

# Geldflüsse und Aktivitäten seit dem ersten Glücksspielstaatsvertrag

## Wie viel, wohin, wofür und mit welchem Ergebnis?



Prof. Dr. Iver Hand



Sarah Kegat

**Das Bundesverfassungsgericht hat den Lotteriegesellschaften der Bundesländer zur Aufrechterhaltung eines staatlichen Wettmonopols im Urteil vom März 2006 die Auflage erteilt, „Spielsucht“-Prävention und -Therapie sicher zu stellen. Dies führte zum Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV) der 16 Bundesländer, der im Januar 2008 in Kraft trat. Damit war der Schutz der Spieler vor Schäden intendiert. Implizit hat dieses Gesetz aber auch eine Konkurrenz unter den Spieleanbietern im Wettbewerb um den legalen Zugang zum Multimilliarden-Markt „Glücksspiele“, auf der Basis der vorgegebenen neuen „Spielregeln“ ausgelöst – es konkurrieren neben dem Lotto- und Totoblock u. a. Casinos und die Verbände der Deutschen Automatenindustrie (im modifizierten GlüÄndStV von 2012 sind gewerbliche Geldspielautomaten ausdrücklich einbezogen).**

In einem ähnlichen Wettbewerb konkurrieren auch die Anbieter von Prävention, Therapie und Forschung (z. B. Sucht- versus psychotherapeutische/psychosomatische Einrichtungen) um diese – für die genannten Einrichtungen vielfach neue, ungewohnte – Klientel. Es ist hilfreich, sich dies bei der Bewertung von Aktivitäten im Rahmen des GlüStV immer wieder bewusst zu machen – ohne Emotionen, denn das Gesundheitssystem ist längst zu privatwirtschaftlichem Konkurrieren gezwungen.

Die Autoren versuchen seit Anfang 2012, einen Überblick darüber zu erhalten, welche Gelder die Bundesländer und Spieleanbieter vertragsentsprechend bereitgestellt haben, wie diese verwendet wurden, und welche Auswirkungen die entsprechenden Aktivitäten auf die Spieler und deren Risikoverhalten hatten. Es wird dabei unterschieden zwischen Präventionsmaßnahmen und Beratung/Therapie. Bewertungsgrundlage ist die Jahrzehnte lange Erfahrung des Erstautors mit dem Team der früheren Verhaltenstherapie-Ambulanz am Universitätsklinikum Hamburg in der Therapie und Therapieforschung vor allem bei Angst- und Zwangserkrankungen, sowie bei Impulskontrollstörungen. Dazu gehört eine 30-jährige Erfahrung mit Problem- und pathologischen Glücksspielern, einschließlich der Beforschung der Langzeiteffekte von Kurzzeit-Verhaltenstherapien. Daraus resultiert eine sehr kritische Grundhaltung gegenüber der seit 2006 üblich gewordenen Pauschal-diagnose „Glücksspielsucht“ (Hand, 2004 u. 2010). Vor diesem Hintergrund wird bei der Darstellung der einzelnen Maßnahmen –

abweichend von Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften – eine Stellungnahme dazu gleich anschließend und z. T. in einer abschließenden Diskussion abgeben. Daraus resultieren einige Empfehlungen für ein weiteres Vorgehen.

### 1. Ausgaben der Bundesländer von 2008 bis 2011

In Folge des ersten GlüStV begannen, in vorher nie da gewesenem Ausmaß, Gelder in die Prävention, Therapie und Beforschung von problematischem und pathologischem Glücksspielen bzw. „Glücksspielsucht“ zu fließen. Ziel der Autoren war es bereits 2012, konkrete Informationen bezüglich der eingesetzten Mittel, deren Verwendung und Effekte zu gewinnen. Entsprechende Anfragen wurden an die im Jahrbuch Sucht (DHS, 2012) angegebenen Ministerien der einzelnen Bundesländer gerichtet, wobei es nicht ganz einfach war, jeweils die Referate bzw. Personen zu ermitteln, die Auskunft geben konnten. Pro Bundesland wurden bis zu zwei schriftliche und, falls erforderlich, eine oder mehrere telefonische Anfragen an die zuständigen Stellen gerichtet.

Von den zwölf Bundesländern, die im Verlaufe von sieben Monaten Auskünfte erteilten, machten lediglich neun auch Angaben über die tatsächlich aufgewandten Fördermittel (vgl. Abb. 1). Als Erklärung für die Nichtbeantwortung wurde oft der nicht zumutbare Aufwand für eine Beantwortung genannt. Vereinzelt wurden auch Unbehagen über eine Veröffentlichung dieser Zahlen oder Zweifel an der Fähigkeit, diese angemessen zu interpretieren, angeführt. Und in der Tat gestaltet sich eine Interpretation dieser Rückmeldungen schwierig: Augenscheinlich variierten die Höhe und Schwerpunkte der Förderung in den einzelnen Bundesländern mitunter recht stark: Einige (z. B. Hamburg) finanzierten schwerpunktmäßig Forschungsvorhaben während andere (z. B. Hessen) hauptsächlich Beratungsangebote installierten. Die Höhe der Ausgaben reichte von 0 Euro zusätzlicher Förderung in Sachsen bis hin zu 7,5 Millionen Euro in Bayern. Bei der Beurteilung der Angemessenheit der jeweiligen Förderung ist zu bedenken, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des GlüStV die Ausgangssituation in den 16 Bundesländern sehr unterschiedlich war. Den Ländern, wie z. B. Hamburg, die bereits vor dem GlüStV Beratungs- und Präventionsprojekte für Glücksspieler in ihren Haushaltsplänen vorgesehen hatten, kann sie dementsprechend nicht ganz gerecht werden. Des Weiteren kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Anfragen in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich aufgefasst und dement-

sprechend auch unterschiedlich beantwortet wurden. Während Sachsen beispielsweise die anteilige Beteiligung an Bundesprojekten (z. B. Bundesmodellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischem Glücksspiel“) nicht in seine Aufstellung einbezog, rechneten andere Bundesländer diese durchaus ein. Die vorliegende Intransparenz – nur Folge der föderalistischen Struktur der Bundesrepublik? – hat erhebliche negative Auswirkungen für die Zielgruppe der Problemspieler (s. „Diskussion“). Festhalten kann man, dass in Folge des GlüStV nicht unbeträchtliche Summen ausgegeben wurden. Eine kritische Betrachtung des daraus entstandenen Nutzens für die von Glücksspielproblemen Betroffenen soll im Folgenden versucht werden.

