



## Elektronischer Sonderdruck für G. Meyer

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:295–305 · DOI 10.1007/s00103-010-1039-6

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

G. Meyer · T. Hayer

## Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen

Epidemiologie und Prävention

# Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen

## Epidemiologie und Prävention

Das Angebot an Glücksspielen ist in Deutschland seit Mitte der 1970er-Jahre stark expandiert [1]. Die Einführung neuer Spielformen wie Poker, Sportwetten, Keno und Sofort-Lotterien sowie grenzüberschreitender Vertriebswege wie dem Internet, die Erhöhung der Spielanreize über Jackpots (Lotto „6 aus 49“) und Gewinne mit Vermögenswert (Geldspielautomaten) sowie die Vervielfachung der Spielstätten (Spielhallen, Spielbanken) haben die Verfügbarkeit und Griffnähe von Glücksspielen deutlich erhöht.

Die staatlichen Einnahmen aus Glücksspielen erreichten im Jahr 2001 mit 4,597 Mrd. Euro ihren Höhepunkt (1975: 940 Mio. Euro) [2]. Anschließende Ertragsrückgänge sind in einem weiter wachsenden Gesamtmarkt auf die Zunahme privater Spielangebote (Geldspielautomaten, Sportwetten, Online-Glücksspiele) mit keiner oder vergleichsweise geringer Steuer- und Abgabenlast zurückzuführen. Der Umsatz auf dem deutschen Glücksspielmarkt (ohne Soziallotterien, Telefon-Gewinnspiele sowie Sportwetten und Online-Glücksspiele privater beziehungsweise ausländischer Anbietern) wird für 2008 mit 24,9 Mrd. Euro beziffert. Damit liegen die öffentlichen Einnahmen aus Glücksspielen seit 1998 konstant über dem Niveau der Erträge aus alkoholbezogenen Steuern [2].

Dieser ökonomischen Nutzenfunktion stehen individuelle und soziale Kosten gegenüber, die ebenfalls unmittelbar mit dem Glücksspielangebot verbunden sind [1]. Während die Mehrheit der Be-

völkerung in verantwortungsvoller Weise mit dem Produkt Glücksspiel umgeht, eskaliert das Spielverhalten einer nicht unbedeutenden Personenanzahl derart, dass sich bei ihnen zum Teil gravierende Folgeschäden auf finanzieller, psychischer und sozialer Ebene manifestieren. Zu diesen negativen Auswirkungen zählen beispielsweise Verschuldungen unterschiedlicher Ausprägungsgrade einschließlich der Privatinsolvenz, massive emotionale Belastungen, innerfamiliäre Konflikte, Probleme am Arbeits- oder Ausbildungsplatz, Beschaffungsdelinquenz und Suizidalität. Da die Symptomatik eines fehlangepassten Spielverhaltens unter phänomenologischen, entwicklungs-dynamischen und ätiologischen Gesichtspunkten einer stoffgebundenen Suchterkrankung ähnelt, hat sich im öffentlichen Diskurs der Begriff der Glücksspielsucht zur Beschreibung dieses Störungsbilds durchgesetzt [1]. Eine derartige Zuordnung zeichnet sich für das DSM-V ab. Die zuständige Arbeitsgruppe schlägt vor, die Diagnose „pathologisches Spielverhalten“ unter der neuen Kategorie „Addiction and Related Disorders“ zu subsumieren (<http://www.dsm5.org>).

Eine Hauptzielsetzung des vorliegenden Beitrags besteht in der Zusammenstellung und Einordnung aktueller wissenschaftlicher Befunde zum Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in der deutschen Bevölkerung. Weiterführend werden zu Vergleichszwecken Prävalenzwerte aus dem inner- und außereuropäischen Ausland vorgestellt und ausge-

wählte methodologische Aspekte diskutiert, die einen wesentlichen Einfluss auf die epidemiologischen Forschungsergebnisse haben. In diesem Kontext von besonderem Interesse sind zudem mögliche Zusammenhänge zwischen der Verfügbarkeit von Glücksspielen und der Entwicklung des Problemausmaßes. Ausgehend vom aufgezeigten präventiven Handlungsbedarf widmet sich der zweite Teil des Artikels der Frage, welche Maßnahmen des Spielerschutzes grundsätzlich geeignet sind, die schädlichen Folgen des Glücksspiels zu minimieren. Ein Überblick über erfolgversprechende Strategien der Verhaltens- und Verhältnisprävention unter Berücksichtigung der regulativen Rahmenbedingungen und die Forderung nach einem verbesserten Spielerschutz beim gewerblichen Automaten-spiel schließen den Beitrag ab.

### Prävalenzraten

Inzwischen liegen für Deutschland Daten zur Prävalenz des problematischen und pathologischen Spielverhaltens aus vier repräsentativen Bevölkerungsstudien vor (■ **Tab. 1**).

### Problematisches Spielverhalten

Ein problematisches Spielverhalten (bezogen auf den Referenzzeitraum der letzten zwölf Monate) wurde durch drei oder vier zutreffende DSM-IV-Kriterien [7] beziehungsweise drei oder vier Punkte im South Oaks Gambling Screen (SOGS) [8]

**Tab. 1** Prävalenzraten problematischen und pathologischen Spielverhaltens in Deutschland

Land	Studie	Erhebungsjahr	Stichprobe (N)	Antwortrate (%)	Methode	Instrument	12-Monats-Prävalenz (% Personen)	
							Problemspieler	Pathologische Spieler
Deutschland	Bühringer et al. [3]	2006	7817	48	Schriftliche und telefonische Befragung	DSM-IV-TR	0,29 149.000	0,20 103.000
	Buth, Stöver [4]	2006	7980	56/68	Telefon, Online-Access Panel	DSM-IV	0,64 340.000	0,56 300.000
	BZgA [5]	2007	10.001	63	Telefon	SOGS	0,41 225.000	0,19 104.000
	BZgA [6]	2009	10.000	62	Telefon	SOGS	0,64 347.000	0,45 242.000

**Tab. 2** Anteil problematischer und pathologischer Spieler in Deutschland nach Glücksspielart (12-Monats-Prävalenz)

Glücksspiel	Bühringer et al. [3]		Buth, Stöver [4]		BZgA [5]
	Problemspieler (%)	Pathologische Spieler (%)	Problemspieler (%)	Pathologische Spieler (%)	Problem- und pathologische Spieler (%)
Glücksspielautomaten	4,9	6,7	} 4,3	} 8,7	8,5
Geldspielautomaten	3,6	5,1	–	–	9,0
Tischspiele im Casino	1,8	1,4	4,6	5,2	2,0
Casinospiele im Internet	0,0	0,0	–	–	5,1
Sportwetten	2,5	1,7	4,6	4,2	5,2
Pferdewetten	0,0	0,0	4,3	4,6	0,0
Rubbellose	–	–	3,5	2,5	1,2
Lotto	0,1	0,1	0,1	0,4	0,7

erfasst. Es ist gekennzeichnet durch deutliche glücksspielbezogene Probleme kurz vor der Schwelle einer klinischen Diagnose. In Analogie zu stoffgebundenen Abhängigkeiten lässt es sich auch als eine missbräuchliche Nutzung des Glücksspiels charakterisieren.

### Pathologisches Spielverhalten

In Abgrenzung dazu liegt ein pathologisches Spielverhalten vor, wenn fünf oder mehr Kriterien des DSM-IV erfüllt sind beziehungsweise fünf oder mehr Punkte im SOGS erzielt werden und sich damit eine klinisch relevante Ausprägung des Verhaltens und Erlebens in Verbindung mit dem Glücksspiel offenbart.

Nach den ermittelten Prävalenzwerten zeigen 0,29% bis 0,64% der bundesdeutschen Bevölkerung ein problematisches Spielverhalten. Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind 149.000 bis 347.000 Personen davon betroffen. Bei 0,19% bis 0,56% der Bundesbürger ist ein pathologisches Spielverhalten erkennbar. Die Anzahl der pathologischen Spieler lässt sich entsprechend auf 103.000 bis 300.000 beziffern. Ein Vergleich der Prävalenzraten verschiedener Glücksspielarten weist darüber hinaus auf deutliche Un-

terschiede: So ist der Anteil problematischer und pathologischer Spieler unter den Spielern an Glücks- und Geldspielautomaten am höchsten, unter den Lottospielern jedoch gering (■ Tab. 2).

