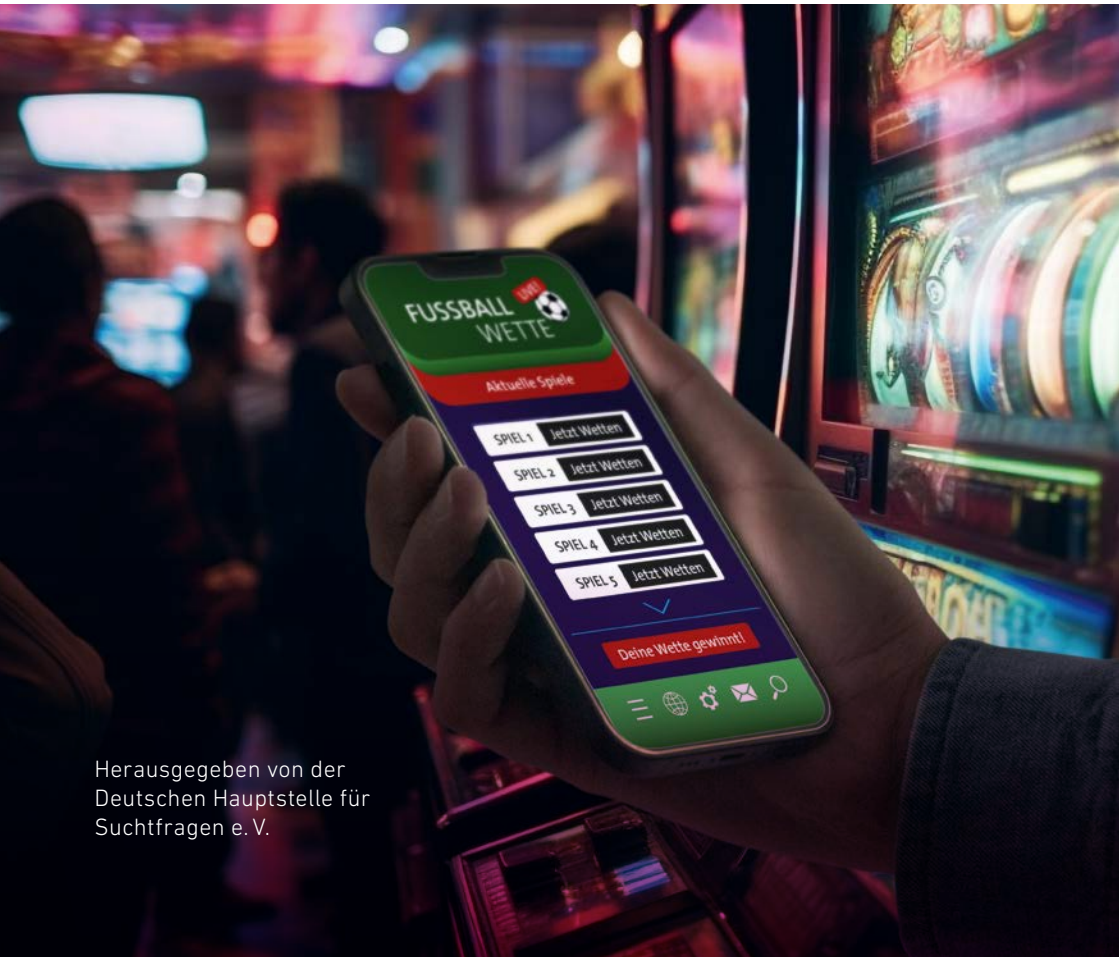


GLÜCKSSPIELSUCHT

Suchtmedizinische Reihe
Band 6



Herausgegeben von der
Deutschen Hauptstelle für
Suchtfragen e. V.

GLÜCKSSPIELSUCHT

Suchtmedizinische Reihe
Band 6

Die Erkenntnisse der Wissenschaft unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autorinnen und Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen.

In diesem Werk getätigte Aussagen, die Bewertungen oder Einordnungen durch die Autor:innen beinhalten, müssen nicht unbedingt der Position der herausgebenden Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. entsprechen.

Hinweise zur geschlechtergerechten Sprache bei der DHS finden Sie unter folgenden Link:
www.dhs.de/gender-sprache

Alternativ kommen Sie auch über den QR-Code auf unsere Erläuterungen.



Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Jörg Petry
Ilona Füchtenschnieder-Petry
Dr. Tobias Hayer
Dr. Ulrich Kemper
Prof. Dr. Jan-Philipp Rock
Dr. Monika Vogelgesang

	Vorwort	9			
1	Glück – Spiel – Sucht	10			
1.1	Gegenstandsbestimmung	10			
1.1.1	Definition	10			
1.1.2	Formen des Glücksspiels	12			
1.1.3	Nosologie	19			
1.2	Rechtliche Grundlagen des Glücksspiels	26			
1.2.1	Gesetzgebungsgeschichte	26			
1.2.2	Aktuelle Rechtslage: Glücksspielstaatsvertrag 2021	27			
1.2.3	Regulierung einzelner Glücksspielsegmente	29			
1.2.3.1	Die Definition des Glücksspiels	29			
1.2.3.2	Spielbanken	30			
1.2.3.3	Spielhallen	30			
1.2.3.4	Gewerbliches Automatenspiel	32			
1.2.3.5	Sportwetten	32			
1.2.3.6	Onlineglücksspiel	33			
1.2.4	Überblick über wichtige Spielerschutzvorschriften	34			
1.2.4.1	Spielersperre	34			
1.2.4.2	Einzahlungslimit	35			
1.2.4.3	Automatisierte Früherkennungssysteme	36			
1.2.4.4	Werbebeschränkungen	37			
1.3	Ökonomie des Glücksspielmarktes und Lobbyismus	37			
	Literatur	42			
2	Epidemiologie	45			
2.1	Prävalenz	45			
2.1.1	Verbreitung in der Bevölkerung	45			
2.1.2	Beratungs- und Behandlungsprävalenz	49			
			2.2	Bevorzugtes Glücksspiel	51
			2.3	Soziodemografie	53
			2.4	Komorbide Störungen in der Bevölkerung	54
			2.5	Verlauf	54
			2.5.1	Karriereentwicklung	54
			2.5.2	Selbstheilungsprozess	56
				Literatur	58
			3	Störungstheorien	60
			3.1	Genetik und Neurobiologie	60
			3.1.1	Genetik	60
			3.1.2	Neurobiologie	61
			3.2	Individuumzentrierte und multifaktorielle Ursachenmodelle	64
			3.2.1	Entwicklungspsychopathologie	64
			3.2.2	Suchtkonzepte	67
			3.2.2.1	Klassisches Suchtkonzept	67
			3.2.2.2	Verhaltenssuchtkonzept	69
			3.2.3	Kognitive Verzerrungen	72
			3.2.4	Der Lebensstilansatz	75
			3.2.5	Das psychologische Vulnerabilitätsmodell	78
			3.2.6	Das Pfadmodell	80
			3.2.7	Multifaktorielle Modelle	83
			3.2.7.1	Vereinzelte Risikofaktoren	84
			3.2.7.2	Neurobiologie und Persönlichkeit	88
			3.2.7.3	Verfügbarkeit und sozioökonomischer Status	89
			3.2.7.4	Entfremdung und Lebenssinn	90
			3.3	Kulturgeschichte und Gesellschaftsstruktur	91
			3.3.1	Kulturelle Normierung	91

3.3.2	Gesellschaftsformation und Bedeutungswandel	92
3.3.3	Lebenswelt und Handlungskontrolle	94
	Literatur	95
4	Diagnostik	101
4.1	Differentialdiagnostik	101
4.2	Screeningverfahren	102
4.3	Anamnestik	104
4.3.1	Glücksspielsymptomatik und Psychopathologie	104
4.3.2	Diagnostik der Persönlichkeit und Komorbidität	105
4.3.2.1	Persönlichkeit	105
4.3.2.2	Komorbidität	106
	Literatur	108
5	Prävention	110
5.1	Verhaltensprävention	112
5.2	Verhältnisprävention	113
5.3	Sperrsystem	116
5.4	Jugendschutz	119
	Literatur	120
6	Selbsthilfe	121
	Literatur	125
7	Beratung	126
7.1	Telefonische Beratung	126
7.2	Onlineberatung und Chatangebote	126
7.3	Internetforen	127
7.4	Beratungsstellen	128
7.5	Rechtsberatung	129
7.5.1	Ziel der Rechtsberatung	129
7.5.2	Präventive Schutzmaßnahmen	130
7.5.2.1	Veranlassung der Spielersperre	130
7.5.2.2	Hinweis auf den „Panic Button“ beim Onlineglücksspiel	131

7.5.2.3	Festsetzung eines Einzahlungslimits beim Onlineglücksspiel	132
7.5.3	Reaktive Schutzmaßnahmen	133
7.5.3.1	Geltendmachung von Rückzahlungsansprüchen	133
7.5.3.2	Fehlende Geschäftsfähigkeit des Glücksspielers und der Glücksspielerin	133
7.5.3.3	Verletzungen von Sperrpflichten oder Limitbeschränkungen	134
7.5.3.4	Spiel bei illegalen Anbietern	136
7.5.4	Strafrechtliche Verantwortlichkeit des Glücksspielers und der Glücksspielerin	138
	Literatur	139
8	Behandlung und Rehabilitation	140
8.1	Sozialrechtliche Grundlagen	140
8.2	Ambulante Psychotherapie und psychiatrische Akutbehandlung	142
8.3	Indikation zur ambulanten und stationären Rehabilitation	143
8.4	Berufliche Rehabilitation	144
	Literatur	145
9	Behandlungsmethoden	146
9.1	Psychotherapie	146
9.1.1	Symptomatische Behandlung	146
9.1.1.1	Motivierung	146
9.1.1.2	Kognitive Umstrukturierung	148
9.1.1.3	Rückfallprävention	148
9.1.2	Ursachenbezogene Behandlung	149
9.1.2.1	Selbstwertstörung	149
9.1.2.2	Gefühlsdysregulation	150
9.1.2.3	Beziehungsstörung	150
9.1.3	Sinn- und Werteklä rung	151
9.1.4	Besondere Trainingsbereiche	153
9.1.4.1	Problemlösetraining	153
9.1.4.2	Emotionstraining	158

9.1.4.3	Geld- und Schuldenmanagement	160
9.2	Katamnestik	163
9.2.1	Ambulante Beratung und Behandlung	164
9.2.2	Stationäre Behandlung	164
9.3	Angehörige und Bezugspersonen	167
9.3.1	Das „Co-Abhängigkeits“-Konzept	170
9.3.2	Typische Problemfelder	172
9.3.3	Ambulante Programme für Angehörige	173
9.3.4	Gemeindeorientierte Familientherapie	174
9.3.5	Kinder von glücksspielsüchtigen Eltern(teilen)	175
9.4	Pharmakotherapie	177
9.4.1	Medikamentöse Ansätze zur Glücksspielsucht	177
9.4.2	Medikamentöse Behandlung komorbider Störungen	178
9.4.2.1	Psychische Erkrankungen	178
9.4.2.2	Körperliche Erkrankungen	179
	Literatur	181
10	Differentielle Behandlungsstrategien	187
10.1	Alter	187
10.1.1	Jugendalter und Glücksspiel	188
10.1.2	Behandlung von jüngeren Glücksspielern und Glücksspielerinnen	189
10.2	Gender	192
10.2.1	Frauenspezifisches Störungsbild	192
10.2.2	Frauenspezifische Behandlung	196
10.3	Ethnie	199
10.3.1	Ethnische Herkunft und Glücksspielproblematik	199
10.3.2	Klinisches Fallbeispiel	202
	Literatur	206

11	Weiterführende Literatur	208
11.1	Fachliteratur	208
11.2	Romane und Tatsachenberichte	209
	Landesstellen für Suchtfragen	211
	Landeskoordinierungs- bzw. Landesfachstellen Glücksspielsucht der Länder	213
	Beratungstelefone	216
	Onlineberatung	217
	Nützliche Internetadressen	218
	Der Fachverband Glücksspielsucht e.V. (FAGS)	220
	Die DHS	222
	Die BZgA	224
	Impressum	225

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 stehen, bei denen substanzbezogene und nicht-substanzbezogener Störungen vorliegen. Die Bände dieser Reihe richten sich an Ärztinnen und Ärzte, vornehmlich der allgemeinmedizinischen Versorgung, sowie an psychosoziale Berufsgruppen in der psychotherapeutischen Versorgung, in der Suchttherapie und in der Sozialarbeit. Die Einzelausgaben der Reihe enthalten einen umfassenden Wissensgrundstock, der als Kompendium oder zum Nachschlagen genutzt werden kann.

Viele Menschen spielen gern. Doch Glücksspiel ist kein gewöhnliches Spiel, es ist mit erheblichen Risiken verbunden. Pathologisch Glücksspielende spielen oft viele Stunden täglich. Verlieren sie, spielen sie weiter, in der Hoffnung, dass sich das Blatt wieder wenden wird. Gewinnen sie, spielen sie weiter, da sie schließlich gerade gewinnen. Fast immer hören sie erst auf zu spielen, wenn deutlich mehr verspielt wurde, als sie anfangs einsetzen wollten. Finanzielle Probleme und Schulden sind häufige Folgen des pathologischen Glücksspiels. Hinzu kommen gesundheitliche Schäden, erhöhte Suizidalität, Angehörige, die in Mitleidenschaft gezogen werden, und gesellschaftliche Kosten in Milliardenhöhe. Viele zwanghaft Spielende rauchen zudem stark und trinken große Mengen Kaffee oder auch Alkohol. Das pathologische Glücksspiel ist eine psychische Erkrankung und erfordert als solche eine professionelle Behandlung. In Deutschland werden für Spielsüchtige in einer Reihe von Suchtfachkliniken und ambulanten Suchtberatungsstellen spezielle Therapien angeboten. Auch darüber und über viele weitere Aspekte informiert diese Broschüre.

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.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Dezember 2023

1.1 Gegenstandsbestimmung

1.1.1 Definition

Die englische Sprache unterscheidet „to play“ bezogen auf Spiele und „to gamble“ in Bezug auf Glücksspiele. In der deutschen Sprache gibt es zwar das Verb „spielen“, aber kein gängiges Verb für die Tätigkeit des Glücksspielens. Vielleicht ist dies der Grund, dass sich in die Umgangssprache und in einigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen die Bezeichnungen „Spielerin/Spieler“ und „Spielsucht“ anstatt der korrekten Benennung als „Glücksspielerin/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 Betreiberinnen und Betreiber von Glücksspielen nutzen gern die positiven Merkmale des Spielens, wenn sie ihr Angebot bewerben. So ziert das bekannte Schiller-Zitat (1795, S. 612) „... der Mensch spielt nur, wo er in voller Bedeutung des Wortes Mensch ist, und er ist nur da ganz Mensch, wo er spielt.“ unzählige Werbeanzeigen und Prospekte der Branche.

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

In der englischsprachigen Fachliteratur finden sich vielfältige sprachliche Bezeichnungen für problematische Formen des Glücksspielverhaltens. Dabei wird der Begriff „gambling“ durch spezifizierende Adjektive wie „excessive“, „obsessive“, „compulsive“, „pathological“ oder „addictive“ eingeeengt.

Für die Erfassung wesentlicher Merkmale des Gegenstandsbereiches erscheint 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 real bestehender Einschränkungen wie z. B. der starken Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern nicht möglich sind. Dabei können Frustrationen ausgeglichen und motivationale Entwicklungsanreize für neue Erfahrungen gesetzt werden (Oerter, 2011). Aufgrund der für viele Glücksspielsüchtige charakteristischen Selbstwertproblematik (vgl. Kapitel 3.2.5) 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 z. B. Schach oder sportlichem Wettbewerb haben. Sie können beim Spielen ihr subjektives Kontrollempfinden und damit ihren Selbstwert steigern, ohne sich problematischen, realen Lebensanforderungen stellen zu müssen.

Mit dem Begriff „Glück“ wird das spezifische Bedingungsgefüge des Glücksspielens durch Einbeziehung des finanziellen 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. Der Einsatz von Geld führt zu einer zusätzlichen Erregungssteigerung, birgt gleichzeitig jedoch das damit verbundene Verlustrisiko. Hiermit entsteht eine Handlungsstruktur, die reale Folgen für den Glücksspieler und die Glücksspielerin hat.

In der Karriere Glücksspielsüchtiger kommt dem Geld eine zentrale Bedeutung zu (Petry, 1998). Es ist mit Empfindungen der Wichtigkeit, Überlegenheit und sozialen Anerkennung verbunden. Anfängliche Gewinnerfahrungen (big win) führen häufig zu einer starken Bindung an das Glücksspiel. Im weiteren Verlauf entwickelt sich aufgrund der eintretenden Verluste eine Aufholjagd (chasing), d. h., der aussichtslose Versuch, eingetretene Geldverluste durch verstärktes Glücksspielen auszugleichen (vgl. Kapitel 3.2.2).

Tabelle 1.1: Begriffliche Bestandteile der Bezeichnung „Glücksspielsucht“

Terminus	Bedeutung
Spiel	Erlebte Selbstwertsteigerung durch Meisterung einer aus dem Alltagsleben abgehobenen Handlungsanforderung als Kompensation realer Einschränkungen.
Glück	(Geld-)Einsatz auf (vorwiegende) Zufallereignisse mit Erregungssteigerung aufgrund (verzerrter) Gewinnerwartungen mit langfristig negativen Folgen.
Sucht	Schuld- und schambesetzte Konfliktzuspitzung aufgrund der (verinnerlichten) Ambivalenz gegenüber Glücksspielen mit zunehmender sozialer Ausgrenzung.

Quelle: Petry, 2003, S. 13

Der Begriff „Sucht“ verweist nicht nur auf die zunehmende Eskalierung des Glücksspielverhaltens mit den entsprechenden negativen Folgen, sondern darüber hinaus auf moralische Aspekte. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Ambivalenz gegenüber Glücksspielen entsteht für die Betroffenen ein moralisches Dilemma. Die damit einhergehenden Schuld- und Schamgefühle bilden den Motor zur Entwicklung des süchtigen Verhaltens. Es folgt eine Veränderung des Selbstkonzeptes mit Zunahme von Selbstrechtfertigungen, illegalen Verhaltensweisen sowie einer verstärkten Integration in Subgruppen durch Übernahme eines Glücksspielbezogenen Lebensstils (vgl. Kapitel 3.2.4)

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 Glücksspielmarktes und Strukturmerkmale des Glücksspielangebotes (z. B. Einsatzhöhe, Gewinnmöglichkeiten, Schnelligkeit des Spielablaufes, aktive Einbeziehung des Glücksspielenden etc.). Die verschiedensten Varianten des Glücksspiels, die in Deutschland derzeit verbreitet sind, werden von Meyer und Bachmann (2017, S. 17 ff.) im Einzelnen beschrieben.

Glücksspiele sind dadurch definiert, dass man auf den Ausgang eines ausschließlich oder vorwiegend zufallsbedingten Ereignisses wettet und dabei Geld, Wertgegenstände oder Dienstleistungen in der Hoffnung auf einen größeren Gewinn 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.

Die derzeit noch häufigste Erscheinungsform eines problematischen Glücksspielverhaltens ist der Umgang mit Geldspielautomaten (in Spielhallen, Gaststätten und Spielbanken). Das damit verbundene Erleben des Glücksspielsüchtigen wird in dem autobiografischen Roman „Jackpot“ über den „Automaten-Mann“ von dem Journalisten Alexander Schuller (2008) eindrucksvoll beschrieben.

Falldarstellung

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 Spielerclique, 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“, d. h. die Übernahme aller Schulden durch Angehörige, 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 können.

Schuller schildert 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 Grundproblematiken männlicher Glücksspieler (vgl. Kapitel 2.5.1 u. Kapitel 3.2.2). 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 Glücksspielverhalten 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 als schicksalhaft 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.

Der Ausgang von Glücksspielen kann weder sicher vorhergesagt noch maßgeblich beeinflusst werden, sondern ist ausschließlich oder überwiegend vom Zufall abhängig. So gibt es neben reinen Zufallsspielen (Automatenspiele, Roulette, Lotterien) auch Glücksspiele mit einem gewissen „Kompetenzanteil“ wie etwa Poker oder Sportwetten. Der Einfluss der eigenen Kompetenzen gerade bei solchen Glücksspielen wird jedoch in der Regel überschätzt (vgl. Kapitel 3.2.3).

Für Pokerspiele wie etwa das populäre Texas Hold'em, bei dem die Teilnehmenden zufällig aus dem Kartensatz zwei Karten erhalten 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 als bestes Blatt (0,00015 %) – verschwindend gering. Wenn man, was selten vorkommt, eine derart gute Hand hat, ist dieser Vorteil nur zu realisieren, wenn man die anderen Spielteilnehmenden durch Bluffen lange genug im Spiel hält. Eine Gewinnchance beim Poker besteht also nur, wenn bedeutsame Unterschiede in der Kompetenz der Beteiligten vorliegen. Weist das Kompetenzniveau oder die Erfahrung der Beteiligten keine größeren Unterschiede auf, entscheidet auf Dauer vorwiegend der Zufall über den Spielausgang. Nur so lässt sich erklären, dass es bisher jährlich einen neuen Pokersweltmeister gab, während Schachweltmeister aufgrund ihrer herausragenden Fähigkeiten und Fertigkeiten über viele Jahre ihren Titel verteidigen können.

Inzwischen stützen sowohl quasi-experimentelle Studien (Meyer et al., 2013) als auch empirische Analysen (Rock, Fiedler, 2008) die Einordnung von Poker als Glücksspiel durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes. Für die Durchschnittsspielenden handelt es sich bei den gängigen Pokervarianten somit zumindest bei Betrachtung kürzerer Spielsequenzen um überwiegend zufallsabhängige Spielformen im Sinne des Glücksspiels.

Tabelle 1.2: Schach- und Pokersweltmeister von 2007 bis 2023 im Vergleich

Jahr	Pokersweltmeister	Amtierender Schachweltmeister
2007	Jerry Yang	Viswanathan Anand
2008	Peter Eastgate	Viswanathan Anand
2009	Joseph Cada	
2010	Jonathan Duhamel	Viswanathan Anand
2011	Pius Heinz	
2012	Greg Merson	Viswanathan Anand
2013	Ryan Res	Magnus Carlsen
2014	Marin Jacobson	Magnus Carlsen
2015	Joe McKeehen	
2016	Qui Nguyen	Magnus Carlsen
2017	Scott Blumstein	
2018	John Cynn	Magnus Carlsen
2019	Hossein Ensan	
2020	Damian Salas	
2021	Koray Aldemir	Magnus Carlsen
2022	Espen Jørstad	Magnus Carlsen
2023		Ding Liren

In Bezug auf die Teilnahme an Sportwetten gilt Ähnliches: Selbst wer über großes Spezialwissen hinsichtlich einer bestimmten Sportart verfügt, kann den Ausgang sportlicher Einzelereignisse – ob z. B. Borussia Dortmund bei der nächsten Begegnung mit Bayern München gewinnt, verliert oder unentschieden spielt – nicht auf Dauer korrekt mit finanziellen Vorteilen vorhersagen. Es gibt zwar einige wenige Faktoren wie Heimvorteil, Stand in der Tabelle und das Ergebnis der bisherigen Begegnungen, die mit eingeschränkt erhöhter Wahrscheinlichkeit Vorhersagen über die Saison erlauben, jedoch nichts über den Ausgang eines einzelnen Spiels aussagen. Wer die Strategie hat, immer auf vermeintliche Favoriten zu wetten, wird dies aufgrund unattraktiver Gewinnquoten wieder aufgeben. Eine Zusammenstellung von

sogenannten Tippstudien, bei denen verschiedene Personengruppen gegeneinander gewettet haben (z.B. Expertinnen und Experten vs. Laien), belegt, dass bestimmte Kenntnisse, Fähigkeiten oder Fertigkeiten keine wesentliche Rolle für den Erfolg beim Sportwetten spielen (Kalke, Schmidt, Hayer, 2021). Selbst wenn Expertinnen und Experten in Einzelfällen häufiger Recht behalten, macht sich dieser Vorteil aufgrund der geringen Gewinnquoten finanziell nicht bemerkbar. Folglich sind Sportwetten unabhängig von der Sportart oder dem spezifischen Wettformat als Glücksspiele zu betrachten.

Spätestens mit der Legalisierung aller möglichen Formen des Onlineglücksspiels in Deutschland ab 2021 haben digitale Glücksspielangebote vor allem unter jüngeren Personengruppen an Bedeutung gewonnen. Onlineglücksspiele sind Glücksspiele, die über ein internetfähiges Gerät (PC, Tablet, Handy) gespielt werden. Alle gängigen Spielformen von Geldspielautomaten über Casinospiele inklusive Poker bis zu Sportwetten werden über diesen Vertriebsweg angeboten, sei es in legaler oder illegaler (von hierzulande nicht-lizenzierten Anbietern) Form. Grundsätzlich sind Onlineglücksspiele mit besonderen Suchtgefahren verbunden, da sie jederzeit und an jedem Ort verfügbar sind, eine anonyme Spielteilnahme ohne soziale Kontrolle ermöglichen und der Geldtransfer bargeldlos erfolgt, was den Wert des eingesetzten bzw. verlorenen Geldes verschleiern (Hayer, Bachmann, Meyer, 2005). Wenig überraschend hat die stetig wachsende Popularität des Internetglücksspiels in den letzten Jahren zu einer steigenden Beratungsnachfrage von Personen geführt, die diese speziellen Glücksspielformen als problembehaftet ansehen (Brosowski, Hayer, 2022).

Eine weitere Entwicklung betrifft das sogenannte Trading, d.h. den Kauf und Verkauf verschiedenster Finanzprodukte (Aktien, Währungen, Bitcoins), bei denen auf kurzfristige Kursschwankungen gewettet wird. Schon beruflich tätige Anlegerinnen und Anleger an der Börse können erheblichem Stress ausgesetzt und für Kontrollillusionen (vgl. Kapitel 3.2.3) anfällig sein (Maas, Weibler, 1997; Wahren, 2009). Betroffenen von süchtigen Formen der Börsenspekulation sind Personen, die mit besonders risikoreichen Börsentransaktionen beruflich zu tun haben – ein Fallbeispiel beschreiben Meyer und Bachmann (2017, S. 193 f.). Es kann sich auch um vermögende Einzelpersonen handeln, die zunächst ihre Verluste kompensieren können, dann aber der „Aufholjagd“ (vgl. Kapitel 2.5.1 u. 3.2.2.1) unterliegen. Lange Zeit handelte es sich um Einzelfälle vorwiegend älterer Day-Trader und Day-Traderinnen (Kauf und Verkauf innerhalb eines Tages), die in Beratung und Behandlung kamen (Ehreiser, 2012). Inzwischen dominiert ein süchtiger Glücksspielertyp (Grall-Bronnec et al., 2017) von jüngeren Männern, die eine Vielzahl von extrem schnellen Transaktionen per App ausführen.

Tabelle 1.3: Formen problematischer Glücksspielangebote

Glücksspielangebote	Varianten
Lotto- u. Lotterieangebote	Insbesondere Euro-Jackpot, Keno, Rubbellose und Systemlotto
Gewerbliches Automatenspiel	In Spielhallen und Gaststätten
Kasinospiele in Spielbanken	Roulette, Blackjack, Poker, „einarmige Banditen“
Sportwetten	Oddset, auf der Rennbahn, im Wettbüro, im Internet
Illegale Glücksspiele	Im Hinterzimmer, in türkischen Cafés, im Internet
Online-Glücksspiele	Slots, Poker, Sportwetten
Börsenspiele	Day-Trading
Simulierte Glücksspiele	Virtuelle Spiele mit Glücksspielelementen

Quelle: Meyer, Bachmann, 2017, S. 17–32

Eine neuartige Besonderheit stellen simulierte Internetglücksspiele dar, die an der Schnittstelle von Gaming (Computerspielen) und Gambling (Glücksspielen) zu verorten sind (Hayer, Brosowski, 2016). Darunter werden alle virtuellen Spielangebote mit struktureller Ähnlichkeit zu Glücksspielen verstanden, bei denen mindestens ein Element des Glücksspiels fehlt. Dies ist der Fall, wenn kein direkter Geldeinsatz oder die Möglichkeit, echtes Geld gewinnen zu können, vorhanden ist, oder wenn bezüglich glücksspielähnlicher Spielformate, bei denen Spielalgorithmen, angepasst an das individuelle Spielverhalten und nicht Zufallsprozesse, über Gewinne oder Verluste entscheiden. Typische Genres von simulierten Internetglücksspielen sind kostenfreie Glücksspiel-Apps (im Wesentlichen verfügbar auf sozialen Netzwerk-Seiten oder über App-Stores), sogenannte Demospiele, bei denen mit bzw. um Spielgeld (Coins, Tokens etc.) gespielt wird und abgrenzbare Glücksspielelemente im Rahmen von Computerspielen (z. B. Lootboxen bzw. Beutekisten).

Lootboxen

Beutekisten beinhalten virtuelle Items unterschiedlicher Art, die käuflich (zumeist in Form von Mikrotransaktionen oder über virtuelle Spielwährungen) erworben oder spielerisch in Form von Belohnungen in Computerspielen gewonnen werden können (Schaack et al., 2019). Typische Gegenstände umfassen dabei Waffen, Kostüme, Sammelbilder oder virtuelle Charaktere. Die Besonderheit beim Kauf von Lootboxen und damit ihre Nähe zum Glücksspiel erklärt sich dadurch, dass vor dem Öffnen einer Lootbox unbekannt ist, welche konkreten Inhalte sich in ihr befinden. Mit anderen Worten: Den Spielenden ist unbekannt, was sie konkret „kaufen“ bzw. erhalten. Ist der Inhalt nicht zufriedenstellend, liegt es nahe, einen weiteren Kaufakt zu vollziehen – und zwar so lange, bis das erhoffte Ergebnis eintritt. Lootboxen fußen üblicherweise auf dem Geschäftsmodell *free-to-play*, *pay-to-win* und können sich daher auf lange Sicht als Kostenfallen entpuppen.

1.1.3 Nosologie

Die Glücksspielsucht wurde von Emil Kraepelin (1899, S. 557 f.) als „unwiderstehliche Neigung zum Spiel“ unter „impulsives Irresein“ psychopathologisch eingeordnet. Die „Trunksucht“ wurde dagegen mit dem „Morphinismus“ und „Cocainismus“ unter „chronische Vergiftungen“ (a. a. O., S. 57 ff.) einsortiert. Diese Klassifikation hatte über ein Jahrhundert Bestand, obwohl sein psychiatrischer Kollege Fischer (1905) die „Spielsucht“ im Vergleich mit der Trunksucht und Morphinsucht als Sucht beschrieben hatte.

Die Glücksspielsucht war in den nach dem Zweiten Weltkrieg entstandenen Klassifikationssystemen zunächst nicht enthalten. Erst ab 1980 wurde das sogenannte Pathologische Glücksspielen als eigenständige psychische Störung in die beiden internationalen Klassifikationssysteme „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III“ (American Psychiatric Association, 1980) und später „Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10“ (World Health Organisation, 1991) als „Störungen der Impulskontrolle“ aufgenommen. Das „Pathologische Glücksspielen“ wurde damals 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 operationalisiert.

Erst in der fünften Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) und in der elften Auflage der International Statistical Classification of Diseases ICD-11 (World Health Organisation, 2019) wurde die Glücksspielsucht nicht mehr als Störung der Impulskontrolle, sondern als Sucht unter „Nicht-Substanz-Bezogene Störungen“ bzw. „Süchtige Verhaltensweisen“ klassifiziert.

Aktuell wird die sogenannte Glücksspielstörung im DSM-5 als dauerhaftes und häufig auftretendes problematisches Glücksspielen definiert, das nach Angaben der Person in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt, wobei mindestens vier von neun Kriterien innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten vorliegen müssen. Die Diagnose wird nicht gestellt, wenn das Glücksspielen besser durch eine manische Episode erklärt werden kann.

Tabelle 1.4: Diagnostische Kriterien der Glücksspielsucht nach DSM-5

Notwendigkeit des Glücksspielens mit immer höheren Einsätzen, um eine gewünschte Erregung zu erreichen.
Unruhe und Reizbarkeit beim Versuch, das Glücksspielen einzuschränken oder aufzugeben.
Wiederholte erfolglose Versuche, das Glücksspielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben.
Starke gedankliche Eingenommenheit durch das Glücksspielen (zum Beispiel starke Beschäftigung mit dem gedanklichen Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit dem Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmung oder mit dem Nachdenken über Wege, Geld zum Glücksspielen zu beschaffen).
Häufiges Glücksspielen in belastenden Gefühlszuständen (zum Beispiel bei Hilflosigkeit, Schuldgefühlen, Angst oder depressiver Stimmung).
Rückkehr zum Glücksspielen am nächsten Tag, um Verluste auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“/„chasing“).
Belügen anderer, um das Ausmaß der Verstrickung in das Glücksspielen zu vertuschen.
Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, eines Arbeitsplatzes, von Ausbildungs- oder Aufstiegschancen aufgrund des Glücksspielens.
Sich auf die finanzielle Unterstützung von anderen verlassen, um die durch das Glücksspielen verursachte finanzielle Notlage zu überwinden.

Quelle: Falkai, Wittchen, 2015

Diagnostisch wird zwischen einer leichten (vier bis fünf Symptomkriterien), mittleren (sechs bis sieben Symptomkriterien) und schweren (acht bis neun Symptomkriterien) „Glücksspielstörung“ unterschieden.

Nach der für Deutschland ab 2022 gültigen ICD-11 (2019) wird die „Glücksspielstörung“ (6C50) in ähnlicher Weise definiert: Die „Glücksspielstörung“ ist gekennzeichnet durch ein anhaltendes oder wiederkehrendes Glücksspielverhalten, das offline (6C50.0) oder online (6C50.1) stattfinden kann und sich in drei Merkmalen äußert:

- Beeinträchtigung der Kontrolle über das Glücksspielen (z.B. Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung, Kontext),
- zunehmende Priorität des Glücksspielens in dem Maße, dass das Glücksspielen Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten hat und
- Fortsetzung oder Eskalation des Glücksspielens trotz des Auftretens negativer Konsequenzen.

Das Glücksspielverhalten kann kontinuierlich oder episodisch sein. Die Störung führt zu erheblichem Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das Glücksspielverhalten und andere Merkmale sind in der Regel über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten nachweisbar, damit eine Diagnose gestellt werden kann. Das Glücksspielen lässt sich nicht besser durch eine andere psychische Störung, z.B. eine manische Episode, erklären und ist nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments zurückzuführen.

Es erfolgt eine Abgrenzung zur Kategorie „Gefährliches Glücksspielen oder Wetten“ (QE21), der Personen zugeordnet werden, die ein problematisches Glücksspielverhalten ohne die anderen Merkmale einer „Glücksspielstörung“ aufweisen. „Gefährliches Glücksspielen oder Wetten“ bezieht sich auf ein Glücksspielmuster, welches das Risiko für schädliche physische oder psychische Folgen für die Person oder andere Personen in ihrem Umfeld deutlich erhöht und das möglicherweise eine Intervention oder Beobachtung erfordert, aber nicht als Störung angesehen wird.

Eine „Glücksspielstörung“ sollte nicht allein aufgrund wiederholtem oder anhaltendem Glücksspielen diagnostiziert werden, z.B. im Zusammenhang mit sozialem oder beruflichem Glücksspielen. In der Regel beschränken sich diese Formen des Glücksspielens auf diskrete Zeiträume mit finanziellen Verlusten, tägliches Glücksspielverhalten wie der Kauf von Lotterielosen als Teil einer Routine oder die Nutzung des Glücksspielens zu Zwecken der Stimmungsregulation, Linderung von Langeweile oder Erleichterung der sozialen Interaktion bei Fehlen der anderen erforderlichen Merkmale ist keine ausreichende Grundlage zur Diagnose einer „Glücksspielstörung“.

Zusätzliche klinische Merkmale nach ICD-11:

- Wenn die Symptome und Folgen des Glücksspielens schwerwiegend sind, wenn z.B. das Glücksspielverhalten tagelang ohne Unterbrechung anhält oder erhebliche Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit oder die Gesundheit hat, und alle anderen diagnostischen Anforderungen erfüllt sind, kann es angemessen sein, nach einem Zeitraum von sechs Monaten die Diagnose einer „Glücksspielstörung“ zu stellen.
- Personen mit einer „Glücksspielstörung“ können zahlreiche erfolglose Versuche unternehmen, ihr Glücksspielverhalten zu kontrollieren oder deutlich zu reduzieren, unabhängig davon, ob sie dies selbst unternommen haben oder ob es von anderen auferlegt wurde.
- Personen mit einer „Glücksspielstörung“ können im Laufe der Zeit den Geldbetrag, um den sie spielen, erhöhen, um das frühere Maß an Erregung beizubehalten oder zu übertreffen oder um Langeweile zu vermeiden. Es kann auch vorkommen, dass sie die Intensität ihres Glücksspielverhaltens steigern, ihre Einsätze erhöhen oder auf andere Weise ihre Spielstrategien ändern, um erhebliche Geldverluste auszugleichen, d.h., ihren Verlusten nachzujagen (chasing).
- Personen mit einer „Glücksspielstörung“ verspüren während anderer Aktivitäten häufig den Drang oder das Verlangen, sich an Glücksspielen zu beteiligen.
- Personen mit einer „Glücksspielstörung“ können erhebliche Auffälligkeiten in Bezug auf Ernährung, Schlaf, Bewegung und andere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen aufweisen, die sich negativ auf die körperliche und geistige Gesundheit auswirken können.
- Manche Personen mit einer „Glücksspielstörung“ zeigen betrügerisches Verhalten, um das Ausmaß ihrer Verluste vor Angehörigen zu verbergen, oder sie versuchen, Geld zu beschaffen, um ihre Schulden zu begleichen.
- Manche Personen mit einer „Glücksspielstörung“ reagieren mit ihrem Glücksspielen auf Depressionen, Ängste, Langeweile, Einsamkeit oder andere negative Gefühlszustände. Diese Verbindung mit dem Glücksspielverhalten kann bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden.
- Die „Glücksspielstörung“ tritt häufig zusammen mit Substanzkonsum, Affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörung auf. Bei Personen, die sich wegen einer „Glücksspielstörung“ in Behandlung begeben, sind Suizidgedanken und Suizidversuche häufig.
- Bei Erwachsenen ist das Glücksspielverhalten mit chronischen Erkrankungen, Fettleibigkeit und einem schlechteren subjektiven Gesundheitszustand verbunden.

Entwicklungsbezogene Besonderheiten nach ICD-11:

Die „Glücksspielstörung“ beginnt in der Regel im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter. Ein früheres Auftreten ist mit höherer Impulsivität verbunden. Die Prävalenz der „Glücksspielstörung“ ist bei Jugendlichen tendenziell höher als bei Erwachsenen. Eine „Glücksspielstörung“ entwickelt sich in der Regel allmählich, wenn die Häufigkeit des Glücksspielverhaltens und die Höhe der Einsätze zunehmen. Der Verlauf ist variabel, wobei die Genesung ein häufiges Ergebnis ist, selbst wenn keine Intervention erfolgt, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Bei vielen bleibt die „Glücksspielstörung“ jedoch über die gesamte Lebensspanne erhalten. Die Intensität des Glücksspielens schwankt in Abhängigkeit von Stress, depressiven Symptomen und Substanzkonsum.

Geschlechtsspezifische Merkmale nach ICD-11:

Die Lebenszeitprävalenz der „Glücksspielstörung“ ist bei Männern höher. In der Adoleszenz ist dies noch ausgeprägter, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass Jungen früher mit dem Glücksspielen beginnen. Aufgrund des früheren Beginns ist der Verlauf bei Männern in der Regel langwieriger. Männer scheinen auch eher ohne Intervention zu genesen als Frauen. Bei Frauen beginnt die Krankheit zwar tendenziell später, aber die Symptome verstärken sich oft schneller. Frauen suchen eher als Männer eine Behandlung auf, auch wenn die Behandlungsrate bei beiden Geschlechtern gering ist. Bei Frauen ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie gleichzeitig an einer Affektiven Störung oder Angststörung leiden, während bei Männern eher Probleme mit Substanzmissbrauch und ausagierenden aggressiven Verhaltensweisen bestehen.

Kulturelle Besonderheiten nach ICD-11:

Die Prävalenz der „Glücksspielstörung“ variiert je nach soziokulturellem Hintergrund. So ist beispielsweise die Prävalenz in den Vereinigten Staaten unter Einwanderinnen und Einwanderern niedriger als unter Personen, die in den USA geboren wurden. Die Antworttendenzen für spezifische Symptome der „Glücksspielstörung“ können ebenfalls kulturübergreifend variieren. So geben beispielsweise asiatische Amerikanerinnen und Amerikaner seltener an, vom Glücksspielen besessen zu sein, während Latinas, Latinos, Afroamerikanerinnen und -amerikaner bereitwilliger von Versuchen berichten, das Glücksspielen zu reduzieren.

Die im ICD-11 beschriebenen entwicklungsbezogenen, geschlechtsspezifischen und kulturellen Besonderheiten der Glücksspielsucht sind auf die Situation in den Vereinigten Staaten von Amerika bezogen. Sie lassen sich nicht ohne Weiteres auf Europa (Meyer, Hayer, Griffiths, 2009) übertragen (für Deutschland vgl. Kapitel 2.3 u. 10).

Die beiden Klassifikationssysteme unterscheiden sich in ihrer Grundstruktur: Das dimensional angelegte DSM-5 (2013) differenziert Schweregrade, was eine niederschwellige Diagnostik erlaubt, die der Früherkennung dienen kann, gleichzeitig aber, insbesondere bei jungen Erwachsenen, die Gefahr einer voreiligen Diagnose birgt. Die kategorial angelegte ICD-11 (2019) beinhaltet aufgrund der Trennung zwischen „Glücksspielstörung“ und „Gefährlichem Glücksspielen“ eine schwer diagnostizierbare Zwischenzone, kann aber die Indikation zu einer abstinenzorientierten (Glücksspielstörung) oder reduktionsbezogenen (Gefährliches Glücksspielen) Therapiestrategie begründen.

Die Kritik an beiden Systemen befasst sich mit der kulturspezifischen Prägung. Dies lässt sich an deren ideengeschichtlichen Wurzeln aufweisen, die zwei Einseitigkeiten beinhalten (Petry, 2020):

- Glücksspielsucht wird als individuelle Störung des Verhaltens definiert und
- exzessive Glücksspielverhalten wird als Symptom einer Krankheit interpretiert.

Zum Ersten wurzelt der Störungsbegriff in der amerikanischen Tradition des Behaviorismus. Die Glücksspielsucht wird als beobachtbares Verhalten lediglich in seinem unmittelbaren situativen Kontext erfasst. Dementsprechend wird die Glücksspielsucht auf das exzessive Verhalten, die äußeren und inneren Auslöser, gescheiterte Kontrollversuche, Vertuschungs- und Geldbeschaffungsmaßnahmen und die körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen des Glücksspielverhaltens eingeeengt. Süchtige Verhaltensweisen lassen sich allerdings durch erlernte Verhaltensgewohnheiten nur oberflächlich bestimmen. Das Glücksspielverhalten dient vielmehr der Verwirklichung vielfältiger Ziele in der alltäglichen Lebenspraxis (vgl. Kapitel 3.3.3).

Weitere Kritikpunkte thematisieren die Orientierung beider Klassifikationssysteme am organpathologischen Krankheitskonzept von Elton Morton Jellinek (1960). Nach dem Ende der Prohibition war Amerika in der Alkoholfrage tief in die „Trockenen“ und die „Nassen“ gespalten. Es war das Verdienst Jellineks, die Nation vor Beginn des Zweiten Weltkrieges in dieser Frage zu befrieden und die Wiedergeburt der Alkoholismusforschung einzuleiten (Roizen, 2005). Seitdem gelten die Begriffe „Toleranzentwicklung“, „Kontrollverlust“ und „Entzugserscheinungen“ als Kernmerkmale von stoffgebundenen Süchten. Bei den Haupt- und Nebenmerkmalen der „Glücksspielstörung“ (Einsatzsteigerung, um Erregung zu spüren, gescheiterte Kontrollversuche und Unruhe bei Reduzierung bzw. Einstellung des Glücksspielens) wird diese Begrifflichkeit auf die nicht-stoffgebundene Glücksspielsucht übertragen. Weitere Merkmale der „Glücksspielstörung“ (Priorisierung des Glücksspielens über andere Aktivitäten,

starkes Verlangen und Wiederaufnahme des Glücksspielens nach Unterbrechungen) beziehen sich auf die Fortschreibung des Krankheitskonzeptes durch Edwards und Gross (1976) in Form des sogenannten Alkoholabhängigkeitssyndroms (vgl. Kapitel 3.2.2.2).

Durch dieses Krankheitskonzept wird die kulturell und gesellschaftlich bedingte Lebenssituation ausgeklammert. Alter, Geschlecht, Ethnie werden als isolierte „Variablen“ mit dem Glücksspielverhalten lediglich abstrakt in Verbindung gebracht. Die subjektive Bedeutung des Glücksspielens als alltägliche Bewältigungsform wird somit nicht erfasst. Nicht das Alter, Geschlecht und die ethnische Herkunft an sich bedingen das Glücksspielverhalten, sondern die konkrete Konstellation von Einflüssen, die z. B. aus der individuellen Migrationsgeschichte resultieren: das Herkunftsland, der Zeitpunkt und der Verlauf der Migration, das Wohnumfeld einschließlich vorhandener Glücksspielangebote, die Normen und Erwartungen des familiären und sozialen Umfeldes, die soziale Integration in Schule und Beruf, die kulturelle und religiöse Identität etc. (vgl. Kapitel 10.3).

Bei Betrachtung der Glücksspielsucht als Gesamtphänomen, also abgesehen von den einzelnen Entstehungsbedingungen und Folgen dieser Sucht, handelt es sich um kein medizinisches, sondern ein soziales Problem (Sommerfeld, 2016). Die dem Krankheitskonzept geschuldete Einseitigkeit der beiden Klassifikationssysteme lässt sich entsprechend als „Biomedikalisierung“ (Campbell, 2012) beschreiben: die Entstehung einer ökonomischen Allianz aus spezialisierten Berufsgruppen, Betreibern von Behandlungseinrichtungen, Forschergruppen und der Pharmaindustrie, die zunehmenden Einfluss auf die Gesellschaft ausübt. Süchte werden lediglich als erlernte neuroplastische Strukturen aufgefasst, die durch medizinische Interventionen maßgeblich verändert werden können.

Bei der Entstehung der Glücksspielsucht handelt es sich nicht um eine individuelle Pathologie, sondern um eine beeinträchtigte Beziehung zwischen anfälligen Personen und gesellschaftlichen Überforderungen, Zumutungen und Einschränkungen (vgl. Kapitel 3.3.3). Ein überstarkes Rauschbedürfnis von Seiten der Betroffenen trifft auf ein Überangebot leicht verfügbarer Glücksspiele im „Konsumkapitalismus“ (Reith, 2019, S. 125 ff.) Dabei zielt z. B. die Konstruktion von Geldspielautomaten und deren Umgebung darauf ab, die Teilnehmenden möglichst lange im Spiel zu halten (Schüll, 2014, S. 58–68), um die Gewinne der Anbieter zu erhöhen.

1.2 Rechtliche Grundlagen des Glücksspiels

1.2.1 Gesetzgebungsgeschichte

Anmerkung: Sofern sich die folgenden Ausführungen auf konkrete Regelungen des Glücksspielstaatsvertrags (GlüStV) oder auf die zum Glücksspielrecht ergangene Rechtsprechung beziehen, wird abweichend der juristisch gebrauchte Begriff „Spieler“ anstelle von „Glücksspielerin und Glücksspieler“ verwendet. Gleiches gilt für vergleichbare juristische Terminologien wie beispielsweise „Spielerschutz“. Es erfolgt eine Darstellung der rechtlichen Grundlagen des Glücksspielwesens in Deutschland. Entsprechende Hinweise zur Prävention und Rechtsberatung finden sich in den Kapiteln 5 und 7.5.

Das Glücksspielrecht ist seit jeher durch ein Nebeneinander von landes- und bundesrechtlichen Regelungen gekennzeichnet, die an dieser Stelle nicht im Einzelnen nachgezeichnet werden können. Während traditionell der Bund unter Verweis auf seine wirtschaftsrechtliche Gesetzgebungszuständigkeit das gewerbliche Automatenpiel in Gaststätten und Spielhallen sowie die Pferdewetten maßgeblich bestimmte, prägten die Länder unter Rückgriff auf ihre gefahrenabwehrrechtliche Kompetenz vornehmlich das Recht der Lotterien, Sportwetten und Spielbanken (Dietlein, 2022, EinfDE Rn. 10). Mit der Föderalismusreform I im Jahr 2006 ging der damals umsatzstärkste Bereich des Rechts der Spielhallen auf die Länder über. Im selben Jahr entschied das Bundesverfassungsgericht in seinem „Sportwettenurteil“ (Urteil vom 28. März 2006 – 1 BvR 1054/01) zum staatlichen Anbieter „Oddset“, dass ein staatliches Monopol nur dann mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar ist, wenn es sich konsequent am Ziel der Bekämpfung von Suchtgefahren ausrichtet, und gab damit den Ländern das zentrale Regelungsziel ihres im Folgenden geschaffenen einheitlichen und bereichsübergreifenden Regelungswerks, dem Glücksspielstaatsvertrag, vor (vgl. § 1 GlüStV).

In seiner ersten Fassung aus dem Jahr 2008 regulierte dieser vorrangig die Bereiche der Lotterie- und Sportwette sowie einzelne Aspekte des Spielbankenrechts und sparte insbesondere den besonders suchtgefährdeten Bereich der Spielhallen weitestgehend aus (Dietlein, 2008, 1 GlüStV Vorb 1, Rn. 3). Für den Bereich des Onlineglücksspiels sah dieser Staatsvertrag in § 4 Abs. 4 bereits ein uneingeschränktes Verbot vor, das auch in den folgenden Glücksspielstaatsvertrag übernommen wurde.

Der zweite Glücksspielstaatsvertrag aus dem Jahr 2012 (im Folgenden: GlüStV 2012) stellte nun auch den Bereich der Spielhallen unter einen glücksspielrechtlichen Erlaubnisvorbehalt, und eröffnete insbesondere in § 25 Abs. 1 GlüStV 2012 den Ländern die Möglichkeit, Mindestabstände zwischen Spielhallen festzulegen, bei deren Unterschreitung diese Erlaubnis nicht erteilt werden konnte. Dieser – aus suchtpolitischer

Sicht sinnvolle – erhebliche Markteingriff führte zu einer Vielzahl von verwaltungsgerichtlichen Klagen von der Schließung bedrohter Spielhallenbetreiber, half aber letztlich, die Zahl der Spielhallen gerade in Großstädten erheblich zu reduzieren (so in Berlin etwa um 80 %). Zudem sah der Staatsvertrag, neben dem Verbot des Onlineglücksspiels, für den Bereich der Online-Sportwetten ein Konzessionsverfahren vor. Da dieses aufgrund der Beschränkung auf 20 Konzessionen gerichtlichen Überprüfungen – insbesondere durch die hessische Verwaltungsgerichtsbarkeit – nicht standhielt, wurden keine entsprechenden Erlaubnisse erteilt, sondern Sportwettanbieter vielmehr „faktisch geduldet“. So entstand ein „Graumarkt“ (vgl. Ruttig, 2022, § 21 Rn. 2–4). Im Oktober 2017 befand das Bundesverwaltungsgericht in einer wegweisenden Entscheidung (Urteil vom 26. Oktober 2017 – 8 C 18/16), dass das kategorische Verbot des Onlineglücksspiels mit dem Verfassungs- und Europarecht vereinbar ist und entzog damit der Argumentation zahlreicher Glücksspielanbieter gegen behördliche Untersagungsverfügungen und zivilrechtliche Klagen die Grundlage.

Ein Reformversuch für eine Novellierung des GlüStV 2012, auf den sich im März 2017 die Ministerpräsidentinnen und -präsidenten geeinigt hatten, scheiterte vor allem an dem Widerstand von Schleswig-Holstein, aber auch von Nordrhein-Westfalen, sodass lediglich eine begrenzte Anpassung des GlüStV 2012 mit Blick auf die zahlenmäßige Begrenzung von Sportwettkonzessionen zum 1. Januar 2020 erfolgte (Dietlein, 2022, EinfDE Rn. 1).

1.2.2 Aktuelle Rechtslage: Glücksspielstaatsvertrag 2021

Zum 1. Juli 2021 wurde der GlüStV 2012 durch den Staatsvertrag zur Neuregulierung des Glücksspielwesens in Deutschland (im Folgenden: „Glücksspielstaatsvertrag 2021“ oder „GlüStV 2021“) abgelöst. Ziel des GlüStV 2021 ist eine bereichsübergreifende Regulierung des gesamten Glücksspiels (Dietlein, 2022, EinfDE Rn. 2), die für einige Glücksspiele durch bundes- und landesrechtliche Regelungen (z.B. GewO, SpielVO, Landesspielhallen- und Spielbankgesetze) ergänzt wird. Zentrale Neuerung ist die Aufgabe des bislang geltenden kategorischen Verbots des Onlineglücksspiels zugunsten eines Lizenzmodells und – damit verbunden – die Schaffung einer bundeslandübergreifend tätigen Behörde, die Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder mit Sitz in Halle. Ziel der Öffnung des Marktes ist die Kanalisierung des unregulierten Schwarzmarktes. Der Gesetzgeber geht insoweit davon aus, dass das zentrale Ziel der Suchtprävention durch eine kontrollierte Marktöffnung besser zu erreichen sei als durch Verbote, die gegenüber Anbietern in „Offshore-Jurisdiktionen“ – wie etwa Malta und Gibraltar – zumeist faktisch nicht durchsetzbar seien (Dietlein, 2022, EinfDE Rn. 2, 4; Erläuterungen zum Glücksspielstaatsvertrag, LT-Drs. NRW 17/11683, S. 72 f.).

Gleichzeitig führte der Gesetzgeber in den GlüStV 2021 neue Instrumente des Spielerschutzes ein: Zum einen weitete er das bislang nur für bestimmte Glücksspielsegmente – insbesondere für Spielbanken sowie Spielhallen in den Bundesländern Hessen und Rheinland-Pfalz – vorgesehene Spielersperrsystem (§§ 8–8d GlüStV 2021) auf nahezu sämtliche Glücksspielformen (ausgenommen sind lediglich Lotterien mit geringem Gefährdungspotential und bestimmte Pferdewetten (§ 8 Abs. 2 GlüStV 2021)) aus. Glücksspielerinnen und Glücksspielern ist es somit nunmehr möglich, sich spielform- und anbieterübergreifend sperren zu lassen (vgl. Kapitel 1.2.4.1, 5.3 u. 7.5.2.1). Zum anderen sieht der GlüStV 2021 für den Bereich des Onlineglücksspiels ein im Einzelfall erhöhbares Einzahlungslimit in Höhe von 1.000 Euro monatlich vor (§ 6c Abs. 1 GlüStV 2021, vgl. Kapitel 1.2.4.2, 7.5.2.3 u. 7.5.3.3). Weiterhin müssen Anbieter von Onlineglücksspielen ein algorithmusbasiertes Früherkennungssystem zur Spielsuchtfrüherkennung (§ 6i Abs. 1 GlüStV 2021) sowie eine 24-stündige Kurzzeitsperre (auch „Panikknopf“ oder „Panic Button“, § 6i Abs. 3 GlüStV 2021) implementieren. Ob diese Maßnahmen die besonderen Risiken des Onlineglücksspiels, namentlich dessen hohe Verfügbarkeit und die fehlende soziale Kontrolle, auszugleichen vermögen, erscheint derzeit offen und sollte im Rahmen einer zukünftigen Evaluation des GlüStV geprüft werden. Gerade das neue, umfassende Sperrsystem ist vor dem Hintergrund der Studienlage als überaus wichtiger Beitrag für den Spielerschutz zu begrüßen (Rock, 2022, § 8 Rn. 1 mit weiteren Nachweisen [im Folgenden: „m. w. Nws.“]).

Sämtliche öffentlichen Glücksspiele dürfen nur mit Erlaubnis der zuständigen Behörde veranstaltet werden (§ 4 Abs. 1 S. 1 GlüStV 2021). Die Mitwirkung an Zahlungen im Zusammenhang mit unerlaubtem Glücksspiel ist verboten (§ 4 Abs. 1 S. 2 u. 3 GlüStV 2021).

Die einzelnen Regelungen des Glücksspielstaatsvertrags werden durch Ausführungsgesetze der Länder konkretisiert (§ 28 GlüStV 2021), die im Detail voneinander abweichen.

1.2.3 Regulierung einzelner Glücksspielsegmente

1.2.3.1 Die Definition des Glücksspiels

Ein Glücksspiel im rechtlichen Sinne liegt vor, wenn im Rahmen eines Spiels für den Erwerb einer Gewinnchance ein Entgelt verlangt wird und die Entscheidung über den Gewinn ganz oder überwiegend vom Zufall abhängt (§ 3 Abs. 1 S. 1 GlüStV 2021). Voraussetzung für ein Glücksspiel ist somit das Vorliegen einer Gewinnmöglichkeit, die Entgeltabhängigkeit und die Zufallssteuerung hinsichtlich des Gewinns (Dietlein, 2022, § 3 Rn. 2).

Das Vorliegen einer Gewinnmöglichkeit kann etwa bei „In-Game-Käufen“ – etwa digitale Outfits oder Waffen – fehlen, soweit diesen Gegenständen kein Vermögenswert zukommt. Oftmals sind solche „Items“ aber digital handelbar und können damit einen marktmäßigen Wert entfalten (Dietlein, 2022, § 3 Rn. 3 m. w. Nws.). Ebenfalls problematisch ist die Glücksspieldefinition bei sog. simulierten Glücksspielen, die „echten“ Glücksspielen nachgebildet sind, jedoch regelmäßig weder einen Einsatz erfordern noch eine vermögenswerte Gewinnchance bieten (vgl. Kapitel 1.1.2). Sobald entsprechende Einsätze aber etwa in digitalen Währungen erbracht werden können, kann ein Glücksspiel im Rechtssinne vorliegen; zudem können entsprechende Angebote jugendgefährdend im Sinne des JuSchG sein (Dietlein, 2022, § 3 Rn. 4) und – soweit sie kostenpflichtigen, unerlaubten Angeboten nachgebildet sind – gegen das Werbeverbot (§ 5 Abs. GlüStV 2021) verstoßen (vgl. Kapitel 1.2.4.4 u. 5.4).

Die Zufallsabhängigkeit ist gegeben, wenn der Geschicklichkeitsanteil dem Zufallsanteil am Spielergebnis überwiegt, wobei bei der Beurteilung auf einen durchschnittlichen Spieler abzustellen ist (vgl. für viele BVerwG, Urteil vom 24. Oktober 2001 – 6 C 1/01, NVwZ 2002, 862, 863). So sollen Schach, aber auch Skat und Würfspiele Geschicklichkeitsspiele sein, während die überwiegende Rechtsprechung Poker als Glücksspiel einordnet, wobei dieses Ergebnis umstritten ist (Dietlein, 2022, § 3 Rn. 8 m. w. Nws.; zur Pokervariante „Texas Hold'em“ vgl. Rock, Fiedler, 2008).

Keine Glücksspiele sind mangels Entgeltabhängigkeit solche, bei denen kein Einsatz gefordert wird (etwa „Gratislotterien“). Ist hingegen ein geldwerter Beitrag zu leisten, so ist entscheidend, ob es sich um einen Einsatz für ein Spiel oder lediglich um einen Kostendeckungsbeitrag für die Organisation einer Veranstaltung – etwa ein Kartenturnier – handelt (Dietlein, 2022, § 3 Rn. 10 m. w. Nws.). Unerhebliche „Einsätze“ – wie etwa Portokosten für eine Gewinnspielkarte oder die Kosten eines einzigen Telefonanrufs – sollen für ein Entgelt nicht ausreichen, wohl aber dasjenige für kostenpflichtige Rufnummern (etwa 0,49 Euro/Anruf), wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Mehrfachanrufen animiert werden (Dietlein, 2022, § 3 Rn. 11 m. w. Nws.).

1.2.3.2 Spielbanken

Spielbanken bieten im Rahmen strenger Vorgaben Tisch- und Kartenglücksspiele – das sog. Große Spiel – sowie Automaten Spiele – das sog. Kleine Spiel – an. Rechtsgrundlage für den Betrieb von Spielbanken sind vornehmlich die Spielbankengesetze der Länder; ergänzend finden nach § 2 Abs. 2 GlüStV 2021 die Regelungen des Glücksspielstaatsvertrags 2021 insbesondere zur Werbung (§ 5 GlüStV 2021), zur Implementation von Sozialkonzepten (§ 6 GlüStV 2021) und zur Aufklärung (§ 7 GlüStV 2021) sowie zur Spielersperre (§§ 8–8d GlüStV 2021) Anwendung. Gem. § 20 GlüStV 2021 ist die Anzahl der Spielbanken in den Ländern zu begrenzen; die genaue Ausgestaltung richtet sich nach der Landesgesetzgebung. Insoweit haben sich einige Länder im Ergebnis für einen Staatsvorbehalt entschieden; andere Landesgesetze verlangen zumindest eine Mehrheitsbeteiligung des Landes (Dietlein, 2022, § 20 Rn. 2 m. w. Nws.). Entgegen der landläufigen Vorstellung erzielen Spielbanken nicht mit dem „klassischen“ Großen Spiel, sondern mit dem Automaten Spiel den Großteil ihrer Umsätze (Hübl, 2018).

1.2.3.3 Spielhallen

Das im Vergleich zu anderen Glücksspielarten im Jahr 2021 zweitstärkste Segment (vgl. Meyer, 2023, S. 92) der Spielhallen wird nach dem (umfassenden) Übergang der Gesetzgebungszuständigkeit auf die Länder (vgl. dazu BVerfG, Beschluss vom 7. März 2017 – 1 BvR 1694/13 u.a., NVwZ 2017, 1111 ff.) sowohl durch den GlüStV – nach § 2 Abs. 3 GlüStV 2021 finden die zuvor für Spielhallen genannten Regeln Anwendung – und entsprechenden ausführenden Landesgesetzen als auch durch das gewerbliche Spielrecht der §§ 33c ff. GewO geregelt. Das gilt bis zum Erlass einer ablösenden landesrechtlichen Regelung (Dietlein, 2022, EinlDE Rn. 17). Der GlüStV definiert eine Spielhalle als ein Unternehmen, das ausschließlich oder überwiegend der Aufstellung sogenannter Spielgeräte mit Gewinnmöglichkeit i. S. d. § 33c Abs. 1 GewO – also „klassische“ Geldspielautomaten – oder der Veranstaltung „anderer Spiele“ i. S. d. § 33d Abs. 1 GewO dient (§ 3 Abs. 9 GlüStV 2021). „Andere Spiele“ definieren sich ebenfalls durch Gewinnmöglichkeit, die aber wegen ihres hohen Geschicklichkeitsanteils rechtlich nicht als Glücksspiele eingestuft werden (Dietlein, 2022, § 33d Rn. 1).

