuland, 109-127.
- Meyer, Gerhard (2012a): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich: Pabst, 125-141.
- Meyer, Gerhard (2012b): Poker: Glücks- oder Geschicklichkeitsspiel. Ergebnisse einer experimentellen Studie. Vortrag auf der Fachtagung „Glücksspielforschung der Bundesländer – wissenschaftliche Erkenntnisse für Prävention, Hilfe und Politik“ am 3. Februar 2012 in Hamburg.
- Meyer, Gerhard; Bachmann, Meinolf (2011): Spielsucht: Ursachen und Therapie, 3. Auflage. Berlin: Springer.
- Peters, Frank (2011): Die Spielverordnung. In: Zeitschrift für Rechtspolitik, 44 (5), 134-137.
- Saß, Henning et al. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schiller, Friedrich (o. J.). Über die ästhetische Erziehung des Menschen. In: Stapf, Paul (Hrsg.): Schiller Werke, Bd. II. Wiesbaden: Emil Vollmer. (ursprünglich 1795), 570-655.
- Schuller, Alexander (2008): Jackpot: Aus dem Leben eines Spielers – eine wahre Geschichte. 2. Auflage. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.
- Tacitus (1971): Germania (Dt. Übersetzung M. Fuhrmann). Stuttgart: Reclam.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (2001): Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen. Frankfurt/M. unveröffentlichte Empfehlung.
- Vierhaus, Marc et al. (2012): Zur Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. In: Sucht, 58 (3), 183-193.

2 Epidemiologie

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 Suchtambulanz 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

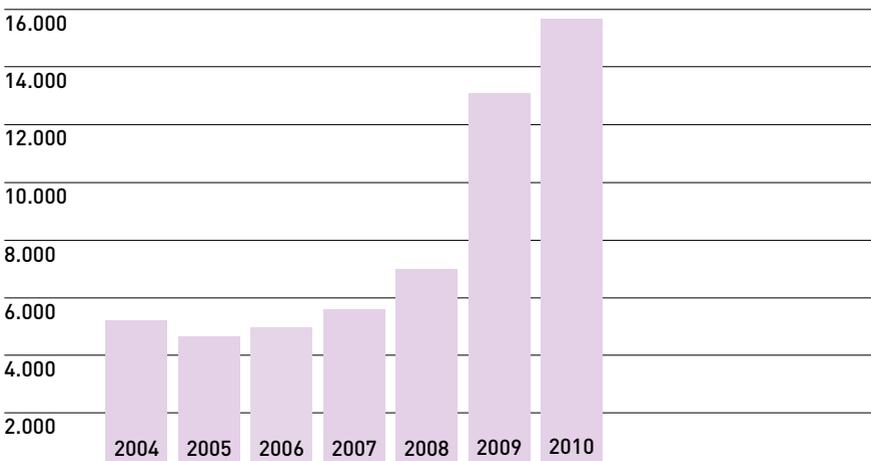


Abb. 2.1 (nach Meyer, 2012)

■ 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

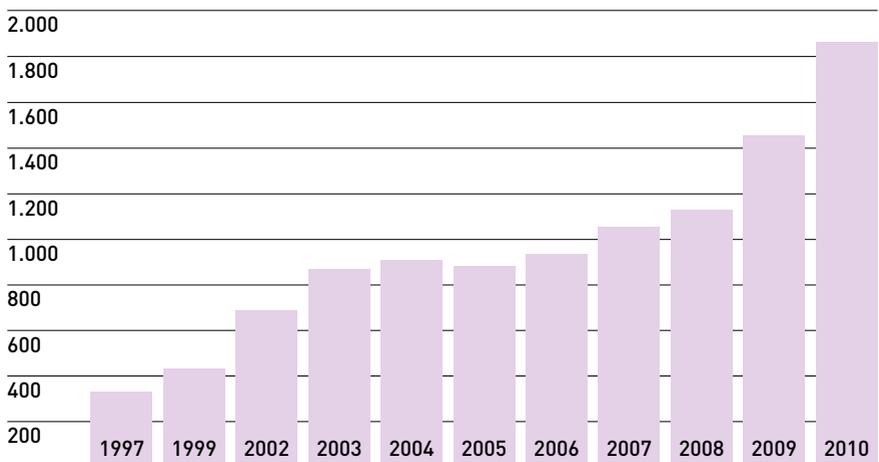


Abb. 2.2 (nach Meyer, 2012)

■ 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 lediglich einen Hinweis-

scharakter auf tatsächliche Glücksspielproblematiken bei den Patienten besitzen. Verlaufsdaten liegen für diesen Bereich nicht vor.

Bei den Behandlungszahlen ist zu berücksichtigen, dass nur ein geringer Anteil pathologischer Glücksspieler im Laufe der Lebensspanne einen Kontakt zum Hilfesystem aufweist. Nach der repräsentativen PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) haben lediglich 23,1 % jemals im Leben mit einem Arzt oder anderen Fachpersonen über ihr Glücksspielproblem gesprochen und/oder eine Selbsthilfegruppe aufgesucht. Laging (2009) analysiert die Literatur unter dem Gesichtspunkt möglicher Barrieren, die eine Kontaktaufnahme zu Hilfspersonen oder -institutionen verhindern. Sie resümiert, dass Stolz, Scham, der feste Wille, sein Problem selbst lösen zu wollen, der Wunsch, unentdeckt zu bleiben, fehlendes Problembewusstsein und die Unkenntnis von Behandlungsmöglichkeiten von entscheidender Bedeutung sind.

2.2 Bevorzugtes Glücksspiel

Seit Ende der 1970er Jahre wurde der lediglich dem Gewerberecht unterliegende „Unterhaltungsautomat mit Gewinnmöglichkeit“ zum zentralen Glücksspielmedium, das mit einem stark erhöhten Risiko, eine Glücksspielsucht zu entwickeln, verbunden ist. Aus den „Groschengräbern“ der früheren Jahre waren durch Einführung neuer Spielsysteme („Risikoleiter“ nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip) Glücksspielgeräte geworden. Als Folge davon dominiert seit Mitte der 1980er Jahre der junge männliche Geldautomatenspieler die Behandlungsnachfrage. Zu Behandlungsbeginn zeigen sie erhebliche Auffälligkeiten wie hohe Verschuldung, erhöhte Suizid tendenz und häufige Delinquenz. Bei einer beträchtlichen Teilgruppe besteht zusätzlich eine stoffgebundene Abhängigkeit (vgl. Kapitel 2.4).

Eine Bestätigung findet dieser Befund durch die aktuelle epidemiologische Untersuchung PAGE (Meyer et al., 2011), in der das Risiko, ein problematisches oder süchtiges Glücksspielverhalten in Abhängigkeit von der Glücksspielform zu entwickeln, erhoben wurde. Unter Berücksichtigung der Nutzung mehrerer Glücksspielformen war dieses Risiko bei gewerblichen Geldspielgeräten am höchsten (6,3-faches Risiko). Mit ebenfalls stark erhöhtem Risiko ist die Teilnahme an den unter Jugendlichen immer stärker verbreiteten Glücksspielformen (Online-)Poker (5,0-faches Risiko) und (Online-)Sportwetten (4,7-faches Risiko) verbunden. Danach folgt das Kleine Spiel im Kasino mit einem 4,1-fach erhöhten Risiko. Die übrigen Glücksspielangebote erweisen sich im multivariaten Vergleich als unbedeutend. Die letzte Bevölkerungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) kommt mit anderer Methodik (vgl. Tabelle 2.1) bei den vergleichbar erfassten Glücksspielformen der gewerblichen Geldspielgeräte auf eine

5,9-fache und, bezogen auf das kleine Spiel im Kasino, auf eine 8,5-fache Risikochätzung mit einem großen Vertrauensintervall [3,5–10,1 bzw. 4,0–18,3].

2.3 Soziodemographie

Für Pathologisches Glücksspielen beträgt die Lebenszeitprävalenz 1,7 % für Männer und 0,2 % für Frauen und die entsprechende 12-Monatsprävalenz 0,6 % für Männer und 0,1 % für Frauen. Für ein problematisches Glücksspielverhalten beträgt die Lebenszeitprävalenz für Männer 2,3 % und für Frauen 0,5 %, die entsprechende 12-Monatsprävalenz beträgt bei Männern 0,5 % und bei Frauen 0,2 %. Bezogen auf das Geschlecht bestätigen die epidemiologischen Befunde von Meyer und Mitarbeitern (2011) die langjährig bekannte Dominanz von Männern in der Beratungs- und Behandlungspraxis.

Die Rate problematischer und pathologischer Glücksspieler ist stark altersabhängig. Die Hauptrisikogruppe sind die 14- bis 30-Jährigen. Besonders gravierend ist die um 50 % erhöhte Lebenszeitprävalenz der 14- bis 17-Jährigen (1,5 % gegenüber 1 % bei den Erwachsenen). Dieser Befund ist umso bedenkenswerter, da Minderjährigen per Gesetz die Teilnahme an Glücksspielen verboten ist. Die bevorzugten Glücksspiele Jugendlicher sind vor allem Sofortlotterien/Rubbellose, gewerbliche Geldspielautomaten in Gaststätten sowie (Online-)Pokern und (Online-)Sportwetten. Bei diesen Angeboten hat der Jugendschutz offensichtlich versagt. Aus entwicklungspsychopathologischer Sicht sollte vor dem 18. Lebensjahr jedoch keine Erwachsenenendiagnose gestellt werden. Es empfiehlt sich, in dieser Lebensspanne ein problematisches und nicht ein pathologisches Glücksspielverhalten zu diagnostizieren. Störungen im Kindes- und Jugendalter können auch Verstärkungen normaler Entwicklungstrends sein und werden mehrheitlich bis zum Erwachsenenalter überwunden. Aus suchtpräventiver Sicht ist zu bedenken, dass ein früher Einstieg – auch beim Glücksspielen – einen Risikofaktor für die Ausbildung einer Glücksspielsucht im Erwachsenenalter darstellt. Bezogen auf die Lebensspanne zeigen 0,3 % der 48- bis 64-Jährigen im Vergleich zu 1,0 % der Gesamtstichprobe der 14- bis 64-Jährigen ein pathologisches Glücksspielverhalten. In Bezug auf die 12-Monatsprävalenz sind es mit 0,04 % im Vergleich mit der Gesamtstichprobe (0,3 %) ebenfalls deutlich weniger. Die Glücksspielsucht kommt danach bei älteren Menschen eher selten vor.

Neben dem Geschlecht und dem Alter besteht ein Zusammenhang des problematischen und pathologischen Glücksspielens mit weiteren soziodemographischen Merkmalen. Eine erhöhte Glücksspielproblematik ist im Kontext geringerer Schulbildung, Arbeitslosigkeit und bei Vorliegen eines Migrationshintergrundes belegt (Meyer et al., 2011).

2.4 Komorbide Störungen

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung findet sich bei problematischem und in noch stärkerem Maße bei pathologischem Glücksspielen eine extreme Erhöhung komorbider Störungen (Meyer et al., 2011). Bei pathologischen Glücksspielern findet sich bei 71,1 % (ohne stoffgebundene Suchtdiagnosen) eine psychische Störung im Vergleich zu 16,1 % der Allgemeinbevölkerung, bei Einschluss von Suchtdiagnosen bei 95,4 % eine komorbide Störung im Vergleich zu 35,7 % in der Allgemeinbevölkerung. Bei problematischem Glücksspielen betragen die entsprechenden Prozentsätze 53,3 % (ohne Suchtdiagnosen) und 78,0 % einschließlich Suchtdiagnosen. Am häufigsten sind affektive Störungen mit einem 3,8-fach erhöhten Erkrankungsrisiko gegenüber der Bevölkerung, stoffgebundene Suchtstörungen (inklusive Tabak) mit 3,5-fach und Angststörungen (inklusive Posttraumatischer Belastungsstörungen) mit 3,2-fach erhöhtem Erkrankungsrisiko. Bei pathologischen Glücksspielern besteht bei 63,1 % eine affektive Störung, bei 44,3 % eine Substanzabhängigkeit (exklusive Tabak) und bei 37,1 % eine Angststörung (inklusive posttraumatischer Belastungsstörung), bei problematischen Glücksspielern entsprechend 44,0 %, 31,3 % und 24,7 %. Somit bestätigt sich die hohe Komorbiditätsrate bei behandelten Glücksspielern (Premper, 2006) auch für die mehrheitlich nicht behandelten pathologischen Glücksspieler in der Bevölkerung. Die erfasste hohe Komorbiditätsrate von pathologischen Glücksspielern in der Bevölkerung stellt – im Vergleich zu Selbstauskünften mittels Fragebogen – wahrscheinlich keine Überschätzung dar, da die Störungen im direkten klinischen Interview von geschulten Befragern diagnostiziert wurden.

2.5 Verlauf

Pathologisches Glücksspielen beginnt bei Männern typischerweise in der Adoleszenz, während der Einstieg bei Frauen (vgl. Kapitel 6.1) eher im mittleren Lebensabschnitt liegt. Custer und Milt (1985) beschreiben die typische Karriere eines Glücksspielsüchtigen als Phasenabfolge, wie dies Elvin Morton Jellinek (1960) beim Alkoholismus getan hatte. Eine anfängliche Gewinnerfahrung („big win“) kann zum Auslöser einer steigenden Glücksspielaktivität werden. In der Regel ist die anfängliche Entwicklung schleichend. Belastende, selbstwertbedrohliche Lebensereignisse, insbesondere wenn sie mit neuen Verantwortungen (feste Bindungen, Schwangerschaft der Partnerin, beruflicher Aufstieg u. a.) verbunden sind, können zu einer episodischen Steigerung des Problemverhaltens führen. Die Übernahme einer glücksspielbedingten Verschuldung durch das familiäre Unterstützungssystem bei gleichzeitigem Versprechen der Einstellung des Glücksspielens durch den Glücksspieler („bail-out“) kann das weitere Glücksspielverhalten forcieren.

Es entsteht eine suchtypische Eigendynamik, die von dem Versuch bestimmt wird, bestehende Verluste durch erhöhte Wetteinsätze auszugleichen („chasing“), wobei die realen Konsequenzen des Glücksspielverhaltens ausgeblendet werden, was bei gleichzeitig verstärkter Bindung an das Glücksspielen zu einer zunehmenden Einschränkung bestehender Wahlmöglichkeiten führt. Das Konstrukt „chasing“ wurde von Lesieur (1979) als ein spiralförmig verlaufender Prozess einer zunehmenden Bindung an das Glücksspielverhalten bei gleichzeitig abnehmenden Entscheidungsmöglichkeiten für Alternativen beschrieben. Der Glücksspieler versucht, dem „Fast-Gewinn“ stets hinterherzujagen. Es erstaunt, dass es bisher nur eine einzige (experimentelle) Untersuchung zu dieser Thematik gibt, nach der impulsivere Glücksspieler eine stärkere Tendenz zum Chasing-Verhalten zeigen (Breen, Zuckerman, 1999).

Mit fortschreitendem Involviertsein in die Glücksspielaktivität erfolgt als Reaktion auf diese deviante Tendenz eine zunehmende soziale Ausgrenzung. Aufgrund der verinnerlichten Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielen bilden Schuld- und Schamgefühle einen weiteren Motor der Suchtentwicklung. Gleichzeitig erfolgt eine Integration in Subgruppen, die sich durch einen glücksspielspezifischen, auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung gerichteten Lebensstil auszeichnen. Dies kann auch illegale Geldbeschaffungsmethoden umfassen.

Aufgrund von Verleugnungsmechanismen, die der Verarbeitung der zugrunde liegenden Selbstwertproblematik dienen, kann dieser Kreislauf ohne äußere Begrenzung schwer gestoppt werden. Eine Motivation zur Veränderung erfolgt häufig erst nach dem finanziellen Ruin, Verlust der familiären Unterstützung, einer beruflichen Existenzbedrohung, Straffälligkeit oder aufgrund psychiatrischer Behandlungen nach Suizidversuchen.

Dabei wird die bisher empirisch noch nicht untersuchte Annahme zugrunde gelegt, dass dieses Störungsbild einen vorhersagbaren Verlauf nimmt und dass aufeinanderfolgende Phasen durch identifizierbare Symptome abgrenzbar sind. Die empirische Evidenz spricht gegen diese Modellvorstellung. Von Toneatto und Nett (2006) werden die Befunde zur „Selbsteilung“ bei Glücksspielsüchtigen zusammengetragen. Danach sind Prozesse der Selbsteilung als Alternative zur formalen Behandlung eher die Regel als die Ausnahme, da mehr als ein Drittel der Personen, die im Laufe ihres Lebens einmal ein Glücksspielproblem aufgewiesen haben, im Jahr vor ihrer Befragung über keinerlei einschlägige Probleme berichten.

Die Erfassung der Remission, d. h. das vorübergehende oder dauerhafte Nachlassen der Krankheitssymptome, bei problematischen und pathologischen Glücksspielern ist methodisch jedoch nicht einfach. Die Daten der repräsentativen PAGE-

Studie (2011) zeigen dazu, dass 36,1 % der über die Lebensspanne pathologischen Glücksspieler und 19,2 % der problematischen Glücksspieler in den letzten zwölf Monaten die jeweilige Kriterienanzahl zur Diagnose von fünf und mehr bzw. drei bis vier nicht mehr erfüllten. Nach dem Abstinenzkriterium waren 31,3 % der über die Lebensspanne pathologischen Glücksspieler in den letzten zwölf Monaten durchgehend abstinent. Bei den problematischen Glücksspielern waren es 30,1 %. Die Besserungsrate (ein bis zehn Spieltage in den letzten zwölf Monaten) lag bei 17,3 % der pathologischen und 21,9 % der problematischen Glücksspieler. Von den remittierten pathologischen Glücksspielern hatten 80 % keinen Kontakt zu einem Arzt, Suchttherapeuten oder einer Selbsthilfegruppe.

Nach der Übersicht von Toneatto und Nett (2006) sind die Schwere der Glücksspielproblematik und das Ausmaß der Komorbidität mögliche Unterscheidungsmerkmale bei Glücksspielern, die eine Behandlung aufsuchen bzw. ohne professionelle Hilfe ihre Glücksspielproblematik überwinden. Die PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) bestätigt dies. Danach zeigt sich ein statistisch positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der erfüllten DSM-IV-Kriterien und der Wahrscheinlichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nach Rumpf (2012) besteht ein positiver Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität, insbesondere Persönlichkeitsstörungen, und einer gehäuften Remission (vorübergehendes oder dauerhaftes Nachlassen der Glücksspielsymptomatik), die jedoch unabhängig von der Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist.

Zu den zugrunde liegenden Mechanismen der Selbstheilung verweisen Toneatto und Nett auf eine Krise des Selbstbildes oder der individuellen Überzeugungen, die mit einer Reihe von negativen Folgen der Spielsucht einhergeht, einen Prozess der Neubewertung der Rolle des Glücksspiels im Leben der Betroffenen einleitet“ (Toneatto, Nett, 2006, S. 124). Sie betonen als grundlegende Veränderungsstrategie die Annahme einer mit dem Glücksspiel nicht verträglichen Lebensführung ...“ (Toneatto, Nett, 2006, S. 125).

Der Verlauf einer Glücksspielerkarriere ist zudem sehr individuell und dabei stark abhängig vom Einstiegsalter, dem Geschlecht (vgl. Kapitel 7.1), von der ethnischen Herkunft (vgl. Kapitel 7.2), der bestehenden oder fehlenden Komorbidität sowie den Veränderungen des kulturhistorischen Kontextes und der sozioökonomischen Rahmenbedingungen. Das am klassischen Suchtkonzept von Jellinek (1960) orientierte Verlaufskonzept von Custer und Milt zur Glücksspielsucht (1985) muss deshalb als obsolet bewertet werden.

Literatur:

- Breen, Robert; Zuckerman, Marvin (1999): Chasing in gambling behavior: Personality and cognitive derterminants. In: *Personality and Individual Differences*, 27, 1097-1111.
- Bühringer, Gerhard et al. (2007): Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. In: *Sucht*, 53 (5), 296-308.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Köln. Internet: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel, Zugriff: 14.02.2012.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007 und 2009: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Köln. Internet: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel, Zugriff: 14.02.2012.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007, 2009 und 2011: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Köln. Internet: www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/gluecksspiel, Zugriff: 14.02.2012.
- Buth, Sven; Stöver, Heino (2008): Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. In: *Suchttherapie*, 9 (1), 3-11.
- Custer, Robert; Milt, Harry (1985): *When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File Publications.
- Jellinek, Elvin Morton (1960): *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, N.J.: Hillhouse Press.
- Koch, Andreas (2011): Verbandsauswertung des „buss“: Basis- und Entlassungsjahrgänge 2005 bis 2010. In: *Konturen*, 32 (1), 32-43.
- Kraus, Ludwig et al. (2011): Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern. In: *Psychotherapeutenjournal*, 10 (2), 152-156.
- Laging, Marion (2009): Die Inanspruchnahme formeller Hilfe durch Menschen mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten. In: *Suchttherapie*, 10 (2), 68-74.
- Lesieur, Henry R. (1979): The compulsive gambler's spiral of options and involvement. In: *Psychiatry*, 42, 79-87.
- Meyer, Christian et al. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Greifswald. Lübeck. (Unveröffentlichter Forschungsbericht).
- Meyer, Gerhard (2012): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012*. Lengerich: Pabst.
- Pfeiffer-Gerschel, Tim et al. (2011): Deutsche Suchtkrankenhilfestatistik 2009: Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. In: *Sucht*, 57 (6), 421-430.
- Premper, Volker (2006): Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern. Lengerich: Pabst.
- Rumpf, Hans-Jürgen (2012): Persönlichkeitsstörungen und Remission bei Pathologischem Glücksspiel – Befunde der PAGE-Studie. Vortrag auf der Fachtagung „Glücksspielforschung der Bundesländer – wissenschaftliche Erkenntnisse für Prävention, Hilfe und Politik“ am 2. Februar 2012 in Hamburg.
- Sassen, Monika et al. (2011): Gambling among adults in Germany: Prevalence, disorder and risk factors. In: *Sucht*, 57 (4), 249-257.
- Toneatto, Tony; Nett, Jachen C. (2006): Selbstheilung von problematischem Glücksspiel. In: Klingemann, Harald; Sobell, Linda Carter (Hrsg.): *Selbstheilung von der Sucht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 121-127.

3 Störungstheorien

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 Neuroverbindungen, die das Verhalten entscheidend beeinflussen, wobei es insbesondere bei der Verarbeitung natürlicher Belohnungsereignisse aktiviert wird. Das mesolimbische dopaminerge System umfasst verschiedene Hirnareale, unter

anderem den Nucleus accumbens, die Amygdala und den frontalen Kortex. Das Belohnungssystem ist für die Regulierung von Emotionen und Antrieb sowie insbesondere für Befindlichkeitsverstärkungen durch die genannten Suchtmittel und Suchthandlungen allgemein bedeutsam. Es stellt eine zentrale Schaltstelle zur Anpassung und Modifikation des menschlichen Verhaltens dar. Auch Neugierde und Risikoverhalten sind mit dem dopaminergen System assoziiert. Dopamin als körpereigener Stoff gilt allerdings nicht als der „Belohnungsstoff“ im eigentlichen Sinne, sondern bewirkt die Verknüpfung des Gefühls von Lust oder Belohnung und bestimmten Ereignissen. Befunde der bildgebenden Diagnostik (z. B. unter Einsatz der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT)) weisen bei der Glücksspielsucht auf eine herabgesetzte Aktivität im Belohnungssystem hin, auch bei der Präsentation glücksspielassoziierter Reize. In den entsprechenden Studien (vgl. Mörsen et al., 2011) werden zum Beispiel glücksspielbezogene Erwartungen hinsichtlich finanzieller Gewinne bzw. Verluste oder auch auslösende Reize für Glücksspielverlangen simuliert. Es konnte gezeigt werden, dass stärkere Reize zur befriedigenden Aktivierung des Belohnungssystems erforderlich sind, um das Dopamindefizit auszugleichen. Dies betrifft in diesen Fällen glücksspielbezogene Reize. Gleichzeitig gibt es Hinweise auf eine verminderte Aktivierung bestimmter Hirnregionen bei Verlusterlebnissen, was auf eine verminderte „Bestrafungsreaktion“ in der Verhaltensmodifikation hindeutet. Der grundsätzliche Mangel an dopaminvermitteltem Belohnungserleben geht demnach mit dem oft von pathologischen Glücksspielern benannten Gefühlen wie Langeweile, Reizbarkeit oder Stressempfinden einher, was zu der Ausrichtung ihres Verhaltens zur Belohnungsaktivierung führt. In Untersuchungen konnte dabei unter anderem gezeigt werden, dass die Höhe der Gewinnaussichten beim Glücksspielen mit der Aktivierung des dopaminergen Systems korreliert. Auf dieser Ebene findet im verhaltenspsychologischen Sinne eine operante Konditionierung statt, sodass eine Wiederholung dieses Belohnungsverhaltens gebahnt wird. Dieses Phänomen wird als Cue-Reaktivität, d. h. eine erhöhte Empfänglichkeit für suchtspezifische Reize, bezeichnet. Es entsteht also eine zunehmende Sensitivierung für belohnungsanzeigende Reize. Im Verlauf der Entwicklung einer Abhängigkeit wird, wie bei den stoffgebundenen Süchten auch, ein sogenanntes Belohnungs- bzw. Suchtgedächtnis entwickelt.

Gleichzeitig konnten in bildgebenden Untersuchungen (z. B. fMRT) Minderaktivitäten im frontalen Kortex im Zusammenhang mit glücksspielassozierten Reizen bestätigt werden (Meyer, Bachmann, 2011; Mörsen et al., 2011); dies zeigt parallel zur Substanzabhängigkeit das Phänomen der gestörten Impulskontrolle, da diese vor allem im Bereich des frontalen Kortex gesteuert wird. Somit gelingt ein Aufschieben der Belohnung schlecht und sofortige Belohnungen haben eine hohe Bedeutung.

Auch andere Neurotransmitter sind in einigen Untersuchungen als auffällig beschrieben worden. Vor allem das Serotoninsystem kann betroffen sein. Eine Verminderung der Serotoninaktivität bedingt eine erhöhte Impulsivität und eine Störung der Affektregulation, unter anderem im Hinblick auf eine erhöhte Depressivität. Der Mangel an Impulskontrolle dürfte mit dem Anstoß zum Glücksspielverhalten und der Enthemmung während des Glücksspielens assoziiert sein. Die hohe Impulsivität steht unter anderem auch im Zusammenhang mit Untersuchungen zur Neurobiologie von sogenannten Entscheidungsprozessen. Pathologische Glücksspieler lassen diesbezüglich typischerweise negative Konsequenzen außer Acht und treffen überstürzte Entscheidungen ohne Risikoabwägung. Sofortige Belohnungen – auch wenn sie kleiner sind – werden gegenüber längerfristig ausstehenden Belohnungen bevorzugt. Auch können höhere Aktivitäten im Nor-adrenalinsystem bei pathologischen Glücksspielern mit einer Störung der Affekte und der Aufmerksamkeit assoziiert sein, vor allem im Sinne von physiologischen Zuständen wie Erregung oder Spannung beim Glücksspielen. Die bei pathologischen Glücksspielern erhöhten peripheren Noradrenalinwerte weisen zudem auf eine erhöhte Stressreaktion hin. Das körpereigene Opioidsystem (Endorphine) steht in engem Zusammenhang mit dem oben geschilderten dopaminergen Belohnungssystem. Endorphine gelten als eigentliche körpereigene „Belohnungsstoffe“ und werden in Verbindung gebracht mit dem „craving“ bzw. dem positiven Gefühl, das durch den „Gewinn“ im Spiel vermittelt wird. Die Bedeutung des Glutamatsystems u. a. im Hinblick auf die Entwicklung des „Suchtgedächtnisses“ ist hinsichtlich des Glücksspielens bislang noch nicht sicher zu benennen.