Auf europäischer Ebene (■ Tab. 3) liegen die Prävalenzraten für ein problematisches Spielverhalten bei 0,3% bis 2,1%. An der Spitze befindet sich Finnland; das geringste Problemausmaß zeigt sich in Deutschland, Großbritannien und Dänemark. Der Median liegt bei 0,6%. Ein pathologisches Spielverhalten wurde bei 0,1% bis 1% der jeweiligen Bevölkerung diagnostiziert, mit einem Median von 0,3%.

Die deutschen und anderen europäischen Prävalenzraten fallen in der Gegenüberstellung mit Daten aus Ländern wie Australien, den USA, Kanada und Hongkong, die sich durch eine hohe Angebotsdichte auszeichnen beziehungsweise in unmittelbarer Nähe der Glücksspielmetropole Macao liegen, deutlich niedriger aus (■ Tab. 4). Die (geschätzte) Zwölf-Monats-Prävalenz pathologischen Spielverhaltens für die USA entspricht in der Studie von Kessler et al. [21] allerdings dem Median europäischer Studien.

Derartige Vergleiche werden jedoch erschwert durch methodologische Unterschiede, das heißt durch Unterschiede in

- den gewählten Rahmenbedingungen und Begriffsbestimmungen,
- den eingesetzten Erhebungsinstrumenten und diagnostischen Kriterien,
- der Art der Datenerhebung und
- den Antwortraten.

Die Erfassung des normabweichenden Spielverhaltens erfolgte über unterschiedliche Instrumente und diagnostische Kriterien. Am häufigsten kamen der SOGS und die DSM-IV-Kriterien beziehungsweise diese Kriterien in ihrer Weiterentwicklung der National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems (NODS) zum Einsatz (eine kompakte Vorstellung der gängigen Messinstrumente findet sich in [28]). Der SOGS war ursprünglich als klinisches Screening-Verfahren entwickelt worden und eignet sich daher nur begrenzt für Bevölkerungsbefragungen. Studien belegen, dass das Messinstrument im Vergleich mit den DSM-IV-Kriterien zu einer Überschätzung pathologischen Spielverhaltens führt (hoher Anteil falsch-positiv klassifizierter Fälle [25, 29, 30]). Außerdem erfolgten die Datenerhebungen aufgrund der Kosten-

G. Meyer · T. Hayer

### Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen. Epidemiologie und Prävention

#### Zusammenfassung

Mit der Expansion des deutschen Glücksspielmarkts stellt sich die Frage nach dem Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in der Bevölkerung sowie nach effektiven Maßnahmen des Spielerschutzes. Aktuelle Prävalenzraten problematischen und pathologischen Spielverhaltens liegen bei 0,29% bis 0,64% beziehungsweise 0,19% bis 0,56%. Im internationalen Vergleich, der durch Unterschiede in der Methodik der Primärstudien erschwert wird, befinden sich diese Werte im unteren Bereich des Spektrums. Grundsätzlich ist mit steigender Verfügbarkeit des Glücksspiels ein wachsender Konsum in der Bevölkerung und – zumindest kurzfristig – eine Zunahme der Anzahl süchtiger Spieler verknüpft. Ob sich dieser Anstieg auf einem bestimmten Niveau stabilisiert oder nach einer graduellen sozialen Anpassung sogar mit einem Rückgang des Problemausmaßes zu rechnen ist, bedarf der empirischen Überprüfung.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive sollte ein kleiner, konsequent regulierter Glücksspielmarkt angestrebt werden, wobei ein staatliches Monopol am ehesten geeignet erscheint, eine zielgerichtete Stimulation der Nachfrage zu verhindern und wirkungsvolle Maßnahmen des Spielerschutzes zu implementieren. Eine erste Einschätzung des Wirkungspotenzials einzelner Maßnahmen zur Prävention der Glücksspielsucht kann nur auf wenige evidenzbasierte Befunde zurückgreifen und muss sich daher auch an den Erkenntnissen über gesundheitsschädliche Produkte wie Alkohol und Tabak orientieren. Für den Bereich der Geldspielautomaten werden Eingriffe in die Spielstruktur und Verfügbarkeit empfohlen.

#### Schlüsselwörter

Pathologisches Spielverhalten · Prävalenzrate · Glücksspiel · Sucht · Prävention

### Problem and pathological gambling. Epidemiology and prevention

#### Abstract

With the expansion of the German gambling market, questions emerge concerning the magnitude of gambling-related problems in the general population and the effectiveness of preventive measures. Current prevalence rates of problem and pathological gambling range from 0.29–0.64% and 0.19–0.56%, respectively. In an international comparison, which is complicated by different methodological approaches of the primary studies, the rates fall at the lower end of the spectrum. In general, an increasing availability of gambling is connected with rising consumption among the population as well as – at least temporarily – with a growing number of gambling addicts. Whether the prevalence rate stabilizes at a certain level or even leads to a decrease after a gradual social adaption

needs to be empirically evaluated. From the public health perspective, a gambling market that is strictly regulated by a state monopoly should be established to prevent targeted stimulation of demand and to implement effective safeguards. A preliminary evaluation of prevention measures can only be based on limited findings and, therefore, also has to focus on evidence on other harmful products such as alcohol and tobacco. For the sector of amusement with prize machines, direct interventions into structural characteristics and availability are recommended.

#### Keywords

Pathological gambling · Prevalence rate · Gambling · Addiction · Prevention

vorteile, des höheren Grades an Anonymität bei der sensiblen Thematik und um generell vergleichbare Ergebnisse zu erzielen [31] überwiegend über Telefoninterviews. Deren Antwortrate ist im Allgemeinen deutlich geringer als in persönlichen Befragungen. Hier besteht die berechtigte Annahme, dass sich unter den Nicht-Erreichten oder die Befragung ablehnenden Personen ein überproportional hoher Anteil an (problematischen und pathologischen) Spielern befindet.

Unlängst ermittelten Williams und Volberg [32] höhere Prävalenzraten im Zuge von Face-to-Face-Interviews (versus Telefoninterviews). Ihren Befunden zufolge scheint diese methodische Vorgehensweise tatsächlich zum einen zu einer Minimierung systematischer Stichprobenfehler zu führen. Zum anderen deuten die Datenanalysen an, dass Interviewpartner gerade im direkten persönlichen Kontakt zu ehrlicheren Antwortmustern neigen. Weitere maßgebliche Einflussquellen umfassen die Einbettung der Befragung (sogenannte 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 weiterführende Fragen zu glücksspielbezogenen Problemen gestellt werden (zu eng definierte Ausschlusskriterien führen zu einer Unterschätzung des wahren Problemausmaßes). Zudem sind bei der Bestimmung und Interpretation der Ergebnisse die grundsätzlichen Probleme repräsentativer Bevölkerungsstudien zu derartigen Störungsbildern zu berücksichtigen, die aufgrund der geringen Prävalenzen große Stichprobenumfänge erfordern. Kleine Fallzahlen gehen immer mit einer erheblichen Unsicherheit bei der Schätzung der wahren Populationsparameter einher und sind daher mit der gebotenen Vorsicht zu interpretieren [31].

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht stellt sich nunmehr die Frage, ob eine Expansion des Glücksspielmarkts unmittelbar die Anzahl an Personen mit glücksspielbezogenen Problemen erhöht. In Deutschland wurden bereits wenige Jahre nach Beginn der Expansionswelle in 1982 die ersten Selbsthilfegruppen der „Anonymen Spieler“ gegründet.