Voraussetzungen des Betriebs einer Spielhalle und der damit verbundenen Aufstellung von Geldspielautomaten (§ 33c GewO) sind neben betreiberbezogenen Aspekten – insbesondere dessen Zuverlässigkeit – das Einhalten von Mindestabständen zu anderen Spielhallen (§ 25 Abs. 1 GlüStV 2021) und das Verbot sog. Verbundspielhallen (§ 25 Abs. 2 GlüStV 2021), d. h. der gemeinsamen Unterbringung mehrerer Spielhallen in einem baulichen Verbund. Die Länder haben jedoch die Möglichkeit, in ihren Ausführungsgesetzen vorzusehen, dass Verbundspielhallen unter bestimmten Voraussetzungen eine befristete Erlaubnis erhalten (§ 29 Abs. 4 GlüStV 2021).

Daneben muss dem Aufsteller von der zuständigen Behörde schriftlich bestätigt werden, dass der Aufstellungsort den Vorgaben der Spielverordnung (dazu ausführlicher im Folgenden) entspricht (sog. Geeignetheitsbestätigung, § 33c Abs. 3 GewO). Nach der Einführung der Abstandsgebote mit dem GlüStV 2012 haben zahlreiche Spielhallen Schließungsverfügungen erhalten, die zu einer hohen Zahl an verwaltungsrechtlichen Rechtsstreitigkeiten geführt haben. Da die Verwaltungsgerichte die Schließungen zumeist bestätigten, wurde so die Zahl der Spielhallen – etwa in Berlin (vgl. Kapitel 1.2.1) – signifikant reduziert. Gleichwohl erscheint aus gesundheitspolitischer Sicht die Spielhallendichte gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen weiterhin zu hoch.

Mit dem GlüStV 2021 wird das neue, spielformübergreifende Sperrsystem erstmals auf Spielhallen (§ 2 Abs. 3 i. V. m. §§ 8 ff. GlüStV 2021) erstreckt. Zuvor bestand nur in einzelnen Bundesländern (Hessen, Rheinland-Pfalz) die Möglichkeit einer Selbst- oder Fremdsperre; die Klage eines Verbandes gegen einen Spielhallenbetreiber aus NRW, ohne unmittelbare gesetzliche Regelung Selbstsperrungen zu beachten, wurde abgewiesen (LG Bielefeld, BeckRS 2017, 105316; OLG Hamm, 28.6.2018 – I 4 U 51/17). Mit dieser Neuerung ist eine erhebliche Verbesserung des Spielerschutzes zu erwarten; spielsüchtigen oder spielsuchtgefährdeten Personen sollte in der Beratungspraxis zu entsprechenden Selbstsperrungen geraten werden (vgl. Kapitel 7.5.2.1).

Der Spielbetrieb wird maßgeblich durch die Spielverordnung (SpielV) geregelt, die die Spielerschutzrechtlichen Zielvorgaben konkretisiert (Dietlein, 2022, SpielV, Rn. 1 m. w. Nws.). Sie enthält Vorgaben zur Aufstellung von Geld- und Warenspielgeräten, insbesondere zu zulässigen Aufstellungsorten (Gastwirtschaften, Spielhallen oder Wettannahmestellen, § 1 Abs. 1 SpielV), Gerätehöchstzahlen (zwei Geräte je Gastwirtschaft, § 3 Abs. 1 SpielV; ein Gerät pro 12 qm je Spielhalle, aber höchstens 12 Geräte, § 3 Abs. 2 SpielV), Aufstellungsweisen, Pflichten der Aufsteller – insbesondere Informationspflichten zu Spielregeln und Gewinnplänen sowie Verbote des „Vorheizens“ von Spielgeräten und der Gewährungen von Vergünstigungen für die Höhe der Einsätze, etwa kostenlose Getränke – sowie zur sog. Bauartzulassung von Spielgeräten (§ 13 SpielV) durch die Physikalisch-Technische Bundesanstalt (PTB). Demnach darf ein Spielgerät insbesondere nur dann zugelassen werden, wenn der Spieleinsatz ausschließlich in Geld erfolgt (§ 13 Nr. 1 SpielV), die Mindestspieldauer fünf Sekunden dauert, der Einsatz 20 Cent nicht übersteigt und der Gewinn höchstens zwei Euro beträgt (§ 13 Nr. 2 SpielV) sowie der stündliche Verlust auf 60 Euro begrenzt ist (§ 13 Nr. 4 SpielV), wobei das Gerät nach einer Stunde eine Spielpause von mindestens fünf Minuten einlegen muss (§ 13 Nr. 6 SpielV). Freilich können diese gerätebezogenen Vorgaben in der Praxis umgangen werden, etwa durch ein paralleles Spiel an zwei Geldspielautomaten, weswegen dem Personal in Spielstätten eine besondere Verantwortung für die Überwachung des Spielbetriebs zukommt.

1.2.3.4 Gewerbliches Automatenspiel

Geldspielautomaten werden in Spielhallen und in Gaststätten vorgehalten. Dieses „gewerbliche Spielrecht“ wurde traditionell als „Recht der Wirtschaft“ durch den Bundesgesetzgeber in der Gewerbeordnung und in der Spielverordnung (vgl. Kapitel 1.2.3.3) geregelt. Anders als für Spielhallen wird für den Gaststättenbetrieb keine über die Gaststättenerlaubnis hinausgehende gesonderte Erlaubnis vorausgesetzt, sodass auch keine Mindestabstände zwischen Gaststätten mit Geldspielautomaten einzuhalten sind. Erforderlich ist lediglich eine Erlaubnis für die Aufstellung von Geldspielautomaten nach § 33c Abs. 1 GewO, die bei Zuverlässigkeit und Fachkenntnis des Aufstellers und beim Vorliegen eines Sozialkonzepts regelmäßig erteilt wird, und eine Geeignetheitsbestätigung hinsichtlich des Aufstellungsorts (vgl. zuvor Kapitel 1.2.3.3). Geldspielautomaten dürfen – abgesehen von Spielhallen – nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 SpielV nur in Schank- und Speisewirtschaften, Beherbergungsbetrieben sowie in Wettannahmestellen aufgestellt werden, wobei die Höchstzahl auf jeweils zwei Geräte beschränkt ist (§ 3 Abs. 1 SpielV). Die Einordnung als Schank- und Speisewirtschaft setzt voraus, dass der Gaststättenbetrieb im Vordergrund steht, sodass Spielstätten, in denen die Abgabe von Speisen oder Getränken nur einen Nebenzweck darstellt (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 SpielV, etwa „Spiel-Cafés“ oder „Spiel-Casinos“), erlaubnispflichtige Spielhallen darstellen (Rock, Becker, 2021, 150 m. w. Nws.).

Mit dem § 2 Abs. 4 GlüStV 2021 finden nun einzelne Vorgaben des GlüStV, insbesondere zum neuen Sperrsystem, auch auf das gewerbliche Automatenspiel Anwendung. Dies stellt eine erhebliche Verbesserung des Spielerschutzes dar. Es bleibt abzuwarten, wie insbesondere die nach § 8 Abs. 3 GlüStV 2021 erforderliche Identifizierung spielwilliger Personen bei „freistehenden“ Geldspielautomaten technisch so gelingt, dass sie mit einer „händischen“ Ausweiskontrolle vergleichbar ist (vgl. Rock, 2022, § 8 Rn. 15 ff.).

1.2.3.5 Sportwetten

Nach der Legaldefinition des § 3 Abs. 1 S. 4 GlüStV 2021 sind Sportwetten Wetten zu festen Quoten auf einen zukünftigen Vorgang während oder auf das Ergebnis eines Sportereignisses oder eines Abschnitts. Ein Sportereignis wiederum ist nach § 3 Abs. 1 S. 5 GlüStV 2021 ein sportlicher Wettkampf zwischen Menschen nach definierten Regeln, sodass Wettkämpfe zwischen Maschinen („Roboterwettkämpfe“) keine Sportwetten darstellen (Dietlein, 2022, § 3 Rn. 12 m. w. Nws.). Sämtliche Wetten – damit auch Sportwetten – sind nach der Definition des § 3 Abs. 1 S. 3 GlüStV 2021 Glücksspiele im rechtlichen Sinn, sodass der Frage, ob der Zufalls- oder der Geschicklichkeitsanteil überwiegt (vgl. Kapitel 1.2.3.1), insoweit keine Bedeutung beikommt. Gegenstand der Sportwetten können Sportarten aller Art sein. Hierzu zählen

neben populären Sportarten wie Fußball, Tennis oder Eishockey auch in Deutschland weniger bekannte Sportarten wie American Football oder Cricket. Zulässig sind Wetten auf den Ausgang von Sportereignissen oder Abschnitten („Ergebniswetten“) oder auf einzelne Vorgänge während des Sportereignisses sowie ihre Kombination („Ereigniswetten“), § 21 Abs. 1 GlüStV 2021.

Während der Gesetzgeber bis zum Glücksspielstaatsvertrag 2008 noch staatliche Sportwettmonopole (insbesondere zugunsten des Anbieters „Oddset“) vorsah, erlaubt der GlüStV 2021 – nach dem gescheiterten Versuch des GlüStV 2012, die Anzahl von Konzessionen auf die Zahl von 20 zu beschränken (vgl. Kapitel 1.2.1) – nunmehr die Veranstaltung von Sportwetten für eine unbeschränkte Anzahl von Anbietern, soweit diese die Voraussetzungen des § 21 GlüStV und – soweit Sportwetten im Internet vermittelt werden – die ergänzenden Bestimmungen für Onlineglücksspiele (§§ 4a-4d GlüStV 2021) erfüllt sind (§ 21 Abs. 7 GlüStV 2021).

Unzulässig ist die Vermittlung von Sportwetten in Gebäuden, in denen sich eine Spielhalle oder eine Spielbank befindet (§ 21 Abs. 2 GlüStV 2021); hingegen ist die Sportwettvermittlung in Gaststätten nach dieser Regelung nicht untersagt (Ruttig, 2022, § 21 Rn. 42 m. w. Nws.).

1.2.3.6 Onlineglücksspiel

Eine „Kerndomäne“ des neuen Glücksspielstaatsvertrags liegt in der regulierten Freigabe des – zuvor kategorisch verbotenen – Onlineglücksspiels. Unterschieden wird hier – in Anlehnung an das terrestrische Glücksspiel – zwischen dem „Onlineabbild“ von Spielen, die traditionell in Spielbanken angeboten werden (z. B. Roulette, besondere Kartenspiele), und demjenigen anderer Spiele (Poker, Automatenspiele) sowie Sportwetten. Während erstgenannte als „Online-Casinospiele“ – analog zu den Spielbanken – entweder durch die Länder selbst oder durch eine beschränkte Zahl konzessionierter Anbieter angeboten werden können (§ 22c GlüStV 2021), sind private Anbieter von „virtuellen Automatenspielen“, Online-Poker sowie Sportwetten – soweit sie die Erlaubnisvoraussetzungen erfüllen – zahlenmäßig unbeschränkt zuzulassen. Die im GlüStV 2012 noch vorgesehene Beschränkung von 20 Konzessionen für das Onlineangebot von Sportwetten hat gerichtlichen Kontrollen nicht standgehalten (vgl. Kapitel 1.2.1). Im Hinblick auf die Konzessionserteilung sieht der GlüStV 2021 besondere Erlaubnisvoraussetzungen für solche privaten Anbieter (§ 4a GlüStV 2021) – eine erweiterte Zuverlässigkeitsprüfung, eine hinreichende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und Transparenz und Sicherheit des Glücksspiels – sowie ein besonderes Erlaubnisverfahren (§ 4b GlüStV 2021) und nachgelagerte Pflichten der Anbieter (§ 4c GlüStV 2021) vor.

Ob diese Vorgaben dazu führen werden, dass faktisch nur „redliche“ Unternehmen Onlineglücksspiele auf dem deutschen Markt anbieten werden, bleibt abzuwarten. Aus praktischer Sicht wichtiger erscheint es, dass die neu geschaffenen Spielerschutzvorgaben – insbesondere zum Einsatzlimit, zum Jugendschutz, zur Vermeidung parallelen Spiels sowie zur Spielersperre – eingehalten werden. Dazu müssen Anbieter von Internet-Glücksspielen ein personengebundenes Spielkonto führen, die entsprechenden personengebundenen Angaben auf Richtigkeit überprüfen, geeignete Verfahren zur Identifizierung und Authentifizierung implementieren sowie die Limiteinhaltung anhand der Ein- und Auszahlungen kontrollieren (§§ 6a-c, e GlüStV 2021). Zur Kontrolle des Einzahlungslimits wird eine zentrale Limit-Datei unterhalten (§ 6c Abs. 4 GlüStV 2021). Zuständig sowohl für die Erlaubniserteilung als auch für die Aufsicht des Onlineglücksspiels ist die neu geschaffene Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder mit Sitz in Halle (vgl. § 27 f., § 9a GlüStV 2021), der damit eine ganz besondere Verantwortung zukommt.

1.2.4 Überblick über wichtige Spielerschutzvorschriften

1.2.4.1 Spielersperre

Eine wichtige Neuerung zugunsten des Spielerschutzes stellt das anbieter- und spielformübergreifende Sperrsystem dar (§§ 8–8d, 23 GlüStV 2021). Spielersperrungen sind eine besondere Art der Verfügbarkeitsbeschränkung im Rahmen der indizierten Verhältnisprävention (vgl. Kapitel 5.2); diese weisen nach der Studienlage eine positive Wirkung auf die Verhaltensebene auf und tragen zur Schadensminimierung bei (Kalke, Hayer, 2019, S. 60). Sämtliche Anbieter von Glücksspielen müssen sich dem Sperrsystem anschließen (§ 8 Abs. 1 GlüStV 2021); ausgeschlossen sind lediglich Lotterien mit geringem Gefährdungspotenzial und bestimmte Pferdewetten (§ 8 Abs. 2 S. 2 GlüStV 2021). Gesperrte Spieler dürfen an öffentlichen Glücksspielen nicht teilnehmen (§ 8 Abs. 2 S. 1 GlüStV 2021). Zur Durchsetzung des Teilnahmeverbots müssen die Anbieter spielwillige Personen durch Kontrolle eines amtlichen Ausweises oder eine vergleichbare Identitätskontrolle identifizieren und einen Abgleich mit der zentral geführten Sperrdatei („OASIS“, § 23 GlüStV 2021) durchführen (§ 8 Abs. 3 S. 1 GlüStV 2021). Im terrestrischen Bereich ist die Ausweiskontrolle Mittel erster Wahl, ersatzweise ist eine „vergleichbare Identitätskontrolle“ möglich. Biometrische Zugangskontrollen sollten nur dann als hinreichende Identitätskontrolle anerkannt werden, wenn ihre Fehlerquoten (false negative identification rate und false positive identification rate) höchstens denjenigen einer „händischen“ Ausweiskontrolle entsprechen (Rock, 2022, § 8 Rn. 19 m. w. Nws.). Nach § 8a Abs. 1 GlüStV 2021 müssen Glücksspielanbieter Spieler sperren, die dies beantragen (sog. Selbstsperre), und solche, von denen sie aufgrund der Wahrnehmung ihres

Personals oder aufgrund von Meldungen Dritter wissen, oder aufgrund sonstiger tatsächlicher Anhaltspunkte annehmen müssen, dass sie spielsuchtgefährdet oder überschuldet sind, ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen oder Spieleinsätze riskieren, die in keinem Verhältnis zu ihrem Einkommen oder Vermögen stehen (sog. Fremdsperre).

Die überwiegende Mehrzahl der Sperren sind Selbstsperren – Fremdsperren werden nur selten verhängt, was möglicherweise an der damit verbundenen anreizinkompatiblen Pflicht der Anbieter liegt, die „besten Kunden“ vom Spiel abzuhalten (Fiedler, 2015, S. 196). Da das Personal an Spielstätten den „besten Blick“ für das individuelle Spielverhalten haben dürfte und exzessives Spiel durchaus existenzbedrohend wirken kann, sollte die Verhängung von Fremdsperren – etwa durch eine Haftung der Anbieter für Verstöße gegen Sperrpflichten – gefördert werden (Rock, 2022, § 8a Rn. 5). Sperranträge können nun nicht nur beim jeweiligen Anbieter, sondern auch bei der „zuständigen Behörde“ – dem Regierungspräsidium Darmstadt – gestellt werden (§ 8a Abs. 2 GlüStV 2021; Näheres zur Antragsstellung im Kapitel 7.5.2.1).

1.2.4.2 Einzahlungslimit

Vor der Teilnahme an Onlineglücksspielen ist der Spieler dazu aufzufordern, ein individuelles monatliches, anbieterübergreifendes Einzahlungslimit festzulegen oder anzugeben, dass ein bereits festgelegtes individuelles monatliches, anbieterübergreifendes Einzahlungslimit unverändert beibehalten werden soll (§ 6c Abs. 1 S. 1 GlüStV 2021). Nach § 6c Abs. 1 S. 2 GlüStV 2021 darf das anbieterübergreifende Einzahlungslimit grundsätzlich einen Betrag von 1.000 Euro im Monat nicht übersteigen. Dem Anbieter kann jedoch in seiner Erlaubnis gestattet werden, einen „abweichenden“ (höheren) Betrag festzusetzen. Da ein Betrag von 1.000 Euro einem Großteil des durchschnittlichen Nettoeinkommens deutscher Haushalte entsprechen dürfte, ist diese Regelung vor dem Hintergrund des Spielerschutzes kritisch zu sehen; zumal bereits der Mehrheit der lizenzierten Anbieter die Gewährung höherer Limits gestattet worden ist (persönliche Auskunft der hessischen Glücksspielaufsicht) und somit die Besorgnis besteht, dass diese ihren Charakter als „Ausnahme“ verliert.

Zudem wäre es wünschenswert gewesen, wenn das Einzahlungslimit nicht nur Einzahlungen für Onlineglücksspiele, sondern auch für solche aus dem terrestrischen Bereich inkludieren würde, was freilich eine Zuordnung des Spielkontos zum jeweiligen Spielgerät – etwa durch Ausgabe einer personengebundenen Spielerkarte – voraussetzen würde. Nach der aktuellen Rechtslage können Glücksspielerinnen und Glücksspieler nach Erschöpfung ihres Einzahlungslimits an terrestrischen Spielstätten – wie etwa in Spielhallen oder Spielbanken – weiteres Spiel betreiben. Umso wichtiger erscheint es, dass die Anbieter die Einhaltung der jeweiligen Limits

lückenlos kontrollieren und dem jeweiligen Betroffenen im Falle von durch den Anbieter verschuldeter Limitüberschreitungen entsprechende Schadenersatzansprüche gewährt werden (vgl. Kapitel 7.5.3.3).

1.2.4.3 Automatisierte Früherkennungssysteme

Die neu geschaffene Regelung des § 6i Abs. 1 GlüStV 2021 verpflichtet die Anbieter von Onlineglücksspielen, ein algorithmusbasiertes System zur Spielsuchtfrüherkennung vorzuhalten. Diese Systeme sollen die fehlende Aufsicht durch das (in Spielstätten tätige und zu schulende) Personal ersetzen und damit den spezifischen Gefahren des anonymen Spiels im Internet (keine „soziale Kontrolle“) entgegenwirken (Rock, 2022, § 6i Rn. 1 m. w. Nws.). Hierzu müssen die implementierten Algorithmen jedenfalls die auf den jeweiligen Spielkonten zu erfassenden Daten, die im Einzelfall auf eine Spielsuchtgefährdung hinweisen können, automatisiert auswerten (§ 6i Abs. 1 S. 2 GlüStV 2021) und in ihren Sozialkonzepten festlegen, welche Maßnahmen im Falle eines „Anschlagens“ des Systems zu ergreifen sind (§ 6i Abs. 1 S. 4 und 5 GlüStV 2021). In der Literatur werden zahlreiche Indikatoren zum Spiel-, Zahlungs- und Kommunikationsverhalten vorgeschlagen, die gefährdete Glücksspielerinnen und Glücksspieler identifizieren können sollen (vgl. Rock, 2022, § 6i Rn. 2 m. w. Nws.); der Forschungsstand ist jedoch diesbezüglich noch in der Entwicklung. Die Anbieter sind insoweit gem. § 6i Abs. 1 S. 2 GlüStV 2021 verpflichtet, ihre Systeme fortlaufend zu aktualisieren. Insgesamt ist die Verpflichtung zur Nutzung entsprechender Systeme zu begrüßen, die aufgrund der guten Datenlage zum Spielverhalten und deren maschineller Auswertung Spielsuchtgefährdungen sogar besser erkennen könnten als das in Spielstätten tätige, in der Wahrnehmung eingeschränkte Personal (Rock, 2022, § 6i Rn. 1 m. w. Nws.).

Es fehlen jedoch gesetzgeberische Vorgaben dahingehend, welche technischen Anforderungen die einzusetzenden Systeme erfüllen müssen, nach welchen Kriterien diese „problematische“ Spieler identifizieren sollen und insbesondere, welche konkreten Gegenmaßnahmen der Anbieter ergreifen muss. Hier empfiehlt sich die Implementierung eines je nach Gefahrenlage abgestuften Maßnahmenkatalogs, der im Einzelfall von einer Kontaktaufnahme zum Betroffenen bis hin zu dessen Spilausschluss durch Verhängung einer Fremdsperre reichen kann (Rock, 2022, § 6i Rn. 9–11 m. w. Nws.).

1.2.4.4 Werbebeschränkungen

Der Gesetzgeber hat in § 5 GlüStV 2021 Werbebeschränkungen eingeführt. Im Grundsatz darf die Werbung für öffentliche Glücksspiele den Zielen des Glücksspielstaatsvertrags – insbesondere der Spielsuchtprävention – nicht entgegenlaufen, nicht „übermäßig“ sein und sich nicht an Minderjährige oder vergleichbar gefährdete Zielgruppen richten (§ 5 Abs. 2 S. 1, 2 und 4 GlüStV 2021). Zwischen 6 Uhr und 21 Uhr darf keine Werbung im Rundfunk und Internet für virtuelle Automatenspiele, Online-Poker und Online-Casinospiele erfolgen (§ 5 Abs. 3 S. 1 GlüStV 2021), zudem ist während der Übertragung von Sportereignissen auf dem jeweiligen Kanal Werbung für Sportwetten auf dieses Ereignis unzulässig (§ 5 Abs. 3 S. 1 GlüStV 2021), ebenfalls ihre Bewerbung mit aktiven Sportlern und Funktionären (§ 5 Abs. 3 S. 3 GlüStV 2021). Allerdings bleiben die sogenannte Dachmarkenwerbung auf Trikots und Banden sowie ähnliche Werbemittel erlaubt (§ 5 Abs. 4 GlüStV 2021). Für unerlaubte Glücksspiele ist Werbung und Sponsoring kategorisch verboten (§ 5 Abs. 7 GlüStV 2021). Die Werbebeschränkungen hätten aus dem Blickwinkel des Spielerschutzes stärker ausfallen können. Insbesondere erscheint fragwürdig, warum die „Prime Time“ zwischen 21 und 23 Uhr, in der oftmals bedeutende Sportereignisse (wie etwa Fußballspiele) stattfinden dürften, von dem Werbeverbot ausgenommen wurde.

1.3 Ökonomie des Glücksspielmarktes und Lobbyismus

Obwohl das Angebot an Glücksspielen als ein demeritorisches Gut, d. h. als nicht verdienstvoll bzw. mit potenziellen Gefahren für die Gesellschaft verbunden, 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 diverse Lotterieangebote inklusive das populäre Zahlenlotto „6aus49“, Sportwetten in Wettbüros (und zum Teil auch noch auf Pferderennbahnen), gewerbliche Geldspielautomatenspiele in Gaststätten und Spielhallen, verschiedene Formen von legalen Internetglücksspielen (einschließlich Sportwetten) bis hin zu Kasinospielen wie Roulette, Blackjack, Baccara, Poker und Glücksspielautomaten (auch „einarmlige Banditen“ oder Slots genannt) in den Spielbanken.

Einen umfassenden Überblick über die in den vergangenen Jahrzehnten stetig steigenden Umsatzzahlen auf dem legalen deutschen Glücksspielmarkt gibt Meyer (2022, 2023). Während die Gesamtumsätze (identisch mit Spieleinsätzen) im Jahr 1974 noch bei unter 3 Mrd. Euro lagen (Meyer, 2022), belief sich dieser Kennwert im Jahr 2019 vor Beginn der COVID-19-Pandemie bereits auf knapp 43 Mrd. Euro. Im Jahr 2020 ließ sich dann, im Wesentlichen bedingt durch die Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung (u. a. partielle Schließung

terrestrischer Spielstätten oder Absage von Sportveranstaltungen), ein Umsatzrückgang auf 38,3 Mrd. Euro beobachten. Allerdings erholte sich der Markt mit einem Umsatzvolumen von insgesamt über 44 Mrd. Euro bereits ein Jahr später wieder. Im Allgemeinen galten 2021 vier legale Marktsegmente als Umsatztreiber (Meyer, 2023):

- Sportwetten mit über 18 Mrd. Euro,
- Geldspielautomatenspiele in Gaststätten sowie Spielhallen mit mehr als 10 Mrd. Euro,
- der Deutsche Lotto- und Toto-Block und seine Produktpalette mit nahezu 8 Mrd. Euro und
- die Angebote in den Spielbanken mit 5,6 Mrd. Euro.

Die Breite – und damit unmittelbar verknüpft die lokale Verfügbarkeit des gesamten Glücksspielangebotes – verdeutlicht ein Blick auf die Anzahl der jeweiligen Spielstätten: So konnten hierzulande im Jahr 2021 Glücksspiele bundesweit u.a. in etwa 8.500 Spielhallen bzw. etwa 30.000 bis 40.000 Gaststätten, knapp 21.000 Lottoannahmestellen sowie 71 Spielbanken nachgefragt werden (vgl. für differenzierte Angaben hierzu mit dem Jahresreport der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel, 2021).

Die ökonomische Bedeutung des nationalen Glücksspielmarktes lässt sich an zwei weiteren Parametern ablesen: So betrug der Bruttospielertrag (Spieleinsätze minus Gewinnauszahlungen) auf dem regulierten deutschen Glücksspielmarkt im Jahr 2021 trotz der Pandemie noch immer knapp 9,4 Mrd. Euro (Meyer, 2023). Auf Platz 1 rangierten hier die staatlichen Lotterienprodukte mit einem Ertragsanteil von 42,9 %, gefolgt von den gewerblichen Geldspielautomatenspielen (25,6 %) und den Sportwetten (13,6 %). In 2021 mündete diese Größenordnung in staatlichen Einnahmen aus legalen Glücksspielangeboten (Totalisator-, Buchmacher-, Sportwett-, Lotterie-, Vergnügungs- und Umsatzsteuer, Gewinnablieferungen verschiedener Lotterien, Spielbankabgabe) in Höhe von 5,2 Mrd. Euro. Zum Vergleich: Die Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern lagen im Bezugsjahr 2021 hierzulande bei „nur“ etwas über 3 Mrd. Euro und damit deutlich niedriger als die Steuereinnahmen im Glücksspielbereich (Rummel, Lehner, Kepp, 2023).

Allerdings werden diese ökonomischen Kennzahlen gemeinhin durch verschiedene Makrovariablen in signifikanter Weise beeinflusst. Neben dem pandemischen Geschehen zählen hierzu insbesondere die aktuelle Energie- bzw. Wirtschaftskrise sowie Veränderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen zum nationalen Glücksspielwesen (vgl. Kapitel 1.2.1). Kurz- wie langfristige Prognosen sind entsprechend nur unter großen Unsicherheiten bzw. mit groben Unschärfen abzuleiten. Sicher zu sein scheint aber zum einen, dass die Popularität internetgestützter Glücksspielformen im Zeitalter der Digitalisierung auch zukünftig weiter zunehmen wird – und zwar unabhängig vom Legalstatus der entsprechenden Angebote (Hayer, Kalke, 2022). Zum

anderen dürften Spielangebote an der Schnittstelle von Gaming (Computerspielen) und Gambling (Glücksspielen) und damit die Erschließung neuer Geschäftsmodelle einen immer größer werdenden Stellenwert einnehmen (vgl. Kapitel 1.1.2). Unter dem Strich kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass es in den nächsten Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit sukzessive Verschiebungen innerhalb des nationalen Glücksspielmarktes in Richtung Onlineglücksspiele geben wird.

Schließlich gibt es Anhaltspunkte aus Deutschland zur Umsatzentwicklung während des ersten Pandemiejahres 2020. Von den großen Umsatzträgern konnte einzig der Deutsche Lotto- und Toto-Block mit seinen Produkten gegenüber dem Vorjahr ein Plus (von 8,8 %) verzeichnen (Meyer, 2022). Ein Grund hierfür dürfte in der durchgehenden Öffnung der Lottoannahmestellen liegen. Daneben scheint die Aussicht auf Millionengewinne bei relativ geringen Glücksspieleinsätzen auch während massiver Krisenzeiten verlockend zu wirken. Zu dieser Einschätzung passen auch die empirischen Befunde zum Glücksspielverhalten der Bevölkerung Islands vor und nach der dortigen schweren Rezession in 2008, die mit dem Zusammenbruch aller drei großen Geschäftsbanken assoziiert war. Hier zeigte sich u.a., dass vermehrt Lotto gespielt wurde (Ólason et al., 2017). Interessanterweise betraf dies vor allem diejenigen Personen, die während dieser ökonomischen Krise im besonderen Ausmaß von finanziellen Schwierigkeiten berichteten. Ob dieser Sachverhalt auch auf Deutschland übertragbar ist, muss aufgrund des Mangels an Forschungsbefunden derzeit offenbleiben.

In der Gesamtbetrachtung erschöpft sich der nationale Glücksspielmarkt jedoch nicht nur auf legale bzw. lizenzierte Angebote. Vielmehr werden Glücksspieleinsätze auch im illegalen und folglich nicht regulierten Bereich getätigt. Meyer (2023) fasst die Anteile legaler und illegaler Bruttospielerträge auf Basis der Berechnungen der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel für 2021 auf 92,7 % vs. 7,3 % zusammen. Absolut gesehen wurden im Jahr 2021 etwa 740 Mio. Euro bei unerlaubten Glücksspielen generiert (Bruttospielertrag). Hierbei ist zu beachten, dass bei dieser Berechnung die mittlerweile in Deutschland legalisierten Onlineglücksspiele privater Anbieter eingeflossen sind. Keine Berücksichtigung bei diesen Größenordnungen fanden indessen das traditionelle illegale Glücksspielsegment, das vorwiegend im kriminellen Hinterzimmer-Milieu existiert (z.B. in Form von Automatenspielen, Sportwetten-Terminals oder diverser casinotypischer Lebendspiele wie Poker bzw. Roulette). Zu diesem Segment, das nicht selten in der Nähe von mafiösen Strukturen angesiedelt ist, liegen keine verlässlichen Umsatzzahlen vor.

Grundsätzlich stellt sich dieses Verhältnis von legalen und illegalen Glücksspielangeboten als ein vielschichtiges und konfliktbehaftetes Phänomen dar. Auf der einen Seite dürften in erster Linie Vollzugsdefizite im Sinne mangelnder Rechtsdurchsetzung dem Aufblühen des illegalen Marktes offline wie online erheblichen Vorschub

leisten. Mit anderen Worten: Wer sich als Anbieter nicht an die gesetzlichen Rahmenbedingungen hält, dabei aber keine Sanktionen erfährt, agiert nach dem simplen Motto „Einfach weiter so!“. Auf der anderen Seite wird die durchweg erhöhte Attraktivität der Glücksspielangebote im illegalen Segment immer wieder als Hinweis benutzt, ähnliche legale Glücksspielanreize quasi „setzen zu müssen“, um die vorliegenden Glücksspielbedürfnisse in der Bevölkerung in überwachbare (weil regulierte) Bahnen lenken zu können. Diese Argumentationslinie würde in letzter Konsequenz jedoch zu einem liberalen Aufschaukelungsprozess führen, bei dem die Dynamik im illegalen Bereich als Taktgeber für die Expansion des legalen Glücksspielmarktes fungiert (Hayer, 2022). Zur Eindämmung illegaler Marktanteile ist vielmehr die Nutzung anderer Maßnahmen zu empfehlen, wie für den Onlinebereich beispielsweise die Kappung der Zahlungsströme oder das IP-Blocking. Dies setzt in jedem Fall eine Stärkung der Aufsicht und des Vollzuges voraus, u. a. über die personelle Aufstockung und (Weiter-)Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweils zuständigen Behörden.

Bei der volkswirtschaftlichen Betrachtung des Glücksspielens sind neben dem wirtschaftlichen Nutzen (vor allem: Arbeitsplätze, Steuereinnahmen, Erzeugung von Freude am Glücksspielen) 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 bei globaler Berücksichtigung eine negative Bilanz des Nutzens und der Kosten (Adams, Fiedler, 2009). Die aktuelle Bestimmung des gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrtseffektes für Deutschland stammt von Fiedler (2016). In Abhängigkeit von den herangezogenen Variablen kommt der Autor bei der (unrealistischen) Annahme vollständig rational agierender Glücksspielerinnen und Glücksspieler zu einem Saldo von minus 1,5 Mrd. Euro bis minus 7,5 Mrd. Euro. Wird wirklichkeitsnäher lediglich eine Teilrationalität der Spielteilnehmenden unterstellt, verschlechtert sich diese Bilanz sogar auf eine Spannweite von minus 3,6 Mrd. Euro bis minus 10,5 Mrd. Euro. Zudem gilt in diesem Zusammenhang folgende Daumenregel: Je höher das Gefährdungspotenzial einer Glücksspielform, desto deutlicher übersteigen die sozialen Kosten etwaige Positiveffekte. Bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass das Geschäftsmodell der Glücksspielanbieter – zumindest in einigen Marktsegmenten – partiell auf exzessive Verhaltensmuster setzt: Gerade die Subgruppe der glücksspielsüchtigen Personen verkörpert hier eine besonders umsatzstarke Kundschaft.

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass die Glücksspielbranche – ähnliche wie andere Rauschmittel-Industrien auch – massiven Einfluss auf gesetzgeberische Prozesse ausübt und hier vor allem eine im Sinne des „Spielerschutzes“ wirksame Regulation verhindern, verzögern oder zumindest erschweren will. Meyer (2020) belegt anhand zahlreicher Beispiele aus Deutschland, dass die Compliance der Glücksspielanbieter in Sachen Glücksspielsuchtprävention bestenfalls mäßig ausgeprägt ist, und begründet dies mit dem inhärenten Spannungsverhältnis zwischen Umsatzmaximierung bzw. -steigerung auf der einen Seite und effektivem (d. h. zwangsläufig mit Umsatzrückgängen verbundenem) „Spielerschutz“ auf der anderen Seite. Die einzelnen Strategien des Lobbyismus sind dabei vielfältig und erinnern an die Einflussnahme auf Politik und Öffentlichkeit seitens der Alkoholindustrie (Schaller et al., 2022). Hierzu zählen u. a. die freiwillige („selbstbeschränkende“) Umsetzung von weitestgehend ineffektiven Maßnahmen des „Spielerschutzes“, das permanente Anstreben von Klageverfahren zur Infragestellung der Rechtmäßigkeit regulativer Rahmenbedingungen, die systematische Umgehung von Gesetzen bzw. der Regulierung, die Selbstdarstellung als Problemlöser (statt als Problem-Mitverursacher), indirektes und damit nicht leicht durchschaubares Lobbying durch industriennahe Gremien oder Institutionen, Spenden an politische Parteien, das Umdeuten wissenschaftlich belastbarer Befunde und die Direktvergabe von Forschungsaufträgen sowie Auftragsgutachten. Ein bekanntes Beispiel aus Deutschland ist die Lobbyarbeit des 2012 gegründeten sogenannten „Düsseldorfer Kreises“. Dieser Arbeitskreis setzt sich aus Repräsentantinnen und Repräsentanten von Glücksspielunternehmen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Suchthilfe und Wissenschaft (jeweils eine Person) zusammen und formuliert als Ziel, evidenzgestützte Vorschläge einer am „Verbraucherschutz“ orientierten Glücksspielregulierung zu unterbreiten. In einer ausführlichen Auseinandersetzung mit den Inhalten kommt Meyer (2016) zu der Schlussfolgerung, dass die Konzepte des „Düsseldorfer Kreises“ in erster Linie den Interessen der Anbieter dienen und mit ihnen in letzter Konsequenz ein am „Spielerschutz“ angelehntes Regulationsmodell verhindert werden soll.

Literatur

Die Literatur wird im Folgenden getrennt für die drei Unterkapitel 1.1 (Gegenstandsbestimmung), 1.2 (Rechtliche Grundlagen des Glücksspiels) und 1.3 (Ökonomie des Glücksspielmarktes und Lobbyismus) aufgeführt.

Zur Gegenstandsbestimmung (Kapitel 1.1):

American Psychiatric Association (Ed.) (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III (deutsche Übersetzung 2003). Washington, DC.: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (Ed.) (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (deutsche Übersetzung 2015). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Brosowski, T.; Hayer, T. (2022): Klienten*innendokumentation der ambulanten Glücksspielsuchtberatungen in Niedersachsen 2017–2021. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung. https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/5959/3/Klienten_innendokumentation_der_ambulanten_GL%c3%bccksspielsuchtberatungen_in_Niedersachsen_2017_2021.pdf, Zugriff: 27.02.2023.

Campbell, N. D. (2012): Medicalization and biomedicalization: Does the diseasing of addiction fit the frame? In: Netherland, J. (Ed.): Critical perspectives on addiction. Bingley, UK: Emerald. 3–25.

Edwards, G.; Gross, M. M. (1976): Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058–1061.

Ehreiser, W. (2012): Day-Trading. Vortrag auf der 24. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht. Berlin: FAGS. https://www.gluocksspielsucht.de/files/tagung2012_ehreiser_daytrading.pdf, Zugriff: 04.07.2023.

Fischer, H. (1905): Spieler-Moral: Eine irrenärztliche Studie über die Spielsucht und ihr Verhältnis zur Trunksucht und Morphinsucht für Staatsanwälte, Richter und andere Laien. Berlin: Modernes Verlagsbureau Curt Wigand.

Grall-Bronnec, M. et al. (2017): Excessive trading, a gambling disorder in its own right? A case study on a French disordered gamblers cohort. *Addictive Behaviors*, 64, 340–348.

Hayer, T.; Bachmann, M.; Meyer, G. (2005): Pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen im Internet. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 28(1-2), 29–41.

Hayer, T.; Brosowski, T. (2016): Simuliertes Glücksspiel im Internet: Anmerkungen zu möglichen (Sucht-) Gefahren aus psychologischer Sicht. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 97, 4–12.

Jellinek, E. M. (1960): The disease concept of alcoholism. New Haven, CT: College and University Press.

Kalke, J.; Schmidt, C. S.; Hayer, T. (2021): Sportwetten: Expertise oder Glück? Ein systematischer Review über Tippstudien. *Suchttherapie*, 22(1), 27–36.

Kraepelin E. (1899): Psychiatrie – ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Zweiter Band (Nachdruck 2015). Norderstedt: Verlag der Wissenschaften.

Maas, P.; Weibler, J. (1997): „Immer unter Spannung“ – Crash-Konstellationen: Kontrollillusion und Stress an der Börse. In: Jünemann, B.; Schellenberger, D. (Hrsg.): Psychologie für Börsenprofis: Die Macht der Gefühle bei der Geldanlage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel. 109–122.

Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Meyer, G.; Hayer, T.; Griffiths, M. (Eds.) (2009): Problem gambling in Europe: challenges, prevention, and interventions. New York, NY: Springer.

Meyer, G. et al. (2013): Is poker a game of skill or chance? A quasi-experimental study. *Journal of Gambling Studies*, 29(3), 535–550.

Oerter, R. (2011): Psychologie des Spiels. 2. Auflage. München: Beltz.

Petry, J. (2020): Kritische Anmerkungen zum Suchtbegriff in der ICD-11. *Suchttherapie* 21(3), 126–131.

Petry, J. (1998): Geld, Selbstwertproblematik, Glücksspielsucht und therapeutisches Geldmanagement. In: Füchtenschneider, I.; Petry, J. (Hrsg.): Glücksspielsucht: Gesellschaftliche und therapeutische Aspekte. München: Profil. 77–102.

Reith, G. (2019): Addictive consumption: capitalism, modernity and excess. London, UK: Routledge.

Rock, J.-P.; Fiedler, I. (2008): Die Empirie des Online-Pokers – Bestimmung des Geschicklichkeitsanteils anhand der kritischen Wiederholungshäufigkeit. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 3, 412–422.

Roizen, R. (2005): E. M. Jellinek and all that! A brief look back at the origins of post-repeal alcohol science in the United States. <http://www.roizen.com/ron/jellinek-pres.htm>, Zugriff: 26.11.2022.

Schaak, C. et al. (2019): Glücksspielcharakter von Computerspielen: Wie Monetarisierungsstrategien digitale Spiele verändern. *Suchttherapie*, 20, 198–202.

Schiller, F. (o. J.): Über die ästhetische Erziehung des Menschen. In: Stapf, P. (Hrsg.): Schiller Werke, Bd. II (ursprünglich 1795). Wiesbaden: Emil Vollmer. 570–655.

Schüll, N. D. (2012): Addiction by design: machine gambling in Las Vegas. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Schuller, A. (2008): Jackpot: Aus dem Leben eines Spielers. Eine wahre Geschichte. Überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Neuauflage von „Der Automaten-Mann“. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.

Sommerfeld, P. (2019): Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. *SuchtMagazin*, 45(3), 4–12.

Wahren, H.-K. (Hrsg.) (2009): Anlegerpsychologie: Wie gehen Anleger (besser) mit Risiken, Stress und Ängsten um? Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

World Health Organisation (1991): International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders ICD-10 (deutsche Übersetzung 1991). Genf: WHO.

World Health Organization (2019): International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics: ICD-11 MMS. Genf: World Assembly.

Rechtliche Grundlagen des Glücksspiels (Kapitel 1.2):

Dietlein, J. (2022): EinlDE, § 1, § 2, § 3, § 20 GlüStV, § 33c, § 33d GewO, SpielV. In: Dietlein, J.; Ruttig, M. (Hrsg.): Glücksspielrecht. 3. Auflage. München: Beck. 1–21; 43–92; 397–400; 649–670; 707–727.

Dietlein, J. (2008): EinlDE, § 1, § 2 GlüStV. In: Dietlein, J.; Hecker, M.; Ruttig, M. (Hrsg.): Glücksspielrecht. 1. Auflage. München: Beck. 1–7.

Fiedler, I. (2015): Evaluierung des Sperrsystems in deutschen Spielbanken. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 10, 188–197.

Hübl, L. (2018): Der Markt für Spielbanken in Deutschland. In: Gebhardt, I.; Korte, S. (Hrsg.): Glücksspiel, Ökonomie, Recht, Sucht. 2. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter. 99–118.

Kalke, J.; Hayer, T. (2019): Expertise zur Wirksamkeit von Maßnahmen des Spieler- und Jugendschutzes: Ein systematischer Review. Berlin: Peter Lang.

Meyer, G. (2023): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2023. Lengerich: Pabst Science Publishers. 89–110. Korrekturfassung, https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Jahrbuch_Sucht/JBSucht2023_S089_Kapitel2-4_Korrektur2.pdf, Zugriff: 06.07.2023.

Rock, J.-P. (2022): § 6i, § 8, § 8a, § 8b GlüStV. In: Dietlein, J.; Ruttig, M. (Hrsg.): Glücksspielrecht. 3. Auflage. München: Beck. 227–232; 234–235; 244–270.

Rock, J.-P.; Becker, C. (2021): Aktuelle Rechtsprechung zum Glücksspielrecht. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 2021, 137–150.

Rock, J.-P.; Fiedler, I. (2008): Die Empirie des Online-Pokers – Bestimmung des Geschicklichkeitsanteils anhand der kritischen Wiederholungshäufigkeit. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 3, 412–422.

Ruttig, M. (2022): § 21 GlStV. In: Dietlein, J.; Ruttig, M. (Hrsg.): *Glücksspielrecht*. 3. Auflage. München: Beck, 400–426.

Ökonomie des Glücksspielmarktes und Lobbyismus (Kapitel 1.3):

Adams, M.; Fiedler, I. (2009): Die sozialen Kosten von Alkohol und Glücksspiel. Berlin. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde am 28. November.

Fiedler, I. (2016): Glücksspiele: Eine verhaltens- und gesundheitsökonomische Analyse mit rechtspolitischen Empfehlungen. Frankfurt/M.: Peter Lang.

Fiedler, I. (2012): Die Geschicklichkeitskomponente beim Pokerspiel. Hamburg. Vortrag auf der Fachtagung „Glücksspielforschung der Bundesländer – wissenschaftliche Erkenntnisse für Prävention, Hilfe und Politik“ am 3. Februar 2012.

Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel (2022): Jahresreport 2021 der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder: Der deutsche Glücksspielmarkt 2021 – eine ökonomische Darstellung. Wiesbaden.

Hayer, T. (2022): Glücksspielsuchtpolitik aus der Public Health Perspektive. Berlin. Vortrag auf der 34. Jahrestagung des FAGS am 1.12.2022. https://www.gluecksspielsucht.de/tagungdok/2022/FAGS_2022_Hayer_Gluecksspielsuchtpolitik.pdf, Zugriff: 27.02.2023.

Hayer, T.; Kalke, J. (2022): Effekte von Maßnahmen des Spielerschutzes beim Online-Glücksspiel: Ein systematischer Review. *Sucht*, 68(3), 169–188.

Meyer, G. (2023): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2023*. Lengerich: Pabst, 89–110. Korrekturfassung, https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Jahrbuch_Sucht/JBSucht2023_S089_Kapitel2-4_Korrektur2.pdf, Zugriff: 06.07.2023.

Meyer, G. (2022): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2022*. Lengerich: Pabst, 87–106.

Meyer, G. (2020): Prävention der Glücksspielsucht: Warum Maßnahmen des Spielerschutzes von Glücksspielanbietern kaum Wirkung zeigen. *Sucht*, 66(1), 45–56.

Meyer, G. (2016): Der „Düsseldorfer Kreis“ – Lobbyismus der Glücksspielanbieter. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 11, 214–217.

Ólason, D. T. et al. (2017): Economic recession affects gambling participation but not problematic gambling: results from a population-based follow-up study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1247. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01247/full>, Zugriff: 27.02.2023.

Rummel, C.; Lehner, B.; Kepp, J. (2023): Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2023*. Lengerich: Pabst, 9–32.

Schaller, K. et al. (2022): *Alkoholatlas Deutschland 2022*. Lengerich: Pabst.

2 Epidemiologie

2.1 Prävalenz

2.1.1 Verbreitung in der Bevölkerung

International liegt mittlerweile eine Vielzahl an empirischen Studien vor, die das Ausmaß glücksspielbezogener Probleme auf nationaler Ebene ermittelt haben. Im Zuge einer systematischen Literaturrecherche basierend auf 69 Fachpublikationen mit Veröffentlichungsdatum zwischen 2000 und 2015 konnten Calado und Griffiths (2016) weltweit Prävalenzraten für Erwachsene identifizieren, die von 0,12 % bis 5,8 % reichten (bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz). Diese starke Variation dürfte zum einen mit der Breite und Attraktivität der jeweiligen nationalen Glücksspielangebote zusammenhängen, zum anderen jedoch ebenfalls auf methodische Besonderheiten der einzelnen Forschungsansätze zurückzuführen sein. Hierzu zählen im Kern Unterschiede in den Begriffsbestimmungen, den eingesetzten Erhebungsinstrumenten, der Art der Datenerhebung, den Stichprobengrößen und -zusammensetzungen sowie den Ausschöpfungsquoten (Meyer, Hayer, 2010). Ohnehin sind derartige „Bevölkerungs-Screenings“ lediglich als Richtwerte im Hinblick auf das tatsächliche Problemausmaß zu verstehen und nicht mit einer klinischen Diagnostik im engeren Sinne zu verwechseln (vgl. Kapitel 4).

Einen kompakten Überblick über aussagekräftige Bevölkerungsstudien zum Glücksspielverhalten der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland gibt Hayer (2020a) bzw. die nachfolgende Tabelle 2.1. Als Grundlage dienen 11 bis zum Jahr 2020 veröffentlichte Erhebungen. Insgesamt wird die Anzahl der „pathologischen Glücksspieler und Glücksspielerinnen“ hierzulande auf 103.000 (niedrigster Wert) bis 436.000 (höchster Wert) geschätzt, was Prävalenzraten von 0,2 % bis 0,82 % entspricht. Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind diese Übersetzungen in absolute Zahlen allerdings mit gewissen Unsicherheiten verbunden und folglich immer mit der gebotenen Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 2.1 Epidemiologische Studien in Deutschland

	Buth & Stöver (2008)	Bühringer et al. (2007)	BZgA (2008)	BZgA (2010)	BZgA (2012)	BZgA (2014)	BZgA (2016)	BZgA (2018)	BZgA (2020)	Meyer et al. (2011)	Sassen et al. (2011)
Erhebungsjahr	2006	2006	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2010 (primär)	2009
Stichprobe (Altersrange)	7.981 (18–65)	7.817 (18–64)	10.001 (16–65)	10.000 (16–65)	10.002 (16–65)	11.501 (16–65)	11.501 (16–70)	11.503 (16–70)	11.501 (16–70)	15.023 (14–64)	8.006 (18–64)
Art der Datenerhebung	Telefonisch, online	Schriftlich, telefonisch	Telefonisch	Telefonisch	Telefonisch	Telefonisch	Telefonisch	Telefonisch	Telefonisch	Telefonisch	Schriftlich, telefonisch, online
Screening- Instrument	DSM*-IV	DSM-IV-TR	SOGS**	SOGS	SOGS	SOGS	SOGS	SOGS	SOGS	DSM-IV-A (CIDI)	DSM-IV-TR
„Pathologisches Glücksspielen“	0,56 % 300.000	0,20 % 103.000	0,19 % 104.000	0,45 % 242.000	0,49 % 264.000	0,82 % 436.000	0,37 % 215.000	0,31 % 180.000	0,34 % 200.000	0,35 % 193.000	0,31 % 159.000

Quelle: in Anlehnung an Hayer, 2020a

* DSM: Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen

** SOGS: South Oaks Gambling Screen

Das gilt ebenso für den aktuellen Glücksspiel-Survey mit Datenerhebung im Jahr 2021 (Buth, Meyer, Kalke, 2022). Bei dieser Untersuchung wurden zusammengenommen N = 12.303 Befragungen mit deutschsprachigen Personen im Alter von 16 bis 70 Jahren zu ihren Glücksspielaktivitäten sowie zum Vorliegen etwaiger Probleme im Zusammenhang mit dem Glücksspielen durchgeführt. Unter methodischen Gesichtspunkten betrat diese Studie Neuland, da die Datenerhebung mittels eines Mixed-Mode-Designs erfolgte und erstmals hierzulande sowohl Festnetz- bzw. Mobiltelefonnutzende als auch Mitglieder eines Online-Access-Panels umfasste. Außerdem kam mit den DSM-5-Kriterien zur „Störung durch Glücksspielen“ ein neues Screening-Instrument zur Anwendung (bei den 18- bis 70-Jährigen).

Die Ergebnisse dieser Studie verweisen darauf, dass 2,3 % der Befragten im Alter von 18 bis 70 Jahren die DSM-5-Kriterien einer „Störung durch Glücksspielen“ erfüllen (Vorliegen von 4 oder mehr DSM-5-Kriterien). Bei weiteren 5,7 % sind erste Symptome im Sinne eines riskanten Glücksspielverhaltens erkennbar (Vorliegen von 1 bis 3 DSM-5-Kriterien). Hochgerechnet auf die Bundesebene sind dies geschätzte 1,3 Millionen Betroffene mit einer glücksspielbezogenen Störung sowie weitere geschätzte 3,25 Millionen Betroffene mit einem riskanten Glücksspielverhalten.

Neben den bereits oben genannten Einschränkungen ist zu beachten, dass sich Erhebungen dieser Art immer auf das „Hellfeld“ beziehen. So werden bestimmte Personengruppen im Zuge der Befragung nicht oder nur sehr schwer erreicht (z.B. Personen, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig oder von ihren Glücksspielaktivitäten im Alltag vollkommen vereinnahmt sind), was zu einer Unterschätzung des wahren Problemausmaßes beitragen könnte. Hingegen dürfte die fehlende diagnostische Absicherung der gescreenten Positivfälle (siehe die Kritik oben) und hier insbesondere das Missverständnis einzelner Fragen eher zu einer Überschätzung des wahren Problemausmaßes führen. Auf keinen Fall lassen sich die Befunde von Buth, Meyer und Kalke (2022) jedoch mit den Zahlen der Vorgängerstudien in Beziehung setzen und womöglich als Indikatoren für einen gravierenden Anstieg des Ausmaßes glücksspielbezogener Probleme in Deutschland in den letzten Jahren, bedingt etwa durch die Legalisierung des Onlineglücksspiels, deuten. Abgesehen von den bereits erwähnten methodischen Unterschieden machen nicht kontrollierbare Faktoren auf der Makroebene (z.B. divergierende Veränderungen in der Glücksspielregulation oder spürbare Effekte der Corona-Pandemie) derartige Kausalschlüsse unmöglich. Da dieser Glücksspiel-Survey nunmehr alle zwei Jahre mit ähnlichen methodischen Parametern durchgeführt werden soll, ist mit Spannung ein Blick auf die zukünftigen Ergebnisse zu werfen.

2.1.2 Beratungs- und Behandlungsprävalenz

Meyer (2023) fasst die bundesweite Beratungs- und Behandlungsnachfrage von Personen mit einer Glücksspielproblematik im ambulanten sowie stationären Hilfesetting zusammen. Demzufolge verzeichnete die Deutsche Suchthilfestatistik 2021 für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen 5.677 Betroffene mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ in insgesamt 864 Einrichtungen. Finden zudem Klientinnen und Klienten mit Einmalkontakten sowie potenzielle Übernahmen aus dem Vorjahr Beachtung, wurden 10.544 Einzeldiagnosen registriert. Hochgerechnet auf die 1.251 Suchtberatungsstellen und Suchtambulanzen (Stand: 2021) bedeuten diese Werte eine Hilfenachfrage von bundesweit rund 8.200 Fällen (ohne Einmalkontakt) bzw. etwa 15.100 Fällen (mit Einmalkontakten) mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“.

Im Zeitverlauf ließ sich bei den Einzeldiagnosen ohne Einmalkontakte bis zum Jahr 2016 ein deutlicher Anstieg der Nachfrage beobachten, mit hochgerechnet 1.221 Fällen im Jahr 1994 über 8.816 Fälle im Jahr 2012 bis zu 10.909 Fällen im Jahr 2016. Triebfeder hierfür dürfte zum einen die massive Zunahme an Glücksspielmöglichkeiten bei gleichzeitig weitgehend fehlenden Maßnahmen der Suchtprävention gewesen sein. Zum anderen brachte die bundesweite Ausweitung sowie öffentlichkeitswirksame Bekanntmachung der auf Glücksspielsucht spezialisierten Beratungsangebote ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit einen gewissen Nachfrageeffekt mit sich. Der seit 2017 einsetzende Rücklauf könnte am ehesten mit dem Ausbau von niedrigschwelligen Parallelangeboten (z.B. diverse internetbasierte Hilfen) oder mit der Optimierung einzelner Maßnahmen des Jugend- und „Spielerschutzes“ (z.B. Erweiterung des Sperrsystems oder Verbesserung von Alterskontrollen in bestimmten Marktsegmenten) in Verbindung stehen. Darüber hinaus scheint die COVID-19-Pandemie diesem rückläufigen Trend in der Inanspruchnahme ambulanter Hilfen weiteren Vorschub zu leisten.

Daneben dürften auch andere Anlaufstellen im ambulanten Setting einen wichtigen Beitrag zur Versorgung glücksspielsüchtiger Personen (und ihrer Angehörigen) leisten. In erster Linie ist hier der Bereich der ambulanten Psychotherapie zu nennen: So konnten Kraus et al. (2011) für das Bundesland Bayern im Rahmen einer Pilotstudie zeigen, dass von 214 niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2009 122 Betroffene und Angehörige wegen einer Glücksspielproblematik behandelt wurden. Hochgerechnet auf alle bayerischen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind dies je nach Berechnungsart zwischen 422 (konservative Schätzung) und 1.437 (liberale Schätzung) Personen. Dabei bezog sich die Psychotherapie bei 55,7 % der Personen direkt auf die Behandlung der Glücksspielprobleme, was in der Hochrechnung Fallzahlen von 236 zw. 801 entspricht. Ferner wurden bezogen auf alle bayerischen

Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 420 bzw. 1.425 Patientinnen und Patienten wegen bestehender Glücksspielprobleme an weitere Einrichtungen wie Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Kliniken, psychiatrische Fachambulanzen oder Fachärztinnen und Fachärzte überwiesen. Insgesamt gaben 28 % der befragten Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an, Betroffene und Angehörige mit einer Glücksspielproblematik zu behandeln. Diese Daten basieren zwar auf einer schmalen Stichprobe, liefern aber dennoch einen ersten wichtigen Hinweis auf die Bedeutung der psychotherapeutischen Versorgung beim Vorliegen glücksspielbezogener Probleme.

Für die stationäre Behandlungsnachfrage in Suchtfachkliniken und psychosomatischen Fachkliniken, die ein spezifisches glücksspielbezogenes Hilfeangebot aufweisen, ergibt sich im Hinblick auf die Versorgungsnachfrage im Zeitverlauf ein ähnliches Bild wie im ambulanten Sektor (Meyer, 2023). Während im Jahr 2002 in 11 solcher Einrichtungen insgesamt 704 Patientinnen und Patienten behandelt wurden, waren es im Jahr 2016 in 17 Kliniken zusammengenommen 2.482 Behandlungsfälle. Im Anschluss daran lässt sich ein zum Teil deutlicher Rückgang in der Inanspruchnahme erkennen, der im Jahr 2021 vorläufig in 1.296 Behandlungsfällen aus 15 Kliniken mündete.

Die genannten absoluten Zahlen von stationären Behandlungen dürften jedoch höher liegen, da neben diesen spezialisierten Kliniken auch in anderen stationären Einrichtungen „pathologische Glücksspieler und Glücksspielerinnen“ – etwa beim Vorliegen komorbider Störungen – (mit)behandelt werden. Nach der Dokumentation der Deutschen Suchthilfestatistik für stationäre Einrichtungen (Meyer, 2023) ergeben sich für das zweite Corona-Jahr 2021 1.199 Einzeldiagnosen bzw. 556 Hauptdiagnosen in 152 bzw. 148 Einrichtungen (Rückgang im Vergleich zum Vorjahr: 15,6 % bzw. 22,4 %).

Grundsätzlich muss bei den Zahlen zur Inanspruchnahme von glücksspielspezifischen Hilfeangeboten berücksichtigt werden, dass nur ein geringer Anteil der Betroffenen im Laufe ihrer Lebensspanne einen Kontakt zum Hilfesystem anbaut (Hayer, Meyer, 2010). Krankheitsinhärente Faktoren wie sich steigernde Schuldgefühle, suchtypische Tendenzen der Bagatellisierung, Rationalisierung und Selbsttäuschung oder die fehlende Krankheitseinsicht verhindern die Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Infolgedessen ist der Weg in das formale Hilfesystem ein mit hohen Hemmschwellen und Berührungängsten versehener Prozess. Auf Grundlage einer Überblicksarbeit präzisiert Laging (2009) mögliche Barrieren, die eine Kontaktaufnahme zu Hilfspersonen oder Hilfsinstitutionen verhindern. Sie resümiert, dass in erster Linie Stolz, Scham, der feste Wille, sein Problem selbst lösen zu wollen, der Wunsch, unentdeckt zu bleiben, fehlendes Problembewusstsein und die Unkenntnis von Behandlungsmöglichkeiten in diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung sind.

Es überrascht daher nicht, dass Forschungsstudien zufolge nur etwa 10 % aller Personen mit einem süchtigen Glücksspielverhalten professionelle Hilfeangebote wahrnehmen (Hayer, Meyer, 2010). Dieser Schritt findet zumeist erst bei akuten Krisenergebnissen, im Falle völliger psychischer Erschöpfung bzw. gravierender finanzieller Notlagen oder beim Vorliegen einer manifesten Suchtsymptomatik statt. Hierzu passen die Befunde einer repräsentativ angelegten Bevölkerungsstudie aus Deutschland mit relativ weichen „Versorgungskriterien“, nach der lediglich 23,1 % der Betroffenen jemals in ihrem Leben mit einer Ärztin bzw. einem Arzt oder anderen Fachpersonen über ihr süchtiges Glücksspielverhalten gesprochen und/oder eine Selbsthilfegruppe aufgesucht haben (Meyer et al., 2011). Diese Erkenntnisse implizieren in ihrer Gesamtheit die hohe Relevanz, die effektiven Strategien der Früherkennung und Frühintervention im Glücksspielbereich beizumessen ist.

2.2 Bevorzugtes Glücksspiel

Zunächst einmal bleibt festzuhalten, dass trotz steigender Glücksspielmöglichkeiten und zusätzlicher Glücksspielanreize vor allem im Internet die Nachfrage nach Glücksspielen auf Bevölkerungsebene in den letzten 15 Jahren in Deutschland spürbar abgenommen hat. Waren es im Jahr 2006 noch knapp 50 %, die in den letzten 12 Monaten an irgendeiner Form des Glücksspiels teilgenommen haben (Bühringer et al., 2007), wiesen im aktuellen Glücksspiel-Survey von 2021 (Buth, Meyer, Kalke, 2022) nur noch knapp 30 % der Befragten aktuelle Glücksspiel-Erfahrungen auf. Da die Umsatzzahlen in diesem Zeitraum dennoch deutlich angestiegen sind (vgl. Kapitel 1.3), liegt die Vermutung nahe, dass sich die Pro-Kopf-Ausgaben für Glücksspiele erhöht haben. Hintergrund könnte die verstärkte Zuwendung zu Glücksspielangeboten mit schnellen Spielabfolgen und höheren Suchtgefahren sein, die bei regelmäßigen Glücksspielteilnahmen mit entsprechenden Einsatzvolumen einhergehen.

