

**Berner Fachhochschule**

Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern  
Institut für Sozialplanung und  
Sozialmanagement ISS  
Länggassstrasse 29  
Postfach 6564  
3001 Bern

## **Spielbankengesetzgebung und ‚Selbstheilung‘ von der Spielsucht**

### **Ausstiegsbedingungen und Behandlungswiderstände als Grundlage für Sozial- und Behandlungskonzepte**

Forschungsbericht Nr. F 44-01-45

**Jachen C. Nett, Sina Schatzmann, Harald Klingemann  
und Marius Gerber**

Bern, August 2003

Mit finanzieller Unterstützung aus dem Fonds für Suchtprobleme (Nr. 5B15/5C15) der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, des DO-RE- Programms (KTI-Nr. 5615.1 FHS) des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) und des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (BBT) sowie der Swiss Casinos Holding AG



## Zusammenfassung

Die Studie untersucht die Problematik der Glücksspielsucht in der Schweiz mit Blick auf die Implementierung des neuen Spielbankengesetzes und mit besonderer Berücksichtigung der ‚Selbstheilung vom pathologischen Spiel‘. Dabei wird einerseits ein allgemeiner Beitrag zur Vertiefung der empirischen Grundlagenkenntnisse im Problemfeld der Glücksspielsucht in der Schweiz geleistet, und andererseits ermöglichen die Untersuchungsergebnisse die Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote möglichst adäquat auf die Adressaten auszurichten.

In einer explorativen Phase des Forschungsprojekts sind zehn Fachleute auf dem Gebiet des Glücksspiels (Casino-Manager, Sozialkonzept-Verantwortliche, präventiv, beraterisch und therapeutisch Tätige) anhand eines Leitfadengesprächs persönlich befragt worden. Die inhaltsanalytische Auswertung zeigt, dass die Mehrheit der Expert/-innen nach der Implementierung des neuen Spielbankengesetzes eine Zunahme der Prävalenz des pathologischen Glücksspiels für die Schweiz erwartet. Als ein weiteres gewichtiges Problem wird das legale und illegale Glücksspiel ausserhalb der Spielbanken antizipiert, da dort keine präventiven Vorkehrungen und Kontrollen möglich sind. Im Gegensatz dazu wird die fortschrittliche Gesetzesvorlage begrüsst, welche den Spielerschutz in Form von Sozialkonzepten für Spielbanken beinhaltet. Im Bereich der Früherkennung, -intervention und Forschung müsse noch viel Arbeit geleistet werden. Mit einer Ausnahme bewerten alle befragten Fachleute das bestehende schweizerische Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangebot als ungenügend. Es wird gefordert, spezialisierte Angebote für Spielende mit Problemen zu entwickeln und diese untereinander sinnvoll zu vernetzen.

Die Rekrutierung von Probanden, d.h. Personen mit problematischer Glücksspielerfahrung, für die Untersuchung erfolgte über verschiedene Wege. In mehreren auflagestarken Printmedien wurden redaktionelle Beiträge placiert, in denen zur Teilnahme am Forschungsprojekt aufgerufen wurde. An 194 registrierte Spiellokaltäten in der Deutschschweiz wurden rund 10'000 Flyer versandt, mit der Aufforderung an die Betreiber diese in der Nähe der Glücksspielautomaten aufliegen zu lassen. Die Personen mit problematischer Glücksspielerfahrung wurden dabei aufgefordert, sich über eine ‚Infoline‘ für ein telefonisches Gespräch zu melden. Weitere Probanden wurden von einer auf die Behandlung von Spielsucht spezialisierten psychiatrischen Arztpraxis vermittelt. Insgesamt kamen so 64 Interviews zustande. Für die Befragungen wurden eigens zu diesem Zweck entwickelte Erhebungsinstrumente eingesetzt. Bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente und bei der Datenerhebung wurde mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und Herrn Dr. med. A. Canziani (Zürich) kooperiert.

Beim befragten Personenkreis mit Spielerfahrung handelt es sich um sieben Frauen und 57 Männer mit mehrheitlich Schweizer Nationalität. Stark vertreten sind Personen mit mittlerem Ausbildungsstatus und aus mittleren Einkommensklassen. Im Hinblick auf die Entwicklung einer Glücksspielsucht scheinen Männer jüngeren Alters die grösste identifizierbare Risikogruppe zu bilden. Bei den Befragten handelt es sich zudem überproportional häufig um arbeitslose Alleinstehende. Das Sample setzt sich zusammen aus 48 ehemals pathologisch Spielenden, die aktuell kontrolliert spielen oder sich abstinent verhalten, sowie aus 15 aktuell noch pathologisch Spielenden, die jedoch eine hohe Bereitschaft zeigen, ihr Spielverhalten zu verändern. Die meisten Befragten hatten im Verlaufe ihres Lebens vor allem ein Problem mit Glücksspielautomaten (n=50). Zehn Personen spielten hauptsächlich traditionelle Casino-Spiele (z.B. Roulette), jeweils zwei Befragte waren sogenannte ‚Börsenspieler‘ bzw. solche, die nebst dem Geldgewinn auch an der erreichten Punktesumme, welche durch Geschicklichkeit zu erreichen ist, interessiert sind. Fast die Hälfte der Befragten denkt, dass die veränderte Gesetzeslage in der Schweiz persönliche Auswirkungen haben wird. Dabei erwarten die meisten, im Gegensatz zu der Meinung der befragten Fachleute, dass das Spielen für sie in Zukunft erschwert wird. Der schweizweite Gesamteffekt der neuen Gesetzgebung auf die Spielsuchtprävalenz, d.h. nachdem alle Übergangsregelungen ausser Kraft gesetzt sind und der Markt die Casinodichte redimensioniert hat, bleibt somit weiterhin eine offene Frage. Sollte allerdings das



vorgesehene Verbot von Glücksspielautomaten ausserhalb von Spielbanken durchgesetzt und nicht unterlaufen werden, dürfte die Einschätzung der Betroffenen realistischer sein.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die ersten Erfahrungen mit dem Glücksspiel in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter gemacht werden. Im Mittel acht Jahre später erfahren die Spieler/-innen erste negative Konsequenzen ihres Spielverhaltens (finanzielle, berufliche, soziale oder psychische Probleme). Rund 15% der Befragten erwähnen zudem explizit delinquentes Verhalten in Zusammenhang mit dem pathologischen Glücksspiel. Klar erkennbar wird auch die erhebliche Belastung von Angehörigen spielsüchtiger Personen. Auch die hohe Komorbidität der Glücksspielsucht mit anderen psychischen Störungen, kann anhand der vorliegenden Studie für stoffgebundene Suchterkrankungen klar belegt werden. Laut dem CAGE-Alkohol-Screening Verfahren scheinen 20% der Befragten zum Alkoholmissbrauch zu neigen. Zudem scheint eine Tendenz zur Suchtverlagerung zu bestehen. Die intensivste Spielphase, charakterisiert durch tägliches Spielverhalten und grosse finanzielle Verluste, erleben die meisten Spielsüchtigen nach dem Wahrnehmen erster Probleme. Erkennbar ist, dass wer regelmässig drei bis vier Mal oder häufiger in der Woche Glücksspiele tätigt, eine starke Gefährdung zur Glücksspielsucht aufweist. Dem definitiven Ausstieg aus der Glücksspielsucht gehen mehrere Ausstiegsversuche voraus ( $\bar{X}=10.65$  Versuche;  $s=18.28$ ;  $Md=3$  Versuche). Problemeinsicht und negative Life Events, die zu einer zugespitzten Lebenssituation führen, stellen oftmals Motive für einen Ausstieg dar. Dieser wird begünstigt durch konkrete Pläne (z.B. freiwillige Spielsperre), aktive Freizeitgestaltung, positiver Umgang mit Rückfällen sowie durch soziale und professionelle Unterstützung. Ein Drittel der Befragten verfügt jedoch über keine suchtbetonte Interventionserfahrung; 10 Befragte haben den Ausstieg ohne nennenswerte Hilfe geschafft und gelten dementsprechend als ‚Selbsteiler/-innen‘. Dass ein Ausstieg aus der Spielsucht auch ohne professionelle Unterstützung möglich ist, kann aufgrund der vorliegenden Studie somit klar belegt werden. Personen, welche über suchtbetonte Interventionserfahrung verfügen, haben ausgeprägtere Spielprobleme als Personen ohne solche Erfahrung. Zudem verfügen ‚Selbsteiler/-innen‘ über andere Ausstiegs motive als Aussteiger/-innen mit suchtbetonter Interventionserfahrung. Erstere nennen weniger sozialen Druck, dafür vermehrt das ‚Ausfallen der Spielgelegenheit‘ als Ausstiegsgrund. Als Behandlungswiderstände lassen sich sowohl solche objektiver Art (z.B. kein Angebot vorhanden) als auch solche mit subjektivem Charakter (z.B. mangelnde Problemeinsicht, affektive Widerstände etc.) identifizieren. Besonders die fehlende Krankheitseinsicht lässt sich als stärksten Behandlungswiderstand erkennen. Personen mit suchtbetonger Interventionserfahrung urteilen sehr heterogen betreffend den Nutzen von verschiedenen Beratungs- und Behandlungsangeboten. Bei schwer ausgeprägter Spielsuchtproblematik scheint eine stationäre Therapie besonders hilfreich.



## **Inhaltsverzeichnis**

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Ausgangslage .....   | 1  |
| 1.1   | Pathologisches Glücksspiel .....   | 1  |
| 1.2   | Schweizerische Spielbankengesetzgebung und Spielsuchtprävalenz .....                       | 3  |
| 1.3   | Selbstheilung von der Glücksspielsucht .....   | 5  |
| 1.4   | Ausstiegsbedingungen .....   | 5  |
| 1.5   | Behandlungswiderstände .....   | 6  |
| 2     | Ziele und Fragestellungen der Studie .....   | 7  |
| 3     | Untersuchungsanlage .....  | 9  |
| 3.1   | Interviews mit Expertinnen und Experten.....   | 9  |
| 3.2   | Befragung von Personen mit problematischer Glücksspielerfahrung.....                       | 11 |
| 4     | Beschreibung der Stichproben .....   | 23 |
| 4.1   | Profil der befragten Expertinnen und Experten .....  | 23 |
| 4.2   | Profil der befragten Problemspielerinnen und -spieler.....                                 | 24 |
| 5     | Ergebnisse.....  | 27 |
| 5.1   | Auswertung der Interviews mit Fachleuten .....   | 27 |
| 5.2   | Auswertung der Befragung von Personen mit problematischer<br>Glücksspielerfahrung .....    | 28 |
| 5.2.1 | Problematisches Spielverhalten der Befragten in Bezug auf die gesamte<br>Lebensspanne..... | 28 |
| 5.2.2 | Problematisches Spielverhalten der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung.                   | 30 |
| 5.2.3 | Beratungs- und Behandlungserfahrung der befragten Spieler/-innen.....                      | 32 |
| 5.2.4 | Einstieg in die Spielsucht, erste Probleme und intensivste Spielphase .....                | 37 |
| 5.2.5 | Komorbidität .....   | 42 |
| 5.2.6 | Ausstiegsversuche und erfolgreicher Ausstieg .....   | 46 |
| 5.2.7 | Individuelle Auswirkungen der neuen Spielbankengesetzgebung.....                           | 52 |
| 6     | Diskussion der Ergebnisse .....  | 55 |
| 7     | Empfehlungen.....  | 61 |
| 7.1   | Präventive Massnahmen und Präventionspolitik .....   | 61 |
| 7.2   | Beratung und Behandlung.....   | 62 |
| 7.3   | Forschungsbedarf .....   | 63 |
| 8     | Literaturverzeichnis .....   | 65 |
| 9     | Anhang<br>Die Anhänge A, B, C befinden sich in einem separaten Zusatzband!                 |    |



## Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 3-1: Gliederung des Leitfadens für die Interviews mit professionellen<br>Expertinnen und Experten .....    | 10 |
| Tabelle 3-2: Frageblöcke des Erhebungsinstruments.....   | 14 |
| Tabelle 3-3: Anzahl aufgelegter Handzettel pro Casino .....  | 16 |
| Tabelle 3-4: Anzahl Anfragen und Einwilligungen für eine Handzettel-Verteilung in<br>Betrieben pro Kanton .....    | 17 |
| Tabelle 3-5: Menge der an verschiedene Institutionen versandte Handzettel .....                                    | 17 |
| Tabelle 4-1: Explorative Leitfadengespräche mit Expertinnen und Experten .....                                     | 23 |
| Tabelle 4-2: Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit und Zivilstand der befragten<br>Spielenden .....               | 24 |
| Tabelle 4-3: Ausbildung und Berufstätigkeit der befragten Spielenden .....   | 25 |
| Tabelle 5-1: Herkunft des geliehenen oder genommenen Geldes.....   | 29 |
| Tabelle 5-2: Mögliche Typen von Spieler/-innen.....  | 34 |
| Tabelle 5-3: Aufteilung der Befragten nach Spieler/-innen Typ und<br>Interventionserfahrung .....                  | 35 |
| Tabelle 5-4: Hilfsangebote und deren subjektiver Nutzen in Bezug auf das<br>pathologische Spielverhalten .....     | 36 |
| Tabelle 5-5: Alter der Befragten beim Einstieg sowie beim Bemerk<br>erster Probleme.....                           | 39 |
| Tabelle 5-6: Spielhäufigkeit pro Spielart für die intensivste und aktuelle Spielphase ....                         | 41 |
| Tabelle 5-7: Anzahl Nennungen und durchschnittliche Spieldauer pro Woche<br>über alle Befragten hinweg .....       | 41 |
| Tabelle 5-8: Häufigkeit konsumierter Substanzen in den dreissig Tagen vor der<br>Erhebung .....                    | 44 |
| Tabelle 5-9: Häufigkeit und Menge der konsumierten Getränke an einem typischen<br>Spieltag.....                    | 45 |
| Tabelle 5-10: Häufigkeiten CAGE-Items einzeln .....  | 46 |
| Tabelle 5-11: Motive für Ausstiegsversuche und für den definitiven Ausstieg .....                                  | 48 |
| Tabelle 5-12: Pläne für die Durchführung von Ausstiegsversuchen und für den<br>definitiven Ausstieg.....           | 49 |
| Tabelle 5-13: Aktuelle Freizeitgestaltung getrennt nach aktuell und ehemals<br>pathologisch Spielenden .....       | 50 |
| Tabelle 5-14: Die von mind. 20% der Befragten genannten Life Events und deren<br>durchschnittliche Bewertung ..... | 51 |



## **Abbildungsverzeichnis**

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 3-1: Durchgeführte Interviews nach Medienaufruf-Quelle.....  | 19 |
| Abbildung 3-2: Durchgeführte Interviews nach Handzettelverteilungs-Quelle.....   | 20 |
| Abbildung 4-1: Monatliches Bruttoeinkommen der Befragten aufgeteilt nach<br>Berufsgruppen.....   | 26 |
| Abbildung 5-1: Kontaktierte Hilfsangebote, Gesamtdauer der Behandlung, Anzahl<br>Kontakte .....  | 33 |
| Abbildung 5-2: Erste getätigte Glücksspielart überhaupt der befragten<br>Spielerinnen und Spieler.....                                   | 38 |
| Abbildung 5-3: Spielhäufigkeit pro Woche der Befragten in der aktuellen bzw.<br>intensivsten Phase .....                                 | 40 |
| Abbildung 5-4: Besuchte Spielcasinos über verschiedene Spielphasen hinweg .....  | 42 |
| Abbildung 5-5: Haltungen gegenüber den Gesetzesänderungen.....   | 51 |
| Abbildung 6-1: ‚Spielsuchtkarrieren‘ für die gesamte Stichprobe, aktuell path.<br>Spielende und für ehemals pathologisch Spielende ..... | 57 |



# 1 Ausgangslage

Die vorliegende Studie behandelt die Problematik der Glücksspielsucht in der Schweiz mit Blick auf die Implementierung des neuen Spielbankengesetzes und mit besonderer Berücksichtigung der ‚Selbstheilung vom pathologischen Spiel‘. Sie konnte dank der finanziellen Unterstützung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Suchtfonds), des Schweizerischen Nationalfonds bzw. der KTI (DO-RE-Programm) sowie der Swiss Casinos Holding AG als Praxispartner durchgeführt werden.

## 1.1 Pathologisches Glücksspiel

Zum ersten Mal wird das pathologische Glücksspiel 1980 im ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder‘ (DSM-III) der ‚American Psychiatric Association‘ als Störung der Impulskontrolle erwähnt und klassifiziert (APA, 1980). Innerhalb der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen zehnten Revision der internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) wird das pathologische Glücksspiel aktuell bei den psychischen Störungen als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unter abnormen Gewohnheiten sowie Störungen der Impulskontrolle eingeordnet (WHO, 1991). Bis zum heutigen Zeitpunkt ist diese Klassifizierung jedoch umstritten. Einerseits weist das pathologische Spielen klare Parallelen zu anderen Störungen der Impulskontrolle auf (z.B. Kleptomanie). Ausgeprägte Impulsivität und geringe Impulskontrolle können jedoch als prädisponierende Faktoren einem breiten Spektrum psychischer Störungen zugeordnet werden (Meyer & Bachmann, 2000). Das pathologische Spiel kann deshalb auch als nicht-stoffgebundene, d.h. verhaltensmässige Sucht verstanden werden (Hodgins & El-Guebaly, 2000). Wenn auch die Diskussion über die Anwendbarkeit des Suchtmodells auf das pathologische Spielverhalten noch nicht abgeschlossen ist, die meisten Therapeut/-innen und Wissenschaftler/-innen, die damit arbeiten, betrachten es aufgrund ihrer Erfahrungen als ein Suchtverhalten (Meyer & Bachmann, 2000).

Das pathologische Spiel äussert sich in erster Linie als unkontrollierbarer Impuls Glücksspiele zu betätigen und dem Streben nach einem bestimmten psychischen Zustand, wie Euphorie, Glück oder Entspannung (Meyer & Bachmann, 2000). Das pathologische Spiel ist geprägt durch den ständigen Drang zu Spielen, der Illusion der Kontrolle über das Spiel sowie der Hoffnung auf grossen finanziellen Gewinn (Aufrère, 1998). Unter Glücksspielen werden all diejenigen Spiele zusammengefasst, die überwiegend oder ausschliesslich zufallsbedingt sind und bei denen Geld eingesetzt wird. Einige dieser Glücksspiele stellen ein besonderes Risiko für die Entstehung einer Glücksspielproblematik dar. Bezüglich des Gefährdungspotentials stehen an erster Stelle die Geldautomatenspiele und die traditionellen Casinospiele (insbesondere das Roulette) sowie Sportwetten, Pferdewetten, Karten- und Würfelspiele, bestimmte Lotterieförmlichkeiten und riskante Börsenspekulationen (Petry, 1996).

Vom Phänomen der Spielsucht sind hauptsächlich jüngere Männer betroffen. In einer deutschen Studie, die 558 beratene und behandelte Glücksspielsüchtige befragte, waren 94% männlich und 32% zwischen 25 bis 30 Jahre alt (Denzer, Petry, Baulig, & Volker, 1995). In einer Berner Untersuchung (N=25), die Glücksspielsüchtige befragte, die sich in einem bestimmten Zeitraum bei einer Beratungsstelle gemeldet hatten, waren rund 90% Männer und 40% zwischen 20 bis 30 Jahre alt (Fritschi, 1998).

Das Glücksspiel wird für Betroffene zum Zentrum ihres Lebens, während sämtliche andere Bereiche vernachlässigt werden, d.h. es kommt zur Abstinenzunfähigkeit, zum Kontrollverlust während des Spiels und zu süchtigen Wesensänderungen der betroffenen Person (Gmür, 1988). Der ständige, unkontrollierbare Drang zu Spielen führt zu finanziellen Problemen, die zu legalen und illegalen Kreditaufnahmen zwingen können, was wiederum Verschuldung und strafgesetzliche Probleme nach sich ziehen kann. Berufliche Verpflichtungen und Interessen kommen zu kurz. Es folgt sozialer Rückzug. Die starke psychische Belastung der Spielsucht kann in grosser Verzweiflung mit fremd- oder selbstgefährdenden Verhaltensweisen enden. Nicht zuletzt werden familiäre Verhältnisse bis zum Äussersten beansprucht. Man geht davon aus, dass für jede spielsüchtige Person, zehn weitere Personen aus dem nahen Umkreis von negativen Konsequenzen der Spielsucht betroffen sind (Bondolfi, Osiek, Aufrère & Ferrero, 2000).



Für die Glücksspielsucht wird eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ausgewiesen. So konnten Black und Moyer (1998) in einer amerikanischen Studie aufzeigen, dass ungefähr 90% der Spielsüchtigen zudem eine Persönlichkeitsstörung und 50% zudem ein stoffgebundenes Suchtproblem, eine affektive Störung oder eine Angststörung vorweisen. In einer Schweizer Untersuchung fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Spielsucht und Alkoholmissbrauch (Osiek, Bondolfi & Ferrero, 1999; Bondolfi et al., 2000). Während 36% der problematischen und pathologischen Spieler/-innen ein Alkoholabhängigkeitsproblem aufwiesen, waren es nur gerade 8% der nicht-pathologischen Spieler/-innen.

Bezüglich der Ätiologie der Glücksspielsucht findet sich eine Zusammenfassung der verschiedenen Erklärungsansätze bei Meyer & Bachmann (2000). Unterschieden werden dort neurobiologische, lerntheoretische, soziologische und integrative Erklärungsmodelle (ibid: S. 86).

Aus neurobiologischer Sicht gibt es starke Hinweise, dass zerebrale Funktionsstörungen die Impulskontrolle wie auch das stoffgebundene und stoffungebundene Suchtverhalten beeinflussen (Regard, submitted). In einer der wenigen Schweizer Studien zum Thema wurden Spielsüchtige deshalb gefragt, ob sie im Verlaufe ihres Lebens jemals bei einem Unfall das Bewusstsein verloren hatten (z.B. Autounfall, Sportunfall, etc.), was Folge auch nur leichter Hirnläsionen sein könnte. Pathologische Spieler/-innen gaben signifikant mehr solche Vorkommnisse an als nicht-pathologischen Spieler/-innen (Osiek et al., 1999).

Die kognitionstheoretische Perspektive geht davon aus, dass sich durch häufiges Spielen kognitive Denkmuster verändern und so beispielsweise zu illusorischen Kontrollüberzeugungen, unrealistischen Gewinnerwartungen oder falschen Verantwortungsattributionen bei Verlust und Gewinn führen.

Lerntheoretische Erklärungsansätze interpretieren das pathologische Spielen als fehlgeleitetes Verhalten, das unter anderem auch durch das Beobachten von Modellhandlungsweisen und Vorbildern gelernt wird (z.B. Spielen um Geld in der Familie). Gewinnerlebnisse können so die Bedeutung von positiven Verstärkern erlangen. Dabei scheinen nicht nur materielle sondern auch affektuelle Motive wirksam zu sein, d.h. nicht nur der reine Geldgewinn, sondern damit verbundene Machtphantasien, Euphoriegefühle, Erfolgserlebnisse oder Erregungszustände. Die Vermeidung oder Minderung von depressiven Stimmungen, Unlust oder Langeweile dagegen wirken als negative Verstärker.