**Tab. 3 Prävalenzraten problematischen und pathologischen Spielverhaltens in Europa**

Land	Studie	Erhebungs-jahr	Stich-probe (N)	Antwort-rate (%)	Methode	Instru-ment	12-Monats-Prävalenz (%)	
							Problemspieler	Pathologische Spieler
Großbri-tannien	Sproston et al. [9]	1999	7680	65	Fragebogen	SOGS	1,2	0,8
						DSM-IV	0,3 <sup>a</sup>	0,3 <sup>a</sup>
	Wardle et al. [10]	2007	9003	52	Fragebogen und/oder Telefon, Online	CPGI	1,4	0,5
						DSM-IV	0,3 <sup>a</sup>	0,3 <sup>a</sup>
Schweden	Volberg et al. [11]	1999	7139	77	Telefon Fragebogen	SOGS	1,4	0,6
Dänemark	Bonke, Borregaard (in [12])	2006	8153	70	Telefon	SOGS	0,8	0,2
						NODS	0,3	0,1
Norwe-gen	Götestam, Johansson [13]	1997	2014	48	Telefon	DSM-IV	0,45	0,15
	Lund, Nordlund (in [14])	2002	5235	55	Telefon Fragebogen	SOGS	0,4	0,2
						NODS	0,4	0,3
Bakken et al. [15]	2007	10.000	36	Fragebogen	NODS	0,4	0,3	
Finnland	Aho, Turja (in [16])	2007	5008	n.v.	Telefon	SOGS	2,1	1,0
Schweiz	Bondolfi et al. [17, 18]	1998	2526	59	Telefon	SOGS	1,0	0,2
	Bondolfi et al. [18]	2005	2803	47	Telefon	SOGS	0,8	0,5
Nieder-lande	de Bruin et al. (in [19])	2004	5575	28	Telefon Online Mail	SOGS	0,6	0,3
Belgien	Druine et al. (in [20])	2006	3002	n.v.	Telefon	DSM-IV	1,6	0,4

<sup>a</sup>In den britischen Studien wird der Terminus „problem gambling“ als übergeordneter Begriff genutzt, der sowohl ein problematisches als auch ein pathologisches Spielverhalten umfasst. In den Erhebungsjahren 1999 und 2007 lag dieser Wert jeweils bei 0,6%.

**Tab. 4 Prävalenzraten problematischen und pathologischen Spielverhaltens in Australien, USA, Kanada und Hongkong**

Land	Studie	Erhebungs-jahr	Stich-probe (N)	Antwort-rate (%)	Methode	Instrument	12-Monats-Prävalenz (%)	
							Problem-spieler	Pathologische Spieler
Australien	Productivity Com-mission [22]	1999	10.600	55	Telefon	SOGS	2,8	2,1
USA	Shaffer et al. [23]	Bis 1997	79.037	Verschieden	Metaanalyse	SOGS (überwiegend)	2,8	1,1
	Gerstein et al. [24]	1998	2417	56	Telefon	NODS	0,4	0,1
	Welte et al. [25]	1999/2000	2638	65	Telefon	SOGS	3,6	1,9
						DIS	2,2	1,3
Kessler et al. [21]	2001/2003	9282	71	Face-to-Face-Interviews	DSM-IV	n.v.	0,3 <sup>a</sup>	
Kanada	Marshall, Wynne [26]	2002	24.997	n.v.	Telefon	PGSI	1,5	0,5
Hongkong	Wong, So [27]	2001	2004	57	Telefon	DSM-IV	4,0	1,8

<sup>a</sup>Schätzung.

2008 boten 157 Spieler-Selbsthilfegruppen in 114 Städten ihre Hilfe an [2]. Die steigende Behandlungsnachfrage in ambulanten Suchtberatungsstellen führte im Jahr 1990 zur Aufnahme der Kategorie „Pathologisches Spielen“ in die Jahresstatistik der Einrichtungen (EBIS). Während der Anteil der Klienten mit entsprechender (Einzel-)Diagnose an der Gesamtzahl der betreuten Personen bis 2003 konstant bei 2,0% bis 2,6% lag, ist seit 2004 ein Anstieg zu beobachten: Im Jahr 2008 belief sich der Anteil auf 3,6% [2]. Es drängt sich somit die Vermutung auf,

dass die Ausweitung des Glücksspielangebots in Quantität und Qualität diesem Trend Vorschub geleistet hat. Allerdings dürften sich die Verbesserung der Versorgungsstrukturen und die veränderte Datenbasis bei der Suchthilfestatistik ebenfalls ausgewirkt haben. Die unlängst veröffentlichten Daten einer wiederholten Repräsentativerhebung bestätigen einen Anstieg des Ausmaßes glücksspielbezogener Probleme auf Bevölkerungsebene zwischen den Jahren 2007 und 2009 [6]. Aufgrund der kurzen Zeitspanne, veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen

und kleinen Fallzahlen bleibt abzuwarten, ob dieser Trend anhält.

Aus einigen Ländern wie Großbritannien, Norwegen, der Schweiz und den USA liegen inzwischen Prävalenzraten aus verschiedenen Studien mit größeren Zeitabständen zwischen den Erhebungen vor, die ansatzweise Aussagen über Veränderungen im Zeitverlauf zulassen. Für die Schweiz zeigen die Daten aus den Jahren 1998 und 2005, dass sich die Werte trotz der Einführung und Verbreitung der Spielbanken im Jahr 2002 kaum verändert haben. Allerdings fällt in diesen Zeitraum

das Verbot der Aufstellung von Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten, das sich als Regulativ auf das Problemausmaß ausgewirkt haben könnte. Zudem dauert es in der Regel vier bis zehn Jahre, bis ein Spieler Probleme wahrnimmt und eine Behandlungsstelle aufsucht [33], sodass entsprechende Karenzzeiten nach der Einführung neuer Spielangebote zu berücksichtigen sind. Für Großbritannien mit einer traditionell hohen Verfügbarkeit von Glücksspielen sind ebenfalls keine Veränderungen in den Prävalenzraten von 1999 und 2007 erkennbar. In Norwegen hat sich die Rate der Problemspieler von 1997 bis 2007 – bei geringfügig modifizierter Angebotsstruktur – kaum verändert, die Rate der pathologischen Spieler hat sich auf niedrigem Niveau verdoppelt. Erst kürzlich (2007) wurde ein Verbot der privaten Aufstellung von Spielautomaten erlassen: So sind seit August 2008 „entschärfte“ Geräte des staatlichen Monopolisten „Norsk Tipping“ wieder zugelassen. Shaffer et al. [23] haben in einer Metaanalyse die Prävalenzraten aus den USA aus der Zeit vor 1993 (gekennzeichnet durch ein deutlich geringeres Angebot) mit denen aus dem Zeitraum von 1993 bis 1997 verglichen. Sie fanden einen signifikanten Anstieg in der kombinierten Lebenszeitprävalenz für problematisches und pathologisches Spielverhaltens von 4,4% auf 6,7%.

## Verfügbarkeit und Problemausmaß: Mögliche Zusammenhänge

Einschränkungen der Verfügbarkeit von Glücksspielen durch staatliche Interventionen können weltweit beobachtet werden. Nationale Untersuchungsberichte in Australien [22], den USA [34] und Großbritannien [35] kommen jeweils zu dem Schluss, dass mit zunehmender Verfügbarkeit die Glücksspielnachfrage in der Bevölkerung wächst und die Zahl der Problemspieler ansteigt. Diese Schlussfolgerung spiegelt den Grundsatz des Gesamtkonsummodells wider, das beispielsweise im Alkoholbereich häufig zur Anwendung kommt und das auf das Glücksspiel übertragen werden kann. Nach dieser Auffassung hängt die Zahl der Häufigspieler in einer Bevölkerung vom Ausmaß

der durchschnittlichen Teilnahme am Glücksspiel in der Gesellschaft ab. Lund [36] sowie Hansen und Rossow [37] fanden die Grundannahmen und Vorhersagen des Gesamtkonsummodells für Norwegen in repräsentativen Bevölkerungsstudien unterschiedlicher Altersgruppen bestätigt. Populationen mit geringer Spielerfahrung hatten einen niedrigeren Anteil an Häufigspielern als Populationen mit größerer Spielerfahrung [36]. Unter Heranwachsenden (13 bis 19 Jahre) ermittelten Hansen und Rossow [37] folgenden Zusammenhang: Je höher das Spielausmaß und die Ausgaben für Glücksspiele sind, desto höher ist die Prävalenz problematischen Spielverhaltens.