Zusammenfassend konnten bislang auf neurobiologischer Ebene prädisponierende Faktoren identifiziert werden, die zu einer erhöhten Vulnerabilität zur Entwicklung eines pathologischen Glücksspielens beitragen können. Insbesondere handelt es sich hier um eine Dysfunktion im Belohnungssystem in Verbindung mit einer verminderten Impulskontrolle bzw. einer erhöhten Depressivität. Ähnliche Risikofaktoren finden sich jedoch auch bei substanzbezogenen Süchten. Weitere neurobiologische Befunde sprechen für eine besondere Aktivierung weiterer Neurotransmitter und vernetzter neuronaler Strukturen, die im Sinne von „Teufelskreisen“ das süchtige Verhalten aufrechterhalten. Somit werden die Zusammenhänge zwischen Motivation, Affektregulation und Impulskontrolle deutlich. Dennoch sollte bezüglich der neurobiologischen Forschung kritisch angemerkt werden, dass zumeist versucht wird, komplexe psychische Prozesse auf einzelne, umschriebene Hirnareale zu beziehen. Dies scheint jedoch unzulässig, da es sich bei den beschriebenen Funktionen auf der Gehirnebene vielmehr um sehr komplexe Netzwerke mit sich gegenseitig regulierenden Prozessen handelt (Tretter, 2012).

3.2 Psychologische Ursachenmodelle

Zur Erklärung des pathologischen Glücksspielens liegt keine einheitliche Störungstheorie vor. Alternative Modellvorstellungen betonen (noch einseitig) einzelne Aspekte des Störungsbildes. Geordnet nach der Entstehungsgeschichte sind das entwicklungspsychopathologische, suchttheoretische und kognitive Modell die wichtigsten Ansätze. Neuere integrative Ansätze können lediglich als abstrakte Übersichts- und Orientierungsschemata angesehen werden. Ein klinisches Vulnerabilitätsmodell bedarf der weiteren empirischen Validierung.

3.2.1 Entwicklungspsychopathologie

Die innerhalb der traditionellen Psychiatrie vertretene Unheilbarkeit der Glücksspielsucht wurde zuerst von der klassischen Psychoanalyse infrage gestellt. Es bestand jedoch eine deutliche Skepsis bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten fort, da es sich nach psychoanalytischer Auffassung bei der Glücksspielsucht um eine frühe Störung handelt, die mit Einschränkungen der Ich-Funktionen verbunden ist und aufgrund einer korrespondierenden Störung der Lust-Unlust-Regulation eine geringe Veränderungsmotivation angenommen wird.

Die psychoanalytischen Konzepte über die Glücksspielsucht spiegeln von ihren Anfängen bis heute die theoretische Weiterentwicklung der Psychoanalyse wider. Ursprünglich waren dies triebtheoretische Vorstellungen, wonach es sich um eine Regression auf frühe Stufen der Libidoentwicklung handelt, während aktuell objektpsychologische Annahmen, die das pathologische Glücksspielverhalten als Selbstheilungsversuch vor dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ansehen, vertreten werden. Danach dient das Glücksspielverhalten dazu, Ich-Defizite, die aus der Frustration des frühkindlichen Bedürfnisses nach elterlicher Zuwendung entstanden sind, zu bewältigen, was jedoch zu einer Störung der Affektregulation und damit süchtigen Impulshandlungen führt.

Am bekanntesten ist der Interpretationsversuch des amerikanischen Psychiaters Bergler, der sich auf die Behandlung von mehr als 60 pathologischen Glücksspielern bezieht (Bergler, 1957). Anhand dieser Stichprobe von Karten- und Würfelspielern, Roulettespielern, Pferdewettern und Börsenspielern beschreibt er alle charakteristischen Merkmale des pathologischen Glücksspielens. Unter Abgrenzung von unproblematischen Formen des Glücksspielens charakterisiert er die Zuspitzung des Glücksspielverhaltens als nicht mehr überwindbare Teufelskreise, die am Ende alle Lebensbereiche zerstörerisch erfassen.

Im Mittelpunkt stehen:

- ▶ die ausgeprägte Selbstwertproblematik mit einer nach außen gerichteten Fassade von Pseudoaggressivität,
- ▶ der beim Glücksspielen erlebte lustvoll-schmerzhaftes Erregungszustand,
- ▶ die Rationalisierungsversuche und magischen Denkweisen als Reaktion auf negative Konsequenzen des Glücksspielens,
- ▶ die ausgeprägten Allmachts- und Gewinnfantasien, verbunden mit einer sozialen Vereinsamung und Entfremdung,
- ▶ die herausragende Bedeutung des Geldes für das Selbstwertgefühl sowie
- ▶ das gleichzeitige Auftreten affektiver und sexueller Störungen oder stoffgebundener Süchte.

Er beschreibt die tragikomische Entwicklung des pathologischen Glücksspielers als ein Verlustgeschäft, in dessen Verlauf aus dem großen Gewinner ein armseliger Einfaltspinsel wird.

Bergler führt den negativen Entwicklungsverlauf und die vielfältigen Facetten der Glücksspielproblematik auf einen „psychischen Masochismus“ als Kernursache zurück. Dem pathologischen Glücksspieler ist es in seiner Entwicklung nicht gelungen, seine reale Begrenztheit anzuerkennen, sodass unbewusste Größenfantasien fortbestehen. Aufgrund der damit verbundenen Aggressionen gegen die Eltern mit daraus resultierenden Schuldgefühlen besteht eine Tendenz zur Selbstbestrafung in Form des unbewussten Wunsches nach Verlust. Der lustvoll-schmerzhaft erlebte Erregungszustand beim Glücksspielen erklärt sich aus den lustvoll erlebten aggressiven Größenfantasien auf der einen Seite und der schmerzhaften Erwartung einer gerechten Bestrafung auf der anderen Seite.

Bei diesen Annahmen handelt es sich um eine Überinterpretation, die versucht, alle äußeren Erscheinungsformen eindimensional auf eine psychische Tiefenstruktur zurückzuführen, wobei die bewussten Motive wie das Streben nach Erfolg und Gewinn, die Vertreibung von Langeweile, die Bewältigung negativer Gefühle sowie verzerrte Denkmuster und defensive Verhaltensstrategien allein als Symptome eines unbewussten Strebens nach Bestrafung und Verlust begriffen werden. Im Falle Berglers werden die Fallgeschichten entsprechend immer wieder in Form glaubwürdiger Geschichten über den „unbewussten Wunsch zum Verlieren“ präsentiert, so als handele es sich um ein tatsächliches Geschehen, an dessen Wahrheitsgehalt nicht zu zweifeln sei.

Eine klinische Vergleichsstudie (Petry, 2001) von pathologischen Glücksspielern mit Alkoholkranken und psychosomatisch Erkrankten belegt zwar die Annahme dieses tiefenpsychologischen Modells, wonach behandelte Glücksspieler im Vergleich mit den Alkoholkranken und psychosomatisch Erkrankten die schwerste psychische Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit und die niedrigste Verhaltenskontrolle aufweisen. In Bezug auf die Selbstwertstörung als ein Aspekt der psychischen Gesundheit lassen sich zwar pathologische Glücksspieler von einer normalen Kontrollgruppe, nicht jedoch von einer klinischen Vergleichsgruppe von Alkoholkranken abgrenzen (Vierhaus et al., 2012). Die Selbstwertstörung kann danach nicht als spezifisch für behandelte pathologische Glücksspieler angesehen werden, sondern scheint auch für andere klinische Gruppen charakteristisch zu sein. Hinsichtlich der dysfunktionalen Gefühlsregulation und der Beziehungsstörung als zwei weiteren Aspekten der eingeschränkten seelischen Gesundheit zeigen die pathologischen Glücksspieler jedoch eine spezifische Vulnerabilität im Vergleich mit Alkoholkranken (Vierhaus et al., 2012; vgl. Kapitel 3.4.2). Über die dabei angenommenen entwicklungspathologischen Prozesse in der Sozialisation von Glücksspielern liegen noch keine Längsschnittstudien vor. Es lässt sich lediglich auf die häufig gestörten Vaterbeziehungen und vielfältigen Missbrauchserfahrungen (Vogelgesang, 2010) bei pathologischen Glücksspielern im Querschnitt verweisen.

3.2.2 Suchtkonzepte

Klassisches Suchtkonzept:

Das Mitte der 1970er Jahre eingeführte Suchtkonzept (Custer et al., 1975) stellt eine Übertragung des allgemein bekannten Phasenmodells des Alkoholismus auf die Problematik des „zwanghaften Glücksspielens“ dar. Die bisher umfassendste Darstellung der auf dieser Grundlage gewonnenen klinischen Erfahrungen und therapeutischen Grundsätze findet sich in der von Custer und Milt (1985) veröffentlichten Monographie „When luck runs out“. Bei dem beschriebenen „zwanghaften Glücksspieler“ entwickelt sich im Laufe seiner Glücksspielerkarriere die Unfähigkeit, den Impuls zum Glücksspielen zu kontrollieren, unabhängig davon, wie zerstörerisch die Konsequenzen sind. Es besteht ein unwiderstehliches Verlangen, als unerträglich erlebte Spannungen durch die Aktion des Glücksspielens abzubauen.

Glücksspielen wird zur Hauptaktivität seines Lebens, der Verlauf ist progressiv und erfasst zunehmend alle Lebensbereiche, was in einem körperlichen, persönlichen, ethischen und sozialen Niedergang endet. Als wesentliches Glücksspielmotiv wird das Streben nach Gewinn betrachtet, welches über den materiellen Aspekt hinaus dem Glücksspieler das Gefühl vermittelt, etwas Besonderes zu sein. Die erste große Gewinnerfahrung („big win“) wird mit der Zündung einer Rakete verglichen, die den Glücksspieler von den Gravitationskräften der Vernunft und Realität löst

und auf den schwerelosen Flug der Illusion und Fantasie schickt, auf dem es keine Grenzen des eigenen Tuns gibt. Dies führt zu einer deutlichen Metamorphose, die zu einer sozialen Desintegration, der Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen und zunehmend negativer Gefühle des Misstrauens, der Angst und der Verzweiflung führt, was ganz im Gegensatz zu dem früheren Bild eines freundlichen, großzügigen und kontaktbereiten Menschen steht. Hinter der bürgerlichen Fassade des Dr. Jekyll verbirgt sich die ganz andere Mr.-Hyde-Persönlichkeit.

Bei der Erklärung der Ursachen des zwanghaften Glücksspielens wird auf die fehlende und unvollständige Befriedigung frühkindlicher emotionaler Bedürfnisse, insbesondere im Rahmen einer gestörten Vater-Sohn-Beziehung, als individuelle Anfälligkeit für ein zwanghaftes Glücksspielverhalten hingewiesen. Im Zentrum stehen das beziehungsbedingte negative Selbstkonzept und der fehlende Selbstwert, was zu einer kompensatorischen Suche nach Anerkennung und Kontrolle im Sinne Adlers (1974) führt. Als weitere Ursachen werden ein anlagebedingtes starkes Bedürfnis nach Erregung mit der Suche nach besonderen Risiken im Leben, die einstellungsbedingte zentrale Bedeutung des Geldes als Ausdruck von Anerkennung und Macht und das Vorherrschen magischer Denkweisen angesehen.

Im Gegensatz zu dem entwicklungspsychopathologischen Ansatz (vgl. Kapitel 3.2.1) konzentriert sich das klassische Suchtkonzept von Custer und Milt (1985) auf die symptomatische Oberfläche der progressiv und phasenhaft verlaufenden Suchtdynamik, die bis zu einem Tiefpunkt fortschreitet, woraus sich die Chance zur Umkehr ergibt.

Kritisch anzumerken ist weiterhin, dass der Rückgriff auf das Kompensationsprinzip von Adler (1974) lediglich eine deskriptive Hilfsbrücke zwischen der sehr treffend beschriebenen Selbstwertproblematik des Glücksspielers und seiner fortschreitenden Verwicklung in das Glücksspielverhalten darstellt. Dies kann dazu führen, dass der Glücksspieler nicht als verantwortlich handelnde Person, sondern letztendlich als Opfer einer eindimensional verlaufenden Suchtdynamik begriffen wird.

In empirischen Untersuchungen bestätigt sich die suchttypische verminderte Impulskontrolle bei pathologischen Glücksspielern wie bei anderen Suchterkrankungen im Sinne einer Orientierung auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung im Gegensatz zu eher gehemmten psychosomatischen Patienten (Petry, 2001). Entsprechend finden sich bei pathologischen Glücksspielern Gefühle der Euphorie bei simulierten Gewinnen sowie eine erhöhte Herzfrequenz in realen Glücksspielsituationen auch in Abhängigkeit von der Höhe des Geldeinsatzes und eine verstärkte Gehirnaktivität im Vergleich zu sozialen Glücksspielern als Hinweise auf eine suchttypische Gefühlsregulation.

Es ist erstaunlich, dass an keiner Stelle auf die Vorarbeiten zur Phasenentwicklung des Alkoholismus (Jellinek, 1960) verwiesen wird, obwohl sich das Konzept daran orientiert, wobei es im Gegensatz zu diesem Vorbild bis heute keiner empirischen Überprüfung unterzogen worden ist. Auf die Befunde zum „Selbstausstieg“, die empirisch gegen eine generell progredient verlaufende Suchtdynamik sprechen, wurde bereits im Kapitel 2.5 genauer eingegangen. Die Abhängigkeit der Suchtentwicklung von soziodemographischen Merkmalen in Bezug auf das Geschlecht und ethnische Herkunft werden noch genauer beschrieben (vgl. Kapitel 7.1 und 7.2).

Aktuelles Verhaltenssuchtkonzept:

Der wissenschaftliche und öffentliche Suchtdiskurs wird derzeit durch das Verhaltenssuchtkonzept bestimmt. Dieses Konstrukt bezieht sich auf sogenannte nicht-stoffgebundene Suchtformen und postuliert, dass die „Verhaltenssüchte“ typische Ähnlichkeiten mit den bekannten stofflichen Suchtformen wie Alkohol- und Tabakabhängigkeit sowie diversen Formen der Drogenabhängigkeit aufweisen. Danach handelt es sich um exzessive Verhaltensmuster, die im Verlauf durch suchttypische Einschränkungen und gravierende Nachteile gekennzeichnet sind. Genannt werden die Arbeits-, Kauf-, Sport-, Ess-, Sex-, Glücksspiel- und neuerdings Computersucht. Thalemann (2009) nennt als Kriterien einer „Verhaltenssucht“: Verhaltensexzess, Kontrollverlust, unmittelbare Belohnung, Toleranzentwicklung, Wirkungsumkehr, unwiderstehliches Verlangen, Gefühlsregulation, positive Wirkungserwartung, eingeengtes Verhaltensmuster, gedankliche Beschäftigung mit dem Verhaltensexzess, verzerrte Wahrnehmung, Entzugserscheinungen, Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen, konditionierte Reaktionen auf externe und interne Reize sowie Leidensdruck.

Die theoretische Verortung des Verhaltenssuchtkonzeptes erfolgt innerhalb des organischen Krankheitsmodells des Alkoholismus, der behavioristischen und der um kognitive Elemente erweiterten sozial-kognitiven Lerntheorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung abhängigen Verhaltens sowie dem Konzept neurobiologischer Korrelate von stoffgebundenen und nichtstoffgebundenen Süchten (Böning, Grüsser-Sinopoli, 2009).

Der theoretische Bezug zum organischen Krankheitskonzept stützt sich auf die Arbeiten von Jellinek (1960), der auf dem Hintergrund des psychiatrischen Krankheitsmodells zur Trunksucht um die Wende zum 19. Jahrhundert und der späteren Ausformulierung des chronischen Alkoholismus als Krankheitsbild dem organischen Krankheitskonzept zum Durchbruch verholfen hat. Von Edwards (Edwards, 1986) wurde die deskriptive Verallgemeinerung des sogenannten Abhängigkeits-

syndroms formuliert, die als Grundlage für die Operationalisierung stofflicher Suchtformen und später auch des pathologischen Glücksspielens in den psychiatrischen Klassifikationssystemen diene.

Jellinek (1960) grenzt mit dem zentralen Begriff des organisch bedingten „Kontrollverlustes“ den Alkoholismus als Erkrankung vom starken Trinken ab. Seine Begrifflichkeit bezieht sich auf die körperliche Abhängigkeit, d. h. die „Toleranzentwicklung“, das „unwiderstehliche Verlangen“ und die „Entzugserscheinungen“. Von Jellinek wurde das Phasenkonzept des chronischen Verlaufs des Alkoholismus durch Befragung von Mitgliedern der Anonymen Alkoholiker entwickelt, was zur Konstruktion von Fragebogen führte, die typische Entwicklungsereignisse der zunehmenden körperlichen Abhängigkeit erfassen. Edwards (1986) beschreibt das (dimensionale) Alkoholabhängigkeitssyndrom zusätzlich durch die zunehmende Einengung der Variabilität des (exzessiven) Trinkmusters, die verstärkte kognitive und behaviorale Ausrichtung der Lebensgestaltung auf das Trinkverhalten und die Fortsetzung des Trinkens trotz negativer Folgen.

Ein weiterer Bezugspunkt ist die klassische Lerntheorie, nach der sich alle psychischen Prozesse als erlernte Verknüpfungen von Reizen und Reaktionen verstehen lassen. Die kognitivistische Erweiterung dieses Ansatzes in der sozial-kognitiven Lerntheorie prägt bis heute das psychologische Denken in weiten Bereichen. In diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Persönlichkeit um eine Ansammlung erlernter kognitiver, emotionaler und motorischer Verhaltensdispositionen handelt.

Die lerntheoretische Erklärung stoffgebundener Süchte geht davon aus, dass neutrale interne oder externe Reize im Laufe der Suchtentwicklung zu konditionierten Reizen werden, die mit dem Suchtmittel oder dem Suchtverhalten assoziiert sind und zum Suchtverlangen führen, wodurch das weitere Suchtverhalten ausgelöst wird. Weiterhin wird angenommen, dass durch eine positive (angenehm sedierender oder stimulierender Effekt des Suchtmittels) oder negative (Reduzierung oder Vermeidung unangenehmer Zustände durch den Suchtmittelkonsum) Verstärkung des Suchtverhaltens eine dauerhafte und bei einer intermittierend erfolgten Verstärkung schwer löschbare Verhaltensgewohnheit entsteht. Es verfestigt sich eine nicht bewusste, automatisierte Emotionsregulation zur Aufrechterhaltung eines inneren Gleichgewichtszustandes. Der Ansatz wird um kognitive Elemente erweitert, indem auf positive Wirkungserwartungen, kognitive Mechanismen der Affektverarbeitung und -regulation und den Einfluss von dysfunktionalen Grundeinstellungen bei der Entstehung des Drogenverlangens und der Rückfallauslösung verwiesen wird. Dieser Erklärungsansatz wird auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von „Verhaltenssüchten“ übertragen (Thalemann, 2009).

Das Verhaltenssuchtkonzept stützt sich neuerdings auf die Ergebnisse und Methoden der neurobiologischen Forschung und überträgt die Ergebnisse zu neurobiologischen Korrelaten bei stofflichen Süchten auf den Bereich der „Verhaltenssüchte“.

Das neurobiologische Suchtmodell hat entscheidende Fortschritte gemacht, die mit der Entdeckung charakteristischer Neurotransmittersysteme für die Wirkungsweise psychogener Substanzen, insbesondere durch Aktivierung des sogenannten Belohnungssystems, der Erforschung der Neuroadaption bei fortgesetztem Drogenkonsum und der Ätiopathogenese des Entzugssyndroms bei Suchtmittelabhängigen, der experimentellen Erforschung der drogenassoziierten Reizsensibilisierung und des Drogenverlangens sowie der Gewohnheitsbildung mit einer herabgesetzten Impulskontrolle bei Suchtkranken in Verbindung stehen.

Inzwischen werden diese Erkenntnisse zunehmend im Bereich der nichtstoffgebundenen Süchte nachvollzogen. Böning und Grüsser-Sinopoli (2009) betonen, dass „im Rahmen eines integrativen Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens gleichermaßen stoffgebundene wie nichtstoffgebundene Süchte in denselben zentralnervösen Mechanismen verankert sind“ (S. 45) und zitieren entsprechende Neuroimaging-Studien zur Glücksspielsucht. Die neurobiologische Grundlage für die Glücksspielsucht bildet entsprechend „der Verlust an neuronaler Plastizität mit der möglichen Konstituierung eines Suchtgedächtnisses.“ (Böning, Grüsser-Sinopoli, 2009, S. 53). Dadurch „vermag der für Vernunft und Handlungsplanung zuständige Präfrontalkortex die tiefen subkortikalen Hirnstrukturen nicht mehr zu kontrollieren“ (Böning, Grüsser-Sinopoli, 2009, S. 54).

Das Verhaltenssuchtkonzept erweist sich aus wissenschaftstheoretischer Perspektive als ein nicht tragfähiges hypothetisches Konstrukt. Die theoretische Verankerung im organischen Krankheitskonzept der Lerntheorie und der Neurobiologie enthält grundlegende wissenschaftslogische Fehlschlüsse (Petry, 2010; Tretter, 2012). So beinhaltet die Übertragung der Begrifflichkeit (theoretische Verortung) und deren Operationalisierung (empirische Verankerung) aus dem Bereich der stoffgebundenen Süchte auf die sogenannten Verhaltenssüchte einen Kategorienfehler im Sinne der analytischen Philosophie (Bieri, 2007). Es werden die theoretischen Annahmen und empirischen Befunde zur körperlichen Abhängigkeit wie z. B. dem Alkoholabhängigkeitssyndrom auf den Bereich der „Verhaltenssüchte“ übertragen. Ein Begriff, der in der Kategorie Körper mit einer spezifischen Ätiopathogenese theoretisch verortet ist und dessen klinisches Bild von internistischen, neurologischen, vegetativen und psychischen Symptomen und dessen charakteristischer Verlauf mittels medizinisch-psychiatrischer Beobachtung und Messung empirisch verankert ist, wird auf den Bereich des Psychischen angewandt. So wird beim Einsatz von Jellinekschen Fragebögen zur Erfassung von „Verhaltenssüch-

ten“ statt der genannten körperlichen Entzugserscheinungen das subjektive Erleben der betroffenen Personen im Sinne eines impliziten Krankheitsverständnisses erhoben. Durch diese Übertragung körperbezogener Begriffe auf den Bereich des psychischen Erlebens liegt eine Bedeutungsverschiebung vor, da sich der gleiche Begriff „Entzugserscheinungen“ auf unterschiedliche Sachverhalte bezieht. Ein nichtstoffgebundener Verhaltensexzess muss wissenschaftslogisch in der theoretischen Begrifflichkeit der Psychologie als der Wissenschaft vom menschlichen Empfinden und Verhalten verortet und mit Methoden der experimentellen und empirischen Psychologie verankert werden.

Paradoxerweise wird die Entstehung und Aufrechterhaltung von sogenannten Verhaltenssuchten – die nicht durch organische Substanzen mit psychotroper Wirkung mitbestimmt sind – vorwiegend auf organische Prozesse zurückgeführt. Die psychischen und sozialen Determinanten werden sowohl begrifflich nicht ausreichend elaboriert als auch empirisch nur eingeschränkt erfasst. Dabei wird das Pferd von hinten aufgezäumt, indem die nachgeordnete körperliche Abhängigkeit und deren neurobiologische Korrelate begrifflich ins Zentrum des Konstruktes gerückt werden, während die für die Entstehung einer Sucht primär ursächlichen sozialen Lebensbedingungen und die psychischen Anfälligkeiten der betroffenen Individuen konzeptionell eingeschränkt und nachrangig einfließen. Das Verhaltenssuchtkonzept entspricht somit nicht dem allgemein anerkannten biopsychosozialen Krankheitsverständnis, wie es aktuell von West (2010) vertreten wird. Im Rahmen einer Systemtheorie der Abhängigkeit werden dabei alle empirisch bekannten körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen als prozesshafte Suchtentwicklung verstanden.

3.2.3 Kognitive Verzerrungen

Vertreter der kognitiven Perspektive ziehen glücksspielspezifische Verzerrungen als Erklärung für die zunächst verwunderliche Tatsache heran, dass einige der regelmäßigen Glücksspieler ihre zunehmend selbsterstörerische Aktivität aufrechterhalten. Hinweise auf irrationale Einstellungen ergeben sich zunächst aus der Beobachtung, dass abergläubisches Verhalten eng mit Glücksspielaktivitäten verbunden ist. Die direkte Erfassung dieser Einstellungen erfolgte zunächst mittels Fragebogen, was jedoch, auch aufgrund der nachträglichen Erfassung, zu keinen Ergebnissen führte. Erst durch den Einsatz der denkpsychologischen Methode des „lauten Denkens“ konnten irrationale Einstellungen bei pathologischen Glücksspielern genauer untersucht werden. Die gefundenen kognitiven Verzerrungsmuster finden sich allerdings genauso bei normalen Glücksspielern, was für Lotteriespieler auch gut belegt ist.

Der kognitive Ansatz beschreibt und untersucht einige zentrale Überzeugungen von Glücksspielern, deren Richtigkeit die Fortsetzung des Glücksspiels rechtfertigen würde. Grundlegend ist jedoch, dass diese Überzeugungen in Bezug auf Zufallsereignisse falsch sind. Sie werden deshalb als „irrational“, „verzerrt“ oder „fehlerhaft“ bezeichnet. Walker (1992) benennt in seiner Monographie drei zentrale Überzeugungen („core beliefs“) bei Glücksspielern: „Durch Ausdauer, Wissen und Können lässt sich mit Glücksspielen Geld verdienen!“, „Trotz der Verluste anderer Glücksspieler kann man selbst beim Glücksspielen gewinnen!“ und „Ein dauerhaft engagiertes Glücksspieler wird letztendlich belohnt werden!“ (eigene Übersetzung).

Darüber hinaus werden verschiedene Einzelmechanismen bei pathologischen Glücksspielern im Allgemeinen und im Speziellen aufgrund der Beobachtung von Geldautomatenspielern, Kasinospielern, legalen/illegalen Karten- und Würfelspielern, Lotteriespielern, Sportwetterern und Börsenspielern konstatiert.