Die soziologische Perspektive betont die Ventilfunktion des pathologischen Spiels für psychische und materielle Deprivation (z.B. erlebte Widersprüche des sozialen Wertesystems, Unzufriedenheit mit Status oder Beruf, etc.). Ihr zufolge wird die Zugehörigkeit zur Subkultur der spielenden Personen mit sonstigem sozialen Rückzug immer wichtiger und erschwert in zunehmendem Masse die Spielabstinenz.

Integrative Modelle schliesslich versuchen, theorieübergreifende Aspekte zu vereinen und werden damit wohl der Komplexität des Störungsbildes eher gerecht. Biologische und psychosoziale Prädispositionen (z.B. Impulsivität, sozialisationsbedingte Selbstwertproblematik, Beziehungsstörungen), die bei belastenden Lebenssituationen und aufgrund des starken Aufforderungscharakters und der hohen Verfügbarkeit von Glücksspielen eine Suchtentwicklung einleiten können, finden ebenso Berücksichtigung wie aufrechterhaltende Faktoren (z.B. Verstärkungsmechanismen, irrationale Kognitionen, soziale Einflüsse).

Das pathologische Glücksspiel ist demnach eine Störung mit beträchtlichen individuellen, sozialen und ökonomischen Folgen. Obgleich erste epidemiologische Befunde verfügbar sind (Osiek et al. 1999; Bettelini et al. 2000), fehlen für die Schweiz bis heute vertiefende empirische Untersuchungen zur Thematik. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass die ‚Glücksspiellandschaft‘ des Landes aktuell bedeutenden Veränderungen unterliegt und somit auch die Glücksspielsucht in der Schweiz zunehmend in den Brennpunkt des gesellschaftspolitischen Interesses rückt.





## 1.2 Schweizerische Spielbankengesetzgebung und Spielsuchtprävalenz

Am 7. März 1993 wurde der schweizerische Bundesbeschluss über die Aufhebung des Spielbankenverbotes mit 73% von Volk und Ständen angenommen, am 18. Dezember 1998 das Schweizer Spielbankengesetz SBG (vgl. Bundesgesetz über Glücksspiele und Spielbanken) durch die Eidgenössischen Räte verabschiedet und am 1. April 2000 in Kraft gesetzt. Das Schweizer Spielbankengesetz SBG regelt das Glücksspiel um Geld oder andere geldwerte Vorteile sowie die Konzessionierung, den Betrieb und die Besteuerung der Spielbanken (vorbehalten bleiben die Vorschriften des Bundesgesetzes vom 8. Juni 1923 betreffend Lotterien und gewerbsmässigen Wetten). Zwei Vollzugserlasse führen das Spielbankengesetz näher aus: die Spielbankenverordnung (VSBG vom 23. Februar 2000) sowie die Glücksspielverordnung (GSV vom 20. Dezember 2001). Laut SBG dürfen Glücksspiele nur in konzessionierten Spielbanken angeboten werden. Der Bund erteilte am 24. Oktober 2001 unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Eidgenössischen Spielbankenkommission (ESBK) die Berechtigungen (Standort- und Betriebskonzessionen) für sieben Grand Casinos (Baden, Basel-Flughafen, Bern, Lugano, Luzern, Montreux, St. Gallen) und vierzehn Kursäle (Arosa, Bad Ragaz, Crans, Courrendlin, Davos, Freiburg/Granges-Paccot, Interlaken, Mendrisio, Meyrin, Muralto, Pfäffikon, Schaffhausen, St. Moritz, Zermatt). Zusätzlich wurde am 9. April 2003 die vorläufig letzte Konzession an den Kanton Obwalden für einen Kursaal in Engelberg vergeben. Grand Casinos (A-Konzessionen) können verschiedene Arten von Tischspielen und das Spiel an einer uneingeschränkten Anzahl von Glücksspielautomaten mit uneingeschränktem Geldeinsatz anbieten. Das Verhältnis zwischen der Anzahl Spieltische und Glücksspielautomaten sollte jedoch für beide Konzessionen in der Regel ein Verhältnis von 1:25 nicht überschreiten. Grand Casinos dürfen die Spiele innerhalb der Spielbank und unter den Spielbanken vernetzen, insbesondere zur Bildung von Jackpots. Kursäle (B-Konzessionen) können höchstens drei Arten von Tischspielen sowie das Spiel an max. 150 Glücksspielautomaten mit geringerem Verlust- und Gewinnpotential anbieten. Kursäle dürfen sich untereinander nicht vernetzen und nur ein einziges Jackpotsystem bis max. CHF 100'000.- betreiben.

Des Weiteren bezweckt das SBG die Gewährleistung eines sicheren und transparenten Spielbetriebs, die Verhinderung von Kriminalität und Geldwäscherei in oder durch Spielbanken und die Vorbeugung ‚sozial-schädlicher Auswirkungen‘ des Spielbetriebs. Für die Spielbanken bedeutet dies, dass Sozialkonzepte entwickelt und umgesetzt werden müssen, die den Anforderungen des Bundes genügen und die Massnahmen zur Eindämmung der Spielsucht vorsehen. Die Spielbankenverordnung ‚VSBG‘ legt fest, dass die Spielbanken die Spielsucht-Prävention unterstützen (Anwendung von präventiven Massnahmen und Früherkennung), ihr Personal entsprechend ausbilden (Grund- und Weiterbildungen zum Umgang mit gefährdeten oder spielsüchtigen Personen), Daten betreffend die Spielsucht erfassen und mit Präventions- und Therapiestellen zusammenarbeiten müssen. Zusätzlich besteht laut SBG die Möglichkeit, eine freiwillige oder angeordnete gesamtschweizerische Spielsperre für gefährdete Personen zu erlassen. Davon betroffen sind Personen, die überschuldet sind, ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen, die Spieleinsätze riskieren, welche in keinem Verhältnis zu ihrem Einkommen und Vermögen stehen, oder die mit ihrem Verhalten den geordneten Spielbetrieb in den Casinos beeinträchtigen.

Mit der Vergabe von 22 Spielbankenlizenzen wird die Schweiz demnächst über eine sehr hohe Casinodichte verfügen. Die konzessionierten Grand Casinos und Kursäle öffnen ihre Tore ab Mitte 2002 bis 2003, während alle anderen Glücksspielautomaten in Spielsalons oder in Gastgewerbelokalitäten in einer kantonal geregelten Übergangsfrist von 5 Jahren aufgegeben werden müssen. Für die meisten Kantone gilt seit 2000 ein Totalverbot von Glücksspielautomaten ausserhalb von Spielbanken. In mehreren Kantonen (BE, FR, AG, LU, OW, NW, UR, ZG, TG, SH, AI, AR, GL) bleiben diese Glücksspielautomaten aber bis zum Ablauf der Frist noch in Betrieb. Geschicklichkeitsautomaten können dagegen von den Kantonen auch weiterhin ausserhalb der konzessionierten Spielbanken zugelassen werden.

Wie bereits festgestellt wurde, befindet sich die Schweiz demnach betreffend den Umgang mit dem Glücksspiel in einer Umbruchsphase. Aufgrund der Gesetzesänderungen findet aus soziologisch-struktureller Perspektive gewissermassen ein natürliches soziales Experiment statt, welches gestattet, die Auswirkungen auf das Spielverhalten der schweizerischen Bevölkerung zu verfolgen. Die veränderten



gesetzlichen Rahmenbedingungen werden mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht folgenlos bleiben für die Art und den Umfang des problematischen (suchtgefährdetes Verhalten) und des pathologischen Glücksspielverhaltens und stellen so eine Herausforderung dar für alle, die aus beruflichen Gründen oder als persönlich Betroffene mit dem Glücksspiel und den damit verbundenen Problemen zu tun haben.

In westlichen Ländern, in denen das legale Glücksspiel seit Jahren etabliert ist, sind die Punkteprävalenzen<sup>1</sup> und Lebenszeitprävalenzen für problematisches und pathologisches Spielen um einiges höher als aktuell in der Schweiz. Dies lässt erwarten, dass eine Erhöhung des Glücksspielangebots zu einer Zunahme des problematischen und pathologischen Umgangs mit dem Glücksspiel führt. So ergibt sich beispielsweise in den USA (New Jersey und Maryland) für pathologisches Spielen eine Punkteprävalenz von 1.4%-1.5% (Volberg & Steadman, 1989), in Canada (Quebec) eine Lebenszeitprävalenz von 1.2% (Ladouceur, 1996) und in Spanien eine Punkteprävalenz von 1.5% (Becoña, 1996). Mit Bezug auf die Verhältnisse in der Schweiz sind bis heute erst die Ergebnisse zweier Prävalenzstudien verfügbar. Osiek et al. (1999) fanden in einer für die Schweiz repräsentativen Untersuchung für pathologisches Spielen eine Lebenszeitprävalenz von 0.8%. Zudem konnten die Autoren zeigen, dass regionale Unterschiede betreffend der Prävalenzraten bestehen: für die Bevölkerung aus Regionen mit hoher Verfügbarkeit und guter Zugänglichkeit zu Glücksspielmöglichkeiten ergab sich ein grösseres Risiko im Verlaufe des Lebens spielsüchtig zu werden. Molo Bettelini, Alippi und Wernli (2000) fanden für pathologisches Spielen in der Bevölkerung des Kantons Tessin eine Punkteprävalenz von 0.6%.

Auf die gesamte Bevölkerung der Schweiz extrapoliert, ist somit schon heute mit 30'000-70'000 pathologischen Spielerinnen und Spielern zu rechnen. Hinzu kommen gemäss Osiek et al. (1999) etwa 100'000 bis 170'000 Personen, die ein problematisches Spielverhalten an den Tag legen und somit als spielsuchtgefährdet einzustufen sind.<sup>2</sup> Trotz dieser beeindruckenden Zahlen fehlen für die Schweiz, wie erwähnt, bis heute vertiefende empirische Daten und Befunde, welche zur Rolle des Glücksspiels als Vergnügen oder Krankheitsverursacher und zur ‚Suchtkarriere‘ Einsichten liefern könnten. Solche dürften indessen gerade für die praktische Umsetzung der Sozialkonzepte der Spielbanken von besonderer Bedeutung sein. Zudem sind in der Schweiz wie auch in den meisten anderen Ländern einschlägige Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote erst ansatzweise im Entstehen begriffen (Petry, 1996; Petry & Armentano, 1999). Es besteht demnach in der Schweiz noch ein erheblicher Bedarf für die Entwicklung geeigneter Angebote, obwohl zwischen den Kantonen diesbezüglich durchaus Unterschiede bestehen.

Bei der Implementierung von Präventions-, Beratungs- und Therapieangeboten im Rahmen der Umsetzung der Sozialkonzepte ist es wichtig sowohl den Erfahrungsschatz von professionellen Expertinnen und Experten, als auch denjenigen von der Spielsucht selbst Betroffenen ausgiebig zu nutzen. Jedoch ist zu beachten, dass Glücksspielsüchtige eine sehr heterogene Personengruppe bilden. Den Erfahrungen mit verschiedenen Subgruppen von pathologischen Spieler/-innen ist deshalb speziell Rechnung zu tragen. Von besonderem Interesse sind dabei Erkenntnisse, die sich auf den Personenkreis beziehen, der bei der Bewältigung seines problematischen Spielverhaltens nicht auf professionelle Hilfe zurückgegriffen hat.

---

<sup>1</sup> Die Punkteprävalenz liefert Angaben über die Anzahl der von einer bestimmten Krankheit betroffenen Personen in der Bevölkerung zum Zeitpunkt der Befragung (meistens in den zwölf der Befragung vorangehenden Monaten), während die Lebenszeitprävalenz die Anzahl der von einer bestimmten Krankheit betroffenen Personen in der Bevölkerung während der Zeitspanne des gesamten Lebens bis zur Befragung einschätzt.

<sup>2</sup> Für dieses problematische Glücksspiel weisen Osiek et al. (1999) eine Lebenszeitprävalenz von 2.2% aus.



### 1.3 Selbstheilung von der Glücksspielsucht

Befunde über Autoremittenten, sogenannte ‚Selbstheilerinnen und Selbstheiler‘ (d.h. Personen, welche die Spielsucht ohne professionelle Hilfe überwunden haben) und ihre Ausstiegsschwierigkeiten, Alltagsmethoden und Vorstellungen über sinnvolle professionelle Teilunterstützung liefern wertvolle Hinweise für die Entwicklung von Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangeboten. Das Gebiet der ‚Natural Recovery‘-Forschung bzw. Studien zum ‚selbstorganisierten Ausstieg‘ aus stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchten sind aber ein relativ junges Forschungsgebiet (Klingemann et al., 2001).

Das kanadische Forscherteam David C. Hodgins, Harold Wynne und Karyn Makarchuk (1999) sowie die U.S.-amerikanischen Wissenschaftler/-innen Wendy S. Slutske, Kristina M. Jackson und Kenneth J. Sher (2003) gelangen aufgrund der Ergebnisse ihrer Studien zum Schluss, dass die Mehrheit, welche ihre Spielsucht überwindet, dies ohne jegliche professionelle Hilfe schafft. Dies wird u.a. auch darauf zurückgeführt, dass Beratungs- und Behandlungsangebote, welche auf problematisches Glücksspiel fokussieren, nur rudimentär vorhanden sind (Hodgins et al., 1999). Zwei andere Studien aus Kanada bzw. der U.S.A. zeigen zudem, dass sich bei Spielsüchtigen, die ein Beratungs- oder Behandlungsangebot beanspruchen, im Vergleich zu ‚Selbstheiler/-innen‘ schwerwiegendere Spielprobleme nachweisen lassen. Dieser Befund korrespondiert mit den Ergebnissen der ‚Natural Recovery‘-Forschung im Bereich stoffgebundener Süchte (Hodgins & El-Guebaly, 2000; Marotta, 1999). Demnach besteht ein ‚Kontinuum der Schwere von problematischem Spielverhalten‘, und Menschen mit weniger ausgeprägten Spielproblemen trauen sich eher eine Heilung ohne professionelle Unterstützung zu. Dabei erscheint die Frage von Interesse, welche Interventionsmöglichkeiten sich aus Sicht der Spielenden für verschieden schwer ausgeprägte Spielprobleme am besten eignen (Klingemann et al., 2001).

### 1.4 Ausstiegsbedingungen

In den erwähnten Studien (Hodgins & El-Guebaly, 2000; Marotta, 1999) wurden ‚geheilte Spielerinnen und Spieler‘ detailliert zu Ausstiegsbedingungen und zu den Faktoren befragt, welche den Wiedereinstieg verhindern helfen. Negative Lebensereignisse scheinen den Ausstieg zu begünstigen, während positive Lebensereignisse das Durchhalten in der Abstinenz unterstützen. Zudem scheint ein kognitiver Bewertungsprozess der Vor- und Nachteile bei der Entscheidung über die Aufgabe einer Abhängigkeitskarriere im Vordergrund zu stehen. Nach dem Ausstieg wirken schliesslich auch verhaltensbezogene Prozesse (z.B. sich von Spiellokaltäten fern halten) sowie solche kognitiv-motivationaler Art (z.B. frühere spielgebundene negative Konsequenzen als Abschreckung abrufen, sich seiner Willenskraft vergewissern, etc.).

McCartney (1996) befragte ‚Selbstgeheilte‘ verschiedener Bereiche (z.B. Drogenabhängige, Alkoholsüchtige, Raucher/-innen, Spielsüchtige, Übergewichtige) und kam auf folgende Ergebnisse: Voraussetzung für einen Ausstieg ist das Wahrnehmen und Anerkennen vorhandener Probleme. Ausstiegs motive werden meistens mehrere genannt, insbesondere sozialer Druck, Auftreten kritischer Lebensereignisse und die Angst den Eindruck zu erwecken, es mangle einem an Selbstkontrolle. Der Ausstieg selbst wird auf sehr unterschiedliche Art und Weise angegangen, z.B. durch ‚Willenskraft‘, durch den Gebrauch von Substituten (z.B. Raucher kauen Kaugummi), durch Umweltkontrolle (Verlockungen aus dem Weg gehen) und durch Selbst-Management-Strategien. Bei den Faktoren, welche einen Ausstieg aufrecht erhalten helfen, werden soziale Unterstützung und die Erfahrung positiver Konsequenzen der Abstinenz (z.B. wieder mehr Zeit für etwas anderes haben) häufig genannt.

Der Einbezug struktureller und situativer Randbedingungen der eben beschriebenen Art erlaubt die gängige Krankheitsperspektive auf die Glücksspielpathologie, die einen völligen Kontrollverlust unterstellt, zu überwinden (Dickerson & Baron 2000). Empirische Befunde zur ‚Selbstheilung von der Spielsucht‘ und zu günstigen Ausstiegsbedingungen, die sich auf die Verhältnisse in der Schweiz beziehen, fehlen bisher gänzlich.



## 1.5 Behandlungswiderstände

Die Vorstellungen von Personen mit Behandlungserfahrung und von Personen ohne solche Erfahrung helfen zudem mehr über Behandlungswiderstände herauszufinden. So können beispielsweise fehlendes Wissen über das Vorhandensein von Angeboten, Vorstellungen über geringen Nutzen von Angeboten, Angst vor Stigmatisierung oder Furcht vor Selbstwertverlust durch das Annehmen von Hilfe, Menschen davon abhalten auf Beratungs- und Behandlungsangebote einzugehen (Betsy, 1986).

Die wenigen bisher unternommenen Untersuchungen zur Autoremission bei Spielsüchtigen zeigen nicht nur bei den Gründen für den Ausstieg und dessen Aufrechterhaltung, sondern auch bei den Behandlungswiderständen Parallelen zu Selbstheilungsprozessen bei Alkohol- und Drogenabhängigen (Klingemann et al., 2001). In den beiden erwähnten Studien (Hodgins & El-Guebaly, 2000; Marotta, 1999), wird als häufigster Grund für den Verzicht auf professionelle Unterstützung angegeben, dass die Betroffenen es ‚selbst‘ schaffen wollen (mögliche Gründe: Stolz, Wille zur Selbstkontrolle, Unabhängigkeitsstreben, Angst über persönliche Probleme zu sprechen, Menschenscheu etc.). Für die kanadischen Probanden war indessen ein häufiger Behandlungswiderstand auch das schlichte Fehlen von Beratungs- und Behandlungsangeboten.

Die Schweizer Prävalenzstudie (Bondolfi, Osiek, Aufrère, and Ferrero 2000) hat aufgezeigt, dass auch in der Schweiz viele Personen mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten kein Hilfsangebot in Anspruch nehmen. Die Autoren vermuten mangelndes Problembewusstsein oder Unkenntnis von Beratungsmöglichkeiten als Ursachen. Insbesondere das „Sich-nicht-Eingestehen-wollen“ von (Spiel-)Problemen wird bei Spielsüchtigen immer wieder als wesentlicher Bestandteil der Störung erwähnt (Petry, 1996; Bondolfi et al., 2000). Empirische Daten zu diesen objektiven und subjektiven Behandlungswiderständen liegen für die Schweiz bis anhin nicht vor.



## 2 Ziele und Fragestellungen der Studie

Die Untersuchung leistet entsprechend der im vorangehenden Kapitel aufgezeigten Forschungsdefiziten einen allgemeinen Beitrag zur Vertiefung der empirischen Grundlagenkenntnisse im Problemfeld der Glücksspielsucht in der Schweiz. Darüber hinaus und im Speziellen dienen die Ergebnisse der Studie dazu, das Sozialkonzept von Swiss Casinos mit seinen Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangeboten möglichst adäquat auf die Adressaten auszurichten.

Zu Beginn der Implementierung der schweizerischen Gesetzesänderungen wird die Nutzerperspektive bei Sozialkonzepten sowie Beratungs- und Therapiemethoden akzentuiert und ein Gruppenvergleich von ehemaligen und aktuellen Spielsüchtigen mit oder ohne Behandlungserfahrung unternommen. Es wird den Gründen für das Nicht-Wahrnehmen oder aber das Nicht-Inanspruchnehmen von Behandlungs- oder Beratungsmöglichkeiten nachgegangen. Das Zusammenspiel und die relative Bedeutung vorhandener Angebote, welche möglicherweise nicht ‚spielsuchtspezifisch‘ ausgerichtet sind, aber *de facto* von Problemspieler/-innen in Anspruch genommen werden und die nicht abgedeckte Nachfrage lassen sich auf dieser Grundlage einer Einschätzung unterziehen. Dies berührt die Frage, wie viel Intervention überhaupt erforderlich ist, um Ausstiege aus der Glücksspielsucht zu stützen und zu welchem Zeitpunkt eine solche am meisten verspricht.

Die Untersuchung hat den Charakter einer ‚Baseline-Studie‘, welche die Wahrnehmungen und vermuteten Auswirkungen veränderter struktureller Rahmenbedingungen – hier u.a. die erhöhte objektive Zugänglichkeit zu Casino-Settings – auf die Weiterführung, Aufgabe oder Wiederaufnahme problematischen Spielverhaltens empirisch angeht. Eine Nachuntersuchung ab dem Zeitpunkt der festen Etablierung der verschiedenen neuen Casinos in der Schweiz könnte zweifellos interessante Ergebnisse zeigen.

Im Anschluss an die erste schweizweite Prävalenzstudie von Osiek, Bondolfi und Ferrero (1999) liefert diese Studie nun eine ‚Nahaufnahme‘ nicht nur behandelter ehemaliger und aktuell Spielender sondern vor allem der verdeckten ehemaligen und aktuellen Spielerinnen und Spieler. Damit wird die Beschränkung auf leicht zugängliche Behandlungspopulationen oder aber spezifische Spielersubpopulationen vermieden und es werden konkrete Daten über die aktuelle Nutzung und den Zugang zu Spielmöglichkeiten verfügbar.

Gleichzeitig bietet der Einsatz vergleichbarer Erhebungsinstrumente aus anderen Studien bei der Befragung Gewähr für eine zuverlässige Einstufung der Ergebnisse dieser Untersuchung. Der Fragebogen für die Befragung von Problemspieler/-innen soll zudem so konzipiert werden, dass er für den Einsatz weiterer Datenerhebungen zu einem späteren Zeitpunkt geeignet ist (z.B. für Monitoring- oder Controlling-Zwecke im Praxisbereich).

Im Einzelnen sollen folgende *Forschungsfragen bzw. -hypothesen* behandelt werden:

- *Einstieg in die Spielsucht, Konsequenzen und ‚Spielsuchtkarrieren‘:*
  - Wie gestaltet sich der Einstieg in die Spielsucht für Personen aus der Schweiz?
  - Welcher Art sind und in welchem Ausmass bestehen Konsequenzen der Spielsucht für die Betroffenen?
  - Wie sehen ‚Karrieren‘ von Problemspielerinnen und -spielern für die Schweiz aus?
  
- *Ausstieg aus der Spielsucht und Komorbidität:*
  - Welche Faktoren und Bewältigungsstrategien begünstigen den Ausstieg aus einer Spielkarriere?
  - Können diese mit professionellen Angeboten gefördert oder ‚imitiert‘ werden?
  - In welchen Phasen der Änderungsbereitschaft befinden sich die zu vergleichenden Spieler/-innen-Gruppen (Aktuell path. Spielende, ehemals path. Spielende mit oder ohne Behandlung)?



