

# Glücksspielsucht

*T. Hayer, H.-J. Rumpf, G. Meyer*

## **2.1 Einleitung – 12**

## **2.2 Diagnostik – 12**

2.2.1 Psychiatrische Klassifikationsmanuale – 12

2.2.2 Screening- und diagnostische Verfahren: Eine Auswahl – 14

## **2.3 Epidemiologie – 17**

2.3.1 Nationale Befundlage im Überblick – 17

2.3.2 Internationale Befundlage – Ausgewählte Erkenntnisse – 20

## **2.4 Ansätze der Regulation und Prävention – 23**

2.4.1 Regulierungsansätze im Überblick – 23

2.4.2 Präventionsansätze im Überblick – 24

## **2.5 Zusammenfassung – 27**

**Literatur – 28**

## 2.1 Einleitung

Kulturübergreifend haben Glücksspiele unterschiedlicher Ausgestaltung schon immer eine besondere Faszination ausgeübt und breite Bevölkerungsschichten in ihren Bann gezogen. Für die Mehrheit der Spielteilnehmer bedeutet die mit dem Glücksspiel einhergehende Hoffnung, durch die richtige Prognose eines zukünftigen Ereignisses einen größeren Geldgewinn erzielen zu können, ein kurzweiliges und spannendes Freizeitvergnügen. Demgegenüber existiert eine kleine, aber signifikante Minderheit, die die Kontrolle über das Spielverhalten verliert und sich im wahrsten Sinne des Wortes »verzockt«. Die negativen Folgen dieses Phänomens können vielschichtig sein und reichen von finanziellen Problemen bzw. Verschuldung über zahlreiche psychosoziale Belastungen inklusive eines erhöhten Suizidrisikos bis zur Beschaffungsdelinquenz (Meyer u. Bachmann 2011). Da die Symptomatik eines pathologischen Spielverhaltens unter phänomenologischen wie auch ätiologischen Gesichtspunkten der Symptomatik einer stoffgebundenen Suchterkrankung ähnelt, hat sich im öffentlichen sowie wissenschaftlichen Diskurs in den letzten Jahrzehnten der Begriff der Glücksspielsucht (bzw. verkürzt: Spielsucht) zur Beschreibung dieses Störungsbildes zu Recht durchgesetzt.

## 2.2 Diagnostik

### 2.2.1 Psychiatrische Klassifikationsmanuale

In den gängigen Klassifikationssystemen psychischer Störungen, der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Revision, Kapitel V [F]; Dilling et al. 2008) und dem DSM-IV-TR (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Textrevision; Saß et al. 2003) ist das »pathologische Spielen« (»pathological gambling«) als Störung der Impulskontrolle eingeordnet, ebenso wie beispielsweise die Krankheitsbilder Kleptomanie, Pyromanie oder Trichotillomanie. Diese Einordnungsweise wurde aufgrund der Heterogenität der einzelnen diagnostischen Entitäten vielfach kritisiert und als willkürlich zusammen-

gestellte Restkategorie von Störungen bezeichnet, die an anderer Stelle keinen Platz fanden (u. a. Bühringer 2004). Ein Blick in das DSM-IV-TR verdeutlicht, dass sich die diagnostischen Kriterien des pathologischen Spielverhaltens tatsächlich eng an den Merkmalen einer Substanzabhängigkeit anlehnen. Im Vordergrund der Symptomatik stehen der subjektiv erlebte Kontrollverlust in Bezug auf die eigenen Spielaktivitäten und die starke Bindung an das Glücksspiel (= psychische Abhängigkeit im engeren Sinne), verbunden mit einer zunehmenden Einengung des Lebensstils und ausschließlichen Fixierung auf das Suchtmittel (vgl. ausführlich hierzu Meyer u. Bachmann 2011). ■ Tab. 2.1 fasst die diagnostischen Kriterien des pathologischen Spielverhaltens nach DSM-IV-TR zusammen.

Die Diagnose »pathologisches Spielen« ist laut DSM-IV-TR bei einem andauernden und wiederkehrenden fehlangepassten Spielverhalten zu stellen, was sich in mindestens 5 der in ■ Tab. 2.1 aufgeführten Merkmale ausdrückt. Im Übrigen spiegeln 8 der insgesamt 10 Kriterien Anzeichen einer klassischen Suchterkrankung wider. Hierzu zählen Phänomene wie Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, entzugsähnliche Erscheinungen oder Beschaffungsdelinquenz. Dagegen erweisen sich nur 2 Indikatoren als explizit glücksspielspezifisch: das sog. »Chasing-Verhalten« (den Verlusten »hinterherjagen«; vgl. Item 6) und das sog. »Bail-Out« (finanzielle Aushilfen durch andere Personen; vgl. Item 10). Das pathologische Spielverhalten ist im Sinne der Differenzialdiagnostik zum einen von nichtmaladaptiven Verhaltensmustern, wie dem sozialen oder professionellen Spielen, abzugrenzen. Zum anderen soll die Diagnose nicht vergeben werden, wenn Spielexzesse im Rahmen manischer Episoden auftreten. Eine Paralleldiagnose »antisoziale Persönlichkeitsstörung« erweist sich als möglich, sofern die entsprechenden Kriterien für beide Störungsbilder erfüllt sind. Zudem bleibt festzuhalten, dass das DSM-IV-TR die Diagnoseentität »problematisches Spielverhalten« (in der Regel beim Vorliegen von 3 oder 4 Symptomen) oder »risikoreiches Spielverhalten« (in der Regel beim Vorliegen von 1 oder 2 Symptomen) nicht vorsieht; dennoch haben sich derartige Vorgehensweisen insbesondere im Zuge von epidemiologischen Studien etabliert (► Abschn. 2.3), wenngleich hinreichende