## 2. Prävention – Wurde sie wirksamer?

Präventionsmaßnahmen können u. a. über allgemeine Aufklärung in den Medien, spezifische Informationen für potentiell Betroffene via Internet- oder Telefonangebote und über Schulung des Personals der Spieleanbieter erfolgen. Welche Informationen konnten dazu gefunden werden? „Die Wahrnehmung des Themas ‚Glücksspielsucht‘ in der Bevölkerung hat signifikant zugenommen ... über zwei Drittel [der Befragten] halten sich ... 2011 tendenziell für gut informiert“, ergab bereits ein Ergebnisbericht Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom Januar 2011. Dies ist grundsätzlich ein sehr zufriedenstellendes Ergebnis – wenn die Informationen „richtig“ und hilfreich, insbesondere aber nicht abschreckend sind. Die potentiellen Risiken und Gefahren einer Glücksspielteilnahme sind sicher sehr viel bekannter geworden. Nicht nur die Autoren haben aber Zweifel, dass das pauschale Sucht-Etikett gerade Problemspieler zur Hilfe-Suche und -Annahme motiviert!

## Personalschulung der Anbieter

Personalschulung ist eine der Auflagen zur Erfüllung der Verpflichtungen aus dem GlüStV. Sie wurden und werden seither vom Deutschen Lotto- und Totoblock, vom Verband der Deutschen Automatenindustrie und von einigen Casinos durchgeführt. Der Verband der Deutschen Automatenindustrie e.V. (VDAI) gibt an, dass von 2010 bis Mitte 2013 etwa 6.000 Führungskräfte und Mitarbeiter erfolgreich geschult wurden („Erfolg“ nicht präzisiert), in Kooperation mit der Caritas, vor allem im Erzbistum Berlin und in Kooperation mit dem Erzbistum Freiburg.

Bisher liegt aber nur eine Studie zum Nutzen einer solchen Schulung, nämlich des Personals in Lotto- und Toto-Aufnahmestellen, vor (Kalke et al., 2011). An dieser Erhebung nahmen nur die Lotteriegesellschaften von sechs Bundesländern teil, und die Trainingsformen und -inhalte variierten extrem zwischen den einzelnen Ländern! Erfasst wurden in der Studie 5.191 Angestellte (75 Prozent mit, 25 Prozent ohne vorherige Schulungsmaßnahme). Von den anderen zehn Lotteriegesellschaften standen nach Angaben der Autoren „entweder keine Evaluationsdaten zur Verfügung oder diese passten nicht in die Auswertungssystematik“. Die Studie von Kalke et al. untersucht vor allem, ob das Wissen über Glücksspiele und die Kompetenz im Umgang mit Problemspielern beim Personal durch das Training verbessert wurde. Dazu wurden ausschließlich anonym abgegebene, subjektiv-willkürliche Selbstratings (Selbsteinschätzungen) zum Wissensstand von Angestellten nach der Schulung mit dem des Personals ohne Schulung verglichen. In der Originalarbeit werden „sehr gut“- und „gut“-Ratings zusammengefasst. Die Autoren haben – da die Angaben ohnehin sehr vage erfasst sind und so erhaltene Daten eigentlich gar keiner Vergleichsstatistik un-

Bundesland	Geplante Ausgaben	Getätigte Ausgaben	Förderungsschwerpunkte
Baden-Württemberg	4.800.000 €	keine Angaben	Forschung, Schulungen für Fachkräfte und Multiplikatoren, Bildung Arbeitskreis Glücksspielsucht, Aufklärungskampagne „Spielverderber“ mit Homepage <a href="http://www.spass-statt-sucht.de">www.spass-statt-sucht.de</a>
Bayern	7.500.000 €	7.500.000 €	Finanzierung der Landesstelle Glücksspielsucht zuständig für Prävention, Behandlung und Forschung
Berlin	1.600.000 €	1.355.858 €	Prävention, Hilfe und Forschung
Brandenburg	1.995.000 €	1.380.269 €	Einrichtung Zentralstelle Glücksspielsucht, Einrichtung Koordinierungsstelle, Prävention, Behandlung
Bremen	480.000 €	480.000 €	Bremer Fachstelle Glücksspielsucht (Forschung, Beratung)
Hamburg*	6.000.000 €	1.497.314 €	Forschung und Prävention (Kosten für Beratung: anderer Haushaltstitel)
Hessen	4.000.000 €	keine Angaben	Beratung (13,5 neue Stellen) und Präventionsprojekte
Nordrhein-Westfalen	5.000.000 €	keine Angaben	Landeskoordinierungsstelle, Telefonhotline, 3 Schwerpunktberatungsstellen, 20 Suchtberatungsstellen mit Angeboten für Pathologisches Glücksspiel, Forschung
Rheinland-Pfalz	3.405.000 €	3.405.000 €	Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“, 14,5 Fachpersonalstellen zur Beratung und Prävention, Forschung
Sachsen	0 €	0 €	Anteilige Finanzierung der PAGE-Studie, Beteiligung am Bundesmodellprojekt „Frühintervention bei Pathologischem Glücksspiel“
Sachsen-Anhalt	800.000 €	296.900 €	Beteiligung an Bund-Länder-Modellprojekt „Frühintervention“, Präventionsprojekt „Prävention des pathologischen Glücksspielens“ (PPGS)
Schleswig-Holstein	607.000 €	607.000 €	Beteiligung am Bundesmodellprojekt „Frühintervention“, Einrichtung Landeskoordinierungsstelle (Beratung, Forschung)

\*Quelle: Drucksache 20/5772 der Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg

Abb. 1: Ausgaben der Bundesländer (geplant vs. getätigt) 2008-2011

terzogen werden dürften (!) – noch die „mittelmäßig“-Ratings mit hinzugefügt. In Abb. 2 lässt die „eyeball analysis“ (Augenscheinvalidität) – im Gegensatz zum Statistikergebnis der Originalautoren - kaum einen relevanten, schulungsspezifischen Effekt erkennen.