Weiterführend vermutet Petry ([33], S. 32f), dass sich der Anstieg der von der Verfügbarkeit von Glücksspielen abhängigen Prävalenzrate letztendlich aber stabilisieren wird und zwischen den beiden Variablen somit keine lineare Beziehung besteht: „As more people are exposed to gambling opportunities throughout their lives, the proportion that develops gambling problems may rise rapidly initially and then taper off“. Diese „Sättigungshypothese“ bedarf aber ebenso der empirischen Überprüfung in Längsschnittuntersuchungen mit großen Stichproben wie die „Anpassungshypothese“ von LaPlante und Shaffer [38]. Diese Autoren leiten in Anlehnung an den zeitlichen Verlauf von Infektionsraten in der Bevölkerung beim Auftreten organismusschädigender Erreger (zum Beispiel Viren) und die Analyse internationaler Befunde über die Auswirkungen der Verfügbarkeit von Glücksspielen (Exposure Effect) die Hypothese ab, dass in Teilen der Bevölkerung und zumindest in einigen Regionen ein Anpassungsprozess an die Risiken und Gefahren des Glücksspiels stattfindet. Soziale Bedingungen greifen demnach moderierend in den Expositionsprozess ein. Zwar steigt die Prävalenzrate anfänglich vor allem durch die „Infektion“ gefährdeter Personen deutlich an. Die Reduzierung des Anteils „nicht-infizierter“ anfälliger Personen auf Bevölkerungsebene, die Abschwächung des Neuigkeitseffekts, soziale Lernprozesse und Präventionsmaßnahmen führen in der Folge aber zu graduellen Anpassungen, erhöhen die Widerstandsfähigkeit und machen in letzter

Konsequenz einen Rückgang des Problemausmaßes wahrscheinlich. In welchem Zeitraum dieser Anpassungsprozess abläuft und ob sich bei neuen Technologien wie dem Internet ähnliche Effekte zeigen, bleibt derzeit offen [38].

In einer Kritik an diesem Ansatz verweist Orford ([39], S. 1236) auf die weltweit im öffentlichen Gesundheitswesen angewandte Grundregel für die Einschätzung des Gefahrenpotenzials von Suchtmitteln (Alkohol, Tabak und andere Drogen), die auf der Grundlage vielfältiger empirischer Befunde mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf das Glücksspiel anzuwenden ist: „(...) the more the product is supplied in an accessible form, the greater the volume of consumption and the greater the incidence and prevalence of harm“.

Letztlich ist zum jetzigen Zeitpunkt ungeklärt, wie die Beziehung zwischen der Verfügbarkeit von Glücksspielen und dem Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in der Bevölkerung aussieht. Während die wenigen europäischen Replikationsstudien eher auf ein konstantes Problemausmaß verweisen, lassen Forschungsbefunde aus den USA sowie aus anderen Suchtbereichen eine Problemverschärfung als Resultat einer Marktausweitung vermuten. Spezifische Kontextbedingungen wie die kulturelle Verankerung des Glücksspiels in Großbritannien oder die Einführung neuer Spielformen in den USA sowie der Zeitpunkt der jeweiligen Datenerhebung dürften die Ergebnisse entscheidend beeinflusst haben. Unabhängig von der Gültigkeit der konkurrierenden Erklärungsansätze bringt der weitgehend akzeptierte, zumindest kurzfristige, direkte Einfluss der Verfügbarkeit jedoch weitreichende Implikationen für gesundheitspolitische Maßnahmen zur Prävention der Glücksspielsucht mit sich.

## Prävention

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive umfasst Prävention jegliche Handlungsmaßnahme, die dem Aufkommen unerwünschter psychischer oder physischer Zustände entgegenwirkt beziehungsweise sie von vornherein abwendet. Seit Caplan [40] wird konzeptuell

zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden, wobei als Kriterium der Zeitpunkt des Eingriffs relativ zum Krankheitsverlauf entscheidend ist. Im Gegensatz zu anderen Taxonomien (zum Beispiel zur Abgrenzung von universellen, selektiven und indizierten Maßnahmen) geht diese Standarderteilung von einem weiten Präventionsverständnis aus: Während primärpräventive Maßnahmen darauf abzielen, das Auftreten einer physischen oder psychischen Störung zu verhindern (zum Beispiel durch Aufklärung oder Förderung von Fakten- und Handlungswissen rund um das Glücksspiel), reagieren tertiärpräventive Maßnahmen auf bereits manifeste oder fortgeschrittene Störungsbilder, indem aversive Konsequenzen und Spätfolgen des pathologischen Spielverhaltens mithilfe störungsspezifischer Behandlungen kompensiert werden sollen. Im Kontext von Suchterkrankungen erweist sich gerade der Begriff der Tertiärprävention als zweckdienlich, um zu verdeutlichen, dass sich prophylaktische Schritte auch gegen die Verschlechterung einer Erkrankung oder gegen Rückfälle richten können. Sekundärpräventive Maßnahmen haben die Funktion, bereits eingetretene negative Ereignisse rechtzeitig zu erkennen, zu korrigieren und abzuwenden oder weitere schädigende Konsequenzen zu vermeiden. Sie nehmen Bezug auf vorhandene Störungsanzeichen und wollen den Störungsauslösern inklusive den aversiven Konsequenzen frühzeitig entgegenwirken. Die Zielpopulation besteht demnach aus Spielern mit subklinischer Symptomatik, also aus problematischen beziehungsweise gefährdeten Spielern.

Ausgehend von dieser konzeptionellen Einordnung ergibt sich für den Bereich des problematischen und pathologischen Spielverhaltens eine Vielzahl an primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Eingriffsmöglichkeiten. Die präventiven Maßnahmen können an jeder der drei Säulen der Suchttrias „Person, Umwelt und Medium“ ansetzen, die miteinander in intensiver Wechselwirkung stehen und den entsprechenden Rahmen für ein biopsychosoziales Erklärungsmodell einer glücksspielbezogenen Suchtentwicklung bilden [1].

Ein derartiges Erklärungsmodell ist mit vier bedeutenden Implikationen für die Prävention verbunden:

1. Aufgrund der Vielzahl an Risikofaktoren und ihrer teilweise biologischen Verankerung lässt sich die individuelle Gefährdung für ein Suchtverhalten zwar reduzieren, nicht aber beseitigen.
2. Da sich viele Risikofaktoren auch auf andere Suchtformen beziehungsweise Problemfelder und psychopathologische Entwicklungsverläufe beziehen, stellen allgemeine Präventionsmaßnahmen, die auf ein breites Spektrum von Störungsbildern (speziell im Jugendalter) ausgerichtet sind, notwendige und wirksame Aspekte der Glücksspielsuchtprävention dar.
3. Da eine große Anzahl internaler und externaler Faktoren zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht beiträgt, erfordert eine effektive Vorbeugung einen nachhaltigen, vielfältigen und koordinierten Ansatz, der nicht zuletzt auch auf unterschiedliche Zielgruppen (zum Beispiel Jugendliche und Senioren, Männer und Frauen, Personen mit Migrations- und niedrigem Bildungshintergrund) ausgerichtet ist [41].
4. Eingriffe in die Angebots- oder Spielstruktur durch staatliche Regulation sind direkter und zielgerichteter zu realisieren als die Einflussnahme auf biopsychosoziale Bedingungen, wie etwa auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder auf das soziale Umfeld (Familie, Freunde et cetera).

Die Bereitschaft zur Glücksspielsuchtprävention ist in Deutschland infolge eines Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. März 2006 zum staatlichen Monopol für Sportwetten deutlich gewachsen. Am 1. Januar 2008 trat ein neuer Glücksspielstaatsvertrag mit dem Ziel in Kraft, die Entstehung der Glücksspielsucht zu verhindern und die Voraussetzungen für eine wirksame Suchtbekämpfung zu schaffen. Die gesetzlich festgeschriebenen präventiven Maßnahmen umfassen Angebotsbeschränkungen und Strukturvorgaben für einzelne Spielformen, Restriktionen der Werbeaktivitäten, Aufklärungsmaßnahmen auf der

Bevölkerungsebene, Personalschulungen in der Früherkennung problematischer Spieler sowie Optionen für Spielsperren. Zusammengenommen gehören diese Versatzstücke zu einer breiten Palette an Handlungsstrategien, die weltweit zum Zweck der Schadensminimierung im Glücksspielbereich geplant oder bereits implementiert worden sind (Übersicht in [42]).

### Wirksamkeit präventiver Maßnahmen: ein Überblick

Obwohl in verschiedenen Ländern, vor allem im angelsächsischen Sprachraum (Australien, Neuseeland, Kanada), bereits vor einigen Jahren mit der Umsetzung präventiver Ideen und Konzepte begonnen wurde, mangelt es bisher an einer hinreichenden wissenschaftlichen Evaluation. Einerseits existiert offenbar ein ausgeprägter Grad an Aktionismus hinsichtlich Spielerschutz und Gefahrenabwehr, andererseits ist weitgehend unbekannt, welche Aktivitäten tatsächlich die Zieldefinitionen und Absichten erfüllen. Trotz dieses lückenhaften Kenntnisstands lässt sich auf Basis der wenigen verfügbaren Daten eine erste, wenn auch überwiegend theoretische, Einschätzung des Wirkungspotenzials einzelner Maßnahmen vornehmen (■ Tab. 5).