Die Anwendung des Konzeptes der Kontrollillusion („illusion of control“) auf das Glücksspielverhalten geht auf eine experimentelle typische Versuchsanordnung zurück (Langer, 1975), in der die Versuchspersonen Lose einer Lotterie mit einem Hauptgewinn erwerben, wobei in einer Versuchsbedingung das Los selbst gezogen werden kann, während es unter einer anderen Bedingung zugeteilt wird. Alle Teilnehmer werden gefragt, zu welchem Preis sie ihr Los an eine andere Person verkaufen würden. Aus dem Ergebnis, dass Versuchspersonen, die das Los selbst gezogen haben, einen höheren Verkaufspreis verlangen, wird geschlossen, dass aufgrund der Wahlfreiheit das Ausmaß der erlebten Kontrolle größer ist. Neben der Wahlfreiheit erhöht die Vertrautheit mit der Aufgabe und das Ausmaß der Eigenaktivität die Kontrollillusion. Dies wird von den Glücksspielanbietern genutzt, indem z. B. der Geldautomatenspieler Tasten drücken kann, die keinen wirklichen Einfluss auf den Gewinn oder Verlust haben.

Beim Spielerirrtum („gamblers fallacy“), auch Monte-Carlo-Effekt genannt, wird von der Häufigkeit vorangehender Spielausgänge fälschlicherweise auf die Wahrscheinlichkeit der Folgeereignisse geschlossen, z. B. fällt es schwer, nach wiederholtem „schwarz“ nicht zu glauben, dass damit „rot“ wahrscheinlicher werde. Diese Fehlinterpretation wird beim Roulettespiel durch die Anzeige der sogenannten Permanenzen (Reihe der bereits eingetroffenen Zahlenfolge) sowohl direkt am Roulettetisch als auch im Internet forciert. Als weitere kognitive Verzerrungen bestehen Fehlinterpretationen („erroneous perceptions“), die sich auf unrealistische Wahrnehmungen der real gegebenen Gewinnwahrscheinlichkeit beziehen. Ein Beispiel ist das Lotto, bei dem es sich, trotz seiner Beliebtheit, um ein sehr schlechtes Angebot handelt (98 % Totalverluste, zwischen 40 % und 60 % variable und relativ geringe Auszahlungsquote von durchschnittlich 50 % und extrem geringen

ge Gewinnwahrscheinlichkeit der ersten Gewinnklasse von 1 : 14 Mio., einschließlich der Gefahr einer starken Gewinnteilung mit anderen Teilnehmern bei häufig gewählten Zahlenreihen).

Am Samstag, den 26. November 2011 hatten gleich 78 Lottospieler sechs Richtige. Sie staunten dann nicht schlecht, als ein mageres Sümmchen von 29.639 Euro zur Auszahlung kam. Diese Zahlen waren so verlockend, dass sie so oft angekreuzt wurden: 3 – 13 – 23 – 33 – 38 – 49.

Im Oktober 1997 erhielten 124 Tipper nur 53.982 DM. Sie hatten mit ihren Zahlen ein U geformt.

Die größte Sechser-Flut gab es im Jahr 1988, als 222 Tipper die Zahlen 24 – 25 – 26 und 30 – 31 – 33 angekreuzt hatten und mit 84.803 DM zufrieden sein mussten.

Viele Tipper bevorzugen Muster, z. B. Sterne, Tannenbäume oder gerade Reihen. Weiterhin werden die Zahlen bis 31 häufiger getippt. Einfache Erklärung: Oft spielen Geburtstage bei der Entscheidung fürs Kreuzchen eine Rolle – und die hören bei 31 auf. Beliebt sind auch spezielle Zahlenfolgen.

Verzerrte Ergebnisbewertungen („based evaluation of outcome“) beziehen sich auf die Verarbeitung von Verlusterlebnissen, die zwangsläufig bei häufigem Glücksspielen auftreten, indem Gewinne dem eigenen Können und Verluste widrigen äußeren Umständen angelastet werden. Das Erleben von Beinahetreffern („cognitive regret and near miss“) zeigt, dass eine im Alltag sinnvolle Interpretation („Ich habe es fast geschafft!“), die Ansporn zu weiteren Anstrengungen sein kann, ein verlustreiches Glücksspielen festigen kann. Die einschlägigen Geldspielautomaten sind entsprechend programmiert, indem mehr Beinahetreffer (z. B. zwei von drei Gewinnsymbolen) auftreten, als dies zufallsbedingt der Fall wäre.

Schließlich lässt sich noch das alltägliche Phänomen der Gefangennahme („entrapment“) als Erklärungsmechanismus für die Aufrechterhaltung des verlustreichen Glücksspielverhaltens heranziehen. Man versteht darunter einen Entscheidungsprozess, bei dem es zu einem Festhalten an einer einmal gewählten, jedoch gescheiterten Handlungsalternative kommt, um das bereits eingegangene Engagement zu rechtfertigen. Dieser Mechanismus könnte als Bestandteil der glücksspielertypischen „Aufholjagd“ angesehen werden.

Es bleibt kritisch zu bedenken, dass bei dem kognitiven Ansatz ein rationalistisches Konzept zugrunde gelegt wird. Bezogen auf die sogenannte Kontrollillusion bedeutet dies, dass das Alltagsverhalten nicht beschrieben und nicht zu erklären versucht wird, sondern eine zweckrationale Norm (hier die Gesetze der Wahrscheinlichkeitstheorie) gesetzt und damit das reale Verhalten als Fehler in

der Persönlichkeit (hier des Glücksspielers) lokalisiert wird. Die rein rational betrachtete negative Bilanz des Glücksspielverhaltens stellt jedoch eine einseitige Interpretation dar, da der Glücksspieler neben nichtökonomischen Motiven (Erregung, Selbstwertsteigerung, alternative Rollenidentität) eine subjektive Gewinnerwartung erleben kann, die zwar nicht der objektiven Realität entspricht, für die handelnde Person jedoch eine befriedigende Wunschfantasie erfüllen kann. Man denke an den Lottospieler, der eigentlich weiß, dass er keine realistische Chance auf den „Sechser“ hat, aber sich dennoch beim Ausfüllen des Lottoscheins dem Traum nach einem anderen Leben als Millionär hingeben kann, bis die Ziehung der Gewinnkombination ihn in die Realität zurückholt. Die beobachtbaren kognitiven Verzerrungsmuster lassen sich als alltagspsychologische Phänomene begreifen. So ist belegt, dass die experimentell untersuchten „fehlerhaften Gedanken“ auch bei gelegentlichen Glücksspielern auftreten (Rogers, 1998), sodass diese Bedingung das Spezifische des pathologischen Glücksspielens nicht erklären kann.

Bei den oberflächlich irrational anmutenden Denk- und Verhaltensmustern von Glücksspielern handelt es sich deshalb nicht einfach um „Kontrollillusionen“ und abergläubische Rituale, sondern erfahrungsabhängige Bewältigungsmuster bei Entscheidungen unter Ungewissheit. Es handelt sich um kognitive, emotionale und motivationale Prozesse, die nicht ahistorisch-abstrakt in Bezug auf einen mathematischen Maßstab (Gesetze der Wahrscheinlichkeitstheorie) bestimmbar sind, sondern hinsichtlich ihrer (Dys-)Funktionalität im lebenspraktischen Handeln zu bewerten sind. So lässt sich der für Glücksspieler postulierte „Monte-Carlo-Irrtum“, also die Tendenz bei häufigem Erfolg von „noir“ auf „rouge“ zu setzen (Handlungswechsel nach Erfolgen), nicht einfach als Beleg für eine Kontrollillusion aufgrund der Nichtbeachtung der stochastischen Unabhängigkeit von zufälligen Einzelereignissen (die Kugel hat bekanntlich kein Gedächtnis) deuten. Ein solches Verhalten wäre nur in Fähigkeitssituationen irrational, da dort die umgekehrte Handlungsstrategie (Handlungsfortsetzung bei Erfolg) sinnvoll ist, während in Zufallssituationen nach dem Gesetz der großen Zahl Serien gleicher Ereignisse irgendwann unterbrochen werden. Es ist nur nicht vorhersehbar, wann dies erfolgt.

Dazu im Widerspruch halten kognitive Verhaltenstherapeuten (Ladouceur, Walker, 1996) daran fest, dass „fehlerhafte Gedanken“ die eigentliche Ursache des „Pathologischen Glücksspielens“ seien. Sie wollen den behandlungsbedürftigen Glücksspieler zum rationalen Menschen machen, der vernünftiger sein soll als der Durchschnittsmensch. Menschliches Verhalten unterliegt jedoch nicht den Gesetzen der Logik, sondern folgt pragmatischen Alltagsheuristiken, die als evolutionär erworbene Grundstrukturen unseres Denkapparates das Überleben durch die Bereitstellung von Reaktionstendenzen sichern, die rasche Entscheidungen im Alltag ermöglichen.

3.3 Kulturgeschichte und Gesellschaft

3.3.1 Regulierte Glücksspielangebote

Die Art und die Bedeutung von Angeboten, die zu sozial akzeptierten oder als abweichend definierten Formen des Glücksspielens führen, unterliegen einem kulturhistorischen Wandel (Giżycki, Górný, 1970). Dabei lässt sich das Glücksspielen, auch in exzessiver Art, als ein Wesensmerkmal des Menschen auffassen. Entsprechend der gesellschaftlichen Natur des Menschen stellt es den Versuch dar, eine unbekannte (zufallsbedingte) Anforderung mittels des im Kontext der kooperativen Weltaneignung entstandenen Kontrollbedürfnisses erforschend zu beherrschen. Dies geschieht, indem die in den Glücksspielangeboten vergegenständlichten Besonderheiten des Handelns unter (vollständiger) Ungewissheit und jeweils gegebenen konkret-historischen gesellschaftlichen Bedingungen erworben werden. Da exzessives Glücksspielverhalten jedoch tendenziell die soziale Gemeinschaft oder Ordnung bedrohen kann, unterliegt es der sozialen oder gesellschaftlichen Kontrolle und Regulierung. Dabei besteht häufig ein Widerspruch zwischen einem strafbewehrten Verbot des Glücksspielens allgemein und der Zulassung einer begrenzten Anzahl von Glücksspielformen (vgl. Kapitel 1.3).

Ein Beispiel ist das in Deutschland aktuell am meisten verbreitete, aber am wenigsten mit Problemen verbundene Lottospiel. Die bisher weitestgehend gelungene Regulierung resultiert aus einer rechtshistorischen Entwicklung (Rembach, 2008), die in der Lottoepidemie zurzeit der deutschen Kleinstaaten des frühen 19. Jahrhunderts wurzelt.

In der sozialgeschichtlichen Studie zu „Lottospiel und Volksmagie“ im frühen 19. Jahrhundert (Bönisch, 1994) wird am Beispiel des arbeitslosen Müllergesellen Ganzenmüller und seiner Verlobten, der Näherin Aichholz, die 1825 wegen Betrübungen und verbotenen Lottospiels vor Gericht standen, das kulturgeschichtliche Spannungsfeld zwischen Fortbestehen des vorrationalen Weltbildes der Standesgesellschaft und der aufkommenden Moderne des bürgerlichen Zeitalters mit seinen obrigkeitstaatlichen Tugendgeboten am Beispiel der Lottokultur beschrieben. Für den Müllergesellen und die Näherin existierte ein fester Glaube an Glück und Zufall als außergesellschaftliche Instanzen, sodass sie sich ganz den magischen Praktiken zur Ermittlung von vermeintlichen „Glückszahlen“ hingaben. Das weitverbreitete Lottospielen, mit dem die arme Bevölkerungsschicht ihre alltägliche Misere zu ertragen versuchte, war zu einem gesellschaftlichen Problem geworden, dem man zunehmend mit Verboten zu Leibe rückte.

Die darauf folgende, über mehr als ein Jahrhundert anhaltende staatliche Eindämmung des Lottospiels wurde durch neue Lottoprodukte (Systemschein, Rub-

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 Glücksspielens 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 Bezwingung 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, Górný, 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 Glücksspielens 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

Psychologie (Holzkamp, 1983) ist durch die doppelte Möglichkeit der restriktiven Anpassung an die Bedingungen bestehender Herrschaftsstrukturen versus der mitmenschlich solidarischen Veränderung gegebener Bedingungen und Verhältnisse bestimmt. Menschliches Handeln ist subjektiv begründet, indem die gesellschaftlichen Notwendigkeiten lediglich Möglichkeiten darstellen, zu denen sich der Handelnde bewusst verhalten kann. Das individuelle Verhalten des Glücksspielers nimmt für sich die bestehenden Möglichkeiten und Behinderungen des Handelns subjektiv wahr und macht sie zu individuell akzentuierten Prämissen seines Tuns in der einen oder anderen Art.

Im Rahmen der gesamtgesellschaftlichen, arbeitsteiligen Lebensgewinnung kann sich das Individuum jedoch nicht mit der Gesellschaft als ganzer ins Verhältnis setzen. Sein Handeln wird vielmehr durch seine Position, d. h. seine sozialen Rollen, seine Gruppen- und Schichtzugehörigkeit und insbesondere durch seinen Beruf als notwendige und aufeinander bezogene gesellschaftliche Teilarbeit, bestimmt. Noch umfassender wird sein realer Standort und sein unmittelbarer Kontakt zum gesellschaftlichen Lebensprozess von seiner Lebenslage bestimmt, die weitere Bereiche wie seinen Haushalt, seine Familie, seine Liebesbeziehungen, seine Freizeit und sein soziales Engagement umfasst.

Nach der kritischen Literaturübersicht von Johansson und Mitarbeitern (2009) sind die soziodemografischen Risikofaktoren für die Entwicklung eines pathologischen Glücksspielverhaltens noch wenig untersucht. Die aussagekräftigste epidemiologische Studie von Meyer und Mitarbeitern (2011a) belegt für Deutschland, dass neben dem Geschlecht (vorwiegend Männer) und dem Alter (vorwiegend Jüngere) sowohl ein niedriger Bildungsstatus als auch Arbeitslosigkeit bedeutsame Risikofaktoren darstellen. Weiterhin besteht bei Migranten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Diese Befunde werden durch Metaanalysen international bestätigt (Petry, 2005; Whelan et al., 2007). Dabei werden ein geringes Einkommen sowie Scheidung und Alleinleben als weitere empirisch belegte Risikofaktoren bewertet. Insbesondere die sozioökonomischen Risikofaktoren müssen als interagierend betrachtet werden, sodass die empirisch belegten Zusammenhänge zu einem problematischen oder pathologischen Glücksspielen in Bezug auf Einzelmerkmale konfundiert sind. Zusammenfassend scheint eine gesellschaftliche Position und Lebenslage in Form einer eingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabe oder Deprivation von besonderer Bedeutung für die Entwicklung einer Glücksspielsucht zu sein (vgl. Kapitel 2).

Dem Handeln liegt auf der individualpsychologischen Ebene ein komplexer Prozess der Zielauswahl, der zeitlich fluktuierenden Bereitschaft, ein Ziel zu verfolgen, und der Ausführung einer intendierten Handlung zugrunde, wobei es immer

um die Bewältigung eines Motivationskonfliktes geht, d. h. der Auswahl zwischen konkurrierenden, teilweise unvereinbaren Reaktionstendenzen. Bei der Interpretation des Verlaufs pathologischer Formen des Glücksspielens entsteht ein Teufelskreis. Der pathologische Glücksspieler schädigt sich dabei nicht nur durch seine persönlichen Geldverluste als Individuum. Aufgrund seiner psychischen Vulnerabilität akzentuiert der Glücksspieler spezifische Prämissen seines Tuns, wobei er durch seine überhebliche Selbstisolation die gesellschaftlichen Bedingungen und sozialen Strukturen seiner entfremdeten Lebenspraxis reproduziert. Entgegen der Natur des Menschen entwickelt sich eine „Selbstfeindschaft“, die den Glücksspieler in eine ausweglose Lebenssituation führt. Bereits Adler (1974) betonte, dass alle seelischen Krankheiten aus Konflikten des Einzelnen mit der Gemeinschaft resultieren. Das Erkenntnis leitende Ziel liegt dagegen in der idealen Gemeinschaft aller Menschen. Die therapeutische Beziehung wird deshalb vom Gemeinschaftsgefühl getragen, um eine bessere Bewältigung von Lebensaufgaben zu ermöglichen.

3.4 Integrative Modelle

3.4.1 Der Lebensstilansatz

Der Lebensstilansatz von Walters (1994) wurde zunächst zur Erklärung kriminellen Verhaltens entwickelt, später auf Suchtverhalten angewandt und dann auf die Glücksspielproblematik bezogen. Als theoretische Wurzeln bezieht sich der Autor auf die Lerntheorie, den kognitiven Interaktionismus und die existenzielle Philosophie.

Zunächst sieht er Glücksspielverhalten als Resultat eines diskriminativen Konditionierungsprozesses, bei dem durch variable Quotenverstärkung eine hohe Reaktionsrate in Abhängigkeit von externen und internen Reizen entsteht. Weiterhin wird die Bedeutung von Modelllernprozessen im Sinne der sozialen Lerntheorie betont, da sich in Familien von Glücksspielern häufig entsprechende elterliche Vorbilder finden.

Hinsichtlich des kognitiven Interaktionismus geht Walters im Gegensatz zu seinem lerntheoretischen Bezug von einem aktiv handelnden Individuum aus, das durch die Interaktion mit anderen Personen und der Umgebung eine kognitive Repräsentation seiner Umwelt entwickelt. Er bezieht sich auf die Unterscheidung von Piaget (1946) zwischen dem Prozess der Assimilation, bei dem neue Informationen in ein bereits existierendes kognitives Schema eingefügt werden, und dem Prozess der Akkommodation, der ein existierendes Schema modifiziert, um neue Informationen aufnehmen zu können. Nach seiner Meinung deutet der glücksspielspezifische Lebensstil auf einen Denkstil hin, welcher die Assimilation auf Kosten der Akkommodation überbetont, um den bestehenden Lebensstil abzusichern.

Unter Bezug auf die existenzielle Philosophie nimmt Walters an, dass der für Glücksspieler spezifische Lebensstil grundsätzlich durch existenzielle Furcht, also Gefühle der Angst, Machtlosigkeit und Unsicherheit, wie sie von einem neugeborenen Kind erlebt werden, motiviert ist. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Individualpsychologie von Adler (1974), der dies als Gefühl der Minderwertigkeit thematisiert hat. Das Individuum besitzt zwei Möglichkeiten, diese Angst zu bewältigen, erstens indem es sich der Umgebung anpasst, d. h. eine Balance zwischen kurz- und langfristigen Zielen, Erwartungen und Handlungsergebnissen erreicht, und zweitens durch starre Regeln, Rollen oder Beziehungsmuster seinen bestehenden Lebensstil zu stabilisieren sucht, was jedoch die Anfälligkeit für die existenzielle Furcht erhöhen kann.

Walters beschreibt drei interagierende Bedingungskomponenten, die zu einem glücksspieltypischen Verhaltensstil führen.

Zunächst handelt es sich um bestehende Lebensbedingungen („conditions“), worunter er interne (z. B. Temperament) und externe (z. B. Gleichaltrigengruppe) Umgebungsmerkmale versteht, welche die Glücksspielproblematik entwicklungs- geschichtlich und aktuell bestimmen. Er unterscheidet Risikofaktoren (z. B. ein geringes Selbstwertgefühl oder eine glücksspielbezogene soziale Bezugsgruppe) von Schutzfaktoren (z. B. eine stabile häusliche Umgebung), die dazu führen, dass die drei wesentlichen Lebensaufgaben der sozial-emotionalen Bindung, der Reizmodulation und des Aufbaus eines Selbstkonzeptes positiv bewältigt oder einseitig verarbeitet werden.

Als zweites übergeordnetes Bedingungsgefüge sieht Walters die persönlich bestehende Entscheidungsfähigkeit („choice“). Er geht davon aus, dass die beschriebenen genetischen und aktuellen Entwicklungsbedingungen nicht direkt das Glücksspielverhalten bestimmen, sondern bestehende Wahlmöglichkeiten bei vorhandenen Risikofaktoren einschränken oder bei schützenden Faktoren alternative Möglichkeiten eröffnet werden. Er verweist auf die vereinfachenden Grundannahmen der Entscheidungstheorie, indem er davon ausgeht, dass Entscheidungsprozesse meist nicht rational und erschöpfend ablaufen, da in der Regel nur wenige der für eine Entscheidung relevanten Informationen genutzt werden. Er referiert die empirischen Untersuchungen über „Blackjack“-Spieler, wonach auch erfahrene Glücksspieler intuitive Spielstrategien nutzen, die suboptimal sind. Für die Glücksspielproblematik bedeutet dies, dass die positiven, kurzfristigen Konsequenzen stärkeren Einfluss besitzen als die negativen, verzögerten Folgen des Glücksspielens. Das Glücksspielverhalten wird also durch schlecht organisierte, technisch fehlerhafte und am unmittelbaren Gewinn orientierte Entscheidungsstrategien bestimmt.

Als drittes übergeordnetes Bedingungsgefüge nennt Walters den glücksspiel-spezifischen kognitiven Stil („cognition“), welcher darauf abzielt, die getroffenen Entscheidungen zu rechtfertigen und das fragile Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Es handelt sich um typische Muster der Rationalisierung, Verleugnung und Selbstrechtfertigung. Er unterscheidet typische Denkstile, die je nach Individuum unterschiedliche Bedeutsamkeit besitzen. Dazu gehören die Beschwichtigung, das „Abschalten“, die Selbstrechtfertigung, die Machtorientierung, die Rührseligkeit, der Überoptimismus, die kognitive Trägheit und schließlich der Mangel an innerem Zusammenhalt.

Auf der Verhaltensebene ergeben sich aus der Interaktion des beschriebenen komplexen Bedingungsgefüges vier glücksspielerspezifische Verhaltensstile, deren Gewichtung individuell unterschiedlich sein kann. Es handelt sich um die Scheinverantwortlichkeit, den Realitätsausstieg mit einem raschen Wechsel zwischen euphorischen und dysphorischen Gefühlen bei Gewinnen oder Verlusten, eine übersteigerte Wettbewerbsorientierung und die Tendenz, soziale Regeln zu brechen, indem zur Erreichung eigener Ziele getäuscht, gelogen und betrogen wird.

Die Grenzen dieses für den Kliniker bzw. die Klinikerin sehr fruchtbaren Ansatzes sind in seinem theoretischen Eklektizismus zu sehen. Walters integriert philosophische, soziologische und psychologische Theorien ohne eine gemeinsame theoretische Grundlage (z. B. im Rahmen einer Handlungstheorie) zu formulieren.

3.4.2 Das Vulnerabilitätsmodell

Eine mögliche Glücksspielproblematik im Sinne eines hypothetischen Vulnerabilitätsmodells lässt sich handlungstheoretisch aus der Wechselwirkung der spezifischen Bedürfnisstruktur „anfälliger“ Glücksspieler mit dem dazu passenden Aufforderungscharakter spezieller Glücksspielangebote verstehen (Petry, 2003). Die Anfälligkeit zur Entwicklung einer Glücksspielproblematik ergibt sich nach diesem heuristischen Modell aus einer spezifischen Bedürfnisstruktur, die darauf gerichtet ist, das Selbstwertgefühl zu steigern, unangenehme Gefühle zu vermeiden und maximale Gewinne aus Beziehungen zu ziehen. Hier liegt die Schnittstelle der Wechselwirkung mit dem Glücksspielangebot als äußerer Anreizsituation. Das Glücksspielen ermöglicht Handlungen, die den Selbstwert durch Kompetenzerleben erhöhen können, der Gefühlsregulation dienen, indem positive Gefühle erlebt und negative Gefühle ersatzweise ausgelebt oder vermieden werden und distanziert-kontrollierte Interaktionsmuster, die eine zu große Nähe verhindern, hergestellt werden.

Im Zentrum der inneren Bedürfnisstruktur, die eine Anfälligkeit zur Entwicklung einer Glücksspielsucht bildet, steht ein negatives Selbstwertgefühl, das als innere „Leere“ oder als ein „Nichts“ umschrieben wird. Die Entstehung dieser Selbst-

wertproblematik wurzelt in einer gehäuft auffindbaren „Broken-home-Situation“, die aufgrund frühkindlicher Schädigungen einschließlich häufiger Missbrauchserfahrungen zu einer krisenhaften Entwicklung in der Adoleszenz führt. Besonders bedeutsam scheint dabei eine gestörte Beziehung zum Vater zu sein, da dieser häufig, auch infolge einer bestehenden Suchterkrankung, abwesend war und als autoritär erlebt wurde. Die für Glücksspielsüchtige charakteristische Störung der Gefühlsregulation steht in Abhängigkeit von dieser tiefen Selbstwertbedrohung, da die damit verbundenen Gefühle des Versagens, der Trauer und der Wut unterdrückt werden. Das Glücksspielverhalten bietet sich dabei als spannungsabbauende Ersatzhandlung an, die einen aktionsreichen Erregungszustand ermöglicht, sodass diese negativen Gefühle nicht mehr erlebt werden müssen. Die für Glücksspieler typische Störung der Beziehungsbildung lässt sich ebenfalls vor dem Hintergrund der Selbstwertproblematik verstehen, da aus den familiär erfahrenen emotionalen Vernachlässigungen eine Angst vor individuellem Versagen und sozialer Ablehnung resultiert, sodass reale Konflikte vermieden werden. Stattdessen entwickeln sich einseitig auf die eigenen Bedürfnisse ausgerichtete und durch leistungsorientiertes Konkurrenzverhalten bestimmte Interaktionsmuster, die nahe Beziehungen und damit die Angst vor Zurückweisung ausschließen.

Dabei kommt es zu einer illusionären Verwechslung der Spielebene mit der Ernstebene, sodass die unmittelbare Befindlichkeitsänderung über die Orientierung an den realen Konsequenzen dominiert. In diesem Prozess werden die ursprünglich bestehenden Wahlmöglichkeiten zur Bewältigung alltäglicher Belastungen aufgrund der ausgeblendeten realen Folgen des Glücksspielens zunehmend eingeschränkt.

Mit der fortschreitenden Bindung an die Glücksspielaktivität korrespondiert eine Zunahme sozial eingrenzender Reaktionen, was aufgrund der verinnerlichten Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielverhalten zu Schuld- und Schamgefühlen führt, die die Suchtentwicklung forcieren. Gleichzeitig erfolgt eine Anbindung an Subgruppen, die sich durch einen glücksspielbezogenen Lebensstil, d.h. eine Ausrichtung auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung, auszeichnen. Im Rahmen der Aufrechterhaltung eines glücksspielspezifischen Lebensstils gelingt es dem pathologischen Glücksspieler, eine äußere Fassade der Selbstsicherheit und Handlungskontrolle aufrechtzuerhalten. Diese steht der inneren Befindlichkeit diametral gegenüber, sodass ausgeprägte Verleugnungsmechanismen entstehen, die der Verarbeitung der zugrunde liegenden Selbstwertproblematik dienen.