Somit stellt sich die Frage, welche Glücksspielformen vornehmlich von glücksspielsüchtigen Personen nachgefragt werden. Belastbare Hinweise auf diesen Zusammenhang finden sich in den epidemiologischen Untersuchungen und ihren empirischen Operationalisierungen des Gefährdungspotenzials einzelner Glücksspielformen. In der Regel werden dabei assoziative Bezüge zwischen der Nutzung einzelner Glücksspielangebote und glücksspielbezogenen Problemen bestimmt. Zum Beispiel konnten Meyer und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (2011) im Zuge einer multivariaten Analyse und unter der statistischen Modellierung der Nutzung mehrerer Glücksspielformen folgende Befunde ermitteln (als Analyseeinheit dienten alle Personen, die irgendeine Glücksspielform an mehr als 10 Tagen nachgefragt hatten): Unter den Nutzern und Nutzerinnen von Geldspielautomaten war die Chance, die Lebenszeitdiagnose „Pathologisches Glücksspielen“ zu erhalten, um

das 6,3-fache erhöht. Danach kommen die Kategorien Poker (5,0-fache Chance), andere Sportwetten (4,7-fache Chance) und Glücksspielautomaten in Spielbanken (4,1-fache Chance). Alle anderen Glücksspielangebote erwiesen sich im multivariaten Vergleich als nicht bedeutsam. In eine ähnliche Richtung verweisen die Analysen von Haß, Orth und Lang (2012) auf Basis der Zusammenlegung von Daten dreier Bevölkerungsumfragen aus den Jahren 2007, 2009 und 2011. Auch hier ergaben sich bei simultaner Betrachtung aller Glücksspielformen die höchsten Risikopotenziale für Geldspielautomaten, gefolgt von Kasinospielen im Internet. Unabhängig vom Rechenmodell finden sich die niedrigsten Risiken bei den Lotterien. Schließlich lässt sich dem aktuellen Glücksspiel-Survey eine vergleichbare Gefahrenhierarchie entnehmen (Buth, Meyer, Kalke, 2022): So fiel der Anteil von Personen mit einer Störung durch Glücksspielen bei den Teilnehmenden an Geldspielautomaten mit 33,4 % am höchsten aus, Platz 2 belegen die Glücksspielautomaten in Spielbanken mit 31,5 % und Platz 3 die Live-Sportwetten mit 29,7 %. Zwar sind diese Zuordnungen nicht in kausaler Weise zu interpretieren, da der Einfluss des jeweiligen Glücksspielangebotes auf die Entwicklung glücksspielbezogener Probleme aufgrund des Mangels an Längsschnittdaten nicht näher spezifiziert werden kann. Dennoch ist unbestritten, dass glücksspielsüchtige Personen überzufällig häufig bestimmte Glücksspielformen nachfragen.

Der Umstand, dass das gewerbliche Automatenspiel konsistent an der Spitze dieser Rangreihen zu finden ist, hängt unmittelbar mit seinen Veranstaltungsmerkmalen zusammen. Aus den „Groschengräbern“ der früheren Jahre sind durch Einführung neuer Spielsysteme (z. B. „Risikoleiter“ nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip oder Gewinnanhäufungen über Sonderspielfunktionen) mit der Zeit Glücksspielgeräte geworden. Zudem führten systematische Umgehungen der gesetzlichen Vorgaben zu einer weiteren massiven Erhöhung der Spielanreize (Meyer, Bachmann, 2017, S. 20 ff.). Damit trifft bei den Geldspielautomaten eine hohe Verfügbarkeit auf eine rasche Spielabfolge mit Spielentscheidungen im Sekundentakt – zwei Merkmale, die im Wesentlichen das Gefährdungspotenzial einer Glücksspielform bedingen (Hayer, 2010). Als Folge davon dominierte seit Mitte der 1980er-Jahre der junge männliche Geldspielautomatenspieler die Versorgungsnachfrage. Zu Beginn der Beratung bzw. Behandlung zeigt diese Klientel erhebliche Auffälligkeiten wie hohe Verschuldung, erhöhte Suizidneigung und häufige Delinquenz. Bei einer beträchtlichen Teilgruppe besteht zusätzlich eine stoffgebundene Abhängigkeit (vgl. Kapitel 4.3.2.2).

Ein weiterer Indikator für die Gefährdung durch Geldspielautomaten stellen „Klientendokumentationen“ dar. So zeigen Untersuchungen mit klinischen Stichproben durchweg, dass Glücksspieler und Glücksspielerinnen an Geldspielautomaten die Versorgungsnachfrage dominieren. Das galt auch für das Jahr 2021, wie exemplarisch Daten aus der ambulanten Suchtberatung des Bundeslandes Niedersachsen

belegen (Brosowski, Hayer, 2022). Allerdings scheint inzwischen eine Trendwende über Verschärfungen der rechtlichen Rahmenbedingungen erreicht worden zu sein: Während in den Jahren 2017 bis 2019 noch 85,5 % aller hilfesuchenden Personen das Geldspielautomatenspiel in Spielhallen oder in der Gastronomie als diejenige Glücksspielform angaben, die die meisten Probleme verursacht, fiel dieser Anteil im Jahr 2020 auf 76,2 % und im Jahr 2021 auf 65,3 %. Im Gegensatz dazu stieg der Anteil an Betroffenen, die primär von Problemen im Zusammenhang mit Internetglücksspielen bzw. Sportwetten berichteten. In ihrer Gesamtheit spiegeln diese Kennwerte – zeitverzögert – die Entwicklungen in den einzelnen Marktsegmenten wider.

2.3 Soziodemografie

Aus der Perspektive der Public-Health-Forschung (vgl. Kapitel 5) ist grundsätzlich darauf hinzuweisen, dass glücksspielbezogene Schäden in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Bestimmte Personengruppen gelten als besonders vulnerabel für die Entwicklung bzw. Manifestation glücksspielbezogener Probleme und tragen daher eine vergleichsweise große Krankheitslast. In ihrer Überblicksarbeit benennen Hayer, Meyer und Girndt (2018/2019) auf Basis vorliegender epidemiologischer Untersuchungen folgende (soziodemografische) Risikomerkmale: Männer, ein jüngeres Lebensalter (vgl. Kapitel 10.1), Personen aus bildungsfernen Schichten, Individuen mit Migrationserfahrung (vgl. Kapitel 10.3) sowie Arbeitslose. Allerdings verbieten die vorhandenen Querschnittdaten auch an dieser Stelle eine Interpretation konkreter Wirkzusammenhänge. Zum Beispiel könnte eine glücksspielsüchtige Person aus einer glücksspielbedingten finanziellen Notlage heraus Geld am Arbeitsplatz veruntreuen und auffliegen. Hier wäre der Jobverlust Folge der Glücksspielsucht. Andersherum geht im Falle der Arbeitslosigkeit die übliche Tagesstruktur verloren. In Kombination mit Einkommenseinbußen könnte das Glücksspiel mit seinen Gewinnoptionen locken und sich eine „Spielerkarriere“ anbahnen. Hier wäre die Glücksspielsucht Folge des Jobverlustes. Daneben deuten Forschungsstudien mit (selbst) selektiven Stichproben weitere Risikogruppen an. Hierunter fallen u. a. Kinder aus glücksspielsuchtbelasteten Familien (vgl. Kapitel 9.3.5), Mitglieder von Sportvereinen und Servicekräfte aus Spielhallen.

Der aktuelle Glücksspiel-Survey von Buth, Meyer und Kalke (2022) bestätigt den Sachverhalt zu ausgewählten soziodemografischen Risikomerkmale. Bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz weisen hierzulande deutlich mehr Männer (3,5 %) als Frauen (1,1 %) eine „Glücksspielstörung“ auf. Weiterhin sind Personen mit Migrationshintergrund häufiger betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund (3,0 % vs. 2,1 %). Schließlich ergeben sich hinsichtlich des Alters die höchsten Krankheitsanteile bei den 21- bis 25-Jährigen mit 4,3 % und bei den 26- bis 35-Jährigen mit 4,2 %; am niedrigsten fällt dieser Wert bei den 56- bis 70-Jährigen mit 0,9 % aus.

2.4 Komorbide Störungen in der Bevölkerung

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung findet sich bei problematischem und in noch stärkerem Maße bei süchtigem Glücksspielen eine extreme Erhöhung komorbider Störungen (Meyer, Rumpf, Kreuzer, 2011). Bei „pathologischen Glücksspielern und Glücksspielerinnen“ 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 und Glücksspielerinnen“ 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 und Glücksspielerinnen entsprechend 44,0 %, 31,3 % und 24,7 %. Bei 35,3 % der „pathologischen Glücksspieler und Glücksspielerinnen“ liegt eine Persönlichkeitsstörung vor. Am niedrigsten betraf dies Cluster-A-Störungen (paranoide, schizoide und schizotypische Störung) mit 3,4 %, gefolgt von Cluster-C-Störungen (selbstunsichere, dependente und zwanghafte Störung) mit 19,6 % und am höchsten Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B (antisoziale, Borderline-, histrionische und narzisstische Störung) mit 21,2 %.

Somit bestätigt sich die hohe Komorbiditätsrate bei behandelten Glücksspielern und Glücksspielerinnen auch für die mehrheitlich nicht behandelten süchtigen Glücksspieler und Glücksspielerinnen in der Bevölkerung (vgl. Kapitel 4.3.2.2). Die Befunde zu Art und Häufigkeit komorbider stofflicher Süchte und psychischer Störungen decken sich weitestgehend mit angelsächsischen Bevölkerungsstudien (Petry, 2005, S. 86–88, 95–98; Lorains, Cowlshaw, Thomas, 2011).

2.5 Verlauf

2.5.1 Karriereentwicklung

Custer und Milt (1985) beschreiben die typische Karriere von Glücksspielsüchtigen als progressive Phasenabfolge, wie dies Elvin Morton Jellinek (1960) beim Alkoholismus getan hatte (vgl. Kapitel 3.2.2.1). Eine anfängliche Gewinnerfahrung (big win) kann danach zum Auslöser einer sich steigernden Glücksspielaktivität werden. In der Regel ist die anfängliche Entwicklung schleichend. Belastende, selbstwertbedrohliche

Lebensereignisse können zu einer episodischen Steigerung des Problem-verhaltens führen. Bei männlichen Glücksspielern, insbesondere, wenn sie mit Veränderungen einhergehen, die mit stärkerer Verantwortung (feste Bindungen, Schwangerschaft der Partnerin, beruflicher Aufstieg) verbunden sind. Die Übernahme einer glücksspielbedingten Verschuldung durch das familiäre Unterstützungssystem bei gleichzeitigem Versprechen der Einstellung des Glücksspielens („Freikauf“/bail-out) kann das Glücksspielverhalten weiter forcieren.

Es entsteht eine suchttypische Eigendynamik, die von dem Versuch bestimmt wird, bestehende Verluste durch erhöhte Einsätze auszugleichen, wobei die realen Konsequenzen des Glücksspielverhaltens ausgeblendet werden. Bei dieser „Aufholjagd“ (chasing) entwickelt sich ein spiralförmig verlaufender Prozess der zunehmenden Bindung an das Glücksspielen bei gleichzeitig abnehmenden Entscheidungsmöglichkeiten (Lesieur, 1979, 1984; O'Connor, Dickerson, 2003). Süchtige Glücksspieler und Glücksspielerinnen versuchen stets, ihren Verlusten, insbesondere nach „Beinahe-Gewinnen“ (near misses), hinterherzujagen (Clark et al., 2009; Wilcke, 2013; Zhang, Clark, 2020).

Mit fortschreitender Eingebundenheit in die Glücksspielaktivität verstärkt sich die soziale Ausgrenzung der Betroffenen. Die damit verbundene Ambivalenz gegenüber ihrem Glücksspielverhalten fördert Schuld- und Schamgefühle, die als innerer Motor der Suchtentwicklung wirken. Gleichzeitig erfolgt eine Integration in Subgruppen, die sich durch einen glücksspielspezifischen Lebensstil, der auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung gerichtet ist, auszeichnen (vgl. Kapitel 3.2.4). Dies kann auch illegale Geldbeschaffungsmethoden umfassen.

Aufgrund von Verleugnungsmechanismen, die der Verarbeitung der zugrunde liegenden Selbstwertproblematik (Bensel, 1988) dienen, kann dieser Kreislauf ohne äußere Begrenzung schwer gestoppt werden. Eine Motivation zur Veränderung erfolgt häufig erst nach finanziellem Ruin, Verlust der familiären Unterstützung, beruflicher Existenzbedrohung, Straffälligkeit oder aufgrund psychiatrischer Behandlungen nach Suizidversuchen. Zur Überwindung der Glücksspielsucht bedarf es einer gezielten Behandlung.

Zusammenfassend besagt dieses Modell, dass die Glücksspielsucht einen chronisch progressiven Verlauf nimmt, wobei aufeinanderfolgende Phasen durch identifizierbare Symptome abgrenzbar sind. Das Phasenmodell beschreibt typische Elemente in der Entwicklung einer Glücksspielsucht sehr eindrücklich.

Die empirische Evidenz spricht allerdings gegen die Annahme eines chronisch progressiven Verlaufs (vgl. Kapitel 3.2.2.1). Die Entstehung und Überwindung einer

Glücksspielsucht verläuft stattdessen individuell sehr unterschiedlich: Die verschiedenen Entwicklungspfade sind abhängig vom Einstiegsalter, vom Geschlecht, von der ethnischen Herkunft (vgl. Kapitel 3.2.6 u. Kapitel 10) und von bestehender oder fehlender Komorbidität (vgl. Kapitel 2.4, 4.3.2.2). Das Phasenmodell der Glücksspielsucht von Custer und Milt (1985) wird dem nicht gerecht. Es vernachlässigt nicht nur diese individuellen Besonderheiten der Betroffenen, sondern klammert auch die sozioökonomischen Rahmenbedingungen vollständig aus. So bleibt u. a. verborgen, dass die Glücksspielindustrie große Macht ausübt, indem sie die öffentliche Debatte bestimmt: Das Glücksspielangebot wird als Arbeitsplätze schaffendes, ungefährliches Freizeitverhalten verkauft. Verantwortlich für die Glücksspielsucht seien nur wenige anfällige Individuen. Dies verstärkt die Gefühle der Machtlosigkeit bei den Betroffenen, die sich persönlich für ihr süchtiges Handeln schuldig fühlen. Die wirklichen Ursachen der Misere werden verschleiert (Orford, 2019). Nur so lässt sich politisch verstehen, dass die Glücksspielbranche ihre Produkte gerade in Wohnvierteln besonders geballt anbietet, die von ärmeren Bevölkerungsschichten bewohnt werden. Dies führt zu einer weiteren Verschlechterung der dort bestehenden Lebensbedingungen und verstärkt die bereits vorhandene Motivation zum Glücksspielen (Orford, Erens, Mitchell, 2003; Marshall, 2005).

2.5.2 Selbstheilungsprozess

Von Toneatto und Nett (2006) werden die Befunde zur „Selbstheilung“ bei Glücksspielsüchtigen zusammengetragen. Danach sind Prozesse der Selbstheilung ohne Behandlungskontakte häufig: Mehr als ein Drittel derjenigen, die im Laufe ihres Lebens ein Glücksspielproblem aufgewiesen haben, berichten im Jahr vor ihrer Befragung über keinerlei einschlägige Probleme.

Die Erfassung des Ausstiegsprozesses ist bei Glücksspielsüchtigen methodisch nicht einfach: Die Daten der repräsentativen PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) zeigen, dass 36,1 % der über die Lebensspanne „pathologisch“ und 19,2 % der problematisch Glücksspielenden in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung die erforderliche Anzahl von Diagnosekriterien eines „Pathologischen Glücksspielens“ nicht mehr erfüllten. 31,3 % derjenigen, die über die Lebensspanne betrachtet eine solche Diagnose erhalten hatten, lebten in den letzten zwölf Monaten durchgehend abstinent. Bei den problematischen Glücksspielern und Glücksspielerinnen waren es 30,1 %. Die Besserungsrate (ein bis zehn Spieltage in den letzten zwölf Monaten) betrug 17,3 % unter den „pathologischen“ und 21,9 % unter den problematischen Glücksspielern und Glücksspielerinnen. Von den genesenen Glücksspielsüchtigen hatten 80 % keinen Kontakt zu einer Ärztin, einem Arzt, einer Suchttherapeutin, einem Suchttherapeuten oder einer Selbsthilfegruppe.

Die Schwere der Glücksspielproblematik und das Ausmaß der Komorbidität sind mögliche Unterscheidungsmerkmale bei Betroffenen, die eine Behandlung aufsuchen bzw. ohne professionelle Hilfe ihre Glücksspielproblematik überwinden (Toneatto, Nett, 2006). Die PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) bestätigt dies: Es zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der erfüllten DSM-IV-Kriterien und der Wahrscheinlichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine Übersichtsarbeit von Rumpf und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (2018) bestätigt die Bedeutung der Schwere der Glücksspielsucht und Häufigkeit negativer Konsequenzen für den Ausstiegsprozess.

Zu den zugrunde liegenden Mechanismen der Selbstheilung verweisen Toneatto und Nett (2006) auf eine Krise des Selbstbildes, die zu einer Neubewertung des Glücksspiels im Leben der Betroffenen geführt hat. Nach Klingemann (2017) entwickelt sich daraus der dringende Wunsch, sich von der Sucht zu befreien, endlich eine offene Bilanz zu ziehen und etwas Sinnhaftes zu erleben.

Diese Befunde entsprechen dem psychologischen Suchtmodell von Orford (2001). Die affektive, kognitive und verhaltensmäßige Bindung an eine suchtspezifische Aktivität führt für die Betroffenen zu vielfältigen Konflikten, insbesondere mit den sozialen Bezugspersonen. Es entstehen vielfältige negative „Folgekosten“, die auf Dauer nicht zu ertragen sind. Die Neubewertung der selbstdestruktiven Lebensweise führt zur Veränderung des Sinn- und Wertsystems (vgl. Kapitel 9.1.3). Diese „moralische Reform“ bildet die Grundlage für das Herauswachsen aus der Sucht (maturing-out).

Die Überwindung einer Sucht wird in diesem Sinne als Genesungsprozess (recovery) begriffen, der zu einer Selbstermächtigung (empowerment) der Betroffenen führt. Süchtige Personen überwinden in diesem Prozess Gefühle der Machtlosigkeit, gewinnen an Selbstbestimmung über verschiedene Lebensbereiche und vergrößern ihre gesellschaftliche Teilhabe (Cloud, Granfield, 2008; Knuf, 2016). Längsschnittstudien bei stofflichen Süchten zeigen, dass Rückfälle nach fünf Jahren seltener werden (Vaillant, 1996) und die Anzahl von Abstinente(n) danach kontinuierlich ansteigt (Vaillant, 1989, S. 34 f.). In der Forschung zur Glücksspielsucht besteht Unklarheit über die Erfolgskriterien in Bezug auf das Symptomenverhalten (Abstinenz oder Reduzierung), die Handlungskontrolle, die negativen Folgen und die Lebensqualität (Nower, Blaszczyński, 2008). Diese Forschung steht noch in den Anfängen. Entsprechend besteht die Forderung, dem Selbstermächtigungsprozess, dem Aufbau einer sinnerfüllten Lebensweise und der Stärkung sozialer Beziehungen einen größeren Stellenwert beizumessen (Pickering et al., 2020). Dies lässt sich gut mit der gemeindeorientierten Familientherapie verbinden (vgl. Kapitel 9.3.4).

Literatur

Brosowski, T.; Hayer, T. (2022): Klienten*innendokumentation der ambulanten Glücksspielsuchtberatungen in Niedersachsen 2017–2021. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung. https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/5959/3/Klienten_innendokumentation_der_ambulanten_Gluecksspielsuchtberatungen_in_Niedersachsen_2017_2021.pdf, Zugriff: 30.05.2023.

Bühringer, G. et al. (2007): Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht*, 53(5), 296–308.

Buth, S.; Meyer, G.; Kalke, J. (2022): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2021. Hamburg: Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD). https://www.isd-hamburg.de/wp-content/uploads/2022/03/Gluecksspiel-Survey_2021.pdf, Zugriff: 27.02.2023.

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

Calado, F.; Griffiths, M. D. (2016): Problem gambling worldwide: an update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613.

Clark, L. et al. (2009): Gambling near-misses enhance motivation to gamble and recruit win-related brain circuitry. *Neuron*, 61(3), 481–490.

Cloud, W.; Granfield, R. (2008): Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12–13), 1971–1986.

Custer, R.; Milt, H. (1985): When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families. New York, NY: Facts on File Publications.

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

Hayer, T. (2020a): Glücksspiele und Glücksspielsucht seit dem 2. Weltkrieg. Glücksspielsucht und Selbsthilfe. Münster – Gruppenleiterschulung am 26. September 2020. Münster.

Hayer, T. (2020b): Jugendliche und Glücksspiele: Spielanreize und Suchtgefahren im Überblick. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 31, 30–36.

Hayer, T. (2010): Geldspielautomaten und Suchtgefahren – Wissenschaftliche Erkenntnisse und suchtpolitischer Handlungsbedarf. *Sucht Aktuell*, 17(1), 47–52.

Hayer, T.; Meyer, G. (2010): Prävention glücksspielbezogener Probleme – Früherkennung und Frühintervention als zentrale Bausteine des Spielerschutzes. In: Kirch, W.; Middeke, M.; Rychlik, R. (Hrsg.): *Aspekte der Prävention*. Stuttgart: Thieme. 133–141.

Hayer, T.; Meyer, J.; Girndt, L. (2018/2019): Glücksspiele und Glücksspielsucht: Ausgewählte Forschungsbefunde und Herausforderungen für das Suchthilfesystem. *Rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 7/8(4), 340–348.

Jellinek, E. M. (1960): *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, N. J.: Hillhouse Press.

Klingemann, H. (2017): *Sucht: Selbstheilung ist möglich*. Lengerich: Pabst.

Knuf, A. (2016): *Empowerment und Recovery*. 5. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Kraus, L. et al. (2011): Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern. *Psychotherapeutenjournal*, 10(2), 152–156.

Laging, M. (2009): Die Inanspruchnahme formeller Hilfe durch Menschen mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten. *Suchttherapie*, 10(2), 68–74.

Lesieur, H. R. (1984): *The chase*. 2nd ed. Rochester, NY: Schenkman.

Lesieur, H. R. (1979): The compulsive gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry*, 42(1), 79–87.

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

Marshall, D. (2005): The gambling environment and gambler behaviour: evidence from Richmond-Tweed, Australia. *International Gambling Studies*, 5(1), 63–83.

Meyer, C. et al. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung (unveröffentlichter Forschungsbericht). Greifswald u. Lübeck: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin u. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Meyer, G. (2023): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2023*. Lengerich: Pabst. 89–110. Korrekturfassung: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Jahrbuch_Sucht/JBSucht2023_S089_Kapitel2-4_Korrektur2.pdf, Zugriff: 06.07.2023.

Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. 4. Auflage. Berlin: Springer.

Meyer, G.; Hayer, T. (2010): Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen: Epidemiologie und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(4), 295–305.

Nower, L.; Blaszczynski, A. (2008): Recovery in pathological gambling: an imprecise concept. *Substance Use & Misuse*, 43(12–13), 1844–1864.

O'Connor, J. V.; Dickerson, M. G. (2003): Definition and measurement of chasing in off-course betting and gaming machine play. *Journal of Gambling Studies*, 19(4), 359–386.

Orford, J. (2019): Power and addiction. In: Pickard, H. & Ahmed, S. H. (Eds.). *The philosophy and science of addiction*. New York: Routledge. 209–219.

Orford, J. (2001): *Excessive appetites: a psychological view of addictions*. 2nd ed. Chichester, UK: John Wiley.

Orford, J.; Erens, B.; Mitchell, L. (2003): *Gambling and problem gambling in Britain*. Hove, UK: Brunner-Routledge.

Petry, N. M. (2005): *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pickering, D. et al. (2020): What does it mean to recover from gambling disorder? Perspectives of gambling help service users. *Addiction Research & Therapy*, 28(2), 132–143.

Rumpf, H. J. (2022): Suizidalität bei Glücksspielsucht. Berlin: Vortrag auf der 34. Tagung des Fachverbandes Glücksspielsucht am 01.12.2022. https://www.gluecksspielsucht.de/tagungdok/2022/FAGS_2022_Rumpf_Suizidalitaet.pdf, Zugriff: 27.02.2023.

Rumpf, H.-J. et al. (2018): Mini-Review: recovery without treatment in gambling disorder and problematic gambling. *Sucht*, 64(5/6), 275–282.

Sassen, M. et al. (2011): Gambling among adults in Germany: prevalence, disorder and risk factors. *Sucht*, 57(4), 249–257.

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

Vaillant, G. E. (1996): A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 53(3), 243–249.

Vaillant, G. E. (1989): Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen- und Alkoholabhängigen lernen. In: Watzl, H.; Cohen, R. (Hrsg.): *Rückfall und Rückfallprophylaxe*. Berlin: Springer. 29–52.

Wilcke, A.-C. (2013): Identifikation pathologischer Online-Pokerspieler anhand ihres Spielverhaltens. *Suchttherapie*, 14(S 01), 2.

Zhang, K.; Clark, L. (2020): Loss-chasing in gambling behaviour: neurocognitive and behavioural economic perspectives. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 1–7.

3.1 Genetik und Neurobiologie

3.1.1 Genetik

Ein familiär gehäuftes Auftreten von stoffgebundenen Süchten ist ein lange bekanntes Phänomen. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Häufung auf rein genetischen, also vererbaren 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 Sucht untersucht werden können. Hier werden Verbindungen hergestellt zu besonderen neurobiologischen Auffälligkeiten, beispielsweise hinsichtlich der Wirkung oder des Abbaus eines Rauschmittels. Bei der Alkoholsucht kann z. B. von einer deutlichen genetischen Beteiligung ausgegangen werden.

Auch für die Entwicklung der Glücksspielsucht gibt es in einigen Studien deutliche Hinweise auf familiäre Häufungen (Dowling et al., 2019). In Familienstudien sind bis zu 20 % der Verwandten ersten Grades bei Vorliegen einer Glücksspielsucht ebenfalls von dieser Störung betroffen (Meyer, Bachmann, 2017, S. 106). Darüber hinaus wurden auch gemeinsame genetische Faktoren mit Alkoholmissbrauch und Alkoholsucht gefunden (Vereczkei et al., 2022). Auch mit der Disposition zur Entwicklung von depressiven Störungen gibt es genetische Überlappungen. Die genetische Beteiligung muss als ein Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung von Süchten verstanden werden ebenso wie die Einflüsse durch glücksspielende Eltern(teile) (vgl. Kapitel 9.3.5) und soziale Bezugspersonen im Sinne eines Modelllernens. 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 (vgl. Kapitel 3.2.7.2). Eine zentrale Rolle scheinen Varianten im Dopaminsystem zu spielen. Das sogenannte D2A1-Allel des Dopamin-D2-Rezeptor-Gens beispielsweise ist deutlich vermehrt bei Glücksspielsüchtigen nachweisbar, je

nach Ausmaß der Störung. Es findet sich aber auch bei anderen Suchtformen und ist allgemein bei impulsivem Verhalten erhöht (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 Rauschmittel wie Alkohol, Nikotin, Opiate etc. 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 psychotrope Substanz 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 zur Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens beitragen (Brewer et al., 2007; Böning & Grüsser-Sinopoli, 2009).

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

Befunde der bildgebenden Diagnostik (z. B. unter Einsatz der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT)) weisen bei der Glücksspielsucht auf eine herabgesetzte Aktivität im Belohnungssystem hin, auch bei der Präsentation glücksspiellossoziielter Reize. In den entsprechenden Studien (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 den oft von süchtigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen benannten Gefühlen wie Langleweiligkeit, 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. Rafiei und Kolla (2021) fanden Hinweise darauf, dass eine Abnormalität des dopaminergen Systems in Form eines DAT-1-Polymorphismus, das heißt, einer Veränderung des Dopamin-Transporter-Gens, zu einem vermehrten Auftreten unkluger, riskanter Entscheidungen führt, wie sie für das Glücksspielen typisch sind.

Blum und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (2022) betrachten ein Belohnungs-Defizit-Syndrom als ursächlich für verschiedene psychische Störungen und süchtige Verhaltensmustern wie die Glücksspielsucht. Das Belohnungs-Defizit-Syndrom wird durch eine Kombination epigenetischer Einflüsse (hier spielen Umwelt und Gene zusammen) und DNA-basierten Defiziten der neuronalen Weiterleitung von Impulsen verursacht. Die verschiedenen neurobiologischen Auffälligkeiten bei Glücksspielsüchtigen sind nach dieser Theorie als Teilursachen des Belohnungs-Defizit-Syndroms einzuordnen.

Darüber hinaus werden in bildgebenden Untersuchungen (z. B. fMRT) Minderaktivitäten im frontalen Kortex im Zusammenhang mit glücksspiellossoziierten Reizen bestätigt (Meyer; Bachmann, 2017, S. 142); dies zeigt parallel zu substanzbezogenen Süchten 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 (vgl. Kapitel 3.2.7.2).

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. Süchtige Glücksspieler und Glücksspielerinnen 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 Noradrenalinssystem bei süchtigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen 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 süchtigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen 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 Glücksspiel 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 süchtigen 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.

3.2 Individuumzentrierte und multifaktorielle Ursachenmodelle

Zur Erklärung des süchtigen Glücksspielens liegt keine einheitliche Störungstheorie vor. Verschiedene Modellvorstellungen betonen jeweils bestimmte Aspekte des Phänomens wie das entwicklungspsychopathologische, suchttheoretische und kognitive Modell sowie der Lebensstilansatz, das psychologische Vulnerabilitäts- und das Pfadmodell. Darüber hinaus bestehen multifaktorielle Ansätze, die jedoch lediglich als abstrakte Übersichts- und Orientierungsschemata anzusehen sind.

3.2.1 Entwicklungspsychopathologie

Die innerhalb der traditionellen Psychiatrie vertretene Unheilbarkeit der Glücksspielsucht (Fischer, 1905) wurde zuerst von der klassischen Psychoanalyse infrage gestellt. Es bestand jedoch eine deutliche Skepsis bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten, 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 begrenzte Veränderungsmotivation aufweist.

Die psychoanalytischen Konzepte über die Glücksspielsucht spiegeln von ihren Anfängen bis heute die theoretische Weiterentwicklung der Psychoanalyse wider. Ursprünglich waren es triebtheoretische Vorstellungen, wonach es sich um eine Regression auf frühe Stufen der Libidoentwicklung handelt, während aktuell objektpsychologische Annahmen, die das süchtige Glücksspielen als Selbstheilungsversuch vor dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ansehen, vertreten werden. Danach dient das Glücksspielverhalten dazu, Ich-Defizite, die aus Frustrationen des frühkindlichen Bedürfnisses nach elterlicher Zuwendung entstanden sind, zu bewältigen, was zu einer Störung der Affektregulation und damit zu süchtigen Impulshandlungen führt (Schütte, 1987; Vent, 1999).

Am bekanntesten ist der Interpretationsversuch des amerikanischen Psychiaters Bergler, der sich auf die Behandlung von mehr als sechzig „pathologischen Glücksspielern und Glücksspielerinnen“ bezieht (Bergler, 1985). Anhand dieser Stichprobe von Karten- und Würfelspielern, Roulettespielern, Pferdewettern und Börsenspielern und zwei Roulettespielerinnen benennt er alle charakteristischen Merkmale der Glücksspielsucht. Unter Abgrenzung von unproblematischen Formen des Glücksspielens beschreibt er die Zuspitzung des Glücksspielverhaltens als nicht mehr überwindbare Teufelskreise, die am Ende alle Lebensbereiche zerstörerisch erfassen.

Im Mittelpunkt der Psychopathologie stehen

- die ausgeprägte Selbstwertproblematik mit einer nach außen gerichteten Fassade von Pseudoaggressivität,
- der beim Glücksspielen erlebte lustvoll-schmerzhafter 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 und
- das gleichzeitige Auftreten affektiver und sexueller Störungen oder stoffgebundener Süchte.

Er beschreibt die tragikomische Entwicklung Glücksspielsüchtiger als ein Verlustgeschäft, in dessen Verlauf aus dem großen Gewinner bzw. der Gewinnerin armselige „Einfaltspinsel“ werden. Die Besonderheiten weiblicher Glücksspielsüchtiger (vgl. Kapitel 10.2) bleiben unberücksichtigt. Bergler schreibt dazu lapidar: „Wie auch immer die oberflächliche Verbrämung (trimmings) aussieht, die psychische Struktur der Glücksspielerin unterscheidet sich nicht von der des männlichen Glücksspielers“ (Bergler, 1985, S. 98).

Bergler führt den negativen Entwicklungsverlauf und die vielfältigen Facetten der Glücksspielproblematik auf einen „psychischen Masochismus“ als Kernursache zurück. Den Betroffenen ist es nicht gelungen, ihre 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 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 Verdrängung 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. Von Spence (1993) wurde diese Form der Falldarstellung als narrative Metapher analysiert, die in der Sherlock-Holmes-Tradition steht: Therapeutinnen und Therapeuten werden mit einem bizarren Symptombild konfrontiert und sind als einzige in der Lage, die Lösung des Puzzles zu finden, indem sie die unvollständige Beweiskette durch scheinbar plausible Überlegungen schließen.

Eine klinische Vergleichsstudie von behandelten Glücksspielsüchtigen mit Alkoholsüchtigen und psychosomatisch Erkrankten belegt die ausgeprägte psychopathologische Auffälligkeit der Glücksspieler und Glücksspielerinnen im Allgemeinen. Die Glücksspielsüchtigen zeigen vergleichsweise die schwerste psychische Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit und die niedrigste Verhaltenskontrolle (Petry, 2001). In Bezug auf die Selbstwertstörung als ein Aspekt der psychischen Gesundheit lassen sich zwar Glücksspielsüchtige 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 Glücksspieler und Glücksspielerinnen angesehen werden, sondern scheint auch für andere klinische Gruppen charakteristisch zu sein. Hinsichtlich der dysfunktionalen Gefühlsregulation und der Beziehungsstörung als zwei weitere Aspekte der eingeschränkten seelischen Gesundheit zeigen die Glücksspielsüchtigen aber eine spezifische Vulnerabilität im Vergleich mit Alkoholkranken (vgl. Kapitel 3.2.5). Über die dabei angenommenen entwicklungspathologischen Prozesse in der Sozialisation von Glücksspielern und Glücksspielerinnen liegen noch keine Längsschnittstudien vor. Es lässt sich lediglich auf die häufig gestörte Vater- (Kagerer, 1998, 2013) bzw. Mutterbeziehung (Vogelgesang, 2010) und häufige gewalttätige und sexuelle Missbrauchserfahrungen (Roberts et al., 2017) in der Biografie von süchtigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen verweisen.

3.2.2 Suchtkonzepte

3.2.2.1 Klassisches Suchtkonzept

Das Anfang der 1970er-Jahre eingeführte Suchtkonzept stellt eine Übertragung des allgemein bekannten Phasenmodells des Alkoholismus auf die Problematik des „zwanghaften Glücksspielens“ dar. Die bis dahin umfassendste Darstellung des klinischen Erscheinungsbildes, die sich fast ausschließlich auf die männliche Glücksspielsucht bezog, findet sich in der von Custer und Milt (1985) veröffentlichten Monografie *When luck runs out*. Zu den zur damaligen Zeit selten behandelten Glücksspielerinnen siehe unten. 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 wichtiges 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 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 (Kagerer, 1998, 2013), 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 sowie das Vorherrschen magischer Denkweisen angesehen.

Im Gegensatz zu der oben zitierten Aussage von Bergler widmen sich Custer und Milt ausführlich den wenigen behandelten Glücksspielerinnen. Sie beschreiben die spezifischen Ursachen und den besonderen Entwicklungsverlauf der weiblichen Glücksspielsucht (Custer, Milt, 1985, S. 201): „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bei weiblichen Glücksspielsüchtigen weder eine so weitreichende Auflösung des Gewissens und der sozialen Verantwortung zu geben scheint wie bei männlichen Glücksspielern, noch eine fast völlige Aufgabe aller Hemmungen und Skrupel. Es hat den Anschein, dass der soziale Druck, der auf eine Frau ausgeübt wird, sie in ihrer Selbstbeherrschung bestärkt und ihr eine größere Kontrolle über ihre Impulse verleiht.“ In der Folge beschreiben Custer und Milt anhand von Fallgeschichten bereits zum damaligen Zeitpunkt die nach heutigem Wissen bestehenden Besonderheiten der weiblichen Glücksspielsucht (vgl. Kapitel 10.2). Die Geschichte von Arlene R. illustriert dazu die bei Glücksspielerinnen gehäuft auftretende Traumatisierung durch eine herrschsüchtige und unsensible Mutter (a. a. O., S. 226 ff.).

Empirische Untersuchungen belegen die Selbstwertstörung, die Glücksspielsüchtige von normalen Kontrollpersonen, nicht jedoch von Alkoholsüchtigen abgrenzt (Vierhaus et al., 2012). Ebenso finden sich bei behandelten Glücksspielern und Glücksspielerinnen Hinweise auf eine verminderte Impulskontrolle im Vergleich zu eher gehemmten psychosomatischen Patientinnen und Patienten (Petry, 2001). Süchtige Glücksspieler und Glücksspielerinnen zeigen eine vergleichsweise erhöhte Erregung (Anstieg der Herzfrequenz und Hautleitfähigkeit) in realen und simulierten Glücksspielsituationen in Abhängigkeit von der Höhe des Geldeinsatzes, eingetretener Gewinne, Beinahe-Gewinne und Gewinnerwartungen (Meyer, Bachmann, 2017, S. 81 ff.). Solche Befunde lassen sich als Bestätigung des von Custer und Milt (1985) beschriebenen Erscheinungsbildes der Glücksspielsucht ansehen.

Insgesamt ist erstaunlich, dass an keiner Stelle auf die Vorarbeiten zur Phasenentwicklung des Alkoholismus (Jellinek, 1952, 1960) verwiesen wird, obwohl sich das Konzept daran orientiert (vgl. Kapitel 3.2.2.2). In Bezug auf stoffliche Süchte kann die schematische Darstellung der Suchtentwicklung als spezifische Phasenabfolge als widerlegt betrachtet werden (Pattison, Sobell, Sobell, 1977; Peele, 1998, S. 28–30). Auf die Befunde zum „Selbstausstieg“, die empirisch gegen eine generell fortschreitend verlaufende Suchtdynamik sprechen, wurde bereits im Kapitel 2.5.2 eingegangen. Gleiches gilt für die Glücksspielsucht. Auch hier zeigen Längsschnittstudien, dass Formen des problematischen und süchtigen Glücksspielens nicht immer anhaltend oder fortschreitend sind, sondern instabile und unterschiedliche Verlaufsformen (LaPlante et al., 2008; Bruneau et al., 2016; Slutske et al., 2022) aufweisen.

3.2.2.2 Verhaltenssuchtkonzept

Der wissenschaftliche und öffentliche Suchtdiskurs wird durch das Verhaltenssuchtkonzept seit den 2000er-Jahren nahezu vollständig bestimmt (Petry, 2018). Dieses Konstrukt bezieht sich auf nicht-stoffgebundene Suchtformen und postuliert, dass die „Verhaltenssüchte“ typische Ähnlichkeiten mit den bekannten stofflichen Süchten wie der Alkohol- und Tabaksucht sowie diversen Formen der Rauschmittelsucht 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 (Poppelreuter, Gross, 2000; Grüsser, Thalemann, 2006; Grüsser, Albrecht, 2007; Batthyány, Pritz, 2009; Mann, 2014; Müller, Wölfling, Müller, 2018).

Als Kriterien einer „Verhaltenssucht“ werden genannt: Verhaltensexzess, Kontrollverlust, unmittelbare Belohnung, Toleranzentwicklung, Wirkungsumkehr, unwiderstehliches Verlangen, gezielte Gefühlsregulation, positive Wirkungserwartung, eingegengtes Verhaltensmuster, gedankliche Beschäftigung mit dem Verhaltensexzess, verzerrte Wahrnehmung, Entzugserscheinungen, Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen, konditionierte Reaktionen auf externe und interne Reize sowie Leidensdruck (Thalemann, 2009, S. 3 f.).

Die theoretische Verortung des Verhaltenssuchtkonzeptes erfolgt innerhalb des organischen Krankheitsmodells zum Alkoholismus, der behavioristischen und sozial-kognitiven Lerntheorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens sowie den Befunden zu neurobiologischen Korrelaten von stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchten.

Der theoretische Bezug zum organischen Krankheitskonzept stützt sich auf die Arbeiten von Elvin Morton Jellinek (1960) zum Alkoholismus. Mithilfe des organisch bedingten „Kontrollverlustes“ grenzt er den Alkoholismus als Erkrankung vom starken Trinken ab. Seine Begrifflichkeit bezieht sich auf die körperliche Abhängigkeit, d. h., auf die „Toleranzentwicklung“ und „Entzugserscheinungen“, verbunden mit dem „unwiderstehlichen Verlangen“. Griffith Edwards (1986) beschreibt darauf aufbauend das sogenannte Alkoholabhängigkeitssyndrom als Grundlage für die Operationalisierung stofflicher Suchtformen und später auch des süchtigen Glücksspielens in den psychiatrischen Klassifikationssystemen. Das Modell enthält zusätzlich zu den Merkmalen der körperlichen Abhängigkeit 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 zweiter Bezugspunkt ist die klassische Lerntheorie, nach der sich dauerhafte Verhaltensmuster als erlernte Verknüpfungen von Reizen und Reaktionen verstehen lassen. Die kognitivistische Erweiterung dieses Ansatzes erfolgte durch die sozial-kognitive Lerntheorie (Marlatt, Nathan, 1978). Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Persönlichkeit um eine Ansammlung erlernter kognitiver, emotionaler und motorischer Verhaltensdispositionen handelt. In Bezug auf das Glücksspielverhalten bedeutet dies: Es sind äußere Auslöser wie der Anblick oder das Geräusch eines Geldspielautomaten, die das Suchtverhalten auslösen. Aber auch interne Anstöße wie resignative Einstellungen oder belastende Gefühle, die zu positiven Erwartungen über die Wirkung der rauschbezogenen Aktivität führen. Das damit verbundene „unwiderstehliche Verlangen“ lenkt die Aufmerksamkeit auf die „unmittelbare Bedürfnisbefriedigung“. Wenn keine reizvollen Alternativen vorhanden sind, entsteht ein Teufelskreis aus sich wiederholenden Belohnungseffekten bei fortlaufender Einschränkung von Wahlmöglichkeiten durch die suchtbedingten Langzeitfolgen (Grüsser, Albrecht, 2007).

Der dritte Bezugspunkt des Verhaltenssuchtkonzeptes sind die Methoden und Ergebnisse der neurobiologischen Forschung. Diese hat entscheidende Fortschritte gemacht: die Entdeckung charakteristischer Neurotransmittersysteme für die Wirkungsweise psychoaktiver Substanzen, insbesondere durch Aktivierung des sogenannten Belohnungssystems, die Erforschung der Neuroadaption bei fortgesetztem Rauschmittelkonsum und die experimentelle Erforschung drogenassoziierter Reizsensibilisierung (vgl. Kapitel 3.1.2).

Inzwischen werden diese Erkenntnisse zunehmend im Bereich der nicht-stoffgebundenen Süchte nachvollzogen. Jobst Böning und Sabine 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“ (a. a. O., 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“ (a. a. O., S. 53). Dadurch „vermag der für Vernunft und Handlungsplanung zuständige Präfrontalkortex die tiefen subkortikalen Hirnstrukturen nicht mehr zu kontrollieren“ (a. a. O., S. 54).

Das Verhaltenssuchtkonzept unterliegt einer zunehmenden Kritik (Petry, 2010; Heather et al., 2022), da die theoretische Verankerung im organischen Krankheitskonzept, der Lerntheorie und der Neurobiologie die subjektiven Beweggründe menschlichen Handelns ausblendet (Krölls, 2018, S. 27 f.). Zudem beinhaltet die

naturalistische Reduzierung auf hirnorganische Prozesse einen lokalisatorischen Fehlschluss (Fuchs, 2009, S. 68 ff.; 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 auf den Bereich der „Verhaltenssüchte“ übertragen. Ein Begriff, der in der Kategorie „Körper“ mit einer spezifischen Ätiopathogenese theoretisch verortet ist und mittels medizinisch-psychiatrischer Beobachtung und Messung empirisch verankert ist, wird auf den Bereich des Psychischen übertragen.

Beispielsweise werden bei der Erfassung von „Entzugserscheinungen“ nicht die internistischen, neurologischen, vegetativen und psychischen Symptome und deren charakteristischer Verlauf erfasst, sondern das subjektive Erleben (Verspüren Sie Unruhe und Reizbarkeit beim Versuch, das Glücksspielen einzuschränken?) der betroffenen Personen. Letzteres spiegelt jedoch bei Jugendlichen häufig das medial verbreitete Verständnis über Verhaltenssüchte wider, das auch bei Betroffenen als implizites Krankheitsverständnis vorherrscht. Durch diese Übertragung körperbezogener Begriffe auf den Bereich des psychischen Erlebens liegt eine „Bedeutungsverschiebung“ (Maiers, 2014) vor, da sich der gleiche Begriff „Entzugserscheinungen“ auf unterschiedliche Sachverhalte bezieht. Ein nicht stoffgebundener Verhaltens-exzess lässt sich nicht einem organischen Krankheitskonzept unterordnen, sondern muss in der theoretische Begrifflichkeit der Psychologie als der Wissenschaft vom menschlichen Empfinden und Verhalten verortet und mit Methoden der empirischen Psychologie verankert werden.

Die Entstehung und Aufrechterhaltung von sogenannten Verhaltenssüchten – die nicht durch organische Substanzen mit psychotroper Wirkung mitbestimmt sind – wird vorwiegend auf organische Prozesse zurückgeführt. Die psychischen und sozialen Determinanten werden begrifflich nicht ausreichend elaboriert und 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. Die gesellschaftlichen Lebensbedingungen und die personalen Anfälligkeiten der betroffenen Individuen werden dagegen eingeschränkt konzipiert und als nachrangig aufgefasst (vgl. Kapitel 3.2.7.1). Dementsprechend erfolgt keine umfassende Integration bekannter körperlicher, psychischer und sozialer Bedingungen in ihrer Wechselwirkung im Sinne einer gestörten Person-Umwelt-Interaktion (West, Brown, 2010; Tretter, 2020).

3.2.3 Kognitive Verzerrungen

Der kognitive Ansatz basiert auf einer Vielzahl von Untersuchungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht vor allem in den 1990er-Jahren (Petry, 2003, S. 41–43). Vertreterinnen und Vertreter der kognitiven Perspektive ziehen Glücksspielspezifische Verzerrungen als Erklärung für die zunächst verwunderliche Tatsache heran, dass Glücksspielsüchtige ihre zunehmend selbstzerstörerische Aktivität aufrechterhält. 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, aufgrund der nachträglichen Erfassung, zu keinen Ergebnissen führte. Erst durch den Einsatz der denkpsychologischen Methode des „lauten Denkens“ konnten irrationale Einstellungen bei süchtigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen genauer untersucht werden. Die gefundenen kognitiven Verzerrungsmuster finden sich allerdings genauso bei „normalen“ Glücksspielerinnen und Glücksspielern, was für Lotteriespielerinnen und Lotteriespieler gut belegt ist.

Der kognitive Ansatz beschreibt und untersucht einige zentrale Überzeugungen von abhängigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen, mit denen sie die Fortsetzung ihres Glücksspielens rechtfertigen. Grundlegend ist jedoch, dass diese Überzeugungen in Bezug auf Zufallsereignisse nicht zutreffen. Sie werden deshalb als „irrational“, „verzerrt“ oder „fehlerhaft“ bezeichnet. Bei Glücksspielern und Glücksspielerinnen lassen sich drei zentrale Überzeugungen (core beliefs) antreffen (Walker, 1992, S. 136):

- „durch Ausdauer, Wissen und Können lässt sich mit Glücksspielen Geld verdienen,
- während viele bei diesem Versuch scheitern werden, glauben Glücksspielende, dass sie im Gegensatz zu den anderen über die nötigen Mittel verfügen, um zu gewinnen und
- ein dauerhaft engagiertes Glücksspielen wird letztendlich belohnt werden.“

Die Anwendung des Konzeptes der „Kontrollillusion“ (illusion of control) auf das Glücksspielverhalten geht auf eine experimentelle Versuchsanordnung zurück, 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 (Langer, 1975). Alle Versuchspersonen 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 sei. 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. bei Geldspielautomaten Tasten gedrückt werden können, die keinen Einfluss auf Gewinn oder Verlust haben.

Beim klassischen „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 angeheizt.

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 geringe Gewinnwahrscheinlichkeit der ersten Gewinnklasse (6 Richtige plus Superzahl) von 1 zu ca. 140 Mio., einschließlich der Gefahr einer starken Gewinnenteilung mit Mitspielerinnen und Mitspielern bei häufig gewählten Zahlenreihen).

„Sechser-Flut“

Die größte sogenannte Sechser-Flut gab es im Jahr 1988, als 222 Tipperinnen und Tipper die Zahlen 24 – 25 – 26 und 30 – 31 – 33 angekreuzt hatten und mit 84.803 DM zufrieden sein mussten. Im Oktober 1997 erhielten 124 Tipperinnen und Tipper nur 53.982 DM. Sie hatten mit ihren Zahlen ein U geformt. Am Samstag, den 26. November 2011 hatten gleich 78 Lottospielerinnen und 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.

Viele Tipperinnen und 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.

Verzerrte Ergebnisbewertungen (biased 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 (near miss) zeigt, dass eine im Alltag sinnvolle Interpretation („Ich habe es fast geschafft!“) der Ansporn zu weiterem Glücksspielen sein kann. Die einschlägigen Geldspielautomaten sind entsprechend programmiert, indem mehr Beinahe-Treffer (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 Glücksspiels trotz vorhergehender Verluste 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 für Glücksspielende typischen „Aufholjagd“ (chasing) angesehen werden.

Kritisch ist zu bedenken, dass bei der kognitiven Sichtweise ein rationalistisches Konzept zugrunde gelegt. Bezogen auf die sogenannte „Kontrollillusion“ bedeutet dies, dass das Alltagsverhalten nicht beschrieben und zu erklären versucht wird, sondern dass eine zweckrationale Norm (hier die Gesetze der Wahrscheinlichkeitstheorie) gesetzt und das real davon abweichende Verhalten als Fehler in der Persönlichkeit (hier des Glücksspielers bzw. der Glücksspielerin) lokalisiert wird (Pfrang, 1993). Die rein rational betrachtete negative Bilanz des Glücksspielverhaltens stellt jedoch eine einseitige Interpretation dar, da der Glücksspieler bzw. die Glücksspielerin neben außerökonomischen 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 Lottospielerinnen und -spieler, die eigentlich wissen, dass sie keine realistische Chance auf den „Sechser“ haben, aber sich dennoch beim Ausfüllen des Lottoscheins dem Traum vom Millionärsleben hingeben, bis die Ziehung der Gewinnkombination sie 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 Glücksspielerinnen und Glücksspielern auftreten (Rogers, 1998), sodass diese Bedingung das Spezifische des süchtigen Glücksspielens nicht erklären kann.

Bei den oberflächlich irrational anmutenden Denk- und Verhaltensmustern von Glücksspielerinnen und 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 für die Alltagspraxis zu bewerten sind. So lässt sich der „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 Zufallsereignissen (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 alle Serien irgendwann unterbrochen werden. Es ist nur nicht vorhersehbar, wann dies erfolgt (Pfrang, 1993).

Dazu im Widerspruch halten kognitive Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten (Ladouceur, Walker, 1996) daran fest, dass „fehlerhafte Gedanken“ die eigentliche Ursache des „pathologischen Glücksspielens“ seien. Sie wollen die behandlungsbedürftigen Glücksspielenden zu rationalen Menschen machen, die vernünftiger sein sollen 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, die rasche Entscheidungen im Alltag ermöglichen (Kahneman, 2012), sichern.

Das Vorliegen glücksspielertypischer Kognitionen (Kontrollillusion, Spielerirrtum, verzerrte Ergebnisbewertungen) eignet sich nicht zur Begründung der kognitiv-behavioralen Behandlung (CBT), wie sie im angelsächsischen Bereich vorherrscht (Ladouceur et al., 2002, S. 71–94; Raylu, Oei, 2010, S. 71–79; Chrétien et al., 2017). Es bleibt unklar, welches Gewicht solchen Kognitionen bei der Entstehung der Glücksspielsucht zukommt. Ebenso ist nicht belegt, inwieweit die Veränderung solcher Kognitionen zum Behandlungserfolg beiträgt. Die Überbetonung der kognitiven Umstrukturierung als Bestandteil der Behandlung von Glücksspielsüchtigen steht auch im Gegensatz zu den komplexeren Behandlungsangeboten in der deutschsprachigen Tradition (vgl. Kapitel 9.1).

3.2.4 Der Lebensstilansatz

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

Zunächst sieht Walters das 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 mit einem glücksspielsüchtigen Elternteil entsprechende Vorbilder finden (vgl. Kapitel 9.3.5).

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 (2003, S. 342 ff.) 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 abhängige Glücksspieler und Glücksspielerinnen 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.

Glenn Walters beschreibt drei interagierende Bedingungskomponenten, die zu einem Glücksspieltypischen Lebensstil 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 entwicklungsgeschichtlich 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 entweder 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. Walters referiert die empirischen Untersuchungen über „Blackjack“-Spieler und -Spielerinnen, wonach auch erfahrene Personen intuitive Spielstrategien nutzen, die suboptimal sind. Bei Glücksspielsüchtigen besteht die für Süchte typische Tendenz, wonach die positiven, kurzfristigen Konsequenzen größeren Einfluss besitzen als die negativen, verzögerten Folgen des Glücksspielens (hyperbolic delay discounting). Das Glücksspielverhalten wird insgesamt durch schlecht organisierte, technisch fehlerhafte und am unmittelbaren Gewinn orientierte Entscheidungsstrategien bestimmt (Ainslie, 2019).

Als drittes übergeordnetes Bedingungsgefüge nennt Walters den Glücksspielspezifischen kognitiven Stil (cognition), welcher darauf abzielt, die getroffenen Entscheidungen zu rechtfertigen, um 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:

- die Tendenz zur Scheinverantwortlichkeit,
- den Realitätsausstieg durch rasch wechselnde euphorische und dysphorische Gefühle 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 fehlende Geschlossenheit dieses für die klinische Praxis fruchtbaren Ansatzes ergibt sich aus dem theoretischen Eklektizismus: Walters bezieht sich auf philosophische, soziologische und psychologische Theorien, ohne eine gemeinsame theoretische Grundlage – z. B. eine Handlungstheorie – zu formulieren.

3.2.5 Das psychologische Vulnerabilitätsmodell

Eine mögliche Glücksspielproblematik im Sinne eines psychologischen Vulnerabilitätsmodells lässt sich aus der Wechselwirkung der spezifischen Bedürfnisstruktur „anfälliger“ Individuen mit dem dazu passenden Aufforderungscharakter spezieller Glücksspielangebote verstehen. Die Anfälligkeit zur Entwicklung einer Glücksspielproblematik ergibt sich aus einer spezifischen Bedürfnisstruktur, die darauf gerichtet ist, das Selbstwertgefühl zu steigern, unangenehme Gefühle zu vermeiden und maximale Vorteile 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, der Gefühlsregulation dienen, indem positive Gefühle erlebt und negative Gefühle vermieden werden und distanziert-kontrollierte Interaktionsmuster eingegangen werden, die eine zu große Nähe verhindern

Im Zentrum der inneren Bedürfnisstruktur, die eine glücksspielbezogene Anfälligkeit bildet, steht ein negatives Selbstwertgefühl, das als innere „Leere“ oder als ein „Nichts“ umschrieben wird. Die Entstehung dieser Selbstwertproblematik (Bensel, 1988) wurzelt in einer gehäuft auffindbaren „Broken-home“-Situation. Mangelnde Zuwendung und Vernachlässigungen im Kindesalter einschließlich häufiger Missbrauchserfahrungen führen zu verschärften adoleszenten Krisen. 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 glücksspielertypische 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 ausschließen und damit die Angst vor Zurückweisung vermindern helfen (Petry, 2003, 2016).

Dabei kommt es zu einer illusionären Verwechslung der Spielebene mit der Ernstebene (Oerter, 1998), 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 (Lesieur, 1979).

Mit der fortschreitenden Bindung an die Glücksspielaktivität korrespondiert eine Zunahme sozial ausgrenzender Reaktionen, was aufgrund der verinnerlichten Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielen zu Schuld- und Schamgefühlen führt, wodurch die Suchtentwicklung beschleunigt wird. Gleichzeitig erfolgt eine Anbindung an Subgruppen, die sich durch einen glücksspielbezogenen Lebensstil, d. h. eine Ausrichtung auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung, auszeichnen (vgl. Kapitel 3.2.4). Im Rahmen der Aufrechterhaltung eines glücksspielspezifischen Lebensstils gelingt es süchtigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen, 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 Querschnittstudie (Petry, Jahrreiss, 1999; Petry, 2001) wurden Glücksspielsüchtige, Alkoholsüchtige und depressiv-neurotische Patientinnen und Patienten, die hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Schulbildung und des Erwerbstatus identisch waren, untersucht. Im „Trierer Persönlichkeitsfragebogen“ (TPF) von Becker (1989) zeigten die Glücksspieler und Glücksspielerinnen im Vergleich zu den beiden anderen klinischen Gruppen die am stärksten verminderte „Seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“ als Hinweis auf die glücksspielertypische schwere Selbstwertstörung und eingeschränkte Impulskontrolle.

In einer weiteren vergleichenden Studie von Vierhaus und Mitarbeitern (2012) finden sich empirische Belege für die Kernaussage dieses Vulnerabilitätsmodells. Dies gilt sowohl für die allgemeine Validität durch den Vergleich mit unproblematischen Glücksspielenden als auch für die spezifische Validität im Vergleich mit einer anderen klinischen Gruppe. Dabei wurde eine Gruppe von behandelten Glücksspielsüchtigen mit einer normalen Vergleichsgruppe von Arbeitenden 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 Hinweise auf die allgemeine Validität des Modells. Die Glücksspielsüchtigen wiesen 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 entspricht der klinische Erfahrung mit Glücksspielsüchtigen, die durch ihr Glücksspielverhalten den Selbstwert steigern, unangenehmen Gefühlen ausweichen und nahe Beziehungen vermeiden wollen. Bezogen auf die spezifische Validität hat

sich die Selbstwertproblematik als unspezifisch erwiesen, da sich die beiden verglichenen klinischen Gruppen durch einen gleichermaßen erniedrigten Selbstwert auszeichnen. Spezifisch für die Glücksspielsüchtigen bestand eine maladaptivere Gefühlsregulation und negativere kindliche Erfahrungen mit den Eltern im Vergleich mit den behandelten Alkoholsüchtigen.

Auch wenn es sich um große Effektstärken handelt, müssen die untersuchten Merkmale noch im Kontext mit anderen stabilen Persönlichkeitsmerkmalen und sozialen Bedingungsfaktoren bezüglich ihrer relativen Bedeutsamkeit überprüft werden. Aufgrund des Querschnittscharakters der Untersuchung lassen sich keine entwicklungspsychopathologischen Schlussfolgerungen ziehen. Weiterhin handelt es sich um ein allgemeines Modell zur Glücksspielsucht, das Alters- und Geschlechtsunterschiede sowie die ethnische Herkunft unberücksichtigt lässt.

3.2.6 Das Pfadmodell

Das Pfadmodell (Blaszczynski, Nower, 2002) in seiner ursprünglichen Form beschreibt drei ursachenbezogene Entwicklungstypen des süchtigen Glücksspielens:

Typ 1: Der verhaltenskonditionierte problematische Typ: Mitglieder dieser Subgruppe zeigen keine prämorbid psychopathologischen Auffälligkeiten. Sie schwanken zwischen regelmäßigem bzw. schwerem und exzessivem Glücksspielen. Es besteht keine „verminderte Kontrolle“, sondern eher eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit. Aufgrund der „Aufholjagd“ können sie vom Glücksspielen beherrscht sein. Alkoholmissbrauch und ein erhöhtes Maß an Ängstlichkeit und Depressivität sind nicht Ursache, sondern Folge der finanziellen Belastungen.

Typ 2: Der emotional anfällige Typ: Mitglieder dieser Subgruppe haben prämorbid Ängste, Depressionen, einen belastenden familiären Hintergrund (u. a. süchtiges Glücksspielen in der Familie) und geringe Bewältigungs- und Problemlösekompetenzen. Das Glücksspielen dient der Gefühlsregulation. Aufgrund dieser Zerbrechlichkeit können sie ihr Verhalten einschließlich des Glücksspielens nicht kontrollieren.

Typ 3: Der antisoziale, impulsive Typ: Es ist eine stark gestörte Gruppe mit glücksspielbedingten neurobiologischen Fehlsteuerungen. Betroffene grenzen sich vor allem durch ihre erhöhte Impulsivität und antisoziale Persönlichkeit ab. Störungen der Impulsivität und Defizite der Aufmerksamkeitssteuerung können schon in der Kindheit bestanden haben und lassen sich als eigenständig betrachten. Bei den Mitgliedern dieser Subgruppe besteht eine Fülle von glücksspielunabhängigen Auffälligkeiten wie Rauschmittelmissbrauch, Suizidalität, Reizbarkeit, geringe Toleranz für Langeweile und kriminelles Verhalten. Die Glücksspielproblematik beginnt früh, eskaliert schnell und kann sich in Glücksspielexzessen (binge episodes) äußern.

Mit der revidierten Fassung (Nower, Blaszczynski, Anthony, 2022) wird betont, dass der Typ 3 als Untergruppe von Typ 2 aufzufassen ist. Bei diesem „antisozialen Impulsgestörten“ kommen die Merkmale erhöhte Impulsivität, antisoziale Persönlichkeitsmerkmale, Aufmerksamkeitsstörung und Rauschmittelmissbrauch hinzu.

Zur empirischen Erfassung der vorgeschlagenen Typologisierung wurde der Gambling Pathways Questionnaire (GPQ) entwickelt (Nower, Blaszczynski, 2017). Der Fragebogen besteht aus neun Unterskalen: antisoziale Merkmale, Impulsivität, Risikobereitschaft, sexuelle Risikobereitschaft, Stressbewältigung, kindliche Misshandlungen, Stimmungslage vor Beginn des Glücksspielens, Stimmungslage nach Beginn des Glücksspielens und existenzielle Sinnhaftigkeit im Sinne Viktor Frankls (1979).

Eine Studie mit ambulant behandelten Glücksspielsüchtigen konnte das Vorliegen der nach dem Pfadmodell erwarteten Dreier-Typologie für Deutschland bestätigen. Im Vergleich mit Normwerten der Gesamtbevölkerung zur Stressverarbeitung, Selbstkontrolle, Ängstlichkeit und Depressivität, ADHS, Aggressivität und Alkoholmissbrauch zeigte sich im Gegensatz zum Vergleich innerhalb der Glücksspielstichprobe, dass der eher unauffällige Typ 1 dennoch psychopathologische Besonderheiten aufweist, insbesondere bezogen auf die Merkmale Depressivität, Stressverarbeitung und Risikoverhalten (Hayer et al., 2018). Erste repräsentative Bevölkerungs- (Nower et al., 2013) und Längsschnittstudien (Allami et al., 2017) bestätigen im Wesentlichen die Typeneinteilung des Pfadmodells.

Solche Typologien besitzen allerdings keine verallgemeinerbare Gültigkeit. So weist die traditionsreichere Alkoholismusforschung auf schwierige Grundsatzfragen bei der Bildung von Typologien (Soyka, Küfner, 2008, S. 250–256). Beginnend mit der auf Elvin Morton Jellinek (1960) zurückgehenden Unterscheidung verschiedener Trinkertypen (Alpha-, Beta-, Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker) sind verschiedenste Typologien erstellt worden: Darunter eindimensionale Unterscheidungen wie z. B. zwischen primärem (mit psychischen Vorerkrankungen) und sekundärem (als Folge der Suchtproblematik) Alkoholismus und mehrdimensionale, auf biologische, psychische und soziale Merkmale bezogene Typologisierungen, beispielsweise die Einteilung in einen psychopathologisch leichteren Typ A und einen mehrfach belasteten Typ B (Babor et al., 1992). Eine Übersichtsarbeit (Babor, Caetano, 2006) kommt zu dem Schluss, dass sich keine der suchtbefugten Typologien für die Klassifikationssysteme eignet.