- Kann angesichts der hohen Komorbiditätsrate bei Problemspielerinnen und Problemspielern ein *multiple* Problemlösungsverhalten beobachtet werden? Und auch: Begünstigt die Bewältigung des pathologischen Spielverhaltens die Kontrolle stoffgebundener Süchte?
- *Prävention, Beratung und Behandlung:*
  - Wie schätzen Expertinnen und Experten das aktuelle Präventions-, Beratungs- und Therapieangebot für pathologisches Spielen in der Schweiz ein?
  - Welche weiteren Massnahmen müssen nach Expertenmeinung künftig noch zur Eindämmung der Spielsucht in der Schweiz getroffen werden?
  - Wie müssten Beratungs- und Behandlungsangebote aus Sicht der Betroffenen aussehen?
  - Welches sind die objektiven und subjektiven Behandlungswiderstände bezogen auf die Verhältnisse in der Schweiz?
- *Schweizerische Gesetzesänderungen und Glücksspielsucht in der öffentlichen Wahrnehmung:*
  - Wie werden die möglichen Auswirkungen der Spielbankengesetzgebung von Expert/-innen und Problemspieler/-innen eingeschätzt?
  - Welche Bedeutung kommt der erhöhten Zugänglichkeit der Casinoangebote im Rahmen verschiedenster Formen des Glücksspiels aus der Sicht der Betroffenen überhaupt zu? (Internet-Casinos, Gambling Sites, Lotterien, Rubbelspiele usw.)
  - Wie dürfte sich langfristig die völlige Aufhebung verbleibender Glücksspielangebote in Restaurantsbetrieben auswirken?
  - Wie wird die öffentliche Meinung, Stigmatisierung, oder aber Förderung bestimmter Formen des Glücksspielverhaltens (z.B. durch Werbung) von den Betroffenen gesehen?



### 3 Untersuchungsanlage

Die Untersuchung basiert sowohl auf qualitativen als auch quantitativen Methoden der Datenerhebung. Eine Reihe von Experteninterviews, die anhand eines Gesprächsleitfadens durchgeführt wurden, diente zu Beginn der Untersuchung, wie bereits erwähnt, vor allem explorativen Zwecken. Die eigentliche Datenerhebung bestand im Wesentlichen in einer Befragung spielsüchtiger Personen. Hierfür ist ein Erhebungsinstrument entwickelt worden, das neben den mehrheitlich standardisierten Antwortvorgaben auch eine grössere Zahl ‚offen‘ formulierter Fragen enthält. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Befragung ein möglichst breites Spektrum an Gesichtspunkten erfasst und somit auch ausreichend Information für eine solide qualitative Dateninterpretation bereitgestellt wird.

Bei der Projektarbeit zur vorliegenden Studie fungiert die Swiss Casinos Holding AG als Praxispartnerin. Gemäss dem Untersuchungsdesign sollen die Befunde der Studie in Empfehlungen münden, die eine ‚empirisch begründete‘ Optimierung und Anpassung des Sozialkonzepts von Swiss Casinos an die Vorstellungen der aktuellen und potentiellen Adressatinnen und Adressaten ermöglicht. Das Rahmenkonzept von Swiss Casinos basiert auf den Grundpfeilern Offenheit und Transparenz, Prävention und Früherkennung, professionelle Hilfe im Einzelfall und Zusammenarbeit der öffentlichen Hand und der Wissenschaft. Von besonderer Bedeutung für die Empfehlungen werden dabei Daten über ein optimales Hilfsangebot aus Sicht der Betroffenen sein. Wiederum kommt dabei der Personengruppe die bislang keine professionelle Unterstützung gesucht hat, eine Sonderstellung zu (Behandlungswiderstände).

An der Studie hat sich auch Herr Dr. A. Canziani, Spielsucht-Experte, sowie Frau lic.phil. Susanne Fischer und Frau Dr. Barbara Holzer vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich beteiligt (ISPM Zürich). Eine intensive Kooperation erfolgte insbesondere bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments für die Spieler/-innen-Befragung und bei der entsprechenden Datenerhebung. Mitarbeiterinnen des ISPM Zürich befragten einen Teil der Patienten der psychiatrischen Praxis von Dr. A. Canziani. Da die vom ISPM Zürich durchgeführten Interviews somit durchwegs Personen mit einschlägiger Behandlungserfahrung betreffen, bildet dieser Bestandteil der Stichprobe einen wichtigen Eckstein im Gesamtdesign der vorliegenden Studie.

Auf der Grundlage der Ergebnisse des explorativen Teils der Untersuchung, der auf die Befragung von Expertinnen und Experten fokussiert, ist eine Lizentiatsarbeit entstanden, die von Rahel Bass-Müller an der philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (CH) eingereicht wurde. Die hier resümierten Ergebnisse dieser Befragungen stützen sich grösstenteils auf besagte Lizentiatsarbeit (Bass-Müller, 2002).

#### 3.1 Interviews mit Expertinnen und Experten

Anhand von leitfadengestützten Gesprächen wurde untersucht, wie Expertinnen und Experten die aktuelle Lage in der Schweiz insbesondere Präventions-, Beratungs- und Therapieangebote für Personen mit riskantem Spielverhalten beurteilen und welche Massnahmen zur Eindämmung des Problems aufgrund von Expertenmeinungen ins Auge zu fassen sind.

Aufgrund begrenzter zeitlicher und ökonomischer Ressourcen wurden insgesamt zehn Gruppenrepräsentanten ausgewählt. Für die Befragung wurde ein qualitativ orientiertes Vorgehen gewählt, welches ermöglicht, dass die Fachleute ihre Antworten frei und ausführlich formulieren können. Es zielte darauf ab, möglichst breite Wissensbestände, Erfahrungen und Vorstellungen zu erschliessen. Diese Erhebungsmethode hatte sich als besonders geeignete Form bei Expertenbefragungen durchgesetzt (Meuser & Nagel, 1991). Zum Einsatz kam ein für die vorliegende Studie entwickelter Interview-Leitfaden, der aufgrund seiner Struktur auch erlaubte auf personenspezifische Themenkenntnisse vertieft einzugehen (vgl. Zusatzband, Anhang A). Der Leitfaden gliederte sich in vier Themenblöcke (vgl. Tabelle 3-1). Die konkreten Umstände des Interviews wurden jeweils nach dessen Durchführung in einem eigens entwickelten Situationsprotokoll festgehalten. Dieses enthielt Eckdaten zum Interview, sowie erste Eindrücke der Interviewerin zum geführten Gespräch (vgl. Zusatzband, Anhang A).



Tabelle 3-1: Gliederung des Leitfadens für die Interviews mit professionellen Expertinnen und Experten

| <b>Themenblock</b>         | <b>Ausgewählte Beispiele</b>   |
|----------------------------|--|
| Hintergrundinformation     | Welches ist Ihre persönliche Einstellung gegenüber dem Glücksspiel?  |
| Pathologisches Glücksspiel | Was verstehen Sie unter pathologischem Glücksspiel?  |
| Prävention                 | Welche Bedeutung hat Ihrer Meinung nach die Prävention im Zusammenhang mit pathologischem Glücksspiel?                           |
| Beratung und Therapie      | Welche spezifischen Beratungs- und Therapieangebote für pathologische Spielende sind Ihnen in der Schweiz bekannt?               |
| Rechtslage                 | Wie beurteilen Sie die rechtliche Regelung von Glücksspielen und insbesondere der Spielbanken in der Schweiz aus Ihrer Position? |

Meuser und Nagel (1991: S. 443) definieren Experten als Personen, die in irgendeiner Weise Verantwortung tragen für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung (in diesem Falle z.B. Sozialkonzepte, Prävention, Beratungen oder Therapien) oder Personen, die über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügen. Anhand dieser Definition wurden Kandidatinnen und Kandidaten für ein Expertengespräch bzw. geeignete Institutionen durch Literaturstudien und Internetrecherchen ausfindig gemacht. Nach der Erstellung einer Personenliste, wurde eine endgültige Auswahl getroffen. Die Auswahl erfolgte nach der Logik des gezielten Auswahlverfahrens ‚Purposeful Sampling‘ und zwar anhand der ‚Maximum Variation Sampling‘-Strategie (Patton, 1990). Dabei wurde eine heterogene Fallauswahl angestrebt, die möglichst viele unterschiedliche Perspektiven der Glücksspielsituation in der Schweiz beleuchtet und die möglichst reich an relevanter Information für die vorliegende Untersuchung ist. Expert/-innen sollten demnach in möglichst unterschiedlichen Glücksspielbereichen tätig sein, z.B. im Sektor des Spielbankenmanagements, der Sozialkonzeptentwicklung und -umsetzung, der Prävention, der Schuldenberatung, der Selbsthilfeunterstützung sowie der Beratung und Therapie von Spielsüchtigen. Zudem bestand das Kriterium, dass die Fachleute über vertiefte Kenntnisse in mindestens einem der folgenden Bereiche verfügen: Gesetzeslage über Glücksspiele, Prävention, Beratung oder Therapie von pathologischem Glücksspiel.

Die Anfrage zur generellen Bereitschaft für ein Interview zur Verfügung zu stehen, erfolgte in den Monaten Oktober bis November 2001. Insgesamt wurden elf Personen kontaktiert, wovon 10 bereit waren, an der Befragung teilzunehmen. Eine Person zog sich nach einer ersten Zusage wieder zurück, worauf sich eine weitere Person derselben Institution für ein Gespräch zur Verfügung stellte. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte die Terminvereinbarung. Durchgeführt wurden die zehn Interviews schliesslich in den Monaten Februar bis März 2002.

Die Interviews wurden alle im persönlichen Rahmen von derselben Interviewerin durchgeführt und fanden an der Arbeitsstätte der betreffenden Person statt (z.B. Büro, Praxis, Vorlesungssaal, Besprechungszimmer, etc.). Vor Beginn wurde jeweils kurz über das Forschungsprojekt und die geplante Lizentiatsarbeit informiert, danach wurde das Gespräch auf Tonband aufgenommen. Im Anschluss an das Gespräch wurde von der Interviewerin das Situationsprotokoll ausgefüllt. Die Dauer der Interviews variierte je nach Antwortverhalten zwischen 60 bis 145 Minuten mit einer durchschnittlichen Dauer von 80 Minuten.

Die auf Tonband aufgezeichneten Gespräche wurden gemäss festgelegter Transkriptionsregeln wörtlich verschriftet (vgl. Zusatzband, Anhang A). Ein Interviewer wünschte eine anonymisierte Auswertung des Gesprächs. Dafür mussten Textpassagen sowie Namen und Orte bei der Transkription ausgelassen werden.

Für die Auswertung wurden die aufgezeichneten Interviews nach Massgabe der inhaltlichen Strukturierung aufbereitet. Bei diesem Vorgehen werden bestimmte Inhaltsbereiche aus dem Textmaterial extrahiert





und zusammengefasst. Das speziell entwickelte Kategoriensystem (vgl. Zusatzband, Anhang A) enthielt sieben Hauptbereiche (Hintergrundinformation, problematisches Glücksspiel, Einschätzung zur Zahl der Betroffenen, Prävention, Beratung/Therapie, Forschung, Finanzierung). Für die Codierung wurde ein Leitfaden und eine Anleitung entwickelt (vgl. Zusatzband, Anhang A). Beim Codieren wurde mit dem Computerprogramm Atlas/ti gearbeitet, welches Auflistungen von Textpassagen („Quotations“), die unter einer bestimmten Kategorie codiert wurden, generiert. Es folgte eine fallübergreifende Analyse der gebildeten Kategorien, indem die zusammengefassten Äusserungen soweit möglich gruppiert und abweichenden Äusserungen gegenüber gestellt wurden. Auf diesem letzten Schritt basierte schliesslich die interpretative Datenauswertung.

### **3.2 Befragung von Personen mit problematischer Glücksspielerfahrung**

Der Einsatz des standardisierten Befragungsinstrumentes richtet sich auf vier Zielgruppen. Pro Zielgruppe wurde eine Stichprobengrösse zwischen 20 bis 40 Personen angestrebt.

*Untersuchungsgruppe 1: Aktuell pathologisch Spielende ohne Beratungs- oder Behandlungserfahrung:*  
In diese Gruppe fallen alle problematischen und pathologischen Spielenden, die zum Zeitpunkt der Befragung regelmässig unkontrolliert spielten, d.h. Personen, die ihr Spielsuchtproblem (noch) nicht gelöst hatten, ohne dabei jemals spielsuchtspezifische oder –unspezifische Beratung oder Behandlung erfahren zu haben.

*Untersuchungsgruppe 2: Aktuell pathologisch Spielende mit Beratungs- und Behandlungserfahrung:*  
Dieser Gruppe gehören alle Problemspielerinnen und Problemspieler an, die Rat und Behandlung zur Zeit der Befragung in Anspruch nahmen oder vorher bereits in Anspruch genommen, ihr Spielproblem aber (noch) nicht gelöst hatten, d.h. Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung weiterhin unkontrolliert spielten.

*Untersuchungsgruppe 3: Ehemals pathologisch Spielende ohne Beratungs- und Behandlungserfahrung:*  
Hierzu gehört die Gruppe der ‚Selbstgeheilten‘. Als solche gelten Personen, die ihr Spielsuchtproblem zum Zeitpunkt der Befragung erfolgreich und selbständig ohne professionelle Unterstützung gemeistert hatten.

*Untersuchungsgruppe 4: Ehemals pathologisch Spielende mit Beratungs- und Behandlungserfahrung:*  
Alle pathologischen Spielenden, die ihr Spielsuchtproblem zum Zeitpunkt der Befragung erfolgreich mit professioneller Unterstützung gemeistert hatten, werden dieser Gruppe zugeteilt.

Das gemeinsam mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin ISPM Zürich entwickelte Befragungsinstrument, das für die Telefoninterviews mit Problemspielerinnen und -spielern eingesetzt wurde (vgl. Zusatzband, Anhang B), musste dem Erfordernis gerecht werden, diese heterogene Zielgruppe möglichst adäquat zu erfassen. Aufgrund dessen wurde für Personen mit einem akuten Spielproblem und für solche, bei denen dieses überwunden schien, je ein gesonderter Fragebogen konzipiert. Für den Einstieg, bei dem die Gruppenzugehörigkeit zwangsläufig noch offen bleiben musste, wurde wiederum ein separater Fragebogen verwendet.

Im Einstiegsteil wird folglich geklärt, in welcher Situation sich die befragte Person im Hinblick auf das Spielverhalten aktuell befindet. Dazu werden einleitend einige biographische Angaben erfragt, die Aufschluss darüber geben, inwiefern sich das Glücksspiel im Verlaufe des Lebens zu einem Problem entwickelt hat. Der Filter, der schliesslich über die Zuordnung der befragten Person als mutmasslich aktuell oder ehemals spielsüchtig entschied, benutzte als Kriterien für den Einsatz der beiden zur Verfügung stehenden Fragebogenversionen (A oder B) die Spielhäufigkeit in den zwölf Monaten vor der Befragung und die Verkraftung der aktuellen finanziellen Spielausgaben. Personen, die aktuell mehr Geld fürs Spielen ausgeben als sie sich leisten können, sind als ‚aktuelle pathologische Spielende‘ kategorisiert und mit dem Erhebungsinstrument B befragt worden. Personen, die aktuell nicht spielen oder allenfalls finanziell nur soviel ins Glücksspiel investieren, als sie verkraften können, wurden in die Kategorie ‚nicht-aktuelle pathologische Spielende‘ eingeordnet und sind mit der Version A befragt worden. Diese den Verlauf des



Interviews beeinflussende Zuordnung hatte jedoch vorläufigen Charakter. Erst nach der Befragung war es nämlich möglich, anhand einer genauen Überprüfung aller erhobenen Daten festzustellen, ob die Person überhaupt jemals ein problematisches Spielverhalten an den Tag gelegt hat und ob sie anhand der zusätzlich verfügbaren Angaben tatsächlich in die richtige Probandenkategorie eingeteilt wurde.

Das Kernmodul beider Fragebogenversionen enthält fast durchwegs vergleichbare Fragen aus zehn thematischen Bereichen (vgl. Tabelle 3-2). Sie unterscheiden sich entsprechend der unterschiedlichen aktuellen Situation des Befragten vor allem im Hinblick auf das Zeitfenster, auf das sich die Angaben beziehen. So mussten die mit Version B befragten Personen über die vorausgehenden zwölf Monate Auskunft geben, während die mit der Version A befragten Personen über die zwölf Monate vor dem ‚Ausstieg aus der Spielsucht‘ befragt wurden.

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde die Möglichkeit des Vergleichs und der Positionierung mit anderen schweizerischen und internationalen Ergebnissen zur Spielsucht immer im Auge behalten. Ein wichtiges Kriterium für die Auswahl und Benutzung von schon bestehenden Skalen war daher ihr bisheriger Einsatz bei anderen Studien.

Zur Erkennung von problematischem und pathologischem Spielverhalten über die gesamte Lebensspanne wurde der South Oaks Gambling Screen ‚SOGS‘ eingesetzt (Lesieur & Blume, 1987). Dieser besteht aus 20 Frage-Items mit zweistufiger Antwortskala (ja/nein) und basiert auf den DSM-III Kriterien für pathologisches Spielen. Validität und Reliabilität dieses Instruments wurden durch seinen Einsatz bei bis 1998 mehr als 45 Studien etliche Male auch hinsichtlich der DSM-IV Kriterien für pathologisches Spielen bestätigt (Gerstein et al., 1999). Der SOGS wurde auch in den beiden Schweizer Prävalenz-Studien (Osiek et al., 1999; Molo Bettelini et al., 2000) verwendet. Die im SOGS enthaltenen Items sollen klären, in welchem Ausmass eine spielende Person Leugnungsstrategien anwendet, mehr Geld ausgibt und mehr Zeit mit Spielen verbringt als geplant, Konflikte mit der Familie wegen dem Umgang mit Geld erlebt und Geld zum Spielgebrauch von verschiedensten Quellen ausleiht. Bei einer positiven Beantwortung von 5 Fragen oder mehr, kann die Person als wahrscheinlich pathologisch spielend bezeichnet werden. Bei 3 bis 4 positiv beantworteten Items gilt eine Person als problematisch/gefährdet spielend und bei 0 bis 2 positiven Antworten liegt sehr wahrscheinlich keine Gefährdung vor (Lesieur & Blume, 1987).

Des Weiteren kamen Items aus dem NORC DSM Screen for Gambling Problems ‚NODS‘ (Gerstein et al., 1999b) zum Einsatz. Dieses Instrument besteht aus 17 Items mit zweistufiger Antwortskala (ja/nein), die auf den DSM-IV Kriterien für pathologisches Spielen basieren. Viele dieser Items überschneiden sich mit Items aus dem SOGS. In der vorliegenden Studie wurden deshalb nur einzelne Items des NODS ausgewählt, welche mit dem SOGS noch nicht erhoben wurden, z.B. über wahrgenommene Konsequenzen des Spielverhaltens in sozialen Beziehungen oder in der Arbeitswelt. NODS-Items können für den Zeitrahmen der gesamten Lebensspanne, aber auch für die vorangehenden zwölf Monate formuliert werden. Hohe Reliabilität und Validität konnten aber vor allem für die Lifetime-Items ausgemacht werden (Gerstein et al., 1999).

Ebenfalls verwendet wurde ein Item des Kurzfragebogens zum Glücksspielverhalten ‚KFG‘ von Petry und Bauling (1996), bestehend aus 20 Items mit vierstufiger Antwortskala. Zusammenfassend lässt sich über dieses Screening-Verfahren feststellen, dass es die Kriterien der Objektivität, Reliabilität, Validität, Normierung, Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nützlichkeit weitgehend erfüllt (Petry, 1996). Das ausgewählte Item betraf Suizidgedanken und –versuche als Konsequenzen pathologischen Spielens über die ganze Lebensspanne; die vorgegebene Antwortskala wurde in eine zweistufige umgewandelt.

Einzelne Items wurden aus dem Fragebogen der Genfer Studie von Osiek et al. (1999) entnommen. Dabei handelte es sich um Fragen zum Einstieg in die Spielsucht, zu Spiel- und weiteren Suchtproblemen der Eltern und zur Häufigkeit der Teilnahme an verschiedenen Spielarten. Die Items wurden indes teilweise für die vorliegende Studie geändert und angepasst.

Mehrere Items stammen aus Instrumenten, die speziell für die Studie von Klingemann (1988a; 1988b) über ‚Autoremission bei Alkohol- und Opiatabhängigen‘ entwickelt wurden. Dabei handelt es sich vor allem um Items zu den Bereichen Einstieg in die Sucht, aktuelles Suchtverhalten (Häufigkeit und Zeitauf-



wand), Ausstieg aus der Sucht, Behandlung, weiterer Suchtmittelkonsum, soziale Unterstützung und Life Events (Klingemann, 1988). Der Bezug zur Glücksspielsucht machte gleichermaßen gewisse Anpassungen erforderlich.

Zur Erfassung von Alkoholproblemen wurde schliesslich der CAGE-Questionnaire eingesetzt (Ewing, 1970). Es ist ein geläufiger Kurztest, welcher sich auf vier Lifetime-Items beschränkt und schon sehr häufig Verwendung fand in anderen Studien (Mayfeld et al., 1974; Steinbauer et al., 1998; Oswald, 1999, Osiek et al., 1999, Molo Bettelini et al., 2000). Bei einem Total von zwei oder mehr positiv beantworteten Items (zweistufige Antwortskala) ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass im Verlaufe des Lebens ein Alkoholproblem bestanden hat.

Insgesamt wurden in der Zeit von Januar bis Mitte Februar 2002 zur Überprüfung der Qualität des Erhebungsinstruments drei Interviews durchgeführt. Dafür stellten sich zwei Personen der Spielsucht-Selbsthilfegruppe der Berner Gesundheit und ein Patient der psychiatrischen Arztpraxis von A. Canziani zur Verfügung. Nebst dem Glücksspiel-Fragebogen wurde für die im Pretest Befragten ein kurzer Zusatzfragebogen zu Inhalt und Form des Instruments ausgefüllt (vgl. Zusatzband, Anhang B). Die Befragten konnten somit angeben, wie sie die Befragung erlebt hatten (z.B. Anstrengung, Langeweile, Ausdauer) und was sie inhaltlich am Fragebogen verändern würden (z.B. überflüssige Themen, fehlende Themen, Unverständlichkeiten). Auf dieser Grundlage wurden geringfügige Änderungen vorgenommen. Einige Fragen wurden herausortiert, da die Befragten angegeben hatten, dass nach ihrem Empfinden sich die Dauer der Interviews an der oberen Grenze befand. Andere wurden verständlicher ausformuliert und vereinzelte Antwortkategorien angepasst.