In einer vergleichenden Studie von Vierhaus und Mitarbeitern (2012) finden sich empirische Belege für die Kernaussage dieses Vulnerabilitätsmodells. Dies gilt sowohl für die allgemeine Validität durch Vergleich mit unproblematischen Glücksspielern als auch für die spezifische Validität im Vergleich mit einer anderen klinischen Gruppe. Aufgrund des Querschnittscharakters der Untersuchung lassen sich daraus jedoch keine entwicklungspsychopathologischen Schlussfolgerungen ziehen. Dabei wurde eine Gruppe von behandelten Glücksspielsüchtigen mit einer normalen Vergleichsgruppe von Arbeitern aus mittelständischen Betrieben und mit einer Gruppe von behandelten Alkoholkranken verglichen. Die drei Untersuchungsgruppen waren hinsichtlich Geschlecht und Alter parallelisiert worden. Die im Modell postulierten Merkmale der Selbstwertproblematik, Gefühlsdysregulation und Beziehungsstörung wurden jeweils mittels zweier Merkmale operationalisiert. Ein diskriminanzanalytischer Vergleich mit der Normalgruppe erbrachte deutliche Hinweise auf die allgemeine Validität des Modells. Die Glücksspielsüchtigen weisen einen negativeren emotionalen Selbstwert (Selbstwertproblematik), eine größere Alltagsbelastung verbunden mit einer maladaptiven Bewältigung von Gefühlen (Gefühlsdysregulation) sowie negativere kindliche Erfahrungen mit den Eltern und stärkere Probleme in der aktuellen Partnerschaft (Beziehungsstörung) auf. Dies verbessert das klinische Verständnis von Glücksspielsüchtigen, die durch ihr Glücksspielverhalten den Selbstwert steigern, unangenehmen Gefühlen ausweichen und nahe Beziehungen vermeiden wollen. Bezogen auf die spezifische Validität in Bezug auf den beispielhaften Vergleich mit Alkoholkranken hat sich die Selbstwertproblematik als unspezifisch erwiesen, da sich die beiden klinischen Gruppen durch einen gleichermaßen erniedrigten Selbstwert auszeichnen. Spezifisch für die Glücksspielsüchtigen sind jedoch eine maladaptivere Gefühlsregulation und negativere kindliche Erfahrungen mit den Eltern. Auch wenn es sich um große Effektstärken handelt, müssen die untersuchten Merkmale noch im Kontext mit anderen stabilen Persönlichkeitsmerkmalen und sozialen Risikofaktoren bezüglich ihrer relativen Bedeutsamkeit überprüft werden.

3.4.3 Multifaktorielle Modelle

Einige multifaktorielle Modelle versuchen das System der internen und externen Bedingungsfaktoren der Glücksspielsucht umfassend zu beschreiben. Dabei handelt es sich nicht um Modelle im Sinne einer vereinfachten Abbildung eines Gegenstandsbereiches, sondern lediglich um eine Auflistung aller relevanten Ursachenfaktoren unter Rückgriff auf das triadische Bedingungsgefüge von Suchtmittel, Individuum und Umwelt (Blaszczynski, Nower, 2002; Sharpe, 2002). Inzwischen gibt es Übersichtsarbeiten, die empirisch bestätigte soziodemographi-

sche, kognitive, wahrnehmungsbezogene, lernspezifische und personenbezogene Risikofaktoren eines problematischen oder pathologischen Glücksspielens zusammenstellen (Johansson et al., 2009). Die vorliegenden Einzelbefunde wurden bisher jedoch weder mittels multivariater Analysen in Bezug auf ihre relative Bedeutsamkeit gemeinsam untersucht noch in eine konsistente Theorie zu integrieren versucht.

Literatur:

- Adler, Alfred (1974): Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Adler, Alfred (Hrsg.): Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch (ursprünglich 1913), 48-66.
- Bergler, Edmund (1957): The psychology of gambling. New York: Hill & Wang (Reprint 1985).
- Bieri, Peter (2007): Was bleibt von der analytischen Philosophie. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie, 55 (3), 333-344.
- Blaszczynski, Alex; Nower, Lia (2002): A pathway model of problem and pathological gambling. In: Addiction, 97, 487-499.
- Böning, Jobst; Grüsser-Sinopoli, Sabine Miriam (2009): Neurobiologie der Glücksspielsucht. In: Batthyány, Dominik; Pritz, Alfred (Hrsg.): Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte. Wien: Springer, 45-65.
- Bönisch, Monika (1994): Opium der Armen: Lottospiel und Volksmagie im frühen 19. Jahrhundert: Eine Fallstudie aus Württemberg. Tübingen: Silberburg.
- Brewer, Judson A. et al. (2007): The neurobiology of pathological gambling. In: Smith, George et al. (Eds.): Research and measurement issues in gambling studies. Amsterdam: Elsevier. 345-369.
- Custer, Robert et al. (1975): Characteristics of compulsive gamblers. Las Vegas, Nev.: Paper presented at the Second Annual Conference of Gambling.
- Custer, Robert; Milt, Harry (1985): When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families. New York: Facts on File Publications.
- Edwards, Griffith (1986): The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry. In: British Journal of Addiction, 81, 171-183.
- Eisen, S.A. et al. (1998): Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. In: Addiction, 93, 1375-1384.
- Giżycki, Jerzy; Górný, Alfred (1970): Glück im Spiel zu allen Zeiten. Zürich: Stauffacher.
- Hansen, M.; Rossow, I. (2008): Adolescent gambling and problem gambling: Does the total consumption model apply? In: Journal of Gambling Studies, 24, 135-149.
- Holzkamp, Klaus (1983): Grundlegung der Psychologie. Frankfurt: Campus.
- Jellinek, Elvin Morton (1960): The Disease Concept of Alcoholism. New Haven: Hillhouse.
- Johansson, A. et al. (2009): Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. Journal of Gambling Studies, 25, 67-92.

- Ladouceur, Robert; Walker, Michael (1996): A cognitive perspective on gambling. In: Salkovski, Paul M. (Ed.): Trends in cognitive and behavioural therapies. Chichester (UK): John Wiley, 89-120.
- Langer, Ellen J. (1975): The illusion of control. In: Journal of Personality and Social Psychology, 32 (2), 311-328.
- Meyer, Christian et al. (2011a): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung (Endbericht). Greifswald; Lübeck: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin/Klinik Psychiatrie und Psychotherapie.
- Meyer, Gerhard; Bachmann, Meinolf (2011): Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten. Berlin: Springer.
- Mörsen, Chantal P. et al. (2011): Glücksspiel im Gehirn: Neurobiologische Grundlagen pathologischen Glücksspielens. In: Sucht, 57 (4), 259-273.
- Petry, Jörg (2001): Vergleichende Psychopathologie von stationär behandelten „Pathologischen Glücksspielern“. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30 (2), 123-135.
- Petry, Jörg (2003): Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, Jörg (2010): Das Konstrukt „Verhaltenssucht“ – Eine wissenschaftstheoretische Kritik. In: Sucht Aktuell, 7 (2), 14-18. (Nachdruck in Abhängigkeiten, 17 (2), 64-75)
- Petry, Nancy (2005): Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Piaget, Jean (1946): Psychologie der Intelligenz. 2. Auflage. Zürich: Rascher.
- Rembach, G. (2008): Zur Lotterieggeschichte. In: Gebhardt, I.; Grüsser-Sinopoli, S.M. (Hrsg.): Glücksspiel in Deutschland: Ökonomie, Recht, Sucht. Berlin: De Gruyter, 11-29.
- Rogers, Paul (1998): The cognitive psychology of lottery gambling: A theoretical review. In: Journal of Gambling Studies, 14 (2), 111-134.
- Schuller, Alexander (2008): Jackpot: Aus dem Leben eines Spielers – eine wahre Geschichte. 2. Aufl. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.
- Sharpe, L. (2002): A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. In: Clinical Psychology Review, 22, 1-25.
- Thalemann, C.N. (2009): Verhaltenssucht. In: Batthyány, D.; Pritz, A. (Hrsg.): Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte. Wien: Springer, 1-17.
- Tretter, Felix (2012): Kritik der Neurobiologie der Sucht – Philosophische Aspekte. In: Sucht Aktuell, 19 (3), 26-35.
- Vierhaus, Marc et al. (2012): Zur Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. In: Sucht, 53 (3), 183-193.
- Vogelgesang, Monika (2010): Traumata, traumatogene Faktoren und pathologisches Glücksspielen: Eine genderspezifische Analyse. In: Psychotherapeut, 55 (1), 12-21.
- Walker, M.B. (1992): The psychology of gambling. Oxford: Pergamon.
- Walters, Glenn D. (1994): The gambling lifestyle: I. Theory. In: Journal of Gambling Studies, 10, 159-182.
- Weber, Max (1920): Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Tübingen: Mohr.
- West, R. (2010): Theory of Addiction. Oxford (UK): Blackwell.
- Whelan, J.P. et al. (2007): Problem and pathological gambling. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Zollinger, Manfred (1997): Geschichte des Glücksspiels: Vom 17. Jahrhundert bis zum Zweiten Weltkrieg. Wien: Böhlau.

4 Diagnostik

Die störungsspezifische Diagnostik der Glücksspielsucht befindet sich im Vergleich zur fortgeschritteneren Alkoholismusdiagnostik noch in ihren Anfängen. Bezogen auf die Gültigkeit von Selbstaussagen über das Glücksspielverhalten finden sich in katamnestischen Studien Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdaussagen. Dennoch ist anzunehmen, dass in einer frühen Phase der Suchtentwicklung und auch im Rahmen eines ersten therapeutischen Kontaktes bei einer relevanten Untergruppe Verleugnungstendenzen bestehen. Von Mitarbeitern ambulanter Beratungsdienste wird noch zu selten nach einer Glücksspielproblematik gefragt. Von den Betroffenen selbst wird eine bestehende Glücksspielproblematik zudem kaum angesprochen. Dies tun bestenfalls Angehörige.

4.1 Nosologische Einordnung

Trotz der weitgehenden definitorischen Übereinstimmungen besteht über die nosologische Einordnung des pathologischen Glücksspielverhaltens keine Einigung. Von verschiedenen Autoren wird es als neurotische Störung, Impulskontrollstörung oder Suchterkrankung klassifiziert. Diese Widersprüchlichkeit zeigt sich in der nosologischen Einordnung als Impulskontrollstörung bei gleichzeitiger Operationalisierung als Abhängigkeitssyndrom im DSM-IV. Die Klassifizierung als Störung der Impulskontrolle (zusammen mit der Kleptomanie, Trichotillomanie und Pyromanie) verweist auf die historische Verankerung im Krankheitskonzept des 19. Jahrhunderts, was die Uneinheitlichkeit dieser Kategorie bedingt. So wurde das pathologische Glücksspiel von Kraepelin (1915) als „Spielwut“ begriffen, indem das Versagen, einem Impuls, Trieb oder einer Versuchung zu widerstehen, als zentrales Merkmal definiert wurde. Dabei wird eine selbst- oder fremdschädigende Handlung ausgeführt, wobei der Betroffene zuvor eine zunehmende Spannung verspürt, die während der Handlung gelöst wird. Im 20. Jahrhundert wurde das pathologische Glücksspielverhalten in Anlehnung an die anders klassifizierten substanzgebundenen Abhängigkeiten im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms operationalisiert. Es entwickelt sich eine suchttypische Eigendynamik, die durch eine zunehmende Erfassung aller Lebensbereiche zu einer drastischen Einengung bestehender Wahlmöglichkeiten mit fortschreitenden Defiziten der Handlungsregulation führt.

Nach dem Entwurf für die fünfte Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) soll das „Disorder Gambling“ mit den substanzgebundenen Störungen in die gemeinsame Kategorie „Addiction and Related Disorders“ aufgenommen werden. Mit Ausnahme des Items „Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens“ sollen die Diagnosekriterien erhalten bleiben. Damit erfolgt eine Neueinordnung des pathologischen Glücksspielens als nichtstoffgebundene Suchtform im Rahmen dieses Klassifikationssystems psychischer Störungen.

4.2 Differenzialdiagnostik

Innerhalb der nosologischen Einordnung des pathologischen Glücksspielens erfolgt eine Abgrenzung vom gewohnheitsmäßigen Glücksspielen, das als Ausdruck eines auf Spannung und Geldgewinn orientierten Lebensstils definiert wird. Gewohnheitsmäßige Glücksspieler sind in der Lage, bei Verlusten ihr Glücksspielverhalten einzuschränken.

Ebenfalls abzugrenzen ist ein exzessives Glücksspielverhalten im Rahmen einer manischen Episode. Die ist jedoch sowohl in der Bevölkerung als auch in der Klinik sehr selten der Fall. Eine ebenso seltene Besonderheit ist das exzessive Glücksspielverhalten als Folge einer speziellen Parkinsonmedikation (vgl. Exkurs in Kapitel 6.5.2). Das Vorliegen einer soziopathischen oder antisozialen Persönlichkeit als Ausschlusskriterium ist umstritten. Während das ICD-10 (Dilling et al., 1991) noch daran festhält, wird das häufige antisoziale Verhalten nach dem DSM-IV (Saf et al., 1996) als Bestandteil des Störungsbildes angesehen.

Das pathologische Glücksspielen und der pathologische PC-/Internetgebrauch, speziell die Unterform des „Gamens“, werden häufig beide als „Spielsucht“ bezeichnet. Es handelt sich aber um grundsätzlich verschiedene Erkrankungen, die lediglich die Selbstwert steigernde Spielerfahrung teilen, nicht aber den mit dem Geldeinsatz und dem Zufallseinfluss verbundenen „Kick“ des Glücksspielers. Bei Internetglücksspielen fungiert das Medium PC/Internet lediglich als Mittel zum Erreichen der glücksspielspezifischen Erregung. Das pathologische Glücksspielen ist vor diesem Hintergrund eine seit Jahrhunderten bekannte Suchterkrankung mit einer individuell und gesellschaftlich extrem destruktiven Dynamik, insbesondere mit häufiger Suizidalität und Delinquenz. Beim pathologischen PC-/Internet-Spielen handelt es sich dagegen um ein neues psychisches Störungsbild (Petry, 2010), bei dem aus einem eigentlich positiven Spielverhalten eine pathologische Entwicklung dadurch entsteht, dass sich Heranwachsende und Erwachsene regressiv in virtuelle Welten zurückziehen. Das immersive Erleben (völlige Versunkenheit in die virtuelle Erlebnisweise und damit verbundene Veränderung der Selbstwahrnehmung in der realen Welt) im Umgang mit dem Medium PC/Internet

dient der Erlangung von sozialer Anerkennung und der Kompensation der frustrierten Grundbedürfnisse nach Selbstwertsteigerung, Kontrolle und Bindung. Die beiden Störungsbilder lassen sich klinisch hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur und Anfälligkeit unterscheiden. Dem sozialängstlichen, schüchternen, sozial zurückgezogenen pathologischen „Gamer“ steht der sozial kompetent auftretende, extravertierte, teilweise kriminelle Glücksspieler gegenüber. Auch wenn sie oft eine depressiv-selbst-unsichere Störung teilen, unterscheidet sich der daraus resultierende Bezug zur sozialen Umwelt in dieser charakteristischen Weise.

4.3 Screeningverfahren

Ein pragmatisches Vorgehen bei der Ersterfassung einer Glücksspielproblematik im Sinne eines Screeningverfahrens könnte darin liegen, dass der behandelnde Kliniker zunächst erfragt, ob mit einem der bekannten Glücksspielmedien (Geldspielautomaten, Kasinospiele etc.) Erfahrungen vorliegen, ohne das Ausmaß zu erfragen, um keine Bagatellisierungstendenzen zu provozieren. Danach könnte er in Anlehnung an den nur vier Items umfassenden CAGE-Fragebogen zur Diagnose des Alkoholismus einen entsprechenden glücksspielerspezifischen Fragebogen einsetzen. Es werden dabei vier zentrale Merkmale mit dem CCCC-Questionnaire der Glücksspielsucht (cannot quit, chasing, craving and consequences) (vgl. Kapitel 9) erfasst. Dabei müssen vier Aussagen mit **richtig** oder **falsch** bewertet werden:

- ▶ „Ich kann mit dem Glücksspielen erst aufhören, wenn ich kein Geld mehr habe.“
- ▶ „Verlieren ist eine persönliche Niederlage, die ich wettmachen möchte.“
- ▶ „Ich denke oft ans Glücksspielen und verspüre einen inneren Spieldrang.“
- ▶ „Zur Geldbeschaffung habe ich schon andere Menschen belogen oder betrogen.“

Ein Trennwert von zwei positiv beantworteten Items kann als Kriterium für das Vorliegen einer Glücksspielproblematik angesehen werden. Zur Absicherung wird noch die Höhe der Verschuldung in 1.000-Euro-Kategorien als glücksspieler-typischer Indikator für die negativen Folgen einer Suchtentwicklung abgefragt.

Inzwischen bestehen darüber hinaus einige auch testpsychologisch entwickelte Screeningverfahren zur Feststellung des Vorhandenseins und des Ausmaßes einer Glücksspielproblematik.

Die meisten dieser Fragebogen orientieren sich an dem empirisch nicht abgesicherten Phasenkonzept der Entwicklung zur Glücksspielsucht von Custer und Milt (1985), welches die anfänglich vorwiegend am Geldgewinn orientierte „Gewinn-

phase“ von der durch die Aufholjagd gekennzeichneten „Verlustphase“ und der mit extremen psychosozialen Konsequenzen bestimmten „Verzweiflungsphase“ unterscheidet (vgl. Kapitel 2.5).

Vorbild für Screeningverfahren, die sich an diesem Phasenkonzept der Suchtentwicklung orientieren, sind die bekannten „20 Fragen“ („Twenty Questions“) der Gamblers Anonymous (1980), wie sie bei Mitgliedern dieser Organisation erfasst wurden. Es werden die typischen Merkmale der Glücksspielsucht wie die bekannte Aufholjagd, Einschränkungen der Kontrollfähigkeiten, Geldbeschaffungsstrategien, Glücksspiel motive, Gewissensbisse und die persönlichen, familiären, beruflichen und strafrechtlichen Nachteile des Glücksspielverhaltens formuliert. Als pragmatische Auswertungsrichtlinie wird bei der Bejahung von sieben der 20 Fragen von dem Vorliegen eines „zwanghaften Glücksspielens“ im Sinne einer Selbstdiagnose ausgegangen. An einer Stichprobe sozialer und problematischer Glücksspieler konnte die testkonstruktive Güte im Vergleich mit anderen Fragebogen belegt werden.

In der klinischen Praxis und bei epidemiologischen Untersuchungen war zunächst der „South Oaks Gambling Screen“ (SOGS) am weitesten verbreitet (Lesieur, Blume, 1987). Dieses Verfahren orientiert sich inhaltlich an den „20 Fragen“ und den Kriterien des DSM-III. In Übersichtsarbeiten wurde eine Fülle von klinischen und epidemiologischen Studien referiert, die insgesamt eine Bestätigung der Reliabilität und Validität des Verfahrens belegten. Inzwischen wird die Skala aufgrund von Mängeln der Itemauswahl und -formulierung sowie der eingeschränkten Validität bei Bevölkerungsbefragungen zunehmend kritisch betrachtet.

Die meisten der aktuellen Screeningverfahren orientieren sich an den DSM-Kriterien, wie sie von der American Psychiatric Association (Saf et al., 1996) ursprünglich formuliert und dann später als Skalen konstruiert wurden. Die jeweiligen Vor- und Nachteile dieser international verbreiteten Verfahren werden in der Literatur ausführlich diskutiert.

Mit dem „Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten“ (KFG) von Petry und Mitarbeitern (Premper et al., 2013) liegt ein vergleichbares deutschsprachiges Screening-Verfahren im Sinne der klassischen Testtheorie vor, das in den ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland weitverbreitet ist. Der besondere Vorteil der Skala liegt in der an einer repräsentativen Stichprobe vorgenommenen Eichung, sodass mittels Prozentrangnormen die Schwere einer Glücksspielproblematik quantifiziert werden kann. Das Testmanual enthält inzwischen auch Übersetzungen des Fragebogens ins Englische, Französische, Spanische, Italienische, Polnische, Russische und Türkische.

4.4 Anamnestik

4.4.1 Glücksspielsymptomatik

Zur Erhebung des Glücksspielverhaltens, seiner Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren sowie Selbstkontrollversuchen in der Vorgeschichte existieren spezielle Anamnesebögen (vgl. Kapitel 9).

4.4.2 Diagnostik der Persönlichkeit und Komorbidität

Hinsichtlich der Komorbidität finden sich sowohl in Bevölkerungsstudien (vgl. Kapitel 2.4) als auch in klinischen Untersuchungen (Premper, 2006, 2012) gesicherte Hinweise auf häufige depressive Störungen mit Suizidalität, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Weiterhin finden sich Beziehungen zu Posttraumatischen Störungen, Essstörungen und dem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom. Ebenfalls häufig sind komorbide stoffgebundene Suchtformen, insbesondere die Tabak-, Alkohol- und seltener die Cannabisabhängigkeit.

Literatur:

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

Dilling, Horst et al. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) Leitlinien. Bern: Huber.

Gamblers Anonymous (1980): Twenty Questions. Los Angeles, Calif.: Gamblers Anonymous Publishing.

Kraepelin, Emil (1915): Psychiatrie: Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Aufl. Leipzig: Barth.

Lesieur, Henry R.; Blume, Sheila B. (1987): The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. In: American Journal of Psychiatry, 144, 1184-1188.

Petry, Jörg (2010): Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch. Göttingen: Hogrefe.

Premper, Volker (2006): Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern. Lengerich: Pabst.

Premper, Volker (2012): Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern. In: Wurst, Friedrich M. et al. (Hrsg.): Glücksspielsucht: Ursachen – Prävention – Therapie. Bern: Hans Huber, 41-80.

Premper, Volker et al.: (2013): GSF – Glücksspielskalen für Screening und Verlauf – Manual. Göttingen: Hogrefe.

Saß, Henning et al. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

5 Selbsthilfe

Die erste Selbsthilfegruppe für Glücksspieler in Deutschland wurde 1981 in Tostedt bei Hamburg von der selbstständigen Handelsvertreterin Maria K. gegründet. Die Roulettespielerin hatte ihr gesamtes Vermögen verspielt und war auf der Suche nach Hilfeangeboten. Nachdem sie zunächst eine Zeit lang eine Gruppe der Anonymen Alkoholiker besucht hatte, kontaktierte sie die Guttempler. Ein Mitglied dieser Gruppe bot ihr Hilfe an und nahm Kontakt zu den Gamblers Anonymous (GA) in den USA auf. Von dort erhielten sie Unterstützung in Form von Informationsmaterial und bauten fortan nach dem Vorbild der GA die erste Gruppe der „Anonymen Spieler“ (AS) – wie sie damals hießen – in Deutschland auf. Seit 1992 wird auch in Deutschland die Abkürzung GA von „Gamblers Anonymous“ benutzt, um eine Verwechslung mit den Anonymen Sexaholikern (AS) zu vermeiden.

In den USA haben die GA eine sehr lange Tradition. Die erste Gruppe wurde bereits 1957 in Los Angeles gegründet. Seitdem ist die Gemeinschaft der Anonymen Spieler ständig gewachsen, neue Gruppen haben sich überall auf der Welt nach ihrem Vorbild gegründet.

In Deutschland wurden kurz nach Gründung der Tostedter Gruppe weitere Gruppen der Anonymen Spieler in Hamburg und Bremen gegründet. Mittlerweile gibt es organisierte GA-Gruppentreffen in 71 Städten mit insgesamt knapp 200 Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige in Deutschland (Meyer, 2012), außerdem bestehen in vielen Städten inzwischen auch eigene Gruppenangebote für Angehörige. Etwa die Hälfte der Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige in Deutschland gehören zur Organisation der Anonymen Spieler, die restlichen Gruppen gehören anderen Selbsthilfeorganisationen an, wie dem Blauen Kreuz, dem Kreuzbund, den Guttemplern etc., oder sind direkt an Beratungsstellen angegliedert.

Den Rahmen für die Gruppenarbeit der Anonymen Spieler (1986) bildet das „Zwölf-Schritte-Programm“, das ebenso wie „Die zwölf Traditionen“ dem Konzept der Anonymen Alkoholiker entspricht. Die zwölf Schritte sind als Empfehlungen für den Weg in ein glücksspielfreies Leben zu verstehen:

1. Wir gaben zu, dass wir dem Spielen gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir ihn verstanden – anzuvertrauen.
4. Wir machten gründlich und furchtlos eine moralische und finanzielle Inventur in unserem Innern.
5. Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.
6. Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.
8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden willig, ihn bei allen wiedergutzumachen.
9. Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut – wo immer es möglich war –, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir ihn verstanden – zu vertiefen. Wir baten ihn, nur seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.
12. Nachdem wir durch diese Schritte ein seelisches Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an süchtige Spieler weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.

(www.anonyme-spieler.org, Zugriff: 20.02.2012)

Insbesondere für neue Mitglieder haben die Anonymen Spieler (GA) sechs konkrete Empfehlungen formuliert:

1. Besucht so viele Meetings wie möglich, mindestens aber eines pro Woche.
2. Telefoniert untereinander in der Zeit zwischen den Meetings so oft wie möglich. Benutzt die Telefonliste!
3. Versucht nicht, euch selbst zu testen! Haltet euch von anderen Leuten, die noch spielen, fern. Geht nicht in die Nähe von Spieleinrichtungen. Vermeidet jede Art von Glücksspiel – egal, ob es sich dabei um Würfeln, Wetten, Karten, Lotto oder Toto, Tippgemeinschaften, Spekulationen auf dem Geld- und Aktienmarkt, Game-Shows, Lotterien oder Jahrmarktsspiele handelt oder ihr nur auf Kopf oder Zahl einer Münze setzt. Spiele um gar nichts!
4. Folgt dem Programm der Anonymen Spieler (GA) nach besten Kräften und einen Tag zur Zeit. Versucht nicht, alle eure Probleme auf einmal zu lösen!
5. Lest das Genesungs- und Einheitsprogramm der Anonymen Spieler (GA) immer und immer wieder und beantwortet euch die zwanzig Fragen selbst. Richtet euch im täglichen Leben in eurem Denken und Handeln nach den Zwölf Schritten zur Genesung. Sie verkörpern das Programm der Anonymen Spieler (GA) und enthalten den Schlüssel für euer persönliches Wachstum. Wenn ihr irgendwelche Fragen zum Programm habt, wendet euch an ältere GA-Freunde und euren Sponsor!
6. Übt euch in Geduld! Die Zeit vergeht schnell. Solange ihr die GA-Meetings regelmäßig besucht und euch selbst vom Spielen fernhaltet, wird eure Genesung wirklich voranschreiten.

(www.anonyme-spieler.org, Zugriff: 20.02.2012)

Selbsthilfegruppen stellen grundsätzlich ein gutes Übungsfeld für soziales Lernen dar. Hier können in einem geschützten Rahmen Probleme angesprochen werden und neue Verhaltensweisen ausprobiert werden. Meyer und Bachmann (2011) weisen darauf hin, dass der Besuch von Selbsthilfegruppen dann erfolgreich ist, wenn

- ▶ eine regelmäßige Teilnahme stattfindet,
- ▶ sich die Teilnehmer in den Schilderungen der anderen wie in einem Spiegel wiedererkennen,

- ▶ 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 (https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/broschue-re_selbsthilfegruppen.pdf, Zugriff: 29.06.2022).