Neben methodischen Problematiken (Selbstauskünfte, Operationalisierung und Güte der Messinstrumente etc.) ergeben sich drei grundlegende Problemstellungen, d. h., die Auswahl der Stichprobe, der Einflussfaktoren und des Beobachtungszeitraumes:

Zum Ersten hängt das Ergebnis einer Typologisierung davon ab, auf welche Stichprobe sich die Untersuchung stützt. So bestand die selektive Stichprobe von Elvin

Morton Jellinek (1952) aus nordamerikanischen, vorwiegend älteren weißen Männern, die Mitglieder der Anonymen Alkoholiker waren. Es verwundet also nicht, dass sich weder sein Phasenkonzept (voralkoholische, prodromale, kritische und chronische Phase) noch seine Typologie in anderen Stichproben bestätigen ließen. Bezogen auf die Typologie macht es einen Unterschied, ob eine Stichprobe in einer Ambivalenz-Kultur, z.B. Nordamerika, einer Permissiv-Kultur wie Westeuropa (ohne Skandinavien) oder gar einer arabischen Abstinenz-Kultur erhoben wird. Das Pfadmodell zur Glücksspielsucht wurde bisher nur im nordamerikanischen, westeuropäischen und australischen Kulturraum bestätigt.

Das Untersuchungsergebnis hängt weiterhin davon ab, ob die Stichprobe in der Bevölkerung oder in Behandlungseinrichtungen erhoben wird. Eine gänzlich andere Typologisierung ist auch zu erwarten, wenn eine Teilpopulation, z.B. Glücksspielerinnen, untersucht wird. Auch die Autoren des Pfadmodells verweisen auf eine deutlich höhere psychopathologische Auffälligkeit von Glücksspielerinnen im Vergleich mit Glücksspielern (Blaszczynski, Nower, 2002, S. 493). Dies bedeutet, dass bei einer Stichprobe von Glücksspielerinnen, die sich durch vielfältige Besonderheiten (später Beginn des Glücksspielens, geringere Geldeinsätze, gestörte Mutter- vs. Vaterbeziehung, sehr viel häufigere frühkindliche Vernachlässigung, sexuelle und gewalttätige Missbrauchserfahrungen, häufigere Angststörungen und Depressionen) auszeichnet (vgl. Kapitel 10.2.1), eine ganz andere Art und Anzahl von Typen und deren Häufigkeitsverteilung zu erwarten sind. Das Gleiche gilt für Stichproben jüngerer Alters und mit spezifischem Migrationshintergrund (vgl. Kapitel 10.1.1 u. 10.3.1).

Zum Zweiten ist für eine Typologisierung grundlegend, wie viele und welche Merkmale und in welcher Breite als Einflussgrößen für die Analyse (natürlich auch, wie das problematische bzw. süchtige Glücksspielen definiert und operationalisiert wird) ausgewählt werden. Bei dem Pfadmodell zur Glücksspielsucht besteht der Anspruch, dass alle bedeutsamen Merkmale im Sinne eines bio-psycho-sozialen Ätiologie-Modells erfasst werden (Blaszczynski, Nower, 2002, S. 491–495; Nower, Blaszczynski, Anthony, 2022, S. 2002). Die Vertreterin und Vertreter dieses Modells nennen explizit neurobiologischer Veränderungen wie die Besonderheiten der Belohnungsregulation und die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Glücksspielangeboten als Einflussfaktoren. Bei der empirischen Überprüfung der Modellannahmen werden die biologischen Größen jedoch nur indirekt als verminderte Impulskontrolle, erhöhte Hyperaktivität und verstärkte Risikosuche einbezogen. Die genannten sozialen Einflussgrößen (Verfügbarkeit, Zugänglichkeit) werden an keiner Stelle, auch nicht in dem später konstruierten Fragebogeninstrument (Nower, Blaszczynski, 2017), aufgegriffen.

Zum Dritten ist zu fragen, ob es sich bei dem Drei-Typen-Konzept um ein Modell handelt, das zeitlich stabile Entwicklungspfade aufzeigen kann. Die Beständigkeit einer Typologie, also ob die Mitglieder in ihrer Typengruppe verbleiben oder wechseln, ist eine Grundforderung der modernen Persönlichkeitsforschung (Specht, Luhmann, Geiser, 2014). Bezogen auf eine einzelne Längsschnittstudie über zwei Jahre zeigte sich bei jungen Erwachsenen keine Stabilität der Typenzugehörigkeit nach dem Pfadmodell (Dowd et al., 2020). Emotional anfällige Glücksspieler und Glücksspielerinnen (Typ 2) hatten eine hohe Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe der Unauffälligen (Typ 1) überzugehen. Bei den Impulsiven (Typ 3) bestand eine gleich hohe Wahrscheinlichkeit, zu den unproblematischen Glücksspielern und Glücksspielerinnen (Typ 1) oder zu den emotional Anfälligen (Typ 2) zu wechseln.

Zusammenfassend besteht bei dem Pfadmodell zum Entwicklungsverlauf der Glücksspielsucht (Blaszczynski und Nower, 2002) aufgrund der Stichprobenauswahl, der Verengung des Merkmalsbereiches und fehlender (längerfristiger) Längsschnittstudien eine Übergeneralisierung. Als Modell besitzt es lediglich beschreibenden Charakter. Die grobe Unterteilung der heterogenen Gruppe problematischer und süchtiger Glücksspieler und Glücksspielerinnen lässt Unterschiede des Alters, Geschlechts und der ethnischen Herkunft unberücksichtigt. Den bisher beschriebenen Modellen ist gemeinsam, dass sie eine auf das Individuum zentrierte Betrachtungsweise einnehmen. Dabei wird vor allem von den gesellschaftlich-ökonomisch und kulturell bestimmten Lebensbedingungen abstrahiert. Das problematische und süchtige Glücksspielen wird auf eine persönliche Störung im Rahmen des unmittelbaren sozial-situativen Kontextes reduziert.

3.2.7 Multifaktorielle Modelle

Multifaktorielle Modelle versuchen, das System der internen und externen Bedingungsfaktoren der Glücksspielsucht im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells der Sucht (Rummel, Gaßmann, 2020) umfassend zu beschreiben. Dabei handelt es sich nicht um „Modelle“ im Sinne einer vereinfachten Abbildung eines Gegenstandsbereiches. Ein solches Modell müsste alle wesentlichen Teile des Gegenstandes umfassen und deren Wechselwirkungen aufzeigen. Man vergleiche dies z.B. mit einem Holzmodell des menschlichen Ohres, das alle notwendigen anatomischen Bestandteile (u. a. die Gehörknöchelchen Hammer, Amboss und Steigbügel des Mittelohres) in ihrer Anordnung enthält, sodass die Übertragung der Schallwellen nachvollziehbar wird. In den „Modellen“ zur Entstehung der Glücksspielsucht finden sich lediglich Auflistungen mehr oder minder umfänglich ausgewählter Risikofaktoren unter Bezug auf das triadische Bedingungsgefüge von Rauschmittel, Individuum und Umwelt (Meyer, Bachmann, 2017, S. 77–130).

3.2.7.1 Vereinzelte Risikofaktoren

In einer Übersichtsarbeit über Querschnittstudien (Johansson et al., 2009) werden als Risikofaktoren des problematischen oder süchtigen Glücksspielens das Alter, das Geschlecht, sensorische Merkmale der Geldspielgeräte, der Verstärkungsplan der Geräte, kognitive Verzerrungen, eine vorhandene Zwangsstörung, Rauschmittelmissbrauch und Delinquenz als belegte Risikofaktoren bewertet. Eine Meta-Analyse von Längsschnittuntersuchungen zur Vorhersage eines späteren Glücksspielproblems benennt als Risikofaktoren: männliches Geschlecht, niedriger Bildungsstatus, Häufigkeit und Schwere des Glücksspielverhaltens, Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und andere illegalen Rauschmitteln, ungesteuertes Temperament, Reizsuche (sensation seeking), Impulsivität, Depressionen, Gewalterfahrungen und antisoziales Verhalten. Als Schutzfaktoren werden höherer sozioökonomischer Status, geringere soziale Probleme und elterliche Aufsicht aufgeführt. Die jeweils gefundenen Effektstärken sind klein bis mittel (Dowling et al., 2017).

Ein Beispiel für die schaubildhafte Auflistung von Einzelfaktoren ist das Vulnerabilitäts-Risiko-Modell zur Glücksspielsucht (Bühringer et al., 2021), das sich auf das abstrakte Schema zur Entwicklung psychischer Störungen von Wittchen und Hoyer (2011, S. 21) beruft:

In dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell zur Entwicklung psychischer Störungen werden die folgenden Faktoren beispielhaft aufgelistet: intraindividuelle Vulnerabilität (Alter, Geschlecht, Temperament, genetische und neurobiologische Faktoren, Verlust und Trauma), soziale Vulnerabilität (soziale Schicht, Bildung, Familie, berufliche Sozialisation und Normen), Stressereignisse (kritische Lebensereignisse, biografische Veränderungen, Frequenz, Art, Dauer, Schwere der Stressereignisse), psychologische Faktoren (Resilienz, Coping, soziale Unterstützung, vorangehende Störungen, dysfunktionale Kognitionen und Schemata), akute Folgen (berufliche und Interaktionsprobleme, soziale Einschränkungen und Hilflosigkeit) und Langzeitfolgen (Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, Hoffnungslosigkeit).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen

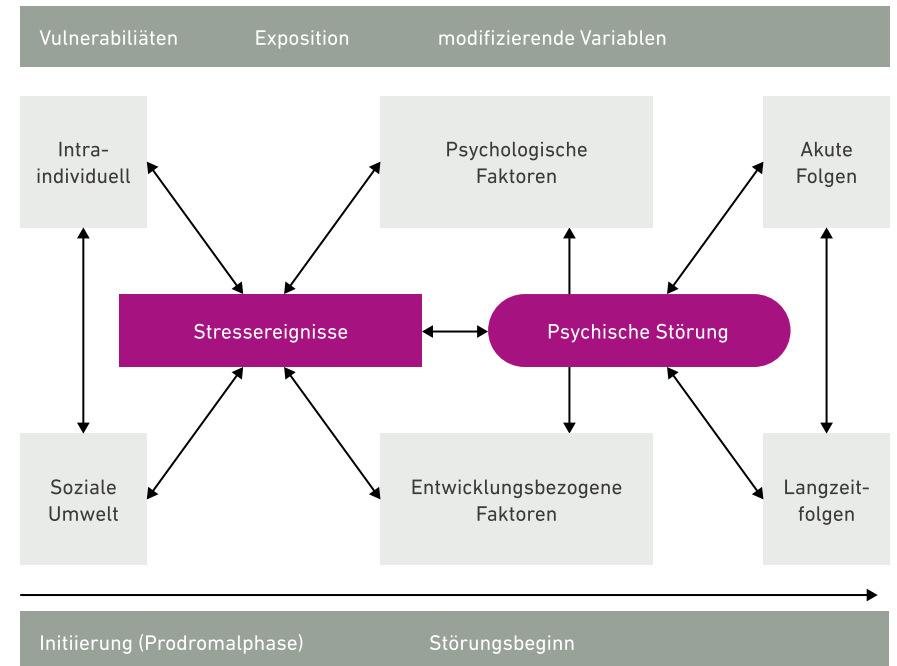


Abbildung 3.1: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Wittchen und Hoyer (2011)

Bei der Übertragung auf die Glücksspielsucht durch Bühringer und Mitarbeitende (2021) werden biologische, psychische und soziale Anfälligkeitsfaktoren den vorgegebenen „Sammelkästchen“ zugeordnet: Bei den auf das Individuum bezogenen Vulnerabilitätsfaktoren handelt es sich um Unterschiede in der Neurotransmission (Dopamin, Serotonin etc.), neurokognitive Prozesse (veränderte Belohnungs- bzw. Bestrafungssensitivität, Aufmerksamkeitsverzerrungen, verringerte kognitive Kontrolle) und Persönlichkeitsmerkmale (Impulsivität, Reizsuche/Sensation Seeking, kognitive Verzerrungen). Des Weiteren werden negative modifizierende Variablen in Bezug auf die Familie (elterlicher Substanzkonsum und Glücksspielen, geringerer familiärer Zusammenhalt und fehlende Aufsicht), den Freundeskreis (geringe soziale Unterstützung, Freundinnen und Freunde, die häufiger an Glücksspielen teilnehmen und unsoziales Verhalten ausüben) und schließlich noch soziodemografische Merkmale (männliches Geschlecht, jüngeres Alter, geringere Bildung und sozioökonomischer Status) aufgeführt. Zusammenfassend betonen die Autorinnen und Autoren die Bedeutung der personalen Vulnerabilität, das Ausgesetztsein gegenüber Glücksspielangeboten, der glücksspielbezogenen Werbung, der Einflüsse des Freundeskreises sowie der Verfügbarkeit und den verführerischen Merkmalen von Glücksspielen als Bedingungsfaktoren.

Mythos „responsible gambling“

Nebenbei vermitteln die Autoren u. a. zwei Botschaften, die gerne von der Lobby der Glücksspielhersteller propagiert werden:

- 99 % aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Glücksspielen können das Angebot ohne Risiko nutzen (Bühringer et al., 2021/Folie 9) und
- Maßnahmen zur Prävention sollten die Eigenverantwortung durch eine risikobewusste Spielteilnahme fördern (Bühringer et al., 2021/Folie 14).

Beide Aussagen stehen für den Mythos (Cassidy, 2020, S. 91–106) vom „verantwortungsbewussten Glücksspielen“ (responsible gambling). Ein Schelm, wer Böses dabei denkt (Petry, 2008; Füchtenschnieder, Petry, 2019).

Am Beispiel des multifaktoriellen Vulnerabilitäts-Risiko-Modells zur Entwicklung psychischer Störungen und seiner Übertragung auf die Glücksspielsucht zeigt sich, dass die fehlende Analyse der gesellschaftlich-kulturellen Bedingungen zu einer Ansammlung einzelner Risikofaktoren führt. Die gesundheitsrelevanten Umweltfaktoren werden nur selektiv und oberflächlich identifiziert, da keine verbindliche Taxonomie vorliegt. Der Abgrenzung und den Wirkweisen der aufgeführten Faktoren liegen keine genaueren theoretischen Überlegungen zugrunde. In dem allgemeinen „Modell“ werden die gesellschaftlichen Lebensbedingungen auf soziale Variablen reduziert und willkürlich entweder als Vulnerabilitätsfaktoren (soziale Schicht) oder akute und längerfristige Folgen (soziale Isolation) eingeordnet.

In dem glücksspielbezogenen Vulnerabilitäts-Risiko-Modell wird beispielsweise ein „jüngeres Alter“ als abstrakte Risiko-Variablen aufgeführt, ohne dass eine konkretere Analyse des damit verbundenen Bedingungsgefüges erfolgt: So bleibt unberücksichtigt, dass Glücksspielen der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben, wie der Abgrenzung vom Elternhaus, dient, sodass der Einfluss der Peergruppe eine besondere Bedeutung besitzt und riskante Grenzüberschreitungen als Teil der Persönlichkeitsentwicklung anzusehen sind. In diesem Lebenszusammenhang besitzen leicht verfügbare Glücksspielangebote, die zunächst nur geringe Geldeinsätze erfordern und Teil der Jugendkultur sind, eine hohe individuelle Attraktivität (vgl. Kapitel 10.1).

Bei empirischen Untersuchungen zu diesen Modellen erfolgt die Auswahl der Kontrollvariablen willkürlich. Es werden lediglich korrelationsanalytische Aussagen getroffen, was wenig erkenntnisreich ist, da die Umwelt „ein in sich rückgekoppeltes Netzwerk von wechselseitig abhängigen (interdependenten) Faktoren“ (Tretter, 2005, S. 245) ist und der Mensch mit dieser Umwelt in vielfältiger Form interagiert. In dem glücksspielbezogenen Modell wird als „negativ modifizierende Variable“ z. B. eine elterliche Glücksspielproblematik angeführt. Es fehlt eine tiefergehende Erkundung, z. B. hinsichtlich des für Mädchen und Jungen unterschiedlichen Einflusses eines väterlichen vs. mütterlichen Elternteils (vgl. Kapitel 9.3.5 u. 10.2.1). Darüber hinaus wird die finanzielle Misere der Ursprungsfamilie mit den damit verbundenen Schamgefühlen, sozialer Diskriminierung und sozialer Isolation nicht in die Modellbildung einbezogen (Klein, 2022). Die Folge ist ein „Kategoriengeklümper“ (Keupp, 1995, S. 44): „das stete, teils unbewusste Nebeneinander disparater, psychologischer, ökonomischer, sozialer, biologischer und physiologischer Hypothesen, von denen keine längerfristig die Qualität eines allgemein anerkannten Lösungsmodells begründen konnte“ (Spode, 1993, S. 144).

Das vermeintliche bio-psycho-soziale Modell stellt ein „vorwiegend formal-assoziatives und nicht überlappend-verbindendes und damit kein konzeptuell-theoretisch integratives Erklärungsmodell“ dar (Tretter, 2020, S. 23). Wie bei allen beschriebenen eindimensionalen Modellen – vom Sucht- bis zum Pfadmodell – zeigt sich auch bei

den multifaktoriellen Modellen wie dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell, dass diese nicht „differenzierter auf die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Ebenen eingehen, auf denen die Determinanten jeweils angesiedelt sind, und die es ermöglichen, die jeweilige Bedeutung einzelner Determinanten abzuschätzen“ (Razum, Kolip, 2020, S. 27).

3.2.7.2 Neurobiologie und Persönlichkeit

Bei der Suche nach Risikofaktoren werden die genetisch-neurobiologischen Besonderheiten von Glücksspielsüchtigen (z. B. Stärke der Erregungssteigerung beim Glücksspielen, Art und Ausmaß der Neurotransmitteraktivität) nicht direkt hinsichtlich ihrer Bedeutung überprüft (vgl. Kapitel 3.1). Die Transmitteraktivität lässt sich aufgrund der komplexen Interaktion relevanter Transmitter (Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Endorphine) kaum interpretieren und ist deshalb nicht als Prognosemerkmal geeignet (Johansson et al., 2009). Darüber hinaus bleibt abzuwarten, ob sich z. B. die Hypothesen über die Bedeutung des mesolimbisch-dopaminergen Systems (West, Brown, 2013, S. 119–120) im Kontext des komplexen Bedingungsgefüges bestätigen lassen oder wie die Serotoninmangel-Hypothese in der Depressionsforschung keine ausreichende empirische Basis besitzt (Padberg, 2021).

Vor diesem Hintergrund dominiert bei der Suche nach Risikofaktoren der Einsatz von Fragebögen als Erfassungsinstrumente. Als prognostisch bedeutsame Merkmale werden immer wieder die verminderte Impulskontrolle und die erhöhte Reizsuche (sensation seeking) genannt. Die beiden eng verbundenen Merkmale sollen die biologische Seite der Glücksspielsucht anstelle möglicher genetischer Marker und prädisponierender neurobiologischer Besonderheiten (Nower, Blaszczyński, 2006; Barrault, Varescon, 2013) repräsentieren. Dabei handelt es sich um eine einseitige Interpretation dieser Persönlichkeitsmerkmale. Die am häufigsten genannte Impulsivität lässt sich als verminderte Selbstkontrolle (eingeschränkte Fähigkeit zum Belohnungsaufschub) im Sinne eines psychischen Merkmals (Steel, Blaszczyński, 1998) und gleichermaßen als Bestandteil einer problematischen Lebenssituation auffassen, da in Armut lebende Personen täglich von der Hand in den Mund leben müssen.

Um die biologische Mitbedingtheit der Glücksspielsucht zu belegen, wäre z. B. das verwandte Konstrukt der sogenannten Reducer/Augmenter (Petrie, 1967) besser als Prognosefaktor geeignet. Das Merkmal erfasst die herabgesetzte bzw. verstärkte Reaktion auf sensorische Reize, die sich mittels neurobiologischer Indikatoren (elektrische Aktivität des Gehirns und des Herzens, Hautleitfähigkeit) messen lässt (Schwerdtfeger, Baltissen, 2006). Darüber hinaus liegen für dieses Konstrukt geeignete Fragebogenvarianten vor, die bereits zur Vorhersage der Konsumhöhe von stofflichen Rauschmitteln eingesetzt wurden (Clapper, 1992). In diesem Zusammenhang

stellt sich allerdings das typologische Problem, das nach Jacobs (1988) sowohl eine chronische Über- als auch Untererregung prädisponierendes Merkmal einer Glücksspielsucht sein kann. Auch hier zeigt sich wieder die Komplexität des Gegenstandes, sodass derzeit kaum allgemeingültige Aussagen ableitbar sind.

3.2.7.3 Verfügbarkeit und sozioökonomischer Status

Die Einbeziehung der gesellschaftlich-ökonomisch bedingten Lebenswirklichkeit durch sozialgeografische Forschung (Werlen, 2000) bleibt bei der Suche nach Risikofaktoren weitgehend unbeachtet, obwohl Studien zum Zusammenhang zwischen Dichte des Glücksspielangebotes und sozioökonomischem Status der lokalen Bewohnerinnen und Bewohner bereits vorliegen (Xouridas, Jasny, Becker, 2016; Kristiansen, Lund, 2022). Søren Kristiansens und Rolf Lunds Untersuchung aller Geldspielautomaten in Dänemark (31.475 Geräte in 2.404 Spielstätten) konnte diese vollständig lokalisieren und mit dem sozioökonomischen Status der dortigen Anwohner in Beziehung setzen. Sie stellen fest:

- Die Geldspielgeräte sind im gesamten Land in der unmittelbaren Nachbarschaft vorhanden.
- Die mittlere Anzahl von elektronischen Geldspielgeräten steigt mit sinkendem Niveau des sozioökonomischen Status der jeweiligen regionalen Einheit (von mindestens 100 Bewohnerinnen und Bewohnern).
- Sobald ein elektronisches Geldspielgerät vorhanden ist, sinkt der individuelle sozioökonomische Status der Bewohnerinnen und Bewohner in der regionalen Einheit.
- Personen mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status (die untersten 10 %) wohnen im Durchschnitt näher an Spielstätten als der Rest der Bevölkerung.
- Bezogen auf die durchschnittliche Entfernung von einer Spielstätte (743 Meter) sinkt die Entfernung für die untersten 10 % des sozioökonomischen Index um 100 Meter.
- Die Stadtgröße und reine Bevölkerungsdichte bietet eine nur teilweise Erklärung für die Anzahl vorhandener elektronischer Geldspielgeräte.

Die Autoren verweisen aufgrund dieser Befunde auf Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit und problematischen und süchtigen Formen des Glücksspielens belegen. Ein Beispiel ist die landesweite kanadische Gesundheitsstudie (N = 23.952) von Williams, Leonard, Belanger und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (2021). In der multivariaten Analyse erwies sich die Nutzung von Geldspielautomaten als prognostisch primäres Merkmal. Die lokale Dichte an Geldspielautomaten und deren Nutzungshäufigkeit waren starke Prädiktoren für das lokale Auftreten riskanten und problematischen Glücksspielens. Diese Untersuchung gibt

den Hinweis, dass bei genauerer Erfassung sozioökonomischer Merkmale vor allem die örtliche Verfügbarkeit von Geldspielangeboten (lokale Dichte) und deren Nutzung (Nutzungsrate) primäre Risikofaktoren darstellen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass es sich um eine Querschnittsstudie handelt, die keine Nutzungsdaten über den Zeitverlauf enthält, sodass keine kausale Interpretation in Bezug auf die Entwicklungsgeschichte möglich ist. Vielmehr lässt sich von einem wechselseitigen Beziehungsgeflecht ausgehen, bei dem auch Anpassungsteileffekte an ein ansteigendes Glücksspielbezogenes Angebot zu berücksichtigen sind (Meyer, Bachmann, 2017, S. 120–125).

3.2.7.4 Entfremdung und Lebenssinn

Die gesellschaftliche Bedingtheit individuellen Handelns in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft (Schimank, Werle, 2000) bleibt in Bezug auf süchtige Fehlentwicklungen (Schmieder, 1988) unberücksichtigt. Die objektiven Lebensbedingungen bilden subjektwirksame, ambivalente Voraussetzungen in Form von Widersprüchen „zwischen Gleichgültigkeit und Identifikation, der Verausgabung von Arbeitskraft und deren Erhalt, einer notwendig erscheinenden Unterordnung und (auch funktionaler) Selbstständigkeit, mehrseitiger und gleichzeitiger Konkurrenz und Kooperation, Anpassung an jeweils aktuelle Situationen und der Notwendigkeit auch langfristiger Planung, Wahrung und Wahrnehmung eigener Interessen und aktuell opportuner Anpassung“ (Schmieder, 1992, S. 22).

Die damit einhergehenden gesundheitsrelevanten sozialen Ausschlussprozesse (Schorb, Schmidt-Semisch, 2021) führen zu individuellen und kollektiven Anpassungsreaktionen, die betroffene Personen von ihrem Lebenssinn abbringen und süchtige Entwicklungen bestimmen (Alexander, 2011). Der damit verbundene Sinnverlust geht mit Entfremdungserleben einher (Osin, Leontiev, 2013), was in süchtigen Konsummustern münden kann (Reith, 2019). Durch die Expansion des Glücksspielmarktes in den letzten Jahrzehnten (Cassidy, 2020) wird das Alltagsleben zunehmend auch durch Glücksspielen (Nicoll, 2019) geprägt.

Innerhalb eines integrativen Suchtmodells sollten „Entfremdung“ (Hildebrandt, 2006) und „Lebenssinn“ als Ursachenfaktoren einbezogen werden (vgl. 9.1.3). Von Julius Kuhl wurde im Rahmen seiner Persönlichkeitstheorie das Konstrukt „Entfremdung“ als mangelnder Selbstzugang zu eigenen Bedürfnissen (latente Alienation) und eingeschränkte Umsetzung eigener Vorlieben (manifeste Alienation) definiert und experimentell untersucht. Die damit verbundene Chronifizierung negativer Affekte vermindert den Schutz vor Entfremdungserleben und führt zur psychosomatischen Symptombildung (Kuhl, Kaschel, 2004). Bezogen auf die Sinnfrage existieren Studien zur quantitativen Erfassung des Lebenssinns (Schnell, 2016, S. 19 ff.) und der

Spiritualität (Bucher, 2007). Im Hinblick auf Suchtpatientinnen und -patienten gibt es Fragebogenuntersuchungen zur Sinnerfüllung (Peschel, 1988) und zur Spiritualität (Unterrainer et al., 2009). In einer multizentrischen Studie von fünf Behandlungseinrichtungen für süchtige Glücksspieler und Glücksspielerinnen ließ sich mittels einer „Skala zur intrinsischen Spiritualität“, die eine negative Korrelation mit der Schwere der Glücksspielsucht aufwies, der dauerhafte Erholungsprozess vorher-sagen (Gavriel-Fried, Moretta, Potenza, 2020). Die Glücksspielforschung zu dieser Thematik befindet sich immer noch in den Anfängen.

3.3 Kulturgeschichte und Gesellschaftsstruktur

3.3.1 Kulturelle Normierung

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 Phänomen auffassen, das Teil der Menschwerdung ist. 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 1.2).

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

In der sozialgeschichtlichen Studie zu *Lottospiel und Volksmagie* im frühen 19. Jahrhundert beschreibt Monika Bönisch (1994) das Schicksal des arbeitslosen Müllergesellen Ganzenmüller und seiner Verlobten, der Näherin Aichholz, die 1825 wegen Betrügereien und verbotenen Lottospiels vor Gericht standen. Die Fallstudie verweist auf das kulturgeschichtliche Spannungsfeld zwischen Fortbestehen des vorrationalen Weltbildes der Standesgesellschaft und der aufkommenden Moderne des

bürgerlichen Zeitalters mit seinen obrigkeitsstaatlichen Tugendgeboten. Für den Müllergesellen und die Näherin existierte der feste Glaube an Glück und Zufall als außergesellschaftliche Instanzen, sodass sie sich ganz den magischen Praktiken zur Ermittlung von vermeintlichen „Glückszahlen“ hingaben. Das weit verbreitete Lottospiel, 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 darauffolgende, über mehr als ein Jahrhundert anhaltende staatliche Eindämmung des Lottospiels wurde durch die neuen, inzwischen auch online verfügbaren Lottoprodukte (Systemschein, Rubbellose, Keno) zunehmend aufgeweicht. Zuletzt ist dies durch die Einführung des „Eurojackpots“, der seit 2022 eine Gewinnhöchstsumme von 120 Mio. Euro vorsieht, erfolgt. Da sich die Mehrheit eine solche Summe kaum noch lebenspraktisch vorstellen kann, wird dies mit Mentalitätsveränderungen einhergehen. Das Glücksspielen erscheint als alltägliches Konsum- und Freizeitverhalten, sodass sein demeritorischer (nicht verdienstvoller) Charakter verblasst. Es ist bekannt, dass hohe Lotto-Jackpots zu verstärktem Glücksspielen führen, insbesondere durch das Anlocken neuer Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Meyer, Bachmann, 2017, S. 89). In die gleiche Richtung zielt die erfolgte Einbeziehung des Internets als neuer Vertriebsweg.

3.3.2 Gesellschaftsformation und Bedeutungswandel

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. Aufgrund der gering entwickelten Naturbeherrschung (beginnender Werkzeuggebrauch) führte die erlebte Hilflosigkeit 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 (Giżycki, Górný, 1970, S. 7 ff.).

Der Wunsch nach einer übernatürlichen Welterfahrung durch Auslieferung der eigenen Existenz an das unberechenbare Schicksal durch Glücksspielen ist jedoch kein gleichförmiges Wesensmerkmal des Menschen. 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“ (Zollinger, 1997, S. 47). Das Glücksspielen wurde zum wesentlichen Bestandteil des adeligen Lebensstils im Rahmen einer „Ethik des ritterlichen Müßigganges“ (a. a. O., S. 47). Am anderen Ende der Gesellschaft treffen sich unselbstständige Handwerksgehilfen, Tagelöhner, Hilfsarbeiter, Hafenarbeiter, Seeleute, Wächter, Bader, Stadtpfeifer und Dienerschaft zum Würfel- und Kartenspiel in Wirts- und Gasthäusern der mittelalterlichen Städte, um in der Gemeinschaft der Rechtlosen ihr Elend zu vergessen.

Im Kapitalismus treten den Arbeitenden sowohl ihre Produkte als auch ihre 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 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. Nie würde es der kleinen Blase im Unterbauch einfallen, zu stören, nicht einmal nach zwei Litern Weizenbier, und nicht der Darm wagt es, sich in dieser Phase höchster Konzentration und Nervenflattern zu regen. Konnte ich nicht auch vier, manchmal sogar sechs Stunden vor mehreren Automaten stehen und regelrecht arbeiten?“ (Schuller, 2008, S. 113) Der Geldspielautomat fängt in Form der Aufsteigermentalität (vom Tellerwäscher zum Millionär) den „Geist des Kapitalismus“ (Weber, 1920) ein und nimmt im Sinne der Frankfurter Schule alle Bereiche des Lebens – auch den der „Freizeit“ – in Beschlag: „Amusement ist die Verlängerung der Arbeit unterm Spätkapitalismus. Es wird von dem gesucht, der dem mechanisierten Arbeitsprozess ausweichen will, um ihm von Neuem gewachsen zu sein. Zugleich aber hat die Mechanisierung solche Macht über den Freizeiterler und sein Glück, sie bestimmt so gründlich die Fabrikation der Amüsierwaren, dass er nichts anderes erfahren kann als die Nachbilder des Arbeitsvorganges selbst“ (Horkheimer, Adorno, 2004, S. 145).

3.3.3 Lebenswelt und Handlungskontrolle

Menschliches Handeln darf sich nicht allein auf die individuelle Handlungsregulation beziehen. Den Ausgangspunkt bildet der gesellschaftlich vermittelte Zusammenhang zwischen historisch bestimmten Lebensbedingungen und deren Bedeutungshaftigkeit für die individuelle Lebenspraxis.

Das Glücksspielen wird zum Kennzeichen des Erwachsenwerdens und der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe, deren Mitglieder ein gemeinsames Handlungsmuster mit entsprechenden Einstellungen, Erwartungen und Normen aufweisen. Es bekommt die Funktion, positive Erfahrungen zu erzielen und negative Folgen so weit wie möglich einzugrenzen. Dies zeigt sich in der Wahl eines brauchbaren Glücksspielangebotes. Dabei treten Glücksspiele den Einzelnen als gesellschaftliche Objekte mit darin vergegenständlichten Errungenschaften der Menschheitsgeschichte gegenüber (Leontjew 1975, S. 227 ff.), also nicht als pure Zufallsregeln, sondern als Lotterie, Geldspielgerät, Roulette, Online-Wettportal. Die Aneignung der in diesen Gegenständen enthaltenen Eigenschaften eröffnet der glücksspielenden Person vielfältige Erlebnisweisen. Das glücksspielbezogene Handeln erhält in diesem Prozess eine auf das Selbsterleben und die soziale Einbindung bezogene Bedeutsamkeit innerhalb der jeweils gegebenen Gesellschaftsformation (vgl. Kapitel 3.3.2).

Auf diese Weise entsteht die Erfahrung, dass Glücksspielen die Beziehung zur Wirklichkeit auf vielfältige Weise verändern kann. Das Eintauchen in einen veränderten Bewusstseinszustand dient dazu, einen verbesserten Selbstwert, eine größere Wertschätzung eigener Fähigkeiten und ein Gefühl sozialer Zugehörigkeit zu empfinden. Das Glücksspielen hat die Funktion, die Handlungsfähigkeit, d. h. die individuelle Kontrolle und die Teilhabe an der kollektiven Kontrolle, subjektiv zu erhalten und wenn möglich auszubauen.

Im Verlauf süchtiger Formen des Glücksspielens entsteht allerdings ein Teufelskreis: Der kurzfristig erzielte glücksspielbezogene Rauschzustand ist begrenzt. Das vorübergehende Ausscheren aus dem mit Belastungen verbundenen Alltag führt auf Dauer zu vielfältigen negativen Folgen in Form von Verschuldung, Partnerlosigkeit, Straffälligkeit usw. Über diese realen Schäden hinaus entsteht ein Prozess der Selbstschädigung: Aufgrund ihrer psychischen Anfälligkeit wählen Glücksspielsüchtige subjektive Vorbedingungen zur Begründung ihres Handelns aus: Dies sind vermeintliche Zurückweisungen, konflikthaft erlebte Partnerschaften, aber auch Hoffnungen auf umfassende Anerkennung und grenzenlosen Reichtum. In diesem Prozess entsteht eine überhebliche Selbstisolation, wodurch Glücksspielsüchtige die gesellschaftlichen Bedingungen und sozialen Strukturen ihrer entfremdeten Lebenspraxis (vgl. Kapitel 3.2.7 u. 9.1.3) reproduzieren. Entgegen der Natur des Menschen entwickelt sich eine „Selbstfeindschaft“ (Holzkamp, 1985, S. 376 ff.), die in eine ausweglose Lebenssituation führen kann.

Literatur

Die Literatur wird im Folgenden getrennt für die drei Unterkapitel 3.1 (Genetik und Neurobiologie), 3.2 (Individuumzentrierte und multifaktorielle Ursachenmodelle) und 3.3 (Kulturgeschichte und Gesellschaftsstruktur) aufgeführt.

Genetik und Neurobiologie (Kapitel 3.1):

Blum, K. et al. (2022): Should reward deficiency syndrome (RDS) be considered an umbrella disorder for mental illness and associated genetic and epigenetic induced dysregulation of brain reward circuitry? *Journal of Personalized Medicine*, 12(10), 1719 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9604605/pdf/jpm-12-01719.pdf>, Zugriff: 27.02.2023.

Böning, J.; Grüsser-Sinopoli, S. M. (2009): Neurobiologie der Glücksspielsucht. In: Batthyány, D.; Pritz, A. (Hrsg.): Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte. Wien: Springer. 45–65.

Brewer, J. A.; Grant, J. E.; Potenza, M. N. (2007): The neurobiology of pathological gambling. In: Smith, G.; Hodgins, D.; Williams, R. (eds.): Research and measurement issues in gambling studies. Amsterdam: Elsevier. 345–369.

Dowling, N. A. et al. (2021): „It runs in your blood“: reflections from treatment seeking gamblers on their family history of gambling. *Journal of Gambling Studies*, 37(2), 689–710.

Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 4. Auflage. Berlin: Springer.

Mörsen, C. P. et al. (2011): Glücksspiel im Gehirn: Neurobiologische Grundlagen pathologischen Glücksspielens. *Sucht*, 57(4), 259–273.

Rafiei, D.; Nathan, J. K. (2021): DAT1 polymorphism associated with poor decision-making in males with antisocial personality disorder and high psychopathic traits. *Behavioral Sciences & the Law*, 39(5), 583–596.

Vereczkei, A. et al. (2022): FOXP3 and GDNF polymorphisms as common genetic factors of substance use and addictive behaviors. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 690. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9144496/pdf/jpm-12-00690.pdf>, Zugriff: 01.03.2023.

Individuumzentrierte und multifaktorielle Ursachenmodelle (Kapitel 3.2):

Adler, A. (1974): Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In: Adler, A. (Hrsg.): Praxis und Theorie der Individualpsychologie (ursprünglich 1913). Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch. 48–66.

Ainslie, G. (2019): The piceoeconomics of addiction. In: Pickard, H. & Ahmed, S. H. (Eds.): The Routledge handbook of philosophy and science of addiction. Abingdon, UK: Routledge. 34–44.

Alexander, B. K. (2011): The globalisation of addiction: a study in poverty of the spirit. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press.

Allami, Y. et al. (2017): A longitudinal empirical investigation of the pathways model of problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1153–1167.

Babor, T. R.; Caetano, R. (2006): Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction*, 101(Suppl. 1), 104–110.

Babor, T. F. et al. (1992): Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 599–608.

Barrault, S.; Varescon, I. (2013): Impulsive sensation seeking and gambling practice among a sample of online poker players: comparison between non pathological, problem and pathological gamblers. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 502–507.

Batthyány, D.; Pritz, A. (Hrsg.) (2009): Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte. Wien: Springer.

Becker, P. (1989): Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF). Göttingen: Hogrefe.

Bensel, W. (1998): Zur Selbstwertproblematik bei Glücksspielsüchtigen. In: Füchtenschnieder, I.; Witt, H. (Hrsg.): Sehnsucht nach dem Glück. Adoleszenz und Glücksspielsucht. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft. 76–86.

- Bergler, E. (1985): *The psychology of gambling* (2nd ed.). New York: Hill & Wang.
- Bieri, P. (2007): Was bleibt von der analytischen Philosophie. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 55(3), 333–344.
- Blaszczynski, A.; Nower, L. (2002): A pathway model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.
- Böning, J.; Grüsser-Sinopoli, S. M. (2009): Neurobiologie der Glücksspielsucht. In: Batthyány, D.; Pritz, A. (Hrsg.): *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte*. Wien: Springer. 45–65.
- Bruneau, M. et al. (2016): Gambling transitions among adult gamblers: a multi-state model using a Markovian approach applied to the JEU cohort. *Addictive Behaviors*, 57, 13–20.
- Bucher, A. A. (2007): *Psychologie der Spiritualität*. Weinheim: Beltz.
- Bühringer, G. et al. (2021): Vulnerabilitäts-Risiko-Modell zu Ätiologie und Verlauf der Glücksspielstörung. Vortrag auf dem 18. Symposium Glücksspiel. Hohenheim: Forschungsstelle Glücksspiel der Universität Hohenheim https://gluecksspiel.uni-hohenheim.de/fileadmin/einrichtungen/gluecksspiel/Symposium2021/Buehringer_2021.pdf, Zugriff: 01.03.2023.
- Cassidy, R. (2020): *Vicious games: capitalism and gambling*. London, UK: Pluto Press.
- Chrétien, M. et al. (2017): Cognitive restructuring of gambling-related thoughts: a systematic review. *Addictive Behaviors*, 75, 108–121.
- Clapper, R. L. (1992): The reducer-augmenter scale, the revised reducer-augmenter scale, and predicting late adolescent substance use. *Personality and Individual Differences*, 13(7), 813–820.
- Custer, R.; Milt, H. (1985): *When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families*. New York, NY: Facts on File Publications.
- Dowd, D. A. et al. (2020): A longitudinal examination of gambling subtypes in young adulthood. *International Gambling Studies*, 20(2), 185–199.
- Dowling, N. A. et al. (2017): Early risk and protective factors for problem gambling: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychological Review*, 51, 109–124.
- Edwards, G. (1986): The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81(2), 171–183.
- Fischer, H. (1905): *Spieler-Moral: Eine irrenärztliche Studie über die Spielsucht und ihr Verhältnis zur Trinksucht und Morphinsucht für Staatsanwälte, Richter und Laien*. Berlin: Modernes Verlagsbureau Curt Wigand.
- Frankl, V. E. (1979): *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. München: Piper.
- Fuchs, T. (2009): *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Füchtenschnieder, I.; Petry, J. (2019): Ein Schelm, wer Böses dabei denkt! *Sucht*, 65(3), 219–220.
- Gavriel-Fried, B.; Moretta, T.; Potenza, M. N. (2020): Modeling intrinsic spirituality in gambling disorder. *Addiction Research & Therapie*, 28(3), 204–210.
- Grüsser, S. M.; Albrecht, U. (2007): *Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen*. Bern: Huber.
- Grüsser, S. M.; Thalemann, C. N. (2006): *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Huber.
- Hayer, T. et al. (2018): Unterschiedliche Subtypen von pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern: Empirische Befunde aus dem ambulanten Suchthilfesystem. *Suchttherapie*, 19(1), 21–30.
- Heather, N. et al., (eds.) (2022): *Evaluating the brain disease model of addiction*. London, UK: Routledge.
- Hildebrandt, H.-A. (2007): *Sucht und Entfremdung: Zur Sozialpsychologie des zwanghaften Drogengebrauchs und seiner gruppenanalytischen Behandlung am Beispiel einer Gruppe männlicher Alkoholiker*. Kassel: Kassel University Press.
- Jacobs, D. F. (1988): Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of Gambling Studies*, 4(1), 27–34.

- Jellinek, E. M. (1960): *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse.
- Jellinek, E. M. (1952): Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673–684.
- Johansson, A. et al. (2009): Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67–92.
- Kagerer, P. (2013): Männeraspekte in der Behandlung von Glücksspielern. In: Petry, J. (Hrsg.) (2013): *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern*. Freiburg/Br.: Lambertus. 37–48.
- Kagerer, P. (1998): Zur Vater-Sohn-Problematik bei Glücksspielsüchtigen. In: Füchtenschnieder, I.; Witt, H. (Hrsg.): *Sehnsucht nach dem Glück: Adoleszenz und Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland. 34–48.
- Kahneman, D. (2012): *Schnelles Denken, langsames Denken*. 3. Auflage. München: Siedler Verlag.
- Keupp, H. (Hrsg.) (1995): *Der Mensch als soziales Wesen: Sozialpsychologisches Denken im 20. Jahrhundert*. München: Piper.
- Klein, M. (2022): „Kinderglück“ – zur Situation von Kindern glücksspielsüchtiger Eltern. Berlin: Vortrag auf der 34. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht am 2. Februar 2022 https://www.gluecksspielsucht.de/tagungdok/2022/FAGS_2022_Klein_Kinder_gluecksspielsuechtiger_Eltern.pdf, Zugriff: 01.03.2023.
- Kristiansen, S.; Lund, R. L. (2022): The geography of gambling: a socio-spatial analysis of gambling machine location and area-level socio-economic status. *Journal of Gambling Issues*, 49(2), 44–67.
- Krolls, A. (2018): *Kritik der Psychologie: Das Opium des Volkes*. 3. Auflage. Hamburg: VSA.
- Kuhl, J.; Kaschel, R. (2004): Entfremdung als Krankheitsursache: Selbstregulation von Affekten und integrative Kompetenz. *Psychologische Rundschau*, 55(29), 61–71.
- Ladouceur, R. et al. (2002): *Understanding and treating the pathological gambler*. Chichester, UK: John Wiley.
- Ladouceur, R.; Walker, M. (1996): A cognitive perspective on gambling. In: Salkovski, P. M. (Eds.): *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester, UK: John Wiley. 89–120.
- Langer, E. J. (1975): The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(2), 311–328.
- LaPlante et al. (2008): Stability and progression of disordered gambling: lessons from longitudinal studies. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(1), 52–60.
- Lesieur, H. R. (1979): The compulsive gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry*, 42(1), 79–87.
- Maiers, W. (2014): Bewusstsein – ein unauflösbares Rätsel? *Marxistische Blätter*, 52(4), 27–39.
- Mann, K. (Hrsg.) (2014): *Verhaltenssuchte: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention*. Berlin: Springer.
- Marlatt, G. A.; Nathan, P. E. (Eds.) (1978): *Behavioral approaches to alcoholism*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Müller, A.; Wölfling, K.; Müller, K. W. (2018): *Verhaltenssuchte – Pathologisches Kaufen, Spielsucht und Internetsucht*. Göttingen: Hogrefe.
- Nicoll, F. (2021): *Gambling in everyday life: spaces, moments and products of enjoyment*. 2nd ed. New York, NY: Routledge.
- Nower, L.; Blaszczynski, A. (2017): Development and validation of the gambling pathways questionnaire (GPQ). *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(1), 95–109.
- Nower, L.; Blaszczynski, A. (2006): Impulsivity and pathological gambling: a descriptive model. *International Gambling Studies*, 6(1), 61–75.
- Nower, L.; Blaszczynski, A.; Anthony, W. L. (2022): Clarifying gambling subtypes: the revised pathway model of problem gambling. *Addiction*, 117(7), 2000–2008.

Nower, L. et al. (2013): Subtypes of disordered gamblers: results from a national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Addiction*, 108(4), 789–798.

Oerter, R. (1998): Das kindliche Spiel aus entwicklungspsychologischer und handlungspsychologischer Sicht – gibt es Verbindungen zur Glücksspielsucht? In: Füchtenschnieder, I.; Witt, H. (Hrsg.): *Sehnsucht nach dem Glück: Adoleszenz und Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland. 11–20.

Osin, E. N.; Leontiev, D. A. (2013): Sinnverlust und Entfremdung. *Journal Psychologie des Alltagslebens*, 6(2), 29–40.

Padberg, T. (2021): *Die Depressionsfalle: Wie wir Menschen für krank erklären, statt ihnen zu helfen*. Frankfurt/M.: S. Fischer.

Pattison, E. M.; Sobell, M. B.; Sobell, L. C. (1977): *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer.

Peele, S. (1998): *The meaning of addiction: an unconventional view*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.

Peschel, H. W. (1988): Zur Sinnproblematik des Alkoholikers: Eine Fragebogenuntersuchung mit dem Logo-Test bei männlichen Alkoholikern. *Suchtgefahren*, 34(2), 115–119.

Petrie, A. (1967): *Individuality in pain and suffering*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Petry, J. (2020): Kritische Anmerkungen zum Suchtbegriff in der ICD-11. *Suchttherapie*, 21(3), 126–131.

Petry, J. (2018): Die Verhaltenssuchtpublikations-Störung (VSP-S). *SuchtMagazin*, 44(6), 20–22.

Petry, J. (2016): Psychotherapie bei pathologischem Glücksspiel und Abhängigkeitserkrankung. In: Vogelgesang, M.; Schuhler, P. (Hrsg.): *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis*. 3. Auflage. Lengerich: Pabst. 389–410.

Petry, J. (2010): Das Konstrukt „Verhaltenssucht“ – eine wissenschaftstheoretische Kritik. *Sucht Aktuell*, 7(2), 14–18.

Petry, J. (2008): Leserbrief zu Bühringer et al. (2007): Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht*, 54(2), 111–112.

Petry, J. (2003): *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.

Petry, J. (2001): Vergleichende Psychopathologie von stationär behandelten „Pathologischen Glücksspielern“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(2), 123–135.

Petry, J., Jahrreiss R. (1999): Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. *Deutsche Rentenversicherung*, (4), 196–218.

Pfrang, H. (1993): Internale und Externale Verursachung: Die Herstellung und Aufhebung von Kontrollillusionen und Attributionsfehlern. In: Hell, W.; Fiedler, K.; Gigerenzer, G. (Hrsg.): *Kognitive Täuschungen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag. 243–270.

Piaget, J. (2003): *Nachahmung, Spiel und Traum*. 5. Auflage, französisches Original 1959. Stuttgart: Klett-Cotta

Poppelreuter, S.; Gross, W. (Hrsg.) (2000): *Nicht nur Drogen machen süchtig: Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten*. Weinheim: Beltz.

Raylu, N.; Oei, T. P. (2010): *A cognitive behavioural therapy programme for problem gambling*. Hove, UK: Routledge.

Razum, O.; Kolip, P. (2020): Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. In: Razum, O.; Kolip, P. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa. 19–43.

Reith, G. (2019): *Addictive consumption: capitalism, modernity and excess*. London, UK: Routledge.

Roberts, A. et al. (2017): Gambling and negative life events in a nationally representative sample of UK men. *Addictive Behaviors*, 75, 95–102.

Rogers, P. (1998): The cognitive psychology of lottery gambling: A theoretical review. *Journal of Gambling Studies*, 14(2), 111–134.

Rummel, C.; Gaßmann, R. (Hrsg.) (2020): *Sucht: bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schimank, U.; Werle, R. (2000): Einleitung: gesellschaftliche Komplexität und kollektive Handlungsfähigkeit. In: Werle R.; Schimank, U. (Hrsg.): *Gesellschaftliche Komplexität und kollektive Handlungsfähigkeit*. Frankfurt/M.: Campus Verlag. 9–20.

Schmieder, A. (1992): *Sucht: Normalität der Abwehr*. Freiburg/Br.: Lambertus.

Schmieder, A. (1988): Soziologische Dimensionen süchtiger psychischer Fehlentwicklung. *Drogalkohol*, 12(1), 19–36.

Schnell, T. (2016): *Psychologie des Lebenssinns*. Berlin: Springer.

Schorb, F.; Schmidt-Semisch, H. (2021): Gesundheitsförderung und sozialer Ausschluss. In: Anhorn, R.; Stehr, J. (Hrsg.): *Handbuch sozialer Ausschließung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS. 839–852.

Schütte F (1987): „Spielsucht“ und Narzissmus. *Suchtgefahren*, 33(2), 126–136.

Schwager, J.-C. (2013): Die Behandlung von älteren Glücksspielern. In: Petry, J. (Hrsg.) (2013): *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern*. Freiburg/Br.: Lambertus. 49–61.

Schwerdtfeger, A.; Baltissen, R. (1999): Augmenter vs. Reducer: kortikale und autonome Reaktivität auf Reize unterschiedlicher Intensität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20(4), 247–262.

Slutske, W. S. et al. (2022): Disordered gambling in a longitudinal birth cohort: from childhood precursors to adult life outcomes. *Psychological Medicine*, <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/disordered-gambling-in-a-longitudinal-birth-cohort-from-childhood-precursors-to-adult-life-outcomes/8DF393AC1D95F8F16FCE03BCA4F1B21A>, Zugriff: 08.08.2023

Soyka, M.; Küfner, H. (2008): *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Specht, J.; Luhmann, M.; Geiser, C. (2014): On the consistency of personality types across adulthood: latent profile analyses in two large-scale panel studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(3), 540–556.

Spence, D. P. (1993): Die Sherlock-Holmes-Tradition: Die narrative Metapher. In: Buchholz, M. B. (Hrsg.): *Metaphernanalyse* (englisches Original 1987). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 72–120.

Spode, H. (1993): *Die Macht der Trunkenheit*. Opladen: Leske & Budrich.

Steel, Z.; Blaszczynski, A. (1998): Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895–905.

Thalemann, C. N. (2009): *Verhaltenssucht*. In: Batthyány, D.; Pritz, A. (Hrsg.): *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte*. Wien: Springer. 1–17.

Tretter, F. (2020): „Bio-psycho-soziales Modell“ – Steckbrief und Perspektive. In: Rummel, C.; Gaßmann, R. (Hrsg.): *Sucht: bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer. 13–24.

Tretter, F. (2012): Kritik der Neurobiologie der Sucht – Philosophische Aspekte. *Sucht*, 19(3), 26–35.

Tretter, F. (2005): *Systemtheorie im klinischen Kontext*. Lengerich: Pabst.

Unterrainer, H.-F. et al. (2009): Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung von Abhängigen im Vergleich zu allgemein-psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollpersonen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32(1), 29–36.

Vent, P. (1999): *Spielsucht als Affektregulation*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Vierhaus, M. et al. (2012): Zur Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. *Sucht*, 53(3), 183–193.

Vogelgesang, M. (2010): Traumata, traumatogene Faktoren und pathologisches Glücksspielen: Eine genderspezifische Analyse. *Psychotherapeut*, 55(1), 12–21.

Walker, M. B. (1992): *The psychology of gambling*. Oxford: Pergamon.

Walters, G. D. (1994): The gambling lifestyle: I. Theory. *Journal of Gambling Studies*, 10, 159–182.

Werlen, B. (2000): *Sozialgeographie: Eine Einführung*. Bern: Haupt.

West, R.; Brown, J. (2013): *Theory of addiction* (2nd ed.). Chichester, UK: John Wiley.

Williams, R. J. et al. (2021): Predictors of gambling and problem gambling in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 112(3), 521–529.

Wittchen, H.-U.; Hoyer, J. (Hrsg.) (2011): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.

Xouridas, S.; Jasny, J.; Becker, T. (2016): An ecological approach to electronic gambling machines and socioeconomic deprivation in Germany. *Journal of Gambling Issues*, 33, 82–102.

Kulturgeschichte und Gesellschaft (Kapitel 3.3):

Bönisch, M. (1994): *Opium der Armen: Lottospiel und Volksmagie im frühen 19. Jahrhundert: Eine Fallstudie aus Württemberg*. Tübingen: Silberburg.

Giżycki, J.; Górny, A. (1970): *Glück im Spiel zu allen Zeiten*. Zürich: Stauffacher.

Holzkamp, K. (1983): *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt: Campus.

Horkheimer, M.; Adorno, T. W. (2004): *Dialektik der Aufklärung: Philosophische Fragmente*. 15. Auflage. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.

Leontjew, A. N. (1975): *Probleme der Entwicklung des Psychischen*. Berlin, DDR: Volk und Wissen.

Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. 4. Auflage. Berlin: Springer.

Rembach, G. (2008): Zur Lotteriegeschichte. In: Gebhardt, I.; Grüsser-Sinopoli, S. M. (Hrsg.): *Glücksspiel in Deutschland: Ökonomie, Recht, Sucht*. Berlin: De Gruyter. 11–29.

Weber, M. (1920): *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. Tübingen: Mohr.

Zollinger, M. (1997): *Geschichte des Glücksspiels: Vom 17. Jahrhundert bis zum Zweiten Weltkrieg*. Wien: Böhlau.

Die störungsspezifische Diagnostik der Glücksspielsucht befindet sich im Vergleich zur fortgeschrittenen Diagnostik stoffgebundener Süchte in ihren Anfängen. Bezogen auf die Gültigkeit von Selbstaussagen über das Glücksspielverhalten finden sich katamnestisch hohe Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdaussagen. In einer frühen Phase der Suchtentwicklung und im therapeutischen Erstkontakt können Verleugnungstendenzen bestehen. In der allgemeinen klinischen Praxis wird immer noch zu selten nach einer möglichen Glücksspielproblematik gefragt. Von den Betroffenen selbst wird eine solche Thematik zudem kaum angesprochen. Dies tun am ehesten deren Angehörige.

4.1 Differentialdiagnostik

Die nosologische Einordnung der Glücksspielsucht wurde eingangs beschrieben (vgl. Kapitel 1.1.3). Die Abgrenzung zwischen der dort definierten „Glücksspielstörung“ und dem „Gefährlichen Glücksspielen und Wetten“ sollte im Einzelfall nur nach einer umfassenden Anamnese erfolgen und als vorläufig angesehen werden. Sie dient der Indikationsstellung: Bei einer Störung ist eine dauerhafte Glücksspielabstinenz und bei einer Gefährdung die Reduktion des Glücksspielverhaltens angezeigt. Im therapeutischen Prozess können sich weitere Hinweise zu dieser notwendigen Abgrenzung ergeben.

Keine „Glücksspielstörung“ sollte allein aufgrund von wiederholtem oder anhaltendem Glücksspielen diagnostiziert werden, d.h. im Zusammenhang mit sozialem Glücksspielen. Gemeint sind damit Formen des Glücksspielens mit begrenzter Zeitdauer und kompensierbaren finanziellen Verlusten. Dazu gehört z.B. der Kauf von Lotterielosen als Teil der Alltagsroutine oder Glücksspielen als Bestandteil eines kriminellen Milieus.

Die Diagnose kann ebenfalls nicht gestellt werden, wenn das exzessive Glücksspielen besser durch eine manische Episode erklärt werden kann.

Ein weiteres, jedoch seltenes Ausschlusskriterium ist das exzessive Glücksspielverhalten als Folge einer speziellen Parkinsonmedikation (vgl. den Exkurs in Kapitel 9.4.2.2).

4.2 Screeningverfahren

Therapeutinnen und Therapeuten, die umfangreiche klinische Erfahrung mit Glücksspielsüchtigen aufweisen, können die bekannte „Entenregel“ nutzen: Was aussieht, watschelt und schnattert wie eine Ente, das ist eine Ente! Junge Männer, die motorisch beweglich und neugierig wirken, ständig den Wettbewerb suchen und in der therapeutischen Beziehung anfänglich konkurrierend auftreten, könnten eine Glücksspielproblematik aufweisen.

Im Sinne eines Screeningverfahrens ließe sich zunächst erfragen, ob mit einem Glücksspielangebot (Geldspielautomaten, Kasinospiele, Online-Sportwetten etc.) Erfahrungen vorliegen. Dabei sollte zunächst nicht das Ausmaß abgefragt werden, um keine Bagatellisierungstendenzen zu provozieren. In Anlehnung an den nur vier Items umfassenden CAGE-Fragebogen zur Diagnose des Alkoholismus kann ein entsprechender Fragebogen zur Glücksspielsucht eingesetzt werden: Der „CCCC-Questionnaire“ erfasst vier zentrale Merkmale (cannot quit, chasing, craving und consequences) des Störungsbildes (Rosenthal, 1989), die mit „richtig“ oder „falsch“ bewertet werden (Petry, 2003, S. 21):

- „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!“

Die vier Fragen müssen nicht als Screeningtest vorgelegt werden, sondern können nebenbei im anamnestischen Gespräch erhoben werden, um Antworttendenzen zu vermeiden. Ein Trennwert von zwei positiv beantworteten Items kann als Kriterium für das Vorliegen einer Glücksspielproblematik angesehen werden. Zur Absicherung lässt sich noch die Höhe der Verschuldung in 1.000-Euro-Kategorien als Indikator für die negativen Folgen der Suchtentwicklung erfragen.

Inzwischen bestehen darüber hinaus einige testpsychologisch entwickelte Screeningverfahren zur Feststellung des vorhandenen Ausmaßes einer Glücksspielproblematik. Die meisten dieser Fragebögen orientieren sich an dem empirisch nicht abgesicherten Phasenkonzept der Entwicklung zur Glücksspielsucht von Custer und Milt (1985), welches die anfänglich vorwiegend am Geldgewinn orientierte „Gewinnphase“ von der durch die Aufholjagd gekennzeichneten „Verlustphase“ und der mit extremen psychosozialen Konsequenzen bestimmten „Verzweiflungsphase“ unterscheidet (vgl. Kapitel 2.5.1 u. 3.2.2).

Vorbild für Screeningverfahren, die sich an diesem Phasenkonzept der Suchtentwicklung orientieren, sind die bekannten „20 Fragen“ (Twenty Questions) der Gamblers Anonymous (1980), die bei den Mitgliedern dieser Organisation erfasst wurden. Es werden

die typischen Merkmale der Glücksspielsucht erhoben: die bekannte Aufholjagd, Einschränkungen der Kontrollfähigkeiten, Geldbeschaffungsstrategien, Glücksspiel motive, Gewissensbisse und die persönlichen, familiären, beruflichen und strafrechtlichen Nachteile des Glücksspielverhaltens. 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 und Glücksspielerinnen 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 einer Übersichtsarbeit wurden klinische und epidemiologische Studien referiert, die insgesamt eine Bestätigung der Reliabilität und Validität des Verfahrens belegen konnten (Toneatto, 2008). Die meisten der aktuellen Screeningverfahren orientieren sich an den DSM-Kriterien, die von der American Psychiatric Association (vgl. Kapitel 1.1.3) ursprünglich formuliert und später als Skalen konstruiert wurden. Eine Übersicht geben Meyer und Bachmann (2017, S. 51–55).

Mit dem „Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten“ (KFG) von Petry (1996, S. 81–84) liegt ein vergleichbares deutschsprachiges Screeningverfahren vor, das in den ambulanten und stationären Einrichtungen in Deutschland weit verbreitet ist. Der besondere Vorteil der Skala liegt in der repräsentativen Eichung, sodass mittels Prozentrangnormen die Schwere der Glücksspielproblematik quantifiziert werden kann. Das Testmanual enthält Übersetzungen des Fragebogens ins Englische, Französische, Spanische, Italienische, Polnische, Russische und Türkische (Premper et al., 2013).

Der ebenfalls deutschsprachige „Fragebogen zu glücksspielbezogenen Problemen im Jugendalter“ (FGP-J) von Hayer und Mitarbeitern (2016) orientiert sich an Symptomen wie gedankliche Vereinnahmung, Dysfunktionalität der Glücksspielbeteiligung, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Chasing-Verhalten, Verheimlichungstendenzen und negative Folgen. Der Fragebogen wurde für Jugendliche entwickelt, um jugendtypische Erlebens- und Verhaltensweisen abzubilden. Der Cut-off-Wert hat für den Altersbereich 13 bis 20 Jahre Gültigkeit. Zusätzlich liegen Prozentrangwerte für glücksspielerfahrene Jugendliche und geschlechtsspezifische Normwerte vor.

4.3 Anamnese

4.3.1 Glücksspielsymptomatik und Psychopathologie

Zur Erhebung des Glücksspielverhaltens, seiner Entstehungsbedingungen, der aufrechterhaltenden Faktoren und Selbstkontrollversuche in der Vorgeschichte ist eine spezielle Anamnese erforderlich.

Tabelle 4.1: Spezielle Anamnese zur Glücksspielproblematik

Art und Ort der bevorzugten Glücksspiele
Beginn und Verlauf des Glücksspielverhaltens
Häufigkeit und Intensität des Glücksspielverhaltens
Motive zum Glücksspielen und Gefühle während des Glücksspielens
Psychische und körperliche Reaktionen nach Einstellung des Glücksspielverhaltens
Glücksspielbedingte Nachteile, inklusive Verschuldung
Bisherige Selbstkontrollversuche
Vorbehandlungen
Krankheitsverständnis
Veränderungsmotivation
Vorhandene Medikation, insbesondere Dopaminagonisten

Quelle: Petry, 2003, S. 119 ff.