Tabelle 3-2: Frageblöcke des Erhebungsinstruments

| <b>Frageblöcke Einstiegsteil</b>                                | <b>Beispiel</b>   |
|---|---|
| Pathologisches Spielen - Einstiegsverlauf                       | Einstiegs-Spielart, Einstiegsalter  |
| Pathologisches Spielen – Ausprägung im Verlaufe des Lebens      | SOGS, Schwere der erlebten Konsequenzen der Spielsucht (z.B. Devianz)   |
| Pathologisches Spielen – Ausprägung zum Zeitpunkt der Befragung | Aktuelle Spielhäufigkeit gesamthaft, aktuelle finanzielle Spielausgaben gesamthaft  |
| <b>Frageblöcke Version A / Version B</b>                        | <b>Beispiel</b>   |
| Pathologisches Spielen – Ausprägung intensivste Phase           | Spielhäufigkeit gesamthaft intensivste Spielphase, finanzielle Spielausgaben gesamthaft intensivste Phase   |
| Pathologisches Spielen - Spielarten                             | Spielhäufigkeit verschiedener Spielarten  |
| Pathologisches Spielen - Finanzielle Aspekte                    | Schuldensituation, Ausgaben pro Spieltag, grösster Gewinn, grösster Verlust   |
| Pathologisches Spielen - Spielgelegenheiten                     | Regionaler Zugang zu Spielmöglichkeiten, betriebener Aufwand um an die bevorzugten Spielgelegenheiten zu gelangen   |
| Pathologisches Spielen - Ausstieg bzw. Ausstiegsversuche        | Anzahl Ausstiegsversuche, Ausstiegs motive, -pläne, -vorgehen, Veränderungsprozess und Veränderungsbereitschaft   |
| Spielsuchtspezifische und allgemeine Behandlung                 | Spielsuchtspezifische und allgemeine Behandlungserfahrung, Behandlungswiderstände   |
| Suchtmittelkonsum   | Konsumhäufigkeit verschiedene Suchtmittel, weitere stoffgebundene Abhängigkeitsprobleme, Zusammenhang Alkoholmissbrauch und Spielsucht, CAGE  |
| Kritische Lebensereignisse und soziale Unterstützung            | Erfahrung mit krit. Lebensereignissen, subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung, Kontakt netze   |
| Spielbankengesetzgebung   | Perzipierte Veränderungen in der Zugänglichkeit zu Spielgelegenheiten, Kenntnis und Bewertung der geplanten Liberalisierungsmassnahmen, Kenntnisse über Spielsperre, vermutete persönliche Relevanz dieser Veränderungen für die eigene Situation |
| Soziodemographischer Hintergrund und allgemeine Fragen          | Sozioökonomischer Status, Berufsgruppe, Alter, Familienstand, usw. Einverständnis für ein telefonisches Zweitinterview eingeholt; warum gemeldet, auf welchem Wege auf das Projekt aufmerksam geworden.   |

Um Problemspielerinnen und Problemspieler verschiedener Subgruppen rekrutieren zu können, reichen herkömmliche Methoden, wie beispielsweise das Ansprechen möglicher Kandidat/-innen über soziale Institutionen nicht aus. Bei der vorliegenden Vertiefungsstudie wurde deshalb zusätzlich versucht mit Methoden, die eine breitere Basis zur Erreichung der Zielgruppe bieten, ehemals und aktuell pathologisch Spielende mit oder ohne Beratungs- oder Behandlungserfahrung zu erreichen. Anhand von ‚Active Case Finding‘ über Medienrekrutierung und über die Verteilung von ‚Flugblättern‘ in Spielsettings wurden potentielle Interviewpartner/-innen aufgefordert bei der vorliegenden Untersuchung teilzunehmen.

Obschon eine Strategie, wie das ‚Active Case Finding‘ erlaubt, auch an verdeckte Spielerinnen und Spieler heranzutreten, riskiert die Anwendung dieser Methode problematische Verzerrungen bei der Zusammensetzung der Probanden. Eine Studie von Rumpf et al. (2000) verglich die Stichprobenauswahl über Medienrekrutierung mit der Stichprobenauswahl über generelle Bevölkerungsumfragen für ‚selbstgeheilte‘ Alkoholiker/-innen. Ergebnisse wiesen darauf hin, dass der Bias aber durchaus kalkulierbar und akzep-



tierbar ist. Verzerrungen scheinen in die Richtung zu gehen, dass ‚Selbstgeheilte‘, die über Medienrekrutierung erreicht wurden ernsthaftere Probleme aufweisen und dass Medienrekrutierte eher die Abstinenz als den kontrollierten Umgang mit dem Problemverhalten anstreben, als ‚Selbstgeheilte‘, die über generelle Bevölkerungsumfragen rekrutiert wurden. Ob diese Ergebnisse auf die Situation der ‚selbstgeheilten‘ Spielsüchtigen übertragbar ist, wurde bis anhin nicht untersucht. Empfehlungen der Autoren, wie beispielsweise bei Medienaufrufen, auch Personen mit ‚kontrolliertem‘ Suchtverhalten direkt zur Teilnahme aufzufordern oder den Bias bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, wurde in der vorliegenden Studie versucht Rechnung zu tragen.

Medienaufrufe waren in verschiedenen Printmedien der deutschsprachigen Schweiz, die eine Mindestauflage von rund 100'000 Exemplaren aufweisen, geplant. Dem Kriterium entsprechende Printmedien wurden über den Print-Media-Planer 2002, welcher von der Publicitas (Print Media Consultants, 2002) herausgegeben wird und der auf der Studie MACH Basic 2002 basiert, ausgewählt und in einer Liste zusammengefasst. Daraufhin wurden in der Zeit von Februar bis Juli 2002 fünfzehn Printmedien mit geeigneter Zielgruppe kontaktiert. Kontaktpersonen wurden ausgemacht und ihnen daraufhin Textvorschläge für mögliche Medienaufrufe sowie Hintergrundinformationen zum Projekt zugesandt (vgl. Zusatzband, Anhang C). Von den vorgenommenen Kontaktaufnahmen mit verschiedenen Printmedien führten rund 50% auch zu einer gewünschten Veröffentlichung des Aufrufs. Medienaufrufe erschienen von Ende März bis September 2002 in folgenden Tageszeitungen, Wochen- und Fachzeitschriften (vgl. Zusatzband, Anhang C):

Blick (22.03.02)  
20-Minuten (04.04.02)  
Glückspost (30.05.02)  
Sonntagsblick (23.06.02)  
Coop-Zeitung (27.07.02)  
Cash (09.08.02)  
Spectra (01.09.02)

Zusätzlich wurde die vorliegende Studie in einer Fachzeitschrift kurz erwähnt (Standpunkte, 2002), ein direkter Aufruf erfolgte dabei aber nicht.

Auch wurde in der Sendung ‚Quer‘ des Schweizer Fernsehen DRS vom 25. Januar 2002 zum Thema Spielsucht über Internet auf das Anliegen der vorliegenden Untersuchung aufmerksam gemacht. Die Sendung wurde am 26. und 27. Januar zu unterschiedlichen Tageszeiten wiederholt ausgestrahlt<sup>3</sup>.

Die Medienaufrufe erfolgten nach dem Motto *„Meinungen von Spielenden sind gefragt! Erzählen Sie uns, von Ihren durch das Spielen verursachten aktuellen Problemen oder wie Sie es geschafft haben, Ihr Spielproblem in den Griff zu bekommen - andere können von Ihrer Geschichte profitieren!“*. Es wurde gebeten, sich auf einer Infoline zu melden, welche mit einem Anrufbeantworter und einem Projektinformationstext gekoppelt war (vgl. Zusatzband, Anhang C). Interessierte konnten dann ihre Angaben und Telefonnummern hinterlassen, damit ein Projektmitarbeiterin oder -mitarbeiter zur Vereinbarung eines Interviewtermins zurückrufen konnte.

Des Weiteren wurden 10'200 Handzettel in A5-Grösse (vgl. Zusatzband, Anhang C) gedruckt und an die verschiedensten Orte, wo potentielle Probanden sich aufhalten könnten, verteilt. Die Handzettel wurden bei verschiedenen Casinos, bei Betrieben mit Geldspielautomaten (z.B. Restaurants, Spielsalons, etc.) und bei verschiedensten Präventions-, Beratungs- und Therapieangeboten aufgelegt. Interessierte Personen konnten sich so anonym bedienen und sich über die Infoline unverbindlich und detailliert über die vorliegende Untersuchung informieren und ggf. ihr Interesse an einem Interview anmelden.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren noch keine Grand Casinos (A-Konzessionen) in Betrieb. Bei der Verteilung von Flugblättern in Casinos wurden deshalb schon bestehende Kursäle um Unterstützung angegangen. Die Kontaktaufnahme konzentrierte sich auf solche Kursäle, die ihren Standort in der

---

<sup>3</sup> Eine pathologisch spielende Person aus der Stichprobe der vorliegenden Studie konnte als Fernsehguest bei der Sendung vermittelt werden.



Deutschschweiz hatten und die beim Konzessionsentscheid vom 24. Oktober 2001 eine definitive Lizenz erhalten hatten. Solchermassen konnten sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten während der Interviews vorgebeugt werden. Da bestehende Kursäle, die keine definitive Lizenz erhalten hatten bis Ende Juni 2003 schliessen mussten, machte es in manchen Fällen keinen Sinn wenige Wochen vor der Schliessung diesen noch Handzettel zuzustellen. Von dreizehn kontaktierten Kursälen sicherten zehn (76%) ihre Einwilligung zum Auslegen der Flugblätter zu, während bei den drei restlichen Kursälen eine Verteilung unmöglich war, da sich diese Kursäle bereits im Umbau befanden und vorübergehend geschlossen wurden. In folgenden Kursälen lagen zwischen Mai bis ca. Ende August 2002 jeweils je nach Wunsch der Casinobetreiber zwischen 50 bis 250 Handzettel auf (vgl. Tabelle 3-3).

Tabelle 3-3: Anzahl aufgelegter Handzettel pro Casino

| <b>Spielbank</b> | <b>Anzahl zugesandter Handzettel<br/>(Total 1'600)</b> |
|------------------|--|
| Bern             | 150  |
| Baden            | 150  |
| Luzern           | 150  |
| Lugano           | 250  |
| Interlaken       | 200  |
| St. Moritz       | 200  |
| Davos            | 200  |
| Arosa            | 200  |
| Rheinfelden      | 50   |
| Thun             | 50   |

Die Verteilung der Handzettel an gastgewerbliche und ähnliche Betriebe (z.B. Restaurants, Bars, Spielsalons, Vergnügungszentren), die einen oder mehrere Glücksspielautomaten installiert haben, erfolgte anhand von Listen, welche die Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK zur Verfügung stellte. Diese enthalten Standortangaben zu sämtlichen betriebenen Glücksspielautomaten in allen Kantonen, welche in der Übergangsfrist bis 2005 noch deren Betrieb ausserhalb von Spielbanken erlauben. Dieser Umstand eröffnete die Aussicht, nicht nur die Subgruppe der Casino-Spielerinnen und -spieler zu erreichen, sondern zusätzlich diejenigen, welche vor allem in Restaurants oder Spielsalons anzutreffen sind. Jeder 20. aufgelistete Betrieb wurde deshalb telefonisch angefragt, ob die Möglichkeit bestehe, die Handzettel in der Umgebung von Glücksspielautomaten aufzulegen. Insgesamt erfolgten 408 solche telefonische Anfragen in allen Deutschschweizerkantonen ohne Glücksspielautomatenverbot (AG, AI, AR, BE, GL, LU, NW, OW, SH, TG, UR, ZG). Trotz mehreren Versuchen konnten rund 60 Betriebe (ca. 15%) nicht erreicht werden. Von den Übrigen gaben insgesamt 194 (55%) ihre Einwilligung (vgl. Tabelle 3-4). Gründe für eine Ablehnung der Anfrage waren meistens fehlendes Interesse oder der Umstand, dass die Glücksspielautomaten nicht mehr im Betrieb waren. Viele Betriebsverantwortliche äusserten anfänglich Bedenken, dass die Ergebnisse der Studie zu viele negative Konsequenzen der Spielsucht aufdecken könnten und befürchteten ein generelles Verbot von allen Spielautomaten als Folge davon. Die Angefragten betonten direkt oder indirekt immer wieder, dass die Glücksspielautomaten eine konsumfreudige und somit gewinnbringende Klientel anzögen und dass sie diese nicht mit Handzetteln ‚belästigen‘ oder ‚irritieren‘ wollen. Sowie eine Einwilligung vorlag, wurden jeweils rund zwanzig bis dreissig Handzettel sowie Hintergrundinformationen zum Projekt versandt. Gesamthaft wurden auf diese Weise rund 5'350 Exemplare verteilt. Ob die Handzettel tatsächlich aufgelegt wurden oder umgehend entsorgt wurden, bleibt indessen eine offene Frage.



Tabelle 3-4: Anzahl Anfragen und Einwilligungen für eine Handzettel-Verteilung in Betrieben pro Kanton

| <b>Kanton</b> | <b>Kontaktierte Betriebe<br/>(Total 408)</b> | <b>Einwilligungen<br/>(Total 194)</b> |
|---------------|--|---------------------------------------|
| AG            | 42   | 20                                    |
| AI            | 2  | 1                                     |
| AR            | 7  | 5                                     |
| BE            | 230  | 106                                   |
| GL            | 6  | 2                                     |
| LU            | 51   | 34                                    |
| NW            | 6  | 3                                     |
| OW            | 6  | 2                                     |
| SH            | 9  | 1                                     |
| TG            | 36   | 17                                    |
| UR            | 5  | 2                                     |
| ZG            | 8  | 1                                     |

Schliesslich wurden in der Deutschschweiz mehrere Präventions-, Beratungs- und Therapiestellen mit insgesamt 3'110 Handzetteln ausgestattet (vgl. Tabelle 3-5). Es ging dabei vor allem darum, Institutionen um Unterstützung anzufragen, die in Kontakt mit Spielsüchtigen stehen könnten, wie beispielsweise Schuldenberatungsstellen. Die Auswahl wurde aufgrund von Hinweisen und Empfehlungen von Drittpersonen getroffen.

Tabelle 3-5: Menge der an verschiedene Institutionen versandte Handzettel

| <b>Institution</b>  | <b>Anzahl verschickte Handzettel<br/>(Total 3'110)</b>             |
|---|--|
| Careplay – Kompetenzzentrum für Spielsuchtprävention, Luzern  | „Elektronischer“ Handzettel auf der Internet-Website aufgeschaltet |
| Dachverband Schuldenberatung Schweiz (Aarau, Bern, Thun, 2x Basel, Muttenz, Chur, Solothurn, Weinfelden, 2x Zürich, Zug, je 125 Handzettel) | 1'500  |
| Beratungsstellen der Berner Gesundheit (Bern, Burgdorf, Biel, Thun)   | 630  |
| Sozialberatungszentrum Luzern   | 100  |
| Regionale Sozialberatung Belp, Kt. Bern   | 125  |
| Beratungsstelle Alkohol und Suchtfragen, Basel-Stadt  | 25   |
| Beratungsstelle Alkohol und Suchtprobleme, Schaffhausen   | 10   |
| Suchtprävention und Drogenberatung, Schaffhausen  | 20   |
| Departement für Soziales Kriens   | 100  |
| Sozialamt Schaffhausen  | 20   |
| Sozialdienst Köniz, Kt. Bern  | 125  |
| Sozialdienst Hilterfingen, Kt. Bern   | 125  |
| Psychiatrischer Sozialdienst Regionalspital Emmental, Kt. Bern  | 125  |
| Psychiatrische Dienste Thun   | 50   |
| Psychiatriezentrum Schaffhausen   | 50   |
| Suchtfachklinik Wysshölzli, Münchenbuchsee  | 5  |
| Selbsthilfe Bern  | 20   |
| Selbsthilfe Basel-Land  | 20   |
| Selbsthilfe Thurgau   | 10   |



Nebst diesen ‚Active Case Finding‘-Methoden wurde, wie bereits erwähnt, ein Teil der Probanden der psychotherapeutischen Praxis des Mitantragstellers A. Canziani kontaktiert und durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin befragt. Von besagter psychotherapeutischer Praxis wurden anfangs Januar 2002 genau 56 Männer und eine Frau zuerst von A. Canziani angeschrieben und über die vorliegende Untersuchung informiert. Fünf Wochen später erfolgte ein weiteres Schreiben des ISPM Zürich, wobei die Patient/-innen aufgefordert wurden entweder telefonisch oder mittels eines dem Schreiben beigelegten Talons (inkl. Rückantwortcouvert) ihre Teilnahmebereitschaft bekannt zu geben. Mit 16 Klienten (Rücklauf: 28%) konnte daraufhin ein Telefoninterview durchgeführt werden. Aufgrund der geringen Zahl von Probanden wurden vom ISPM Zürich schliesslich im März 2003 auch Beratungs- und Therapiestellen in der Umgebung von Zürich telefonisch für eine Vermittlung von pathologischen Spielenden angegangen. Auf diese Weise konnte ein zusätzlicher Spielsüchtiger für die Befragung gewonnen werden. Insgesamt wurden demnach vom ISPM Zürich 17 Befragungen von einer Interviewerin durchgeführt (von Februar 2002 bis März 2003).

Auf der Infoline wurden ab Mitte Februar 2002 bis Ende März 2003 98 Anrufe registriert, davon hinterliessen 57 Personen Gesprächsaufzeichnungen. Darunter waren Angehörige von Spielenden, die sich sorgten und um Adressen von Beratungsstellen baten (3 Personen). Mit den Angehörigen wurde Kontakt aufgenommen und jeweils längere unterstützende Gespräche geführt. Notizen wurden stichwortartig für eine eventuelle spätere Auswertung notiert. Soweit es sich anbot, wurde zudem der Versuch unternommen, über besagte Angehörige an die betreffende spielende Person zu gelangen. Es meldeten sich in zwei Fällen auch Personen aus der Medienbranche, die sich näher über das Projekt informieren wollten (2 Personen). Die restlichen 52 Aufzeichnungen kamen von Spielenden, welche sich für ein Interview zur Verfügung stellen wollten. Einige meldeten sich wiederholt um ihre Erreichbarkeit genauer anzugeben. Eine Frau zog ihre Einwilligung zurück, weil ihr Ehemann dessen Durchführung untersagte:

*„Ich möchte bei der Untersuchung lieber doch nicht mitmachen, denn erstens habe ich an diesem Tag einen Arzttermin und zweitens ist mein Mann nicht damit einverstanden.“*

Zwei Personen, die sich über die Infoline gemeldet hatten, konnten nicht kontaktiert werden. Eine dieser Personen konnte unter der angegebenen Mobile-Nummer nicht mehr erreicht werden und die andere gab wenig glaubwürdig vor, es müsse sich bei der Angelegenheit um einen Irrtum handeln. Mit den restlichen Personen wurde von insgesamt 5 Interviewerinnen und Interviewern des ISS (HSA Bern) die Befragung durchgeführt (n=46).

Von den 46 durchgeführten Telefon-Interviews konnten bis auf eine Ausnahme alle für die weitere Datenbearbeitung einbezogen werden. Besagtes Interview musste ausgeschlossen werden, da nur wenige Fragen beantwortet wurden und das Gespräch vorzeitig abgebrochen werden musste. Die zu befragende Person war während des ganzen Gesprächs sehr aufgebracht (gegen Casinomanager, gegen die Gesetzesänderungen etc.) und das Aggressionspotential wurde als erheblich eingeschätzt. Die Interviewerin unterbrach die Befragung nachdem Drohungen auch ihr gegenüber geäussert wurden.

- Dreissig der verbleibenden 45 Probanden (66.6%) meldeten sich, nachdem sie einen Medienaufruf in einem Printmedium gelesen hatten. Davon hatten 16 Personen (53.5%) in ‚20 Minuten‘, sieben (23.4%) im ‚Blick‘, drei (9.9%) im ‚Sonntagsblick‘ und jeweils eine Person (3.3%) in der ‚Glückspost‘, in der ‚Coop Zeitung‘ und im ‚Cash‘ von der Studie erfahren und sich daraufhin gemeldet (vgl. Abb. 3-1). Von einer Person (3.3%) fehlen hierzu Angaben.
- Nur eine Person (2.3%) meldete sich, nachdem sie dank der SF DRS Sendung ‚Quer‘ von der Untersuchung erfahren hatte.
- Dreizehn Personen (28.8%) meldeten sich, nachdem sie über einen Handzettel von der Studie Kenntnis erhalten hatten (vgl. Abb. 3-2). Davon waren vier Personen (30.7%) auf einen Handzettel in einem Casino gestossen und drei Personen (23.1%) auf einen Handzettel in einer Suchtberatungsstelle. Jeweils zwei Personen (15.4%) erhielten die Information in einem Restaurant bzw. in einer Schuldenberatungsstelle. Einer Person (7.7%) wurde der Handzettel in einem Sozialdienst, einer anderen Person (7.7%) in einer psychiatrischen Klinik ausgehändigt.
- Eine Gesprächsperson (2.3%) von den 45 durchgeführten und ausgewerteten Interviews meldete sich schliesslich aufgrund eines privaten mündlichen Hinweises.





Um die verfügbaren Angaben maximal auszuschöpfen, wurden die Interviews der drei im Pretest befragten Personen bei der weiteren Datenbearbeitung ebenfalls berücksichtigt. Dies war möglich, da die für die Integration in den Datensatz benötigten Informationen alle zur Verfügung standen.