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
<ul style="list-style-type: none"> ▶ ursachenorientiert ▶ unspezifisch ▶ Gießkannenprinzip ▶ diffuse Wirkung ▶ Ausblendung von Konsumerfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 Geldspielautomatendichte 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 Geldspielausmaß 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stärkung von Lebenskompetenzen (Familie, Schule, Peergroup) ▶ Informations- und Aufklärungskampagnen (massenmedial) ▶ Unterrichtsprogramme für Schulen ▶ Schulung des Personals in Lottoannahmestellen, Spielbanken etc.
Verhaltenspräventive Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 im 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.fauler-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 Glücksspieler zu verantwortungsbewusstem Glücksspielen 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 Glücksspielverhaltens, 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 Glücksspielern, 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 („Glücksspieler 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 Spielersperre). 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 Selbstsperrern, die auf eigenen Antrag erfolgen, von Fremdsperrern, 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 Fremdsperrere 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 Spielersperren in Deutschland und der Schweiz

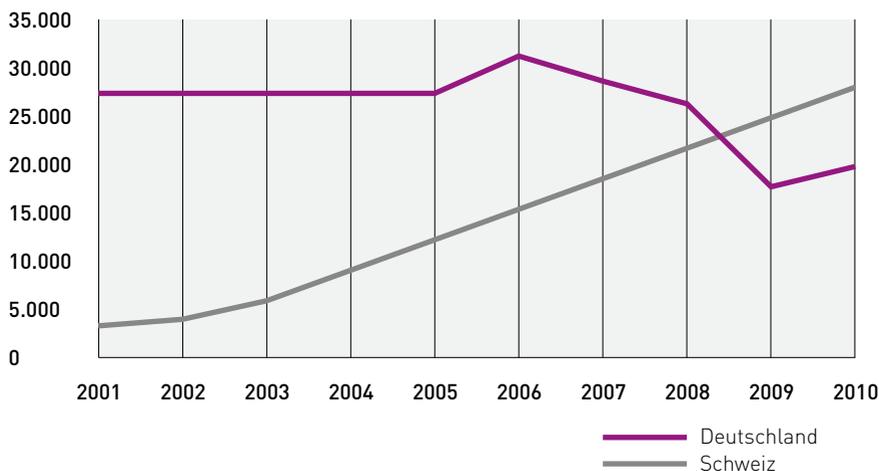


Abb. 6.1 (Eidgenössische Spielbankenkommission ESBK, Bern, 2012 und Meyer, 2006, 2012)

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, <https://www.esbk.admin.ch/esbk/de/home.html>), 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 Kasinomitnehmer 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 Fremdsperrungen, sowie die Zahl der Anträge auf Entsperrung und die aufgehobenen Sperren seit Inkrafttreten des GlüStV. Insbesondere die geringe Zahl der Fremdsperrungen 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	Selbstsperren	Fremdsperrungen		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

Der Fachbeirat Glücksspielsucht weist ferner darauf hin, dass eine Entsperrung nur für Personen infrage kommt, die einer vorübergehenden Glücksspielgefährdung unterlagen und nicht für diagnostizierte Glücksspielsüchtige. Dabei vertritt er die Lehrmeinung, dass es sich bei der Glücksspielsucht um eine chronische, nicht heilbare Krankheit handelt, bei der eine Abstinenz zur Genesung zwingend ist.

Der ebenfalls in der Empfehlung 3/2011 formulierte Hinweis des Fachbeirates, dass fahrlässige Entsperrungen weitreichende haftungsrechtliche Konsequenzen haben können, erwies sich nahezu als prophetisch: Im Oktober 2011 verurteilte der BGH die Baden-Württembergischen Spielbanken GmbH & Co KG auf Schadenersatz von rund 250.000 Euro, weil sie einen Antrag auf Entsperrung nicht sorgfältig geprüft hatte. Nach Aufhebung der Sperre verspielte der Mann innerhalb von 18 Monaten 247.000 Euro. Die Ehefrau des Glücksspielsüchtigen verklagte daraufhin die Spielbank und der BGH gab der Klage in letzter Instanz statt (III ZR 251/10). Das Gericht führt im Urteil aus, dass der Zweck einer Selbstsperre der Schutz vor sich selbst sei. Die Spielbank verpflichtete sich, den Spieler vor seiner Spielsucht und den daraus drohenden wirtschaftlichen Schäden zu schützen. Im Falle einer Aufhebung einer Selbstsperre müsse der sichere Nachweis erbracht werden, dass keine Spielsuchtgefährdung mehr vorliegt und der Spieler zu einem kontrollierten Spiel in der Lage ist. Die Rechtslage wirft für die Betroffenen und deren Angehörige eine Vielzahl von Fragen auf:

Muss ich den Antrag auf Spielsperre persönlich abgeben?

Nein, das ist nicht nötig und auch nicht empfehlenswert, weil es eine zu große Rückfallgefahr darstellt, wenn man sich z. B. noch einmal der Kasinoatmosphäre aussetzt. Der Antrag kann schriftlich gestellt werden. Es ist allerdings erforderlich, eine Kopie des Personalausweises beizulegen. Am besten schickt man den schriftlichen Antrag auf Spielsperre an das Unternehmen, bei dem man am häufigsten gespielt hat. Er kann aber auch bei jeder Spielbank oder jeder Lottoannahmestelle in Deutschland gestellt werden. Es gibt eine zentrale Datei, in die alle gesperrten Spieler aufgenommen werden.

Kann auch ein Angehöriger eine Spielsperre beantragen?

Ja, auch Angehörige können eine Sperre beantragen. Man spricht in diesem Fall von einer sogenannten Fremdsperre. Der Antrag kann in einer Spielbank oder einer Lottoannahmestelle gestellt werden. Der Glücksspielsüchtige wird dann über den Antrag informiert und gebeten, sich zu äußern. Er muss nachweisen, dass er in geordneten finanziellen Verhältnissen lebt und sich zu seinem Glücksspielverhalten äußern. So wird sichergestellt, dass derartige Anträge nicht aus Spaß, Rache oder anderen sachfremden Motiven gestellt werden. Wer in Erwägung zieht,

einen solchen Antrag auf Fremdsperre für einen Angehörigen zu stellen, sollte bedenken, dass dies die Beziehung zu dem Glücksspielsüchtigen schwer belasten kann. Besser ist es, ihn zu einem Antrag auf Selbstsperre zu motivieren.

Kann eine Spielbank oder eine Lottogesellschaft eine Spielsperre aufheben, wenn der Spieler dies beantragt?

Ja, die Spielbank oder die Lottogesellschaft, die die Sperre angenommen hat, kann sie auf schriftlichen Antrag frühestens nach einem Jahr aufheben. Allerdings ist sie verpflichtet, genau zu prüfen, ob keine Glücksspielsuchtgefährdung mehr vorliegt und der Spieler nunmehr zu einem kontrollierten Spiel in der Lage ist. Wird die Spielsperre ohne hinreichende Prüfung aufgehoben, stellt dies eine Verletzung des Spielsperrvertrages dar und kann zu Schadensersatzansprüchen gegenüber der Spielbank führen.

(vgl. BGH, Urteil vom 20. Oktober 2011 – III ZR 251/10)

Kann man sich auch für Onlineglücksspiele sperren lassen?

Einige Onlineglücksspielanbieter bieten die Möglichkeit der Spielsperre an. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass es ein Leichtes ist, diese Sperren ohne weitere Überprüfung wieder aufzuheben. Außerdem gibt es keine gemeinsame Datenbank und die Sperre gilt jeweils nur für den Anbieter, bei dem sie beantragt wird. Angesichts der Fülle der Internetglücksspielangebote stellt dies keinen wirksamen Schutz dar.

6.1.5 Jugendschutz

Es ist bekannt, dass (männliche) Jugendliche besonders gefährdet sind, ein problematisches Glücksspielverhalten zu entwickeln (vgl. Kapitel 2.3). Mehrere Studien haben unabhängig voneinander aufzeigen können, dass die Prävalenz des pathologischen Glücksspielverhaltens in dieser Altersphase deutlich erhöht ist (vgl. Hurrelmann et al. 2003; Meyer, 2011; BZgA, 2012). Die Studie von Hurrelmann und Mitarbeitern (2003) ergab, dass zwei Drittel der befragten 13- bis 19-Jährigen (N= 5.000) bereits an verschiedenen Glücksspielen teilgenommen hatten. Bei 3 % der Gesamtstichprobe wurde ein problematisches Glücksspielverhalten festgestellt. Die PAGE Studie (Meyer et al., 2011) fand in der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz für pathologisches Glücksspielen von 1,5 % und für problematisches Glücksspielen von 1,1 %. Der Erstkontakt zum Glücksspiel (zumeist Sofortlotterien) findet laut BZgA-Studie (2012) demnach bereits im Alter von 13,5 Jahren statt.

Angesichts dieser Befundlage wird deutlich, dass die bestehenden Jugendschutzbestimmungen (Teilnahme erst ab 18 Jahren) nicht ausreichend eingehalten werden. Insbesondere Glücksspielangebote, bei denen keine Ausweiskontrollen ver-

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

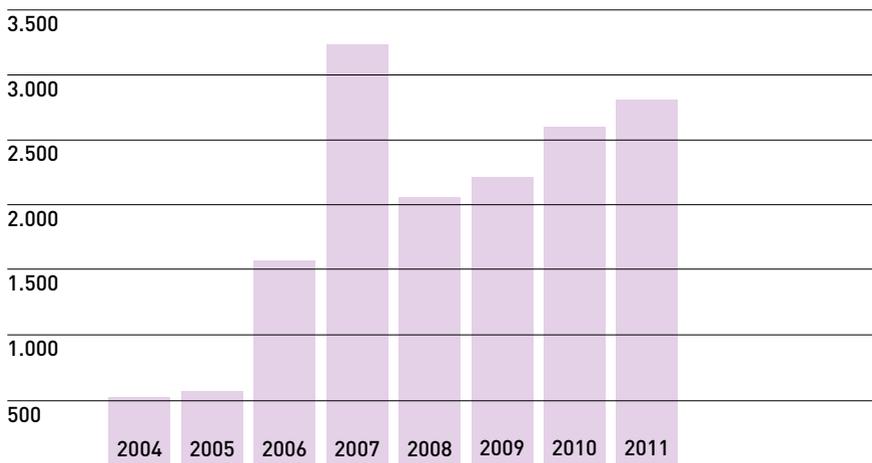


Abb. 6.2 (Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht NRW, unveröffentlicht)

■ 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.

Nach Inkrafttreten des GlüStV im Jahr 2008 haben die Bundesländer (mit Ausnahme von Sachsen) begonnen, ein Netz von Präventions- und Beratungsangeboten aufzubauen und finanziell zu unterstützen. Vorbild hierfür war das Land Nordrhein-Westfalen, hier werden Suchtberatungsstellen mit glücksspielspezifischem Beratungsangebot bereits seit Mitte 2000 gefördert. Einige wenige Beratungsangebote werden außerdem mit kommunalen Mitteln unterstützt. In Bielefeld z. B. hat die Stadt die Vergnügungssteuer auf Geldspielautomaten erhöht und einen Teil der beträchtlichen Mehreinnahmen für die Beratung pathologischer Glücksspieler zur Verfügung gestellt.

Adressen von Suchtberatungsstellen, die Hilfen für pathologische Glücksspieler und deren Angehörige anbieten, gibt es in diversen Adressdatenbanken (z. B. www.gluecksspielsucht.de, www.dhs.de, www.check-dein-spiel.de).

6.3 Behandlung

Bei der Behandlung der Glücksspielproblematik hat sich das etablierte Prinzip der Glücksspielabstinenz bewährt. Im deutschsprachigen Raum gibt es für pathologische Glücksspieler keine Ansätze zum sogenannten kontrollierten Glücksspielen. Während der Behandlung wird die vollständige Glücksspielabstinenz gefordert, um die Funktionalität des ausgeübten Glücksspielverhaltens erlebbar zu machen, während nach einer Behandlung die Entscheidung über den Bereich des „weichen“ Glücksspielverhaltens (Spiele mit geringem Geldeinsatz wie z. B. Skat um Centbeträge oder Getränke) dem Betroffenen überlassen werden kann. Die Prognose ist allerdings bei Patienten, die sich für eine strikte Glücksspielabstinenz entscheiden, positiver. Die Behandlung muss sich zunächst auf die Stabilisierung dieser Glücksspielabstinenz konzentrieren.

6.3.1 Psychiatrische Akutbehandlung und psychotherapeutische Therapie

Die „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen“ (vgl. Kapitel 9) verweisen darauf, dass eine ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung immer dann indiziert ist, wenn das Glücksspielverhalten symptomatischen Charakter besitzt und die psychische Grundstörung angemessen ambulant behandelt werden kann.

Eine akutpsychiatrische stationäre Behandlung erfolgt in der Regel aufgrund einer akuten suizidalen Krise im Rahmen der Glücksspielsucht, einer akuten psychischen Grundstörung oder im Rahmen einer Entzugsbehandlung bei einer Stö-

rung durch psychotrope Substanzen. Nach der multizentrischen Studie von Denzer und Mitarbeitern (1996) weist ca. ein Viertel aller in ambulanter Beratung/Behandlung oder stationärer Behandlung aufgenommenen Glücksspieler einen oder mehrere ernsthafte Selbstmordversuche in der Vorgeschichte auf. Bei zwei Drittel der Fälle besteht ein direkter Zusammenhang zur Glücksspielproblematik. Neuere und internationale Untersuchungen bestätigen diesen Befund. Derzeit bestehen erste Ansätze zur akutpsychiatrischen Versorgung pathologischer Glücksspieler mit komorbiden Störungen, wozu jedoch noch keine Veröffentlichungen vorliegen. Nach der PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) weisen 71,1 % aller unbehandelten pathologischen Glücksspieler eine psychische Störung ohne Substanzgebrauchsstörung auf, und sogar 87,7 %, wenn man Störungen durch psychotrope Substanzen (ohne Tabak) hinzurechnet.

Pathologische Glücksspieler werden inzwischen in erheblichem Umfang auch durch niedergelassene Psychotherapeuten behandelt (vgl. Kapitel 2.1.2). Diese können eine besondere Bedeutung bei der Behandlung der häufigen komorbiden Störungen und in der Vorbereitung auf eine stationäre Rehabilitationsbehandlung beziehungsweise deren Nachsorge haben. Doch noch mangelt es an einer ausreichenden Vernetzung mit dem Suchthilfesystem.

6.3.2 Ambulante und stationäre Rehabilitation

Die Indikation für eine ambulante versus stationäre Behandlung bezieht sich auf die soziale Integration, die Schwere der Erkrankung, das Ausmaß der Krankheitsfolgen und eine bestehende Komorbidität. Nach dem Grundsatz der Vorrangigkeit der ambulanten und ambulant tagesklinischen Behandlung sollten Glücksspielsüchtige ambulant behandelt werden, wenn das soziale Umfeld eine unterstützende Funktion hat, eine stabile Wohnsituation gegeben ist, eine ausreichende berufliche Integration besteht und eine aktive Mitarbeit, insbesondere die Einhaltung der Glücksspielabstinenz, gewährleistet ist, wobei zwischenzeitliche Rückfälligkeit aufgearbeitet werden kann.

Nach den „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen“ (vgl. Kapitel 9) müssen Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation für pathologische Glücksspieler über ein wissenschaftlich begründetes Behandlungskonzept verfügen, störungsspezifische Gruppentherapie und regelmäßige Einzeltherapie anbieten sowie zur Erfolgskontrolle regelmäßige glücksspielspezifische Katamnesen durchführen.

Stationäre Einrichtungen müssen demzufolge über ein umfassendes glücksspielerspezifisches Behandlungsangebot zur abstinenten 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 Bewusstsein 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ich hätte weniger Ärger zu Hause. ▶ Das Verhältnis zu meinen Kindern würde besser. ▶ Ich könnte mir wieder etwas leisten. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ „Zocken“ macht mir Spaß. ▶ In der Halle treffe ich meine Freunde. ▶ Beim Spielen kann ich gut abschalten.
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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.

6.3.3.3 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.

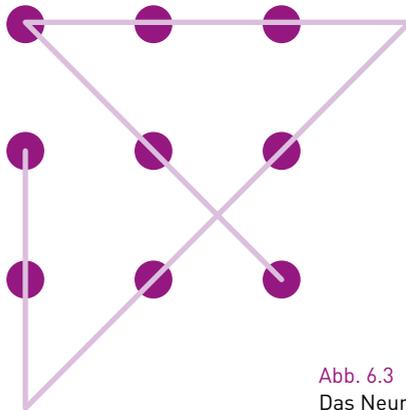


Abb. 6.3
Das Neun-Punkte-Problem

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 „Problemprofiles“ und einer „Problemlleiter“, 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
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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
<p>Beispiele ausgewählter Lebensbereich: Ehe, Beziehung, Liebe, Sexualität</p> <p>Aktuelles Anliegen: „Ich möchte, dass die Beziehung zu meinem Partner wieder wie früher wird.“</p>	<p>ausgewählte Tätigkeit: etwas wiederherzustellen</p>

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 „Profileiter“ 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, Essgestörten 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:
<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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.

Die bei Glücksspielsüchtigen bestehende Selbstwertproblematik (Vierhaus et al., 2012), insbesondere auf dem Hintergrund der gestörten Vater-Sohn- (bzw. Vater-Tochter-)Beziehung (Kagerer, 1998), äußert sich in einer starken Diskrepanz zwischen den nach außen gezeigten Verhaltensmustern und der dazu diametral erlebten inneren Befindlichkeit. Fordert man den Betroffenen zu einer Selbstcharakterisierung auf, indem er sich selbst aus der Sicht eines Außenstehenden beschreiben soll, so werden am häufigsten Merkmale wie Unruhe, Verslossenheit, Dominanz, Unehrllichkeit und Aggressivität genannt, wohingegen bei der Beschreibung der inneren Befindlichkeit am häufigsten Merkmale wie Verletzbarkeit, Sehnsucht nach Zuwendung, Nervosität, Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit thematisiert werden. Daraus ergibt sich ein kräftezehrender Spannungszustand in der Person des pathologischen Glücksspielers. Innere Unsicherheit wird durch ein dominant-selbstsicheres Auftreten überspielt, Nähe- und Geborgenheitswünsche werden unter einem sozial distanzierten Verhalten verborgen und die innere Unruhe wird durch nach außen gezeigte Gelassenheit überdeckt.

Bezogen auf die Störung der Gefühlsregulation stehen zunächst die klinisch sichtbare physiologische Unruhe und der starke Aktionsdrang von behandlungsbedürftigen Glücksspielern im Mittelpunkt. Es wird angenommen, dass glücksspielanfällige Personen chronisch über- oder untererregt sind. Das persistierende Glücksspielverhalten erklärt sich danach bei einer psychophysiologisch untererregten Person durch die Beseitigung dieses unangenehmen Mangelzustandes oder bei übererregten Personen als Ausdruck ihres Bedürfnisses nach Reizsuche. Der Aktionsdrang von Glücksspielern zu Beginn einer Behandlung stellt demnach den Versuch dar, bedrohliche Gefühle abzuwehren. Die Behandlung erfordert deshalb die Unterbrechung dieser Überaktivität, um zu einer verbesserten Gefühlswahrnehmung zu gelangen. Als Reaktion klagen die pathologischen Glücksspieler zunächst über den unangenehmen Zustand der Langeweile oder es wird der zunehmende „Spieldruck“ thematisiert. Dies weist auf die Funktion des Glücksspielens hin, unangenehme Gefühle der Einsamkeit, Angst vor Ablehnung und Aggressivität kurzfristig zu überdecken. Zur Bearbeitung der gestörten Gefühlsregulation bietet sich daher bei allen Formen der Glücksspielsucht ein Emotionstraining an (siehe Kapitel 6.3.3.5.2).

Hinsichtlich der glücksspielertypischen Beziehungsstörung, die sich als einseitige Austauschorientierung im Sinne der individualistisch-kompetitiven Vergrößerung des eigenen Vorteils interpretieren lässt, können problematische Beziehungsmuster durch gruppenspezifische Interaktionsübungen thematisiert werden. Eine geeignete Methode ist die sogenannte Quadratübung, die kooperatives bzw. kompetitives Verhalten in Kleingruppen aktualisiert. Die Teilnehmer erhalten nach einem festgelegten Plan Bausteine, die durch stummen Austausch zu gleich großen Qua-

draten zusammenzufügen sind. Da nur eine gemeinsame Lösungsmöglichkeit besteht, kann es im Verlauf zu Einzellösungen kommen, die andere Teilnehmer blockieren. Dieses Verfahren führt aufgrund seines Spielcharakters zu einer Handlungsaktivierung. Es werden rasch Besonderheiten des individuellen Interaktionsverhaltens deutlich. Viele pathologische Glücksspieler zeigen zu Beginn dieser Übung ein hektisches, leistungsorientiertes Verhalten, bei dem sie intensiv auf ihre Position konzentriert sind. Es fällt Beobachtern deshalb nicht schwer, auftretende Gefühle von Ärger, Überlegenheit, Rückzug und Genugtuung wahrzunehmen und diese zurückzumelden, sodass individuell unterschiedliche Probleme der Beziehungsgestaltung verdeutlicht werden können.

6.3.3.5.2 Emotionstraining

Der Konsum von Suchtmitteln und süchtiges Verhalten dienen wesentlich der Modulation von Gefühlen, d. h., der Konsum und Missbrauch von psychotropen Substanzen oder exzessives Suchtverhalten ist durch die Vermeidung unangenehmer Gefühle oder das verstärkte Erleben angenehmer Gefühle motiviert. Süchtiges Verhalten kann daher eher bei Personen entstehen, die eine geringe Toleranz gegenüber unangenehmen Gefühlszuständen besitzen oder in ihrer gefühlsmäßigen Erlebnisfähigkeit eingeschränkt sind. Die Behandlung von Suchtpatienten beinhaltet deshalb immer auch eine Verbesserung der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Gefühlen (Schröder, Petry, 2003). Pathologische Glücksspieler zeigen entsprechend eine besondere Rückfallgefährdung beim Umgang mit negativen Gefühlen und bei sozialen Konflikten.

Verhaltenstherapeutische Trainingsprogramme zum Aufbau sozialer Kompetenzen enthalten in der Regel einen therapeutischen Baustein zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, der sich auf die Verbesserung der Gefühlsregulation bezieht. Ausgangspunkt dieser Trainings ist die (Un-)Fähigkeit, Gefühle zu benennen, d. h. differenziertere sprachliche Bezeichnungen für angenehme Gefühle wie Freude (Begeisterung, Heiterkeit, Zufriedenheit, Fröhlichkeit, Stolz, gute Laune) oder unangenehme Gefühle wie Ärger (Wut, Unzufriedenheit, Beleidigtsein, Zorn, Gereiztheit) zu finden. Dabei ist es möglich, von einem einfachen Modell mit zwei orthogonalen Grunddimensionen zur Einordnung von Gefühlen auszugehen: Die bestehende Erregung (Hemmung versus Erregung) und die Affekttönung (Lust versus Unlust), sodass sich Gefühle hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit in einem Kreis in Bezug auf die jeweilige Ausprägung dieser dimensional Merkmale anordnen lassen.

Beim Erlernen grundlegender Fertigkeiten der Gefühlswahrnehmung und des Gefühlsausdrucks kann zum Anwärmen in der Gruppe auf Pantomimetechiken, die sich der Körpersprache bedienen, zurückgegriffen werden. Eine in diesem Fall

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 „zwanhaftigen 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 Soziotherapeuten systematisch trainiert werden.

Geldverwaltung durch Dritte

Vorteile:	Nachteile:
<ul style="list-style-type: none"> ▶ bringt Ruhe in das Familiensystem ▶ sichert das Überleben (der Familie) ▶ kann Abstinenzphasen verlängern 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ starker Einschnitt in die Autonomie ▶ keine gleichberechtigte Beziehung ▶ kann starke Frustration auslösen (Rückfallgefahr)
<p>„Intelligente“ Lösungen suchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 hohen Verschuldung oder einem 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.

Die Adaption als letzte Phase der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke wurde nach Urteilen des Bundessozialgerichtes (BSG) im Jahr 1994 durch die Rentenversicherungsträger etabliert. Stationäre Adaptionseinrichtungen für Suchtkranke sollen nach § 15 (2) des Sozialgesetzbuches SGB VI einen besonderen Beitrag zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der in dieser Hinsicht desintegrierten Patienten leisten. Die „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen“ von 2001 (s. Kapitel 9; VDR, 2001) weisen bei der Auflistung von Rehabilitationsleistungen kurz auf die Möglichkeit zur Adaption in begründeten Einzelfällen hin. Die Begründung ist in der besonderen Rückfallgefährdung bei wohnungs- und arbeitslosen Glücksspielern zu sehen. Die Maßnahmen sollen von der Erwerbsfähigkeit zur Erwerbstätigkeit der Betroffenen führen. Dazu gehören interne Arbeitstrainings in Form von Belastungserprobungen und der Arbeitstherapie, um allgemeine Arbeitsfähigkeiten wiederherzustellen und eine berufliche Perspektive zu erarbeiten. Für pathologische Glücksspieler, die in der Regel bereits über diese Fähigkeiten verfügen, sind eher Maßnahmen zur direkten beruflichen Wiedereingliederung wie externe Arbeitserprobungen und Berufspraktika von Bedeutung. In diesem Prozess können die oben beschriebenen Leistungen zur beruflichen Rehabilitation in Kooperation mit einem Reha-Berater der Rentenversicherungsträger und/oder einem Fallmanager der Bundesagentur für Arbeit beantragt werden (Heide, 2001).

Inzwischen existieren bundesweit Adaptionseinrichtungen, die pathologische Glücksspieler aufnehmen und sowohl personell in der Lage sind, diese spezielle Klientel als Einzelfälle zu behandeln, als auch entsprechende institutionelle Rahmenbedingungen (Sicherstellung der Glücksspielabstinenz, Umgang mit Geld, Schuldenregulierung) zu gewährleisten.

Die berufliche Rehabilitation hat auch aus psychotherapeutischer Sicht einen besonderen Stellenwert. Es fällt pathologischen Glücksspielern aufgrund ihrer Persönlichkeit und den häufigen komorbiden Störungen schwer, Verhaltensänderungen in die Alltagsrealität umzusetzen. Der berufliche Bereich ist für sie dabei noch am unproblematischsten, da sie in der Regel über gute intellektuelle Kompetenzen und vielfältige berufliche Erfahrungen verfügen. Geregelte Einnahmen aus einer Berufstätigkeit sind auch für die Schuldenregulierung von zentraler Bedeutung. Somit bietet die berufliche Wiedereingliederung besonders gute Aussichten, um rasch Erfolgserlebnisse zu ermöglichen.