Wissensbereiche (Σ sehr gut/gut/mittelmäßig)	mit Schulung (n=1.385)	ohne Schulung (n=253)
„Wissen Glücksspielsucht“	99,1%	95,2%
„Wissen Hilfesystem“	98,3%	92,3%
„Erkennen von Problemspielern“	92,7%	86,9%
„Umgang mit Problemspielern“	93,1%	88,9%

Abb. 2. Effekte der Personalschulung bei Lotto/Toto

92,7 Prozent der geschulten und 86,9 Prozent der nicht geschulten Mitarbeiter gaben an, (sehr gut, gut oder mittelmäßig) in der Lage zu sein, Problemspieler zu erkennen. Aber: Von den nicht geschulten Mitarbeitern gaben nur 38 Prozent, von den Geschulten sogar nur 37 Prozent an, überhaupt Problemspieler unter ihren Kunden bemerkt zu haben. 94 Prozent in beiden Gruppen erinnerten sich, lediglich einen bis fünf Problemerkunden erkannt zu haben und nur sechs Prozent zwischen sechs und zehn Kunden. 92 Prozent dieser Mitarbeiter gaben an „schon einmal konkret gehandelt“ zu haben. Hinsichtlich der erinnerten Anzahl der angesprochenen Kunden unterscheiden sich die Angestellten also nicht, hinsichtlich der – erinnerten – Maßnahmen, beurteilen sich die Geschulten als aktiver im 10-Prozent-Bereich: Ansprechen von Problemspielern 57,5 Prozent versus 46,8 Prozent; Empfehlung professioneller Hilfe 13,1 Prozent versus 4,7 Prozent; Mitgabe des Falts 42,2 Prozent versus 31,9 Prozent (Zum Statistikproblem s. o.!). Aus Sicht der Autoren kann aus dieser Studie kein relevanter Nutzen für gefährdete Lotteriespieler abgeleitet werden – allerdings lässt sich auch nicht daraus schließen, dass diese Personalschulungen sinnlos waren, da sich nur eine Minderheit der Lotteriegesellschaften beteiligt hat und die Daten über die Beteiligten eigentlich nicht aussagekräftig sind.

### Das Info-Telefon der BZgA – Ergebnisse von 2010 und 2011

Das Info-Telefon (Info-Hotline) wird seit Mai 2000 von der BZgA angeboten (0180-1372700; Citytarif; die Telefonnummer ist auf einem Piktogramm auf jedem Geldspielgerät). Die Finanzierung erfolgt durch den Verband der Deutschen Automatenindustrie e.V. (VDAI), den Deutschen-Automaten-Großhandels-Verband e.V. (DAGV) und den Bundesverband Automatenunternehmer e.V. (BA) (an den gewerblichen Geldspielgeräten wurde auf ein ähnliches Info-Telefon bereits seit 1989 hingewiesen). 2006 beteiligten sich vorübergehend auch einige Lotteriegesellschaften und einige Casinos. Lotto/Toto hat inzwischen – im Rahmen eines deutlich umfassenderen Kooperationsvertrages mit der BZgA - ein eigenes, kostenfreies Info-Telefon geschaltet; 0800-1372700. Die Rufnummer ist auf den Lottoscheinen angebracht und/oder wird auf andere Weise in der Annahmestelle mitgeteilt. Es handelt sich also um die gleiche Telefonnummer, nur mit unterschiedlichen Vorwahlen. Die Nutzung der an den Geldspielgeräten angebrachten Telefonnummer in den Jahren 2010 und 2011 (entsprechende Daten zur Nutzung der Telefonnummer der Lotteriegesellschaften liegen uns nicht vor) ergibt sich aus einer Aufstellung der BZgA (2011) wie folgt: Von insgesamt 2.800

Anrufen (ca. 350 pro Quartal, bei mehr als 200.000 aufgestellten Geldspielgeräten mit einem Piktogramm der Telefonnummer) bezogen sich lediglich sechs Prozent auf Glücksspielprobleme, 62 Prozent waren technische und 31 Prozent generelle Fragen; neun Prozent hatten sich verwählt (Mehrfachnennungen möglich?). Pro Jahr haben also maximal 84 Glücksspieler spezifische Fragen zum Pathologischen Glücksspiel gestellt – von, nach Meinung mancher Autoren, bis zu 165.000 Betroffenen in der Gesamtbevölkerung. Verhaltenskonsequenzen sind nicht bekannt. In der PAGE Studie (s. u.) wurde von den Probanden keine relevante Inanspruchnahme angegeben! Warum dieses, als ausgesprochen sinnvoll einzustufende Angebot, nur minimal genutzt wurde, sollten die Leistungserbringer möglichst bald klären – vielleicht lässt es sich daraus Zielgruppenspezifisch attraktiver gestalten.

### „Check Dein Spiel“ – das Online- und Telefon-Beratungsprogramm der BZgA – Ergebnisse 2007 bis 2011:

Als Teil der bundesweiten Kampagne zur Prävention der Glücksspielsucht wurde 2007 in Kooperation von BZgA und dem Deutschen Lotto und Totoblock (DLTB) das internetbasierte Informations- und Beratungsangebot „Check Dein Spiel“ eingerichtet. Das aus einem Selbsteinschätzungstest und einer