Die vertiefte Erfassung des psychopathologischen Befundes kann mithilfe des AMDP-Systems (2022) standardisiert erfolgen. Dabei sind „Störungen der Affektivität“ (u. a. deprimiert, Schuldgefühle, gereizt, gesteigerte Selbstwertgefühle), „Antriebs- und psychomotorische Störungen“ (z. B. motorisch unruhig) und „Andere Störungen“ (u. a. sozialer Rückzug, Aggressivität, Suizidalität, Mangel an Krankheitseinsicht) bei Glücksspielsüchtigen bedeutsam.

4.3.2 Diagnostik der Persönlichkeit und Komorbidität

4.3.2.1 Persönlichkeit

Die vergebliche Suche nach typischen Persönlichkeitsmerkmalen bei Personen, die eine Sucht aufweisen, zeigt sich auch in Bezug auf die Glücksspielsucht: Eine Meta-Analyse zur Persönlichkeit von Glücksspielsüchtigen in Bezug auf das Fünf-Faktoren-Modell (Borkenau, Ostendorf, 2007) verweist auf einen mäßig ($r = .31$) erhöhten „Neurotizismus“ (Dudfield, Malouff, Meynadier, 2022). Das damit erfasste Persönlichkeitsmerkmal der „Emotionalen Stabilität“ steht in Zusammenhang mit dem Selbstwertgefühl (Specht, 2018, S. 103), was bei der Glücksspielsucht von besonderer Bedeutung ist.

Für das häufig untersuchte Merkmal der Impulskontrolle belegen viele Studien einen positiven Zusammenhang mit der Glücksspielsucht. Dabei besteht jedoch wenig Einigkeit über die Messung der verschiedenen Aspekte der Impulsivität wie der Neigung zu spontanen Reaktionen und der geringen Berücksichtigung negativer Konsequenzen. Von daher fehlen aussagekräftige Studien über die komplexe Dynamik von vorhandener Persönlichkeitsstruktur, kognitiv-affektiver Informationsverarbeitung und erworbenem Anreizcharakter des Glücksspielsettings (Nower, Blaszczynski, 2006). Aus den bisherigen Untersuchungen zu dauerhaften Persönlichkeitsmerkmalen lassen sich zusammenfassend kaum klinisch relevante Schlussfolgerungen über das komplexe Bedingungsgefüge der Entstehung und Bewältigung eines problematischen oder süchtigen Glücksspielverhaltens ableiten.

Die Diagnostik sollte sich deshalb auf die Befunde zur psychischen Vulnerabilität von Glücksspielsüchtigen stützen (vgl. Kapitel 3.2.5). Die im Zentrum stehende verminderte Selbstwertproblematik (Bensel, 1988) lässt sich mit der „Multidimensionalen Selbstwertkala“ (MSWS) erfassen (Schütz, Rentzsch, Sellin, 2006). Der Fragebogen erfasst die emotionale, soziale (Sicherheit im Kontakt und Umgang mit Kritik), leistungsbezogene und körperbezogene (physische Attraktivität und Sportlichkeit) Selbstwertschätzung.

Die Gefühlsdysregulation lässt sich mit dem „Heidelberger Fragebogen zur Erfassung von Emotionsregulationsstrategien“ (H-FERST) erheben (Barnow, 2018, S. 70 u. 146). Es werden acht spezifische Emotionsregulationsstrategien gemessen: Neubewertung, Akzeptanz, Problemlösen, soziale Unterstützung, Grübeln, Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks, Unterdrückung des emotionalen Erlebens und Vermeidung.

Die beeinträchtigte Bindungsstörung lässt sich mit dem „Bochumer Bindungsfragebogen“ (BoBi) messen. Der Fragebogen erfasst die Selbsteinschätzung der partnerschaftlichen Bindung entlang der beiden Dimensionen „Vermeidung“ und „Angst“ (Neumann; Rohmann; Bierhoff, 2012). Alternativ gibt es den „Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen“ (BFPE) mit den Unterskalen „Öffnungsbereitschaft“, „Akzeptanzprobleme“ und „Zuwendungsbedürfnis“ (Höger, Buschkämper, 2002).

4.3.2.2 Komorbidität

Hinsichtlich der Komorbidität finden sich sowohl in Bevölkerungsstudien (vgl. Kapitel 2.4) als auch in klinischen Untersuchungen (Premper, 2012; Premper, Bick-Dresen, Wagner, 2018) gesicherte Hinweise auf häufige komorbide stoffgebundene Suchtformen, insbesondere Störungen durch Alkohol (26,0 %) und Cannabinoide (15,1 %). Am häufigsten ist allerdings eine Störung durch Tabak mit 73,3 % (Premper, 2006) und 69,0 % (Premper, Bick-Dresen, Wagner, 2018).

Tabelle 4.2: Komorbide Störungen durch psychotrope Substanzen

Störungen nach ICD-10	Anzahl	Prozent
Alkohol	215	26,0 %
Opioide	4	0,5 %
Cannabinoide	125	15,1 %
Sedativa u. Hypnotika	5	0,6 %
Kokain	45	5,4 %
Stimulanzien/Koffein	48	5,8 %
Halluzinogene	3	0,4 %
Flüchtige Substanzen	0	0,0 %
Multipler Gebrauch	49	5,9 %
Gesamt	826	100 %

Quelle: Premper et al., 2018

Bezogen auf komorbide psychische Störungen sind am häufigsten Affektive Störungen (35,6 %), gefolgt von neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen (16,3 %) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (12,1 %). Weiterhin finden sich Beziehungen zu Posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen und dem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom.

Tabelle 4.3: Komorbide psychische Störungen nach ICD-10

	Anzahl	Prozent
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	6	0,7 %
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen	38	4,6 %
Affektive Störungen	294	35,6 %
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	135	16,3 %
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	42	5,1 %
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	100	12,1 %
Intelligenzminderung	2	0,2 %
Entwicklungsstörungen	2	0,2 %
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	42	5,1 %
Gesamt	826	100 %

Quelle: Premper et al., 2018

Die diagnostische Erfassung der komorbiden psychischen Störungen (außer Persönlichkeitsstörungen) kann mithilfe des Testverfahrens „Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version“ (Beesdo-Baum, Zaudig, Wittchen, 2019) erfolgen.

Hinweise zur Behandlung bei Doppeldiagnosen, d. h. beim gemeinsamen Auftreten von stoffgebundenen Süchten mit anderen psychischen Störungen, finden sich in den Sammelbänden von Vogelgesang und Schuhler (2016) und Walter und Gouzoulis-Mayfrank (2019). Differentielle Behandlungsstrategien einer Glücksspielsucht bei gleichzeitig bestehender Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörung, ADHS, psychotischer Störung und pathologischem PC-/Internetgebrauch sind in dem Sammelband von Petry (2013) enthalten. Ansätze zur gleichzeitigen Behandlung von Glücksspiel- und Tabaksucht sind noch in den Anfängen (Petry, 2022).

Literatur

AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation des psychischen Befundes in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) (2022): Das AMDP-System – Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. 11. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Barnow, S. (2017): Gefühle im Griff: Wozu man Emotionen braucht und wie man sie reguliert. 3. Auflage. Berlin: Springer Nature.

Beesdo-Baum, K.; Zaudig, M.; Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2019): Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version. Göttingen: Hogrefe.

Bensel, W. (1998): Zur Selbstwertproblematik bei Glücksspielsüchtigen. In: Füchtenschnieder, I.; & H. Witt, H. (Hrsg.): Sehnsucht nach dem Glück. Adoleszenz und Glücksspielsucht. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft. 76–86.

Borkenau, P.; Ostendorf, F. (2007): NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Custer, R.; Milt, H. (1985): When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families. New York, NY: Facts on File Publications.

Dudfield, F. W. H.; Malouff, J. M.; Meynadier, J. (2022): The association between the five-factor model of personality and problem gambling: a meta-analysis. *Journal of Gambling Studies*, <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10119-5>, Zugriff: 08.11.2022.

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

Hayer, T.; Meyer, G.; Petermann, F. (2016): FGP-J – Fragebogen zu Glücksspielbezogenen Problemen bei Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.

Höger, D.; Buschkämper, S. (2002): BFPE: Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23(1), 83–89.

Lesieur, H. R.; Blume, S. B. (1987): The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184–1188.

Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 4. Auflage. Berlin: Springer.

Neumann, E.; Rohmann, E.; Bierhoff, H.-W. (2012): BoBi: Bochumer Bindungsfragebogen, Trier: Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID): Open Test Archive. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.4538>, Zugriff: 10.08.2023.

Nower, L.; Blaszczyński, A. (2006): Impulsivity and pathological gambling: a descriptive model. *International Gambling Studies*, 6(1), 61–75.

Petry, J. (2022): Gleichzeitige Behandlung der Tabak- und Glücksspielsucht. Berlin: Vortrag auf der 34. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht am 2. Dezember 2022, https://www.gluecksspielsucht.de/tagungdok/2022/FAGS_2022_Petry_Gleichzeitige_Behandlung.pdf, Zugriff: 01.03.2023.

Petry, J. (Hrsg.) (2013): Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Petry, J. (2003): Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen: Hogrefe.

Petry, J. (1996): Psychotherapie der Glücksspielsucht. Weinheim: Beltz.

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

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

Premper, V.; Bick-Dresen, S.; Wagner, A. (2018): Basisdokumentation 2018: Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung – Sonderauswertung Pathologisches Glücksspielen. Bonn: Fachverband Sucht.

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

Rosenthal, R. J. (1989): Pathological gambling and problem gambling: problems of definition and diagnosis. In: Shaffer, H. J. et al. (eds.). *Compulsive gambling: theory, research and practice*. Lexington, MA: Lexington Books. 101–125.

Schütz, A.; Rentzsch, K.; Sellin, I. (2016): MSWS: Multidimensionale Selbstwertskala: Manual. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Specht, J. (2018): Charakterfrage: Wer wir sind und wie wir uns verändern. 2. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Toneatto, T. (1989): Reliability and validity of the Gamblers Anonymous twenty questions. *Journal of Psychopathological Behaviour Assessment*, 30(1), 71–78.

Vogelgesang, M., Schuhler, P. (Hrsg.) (2016): Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbiditäten und klinische Praxis. 3. Auflage. Lengerich: Pabst.

Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.) (2019): Psychische Störungen und Suchterkrankungen: Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Der Präventionsbegriff (lat. „praevenire“: bedeutet 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. Entscheidendes Merkmal für diese Unterteilung ist der Zeitpunkt des Eingriffs relativ zum Krankheitsverlauf: Während beispielsweise primärpräventive Maßnahmen versuchen, das Auftreten einer psychischen Störung zu verhindern (u.a. über die Förderung von Fakten- und Handlungswissen), umfassen tertiärpräventive Maßnahmen im Sinne der Schadensminimierung alle (Behandlungs-)Interventionen auf bereits vorliegende manifeste Erkrankungen (Meyer, Hayer, 2010). Tabelle 5.1 gibt einen Überblick über Definitionen, Ziele und Zielgruppen der jeweiligen Präventionsebene.

Tabelle 5.1: Definition der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

	Definition und Ziel	Zielgruppe
Primärprävention	Vorbeugende Maßnahmen vor Krankheitsmanifestation <ul style="list-style-type: none"> • Auftreten einer Krankheit soll verringert werden 	Prophylaxe an unselektierten Personengruppen (Allgemeinbevölkerung)
Sekundärprävention	Kurative Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation <ul style="list-style-type: none"> • Dauer der Krankheit soll verringert werden 	Prophylaxe an (Hoch-)Risikogruppen
Tertiärprävention	Schadensbegrenzende Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen der Erkrankung sollen verringert werden 	Behandlung (Rückfallprophylaxe) manifest Erkrankter

Quelle: Caplan, 1964

Obige Unterteilung wird im deutschsprachigen Raum zwar weiterhin verwendet, zunehmend aber durch ein Klassifikationsschema abgelöst, das universelle, selektive und indizierte Präventionsansätze voneinander abgrenzt. Hiermit sind alle Maßnahmen gemeint, die vor der vollen Ausprägung einer Suchterkrankung einsetzen. Als Zielgruppen gelten die Allgemeinbevölkerung, klar definierte Risikogruppen sowie Individuen mit manifestem Risikoverhalten (Gordon, 1983). Tabelle 5.2 stellt wesentliche Kennzeichen universeller und selektiver/indizierter Prävention gegenüber.

Tabelle 5.2: Ansatzpunkte und Wirkweisen der universellen vs. selektiven/indizierten 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

Quelle: Gordon, 1983

Außerdem unterscheidet die Suchtprävention zwei weitere grundlegende Ansatzpunkte: Auf der einen Seite stehen alle Maßnahmen, die auf eine direkte Veränderung des Verhaltens von Menschen ausgerichtet sind (Verhaltensprävention). Auf der anderen Seite werden diejenigen Maßnahmen, die auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen und Rahmenbedingungen abzielen, unter den Begriff der Verhältnisprävention eingeordnet. Erfolgreiche Strategien zur Verhinderung glücks-spielsüchtigen Verhaltens und dessen Folgen verbinden diese beiden Handlungsansätze immer sinnvoll miteinander (Policy-Mix).

5.1 Verhaltensprävention

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass von isolierten, verhaltenspräventiv ausgerichteten Programmen und Interventionen in der Regel nur eine vergleichsweise geringe Effektivität ausgeht. Sie entfalten nur dann nennenswerte Wirkungen hinsichtlich Wissens-, Einstellungs- und insbesondere Verhaltensänderungen, wenn sie sich in einem Rahmen gesetzlicher Vorgaben bewegen, welche die Verfügbarkeit von Glücksspielangeboten sowie von Glücksspielanreizen deutlich beschränken und somit den Gesamtverbrauch auf Bevölkerungsebene senken. Hinzu kommt unter dem Gesichtspunkt einer Kosten-Nutzen-Analyse, dass sich die Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen in der Regel als zeit- und ressourcenintensiv erweist und folglich als wenig effizient gilt.

In einer Überblicksarbeit haben Kalke und Hayer (2019) den internationalen Forschungsstand zur Wirksamkeit von Maßnahmen des „Spieler- und Jugendschutzes“ unter Berücksichtigung von verhaltenspräventiven Maßnahmen in systematischer Weise zusammengefasst. Dabei reicht das Spektrum der wissenschaftlich evaluierten Aufklärungsmaßnahmen im Glücksspielbereich von öffentlichen Kampagnen und Informationsmaterialien über Videos, Programme und Projekte für Erwachsene bis zu Informationen an Spielgeräten. Im Ganzen flossen 34 Einzelstudien in die Bewertung dieser Kategorie ein. Weitere evaluierte Maßnahmen der Verhaltensprävention beinhalten schulbasierte Präventionsmodule (16 Einzelstudien), das personalisierte Feedback (Kurzintervention in Form einer individuellen Rückmeldung zum eigenen Konsummuster, 7 Einzelstudien), die Telefonberatung (2 Einzelstudien) sowie das Erkennen und Intervenieren beim Vorliegen eines problematischen Glücksspielverhaltens (4 Einzelstudien). Erwartungsgemäß sind diese Maßnahmen in der Gesamtwürdigung nur mit geringen Effekten verbunden, vor allem, was etwaige Verhaltensänderungen betrifft.

In der Praxis nehmen öffentliche Kampagnen und Informationsmaterialien einen großen Stellenwert ein. Sie beabsichtigen im Kern, über die Gefahren des Glücksspiels aufzuklären und eine gewisse „Sensibilisierungsarbeit“ zu leisten. Zu den Präventionsprodukten zählen in erster Linie Plakate, Info-Sheets diverser Art, Anzeigen, Veranstaltungen, Radio- sowie TV-Spots. Trotz relativ weiter Verbreitung liegen kaum empirische Hinweise auf ihren suchtpreventiven Nutzen vor. Bestenfalls dürfte mit diesem spezifischen Interventionstyp das Wissen und die Einstellung in der Allgemeinbevölkerung oder bei bestimmten Risikogruppen in die gewünschte Richtung gelenkt werden. Auch wenn derartige Handlungsansätze zu dem Kanon einer breit angelegten Suchtpreventionspolitik gehören, ist ihre Wirksamkeit nicht zu überschätzen.

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. Als Materialien dienten Postkarten, Flyer, Plakate und ein Kinospot. Flankierend wurde eine Hotline geschaltet, die bis heute fortbesteht und als niedrigschwelliges Beratungsangebot eine wichtige Versorgungslücke schließt (Hayer, Brosowski, 2016). Nach Inkrafttreten des alten Glücksspielstaatsvertrages im Jahr 2008 wurden auf Bundesebene mit „Check dein Spiel.“ und „Spielen mit Verantwortung.“ (BZgA, 2009) sowie in den meisten Bundesländern vergleichbare Kampagnen entwickelt wie etwa in Bayern.

Verspiel nicht dein Leben

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 lassen sich kaum eindrucksvoller darstellen. 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. Diese Kampagne übertraf die Erwartungen deutlich. So konnten über das Kontakt-Tool der Website im Beobachtungszeitraum 5.000 Anfragen an die regionalen Beratungsstellen vermittelt werden, aus denen 2.100 Beratungsgespräche entstanden (www.verspiel-nicht-dein-leben.de). Als Gegenpol zu der massiven Vermarktung von Glücksspielen in den Medien dürfte dieser Ansatz dennoch nur einen Tropfen auf dem heißen Stein bilden.

5.2 Verhältnisprävention

Verhältnispräventive Strategien zielen vorrangig darauf ab, das Glücksspielangebot einzudämmen, den Zugang zu Glücksspielprodukten zu erschweren, Glücksspielwerbung weitestgehend einzuschränken bzw. sogar in Gänze zu verbieten und eine Glücksspielteilnahme grundsätzlich zu verteuern. Aus dieser Perspektive ist ein kleiner, streng reglementierter und engmaschig kontrollierter Glücksspielmarkt das suchtpreventive Mittel der Wahl. Ein Indikator für eine gelungene Präventionspolitik sind geringere Umsatzzahlen, wohingegen Umsatzsteigerungen die Wirkungslosigkeit präventiver Bemühungen andeuten.

Aus anderen Suchtfeldern liegen bereits langjährige Erfahrungen zu den Positiv-effekten von Maßnahmen der Verhältnisprävention vor. Zum Beispiel haben sich im Alkoholbereich vor allem diejenigen strukturellen Interventionen bewährt, die eine Verfügbarkeitseinschränkung bezwecken (u. a. die Erhöhung des Mindestalters für den Kauf und Konsum von Alkohol; Kraus, Müller, Pabst, 2008). In ähnlicher Weise fasst Hanewinkel (2008) die vorliegenden Erkenntnisse für den Tabakbereich zusammen, nach denen Restriktionen bei der Abgabe und dem Vertrieb von Tabakwaren genauso zu den zentralen Handlungsstrategien zählen (u. a. über die Heraufsetzung des Mindestalters für den Erwerb oder die Einschränkung der Griffnähe durch Kartennutzung beim Kauf an Zigarettenautomaten) wie umfassende Werbe- bzw. Promotionsverbote. Naturgemäß entspricht dieser Ansatz nicht den Interessen der Glücksspielanbieter, die sich in der Regel für die weniger wirksamen verhaltenspräventiven Maßnahmen aussprechen (vgl. Kapitel 1.3).

Im Glücksspielbereich steckt die Evaluationsforschung hingegen noch in den Kinderschuhen. In ihrer Literaturübersicht konnten Kalke und Hayer (2019) weltweit lediglich 49 Einzelstudien ausfindig machen, die die Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen evaluiert haben. Hierzu gehören Interventionen in Form von Verfügbarkeitsreduktionen (7 Einzelstudien), Alterskontrollen (4 Einzelstudien), Personalschulungen (7 Einzelstudien) und „Spieler Sperren“ (9 Einzelstudien) sowie Interventionen des „technischen Spielerschutzes“ (direkte Eingriffe in den Spielablauf bzw. dessen gesetzliche Rahmenbedingungen; 14 Einzelstudien) und des „Pre-Commitments“ (verbindlich vorgegebene oder selbst zu wählende Limitierungen der Spielzeit, des Einsatzes, möglicher Gewinne oder Verluste; 8 Einzelstudien). Als Erfolg versprechend erweisen sich dabei am ehesten globale Verfügbarkeitsbeschränkungen sowie die Spieler Sperre als eine individuelle Form der Verfügbarkeitsbeschränkung (vgl. Kapitel 7.5.2.1 u. 7.5.2.3).

Bezogen auf die Strategie der Angebotsverknappung lassen sich nach Meyer, Kalke und Hayer (2018) weiterführende Aussagen zur Wirksamkeit treffen. Im Allgemeinen zieht diese Intervention positive Effekte wie einen Rückgang der Glücksspielteilnahme, der Anzahl von Personen mit häufiger Glücksspielteilnahme, der Behandlungsnachfrage und der Anzahl an Personen mit einer Glücksspielproblematik nach sich. Nur in Einzelfällen ist ein Anstieg der Teilnahmehäufigkeit bei anderen Glücksspielformen und somit womöglich ein Ausweichverhalten beobachtbar. Außerdem beeinflussen Makrofaktoren wie der Sättigungsgrad in einem Marktsegment oder die Attraktivität paralleler Glücksspielangebote den Zusammenhang zwischen Verfügbarkeitsbeschränkung und suchtpreventiver Wirkung ein Stück weit. Umso wichtiger erscheint eine in sich stimmige, präventionsorientierte Glücksspielpolitik über alle Marktsegmente hinweg bei gleichzeitiger Umsetzung einer effektiven Rechtsdurchsetzung zur Vermeidung des Aufblühens illegaler Glücksspielsegmente.

Glücksspielwerbung

Wissenschaftliche Studien zur Bewertung des suchtpreventiven Nutzens von Restriktionen bzw. Verboten von Glücksspielwerbung lassen sich derzeit zwar vergeblich suchen. Sowohl die oben zitierten Erfahrungen aus anderen Suchtfeldern als auch die mit der Glücksspielwerbung verbundenen Auswirkungen sprechen jedoch eindeutig für die suchtpreventive Sinnhaftigkeit entsprechender Restriktionen ebenfalls im Glücksspielwesen. Nach Hayer (2022) hat Glücksspielwerbung verschiedene Effekte zur Folge, die im fundamentalen Widerspruch zu einer gelingenden Suchtpreventionspolitik stehen: 1) direkte Ansprache von Neukundinnen und Neukunden sowie gezieltes Binden von Vielspielenden, die ein hohes Umsatzvolumen versprechen; 2) Prägung von Einstellungsmustern, Verhaltensabsichten und impulsiven, eigentlich nicht beabsichtigten Konsumententscheidungen; 3) Normalisierung von Glücksspielangeboten und damit Verharmlosung bzw. Ausblendung der damit einhergehenden Suchtgefahren; 4) Förderung überhöhter Gewinnerwartungen; 5) Auslösung von Spielbedürfnissen vor allem bei Minderjährigen, die besonders empfänglich für Werbebotschaften jeglicher Art sind und 6) Erhöhung der Rückfallgefährdung bei glücksspielsüchtigen Personen (über das Setzen von „Trigger-Reizen“).

Schließlich soll aus dem Blickwinkel der Public-Health-Forschung daran erinnert werden, dass sich die Schadensbegrenzung beim Glücksspiel nicht auf die Gruppe der glücksspielsüchtigen Personen reduzieren darf (Meyer, Hayer, 2023). Zum einen erlebt das soziale Nahumfeld der Betroffenen und hier primär die Familienangehörigen ebenfalls zahlreiche glücksspielbedingte Belastungen unterschiedlicher Qualität und Quantität. Zum anderen können schon Personen mit einem riskanten (nicht süchtigen) Glücksspielverhalten einen deutlichen Verlust an Lebensqualität verzeichnen. Einzufordern ist daher eine sinnvolle und evidenzgeleitete Kombination aufeinander abgestimmter Maßnahmen der Suchtprevention (Policy Mix) mit dem übergeordneten Ziel, die Lebensbedingungen für alle Menschen derart zu gestalten, dass sie Gesundheitsverhalten fördern bzw. vor Suchterkrankungen schützen. Zu diesem Maßnahmenkatalog gehören neben der Aufklärung der Bevölkerung über Risiken und Gefahren einer Glücksspielteilnahme und der Lebenskompetenzförderung – vermittelt zum Beispiel im schulischen Setting – hauptsächlich eine restriktive Gesetzgebung mit den unabdingbaren Eckpfeilern der Angebotsverknappung und Werbebeschränkung.

5.3 Sperrsystem

Eine zentrale Errungenschaft des „Spielerschutzes“ bezieht sich auf die „Spieler-sperre“ (vgl. Kapitel 1.2.4.1). Diese Maßnahme ist in ihrer formalisierten Ausgestaltung einmalig im Glücksspielbereich (Meyer, Hayer, 2007). Generell bedeutet eine „Spieler-sperre“ das Zugangsverbot zu bestimmten Glücksspielangeboten für ein bestimmtes Zeitfenster. Entsprechend handelt es sich hierbei um eine schadensminimierende Maßnahme, die in Form einer individuellen Verfügbarkeitsbeschränkung wirkt. Sie sollte generell als Hilfsmittel zur Stärkung der Handlungskontrolle sowie der Unterstützung von internen Veränderungsprozessen bei den Betroffenen angesehen und keinesfalls mit einem Allheilmittel verwechselt werden.

Unterschieden werden Selbstsperrungen, die auf eigenen Antrag erfolgen, von Fremdsperrungen, die Dritte beantragen. Gemeint sind hiermit insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Glücksspielanbieter, die ein Sperrverfahren einleiten müssen, wenn es Hinweise auf eine Glücksspielsuchtgefährdung oder eine Überschuldung gibt bzw. wenn es Hinweise gibt, dass die im Blickpunkt stehende Person ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommt oder Einsätze riskiert, die in keinem Verhältnis zu ihrem Einkommen oder Vermögen stehen. Auch Angehörige können einen Antrag auf Fremdsperrung stellen. Um möglichen Racheakten vorzubeugen, wird in diesen Fällen Rücksprache mit der betroffenen Person gehalten. Sie wird schriftlich informiert, dass ein Sperrantrag vorliegt, und gebeten, zum Sachverhalt Stellung zu beziehen.

Obwohl sich Sperrsysteme in der Praxis bezüglich verschiedener Kernmerkmale wie Sperrdauer, Reichweite, Zugangskontrollen, Verantwortlichkeiten bei Sperrumgehungen oder Aufhebungsmodalitäten zum Teil deutlich unterscheiden, haben einige nationale wie internationale Forschungsstudien ihre Wirksamkeit in ähnlicher Weise belegt (Kalke, Hayer, 2019). So hat eine Sperrverfügung positive Effekte wie eine generelle Symptomverbesserung, eine Verringerung der glücksspielbedingten Belastungen und eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. der Lebensqualität zur Folge. Dabei scheint folgende Daumenregel zu gelten: Je größer die Reichweite einer „Spieler-sperre“ (gleichbedeutend mit eingeschränkteren Ausweichmöglichkeiten), desto größer auch ihr Nutzen. Allerdings wird eine Selbstsperre generell erst sehr spät – d. h. beim Vorliegen manifester Suchtsymptome – in Anspruch genommen. Typische Gründe hierfür sind finanzielle Probleme, das Erleben eines „Kontrollverlustes“ bzw. einer „Kontrollminderung“ über das Glücksspielverhalten und massive Konflikte mit Bezugspersonen (Motka et al., 2018).

In Deutschland lagen bis zur Einführung des neuen Glücksspielstaatsvertrages verschiedene Sperrdateien vor, die nunmehr in ein einziges, spielformübergreifendes und bundesweit greifendes Sperrsystem (OASIS) überführt wurden (vgl. Kapitel

1.2.4.1). Erstmals sind damit alle Glücksspielformen bzw. Glücksspielsettings eingeschlossen, von denen mittlere oder hohe Suchtgefahren ausgehen. Hierzu zählen im Wesentlichen Lotterien, die häufiger als zweimal pro Woche veranstaltet werden, Spielbanken, das gewerbliche Automaten-spiel in Spielhallen und Gaststätten, Sportwetten sowie Onlineglücksspiele. Eine Spieler-sperre, die in einem Segment erwirkt wird, entfacht folglich jeweils ihre Wirkung auch in den anderen Glücksspielsegmenten. Grundsätzlich beträgt die Sperrdauer mindestens ein Jahr. Jedoch können Betroffene auch kürzere Laufzeiten vereinbaren, die aber drei Monate nicht unterschreiten dürfen. Auch längere Laufzeiten können vereinbart werden. Suchtfachleute empfehlen, sich erst dann entsperren zu lassen, wenn eine stabile Abstinenz erreicht wurde. Zieht man Erfahrungen aus der Suchtforschung zurate, so wird dies etwa nach fünf Jahren der Abstinenz erreicht (Vaillant, 2015, S. 308).

Die Aufhebung der Sperre erfolgt nicht automatisch, sie ist nach Ablauf der Sperrzeit nur auf schriftlichen Antrag durch die gesperrte Person möglich. Eine Prüfung des Antrags seitens der Glücksspielanbieter oder der Behörde erfolgt seit Inkrafttreten des GlüStV 2021 nicht mehr. Die Zuständigkeit für das bundesweite Sperrsystem liegt beim Regierungspräsidium Darmstadt in Hessen. Betroffene sollten einen Antrag auf Selbstsperre direkt dort stellen, entsprechende Formulare finden sich im Downloadbereich der dortigen Seite des Regierungspräsidiums Darmstadt (o. J.) Damit ersparen sich die Betroffenen nicht nur den Weg in eine Spielstätte oder auf eine Onlineglücksspiel-Website, sondern vermeiden auch das unnötige Risiko eines Rückfalls vor Ort.

Aufgrund der (schrittweisen) Erweiterung des nationalen Sperrsystems und der Anbindung weiterer Glücksspielsegmente verwundert es nicht, dass die Anzahl der „Spieler-sperren“ in den letzten Jahren immer weiter zugenommen hat. Nach Angaben der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel (2022) führte OASIS zum 31.12.2021 insgesamt 106.869 Einträge. Hiervon waren 98.433 Selbstsperrungen (92,1 %) und 8.436 Fremdsperrungen (7,9 %). Weiterhin entfielen 43,3 % aller Sperrungen auf das Segment Spielbanken, 29,1 % auf Sportwetten und 22,3 % auf Spielhallen (Rest: ca. 5 %). Aufgrund des sukzessiven Anschlusses weiterer Anbieter dürfte sich die Zahl in der Folgezeit noch weiter erhöhen: So belief sich die Sperranzahl im Jahr 2022 bereits auf über 150.000. Offenbar trifft die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer vorübergehenden oder dauerhaften „Spieler-sperre“ bei der Zielgruppe auf eine hohe Akzeptanz.

Unabhängig davon existiert auch beim Sperrsystem noch Nachbesserungsbedarf. Erstens ist zu gewährleisten und regelmäßig zu überprüfen, ob alle legalen Glücksspielanbieter an OASIS angeschlossen sind. Zweitens fällt die Mindestlaufzeit einer

Selbstsperre mit drei Monaten zu kurz aus, hier wäre aus präventiver Sicht eine Zeitspanne von einem Jahr die bessere Lösung gewesen. Drittens erweist sich die neue Regelung zur Aufhebung von Sperrern als nicht optimal. Der Fachbeirat Glücksspielsucht, der die Bundesländer bei der Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrages berät, hat bereits zuzeiten des alten GlüStV empfohlen, bei Anträgen auf Entsperrung folgende Sachverhalte sorgfältig zu prüfen (www.fachbeirat-gluecksspiel-sucht.de: Empfehlung 3/2011):

- Schufa-Auskunft,
- Anhörung der Dritten, die die Sperre veranlasst haben,
- Nachweis, dass keine Sozialleistungen bezogen werden und
- Unbedenklichkeitsbescheinigung durch ein unabhängiges Gutachten, erstellt von einer in der Behandlung der Glücksspielsucht erfahrenen Fachperson aus dem Bereich Psychotherapie oder Psychiatrie.

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.

Dass die neue Rechtslage keine Prüfung der Aufhebung der Sperre mehr vorsieht, entlässt die Glücksspielanbieter jedoch nicht aus der Verantwortung. Sie sind laut § 6 GlüStV 2021 zur Spielsuchtfrüherkennung und Identifizierung möglicherweise suchtgefährdeter Spielerinnen und Spieler verpflichtet (vgl. Kap. 1.2.4). Der Fachverband Glücksspielsucht e.V. konnte in einem Fall bereits eine Rückerstattung verspielter Gelder für einen Online-Sportwetter erreichen, der unmittelbar nach der Aufhebung der Sperre mehrere Tausend Euro verspielt hatte.

5.4 Jugendschutz

Wie in Kapitel 10.1 ausführlicher dargelegt wird, entwickeln Jugendliche überzufällig häufig glücksspielbezogene Probleme. Ohnehin gehört das gelegentliche oder zumindest vereinzelt Experimentieren mit Glücksspielangeboten unterschiedlicher Art zur Lebenswirklichkeit vieler Heranwachsender. Angesichts dieser Befundlage wird deutlich, dass die bestehenden Jugendschutzbestimmungen (Teilnahme in der Regel erst ab 18 Jahren) in der Praxis nicht ausreichend eingehalten werden und somit ein großer präventiver Korrekturbedarf besteht. Auf Seiten der Verhaltensprävention bieten sich folgende Handlungsmöglichkeiten an (Hayer, 2012):

- Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen über den Einsatz von Verhaltenstrainings im schulischen Setting (z. B. Einbindung eines evaluierten Glücksspielmoduls in bereits bestehende effektive Programme zur Suchtprävention),
- Informierung über Glücksspielsuchtgefahren im Sinne der Gesundheitsaufklärung (z. B. Erstellung und Umsetzung von Präventionsprogrammen unter Berücksichtigung multipler Adressatinnen und Adressaten wie Eltern oder die Jugendlichen selbst) und
- Veränderung der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Glücksspiels mithilfe von Strategien der Gesundheitskommunikation (z. B. multimediale Aufklärungskampagnen in leichter und jugendgerechter Sprache).

Im Zuge einer Literaturrecherche konnte Hayer (2017) aufzeigen, dass in Deutschland mittlerweile einige Materialien und Programme zur Prävention glücksspielbezogener Probleme im Jugendalter vorliegen. Hauptsächlich handelt es hierbei um Unterrichts- bzw. Lernmodule für die Schule. Zunehmend wird zudem auf moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in Form von medienbasierten Präventionsangeboten zurückgegriffen. Gleichzeitig mangelt es noch an Ansätzen, die bestimmte Personengruppen (z. B. Jugendliche mit Migrationshintergrund), spezifische Umgebungen (z. B. Sportvereine) oder ausgewählte Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren (z. B. Lehrkräfte) in den Mittelpunkt rücken.

Ein weiteres wichtiges Mittel zur Begegnung der unzureichenden Umsetzung des Jugendschutzes stellen Testkäufe dar, die von unabhängigen Instituten unter pädagogischer Begleitung in standardisierter Weise durchzuführen sind. Mit dieser Vorgehensweise lässt sich die Regelkonformität der Glücksspielanbieter in Sachen Jugendschutz bestimmen. Der Glücksspielstaatsvertrag sieht vor, dass Testkäufe mit minderjährigen Personen durch die Glücksspielaufsichtsbehörden in Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben durchgeführt werden dürfen. Die Ergebnisse dieser Testkäufe sollten veröffentlicht und Übertretungen der Jugendschutzbestimmungen mit Sanktionen belegt werden. Im Wiederholungsfall droht der Entzug der Glücksspielerlaubnis.

Literatur

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009): Glücksspielsucht: Erste Hilfe für Angehörige. Köln.
- Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
- Gordon, R. S. Jr. (1983): An operational classification of disease prevention. Public Health Report, 98(2), 107–109.
- Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel (2022): Jahresreport 2021 der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder: Der deutsche Glücksspielmarkt 2021 – eine ökonomische Darstellung. Wiesbaden: Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel.
- Hanewinkel, R. (2008): Tabakpolitik. Suchttherapie, 9(3), 93–102.
- Hayer, T. (2022): Glücksspielsuchtpolitik aus der Public Health Perspektive. Vortrag auf der 34. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht. Berlin: 1. Dezember 2022. https://www.gluecksspielsucht.de/tagungdok/2022/FAGS_2022_Hayer_Gluecksspielsuchtpolitik.pdf, Zugriff: 01.03.2022.
- Hayer, T. (2017): Prävention glücksspielbezogener Probleme im Jugendalter: Maßnahmen und Erfahrungen aus Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 12(3), 145–153.
- Hayer, T. (2012): Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Hayer, T.; Brosowski, T. (2016): Evaluation der Telefon-Hotline NRW für Glücksspielsüchtige und Angehörige: Differenzierte Analysen zum Anruferprofil. Bielefeld: Forschungsbericht für die Landeskoordinierungsstelle Glücksspielsucht NRW.
- Kalke, J.; Hayer, T. (2019): Expertise zur Wirksamkeit von Maßnahmen des Spieler- und Jugendschutzes: Ein systematischer Review. Berlin: Peter Lang.
- Kraus, L.; Müller, S.; Pabst, A. (2008): Alkoholpolitik. Suchttherapie, 9(3), 103–110.
- Meyer, G.; Hayer, T. (2023): Schadensbegrenzung beim Glücksspiel: Eine Aufgabe für die öffentliche Gesundheitsfürsorge. Prävention und Gesundheitsförderung, 18(1), 1–9.
- Meyer, G.; Hayer, T. (2010): Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen: Epidemiologie und Prävention. Bundesgesundheitsblatt, 53(4), 295–305.
- Meyer, G.; Hayer, T. (2007): Die Spielsperre des Glücksspielers – eine Bestandsaufnahme. Sucht, 53(3), 160–168.
- Meyer, G.; Kalke, J.; Hayer, T. (2018): The impact of supply reduction on the prevalence of gambling participation and disordered gambling behavior: A systematic review. Sucht, 64(5–6), 283–293.
- Motka, F. et al. (2018): Who uses self-exclusion to regulate problem gambling? A systematic literature review. Journal of Behavioral Addictions, 7(4), 903–916.
- Regierungspräsidium Darmstadt (o. J.): Glücksspiel - Spielsperrsystem OASIS. <https://rp-darmstadt.hessen.de/sicherheit-und-kommunales/gluecksspiel/spielsperrsystem-oasis>, Zugriff: 01.03.2023.
- Vaillant, G. E. (2012): Triumphs of experience: the men of the Harvard grant study. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.

Die erste Selbsthilfegruppe für Glücksspieler und Glücksspielerinnen 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. Bezogen auf das Jahr 2020 berichtet Meyer (2023, S. 100) von insgesamt 204 Selbsthilfegruppen in Deutschland. Davon sind 152 Gruppen in einem wohnortbezogenen Adressensuchsystem beim Fachverband Glücksspielsucht (o. J. a) registriert. Hierbei handelt es sich um Selbsthilfegruppen im engeren Sinn, sie arbeiten ohne jegliche professionelle Begleitung z. B. durch Beratungsstellen. Ungefähr 50 dieser Gruppen sind Mitglied der Gamblers Anonymous, 15 sind Mitglied bei Glücksspielfrei e. V. (Bundesverband Glücksspielsucht), 10 Gruppen sind Mitglied des Fachverbandes Glücksspielsucht und weitere 10 haben sich einem der traditionellen Suchtselbsthilfeverbände (Kreuzbund, Blaues Kreuz Evangelische Kirche, Blaues Kreuz Deutschland, Guttempler, Freundeskreise) angeschlossen. Alle anderen Gruppen gehören keiner Organisation an. Ferner existieren einige Online-Selbsthilfegruppen. Die digitalen Selbsthilfeangebote dürften in den nächsten Jahren zunehmen, da sie auch neue, jüngere Zielgruppen erreichen.

Den Rahmen für die Gruppenarbeit der Anonymen Spieler (GA) 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“. (Anonyme Spieler, o. J. a)

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

1. „Besuche so viele Meetings wie möglich, mindestens aber eines pro Woche!
2. Telefoniere zwischen den Meetings so oft wie möglich mit anderen Anonymen Spielern. Benutze deine Telefonliste!
3. Versuche nicht, dich selbst zu testen! Halte dich von anderen, die noch spielen, fern. Vermeide jede Art von Spiel – egal, ob es sich dabei um Würfeln, Lotto, Wetten, Karten, Online-Casinos, Spekulationen auf dem Geld- und Aktienmarkt, Game-Shows, Computerspiele oder Jahrmarktsspiele handelt oder du nur auf Kopf oder Zahl einer Münze setzt!
4. Lebe das 12-Schritte-Programm der Anonymen einen Tag zur Zeit. Versuche nicht alle deine Probleme auf einmal zu lösen!
5. Lese die einzelnen Schritte zur Genesung immer und immer wieder. Richte dich in deinem Denken und Handeln nach diesen Schritten. Sie verkörpern das Programm der Anonymen Spieler und sind der Schlüssel für dein Fortkommen!
6. Übe dich in Geduld! Die Zeit vergeht schnell und je regelmäßiger und ausdauernder du dich vom Spielen fern hältst, desto rascher wird deine Genesung voranschreiten“. (Anonyme Spieler, o. J. b)

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 (2017, S. 213) weisen darauf hin, dass der Besuch von Selbsthilfegruppen dann erfolgreich ist, wenn

- eine regelmäßige Teilnahme stattfindet,
- sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Schilderungen der anderen wie in einem Spiegel wiedererkennen,
- die Betroffenen Erfahrungen, Gedanken und Gefühle offen und ehrlich austauschen,
- die Gruppe bei der Bewältigung von Problemen hilft und
- einführendes Verständnis, Zuneigung und solidarische Anteilnahme gezeigt werden.

Die von der Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW herausgegebene kostenlose Broschüre *Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige und Angehörige* (2020) enthält neben Tipps zur Gründung, zur Organisation, zu 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 (Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW, 2020).

Nach früheren Befragungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsucht (Quast, Topel, 1989; Meyer, 1989) zur Zusammensetzung, Zielsetzung und der Arbeitsweise liegt eine neuere Studie vor. Sie beleuchtet die Erwartungen und Erfahrungen von Glücksspielerinnen und Glücksspielern näher, die mit dem Besuch von Selbsthilfegruppen (SHG) verbunden sind (Hayer, Girndt, Brosowski, 2020): Die Gesamtstichprobe umfasste 355 Personen im Alter von 19 bis 80 Jahren, die professionelle Hilfe nutzten, eine spezifische Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige besuchten oder beide Hilfeformen parallel in Anspruch nahmen. Sie nahmen weit überwiegend regelmäßig an den Treffen teil und berichteten dabei oft oder immer von eigenen Erfahrungen. Nahezu alle strebten ein glücksspielfreies Leben an. Von der Gruppe erwarteten sie am stärksten, aus der Erfahrung anderer zu lernen, Unterstützung zu bekommen, eigene Erfahrungen zu berichten und andere zu ermutigen.

Die häufigsten Gruppeninhalte waren aktuelle Erfahrungen und Probleme der Teilnehmenden, allgemeiner Austausch sowie Gespräche über Gefühle. Als positive Effekte der Gruppenbesuche nannten die Befragten besonders häufig den klareren Blick auf die eigene Situation sowie Unterstützung bei der Beendigung des Glücksspielens und bei der Vermeidung von Rückfällen sowie zahlreichen weiteren Schwierigkeiten. Am wenigsten stimmten sie der Aussage zu, durch die Gruppe auf professionelle Hilfe verzichten zu können. Negative Aspekte wurden kaum bestätigt. Nur vereinzelt wurden Misstrauen aufgrund von Lügen, häufiger Mitgliederwechsel und mangelnde Motivation anderer genannt. Nahezu alle befragten, aktuellen Mitglieder waren mit ihrer Gruppe mindestens zufrieden. Die Untersuchung bestätigte die hohe Bedeutung klassischer SHG für die langfristige Unterstützung und Rückfallprophylaxe auch für Glücksspielsüchtige. Für aktuelle Mitglieder einer Selbsthilfegruppe gibt es hinsichtlich der Inhalte und Gestaltung kaum Optimierungsbedarf. Potenzial liegt dagegen in der Ansprache jüngerer Betroffener. Darüber hinaus fehlen Selbsthilfegruppenoptionen für Personen, die nicht oder noch nicht bereit sind, komplett auf Glücksspiele zu verzichten. Für Betroffene mit Migrationshintergrund sind in der professionellen Hilfe und der Selbsthilfe ergänzende muttersprachliche oder kultursensible Angebote nötig. Ebenso ist Kreativität für die Unterstützung von Personen mit subklinischer Problematik gefragt, die durch die professionelle Hilfe und klassische gemeinschaftliche Selbsthilfe kaum erreicht werden.

Für die Zielgruppe der Betroffenen wird vom Fachverband Glücksspielsucht außerdem ein Blog (Fachverband Glücksspielsucht, o. J. b), ein YouTube-Kanal (Fachverband Glücksspielsucht, o. J. d) und ein Forum (Fachverband Glücksspielsucht, o. J. d) bereitgestellt. Das Forum wird zeitweise gleichzeitig von mehreren hundert Personen besucht. Der Fachverband Glücksspielsucht verfügt seit 2017 über eine Suchtreferentenstelle zur Förderung der Glücksspielsucht-Selbsthilfe. Die Stelle wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund finanziert. Zu der sozialrechtlichen Grundlage dieser Förderung vgl. Kapitel 8.1.

Literatur

- Anonyme Spieler (o. J. a): Zwölf Schritte. Hamburg. <https://www.anonyme-spieler.org/ueber-uns/12-schritte>, Zugriff: 24.8.2023.
- Anonyme Spieler (o. J. b): Empfehlungen. Hamburg. <https://www.anonyme-spieler.org/ueber-uns/empfehlungen>, Zugriff: 24.8.2023.
- Hayer, T.; Girndt, L.; Brosowski, T. (2020): Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale. Endbericht an das Ministerium für Inneres und Sport, Niedersachsen. Bremen: Universität. https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4379/4/Bericht_final-pdfa.pdf, Zugriff: 18.12.2022.
- Fachverband Glücksspielsucht (o. J. a): <https://www.gluecksspielsucht.de/adr/index.php>, Zugriff: 02.03.2023.
- Fachverband Glücksspielsucht (o. J. b): Blog. www.gluecksspielsucht-selbsthilfe.de, Zugriff: 02.03.2023.
- Fachverband Glücksspielsucht (o. J. c): YouTube Kanal. <https://tinyurl.com/2ovlxonr>, Zugriff: 02.03.2023.
- Fachverband Glücksspielsucht (o. J. d): Forum. www.forum-gluecksspielsucht.de, Zugriff: 02.03.2023.
- Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW (o. J.): <https://www.gluecksspielsucht-nrw.de/service/materialbestellung>, Zugriff: 18.12.2022.
- Meyer, G. (2023): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2023. Lengerich: Pabst. 90–110. Korrigierte Fassung: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Jahrbuch_Sucht/JSucht2023_S089_Kapitel2-4_Korrektur2.pdf, Zugriff: 16.10.2023.
- Meyer, G. (1989): Glücksspieler in Selbsthilfegruppen: Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Hamburg: Neuland.
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Quast von, C.; Topel, K. (1989): Spieler-Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik – eine Bestandsaufnahme. Frankfurt/M.: pmi-Verlag.

Die Suchtberatung erfolgt durch Suchtberatungsstellen, deren Angebot unentgeltlich ist. (Jox, 2022, S. 24 f.). Die sozialrechtlichen Grundlagen für die ambulante und stationäre Behandlung und Rehabilitation sind zu Beginn des Kapitel 8.1 genauer ausgeführt.

7.1 Telefonische Beratung

Als Antwort auf den wachsenden Glücksspielmarkt in Großbritannien wurde dort von GamCare (www.gamcare.org.uk), 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 und bis heute fortbesteht (Scarfe, 2001). Auch in Deutschland gibt es inzwischen mehrere qualifizierte, deutsch- und fremdsprachige telefonische Hilfeangebote, die von Beratungsstellen, den Landesfachstellen Glücksspielsucht oder der BZgA betrieben werden. Nähere Informationen finden sich unter „Beratungstelefone“ am Ende des Bandes.

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 erreichen Menschen mit problematischem oder süchtigem Glücksspielverhalten im Vergleich zu ambulanten Beratungsangeboten sehr früh.

7.2 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 Begleitung zur Verfügung. Nach der Anmeldung werden zunächst in einem Onlinefragebogen 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 Onlinetagebuches, 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.

Drei Monate nach Programmteilnahme erfolgt eine Einladung zu einem erneuten Chat-Gespräch. In diesem Gespräch geht es darum, wie das Befinden seit Programmabschluss war und welche weiteren Schritte anstehen.

Auch einige Landesfachstellen Glücksspielsucht bieten Onlineberatung an. Genannt sei z. B. die Seite www.gluecksspielsucht-nrw.de der Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW oder www.playchange.de der Landesstelle Glücksspielsucht Bayern. Beide Einrichtungen bieten Mail-, Chat- und Videoberatung an. Noch niedrigschwelliger und damit insbesondere geeignet für die Gruppe der problematisch Glücksspielenden bzw. für Menschen mit Glücksspielsorgen ist die Beratung per Messenger. Die wird z. B. von dem Berliner Präventionsprojekt Glücksspiel (www.fauler-spiel.de) und ebenfalls von der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (www.lsgbayern.de) angeboten.

7.3 Internetforen

Ein weiteres internetbasiertes Beratungsangebot stellen Foren dar, in denen sich Betroffene untereinander und zum Teil auch mit professionellen Suchtberaterinnen und -beratern austauschen. Einige dieser Foren wie z. B. www.spielsucht-soforthilfe.de wurden von Glücksspielsüchtigen gegründet, andere – wie das bereits seit 2005 bestehende www.forum-gluecksspielsucht.de – ist organisatorisch an die Suchthilfe (FAGS e.V.) angeschlossen. Die in der Regel sehr gut frequentierten Foren stellen eine geeignete Brücke zwischen Selbsthilfeangeboten und der professionellen Suchthilfe dar.

Beitrag aus dem Forum Glücksspielsucht

... über drei Jahre ist es nun her, dass ich meinen ersten Beitrag hier im Forum verfasste. Damals war ich verzweifelt und von Scham erfüllt. Dies ist nun nicht mehr so. Ich musste loslassen. Die Sucht als Teil meines Lebens akzeptieren, aber irgendwann auch mal loslassen. Dies ermöglichte mir, ein neues Leben aufzubauen mit Personen und Dingen, die mir wichtig sind. Dies ist mir bis zum heutigen Tage gelungen. (Simon, 28 Jahre alt)

7.4 Beratungsstellen

Im Jahr 2021 umfasste das Einrichtungsregister der Beobachtungsstelle für Drogen und Suchtforschung 1.251 Suchtberatungsstellen in Deutschland (Schwarzkopf et al., 2022). Davon haben sich der Adressdatenbank des Fachverbandes Glücksspielsucht zufolge bisher etwa 366 auf die Beratung Glücksspielsüchtiger und ihrer Familien spezialisiert (www.gluecksspielsucht.de/adr/index.php). 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 Glücksspielende, Angehörigengruppe, Geld- und Schuldenmanagement, Anbindung an Schuldnerberatung, Rechtsberatung, ambulante Rehabilitation für „pathologische Glücksspieler und -spielerinnen“ etc.) eher etwas längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen als eine ortsnahe Beratungsstelle aufzusuchen, in der sie evtl. der bzw. die einzige Betroffene mit einem süchtigen Glücksspielverhalten sind.

Am Beispiel der Bielefelder Fachstelle Glücksspielsucht (Ambulante Suchthilfe Bethel) hier ein Überblick über die dort angebotenen Hilfen:

- Motivation: Informations- und Motivationsgruppe für Glücksspieler und Glücksspielerinnen,
- Beratung: individuelle Beratung für Betroffene, Angehörige, Familien und sonstige Bezugsgruppen,
- Hilfe in Krisensituationen,
- Behandlung: Durchführung der „ambulanten Rehabilitation Sucht“ für „pathologische Glücksspieler und Glücksspielerinnen“ (anerkannt von der Deutschen Rentenversicherung),
- Vermittlung: Vorbereitung und Vermittlung in ambulante und stationäre Therapien sowie Kombinationsbehandlungen,
- Nachsorge: Gruppenangebot für Patientinnen und Patienten nach einer erfolgten stationären Entwöhnungsbehandlung (anerkannt von der Deutschen Rentenversicherung) und
- Gruppen: Gruppe für Angehörige von Glücksspielern und Glücksspielerinnen, Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe Gemeinsam Spielfrei.

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

Nach Inkrafttreten des ersten GlüStV im Jahr 2008 haben die meisten Bundesländer begonnen, ein Netz von Präventions- und Beratungsangeboten aufzubauen und es 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 zusätzlich 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 und Glücksspielerinnen“ zur Verfügung gestellt.

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

7.5 Rechtsberatung

7.5.1 Ziel der Rechtsberatung

Anmerkung: Sofern sich die folgenden Ausführungen auf konkrete Regelungen des GlüStV oder auf die zum Glücksspielrecht ergangene Rechtsprechung beziehen, wird abweichend der juristisch gebrauchte Begriff „Spieler“ anstelle von „Glücksspieler und Glücksspielerin“ verwendet. Die rechtlichen Grundlagen des Glücksspiels sind im Kapitel 1.2 beschrieben.

Ziel der Rechtsberatung sollte sein, durch die Suchttherapie flankierende Maßnahmen die wirtschaftlichen Folgen süchtigen Glücksspielens abzumildern und den betroffenen Glücksspielern und Glücksspielerinnen bei ihrer Rückkehr zu einem „spielfreien“ oder zumindest spielärmeren Leben zu unterstützen. Für einen in die Zukunft gerichteten (präventiven) Schutz vor existenzbedrohendem Spiel bietet sich neben anderen Instrumenten insbesondere die Veranlassung einer Selbstsperre an (vgl. Kapitel 7.5.2.1). Um in der Vergangenheit angefallene finanziellen Verluste zumindest teilweise wieder auszugleichen, sollte (reaktiv) geprüft werden, ob Rückzahlungsansprüche gegenüber dem jeweiligen Glücksspielanbieter vor allem im Onlinebereich in Betracht kommen (vgl. Kapitel 7.5.3.1). Hier ist jedoch zu betonen, dass gerade durch die im Folgenden dargestellten Rückzahlungsansprüche keine neuen Spielanreize gesetzt oder gar ein „Spiel ohne Risiko“ ermöglicht werden (Rock, 2022a) sollte. Vielmehr sollen die Rückzahlungsansprüche die Glücksspieler und Glücksspielerinnen vor den besonderen Gefahren des Glücksspiels schützen und damit der Erreichung der Ziele des Glücksspielstaatsvertrags, insbesondere der Spielsuchtbekämpfung, dienen (vgl. § 1 S. 1 Nr. 1 GlüStV 2021). Für die individuell Betroffenen bieten

die Rückzahlungsansprüche eine Möglichkeit, möglicherweise existenzbedrohende Verluste abzumildern oder sogar zu vermeiden. Auf Ebene des Gesamtmarktes kann die breitflächige Geltendmachung und Durchsetzung entsprechender Ansprüche den Geldfluss an illegale Glücksspielanbieter „kappen“ und so neben Instrumenten wie Providersperren oder behördliche Zahlungsunterbindungen dazu beitragen, das Internet-Glücksspielverbot des § 4 Abs. 4 GlüStV gegenüber im Ausland ansässiger Anbieter durchzusetzen (Rock, 2018). Für die Verletzung von Sperrpflichten oder Limiteinhaltungen kann die Haftung einen Anreiz zum rechtskonformen Verhalten der Anbieter setzen. Sollte der Glücksspieler oder die Glücksspielerin Beschuldigte oder Beschuldigter in einem Strafverfahren wegen mit ihrem oder seinem Spiel im Zusammenhang stehender Straftaten sein, so sollte insbesondere ihre bzw. seine Schuldfähigkeit besonders in den Blick genommen werden (vgl. Kapitel 7.5.4).

7.5.2 Präventive Schutzmaßnahmen

7.5.2.1 Veranlassung der Spielersperre

Das mit dem Glücksspielstaatsvertrag 2021 geschaffene anbieter- und spielformübergreifende Sperrsystem (§§ 8–8d GlüStV 2021) stellt ein zentrales Instrument des Spielerschutzes dar (vgl. Kapitel 1.2.4.1). Aufgrund seiner nachgewiesenen Wirksamkeit (Kalke, Hayer, 2019, S. 60) sollte bei der Beratung spielsüchtiger oder spielsuchtgefährdeter Personen die Möglichkeit der Beantragung einer Selbstsperre stets in den Blick genommen werden. Ein entsprechender Antrag kann nach § 8a Abs. 1 GlüStV 2021 bei jedem Glücksspielanbieter, der zum Anschluss an die zentrale Sperrdatei verpflichtet ist (zu Ausnahmen § 8 Abs. 2 GlüStV 2021; vgl. dazu Kapitel 1.2.2), sowie nunmehr auch unmittelbar bei der „zuständigen Behörde“ (§ 8a Abs. 2 GlüStV 2021) – dem Regierungspräsidium Darmstadt (o. J.) – gestellt werden.

Da es aus suchttherapeutischer Sicht aufgrund der dort vorherrschenden Verlockungen ungünstig erscheint, dass spielsuchtgefährdete Personen Spielanträge am Spielort stellen (Rock, 2022b, § 8a Rn. 3), und es zudem nicht immer gesichert erscheint, dass Sperranträge unverzüglich umgesetzt werden, sollte diese Möglichkeit in der Beratungspraxis in Betracht gezogen werden.

Den Anträgen auf Selbstsperre ist seitens der Anbieter „ohne Wenn und Aber“ zu entsprechen; eine „Umdeutung“ in ein Hausverbot, eine Einflussnahme auf die antragstellende Person, ja sogar Nachfragen, ob die Sperre tatsächlich gewollt ist, sind unzulässig (Rock, 2022b, § 8a Rn. 3 mit weiteren Nachweisen [im Folgenden: „m. w. Nws.“]). Die Sperre ist unverzüglich einzutragen. Während die Veranstalter und Vermittler diese unmittelbar selbst veranlassen können, erfordert die Eintragung durch die zuständige Behörde nach gegenwärtigen Erfahrungen eine gewisse

Bearbeitungszeit. Die (Mindest-)Sperrdauer beträgt ein Jahr und kann auf Antrag der betroffenen Person auf drei Monate herabgesetzt werden (§ 8a Abs. 6 S. 1 GlüStV 2021). Freilich kann der Glücksspieler oder die Glücksspielerin eine höhere Sperrdauer verbindlich festlegen, muss diese aber konkret bezeichnen (z. B. „20 Jahre“). Nicht bestimmbar Angaben (z. B. „lebenslang“) werden in die gesetzlich vorgeschriebene Mindestsperrdauer von einem Jahr umgedeutet und sind deswegen nicht zu empfehlen. Nach Ablauf der Mindestsperrdauer kann die betroffene Person einen (schriftlichen) Antrag auf Aufhebung der Sperre bei der zuständigen Behörde stellen; stellt sie keinen Antrag, so endet die Sperre nicht (§ 8b Abs. 1 S. 4 GlüStV 2021).

Die entsprechenden Spielstätten haben durch eine Ausweis- oder eine „vergleichbare“ Identitätskontrolle (etwa durch eine biometrische Gesichtserkennung, soweit sie einer „händischen“ Ausweiskontrolle vergleichbar zuverlässig arbeitet) sicherzustellen, dass gesperrte Personen die Spielstätten nicht betreten und nicht an öffentlichen Glücksspielen teilnehmen (§ 8 Abs. 3 S. 1 u. 3 GlüStV 2021). Bei Glücksspielen im Internet erfolgt die Identifizierung durch „geeignete technische Verfahren“ vor dem Spiel (§ 8 Abs. 3 S. 2 GlüStV 2021). Hier dürfte zum Ausschluss des Spiels unter einem fremden Spielerkonto regelmäßig eine sogenannte „Zwei-Faktor-Authentifizierung“ erforderlich sein (Rock, 2022b, § 8 Rn. 21). Wird dem Glücksspieler oder der Glücksspielerin trotz nachgewiesenermaßen eingetragener Sperre – etwa aufgrund mangelhafter Zugangskontrollen – schuldhaft die Teilnahme an einem öffentlichen Glücksspiel ermöglicht, kann die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegen den jeweiligen Anbieter (dazu im folgenden Abschnitt Verletzungen von Sperrpflichten oder Limitbeschränkungen) in Erwägung gezogen werden.

7.5.2.2 Hinweis auf den „Panic Button“ beim Onlineglücksspiel

Ergänzend zur Spielersperre wurde durch den Glücksspielstaatsvertrag 2021 für den Bereich des Onlineglücksspiels die Möglichkeit geschaffen, mittels Betätigung eines „Panikknopfes“ oder „Panic Buttons“ eine – anbieter- und spielformübergreifende – Spielpause für die Dauer von 24 Stunden zu erzwingen (§ 6i Abs. 3 GlüStV). Dazu müssen Anbieter von Onlineglücksspielen eine „deutlich erkennbare und eindeutig beschriftete“ Schaltfläche vorhalten, deren Betätigung die Kurzzeitsperre auslöst, die ihrerseits in die zentrale Sperrdatei einzutragen ist. Abweichend von einer Selbstsperre erlischt die Kurzzeitsperre nach Ablauf der Sperrdauer von 24 Stunden automatisch; einen Aufhebungsantrag bedarf es nicht (§ 6i Abs. 3 S. 5 GlüStV 2021). Die in diesem Zusammenhang erhobenen personenbezogenen Daten sind innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der Sperre zu löschen (§ 6i Abs. 3 S. 6 GlüStV 2021). Sobald die Schaltfläche betätigt worden ist, muss die Spielpause umgesetzt werden. Nach Betätigung der Schaltfläche ist es insbesondere unzulässig, den Glücksspieler

oder die Glücksspielerin nach einer Bestätigung zu fragen (§ 6i Abs. 1 S. 7 GlüStV 2021). In der Beratungspraxis sollten Onlineglücksspieler und -glücksspielerinnen, für die (noch) keine Selbstsperre in Betracht kommt – etwa, weil sie deren Notwendigkeit nicht erkennen – über diese niedrighschwellige Möglichkeit aufgeklärt werden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass „Drehtürphänomene“ nicht auszuschließen sind. Die wiederholte Inanspruchnahme einer Kurzzeitsperre kann im Einzelfall als Ausweichverhalten fungieren, um eine längerfristige Sperre zu vermeiden.

7.5.2.3 Festsetzung eines Einzahlungslimits beim Onlineglücksspiel

Ebenfalls wurde durch den Glücksspielstaatsvertrag 2021 die Möglichkeit geschaffen, für die Teilnahme an Onlineglücksspielen ein anbieterübergreifendes Einzahlungslimit (§ 6c Abs. 1 GlüStV 2021) sowie zusätzliche anbieterbezogene Einsatz-, Einzahlungs-, und Verlustlimits zu bestimmen (§ 6c Abs. 2 GlüStV 2021).