6.5 Pharmakotherapie (Thomas Brück)

6.5.1 Medikamentöse Ansätze zur Glücksspielsucht

Die medikamentöse Behandlung der Glücksspielsucht im engeren Sinne hat bislang nur eine untergeordnete Bedeutung erlangt. Es wurde jedoch schon eine Reihe von Studien zu dieser Fragestellung durchgeführt, allerdings sind die untersuchten Fallzahlen häufig gering und die Ergebnisse zum Teil uneinheitlich. Ausgehend von den dargestellten neurobiologischen Grundlagen (siehe Kap. 3.1.2) lassen sich grundsätzlich verschiedene Ansätze zur Pharmakotherapie ableiten (Leung, Cottler, 2009).

Die meisten Studien wurden zu den Antidepressiva vom SSRI-Typ veröffentlicht. Die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sollen das genannte Serotonindefizit ausgleichen und so einen Effekt auf Glücksspielverhalten bzw. Suchtverlangen haben. Die vorliegenden Ergebnisse sind bislang nicht Erfolg versprechend; die Bedeutung dieser Medikamente für die Behandlung einer komorbiden depressiven Störung ist jedoch unumstritten.

Der Einsatz von Stimmungsstabilisatoren (z. B. Valproat oder Lithium), die im Allgemeinen Effekte auf Impulsivität und Affektstabilität haben und in einzelnen Studien zum Teil günstige Effekte bei der Behandlung der Glücksspielsucht zeigten, hat sich jedoch ebenfalls in dieser Indikation bislang nicht durchgesetzt.

Neuroleptika könnten durch ihre Blockierung der dopaminergen Transmission Einfluss auf das dopaminerge Belohnungssystem nehmen. Allerdings fehlen hier bislang aussagekräftige Untersuchungen.

Opioidantagonisten wie Naltrexon blockieren die Ausschüttung von Endorphinen und haben sich bei stoffgebundenen Süchten teilweise als wirksam hinsichtlich der Reduktion des Suchtverlangens und Suchtverhaltens gezeigt. Bei der Glücksspielsucht gibt es mittlerweile, abgeleitet aus mehreren Studien, ebenfalls Hinweise auf einen Effekt dieser Substanz, jedoch kann bislang noch keine allgemeine Empfehlung für den Einsatz dieser Medikation bei dieser Indikation ausgesprochen werden.

Obwohl demnach aus einzelnen Studien Ansätze zu einer möglichen Pharmakotherapie abgeleitet werden können, gibt es zurzeit keine anerkannte und allgemein empfehlenswerte spezifische medikamentöse Behandlung der Glücksspielsucht. In einzelnen, therapieresistenten Fällen wären individuelle Behandlungsversuche mit einer der genannten Substanzen denkbar, wobei es sich um Off-Label-Verordnungen handelt.

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 unse-rem) 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 TRAUIG, 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 welcher 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 Selbsthilfebewegung 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“ (<https://www.gam-anon.org>, Zugriff: 29.06.2022).

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-

dig, 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. 6.9 (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)	Schwicke-rath 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. 6.10 (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 psychoedukative 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: <https://www.bzga.de/forschung/studien/abgeschlossene-studien/studien-ab-1997/gluecksspiel/>, Zugriff: 29.06.2022.

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.

- Denzer, Petra et al. (1996): Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebot (Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht). In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1996. Geesthacht: Neuland, 279-295.
- Eidgenössische Spielbankenkommission (2021): Sozialschutz und Spielsucht. Internet: <https://www.esbk.admin.ch/esbk/de/home/spielbankenaufsicht/spielsucht.html> Zugriff: 29.06.2022.
- Füchtenschnieder-Petry, Ilona; Hayer, Tobias (2012): Evaluation der Hotline Glücksspielsucht NRW: Analysen zum Anruferprofil. Berlin. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress am 5.12.2012.
- Gordon, Robert S. (1983): An operational classification of disease prevention. In: Public Health Report (1998), 2, 107-109.
- Hansen, Marianne; Rossow, Ingeborg (2008): Adolescent gambling and problem gambling: Does the total consumption model apply? In: Journal of Gambling Studies, 24, 135-149.
- Hayer, Tobias et al. (2006): Kinder von pathologischen Glücksspielern: Lebensbedingungen, Anforderungen und Belastungen. In: Abhängigkeiten, 12 (2), 60-77.
- Heide, Martin (2001): Der Weg zur beruflichen Wiedereingliederung Suchtkranker in der Adaption. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie! Geesthacht: Neuland, 210-220.
- Hurrelmann, Klaus et al. (2003): Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen – Verbreitung und Prävention. Abschlussbericht an das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld. Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Kagerer, Peter (1998): Zur Vater-Sohn-Problematik bei Glücksspielsüchtigen. In: Füchtenschnieder, Ilona; Witt, Horst (Hrsg.): Sehnsucht nach dem Glück: Adoleszenz und Glücksspielsucht. Geesthacht: Neuland, 34-48.
- Kalke, Jens et al. (2011). Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich: Empirische Ergebnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg: Lambertus.
- Klein, Michael (2000): Alkohol und Familie. Forschung und Forschungslücken. In: Kruse, Gunther et al. Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie Verlag, 139-158.
- Latz, Kristina (2012): Angehörige pathologischer Glücksspieler: Wirksamkeit von Gruppeninterventionen. Köln, Katholische Fachhochschule. Unveröffentlichte Masterarbeit.
- Leung, Kit Sang; Cottler, Linda B. (2009): Treatment of pathological gambling. Current Opinion in Psychiatry, 22 (1), 69-74.
- Meyer, Christian et al. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Greifswald und Lübeck. Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Meyer, Gerhard (2006): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: Neuland, 114-128.
- Meyer, Gerhard (2011): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2011. Geesthacht: Neuland, 109-127.
- 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.. Heidelberg: Springer.
- Meysers, Robert J.; Smith, Jane E. (2007): CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit: Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich. Bonn: Psychiatrie Verlag. (Amerikanisches Original 1995)

- Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus. (Amerikanisches Original 2002)
- Petry, Jörg (2001): Übersicht aller katamnestic Studien zur ambulanten und stationären Behandlung von „Pathologischen Glücksspielern“ in Deutschland. In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 22, 103-121.
- Pfeiffer-Gerschel, Tim et al. (2011): Deutsche Suchtkrankenhilfestatistik 2009: Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. In: Sucht, 57 (6), 421-430.
- Premper, Volker et al. (2012): Multizentrische Katamnese bei pathologischem Glücksspielen. In: Sucht, 58, Suppl. 1, 74.
- Priestley, Philip et al. (1978): Social skills and personal problem solving: A handbook of methods. London: Tavistock.
- Scarfe, Adrian (2001): Das Telefonhilfekonzert. In: Füchtenschnieder, Ilona; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Glücksspiel in Europa. Vom Nutzen und Schaden des Glücksspiels im europäischen Vergleich. Geesthacht: Neuland, 104-108.
- Schröder, Harry; Petry, Jörg (2003): Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffungebundenen Süchten. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 26 (1), 19-22.
- Spengos, K. et al. (2006): Reversible Glücksspielsucht unter Pramipexol. In: Nervenarzt, 77, 958-960.
- Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland. In Kraft getreten am 1. Januar 2008. Internet: www.fst-ev.org/fileadmin/pdf/gesetze/Gesetz_2008-01-03_Gl%C3%BCksspielstaatsvertrag.pdf [Zugriff: 20.2.2013]
- Tecklenburg, Hans-Jürgen (2008): Ergebnisse des Evaluationsprojektes in Schleswig-Holstein. Vortrag auf der 20. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht vom 27.-28. November 2008 in Hamburg.
- Uhl, Alfred (2009): Absurditäten in der Suchtforschung. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32 (3/4), 19-39.
- Uhl, Alfred; Puhm, Alexandra (2007): Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept? In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 30 (2/3), 13-20.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (2001): Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen. Frankfurt/M. Unveröffentlichte Empfehlung.
- Vierhaus, Marc et al. (2012): Zur Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. In: Sucht, 58 (3), 183-193.
- Weintraub, D. et al. (2010): Impulse control disorders in Parkinson disease. A cross-sectional study of 3090 Patients. In: Archives of Neurology, 67, 589-595.
- Williams, Robert et al. (2007): Prevention of problem gambling. In: Smith, Garry et al. (Eds.): Research and measurement in gambling studies. Amsterdam: Elsevier, 399-435.
- Zobel, Martin (2008): Wenn Eltern zu viel trinken: Hilfe für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien. 2. Auflage. Bonn: BALANCE buch + medien verlag.
- Zobel, Martin (2008a): Kinder von pathologischen Spielern. In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer, 140-148.
- Zollinger, Manfred (1997): Geschichte des Glücksspiels: Vom 17. Jahrhundert bis zum Zweiten Weltkrieg. Wien: Böhlau.

7 Differenzielle Ansätze

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 Automatenspiele 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 Migrantinnen (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			
Komorbidie Depression	64 %	38 %	p < .001
Komorbidie Tabakabhängigkeit	82 %	82 %	
Komorbidie Alkoholabhängigkeit	24 %	25 %	
Komorbidie Angststörung	27 %	6 %	p < .001
Komorbidie Persönlichkeitsstörung	40 %	34 %	p = .005
Partnerschaft			
Körperliche Gewalt in der Partnerschaft	15 %	1 %	p < .001

Tab. 7.1 (Vogelgesang, 2011)

Die oben dargestellten Spezifika pathologischer Glücksspielerinnen verdeutlichen, dass bei dieser Störung, zumindest bezogen auf den untersuchten klinischen Bereich, typische Geschlechtsunterschiede bestehen:

- ▶ Die pathologische Glücksspielerin ist in der Regel älter und psychisch kränker als ihr männliches Pendant.
- ▶ Sie hat meist eine problematische Kindheit mit einer hohen Quote an elterlichen psychischen Störungen und Gewalttätigkeit hinter sich. Lange Heimaufenthalte sind keine Seltenheit.
- ▶ Sie ist mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatisiert und meist depressiv. Häufig leidet die Glücksspielerin unter einer Persönlichkeitsstörung, dabei nicht selten unter emotionaler Instabilität und oft auch unter einer Angstproblematik.
- ▶ Das pathologische Glücksspielen entwickelt sich nicht im frühen Erwachsenenalter aus einem Zeitvertreib heraus, sondern zu einem späteren Zeitpunkt sekundär zur Vermeidung unerträglicher Gefühle der Trauer, Insuffizienz und Angst.
- ▶ Die Störung ist relativ rasch progredient und nimmt einen großen Teil der Zeit in Anspruch.

7.1.2 Frauenspezifische Behandlung

Wendet man sich der Therapie des pathologischen Glücksspielverhaltens zu, so ist bemerkenswert, dass diese aufgrund der vorherrschenden Zahlenverhältnisse und des vorrangig angenommenen Glücksspielerstereotyps bis dato meist vollständig auf Männer ausgerichtet ist. Dabei wird von einem eher etwas jüngeren Mann ausgegangen, der sich, zwischen Inferioritätsgefühlen und Narzissmus schwankend, durch den schnellen materiellen Erfolg in seinem Selbstwertgefühl bestätigt wissen möchte. Problematische Vaterbeziehungen, Schwierigkeiten, eine reife und erwachsene Männerrolle zu übernehmen und Bindungsprobleme sind hier immer wiederkehrende Themen in der Therapie, die somit viele Elemente der „Männerarbeit“ aufweist.

Aufgrund der differentiellen Charakteristika der pathologischen Glücksspielerinnen, die im Wesentlichen auf ihre hochproblematischen Kindheitsverhältnisse mit gravierenden Traumatisierungserfahrungen und konsekutiver Entwicklung der verschiedensten Folgeprobleme zurückzuführen sind, kann die auf Männer zugeschnittene Therapie nicht unadaptiert auf diese Gruppe übertragen werden.

Dies ist insofern besonders problematisch, da sich nicht nur die Selbsthilfeangebote, sondern auch die Therapieprogramme gegen pathologisches Glücksspielverhalten, ähnlich wie bei der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen, schwerpunktmäßig auf ein Gruppensetting beziehen. Hier können dysfunktionale interpersonelle Verhaltensmuster identifiziert und neue soziale Umgangsweisen ausprobiert werden. Patientinnen mit Glücksspielproblematik können hiervon besonders profitieren, da bei ihnen in der Regel gravierende zwischenmenschliche Probleme bestehen, welche teilweise die Problematik mit verursachten und teilweise als deren Folge entstanden sind. Hierbei seien insbesondere anklammerndes bzw. vernachlässigendes sowie emotional-instabiles, ängstlich-vermeidendes und manipulatives Verhalten genannt.

Sowohl die Selbsthilfeangebote als auch die frauenspezifisch orientierte Therapie des pathologischen Glücksspielverhaltens stehen vor dem Problem, einerseits aus inhaltlichen Gründen auf die Gruppentherapie nicht verzichten zu können, andererseits jedoch in aller Regel zeitgleich nicht genügend pathologische Glücksspielerinnen zu betreuen, um ein entsprechendes Angebot, das ausschließlich auf Frauen zugeschnitten ist, vorzuhalten.

Bei einem solchen spezifischen Behandlungsangebot für Glücksspielerinnen im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung oder einer psychosomatischen Rehabilitation werden bei bestehender Gemischtgeschlechtlichkeit die betroffenen Patientinnen nur ausgewählten Gruppen zugeteilt, in denen die Frauen keinen Minderheitenstatus haben. Die Gruppenleitung kann in diesem Fall weiblich sein. Weitere Glücksspielergruppen sind in diesem Setting ausschließlich von Männern belegt und werden auch von männlichen Therapeuten geleitet. Zusätzlich zu den sonstigen Programmpunkten werden die pathologischen Glücksspielerinnen frauenspezifischen Gruppentherapieeinheiten zugeteilt, in denen sie sich ohne potenzielle gegengeschlechtliche Irritationen z. B. über sexuelle Missbrauchserfahrungen, Schuld- und Schamgefühle, weibliches Rollenverhalten und Partnerschaftsprobleme austauschen können. Auch eine Körperwahrnehmungsgruppe ausschließlich für Frauen gehört zu dem Angebot. Den Männern stehen indikative Männergruppen offen. Zusätzlich zu den erwähnten Gruppenangeboten sind noch einzeltherapeutische Sitzungen notwendig, um auf die individuellen Aspekte der betroffenen Frauen in einem entsprechenden Schutz- und Beziehungsrahmen ausreichend eingehen zu können.

Die Therapie des pathologischen Glücksspiels richtet sich nach dessen ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen. Die oben genannte Untersuchung bestätigte die Beobachtung von Lesieur (1988), dass das Glücksspielen bei Frauen

häufig als Mittel fungiert, um unerträgliche Gefühle, die insbesondere mit aus der Kindheit stammenden Störungen in Verbindung stehen, zu vermeiden. Für die Betroffenen ist der glücksspielspezifische Erlebniszustand, der sie die bedrückenden Erfahrungen und Umstände ihres Lebens vergessen lässt, entscheidend.

Bei einem Teil der Glücksspielerinnen fungiert das Glücksspielen auch als Möglichkeit, in einer von Männern dominierten Welt scheinbar auf gleicher Ebene mit diesen konkurrieren und somit Ohnmachtsgefühle überwinden zu können. Einige dieser Frauen fallen auch durch die Übernahme sonstiger männlicher Rollenstereotype auf: Sie geben sich betont burschikos, aktiv-expansiv und vermeiden „typisch weibliche Gefühlsduseleien“. Die „männlich-konkurrierende“ Glücksspielerin möchte beweisen, dass sie der „bessere Mann“ ist. Die Ursachen dieses Strebens können vielfältig sein, sind jedoch häufig mit anamnestischen Traumata verbunden. Sie reichen von einer fundamentalen Unsicherheit als Frau bis zu einer Identifikation mit dem Täter.

Glücksspielerinnen verspielen das eigene Geld, sie borgen sich Geld von Freunden, Verwandten und sogar von den eigenen Kindern. Um an finanzielle Mittel zu kommen, verkaufen sie sich manchmal sogar selbst, sie fälschen häufig Unterschriften und Schecks. Unerträgliche Schuld- und Schamgefühle wegen dieser Fehlverhaltensweisen sowie das Bewusstsein, als Frau und ggf. auch als Mutter gescheitert zu sein, lassen die Frauen in einem „Circulus vitiosus“ in weiteres Glücksspielen flüchten, wobei immer wieder die Hoffnung „mitspielt“, durch Gewinne bisherige Verfehlungen wiedergutmachen zu können. Die männlich-expansive Glücksspielerin orientiert sich vordergründig zwar nicht an den klassischen weiblichen Rollenanforderungen, dennoch führen auch bei ihr Glücksspielverluste über negative Emotionen wie z. B. Wut und Ärger, sowie deren konsekutiven Drang, sich nun erst recht beweisen zu müssen, zu einem imperativ erlebten Drang, das Glücksspielen fortzusetzen.

Im Zusammenhang mit überwältigenden negativen Emotionen, besonders in Form von übergroßen, gegen die eigene Person gerichteten aggressiven Gefühlen, können sicher auch die bei pathologischen Glücksspielerinnen häufigen Depressionen, Angststörungen und stoffgebundenen Süchte eingeordnet werden.

Aus diesen frauenspezifischen Aspekten ergeben sich folgende relevante Themenbereiche in der Therapie:

- ▶ Aufbau eines Gefühls der Sicherheit und Stabilität
- ▶ Traumatherapie
- ▶ Bearbeitung der komorbiden Störungen

- ▶ Abbau von Schuld- und Schamgefühlen
- ▶ Bearbeitung der gravierenden Probleme aus der Herkunftsfamilie
- ▶ Bearbeitung von Problemen mit aktuellen Bindungspartnern sowie ggf. einer Einsamkeitsproblematik
- ▶ Klärung der weiblichen Rollenanforderungen
- ▶ Ermutigung zu einem freundschaftlichen Umgang mit sich selbst
- ▶ Etablierung aktiver und adäquater Problemlösungsstrategien

Grundlegend für eine erfolgreiche Behandlung ist selbstverständlich der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Es ist für die betroffene Frau häufig eine ganz neue und immer eine heilsame Erfahrung, zu spüren, dass sie in der Therapie als Mensch und Frau – ohne Vorbehalte und ohne Vorleistungen erbringen zu müssen – akzeptiert sowie in ihrer oft tragischen Situation verstanden und angenommen wird. Diese menschliche Akzeptanz beinhaltet selbstverständlich nicht automatisch die Billigung der mit dem pathologischen Glücksspielen assoziierten Fehlverhaltensweisen. Für die Gruppentherapie gilt dementsprechend, dass auch hier eine vertrauensvolle offene Arbeitsatmosphäre und eine ausreichende Gruppenkohäsion im Sinne der instrumentellen Gruppenbedingungen gefördert werden müssen, um eine psychotherapeutische Wirksamkeit zu gewährleisten.

7.2 Ethnie

7.2.1 Ethnische Herkunft und Glücksspielkultur

Laut Duden wird unter Migration die „Wanderung von Individuen oder Gruppen im geografischen oder sozialen Raum“ verstanden. Diese einfache Beschreibung erfasst nicht die damit verbundene innere Problematik.

Deshalb muss die erste Forderung an einen Therapeuten sein, dass er seine groben Wahrnehmungsraster überprüft und sich nicht an einer möglichen äußeren Fremdheit orientiert, sondern die innere Konflikthaftigkeit, wie sie mit Migration verbunden sein kann, wahrnimmt. Dabei kann er auf einen zunächst fremd erscheinenden dunkelhäutigen indischen Migranten der zweiten Generation mit punktig grün gefärbtem Haar und pfälzischem Dialekt treffen. Dieser Patient zeigt sich rasch in der Lage, den für Glücksspielsüchtige typischen Vater-Sohn-Konflikt zu bearbeiten, der daraus resultiert, dass der Vater den mit seiner Migration verbundenen sozialen Abstieg nicht verkraften konnte und durch überhöhte und unangemessene Forderungen an den Sohn zu verarbeiten suchte. Er selbst hat

im Gegensatz dazu keinerlei Probleme mit seinem Migrantenstatus, da er im Sinne Chambers ein Prototyp der sich verbreitenden „Großstadtästhetik“ ist, der verschiedenste kulturelle Einflüsse, wie sie sich in der heutigen Popkultur ausdrücken, integrieren konnte (Chambers, 1996).

Das aufgezeigte Beispiel macht deutlich, dass Suchterkrankungen bei Migranten einem komplexen Gefüge von Bedingungen entspringen. Hierzu gehören das Herkunftsland – wobei wiederum zwischen Stadt und Land zu unterscheiden ist –, der Zeitpunkt der Migration und die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, die Religionszugehörigkeit und Sprachkompetenz, die Schicht- und Geschlechtszugehörigkeit, die Werte und Normen der familiären und sozialen Bezugsgruppen und die individuelle Mentalität und soziale Identität, die in dem Migrationsprozess erworben wurde. Die dadurch bedingte Mannigfaltigkeit kultureller Erscheinungsformen erfordert vom Suchttherapeuten ein besonderes Feingefühl für die Bedürfnisse dieser Gruppen, d. h. das Bewusstsein, dass sich ihre Einstellungen, Werte und Normen von denjenigen der einheimischen Bevölkerung unterscheiden. Der Migrationsprozess und die damit zusammenhängenden Suchtprobleme dürfen aber nicht nur als Resultat eines Konfliktes zwischen zwei Kulturen verstanden werden, auch wenn im klinischen Einzelfall durchaus entsprechende intrapsychische Konflikte vorliegen können. Darüber hinaus muss die große Bedeutsamkeit der ungünstigen Lebensbedingungen von Migranten im Sinne einer gesellschaftlichen Marginalisierung und des Wegfalls von protektiven Faktoren als mögliche Ursachen für Suchtprobleme beachtet werden.

Für den Suchttherapeuten stellt sich deshalb zunächst die Aufgabe, spezielle Kompetenzen zu erwerben, um die äußeren Probleme von Migranten zu verstehen, wie die unsichere Rechtssituation von außereuropäischen Migranten und Asylsuchenden, die schlechteren schulischen und beruflichen Voraussetzungen vieler Migranten und vorhandene Sprachbarrieren. Dabei müssen Zugangsschwellen in dem psychosozialen Versorgungsangebot überwunden werden, die auf der einen Seite mit Nichtwissen der Betroffenen sowie Tabus bezogen auf Suchtprobleme in Migrantenfamilien, und auf der anderen Seite mit Vorurteilen gegenüber suchtkranken Migranten zu tun haben, wie z. B. dealenden Drogenabhängigen.

Bezogen auf die Glücksspielproblematik liegen bisher kaum empirische Daten über Migranten vor, sodass an dieser Stelle vorrangig klinische Eindrücke und Falldarstellungen angeführt werden.

Von den beratenen und behandelten Glücksspielsüchtigen umfasst die Gruppe der Migranten ca. 12 %, wobei es sich neben grenznahen Migranten aus den Niederlanden und Luxemburg um osteuropäische, d. h. vorwiegend deutschstämmige Einwanderer aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion,

oder Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien handelt. Die Mehrzahl umfasst Migranten aus dem mediterranen Raum, d. h. aus EU-Ländern wie Italien und Spanien. Die größte Gruppe stellen jedoch türkische Migranten dar. Einzelne Patienten kommen aus dem Iran oder aus dem nordafrikanischen Raum, die vor allem aus Algerien über Frankreich eingewandert sind. Bedenkt man die erhöhte Zugangsschwelle zu einer psychotherapeutischen Behandlung, so scheinen glücksspielsüchtige Migranten im Vergleich mit der Bevölkerungsstruktur etwas überrepräsentiert, während ihre Herkunft dem Anteil der verschiedenen Ausländergruppen an der Bevölkerung ungefähr entspricht, da die Mehrheit aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien und aus Italien stammt. Die aussagekräftigste Bevölkerungsbefragung (Meyer et al., 2011) konnte inzwischen belegen, dass Personen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für problematisches und pathologisches Glücksspielen aufweisen.

Bezogen auf die soziodemografischen Merkmale von glücksspielsüchtigen Migranten zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung mit beratenden und behandelnden Glücksspielsüchtigen deutscher Nationalität. Es handelt sich auch vorwiegend um jüngere, männliche Geldautomatenspieler. Tendenzielle Abweichungen zeigen sich darin, dass die Migranten vergleichsweise etwas älter und familiär bzw. partnerschaftlich stärker eingebunden sind sowie hinsichtlich ihres problembehafteten Glücksspielmediums häufiger Kasino- oder Kartenspiele ausüben.

Zur besseren Erläuterung wird nachfolgend ein Fallbeispiel exemplarisch genauer beschrieben.

7.2.2 Klinisches Fallbeispiel

Als Repräsentant der größten Untergruppe von behandlingssuchenden Migranten soll abschließend ein türkisch-deutscher Glücksspielsüchtiger beschrieben werden.

Bensel (2007) beschreibt in Ergänzung zu den Belastungen der Migration und bestehenden Sprachbarrieren die Unterschiede des Werte- und Bezugssystems von türkischstämmigen Glücksspielern im Vergleich zu unserem mitteleuropäischen Kulturraum, die in der Behandlung zu berücksichtigen sind. Er zählt dazu die patriarchalischen Rollenbilder, die besondere Bedeutung von Ehre und Stolz sowie Gefühle der Scham, die Orientierung an Aussagen des Korans, das externe Krankheitsverständnis („Es ist der Teufel, der mich wieder zum Spielen verleitet hat...“; Bensel, 2007, S. 170) und die entsprechenden Erwartungen an den Therapeuten als wissender Fachmann. Der Therapeut ist bei türkischstämmigen Patienten gefordert, die Familienangehörigen, insbesondere den Vater, einzubeziehen, die Lehren des Koran für die Behandlung zu nutzen und zu vermeiden, dass durch zu starke Konfrontationen die Ehre und der Stolz des Patienten verletzt werden.

Bei Herrn T. liegt ein pathologisches Glücksspielverhalten bei narzisstischer Persönlichkeit mit depressiver Reaktion vor. Eine stoffgebundene Suchtproblematik besteht nicht. Herr T. ist zu Beginn seiner stationären Behandlung 39 Jahre alt. Er ist im Alter von fünf Jahren aus der Türkei nach Deutschland übergesiedelt, besitzt inzwischen die deutsche Staatsangehörigkeit und spricht perfekt deutsch. Die Mutter wird als emanzipierte Frau beschrieben. Sie hatte in der Türkei Hebamme gelernt und ist als erstes Familienmitglied in die Bundesrepublik übergesiedelt, wo sie eine Stelle als Hebamme gefunden hatte. Hintergrund ihrer Emigration bildete die Glücksspielproblematik ihres Ehemannes, der Major bei der türkischen Armee war, und seine außerehelichen Frauenbeziehungen, die zu einer zweijährigen Trennung geführt hatten, als der Patient neun Jahre alt war. Sein Vater ist im Alter von 74 Jahren wenige Monate vor der Behandlung verstorben. Seine drei älteren Schwestern sind alle erfolgreich in medizinischen Berufen. Der älteste Bruder war als Arzt tätig und ist für seine Familie völlig überraschend pathologischer Roulettespieler geworden. Herr T. hat die Mittlere Reife auf dem Gymnasium abgeschlossen, sich damals zum Ziel gesetzt, professioneller Fußballer zu werden, was dann jedoch an einer Verletzung gescheitert ist. Er hat eine Ausbildung zum Industriekaufmann, hat in diesem Beruf auch langjährig bei verschiedenen Firmen gearbeitet und hat überdurchschnittlich viel verdient. Zuletzt hat er als Autohändler gearbeitet.