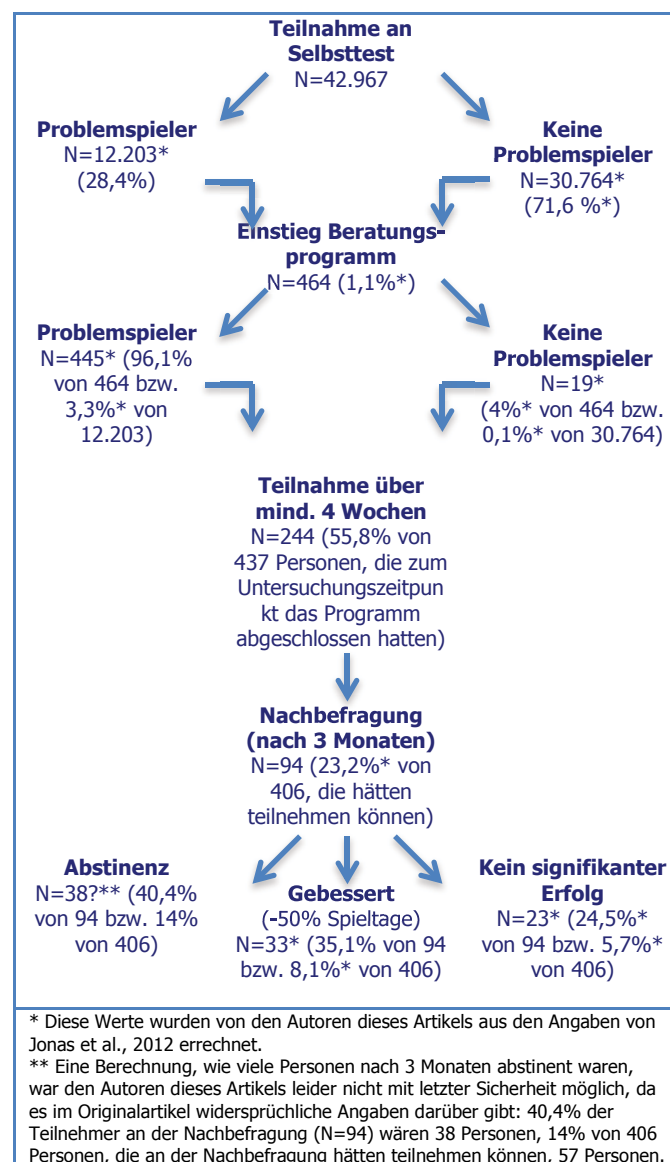


Abb. 3: „Check Dein Spiel“: Teilnehmer und Ergebnisse (2007-2011)

Mischung aus Online- und Telefonberatung bestehende Programm ist vor allem psychotherapeutisch, insbesondere verhaltenstherapeutisch, ausgerichtet (alle Expertinnen bei der Telefonberatung sind Psychologische Psychotherapeutinnen, mit Suchtberatungserfahrung). Als Präventions- bzw. Frühinterventionsprogramm richtet es sich vor allen an die Personen, die noch an der Schwelle zum problematischen oder pathologischen Glücksspielen stehen. Die Inanspruchnahme dieses Programms und deren Auswirkungen auf das Spielverhalten Betroffener über einen Zeitraum von fünf Jahren (2007-2011) ergibt sich aus einer Darstellung der BZgA (Jonas et al., 2012) wie folgt (vgl. Abb. 3): Der auf der Internetseite zu findende „Selbsttest“ wurde von etwa 80 Prozent der Nutzer (42.967 Personen) bis zum Ende durchgeführt. Von den rund 12.000 Nutzern, die eine Rückmeldung darüber erhielten, dass ihr Spielverhalten als problematisch einzustufen sei, begannen rund drei Prozent (445 Personen) das Beratungsprogramm. Im Vergleich mit den Patienten der Suchtberatungsstellen (weit überwiegend Automatenspieler) wiesen die Programmteilnehmer ein höheres Bildungsniveau und auch schwerpunktmäßig etwas andere Glücksspielpräferenzen auf (Lotto 58,2 Prozent; Geldspielautomaten 23,3 Prozent; Online Poker 17,1 Prozent), was darauf schließen lässt dass das Programm eine neue Subgruppe der Problemspieler erreichen konnte. 244 Personen (das entspricht 61 Personen pro Jahr) nahmen mindestens vier Wochen am Programm teil, womit sich die Haltequote mit 55,8 Prozent vergleichbar (gering) wie in den Suchtberatungsstellen darstellt. Um den Nutzen für Betroffene zu beurteilen, ist aber vor allem die Nachbefragung (drei Monate nach Programmende), relevant, an der sich (allerdings nur noch) 23,2 Prozent der Programmteilnehmer beteiligten. Die Besserung bei rund 76 Prozent dieser „Restgruppe“ ist unserer Auffassung nach kein ausreichendes Gütekriterium. Insbesondere ist die 14-prozentige Abstinenzquote der Programmteilnehmer nur auf die letzten vier Wochen vor der Befragung bezogen – und damit, bei den bekannten starken Schwankungen im Spielverhalten bei problematischem Glücksspielen, kaum aussagekräftig. Anders als die Autoren des Newsletters Sucht (*Newsletter im Journal SUCHT, 01.2012*) schätzen die Autoren dieses Artikels die Akzeptanz und Wirksamkeit von „Check Dein Spiel“ daher als unzureichend ein.

### 3. Wurde die Beratung/Therapie verfügbarer und attraktiver?

Die Mehrzahl der Bundesländer (siehe auch Abb. 1) erweiterten in Folge des GlüStV ihr Hilfenetz für pathologische Glücksspieler in Form von Fortbildung bestehender Fachkräfte und Schaffung neuer Stellen im Suchthilfesystem, so dass Hilfe tatsächlich verfügbarer wurde. Erfreulicherweise lässt sich in diversen Statistiken auch eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme von ambulanter Hilfe durch pathologische Glücksspieler zeigen: In Thüringen (Landesdoku, 2012) stieg die Zahl der behandelten Glücksspieler in der ambulanten Suchthilfe von 103 pathologischen Glücksspielern im Jahr 2008 auf 678 pathologische Glücksspieler in 2011 um das Sechsfache; in Hamburg (Buth et al., 2012) zwischen 2005 und 2011 um das Dreifache; in Bayern (Braun et al., 2012; Kraus und Braun, 2012) konnte ein Anstieg der behandelten pathologischen Glücksspieler pro Einrichtung von 3,5 auf 19,2 beobachtet werden, und auch aus der, auf Gesamtdeutschland bezogenen, Suchthilfestatistik entnahmen Steppan et al. (2012) einen Anstieg der behandelten pathologischen Glücksspieler im

ambulanten Bereich von 108 Prozent. Insgesamt scheint die Inanspruchnahme von Hilfen bei Problemspielern aber immer noch sehr gering zu sein.

In einer aktuellen, sehr umfangreichen Untersuchung zur Inanspruchnahme des Hilfesystems zwischen 2009 und 2011 (PAGE Studie, Bischoff et al., 2012) gaben von 105 zu diesem Thema in vertiefenden klinischen Interviews befragten pathologischen Glücksspielern 80 Prozent an, in ihrem bisherigen Leben noch keinerlei Kontakt zum Hilfesystem gehabt zu haben. Lediglich 10,5 Prozent der Teilnehmer hatten mehr als drei problemspezifische Beratungsgespräche in Anspruch genommen. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und ambulante Psychotherapeuten stellten in dieser Befragung die am häufigsten in Anspruch genommenen Hilfeformen dar. Glücksspielspezifische ambulante oder stationäre Rehabilitation und die Glücksspiel-Hotline waren kaum in Anspruch genommen worden. Diese Studie unterscheidet sich hinsichtlich der untersuchten Klientel stark von den Studien, die die Klientel von Beratungsstellen beschreiben: Die Teilnehmer wurden aus 15.023 Personen der Normalbevölkerung einerseits und 303 Besuchern von Spielhallen andererseits rekrutiert!