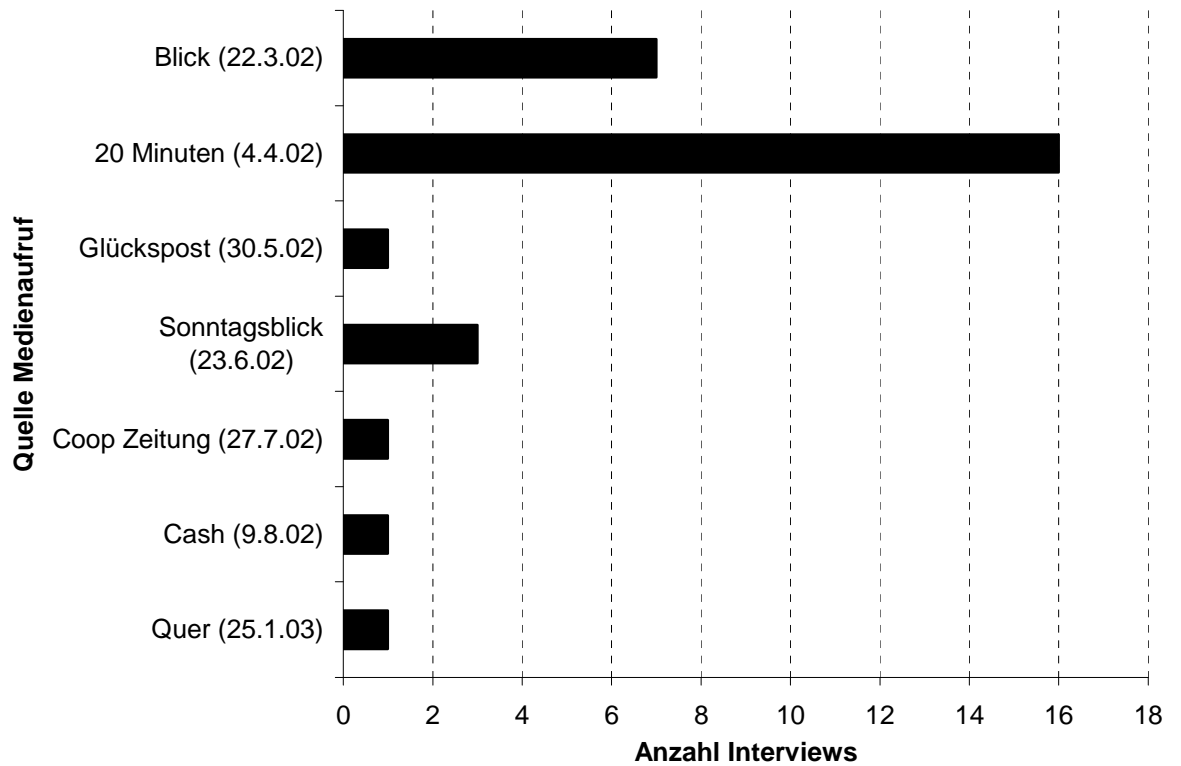


Abbildung 3-1: Durchgeführte Interviews nach Medienaufruf-Quelle (chronologisch geordnet)

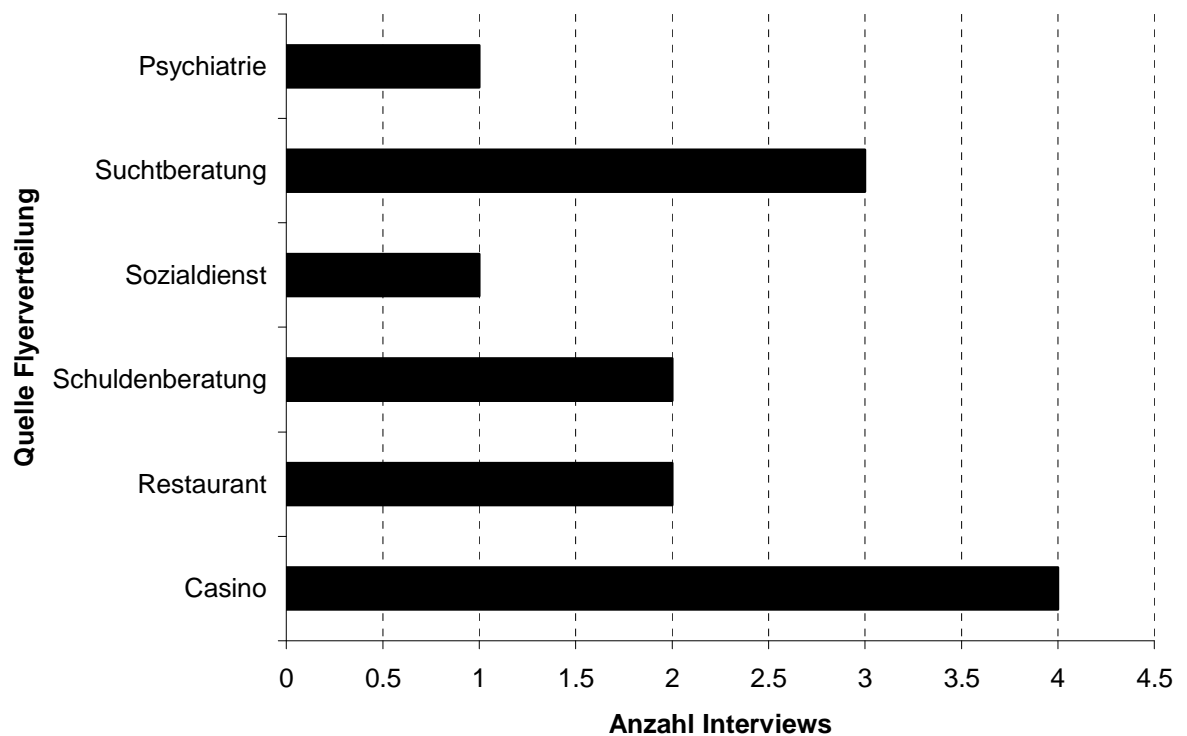


Abbildung 3-2: Durchgeführte Interviews nach Handzettelverteilungs-Quelle

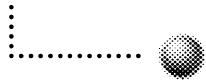
Insgesamt konnte somit ein Sample bestehend aus 64 befragten Personen gebildet werden. Davon wurden zwei Interviews im persönlichen Setting durchgeführt. Eine Person wünschte den Fragebogen schriftlich ausfüllen zu dürfen. Mit den restlichen konnte das Interview aber wie vorgesehen telefonisch durchgeführt werden. Die Gespräche dauerten im Durchschnitt rund 70 Minuten, das kürzeste 30 Minuten und das längste 140 Minuten. Dies zeigt auf, dass die Interviewdauer stark mit der ‚Erzählbereitschaft‘ der Befragten zusammenhing. Die Interviews erfolgten zu verschiedensten Tageszeiten (je nach Wunsch des Befragten), die meisten indes gegen den späteren Nachmittag.

Der Datensatz wurde mit dem Statistik-Software-Paket SPSS erfasst und ausgewertet. Sämtliche qualitativen Fragen wurden zuerst wortwörtlich mit SPSS übernommen und dann nach der Bildung von Kategorien ausgewertet.

Sowohl das ISPM Zürich wie auch das ISS der HSA Bern konnte weniger Interviews durchführen als geplant war, da sich weit weniger Spielerinnen und Spieler meldeten und zum Mitmachen bei der Studie bereit erklärten. Trotz grosser zusätzlicher Bemühungen verschiedenste Subgruppen von Spielenden zu erreichen, war das Ergebnis weniger gut als erwartet. Die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass sich vor allem Problemspielerinnen und –spieler gemeldet haben, die bereit waren ihr Spielverhalten zu ändern, d.h. Personen, die mit dem Spielen aufhören wollten oder sich kurz zuvor zu diesem Schritt entschlossen hatten. An der Studie teilzunehmen diente vermutlich als Mittel zum Zweck diesen Entschluss zu bekräftigen und sich den Schwierigkeiten zu stellen. Manches spricht dafür, dass sich wenig aktuelle pathologische Spieler/-innen gemeldet hatten, weil denselben oftmals die erforderliche ‚Problemeinsicht‘ fehlt. In der einschlägigen Literatur wird unzureichendes Problembewusstsein immer wieder als wesentliches Merkmal des pathologischen Glücksspiels betont (Petry, 1996; Bondolfi et al., 2000). Ein weiterer wesentlicher Grund für die eher kleine erreichte Stichprobe dürfte in der stark ausgeprägten Tabuisierung der zu untersuchenden Thematik sein. Die Befragten zeigten häufig grosse Angst vor einem ‚Outing‘, weil sie negative Reaktionen und Stigmatisierung aus dem persönlichen Umfeld fürchteten. Manche gaben an, dass oftmals selbst engste Angehörige nicht von den teils grossen Schwierigkeiten der Problemspieler



und –spielerinnen wussten, geschweige denn, dass Nachbarn oder Arbeitgeber darüber im Bilde waren. Verschiedentlich wurde auch von negativen Erfahrungen mit Reaktionen Dritter berichtet und die mangelnde Informiertheit und Bewusstheit der Gesellschaft beklagt. Der Aufklärungsbedarf in der Öffentlichkeit scheint demnach gross zu sein. Eine verbesserte Wahrnehmung der Problematik in der Öffentlichkeit könnte spielsüchtigen Personen möglicherweise den Weg ebnen, Hilfe in Anspruch zu nehmen.





## 4 Beschreibung der Stichproben

### 4.1 Profil der befragten Expertinnen und Experten

Die sechs Experten und vier Expertinnen, mit denen Interviews geführt worden sind, arbeiten alle in Berufsfeldern, die einen Bezug zum pathologischen Glücksspiel aufweisen (vgl. Tabelle 4-1). Eine Person ist für die Leitung eines Casinos zuständig, drei Personen beschäftigen sich hauptsächlich mit der Entwicklung, Umsetzung und/oder Überwachung von Sozialkonzepten. Eine Person ist hauptsächlich im Bereich der Spielsucht-Prävention tätig und die restlichen fünf Personen haben beruflich mit Spielsuchtberatung, ambulanter oder stationärer Spielsuchttherapie zu tun. Von den letztgenannten sind vier ausserdem in der einschlägigen Forschung aktiv.

Die zehn Personen haben zum Teil sehr verschiedene Ausbildungsrichtungen eingeschlagen. Mehrheitlich verfügen sie über eine psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Ausbildung. Zwei Personen haben einen Abschluss in Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit. Ein ausgebildeter Jurist und eine Biologin vervollständigen das Expertensample.

Tabelle 4-1: Explorative Leitfadengespräche mit Expertinnen und Experten

| Nr. | Name                | Ausbildung                               | Institution  | Spez. Tätigkeitsbereich <sup>1</sup>  |
|-----|---------------------|--|--|---|
| 1   | Herr X              | Jurist und Anwalt                        | Casino X   | Führung Casino (Casinomanager)  |
| 2   | Frau A. Sani        | Psychologin und Psychotherapeutin (i.A.) | Casino Locarno und Casino Lugano   | Sozialkonzeptentwicklung<br>Sozialkonzeptumsetzung<br>Prävention<br>Beratung<br>Forschungstätigkeit |
| 3   | Herr A. Uchtenhagen | Psychiater und Psychotherapeut           | Institut für Suchtforschung, Universität Zürich                                    | Sozialkonzeptentwicklung<br>Forschungstätigkeit   |
| 4   | Herr F. Soum        | Psychologin und Psychotherapeut          | Eidg. Spielbankenkommission  | Überwachung der Sozialkonzeptumsetzung  |
| 5   | Frau P. Frommert    | Dipl. Sozialpädagogin                    | Verein Schuldensanierung Bern  | Schuldenberatung  |
| 6   | Herr P. Küllmer     | Psychologin und Psychotherapeut          | Beratungsstelle für Alkohol und andere Suchtprobleme (BfA) Basel                   | Beratung<br>Coaching einer Selbsthilfegruppe<br>Ambulante Therapie                                  |
| 7   | Frau H. Fritschi    | Sozialarbeiterin HFS                     | Stiftung Berner Gesundheit (Information, Schulung, Prävention, Beratung, Therapie) | Beratung<br>Politisches Engagement  |
| 8   | Frau M. Mezera      | Dr. phil.nat.                            | Stiftung Berner Gesundheit (Information, Schulung, Prävention, Beratung, Therapie) | Prävention  |
| 9   | Herr M. Gmür        | Psychiater und Psychotherapeut           | Freie Praxis, Zürich   | Ambulante Therapie<br>Forschungstätigkeit<br>Politisches Engagement                                 |
| 10  | Herr J. Petry       | Psychologin und Psychotherapeut          | Psychosomatische Fachklinik Münchwies (D)  | Stationäre Therapie<br>Forschungstätigkeit  |

<sup>1</sup> Tätigkeitsbereiche, die im Interview explizit erwähnt wurden (keine Garantie auf Vollständigkeit).



## 4.2 Profil der befragten Problemspielerinnen und -spieler

Unter den 64 befragten aktuellen oder ehemaligen Problemspieler/-innen befinden sich sieben Frauen (11%). Das Durchschnittsalter liegt bei rund 43 Jahren, die jüngste Person ist 26 Jahre alt, die älteste 70. Die Frauen sind im Mittel etwa 10 Jahre älter als die Männer. Die grösste Altersgruppe (32.8%) besetzt der Personenkreis, der zwischen 31 und 40 Jahre alt ist. Die Altersgruppe zwischen 21 und 30 stellt einen Anteil von 12.5%, diejenige zwischen 41 und 50 einen Anteil von 25%. Beim befragten Personenkreis handelt es sich demnach hauptsächlich um Männer jüngeren Alters, was sich durchaus mit den bisherigen Ergebnissen anderer Studien zur Spielsucht deckt (Denzer et al., 1995; Fritschi, 1998; Osiek et al., 1999; Molo Bettelini et al., 2000).

Bei den befragten Personen handelt es sich zu drei Vierteln um Personen mit ausschliesslich schweizerischer Staatsangehörigkeit (n=48), vierzehn sind ausländischer Staatsangehörigkeit und zwei Personen Doppelbürger/-innen. Dies entspricht ungefähr der Aufteilung der Schweizer Bevölkerung, in der rund 80% Schweizer/-innen und 20% Ausländer/-innen ständig wohnhaft sind (BfS 2003: Online<sup>2</sup>). Rund zwei Drittel der ausländischen Befragten (n=8) kommen aus Westeuropa, jeweils zwei Personen aus der Türkei bzw. Ex-Jugoslawien, jeweils eine Person aus Griechenland bzw. Australien. In einer Tessiner Untersuchung fand sich ein signifikant grösserer Anteil ausländischer Problemspieler/-innen, sogar wenn italienische Befragte nicht berücksichtigt wurden (Molo Bettelini et al., 2000). In der gesamtschweizerischen Befragung von Osiek et al. (1999) konnte, wie in der vorliegenden Studie, keine Überrepräsentation von ausländischen Problem/-spielerinnen ausgemacht werden.

Fast ein Drittel der Befragten (n=18) hat seinen Wohnsitz im Kanton Zürich, 13 Personen im Kanton Bern und neun im Kanton Aargau. Weitere Probanden wohnen in den Kantonen Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Obwalden, Luzern, Zug, Graubünden, Schaffhausen, Thurgau, St. Gallen und Glarus (insgesamt 34.3%). Hier ist nochmals daran zu erinnern, dass die Aufforderungen zur Teilnahme an der Studie nur in Printmedien der deutschsprachigen Schweiz erschienen und auch die Handzettel nur an Betriebe und Beratungsstellen in der Deutschschweiz versandt wurden.

Tabelle 4-2: Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit und Zivilstand der befragten Spielenden

|                                |                           | <b>Männer<br/>(n=57)</b> | <b>Frauen<br/>(n=7)</b> | <b>Total<br/>(N=64)</b> |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>Alter (Jahre)</b>           | Durchschnitt              | 41.71                    | 51.43                   | 42.81                   |
|                                | Minimum                   | 26                       | 36                      | 26                      |
|                                | Maximum                   | 70                       | 66                      | 70                      |
| <b>Staatsangehörigkeit (%)</b> | Schweiz                   | 73.7                     | 85.7                    | 75.0                    |
|                                | Anderes Land              | 22.8                     | 14.3                    | 21.9                    |
|                                | Doppelbürger/-in          | 3.5                      | 0                       | 3.1                     |
| <b>Zivilstand (%)</b>          | Ledig                     | 42.1                     | 28.6                    | 40.6                    |
|                                | Verheiratet               | 31.6                     | 14.3                    | 29.7                    |
|                                | In gerichtlicher Trennung | 17.5                     | 0                       | 20.3                    |
|                                | Geschieden                | 8.8                      | 42.8                    | 7.8                     |
|                                | Verwitwet                 | 0                        | 14.3                    | 1.6                     |

Fast die Hälfte der Befragten (n=26) weisen sich als ledig aus, 19 Personen (29.7%) geben an verheiratet zu sein, fünf leben in gerichtlicher Trennung. Geschieden sind 20.3% (n=13) und eine Person ist verwitwet. Der Anteil alleinstehender und geschiedener Personen liegt in der Stichprobe deutlich höher und der Anteil Verheirateter deutlich tiefer als in der Schweizer Bevölkerung (6% bzw.46%). Dies stimmt mit Er-

<sup>2</sup> Alle demographischen Angaben zur Schweizer Bevölkerung sind der Website des Bundesamtes für Statistik entnommen worden (BfS, 2003: Online)



gebnissen der beiden Schweizer Referenzstudien überein (Osiek et al., 1999; Molo Bettelini et al., 2000). Jedoch geben immerhin 64.1% der Befragten an in einer festen Partnerschaft zu leben. Die Hälfte der Befragten (n=32) wohnt alleine und 26 Personen zusammen mit dem/der Lebenspartner/-in. Etwas weniger als die Hälfte dieser Gruppe (n=12) lebt zudem mit einem oder mehreren Kindern im Haushalt zusammen. Fünf Personen wohnen noch bei ihren Eltern und eine Person zusammen mit dem Ex-Partner.

Fast zwei Drittel der Befragten (64.1%) haben als höchste Ausbildung eine Lehre oder eine Berufsschule absolviert. In der Schweizer Bevölkerung liegt der Anteil etwa in derselben Grössenordnung (BfS 2003: Online). Wesentlich weniger Befragte als in der Gesamtbevölkerung (zw. 14%-24%) verfügen über eine minimale Bildung; nur vier Personen verfügen lediglich über die obligatorische Grundschulausbildung (ibid.). Zehn verfügen über eine höhere Berufsausbildung (15.6%) und drei Personen (4.7%) haben einen Universitäts- bzw. einen Hochschulabschluss. Dies liegt wiederum etwas unter dem schweizerischen Durchschnitt (zw. 15%-34%, ibid.). Im Vergleich mit beiden Referenzstudien ergeben sich dazu keine eindeutigen Befunde: im Tessin wiesen Problemspieler/-innen ein tieferes Bildungsniveau vor als die Normalpopulation (Molo Bettelini et al., 1999), in der Studie aus Genf fanden sich keine signifikanten Unterschiede (Osiek et al., 1999).

Tabelle 4-3: Ausbildung und Berufstätigkeit der befragten Spielenden

|                                |                                | <b>Männer<br/>(n=57)</b> | <b>Frauen<br/>(n=7)</b> | <b>Total<br/>(N=64)</b> |      |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|------|
| <b>Ausbildung<br/>(%)</b>      | Grundschulausbildung (9 Jahre) | 3.5                      | 28.6                    | 6.3                     |      |
|                                | Berufsschulausbildung          | 63.2                     | 71.4                    | 64.1                    |      |
|                                | Mittelschulausbildung          | 10.5                     | 0                       | 9.4                     |      |
|                                | Höhere Berufsausbildung        | 17.5                     | 0                       | 15.6                    |      |
|                                | Hochschulausbildung            | 5.3                      | 0                       | 4.6                     |      |
| <b>Berufstätigkeit<br/>(%)</b> | Nicht berufstätig              | 26.3                     | 57.1                    | 29.7                    |      |
|                                | Berufstätig                    | Ganztags                 | 54.4                    | 28.6                    | 51.6 |
|                                |                                | Teilzeit                 | 10.5                    | 14.3                    | 10.9 |
|                                |                                | Gelegenheitsarbeiten     | 7.0                     | 0                       | 6.3  |
|                                | Keine Antwort                  | 1.8                      | 0                       | 1.5                     |      |

Zwei Drittel der Befragten (n=45) waren zum Zeitpunkt der Erhebung berufstätig. Davon weisen drei Viertel (n=33) eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit aus und sieben Personen eine solche auf Teilzeitbasis (zwischen 30 bis 80 Prozent). In vier Fällen besteht die Erwerbstätigkeit nur in Gelegenheitsarbeiten. Insgesamt vierzehn Personen (22.2%) geben an, arbeitslos zu sein. Noch in Ausbildung sind fünf Personen und drei geben explizit eine Betätigung als Hausfrau/-mann an. Zwei Personen befinden sich im Ruhestand und vier Personen beziehen eine IV-Rente. Der befragte Personenkreis scheint somit von der Arbeitslosigkeit um einiges stärker betroffen zu sein als die Arbeitslosenrate in der Schweiz erwarten lässt (Ende 2002: 2.8% der über 15-Jährigen, BfS 2003: Online). Der vergleichsweise hohe Anteil vollzeitlich Erwerbstätiger ist demgegenüber auf den Umstand zurückzuführen, dass vornehmlich Männer befragt wurden, bei denen eine teilzeitliche Beschäftigung nach wie vor eher selten ist. Ähnliche Ergebnisse fanden sich in anderen Schweizer Studien (Osiek et al., 1999; Molo Bettelini et al., 2000).

Sechs Erwerbstätige besetzen in ihrem Beruf eine leitende Position. Zwei Personen weisen sich als selbständige Unternehmer aus. Die Mehrheit der Berufstätigen ist jedoch im mittleren kaufmännischen (n=12) oder im handwerklichen (n=11) Bereich tätig. Andere arbeiten in einem weiteren Dienstleistungsbereich, wie beispielsweise im Aussendienst (n=6) und zwei Personen im sozialen oder pädagogischen Bereich. Sechs Personen verrichten schliesslich keine qualifizierte Arbeit.

Das monatlichen Bruttoeinkommen (Total der Bruttolöhne und Einkommen aller Haushaltsmitglieder) liegt bei einem Drittel der Personen (n=17) tiefer als CHF 4000, bei 19 Personen zwischen CHF 4001 und 6000.-, bei 20 Personen zwischen CHF 6001 und 9000.-, bei vier Personen zwischen CHF 9001 und 12000.- und bei drei Interviewten höher als CHF 12000.-. Die Angaben weichen somit nicht wesentlich



von der Einkommensverteilung in der schweizerischen Wohnbevölkerung ab. In der Studie aus Genf und in der Tessiner Untersuchung waren die besser Verdienenden in der Gruppe der Problemspieler/-innen jedoch übervertreten (Osiek et al., 1999; Molo Bettelini et al., 2000). Vom angegebenen Einkommen leben 39 der Befragten alleine, in 23 Fällen dient es dem Unterhalt von zwei erwachsenen Personen und in einem Fall drei Erwachsene. Die meisten Befragten unterhalten mit ihrem Einkommen keine Kinder (n=45). In zwölf Fällen leben vom Einkommen zusätzlich zwei Kinder, in fünf Fällen ein Kind und schliesslich nur in einem Fall drei Kinder.

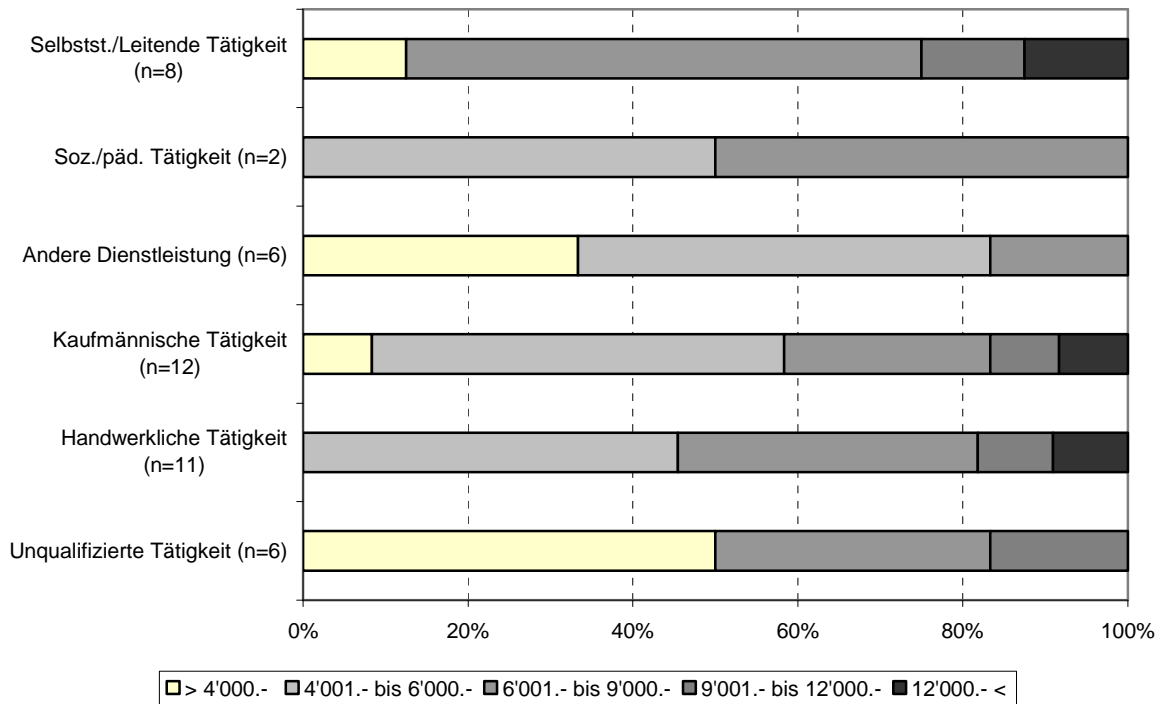


Abbildung 4-1: Monatliches Bruttoeinkommen in CHF der Befragten aufgeteilt nach Berufsgruppen





## 5 Ergebnisse

Nachfolgend werden kurz die Ergebnisse der Gespräche mit Expertinnen und Experten zusammengefasst.<sup>1</sup> Ausführlicher wird sodann auf die Befragung von Personen mit problematischer Glücksspielerfahrung eingegangen.