Herr T. berichtet zu seiner Glücksspielproblematik, dass er während der Schulzeit bereits mit Freunden gepokert habe, später auch in türkischen Gaststätten. Danach sei er häufiger in Spielhallen gegangen, da er als halb professioneller Fußballspieler häufiger Handgelder erhalten habe. Als er wegen einer Knieverletzung seine Träume vom Profifußball habe aufgeben müssen, sei er auf Kasinoautomaten umgestiegen und habe zuletzt vorwiegend Roulette gespielt. Sein Glücksspielverhalten habe sich verstärkt, nachdem sich seine Ehefrau von ihm zunehmend distanziert habe. Zunächst habe er versucht, sich in der Ehe anzupassen, indem er seine türkische Mentalität aufgegeben und sich zunehmend angepasst habe. Er sei dann jedoch immer unzuverlässiger geworden, was dazu geführt habe, dass seine Frau eine Beziehung zu einem anderen Mann hatte. Er habe danach ein zunehmendes Bedürfnis entwickelt, seine Frau zu kontrollieren, habe dabei seine Glücksspielleidenschaft verborgen und es sei, nachdem er ihr die Veruntreuung einer größeren Geldsumme gestanden habe, zur Trennung gekommen. Inzwischen läuft das Scheidungsverfahren und Herr T. ist zu seiner Mutter zurückgekehrt. Er befürchtet, dass er auch den Kontakt zu seiner zehnjährigen Tochter verlieren könnte.

Als ursprüngliche Motive für sein Glücksspielverhalten nennt er die erlebte Anregung und den Abbau von Spannungen, später die Verarbeitung der Kränkungen, die aus dem Scheitern seiner ehelichen Beziehung resultieren. Zum Schluss habe er sein Glücksspielverhalten als Selbstzerstörungsprozess erlebt. Ein zentrales Motiv sei für ihn gewesen, Kontrolle auszuüben und Machtphantasien auszuleben. Er berichtet angeberisch getönt von ausgeprägten Kontrollillusionen: So habe er sich, bezogen auf Geldspielautomaten, Computerpläne besorgt und berichtet, dass er damit die Automaten habe knacken können. Als er dies erreicht habe, habe ihn das nicht weiter interessiert, sodass er zum Roulette gewechselt sei. Dort sei sein Bestreben allein darauf gerichtet gewesen, das „schwarze Tuch“ zu sehen, d. h. die Bank zu sprengen.

Als Folgen der Glücksspielproblematik bestehen seit mehreren Jahren häufige Magengeschwüre und zunehmende depressive Reaktionen. Herr T. wirkt im Gesprächskontakt teilweise selbstmitleidig, er weint häufig und berichtet von ausgeprägten Schuldgefühlen gegenüber seiner Frau und seiner Herkunftsfamilie. Herr T. ist zum Behandlungszeitpunkt arbeitslos. An seiner letzten Arbeitsstelle habe er eine größere Geldsumme unterschlagen, sodass ihm noch ein Gerichtsverfahren drohe. Die Gesamtverschuldung beläuft sich auf ca. 100.000 Euro.

Bezogen auf seine türkische Herkunft und seine Bezugsgruppe berichtet er zum Glücksspielverhalten, dass er die Glücksspielsituation in der Türkei persönlich kaum kenne. Er wisse lediglich, dass dort vor allem Karten- und Brettspiele in Teestuben und heutzutage in Gaststätten gespielt würde, teilweise auch um höhere Beträge in Hinterzimmern. Das vom Koran vorgegebene Glücksspielverbot (Der Koran, Sure 5, Vers 90: „Oh ihr, die ihr glaubt, siehe, der Wein, das Spiel, die Bilder und die Pfeile sind ein Greuel von Satans Werk. Meidet sie; vielleicht ergeht es Euch wohl.“ und Vers 91: „Der Satan will nur zwischen euch Feindschaft und Hass werfen durch Wein und Spiel und euch abwenden von dem Gedanken an Allah und dem Gebet. Wollt ihr deshalb nicht davon ablassen?“) sei in seiner Heimat wenig wirksam. Weiterhin berichtet er von eigenen Erfahrungen mit der türkischen Glücksspielerszene in Deutschland, die sich in nur von türkischen Männern besuchten Gaststätten abspiele. Dort sei auch sein Vater nach seiner Übersiedlung aktiv als Glücksspieler aufgetreten und habe als ehemaliger Major hohen Respekt besessen. Zu seiner spezifischen Sozialisation berichtet Herr T., dass er streng mit Achtung vor den Erwachsenen erzogen worden sei, was das Verhältnis zum Vater geprägt habe. Die Beziehung zu ihm sei sehr liebevoll gewesen, er habe ihm auch verziehen, dass er die Familie und ihn vorübergehend verlassen habe.

Herr T. berichtet über seinen inneren Konflikt als Migrant, dass er sich als „Türke mit deutschem Pass“ erlebe. Er leide unter dieser kulturellen Spannung, da er nicht wisse, „wer er sei oder wo er hingehöre“. Bezogen auf seine türkische Herkunft erläutert er dies am Beispiel der Beerdigung seines Vaters kurz vor der Behandlung. Er habe damals die Pflicht gehabt als Sohn, den Vater nach islamischem Glauben ins Grab zu legen. Er habe dies als ausgeprägten Erwartungsdruck erlebt, da er mit der rituellen Handlung nicht vertraut gewesen sei und habe sich innerlich sehr zerrissen gefühlt. Bezogen auf sein Leben in Deutschland berichtet er von keinen spezifischen Diskriminierungen, beklagt jedoch die fehlende spontane Gastfreundschaft. Er erläutert dies bezogen auf seine therapeutische Wohngruppe, für die er ein türkisches Essen gekocht habe. Für ihn sei das etwas ganz Selbstverständliches gewesen. Er habe jedoch sehr viel Dank bekommen und auch Gegengeschenke, was er ablehne, da in Deutschland soziale Beziehungen immer nur auf einen Ausgleich hinausliefen, also immer mit erwarteten Gegenleistungen verbunden seien.

Dieser letzte Mentalitätsunterschied wird während eines psychotherapeutischen Marathons durch eine Übung deutlich, bei der die Aufgabe bestand, die äußere Selbstdarstellung auf ein Blatt Papier zu notieren und unabhängig davon die innere Befindlichkeit auf einem anderen Blatt festzuhalten. Diese Aufzeichnungen wurden danach als Innen- und Außenkreis angeordnet, um die glücksspielertypische spannungsreiche Gegensätzlichkeit zwischen nach außen gezeigtem Verhalten und innerem Erlebniszustand erfahrbar zu machen. Neben Herrn T. nimmt auch ein zweiter türkischer Migrant an der Übung teil. Beide teilen in der Nachbesprechung mit, dass sie die Übung für sich überhaupt nicht „verstanden“ hätten. Sie hatten unabhängig voneinander spontan auf ein einziges Blatt Papier ihren aktuellen Gefühlszustand in ganz ähnlicher Art formuliert. Inhaltlich ging es dabei um Enttäuschungen über die fehlende emotionale Offenheit, da viele Menschen in Deutschland sich nach außen anders darstellen würden, als sie sich innerlich fühlten, sodass sie kein Vertrauen in Beziehungen hätten. So schreibt Herr T.: „Ich kann Menschen nicht leiden, welche hinter guten Taten oder Äußerungen oder Gesten (Küssen, Drücken) immer etwas skeptisch sind und irgendwelche Vorteilnahme sehen“.

Im Zentrum der Behandlung besteht zu Beginn die erfolgte Trennung von der Partnerin. Herr T. fühlt sich entmachtet und ist wütend aufgrund der erlebten Zurückweisung. Herr T. zeigt eine hohe Anspruchshaltung und ist dabei sehr eigenwillig. Er konkurriert mit dem Therapeuten und übernimmt gegenüber den Mitpatienten die Rolle des Hilfreichen und Verständnisvollen. Es fällt ihm schwer,

die eigene Hilflosigkeit und Schwäche zuzulassen und er möchte als „guter Kerl“ dastehen. Im Laufe der Behandlung wird ihm seine innere Hilflosigkeit, Bedürftigkeit und Zerrissenheit im Rahmen seiner türkisch-deutschen Identität bewusst. Er neigt dabei zu depressiv-selbstmitleidigen Reaktionen und weicht in angeberische Größenfantasien aus. Dabei fällt es ihm schwer, die Trennung von der Ehefrau zu akzeptieren. Hilfreich sind ihm sportliche Aktivitäten, um sein Selbstwertgefühl zu steigern und depressive Phasen zu bewältigen. Im weiteren Behandlungsverlauf gelingt es ihm besser, die Trennungssituation zu bewältigen. Eine Aufarbeitung der glücksspielertypischen Vaterproblematik gelingt nicht, da er den Vater idealisiert, sodass ihm das Fehlen einer männlichen Identifikationsfigur während der Kindheit und die spätere Übernahme von Verhaltensmustern seines Vaters, wie seine zwischenzeitliche Unzuverlässigkeit und das Glücksspielverhalten, nicht bewusst werden. Bezogen auf die materielle Situation erfolgt eine detaillierte Schuldenaufstellung, aber keine weitergehende Verbesserung der materiellen Situation. Zum Entlassungszeitpunkt besteht aufgrund der Verschuldung, dem drohenden Gerichtsverfahren, der Trennung von der Ehefrau und zunehmenden Entfremdung von der Tochter sowie der Arbeitslosigkeit eine extrem belastende Lebenssituation. Herr T. wird die bereits vor der Behandlung bestehende ambulante Behandlung bei einer Suchtberatungsstelle fortsetzen.

Literatur:

- Bensel, Wolfgang (2007): Implizite Krankheitsvorstellungen bei ausländischen Glücksspielern. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 38 (3), 167-172.
- Chambers, Iain (1996): Migration, Kultur und Identität. Tübingen: Stauffenburg. [Amerikanisches Original 1994]
- Denzer, Petra et al. (1996): Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebot (Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht). In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1996. Geesthacht: Neuland, 279-295.
- Lesieur, Henry (1988): The female pathological gambler. In: Eadington, William (Ed.): Gambling research: Proceedings of the seventh international conference on gambling and risk taking. Reno: Bureau of Business and Economic Research, University of Nevada, 230-258.
- Meyer, Christian et al. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Greifswald und Lübeck. Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Petry, Jörg (2009): Das Störungsbild der „Glücksspielsucht“ und seine Behandlung. In: Die Psychiatrie, 6 (3), 132-138.
- Petry, Jörg (Hrsg.) (2013): Differenzielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern. Freiburg/Br.: Lambertus.
- Pfeiffer-Gerschel, Tim et al. (2011): Deutsche Suchtkrankenhilfestatistik 2009: Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. In: Sucht, 57 (6), 421-430.
- Premper, Volker (2006): Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern. Lengerich: Pabst.
- Vogelgesang, Monika (2010): Traumata, traumatogene Faktoren und pathologisches Glücksspielen: Eine genderspezifische Analyse. In: Psychotherapeut, 55 (1), 12-21.
- Vogelgesang, Monika (2011): Pathologisches Glücksspielen bei Frauen: Ablenkung von Depression und Angst. In: Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 1, 36-39.

8 Literatur

8.1 Weiterführende Fachliteratur

- Bergler, Edmund (1957): *The psychology of gambling*. New York: Hill & Wang. (Reprint 1985)
- Füchtenschnieder-Petry, Ilona; Petry, Jörg (2010): *Game Over: Ratgeber für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen*. 2. Auflage. Freiburg: Lambertus.
- Gebhardt, Ihno et al. (Hrsg.) (2008): *Glücksspiel in Deutschland: Ökonomie, Recht, Sucht*. Berlin: De Gruyter.
- Giżycki, Jerzy; Górný, Alfred (1970): *Glück im Spiel zu allen Zeiten*. Zürich: Stauffacher.
- Meyer, Gerhard; Bachmann, Meinolf (2011): *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. Heidelberg: Springer.
- Meyer, Gerhard et al. (Ed.) (2009): *Problem gambling in Europe. Challenges, prevention and intervention*. New York: Springer.
- Petry, Jörg (2003): *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, Jörg (Hrsg.) (2013): *Differenzielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern*. Freiburg/Br.: Lambertus.
- Petry, Nancy (2005): *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Raylu, Namrate; Oei, Tian Po (2010): *A cognitive behavioural therapy programme for problem gambling: Therapist manual*. Hove (UK): Routledge, Chapman and Hall.
- Smith, Garry et al. (Eds.) (2007): *Research and measurement issues in gambling studies*. Amsterdam: Elsevier.
- Tretter, Felix (2009): *Systemisches Denken in Suchtforschung und -praxis. Von der linearen über die zirkuläre Kausalität zur Netzwerkperspektive*. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32 (3/4), 71-83.
- Uhl, Alfred (2009): *Absurditäten in der Suchtforschung*. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32 (3/4), 19-39.
- Walker, Michael B. (1992): *The psychology of gambling*. Oxford: Pergamon.
- West, Robert (2010): *Theory of Addiction*. Oxford (UK): Blackwell.
- Whelan, James P. et al. (2007): *Problem and pathological gambling*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.

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 Selbsterstörung. 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 Broschüren zum Thema Glücksspielen für Migrantinnen und Migranten erarbeitet. Für Betroffene gibt es das Heft „Wenn Glücksspielen zum Problem wird!“ in Deutsch/Arabisch und Deutsch/Türkisch. Für Fachkräfte, Ehrenamtliche und Angehörige haben wir das deutschsprachige Begleitheft „Glücksspielen – Suchtrisiko bei jungen Migranten“ entwickelt. Darin werden neben wichtigen Hintergrundinformationen auch konkrete Praxistipps und Hilfestellungen genannt.

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

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 (<https://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 and 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):

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen (VDR, 2001)

- 1) Pathologisches Glücksspielen als Krankheit
- 2) Voraussetzungen für die Rehabilitation von Pathologischen Glücksspieler(inne)n
- 3) Rehabilitationsziele bei Pathologischem Glücksspielen
- 4) Rehabilitationsleistungen bei Pathologischem Glücksspielen
- 5) Anforderungen an stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit einem speziellen Angebot für pathologische Glücksspieler
- 6) Anforderungen an ambulante Rehabilitationseinrichtungen mit einem speziellen Angebot für pathologische Glücksspieler
- 7) Nachsorge bei Pathologischem Glücksspielen

Anhang: Auszug aus der ICD-10

Vorbemerkung:

Diese Empfehlungen sind nicht nur dazu gedacht, die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei ihren Entscheidungen im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen zu unterstützen. Sie richten sich auch an andere Institutionen, die Hilfen für Pathologische Glücksspieler(innen) anbieten, insbesondere an die Beratungsstellen. Diese erfüllen hier eine wichtige Funktion, vor allem in der Vorbereitung und Nachsorge für medizinische Leistungen zur Rehabilitation.

1) Pathologisches Glücksspielen als Krankheit

Nach den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation handelt es sich beim Pathologischen Glücksspielen um ein eigenständiges Krankheitsbild innerhalb der psychischen Störungen. Das Pathologische Glücksspielen ist also weder einfach eine Suchterkrankung noch lediglich eine psychosomatische Störung und bedarf damit ggfs. auch einer entsprechenden Rehabilitation mit glücksspielerspezifischen Behandlungsangeboten.

Das Pathologische Glücksspielen unterscheidet sich beispielsweise dadurch von stoffgebundenen Suchterkrankungen, dass die Trennung in Entgiftung und Entwöhnung, die der Sucht-Vereinbarung zugrunde liegt, hier nicht möglich ist. Die bestehenden Empfehlungsvereinbarungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker beziehen sich auf Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit als stoffgebundene Suchtformen und gelten daher für das Pathologische Glücksspielen

nicht. Bei Pathologischem Glücksspielen handelt es sich um ein andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Glücksspielverhalten, das nosologisch als Impulskontrollstörung eingeordnet, gleichzeitig jedoch als Abhängigkeitssyndrom operationalisiert wird. Betrachtet man die Glücksspieler(innen), die derzeit in Beratung/Behandlung sind, handelt es sich dabei fast ausschließlich um männliche Patienten, deren Altersschwerpunkt bei 30 Jahren liegt. Sie spielen über mehrere Jahre mit hoher Intensität vor allem an gewerblichen Geldspielautomaten und zeigen erhebliche Auffälligkeiten wie hohe Verschuldung, erhöhte Suizid tendenz und häufige Delinquenz. Hinzu kommen häufig psychische und/oder psychosomatische Störungen. Bei einer beträchtlichen Teilgruppe (derzeit etwa ein Viertel) besteht zusätzlich eine stoffgebundene Abhängigkeit.

2) Voraussetzungen für die Rehabilitation von Pathologischen Glücksspieler(inne)n

Für die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation ist zuständig

- a) der Rentenversicherungsträger, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §§ 9 bis 11 SGB VI (§§ 7 und 8 ALG) erfüllt sind und kein gesetzlicher Ausschlussstatbestand gegeben ist,
- b) die Krankenkasse, wenn die Voraussetzungen nach (a) nicht vorliegen, jedoch die Voraussetzungen der §§ 27 und 40 SGB erfüllt sind.

Wenn pathologische Glücksspieler(innen) eine Rehabilitationsleistung der Rentenversicherung erhalten sollen, kommt es bezogen auf die persönlichen Voraussetzungen (vgl. § 10 SGB VI) vor allem darauf an, ob ihre Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Hinzukommen muss die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Erwerbsprognose.

Wenn pathologische Glücksspieler(innen) eine Rehabilitationsleistung der Krankenversicherung erhalten sollen, kommt es darauf an, ob sie notwendig ist, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V).

Rehabilitationsbedürftigkeit setzt zunächst voraus, dass die in dem Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 niedergelegten Kriterien für das „Pathologische Spielen“ (ICD-10 F63.0) erfüllt sind. Die ICD-10 unterscheidet das Pathologische Spielen (F63.0) als abnorme Gewohnheit beziehungsweise Störung der Impulskontrolle von der Beteiligung an Glücksspielen oder Wetten (Z72.6) als Problem mit Bezug auf die Lebensführung. Pathologisches Spielen besteht danach in

„häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.“ (Siehe Abdruck der ICD-10-Kriterien im Anhang).

Über die vorgenannten Kriterien hinaus sind bei der sozialmedizinischen Beurteilung insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Dauer und individueller Verlauf der Störung,
- Schwere der Glücksspielsymptomatik (unter Zuhilfenahme z. B. des Kurzfragebogens zum Glücksspielverhalten, KFG¹),
- individuelle Psychopathologie,
- psychiatrische Komorbidität,
- Anzahl und Art der Vorbehandlungen,
- Suizidversuche,
- Arbeitsunfähigkeitszeiten,
- Verschuldung,
- erhebliche Gefährdung oder Verlust der sozialen Integration (Arbeitsplatz, Wohnung, Partnerschaft),
- Straffälligkeit.

Eine medizinische Rehabilitation ist dann nicht indiziert, wenn ein symptomatisches Glücksspielverhalten vorliegt und die psychische Grundstörung durch eine ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Intervention angemessen behandelt werden kann.

Rehabilitationsfähigkeit: Der pathologische Glücksspieler muss bei Beginn der Rehabilitationsleistung in der Lage sein, aktiv an den therapeutischen Maßnahmen teilzunehmen. Dazu gehört ein Mindestmaß an körperlicher und psychischer Belastbarkeit, aber auch an Introspektions- und Verbalisierungsfähigkeit. Dies kann insbesondere dann fehlen, wenn eine Psychose oder eine erhebliche Minderbegabung mit sekundärer Glücksspielproblematik vorliegt. Eine Kontraindikation für eine medizinische Rehabilitation liegt dann vor, wenn die Behandlung einer anderen akuten Erkrankung zunächst vorrangig ist (z. B. bei akuter Suizidalität, ausgeprägter schwerer depressiver Störung oder akuter Manie).

Für die Beurteilung der Erfolgsprognose spielt die beim Versicherten vorhandene Abstinenz- und Änderungsmotivation eine große Rolle. Ein Hinweis auf das Vorliegen einer solchen Motivation kann darin bestehen, dass der Versicherte, z. B. mit Unterstützung einer Beratungsstelle, bereits konkrete Schritte zur Schuldenregulierung unternommen hat. Bei pathologischen Glücksspielern, die bei der Reha-

¹ in: Petry, J. (1996): Psychotherapie der Glücksspielsucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 299ff.

Antragstellung noch in Haft sind oder denen der Vollzug einer Haftstrafe droht, ist eine eingehende Prüfung der Abstinenz- und Änderungsmotivation besonders wichtig, wenn die Erfolgsprognose beurteilt werden soll.

Rehabilitationsprognose: Bei Krankheiten oder Behinderungen, die selbst bei einer erfolgreichen Behandlung des Pathologischen Glücksspielens einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben auf Dauer entgegenstehen, ist eine Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung ausgeschlossen (fehlende positive Erwerbsprognose). Es ist aber davon auszugehen, dass bei vielen pathologischen Glücksspielern durch eine Rehabilitationsleistung bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit deren Minderung abgewendet und bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Ein Sozialbericht – analog zu dem bei Abhängigkeitskranken – kann für die Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose sehr hilfreich sein, wird aber nicht in allen Fällen vorliegen. Im Einzelfall kann zur Überprüfung der persönlichen Voraussetzungen für die Rehabilitation auch ein Vorgespräch in einer Rehabilitationseinrichtung angezeigt sein.

3) Rehabilitationsziele bei Pathologischem Glücksspielen

Ziele der medizinischen Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen sind:

- Glücksspielabstinenz zu erreichen und zu erhalten,
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen
- und die möglichst dauerhafte (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen.

Wichtig für die Erhaltung der Glücksspielabstinenz ist die Rückfallprophylaxe. Dies gilt auch für die Motivation zur und Vorbereitung der Schuldenregulierung, soweit dies nicht schon vor der Rehabilitation geschehen ist, sowie der Aufbau eines angemessenen „Geldmanagements“.

4) Rehabilitationsleistungen bei Pathologischem Glücksspielen

Grundsätzlich ist die Behandlung von pathologischen Glücksspielern sowohl in Sucht- als auch in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen möglich. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass ein angemessenes glücksspielspezifisches Behandlungsangebot (siehe Zf. 5 und 6) vorhanden ist. Es können ambulante und/oder stationäre Rehabilitationsleistungen angezeigt sein.

Eine ambulante Rehabilitation kommt bei Pathologischem Glücksspielen insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- Das soziale Umfeld des pathologischen Glücksspielers hat eine unterstützende Funktion. Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden. Der pathologische Glücksspieler ist beruflich noch so ausreichend integriert, dass spezifische Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung voraussichtlich nicht erforderlich sind.
- Der pathologische Glücksspieler besitzt die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans im Rahmen der ambulanten Rehabilitation.
- Der pathologische Glücksspieler ist gewillt und in der Lage, während der ambulanten Rehabilitation Glücksspielabstinenz einzuhalten. Ein einzelner Rückfall während der ambulanten Rehabilitation hat aber nicht zwangsläufig einen Wechsel der Rehabilitationsform zur Folge.
- Auch bei einem langen und/oder intensiven Störungsverlauf oder bei Arbeitslosigkeit kann die Indikation für eine ambulante Rehabilitation bestehen, soweit im übrigen die obigen Kriterien erfüllt sind.

Umgekehrt kommt eine stationäre Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- Das soziale Umfeld des pathologischen Glücksspielers hat keine ausreichende unterstützende Funktion (mehr). Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden. Der pathologische Glücksspieler benötigt voraussichtliche spezifische Leistungen zur Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung.
- Dem pathologischen Glücksspieler fehlt die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans im Rahmen der ambulanten Rehabilitation.
- Der pathologische Glücksspieler ist nicht gewillt oder nicht in der Lage, während einer ambulanten Rehabilitation Glücksspielabstinenz einzuhalten.

Jenseits der symptomatologischen Ebene können im Einzelfall sehr verschiedene Konfliktkonstellationen identifiziert werden, die ein flexibles Vorgehen in unterschiedlichen Settings erfordern:

Pathologische Glücksspieler mit bestehender stoffgebundener Abhängigkeit werden in einer Einrichtung mit glücksspielerspezifischem Behandlungsangebot rehabilitiert, die auch Abhängigkeitskrankheiten behandelt (Gruppe A im Diagramm). Umgekehrt ist für Patienten, bei denen neben dem Pathologischen Glücksspielen eine spezielle psychische Störung besteht, die für sich genommen

eine psychosomatische Rehabilitation erfordert, das psychosomatische Behandlungssetting, ebenfalls mit glücksspielerspezifischem Behandlungsangebot, geboten (Gruppe D im Diagramm).

Nach dem Ergebnis der Studie von Petry & Jahrreiss für den VDR² lassen sich im Übrigen zwei Gruppen pathologischer Glücksspieler unterscheiden, von denen die eine eher Merkmale einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere vom narzisstischen Typ, aufweist und die andere eher Merkmale einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher/vermeidenden Typ. Die erste Gruppe (Gruppe B im Diagramm) ist Suchtkranken ähnlicher als die zweite Gruppe, die dafür psychosomatisch Kranken ähnlicher ist (Gruppe C im Diagramm). Eine psychiatrische/psychodiagnostische Abklärung ist erforderlich und ermöglicht in der Regel diese Unterscheidung für den einzelnen Versicherten.

Zur Unterscheidung zwischen den beiden Gruppen können insbesondere folgende Merkmale beitragen:

In der ersten Gruppe häufiger zu finden sind:

- Merkmale einer (insbesondere narzisstischen) Persönlichkeitsstörung,
- fortgeschrittene Glücksspielproblematik mit suchttypischer Eigendynamik, wobei der Patient selbst seine Symptomatik eher im Sinne eines impliziten Suchtkonzeptes verarbeitet hat,
- Straffälligkeit,
- verminderte Verhaltenskontrolle als Hinweis auf eine gestörte Impulskontrolle.

In der zweiten Gruppe häufiger zu finden sind:

- Merkmale einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher/vermeidenden Typ,
- Suizidalität,
- hoher Leidensdruck,
- umschriebener Konfliktfokus, bei dem das Glücksspielverhalten als Reaktion auf eine Belastungssituation oder als neurotischer Konfliktlösungsversuch zu verstehen ist.

Für Glücksspieler, die eher der ersten Gruppe (B) zugeordnet werden können, ist in der Regel ein Behandlungsangebot besonders geeignet, das gezielt auf ihr implizites Suchtkonzept und die bei ihnen vorhandene suchttypische Eigendynamik

² Petry, J. & Jahrreiss, R. (1999): Stationäre Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Kurzfassung des abschließenden Forschungsberichtes an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Deutsche Rentenversicherung 4/1999, S. 196-218.

der Störung einget. Die verminderte Verhaltenskontrolle macht oft ein größeres Ausmaß an äußeren Strukturvorgaben erforderlich.

Umgekehrt ist für Glücksspieler, die eher der zweiten Gruppe (C) zugeordnet werden können, ein Behandlungsansatz besonders angezeigt, der konkret an ihren depressiv-neurotischen Störungen und an der oft vorhandenen Selbstwertproblematik ansetzt und der den hier in der Regel starken Leidensdruck berücksichtigt.