Die Art der Inanspruchnahme, d. h. die Behandlungsdauer und regelhafte Beendigung der Behandlung, hat sich indes scheinbar nicht verändert: Steppan und Kollegen (2012) beschreiben eine im ambulanten Bereich vorliegende Abbruchquote von 43 Prozent, sowie eine kürzere Behandlungsdauer im Vergleich mit Substanzabhängigkeiten. Auch im Bundesland Bayern, welches in Folge des GlüStV sein Suchthilfesystem deutlich ausbaute, sehen die diesbezüglichen Zahlen unbefriedigend aus: Die 36 speziell für die Behandlung von pathologischen Spielern ausgestatteten Beratungsstellen wurden zwischen 2009 und 2010 von durchschnittlich 8,5 Spielern pro Einrichtung und Jahr aufgesucht, von denen 52 Prozent an höchstens fünf Gesprächen teilnahmen und 70 Prozent die Beratung vorzeitig abbrachen (Braun et al., 2013). Diesbezüglich hat sich gegenüber den BADO Statistiken, z. B. von 2004 bis 2006 (s. Zeitschrift SUCHT) nichts geändert. Die Beratung nach dem Erstkontakt wurde leider nicht attraktiver. Mehrere Autoren beschreiben eine deutliche Diskrepanz zwischen dem von ihnen vermuteten Behandlungsbedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahme. Das Hilfsangebot erreiche die Betroffenen nicht in ausreichendem Maße. Somit ist die Hypothese, dass größerem „Suchtschaden“ durch zunehmende Glücksspielangebote mittels intensivierter Beratungsangebote entgegen gesteuert werden könnte, bisher kaum zu halten. Die Autoren folgen der Feststellung von Braun und Kollegen, dass „für ein umfassendes Verständnis des Störungsbildes und des Behandlungsbedarfs ... insbesondere psychopathologische Merkmale berücksichtigt werden“ sollten (s. dazu auch „Diskussion“).

Im Modellprojekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspiel“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG; 2007-2010; Umsetzung durch DHS) wurden an 17 bestehenden Suchtberatungsstellen in 15 Bundesländern jeweils eine halbe zusätzliche Fachkraft (SozialarbeiterInnen oder SozialpädagogInnen) eingestellt und von 2008-2010 projektspezifisch geschult. Während dieses Zeitraumes wurden Daten von 1.422 Klienten (301 kamen nur zum Erstkontakt) und 232 Angehörigen erfasst (Details bei Görgen u. Hartmann, 2010). Nur 49 Prozent beendeten die Kurzzeitberatung regulär. Für 67 Pro-

zent der Spieler wurde, nach nur wenigen Beratungssitzungen, ein Erfolg angegeben. Erstmals wurden hier bundesweit typische Suchtberater in Suchtberatungsstellen glücksspielspezifisch einheitlich nachqualifiziert. Die Ergebnisse bedürfen noch eingehender Überprüfung und Diskussion. Bisher liegen sie im Rahmen der früheren Statistiken aus Suchtberatungsstellen. Von besonderem Interesse ist auch die weitere Entwicklung nach Ablauf der Förderung.

Psychotherapie, insbesondere Verhaltenstherapie, wurde in einigen Bundesländern im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien der Krankenversicherungen scheinbar zunehmend in Anspruch genommen. Eine entsprechende Studie aus Bayern ([www.Isgbayern.de](http://www.Isgbayern.de)) „schätzt“, dass 2009 etwa 1.400 Problemspieler von niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten behandelt wurden – der angewendeten Hochrechnung, die auch von den Autoren kritisch gesehen wird, können wir allerdings nicht folgen. Korrekt ist aber die Schlussfolgerung, dass zukünftig, die „Behandlung durch PPT [Psychologische Psychotherapeuten] nicht vernachlässigt“ werden dürfe. Warum nachhaltig nicht zur Kenntnis genommen wird, dass in der Verhaltenstherapie-Ambulanz des UKE schon vor Jahrzehnten in Langzeit-Nachfolgeuntersuchungen (bis zu vier Jahre nach Therapieende; Wlazlo et al., 1987 sowie Klepsch et al., 1989) von behandelten Problemspielern eine Erfolgsquote von 66 Prozent belegt wurde, darüber sei hier nicht spekuliert.

#### 4. Hat sich die Glücksspielprävalenz in Deutschland seit dem GlüStV geändert?

Angesichts der seit dem GlüStV intensivierten Präventivmaßnahmen und Beratungsangebote stellt sich die Frage, ob über den ersten Vierjahreszeitraum bereits eine Auswirkung auf die Glücksspielteilnahme in Deutschland nachweisbar ist. Auch dazu ist bereits geforscht worden.

##### Repräsentativbefragungen der BZgA

Die BZgA hat in drei Repräsentativbefragungen 2007, 2009 und 2011 (zuletzt 10.002 Personen) festgestellt, dass die Lebenszeitprävalenz der meisten Glücksspiele (Ausnahmen: signifikante Zunahme bei Sofortlotterien, Casinospielen im Internet und privatem Glücksspielen) gegenüber den beiden Vorerhebungen abgenommen hat. Die Jahresprävalenz der „Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel“ fiel von 55 Prozent in 2007 über 53,8 Prozent in 2009 auf 50,7 Prozent in 2011. Gleichzeitig kam es aber, trotz ständiger Warnungen vor den besonderen Risiken des Spielens an Geldspielautomaten, dort zu einer leichten Zunahme der Spielteilnahme, von 2,2 Prozent (2007) auf 2,9 Prozent (2011). Eine massive Steigerung ergab sich aber für die Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen: Von 4,3 Prozent auf 12,8 Prozent (2011). Bei den männlichen Teilnehmern hatte sich die Quote sogar mehr als verdreifacht, auf 19,5 Prozent (bei den weiblichen auf 5,5 Prozent verdoppelt). Diese Entwicklung bei den 18- bis 20-Jährigen scheint ein hoch spezifischer Altersgruppeneffekt zu sein, da schon bei den 21-25-Jährigen in 2011 nur noch 7,2 Prozent und bei den 45-65-Jährigen 0,7 Prozent an diesen Geräten spielten. Unter den Problemspielern zeigte sich die Subgruppe der 21- bis 25-jährigen Männer als am stärksten problembelastet - eine Feststellung, die offen lässt, ob Glücksspielen zu den Problemen oder die Probleme zum Glücksspielen führten!