Nach § 6i Abs. 1 S. 1 GlüStV 2021) ist der Spieler vor der Teilnahme an Onlineglücksspielen dazu aufzufordern, ein individuelles monatliches, anbieterübergreifendes Einzahlungslimit festzulegen oder anzugeben, dass ein bereits festgelegtes individuelles monatliches anbieterübergreifendes Einzahlungslimit unverändert beibehalten werden soll. Erfolgt keine solche Bestimmung, so darf die Glücksspielteilnahme nicht erfolgen (§ 6c Abs. 1 S. 6 GlüStV 2021). Das monatliche Einzahlungslimit darf im Grundsatz einen Betrag in Höhe von 1.000 Euro nicht übersteigen (§ 6c Abs. 1 S. 2 GlüStV 2021), wobei Anbietern in ihren Erlaubnissen gestattet werden kann, im Einzelfall ein höheres Limit festzulegen (§ 6c Abs. 1 S. 3 GlüStV 2021). In der Beratungspraxis ist der Glücksspieler oder die Glücksspielerin auf diese Möglichkeit der (niedrigeren) Selbstlimitierung hinzuweisen. Dabei sollte der Festlegung eines Einzahlungslimits nach § 6c Abs. 1 den Limitierungsmöglichkeiten des § 6c Abs. 2 GlüStV 2021 vorgezogen werden, denn nur das erstgenannte entfaltet eine anbieterübergreifende Wirkung. Hingegen birgt die Festlegung eines Limits nach § 6c Abs. 2 GlüStV 2021 das Risiko, dass Betroffene nach Ausschöpfung ihrer Limits bei einem anderen Anbieter weiterspielen. Bietet der jeweilige Anbieter nach Erschöpfung des jeweiligen Limits der oder dem Betroffenen die Möglichkeit, an weiterem öffentlichen Glücksspiel teilzunehmen, so kommt auch hier die Geltendmachung entsprechender Schadenersatzansprüche in Betracht (vgl. Kapitel 7.5.3.3).

7.5.3 Reaktive Schutzmaßnahmen

7.5.3.1 Geltendmachung von Rückzahlungsansprüchen

Verletzt der Anbieter schuldhaft seine Pflichten aus dem Vertragsverhältnis mit dem Glücksspieler oder mit der Glücksspielerin, so können diese die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen nach dem § 280 Abs. 1 BGB oder dem § 823 Abs. 2 BGB prüfen (vgl. dazu Rock, 2022b, § 8 Rn. 29 ff. m. w. Nws.). Führt der Rechtsverstoß des Anbieters dazu, dass der gesamte Spielvertrag mit dem jeweiligen Anbieter unwirksam („nichtig“) ist – wie derzeit bei den meisten Prozessen gegen illegale Onlineglücksspielanbieter (vgl. Kapitel 7.5.3.4) – so kann der Glücksspieler oder die Glücksspielerin ihre bzw. seine Zahlungen an den Anbieter als sogenannte „ungerechtfertigte Bereicherung“ (§ 812 Abs. 1 S. 1 1. Var. BGB) zurückfordern, ohne dass es des Nachweises dessen Verschuldens bedarf (vgl. dazu Rock, 2022b, § 8 Rn. 38 m. w. Nws.).

Während die ersten Rückforderungsprozesse gegen Spielbanken gerichtet waren und sie sich auf die Verletzung von Sperrpflichten stützten (vgl. zum „Großen Spiel“ BGH, Urteil vom 15. Dezember 2005 – III ZR 65/05, NJW 2006, 362 ff.; zum „Kleinen Spiel“ BGH, Urteil vom 22. November 2007 – III ZR 9/07, NJW 2008, 840 ff. und zur rechtswidrigen Aufhebung einer Sperre BGH, Urteil vom 20. Oktober 2011 – III ZR 251/10, NJW 2012, 48 ff.), hat sich der Schwerpunkt von Spielerklagen in den letzten Jahren auf solche gegen illegale Online-Anbieter sowie ihre Zahlungsdienstleistungen verschoben. Im Folgenden sollen die wichtigsten Fallgruppen dargestellt werden, in denen Rückzahlungsansprüche der betroffenen Glücksspieler und Glücksspielerinnen in Erwägung gezogen werden können.

7.5.3.2 Fehlende Geschäftsfähigkeit des Glücksspielers und der Glücksspielerin

Voraussetzung eines wirksamen Vertragsschlusses ist im deutschen Recht die Geschäftsfähigkeit der jeweiligen Vertragspartner. Definiert wird Geschäftsfähigkeit als die Fähigkeit, Rechtsgeschäfte wirksam (im eigenen oder fremden Namen) abzuschließen. „Voll geschäftsfähig“ sind alle Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, „beschränkt geschäftsfähig“ solche ab Vollendung des 7. Lebensjahr und „geschäftsunfähig“ alle Personen bis zu diesem Zeitpunkt (§§ 104, 106 BGB). Ebenfalls geschäftsunfähig sind Personen, die sich in einem „die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befinden, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist“ (§ 104 Nr. 2 BGB). Fehlt die Geschäftsfähigkeit, ist die jeweilige, auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung nichtig (§ 105 Abs. 1 BGB) und ein Vertrag kommt nicht zustande.

In mehreren Entscheidungen haben sich Gerichte mit der Frage befasst, ob Glücksspielsüchtige sich in einem Zustand „krankhafter Störung der Geistestätigkeit“ befinden, der eine freie Willensbestimmung ausschließt (vgl. etwa OLG Karlsruhe, Urteil vom 16. April 1999 – 10 U 120/98, BeckRS 1999, 17125; LG Saarbrücken, Urteil vom 15. Oktober 2008 – 9 O 259/06, BeckRS 2011, 12814; LG Stuttgart, Urteil vom 9. Juli 20v0 – 17 O 753/07, BeckRS 2011, 23852). Jüngst verurteilte das Landgericht Bielefeld einen großen Spielhallenbetreiber, einen Betrag von ca. 6.000 Euro zurückzuzahlen, da der Glücksspieler – so der vom Gericht beauftragte Sachverständige – eine „Spielsucht mit hohem Schweregrad“ entwickelt habe, demzufolge er nicht mehr in der Lage gewesen sei, mit dem Glücksspiel an Geldspielautomaten aufzuhören, obwohl ihm bewusst gewesen sei, dass er dadurch seine berufliche Existenz und seine Ehe gefährde (LG Bielefeld, Urteil vom 17. Mai 2022 – 2 O 510/14; vgl. dazu Meyer, 2022). Entscheidungen des Bundesgerichtshofs zur Geschäftsunfähigkeit infolge von Spielsucht liegen (noch) nicht vor; in seiner Entscheidung zur Haftung für mangelnde Zugangsbeschränkungen für gesperrte Personen führte dieser jedoch aus, dass eine Geschäftsunfähigkeit im Einzelfall möglich sei (BGH, Urteil vom 23. November 2007 – III ZR 9/07, NJW 2008, 840, 842, Rn. 18). In der Beratungspraxis sollte in Fällen einer Glücksspielteilnahme trotz schwerwiegender Glücksspielsucht in Erwägung gezogen werden, ein entsprechendes Rückforderungsverlangen zu stellen. Zu beachten ist, dass die Glücksspielsucht zum Zeitpunkt des Spiels die freie Willensbestimmung ausgeschlossen haben muss, was regelmäßig durch ein – nicht immer einfach beizubringendes – psychiatrisches oder psychologisches Sachverständigengutachten durch den Kläger oder die Klägerin zu beweisen ist. Insofern sollte zeitnah eine Exploration durch geeignete Sachverständige veranlasst werden, damit retropektiv für den Zeitpunkt des aktiven Glücksspielens noch entsprechende Feststellungen getroffen werden können.

7.5.3.3 Verletzungen von Sperrpflichten oder Limitbeschränkungen

Vor dem Hintergrund, der mit den Glücksspielstaatsvertrag 2021 neu geschaffenen Instrumente des Spielerschutzes, stellt sich die Frage, welche Ansprüche dem jeweiligen Glücksspieler oder der jeweiligen Glücksspielerin im Falle von Pflichtverletzungen von legalen Glücksspielanbietern womöglich zukommen.

Im Falle von Spielbanken hat der Bundesgerichtshof in mehreren Entscheidungen bestätigt, dass die Verletzung von Pflichten im Rahmen der Umsetzung oder Aufhebung einer Spielersperre zu Schadenersatzansprüchen führen können (vgl. Kapitel 7.5.2.1 m. w. Nws.). Aktuell stellt sich die Frage, ob und inwieweit diese Rechtsprechung auf Pflichtverletzungen im Rahmen des mit dem Glücksspielstaatsvertrag

2021 neu geschaffenen Sperrsystems (§§ 8–8d, 23 GlüStV 2021, vgl. Kapitel 1.2.4.1) und auf andere Spielerschützende Bestimmungen wie etwa das Einzahlungslimit beim Onlineglücksspiel (§ 6h Abs. 1 GlüStV 2021, vgl. Kapitel 1.2.4.2) zu übertragen ist. Vieles spricht dafür, die vorgenannten Bestimmungen als sog. „Schutzgesetze“ zugunsten des Glücksspielers bzw. der Glücksspielerin einzustufen, was im Falle von Pflichtverletzungen entsprechende Schadenersatzansprüche nach § 823 Abs. 2 BGB nach sich ziehen könnte (dazu Rock, 2022b, § 8 Rn. 34 ff. m. w. Nws.). Es müssen allerdings Nachweise erbracht werden, dass der Anbieter entsprechende Pflichtverletzungen zu vertreten hat, also vorsätzlich oder zumindest fahrlässig gehandelt hat (vgl. § 276 BGB).

Ebenfalls unklar ist, ob die Rechtsfigur des sog. „Sperrvertrags“, den nach der vorgenannten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs der Betroffene mit der jeweiligen Spielbank im Falle einer Selbstsperre mit Schutzpflichten zu seinen Gunsten regelmäßig abschließt und der einen zusätzlichen Schutz vor ihrer unberechtigten Aufhebung bietet (vgl. dazu Rock, 2022b, § 8 Rn. 29 m. w. Nws.), auf das mit dem Glücksspielstaatsvertrag 2021 neu geschaffene Sperrsystem Anwendung findet. Während die Gesetzesbegründung mit den Neuregelungen diese Rechtsprechung ausdrücklich aufheben wollte (so Erläuterungen zum GlüStV 2021, LT-Drs. NRW 17/11683, S. 163 f.), bleibt angesichts der unveränderten Interessenslage zweifelhaft, ob nicht zumindest in Fällen, in denen der Glücksspieler oder die Glücksspielerin eine Selbstsperre bei einem konkreten Anbieter beantragt, ein entsprechender Sperrvertrag zustande kommen kann (Rock, 2022b, § 8b Rn. 6 m. w. Nws.). Nach der zu Spielbanken ergangenen Rechtsprechung bedurfte es im Falle der Aufhebung einer Selbstsperre durch den Partner des Sperrvertrags eines Nachweises, dass der Grund, der zur Selbstsperre geführt hat, entfallen ist. Im Falle von Glücksspielsucht wäre dies ein entsprechendes aussagekräftiges Attest, was aufgrund ihrer Eigenschaft als chronische, nach einigen Literaturstimmen nicht heilbare Erkrankung möglicherweise nie zu erbringen sein könnte (Rock, 2022b, § 8b Rn. 6 m. w. Nws.). Zwar ist die Aufhebung einer Selbstsperre nunmehr allein Sache der zuständigen Behörde (§ 8b Abs. 3 GlüStV 2021); jedoch kann der Anbieter, der Wissen von einer nach Aufhebung der Sperre weiterhin bestehenden Glücksspielsucht hat, gehalten sein, nun selbst eine Fremdsperre (§ 8a Abs. 1 GlüStV) zu veranlassen (Rock, 2022b, § 8b Rn. 6 m. w. Nws.). Aufgrund der (derzeit zu) geringen Anzahl von Fremdsperren steht zu erwarten, dass dies in der Praxis selten vorkommt.

Indes dürfte ein Großteil möglicher Pflichtverletzungen nicht auf die Aufhebung, sondern auf die Durchsetzung der Sperre durch effektive Zugangskontrollen entfallen. Insoweit spricht vieles dafür, dass die entsprechenden Vorgaben zur Identifizierung des Spielers (§ 8 Abs. 3 GlüStV 2021) eine Schutzwirkung zu dessen Gunsten mit der

Folge möglicher Schadenersatzansprüche entfalten. Gleiches gilt bei einer schuldhaften Ermöglichung weiteren Spiels nach einer Ausschöpfung des monatlichen Einzahlungslimits (§ 6h Abs. 1 GlüStV 2021).

In allen Fällen muss der Glücksspieler oder die Glücksspielerin nachweisen, dass die geltend gemachten Spielverluste kausal auf die Pflichtverletzung zurückzuführen sind, diese oder dieser also beispielsweise im Falle einer effektiven Zugangskontrolle oder Durchsetzung des Einzahlungslimits einen konkret bezifferbaren Geldbetrag nicht verloren hätte. Insoweit empfiehlt es sich in der Beratungspraxis, in solchen Fällen entsprechende Verluste und den Zusammenhang zu einem konkreten Spiel möglichst genau zu dokumentieren und – soweit möglich – zu belegen (etwa durch Nachweise von Kontoabhebungen im Zusammenhang mit dem Glücksspiel oder durch Belege der Transaktionen auf dem Spielerkonto). Soweit Belege – beim terrestrischen Glücksspiel – nicht beigebracht werden können, kann der oder die Betroffene möglicherweise auf eine Herabsetzung der Beweislast nach § 287 ZPO hoffen, demnach er oder sie nur die Dauer des Spiels nachzuweisen hat und sodann durchschnittliche stündliche Verluste ansetzen kann (Peters, 2013, S. 385).

7.5.3.4 Spiel bei illegalen Anbietern

Der Großteil der Klagen von Glücksspielsüchtigen der vergangenen Jahre stützte sich auf die Illegalität von Internet-Glücksspielangeboten und sie richteten sich zunächst gegen die Zahlungsdienstleister, nunmehr unmittelbar gegen die Anbieter, die zumeist aus sog. „Offshore-Jurisdiktionen“ – wie Malta und Gibraltar – heraus agieren (vgl. zu einem Rechtsprechungsüberblick Rock, 2022a). Stand bei Klagen gegen die Zahlungsdienstleister in § 4 Abs. 1 S. 2 GlüStV 2012/2021 das sog. „Mitwirkungsverbot“ – das Verbot, an Zahlungen an unerlaubte Glücksspielanbieter mitzuwirken – als verletztes Gesetz im Vordergrund (vgl. dazu Rock, 2020), so gründeten sich die Ansprüche gegen illegale Anbieter auf deren Verstöße gegen das Verbot des Internetglücksspiels (§ 4 Abs. 4 GlüStV 2012/2021). Der Glücksspielstaatsvertrag 2012 sah ein kategorisches Verbot des Internetglücksspiels vor, Ausnahmen waren nicht vorgesehen. In einer wegweisenden Entscheidung befand das Bundesverwaltungsgericht im Jahr 2017 (Urteil vom 26. Oktober 2017 – 8 C 18/16), dass dieses Verbot sowohl mit Verfassungs- als auch mit Europarecht in Einklang steht und eröffnete damit ein rechtssicheres Vorgehen gegen illegale Anbieter, sowohl durch Glücksspieler und Glücksspielerinnen als auch durch Behörden, aber auch durch in Deutschland legale Anbieter, die sich durch die Erhebung wettbewerbsrechtlicher Klagen gegen die „unliebsame Konkurrenz“ aus dem Ausland zu schützen versuchen. Lediglich das Land Schleswig-Holstein ging zeitweise einen Sonderweg, indem es im Jahr 2012

das Angebot einzelner Anbieter von Internetglücksspielen legalisierte. Diese Lizenzen haben jedoch keine Wirkung über das Hoheitsgebiet von Schleswig-Holstein hinaus, sodass eine bundesweite Vermarktung entsprechender Glücksspielangebote erfolgreich gerichtlich angegriffen werden konnte.

Mit dem neuen Glücksspielstaatsvertrag 2021 wurde das Internetglücksspiel im Wege eines Lizenzsystems legalisiert, das Verbot des illegalen Glücksspiels im Übrigen aber beibehalten. Somit dürften Klagen gegen (nicht in Deutschland lizenzierte) Angebote auch weiterhin möglich sein; gegen legale Angebote dürften Ansprüche von Glücksspielsüchtigen indes nur dann der Erfolg beschieden werden, wenn sie sich auf eine schuldhafte Pflichtverletzung des Anbieters im Rahmen seines Glücksspielangebots (etwa der Verletzung von Sperrpflichten oder Limitbeschränkungen, dazu Abschnitt zuvor) stützen können.

Freilich betreffen zum gegenwärtigen Zeitpunkt die zahlreichen Klagen von Glücksspielsüchtigen gegen die Anbieter (noch) die Rechtslage nach dem Glücksspielstaatsvertrag 2012 und haben – da die entsprechenden Ansprüche der regelmäßigen dreijährigen Verjährungsfrist (§ 195 BGB, vgl. zum Verjährungsbeginn § 199 BGB) unterliegen – weit überwiegend Erfolg, während diejenigen gegen die Zahlungsdienstleister überwiegend abgewiesen wurden (Rock, 2022a). Sofern in der Beratungspraxis ein Glücksspiel bei illegalen Anbietern im Raume steht, sollte somit die Geltendmachung von Rückzahlungsansprüchen unmittelbar gegen die Anbieter geprüft werden. Zu beachten ist, dass keinesfalls ein Glücksspiel mit der Absicht einer späteren Rückforderung gefördert werden sollte; es sollte nur sog. gutgläubigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen zur Anspruchsstellung geraten werden, also solche, die zum Zeitpunkt des Spiels davon ausgingen, dass es sich um ein in Deutschland legales Angebot gehandelt hat (vgl. Kapitel 7.5.3.1). Die Präsenz entsprechender Anbieter auf dem deutschen Markt, umfassende Werbeaktivitäten, gerade auch im Fernsehen, ein Internetangebot in deutscher Sprache, die Verwendung in Deutschland „typischer“ Zahlungsmethoden sowie deutschsprachige Allgemeine Geschäftsbedingungen können nach Ansicht der überwiegenden Rechtsprechung dafür sprechen, dass dem jeweiligen Glücksspieler oder der jeweiligen Glücksspielerin keine sog. „leichtfertige Unkenntnis“ der Illegalität des Anbieters zur Last gelegt werden kann, der seinen Anspruch ggf. ausschließen könnte (Rock, 2022a m. w. Nws.). Lediglich in wenigen Entscheidungen wurden Klagen von Glücksspielsüchtigen gegen illegale Anbieter abgewiesen (vgl. LG München I, Urteil vom 13. April 2021 – 8 O 16058/20, BeckRS 2021, 11488, Rn. 34, zu den Besonderheiten des Urteils Cocron, 2021). Eine höchstrichterliche Entscheidung des Bundesgerichtshofs steht zu dieser Frage noch aus, jedoch kann die gegenwärtige Rechtsprechung für den Spielerschutz als sehr günstig bezeichnet werden.

Zur gerichtlichen Geltendmachung empfiehlt es sich, einen im Glücksspielrecht spezialisierten Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin zu beauftragen. Aufgrund der Komplexität der Materie sind Anwälte und Anwältinnen ohne entsprechende Erfahrungen oftmals überfordert. Zahlreiche Anwälte und Anwältinnen, aber auch Start-ups, die – ähnlich wie bei Fluggastrechtsfällen – im Rahmen einer automatisierten Anspruchsprüfung entsprechende Forderungen ankaufen, bieten mittlerweile auf dem deutschen Markt ihre Dienste an und sind im Wege einer Internetrecherche leicht zu finden (www.gluecksspielsucht.de).

7.5.4 Strafrechtliche Verantwortlichkeit des Glücksspielers und der Glücksspielerin

Glücksspielsucht ist ein kriminogener Faktor. So überrascht es nicht, dass in der Beratungspraxis häufig glücksspielsüchtige Personen in Erscheinung treten, die zugleich Beschuldigte in einem Strafverfahren wegen Delikten sind, die sie im Zusammenhang mit ihrer Glücksspielsucht begangen haben (sollen). Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, ob diese bei der Begehung der Straftaten schuldunfähig im Sinne von § 20 StGB – mit der Folge, dass sie für die Tat nicht bestraft werden können – oder vermindert schuldfähig im Sinne von § 21 StGB – mit der Folge einer fakultativen Strafmilderung – gewesen sind. Voraussetzung ist in diesen Fällen das Vorliegen eines in § 20 StGB genannten Falls der „seelischen Störung“, die die Fähigkeit des Täters oder der Täterin, das Unrecht der Tat einzusehen (sog. Einsichtsfähigkeit) oder nach dieser Einsicht zu handeln (sog. Steuerungsfähigkeit), ausschließt oder – in Fällen der verminderten Schuldfähigkeit – erheblich vermindert. Die Rechtsprechung verfährt bei der Prüfung der §§ 20, 21 StGB bei Suchterkrankungen zurückhaltend. Trotz der Ähnlichkeit zu anderen Suchterkrankungen erkennt sie Fälle des „pathologischen Glücksspielens“ nur ausnahmsweise als „schwere andere seelische Abartigkeit“ mit der Folge der Dekulpation von Beschaffungstaten an (Streng, 2020, § 20 Rn. 107 m. w. Nws.). In neueren Entscheidungen bejaht der BGH eine „schwere andere seelische Abartigkeit“, wenn der Betroffene durch die Spielsucht „gravierende psychische Veränderungen in seiner Persönlichkeit erfährt, welche im Schweregrad einer krankhaften seelischen Störung gleichwertig sind“, etwa „schwerste Persönlichkeitsveränderungen“ oder „Beschaffungstaten unter starken Entzugserscheinungen“ (vgl. BGH, Urteil vom 25. November 2004 – 5 StR 411/04, NJW 2005, 230; Streng, 2020, § 20 Rn. 107 m. w. Nws.). Dies zu beurteilen, ist eine Frage des Einzelfalls. Auch hier sollte – wie bei der Prüfung der Geschäftsfähigkeit (vgl. dazu Abschnitt 6.8.3.1) – in geeigneten Fällen der Beratungspraxis (also solchen mit einem gewissen Schweregrad) frühzeitig sachverständige

Expertise hinzugezogen werden, um eine Exploration zu ermöglichen und eine entsprechende Diagnose stellen zu können. Die jeweiligen Betroffenen sind jedoch auf die dargestellte zurückhaltende Linie der Rechtsprechung und die damit verbundenen unsicheren Erfolgsaussichten in einem Strafprozess hinzuweisen.

Literatur

- Cocron, I. (2021): LG München I weist Klage eines Online-Casinospielers gegen Glücksspielbetreiber auf Malta ab – ein Urteil, das viele Fragen aufwirft. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 16(3), 327–330.
- Denzer, P. 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.
- Jox, R. L. (2022): *Rechtliche Aspekte der Suchthilfe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kalke, J.; Hayer, T. (2019): *Expertise zur Wirksamkeit von Maßnahmen des Spieler- und Jugendschutzes: Ein systematischer Review*. Berlin: Peter Lang.
- Meyer, G. (2022): Partielle Geschäftsunfähigkeit bei Glücksspielsucht: Eine Option zur Einklage von Spielverlusten. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 17(5), 318–324.
- Peters, F. (2013): Die Sperre von Spielern in Spielhallen und Gaststätten. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 8(3), 381–385.
- Petry J.; Jahrreiss R. (1999): Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. *Deutsche Rentenversicherung*, 4/99, 196–218.
- Regierungspräsidium Darmstadt (o. J.): *Spielersperrsystem OASIS*. <https://rp-darmstadt.hessen.de/sicherheit-und-kommunales/gluecksspiel/spielersperrsystem-oasis/spieler-faqs>, Zugriff: 22.12.2022.
- Rock, J.-P. (2022a): Rückzahlungsansprüche bei unerlaubtem Online-Glücksspiel. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 17(2), 118–125.
- Rock, J.-P. (2022b): § 8, § 8a GlüStV. In: Dietlein, J.; Ruttig, M. (Hrsg.): *Glücksspielrecht*. München: C.H. Beck. 244–270.
- Rock, J.-P. (2020): Pflichten der Zahlungsdienstleister beim Online-Glücksspiel. *Recht der Zahlungsdienste*, 20(2), 115–122.
- Rock, J.-P. (2018): Cutting the Cash Flow: Mit Bankrecht gegen illegale Glücksspielanbieter. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 13(SB 3), 20–30.
- Scarfe, A. (2001): Das Telefonhilfekonzert. In: Füchtenschnieder, I.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Glücksspiel in Europa: Vom Nutzen und Schaden des Glücksspiels im europäischen Vergleich*. Geesthacht: Neuland. 104–108.
- Schwarzkopf, L. et al. (2022): *Suchthilfe in Deutschland 2021. Jahresbericht der Deutschen Suchtkrankenzustatistik (DSHS)*. München: Institut für Therapieforschung. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2021_Jahresbericht.pdf, Zugriff: 05.01.2022.
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (2022): SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. 11. Auflage. München: Beck-Texte im dtv.
- Streng, F. (2020): § 20 StGB. In: Erb, V.; Schäfer, J. (Hrsg.): *Münchener Kommentar zum StGB*. München: C.H.Beck.

8.1 Sozialrechtliche Grundlagen

International begann die Aufnahme des „Pathologischen (Glücks-)Spielens“ als eigenständiges psychisches Störungsbild in die internationalen Klassifikationssysteme im Jahr 1980. Inzwischen wurde die Glücksspielsucht zunächst im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) und danach im ICD-11 (World Health Organisation, 2019) nicht mehr unter Impulskontrollstörungen eingeordnet, sondern als „Glücksspiel-Störung“ in den Kategorien „Nichtsubstanzbezogene Störungen“ bzw. „Süchtige Verhaltensweisen“ als Sucht klassifiziert (vgl. Kapitel 1.1.3). Damit wurde die Einordnung der Glücksspielsucht als Impulskontrollstörung durch Emil Kraepelin (1899) nach über einem Jahrhundert überwunden.

Das für Deutschland richtungweisende Urteil des Bundessozialgerichtes von 1968 zur Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich nach Jox (2022, S. 21) „ohne Weiteres auf andere (Verhaltens-)Suchtformen übertragen: z. B. Drogensucht, Kaufsucht, Sexsucht, Glücksspielsucht und Onlinesucht.“ Nach dieser Beurteilung bildet das Urteil von 1968 die sozialrechtliche Grundlage für die Behandlung auch von Glücksspielsüchtigen. Zur Zuständigkeit der Kostenträger, zu den notwendigen Voraussetzungen bei den Versicherten und zum Antragverfahren informiert Rolf Jox in seinem Lehrbuch im Einzelnen.

Die zuständigen Kosten- und Leistungsträger für die Behandlung und Rehabilitation von glücksspielsüchtigen Personen haben ohne höchstrichterliche Entscheidungen ihre ursprünglich auf Einzelfallentscheidungen beschränkte Praxis im Jahre 2001 mit den „Empfehlungen der Spitzenverbände“ der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), 2001) revidiert. Im Folgenden kurz als „Empfehlungen der Spitzenverbände“ benannt. Zugrunde gelegt wurde eine deskriptive multizentrische Studie aller im Jahr 1993 ambulant und stationär behandelten Glücksspielsüchtigen in dreizehn darauf spezialisierten Einrichtungen (N = 558), die belegen konnte, dass es sich um eine sozial und psychisch stark belastete Gruppe handelt (Denzer et al., 1995). In einer durch die Deutsche

Rentenversicherung finanzierten Untersuchung konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass stationär behandelte Glücksspielsüchtige im Vergleich mit Suchtkranken und psychosomatisch Erkrankten die psychopathologisch auffälligste Gruppe waren (Petry, Jahrreiss, 1999; Petry, 2001).

Nach § 27 SGB V werden auch die Kosten für eine ambulante Psychotherapie durch niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten übernommen. Nach den „Empfehlungen der Spitzenverbände“ gilt, 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. Dafür sind die Krankenkassen als vorrangige Kostenträger zuständig.

Im Sinne des § 27 SGB V (SGB IX, 2022, S. 331–401) wird die stationäre Akutbehandlung (Entgiftung) im Rahmen der Krankenbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Dies gilt auch für die qualifizierte (mehrwöchige) Entzugsbehandlung, um den Übergang in eine längerfristige Entwöhnungsbehandlung durch Aufklärung und Motivierung zu fördern (a. a. O., S. 139). Bei der Akutbehandlung von Glücksspielsüchtigen durch die Krankenkassen handelt es sich allerdings nicht um eine Entzugsbehandlung, sondern um die Behandlung schwerer psychischer Krisen, insbesondere der damit häufig verbundenen Suizidalität.

Primär zuständig für die ambulante und stationäre Rehabilitation von Glücksspielsüchtigen sind die Rentenversicherungsträger. Dazu bestehen laut Sozialgesetzbuch (SGB IX, 2022, S. 1–310) spezifische Rahmenbedingungen. Diese bleiben teilweise hinter den Vorgaben zur Rehabilitation von stofflichen Suchterkrankungen zurück. Diese Einschränkungen betreffen die (verkürzte) Behandlungsdauer und die Adaptionsphase, die nur „in begründeten Einzelfällen“ (a. a. O., S. 10) gewährt wird. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Klassifikation der Glücksspielstörung als Sucht im ICD-11 (vgl. Kapitel 1.1.3) zu einer weiteren Angleichung führen wird.

Für die ambulante Rehabilitation von Glücksspielsüchtigen gelten besondere Vorgaben: Behandlungsstellen für „Pathologische Glücksspieler“ müssen über ein wissenschaftlich begründetes Behandlungskonzept verfügen, störungsspezifische Gruppentherapie und regelmäßige Einzeltherapie anbieten sowie zur Erfolgskontrolle regelmäßige glücksspielspezifische Katamnesen durchführen.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen über ein umfassendes glücksspielerspezifisches Behandlungsangebot zur abstinenzorientierten Symptombehandlung und zur Mitbehandlung zugrunde liegender oder komorbider psychischer Störungen oder Suchterkrankungen verfügen. Darüber hinaus ist das therapeutische Geld- und

Schuldenmanagement (vgl. Kapitel 9.1.4.3) zwingender Behandlungsbestandteil. Die Klinik muss jährlich mindestens fünfzig Patienten und Patientinnen mit diesem Störungsbild behandeln, um ein gruppentherapeutisches Angebot durchgehend gewährleisten zu können.

Nach der Deutschen Suchthilfestatistik lag die Anzahl der Einzeldiagnosen „Pathologisches (Glücks-)Spielverhalten“ im Jahr 2016 in der ambulanten Behandlung bei 10.909 und bei der stationären Behandlung bei 2.482. Nach diesen Höhepunkten sank die Zahl im Jahr 2020 auf 7.088 bzw. 1.720 (Meyer 2022). Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Beratungsstellen und Kliniken erfasst wurden. Insbesondere fehlen ambulante psychotherapeutische Behandlungen und ein Teil stationärer psychosomatischer Behandlungen in dieser Erhebung. Durch die Öffnung des Onlin Glücksspielmarktes (vgl. Kapitel 1.1.2 u. 1.3) im Jahr 2021 bildet sich eine neue Untergruppe von Glücksspielsüchtigen. Dies zeigt sich bereits in der niederschweligen Online- und Telefonberatung, sodass mit entsprechender Verzögerung mit einem Wiederanstieg der Behandlungszahlen zu rechnen ist.

8.2 Ambulante Psychotherapie und psychiatrische Akutbehandlung

Aufgrund eines verbesserten Screenings wird die Glücksspielsucht vermehrt als komorbide Störung bei anderen psychischen Erkrankungen diagnostiziert. Nach der PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) weisen 71,1 % der Glücksspielsüchtigen in der Bevölkerung eine psychische Störung auf, und sogar 87,7 %, wenn man Störungen durch psychotrope Substanzen (ohne Tabak) hinzurechnet (vgl. Kapitel 2.4).

Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben eine besondere Bedeutung für die Behandlung Glücksspielsüchtiger, bei denen gleichzeitig eine komorbide psychische Störung besteht (vgl. Kapitel 4.3.2.2). Bei einer deutlich angestiegenen Anzahl von Patienten und Patientinnen bezog sich die Psychotherapie inzwischen direkt auf die Glücksspielsucht. Die Vernetzung mit dem Suchthilfesystem hat sich inzwischen deutlich verbessert (vgl. Kapitel 2.1.2).

Eine akutpsychiatrische stationäre Behandlung erfolgt in der Regel aufgrund einer akuten Krise im Rahmen der Glücksspielsucht: einer depressiven Symptomatik oder Suizidgefährdung. Nach der multizentrischen Studie von Denzer und Mitarbeitern (1996) weist ca. ein Viertel aller in ambulante Beratung/Behandlung oder stationäre Behandlung aufgenommenen Glücksspielsüchtigen einen oder mehrere ernsthafte Selbstmordversuche in der Vorgeschichte auf. Bei zwei Drittel der Fälle besteht ein direkter Zusammenhang zur Glücksspielproblematik. Neuere Untersuchungen bestätigen diesen Befund (Rumpf, 2022). Die Akutbehandlung erfolgt oft auch im Rahmen einer Entzugsbehandlung bei gleichzeitig bestehender Störung durch psychotrope Substanzen.

Suchtmedizinische Abteilungen psychiatrischer Kliniken fühlen sich zunehmend für süchtige Glücksspieler und Glücksspielerinnen zuständig und ermöglichen nach einer Krisenintervention eine direkte Weiterbehandlung durch Beratungsstellen, ambulante Praxen für Psychotherapie oder spezialisierte Rehabilitationskliniken. Hierzu liegen jedoch noch keine Veröffentlichungen vor.

8.3 Indikation zur ambulanten und stationären 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 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“ erfolgt die stationäre Rehabilitation sowohl in suchththerapeutischen als auch in psychosomatischen Rehabilitationskliniken bzw. -abteilungen nach dem Indikationsmodell von Petry und Jahrreiss (1999):

Eine (kürzere) psychosomatisch orientierte Behandlung ist indiziert, wenn die Glücksspielproblematik noch nicht so weit fortgeschritten ist, die psychosozialen Folgen weniger 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. Dies ist häufig der Fall, wenn eine zusätzliche psychische oder psychosomatische Störung vorliegt.

Eine (längere) suchththerapeutisch orientierte Behandlung ist erforderlich, wenn es sich um eine fortgeschrittene Glücksspielproblematik mit suchthtypischer Eigendynamik handelt, gravierende psychosoziale Folgen vorliegen, die Patientin oder der Patient ihre oder seine Symptomatik im Sinne eines impliziten Suchtkonzeptes verarbeitet und eine verminderte Verhaltenskontrolle vorliegt. Dabei besteht häufig eine zusätzliche stoffgebundene Sucht.

Leider hat sich die Zuweisungspraxis der Kostenträger als sehr uneinheitlich erwiesen. Es bleibt abzuwarten, ob die Neuklassifikation als Sucht nach ICD-11 (2019) zu einer Vereinheitlichung dieser Praxis und Angleichung der Behandlungsdauer führen wird.

8.4 Berufliche Rehabilitation

Arbeitslosigkeit ist sowohl ein Risikofaktor (Meyer et al., 2011; Premper et al., 2014) als auch Folge (wegen Abwesenheit, Lohnpfändungen etc.) eines süchtigen Glücksspielens. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Glücksspielanbietern (Croupiers, Spielhallenpersonal) sind besonders gefährdet, eine Glücksspielproblematik zu entwickeln. Eine weitere Risikogruppe stellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Berufen dar, die mit Bargeld Umgang haben (Bankangestellte, Verkaufsfahrerinnen und -fahrer, Autohändlerinnen und -händler) oder die zeitliche Freiräume zur Teilnahme an Glücksspielen haben (Schichtarbeiterinnen und -arbeiter, Taxifahrerinnen und -fahrer, Polizeibeamtinnen und -beamte). Als psychische Risikofaktoren sind Unzufriedenheit mit dem Beruf und Über- oder Unterforderungen empirisch belegt (Meyer, Bachmann, 2017, S. 125–129 u. 173–179).

Der beruflichen Wiedereingliederung kommt daher bei Glücksspielsüchtigen 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 „Empfehlungen der Spitzenverbände“ 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 und Glücksspielerinnen 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 die Arbeitsfähigkeiten wiederherzustellen und eine berufliche Perspektive zu erarbeiten. Für süchtige Glücksspieler und Glücksspielerinnen, die in der Regel bereits über diese Fähigkeiten verfügen, sind eher Maßnahmen zur direkten beruflichen Wiedereingliederung wie externe Arbeitserprobungen und Berufspraktika zielführend.

Bundesweit bestehen Adaptionseinrichtungen, die süchtige Glücksspieler und Glücksspielerinnen einzel- und gruppentherapeutisch (soziale Kompetenztrainings) behandeln. Der Schwerpunkt liegt auf der Arbeitstherapie, internen und externen Arbeitserprobungen und Hilfen bei der Wohnungs- und Arbeitsuche. Einen weiteren Schwerpunkt bildet das therapeutische Geldmanagement und Schuldenmanagement (vgl. Kapitel 9.1.4.3) in Zusammenarbeit mit externen Schuldnerberatungsstellen (Verstege, Modro, 2013; Teigeler, o. J.).

Die berufliche Rehabilitation hat auch aus psychotherapeutischer Sicht einen besonderen Stellenwert. Es fällt süchtigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen 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. Regelmäßige Einnahmen aus einer Berufstätigkeit sind auch für die Schuldenregulierung von zentraler Bedeutung (vgl. Kapitel 9.1.4.3). Somit bietet die berufliche Wiedereingliederung besonders gute Aussichten, um rasche Erfolgserlebnisse zu ermöglichen.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Deutsche Übersetzung 2015. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Denzer, P. 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.
- Jox, R. L. (2022): Rechtliche Aspekte der Suchthilfe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kraepelin E. (1899): Psychiatrie – ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Nachdruck 2015. Zweiter Band. Norderstedt: Verlag der Wissenschaften.
- Meyer, C. et al. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung (unveröffentlichter Forschungsbericht). Greifswald, Lübeck: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin u. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Meyer, G. (2022): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2022. Lengerich: Pabst. 87–106.
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Petry, J. (2001): Vergleichende Psychopathologie von stationär behandelten „Pathologischen Glücksspielern“. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30(2), 123–135.
- Petry J., Jahrreiss R. (1999): Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Deutsche Rentenversicherung, 4/99, 196–218.
- Premper, V. et al. (2014): Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von Pathologischen Glücksspielern. Sucht, 60(6), 331–344.
- Rumpf, H. J. (2022): Suizidalität bei Glücksspielsucht. Berlin: Vortrag auf der 34. Tagung des Fachverbandes Glücksspielsucht am 01.12.2022. https://www.gluecksspielsucht.de/tagungdok/2022/FAGS_2022_Rumpf_Suizidalitaet.pdf, Zugriff: 08.08.2023.
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (202211. Auflage.): München: Beck-Texte im dtv.
- Teigeler, H. (o. J.): Adaptionsbehandlung bei pathologischen Glücksspielern. Lübeck: AHG Adaptionshaus Lübeck, https://www.gluecksspielsucht.de/materialien/handout2011/tagung2010_Teigeler_Adaption_bei_Spielern.pdf, Zugriff: 15.08.2023.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (2001): Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen, <https://www.gluecksspielsucht.de/materialien/EMPFEH1D.pdf>, Zugriff: 08.08.2023.
- Verstege, R.; Modro, U. (2013): Adaptionsbehandlung von Glücksspielern. In: J. Petry (Hrsg.) (2013): Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern. Freiburg/Br.: Lambertus, 196–208.
- World Health Organization (2019): International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics: ICD-11 MMS. Genf: World Assembly.

9.1 Psychotherapie

In Deutschland hat sich für die stationäre Behandlung der Glücksspielsucht das etablierte Prinzip der Glücksspielabstinenz bewährt (vgl. Kapitel 9.2.1). Zum „kontrollierten Glücksspielen“ gibt es lediglich eine erste explorative Studie im ambulanten Bereich (vgl. Kapitel 4.1). Dementsprechend wird während der Behandlung die vollständige Glücksspielabstinenz gefordert, um die Funktionalität des ausgeübten Glücksspielverhaltens erlebbar zu machen. Nach einer Behandlung kann die Entscheidung über den Bereich des „weichen“ Glücksspielverhaltens (Spiele mit geringem Einsatz wie z. B. Kartenspiele um Getränke runden) den Betroffenen überlassen werden. Katamnestiche Befunde (Petry, Jahrreiss, 1999) zeigen jedoch, dass der vollständige Verzicht auf Glücksspiele jeglicher Art mit einer besseren Prognose verbunden ist.

9.1.1 Symptomatische Behandlung

Die Behandlung muss sich zunächst auf das symptomatische Glücksspielverhalten selbst richten, wodurch die selbstauferlegte Glücksspielabstinenz stabilisiert wird. Dabei ist es erforderlich, die ambivalente Veränderungsmotivation, glücksspieler-spezifische Kognitionen und die Rückfallgefährdung einzubeziehen (Petry, 2016a; McIntosh, O'Neill, 2017).

9.1.1.1 Motivierung

Um die ambivalente Haltung bezüglich der Fortsetzung oder Einstellung des Glücksspielens zu bearbeiten, bieten sich nichtkonfrontative Motivierungsstrategien (Petry, 2016b; O'Neill, 2017a) an. Ziel ist das Bewusstwerden der Diskrepanz zwischen den unmittelbar positiv erlebten Gefühlsveränderungen und den langfristig negativen Folgen des Glücksspielverhaltens.

Tabelle 9.1: Vor- und Nachteile der Glücksspielabstinenz versus Fortsetzung des Glücksspielens

	Glücksspielabstinenz	Fortgesetztes Glücksspielen
Folgen		
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Ich habe weniger Ärger mit der Familie. • Ich habe eine bessere Beziehung zu meinen Kindern. • Ich habe mehr Geld für andere Dinge und Aktivitäten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Glücksspielen gibt mir einen Kick. • Beim Glücksspielen kann ich ganz abschalten. • Ich weiß beim Glücksspielen genau, wo ich dran bin.
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Dann plagt mich ständige Langeweile. • Dann weiß ich nichts mit mir anzufangen. • Dann muss ich meine Probleme anpacken. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle meine Probleme und Geldsorgen ufern aus. • Ich habe immer häufiger Selbstmordgedanken. • Meine soziale Isolation nimmt weiter zu.

Quelle: Petry, 2016b

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 9.1.4.1) dargestellt.

9.1.1.2 Kognitive Umstrukturierung

Die Veränderung spezifischer kognitiver Verzerrungsmuster, die sowohl für die Entstehung als auch die Aufrechterhaltung des Glücksspielverhaltens von Bedeutung sind, wird von kognitiven Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten als bedeutsam eingeschätzt (O'Neil, 2017b). 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 Einflussnahme 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 Bindung an eine gewählte Entscheidungsstrategie aufgrund der bereits erfolgten „Investitionen“, obwohl diese bereits gescheitert ist (Meyer, Bachmann, 2017, S. 151–157).

9.1.1.3 Rückfallprävention

Die Bearbeitung der Rückfallgefährdung als Bestandteil des Genesungsprozesses bildet einen weiteren Schwerpunkt (O'Neill, 2017c). Die Mehrzahl der Rückfälle lässt sich auf eine geringe Anzahl von Risikosituationen reduzieren. Deren Erfassung verweist auf Gemeinsamkeiten mit Alkohol-, Rauschmittel- und Tabaksüchtigen sowie Personen mit Essstörungen, wobei auch spezifische Unterschiede bestehen. Negative körperliche Empfindungen, positive Emotionen und Situationen, in denen ein sozialer Konformitätsdruck besteht, werden von Glücksspielsüchtigen als weniger risikohaft erlebt. Dagegen sind sie besonders in Situationen gefährdet, die mit negativen Gefühlszuständen verbunden sind, eine innere oder äußere Versuchung darstellen oder eine Herausforderung zum Testen der eigenen Kontrollfähigkeit beinhalten (Cummings et al., 1980).

Eine Hilfestellung sind sogenannte Notfallkarten, die rückfallpräventive Gedanken und Handlungstipps enthalten, um die erreichte Abstinenz zu stabilisieren, Rückfallgefahren zu bewältigen und einen möglichen Rückfall rasch zu beenden (Fachverband Glücksspielsucht, o. J.):

Tabelle 9.2: Notfallkarte: Selbsthilfe wirkt!

Wenn ich mich gefährdet fühle,	Wenn ich rückfällig geworden bin,
<ul style="list-style-type: none"> • lenke ich meine Konzentration bewusst auf etwas anderes (beiße in eine Chilischote, hüpfte auf einem Bein, zähle von 100 in Dreierschritten rückwärts, meditiere etc.), • verlasse ich die Situation, • rede ich über meinen Spieldruck, • spreche ich mir Mut zu. 	<ul style="list-style-type: none"> • beende ich den Rückfall sofort, • verharmlose und verschweige ich nichts, • sehe ich es als eine Herausforderung, • besinne ich mich auf meine Vorsätze, • rufe ich eine vertraute Person an: Tel.: _____.

Quelle: Fachverband Glücksspielsucht, o. J.

9.1.2 Ursachenbezogene Behandlung

Zur dauerhaften Bewältigung einer Glücksspielproblematik ist es erforderlich, die Störungen des Selbstwertes, der Gefühlsregulation, der Beziehungsgestaltung und der lebensbezogenen Sinnhaftigkeit als Bestandteil der glücksspielerspezifischen Vulnerabilität (Vierhaus et al., 2012) zu bearbeiten (Petry, 2016a).

9.1.2.1 Selbstwertstörung

Die bei Glücksspielsüchtigen bestehende Selbstwertproblematik, insbesondere vor dem Hintergrund der gestörten Vater-Sohn- bzw. Vater-Tochter-Beziehung (Kagerer, 1998 und 2013), äußert sich in einer starken Diskrepanz zwischen nach außen gezeigten Verhaltensmustern und der dazu gegensätzlich erlebten inneren Befindlichkeit. Fordert man die Betroffenen zu einer Selbstcharakterisierung auf, indem sie sich selbst aus der Sicht von Außenstehenden beschreiben sollen, so werden am häufigsten Merkmale wie Unruhe, Verschlussenheit, Dominanz, Unehrllichkeit und Aggressivität genannt, wohingegen bei der Beschreibung der inneren Befindlichkeit am

häufigsten Verletzbarkeit, Sehnsucht nach Zuwendung, Nervosität, Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit thematisiert werden. Daraus ergibt sich ein kräftezehrender Spannungszustand in der Person der Glücksspielsüchtigen. 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 (Petry, 2016a).

9.1.2.2 Gefühlsdysregulation

Bezogen auf die Störung der Gefühlsregulation (Marchetti, Verrocchio, Porcelli, 2019) steht zunächst die klinisch sichtbare physiologische Unruhe und der starke Aktionsdrang von behandlungsbedürftigen Glücksspielern und Glücksspielerinnen im Vordergrund. Es wird angenommen, dass glücksspielanfällige Personen chronisch über- oder untererregt sind. Das anhaltende Glücksspielverhalten erklärt sich bei einer psychophysiologisch untererregten Person durch die Beseitigung dieses unangenehmen Mangelzustandes oder bei übererregten Personen als Ausdruck ihres Bedürfnisses nach Reizsuche (Jacobs, 1989). Der Aktionsdrang von Glücksspielern und Glücksspielerinnen 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 Glücksspielsüchtige über Langeweile oder verstärkten „Spieldruck“. Dies verweist auf die Funktion des Glücksspielens, 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 (vgl. Kapitel 9.1.4.2) an, um Bewältigungskompetenzen beim Umgang mit unangenehmen Gefühlen zu erwerben (Barnow, 2018).

9.1.2.3 Beziehungsstörung

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 (Antons, Ehrensperger, Milesi, 2011, S. 166 ff.) die kooperatives bzw. kompetitives Verhalten in Kleingruppen aktualisiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten nach einem festgelegten Plan Bausteine, die durch stummen Austausch zu gleich großen Quadraten zusammenzufügen sind. Da nur eine gemeinsame Lösungsmöglichkeit besteht, kann es im Verlauf zu Einzelösungen kommen, die andere Beteiligte blockieren. Dieses Verfahren führt aufgrund

seines Spielcharakters zu einer Handlungsaktivierung. Es werden rasch Besonderheiten des individuellen Interaktionsverhaltens deutlich. Viele süchtige Glücksspieler und Glücksspielerinnen zeigen zu Beginn dieser Übung ein hektisches, leistungsorientiertes Verhalten, bei dem sie intensiv auf ihre Position konzentriert sind. Es fällt Beobachterinnen und Beobachtern deshalb nicht schwer, auftretende Gefühle von Ärger, Überlegenheit, Rückzug und Genugtuung wahrzunehmen und zurückzumelden, sodass individuell unterschiedliche Probleme der Beziehungsgestaltung verdeutlicht werden können (Petry, 2016a).

9.1.3 Sinn- und Wertklärung

Durch die Konfrontation des Menschen mit seiner Existenz in der Welt stellt sich die Frage nach dem Sinn des Lebens (Yalom, 2010, S. 489 ff.). Sinnhaftigkeit besteht, wenn es gelingt, das eigene Leben als „kohärent, bedeutsam, orientiert und zugehörig“ (Schnell, 2016, S. 7) zu erleben. Eine solche Sinnerfüllung geschieht durch die Identifikation mit etwas, mit einem Wert, einem Ziel oder einer Aufgabe. Dabei sollte die Suche nach Lebenssinn in einem sozialen und zwischenmenschlichen Zusammenhang erfolgen und nicht der bloßen Selbstbezogenheit dienen (Lenk, 2008).

Ein werteorientiertes, mit Lebenssinn erfülltes Leben kann sich nur durch aktives Tun entwickeln: „Sinnerfüllung entsteht im aktiven Weltbezug ... Das Konstrukt Lebensbedeutungen steht für Orientierungen, die dem Leben Bedeutung geben, indem sie aktiv verfolgt werden.“ (Schnell, 2016, S. 8 f.). Empirisch lassen sich als übergeordnete Dimensionen das Streben nach „Selbsttranszendenz“, „Selbstverwirklichung“, „Ordnung“ und „Wir- und Wohlgefühl“ unterscheiden. Die damit einhergehenden Lebensbedeutungen, wie beispielsweise „Soziales Engagement“, „Erwerb von Wissen“, „Bodenständigkeit“ und „Gemeinschaft“, erfordern entsprechendes Alltags Handeln, wie das Ausüben eines Ehrenamtes, das Lesen von Sachbüchern, das Bekenntnis zur Herkunft und die Pflege freundschaftlicher Beziehungen (Schnell, 2005).

Süchtige Menschen zeigen zu Beginn einer Behandlung einen erniedrigten Lebenssinn, der sich im Laufe der Behandlung verbessert und den dauerhaften Behandlungserfolg vorhersagt lässt (Noblejas de la Flor, 1997; Robinson et al., 2007; Martin et al., 2011). Das entsprechende Handlungsziel einer „zufriedenen Abstinenz“ lässt sich allerdings nur erreichen, wenn die Betroffenen ihr subjektives Sinn- und Wertesystem klären. Nur so lässt sich eine süchtige Lebensweise dauerhaft überwinden. Nach Jim Orford (2001, S. 332–340) beinhaltet dieser Prozess eine „spirituelle Wandlung“ und „moralische Reform“ durch aktive Übernahme von Verantwortung. Harald Klingemann betrachtet die Sinnfindung im Leben als „Motor der Selbstheilung“ süchtiger Menschen (2017, S. 44).

Für die therapeutisch angeleitete Überwindung einer Sucht existiert kein objektiver Maßstab auf Seiten der therapeutisch Tätigen. Die Betroffenen müssen ihre Werte und Ziele selbst bestimmen. Dies lässt sich mit folgender Geschichte vermitteln: „Stellen Sie sich vor, wir treffen drei Kinder auf der Straße. Zwei davon lecken ein Eis, das eine ein Himbeer-, das andere ein Vanilleeis. Das dritte Kind hat das Geld für das Eis behalten und schaut zu. Was meinen Sie, welches Kind hat die richtige Lösung gefunden?“ (Stavemann, 2017, S. 28) Natürlich kann die Wahl der Kinder nicht von außen als richtig oder falsch bewertet werden. Bezogen auf die Behandlung empfiehlt sich deshalb ein „expliziter, minimal wertender Stil“ (Richards, Rector, Tjeltveit, 2005), da diagnostische Verfahren, therapeutische Zielsetzungen und die Einschätzungen des Erfolges durch nicht begründbare Wertvorstellungen der Therapeutin oder des Therapeuten mitbestimmt sind.

Als Einstieg in die Sinn- und Wertklärung eignet sich die „Rucksack-Metapher“, um Verschiebungen und Relativierungen eingefahrener Bedeutsamkeiten zu erzielen: Eine Phantasieübung, in der sich Klientinnen und Klienten gedanklich auf eine Bergtour begeben, bei der sie auf dem Rücken einen Rucksack mit den derzeit fünf größten Lebensproblemen zu tragen haben. Nachdem die Bergtour eingeleitet wurde, sollen die Teilnehmenden nach und nach die fünf Probleme aus dem imaginären Rucksack entnehmen und am Wegrand ablegen (Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 2012: S. 389 f.). Oft geschieht es, dass durch diese Imagination unlösbar erscheinene Probleme als weniger bedeutsam erscheinen und eine zuversichtlichere Sichtweise auf das eigene Leben entsteht.

Das therapeutische Vorgehen umfasst (a. a. O., S. 401):

- „Lenken der Aufmerksamkeit auf zielrelevante Hinweisreize durch Selbstbeobachtung,
- Identifikation persönlich relevanter Ziele,
- Ordnen persönlich relevanter Ziele nach Prioritäten und funktionalen Zusammenhängen,
- Konzentration auf Ziele mit höchster Priorität und Aussondern irrelevanter oder peripherer Bereiche,
- Gegenüberstellung Ziele vs. Handeln, Planen und Umsetzen konkreter Maßnahmen, bis Ziele und reales Handeln in Einklang stehen sowie
- Erfolgsüberprüfung und ggf. Revision vorheriger Schritte.“

Weiterhin können werterelevante Fragen („Was gibt Ihrem Leben Sinn?“) gestellt, eine Rangordnung vorgegebener Werte (Miller et al., 2015) erarbeitet, „Zukunftsproben“ (Innschrift für das eigene Grab) unternommen und Werte anderer Personen (Therapeutinnen/Therapeuten, Lehrmeisterinnen/Lehrmeister, Religionsstifterinnen/Religionsstifter) reflektiert werden (Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 2012, S. 390 ff.;

Richards, Rector, Tjeltveit, 2005, S. 153 ff.). Darüber hinaus gibt es spezielle Fragebögen zu „Relevanten Glaubensgrundsätzen“ und „Relevanten Wertvorstellungen“ (Stavemann, 2017, S. 201 ff.). Dabei stellt die sinnorientierte Behandlung (Wong, 2010) Fragen nach persönlichen Zielen („Was soll ich aus meinem Leben machen?“), dem Selbstverständnis („Was für eine Art Person bin ich?“), der Verantwortung („Was entspricht meinen Überzeugungen und Werten?“) und der Bewertung des Lebenslaufs („Bin ich mit meinem Leben zufrieden?“).

9.1.4 Besondere Trainingsbereiche

Bei der Mehrzahl Glücksspielsüchtiger bestehen besondere Einschränkungen der alltäglichen Problemlösekompetenz, beim Umgang mit belastenden Gefühlen und des Geld- und Schuldenmanagements. Für diese Bereiche sind spezielle Angebote erforderlich.

9.1.4.1 Problemlösetraining

Bergler (1957) illustriert die spezifischen Defizite der Problemlösekompetenz von Glücksspielern und Glücksspielerinnen 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 es bei Ringwurfaufgaben (Brunstein, Heckhausen, 2018), bei denen die Versuchsperson die Entfernung, von der aus sie einen Ring über einen Pflock werfen soll, wählen kann, große Unterschiede gibt. Misserfolgsmotivierte Personen bevorzugen die beiden Extreme, die sehr nahen und damit leichten oder die sehr weiten und damit sehr riskanten Entfernungen. Erfolgsmotivierte Versuchspersonen wählen dagegen die zwar schwierigen, aber mit dauerhaft höchstem Erfolg verbundenen mittleren Entfernungen. Die klinische Adaption dieser Aufgabe in der Behandlung süchtiger Glücksspieler und Glücksspielerinnen zeigt deren Präferenz für die riskanten und damit häufig zu Misserfolg führenden Entfernungen. Überträgt man dies interpretativ auf den Umgang von Glücksspielsüchtigen 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 3.2.4) betrachtet die mangelnde Problemlösekompetenz als Ausdruck einer glücksspielerspezifischen Lebensweise. Die Betroffenen entwickeln eine zunehmende Tendenz zur unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung, die sie immer unfähiger werden lässt, ihre lebensnotwendigen Aufgaben zu lösen. Entsprechend wird das Problemlösetraining als ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Glücksspielsüchtigen angesehen.

Basierend auf denkpsychologischen (Funke, 2003) und verhaltenstherapeutischen (D'Zurilla; Nezu, 1999; Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 2012, S. 38 ff.; Liebeck, 2022) Erkenntnissen zum Problemlösungsprozess wurde ein Problemlösetraining für Glücksspielsüchtige entwickelt (Petry, 2003, S. 60 ff.).

Zu Beginn des Programms wird eine einfache Problemdefinition als inhaltlicher Bezugsrahmen anhand des sogenannten Neun-Punkte-Problems (Adams, 2005) eingeführt: Es handelt sich um die Darstellung von neun Punkten, die in drei Reihen in der Form eines (nicht sichtbaren) 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.

Das Neun-Punkte-Problem

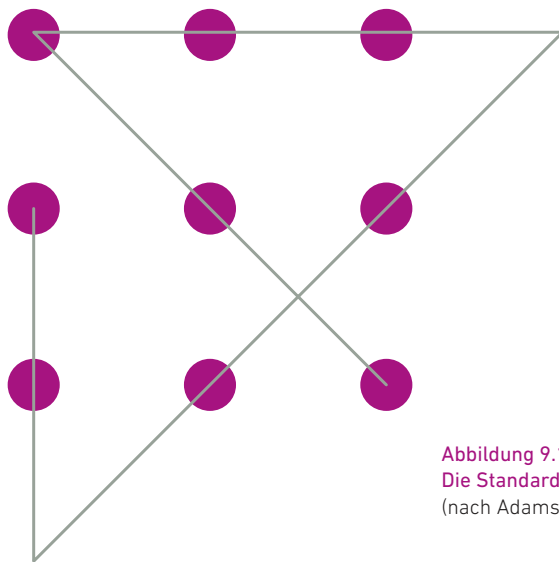


Abbildung 9.1:
Die Standardlösung des Problems
(nach Adams, 2005, S. 45 ff.)

Mit dem „Neun-Punkte-Problem“ lässt sich die gestalthafte Wahrnehmung eines Quadrates, welches den Problemraum dysfunktional einschränkt, und die Überwindung dieser inneren Barriere durch Verlassen des vermeintlich vorgegebenen Wahrnehmungsfeldes, verdeutlichen. Dies lässt sich als Metapher auf persönliche innere Hemmungen (Erwartungsängste, depressive Hilflosigkeit, überhöhte Leistungsansprüche, unrealistische Kontrollüberzeugungen etc.) von Glücksspielsüchtigen übertragen. Daraus lässt sich die Arbeitsdefinition ableiten: Ein Problem besteht, wenn eine Diskrepanz zwischen einem persönlichen Ausgangszustand und einem angestrebten Zielzustand besteht und die Erreichung des Zielzustandes durch äußere oder innere Hindernisse blockiert ist.

Ein mehrstündiges Problemlösungstraining in Form von acht Sitzungen in einer geschlossenen Gruppe oder als Einzeltherapie konzentriert sich auf die Erstellung eines individuellen „Problemprofils“ und einer „Problemlöser“. Als theoretische Grundlage dient der handlungstheoretische Ansatz zur „Motivierenden Beratung“. Bei diesem Konzept bilden sogenannte Aktuelle Anliegen (current concerns), d.h. die (nicht bewussten) inneren Zustände, die zwischen der Festlegung und Erreichung persönlicher Ziele ablaufen, den Ausgangspunkt für den Problemlösungsprozess: Es werden zunächst alle aktuell wichtigen Lebensprobleme aufgegriffen, ohne zunächst direkt Bezug auf das symptomatische Suchtverhalten zu nehmen. Erst danach erfolgt eine Analyse bestehender Konflikte zwischen dem Suchtverhalten und der als veränderungsbedürftig erkannten persönlichen Problematiken (Klinger, Cox, 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 Zusammensetzung der Gruppe. Im Ergebnis ergeben sich 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 eingebrachten Vorschlägen 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 am besten geeignete Form umfasst fünf Beurteilungskategorien. Das Beurteilungsschema kennzeichnet das Vorhandensein eines geringen (–) oder schweren (– –) Problems sowie leichter (+) oder ausgeprägter (++) Stärken. Dazwischen ist eine neutrale Bewertung (0) möglich. Es können durch Pfeile gekennzeichnete Tendenzen vermerkt werden.

Das Problemprofil

Lebensbereiche	--	-	< 0 >	+	++

Abbildung 9.2: Schwächen und Stärken nach Lebensbereichen
(nach Priestley et al., 1978; Petry, 2003, S. 62)

Jedes Gruppenmitglied bewertet für sich alle Lebensbereiche, indem es ein Kreuz in die aufgemalten Kästchen setzt und diese dann mit einer Linie zu einem Problemprofil verbindet. Die Therapeutin bzw. der Therapeut kann sich als Vorbild an der Selbstoffenbarung beteiligen (Henretty, Levitt, 2010). Zunächst werden alle Profile bei einer Gruppensitzung offen allen anderen gezeigt. Danach entscheidet jedes Gruppenmitglied, wann es sein Profil genauer erklären möchte. Unmittelbar im Anschluss können von allen Beteiligten Rückfragen erfolgen oder es kann persönliches Feedback gegeben werden. Dabei ist ein Ritual einzuhalten, indem zu Beginn jeder Beteiligung ein Klingelton mit einer Tischglocke ausgelöst werden muss. Dies dient dazu, dass sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die im Mittelpunkt stehende Person konzentrieren und ihr volle Aufmerksamkeit schenken.