**Tab. 2.1** Diagnostische Kriterien des pathologischen Spielverhaltens nach DSM-IV-TR. (Adaptiert nach Saß et al. 2003)

Merkmalsebene	Konstrukt-ebene
01) Ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z. B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen)	Vereinnahmung durch das Glücksspiel
02) Muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen	Toleranzentwicklung
03) Hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben	Kontrollverlust
04) Ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben	Entzugsähnliche Erscheinungen
05) Spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z. B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern	Fluchtverhalten/dysfunktionales Coping
06) Kehrt, nachdem er/sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust »hinterherjagen«)	Chasing-Verhalten
07) Belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß seiner/ihrer Verstrickung in das Spielen zu vertuschen	Belügen von Bezugspersonen
08) Hat illegale Handlungen wie Fälschung, Diebstahl, Betrug oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren	Beschaffungsdelinquenz
09) Hat eine wichtige Beziehung, seinen/ihren Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren	Weiterspielen trotz negativer Folgen
10) Verlässt sich darauf, dass andere ihm/ihr Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden	Bail-Out (»Freikauften«)

Validierungen bislang noch ausstehen (Buchner u. Wodarz 2011).

Nach den weniger differenzierten diagnostischen Leitlinien des ICD-10 besteht die Störung »pathologisches Spielen« in häufigem und wiederholtem, episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Glücksspielepisoden werden trotz des subjektiven Leidensdrucks und ungeachtet der Störung der Funktionsfähigkeit im täglichen Leben fortgesetzt. Konkret gefährden die Betroffenen ihren Beruf und ihre Anstellung, machen hohe Schulden, lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Pathologische Spieler beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspiel. Willensanstrengung alleine reicht nicht aus, um die Teilnahme am Glücksspiel zu unterbrechen. Außerdem sind die Betroffenen ständig mit Gedanken und Vorstellungen vom Glücksspiel oder mit dem Umfeld des Glücksspiels beschäftigt, wobei sich die Drangzustände und die kognitive Beschäftigung häufig in belastenden Lebenssituationen verstärken. Differenzialdiagnostisch ist das pathologische Spielverhalten vom gewohnheitsmäßigen Spielen und Werten, vom exzessiven Spielen manischer Patienten sowie vom Spielen bei dissozialer Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden. Meyer und Bachmann (2011) diskutieren in diesem Zusammenhang die Schwierigkeiten der Abgrenzung von exzessiven Spielmustern bei Individuen mit antisozialer bzw. dissozialer Persönlichkeitsstörung und schlagen vor, bei erkennbarer Eigendynamik der Suchtentwicklung beide Störungsbilder zu diagnostizieren. Das folgende Beispiel umfasst in marginal redigierter Form den Beitrag eines Betroffenen aus einem Internetforum, der aus der Ich-Perspektive von seiner »Zockerkarriere« berichtet.

**Erlebnisse eines exzessiven Spielers (Forum Glücksspielsucht vom 27.11.2012; verfügbar unter ► <http://www.forum-gluecksspielsucht.de/forum/marginal-redigiert>)**

Ich bin 28 Jahre alt und seit 9 Jahren Spieler. Ich komme aus Österreich – bei uns ist das sog. 'Kleine Glücksspiel' eingeführt worden. Durch einen

Freund bin ich also vor 9 Jahren das erste Mal mit einem Automaten in Kontakt gekommen. Mit wenig Einsatz habe ich beim ersten Mal 2000 ATS gewonnen. Eine Zeit lang hatte ich mich im Griff und verspielte nicht viel. Die Einsätze wurden jedoch immer höher, und ich wollte finanzielle Löcher mit möglichen Gewinnen stopfen. Mittlerweile gehen bei einem Kasinobesuch bis zu 1000 EUR drauf, wobei ich oft bis zu 24 Stunden durchspiele. Ich habe allein in den letzten 2 Monaten 20.000 EUR verspielt, die Abstände, in denen ich spielen gehe, werden kürzer, und die Einsätze werden immer höher. Meine Schulden belaufen sich mittlerweile auf 90.000 EUR und ich stehe knapp vor dem finanziellen und sozialen Ruin. Ich belüge meine Familie und meine Freunde – wenn ich spiele, gibt es für mich nichts anderes – ich gehe nicht an das Telefon und rufe nicht zurück – ich gehe zu keiner Familienfeier, weil ich die Zeit lieber in einem Kasino verbringe. Ich habe mich von allen distanziert und lasse niemanden an mich ran. Ich kann einfach nicht mehr, ich möchte mich meiner Familie und meinen Freunden anvertrauen, aber ich schaffe es nicht. Das Schamgefühl ist einfach zu groß. Ich will meinen Freunden gegenüber meine Schwäche nicht eingestehen – meiner Familie will ich die Enttäuschung ersparen, dass ich Spieler bin. Ich habe Angst um meinen Job, weil ich oft zu spät oder überhaupt nicht zur Arbeit komme. Stattdessen sitze ich in einem Kasino. Ich habe mich nicht mehr unter Kontrolle, wenn ich spiele, und ich weiß einfach nicht mehr, was ich machen soll.