Die überproportionale Zunahme des Automatenpielens bei den 18- bis 20-Jährigen lässt sich nicht hauptsächlich mit der Zunahme von Geldspielgeräten im Markt erklären, da die höheren Altersgruppen darauf ja ganz anders reagiert haben. In dieser postpubertären Altersgruppe suchen vulnerable Personen besonders häufig nach Bestätigung (die sie im täglichen Leben noch nicht bekommen haben) und fühlen sich durch „Drohungen“ provoziert, sich provozierend zu verhalten. Diese Personen könnten sich durch die massive Betonung der Suchtgefahren beim Automatenspielen provoziert fühlen, „nun erst recht“ („Reaktanz“) zu spielen. Diese Hypothese, lässt sich auch aus anderen Lebensbereichen stützen: In einer aktuellen Studie über die Effekte von „Todeswarnungen“ an Raucher („Smoking kills“) wurde ein unerwartetes Ergebnis gefunden (Arndt, et al., 2013): Raucher mit eher geringem Verlangen nach Zigaretten reduzierten den Konsum – solche mit hohem Verlangen erhöhten ihn dagegen. Aus unserer Sicht ein plausibles Ergebnis: Starke Raucher benutzen Nikotin meist zur „Selbstmedikation“ um negative Gedanken und Emotionen (Depression, Angst, Aggression) zu dämpfen („Vermeidungsraucher“). Erhöht man ihr Angstniveau, dann erhöht man den Druck zu höherer Selbstmedikation. Wir sehen darin eine mögliche Analogie zum massiven Anstieg der Spielteilnahme an Automaten unter 18- bis 20-Jährigen seit Beginn der „Präventions“-Kampagnen. Die für diese Kampagnen zuständigen Stellen sollten diese Hypothese vor weiteren Aktionen zumindest überprüfen, denn Motivationsversuche zu Verhaltensänderungen müssen empfinderspezifisch ausgerichtet werden!

Ludwig et al. (2012) haben die Glücksspieldaten im Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) aus den Jahren 2006 und 2009 verglichen. Es ergab sich ein Rückgang der Teilnahme an Lotto (einschließlich Fernsehlotterie), dagegen nahm die Beteiligung an (illegalen!) Internet-Kartenspielen ebenso wie die an mehreren Glücksspielformen im gleichen Zeitraum zu. Ludwig und Kollegen sehen in der Summe der Veränderungen keinen Fortschritt, sondern beobachten eher eine Verlagerung des Problems. Sie folgern, dass Verbote spezifischer Glücksspiele unwirksam zu sein scheinen und fragen, ob „Früh-Interventionen“ etwas daran ändern könnten. Welche sollten das dann aber sein?

#### 5. Diskussion und Empfehlungen

##### Die Ausgaben der Bundesländer

Für die ersten vier Jahre seit Inkrafttreten des GlüStV waren die Ausgaben von zwölf Ländern zu ermitteln. Eine vergleichende Bewertung ist - aufgrund der inhaltlichen Heterogenität (vor allem Verwendungszwecke), der z. T. hohen Diskrepanz zwischen geplanten und getätigten Ausgaben, der z. T. schwer nachvollziehbaren haushalterischen Verbuchungen der Mittel und der sehr unterschiedlichen Vorleistungen der einzelnen Länder bezüglich Prävention und Beratung beim Pathologischen Glücksspiel - nicht möglich. Die föderalistische Struktur der Bundesrepublik erweist sich für die Beurteilung der Frage, ob oder wie die einzelnen Länder ihren Verpflichtungen aus dem GlüStV angemessen nachgekommen sind, als Hemmfaktor.

Der Versuch, länderübergreifend gemeinsame Vorgehensweisen zu etablieren, hat für das erste Vierjahresintervall also keine erkennbaren Ergebnisse erbracht. Vielmehr kann der Eindruck

entstehen, dass einerseits mitunter relativ viel Geld zur Verfügung gestellt wurde, um „guten Willen“ zur Erfüllung der Auflagen zu zeigen, und dass andererseits Gelder vielleicht nur zögerlich eingesetzt wurden, weil man nicht so recht wusste, wofür eigentlich konkret. Der gesetzlich ausgelöste „Ausgabendruck“ im Wettbewerb um die zukünftige Zulassung im Multimilliarden-Markt „Glücksspiele“ hat mitunter scheinbar dazu geführt, dass regelrecht nach geeigneten Abnehmern und Verwendungszwecken für die Erfüllung der Auflagen zur „Sucht“-Prävention und -Therapie gesucht wurde. Das ist auch nicht verwunderlich, da mit der Gerichtsentscheidung 2006 die Länder praktisch „über Nacht“ mit einem Aufgabenbündel belastet wurden, auf das viele überhaupt nicht vorbereitet waren! Zudem gab es bis dahin in Deutschland nur wenige Experten für eine therapierelevante Diagnostik, Beratung und Therapie von Problem- oder pathologischen Glücksspielern. Seit der Verpflichtung auf die „Glücksspielsucht“-Diagnose hat die Zahl der Experten dafür erstaunlich zugenommen. Dennoch gab und gibt es national und international Kritik an dieser Entwicklung – die die Autoren durch diesen Überblick unterstützen möchten! Es bleibt zu hoffen, dass die Länder auf der Grundlage der Erfahrungen aus den ersten vier Jahre nach dem ersten GlüStV zukünftig die zur Verfügung gestellten Mittel koordinierter, gezielter und effektiver einsetzen können! Aus diesem Überblick ist auch deutlich geworden, dass Bedarfs- und Personalplanung für eine Schadensbegrenzung bei Problemspielern aus epidemiologischen Prävalenzstudien nicht praxisrelevant abgeleitet werden kann.