### 5.1 Auswertung der Interviews mit Fachleuten

Die Mehrheit der Expertinnen und Experten ist der Auffassung, dass die veränderte Gesetzeslage in der Schweiz, welche eine relativ hohe Casinodichte und dadurch die verbesserte Zugänglichkeit zu Spielmöglichkeiten zur Folge hat, zu einer Zunahme bei der Prävalenz der Spielsucht führen wird. Ein Experte legt Wert auf die Tatsache, dass die Verfügbarkeit von Glücksspielen als einer der wichtigsten Entstehungsfaktoren der Spielsucht gilt. Von verschiedener Seite wird das Glücksspiel ausserhalb von Spielbanken als Hauptproblem benannt, weil dort keine präventiven Vorkehren und Kontrollen unternommen, zum Teil aber sehr ähnliche Spiele wie in den Spielbanken angeboten werden.

Grundsätzlich wird es von den Expert/-innen als positiv bewertet, dass der Spielerschutz in Form der Sozialkonzepte im Spielbankengesetz und den Verordnungen vorgeschrieben ist. Durch die in der Schweiz im internationalen Vergleich späte Liberalisierung des Glücksspiels, bestand die Möglichkeit von den Erfahrungen anderer Länder zu profitieren, was zu einer fortschrittlichen Gesetzgebung führte, die Schutzmassnahmen integriert. Einige der gesetzlichen Bestimmungen hätten laut der Ansicht der Fachleute jedoch konsequenter formuliert werden müssen (z.B. Werbeverbot, Angabe einer minimalen Distanz zwischen Geldbezugsautomaten und Casinoeingang). Die Expert/-innen erwähnen auch, dass die Arbeit von Präventionsspezialist/-innen nur dann glaubwürdig ist, wenn sie unabhängig von der Spielbankenleitung erfolgt und dass darauf in Zukunft geachtet werden müsse. Zudem sollte man sich bewusst sein, dass das Auflegen von Informationsmaterial zu Präventionszwecken nur eine Minimalintervention darstellt. Die befragten Fachleute stellen aufgrund dessen fest, dass insbesondere im Bereich der Früherkennung und -intervention noch viel zu tun ist. Eine echte Früherkennung sei aber nur möglich, wenn Daten über die Spielbankenbesucher/-innen erhoben würden (z.B. Häufigkeit und Dauer der Besuche, Höhe der Einsätze, Verhalten in der Spielbank). Es sollten deshalb klare Kriterien festgelegt werden, wann ein Glücksspielverhalten als problematisch einzuschätzen ist. Damit besteht eine bessere Aussicht, dass eine Intervention rechtzeitig erfolgen kann. Die Fachleute bezeichnen es als eine Notwendigkeit, nebst der direkten Prävention in den Spielbanken künftig auch die breite Bevölkerung für das Problem zu sensibilisieren, besonders aber auch die stark gefährdeten Subgruppen, wie beispielsweise die jungen Männer.

Mit einer Ausnahme bewerten alle befragten Expertinnen und Experten das derzeitige Beratungs- und Therapieangebot für pathologische Spielende als ungenügend. Es wird gefordert, ein spezialisiertes Angebot für Spielende mit Problemen zu entwickeln; Berater/-innen und Therapeut/-innen sollten ihr Fachwissen einschlägig erweitern. Der Aufbau eines flächendeckenden spezialisierten Angebotes an ambulanten und stationären Einrichtungen wird als dringlich eingestuft. Entsprechende Therapieangebote sollten interdisziplinär bzw. integrativ angelegt sein, damit ausreichend auf individuelle Bedürfnisse eingegangen werden kann. Eine direkte Verwertung der Erfahrungen aus der stoffgebundenen Suchttherapie wird empfohlen, wie beispielsweise, dass keine Vorbedingungen (z.B. Glücksspielabstinenz, Verhängen einer Spielsperre) an eine Beratung/Therapie geknüpft und Rückfälle als Bestandteil des therapeutischen Prozesses verstanden werden. Bei schwerer Glücksspielproblematik sei zwar die völlige Abstinenz erstrebenswert. Bei weniger schwer ausgeprägter Problematik jedoch könne der kontrollierte Umgang mit dem Glücksspiel durchaus eine Alternative darstellen. Bei allen Massnahmen zugunsten Spielsüchtiger sollte auf keinen Fall die Unterstützung deren Angehörigen in Vergessenheit geraten. Eine entsprechende Betreuung könne getrennt oder gemeinsam mit der spielenden Person erfolgen. Je nach Situation sind verschiedenste Sachhilfen verfügbar zu machen (z.B. Schuldenberatung, Familienberatung, Rechtsberatung, etc.), wozu aber eine Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Angebote erforderlich sei.

---

<sup>1</sup> Ausführlich dazu: Bass-Müller, 2002.



Erwähnt wird auch der Forschungsbedarf für die Schweiz im Bereich des problematischen Glücksspiels. Um künftig die Effektivität der präventiven Massnahmen, Beratungen und Therapien überprüfen zu können seien insbesondere Evaluationsstudien nötig. Denn die im Bereich des Glücksspiels verfolgte Politik müsse sich auf wissenschaftliche Daten abstützen können.

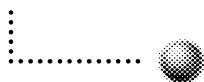
## **5.2 Auswertung der Befragung von Personen mit problematischer Glücksspielerfahrung**

Zunächst wird das Spielverhalten der Befragten im lebenslangen, dann im aktuellen Kontext betrachtet. Daraufhin wird näher auf die Erfahrungen mit Hilfesystemen und professioneller Therapie und den Beginn der ‚Suchtkarriere‘ bis hin zur intensivsten Spielphase eingegangen, wobei auch Fragen betreffend Spielarten, Spielkontext und Komorbidität diskutiert werden. Es folgt die Auswertung der Angaben zum Ausstieg aus der Spielsucht bzw. zu den Ausstiegsversuchen. Am Ende dieses Abschnitts werden die Einschätzungen der Befragten zu den schweizerischen Gesetzesänderungen im Spielbankenbereich erörtert.

### 5.2.1 Problematisches Spielverhalten der Befragten in Bezug auf die gesamte Lebensspanne

Eine Reihe von Angaben der Befragten betreffen das Spielverhalten und daraus folgende Konsequenzen in Bezug auf die gesamte Lebensspanne. Dazu gehören auch die Items des South Oaks Gambling Screens ‚SOGS‘ (Lesieur & Blume, 1987). Dieses Screening-Verfahren erlaubt festzustellen, inwieweit bei den Befragten im Verlaufe des Lebens ein pathologisches Glücksspielverhalten vorgelegen hat und in welchem Ausmass deren Leben bis anhin durch das Spielverhalten beeinflusst worden ist. Aufgrund der Antworten zu den SOGS-Items lassen sich 61 Befragte als ehemalige oder aktuelle pathologische Glücksspieler/-innen klassifizieren (>5 SOGS-Punkte) und zwei gehören zur Kategorie von Personen, die wegen ihres zeitweise aufgetretenden Spielverhaltens als stark gefährdet einzustufen sind (3-4 SOGS-Punkte). Nur gerade bei einer Person kann davon ausgegangen werden, dass für sie bis zur Befragung sehr wahrscheinlich nie eine grössere Gefährdung bestanden hat (0-2 SOGS-Punkte). Die Daten dieser Person konnten trotzdem bei den meisten Auswertungen miteinbezogen werden, weil es sich allem Anschein nach um einen Spieler handelt, der ganz am Beginn einer Störungsentwicklung steht. Diese Vermutung basiert auf einer gründlichen Analyse seiner Angaben und auf dem Umstand, dass er sich durch den Medienaufruf (*Wir suchen Personen mit Spielproblemen*) offenbar angesprochen fühlte. Das Sample, das dieser Untersuchung zugrunde liegt, besteht demnach fast ausschliesslich aus Personen mit Spielsucht-Erfahrung. Zudem erreichen die meisten der Befragten hohe Scores in der Gesamtsumme auf der SOGS-Punkteskala (0-20 Punkte), was auf relativ schwerwiegende Fälle verweist. Fast die Hälfte der Interviewten (n=29) verfügen über einen Gesamtscore zwischen 11 bis 20 Punkten. Der Mittelwert beträgt 9.89 Punkte (s=3.4, range=16). In einer kanadischen repräsentativen Befragung (Hodgins et al., 1999) findet sich im Vergleich ein mittlerer SOGS-Gesamtscore von 8.1 Punkten (s=4.9, range=12), in einer weiteren kanadischen Untersuchung mit medienrekrutierten Spieler/-innen ein mittlerer Gesamtscore von 12 (s=4) (Hodgins, 2001). Diese Ergebnisse unterstützen die These von Rumpf et al. (2000), dass medienrekrutierte Spielende über schwerwiegendere Probleme verfügen als Befragte aus repräsentativen Untersuchungen (vgl. 3.2). Leider findet sich in den beiden Schweizer Studien zur Glücksspielprävalenz, die den SOGS verwendet haben, keinen Hinweise auf die ermittelten Durchschnittswerte der Scores, weshalb diesbezüglich kein Vergleich möglich ist.

Mit Bezug auf die gesamte Lebensspanne zeigt sich zwischen objektiver SOGS-Klassifizierung und subjektiver Beurteilung der eigenen Spielgewohnheiten durch die Befragten eine hohe Übereinstimmung. Fast alle (n=58) bestätigen, mit dem Spielen einmal ein schweres Problem gehabt zu haben. Beispielsweise haben, mit einer Ausnahme, alle im Verlaufe ihres Lebens schon um mehr Geld gespielt oder gewettet, als sie eigentlich beabsichtigten. Bei den meisten (n=57) ist es einige Male bis sehr oft vorgekommen, dass nach einem Geldverlust, am darauf folgenden Tag erneut das Glücksspiel gesucht wurde, mit dem Ziel das verlorene Geld wieder zurück zu gewinnen. Wiederum rund die Hälfte (n=31) gibt an, dass ein typischer Spieltag mit einem Totalverlust endete, während bei der anderen Hälfte (n=31) ein solcher



Tag zumindest mit einem Teilverlust zu Ende ging. All dies deutet mit Blick auf das Spielverhalten auf einen erheblichen Kontrollverlust hin. So beläuft sich auch der an einem typischen Spieltag verspielte Geldbetrag durchschnittlich über alle Befragten hinweg auf CHF 2'000.-. Die Spielenden geben zudem an, dass die grösste jemals an einem Spieltag gewonnene Geldsumme im Mittel CHF 10'185.- und der grösste jemals erlittene Spielverlust CHF 7'777.- beträgt. Der gesamthaft über die ganze Lebensspanne hinweg verspielte Geldbetrag wird auf durchschnittlich CHF 258'110.- geschätzt. Die meisten Probanden (n=51) haben im Verlaufe ihres Lebens bereits einmal Geld ausgeliehen oder Geld, welches für andere Zwecke gedacht war, genommen, um damit zu spielen oder Spielschulden bezahlen. Solche Geldquellen (vgl. Tabelle 5-1) sind am häufigsten Banken und andere Kreditinstitutionen (n=36), sowie das Haushaltsbudget (n=35) oder finanzielle Reserven von Verwandten (n=25) und befreundeten Personen (n=25). Bei fast der Hälfte der Befragten (n=29) ist es schon vorgekommen, dass Kredite nicht pünktlich zurückbezahlt werden konnten, weil das Geld ins Glücksspiel investiert wurde. Deshalb geben auch fast drei Viertel der Interviewten (n=46) an, sich schon einmal über längere Zeit verschuldet zu haben. Die Schulden dieser Personen liegen zum Zeitpunkt der Erhebung bei durchschnittlich CHF 66'390.-. Die meisten Interviewten (n=36) vermerken dazu, dass es sich dabei zur Gänze um Spielschulden handelt. Nur gerade neun Personen verweisen auf weitere Gründe, wie Geschäftsverluste, Drogenkonsum oder Ausbildungskosten als zusätzliche Verschuldungsfaktoren.

Tabelle 5-1: Herkunft des geliehenen oder genommenen Geldes

|                                   | <b>Nennungen<br/>(n=51)</b> | <b>Prozente<br/>(n=51)</b> |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Banken/Kreditinstitutionen</b> | 36                          | 70.6%                      |
| <b>Haushaltsbudget</b>            | 35                          | 68.6%                      |
| <b>Verwandte</b>                  | 25                          | 49%                        |
| <b>Freunde</b>                    | 25                          | 49%                        |
| <b>Kreditkarten/Bancomaten</b>    | 23                          | 45.1%                      |
| <b>Lebenspartner/-in</b>          | 17                          | 33.3%                      |
| <b>Aktien/Obligationen</b>        | 9                           | 17.6%                      |
| <b>Kredithaie</b>                 | 6                           | 11.8%                      |
| <b>Verkauf von Familienbesitz</b> | 6                           | 11.8%                      |
| <b>Schecks</b>                    | 3                           | 5.9%                       |

Nebst finanziellen Schwierigkeiten hat das exzessive Glücksspiel häufig auch Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld verursacht. Ein Drittel (n=21) ist deswegen schon von der Arbeit oder der Schule ferngeblieben, ebenfalls ein Drittel (n=19) hat deswegen schon einmal Schwierigkeiten bei der Arbeit bekommen oder sogar die Stelle verloren. Häufig werden zudem Probleme in den Beziehungen zu Familienmitgliedern oder befreundeten Personen berichtet (n=45). Die Mehrheit ist wegen ihrer Spielgewohnheiten schon von Anderen kritisiert worden (n=55) und hatte deswegen bzw. wegen den Spielfolgen Schuldgefühle (n=57). In der Mehrzahl der Fälle (n=49) haben sich die Befragten zudem mit Personen aus dem gleichen Haushalt wegen ihrer Art, mit Geld umzugehen, gestritten: bei 79% dieser Fälle handelte es sich dabei um Auseinandersetzungen, die direkt die Spielgewohnheiten der Interviewten betrafen. Um Konflikte aus dem Weg zu gehen, hat fast die Hälfte der Interviewten (n=30) versucht, Lotteriescheine, Geld aus Spielgewinnen oder andere Indizien für ihr Spielverhalten vor Bezugspersonen zu verstecken. Hingegen gibt eine Mehrzahl an (n=40), nie gegenüber Anderen falsche Behauptungen über realisierte Gewinne und Verluste aufgestellt zu haben. Neun aller Befragten erwähnen explizit delinquentes Verhalten als Folge des pathologischen Glücksspiels. Diese Personen berichten von Veruntreuung und Geldhinterziehung, aber auch von Problemen mit der Polizei oder sonstigen Behörden, ausgelöst durch gewalttätige Handlungen oder Sachbeschädigung als Folge von Frustration und erhöhtem Aggressionspotential. Beispielsweise ist folgendes berichtet worden:



*„In der Lehre nahm ich täglich CHF 50.- bis 100.- aus der Geschäftskasse, um mir mein Spielen finanzieren zu können. Als der Diebstahl bemerkt wurde, musste ich meine Ausbildung abbrechen und ich verlor meine Lehrstelle.“<sup>2</sup>*

*„Als ich in Geldnöte kam, begann ich Unterschriften bei Rechtsschutzversicherungsanträgen zu fälschen. Als Prokurist konnte ich so unbemerkt die Provision abkassieren. Meine Vorgesetzten erwischten mich und ich verlor den Job.“*

*„Die Polizei kennt mich mittlerweile. Ich drohe immer wieder diesen Casino-Manager zu erschiessen oder so. Ich habe auch schon heimlich irgendwas im Casino beschädigt. Das Gericht schickte mich auch schon in Therapie deswegen. Aber ich sage immer wieder, dass einmal etwas passieren wird und irgendein Spieler Amok läuft.“*

Die genannten negativen Konsequenzen des Glücksspiels sind für die Betroffenen offenbar psychisch stark belastend. Die Befragten (n=50) berichten mehrheitlich über Schlafstörungen im Zusammenhang mit ihrem Spielverhalten und 25 Probanden sind wegen des Spielens schon einmal so verzweifelt gewesen, dass sie sich das Leben nehmen wollten:

*„Die Situation hatte sich wegen dem Spielen so stark zugespitzt, bis ich nicht mehr konnte. Mein Zusammenbruch war enorm. Zuerst schmiss ich alle Möbel aus dem Fenster meines Zimmers und dann versuchte ich mich mit einer Pistole zu erschiessen. Die Polizei konnte jedoch eingreifen und wies mich dann in die Psychiatrie ein.“*

Fast alle (n=53) haben im Verlaufe ihres Lebens bereits daran gedacht, mit dem Spielen aufzuhören, die Idee aber wieder verworfen, weil sie nicht glaubten, die angestrebte Spielabstinenz auch wirklich erreichen zu können.

### 5.2.2 Problematisches Spielverhalten der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung

Nachdem feststeht, dass der befragte Personenkreis durchwegs Erfahrung mit der Spielsucht hat, interessiert die Problemlage zum Zeitpunkt der Befragung. Zur Beurteilung des aktuellen Spielverhaltens können Angaben zur Glücksspielhäufigkeit in einer typischen Woche während den zwölf Monaten vor dem Interview sowie zur Verkräftung der finanziellen Spielausgaben und zu Rückfällen im selben Zeitraum herangezogen werden. Aufgrund dessen sind vier Kategorien gebildet worden. Dabei wurde diejenige Person, die laut SOGS-Kriterium nicht als Problemspieler gilt, ausgeschlossen. Besagte Probandenkategorien setzen sich wie folgt zusammen:

*Pathologische Spieler/-innen (n=15):* All jene, die in den vorausgehenden zwölf Monaten Glücksspiele tätigten und eine schlechte finanzielle Verkräftung der Spielausgaben (Verluste) angeben. In diese Gruppe fällt beispielsweise folgende Person:

*„Ich habe zurzeit grosse Probleme. Während den Monaten April und Mai habe ich um viel mehr Geld gespielt als beabsichtigt. Ich musste grosse Verluste einstecken und verbringe sehr viel Zeit in Casinos.“*

*Im Ausstieg begriffene Spieler/-innen (n=22):* In diese Gruppe fallen all jene, die seit weniger als zwölf Monaten ihr Spielverhalten deutlich eingeschränkt haben<sup>3</sup> und sich mit völliger Spielabstinenz oder zumindest einem kontrolliertem Spielverhalten versuchen. Dies sind Personen, die innerhalb dieser Zeitspanne entweder nicht mehr gespielt haben (ohne Rückfälle) oder solche, die nunmehr massvoll Glücksspiele tätigen und die Spielausgaben gemäss Auskunft finanziell gut verkräften können. Beispielfhaft hierfür ist folgende Aussage:

<sup>2</sup> Gesprächsnotizen aus den Interviews werden sinngemäss wiedergegeben

<sup>3</sup> Nicht berücksichtigt werden Spielarten, wie Lotto oder ähnliches

<sup>5</sup> Die Aufteilung in die verschiedenen Gruppen stimmt bei fast allen Fällen auch mit der zur Befragung benutzten Fragebogenversion überein. Nur gerade drei Personen sind laut der hier beschriebenen Kategorien des Spielverhaltens anhand der für sie falschen



*„Ich hatte überall Schulden, meine Familie war zerrüttet. Dann beschloss ich vor zwei Monaten mit dem Spielen ganz aufzuhören. An Glücksspielautomaten habe ich seither nie mehr gespielt. Ab und zu spiele ich noch Lotto, dies war für mich jedoch nie ein Problem.“*

*Kontrollierte Spieler/-innen (n=12):* Personen, die seit mind. zwölf Monaten ‚kontrolliert‘ Spielen, d.h., die Spielausgaben finanziell gut verkraften, wie folgender Spieler:

*„Vorher hatte ich grosse Probleme, dann habe ich mit meinem Sozialarbeiter genau vereinbart, wie viel Geld ich pro Woche noch verspielen darf. So verspiele ich heute viel weniger als früher.“*

oder:

*„Ausser in den Ferien, d.h. zwei Wochen im Jahr, spiele ich nicht mehr.“*

*Abstinente Spieler/-innen (n=14):* In diese Gruppe fallen diejenigen Probanden, die sich seit mind. zwölf Monaten spielabstinent verhalten<sup>3</sup>, ohne dabei jemals Rückfälle erlitten zu haben. Dazu gehört die Person, von der folgende Aussage stammt:

*„Seit der Spielsperre, die ich vor 16 Monaten veranlasst habe, bin ich absolut ‚clean‘.“*

Die gemäss diesen Kriterien vorgenommene Einteilung ist anschliessend mit den übrigen Angaben des Interviews verglichen worden. Fälle, bei welchen nach eingehender Durchsicht des Interviews noch Unklarheiten bezüglich der richtigen Einteilung bestanden, wurden von einer zweiten Person nochmals beurteilt. Bei diesem im Zweifelsfall zweistufigen Beurteilungsverfahren gab es keinen einzigen nicht übereinstimmenden Fall.<sup>5</sup>

Aus der erfolgten Gruppeneinteilung wird deutlich, dass die Abstinenz nicht die einzig mögliche Lösung für problematisches Spielverhalten darstellt. Passend wurde in einer australischen Studie aufgezeigt, dass der kontrollierte Umgang mit dem pathologischen Spiel langfristig besteht und nicht zwingend zu Rückfällen führt (Blaszczynski, McConaghy & Frankova, 1991).

Die Angaben zum aktuellen Spielverhalten in einer typischen Woche der vorangehenden zwölf Monate weisen fünf Personen aus, die täglich bis mehrmals täglich gespielt haben. Eine Person hat an fünf bis sechs Tagen, und acht Personen an drei bis vier Tagen einer solchen Woche gespielt. Vierzehn Personen geben an, nur ein bis zweimal in einer typischen Woche gespielt zu haben, während bei den Übrigen die Spielgelegenheiten noch seltener waren. In diese letzte Kategorie fallen Personen, die sporadisch Glücksspiele an Geldautomaten oder traditionelle Casinospiele tätigen (n=14), wie auch solche, die noch ab und zu Lotto oder ähnliches spielten (n=7). Darunter sind neun Personen, die im Verlaufe der zwölf Monate vor der Befragung den Ausstieg aus der Glücksspielsucht geschafft haben. Weitere zehn Personen berichten, dass sie während dieser Zeit ‚nie‘ um Geld gespielt haben. In diesen Fällen wurde nachgehakt, um festzustellen, wie die Spieler/-innen ‚nie‘ tatsächlich definieren. Die meisten der Betroffenen (n=7) verbinden ‚nie‘ mit absoluter Spielabstinenz (inkl. Lottospiele), nur ein kleinerer Teil (n=3) schliesst darin sehr selten getätigte Lotto-, Bingo und Kartenspiele oder ähnliches mit ein. Fünf Personen ist es schwer gefallen, die Spielhäufigkeit bezogen auf eine typische Woche anzugeben. Darunter befinden sich Phasenspieler/-innen (n=3), die in bestimmten Phasen mehrmals täglich und in anderen selten bis nie pro Woche spielen und zwei ‚Börsenspieler‘, für welche die gewählte Häufigkeitsskala (Tage pro Woche) eher ungünstig ist, da sie sehr viel häufiger ‚Spielverhalten‘ vorweisen (besser wäre die Skala: Stunden pro Tag). Schliesslich gibt ein Viertel der 64 Personen (n=15) an, in den vorangehenden zwölf Monaten beim Spielen mehr verloren zu haben, als sie sich eigentlich leisten können.