Aufgrund der Fülle neuartiger und innovativer Erkenntnisse zu dem klinischen Erscheinungsbild, der Ätiologie, der Komorbidität, den Folgen und aus dem Bereich der Neurowissenschaften (vgl. Hayer u. Meyer 2010a) wurde unlängst im Mai 2013 eine Korrektur der Klassifikation des pathologischen Spielverhaltens mit Veröffentlichung des DSM-5 vorgenommen (APA 2013). So findet sich das Störungsbild nunmehr unter dem eher wertneutralen Label »Gambling Disorder« in der neuen Kategorie »Substance-Related and Addictive Disorders« als einzige Form der Verhaltenssucht wieder. Weitere wichtige Veränderungen betreffen die Einführung eines 12-Monats-Zeitraums (anstelle des Bezugs auf die gesamte Lebensspanne) und die ersatzlose Strei-

chung des Merkmals »Beschaffungsdelinquenz«. Gerade der letztgenannte Schritt, basierend auf einer üblicherweise geringen Bestätigungsrate dieses Items in Bevölkerungsstudien, widerspricht einer Reihe von Forschungsbefunden aus dem klinischen Kontext, die eine illegale Beschaffung von Finanzmitteln als Kernmerkmal einer manifesten (Glücksspiel-)Suchterkrankung ansehen (vgl. im Überblick Meyer u. Bachmann 2011). Ebenfalls kontrovers diskutiert wird die Änderung des Schwellenwertes von »5 von 10« auf jetzt »4 von 9«. Aktuelle empirische Befunde bestätigen indessen nur marginal voneinander abweichende psychometrische Gütekriterien für verschiedene Klassifikationsweisen (DSM-IV-Kriterien, DSM-5-Kriterien mit Schwellenwerten von 4 bzw. 5; Denis et al. 2012). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass diese Umsetzungen im Kern auch in der ICD-11 Berücksichtigung finden, deren Publikation für 2015 avisiert ist.

## 2.2.2 Screening- und diagnostische Verfahren: Eine Auswahl

Im deutschsprachigen Raum ermöglicht in erster Linie der »Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten« (KFG; Petry u. Baulig 1995) ein testtheoretisch abgesichertes Screening einer beratungs- und behandlungsrelevanten Glücksspielproblematik plus Differenzierung des bestehenden Schweregrades. Das Messinstrument umfasst insgesamt 20 Items und eignet sich primär zum Einsatz im klinischen Setting. In den letzten Jahren hat der KFG – auch mangels Alternativen – im Zuge von Versorgungsstudien in Deutschland weite Verbreitung gefunden, so etwa beim Bundesmodellprojekt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. zur »Frühen Intervention beim Pathologischen Glücksspielen« (FOGS 2010). Als Alternative bietet sich der »Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen« (SFG) an, der sich aus 15 Items zusammensetzt und vorrangig auf den DSM-IV-Diagnosemerkmalen basiert (Premper et al. 2007). Erste Validierungsergebnisse dokumentieren ansprechende Gütekriterien, wobei sich das Verfahren aufgrund seiner Veränderungssensitivität besonders als Ergebniskriterium für glücksspielspezifische Behandlungsmaßnahmen eignet. Gerade die erfasste Variable »Involviertheit

■ **Tab. 2.2** Gängige Screening-Verfahren zur Bestimmung glücksspielbezogener Probleme. (Mod. nach PGRTC 2011, S. 53)

Verfahren <sup>a</sup>	Länge	Sensitivität/ Spezifität	Psychometrische Eigen- schaften
Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS)	Kurz	Exzellent	Begrenzte Informationen
Gamblers Anonymous Twenty Questions (GA 20)	Lang	Ausreichend	Gut
Lie-/Bet-Questionnaire	Kurz	Ausreichend	Begrenzte Informationen
National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems (NODS)	Lang	Ausreichend	Gut
NODS-CLIP	Kurz	Gut	Begrenzte Informationen
Problem Gambling Severity Index (PGSI) des Canadian Problem Gambling Index (CPGI)	Mittel	Ausreichend	Ausreichend
South Oaks Gambling Screen (SOGS)	Lang	Ausreichend	Ausreichend
Victorian Gambling Screen (VGS)	Lang	Begrenzte Informationen	Exzellent

<sup>a</sup> Für alle Originalquellen s. PGRTC 2011.

in das Glücksspielen« scheint einen hohen prädiktiven Wert für die Glücksspielabstinenz nach Ende einer Behandlung aufzuweisen. Ungeachtet dessen wurde der Forschungsbereich »Validierung von Messinstrumenten zur Erfassung glücksspielbezogener Probleme« im deutschen Sprachraum bislang weitestgehend vernachlässigt.