Vor dem Hintergrund der derzeitigen Befundlage und in Anlehnung an die Präventionserfahrungen aus den Bereichen Alkohol, Tabak und illegale Drogen lassen sich folgende Kernaussagen treffen: Effektive Prävention erfordert grundsätzlich aufeinander abgestimmte, breit angelegte und nachhaltige Bestrebungen, die im Sinne eines Policy Mix sowohl Aspekte der Verhaltensprävention (zum Beispiel Stärkung von Lebenskompetenzen, Aufklärungskampagnen) als auch Komponenten der Verhältnisprävention (zum Beispiel Begrenzung der Verfügbarkeit, Zugangsbeschränkungen für bestimmte Personengruppen, Eingriffe in die konkrete Angebotsform) beinhalten. Im Gegensatz dazu können mit Einzelmaßnahmen oder singulären Präventionsaktivitäten bestenfalls begrenzt Veränderungen auf der Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensebene erzielt werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Bereich

**Tab. 5** Einschätzung des Wirkungspotenzials verschiedener Präventionsmaßnahmen (in Anlehnung an [41])

	Hoch	Hoch bis mittelmäßig	Mittelmäßig	Mittelmäßig bis gering	Gering
<b>1. Verhaltensprävention</b>			X		
Stärkung von Lebenskompetenzen (Familie, Schule, Peer-Group)		X			
Informations-/Aufklärungskampagnen (massenmedial)				X	
Nachhaltigere und direkte Aufklärung (zielgruppenspezifisch)			?		
Statistische Informationen				X	
Breit gefächerte Schulprogramme			?		
<b>2. Verhältnisprävention</b>			X		
Begrenzung der generellen Verfügbarkeit von Glücksspielen		X <sup>a</sup>			
Beschränkung der Anzahl von Spielstätten		X <sup>a</sup>			
Begrenzung von Glücksspielen mit hohem Suchtpotenzial		X <sup>a</sup>			
Beschränkung von Spielgelegenheiten in Spielstätten			?		
Örtliche Beschränkungen für Spielstätten		X			
Begrenzung der Öffnungszeiten				? <sup>a</sup>	
Beschränkungen für bestimmte Personengruppen			?		
Verbot der Spielteilnahme für Jugendliche				?	
Spielsperre			X <sup>b</sup>		
Eingriffe in die Angebotsform von Glücksspielen			?		
Schulungsprogramme für Mitarbeiter				?	
Automatische Früherkennung von Problemspielern			X		
Modifizierung von Spielparametern				X	
Verlustlimits				?	
Beschränkungen des Zugangs zu Geld			?		
Beschränkungen des Alkohol-/Tabakkonsums während des Glücksspiels		X			
Werbebeschränkungen				?	
Erhöhung der Kosten einer Spielteilnahme				?	
Unabhängigkeit zwischen Glücksspielaufsicht und Anbietern			?		
<b>Regulierungskonzepte</b>					
Verbot (Vertriebsweg „Internet“)				?	
Staatsmonopol		?			
Lizenzvergabe			?		
Wettbewerb					?

<sup>a</sup>Bei substanziellen Begrenzungen. <sup>b</sup>Bei sachgerechter Umsetzung von Selbst- und Fremdsperren. ? unzureichende empirische Evidenz.

stoffgebundener Suchtformen zeigen zudem, dass Verhaltensänderungen in kleinen Schritten erfolgen und in der Regel längere Zeiträume in Anspruch nehmen [41].

Aufklärungskampagnen, Warnhinweise auf Spielscheinen und Spielautomaten sowie Personalschulungen gehören weltweit zu den verbreitetsten Maßnahmen. Ihr präventiver Effekt ist allerdings umstritten und als eher gering einzuschätzen (Überblick zu einzelnen Studien in [29, 41]). Zielführende Interventionen wie eine substanzielle Begrenzung von Glücksspielangeboten werden dagegen häufig nur ansatzweise und inkonsequent umgesetzt. Es drängt sich somit der Verdacht auf, dass die meisten Länder Prävention

betreiben wollen, ohne Einnahmeverluste hinnehmen zu müssen.

Nach den Erkenntnissen der Suchtforschung besteht ein weiteres wirkungsvolles Präventionskonzept darin, den Gesamtumsatz von Suchtmitteln zu reduzieren. So korreliert der Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol in einer Gesellschaft hoch positiv mit der Rate an Alkoholmissbrauchern und Alkoholabhängigen [43]. Da dieser Zusammenhang wahrscheinlich auch für den Glücksspielmarkt gilt, sind unmittelbare Eingriffe in das Marktgeschehen notwendig.

## Regulierungskonzepte

Aus suchtpolitischer Sicht ist ein kleiner, konsequent regulierter Glücksspielmarkt anzustreben. Verhältnispräventive Ansätze stellen das Mittel der Wahl dar, wenn es um die effektive Begrenzung der Glücksspielsucht geht. Erfolgreiche Prävention in diesem Sinne lässt sich unter anderem an geringeren oder stagnierenden Umsatzzahlen messen, da problematische und pathologische Spieler einen bedeutsamen Anteil der Umsätze mit casinotypischen Spielformen und Spielautomaten (bis zu 30%) [22, 44] liefern. Umsatzsteigerungen deuten hingegen die Wirkungslösigkeit präventiver Bemühungen an.



Ein staatliches Glücksspielmonopol scheint generell eher geeignet zu sein, eine zielgerichtete Stimulation der Nachfrage nach Glücksspielen zu verhindern. Über eine Öffnung des Glücksspielmarkts (Wettbewerb) oder, in abgeschwächter Form, die Vergabe von Konzessionen ist mit einer Ausweitung des Angebots und Reduzierung proaktiver Präventionsmaßnahmen zu rechnen, da das Gewinnstreben der privaten Anbieter originärer Bestandteil ihres Geschäftskonzeptes ist. Weitere Vorteile des staatlichen Monopols umfassen aus Perspektive der Suchtprävention folgende Aspekte:

- Umsatzrückgänge durch effektive Spielerschutzmaßnahmen erweisen sich als leichter tolerierbar,
- kohärente Maßnahmen zum Spielerschutz (zum Beispiel Sperroption über alle Glücksspielsektoren) und einheitliche Standards sind einfacher umzusetzen,
- die Gratwanderung zwischen hinreichend attraktivem Spielangebot und effektiver Prävention scheint eher realisierbar zu sein,
- der Gedanke des Spielerschutzes ist den Mitarbeitern der Anbieterseite vor dem Hintergrund der mit einem Staatsmonopol beabsichtigten Zielsetzungen besser zu vermitteln,
- proaktive Maßnahmen lassen sich eher erwarten,
- es existiert kein Wettbewerb um den Konsumenten, wie er ansatzweise auch beim Konzessionsmodell gegeben ist,
- es gibt keine gezielte Umgehung gesetzlicher Vorgaben durch private Anbieter,
- aus Forschungsergebnissen abgeleitete Optimierungen des Spielerschutzes können schneller umgesetzt werden (kein Schutz privater Investitionen).

Zu den Nachteilen des Monopols zählen in erster Linie die starke Konkurrenz mit attraktiven Spielangeboten an den Grenzen zu anderen Staaten und im Internet sowie der kaum vorhandene Anreiz für einen innovativen Spielerschutz. Unabhängig vom spezifischen Regulierungsmodell verlangt eine Optimierung der Präventionsmaßnahmen zudem nach einer regelmäßigen Überprüfung der staatli-

chen Glücksspielpolitik durch ein von Anbieterseite unabhängiges Kontrollorgan, um Interessenskonflikte zu vermeiden.

Vergleichsstudien zu den Auswirkungen der verschiedenen Regulierungskonzepte stehen bisher allerdings nicht zur Verfügung, da sie mit erheblichen methodologischen Problemen verknüpft sind. Die Umsetzungen lassen sich eher auf einem Kontinuum als in klaren, abgrenzbaren Kategorien beschreiben. Für verschiedene Glücksspielsegmente sind in der Regel in einem Land unterschiedliche Konzepte zur Anwendung gekommen. Eindeutige Effekte sind nur schwer nachweisbar, da eine Konfundierung mit anderen Einflussgrößen (wie divergierende soziokulturelle Ausgangs-/Lebensbedingungen und Gefährdungsgrade in der Bevölkerung, unterschiedliche Präventions- und Behandlungsangebote) kaum auflösbar erscheint.