Das folgende Diagramm fasst diese Überlegungen zusammen:

Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe D
<p>Beschreibung: Pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit</p>	<p>Beschreibung: Pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere vom narzisstischen Typ, ausweisen</p>	<p>Beschreibung: Pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher/vermeidenen Typ aufweisen</p>	<p>Beschreibung: Pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher psychischer Störung, die für sich genommen eine psychosomatische Rehabilitation erfordert</p>
<p>wenn eine medizinische Rehabilitation angezeigt ist</p>			
<p>Rehabilitation: in einer Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen mit glücksspieler-spezifischem Behandlungsangebot</p>	<p>Rehabilitation: eher in einer Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen mit glücksspieler-spezifischem Behandlungsangebot</p>	<p>Rehabilitation: eher in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung mit glücksspieler-spezifischem Behandlungsangebot</p>	<p>Rehabilitation: in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung mit glücksspieler-spezifischem Behandlungsangebot</p>

Über diese typologische Einordnung der pathologischen Glücksspieler hinaus sind bei der Entscheidung über die angemessene Rehabilitationseinrichtung auch folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- Ausmaß der sozialen Desintegration (Arbeitsplatz, Wohnung, Partnerschaft)
- Alter, Geschlecht, Familiensituation
- psychosozialer Entwicklungsstand
- Straffälligkeit
- Missbrauch psychotroper Substanzen,

da sich daraus der Bedarf für besondere Behandlungsangebote ergeben kann, den nicht alle Rehabilitationseinrichtungen erfüllen können.

Wenn eine Rehabilitationseinrichtung über beide Möglichkeiten verfügt, kann die Entscheidung, ob die Rehabilitation eines Versicherten an eine Sucht- oder eine Psychosomatik-Abteilung angebundnen werden soll, auch – nach der Eingangsdiagnostik und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger – erst in der Rehabilitationseinrichtung selbst getroffen werden.

Auch wenn ein angemessenes glücksspielerspezifisches Behandlungsangebot vorhanden ist, sieht die stationäre medizinische Rehabilitation von pathologischen Glücksspielern im Rahmen einer Suchtklinik anders aus als im Rahmen einer psychosomatischen Fachklinik. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass die pathologischen Glücksspieler immer nur eine Minderheit der Rehabilitanden einer Einrichtung darstellen werden und die glücksspielerspezifischen Behandlungselemente nur einen Teil der Rehabilitationsbehandlung darstellen. Mit Abstrichen gilt dies auch für die ambulante Rehabilitation von pathologischen Glücksspielern.

Über die Dauer der medizinischen Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen entscheidet der Rehabilitationsträger, bei Verlängerungen in der Regel auf Vorschlag der Rehabilitationseinrichtung. Da bei stationär zu rehabilitierenden pathologischen Glücksspielern das Störungsbild einen hohen Schweregrad aufweist und der Umfang der notwendigen Behandlung erheblich ist, dauert die stationäre Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen in der Regel acht bis zwölf Wochen (ggf. mit entsprechendem Behandlungszeitbudget für die Reha-Klinik), unabhängig davon, zu welcher der oben skizzierten Gruppen A, B, C oder D der Rehabilitand gehört. Bei Vorliegen einer zusätzlichen behandlungsbedürftigen stoffgebundenen Abhängigkeit richtet sich die Dauer jedoch vorwiegend nach dem für die Behandlung dieser Störungen notwendigen Zeitraum. Die Dauer der ersten Kostenbewilligung sollte mindestens vier Wochen betragen.

Bei ambulanter Rehabilitation entscheidet der Rehabilitationsträger über die im Einzelfall angemessene Behandlungsdauer unter Berücksichtigung des Behandlungskonzeptes der Einrichtung. In begründeten Einzelfällen kann auch für pathologische Glücksspieler – unabhängig von der Wahl der primären Rehabilitationseinrichtung – eine (interne oder externe) Adaption erforderlich sein.

5) Anforderungen an stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit einem speziellen Angebot für pathologische Glücksspieler

Wenn pathologische Glücksspieler stationär rehabilitiert werden müssen, brauchen sie ein angemessenes und glücksspielerspezifisches Behandlungsangebot.

Die Rehabilitationseinrichtung muss ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept für das Pathologische Glücksspielen vorlegen, das u. a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den therapeutischen Zielen und zu den Leistungen einschließlich der Leistungsdauer enthält. Das glücksspielerspezifische Behandlungsangebot muss mindestens folgende Elemente umfassen:

- störungsspezifische Gruppenpsychotherapie im Umfang von drei Sitzungen (je 90 Minuten) pro Woche, bei Bedarf im Co-Therapeutesystem,
- regelmäßige Einzelgespräche,
- regelmäßige Einzel- und Gruppenberatung sowie -training zum angemessenen Umgang mit Geld und der Schuldenproblematik,
- Sicherstellung der Glücksspiel- und Suchtmittelabstinenz für alle Patienten der Klinik durch Hausordnung und Vereinbarung mit den Patienten (einschl. entsprechender Kontrollen).

Daneben sind die übrigen, für die Rehabilitation von psychosomatischen oder Abhängigkeitserkrankungen erforderlichen Leistungsangebote vorzuhalten (z. B. ärztliche Behandlung, indikative Gruppenangebote, Soziotherapie, Entspannungstraining, Sport; Arbeit mit Angehörigen bzw. Bezugspersonen). Für Rehabilitanden der Rentenversicherung besonders wichtig sind dabei ausreichende berufsorientierte Behandlungselemente (z. B. Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Kompetenztraining).

Als Teil der Qualitätssicherung sind regelmäßige, glücksspielerspezifische Katamnesen zum Rehabilitationserfolg erforderlich.

Die Einrichtung muss über genügend Erfahrung mit der Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen und entsprechend qualifiziertes Personal verfügen. Um glücksspielerspezifische Gruppenangebote realisieren zu können, wird eine Mindestzahl von ca. 50 Patienten pro Jahr benötigt. Da das Pathologische Glücks-

spielen im Rehabilitationsgeschehen der Kranken- und Rentenversicherung quantitativ keine große Rolle spielt, bedeutet dies, dass die stationäre Rehabilitation bei dieser Störung in Schwerpunkteinrichtungen (und nicht flächendeckend in jeder Region) stattfinden sollte.

6) Anforderungen an ambulante Rehabilitationseinrichtungen mit einem speziellen Angebot für pathologische Glücksspieler

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung muss ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das u. a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den therapeutischen Zielen und zu den Leistungen einschließlich der Leistungsdauer enthält. Das glücksspielerspezifische Behandlungsangebot muss mindestens folgende Elemente umfassen:

- störungsspezifische Gruppenpsychotherapie (mindestens sechs Teilnehmer) im Umfang von mindestens einer Sitzung (100 Minuten) pro Woche, bei Bedarf im Co-Therapeutesystem,
- regelmäßige Einzelgespräche, mindestens einmal innerhalb von zwei Wochen, Sicherstellung der Glücksspielabstinenz bei allen behandelten Glücksspielern und Sicherstellung der Suchtmittelabstinenz bei stoffgebundener Suchtproblematik durch Vereinbarung mit den Patienten (einschl. entsprechender Kontrollen).

Daneben sind die übrigen, für die ambulante Rehabilitation erforderlichen Leistungsangebote vorzuhalten (z. B. ärztliche Behandlung, indikative Gruppenangebote, Entspannungstraining, Sport). Auch in der ambulanten Rehabilitation sind bei Bedarf für Rehabilitanden der Rentenversicherung ausreichende berufsorientierte Hilfen zur Verfügung zu stellen (z. B. Hilfestellung bei Vermittlung in einen Arbeitsplatz).

Als Teil der Qualitätssicherung sind regelmäßige, glücksspielerspezifische Katamnesen zum Rehabilitationserfolg erforderlich. Die Einrichtung muss genügend Erfahrung mit der Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen vorweisen können.

Zum Behandlungsangebot der Einrichtung muss die Arbeit mit Angehörigen bzw. Bezugspersonen gehören. Für das notwendige Geld- und Schuldenmanagement soll darüber hinaus die Zusammenarbeit mit einer Schuldnerberatungsstelle oder einer ähnlichen Einrichtung stattfinden.

In der Einrichtung muss ein Psychiater regelmäßig und verantwortlich mitarbeiten. Die Einrichtung muss über mindestens einen approbierten (ärztlichen

oder psychologischen) Psychotherapeuten (bzw. Psychotherapeutin) verfügen, der/die für die glücksspielerspezifischen psychotherapeutischen Behandlungselemente zur Verfügung steht³. Daneben muss ein(e) Sozialarbeiter(in) in der Einrichtung mitarbeiten. Mindestens drei therapeutische Mitarbeiter(innen) müssen hauptamtlich in der Einrichtung tätig sein. Die psychotherapeutischen Mitarbeiter(innen) müssen über Erfahrungen in der Behandlung pathologischer Glücksspieler oder über eine sich darauf beziehende Fortbildung⁴ verfügen. Für die notwendigen ergänzenden Angebote müssen geeignete Fachkräfte zur Verfügung stehen. Daneben ist eine regelmäßige externe Supervision erforderlich.

Als ambulante Rehabilitationseinrichtungen, die pathologische Glücksspieler behandeln, kommen sowohl Beratungs-/Behandlungsstellen in Frage, die sich ausschließlich pathologischen Glücksspielern widmen (aber ggfs. im Verbund mit einer anderen Beratungs-/Behandlungsstelle arbeiten), als auch Beratungs-/Behandlungsstellen, für die pathologische Glücksspieler nur eine von mehreren Klientengruppen darstellen. Rehabilitationskliniken, die pathologische Glücksspieler behandeln, können ebenfalls ambulante Rehabilitationsleistungen bei diesem Störungsbild erbringen. Sollen auch pathologische Glücksspieler der Gruppe A (Pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit) ambulant rehabilitiert werden, muss die Einrichtung nach § 5 der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS) anerkannt sein.

Empirisch begründete Aussagen zum aktuellen Bedarf an ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für Pathologisches Glücksspielen können noch nicht getroffen werden. Die Erfahrungen der Rehabilitationsträger und -einrichtungen sprechen aber dafür, dass zumindest in Ballungsräumen ein solcher Bedarf vorhanden ist, zumal diese Einrichtungen dann auch Aufgaben der Nachsorge nach stationärer Rehabilitation wegen Pathologischem Glücksspielen wahrnehmen könnten. Beratungsstellen, die seit vielen Jahren einen Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf die Beratung/Behandlung pathologischer Glücksspieler gelegt haben, sollten nach Möglichkeit – ggf. über Übergangsregelungen – in die ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen einbezogen werden.

³ Hier sind ggfs. Übergangsregelungen für schon lange in der Suchttherapie tätige Sozialarbeiter(innen) mit indikationsübergreifender Weiterbildung vorzusehen.

⁴ Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) arbeitet an einem entsprechenden Curriculum.

7) Nachsorge bei Pathologischem Glücksspielen

Grundsätzlich ist eine Nachsorge auch beim Pathologischen Glücksspielen für viele Rehabilitanden sinnvoll. Sie kann z. B. als Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, aber auch als strukturierte Nachsorge durch eine Beratungs-/Behandlungsstelle durchgeführt werden. Sie sollte – wenn erforderlich – im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Rehabilitation beginnen, wenn die Rehabilitationseinrichtung eine Nachsorge-Empfehlung ausspricht. Obwohl das Pathologische Glücksspielen nicht unter die bestehenden Empfehlungsvereinbarungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker fällt, kommt die Finanzierung einer erforderlichen Nachsorge für pathologische Glücksspieler analog zu dem vom jeweiligen Rehabilitationsträger praktizierten Verfahren bei der Nachsorge Abhängigkeitskranker (z. B. analog zur Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht) in Betracht. Entsprechende Einrichtungen müssen Erfahrungen in der Beratung bei Pathologischem Glücksspielen nachweisen und ein geeignetes Nachsorgekonzept vorlegen. In der überwiegenden Zahl der Fälle wird die strukturierte Nachsorge an Beratungs-/Behandlungsstellen für Suchtkranke stattfinden.

Bei behandlungsbedürftigen psychischen Störungen (z. B. Depressionen) kann nach der stationären Rehabilitation eine ambulante Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angezeigt sein.

Anhang:

Auszug aus der ICD-10

ICD-10 (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen.

Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation.

2. korrigierte Auflage. München: Urban & Schwarzenberg

Anhang:**Auszug aus der ICD-10**

ICD-10 (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen.
Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation.

F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

In dieser Kategorie sind verschiedene nicht an anderer Stelle klassifizierbare Verhaltensstörungen zusammengefasst. Sie sind durch wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrollierbar werden können und die meist die Interessen des betroffenen Patienten oder anderer Menschen schädigen. Der betroffene Patient berichtet von impulshaftem Verhalten. Die Ursachen dieser Störung sind unklar, sie sind wegen deskriptiver Ähnlichkeiten hier gemeinsam aufgeführt, nicht weil sie andere wichtige Merkmale teilen.

Exkl.: Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, die das sexuelle Verhalten betreffen **(F65.-)**
Gewohnheitsmäßiger exzessiver Gebrauch von Alkohol oder psychotropen Substanzen **(F10-F19)**

F63.0 Pathologisches Spielen

Die Störung besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.
Zwanghaftes Spielen

Exkl.: Exzessives Spielen manischer Patienten **(F30.-)**
Spielen bei dissozialer Persönlichkeitsstörung **(F60.2)**
Spielen und Wetten o.n.A. **(Z72.6)**

10 Adressen- und Kontaktverzeichnis

10.1 Koordinations- bzw. Landesfachstellen Glücksspielsucht der Länder

Baden-Württemberg

Referat 55
Ministerium für Soziales, Gesundheit
und Integration Baden-Württemberg
70173 Stuttgart, Else-Josenhans-Str. 6
www.spass-statt-sucht.de

Bayern

Landesstelle Glücksspielsucht
in Bayern
80686 München, Edelsbergstr. 10
Tel. +49 89 5527359-0
info@lsgbayern.de
www.lsgbayern.de
www.verspiel-nicht-dein-leben.de

Berlin

Präventionsprojekt Glücksspiel
pad gGmbH
13086 Berlin, Charlottenburgerstr. 2
Tel. +49 30 84522112
praevention.gluecksspiel@pad-berlin.de
www.faul-es-spiel.de

Brandenburg

Landeskoordinierung Glücksspielsucht
Brandenburgische Landesstelle für
Suchtfragen e.V.
14467 Potsdam, Behlertstr. 3a, Haus H1
Tel. +49 331 581380-0
gluecksspielsucht@blsev.de
www.spielsucht-brandenburg.de

Bremen

Bremer Fachstelle Glücksspielsucht
28359 Bremen, Grazer Str. 2
Tel. +49 421 218-68708
gluecksspielsucht@uni-bremen.de
www.gluecksspielsucht-bremen.de

Hamburg

Automatisch verloren!
20097 Hamburg, Repsoldstr. 4
Tel. +49 40 28499180
service@sucht-hamburg.de
www.automatisch-verloren.de

Hessen

Projekt Glücksspielsucht
Hessische Landesstelle für
Suchtfragen e. V. (HLS)
60325 Frankfurt/Main, Zimmerweg 10
Tel. +49 69 71376777
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Mecklenburg-Vorpommern

Landesfachstelle Glücksspielsucht MV
19053 Schwerin, Lübecker Str. 24a
Tel. +49 385 7851560
info@gluecksspielsucht-mv.de
www.gluecksspielsucht-mv.de

Niedersachsen

Glücksspielsucht – Prävention und
Beratung
Niedersächsische Landesstelle für
Suchtfragen
30159 Hannover, Grubenstr. 4
Tel. +49 511 626266-0
info@nls-online.de
www.gluecksspielsucht-
niedersachsen.de

Nordrhein-Westfalen

Landesfachstelle
Glücksspielsucht NRW
33602 Bielefeld, Niederwall 51
Tel. +49 521 3995589-0
kontakt@gluecksspielsucht-nrw.de
www.gluecksspielsucht-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Koord. Fachstelle Prävention
der Glücksspielsucht und
Medienabhängigkeit
Sozialraumentwicklung /
Suchtprävention
Landesamt für Soziales, Jugend
und Versorgung
55118 Mainz, Rheinallee 97-101
Tel. 06131 967-705
www.suchtpraevention.rlp.de/program-
me/praevention-der-gluecksspielsucht/

Saarland

Landesfachstelle Glücksspielsucht
Saarland
Haus der Caritas
66111 Saarbrücken, Johannisstr. 2
Tel. +49 681 30906-90
info@gluecksspielsucht-saar.de
www.gluecksspielsucht-saar.de

Sachsen

Projekt Koordination Prävention
Glücksspielsucht
SLS e.V.
01099 Dresden, Glacisstr. 26
Tel. +49 351 8045506
KoordinationGSS@slsev.de
www.slsev.de

Schleswig-Holstein

Koordinierungsstelle
Glücksspielsuchthilfe und
Medienabhängigkeit
Landesstelle für Suchtfragen
Schleswig-Holstein e. V.
24119 Kronshagen, Schreiberweg 10
Tel. +49 431 657394-40
sucht@lssh.de
www.lssh.de/gluecksspiel

Thüringen

Thüringer Fachstelle GlücksSpielSucht
fdr Fachverband Drogen- und
Suchthilfe e. V.
99091 Erfurt, Dubliner Str. 12
Tel. +49 361 3461746
gluecksspielsucht@fdr-online.info
www.gluecksspielsucht-thueringen.de

10.2 Landesstellen für Suchtfragen

Landesstelle für Suchtfragen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege

in Baden-Württemberg e. V.
70173 Stuttgart, Stauffenbergstr. 3
Ansprechpartner: Dr. John Litau
Tel. +49 711 61967-0
Fax +49 711 61967-67
info@lss-bw.de
www.lss-bw.de

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe

80336 München, Lessingstr. 1
Ansprechpartnerin: Bettina Lange
Tel. +49 89 536515
Fax +49 89 5439303
info@kbs-bayern.de
www.kbs-bayern.de

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.

10585 Berlin, Gierkezeile 39
Ansprechpartnerin: Angela Grube
Tel. +49 30 34389160
Fax +49 30 34389162
info@landesstelle-berlin.de
www.landesstelle-berlin.de

Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (BLS) e. V.

14467 Potsdam, Behlertstr. 3a, Haus H1
Ansprechpartnerin: Andrea Hardeling
Tel. +49 331 581380-0
Fax +49 331 581380-25
info@blsev.de
www.blsev.de

Bremische Landesstelle für Suchtfragen (BreLS) e. V.,

c/o Ambulante Suchthilfe Bremen
28195 Bremen, Bürgermeister-Smidt-
Str. 35
Ansprechpartnerin: Melanie Borgmann
Tel. 0 162 2627755
info@brels.de
www.brels.de

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

20095 Hamburg, Burchardstr. 19
Ansprechpartnerin: Tanja Adriany
Tel. +49 40 30386555
info@landesstelle-hamburg.de
www.landesstelle-hamburg.de

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

60325 Frankfurt a.M., Zimmerweg 10
Ansprechpartnerin:
Susanne Schmitt
Tel. +49 69 71376777
Fax +49 69 71376778
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

30159 Hannover, Grupenstr. 4
Ansprechpartner: Michael Cuyppers
Tel. +49 511 626266-0
Fax +49 511 626266-22
info@nls-online.de
www.nls-online.de

**Suchtkooperation NRW,
c/o Landschaftsverband Rheinland**

Dezernat 8
50663 Köln
kontakt@suchtkooperation.nrw
Ansprechpartnerin: Dr. Anne Pauly
Tel. +49 221 809-7794
Fax +49 221 809-6657
<https://suchtkooperation.nrw/>

**Landesstelle für Suchtfragen
Rheinland-Pfalz e.V.**

**c/o Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche der Pfalz**
Ansprechpartnerin: Anette Schilling
67346 Speyer, Karmeliterstr. 20
Tel. +49 6232 664-254
Fax +49 6232 664-142
anette.schilling@diakonie-pfalz.de
www.liga-rlp.de

**Saarländische Landesstelle für
Suchtfragen e.V.,
c/o Caritas-Zentrum Saarpfalz**

66424 Homburg, Schanzstr. 4
Ansprechpartner: Andreas M. Heinz
Tel. +49 6841 9348512
Fax +49 6841 9348519
andreas.heinz@caritas-speyer.de
[https://www.liga-saar.de/ausschuesse/
landesstelle-fuer-suchtfragen/](https://www.liga-saar.de/ausschuesse/landesstelle-fuer-suchtfragen/)

**Sächsische Landesstelle gegen
die Suchtgefahren e.V.**

01099 Dresden, Glacisstr. 26
Ansprechpartner: Dr. Olaf Rilke
Tel. +49 351 8045506
Fax +49 351 8045506
info@slsev.de
www.slsev.de

**Landesstelle für Suchtfragen
im Land Sachsen-Anhalt**

39112 Magdeburg, Halberstädter Str. 98
Ansprechpartnerin:
Helga Meeßen-Hühne
Tel. +49 391 5433818
Fax +49 391 5620256
info@ls-suchtfragen-lsa.de
www.ls-suchtfragen-lsa.de

**Landesstelle für Suchtfragen
Schleswig-Holstein e.V.**

24119 Kronshagen, Schreberweg 10
Ansprechpartner: Kai Sachs
Tel. +49 431 657394-40
Fax +49 431 657394-55
sucht@lssh.de
www.lssh.de

**Thüringer Landesstelle
für Suchtfragen e.V.**

99096 Erfurt, Steigerstr. 40
Ansprechpartner: Sebastian Weiske
Tel. +49 361 7464585
Fax +49 361 7464587
info@tls-suchtfragen.de
www.tls-suchtfragen.de

11 Beratungstelefone

Die bundesweite Telefonberatung zur Glücksspielsucht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet täglich Betroffenen, Angehörigen und Multiplikatoren kompetente Ansprechpartner sowie fachlich fundierte Informationen rund um den Themenbereich Glücksspielsucht.

Tel. **0800 1372700** (kostenfreie Servicenummer)

Tel. **0180 1372700** (3,9 Cent/Min aus dem Festnetz, Mobilfunknetz max. 42 Cent/Min)
(Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr, Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr)

Bei der Infoline Glücksspielsucht NRW, die von der Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht in Nordrhein-Westfalen betrieben wird, erhalten Glücksspielsüchtige, ihre Angehörigen und am Thema Interessierte professionelle Beratung von erfahrenen Suchtberaterinnen und -beratern bzw. Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten.

Tel. **0800 0776611** (kostenfreie Servicenummer)

(Montag – Freitag von 10.00 – 18.00 Uhr)

Die Landesstellen Glücksspielsucht in Bayern und im Saarland und die Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht Nordrhein-Westfalen bieten gemeinsam ein Beratungstelefon in türkischer Sprache für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen an.

Tel. **0800 3264762** (kostenfreie Servicenummer)

(Montag von 18.00 – 20.00 Uhr, Dienstag und Donnerstag von 20.00 – 22.00 Uhr)

Die Abteilung Glücksspielsucht der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen betreibt eine russischsprachige Glücksspielberatung.

Tel. **+49 511 7014664**

(Montag von 16.00 – 18.00 Uhr)

12 Nützliche Internetadressen

<https://www.check-dein-spiel.de/>

Portal zum Thema Glücksspielsucht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Onlineberatungsangebot, Selbsttest und Wissenstest.

<https://innen.hessen.de/Buerger-Staat/Gluecksspiel/Gluecksspiel-in-Deutschland/Fachbeirat>

Fachbeirat Glücksspielsucht – eine unabhängige Einrichtung zur Beratung der Länder.

www.gluecksspielsucht.de

Fachverband Glücksspielsucht e.V. (fags)

www.forum-gluecksspielsucht.de

Forum für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen

www.forum-gewerberecht.de

Forum Gewerberecht/Rubrik Spielrecht

Von Betroffenen für Betroffene:

www.anonyme-spieler.org

Anonyme Spieler Deutschland

Die DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchthilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe. Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm

Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30

info@dhs.de
www.dhs.de

Die DHS im Internet (www.dhs.de)

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Gleichzeitig besteht ein Zugang zu allen Broschüren und Faltblättern. Die Einrichtungsdatei ermöglicht den schnellen Zugang zu Hilfeangeboten der Beratungs- und Behandlungsstellen und der Selbsthilfe in Deutschland.

Beratungs- und Einrichtungssuche (www.suchthilfeverzeichnis.de und www.dhs.de)

Auf der Internetseite www.suchthilfeverzeichnis.de finden Sie eine Adressdatenbank mit allen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland.

DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden:

www.dhs.de

Bibliothek der DHS

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Der Bibliotheksbestand umfasst über 42.000 Titel und wächst kontinuierlich um ca. 1.000 Medieneinheiten pro Jahr. Er gliedert sich in zwei Bereiche:

- ▶ den „aktuellen“ Bestand (Erscheinungsjahr: ab 1950)
- ▶ das historische Archiv (Erscheinungsjahr: ab 1725)

Über die Internetseite www.dhs.de ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.

Die BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Sie nimmt für den Bund Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sie Strategien und setzt diese in Kampagnen, Programmen und Projekten um.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149–161
50825 Köln

Tel. +49 221 89920
Fax +49 221 8992300

poststelle@bzga.de
www.bzga.de

BZgA-Info-Telefon

Das BZgA-Info-Telefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Abhängigkeitsproblemen bietet das BZgA-Telefon eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfe- und Beratungsangebote zu vermitteln.

BZgA Publikationen,
Informationsmaterialien

Die Ergebnisberichte der repräsentativen Bevölkerungsbefragungen zu Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht der BZgA aus den Jahren 2007, 2009 und 2011 sowie weitere Informationsmaterialien zum Thema Glücksspielsucht können auf www.bzga.de eingesehen, heruntergeladen und bestellt werden.

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung

Tel. +49 221 892031

(Preis entsprechend der Preisliste ihres Telefonanbieters)

Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr und

Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

Sucht & Drogen Hotline

Tel. 01806 313031

0,20 €/Anruf aus dem deutschen Festnetz und aus dem Mobilfunknetz.

Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.)

Montag – Sonntag von 0.00 – 24.00 Uhr

Impressum



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Herausgeber

© Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de, www.dhs.de

Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann
Gabriele Bartsch
Armin Koeppel
Christa Merfert-Diete

Autoren/-innen

Dr. Jörg Petry, Bielefeld
Ilona Füchtenschnieder-Petry, Bielefeld
Dr. med. Thomas Brück, Neunkirchen
Dr. med. Monika Vogelgesang,
Neunkirchen

Alle Rechte vorbehalten

5. Auflage, Oktober 2022

Gestaltung

STADTLANDFLUSS, Frankfurt

Druck

klimaneutral gedruckt.
Warlich Druck Meckenheim GmbH,
Am Hambuch 5, 53340 Meckenheim

Auflage (Code)

5.15.10.22

ISBN 978-3-937587-05-9

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369, 59003 Hamm (info@dhs.de) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln (bestellung@bzga.de) kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.
Best.-Nr.: 33221206

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de | www.dhs.de



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-937587-05-9