Ganz anders stellt sich die internationale Situation dar. Inzwischen sind zahlreiche Instrumente entwickelt und validiert worden, die der Ermittlung von Prävalenzdaten in der Bevölkerung, der Diagnostik im klinischen Bereich oder der Erfassung verschiedener Ausprägungen glücksspielbezogener Probleme bzw. relevanter Teilaspekte dienen (vgl. für eine Übersicht Meyer u. Bachmann 2011). Zudem versuchen verschiedene Autorengruppen über Vergleichsanalysen, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen im Sinne eines »Best-Practice-Modells« zu formulieren (z. B. Williams u. Volberg 2010 für die Nutzung von Messinstrumenten bei Bevölkerungsstudien oder PGRTC 2011 für allgemeine Screening-Leitlinien). ■ Tab. 2.2 gibt in Anlehnung an den aktuellen Review des Problem Gambling Research and Treatment Centre (PGRTC 2011) einen evaluativen Überblick über die gängigen Verfahren und ihre Messgüte.

Um den Rahmen dieses Beitrags nicht zu sprengen, sollen im Folgenden nur ausgewählte Instrumente für Erwachsene in der gebotenen Kürze vorgestellt werden. Ergänzende Informationen zu diesem Themenkomplex lassen sich Meyer und Bachmann (2011), dem Forschungsbericht des Problem Gambling Research and Treatment Centre (PGRTC 2011) sowie Stinchfield et al. (2007) entnehmen. Zudem findet sich bei Hayer (2012) eine Bewertung aller relevanten Screening-Instrumente für das Jugendalter. Seine Hauptkritik richtet sich darauf, dass die im Jugendbereich eingesetzten Verfahren üblicherweise ursprünglich für Erwachsene konzipiert und bislang nur unzureichend an die spezifischen Lebensbezüge sowie Erlebens- und Verhaltensweisen von Heranwachsenden adaptiert wurden. Entsprechend ist die Entwicklung und psychometrische Validierung eines standardisierten, jugendgerechten Screening-Instrumentes zur Erfassung von glücksspielbezogenen Problemen (auch in Deutschland mit Nachdruck einzufordern).

Das weltweit am häufigsten eingesetzte Erwachsenenverfahren (Williams u. Volberg 2010) ist die ursprünglich für den klinischen Kontext konzipierte »South Oaks Gambling Screen« (SOGS) mit 20 Items (Lesieur u. Blume 1987). Während die

Prüfung der testdiagnostischen Gütekriterien insgesamt zufriedenstellend ausfällt, wurden in den letzten Jahren verschiedene Kritikpunkte bezüglich ihrer Verwendung laut (vgl. Meyer u. Bachmann 2011). Hierzu zählen vorrangig die begrenzte Eignung der SOGS für Bevölkerungsumfragen, die wahrscheinliche Überschätzung pathologischen Spielverhaltens (im direkten Vergleich mit den DSM-IV-Kriterien), die inhaltliche Überbetonung des Chasing-Verhaltens und der Geldbeschaffung sowie die mangelhafte Einbindung der Glücksspielintensität. Ferner ist zu beachten, dass sich das Zeitfenster der Original-SOGS auf die gesamte Lebensspanne bezieht. Noch etwas älter als die SOGS sind die »Gamblers Anonymous Twenty Questions« (GA 20), die als Vorläufer psychometrischer Screening-Verfahren zum pathologischen Glücksspiel gelten (Meyer u. Bachmann 2011). Basierend auf 20 Items, die originär von Spielern aus dem organisierten Selbsthilfesystem stammen, soll bei einer Bejahung von mindestens 7 Fragen eine Glücksspielsucht vorliegen. Die Stärken des Instruments umfassen die gute Anschauungvalidität und eine schnelle bzw. einfache Handhabung, eine Hauptschwäche bildet die eher mäßige Verfahrenvalidierung im Allgemeinen.

Auf der Kriterienliste des DSM-IV fußt das »Diagnostic Interview for Gambling Severity« (DIGS), das ursprünglich als strukturiertes Interview im klinischen Kontext entwickelt wurde (Winters et al. 2002). Zum DIGS zählen u. a. 20 diagnostische Items, die die 10 DSM-IV-Kriterien mit jeweils 2 Einzelfragen abbilden. Zur Erfüllung eines Symptoms muss jeweils mindestens einem Item zugestimmt werden. Wenngleich erste Überprüfungen vielversprechend klingen, ist die psychometrische Evidenz bislang keineswegs hinreichend. Vor allem hinsichtlich der Klassifikationsgenauigkeit besteht weiterer Forschungsbedarf. Im Zuge von weiteren Studien kamen zudem verschiedenartige Modifikationen der DSM-IV-Kriterien in unterschiedlicher Modalität zum Einsatz. Während Stinchfield (2002) eine schriftliche 19-Item-Version verwendete, verkürzten Stinchfield et al. (2005) die Item-Anzahl auf 10 Fragen analog den DSM-IV-Kriterien, ohne Einbußen in Sachen Reliabilität, Validität und Klassifikationsgüte festzustellen. Bei Anwendung dieser Kriterien in Bevölkerungsstu-

dien bleibt indessen immer zu beachten, dass sie originär für das klinische Setting konzipiert wurden, sich stark am Krankheitsmodell orientieren und wenig sensitiv gegenüber Variationen im Grad glücksspielbezogener Probleme sind (vgl. Meyer u. Bachmann 2011).