---

Fragebogenversion befragt worden. Bei den genannten drei Probanden handelt es sich um Grenzfälle, bei welchen die vorgenommene Einteilung aufgrund der Überprüfung der Angaben aus dem Interview deutlich Sinn macht.



Wie bereits erwähnt, verfügen 58 aller Befragten über eine adäquate Problemeinsicht, was laut einschlägiger Literatur auf eine hohe Bereitschaft zur Verhaltensänderung hinweist (Petry, 1996; Bondolfi et al., 2000). Zudem haben 48 Personen seit einiger Zeit ihr exzessives Spielverhalten eingeschränkt, oder aber sie versuchen dies seit kurzem. Aufgrund der Detailauswertung der Interviews wird deutlich, dass sich auch in der Gruppe der aktuell pathologisch Spielenden viele mit ‚Ausstiegsgedanken‘ beschäftigen und kurz vor einer grundlegenden Verhaltensänderung zu stehen scheinen. So wünschten beispielsweise viele dieser Spieler/-innen eine Übermittlung von Kontaktadressen verschiedener Hilfsangebote oder teilten im Laufe des Interviews wiederholt mit, dass sie ihr Verhalten ändern möchten. All dies zeigt auf, dass es sich bei den Befragten um ein Sample von Personen mit hoher Änderungsbereitschaft handelt, die ihre Problemlage dementsprechend deutlich wahrnimmt.

### 5.2.3 Beratungs- und Behandlungserfahrung der befragten Spielerinnen und Spieler

Die Grenzziehung zwischen behandlungserfahrenen und behandlungsfreien Personen bzw. die Antwort auf die Frage ‚Wie wenig Behandlung ist noch Behandlung?‘ (vgl. Klingemann et al., 2001) ist für die Untersuchung des Phänomens der ‚Selbstheilung‘ von entscheidender Bedeutung. Wie ein internationaler Vergleich einschlägiger Studien verdeutlicht, scheint sich trotzdem bislang noch keine methodisch einheitliche Vorgehensweise zur Identifizierung ‚Behandlungsfreier‘ durchgesetzt zu haben (Marotta, 1999; Rumpf et al., 2000; Hodgins et al., 1999). Neben dem Umstand, dass kulturspezifische Sichtweisen die Vorstellungen darüber prägen, was eine Behandlung charakterisiert, schaffen gerade auch die spezifischen institutionellen Gegebenheiten im medizinischen und sozialtherapeutischen Bereich der einzelnen Länder eine unterschiedliche Ausgangslage für die Untersuchung von Fragen zur Autoremission (Klingemann et al., 2001). Je nach Land und oftmals auch Landesteil übernehmen nämlich verschiedenartige Leistungserbringer unterschiedliche Funktionen hinsichtlich der Bereitstellung medizinischer und sozialtherapeutischer Angebote. Versuche in Richtung einer weitgehenden Standardisierung von Kriterien zur Festlegung der als ‚Behandlung‘ oder auch nur ‚Intervention‘ ‚zählenden‘ bzw. nicht ‚zählenden‘ Kontakte mit Institutionen müssen in Anbetracht dessen scheitern. Bei der hier zu bearbeitenden Fragestellung spitzt sich diese Problematik noch zu, weil spielsuchtbezogene Beratungs- und Behandlungskonzepte in der Schweiz noch wenig verbreitet und kaum institutionalisiert sind. Hinzu kommt, dass zur Autoremission bei Spielsüchtigen erst wenige Untersuchungen vorliegen und somit die Frage der zweckmässigen methodischen Grenzziehung zwischen remissionsrelevanten und –irrelevanten sozialarbeiterischen und therapeutischen Interventionen noch weitaus weniger geklärt ist als im Bereich substanzgebundenen Suchtverhaltens. Diesen Unzulänglichkeiten wurde bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments insofern Rechnung getragen, als dass die Frageformulierungen darauf abzielten, möglichst das ganze Spektrum von Interventionen zu erfassen, ohne dass bereits im Vorfeld auf deren Relevanz für die Bewältigung der Glücksspielsucht fokussiert wurde. Erst in einem zweiten Schritt wurde im Rahmen der Datenauswertung sodann nach einer sachgerechten Differenzierung mittels objektiver Kriterien gesucht.

Die Auskünfte der befragten Personen (N=64) über ihre lebenslange Erfahrung mit sozialberaterisch oder therapeutisch tätigen Stellen und Einrichtungen sowie mit anderen Hilfsangeboten haben ergeben, dass es in 52 Fällen mindestens zu einmaligen Kontakten gekommen ist. Die Betroffenen waren bei ihrer ersten derartigen Kontaktaufnahme im Durchschnitt rund 38 Jahre alt ( $\bar{X}$ =37.58;  $s$ =10.15,  $Md$ =34 Jahre). Sie erfolgte demnach im Mittel etwa 3 Jahre nach der intensivsten Spielphase ( $n$ =51;  $\bar{X}$ =2.88;  $s$ =7.17,  $Md$ =3 Jahre). Jedoch berichten elf Personen, dass entsprechende Kontakte schon vor ihrer intensivsten Spielphase aufgenommen wurden.

Fast die Hälfte aller Befragten ( $n$ =31) ist bereits mit einer ambulanten psychiatrischen Einrichtung in Kontakt gekommen: Dort waren die Betroffenen während einer Dauer von rund einem Jahr ( $\bar{X}$ =12.76 Monate;  $s$ =14.75) mit durchschnittlich vier Kontakten pro Monat ( $\bar{X}$ =3.91;  $s$ =6.13) in Behandlung. Diese grosse Fallzahl in der Kategorie von Personen mit ambulant psychiatrischer Behandlung ist darauf zurückzuführen, dass 17 Befragte durch die psychiatrische Praxis von Dr. A. Canziani vermittelt worden sind. Dieser Umstand ist bei der Ergebnisinterpretation unbedingt im Auge zu behalten. Ambulante psychologische Dienstleistungen wurden von einem Drittel der Befragten ( $n$ =19) in Anspruch genommen (Therapiedauer:  $\bar{X}$ =11.73 Monate;  $s$ =15.24; Anzahl Kontakte pro Monat:  $\bar{X}$ =2.59;  $s$ =1.22). Jeweils ein Viertel der Interviewten beanspruchte schon einmal eine stationäre psychiatrische Behandlung ( $n$ =15; Therapiedauer:

$\bar{X}$ =3.01 Monate;  $s$ =2.45; Anzahl Kontakte insgesamt:  $\bar{X}$ =1.38;  $s$ =0.77), bzw. besuchte schon einmal ein Sozial- oder Fürsorgeamt ( $n$ =16; Kontaktdauer:  $\bar{X}$ =13 Monate;  $s$ =14.33; Anzahl Kontakte pro Monat  $\bar{X}$ =1.73;  $s$ =1.16). Weniger häufig ( $n$ =12), aber am längsten sind die Kontakte der Befragten mit Selbsthilfegruppen ( $\bar{X}$ =17.22;  $s$ =30.88). Kontakte mit Suchtberatungs- ( $n$ =11), Schulden- ( $n$ =7) und Familienberatungsstellen ( $n$ =1) oder Alkoholfachkliniken bzw. drogentherapeutischen Einrichtungen ( $n$ =3) bestehen hingegen weitaus seltener (vgl. Abbildung 5-1).

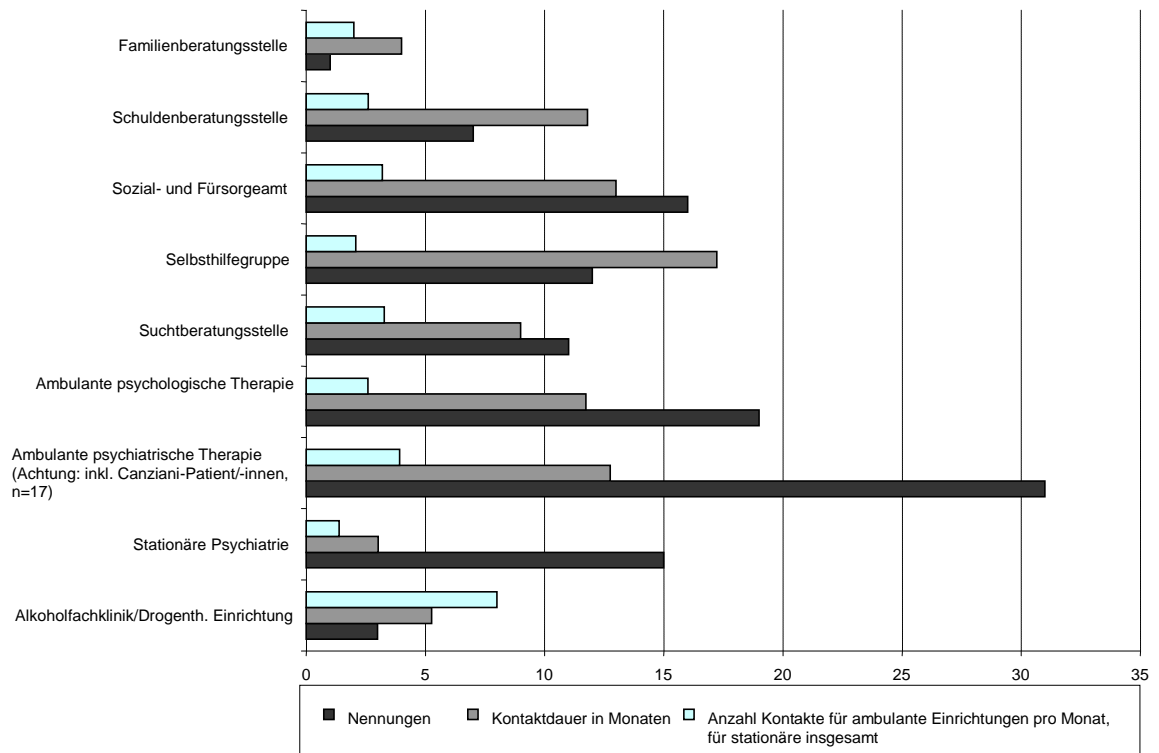


Abbildung 5-1: Kontaktierte Hilfsangebote (Mehrfachnennungen), Gesamtdauer der Behandlung, Anzahl Kontakte ( $n$ =52)

Rund ein Drittel ( $n$ =18) aller Befragten erwähnt zudem die Beanspruchung anderer Hilfsangebote, wie eine hausärztliche Beratung oder die Zuwendung zu christlichen Gemeinschaften oder esoterisch-spirituellen Gruppen, die explizit wegen der Spielprobleme kontaktiert wurden.

Anhand der Angaben über die lebenslange Erfahrung mit sozialberaterisch oder therapeutisch tätigen Stellen und Einrichtungen und anderen Hilfsangeboten sind die Befragten in eine Gruppe mit bzw. ohne ‚suchtbezogener Interventionserfahrung‘ eingeteilt worden. Diese Einteilung erfolgte nach objektiven Kriterien, welche nach einer eingehenden Prüfung der Daten erarbeitet wurden. Dabei wurde auch auf eine möglichst weitgehende Übereinstimmung mit den Kriterien anderer Studien zur Selbstheilung geachtet. (Klingemann et al., 1988; Marotta, 1999; Hodgins et al., 1999; Rumpf et al., 2000):

Als Probanden mit *suchtbezogener Interventionserfahrung* gelten somit *per definitionem* Personen, die mindestens einmal im Leben mit einer *suchtbezogenen Einrichtung* (z.B. Suchtberatung, Schul-



denberatung, Selbsthilfegruppe) oder mit einer anderen Stelle in Kontakt gekommen sind, bei welcher explizit ein *suchtbezogener Nutzen* erwähnt wird.

Bei Kontakten mit Einrichtungen der Sucht- und Schuldenberatung wird unterstellt, dass bei den von dieser Seite unternommenen Interventionen ein Zusammenhang mit der Spielsuchtproblematik bestanden hat. Im Falle von Kontakten mit anderen Beratungsangeboten oder Hilfeeinrichtungen erfolgte die Zuordnung in die Gruppe mit suchtbezogener Interventionserfahrung indes nur, wenn aus den Antworten deutlich hervorgeht, dass die Intervention für die Betroffenen einen suchtbezogenen Nutzen gehabt hat. Personen ohne suchtbezogene Interventionserfahrung mussten aber ein weiteres Kriterium erfüllen, bevor sie als ‚Autoremittierte‘ bzw. ‚Selbsteiler/-innen‘ klassifiziert wurden. Dieses Kriterium bezieht sich auf Beratungs- und Behandlungskontakte in der Zeit vor dem Ausstieg aus der Spielsucht, d.h. vor der Spielabstinenz oder vor dem Wechsel zu einem kontrollierten Umgang mit dem Glücksspiel:

*Interventionserfahrung vor Remission:* Personen ohne suchtbezogene Interventionserfahrung, die zudem während den letzten zwei Jahren vor dem Ausstieg aus der Glücksspielsucht nicht mehr als einmal eine beliebige Hilfeeinrichtung aufgesucht und nie eine stationäre psychiatrische Behandlung erfahren haben, gelten als ‚objektive Selbsteiler/-innen‘. Im Falle einer stationären Behandlung oder bei mehr als einem Kontakt mit einer ambulanten Interventionsstelle im besagten Zeitraum wurden die Probanden als interventionserfahrene ‚Aussteiger/-innen‘ klassifiziert.

Tabelle 5-2 weist die verschiedenen Spielerkategorien aus, welche durch eine Kombination des Kriteriums der Interventionserfahrung mit demjenigen des aktuellen Spielverhaltens (vgl. 5.2.2) entstehen, und in Tabelle 5-3 sind die entsprechenden Fallzahlen eingetragen, wobei der Proband, der laut SOGS-Kriterien nie ein pathologischer Spieler war, in den Angaben nicht enthalten ist.

Tabelle 5-2: Mögliche Typen von Spieler/-innen

|                                    | <b>Aktuell pathologisch spielend</b>                  | <b>Ehemals pathologisch spielend</b>        |                     |                  |
|------------------------------------|---|---|---------------------|------------------|
|                                    |   | <b>Im Ausstieg begriffen</b>                | <b>Kontrolliert</b> | <b>Abstinent</b> |
| <b>Mit Interventionserfahrung</b>  | Pathologische/r Spieler/in trotz Behandlungserfahrung | Remission aufgrund Behandlungserfahrung     |                     |                  |
| <b>Ohne Interventionserfahrung</b> | Pathologische/r Spieler/-in behandlungsfrei           | Autoremission pathologischer Spieler/-innen |                     |                  |





Tabelle 5-3: Aufteilung der Befragten (n=63) nach Spieler/-innen Typ und Interventionserfahrung

|                                    | Aktuell pathologisch spielend | Ehemals pathologisch spielend |              |           | Total |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|-----------|-------|
|                                    |                               | Im Ausstieg begriffen         | Kontrolliert | Abstinent |       |
| <b>Mit Interventionserfahrung</b>  | 9                             | 19                            | 7            | 9         | 44    |
| <b>Ohne Interventionserfahrung</b> | 6                             | 3                             | 5            | 5         | 19    |
| <b>Total</b>                       | 15                            | 22                            | 12           | 14        | 63    |

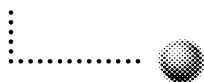
Im Ergebnis führt die vorgenommene Klassifizierung dazu, dass insgesamt 20 Personen ohne Interventionserfahrung ausgewiesen werden.<sup>6</sup> Wenig mehr als Hälfte (n=10) davon fällt gemäss der von uns gewählten Definition in die Kategorie ‚objektiver Selbstheiler/-innen‘. Um darauf basierend eine sinnvolle Schätzgrösse für die Selbstheilerrate unter den pathologischen Spielern zu erhalten, ist eine Eingrenzung auf diejenigen befragten Personen erforderlich, die nicht über institutionelle Vermittlung erreicht wurden. Es handelt somit um den Kreis von Befragten, der über Medienaufrufe und in Spielstätten aufgelegte Handzettel sowie Mund-zu-Mund – Propaganda erreicht worden ist. Aufgrund der solchermassen reduzierten Fallzahl gelangt man zu nunmehr neun ‚objektiv autoremittierten‘ Personen, die acht ‚objektiv behandelten‘ gegenüberstehen. Dies entspricht einer ermittelten (objektiven) *Selbstheilerrate* von rund 53%.

Bei einem Vergleich der (suchtbezogen) interventionserfahrenen mit den interventionsfreien Personen können Ergebnisse anderer Studien (Hodgins & El-Guebaly, 2000; Marotta, 1999) dahingehend bestätigt werden, als dass Personen ohne Interventionserfahrung von weniger ausgeprägten Spielproblemen betroffen sind als Personen, welche über suchtbezogene Beratungs- und Behandlungserfahrung verfügen. Letztere haben lebenslang signifikant mehr Geld verspielt (U=272, z=-1.981, p=.048) und weisen eine höhere Suizidneigung auf (Chi<sup>2</sup>=3.945, df=1, Phi=-.250, p=.047). Obwohl keine statistische Signifikanz erreicht wird, verweisen auch andere Indikatoren auf einen positiven Zusammenhang zwischen vorhandener Interventionserfahrung und einer vergleichsweise stärker ausgebildeten Glücksspielpathologie: Dazu gehören höhere Werte bei der SOGS-Gesamtsumme, häufiger berichtete Schlafprobleme, höhere Geldverluste pro Spieltag, höhere Score-Werte beim CAGE-Test sowie der vermehrte Konsum harter Drogen. Für die Interpretation der oben berechneten Selbstheilerrate von 53% bedeutet dieser Befund, dass die Selbstheilerrate für die Gesamtbevölkerung höher angesetzt werden muss. Denn bekanntlich werden durch Medienrekruitierungen eher schwerere Fälle erreicht, was gemäss dem erwiesenen Zusammenhang bedeutet, dass auch ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung grösserer Prozentanteil ‚Behandelter‘ in der Stichprobe vertreten ist.

Untersucht man alle zehn eruierten ‚Selbstheiler/-innen‘, so unterscheiden sich diese von den - ‚Aussteiger/-innen mit Interventionserfahrung‘ (N=16) betreffend Ausstiegsbedingungen (Motive, Pläne, Anzahl Versuche, etc.) dahingehend, dass sie signifikant weniger sozialen Druck als Ausstiegsmotiv, (Chi<sup>2</sup>=5.252, df=1, Phi=-.458, p=.022), dafür vermehrt das Ausfallen der Spielgelegenheit (z.B. durch Umzug) erwähnen (Chi<sup>2</sup>=6.173, df=1, Phi=.497, p=.013).

Im Gegensatz zur objektiven Einteilung, bei der besagte 20 Personen ohne suchtbezogene Interventionserfahrung ausgewiesen werden, ergibt eine Einteilung nach der subjektiven Einschätzung der Befragten ein etwas anderes Bild. Demnach sind 33 Personen der Auffassung, dass mit Bezug auf ihre Spielproblematik von keiner Seite eine als hilfreich empfundene Intervention erfolgt ist. Davon sind 18

<sup>6</sup> In Tabelle 5-3 werden wegen des Ausschlusses des Probanden, bei dem gemäss SOGS keine Spielsuchtproblematik aufweist, nur 19 Personen ausgewiesen.



Personen als sogenannte ‚subjektive Selbstheiler‘ zu klassifizieren, weil sie den Übergang zu einem kontrollierten Spielen oder zur völligen Spielabstinenz geschafft haben. Legt man wiederum nur den über Medienaufrufe und Handzettel erreichten Stichprobenanteil zugrunde, so ergibt sich ein Verhältnis, bei dem 13 subjektive Selbstheiler nunmehr noch vier ‚subjektiv Behandelten‘ gegenüberstehen. Daraus lässt sich eine ‚subjektive Selbstheilerrate‘ von 76.5% ermitteln.

Die Befragten die mindestens ein Kontakt mit irgendeiner Betreuungseinrichtung oder Gruppe angeben (n=52), haben zudem den subjektiven Nutzen der einzelnen Interventionen bewertet. Insgesamt sind 29 Personen, welche mit irgendeiner Einrichtung oder Person Kontakt gehabt haben, der Ansicht dass diese ihnen im Hinblick auf ihre Spielprobleme etwas gebracht hat. Am häufigsten (n=12) wird ein subjektiver Nutzen von ambulanten psychiatrischen Behandlungen und von Behandlungen im stationären psychiatrischen Rahmen angegeben. Dabei gilt es wieder zu beachten, dass die befragte Canziani-Klientel dazu führt, dass die Kategorie ‚ambulante psychiatrische Therapie‘ stärker gewichtet wird. Weitere Hilfseinrichtungen und deren Beratungen werden in Bezug auf subjektiven Nutzen für das pathologische Spielverhalten seltener genannt (vgl. Tabelle 5-4).

Tabelle 5-4: Hilfsangebote und deren subjektiver Nutzen in Bezug auf das pathologische Spielverhalten

| Hilfsangebote  | Anzahl Nennungen | Subjektiver Nutzen (n=64) | Kein subjektiver Nutzen (n=64) | Subjektiver Nutzen unklar (n=64) |
|--|------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Allgm. stationäre Psychiatrie  | 15               | 7                         | 0                              | 8                                |
| Stationäre Alkoholfachkliniken/ stationäre spezifische Suchtkliniken | 3                | 1                         | 0                              | 2                                |
| Ambulante psychiatrische Therapie                                    | 31               | 12                        | 3                              | 16                               |
| Hausarzt   | 9                | 2                         | 1                              | 6                                |
| Ambulante psychologische Therapie                                    | 19               | 3                         | 1                              | 15                               |
| Selbsthilfegruppe  | 12               | 2                         | 1                              | 9                                |
| Sozial- und Fürsorgeamt  | 16               | 4                         | 0                              | 12                               |
| Suchtberatung  | 11               | 3                         | 2                              | 6                                |
| Schuldenberatung   | 7                | 1                         | 0                              | 6                                |
| Familienberatung   | 1                | 1                         | 0                              | 0                                |
| Religiöse Gruppen  | 9                | 4                         | 1                              | 4                                |

Mehr als dreissig (n=33) Befragte, die mindestens einen Behandlungskontakt angeben (n=52), glauben, dass eines der genannten Hilfsangebote zwar nicht bei den Spielproblemen, aber auf andere Weise geholfen hat. Am häufigsten wird der subjektive Nutzen für das allgemeine Wohlbefinden genannt (n=15). Der Nutzen für das Sozialverhalten wird am zweithäufigsten (n=8) und der Nutzen für andere nicht suchtbezogene psychische Störungen (n=5) sowie für praktische Probleme (n=5) am dritthäufigsten erwähnt. In wenigen Fällen wird zudem auf andere Suchterkrankungen (n=3) und auf die Vergangenheitsbewältigung (n=2) Bezug genommen.