Im zweiten Schritt wird ein aktuelles Problem ausgewählt. Dies bezieht sich in der Regel auf einen der am negativsten beurteilten Lebensbereiche. Mithilfe der „Profilleiter“ wird zunächst, bezogen auf das konkret beschriebene „Aktuelle Problem“ (current concern), der am negativsten vorstellbare 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

Das Problemprofil

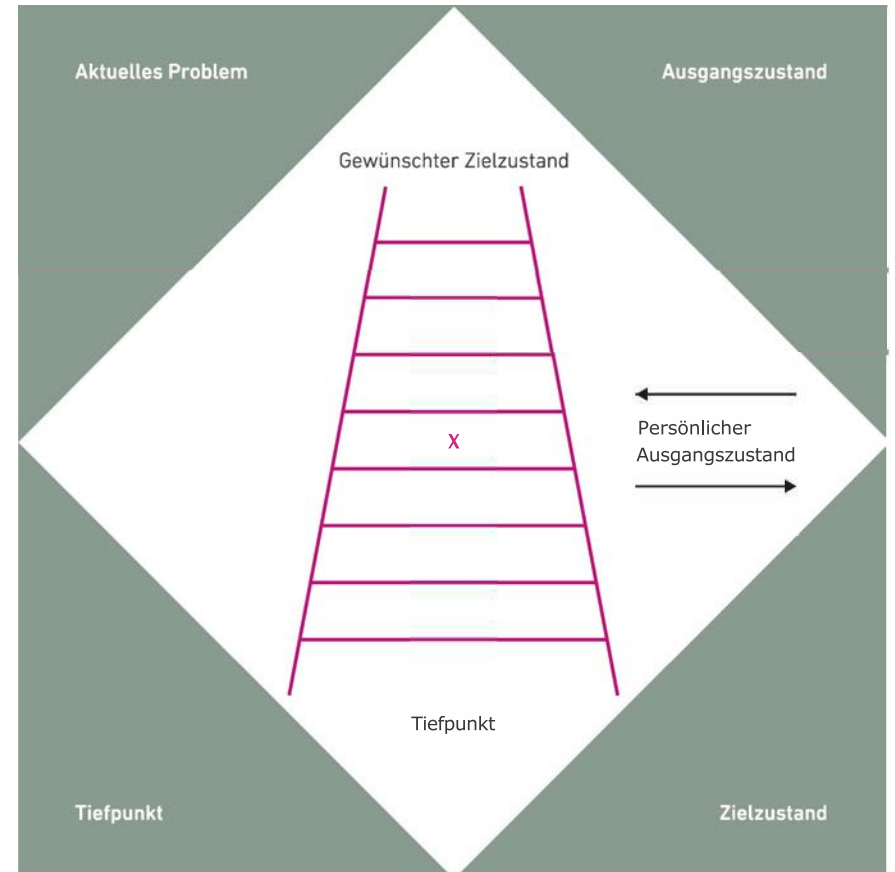


Abbildung 9.3: Entfernung des Standortes zum erwünschten Zielzustand
(nach Priestley et al., 1978; Petry, 2003, S. 62)

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

9.1.4.2 Emotionstraining

Der Konsum von Rauschmitteln und süchtiger Verhaltensmuster dienen wesentlich der Modulation von Gefühlen, d. h., der Konsum und Missbrauch von psychotropen Substanzen oder exzessives Glücksspielen ist durch die Vermeidung unangenehmer Gefühle oder das verstärkte Erleben angenehmer Gefühle motiviert. Süchte entstehen von daher eher bei Personen, die eine geringe Toleranz gegenüber unangenehmen Gefühlszuständen besitzen oder in ihrer gefühlsmäßigen Erlebniszufähigkeit eingeschränkt sind. Die Behandlung von Suchtpatientinnen und Suchtpatienten beinhaltet deshalb immer auch eine Verbesserung der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Gefühlen (Schröder, Petry, 2003; Ionescu, 2010; Kober, 2014). Glücksspielsüchtige zeigen entsprechend eine besondere Rückfallgefährdung beim Umgang mit negativen Gefühlen und bei sozialen Konflikten (Cummings, Gordon, Marlatt, 1980).

In der Verhaltenstherapie existieren inzwischen ausgearbeitete Trainingsprogramme zur Verbesserung der Gefühlsregulation (Berkling, 2010; Lammers, 2015; Barnow, 2018; Sulz, 2022). Ausgangspunkt des hier dargestellten Trainings (Schröder, Petry, 2003) 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). Gefühle lassen sich auf einem Kreis in Bezug auf die beiden Dimensionen nach Ähnlichkeit anordnen.

Beim Erlernen grundlegender Fertigkeiten der Gefühlswahrnehmung und des Gefühlsausdrucks kann zum Anwärmen in der Gruppe auf Pantomime-Techniken, die sich der Körpersprache bedienen, zurückgegriffen werden. Eine in diesem Fall geeignete Übung trägt den Namen „Fratzen-Weitergabe“. Hierbei stehen die Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer im Kreis. Die Aufgabe lautet, dass jedes Gruppenmitglied der Reihe nach eine Fratze mit dem eigenen Gesicht formt und der jeweiligen Nachbarin oder dem Nachbarn diese nachbilden muss. Sobald dies gelungen ist, was durch ein Kopfnicken bestätigt wird, verwandelt sie oder er die Fratze, um sie an die benachbarte Mitspielerin oder den Mitspieler weiterzugeben.

Daran anschließend eignet sich die Übung „Gefühle erraten“, um die Gefühlswahrnehmung 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 die nächste Darstellerin oder der nächste Darsteller. Diese Übung lässt sich auch durch Einbeziehung aller Gruppenmitglieder realisieren. Dabei sitzen sich zwei Untergruppen gegenüber, die jeweils im Wechsel einen

vorgegebenen Gefühlszustand darstellen, bis die Gegengruppe ihn erraten hat. Dazu werden Karteikarten als Vorgaben 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 (Schröder, Petry, 2003).

Darauf aufbauend können „Erlebnisaktivierender Verfahren“ zur Verbesserung der Gefühlswahrnehmung einbezogen werden. Ein Beispiel ist die nichtsprachliche Übung „Eindringen“, 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“ („Ich darf niemandem weh tun!“ oder „Sich durchzusetzen ist gefährlich!“) bewusst gemacht und mit Methoden der kognitiven Umstrukturierung bearbeitet werden (Eismann, Lammers, 2017). Beim Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung können neben diesem allgemeinen Emotionstraining speziell hierfür entwickelte Trainingsprogramme eingesetzt werden (Linden, Hautzinger, 2022).

Der therapeutische Umgang mit Schamgefühlen bei süchtigen Personen (Potter, 2002) erfordert besondere Kompetenzen seitens der Therapeutinnen und Therapeuten (Lammers, 2016). Scham als das verborgene Gefühl, bestimmten Normen oder Ansprüchen nicht gerecht geworden zu sein und dies als Ausdruck eigener Mängel zu betrachten, steht in einer zirkulären Beziehung zu süchtigem Verhalten: Schamgefühle führen zu einem verstärkten Suchtverhalten und werden durch dieses weiter verstärkt (Tretter, 2005, S. 516). Eine Bedingung sowohl für Schamgefühle als auch für problematischen oder süchtigen Rauschmittelgebrauch liegt in frühkindlichen traumatischen Erfahrungen, die oft in suchtblasteten Familien erlitten werden (Wichert, 2007; Grechenig, 2012). Bei Glücksspielsüchtigen sind Schamgefühle mit ungünstigen Bewältigungsmechanismen (Vermeidung, Flucht) für unangenehme Gefühle im Allgemeinen verbunden (Schlagintweit et al., 2017; Ridder, Deighton, 2022). Die durch Schamgefühle beeinträchtigte Gefühlsregulation wird zusätzlich durch Selbstanklage weiter verstärkt (Estévez et al., 2022).

9.1.4.3 Geld- und Schuldenmanagement

Auf den zentralen Stellenwert des Geldes für die Entwicklung der Glücksspielproblematik wurde am eindringlichsten von Custer und Milt (1985) innerhalb ihres Phasenkonzeptes zum „zwanghaften Glücksspielen“ hingewiesen (vgl. Kapitel 3.2.2.1).

Das Grundprinzip des Geld- und Schuldenmanagements besteht zunächst darin, die unmittelbare und selbstkontrollierte Veränderung des finanziellen Verhaltens und des Umgangs mit Schulden zu fördern. Das Vorgehen zielt darauf, die im Laufe der Glücksspielerkarriere eingetretene „Geldentwertung“ (Abt, Smith, McGurrian, 1985; Brandt, 1993), die dazu führt, dass Geld nur noch als Mittel zur Aufrechterhaltung des Glücksspielverhaltens fungiert (sogenanntes Spielgeld), stufenweise abzubauen und die kurzfristige Orientierung an dem jeweils unmittelbar vorhandenen Geld aufzuheben. Von Yablonsky (1992) wurde dazu das *Prinzip des frei verfügbaren Einkommens* mit dem Grundsatz der aufgeschobenen Befriedigung eingeführt. Nach der Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben durch eine detaillierte Haushaltsanalyse steht nur der verbleibende Restbetrag zur Verfügung (Lenhard, Nebendorf, 1996; Abraham, 2002).

Vor allem im Rahmen der ambulanten Beratung und Behandlung ist ein zweistufiges Vorgehen erforderlich: Zunächst kann aufgrund der anfänglich starken Rückfallgefährdung eine fremdkontrollierte Geldverwaltung erforderlich sein. Erst im Verlauf der Therapie sollte mit zunehmender Stabilisierung der Glücksspielabstinenz ein schrittweiser, selbstkontrollierter Umgang mit Geld einsetzen. Im geschützten Setting einer Klinik kann dies mit Unterstützung von Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten systematisch trainiert werden (Gastinger, Stark, 2012).

Dazu ergänzend ist es notwendig, eine langfristige positive Orientierung zum Sparen aufzubauen. Zunächst kann man sich selbst ein „Gehalt“ zahlen, indem man 10 % des Einkommens auf ein Sonderkonto überweist (Schäfer, 1999, S. 174). Natürlich sollte die Höhe dieser Sparrate individuell festgelegt werden, im Extrem reicht ein sehr kleiner, symbolischer Betrag aus. Dieser ermöglicht dennoch das Erlebnis, wieder ein eigenes, zunächst bescheidenes Sparguthaben zu besitzen.

Tabelle 9.3: Vor- und Nachteile der Geldverwaltung durch Dritte

Vorteile:	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Sichert das Einkommen • Bringt Ruhe in das Familiensystem • Stabilisiert die „Glücksspielfreiheit“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Schränkt die Autonomie ein • Keine gleichberechtigte Beziehung • Kann zu Frustrationen führen
<p>Intelligente Vereinbarungen treffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konto für persönliches Budget einrichten • Statt täglichem Taschengeld einen Wochenbetrag überweisen • Laufzeit partnerschaftlich vereinbaren 	

Eine Ergänzung dieses Ansatzes bietet die „holländische Geizbewegung“. Van Veen und van Eeden (1996, 1997) zeigen an vielfältigen Beispielen Einsparmöglichkeiten auf, indem sie z. B. die Frage stellen: „Haben Sie beim Duschen das Licht an?“ und stellen fest, dass Duschen im Dunkeln, am besten zu zweit, Wasser und Energie spart und auch noch gut für den Blutdruck ist (1997, S. 19 f.). Sie vermitteln Grundprinzipien wie das *Halbierungsprinzip* (ebd., S. 36 f.), wonach man z. B. beim Haare waschen die Dosis des Haarwaschmittels sukzessive immer weiter bis zur Wirkungsgrenze reduziert, oder die Methode des *erstaunten Zwerges* (1996, S. 16 ff.), der aus einer distanzierten Sicht die alltägliche Haushaltsführung ökonomisch analysiert und beim Kochen immer wieder hinterfragt, ob das eine oder andere notwendig ist, also ob die Kartoffeln bis zum Ende auf der heißen Herdplatte verbleiben müssen oder nicht im Gartopf, den die Großmutter schon kannte, zu Ende garen können.

Dabei lässt sich unter Bezug auf die Entwicklung der Kreditaufnahme und Verschuldung innerhalb der Allgemeinbevölkerung feststellen, dass die Verschuldung von behandelten Glücksspielern und Glücksspielerinnen noch weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt (Denzer et al., 1995) liegt und am höchsten unter allen Formen von Suchterkrankungen ausfällt (Meyer, 2022, S. 104). Entsprechend ist die Verschuldung ein wesentliches Ausgangsmotiv zum Aufsuchen einer Beratung oder Behandlung bei Glücksspielsüchtigen (Groth, 1998). In der Regel besteht deshalb die Perspektive einer nur über viele Jahre reichenden Entschuldung, wobei bei einer extrem hohen Verschuldung oder einem sehr geringen Einkommen auch das private Insolvenzrecht in Betracht zu ziehen ist (Reischel, 2014).

Im Rahmen einer Schuldenregulierung (Groth, Mesch, 2014) entsteht durch den langwiedrigen Abtrag von Schulden allein keine ausreichende Motivation. Es ist vielmehr wichtig, ein positives Ziel zu haben, auf das man sofort hinarbeiten kann. Deshalb gilt die Regel, immer nur 50 % des Geldes, das man erübrigen kann, zur Abtragung der Schulden zu verwenden, während die übrigen 50 % schrittweise angespart werden sollten, um eine neue Perspektive zu gewinnen (Schäfer, 1999, S. 132 f.). Wiederum sollte die Abtrags- bzw. Sparrate den individuellen Bedingungen angepasst werden, d. h., auch hier kann mit einem wesentlich geringeren Sparanteil eine verstärkte Motivation zum langfristigen Schuldenabbau erzielt werden. Von den Anonymen Spielern wurde das *Prinzip der unmittelbaren Rückzahlung* begründet. Dies bedeutet, dass selbst bei einem geringen finanziellen Spielraum auch kleinere Beträge an private und öffentliche Gläubigerinnen und Gläubiger geleistet werden.

9.2 Katamnestik

Die im Folgenden dargestellten Befunde beziehen sich auf das ambulante und stationäre Beratungs- und Behandlungssystem in Deutschland. Hierzulande besteht eine über 100-jährige Tradition für Katamnesen bei stoffgebundenen Süchten (Engelbrecht, Rösner, 2014). Dabei werden die Abstinenzquoten in der Regel ein Jahr nach Behandlungsende erfasst. Die Mehrheit der Untersuchungen bezieht sich auf die mehrmonatige stationäre Behandlungsform. Das komplexe Behandlungsangebot umfasst sozio-, psycho-, ergo- und sporttherapeutische Maßnahmen sowie die allgemeinmedizinische und psychiatrische Therapie. Durch dieses Angebot erreicht ca. die Hälfte der Behandelten eine dauerhafte Abstinenz, während die erzielte Abstinenzquote im angelsächsischen Bereich lediglich bei ca. einem Drittel liegt (Süß, 1995; National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2022). Der Unterschied erklärt sich aus der geringeren Komplexität und wesentlich kürzeren Behandlungsdauer im angelsächsischen Raum.

Bezogen auf die Behandlung der Glücksspielsucht bezieht sich die Evaluation in den USA eher auf randomisierte Kontrollgruppenvergleiche (Ribeiro, Afonso, Morgado, 2021) einfacher kognitiv-behavioraler Programme (Petry, 2005, S. 227–265; Whelan, Steenbergh, Meyers, 2007, S. 43–63; Raylu, Oei, 2010). In Deutschland existiert dagegen ein flächendeckendes glücksspielbezogenes ambulantes und stationäres Versorgungssystem (Meyer, 2022), das hinsichtlich Dauer, Komplexität, Differenziertheit und Effektivität (Petry, 2016; Meyer, Bachmann, 2017) international einmalig ist. Zur Wirksamkeit der ambulanten Behandlung gibt es erste Studien. Für den stationären Bereich liegen inzwischen auch multizentrische Katamnesen vor.

9.2.1 Ambulante Beratung und Behandlung

Die Forschung zur ambulanten Behandlung von Glücksspielsüchtigen hat erst spät begonnen (Tecklenburg, Koshal, 2010). Die im Folgenden referierten Studien erfassen die Reduzierung der Glücksspielsymptomatik, dabei werden keine Abstinenz- und Rückfallquoten wie im stationären Bereich, berechnet.

Mit der Studie von Bickl und Mitarbeitern (2021) existiert eine erste anspruchsvollere Katamnesestudie (N = 145). Die Veränderung der „Glücksspielstörung“ wurde zu Behandlungsbeginn (baseline) und alle sechs Monate über drei Jahre mit sinkender Teilnahme (N = 105, 94, 73 u. 65) nachbefragt. Die Schwere der „Glücksspielstörung“ nach DSM-5, Intensität des Glücksspielverhaltens (Stunden des Glücksspielens pro Spieltag) und Häufigkeit (Anzahl von Spieltagen pro Woche) war nach drei Jahren (um 39,2 %, 75,6 % u. 77,0 % jeweils) deutlich reduziert. Die größte Reduktion erfolgte innerhalb der ersten sechs Monate und stabilisierte sich in der Folge. Glücksspielsüchtige mit Migrationshintergrund profitierten deutlich weniger von der Behandlung, was für die Notwendigkeit eines differenzierten Behandlungsangebotes spricht (vgl. Kapitel 10.3).

Von Buchner (o. J.) wurde eine explorative Studie zum „kontrollierten Spielen“ durchgeführt. Es handelt sich um die Evaluation einer zwölfwöchigen ambulanten Behandlung (N = 89). Die Zwölfmonats-Katamnese ergab Hinweise, dass Personen mit geringerer psychischer Komorbidität, selteneren Suizidversuchen, geringer ausgeprägtem Glücksspielverhalten und mit weniger negativen Folgen durch das Glücksspielen eher in der Lage waren, ihr Glücksspielen zu reduzieren. Dies entspricht den Befunden zu stoffgebundenen Süchten, wonach bei einer geringeren Schwere der Suchtproblematik die Indikation zur Konsumreduktion bestehen kann (Schuhler, Baumeister, 1999, S. 119 f.), während bei einer ausgeprägten Sucht das Abstinenzprinzip die alleinige Option darstellt (Küfner et al., 1986; Petry, 2003, S. 53 f.).

9.2.2 Stationäre Behandlung

Die sechs in den 1990er-Jahren veröffentlichten Katamnesen zur stationären Rehabilitation zeigen eine große Streubreite der Erfolgsquoten zwischen 18,8 % und 75,6 % bei einer ebenso großen Streuung der Ausschöpfungsquoten zwischen 35,4 % bis 97,9 % (Petry, 2001). Dies erklärt sich damit, dass die Behandlung der Glücksspielsucht in Deutschland damals am Beginn stand, insbesondere war die Behandlungsbedürftigkeit und damit die Finanzierung durch die Kostenträger umstritten. Seit Inkrafttreten der „Empfehlungen der Spitzenverbände“ im Jahr 2001 (vgl. Kapitel 8.1) hat sich dies gewandelt.

Die aussagekräftigste Katamnese unter den frühen Studien (Petry, Jahrreiss, 1999; Petry, 2001) umfasste 48 Patientinnen und Patienten einer kurz- bis mittelfristigen psychosomatischen oder mittel- bis langfristigen suchtherapeutischen Behandlung. Die Ausschöpfungsquote der Nachbefragung war mit 97,9 % fast perfekt. Der Erhebungszeitpunkt lag ein Jahr nach der Behandlung, wobei das gesamte Nachbefragungsintervall bei den Betroffenen und ihren Angehörigen abgefragt wurde. Es ergab sich eine hohe Übereinstimmungsquote von 84,4 % bei einer Ausschöpfungsquote von 80,9 %: Während bei drei Paaren die Betroffenen von einem Rückfall berichteten, von dem die Angehörigen nichts wussten, lag nur bei zwei Paaren eine Verleugnungstendenz vor, d. h., dass die Angehörigen im Gegensatz zu den Betroffenen von einem Rückfall berichteten. Darüber hinaus wurden die objektiven Daten der Reha-Verlaufsstatistik (Beitragszahlungen zur Rentenversicherung) und der Arbeitsunfähigkeitszeiten durch die Krankenkassen erfasst. Es erfolgte ein realer Vorher-Nachher-Vergleich, indem das Glücksspielverhalten und die objektiven Daten im Jahr vor der Behandlung und nach der Behandlung vergleichend erfasst wurden. Die geschätzte Erfolgsquote betrug 61,7 % (Berechnungsformel III / nur antwortende Personen als Bezug) bzw. 60,4 % (Berechnungsformel IV / Gesamtstichprobe als Bezug). Gleichzeitig ergab sich eine signifikante Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage um 38,1 % im Vergleich zwischen dem Jahr vor und nach der Behandlung. Hinweise auf eine „Suchtverlagerung“ ergaben sich nicht, stattdessen fand eine tendenzielle Reduzierung des Konsums stofflicher Rauschmittel statt. Darüber hinaus ergab sich eine signifikante Reduzierung der Verschuldung.

Inzwischen gibt es multizentrische Katamnesen von Rehabilitationskliniken für Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatische Erkrankungen, die eine gute Effektivität der Behandlung von Glücksspielsüchtigen belegen: Die Studie des Fachverbandes Sucht (FVS) von Premper und Mitarbeitern (2014) kommt, bezogen auf die Gesamtstichprobe (Berechnungsformel IV: N = 617), zu einer Erfolgsquote (durchgehend abstinent plus abstinent nach Rückfall) von 44,1 % und bezogen auf die Antwortenden (Berechnungsformel III: N = 345) auf eine Erfolgsquote von 71,0 %. Die Studie des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (Koch et al., 2015) ergab für die Gesamtstichprobe (N = 402) eine Erfolgsquote von 34,1 % und für die Antwortenden (N = 304) eine Erfolgsquote von 45,1 %. Nach den Katamnese-Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992) zählen alle, die nicht antworten, als rückfällig, was zu einer Unterschätzung der Erfolgsquote nach der Berechnungsformel IV führt, da sich darunter auch erfolgreiche (durchgehend und nach Rückfall abstinente) Patientinnen und Patienten befinden. Nach einer groß angelegten Non-Responder-Studie (N = 11.026) zur Rehabilitation Alkoholsüchtiger kann angenommen werden, dass die Erfolgsquote in Bezug auf die Gesamtstichprobe um mindestens 10 % höher liegt (Bernert, Krüger, Spyra, 2018).

Tabelle 9.4: Erfolgsquoten der stationären Rehabilitation

12-Monats-Katamnesen	FVS*		bus.**	
	IV	III	IV	III
Abstinent	26,7 %	47,8 %	17,7 %	23,4 %
Abstinent nach Rückfall	13,0 %	23,2 %	16,4 %	21,7 %
Rückfällig	16,2 %	29,0 %	65,9 %	54,9 %
Erfolg (Abstinent und Abstinent nach Rückfall)	44,1 %	71,0 %	34,1 %	45,1 %

Quellen: Premper et al., 2014; Koch et al., 2015

* Fachverband Sucht
 ** Bundesverband Suchthilfe e.V.

Als Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung der Glücksspielabstinenz erwiesen sich eine geringe Fähigkeit zum Umgang mit negativen Gefühlen, eine hohe Anzahl von Spieltagen pro Monat, hohe kognitive und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen, eine geringe Anzahl glücksspielfreier Tage vor Behandlungsbeginn und das Vorliegen von Arbeitslosigkeit (Premper et al., 2014).

9.3 Angehörige und Bezugspersonen

Problematisches und süchtiges Glücksspielen belastet auch das Umfeld der Betroffenen. Familienangehörige, der Freundeskreis und Arbeitskolleginnen und -kollegen und Vorgesetzte bekommen die negativen Auswirkungen zu spüren. Schätzungen zufolge sind acht bis zehn Personen aus dem sozialen Umfeld von Glücksspielsüchtigen mitbetroffen. Sie leiden unter den negativen Auswirkungen der Erkrankung (massive finanzielle Probleme, Vertrauensverlust, evtl. Wohnungs- und Arbeitsplatzverlust, Inhaftierung der glücksspielsüchtigen Person etc.) und brauchen in diesen oft extremen Stresssituationen Hilfe und Unterstützung.

Die Gruppe der Angehörigen wird von der professionellen Suchthilfe zunehmend ins Blickfeld genommen. So gibt es vermehrt Angebote zur Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung von Glücksspielsüchtigen (Paar- und Familiengespräche) und Angebote, die sich an Angehörige speziell richten (Buchner, Koytek, 2017). Dies ist in mehrfacher Hinsicht notwendig und begrüßenswert: Angehörige stellen häufig den ersten Kontakt zum Suchthilfesystem her, können ein suchtförderndes Verhalten entwickeln und sich selbst erheblich belastet. Sehr häufig frequentiert werden zunächst niedrighschwellige Angebote wie Facebook-Gruppen, Internetforen (vgl. Kapitel 7.3) und Hotlines. Beiträge von Angehörigen aus dem Forum Glücksspielsucht (<https://www.forum-gluecksspielsucht.de/>) illustrieren eindrücklich, mit welcher Bandbreite von Belastungen die Glücksspielsucht eines Partners, einer Partnerin oder eines Kindes einhergeht. Viele beschreiben, wie lange es gedauert hat, bis sie überhaupt bewusst wahrgenommen haben, dass etwas nicht stimmt. Einige geben sich hierfür selbst die Schuld und zweifeln an ihrer Wahrnehmung:

Beiträge aus dem Forum Glücksspielsucht:**„Hey Leute,**

Ich schreibe euch in der Hoffnung, dass jemand mir weiterhelfen oder Tipps geben kann.

Mein Partner und ich sind nun seit mittlerweile acht Jahren ein Paar. Nach drei Jahren hat er mir gestanden, dass er spielsüchtig ist und hohe Schulden hat. Er hat mir versprochen, dass er nicht mehr spielen würde, und ich habe es geglaubt, da ich mich nicht ausreichend mit der Krankheit befasst habe. Im Laufe der vergangenen Jahre ist er immer und immer wieder rückfällig geworden, hat zwischendurch eine ambulante Therapie begonnen und nach einigen Monaten wieder abgebrochen. Aussage: „Er bräuchte es jetzt nicht mehr“, aber es nahm immer dasselbe Ende. Noch mehr Schulden, immer wieder spielen, in Spielhallen oder online. Er hat es mir IMMER verheimlicht. Ich muss leider sagen: Ich bin immer wieder geschockt, wie raffiniert und geschickt er mich anlügt, dass ich auch ja nichts ahne. Ein Jahr lang hat er es geschafft, nicht zu spielen, versucht, sein Leben in den Griff zu bekommen und seine Schulden zu bezahlen. Zuerst hat es super funktioniert und ich war stolz, dass er es ENDLICH begriffen hat – aber auch das hat ihn nicht abgehalten, wieder zu beginnen. Er hatte eine schwierige Kindheit mit viel Gewalt. Nun jetzt frag ich mich, ist es eventuell der Auslöser? Warum begreift er nicht, dass das Spielen und die Schulden sein Leben ruinieren? Und warum er mich immer wieder so leichtfertig anlügt OHNE schlechtes Gewissen. Meine Frage ist: WARUM? Warum sagt er mir nicht Bescheid, bevor er spielt? Warum kann er nicht klar denken? Wir haben eine zweijährige Tochter zusammen. WARUM nimmt er nicht sein Geld und kauft ihr Klamotten oder Spielzeuge, ich kann es einfach nicht verstehen. Was in ihm vorgeht. Warum alles egal ist und das Spielen so eine große Rolle spielt.

Ich freue mich, eure Meinung zu hören“.

(VANESSA am 25. September 2020 um 20:43 Uhr)

„Hallo an alle,

nun ist es so weit, dass ich mir ein paar Tipps bzw. Meinungen einholen möchte. Vor einem Jahr lernte ich einen Mann kennen, er war für mich direkt etwas Besonderes. Wir haben uns verliebt und sind relativ schnell zusammengekommen. Nach ein paar Wochen erzählte er dann, sein Konto sei gesperrt, wegen eines Erbeingangs, welcher nicht zugeordnet werden konnte. Ich habe es geglaubt ... Nach einigen Wochen bat er mich dann um Geld, da er ja nicht an sein Konto konnte. Ich habe ihm immer wieder Geld gegeben ... Dann folgten mehrere Arztbesuche, die er – aufgrund von privat versichert – selbst zahlen musste, und immer wieder hat er Geld von mir bekommen ... Wenn man ihn ansprach, ob er spielsüchtig sei, sagte er immer, nein, auf keinen Fall. Ich würde dich nie belügen. Die Situation spitzte sich so weit zu, dass ich dachte,

dann muss er eine andere haben. Er war tagsüber auch oft weg oder ging abends spazieren für 3,5 Stunden. Für mich spricht alles für eine Spielsucht.

Ich habe unsere Beziehung beendet, da ich mit dieser Unklarheit und meinem komischen Gefühl innerlich überhaupt nicht mehr klarkam.

Ich fühle mich schlecht, mein Herz ist schwer, aber ich kann einfach nicht mehr.

Ich kämpfe mich seit der Trennung die Tage so durch“.

(JOWEIHA am 26. November 2022 um 18:21 Uhr)

„Guten Tag, liebe Mitglieder,

jetzt ist es doch so weit. Ich komme allein nicht mehr klar. Meine Tochter verspielt seit Jahren ihr Geld und wahrscheinlich auch meines. Gerade jetzt, in diesem Moment, muss ich davon ausgehen, dass sie schon wieder ihr komplettes Gehalt, welches sie am 1.8. bekommen hat, verspielt hat. Das bedeutet, sie hat ihre Miete auch nicht bezahlt. Bisher habe ich ihr immer aus allem herausgeholfen; ja, ich weiß, das ist falsch, aber ich kann sie einfach nicht aufgeben. Ich habe für sie eine Spielersperre durchgesetzt über OASIS, damit war sie auch einverstanden. Trotz dessen scheint es ihr immer noch möglich zu sein, irgendwo in einem Online-Casino zu spielen. Ich glaube, das Casino ist in Malta, das konnte ich kurz sehen, als ich ihren Kontoauszug sah. Es hat sehr lange gedauert, bis ich dahintergekommen bin, dass sie spielt, und seitdem finde ich keine Ruhe mehr. Ich schlafe allerhöchstens drei Stunden die Nacht, dann stehe ich auf und meine Gedanken kreisen nur um sie. Bis jetzt habe ich alles für sie bezahlt, aber meine finanziellen Möglichkeiten sind nun auch erschöpft. Obwohl sie das weiß, kommt sie scheinbar nicht gegen ihre Sucht an.

Trotz allem Übel möchte ich erwähnen, dass sie ein sehr liebenswerter Mensch ist, immer zur Stelle, wenn man sie braucht, und sehr hilfsbereit. Sie ist doch erst 29 Jahre und hat schon einen Berg voller Schulden. Abgesehen von den Schulden, die sie bei mir hat, bestehen da auch noch andere. So hat sie u. a. mit einer Kreditkarte 8.000 Euro verspielt. Wie geht das, wie ist das möglich, trotz negativer Schufa? Es ist wohl nur eine Frage der Zeit, wann sie durch diese Sucht auch ihre Arbeitsstelle verliert. Und dann wohl auch ihre Wohnung. Ich weiß ja, dass es ihr wirklich leidtut und sie auch alles sehr bereut, aber das ist wahrscheinlich alles nur Lug und Trug.

Sie ist wirklich kein schlechter Mensch und ich liebe sie über alles, aber heute habe ich ihr gesagt, dass ich mit ihrem Vater jetzt über alles reden werde und dass meine Entscheidung nun feststeht. Auch ich kann manchmal nicht mehr. Sorry, ihr habt bestimmt genug zu lesen, aber manchmal hilft es ja schon, wenn man sich etwas von der Seele schreibt. Danke fürs Lesen und liebe Grüße“.

(KARIN22 am 3. August 2022 um 11:15 Uhr)

9.3.1 Das „Co-Abhängigkeits“-Konzept

In der Mitte des vergangenen Jahrhunderts entstand in der Selbsthilfebewegung der Vereinigten Staaten von Amerika das „Co-Abhängigkeits“-Konzept. Es wurde in Deutschland in den 1970er- und 1980er-Jahren insbesondere durch populärwissenschaftliche und Ratgeberliteratur bekannt (Burr, 1982; Schaef, 1989). 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 der Partnerin oder des Partners eigene Defizite überdecken könnten.

Nach dem Konzept der „Co-Abhängigkeit“ werden Angehörige gleichermaßen zu potenziell Kranken erklärt, deren Heilungsweg ausschließlich in Form von Abgrenzung zur oder zum Suchtkranken möglich ist, unabhängig vom Wunsch des belasteten Paares bzw. des Angehörigen.

Auszug aus dem Memorandum der DHS: Angehörige in der Suchtselbsthilfe

„... Angehörige sowie die suchtmittelabhängigen Partnerinnen oder Partner sind jedoch in ihren Bewältigungsbemühungen und (Belastungs-)Reaktionen differenziert zu betrachten. Sie haben ein Recht auf individuelle Betrachtung ihrer Bedarfe und Bedürfnisse sowie auf individuell abgestimmte Hilfsangebote – sowohl innerhalb der beruflichen Hilfeeinrichtungen sowie auch innerhalb der Sucht-Selbsthilfe. Die Zuschreibung der „Co-Abhängigkeit“ verunsichert und schwächt die Angehörigen zusätzlich. Sie würdigt weder die ernstgemeinten und konstruktiven Bemühungen, das suchtkranke Familienmitglied zu unterstützen, noch nimmt sie die vielen (unter erschwerten Lebensbedingungen mobilisierten) Stärken und Bewältigungsstrategien Angehöriger ernst.

Zudem wird es für Angehörige schwieriger, angemessen für sich selbst zu sorgen und bei Bedarf einen eigenen Zugang zu einem für sie angemessenen Hilfesystem zu finden, wenn sie mit einer stigmatisierenden Zuschreibung rechnen müssen.

Das Konzept der „Co-Abhängigkeit“ ist vor diesem Hintergrund sehr umstritten. Inzwischen gilt es als belegt, dass unterstützende Angehörige ein wichtiger Wirkfaktor für die erfolgreiche Gesundung eines Suchtkranken sein können. Insofern unterwandert das Konzept der „Co-Abhängigkeit“ auch den etwaigen Wunsch eines Paares, gemeinsam die suchtbedingten Belastungen durchzustehen und nach entsprechenden Hilfen zu suchen.

Hilfestellungen – gleich ob in der Sucht-Selbsthilfe oder in der beruflichen Suchthilfe – brauchen eine offene Haltung und Mut, individuelle Bewältigungsstrategien der suchtmittelabhängigen Menschen und der Angehörigen zu unterstützen beziehungsweise auszuhalten“. (DHS-Memorandum: Angehörige in der Sucht-Selbsthilfe, 2013, S. 4)

Klein (2000) und Bischof und Klein (2013) haben unter Rückgriff auf empirische Arbeiten darauf hingewiesen, dass Angehörige von Suchtkranken stressbedingt überdurchschnittlich leiden und Störungen entwickeln können und dass eine pauschale Etikettierung als psychisch gestört unzutreffend ist. Von Uhl und Puhm (2007) wurde 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 entschuldigt, kann dies auch der Existenzsicherung der ganzen Familie dienen. Der Autor und die Autorin 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 (Dyck, 2010).

Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren eine weitere inhaltliche Differenzierung von Co-Abhängigkeit entwickelt. Flassbeck (2020) setzt einen neuen Schwerpunkt auf die Betroffenheit und die Leiden der Angehörigen (Flassbeck, 2022) und begründet detailliert einen eigenständigen Hilfe- oder Therapiebedarf für „Co-abhängig-Mitbetroffene“ (Flassbeck, Barth, 2020). Das „Krankwerden“ an der Sucht des Angehörigen stellt an Therapeutinnen und Therapeuten besondere Anforderungen, auch an die Kenntnisse suchtdynamischer Prozesse.

9.3.2 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 Ehepartnerinnen und -partner bürgen für Kredite, lösen eigene Sparkonten auf oder verkaufen Wertgegenstände. Diese Unterstützung ist verbunden mit der Hoffnung, dass die Belastung für die Glücksspielerin oder den Glücksspieler nachlässt, wenn die Schulden erst mal weg sind, sodass sie oder er dann nicht mehr spielen muss (vgl. Kapitel 2.5.1). Manche haben auch die nicht unberechtigte Angst, dass die Partnerin, 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, keine Schulden oder Bürgschaften zu übernehmen und auf keinem Fall die eigene Kreditkarte zur Verfügung zu stellen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2013).

Das Fehlen charakteristischer Auffälligkeiten macht es für Angehörige außerordentlich schwer, die Teilnahme an Glücksspielen oder Rückfälle zu erkennen. Dieser Umstand verstärkt das Misstrauen gegenüber den Betroffenen. Jede nicht kontrollierbare Abwesenheit kann deshalb bei Angehörigen bereits Auslöser für neue Sorgen und Ängste sein. Zur wirtschaftlichen kommt die psychische Belastung hinzu. Für Angehörige kann es entlastend sein, sich Folgendes bewusstzumachen:

- Ängste und Misstrauen sind verständlich und nachvollziehbar, dennoch ist es unmöglich, alles zu überwachen und zu kontrollieren und den Partner, die Partnerin oder das Kind vor einem Rückfall zu beschützen.
- Betroffene finden mit Sicherheit Wege, die Überwachung zu unterlaufen.
- Sie sind zudem 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 vornehmen, dem Menschen gegenüber jedoch ein positives Angebot unterbreiten.

Unter diesem Blickwinkel sollte alles unterlassen werden, was den Versuch der Lösung vom Suchtverhalten verhindert oder verzögert. Der mitbetroffene Angehörige sollte konsequent bleiben und sich nicht als stabilisierende 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 zur suchtbetroffenen Person gut. Hilfreich kann hierbei die Unterstützung der Angehörigen durch Beratungsstellenangebote, Angehörigenselbsthilfegruppen oder spezialisierte psychotherapeutische Angebote sein.

9.3.3 Ambulante Programme für Angehörige

In Bayern hat die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS, o. J. a) im Rahmen ihrer Tätigkeit für die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG) das psychoedukative Programm ETAPPE (*Entlastungstraining für Angehörige pathologischer und problematischer Glücksspieler – psychoedukativ*) entwickelt, in mehreren Beratungsstellen erprobt und inzwischen auch evaluiert. 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/der Partnerin/des 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.

Ergänzend hat die Bayerische Landesstelle zwei weitere niedrigschwellige Onlineprogramme aufgelegt. Das Programm *Entlastung für Angehörige Efa* (BAS, o. J. b)

besteht aus sechs Modulen, die idealerweise im Abstand von einer Woche bearbeitet werden. In den Modulen werden die Themenbereiche Grundlagen der Glücksspielsucht, Stress, Verantwortung, Kommunikation, soziale Unterstützung und Ausblick (weitere Hilfemöglichkeiten und Zukunftsplanung) behandelt. Das Angebot *LOSgelöst* (BAS, o. J. c) ist ein kostenloses Selbsthilfeangebot mit Videos und zusätzlichen Informationen für Familien von Menschen mit Glücksspielproblemen.

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 Teilnehmenden 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 der Partnerin, des Partners oder des Kindes verbunden ist.

Angehörigenarbeit ist ausgewiesener Bestandteil der stationären und ambulanten Rehabilitation bei Glücksspielsucht. Neben Paar- und Familiengesprächen werden zunehmend auch Eltern-Kind-Seminare angeboten. In der ambulanten Rehabilitation werden zusätzlich zu den 40 Therapie-Einheiten für den Betroffenen bzw. die Betroffene vier weitere Einheiten für die Angehörigenarbeit finanziert. Durch die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie sind systemische und familientherapeutische Verfahren jetzt auch im Rahmen der krankenkassenfinanzierten ambulanten Psychotherapie anwendbar (vgl. Kapitel 8.2).

9.3.4 Gemeindeorientierte Familientherapie

Inzwischen besteht ein psychotherapeutischer Ansatz für Angehörige von Suchtkranken, der vor dem Hintergrund einer Gemeindeorientierung psychosoziale, motivationale, klassisch verhaltenstherapeutische und medikamentöse Interventionen verbindet: Mit Suchtfamilien arbeiten *CRAFT*: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit (Smith, Meyers, 2007). Die Ziele sind sowohl die Motivierung süchtiger Personen zur Behandlung unter Beteiligung der Angehörigen als auch die Verbesserung der Lebensqualität betroffener Familienmitglieder. Der Ansatz erweist sich im Vergleich zu konfrontativen Strategien und den Vorstellungen zur „Co-Abhängigkeit“ empirisch als überlegen.

Tabelle 9.5: Bestandteile der gemeindeorientierten Familientherapie

Gemeindeorientiertes familientherapeutisches Training
Motivierung der angehörigen Person zur Veränderung
Analyse des Suchtverhaltens durch die angehörige Person
Erwerb von Strategien gegen drohende Gewalt
Erlernen von Kommunikationsstrategien der angehörigen Person
Positive Verstärkung (Belohnung) nichtsuchtigen Verhaltens durch die angehörige Person
Negative Verstärkung (Bestrafung) süchtigen Verhaltens durch die angehörige Person
Behandlungsangebote an die süchtige Person

Quelle: Meyers, Smith, 2007

9.3.5 Kinder von glücksspielsüchtigen Eltern(teilen)

Auch Kinder, die gemeinsam mit einer oder einem Glücksspielsüchtigen in der Familie leben, sind belastet. Die Familienatmosphäre kann als angespannt, unberechenbar und willkürlich beschrieben werden (Zobel, 2008). Da die Glücksspielsucht eine eher 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, diese aber dennoch wahrnehmen. 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 der oder 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.

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 süchtig spielenden Elternteil stellen somit eine Risikopopulation für die Entwicklung eines problematischen Glücksspielverhaltens dar (Zobel, 2008).

In einer explorativen Befragungsstudie (Fischer, Klein, 2021) wurden Jugendliche und junge Erwachsenen im Alter von 15 bis 35 Jahren, von denen mindestens ein Elternteil glücksspielsüchtig war, im Querschnitt (N = 67) befragt. Bezogen auf die familiäre Situation zeigten sich fehlende emotionale Nähe, Liebe, Geborgenheit, emotionale und finanzielle Sicherheit sowie elterliche Unberechenbarkeit und Unzuverlässigkeit. Im sozialen Umfeld ergaben sich verstärkte Ausgrenzung, sozialer Rückzug und Isolation. Die betroffenen Kinder wiesen im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung einen früheren und häufigeren eigenen Kontakt mit Glücksspielen, insbesondere Sportwetten, auf. Neben der erhöhten Suchtgefährdung bestand eine verstärkte psychische Belastung. Im Vergleich zu Familien mit einer stoffgebundenen Suchtbelastung bestätigt die Untersuchung die fehlende Durchschaubarkeit der elterlichen Glücksspielproblematik und die soziale Ausgrenzung durch eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten als spezifische Belastungsfaktoren.

Die suchtherapeutische Versorgung von Kindern aus glücksspielsuchtbelasteten Familien ist insgesamt betrachtet unzureichend. Ambulante Beratungsstellen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen bieten gemeinsame Eltern-Kind-Gespräche nur in begrenztem Umfang an. Nur wenige Rehabilitationskliniken ermöglichen die Mitaufnahme von Kindern zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung. Dies erfolgt in speziellen Eltern-Kind-Gruppen (Gruppentherapie, Sport- und Bastelstunden). Begleitend werden die Kinder in öffentlichen Kindertagesstätten und Schulen vor Ort betreut (Fuchs, Sobottka, 2013).

9.4 Pharmakotherapie

9.4.1 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 (Victorri-Vigneau, 2018; Goslar et al., 2019). Ausgehend von den dargestellten neurobiologischen Grundlagen (vgl. Kapitel 3.1.2) lassen sich grundsätzlich verschiedene Ansätze zur Pharmakotherapie ableiten.

Die Hoffnungen, die man nach deren Entwicklung in die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gesetzt hatte – sie sollten das genannte Serotonindefizit ausgleichen und so einen Effekt auf das Glücksspielverhalten bzw. Suchtverlangen haben – erfüllten sich bislang nicht.

Der Einsatz von Stimmungsstabilisatoren (z. B. Valproat oder Lithium), die im Allgemeinen Effekte auf Impulsivität und Affektlabilität haben und in einzelnen Studien zum Teil günstige Effekte bei der Behandlung der Glücksspielsucht zeigten, hat sich bei Glücksspielsüchtigen ohne affektive Komorbidität bislang nicht durchgesetzt.

Neuroleptika könnten durch ihre Blockierung der dopaminergen Transmission Einfluss auf das dopaminerge Belohnungssystem nehmen. Allerdings fehlen hier bislang aussagekräftige Belege für die klinische Wirksamkeit und es mehren sich Hinweise auf eine Zunahme des Glücksspielverhaltens unter Dopamin-Antagonisten (vgl. unten).

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. Metaanalysen liefern Hinweise auf einen Effekt dieser Substanz bei Glücksspielsucht (Grant et al., 2014; Goslar et al., 2019), insbesondere, wenn das Glücksspielen mit einer Substanzabhängigkeit vergesellschaftet ist (Yip, Potenza, 2014). Eine allgemeine Empfehlung für den Einsatz von Opiatantagonisten bei Glücksspielsucht gibt es nicht.

Obwohl 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.

Eine Pharmakotherapie der komorbiden Störungen kann dagegen bei entsprechender Indikation sinnvoll und notwendig sein.

9.4.2 Medikamentöse Behandlung komorbider Störungen

9.4.2.1 Psychische Erkrankungen

Bei einer Untergruppe der süchtigen Glücksspieler und Glücksspielerinnen liegt eine Komorbidität mit chronischen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Yakovenko et al., 2018), teilweise drogeninduzierter Genese, vor. Hier ist eine konsequente Einstellung auf Neuroleptika unabdingbar. Problematisch kann sich hierbei die Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme erweisen. Deshalb ist eine engmaschige Anbindung an eine psychiatrische Praxis oder Ambulanz und eine kontinuierliche Kontrolle der Einnahme bei vielen Betroffenen erforderlich. Aus einer erneuten psychotischen Dekompensation erwächst die gravierende Gefährdung für ein erneutes Glücksspielen. Dies sollte unbedingt vermieden werden. Allerdings gibt es Hinweise auf eine Verstärkung des Glücksspielverhaltens unter Dopaminantagonisten (Grötsch et al., 2013). Giri und Peteru (2019) beschreiben eine Eskalation des Glücksspielens unter Aripiprazol. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang ein Mediatoreffekt des DRD2 Taq 1A auf das Glücksspielverhalten bei diesem Neuroleptikum (Miuli et al., 2020). Hasanovic und Mitarbeiter (2021) raten deshalb zur Vorsicht bei der Anwendung von Aripiprazol bei der Behandlung von glücksspielsüchtigen Schizophrenen.

Psychopharmakologisch interveniert werden muss auch bei einer schweren depressiven Episode, da hier eine alleinige psychotherapeutische Intervention nicht ausreichend erfolgversprechend ist und aus dieser Störung ernstzunehmende Gefahren hinsichtlich einer Suizidalität erwachsen. Die Auswahl der Antidepressiva richtet sich nach der klinischen Symptomatik und der individuellen Verträglichkeit. Möglicherweise muss nach Abklingen der akuten depressiven Episode auch im Intervall zumindest für eine gewisse Zeit eine Phasenprophylaxe mit einer Antidepressiva-Medikation auf niedrigerem Niveau verabreicht werden.

Dies ist insbesondere bei bipolaren Störungen der Fall. Hier erwächst nicht nur aus einer erneuten depressiven Symptomatik, sondern insbesondere auch aus einer manischen Phase ein erhöhtes Rückfallrisiko hinsichtlich der Glücksspielsucht. Die mit der Manie in Zusammenhang stehende Kritikreduktion, die Größenvorstellungen der Wirkmächtigkeit und des Glücks sowie die Enthemmung und Impulsivität bedingen eine extreme Gefährdung hinsichtlich eines Rückfalls in die Glücksspielsucht. Die Behandlung der akuten Manie erfolgt mit Neuroleptika (cave, auch hier vgl. oben) bzw. mit stimmungsstabilisierenden Substanzen wie Lithium oder auch Carbamazepin. Letztere können auch zur Phasenprophylaxe bei einer bipolaren Störung eingesetzt werden. Goslar und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (2019) belegten die Wirksamkeit einer Kombination des glutamatergen Stimmungsstabilisators Topiramamat mit Lithium und kognitiver Therapie bei bipolarer Störung.

Bei Dysthymie, Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik sowie depressiven Episoden mit leichter Symptomatik steht die psychotherapeutische Behandlung ganz im Vordergrund. Bei mittelschweren depressiven Episoden und nicht ausreichender Symptomreduktion ist eine Unterstützung der Psychotherapie durch antidepressive Medikamente in Erwägung zu ziehen.

Die Psychotherapie ist sehr erfolgreich bei der Behandlung komorbider Angststörungen. Auch bei akuten Panikattacken kann auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden. Am ehesten an eine pharmakologische Unterstützung zu denken ist bei der generalisierten Angststörung, um das Niveau der psychovegetativen Erregung zu senken, falls sportliche Maßnahmen und Lebensstiländerungen sowie Entspannungstraining zum gegebenen Zeitpunkt noch nicht ausreichend erfolgversprechend sind. Hier kommen insbesondere Antidepressiva zum Einsatz.

Bei akuten Spannungszuständen im Rahmen einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung sowie auch bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen kann eine medikamentöse Unterstützung der Psychotherapie erforderlich werden. Hier haben sich in der klinischen Praxis am ehesten bedarfsweise zu verabreichende niedrigpotente Neuroleptika bewährt, jedoch immer in Verbindung mit der Anwendung spezifischer Bewältigungsfertigkeiten in der jeweiligen Belastungssituation.

Bei Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist die medikamentöse Behandlung zum Beispiel mit Methylphenidat (Retz et al., 2020) zu prüfen.

Bei Persönlichkeitsstörungen sind medikamentöse Behandlungsansätze ebenfalls möglich, wobei vorwiegend Antidepressiva, Neuroleptika oder Stimmungsstabilisatoren infrage kommen.

9.4.2.2 Körperliche Erkrankungen

Hier richtet sich die Pharmakotherapie nach der Grunderkrankung. Besondere Vorsicht gebührt hierbei der Behandlung des Parkinson-Syndroms, da verschiedene Antiparkinsonmedikamente aufgrund ihres Eingriffs in den Dopaminstoffwechsel ein Glücksspielverhalten auslösen können. Dabei bestimmt ein Dopamin-D4- Rezeptor-Polymorphismus den Effekt von L-Dopa auf das Glücksspielverhalten (Eisenegger et al., 2010).

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 süchtigen Glücksspielverhaltens erhöht ist (Heiden et al., 2017). Zumeist entwickelt sich die Glücksspielsucht erst nach Manifestation der Parkinsonerkrankung. Die Medikation mit Dopaminagonisten (z. B. Pramipexol, Ropirinol) 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 (Kobayashi et al., 2019).

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 (vgl. Kapitel 4.3.2.2). 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 Parkinsonpatientinnen und -patienten gezielt nach Anzeichen von Impulskontrollstörungen befragt und über die seltenen Nebenwirkungen aufgeklärt werden.

Die Behandlung der komorbiden Störungen sollte demnach differenziert erfolgen und gemeinsam mit den Betroffenen in einem Gesamttherapieplan besprochen und geplant werden. Auf mögliche Nebenwirkungen der Psychopharmaka ist hinzuweisen.

Literatur

Die Literatur wird im Folgenden getrennt für die drei Unterkapitel 9.1 (Psychotherapie), 9.2 (Katamnestik), 9.3 (Angehörige und Bezugspersonen) und 9.4 (Pharmakotherapie) aufgeführt.

Psychotherapie (Kapitel 9.1):

- Abt, V.; Smith, J. F.; McGurrin, M. C. (1985): Ritual, risk, and reward: a role analysis of race track and casino encounters. *Journal of Gambling Behavior*, 1, 64–75.
- Abraham, A. (2002): Ohne Moos nix los: Geld und Schulden bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Adams, J. (2005): Think! Einfach genial denken lernen! Berlin: Ullstein Taschenbuch.
- Antons, K.; Ehrensperger, H.; Milesi, R. (2011): Praxis der Gruppendynamik: Übungen und Modelle. 10. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Barnow, S. (2018): Gefühle im Griff! Wozu man Gefühle braucht und wie man sie reguliert. 3. Auflage. Berlin: Springer.
- Bergler, E. (1957): The psychology of gambling. Reprint 1985. New York, NY: Hill & Wang.
- Berking, M. (2010): Training emotionaler Kompetenzen. 2. Auflage. Berlin: Springer.
- Brandt, C. (1993): Sucht und Automatenspiel. Freiburg: Lambertus.
- Brunstein, J. C.; Heckhausen, H. (2018): Leistungsmotivation. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): Motivation und Handeln. Berlin: Springer, 163–221.
- Custer, R.; Milt, H. (1985): When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families. New York, NY: Facts On File Publications.
- Cummings, C.; Gordon, J. R.; Marlatt, G. A. (1980): Relapse: prevention and prediction. In: Miller, W. R. (Eds.): The addictive behaviors. Oxford, UK: Pergamon, 291–321.
- Denzer, P. 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.
- D'Zurilla, T. J.; Nezu, A. M. (1999): Problem-solving therapy. 2nd ed. New York, NY: Springer.
- Eismann, G.; Lammers, C.-H. (2017): Therapie-Tools Emotionsregulation. Weinheim: Beltz.
- Estévez, A. et al. (2022): Shame and blame in gambling: relationship with emotion regulation and gambling motives. *International Journal of Mental Health and Addiction*, <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-022-00970-3>, Zugriff: 02.03.2023.
- Fachverband Glücksspielsucht (o. J.): Notfallkarte: Selbsthilfe wirkt! Bielefeld: Fachverband Glücksspielsucht.
- Funke, J. (2003): Problemlösendes Denken. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gastiger, S.; Stark, M. (Hrsg.) (2012): Schuldnerberatung – eine ganzheitliche Aufgabe für methodische Sozialarbeit. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Grechenig, K. (2012): Aspekte der Scham in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen. Wien: Donau-Universität Krems. (Master Thesis)
- Groth, U. (1998): ... Irgendwo muss es ja herkommen: Zur Schuldensituation Glücksspielsüchtiger – Möglichkeiten und Perspektiven der Beratung. In: Füchtenschneider, I.; Petry, J. (Hrsg.): Glücksspielsucht: Gesellschaftliche und therapeutische Aspekte. München: Profil. 103–112.
- Groth, U.; Mesch, R. (2014): Schuldenberatung – eine Nahaufnahme: Beispiele guter Praxis. Kassel: Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung e.V.
- Henretty, J. R.; Levitt, H. M. (2010): The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63–77.
- Ionescu, M. (2010): Sucht und Gefühl. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Jacobs, D. F. (1989): A general theory of addictions: rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. In: Shaffer, J. H. et al. (Eds.) (1989): *Compulsive gambling: theory, research, and practice*. Lexington, MA: Lexington Books. 35–64.

Kagerer, P. (2013): Männlichkeitsaspekte in der Behandlung von Glücksspielern. In: Petry, J. (Hrsg.): *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen*. Freiburg i. Br.: Lambertus. 37–48.

Kagerer, P. (1998): Zur Vater-Sohn-Problematik bei Glücksspielsüchtigen. In: Füchtenschnieder, I.; Witt, H. (Hrsg.): *Sehnsucht nach dem Glück: Adoleszenz und Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland. 34–48.

Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (2012): *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 5. Auflage. Berlin: Springer.

Klingemann, H. (2017): *Sucht: Selbstheilung ist möglich*. Lengerich: Pabst.

Klinger, E.; Cox, W. M. (2011): Motivation and the goal theory of current concerns. In: Cox W. M.; Klinger, E. (Hrsg.): *Handbook of motivational counseling: goal-based approaches with addiction and other Problems* (2nd ed.). Chichester, UK: John Wiley. 3–47.

Kober, H. (2014): Emotion regulation in substance use disorders. In: Gross, J. J. (Hrsg.): *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). New York, NY: Guilford. 428–446.

Koch, A. et al. (2015): Katamnese-Erhebung zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Kassel: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe.

Lammers, C.-H. (2015): *Emotionsfokussierte Methoden*. Weinheim: Beltz.

Lammers, M. (2016): *Emotionsbezogene Psychotherapie von Scham- und Schuldgefühlen*. Stuttgart: Schattauer.

Lenhard, C.; Nebendorf, A. (1996): Geld- und Schuldenmanagement in der stationären Behandlung von Glücksspielsüchtigen. *Sucht*, 42(6), 420–427.

Lenk, H. (2008): Sinnsuche oder Sinngebung als Interpretationskonstrukt. In: Lenk, H.: *Humanitätsforschung als interdisziplinäre Anthropologie*. Frankfurt/M.: Peter Lang. 182–204.

Liebeck, H. (2022): Problemlösetraining. In: Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): *Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene*. 9. Auflage. Berlin: Springer. 383–388.

Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.) (2022): *Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene*. 9. Auflage. Berlin: Springer.

Marchetti, D.; Verrocchio, M. C.; Porcellii, P. (2019): Gambling problems and alexithymia: a systematic review. *Brain Science*, 9(8). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6721389/>, Zugriff: 02.03.2023.

Martin R. A. et al. (2011): Purpose in life predicts treatment outcome among adult cocaine abusers in treatment. *Journal Substance Abuse Treatment*, 40(2), 183–188.

McIntosh, C.; O'Neill, K. (Eds.) (2017): *Evidence-based treatments for problem gambling*. Cham, CH: Springer.

Meyer, G. (2022): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2022*. Lengerich: Pabst. 87–106.

Miller, W. R. et al. (2015): Werte-Karten zum Sortieren persönlicher Werte. In: Rosengren, D. B.: *Arbeitsbuch Motivierende Gesprächsführung: Trainingsmanual*. Lichtenau: Probst Verlag. 282283.

Noblejas de la Flor, M. (1997): Meaning levels and drug-abuse therapy: An empirical study. *International Forum for Logotherapy*, 20(1), 46–51.

O'Neill, K. (2017a): Motivational interviewing for problem gambling. In: McIntosh, C.; O'Neill, K. (Eds.): *Evidence-based treatments for problem gambling*. Cham, CH: Springer. 19–25.

O'Neill, K. (2017b): Cognitive behavioural therapy for problem gambling. In: McIntosh, C.; O'Neill, K. (Hrsg.): *Evidence-based treatments for problem gambling*. Cham, CH: Springer. 27–38.

O'Neill, K. (2017c): Relapse prevention for problem gambling. In: McIntosh, C.; O'Neill, K. (Hrsg.): *Evidence-based treatments for problem gambling*. Cham, CH: Springer. 95–102.

Orford, J. (2001): *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. 2nd ed. Chichester, UK: John Wiley.

Petry, J. (2016a): Psychotherapie bei pathologischem Glücksspiel und Abhängigkeitserkrankung. In: Vogelgesang, M.; Schuhler, P. (Hrsg.): *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis*. 3. Auflage. Lengerich: Pabst. 389–410.

Petry, J. (2016b): Psychotherapie bei Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit: Motivation und Motivierung. In: Vogelgesang, M.; Schuhler, P. (Hrsg.): *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis*. 3. Auflage. Lengerich: Pabst. 55–70.

Petry, J. (2003): *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.

Petry, J. (2001): Übersicht aller katamnestic Studien zur ambulanten und stationären Behandlung von „Pathologischen Glücksspielern“ in Deutschland. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22(2), 103–121.

Petry J.; Jahrreiss R. (1999): Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. *Deutsche Rentenversicherung*, 4/99, 196–218.

Potter-Efron, R. T. (2002): *Shame, guilt, and alcoholism: treatment issues in clinical practice*. New York, NY: The Haworth Press.

Priestley, P. et al. (1978): *Social skills and personal problem solving: a handbook of methods*. London (UK): Tavistock.

Reischel, K. (2014): *Insolvenzrecht*. Heidelberg: Müller.

Richards, P. S.; Rector, F. J. M.; Tjeltveit, A. C. (2005): Values, spirituality, and psychotherapy. In: Miller, W. R. (Eds.): *Integrating spirituality into treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. 133–160.

Ridder de, B.; Deighton, R. M. (2022): The effect of shame and self-efficacy on gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies*, 38(3), 1059–1073.

Robinson E. A. R. et al. (2007): Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2), 282–290.

Schäfer, B. (1999): *Der Weg zur finanziellen Freiheit: Die erste Million in 7 Jahren*. 8. Auflage. München: dtv-Verlagsgesellschaft.

Schlagintweit, H. E. et al. (2017): An investigation of the association between shame and problem gambling: the mediating role of maladaptive coping motives. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1067–1079.

Schnell, T. (2016): *Psychologie des Lebenssinns*. Berlin: Springer.

Schröder, H.; Petry, J. (2003): Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffungebundenen Süchten. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26(1), 19–22.

Stavemann, H. H. (2017): *Lebensziele in Therapie und Beratung: Sinn- und Wertfragen klären, Handlungsziele bestimmen*. Weinheim: Beltz.

Sulz, S. K. D. (2022): Emotionstraining. In: Linden M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): *Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene*. 9. Auflage. Berlin: Springer. 107–113.

Tretter, F. (2005): *Systemtheorie im klinischen Kontext*. Lengerich: Pabst.

van Veen, H.; van Eeden, R. (1996): *Knausern Sie sich reich! Landsberg am Lech*: MVG-Verlag.

van Veen, H.; van Eeden, R. (1997): *Wie werde ich ein echter Geizhals? Landsberg am Lech*: MVG-Verlag.

Vierhaus, M. et al. (2012): Zur Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. *Sucht*, 58(3), 183–193.

Wiechelt, S. A. (2007): The specter of shame in substance misuse. *Substance Use & Misuse*, 42(2-3), 399–409.

Wong, P. (2010): Meaning therapy: an integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85–99.

Yablonsky, L. (1966): *Der Charme des Geldes*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Yalom, I. D. (2010): *Existenzielle Psychotherapie*. 5. Auflage. Bergisch Gladbach: EHP-Verlag Andreas Kohlhaage.

Katamnestik (Kapitel 9.2):

Bernert, S.; Krüger, T.; Spyra, K. (2018): Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung – Was ist mit den katamnestischen Non-Respondern. Kurzbericht der Charité für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.

Bickl, A. M. et al. (2021): Changes in gambling behaviour and related problems in clients seeking help in outpatient addiction care: results from a 36-month follow-up study in Bavaria. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 690–700.

Buchner, U. G. (o. J.): Kann kontrolliertes Spielen ein mögliches Ziel in der Behandlung pathologischer Glücksspieler sein? Literaturreferat. München: Bayerische Akademie für Suchtfragen. https://www.lsgbayern.de/fileadmin/user_upload/lsg/BAS_Materialien/Literaturreferate/LitRef_Behandlungsziel_kontrolliertes_Spielen.pdf, Zugriff: 26.11.2022.

Engelbrecht, C.; Rösner, S. (2014): 25 Jahre Forel Klinik – 125 Jahre katamnestische Untersuchungen. *Suchtmedizin*, 16(3), 148.

Küfner, H.; Feuerlein, W.; Flohrschütz, T. (1986): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32(5), 1–86.

Meyer, G. (2022): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *DHS Jahrbuch Sucht 2022*. Lengerich: Pabst. 87–106.

Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2022): *Treatment for alcohol problems: finding and getting help*. Bethesda, MA: NIAAA.

Petry, J. (2001): Übersicht aller katamnestischer Studien zur ambulanten und stationären Behandlung von „Pathologischen Glücksspielern“ in Deutschland. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22(2), 103–121.

Petry J.; Jahrreiss R. (1999): Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. *Deutsche Rentenversicherung*, (4), 196–218.

Petry, N. (2005): *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Premper, V. et al. (2014): Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von Pathologischen Glücksspielern. *Sucht*, 60(6), 331–344.

Raylu, N.; Oei, T. P. (2010): *A cognitive behavioural therapy programme for problem gambling: therapist manual*. London, UK: Routledge.

Ribeiro, E. O.; Afonso, N. H.; Morgado, P. (2021): Non-pharmacological treatment of gambling disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 21, 105, <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03097-2>, Zugriff: 08.03.2023.

Schuhler, P.; Baumeister, H. (1999): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch*. Weinheim: Beltz.

Süß, H.-M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse der Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46(4), 248–266.