Ebenfalls eng angelehnt an die DSM-IV-Kriterien ist die »National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems« (NODS; Gerstein et al. 1999), die speziell für Telefonbefragungen entworfen wurde (12-Monats- und Lebenszeitprävalenz). Die NODS setzt sich aus 17 dichotomen Items zusammen und unterscheidet folgende Spielmuster: risikoarm, risikoreich, problematisch und pathologisch. Trotz grundsätzlich positiver Validierung stieß vor allem der Einbau eines willkürlich anmutenden, relativ strengen Filteritems und die unbegründete Ergänzung bestimmter Fragen um Zeitvorgaben und Häufigkeitsparameter auf Kritik (Stinchfield et al. 2007).

Schließlich soll noch der »Canadian Problem Gambling Index« (CPGI; Ferris u. Wynne 2001) und damit ein Instrument Erwähnung finden, das in letzter Zeit weltweit immer häufiger zum Einsatz gekommen ist (vorwiegend in Australien und Kanada; Williams u. Volberg 2010). Das Hauptziel bestand in der Konstruktion eines aussagekräftigen Fragenkatalogs zur Bestimmung glücksspielbezogener Probleme auf Bevölkerungsebene unter verstärkter Beachtung sozialer und umgebungsbezogener Indikatoren. Zusammengenommen umfasst der CPGI 31 Items, wovon aber lediglich 9 Items mit jeweils 4 Antwortkategorien den sog. Problemschwereindex (Problem Gambling Severity Index, PGSI) bilden. Erste psychometrische Kennwerte verweisen auf eine ansprechende Validität und Reliabilität (auch bei bestimmten Subgruppen), wobei die inhaltliche Nähe zum SOGS und zu den DSM-IV-Kriterien bei der Dateninterpretation zu berücksichtigen ist (Stinchfield et al. 2007).

Da sich ein generelles Problem aller vorgestellten Messinstrumente auf deren Länge bezieht, existiert des Weiteren ein großer Bedarf an möglichst kurzen und dennoch testtheoretisch abgesicherten Verfahren. Während Ein-Item-Varianten bislang nicht zu befriedigenden Lösungen führten (z. B. Rockloff et al. 2011), verweisen Screenings mit 2 Items, wie der »Lie-/Bet-Questionnaire« (John-



son et al. 1997), oder 3 Items, wie die »Brief Bio-social Gambling Screen« (BBGS; Gebauer et al. 2010) sowie die »NODS-CLiP« als Kurzversion der »NODS« (Toce-Gerstein et al. 2009), auf durchaus zufriedenstellende psychometrische Kennwerte. Dabei stehen beim »Lie-/Bet-Questionnaire« das Belügen von Bezugspersonen und das Bedürfnis zur Steigerung der Einsätze im Fokus. Die BBGS hingegen operationalisiert entzugsähnliche Erscheinungen, Verheimlichungstendenzen und finanzielle Probleme in Bezug auf das vergangene Jahr; die NODS-CLiP thematisiert den Kontrollverlust (C = Loss of Control), das Belügen von Bezugspersonen (L = Lying) und die Vereinnahmung durch das Glücksspiel (P = Preoccupation) bezogen auf die gesamte Lebensspanne. Abseits der fehlenden deutschen Validierung scheint die hohe Sensitivität in Verbindung mit einer exzellenten Spezifität für die graduelle Überlegenheit der BBGS zu sprechen (Meyer u. Bachmann 2011).

Die oben beschriebenen Screening-Verfahren sind als ökonomisches Vorgehen für eine grobe Einteilung in »auffällige« und »unauffällige Spieler« geeignet, ersetzen üblicherweise jedoch keine ausführliche Diagnostik. Weiterführend besteht die Notwendigkeit, einen positiven Screening-Befund durch eine vertiefende Diagnostik zu bestätigen. Hierzu dienen strukturierte Interviews. Das »International Composite Diagnostic Interview« (CIDI) ist ein weit verbreitetes und gut validiertes, vollstandardisiertes und von Laien durchführbares Interview (Robins et al. 1988). Die deutsche Version zeigt eine gute Reliabilität (Lachner et al. 1998), enthält jedoch keine Sektion für das pathologische Glücksspiel. Im Rahmen der »National Comorbidity Survey Replication« (NCS-R) wurde ein solches Modul zur Bestimmung der Prävalenz pathologischen Spielverhaltens eingesetzt (Kessler et al. 2008). Es ist über die WHO (2009) verfügbar und wurde im Rahmen der Studie »Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie« (PAGE) ins Deutsche übertragen und angepasst (Meyer et al. 2011). Ein zweites Verfahren, das in dem »National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions« (NESARC) herangezogen wurde, ist das »Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule« (AUDADIS; Grant et al. 2003). Dieses Verfahren ist ebenso vollstandar-

disiert und kann von Laieninterviewern eingesetzt werden. Es erzielt eine gute interne Konsistenz und stellt die Grundlage etablierter Befunde dar (Petry et al. 2005). Eine deutsche Übersetzung existiert unseres Wissens nicht.