### Verbot des Vertriebswegs Internet

Glücksspielangebote im Internet sind aus Sicht der Suchtprävention mit besonderen Herausforderungen verbunden. Auf der einen Seite besteht aufgrund der einfachen Verfügbarkeit, der Gelegenheit zur interaktiven Spielteilnahme vom eigenen Wohnzimmer oder Arbeitsplatz aus, der fehlenden sozialen Kontrolle sowie der hohen Ereignisfrequenz bei den angebotenen Spielformen ein ausgeprägtes Gefährdungspotenzial [45]. Auf der anderen Seite macht die grenzüberschreitende Kapazität des Internets eine effektive und effiziente Kontrolle des Zugangs zu Online-Glücksspielen nahezu unmöglich. Zugleich bieten diese Spielformen zahlreiche Gelegenheiten für eine obligatorische Verankerung von Maßnahmen des Spielerschutzes. Besonders hervorzuheben ist die Möglichkeit einer lückenlosen Aufzeichnung des Spielverlaufs und damit die automatische Erfassung bestimmter Indikatoren problematischen Spielverhaltens (zum Beispiel Spielfrequenz und -dauer, Einsatz-, Gewinn- und Verlusthöhe, Entwicklungsdynamik des Spielverhaltens) mithilfe einer Software, die als Ausgangspunkt für eine persönliche Kontaktaufnahme durch geschulte Fachkräfte dienen könnte.

Entsprechend steht die Durchsetzbarkeit des Verbots von Online-Glücksspielen zurzeit auf dem Prüfstand. Versuche in den USA, die Geldflüsse von Kreditkartenunternehmen und Online-Bezahldiensten zu Glücksspielanbietern zu unterbinden, haben nach der Verabschiedung des „Unlawful Internet Gambling and Enforcement Act (UIGEA)“ im Jahr 2006 zwar zu einer Reduzierung der Spielteilnehmer und Umsätze geführt. Inzwischen stehen den Spielern aber viele neue, nicht in den USA ansässige Bezahldienste zur Verfügung. Insgesamt haben sich rund 150 verschiedene Zahlungsmethoden am Markt etabliert [46]. Der Anteil der US-Bürger an der weltweiten Gemeinde der „Internetzocker“ wird für 2007 wieder auf 35% geschätzt (Spieler aus Europa: 44%). Die Rate der Onlinespieler in der US-amerikanischen Bevölkerung entspricht mit 2,0% zudem der in Kanada mit 2,1%, obwohl in diesem Land eine liberalere Gesetzgebung besteht. Bei der Bewertung dieser Entwicklung ist allerdings zu berücksichtigen, dass einschneidende Maßnahmen zur Durchsetzung des UIGEA nicht erkennbar sind.

Im Allgemeinen erscheint eine lückenlose technische Überwachung illusorisch, da es immer wieder Anbieter und Kunden geben wird, die bestehende Maßnahmen gezielt umgehen. Negativer Begleit-effekt dieser Entwicklung ist die Etablierung eines illegalen Markts, der sich den Kontrollmöglichkeiten weitgehend entzieht. Ein weiteres Argument gegen die Zweckmäßigkeit eines Verbots von Online-Glücksspielen besteht darin, dass das Mittel der Prohibition im Suchtbereich, insbesondere bei stoffgebundenen Suchtformen, die Zielvorgabe bisher in der Regel verfehlt hat. Dies gilt vor allem für Suchtmittel, die bereits am Markt etabliert beziehungsweise in der Bevölkerung verankert waren und deren Verbot als präventive Maßnahme erst im Nachhinein angewandt wurde.

Falls daher eine effektive Kontrolle des Zugangs zu Glücksspielen im Internet nicht zu realisieren ist beziehungsweise die gewünschten Zielvorgaben über ein Verbot nicht zu erfüllen sind, müsste eine restriktive Zulassung unter staatlicher Kontrolle angestrebt werden. Diese regulativen Rahmenbedingungen würden,

wie erste Erfahrungen aus Schweden zeigen [47], am ehesten eine auf Risikominimierung ausgerichtete Ausgestaltung des Angebots erlauben und damit dem Gedanken des Spielerschutzes in proaktiver und nachhaltiger Weise Rechnung tragen. Schließlich sollten die regulativen Maßnahmen, auch bezogen auf das Internet, das unterschiedliche Gefährdungs- und Suchtpotenzial einzelner Spielformen berücksichtigen. Eine Differenzierung zwischen der ausschließlichen Vermittlung von Glücksspielprodukten, bei denen das Internet nur einen zusätzlichen Vertriebsweg darstellt (zum Beispiel Lotterien), und der expliziten internetbasierten Veranstaltung von Glücksspielen (zum Beispiel Poker und Roulette), verlangt nach abgestuften Maßnahmen der Suchtprävention.

### Weitere ausgewählte verhältnispräventive Maßnahmen

In der jüngsten Vergangenheit haben vor allem Maßnahmen der Verhältnisprävention und damit systematische Veränderungen der sozial-ökologischen Rahmenbedingungen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Als wirkungsvolle verhältnispräventive Maßnahme in den Handlungsfeldern Alkohol und Tabakwaren hat sich die Verteuerung der gesundheitsschädlichen Produkte erwiesen. Ob eine Erhöhung der Kosten für eine Teilnahme am Glücksspiel tatsächlich einen schadensmindernden Effekt hat, ist aus den wenigen Befunden bislang nicht ablesbar. Die gegenwärtigen Auszahlungsquoten oder Kosten für Glücksspiele deuten tendenziell einen eher schwachen Effekt an. So weist die mit Abstand beliebteste Spielform – Lotto „6aus49“ – die geringsten Auszahlungsquoten auf. Innerhalb spezifischer Glücksspielsegmente (Roulette, Sportwetten) scheint die Höhe der Auszahlungsquoten jedoch die Ausgaben für diese Spielformen zu beeinflussen (geringere Einsätze bei niedrigen Auszahlungsquoten) [48]. Damit wird deutlich, dass die Erkenntnisse aus anderen Suchtbereichen zwar durchaus wertvolle Implikationen für die Glücksspielsuchtprävention mit sich bringen, ihre Übertragbarkeit dennoch im Einzelfall (und unter Umständen für bestimmte Spielformen) empirisch zu überprüfen ist.

Eingriffe in die Spielstruktur, wie die Reduzierung der Ereignisfrequenz/Spielgeschwindigkeit, der Einsatz- und Gewinnhöhe, der Häufigkeit von Fast-Gewinnen sowie interaktiver Spielfeatures, ein Verbot von Geldscheinakzeptoren und die Präsentation von Pop-up-Informationen, stellen grundsätzlich ebenfalls wirkungsvolle Schutzmaßnahmen dar. Eine empirische Evaluation von Blaszczynski et al. [49] ergab beispielsweise, dass eine Reduzierung der maximalen Einsatzhöhe beim Automatenpiel von zehn auf einen australischen Dollar einen schadensmindernden Effekt erzielte, während die Verlangsamung der Spielgeschwindigkeit von 3,5 auf fünf Sekunden keine eindeutigen Ergebnisse erbrachte. Dynamische Informationsvermittlungen über Pop-up-Messages erwiesen sich zudem im Vergleich mit statischen Mitteilungen als effektiver [50]. In der Gesamtbetrachtung sind die nachgewiesenen Effekte marginaler Strukturveränderungen als eher gering zu bewerten [29, 41]. Substanziellere Modifizierungen von Spielparametern sollten daher ebenso im Fokus zukünftiger Evaluationsprojekte stehen wie die Frage, welche Zielgruppen mit der Veränderung bestimmter Spielfeatures angesprochen werden (sollen).

Die personenbezogene Speicherung und Analyse von Spielverhaltensdaten auf Kundenkarten (Automatenpiel) oder im Internet ermöglicht die gezielte Verknüpfung von Früherkennung und Frühintervention. Deutet das Spielverhalten eines Kunden eine Gefährdung an, können Interventionsmaßnahmen abhängig vom Risikostatus (zum Beispiel Gespräche, Begrenzungen der Einsatzhöhe und Spieldauer, Spielsperren) eingeleitet werden. Individuelle Begrenzungen (und Spielsperren) lassen sich im Vorfeld der Spielteilnahme im Sinne des „Pre-Commitment“ auf der Karte speichern. Die transparente und präzise Rückmeldung ausgewählter Indizes des Spielverhaltens kann der Förderung informierter Entscheidungsprozesse und der Handlungskontrolle dienen. Mit dieser Technologie wird bereits in Schweden, Kanada und Australien Spielerschutz betrieben (vergleiche mit der Übersicht in [51]). Um die Nutzung mehrerer Kundenkarten und damit die Umgehung der Schutzmaßnah-

me durch Problemspieler zu verhindern, ist in Australien ein Verfahren entwickelt worden, das einen Fingerabdruck als Voraussetzung für die Spielteilnahme in das System integriert hat [52]. Allerdings bedarf es auch hier weiterführender Evaluationen, insbesondere zur Bestimmung der Parameter, die eine Eskalation des Spielverhaltens in einem frühen Entwicklungsstadium andeuten.