**Auswirkungen auf die zu schützenden Problemspieler Präventionseffekte?** Die **Effekte von Personalschulungen in Lotto/Toto-Annahmestellen** konnten nach Ansicht der Autoren in der Studie von Kalke et al. nicht hinreichend nachgewiesen werden. Auch hier erwies sich der föderalistische Aufbau der Bundesrepublik als hinderlich: Zu viele Alleingänge der Landeslotteriegesellschaften, viel zu viele Nicht-Beteiligungen an der Studie. Die Tatsache, dass die Autoren dieses Artikels der Studie – im Gegensatz zu Kalke et al. – keinen nennenswerten Nutzen für die Problemspieler entnehmen können, mag hypothetisch auch zusätzliche, andere Gründe haben: Problemspieler sind selten in Lotto/Toto-Annahmestellen, aufgrund der kurzen Kontaktzeit sind sie schwer erkennbar und das Personal ist nicht spezifisch genug trainiert worden. Es ist auch möglich, dass den Autoren dieses Artikels überzeugendere Daten nicht zugänglich waren, da Kalke et al. angeben, „dass in vielen Bundesländern die Schulungskonzepte im Sinne einer Qualitätssicherung extern evaluiert worden sind“ (wann werden die publiziert?). „Qualität“ muss in diesem Zusammenhang aber entscheidend an den Auswirkungen auf die Spieler, nicht auf das Personal (!), definiert werden. Grundsätzlich müsste das Erkennen von Problemspielern in Spielhallen mit Geldgewinnautomaten und Casinos aufgrund der wesentlich längeren Beobachtungszeiträume leichter fallen. Das könnten zukünftige diesbezügliche Studien, z. B. aus dem Schulungsprogramm der Caritas bei Spielhallenbetreibern, überprüfen. Es ist ungewiss, wann eine dazu angelaufene Feldstudie (Hayer, Buth u. Meyer, 2013) erste Ergebnisse vorlegen wird. Allerdings scheint das Erkennen von Problemspielern selbst beim „großen Casino-Spiel“ unerwartet schwierig zu sein, wie eine Studie in den USA (Delfabbro et al., 2011) zeigt.

Wie können die Gelder für die Personalschulung - bezogen auf den Nutzen für die Spieler – besser eingesetzt werden? Es sollten

erst einmal kleinere, qualitativ hochwertige Studien zu den Inhalten von Personalschulungen bei den unterschiedlichen Spielangeboten durchgeführt und hinsichtlich ihrer Spieler-spezifischen Effekte untersucht werden. Bei positiven Ergebnissen müsste eine länderübergreifende Verbindlichkeit hergestellt werden.

Das **Info-Telefon zum Glücksspielen** wurde nach Angaben der BZgA in den Jahren 2010 und 2011 von maximal 84 Anrufern pro Jahr zu spezifischen Nachfragen zum Glücksspielverhalten genutzt. Angesichts des mittlerweile erreichten Bekanntheitsgrades der Warnungen vor der Gefahr von „Glücksspielsucht“, besonders bei Geldspielgeräten, und bei angeblich bis zu 165.000 Betroffenen, ist dieses Ergebnis nicht ermutigend. Oder ist etwa das Problem geringer als vermutet?

Das **Online- und Telefon-Beratungsprogramm** der BZgA „**Check dein Spiel**“ erreichte ebenfalls nur einen kleinen Teil der Zielgruppe: Unter 12.000 Problemspielern kam es nur zu einer geringen Programmteilnahme, und drei Monate nach dessen Ende waren dann lediglich 38 Personen im letzten Monat vor Befragung abstinent und weitere 33 deutlich gebessert. Diese Ergebnisse sind nicht aussagekräftig. Nachuntersuchungen müssen mindestens ein Jahre nach Beratungsende erfolgen, da das Spielverhalten der meisten Spieler über die Zeit spontan sehr stark fluktuiert.

Die beiden anonymen, kostenfreien und daher als „niederschwellig“ eingestuften Angebote sind also bisher nicht überzeugend attraktiv für die Betroffenen. Nach Ansicht der Autoren liegt das nicht an deren Inhalten. Allerdings ist „Check Dein Spiel“ wohl auch kein niederschwelliges Angebot: Es scheint sehr stark psychotherapeutisch geprägt zu sein, erreicht überwiegend höhere Bildungsschichten, möchte tägliche, dokumentierte Selbstbeobachtung und wöchentliche schriftliche und telefonische Rückmeldung an die Therapeuten. Wie kann dieses Angebot attraktiver gestaltet werden?

**Hat sich das Spielverhalten der Bevölkerung durch die multiplen Präventivmaßnahmen geändert?** Die Studie von Ludwig et al. (2012) ergab zwar einen leichten Rückgang der Spielteilnahme an Lotto/Toto, aber eine Zunahme bei anderen Glücksspielformen. Eine Studie der BZgA, zum Spielen an den besonders risikoreich eingestuften Geldspielgeräten, mit einem Vergleich der Entwicklung von 2007 bis 2011, fand wiederum keine wesentliche Veränderung des Spielverhaltens – mit einer Ausnahme: Bei den 18- bis 20-Jährigen stieg die Anzahl der Personen, die Spielautomaten nutzten, von 4,3 Prozent auf 12,8 Prozent. Die Autoren stellen zur Diskussion (s. o.), dass bei dieser vulnerablen Jungmännergruppe die „Drohung“ mit der gefährlichen Sucht gerade das Verhalten provoziert, das man reduzieren möchte. Hier muss wohl dringlichst motivationspsychologisch nachgebessert werden!

**Wurde die Beratung/Therapie verfügbarer und wirksamer?** Wenn sich anscheinend trotz massiv zunehmender Glücksspielangebote die Anzahl der Problem- und pathologischen Spieler - mit Ausnahme der jungen Erwachsenen – nicht wesentlich erhöht hat, liegt dies möglicherweise daran, dass vermehrte Therapie- oder Beratungsangebote entsprechend gegensteuern konnten? Die bisher dazu durchgeführten Studien unterstützenden diese Hypothese nach Einschätzung der Autoren nicht. Die Beratungsangebote

wurden vielerorts zwar massiv erhöht und dadurch auch die Inanspruchnahme von Erstkontakten. Der weitere Verlauf ist dann enttäuschend, viel zu wenige Problemspieler „beißen an“. Die Beratungsergebnisse für die Betroffenen sind aus methodischen und anderen Gründen nicht wirklich beurteilbar. So folgen die Autoren dieses Artikels Braun et al. (2013) in deren Feststellungen, dass zwischen vermutetem Behandlungsbedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme eine hohe Diskrepanz besteht und für ein umfassendes Verständnis des Störungsbildes und *die Art* des Behandlungsbedarfes insbesondere psychopathologische Merkmale berücksichtigt werden sollten. Für Bedarfsanalyse und Strukturplanung des Spieler-Versorgungssystems müssten Richtlinien erstellt werden. Oder sollen die Ergebnisse z. B. der Studien des IFT aus der bundesweiten Suchthilfestatistik zwischen 2004 und 2007 als realitätsgerecht eingestuft werden, nämlich dass anscheinend mit vier bis zehn Beratungsgesprächen (so viele nahmen aber nur 25 Prozent der Teilnehmer am Erstgespräch wahr!) in Suchtberatungsstellen bei etwa zwei Drittel der Teilnehmer eine hinreichende Besserung erreichbar war? Die gleiche Frage ergibt sich aus dem Projekt „Frühe Intervention beim Pathologischen Glücksspiel“ der DHS. Das wirft die grundsätzliche Frage auf, wie eine - gemeinhin als chronische Erkrankung eingestufte - „Sucht“ mit so wenigen und inhaltlich nicht näher spezifizierten Beratungssitzungen erfolgreich behandelt werden kann! Oder blieben nur die leicht Gestörten in den Programmen? Oder wurde zu leichtfertig mit dem Begriff „gebessert“ umgegangen? Viele offene Fragen, die in den Beratungsstellen adäquat untersucht werden sollten.