## 2.3 Epidemiologie

### 2.3.1 Nationale Befundlage im Überblick

Nachdem in Deutschland über das Ausmaß glücksspielbezogener Probleme auf Bevölkerungsebene lange Zeit nur spekuliert wurde und sich lediglich über Querverweise vorläufige Schätzungen postulieren ließen, konnte die Erkenntnislage durch die Publikationen von nunmehr 8 epidemiologischen Untersuchungen in den letzten 5 Jahren substantiell verbessert werden. Wenngleich die einzelnen Studien in ihrer methodischen Güte variieren und eine direkte Gegenüberstellung von Prävalenzraten speziell bei kleinen Fallzahlen immer mit der gebotenen Vorsicht erfolgen muss, lassen sich ungeachtet dessen verlässliche Angaben zur Glücksspielnachfrage sowie zum Ausmaß glücksspielbedingter Fehlanpassungen ableiten (■ Tab. 2.3 für einen kompakten Überblick über zentrale methodische Versatzstücke der einzelnen Studien). Zunächst bleibt festzuhalten, dass Glücksspiele in Deutschland einen integralen Bestandteil des alltäglichen Lebens darstellen: So hat etwa die Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung in den letzten 12 Monaten Geld für Glücksspiele ausgegeben (Schwankungsbreite: 39,2–63,5 %). Wiederholungsbefragungen, wie von der BZgA (2012) durchgeführt, können weiterführend aktuelle Trends in Bezug auf spezifische Konsummuster abbilden. Exemplarisch ist auf die steigende 12-Monats-Prävalenz beim gewerblichen Automatenspiel hinzuweisen, vor allem was die jungen Generationen anbelangt: Während im Jahr 2007 noch 4,3 % der 18- bis 20-Jährigen sowie 3,9 % der 21- bis 25-Jährigen von einer Spielbeteiligung an Geldspielautomaten berichteten, lagen die Raten in 2011 bereits bei 12,8 % (18- bis 20-Jährige) bzw. 7,2 % (21- bis 25-Jährige). Der Anstieg der 12-Monats-Prävalenz in diesen Populationssegmenten deckt sich mit Veränderungen auf dem deutschen

■ **Tab. 2.3** Ausmaß glücksspielbezogener Probleme im Erwachsenenalter: Studien aus Deutschland im Überblick (12-Monats-Prävalenz)

		Bühringer et al. 2007 <sup>b</sup>	Buth u. Stöver 2008	BZgA 2008	BZgA 2010	BZgA 2012	Meyer et al. 2011 <sup>b</sup>	Sassen et al. 2011a	TNS EM- NID 2011
Erhebungsjahr		2006	2006	2007	2009	2011	2010/11	2009	2011
Stichprobe (n)		7.817	7.981	10.001	10.000	10.002	15.023	8.006	15.002
Alter (Jahre)		18–64	18–65	16–65	16–65	16–65	14–64	18–64	≥18
Datenerhebung		schriftlich + tele- fonisch	schrift- lich + online	telefo- nisch	telefo- nisch	telefo- nisch	tele- fonisch (Fest- netz + Mobil)	schrift- lich + telefo- nisch + online	tele- fo- nisch
Antwortrate, gerundet (%)		48	56/68	63	62	60	52/57	50	58
12-Monats-Prä- valenz (Spielteil- nahme) (%)		49,4	39,2	55,0	53,8	50,7	45	48,0	63,5
Messinstrument		DSM-IV	DSM-IV	SOGS	SOGS	SOGS	DSM-IV (CIDI)	DSM-IV	DSM- IV
Problem- spieler <sup>a</sup>	(%)	0,29	0,64	0,41	0,64	0,51	0,31	0,24	0,21
	(n)	149.000	340.000	225.000	347.000	275.000	172.000	123.000	n.v.
Patho- logische Spieler	(%)	0,20	0,56	0,19	0,45	0,49	0,35	0,31	0,23
	(n)	103.000	300.000	104.000	242.000	264.000	193.000	159.000	n.v.

<sup>a</sup>Ein problematisches Spielverhalten zeigt sich in Form von deutlichen glücksspielbedingten Fehlanpassungen, die jedoch die Schwelle zur Diagnosestellung »pathologisches Spielverhalten« (noch) nicht überschritten haben.

<sup>b</sup>Die Differenzialdiagnose »manische Episode« wurde zusätzlich erhoben.

n.v. nicht verfügbar/bestimmbar

Glücksspielmarkt und der sukzessiven Erhöhung der Spielanreize beim gewerblichen Automaten-spiel im Anschluss an die Novellierung der Spiel-verordnung in 2006 (Hayer 2010). Darüber hinaus machen die 3 Erhebungswellen der BZgA (2012) deutlich, dass sich eine konstante, wenngleich ge-ringe Personenanzahl trotz eines formalen Verbots in Deutschland am Internet-Glücksspiel beteiligt.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher metho-discher Versatzstücke und tatsächlicher Verän-derungen im Nachfrageverhalten bewegen sich die