Eine weitere Erfolg versprechende Maßnahme des Spielerschutzes ist die Spielsperre (Selbst- und Fremdsperre). Sie zielt als schadensminimierende Maßnahme darauf ab, suchtgefährdete und pathologische Spieler für eine bestimmte Zeit vom Spielbetrieb auszuschließen. Bei ersten Effektivitätsanalysen [53] sind Unterschiede in den rechtlichen Rahmenbedingungen, Grundannahmen und Umsetzungen in die Praxis zu berücksichtigen. Zum Beispiel gibt es außerhalb Europas in den Spielstätten kaum Zutrittskontrollen und auch keine Vernetzungen von Sperrdateien, sodass es gesperrten Spielern in diesen Ländern vergleichsweise leichtfällt, die Sperre zu umgehen. Eine sachgerechte Umsetzung von Fremdsperren (durch Glücksspielanbieter) bei begründetem Verdacht auf ein pathologisches Spielverhalten ist außerdem häufig nicht zu erkennen. Einzelne Studienergebnisse deuten dennoch an, dass die Spielsperre zumindest für eine bestimmte Gruppe von Problemspielern eine wirksame Maßnahme darstellt [54]. Vorschläge zur Optimierung der Sperroption sind vornehmlich auf eine stärkere Vernetzung mit professionellen Hilfeeinrichtungen ausgerichtet [54, 55].

Die Erhöhung der Zugangsbarrieren zu Glücksspielen (wie zu Suchtmitteln allgemein) durch Altersbeschränkungen im Sinne des Jugendschutzes ist eine notwendige, jedoch keineswegs hinreichende Strategie der Verhältnisprävention. Die Gruppe der Jugendlichen gehört zu den Risikopopulationen, da sich die Adoleszenzphase unter anderem durch eine vergleichsweise hohe, zumindest temporäre Affinität zu Risikoverhaltensweisen unterschiedlicher Art auszeichnet [56]. Hier kann ein verbindliches Mindestalter als Teilnahmevoraussetzung (üblicherweise 18 Jahre) eine wichtige primärpräventive Maßnahme sein. Darüber hinaus be-

darf es vor allem der Vermittlung grundlegender Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Lebensbewältigung, für die – im Gegensatz zu reinen Informations- und Abschreckungsansätzen – Wirksamkeitsnachweise erbracht wurden [56]. Lernen Kinder und Jugendliche mit negativen Gefühlen umzugehen, konstruktive Strategien zur Stressbewältigung und Problemlösung anzuwenden und befriedigende Sozialbeziehungen aufzubauen, wird das Ausweichen auf Risikoverhaltensweisen als Ersatzbestätigung unwahrscheinlicher.

Die Werbung für Glücksspiele unterliegt in der Regel weit verbreiteten Beschränkungen. Restriktionen dieser Art basieren auf der Annahme, dass gefährdete Personen durch gezieltes Marketing zur Spielteilnahme verleitet werden. Eine Bestätigung dieser Hypothese liefert die Untersuchung von Grant und Kim [57]: Etwa die Hälfte einer Stichprobe an pathologischen Spielern berichtet darüber, dass Werbung der Auslöser für ihre Spielteilnahme war. Aus der Alkohol- und Tabakforschung ist zudem ein starker Zusammenhang zwischen Werbeaktivitäten und dem Substanzkonsum in der Jugend bekannt. Das Verbot irreführender und auffordernder Werbung – wie die Suggestion höherer als tatsächlich gegebener Gewinnchancen – dürfte gerade im Glücksspielbereich von Relevanz sein.

Da die Mehrzahl der problematischen und pathologischen Spieler gleichzeitig nikotinabhängig ist [58], können auch Rauchverbote in Spielstätten zu einer deutlichen Reduktion des Spielverhaltens führen. Beschränkungen des Alkoholkonsums sind ebenfalls sinnvolle Strategien der Schadensminimierung, da dieser vor allem bei Problemspielern längere Spielsequenzen und ein riskanteres Spielverhalten fördert [59, 60].

## Ausblick

Die ambulante Behandlungsnachfrage süchtiger Spieler ist in Deutschland, nicht zuletzt aufgrund der hohen Verfügbarkeit von Glücksspielen, deutlich gestiegen. Diese Entwicklung dürfte sich – vor dem Hintergrund des niedrigen Ausgangsniveaus – auch in höheren Prävalenzraten für problematisches und patho-

logisches Spielverhalten in den zukünftig durchgeführten epidemiologischen Wiederholungsstudien niederschlagen. Aktuelle Befunde der BZgA [6] bestätigen diese Entwicklung. Zugleich zeigt der Sachverhalt eindringlich den Bedarf in Sachen Spielerschutz.

Die aufgezeigten, weltweit umgesetzten präventiven Maßnahmen sind erste Versuche, die individuell und sozial schädlichen Auswirkungen des Glücksspielangebots zu minimieren. Eine hinreichende empirische Bestätigung der Effektivität einzelner Maßnahmen steht zu meist noch aus. Die bisher gewonnenen Erkenntnisse können jedoch in Deutschland genutzt werden, um Erfolg versprechende, kreative Maßnahmen zur Schadensminimierung auf den Weg zu bringen und zu evaluieren. Nach der Umsetzung erster Präventionsprojekte gilt es darüber hinaus, die Bund- und Länderaktivitäten zu koordinieren, einheitliche evidenzbasierte Standards für Präventionskonzepte zu definieren und eine stärkere Orientierung am Gefährdungspotenzial einzelner Spielformen vorzunehmen.

Ein spezifischer Bereich des Glücksspielmarkts, der durch den Glücksspielstaatsvertrag nicht erfasst wird, erfordert unmittelbare Eingriffe in die Spielstruktur und Verfügbarkeit. Es handelt sich um die gewerblichen Geldspielautomaten, die im rechtlichen Sinne als Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit fungieren. Am deutschen Markt präsentieren sich diese Spiele aber – durch die Umgehung der Vorgaben der Spielverordnung – als Glücksspiel mit hohem Suchtpotenzial [2, 61]. Bis zu 85% der Klienten in den Suchthilfeeinrichtungen haben Probleme mit dieser Spielform. In einer Anhörung zur Prävention der Glücksspielsucht im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages haben sich nahezu alle Sachverständigen aus verschiedenen Bereichen der Suchthilfe und Forschung für Maßnahmen zur Suchtvorbeugung in diesem Marktsegment ausgesprochen (vergleiche schriftliche Stellungnahmen unter <http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoeungen/127/stllg/index.html>). Um in Deutschland in Zukunft eine – unter Berücksichtigung aller Spiel-

formen – widerspruchsfreie Glücksspielpolitik und damit eine in sich stimmige Präventionspraxis zu garantieren, besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf beim Spielerschutz im Bereich des gewerblichen Automatenspiels. Die Behebung dieses defizitären Ist-Zustands unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Evaluationen dürfte wesentlich dazu beitragen, das Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in der Bevölkerung zu begrenzen.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. rer. nat. G. Meyer**  
Institut für Psychologie und Kognitionsforschung, Universität Bremen  
Grazer Str. 4, 28359 Bremen  
[gerhard.meyer@uni-bremen.de](mailto:gerhard.meyer@uni-bremen.de)

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Prof. Dr. Gerhard Meyer hat finanzielle Unterstützung für Forschungsprojekte erhalten von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, dem Forschungsfond der Universität Bremen, dem Bundesministerium für Gesundheit, verschiedenen Ministerien der Bundesländer sowie von Glücksspielanbietern.