### Hypothesen und Empfehlungen im Überblick

- Ist „Suchtberatung“ in der aktuell praktizierten Form (noch?) für einen Großteil der Problemspieler kein ausreichendes Angebot? Bundesweit erscheint die Akzeptanz von „Suchtberatung“ bei den Pathologischen Glücksspielern eher schlecht.
- Ohne qualifizierte, psychopathologische Differenzialdiagnostik sind weder eine verlässliche Diagnostik noch die angemessene Behandlungsform abzuleiten. Wer ist aber dazu in den Suchtberatungsstellen qualifiziert? Es ist vielleicht gar nicht im Interesse etlicher Suchtberater, diese Klientel beraten zu müssen. Es ist inhaltlich zu unklar, was spezifisch Interventionen für „Spielsüchtige“ von denen bei der üblichen Suchtbehandlung unterscheidet. Ansätze dazu sind im Projekt „Frühe Intervention ...“ der DHS beschrieben.
- Es besteht möglicherweise ein „gravierendes Fehlangebot“ statt einer „gravierenden Unterversorgung“.

Problematisches und pathologisches Glücksspielen ist ein Symptomverhalten mit äußerst vielschichtigen unterschiedlichen Ursachen. Die Pauschal-diagnose „Glücksspielsucht“ ist irreführend und für einen Großteil der Betroffenen nach Einschätzung der Autoren schädlich. Dementsprechend gibt es keine einheitliche Behandlungsform, sondern eine aus differenzierter psychopathologischer Diagnostik abgeleitete psychotherapeutisch-psychiatrische individuumspezifische Therapie (wobei der Therapeut über die unterschiedlichen Glücksspielformen gut informiert sein sollte!), deren Dauer von sehr kurz bis zu Langzeittherapie begründet abgeleitet werden muss. Dazu gibt es seit vielen Jahren die Hamburger Verhaltenstherapie-Studien (Wlazlo et al., 1987 sowie Klepsch et al., 1989) und eine große Anzahl internationaler Therapiestudien bzw. Beschreibungen. Längst hat Psychotherapie auch in Deutschland Eingang in die Suchtbehandlung, in die ambulante Versorgung bei „Glücksspielsucht“ und stoffge-

bundenen Süchten gefunden – aber noch soll sie da wohl unter dem Schuttdach „Sucht“ erfolgen. Das ist – bezogen auf das Wissen der Autoren und den internationalen Wissensstand – ein Rückschritt fast um Jahrzehnte.

Es bleibt zu hoffen, dass in Zukunft wieder wissenschaftsbezogen psychotherapeutisch qualifizierte Psychologen und Psychiater mit erfahrenen Suchtberatern gemeinsam nach individuell angemessenen Lösungen für Betroffene und deren Angehörige suchen. Dazu wäre eine vergleichende Studie „Frühe Intervention ...“ (DHS-Studie) mit z. B. der Hamburger Verhaltenstherapie-Studie hilfreich. Die Autoren sind keineswegs dafür, jetzt alle Problemspieler in Psychotherapeuten-Praxen zu empfehlen – dort sind die üblichen Wartezeiten meist viel zu lang, und die Bereitschaft und Ausbildung, mit Glücksspielern zu arbeiten, ist längst nicht immer vorhanden. Die Autoren haben die Erfahrung gemacht, dass regionale Kooperation von Suchtberatung und Verhaltenstherapie gut möglich ist.

■ Prof. Dr. Iver Hand, Sarah Kegat

*Literatur bei den Verfassern*

### Kontakt:

Prof. Dr. med. Iver Hand  
Postfach 201861  
20208 Hamburg  
E-Mail: [hand@vt-falkenried.de](mailto:hand@vt-falkenried.de)  
[www.vt-falkenried.de/spieler-projekt](http://www.vt-falkenried.de/spieler-projekt)

### Angaben zu den Autoren:

**Prof. Dr. med. Iver Hand**, geb. 1941, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Facharzt Psychotherapeutische Medizin. 1971-1974 Weiterbildung in Verhaltenstherapie in London und Montreal. 1976 Einrichtung und Leitung (bis 2006) des Bereiches Verhaltenstherapie an der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg. 1992-1998 auch geschäftsführender Direktor der Klinik. 1979-1982 vertretungsweise Wahrnehmung zuerst einer C2, dann einer C4 Professur für Klinische Psychologie/Verhaltenstherapie an der Universität Hamburg. 2006 emeritiert und seither in eigener Praxis in der „Verhaltenstherapie Falkenried“ in Hamburg, hier auch Weiterführung des 1984 begonnen „Spieler-Projektes“. Versorgungs- und Forschungsschwerpunkte am Universitätsklinikum: Angst- und Zwangsstörungen; Zwangsspektrumsstörungen (pathologisches Glücksspielen, „Kaufsucht“, Trichotillomanie, Kleptomanie). Zu allen Bereichen etliche Langzeitkatamnesen. Vergleichende Therapieforchung: Verhaltenstherapie - Pharmakotherapie. Entwicklung und Evaluation störungsspezifischer Gruppentherapien. Seit 1984 erste Spezialambulanz für pathologische Glücksspieler in Deutschland. Entwicklung einer „Strategisch-systemischen Verhaltenstherapie“. Zusammen mit dem Team über 300 Publikationen zu den o. a. Bereichen (Liste und Artikel unter: [www.vt-falkenried.de/hand](http://www.vt-falkenried.de/hand)).

**Sarah Kegat**, geb. 1985 in Hamburg, Diplom-Psychologin, aktuell Fortbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie in Hamburg, seit 2012 Mitarbeiterin im Spieler-Projekt.