Befunde zur Prävalenz glücksspielbezogener Prob-leme naturgemäß innerhalb eines gewissen Inter-valls (jeweils 12-Monats-Prävalenz). Insgesamt gel-ten nach den in ■ Tab. 2.3 angeführten Erhebungen zwischen 0,21 % und 0,64 % der deutschen Bevöl-kerung als Problemspieler. Absolut gesehen weisen somit etwa 123.000–347.000 Personen ein proble-matisches Spielverhalten auf (fehlende Angaben zum Altersrange verhindern eine Extrapolation der TNS-EMNID-Daten 2011). Hierbei bezieht sich das Label »Problemspieler« auf deutliche glücksspiel-



bedingte Fehlanpassungen, ohne dass die Kriterien eines »pathologischen Spielverhaltens« erfüllt sind. Genau diesen Schwellenwert überschreiten weitere 0,19–0,56 % der deutschen Bevölkerung, was einer Größenordnung von etwa 103.000–300.000 Personen entspricht. Werden beide Kategorien zusammengelegt, erleben mit großer Wahrscheinlichkeit zwischen 0,44 % (TNS EMNID 2011) und 1,2 % (Buth u. Stöver 2008) aller erwachsenen Deutschen gegenwärtige glücksspielbezogene Belastungen.

Weiterhin bleibt festzuhalten, dass von einzelnen Glücksspielformen unterschiedlich große Suchtgefahren ausgehen. Nach Griffiths et al. (2009) steht das Suchtpotenzial von Glücksspielen in direktem Zusammenhang mit ihrer konkreten Ausgestaltung: Während situationale Veranstaltungsmerkmale, wie eine hohe Verfügbarkeit, eine leichte Grifffähigkeit oder eine extensive Vermarktung, in erster Linie den Erstkontakt oder Zugang zum Glücksspiel erleichtern, fördern strukturelle Veranstaltungsmerkmale, wie eine rasche Spielabfolge, variable Einsatz- und Gewinnmöglichkeiten oder häufige Beinahe-Gewinne, primär die Bindung an das Spielmedium. Insbesondere Glücksspiele mit rascher Spielabfolge und hoher Verfügbarkeit scheinen mit einem vergleichsweise hohen Suchtpotenzial ausgestattet zu sein. Die oben angeführten epidemiologischen Studien untermauern im Wesentlichen diese theoriebasierten Annahmen: So ist z. B. der Anteil von Problem- und pathologischen Spielern bei den Glücks- und Geldspielautomaten am höchsten; hingegen finden sich nur relativ wenige Betroffene unter den Lottospielern (vgl. ausführlich hierzu Meyer u. Hayer 2010a). Weitere Befunde aus der Versorgungsforschung mit selektiven Stichproben (z. B. Meyer u. Hayer 2005) und mit Bewertungsinstrumenten, die der Einschätzung des Gefährdungspotenzials von Glücksspielen dienen (z. B. Meyer et al. 2010), bestätigen diese Gefahrenhierarchie (vgl. im Überblick Meyer u. Bachmann 2011). Schließlich lässt die epidemiologische Befundlage in Deutschland inzwischen auch verlässliche Aussagen zu der Frage zu, welche Subgruppen überzufällig häufig von glücksspielbezogenen Problemen betroffen sind. Offensichtlich erhöhen u. a. folgende Merkmale das Risiko einer glücksspielbedingten Fehlanpassung:

- Männliches Geschlecht (Buth u. Stöver 2008, Meyer et al. 2011, Sassen et al. 2011a, BZgA 2012)
- Ein eher junges Lebensalter (Buth u. Stöver 2008, Meyer et al. 2011, Sassen et al. 2011a, BZgA 2012)
- Niedriger Bildungsabschluss bzw. -status (Meyer et al. 2011, BZgA 2012)
- Geringes Haushaltsnettoeinkommen (Sassen et al. 2011a)
- Migrationserfahrungen bzw. -hintergründe (Meyer et al. 2011, Sassen et al. 2011a, BZgA 2012)
- Arbeitslosigkeit (Meyer et al. 2011, BZgA 2012)
- Glücksspielproblematik bei Familienangehörigen (Buth u. Stöver 2008)

Im Allgemeinen spiegeln die – allerdings nicht gänzlich widerspruchsfreien – epidemiologischen Befunde innerhalb Deutschlands die Studienergebnisse aus anderen Ländern wider und verdeutlichen den Bedarf an zielgruppenspezifischer Prävention (Hayer u. Meyer 2010b). Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass ein signifikanter Anteil an Minderjährigen ebenfalls Geld für kommerzielle oder selbstorganisierte Glücksspiele ausgibt und glücksspielbezogene Probleme erlebt (vgl. für einen umfassenden Überblick mit Hayer 2012). Für Deutschland bietet bisher in erster Linie die Erhebung von Hurrelmann et al. (2003) mit 5009 repräsentativ ausgewählten Schülern aus Nordrhein-Westfalen Anhaltspunkte zur Einschätzung des Problemausmaßes in der Adoleszenz. Danach können 3 % der Schüler im Alter von 13–19 Jahren als Problemspieler eingestuft werden, was einem Anteil von 9 % bezogen auf die Subgruppe der Befragten mit Glücksspielerfahrung im vergangenen Jahr entspricht. Analog zum Erwachsenenalter erhöhen bestimmte soziodemografische Variablen das Risiko für eine derartige Fehlentwicklung: Gerade unter männlichen Jugendlichen, Hauptschülern und Heranwachsenden, die aus Familien mit Migrationshintergrund stammen, finden sich verhältnismäßig viele Betroffene. Erste Ergebnisse einer vor Kurzem veröffentlichten Replikationsstudie aus Rheinland-Pfalz mit 3967 Kindern und Jugendlichen konnten diese Werte in der Tendenz bestätigen, da 2,2 % aller