Tecklenburg, H. J.; Koshal, A. (2010): Traumaorientierte Psychotherapie und Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel. *Suchtmedizin*, 12, 150–153.

Whelan, J. R.; Steenbergh, T. A.; Meyers, A. W. (2007): *Problem and pathological gambling*. Göttingen: Hogrefe.

Angehörige und Bezugspersonen (Kapitel 9.3):

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) (o. J. a): *GlücksKIt – Kurzintervention für Angehörige von Menschen mit Glücksspielproblemen: Manual*. München.

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) (o. J. b): *Entlastung für Angehörige (Efa)*. München: Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG). www.verspiel-nicht-mein-leben.de/online-programm-efa, Zugriff: 25.11.2022.

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) (o. J. c): *LOSgelöst*. München: Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG). www.verspiel-nicht-mein-leben.de/online-tutorial-losgeloesst, Zugriff: 25.11.2022.

Bischof, G.; Klein, M. (2013): *Angehörige Suchtkranker – der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells*. *Sucht* 59(2), 65–68.

Buchner, U.; Koytek, A. (2017): *Deine Spielsucht betrifft auch mich. Ein Ratgeber für Familienmitglieder und Freunde von Glücksspielsüchtigen*. Göttingen: Hogrefe.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2013): *Glücksspielsucht: Erste Hilfe für Angehörige*. Köln.

Burr, A. (1985): *Alkohol in der Familie*. München: Kösel.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS (2013): *Memorandum Angehörige in der Suchtselbsthilfe*. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/selbsthilfe/2013-09-19_Memorandum_Angehoerige_in_der_Sucht-Selbsthilfe.pdf, Zugriff: 08.03.2023.

Dyck, A. (2010): *Sucht im Familiensystem – Wege aus der Co-Abhängigkeit*. München: GRIN Verlag.

Fischer, L. C.; Klein, M. (2021): *Kinder aus Glücksspielsuchtbelasteten Familien – Situation, Folgen, Hilfen*. Abschlussbericht an die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Köln.

Flassbeck, J. (2022): *CoABHAENGIG.de: Willkommen*. <https://co-abhaengig.de/index.html>, Zugriff: 05.08.2023.

Flassbeck, J. (2020): *Co-Abhängigkeit: Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Flassbeck, J.; Barth, J. (2020): *Die langen Schatten der Sucht. Behandlung komplexer Traumafolgen bei erwachsenen Kindern aus Suchtfamilien*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fuchs, A.; Sobottka, B. (2013): *Eltern-Kind-Behandlung bei pathologischen Glücksspielern*. In: Petry, J. (Hrsg.): *Differenzielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern*. Freiburg i. Br.: Lambertus. 182–195.

Füchtenschnieder-Petry, I.; Hayer, T. (2012): *Evaluation der Hotline Glücksspielsucht NRW: Analysen zum Anruferprofil*. Berlin. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress am 05.12.2012.

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

Latz, K. (2012): *Angehörige pathologischer Glücksspieler: Wirksamkeit von Gruppeninterventionen (unveröffentlichte Masterarbeit)*. Köln: Katholische Fachhochschule.

Schaeff, A. W. (1989) *Im Zeitalter der Sucht (amerikanisches Original 1987)*. Hamburg: Hoffmann und Campe.

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

Zobel, M. (2008): *Kinder von pathologischen Spielern*. In: Klein, M. (Hrsg.): *Kinder und Suchtgefahren*. Stuttgart: Schattauer. 140–148.

Pharmakotherapie (Kapitel 9.4):

Eisenegger, C. (2022): Dopamin receptor D4 polymorphism predicts the effect of L-DOPA on gambling behavior. *Biological Psychiatry*, 67(8), 702–706.

Giri, Y. R.; Peteru, S. R. (2019): Escalation of gambling associated with Aripiprazole: a case report and literature review. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 135–145.

Goslar, M.; Leibetseder, M.; Muench, H. (2019): Pharmacological treatments for disordered gambling: a meta-analysis. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 415–445.

Grant, J. E.; Odlaug, B.; Schreiber, L. R. N. (2014): Pharmacological treatments in pathological gambling. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 375–381.

Grötsch, P. et al. (2015): Pathological gambling induced by dopamine antagonists: a case report. *Journal of Gambling Studies*, 31, 295–297.

Hasanovic, M. et al. (2021): Gambling disorder as an addictive disorder and creative pharmacology. *Psychiatry Danubia*, 33(4), 1118–1129.

Heiden, P. (2017): Pathological gambling in Parkinson's disease: what are the risk factors and what is the role of impulsivity? *European Journal of Neuroscience*, 45(1), 67–72.

Kobayashi, S. (2019): Dopaminergic influences on risk preferences of Parkinson's disease patients. *Cognitive Affective Behavior in Neuroscience*, 19(1), 88–97.

Miuli, A. et al. (2020): Does DRD2 Taq 1 A mediate Aripiprazole-induced gambling disorder? A pharmacogenetic hypothesis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 275. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00275/full>, Zugriff: 08.03.2023.

Retz, W. et al. (2020): Methylphenidate treatment of adult ADHD patients improves the degree of ADHD severity under routine conditions. *Journal of Neurological Transmission*, 127(10), 1427–1434.

Victorri-Vigneau, C. et al. (2018): Opioid antagonists for pharmacological treatment of gambling disorder: are they relevant? *Current Neuropharmacology*, 6(10), 1418–1432.

Yakovenko, I. et al. (2018): Correlates of frequent gambling and gambling-related chasing behaviors in individuals with schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 375–383.

Yip, S. W.; Potenza, M. N. (2014): Treatment of gambling disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(2), 189–203.

Der methodische Grundansatz der differentiellen Psychologie besteht darin, dass Individuen, die in bestimmten Merkmalen von der Regel abweichen, hinsichtlich charakteristischer Merkmalsvariationen untersucht werden. So kann es gelingen, Hinweise auf Besonderheiten 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 Alter, das Geschlecht, 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 jüngere und ältere Glücksspieler und Glücksspielerinnen, für Frauen und Männer, für Personen mit Migrationshintergrund wie türkischsprachige (auch mit geringen deutschen Sprachkenntnissen) oder nicht deutschsprachige Patientinnen und Patienten aus Nachbarländern (französischsprachige Schweiz, Frankreich, Luxemburg) sowie Glücksspieler und Glücksspielerinnen mit häufigeren (Persönlichkeitsstörungen) und weniger häufigen (ADHS, Polytoxikomanie, Psychose) komorbiden Störungen (Petry, 2013).

Im Folgenden werden drei Problembereiche, die sich auf Alter, Gender und Ethnie beziehen, herausgegriffen.

10.1 Alter

Hinsichtlich des Alters variiert die Häufigkeit der Glücksspielsucht sehr stark: Die 21- bis 25-Jährigen sind überdurchschnittlich mit 4,3 % vertreten, während bei den 56- bis 70-Jährigen nur 0,9 % betroffen sind (vgl. Kapitel 2.3). Die folgende Darstellung bezieht sich auf die Gruppe der Jüngeren. Bezogen auf die Besonderheiten bei der Entstehungsgeschichte und Behandlung älterer Glücksspieler und Glücksspielerinnen berichtet Schwager (2013).

10.1.1 Jugendalter und Glücksspiel

Die Wahrscheinlichkeit, zumindest temporär glücksspielbezogene Probleme zu entwickeln, ist in der Entwicklungsphase der Adoleszenz erhöht (Hayer, 2020). Generell berichtet die Mehrheit aller Jugendlichen von aktiven Glücksspielbeteiligungen bezogen auf ihre Lebensspanne. In der Regel bejahen zudem etwa 40 % die Frage, ob sie in den letzten 12 Monaten am Glücksspiel teilgenommen haben. Dabei bevorzugen junge Menschen Angebote, die leicht verfügbar sind, nur geringe Geldeinsätze verlangen, vom sozialen Nahumfeld akzeptiert werden und in der Peergruppe eine hohe Popularität genießen. Konkret sind dies vor allem Kartenspiele um Geld (vorrangig Poker), Rubbellose, Sportwetten und Geldspielautomaten (in Gaststätten) sowie zunehmend Onlinespiele an der Schnittstelle von Computerspielen und Glücksspielen. Ohnehin dürften erste Berührungspunkte mit Glücksspielen oder glücksspielähnlichen Produkten gerade bei jüngeren Altersgruppen in Zukunft vermehrt internetgestützt erfolgen. Diese Befunde sind in ihrer Gesamtheit deswegen brisant, weil Minderjährigen per Gesetz die Teilnahme an kommerziellen Glücksspielangeboten verboten ist. Aus entwicklungspsychopathologischer Sicht sollte vor dem 18. Lebensjahr jedoch keine Erwachsenen diagnose gestellt werden. Es empfiehlt sich, in dieser Lebensspanne ein problematisches und nicht ein süchtiges Glücksspielverhalten zu diagnostizieren. Störungen im Kindes- und Jugendalter können auch Verstärkungen normaler Entwicklungsverläufe sein bzw. primär der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben dienen und werden mehrheitlich bis zum Erwachsenenalter überwunden. Aus suchtpreventiver Sicht ist dennoch zu bedenken, dass ein früher Einstieg – auch beim Glücksspielen – einen Risikofaktor für die Ausbildung einer Glücksspielsucht im Erwachsenenalter bildet.

Diese Beobachtung passt zu den weiterführenden Befunden aus den Entwicklungswissenschaften, nach denen Jugendliche bei fast allen Erscheinungsformen riskanten oder risikokonnotativen Verhaltens überrepräsentiert sind (Scheithauer, Hayer, Niebank, 2008). Derartige jugendtypische Verhaltensexzesse (z. B. „Komasaufen“ oder Grenzüberschreitungen diverser Art) können generell als misslingende Versuche der Bewältigung spezifischer Entwicklungsaufgaben angesehen werden. Gelingt eine angemessene Bearbeitung dieser Anforderungen auf Dauer nicht, entsteht ein Nährboden für die Manifestation unterschiedlicher Formen und Ausprägungen von Risiko- und Problemverhalten im jungen Erwachsenenalter. Die immer wiederkehrende Teilnahme an Glücksspielen lässt sich in diesem Zusammenhang als Ausdruck einer Über- oder bisweilen sogar Unterforderungssituation deuten, etwa bei dauerhaften Ausgrenzungen im Schulkontext, bei vorliegenden Selbstwertproblemen oder im Sinne der Abnabelung vom Elternhaus. Gleichzeitig darf nicht vergessen werden, dass Jugendliche generell dazu tendieren, die mit riskantem Verhalten verbundenen Gefahren zu unterschätzen.

Entsprechend bedeutsam ist in dieser sensiblen Entwicklungsphase die Unterscheidung eines krisenhaften Geschehens in Form einer vorübergehenden Anpassungsstörung auf der einen Seite und einer sich verfestigenden psychischen Störung mit hohem Interventionsbedarf auf der anderen Seite (Resch et al., 1999). Die nachfolgende verdichtete Darstellung der stationären Behandlung von jungen Erwachsenen mit einer Glücksspielsucht einschließlich der abschließenden Kasuistik stammt von Busch-Hettwer und Hayer (2013) und stellt eine der wenigen Abhandlungen zu diesem Themenkomplex aus Deutschland dar. Aus dem ambulanten Bereich ist daneben die Vorstellung einer zweieinhalbjährigen ambulanten Psychotherapie von Merod (2003) mit einem zu Behandlungsbeginn noch minderjährigen Patienten als vertiefende Lektüre zu empfehlen.

10.1.2 Behandlung von jüngeren Glücksspielern und Glücksspielerinnen

Vorab ist anzumerken, dass in der Praxis üblicherweise eine Integration der jüngeren Glücksspieler und Glücksspielerinnen (18+-Jahre) in das Standardbehandlungsprogramm einer Fachklinik erfolgt. Allerdings sind bestimmte Aspekte im therapeutischen Geschehen an die besonderen Bedürfnisse dieser Altersgruppe anzupassen. Dabei ist die Gestaltung der therapeutischen Beziehung von überragender Bedeutung. Im Einzelnen geht es bei der Begegnung mit dieser jungen Klientel um die folgenden spezifischen therapeutischen und inhaltlichen Herausforderungen:

- ein klarer, transparenter und konsequenter Umgang mit Regelverstößen (nicht selten verkörpert das Austesten von Grenzen im Klinikalltag stellvertretende Autonomie- und Abgrenzungswünsche bzw. Loslösungsversuche vom Elternhaus),
- Analyse der im Hintergrund wirksamen familiär-systemischen Dynamik und Aufbrechen erworbener dysfunktionaler Umgangsformen (mitunter fungieren junge Glücksspieler und Glücksspielerinnen als Symptomträger bzw. -trägerinnen eines gestörten Familiengebildes),
- Herausarbeitung der Funktionalität des individuellen Glücksspielverhaltens einschließlich der Korrektur von irrationalen Gewinnerwartungen, Kontrollillusionen und personenbezogenen Fehlattritionen (Stichworte „Glücksspiel-Mythen“ und „kognitive Verzerrungen“ (vgl. Kapitel 3.2.3), die sich gerade bei jüngeren Personen als besonders hartnäckig und lösungsresistent erweisen),
- Erlernen des Umgangs und der Bedeutung von Geld, Geldmanagement und schrittweise finanzielle Verantwortungsübernahme,

- Modellierung von alternativen Lern- und Beziehungserlebnissen sowohl über die therapeutische Beziehungsebene (vornehmlich im Einzelsetting) als auch in Form von Gruppenangeboten,
- Nutzbarmachung von Spiegelprozessen innerhalb der Gruppe, insbesondere zur Nachreifung und Ausdifferenzierung eines größeren „Selbst-Bewusst-Seins“ (u. a. methodisch umgesetzt durch Rollenspiele,
- Auf- und Ausbau sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten über indikative Gruppenangebote bzw. spezifische Kompetenztrainings (bevorzugte Inhalte umfassen Stressmanagement, Kommunikationsformen, Umgang mit Gruppendruck sowie Strategien der Problem- und Konfliktlösung),
- Ressourcenstärkung durch eine verbesserte Selbstwahrnehmung, Achtsamkeit und Selbstregulation mit dem langfristigen Ziel der Übernahme von Eigenverantwortung innerhalb und außerhalb des klinischen Settings,
- Erwerb alltagspraktischer Basiskompetenzen, insbesondere im Hinblick auf eine rausch(mittel)freie Tagesstruktur, gesundheitsbewusste Ernährung und individuell bzw. sozial verträgliche Hobbys (vermittelt u. a. über sport-, ergo- und arbeits-therapeutische Angebote) und
- arbeitsbezogene Belastungsproben zur Exploration und Verbesserung des Durchhaltevermögens, der Ausdauer und der Konzentration sowie Entwicklung bzw. Verfestigung der beruflichen Zukunftsaussichten (hier geht es primär um den Erhalt des Ausbildungs-/Arbeitsplatzes bzw. um die Rückführung auf den ersten Arbeitsmarkt zur Absicherung eines möglichst autonomen Lebensstils).

Abgesehen von diesen Grundprinzipien bedarf die Behandlung von jüngeren Glücksspielern und Glücksspielerinnen der Berücksichtigung von vergleichsweise häufig anzutreffenden komorbiden Belastungen. In erster Linie dürfte ein nicht unerheblicher Anteil dieser Klientel zusätzlich einen „pathologischen PC-/Internetgebrauch“ aufweisen (Feindel, Sobottka, 2013). Oftmals stellen Einschränkungen im Umgang mit Mobiltelefonen daher einen ersten Konfliktherd im Klinikalltag dar. Hier sind altersbezogene Regeln, Selbstverpflichtungen und nachvollziehbare Strukturen in der Nutzung von Medien jeglicher Art im therapeutischen Setting unabdingbar. Weiterhin tritt eine Glücksspielsucht in jüngeren Lebensjahren des Öfteren zusammen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf. Hier rückt die Bearbeitung einer Selbstwertproblematik, von impulsiven Verhaltenstendenzen sowie der Stimmungsstabilität in den Fokus der Intervention (Block, Kolb, Zemlin, 2013). Weiterhin ist in diesem Fall eine medikamentöse Behandlung der ADHS zu prüfen (vgl. Kapitel 9.4.2.1). Schließlich geht die Glücksspielsucht auch bei jüngeren Personen nicht selten mit einer tabak- oder alkoholbezogenen Störung einher. Bei dieser Konstellation sind Themen wie Verschiebungen der Rauschmittel, allgemeine Funktionalität des Rauschmittelkonsums und Rückfallprophylaxe von besonderer Relevanz.

Falldarstellung

„Der 19-jährige Patient kam mit der Einweisungsdiagnose ‚pathologisches Glücksspielverhalten‘ über die örtliche Suchtberatungsstelle zur stationären Aufnahme. Er war im zweiten Ausbildungsjahr zum Fachlageristen bei drohendem Arbeitsplatzverlust infolge von häufigen Fehlzeiten. Die Eltern hatten sich nach jahrelangem Ehekonflikt getrennt. In der Pubertät habe er sich zunehmend dem Elternhaus entzogen. Der Erstkontakt mit Alkohol erfolgte mit 13 Jahren, regelmäßiger Tabakkonsum fand seit dem 14. Lebensjahr statt und seit dem 16. Lebensjahr wurde auch gelegentlich Cannabis in der Clique konsumiert, mit episodischen Steigerungen. Konsolenspiele gehörten ‚zu seinem Leben‘, überwiegend an den Wochenenden mit ein bis zwei Stunden Ego-Shooter- oder Fußballmanager-Spielen. Etwa sechs Stunden wöchentlich verbrachte er bei Facebook. Der Erstkontakt zu gewerblichen Geldspielautomaten erfolgte im Jahr 2009 mit geringfügigen Geldeinsätzen zwischen zwei und drei Euro in der Kneipe, in der seine Mutter arbeitete. Interessanterweise sei der Vater auch Geldspielautomatenspieler. An seinem 18. Geburtstag sei er erstmalig in eine Spielhalle gegangen, aus Neugier und ‚um es dem Vater gleich zu tun‘. Ursprünglich sei er einmal pro Woche spielen gegangen, habe höchstens 100 Euro im Monat verspielt. Nach einem Gewinn von 1.400 Euro habe er angefangen, täglich zu spielen, bis ‚kein Geld mehr übrig war‘. Danach habe er gespielt, wenn Geld zur Verfügung stand, im Durchschnitt drei- bis viermal wöchentlich, anfangs aus Spaß, zuletzt, um Verluste auszugleichen. Er lebe derzeit beim Vater, der 2012 neu geheiratet hat. Er verstehe sich mit der Stiefmutter gut und liebe seine dreijährige Halbschwester. Die Beziehung zur Mutter sei ebenfalls gut, ‚sie könne sich jedoch gegen ihn nicht durchsetzen‘. Auch habe er die Zeit der Trennung und des Auszugs der Mutter traumatisch in Erinnerung. Infolge der Glücksspielsucht habe er die Mutter einmalig bestohlen. Er empfinde Scham- und Schuldgefühle gegenüber seinen Eltern. Zudem habe er insgesamt ca. 1.000 Euro Schulden; der Schuldenabtrag sei aber geregelt“. (Busch-Hettwer, Hayer, 2013, S. 74)

10.2 Gender

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. Eine repräsentative Befragung der Bevölkerung ergab unter Personen mit einer leichten bis schweren „Glücksspielstörung“ 73,4 % Männer und 26,6 % Frauen (Buth, Meyer, Kalke, 2022). Im Folgenden wird die kleinere Gruppe von süchtigen Glücksspielerinnen und deren Behandlung genau beschrieben.

10.2.1 Frauenspezifisches Störungsbild

Männer weisen im Vergleich zu Frauen eine mindestens um das Dreifache erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, eine Glücksspielproblematik zu entwickeln (Carneiro et al., 2020; Husky et al., 2015). 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 durch 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. Entsprechend ausgeprägter sind Gefühle der Scham und Schuld bei süchtigen Glücksspielerinnen (Håkansson, Widinghoff, 2020a).

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

Eine Analyse der Charakteristik dieser Klientel ergibt erhebliche Unterschiede in der Vorgeschichte und der Funktionalität der Störung. Die süchtigen Glücksspielerinnen bilden die mit am häufigsten und schwersten traumatisierte klinische Population. Das Glücksspielen wird hier meist zur Ablenkung von depressiven und angstvollen Gefühlen (Grant et al., 2012; Ronzitti et al., 2016) 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 süchtigen Glücksspielens bei Frauen muss in der Therapie Beachtung finden. Sie sollte in Zentren stattfinden, die ausreichend viele süchtige Glücksspielerinnen behandeln. Die Behandlung teilt mit der Vorgehensweise bei männlichen Glücksspielsüchtigen das Primat der Glücksspielabstinenz. Die Interventionstechniken und -inhalte sind jedoch den spezifischen Erfordernissen dieser psychisch besonders belasteten Klientel anzupassen (Wenzel, Dahl, 2009; Keough et al., 2018).

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

Mit einer Differenz von zehn Jahren in der Erstmanifestation bestätigte die Untersuchung die international immer wieder berichtete Auffälligkeit (Grant et al., 2012; Ronzitti et al., 2016), 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 süchtigen 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 Glücksspielen führten. Dieses Ergebnis entspricht den in der Literatur dargestellten Beobachtungen einer höheren Komorbidität, insbesondere Depressionen sowie Angststörungen bei Glücksspielerinnen (Brand et al., 2019).

Hinsichtlich der Art des gewählten Glücksspiels gibt es länderspezifische, kulturelle Besonderheiten. In Deutschland bevorzugen sowohl männliche als auch weibliche Glücksspielsüchtige Geldspielautomaten, allerdings haben die Onlineglücksspiele in der jüngeren Vergangenheit rapide an Bedeutung gewonnen (vgl. Kapitel 2.2). Dabei bevorzugen Frauen Online-Casinospiele, während sich Männer stärker für Online-Sportwetten interessieren (Håkansson, Widinghoff, 2020b).

In Bezug auf die Intensität des Glücksspielens verbrachten die Frauen 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) und somit deutlich mehr Zeit mit dem Glücksspielen. Dies entspricht der den Angaben in der Literatur zur ausgeprägteren Schwere der Glücksspielsucht bei Frauen (Grant et al., 2012).

Aus ihrer geringeren mittleren Schuldenhöhe kann jedoch auf geringere bzw. weniger riskante Einsätze geschlossen werden. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen, dass Frauen generell mit Geld weniger riskant umgehen als Männer. Weiterhin ist bei der Beurteilung der Verschuldung zu bedenken, dass Frauen allgemein weniger Geld verdienen und für sie somit die Belastung durch eine Verschuldung relativ höher als bei den Männern einzuschätzen ist.

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

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

Tabelle 10.1: Vergleich von Problemfaktoren bei Männern versus Frauen

Geschlecht	Männlich (N = 100)	Weiblich (N = 100)
Vorgeschichte:		
Schwere Vernachlässigung in der Kindheit	22 %	11 %
Sexueller Missbrauch	37 %	4 %
Körperliche Misshandlungen	29 %	15 %
Traumata als Erwachsene	23 %	7 %
Psychische Störungen der Mutter	28 %	19 %
Mütterliche Gewalttätigkeit	14 %	1 %
Heimaufenthalte	17 %	8 %
Dauer des Heimaufenthaltes	4,9 Jahre	2,6 Jahre
Vergangene Suizidversuche	30 %	9 %
Komorbidität:		
Tabakabhängigkeit	82 %	82 %
Alkoholabhängigkeit	24 %	25 %
Depression	64 %	38 %
Angststörung	27 %	6 %
Persönlichkeitsstörung	4 %	34 %
Partnerschaft:		
Körperliche Gewalt	15 %	1 %

Die in Tabelle 10.1 dargestellten Spezifika süchtiger Glücksspielerinnen verdeutlichen, dass bei dieser Störung, zumindest bezogen auf den untersuchten klinischen Bereich, typische Geschlechtsunterschiede bestehen:

- Die süchtige 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 süchtige 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 rasch progredient und nimmt einen großen Teil der Zeit in Anspruch.

10.2.2 Frauenspezifische Behandlung

Wendet man sich der Therapie des süchtigen 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 (vgl. Kapitel 3.2.1, 3.2.2.1 u. 9.1.2.1).

Aufgrund der differentiellen Charakteristika der süchtigen 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 unverändert auf diese Gruppe übertragen werden (Krieger-Baulig, 2021).

Dies ist insofern besonders problematisch, da sich nicht nur die Selbsthilfeangebote, sondern auch die Therapieprogramme gegen süchtiges Glücksspielverhalten ähnlich wie bei der Therapie von stoffgebundenen Süchten 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 mitverursachten 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 süchtigen Glücksspielverhaltens stehen vor dem Problem, einerseits aus inhaltlichen Gründen auf die Gruppentherapie nicht verzichten zu können, andererseits jedoch in aller Regel zeitgleich nicht genügend süchtige 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 süchtigen 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 süchtigen Glücksspiels richtet sich nach dessen ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen. Die oben genannte Untersuchung bestätigte die Beobachtung (Håkansson, Widinghoff, 2020a), 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 süchtigen 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 und
- 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 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 süchtigen Glücksspielen assoziierten Fehlverhaltensweisen. Für die Gruppentherapie gilt dementsprechend, dass auch hier eine vertrauensvolle, offene Arbeitsatmosphäre und eine ausreichende Gruppenkohäsion im Sinne instrumenteller Gruppenbedingungen (Dziewas, 1980) gefördert werden müssen, um eine psychotherapeutische Wirksamkeit zu gewährleisten.

10.3 Ethnie

10.3.1 Ethnische Herkunft und Glücksspielproblematik

Personen mit türkisch-arabischem und osteuropäischem Hintergrund bilden die größte Migrationsgruppe in der glücksspielbezogenen Beratung und Behandlung. Problematisch erscheint daher, dass diese Glücksspielsüchtigen von einer ambulanten Beratung und Behandlung weniger profitieren als einheimische Personen (Bickl et al., 2021). Im stationären Bereich bestehen inzwischen differenzielle Angebote für die beiden genannten Untergruppen (Bensel, Tuncay, 2013; Friedrich, 2018), auf die sich die folgende Darstellung (Petry, 2003) bezieht.

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 Therapeutinnen und Therapeuten sein, die eigenen groben Wahrnehmungsraster zu überprüfen und sich nicht an einer möglichen äußeren Fremdheit zu orientieren, sondern die innere Konflikthaftigkeit, wie sie mit Migration verbunden sein kann, wahrzunehmen. Dabei kann man auf einen zunächst fremd erscheinenden männlichen 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 Süchte bei Migrantinnen und 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 im Migrationsprozess erworben wurde. Die dadurch bedingte Mannigfaltigkeit kultureller Erscheinungsformen erfordert von Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten ein besonderes Feingefühl für die Bedürfnisse dieser Gruppen. Es gilt wahrzunehmen, dass sich ihre Einstellungen, Werte und Normen von denjenigen der einheimischen Bevölkerung unterscheiden. Der Migrationsprozess und die damit zusammenhängenden Suchtprobleme dürfen 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 im Sinne einer gesellschaftlichen Marginalisierung und des Wegfalls von schützenden Faktoren als mögliche Ursachen für Suchtprobleme beachtet werden.

In der Behandlung stellt sich deshalb zunächst die Aufgabe, spezielle Kompetenzen zu erwerben, um die äußeren Probleme wie den vorhandenen Rechtsstatus von Migrantinnen und Migranten, die Nichtanerkennung schulischer und beruflicher Qualifikationen und vorhandene Sprachbarrieren zu verstehen. Dabei müssen Zugangsschwellen in dem psychosozialen Versorgungsangebot überwunden werden, die auf der einen Seite mit Nichtwissen der Betroffenen aufgrund der Tabuisierung von Suchtproblemen in Migrantenfamilien und auf der anderen Seite mit Vorurteilen gegenüber suchtkranken Personen mit Migrationshintergrund wie z. B. dealenden Rauschmittelsüchtigen zu tun haben.

Bezogen auf die soziodemografischen Merkmale von glücksspielsüchtigen Personen mit Migrationshintergrund zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung mit beratenen und behandelten Glücksspielsüchtigen deutscher Nationalität. Es handelt sich ebenfalls vorwiegend um jüngere, männliche Nutzer von Geldspielautomaten und Teilnehmer an Sportwetten. Tendenzielle Abweichungen zeigen sich darin, dass die Betroffenen etwas älter und familiär bzw. partnerschaftlich stärker eingebunden sind.

Die größte Patientengruppe mit Migrationshintergrund bilden Glücksspielsüchtige mit türkischem Hintergrund. Zunächst waren es erwachsene Einwanderer und Kinder, die noch in der Türkei geboren wurden. Inzwischen sind es in Deutschland geborene Mitglieder der türkischen Gemeinschaft. Dabei spielen türkische Cafés eine besondere Rolle bei der Entwicklung der Glücksspielsucht (Şahinöz, 2015). Es handelt sich um Treffpunkte für Männer, die dort ihre Freizeit verbringen und vor familiären Konflikten fliehen. Mitglieder der jüngeren Generation lernen oft das Glücksspielen

durch ihre dort spielenden Väter kennen (vgl. Kapitel 9.3.5). Die späteren Spielstätten sind oft Spielhallen und Wettbüros, die von türkischen Besitzern betrieben werden und sich in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld befinden.

Glücksspieler mit türkischem Hintergrund weisen typische Besonderheiten auf (Bensel, 2007; Şahinöz, 2015): Die Gemeinschaft steht im Vordergrund, womit Schamgefühle, Ehre und Stolz bedeutsam sind. Die Religion, auch wenn sie nicht aktiv praktiziert wird, berührt alle Lebensbereiche. Die Krankheitsursache wird als Fluch oder Strafe Gottes externalisiert. Es besteht ein ganzheitliches Krankheitsverständnis, wonach es sich um ein Ungleichgewicht zwischen Körper, Geist und Sozialem handelt. Hinzu kommt, dass erfolgreicher Gelderwerb den Status und das Ansehen wesentlich bestimmen. Von Therapeutinnen und Therapeuten werden Lösungen für die Glücksspielproblematik als kompetente „Beauftragte“ erwartet.

Die Glücksspielsucht eines Familienmitgliedes wird sehr spät erkannt, da wenig Wissen über Glücksspiele bei Angehörigen besteht. Darüber hinaus wird das Problem als Charakterschwäche und Gesichtsverlust tabuisiert und geheim gehalten. Entsprechend wird eine Behandlung eher selten aufgesucht. Familiäre Zusammenbrüche und Scheidungen sind häufige Folgen.

10.3.2 Klinisches Fallbeispiel

Als Repräsentant der größten Untergruppe von behandlingssuchenden Migranten soll abschließend ein türkisch-deutscher Glücksspielsüchtiger beschrieben werden (Petry 2003, S. 142–144):

„Bei Herrn T. liegt eine Glücksspielsucht 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 eine Ausbildung zur Hebamme absolviert und ist als erstes Familienmitglied nach Deutschland 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. Sein Vater ist im Alter von 74 Jahren wenige Monate vor der Behandlung verstorben. Seine drei älteren Schwestern sind alle erfolgreich in medizinischen Berufen tätig. Der älteste Bruder hat als Arzt gearbeitet und ist für seine Familie völlig überraschend süchtiger Roulettespieler geworden. Herr T. hat die Mittlere Reife auf dem Gymnasium abgeschlossen, sich damals zum Ziel gesetzt, Profifußballer zu werden, was dann jedoch an einer Verletzung gescheitert ist. Er ist gelernter Industriekaufmann, hat in diesem Beruf auch langjährig bei verschiedenen Firmen gearbeitet und überdurchschnittlich viel verdient. Zuletzt war er als Autohändler tätig.

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 Erregung und den Abbau von Spannungen, später die Verarbeitung der Kränkungen, die aus dem Scheitern seiner ehelichen Beziehung resultierten. Zum Schluss habe er sein Glücksspielverhalten als Selbsterstörungsprozess erlebt. Ein zentrales Motiv sei für ihn gewesen, Kontrolle auszuüben und Machtfantasien 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 ihm dies gelungen sei, habe ihn das nicht weiter interessiert, sodass er mit dem Roulettespielen begonnen habe. Dort sei sein Bestreben allein darauf gerichtet gewesen, das ‚schwarze Tuch‘ zu sehen, also die Bank zu sprengen.

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

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 würden, teilweise auch um höhere Beträge in Hinterzimmern. Das vom Koran (Schimmel, 1960) vorgegebene Glücksspielverbot (Sure 5, Vers 90: ‚Oh ihr, die ihr glaubt, vgl., 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 Glücksspielerzene in Deutschland, die sich vor allem in den nur von Männern besuchten Cafés 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 als Sohn gehabt, den Vater nach islamischem Glauben ins Grab zu legen und 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 Gegenleistungen verbunden seien.

Dieser letzte Mentalitätsunterschied wird während einer psychotherapeutischen Ganztagsveranstaltung (Marathon) durch eine Übung deutlich, bei der die Aufgabe bestand, die äußere Selbstdarstellung auf einem 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 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 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.‘

Zu Beginn der Behandlung steht die erfolgte Trennung von der Ehefrau im Zentrum. Herr T. fühlt sich entmachteter und ist wütend aufgrund der erlebten Zurückweisung. Er zeigt eine hohe Anspruchshaltung und ist dabei sehr eigenwillig, konkurriert mit dem Bezugstherapeuten und übernimmt gegenüber den Gleichbetroffenen 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. Herr T. 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 glücksspieler-typischen 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. Es erfolgt eine detaillierte Schuldenaufstellung, aber keine weitergehende Verbesserung der materiellen Situation. Zum Entlassungszeitpunkt besteht aufgrund der Verschuldung, einem drohenden Gerichtsverfahren, der Trennung von der Ehefrau und einer zunehmenden Entfremdung von der Tochter sowie seiner Arbeitslosigkeit eine belastende Lebenssituation. Herr T. wird die bereits vor der Behandlung bestehende ambulante Behandlung in einer Suchtberatungsstelle fortsetzen.“

Literatur

- Zur Übersicht:**
- Petry, J. (Hrsg.) (2013): Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Die Literatur wird im Folgenden getrennt für die drei Unterkapitel 10.1 (Alter), 10.2 (Gender) und 10.3 (Ethnie) aufgeführt.
- Alter (Kapitel 10.1):**
- Busch-Hettwer, H.; Hayer, T. (2013): Die Behandlung von jüngeren Glücksspielern. In: Petry, J. (Hrsg.): Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. Freiburg i. Br.: Lambertus. 62–78.
- Block, R.-T.; Kolb, W.; Zemlin, U. (2013): Die Behandlung von Glücksspielern mit ADHS. In: Petry, J. (Hrsg.): Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. Freiburg i. Br.: Lambertus. 114–126.
- Feindel, H.; Sobottka, B. (2013): Die Behandlung von Glücksspielern mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch. In: Petry, J. (Hrsg.): Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. Freiburg i. Br.: Lambertus. 143–153.
- Hayer, T. (2020): Jugendliche und Glücksspiele: Spielanreize und Suchtgefahren im Überblick. Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 31, 30–36.
- Merod, R. (2003): Ambulante Verhaltenstherapie bei einem 16½-jährigen Jugendlichen mit Cannabis- und Alkoholmissbrauch sowie pathologischem Glücksspiel – ein Fallbericht. In: Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hrsg.): Schwierige Zeiten: Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. Tübingen: dgvt-Verlag. 219–252.
- Resch, F. et al. (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters: Ein Lehrbuch. Weinheim: PVU.
- Scheithauer, H.; Hayer, T.; Niebank, K. (2008): Problemverhaltensweisen und Risikoverhalten im Jugendalter – ein Überblick. In: Scheithauer, H.; Hayer, T.; Niebank, K. (Hrsg.): Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Stuttgart: Kohlhammer. 11–33.
- Schwager, J.-C. (2013): Die Behandlung von älteren Glücksspielern. In: Petry, J. (Hrsg.): Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. Freiburg i. Br.: Lambertus. 49–61.
- Gender (Kapitel 10.2):**
- Brand, E.; Rodriguez-Monguio, R.; Volber, K. (2019): Gender differences in mental health and substance use disorders and related healthcare utilization. *American Journal of Addiction*, 28(1), 9–15.
- Buth, S.; Meyer, G.; Kalke, J. (2022): Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung: Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2012. Bremen u. Hamburg: Universität Bremen u. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung.
- Caneiro, E. (2020): Gender differences in gambling exposure and at-risk gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 36(2), 445–457.
- Dziewias, H. (1980): Instrumentelle Gruppenbedingungen als Voraussetzung des individuellen Lernprozesses. In: Grawe, K. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg. 27–55.
- Grant J. E. et al. (2012): Gender-related clinical and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Psychiatric Research*, 46(9), 1206–1211.
- Håkansson, A.; Widinghoff, C. (2020a): Gender differences in problem gamblers in an online gambling setting. *Psychological Research and Behavior Management*, 13, 681–691.
- Håkansson, A.; Widinghoff, C. (2020b): Over-indebtedness and problem gambling in a general population sample of online gamblers. *Frontiers of Psychiatry*, 11(7). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00007/full>, Zugriff: 08.03.2023.
- Husky M. M. et al. (2015): Gender differences in the associations of gambling activities and suicidal behaviors with problem gambling in a nationally representative French sample. *Addictive Behaviors*, 45, 45–50.
- Keough, M. T. et al. (2018): Depression symptoms and reasons for gambling sequentially mediate the associations between insecure attachment styles and problem solving. *Addictive Behaviors*, 78, 166–172.
- Krieger-Baulig, K. (2021): Therapeutische Beziehung bei Glücksspielerinnen in der Behandlung. Berlin: Vortrag auf der 33. Fachtagung des Fachverbandes Glücksspielsucht am 26.11.2021. https://www.gluecksspielsucht.de/tagungdok/2021/FAGS_2021_Krieger-Baulig.pdf, Zugriff: 08.03.2023.
- Pfeiffer-Gerschel, T. et al. (2011): Deutsche Suchtkrankenhilfestatistik 2009: Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse. *Sucht*, 57(6), 421–430.
- Ronzitti, S. et al. (2016): Gender differences in treatment – seeking British pathological gamblers. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 231–238.
- Vogelgesang, M. (2010): Traumata, traumatogene Faktoren und pathologisches Glücksspielen: Eine genderspezifische Analyse. *Psychotherapeut*, 55(1), 12–21.
- Vogelgesang, M. (2011): Pathologisches Glücksspielen bei Frauen: Ablenkung von Depression und Angst. *Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*, 1, 36–39.
- Wenzel, H. G.; Dahl, A. A. (2009): Female pathological gamblers – a critical review of the clinical findings. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 190–202.
- Ethnie (Kapitel 10.3):**
- Bensel, W. (2007): Implizite Krankheitsvorstellungen bei ausländischen Glücksspielern. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 38 (3), 167–172.
- Bensel, W.; Tuncay, M. (2013): Beratung und Behandlung von Glücksspielern mit türkisch-orientalischem Migrationshintergrund. In: Petry, J. (Hrsg.): Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. Freiburg i. Br.: Lambertus. 156–168.
- Bickl, A. M. et al. (2021): Changes in gambling behaviour and related problems in clients seeking help in outpatient addiction care: results from a 36-month follow-up study in Bavaria. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 690–700.
- Chambers, I. (1996): Migration, Kultur und Identität (amerikanisches Original 1994). Tübingen: Stauffenburg.
- Friedrich, N. (2018): Stationäre Behandlung glücksspielsüchtiger (osteuropäischer) Migranten. Berlin: Vortrag auf der 30. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht am 23.11.2018. https://www.gluecksspielsucht.de/tagungdok/2018/Friedrich_Staionaere_Behandlung_gluecksspielsuechtiger_Migranten.pdf, Zugriff: 09.08.2023.
- Petry, J. (2003): Die Behandlung der Glücksspielsucht bei Migranten. In: Petry, J.: Pathologisches Glücksspielverhalten: Ätiologische, psychopathologische und psychotherapeutische Aspekte (ursprünglich 1998). Geesthacht: Neuland. 137–145.
- Şahinöz, C. (2015): Glücksspielsucht unter türkischen Migranten in Deutschland. Norderstedt: Books on Demand.
- Schimmel, A. (Einleitung) (1960): Der Koran. Stuttgart: Reclam.

11.1 Fachliteratur

- Cassidy, R. (2020): *Vicious games: capitalism and gambling*. London, UK: Pluto Press.
- Dietlein, J.; Ruttig, M. (Hrsg.) (2022): *Glücksspielrecht* (3. Aufl.). München: Beck.
- Füchtenschnieder-Petry, I.; Petry, J. (2010): *Game Over: Ratgeber für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen* (2. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Gebhardt, I.; Korte, S. (Hrsg.) (2018): *Glücksspiel, Ökonomie, Recht, Sucht*. 2. Auflage. Berlin: de Gruyter.
- Giżycki, J.; Górný, A. (1970): *Glück im Spiel zu allen Zeiten*. Zürich: Stauffacher.
- Heather, N. et al, (eds.): *Evaluating the brain disease model of addiction*. London, UK: Routledge.
- Jox, R. L. (2022): *Rechtliche Aspekte der Suchthilfe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kalke, J.; Hayer, T. (2019): *Expertise zur Wirksamkeit von Maßnahmen des Spieler- und Jugendschutzes: Ein systematischer Review*. Berlin: Peter Lang.
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2017): *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Meyer, G.; Hayer, T.; Griffiths, M. (eds.) (2009): *Problem gambling in Europe: challenges, prevention, and interventions*. New York, NY: Springer.
- McIntosh, C.; O'Neill, K. (eds.) (2017): *Evidence-based treatments for problem gambling*. Cham, CH: Springer.
- Nicoll, F. (2021): *Gambling in everyday life: apaces, moments and products of enjoyment* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Petry, J. (2003): *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (2018): *Die Verhaltenssuchtpublikations-Störung (VSP-S)*. *SuchtMagazin*, 44(6), 20–22.
- Petry, J. (Hrsg.) (2013): *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Pickard, H.; Ahmed, S. H. (Eds.) (2019): *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction*. Abingdon, UK: Routledge.

Reith, G. (2019): *Addictive Consumption: capitalism, modernity and excess*. London, UK: Routledge.

Rummel, C.; Gaßmann, R. (Hrsg.) (2020): *Sucht: bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schnell, T. (2016): *Psychologie des Lebenssinns*. Berlin: Springer.

Schüll, N. D. (2012): *Addiction by design: machine gambling in Las Vegas*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Zollinger, M. (1997): *Geschichte des Glücksspiels: Vom 17. Jahrhundert bis zum Zweiten Weltkrieg*. Wien: Böhlau.

11.2 Romane und Tatsachenberichte

Algren, N. (1986): *Der Mann mit dem goldenen Arm*. Frankfurt/M.: Zweitausendundeins.

Auster, P. (1993): *Die Musik des Zufalls*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch.

Balzac, H. de (1985): *Das Chagrinleder*. München: Goldmann Taschenbuch.

Brecht, B. (1967): *Vier Männer und ein Pokerspiel oder zu viel Glück ist kein Glück*. In: Brecht, B.: *Gesammelte Werke*, Bd. 11. Frankfurt/M.: Suhrkamp Taschenbuch. 175–183.

Cechov, A. (1976): *Die Wette*. In: *Flattergeist – Erzählungen 1888–1892*. Zürich: Diogenes Taschenbuch. 160–167.

Dostojewskaja, A. G. (1985): *Tagebücher: Die Reise in den Westen*. Königstein/Ts.: Athenäum.

Dostojewskij, F. M. (1985): *Der Spieler*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Dürrenmatt, F. (1987): *Justiz*. Zürich: Diogenes Taschenbuch.

Edel, E. (2009): *Poker: Ein Spielerroman*. Nachdruck von 1912. Hamburg: Rudolph Verlag.

Fallada, H. (1986): *Wolf unter Wölfen*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch.

Frances, F. (2013): *Glücksspiel*. Zürich: Diogenes Verlag.

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

- Fuchs, D. (2005): Glücksfalle. Hohenems: Hämmerle Verlag.
- Gogol, N. (1974): Die Spieler. In: Sämtliche Dramen. München: Winkler 239–299.
- Hansch, W. (2021): Einmal Hölle und zurück! Mein brutaler Absturz in die Spielsucht. Wiesbaden: Titus Verlag.
- Hein, C. (1993): Das Napoleon-Spiel. Berlin: Aufbau Verlag.
- Hesse, H. (1977): Kurgast. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.
- Hoffmann, E.T.A. (1989): Spielerglück. Frankfurt/M.: Insel-Verlag.
- Hottinger, M. (1994): Geldgeschichten von Mark Twain bis Somerset Maugham. Zürich: Diogenes Taschenbuch.
- Jacobs, R. (2009): Bekenntnisse einer Spielerin. München: btb Verlag.
- Kelman, J. (1993): Zocker. Wien: Europaverlag.
- Lindt, N. (2010): Der Spieler von Zürich. Ein Bericht (2. Aufl.). Zürich: Zürcher Oberland Buchverlag.
- Puzo, M. (1994): Las Vegas: Bekenntnisse eines Spielers. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.
- Riesen, H. (2009): Gestatten, der Bankräuber, den Sie suchen. Geständnisse eines Spielsüchtigen. Bonn: Retap Verlag.
- Schmidt, K. F. (2009): Nichts geht mehr. Vom Sodastream-Multimillionär zum Hartz-IV-Empfänger. Murnau am Staffelsee: Mankau Verlag.
- Schuller, A. (2008): Jackpot: Aus dem Leben eines Spielers. Eine wahre Geschichte (überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Neuausgabe von „Der Automaten-Mann“). Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.
- Thannen, R. von der (2001): Einmal Hölle und zurück. Auf dem Jakobsweg vom Spielcasino nach Lourdes. Hard: Hecht Verlag.
- Tillmann, A. (2003): Verspieltes Glück. Mein Mann ist spielsüchtig. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.
- Varnholt, E. (2001): Protokoll einer Selbstzerstörung. Aachen: Karin Fischer Verlag.
- Walz, L.; Seidl, G. (Hrsg.) (2002): Lust am Spielen: Lesebuch der Leidenschaft. München: Piper.
- Zweig, S. (1983): Vierundzwanzig Stunden aus dem Leben einer Frau. Frankfurt/M., S. Fischer Verlag.

Baden-Württemberg

Landesstelle für Suchtfragen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.

Stauffenbergstr. 3, 70173 Stuttgart
Tel. +49 711 61967-31
info@lss-bw.de
www.lss-bw.de

Bayern

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe

Lessingstr. 1, 80336 München
Tel. +49 89 200 032 750
info@kbs-bayern.de
www.kbs-bayern.de

Berlin

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e.V.

Gierkezeile 39, 10585 Berlin
Tel. +49 30 3438916-0
info@landesstelle-berlin.de
www.landesstelle-berlin.de

Brandenburg

Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.

Behlertstr. 3a, Haus H1, 14467 Potsdam
Tel. +49 331 581380-0
info@blsev.de
www.blsev.de

Bremen

Bremische Landesstelle für Suchtfragen (BreLs) e.V.

c/o ambulante Suchthilfe Bremen
Bürgermeister-Smidt-Str. 35
28195 Bremen
Tel. +49 162 2627755
info@brels.de
www.brels.de

Hamburg

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.

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

Hessen

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS)

Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt a.M.
Tel. +49 69 71376777
hls@hls-online.org
www.hls-online.org

Mecklenburg-Vorpommern

Landeskoordinierungsstelle
für Suchtthemen MV

Standort Schwerin:

Lübecker Str. 24a, 19053 Schwerin
Tel. +49 385 7851560

info@lakost-mv.de
www.lakost-mv.de

Standort Demmin:

Meisengrund 13, 17109 Demmin
Tel. +49 3998 253919

info@lakost-mv.de
www.lakost-mv.de

Niedersachsen

Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.

Gruppenstr. 4, 30159 Hannover
Tel. +49 511 626266-0

info@nls-online.de
www.nls-online.de

Nordrhein-Westfalen

Suchtkooperation NRW

Geschäftsstelle

c/o Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8, 50663 Köln

Tel. +49 221 809-7794

kontakt@suchtkooperation.nrw
www.suchtkooperation.nrw

Rheinland-Pfalz

Landesstelle für Suchtfragen
Rheinland-Pfalz

Karmeliterstr. 20, 67346 Speyer
Tel. +49 6232 664-254

info@liga-rlp.de
www.liga-rlp.de

Saarland

Saarländische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.

c/o Caritas-Zentrum Saarpfalz
Schanzstr. 4, 66424 Homburg
Tel. +49 6841 934850

andreas.heinz@caritas-speyer.de
www.liga-saar.de/ausschuesse/
landesstelle-fuer-suchtfragen

Sachsen

Sächsische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e.V.

Glacisstr. 26, 01099 Dresden
Tel. +49 351 8045506

info@slsev.de
www.slsev.de

Sachsen-Anhalt

Landesstelle für Suchtfragen
im Land Sachsen-Anhalt

Halberstädter Str. 98, 39112 Magdeburg
Tel. +49 391 5433818

info@ls-suchtfragen-lsa.de
www.ls-suchtfragen-lsa.de

Schleswig-Holstein

Landesstelle für Suchtfragen
Schleswig-Holstein e.V.

Schreberweg 10, 24119 Kronshagen
Tel. +49 431 657394-40

sucht@lssh.de
www.lssh.de

Thüringen

Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V.

Steigerstr. 40, 99096 Erfurt
Tel. +49 361 7464585

info@tls-suchtfragen.de
www.tls-suchtfragen.de

Landeskoordinierungs- bzw. Landesfachstellen Glücksspielsucht der Länder

Baden-Württemberg

Ministerium für Soziales, Gesundheit
und Integration Baden-Württemberg
Referat 55

Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart

Tel. +49 711 123 352 98
gluecksspiel@sm.bwl.de
www.spass-statt-sucht.de

Bayern

Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern
Edelsbergstraße 10, 80686 München

Tel. +49 89 552 73 59 0
info@lsgbayern.de

www.lsgbayern.de
www.verspiel-nicht-dein-Leben.de

Berlin

Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Abteilung Gesundheit, Sachgebiet
Verhaltenssüchte

Oranienstraße 106, 10969 Berlin
Tel. +49 30 9028 2739

Drogenbeauftragte@SenGPG.Berlin.de
www.berlin.de/lb/drogen-sucht/gesetze/
regulierung-des-gluecksspiels
www.fauls-spiel.de

Brandenburg

Landeskoordinierung Glücksspielsucht
Brandenburgische Landesstelle für
Suchtfragen e.V.

Behlerstraße 3A, Haus H1
14467 Potsdam

Tel. +49 331 581 380 0
gluecksspielsucht@blsev.de
www.blsev.de/fachbereiche/gluecks-
spielsucht/
www.spielsucht-brandenburg.de

Bremen

Fachstelle Glücksspielsucht
im Land Bremen

Universität Bremen
Grazer Straße 2, 28359 Bremen
Tel. +49 421 218 68 708

tobha@uni-bremen.de
www.gluecksspielsucht-bremen.de

Hamburg

Sozialbehörde – Fachabteilung Drogen
und Sucht

Hamburger Str. 47, 22083 Hamburg
Tel. +49 40 42 837 2060

drogenundsucht@soziales.hamburg.de
www.automatisch-verloren.de

Hessen

Landesprojekt Glücksspielsucht-
prävention und -beratung
Hessische Landesstelle für Suchtfragen
(HLS)
Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt a. M.
Tel. +49 69 713 76 777
hls@hls-online.org
www.hls-gluecksspielsucht.org

Mecklenburg-Vorpommern

Landesfachstelle Glücksspielsucht MV
c/o LAKOST MV
Lübecker Str. 24a, 19053 Schwerin
Tel. +49 385 777 89 484
info@gluecksspielsucht-mv.de
www.gluecksspielsucht-mv.de

Niedersachsen

Glücksspielsucht – Prävention
und Beratung
Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen (NLS)
Gruppenstr. 4, 30159 Hannover
Tel. +49 511 626 266 0
info@nls-online.de
www.nls-online.de/gluecksspielsucht

Nordrhein-Westfalen

Landesfachstelle Glücksspielsucht
der Suchtkooperation NRW
Niederwall 51, 33602 Bielefeld
Tel. +49 521 399 558 90
Hilfetelefon Glücksspielsucht:
0800 077 66 11
kontakt@gluecksspielsucht-nrw.de
www.gluecksspielsucht-nrw.de
www.gluexxit.de
www.ausgezockt.de

Rheinland-Pfalz

Fachstelle Prävention der Glücksspiel-
sucht und Medienabhängigkeit
Landesamt für Soziales, Jugend
und Versorgung
Sozialraumentwicklung/Suchtprävention
Rheinallee 97–101, 55118 Mainz
Tel. +49 6131 967-701
Sozialraum.suchtpraevention@lsjv.rlp.de
www.suchtpraevention.rlp.de

Saarland

Landesfachstelle Glücksspielsucht
Saarland
Haus der Caritas
Johannisstraße 2
66111 Saarbrücken
Tel. +49 681 30 90 690
info@gluecksspielsucht-saar.de
www.gluecksspielsucht-saar.de

Sachsen

Projekt Koordination Prävention
Glücksspielsucht
Sächsische Landesstelle gegen
die Suchtgefahren e.V.
Glacisstraße 26, 01099 Dresden
Tel. +49 351 804 55 06
info@slsev.de
www.slsev.de/fachinformationen/
pathologisches-gluecksspielen

Sachsen-Anhalt

Landesfachstelle Glücksspielsucht
Sachsen-Anhalt
Landesstelle für Suchtfragen im Land
Sachsen-Anhalt (LS-LSA)
Halberstädter Straße 98
39112 Magdeburg
Tel. +49 391 543 38 18
info@ls-suchtfragen-lsa.de
www.ls-suchtfragen-lsa.de

Schleswig-Holstein

Landeskoordinierung Glücksspielsucht
Schleswig-Holstein
Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-
Holstein e.V.
Schreiberweg 10
24119 Kronshagen
Tel. +49 431 6573 94 40
sucht@lssh.de
www.lssh.de/gluecksspiel

Thüringen

Thüringer Fachstelle GlücksSpielSucht
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.
(fdr)
Dubliner Str. 12, 99091 Erfurt
Tel. +49 361 346 1746
gluecksspielsucht@fdr-online.info
www.gluecksspielsucht-thueringen.de
www.fairspielt.info

Beratungstelefone

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

Tel. **0800 1372700** (kostenfrei und anonym)

Montag bis Donnerstag von 10.00 bis 22.00 Uhr,

Freitag bis Sonntag von 10.00 bis 18.00 Uhr

Beim Hilfefonot Glücksspielsucht, das von der Landesfachstelle Glücksspielsucht der Suchtkooperation NRW betrieben wird, erhalten Glücksspielsüchtige, ihre Angehörigen und am Thema Interessierte professionelle Beratung.

Tel. **0800 0776611** (kostenfrei und anonym)

Montag bis Freitag von 10.00 bis 16.00 Uhr

Die Landesfachstelle Glücksspielsucht Nordrhein-Westfalen und die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern bieten gemeinsam ein Beratungstelefon in türkischer Sprache für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen an.

Tel. **0800 32 64 762** (kostenfrei und anonym)

Montag von 18.00 bis 20.00 Uhr, Mittwoch von 20.00 bis 22.00 Uhr

Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen bietet im Rahmen ihres NLS-Netzes von Beratungsstellen zur Prävention und Beratung von Glücksspielsucht in Niedersachsen eine [polnischsprachige](#) und eine [russischsprachige](#) Hotline an:

Die bundesweite Telefonberatung bei Problemen mit Glücksspielen in polnischer Sprache wird von der Caritas Osnabrück angeboten.

Tel. **01590 455 60 46** (übliche Telefongebühren)

Dienstag von 15.00 bis 17.00 Uhr und nach Vereinbarung

STEP Hannover bietet die russischsprachige Glücksspielsucht-Helpline an.

Tel. **0511 70 14 664** (übliche Telefongebühren)

Montag von 15.00 bis 17.00 Uhr

Onlineberatung

www.check-dein-spiel.de/cds/program/start.action

Check Out, das Onlineberatungsprogramm bei Glücksspielsucht der BZgA

www.check-dein-spiel.de/cds/program/start-time-out.action

Time Out, die Angehörigenberatung bei Glücksspielsucht der BZgA

www.playchange.de

Onlineberatung Glücksspielsucht, Bayern

www.ausgezockt.de

Onlineberatung bei Glücksspielsucht in deutscher und türkischer Sprache, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen

www.check-dein-spiel.de

Portal zum Thema Glücksspielsucht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Verlinkung zum Onlineberatungsangebot Check Out, Selbst- und Wissenstest

www.pad-berlin.de/arbeit-sucht/praeventionsprojekt-gluecksspiel.html

Präventionsprojekt Glücksspiel der pad gGmbH Berlin

www.gluexxit.de

Präventionsprojekt der Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW zum Thema Glücksspielsucht für Schülerinnen und Schüler von Berufskollegs in NRW

www.bundesweit-gegen-gluecksspielsucht.de

Hilfe bei Glücksspielsucht für Betroffene, Angehörige und Interessierte, zusammengestellt von den Landesfach- und Landeskoordinierungsstellen Glücksspielsucht

<https://rp-darmstadt.hessen.de/sicherheit-und-kommunales/gluecksspiel/spielersperrsystem-oasis/spieler-faqs>

Spielersperrsystem OASIS (Anträge, FAQ etc.)

www.gluecksspiel-behoerde.de

Gemeinsame Glücksspielbehörde der Länder (GGL)

www.gluecksspiel-behoerde.de/de/praeventionspielerschutz/verstossmeldenbeschwerden

Hinweisportal der Glücksspielaufsicht zur Meldung von Hinweisen auf unerlaubtes Glücksspiel oder Beschwerden zur Werbung für Glücksspiel

www.fachbeirat-gluecksspiel-sucht.de

Fachbeirat Glücksspiel – 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.buendnis-gegen-sportwettenwerbung.de

Bündnis gegen Sportwetten-Werbung

Von Betroffenen für Betroffene

www.anonyme-spieler.org

Anonyme Spieler Deutschland

www.gluecksspielfrei.de

Glücksspielfrei e.V.

Bundesverband Selbsthilfe Glücksspielsucht

Der Fachverband Glücksspielsucht e.V. (FAGS) ist ein bundesweit tätiger Verband mit Sitz in Bielefeld. Er wurde 1998 gegründet. Neben Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Fachkliniken gehören ihm auch Betroffene, Suchttherapeutinnen und -therapeuten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Juristinnen und Juristen an.

Der Fachverband ist Mitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und verfügt über einen Sitz im Fachbeirat Glücksspielsucht, der die Bundesländer bei der Umsetzung des GlüStV berät (www.fachbeirat-gluecksspiel-sucht.de).

Der FAGS e.V. verfolgt einen verhältnispräventiven Ansatz. Er setzt sich für einen kleinen, gut regulierten Glücksspielmarkt ein. Werbung für Suchtmittel – inkl. Glücksspiele, die hohe individuelle und gesellschaftliche Schäden anrichten – sollte nach seiner Auffassung terrestrisch ausschließlich am Point-of-Sale stattfinden und im TV/Internet gar nicht.

Der Fachverband ist als anerkannter Verbraucherschutzverband berechtigt, Unterlassungsklagen nach dem UKlaG zu führen. Hiervon hat der Verband mehrfach Gebrauch gemacht und einige wegweisende Urteile erwirkt, die zur Stärkung des (Glücks-)Spielerinnen- und Spielerschutzes in Deutschland beigetragen haben.

Der Verband ist unabhängig. Zu Glücksspielanbietern unterhält er keinerlei geschäftliche Beziehungen und nimmt auch keine Zuwendungen aus dieser Quelle an. Er bestreitet seine Arbeit aus Spenden, Mitgliedsbeiträgen und Bußgeldern. Die Arbeit des Selbsthilfereferenten wird von der Deutschen Rentenversicherung und gelegentlichen Projektgeldern der Krankenkassen finanziert.

Fachverband Glücksspielsucht e.V. (FAGS)

Meindersstraße 1a, 33615 Bielefeld

Tel. +49 521 557721-24

verwaltung@gluecksspielsucht.de, www.gluecksspielsucht.de

Der FAGS im Internet: www.gluecksspielsucht.de

Die Internetseite des FAGS enthält Basisinformationen, Adressen von Hilfeeinrichtungen, Dokumentationen der Fachtagungen, Hinweise auf aktuelle Publikationen und vieles mehr.

Für die Zielgruppe der Betroffenen wird außerdem ein Blog (www.gluecksspielsucht-selbsthilfe.de), ein YouTube-Kanal (<https://tinyurl.com/2ovlxonr>) und ein Forum (www.forum-gluecksspielsucht.de) bereitgestellt. Das Forum wird zeitweise gleichzeitig von mehreren hundert Personen besucht.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Sie koordiniert und unterstützt die fachliche Arbeit ihrer Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft, um ein Höchstmaß an Wirksamkeit für die präventiven und helfenden Tätigkeiten zu erreichen. Die DHS arbeitet eng mit den zuständigen Ministerien, Behörden, Institutionen des In- und Auslands zusammen. Zu ihren Aufgaben zählen Öffentlichkeitsarbeit und Prävention sowie die Archivierung und Dokumentation von Veröffentlichungen. Mitgliedsverbände der DHS sind die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchthilfe und der Sucht-Selbsthilfe.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Expertinnen und 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 Website der DHS sind wichtige Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen können eingesehen und zum Großteil auch heruntergeladen werden. Außerdem besteht ein Zugang zu allen DHS Broschüren und Faltblättern.

DHS Publikationen & Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl im DHS Bestellcenter geordert werden: <https://www.dhs.de/infomaterial>

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.

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

DHS Suchthilfeverzeichnis

Hilfe bei Suchtproblemen finden Betroffene und ihre Angehörigen sowie Fachleute und Interessierte im DHS Suchthilfeverzeichnis unter www.suchthilfeverzeichnis.de

Die Recherche lässt sich z.B. räumlich oder thematisch eingrenzen.

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-Infotelefon zur Suchtvorbeugung

Tel. +49 221 892031

Montag bis Donnerstag: von 10 bis 22 Uhr
und Freitag bis Sonntag: von 10 bis 18 Uhr

Sucht-und-Drogen-Hotline

01806 313031

Kostenpflichtig, 0,20 €/Anruf aus dem Festnetz und dem Mobilfunknetz.
Unterstützt von NEXT ID.

Montag bis Sonntag: 0 bis 24 Uhr



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

Christine Kreider

Alle Rechte vorbehalten

6. überarbeitete Auflage, Juni 2023

Autorinnen und Autoren der Neuauflage 2023

Dr. Jörg Petry
Ilona Füchtenschnieder-Petry
Dr. Tobias Hayer

Dr. Ulrich Kemper
Prof. Dr. Jan-Philipp Rock
Dr. Monika Vogelgesang

Autorinnen und Autoren der ersten Auflage (2013)

Dr. Jörg Petry
Ilona Füchtenschnieder-Petry
Dr. Monika Vogelgesang
Dr. Thomas Brück

Lektorat

Dr. Sandra Meinzenbach,
TextArbeit SprachKonzept

Gestaltung

STADTLANDFLUSS, Frankfurt

Druck

Klimaneutral gedruckt.
Kern GmbH,
In der Kolling 120, 66450 Bexbach

Auflage

6.5.05.24

ISBN: 978-3-937587-08-0



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.
Artikel-Nr.: 33221206.

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



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: 978-3-937587-08-0