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Meyer G, Bachmann M (2005) Spielsucht – Ursachen und Therapie. Springer, Heidelberg
2. Meyer G (2010) Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2010. Neuland, Geesthacht (im Druck)
3. Bühringer G, Kraus L, Sonntag D et al (2007) Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. Sucht 53:296–308
4. Buth S, Stöver H (2008) Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. Suchttherapie 9:3–11
5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (2008) Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007. Köln
6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (2010) Glücksspielverhalten in Deutschland in 2007 und 2009: Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Köln
7. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen
8. Lesieur HR, Blume S (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. Am J Psychiatry 144:1184–1188
9. Sproston K, Erens B, Orford J (2000) Gambling behaviour in Britain: results from the British gambling prevalence survey. The National Centre for Social Research, London

10. Wardle H, Sproston K, Orford JM et al (2007) British gambling prevalence survey 2007. National Centre for Social Research, London
11. Volberg RA, Abbott MW, Rönnerberg S, Munck IME (2001) Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 104:250–256
12. Linnet J (2009) Denmark. In: Meyer G, Hayer T, Griffiths M (eds) *Problem gambling in Europe – challenges, prevention and interventions*. Springer, New York, pp 17–35
13. Götestam KG, Johansson A (2003) Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: a DSM-IV-based telephone interview study. *Addict Behav* 28:189–197
14. Götestam KG, Johansson A (2009) Norway. In: Meyer G, Hayer T, Griffiths M (eds) *Problem gambling in Europe – challenges, prevention and interventions*. Springer, New York, pp 209–218
15. Bakken IJ, Wenzel HG, Gråwe R et al (2009) Gambling behaviour and gambling problems in Norway 2007. *Scand J Psychol* 50:333–339
16. Jaakola T (2009) Finland. In: Meyer G, Hayer T, Griffiths M (eds) *Problem gambling in Europe – challenges, prevention and interventions*. Springer, New York, pp 53–70
17. Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F (2000) Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand* 101:473–475
18. Bondolfi G, Jermann F, Ferrero F et al (2008) Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatr Scand* 117:236–239
19. Goudriaan A, Bruin D de, Koeter M (2009) The Netherlands. In: Meyer G, Hayer T, Griffiths M (eds) *Problem gambling in Europe – challenges, prevention and intervention*. Springer, New York, pp 189–207
20. Druine C (2009) Belgium. In: Meyer G, Hayer T, Griffiths M (eds) *Problem gambling in Europe – challenges, prevention and interventions*. Springer, New York, pp 3–16
21. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R et al (2008) DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 38:1351–1360
22. Productivity Commission (1999) Australia's gambling industries. Inquiry report. URL: <http://www.pc.gov.au/inquiry/gambling/finalreport/index.html> (Zugriff am 12. August 2004)
23. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J (1999) Estimating the prevalence of disordered gambling behaviour in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 89:1369–1376
24. Gerstein DR, Volberg RA, Toce MT et al (1999) Gambling impact and behavior study: report to the National Gambling Impact Study Commission. National Opinion Research Center, Chicago
25. Welte JW, Barnes GM, Wieczorek W et al (2001) Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol* 62:706–712
26. Marshall K, Wynne H (2003) Fighting the odds. Catalogue no. 75–001-XIE: Statistics Canada
27. Wong IL, So EM (2003) Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong. *Am J Psychiatry* 160:1353–1354
28. Stinchfield R, Govoni R, Frisch GR (2007) A review of screening and assessment instruments for problem and pathological gambling. In: Smith G, Hodgins DC, Williams RJ (eds) *Research and measurement in gambling studies*. Elsevier, Amsterdam, pp 179–213
29. Delfabbro P (2008) Australasian gambling review, 3rd edn. (1992–2007). Independent gambling authority, Adelaide
30. Stinchfield RD (2002) Reliability, validity and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav* 27:1–9
31. Volberg RA (2007) Population surveys. In: Smith G, Hodgins DC, Williams RJ (eds) *Research and measurement in gambling studies*. Elsevier, Amsterdam, pp 33–54
32. Williams RJ, Volberg RA (2009) Impact of survey description, administration format and exclusionary criteria on population prevalence rates of problem gambling. *Int Gambl Stud* 9:101–117
33. Petry NM (2005) Pathological gambling – etiology, comorbidity and treatment. American Psychological Association, Washington DC
34. National Research Council (1999) *Pathological gambling: a critical review*. National Academy, Washington DC
35. Gambling Review Body (2001) *Gambling review report*. TSO, Norwich
36. Lund I (2008) The population mean and the proportion of frequent gamblers: Is the theory of total consumption valid for gambling? *J Gambl Stud* 24:247–256
37. Hansen M, Rossow I (2008) Adolescent gambling and problem gambling: Does the total consumption model apply? *J Gambl Stud* 24:135–149
38. LaPlante D, Shaffer HJ (2007) Understanding the influence of gambling opportunities: expanding exposure models to include adaptation. *Am J Orthopsychiatry* 77:616–623
39. Orford J (2005) Complicity on the river bank: the search for the truth about problem gambling: reply to the commentaries. *Addiction* 100:1226–1239
40. Caplan G (1964) *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York
41. Williams RJ, West BL, Simpson RJ (2007) Prevention of problem gambling. In: Smith G, Hodgins D, Williams RJ (eds) *Research and measurement in gambling studies*. Elsevier, Amsterdam, pp 399–435
42. Hayer T, Meyer G (2004) Die Prävention problematischen Spielverhaltens – Eine multidimensionale Herausforderung. *J Public Health* 12:293–303
43. Edwards G (1977) *Alkoholkonsum und das Gemeinwohl*. Enke, Stuttgart
44. Williams RJ, Wood RT (2004) The proportion of gaming revenue derived from problem gamblers: examining the issues in a Canadian context. *Anal Soc Issues Public Pol* 4:33–45
45. Hayer T, Bachmann M, Meyer G (2005) Pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen im Internet. *Wien Z Suchtfors* 28:29–41
46. Wood RT, Williams RJ (2009) Internet gambling: prevalence, patterns, problems and policy options. Final report prepared for the Ontario Problems Gambling Research Centre. Guelph, Ontario
47. Jonsson J, Nilsson T (2008) Responsible gaming and gambling problems among 3.000 Swedish internet poker players. Paper presented at the 7th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Nova Gorica (Slovenia), pp 1–4
48. Paton D, Siegel D, Vaughan Williams L (2004) A time series analysis of the demand for gambling in the United Kingdom. *Nat Tax J* 57:847–861
49. Blaszczynski A, Sharpe L, Walker M (2001) The assessment of the impact of the reconfiguration on electronic gaming machines as harm minimisation strategies for problem gambling, Final report. University of Sydney, Sydney
50. Monaghan S, Blaszczynski A (2007) Recall of electronic gaming machine signs: a static versus dynamic mode of presentation. *J Gambl Stud* 20:253–267
51. Parke J, Rigbye J, Parke A (2008) Cashless and card-based technologies in gambling: a review of the literature. Centre for the Study of Gambling, University of Salford (UK)
52. Ryan P (2008) Beyond smart cards to smart technologies. Paper presented at the 7th Conference on Gambling Studies and Policy Issues. Nova Gorica (Slovenia), pp 1–4
53. Meyer G, Hayer T (2007) Die Spielsperre des Glücksspielers – eine Bestandsaufnahme. *Sucht* 53:160–168
54. Meyer G, Hayer T (2010) Die Effektivität der Spielsperre als Maßnahme des Spielerschutzes – Eine empirische Untersuchung von gesperrten Spielern. Peter Lang, Frankfurt/M. (im Druck)
55. Blaszczynski A, Ladouceur R, Nower L (2007) Self-exclusion: a proposed gateway to treatment model. *Int Gambl Stud* 7:59–71
56. Hayer T, Meyer G (2008) Problematisches Glücksspielverhalten. In: Scheithauer H, Hayer T, Niebank K (Hrsg) *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention*. Kohlhammer, Stuttgart, S 164–179
57. Grant JE, Kim SW (2001) Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *J Gambl Stud* 14:347–358
58. Petry NM, Stinson FS, Grant BF (2005) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66:564–574
59. Ellery M, Stewart SH, Loba P (2005) Alcohol's effect on video lottery terminal (VLT) play among probable pathological and non-pathological gamblers. *J Gambl Stud* 21:299–324
60. Kyngdon A, Dickerson M (1999) An experimental study of the effect of prior alcohol consumption on a simulated gambling activity. *Addiction* 94:697–707
61. Schütze C, Kalke J (2009) Die Spielverordnung – die rechtliche, suchtmedizinische und politische Diskussion über die Geldspielautomaten. *ZfWG* 4:235–246