Befragten im Alter von 12–18 Jahren bzw. 1,9 % aller Minderjährigen als problematische Glücksspieler klassifiziert wurden (Duven et al. 2011). Weitere Analysen untermauern vor allem den wachsenden Stellenwert des internetbasierten Glücksspiels für die Generation der »Digital Natives«. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass während der Entwicklungsphase der Adoleszenz ein erhöhtes Risiko für glücksspielbedingte Fehlanpassungen besteht. Aufgrund des Fehlens von Longitudinaldaten muss allerdings offen bleiben, ob das vergleichsweise hohe Problemausmaß im Jugendalter primär ein entwicklungsbedingtes Phänomen verkörpert, einen Kohorteneffekt repräsentiert oder auf Messartefakte zurückzuführen ist (Hayer 2012).

### 2.3.2 Internationale Befundlage – Ausgewählte Erkenntnisse

Auf internationaler Ebene steht mittlerweile eine Vielzahl an epidemiologischen Erkenntnissen zur Verfügung. Verschiedene Autorenguppen haben den Versuch unternommen, relevante Studienergebnisse zusammenzufassen und diverse Prävalenzraten systematisch gegenüberzustellen. Zugleich wird aber vor vorschnellen interpretativen Rückschlüssen gewarnt, da zum Teil erhebliche methodologische Unterschiede zwischen den Einzeluntersuchungen direkte Vergleiche erschweren. Zu dieser Heterogenität tragen vor allem die Verwendung verschiedener Messinstrumente bzw. inkonsistenter diagnostischer Kriterien, das jeweilige Vorgehen bei der Datenerhebung, der Rückgriff auf verschieden stringente Filteritems sowie variierende Antwortraten bei (vgl. im Überblick Meyer u. Bachmann 2011). Sassen et al. (2011b) konnten im Rahmen ihres systematischen Reviews insgesamt 39 Primärstudien basierend auf nichtklinischen Samples mit einer großen Bandbreite an Prävalenzschätzungen identifizieren. Abgesehen von gewissen Stichprobencharakteristika (z. B. Durchschnittsalter) scheinen methodologische Aspekte, wie die übergeordnete Einbettung der Befragung, die konkrete Datenerhebungsmethode, die Definition von Ausschlusskriterien, die verwendeten Messinstrumente, die Festlegung bestimmter Schwellenwerte und das vorgegebene Zeitfenster,

tatsächlich maßgeblich für die Variabilität der Prävalenzen verantwortlich zu sein. Ferner konkretisieren Williams und Volberg (2009), dass Face-to-Face-Interviews im Vergleich zu Telefoninterviews in der Regel zu höheren Prävalenzraten führen. Ihren empirischen Befunden zufolge geht diese Form der Datenerhebung zum einen womöglich mit einer Minimierung systematischer Stichprobenfehler einher. Zum anderen deuten weiterführende Datenanalysen an, dass Interviewpartner im persönlichen Kontakt zu ehrlicheren Antwortmustern neigen. Weitere wichtige Einflussquellen umfassen die Art der Einbettung der Befragung (sog. Glücksspiel-Surveys bedingen höhere Prävalenzraten als Befragungen, die als Gesundheits- und Freizeit-Surveys bezeichnet werden) sowie die Auswahl von Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit überhaupt Fragen zu glücksspielbezogenen Problemen gestellt werden (zu eng definierte Ausschlusskriterien lassen eine Unterschätzung des wahren Problemausmaßes vermuten).

Ungeachtet dieser methodischen Einflüsse bleibt festzuhalten, dass die 12-Monats-Prävalenzen problematischen Spielverhaltens auf europäischer Ebene eine Spannbreite von 0,3–2,1 % umfassen (Meyer u. Hayer 2010a). An der Spitze befindet sich ein Wert aus Finnland, das geringste Problemausmaß lässt sich in Großbritannien und Dänemark beobachten. Der Median liegt unter diesen Rahmenbedingungen bei 0,6 %. Außerdem konnte bei 0,1–1,0 % der jeweiligen Bevölkerung ein pathologisches Spielverhalten identifiziert werden (Median: 0,3 %). Interessanterweise fallen die europäischen (inkl. der deutschen) Prävalenzraten mitunter deutlich niedriger aus als die Prävalenzraten aus Ländern wie Australien, den USA, Kanada und Hongkong, die sich generell durch eine hohe Angebotsdichte auszeichnen bzw. in unmittelbarer Nähe der Glücksspielmetropole Macao situiert sind. Als Auswirkung der Liberalisierung des Glücksspielmarktes könnte aktuell auch der signifikante Anstieg der Rate der Problemspieler in Großbritannien verstanden werden (Wardle et al. 2011).

Entgegen früheren Vermutungen lässt sich der Zusammenhang zwischen Angebotsdichte und Problemausmaß jedoch keineswegs als eine einfache Linearfunktion darstellen (vgl. ergänzend auch ► Kap. 9). So kommen offizielle

Verhaltenssüchte

Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention

Mann, K. (Hrsg.)

2014, XIII, 212 S. 6 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-38363-2