Achtzehn Personen geben Gründe an, weshalb sie im Verlaufe ihres Lebens nie Hilfsangebote in Anspruch genommen haben oder lange gezögert haben, solche zu kontaktieren. Am häufigsten (jeweils



n=6) sind Gründe, wie ‚mangelnde Problemeinsicht und Selbstüberschätzung‘ bzw. ‚kein einsehbarer Nutzen der Hilfsangebote‘ genannt worden. Des weiteren scheinen Behandlungswiderstände wie ‚Angst/S‘ (n=4), ‚Stolz‘ (n=4) und ‚Unwissen über Hilfsangebote oder mangelndes Angebot‘ (n=4) eine Rolle zu spielen. Über Behandlungswiderstände äusserten sich Befragte u.a. wie folgt:

*„Ich weiss gar nicht ob und welche Hilfsangebote es bei Spielproblemen gibt und zudem wollte ich mir immer selber helfen.“*

*„Ich habe mich lange selbst überschätzt und war viel zu stolz Hilfe anzunehmen. Zudem hatte ich Angst vor Reaktionen der anderen und davor, dass ich gegen aussen meine Glaubwürdigkeit verlieren könnte.“*

*„Professionelle Hilfsanbieter beraten nach reiner Theorie, haben selbst zuwenig Erfahrung und sind nicht kompetent genug.“*

#### 5.2.4 Einstieg in die Spielsucht, erste Probleme und intensivste Spielphase

Die befragten Personen waren im Mittel rund 22 Jahre alt, als sie das erste Mal um Geld spielten ( $\bar{X}$ =22.21 Jahre;  $s$ =10.52,  $Md$ =18.5)<sup>7</sup>. In der Studie von Osiek et al. (1999) geben 89% der Problemspieler/-innen (n=75) an, beim ersten Glücksspiel jünger als 21 Jahre gewesen zu sein. Der Erstkontakt mit dem Glücksspiel scheint somit bereits in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter zu erfolgen. Von besonderem ätiologischem Interesse ist der Sachverhalt, wonach von den insgesamt 61 Personen, die gemäss SOGS ein pathologisches Spielverhalten ausweisen, immerhin drei über Glücksspielprobleme mindestens eines Elternteils berichten (4.9%).

Die ersten Erfahrungen mit dem Glücksspiel wurden mehrheitlich (n=35) an Geldspielautomaten oder beim Video-Poker gesammelt (vgl. Abbildung 5-2). Bei einem Viertel (n=12) der Befragten standen Kartenspiele (z.B. Jassen um Geld), in acht Fällen traditionelle Casino-Spiele (z.B. Roulette) am Anfang. Münzenspiele (n=3), Lottomatches/Bingo (n=2) sowie Sportwetten, Geschicklichkeitsspiele, Börsen-/Termingeschäfte und Lotto (jeweils n=1) werden relativ selten als erste Glücksspielerfahrung berichtet. In der Genfer Studie geben Problemspieler/-innen vor allem Kartenspiele und Geldautomaten-Spiele als erstgetätigte Glücksspielarten an und dies signifikant häufiger als die Normalpopulation (Osiek et al., 1999). Diese Ergebnisse stimmen mit der These von Fachleuten überein, wonach insbesondere von Glücksspielautomaten ein sehr grosses Suchtpotential ausgeht (Petry, 1996).

---

<sup>7</sup> $\bar{X}$  = Arithmetischer Mittelwert;  $s$  = Standardabweichung;  $Md$  = Median

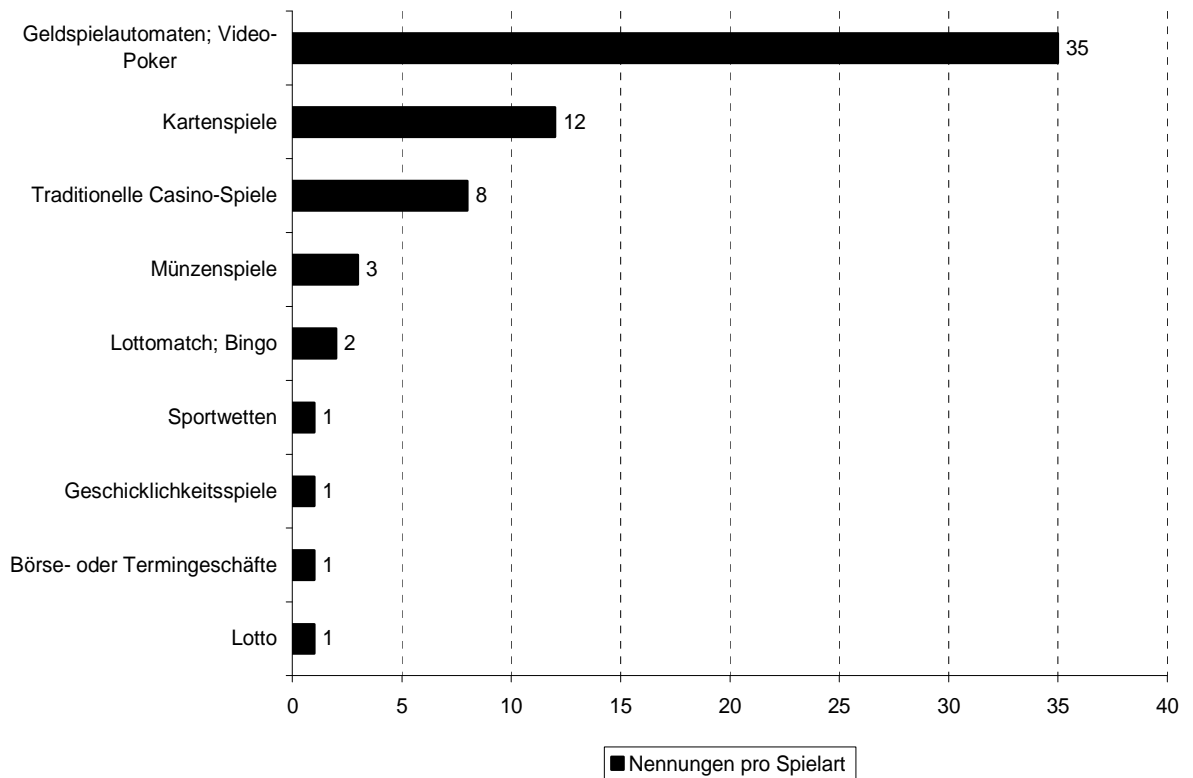


Abbildung 5-2: Erste getätigte Glücksspielart überhaupt der befragten Spielerinnen und Spieler (N=64)

Rund die Hälfte ( $n=33$ ) hat die ersten Erfahrungen mit dem Spielen um Geld zusammen mit Freunden oder Bekannten gemacht. Nur etwa ein Drittel ( $n=21$ ) hat alleine, ohne Begleitung angefangen zu spielen. Die restlichen Probanden sind zusammen mit dem/der Lebenspartner/-in oder einem Familienmitglied die ersten Male spielen gegangen ( $n=4$  bzw.  $n=5$ ). Die im Kanton Tessin durchgeführte Studie zeigt, dass Problemspieler/-innen signifikant häufiger alleine das Casino aufsuchen als Personen ohne Spielprobleme (Molo Bettelini et al., 2000). Demzufolge spricht manches dafür, dass das unproblematische erlebnisorientierte Glücksspiel eher in der Gemeinschaft mit anderen Personen stattfindet und als soziales Ereignis erlebt wird, während gefährdete Spieler/-innen dazu neigen, mit der Zeit häufiger alleine die Spielstätten aufzusuchen. Wenn das Glücksspiel bei Individuen seinen geselligen Charakter einbüsst, dann kann dies somit als ein Hinweis für die Entwicklung eines problematischen Spielverhaltens bei den Betroffenen gelten.

Die Befragungsergebnisse zeigen weiters, dass die Hälfte der Befragten im Mittel rund 30 Jahre alt war (vgl. Tabelle 5-5), als die negativen Konsequenzen ihres Spielverhaltens zum ersten Mal Probleme bereiteten ( $\bar{X}=30.48$  Jahre;  $s=12.43$ ;  $Md=27.5$  Jahre). Durchschnittlich liegen zwischen Einstieg und dem Wahrnehmen erster Probleme somit rund acht Jahre ( $\bar{X}=8.23$ ;  $s=9.80$ ,  $Md=5$  Jahre). Einige Probanden äussern jedoch Mühe, den Zeitpunkt für das Auftauchen erster Probleme genau zu benennen. Manche erwähnen, dass aus objektiver Sicht negative Konsequenzen schon sehr bald auftraten, diese aber subjektiv oftmals nicht wahrgenommen wurden. Negative Konsequenzen waren zunächst vor allem finanzieller, psychischer oder familiärer Art. Ein Proband bemerkt dazu:

*„Während meiner Berufslehrausbildung wollte ich plötzlich über Mittag nicht mehr nach Hause, sondern lieber spielen gehen. Dies führte natürlich zu Problemen mit meinen Eltern.“*

Eine andere Person schildert die anfänglichen Probleme folgendermassen:



*„Ich absolvierte meine Ausbildung im Gastgewerbe und wenn ich nichts zu tun hatte, spielte ich am Glücksspielautomaten in der Ecke des Restaurants. Später begann ich dann auch mit Freunden während der Zimmerstunde zu spielen, bis ich kein Geld mehr hatte.“*

Tabelle 5-5: Alter der Befragten beim Einstieg sowie beim Bemerkten erster Probleme

|                      | <b>Alter Einstieg<br/>(N=64)</b> | <b>Alter erste Probleme<br/>(n=63)</b> | <b>Dauer Einstieg -<br/>erste Probleme<br/>(n=63)</b> |
|----------------------|----------------------------------|--|---|
| <b>Ø (Jahre)</b>     | 22.21                            | 30.48                                  | 8.23  |
| <b>s (Jahre)</b>     | 10.50                            | 12.43                                  | 9.80  |
| <b>Md (Jahre)</b>    | 18.50                            | 27.50                                  | 5.00  |
| <b>Modal (Jahre)</b> | 15.00                            | 17.00                                  | 4.00  |
| <b>Min. (Jahre)</b>  | 7.00                             | 14.00                                  | >1  |
| <b>Max. (Jahre)</b>  | 54.00                            | 75.00                                  | 62  |

Im Mittel waren die Befragten zum Zeitpunkt ihrer intensivsten Spielphase<sup>8</sup> rund 35 Jahre alt (Ø=34.81 Jahre; s=10.67; Md=35 Jahre). D.h. die intensivste Spielphase erfolgte durchschnittlich 12 Jahre nach dem Einstieg (Ø=12.24 Jahre; s=8.77; Md=11 Jahre) und rund vier Jahre nach dem Wahrnehmen erster Probleme auf (Ø=3.81 Jahre; s=9.32; Md=2 Jahre). Bei elf Personen ging indes diese Phase der Wahrnehmung erster negativer Konsequenzen voraus.

Besagte intensivste Spielphase dauerte durchschnittlich rund 41 Monate (Ø=41.11 Monate; s=54.65; Md=24 Monate). Während dieser Phase haben die meisten Personen (n=23) in einer typischen Woche mehrmals täglich oder zumindest täglich gespielt, sieben Personen an 5 bis 6 Tagen pro Woche, mehr als ein Viertel (n=17) an 3 bis 4 Tagen pro Woche, sieben Personen an 1 bis 2 Tagen pro Woche und zwei seltener als an 1 bis 2 Tagen pro Woche. Ein Proband beschreibt die damalige Situation folgendermassen:

*„In dieser sehr intensiven Spielphase war ich fast täglich im Casino. Sobald es seine Tore öffnete war ich da und blieb bis alles Geld verspielt war oder bis das Casino spät in der Nacht schloss.“*

Fünf Personen geben an, in ihrer intensivsten Spielzeit nur phasenweise gespielt zu haben, d.h. mit sehr ungleich verteilter Spielhäufigkeit. Dazu äussert sich jemand wie folgt:

*„Sobald ich Geld hatte, ging ich damit spielen. Am Anfang des Monats, sobald der Lohn auf meinem Bankkonto war, zog es mich in den Spielsalon. Nach ein, zwei sehr intensiven Spieltagen war meistens nichts mehr vom Geld übrig, also musste ich wieder ein paar Wochen warten, bevor wieder Lohn auf mein Konto floss.“*

Die beiden ‚Börsenspieler‘ unter den Probanden beschäftigten sich rund um die Uhr über Internet mit Börsenkursen. Einer davon berichtet:

*„Ich informierte mich ständig über Internet über die laufenden Börsenkurse und kaufte auch immer alle Zeitungen und Zeitschriften, damit ich genauestens informiert war. In der Nacht stand ich mehrmals auf, um per Internet die asiatischen Aktienmärkte im Auge behalten zu können. Wenn ich endlich schlafen konnte, träumte ich von der Börse.“*

Abbildung 5-3 lässt klar erkennen, dass die Spielhäufigkeit in der intensivsten Spielphase der Befragten um einiges höher liegt als in den zwölf Monaten vor der Befragung, was wiederum darauf hindeutet, dass es sich bei den befragten Spieler/-innen um Personen handelt, die zumeist ihr Spielverhalten bereits verändert haben oder aber sich in einer Phase der Veränderung befinden.

<sup>8</sup> Die „intensivste Spielphase“ bezieht sich *per definitionem* auf diejenige Zeitperiode, in der am meisten Geld verspielt wurde.

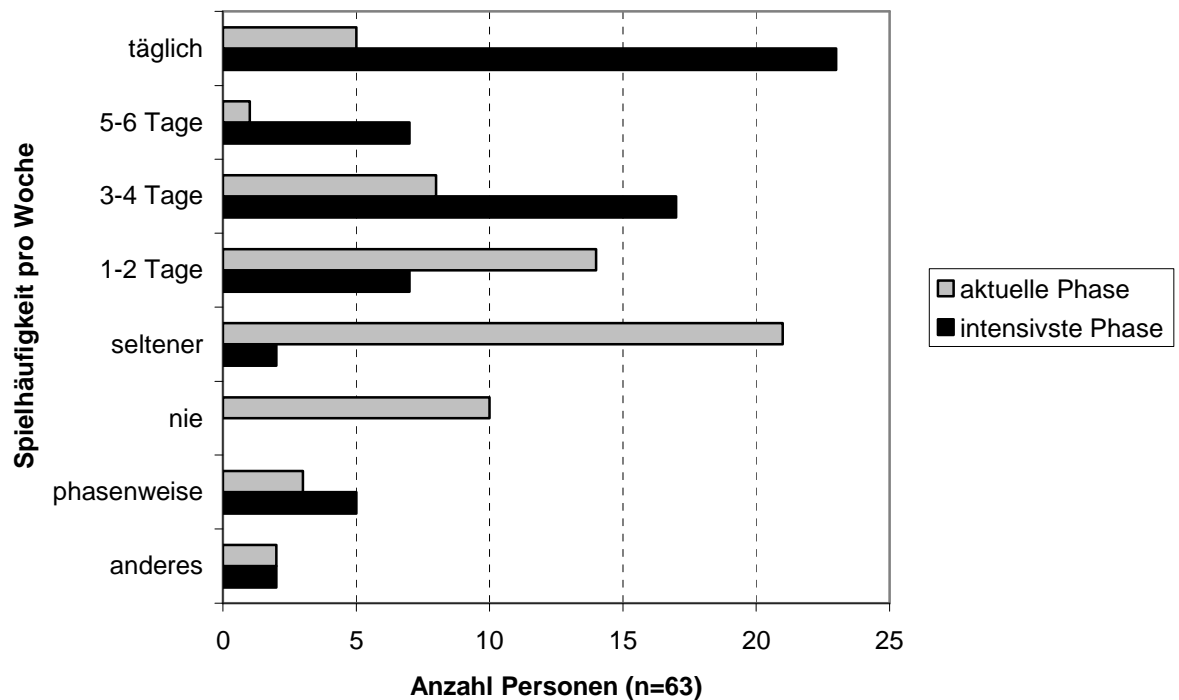


Abbildung 5-3: Spielhäufigkeit pro Woche der Befragten in der aktuellen bzw. intensivsten Spielphase

Die Daten erlauben auch einen Vergleich zwischen den verschiedenen Arten des Glücksspiels, wobei sich allerdings die Bezugsperiode für Personen, die mit der Version A (n=45) befragt wurden von derjenigen für Personen, die mit der Version B (n=19) befragt wurden, unterscheidet (vgl. Tabelle 5-6). Die mit der Version A Befragten (ehemals pathologisch Spielende) geben Angaben zur intensivsten Spielphase und die mit der Version B Befragten (aktuell noch pathologisch Spielende) solche zum Zeitraum von zwölf Monaten vor der Befragung<sup>9</sup>. Die Gruppe der aktuell noch pathologisch Spielenden tätigt signifikant mehr Lottospiele in der Bezugsperiode als die Ehemaligen in ihrer intensivsten Spielphase (N=64; U=287.5; z=-2.122; p=.034), während die Gruppe der ehemals pathologisch Spielenden in ihrer intensivsten Zeit bei mehr Würfelspielen mitmacht hat, als die pathologisch Spielenden in den zwölf Monaten vor der Befragung (N=64; U=342; z=-2.082; p=.037). Bei den befragten Personen handelt es sich insgesamt mehrheitlich um solche, die ihr Glück an Geldautomaten herausfordern bzw. gefordert haben (n=50). Eine Sonderauswertung der ergänzenden Angaben zu den Spielpräferenzen bestätigt ausserdem, dass traditionelle Casino-Spiele (Tischspiele wie Roulette, Baccara etc.) vergleichsweise selten als ‚Hauptspielart‘ ausgewiesen werden (n=10). Angaben zu den Spielgewohnheiten der Patient/-innen des *Centre du Jeu Excessif* in Lausanne (Mitteilung durch Herrn L. Aufrère, 2003) ergeben ein weitgehend übereinstimmendes Bild. Als besondere Fälle gelten, die bereits erwähnten, hauptsächlich im ‚Börsenspiel‘ engagierten Probanden und zwei sogenannte ‚Score‘-Spieler<sup>1</sup>. Letztere sind nebst dem Geldgewinn auch an der erreichten Punktezahl, welche durch Geschicklichkeit zu erreichen ist, interessiert. Eine Auswertung der ‚Hauptspielart‘ in zeitlicher Dimension zeigt, dass diese interessanterweise kaum je einem Wechsel unterliegt.

<sup>9</sup> Wie bereits erwähnt, sind mit der Ausnahme von drei Personen, alle mit der passenden Fragebogenversion befragt worden. Eine Aufteilung der Befragten nach benutzter Fragebogenversion (A vs. B) entspricht demnach fast ausschliesslich einer Einteilung in aktuell und ehemals pathologisch Spielende.



Tabelle 5-6: Spielhäufigkeit pro Spielart für die intensivste und aktuelle Spielphase (<sup>1</sup> mit Version B Befragte: aktuell pathologische Spieler/-innen: n=19; <sup>2</sup> mit Version A Befragte: ehemals pathologische Spieler/-innen: n=45)

| Spielhäufigkeit               | Lotto, Lotto-match, Bingo, Sport-Toto |                  | Kartenspiele, Würfelspiele, Geschicklichkeitsspiele |                  | Pferdrennen, andere Glücksspiele mit Tieren |                  | Börsenspekulationen, Termingeschäfte |                  | Glücksspielautomaten |                  | Internet-spiele  |                  |
|-------------------------------|---------------------------------------|------------------|---|------------------|---|------------------|--------------------------------------|------------------|----------------------|------------------|------------------|------------------|
|                               | %                                     |                  | %   |                  | %   |                  | %                                    |                  | %                    |                  | %                |                  |
|                               | Akt <sup>1</sup>                      | Int <sup>2</sup> | Akt <sup>1</sup>                                    | Int <sup>2</sup> | Akt <sup>1</sup>                            | Int <sup>2</sup> | Akt <sup>1</sup>                     | Int <sup>2</sup> | Akt <sup>1</sup>     | Int <sup>2</sup> | Akt <sup>1</sup> | Int <sup>2</sup> |
| <b>Nie</b>                    | 5.5                                   | 28.9             | 63.2  | 56.8             | 89.5  | 88.9             | 89.5                                 | 84.5             | 5.3                  | 15.5             | 94.7             | 93.3             |
| <b>Seltener als 4 X/Monat</b> | 66.7                                  | 57.8             | 26.3  | 31.8             | 10.5  | 11.1             | 10.5                                 | 13.3             | 36.8                 | 8.9              | 5.3              | 6.7              |
| <b>4 X/Monat oder mehr</b>    | 27.8                                  | 13.3             | 10.5  | 11.4             | 0   | 0                | 0                                    | 2.2              | 57.9                 | 75.6             | 0                | 0                |
| <b>Total (%)</b>              | 100.0                                 | 100.0            | 100.0   | 100.0            | 100.0                                       | 100.0            | 100.0                                | 100.0            | 100.0                | 100.0            | 100.0            | 100.0            |

Bei den Angaben zu den Spielstätten, welche die Probanden besucht haben, geben die mit der Version B Befragten (n=19) wiederum Auskunft zum Jahr, das der Befragung vorangeht, und die mit der Version A Befragten berichten zu ihrer intensivsten Spielphase. Die Angaben der beiden Personengruppen zu den Spielhäufigkeiten an verschiedenen Spielstätten unterscheiden sich jedoch nicht signifikant voneinander. In einer typischen Woche spielten die Befragten am häufigsten und am längsten in Spielcasinos (n=42; 14.65 Stunden), in Spielsalons (n=30; 10.77 Stunden) und in Restaurants (n=26; 10.31 Stunden). Eindeutig seltener (n=6) wurde mit durchschnittlich 11 Stunden bei legalen und illegalen privat organisierten Treffs gespielt. Die Ergebnisse dazu sind in Tabelle 5-7 zusammengefasst. Die Distanz vom Wohnort der Spielerinnen und Spieler bis zum Ort, an dem sie am häufigsten gespielt haben, beträgt im Mittel rund 43 km (s=103.52; Md=10 km).

Tabelle 5-7: Anzahl Nennungen und durchschnittliche Spieldauer pro Woche über alle Befragten (N=64) hinweg

|                                | Nennungen (% der Fälle) | Durchschnittliche Spieldauer pro Woche (h) |
|--------------------------------|-------------------------|--|
| <b>Spielcasino</b>             | 42 (65.6%)              | 14.65                                      |
| <b>Spielsalons</b>             | 30 (46.9%)              | 10.77                                      |
| <b>Restaurants</b>             | 26 (40.6%)              | 10.31                                      |
| <b>Privat org. Spieltreffs</b> | 6 (9.4%)                | 11.00                                      |
| <b>In der Familie</b>          | 1 (1.6%)                | 1.00                                       |
| <b>Anderes</b>                 | 4 (6.3%)                | 8.17                                       |

Am häufigsten sind beiden Bezugsperioden die Casinos von Bern (CH), Baden (CH) und Bregenz (A) besucht worden (vgl. Abbildung 5-4). Die meisten Befragten (n=27) gingen abwechselnd in zwei bis vier verschiedene Casinos.

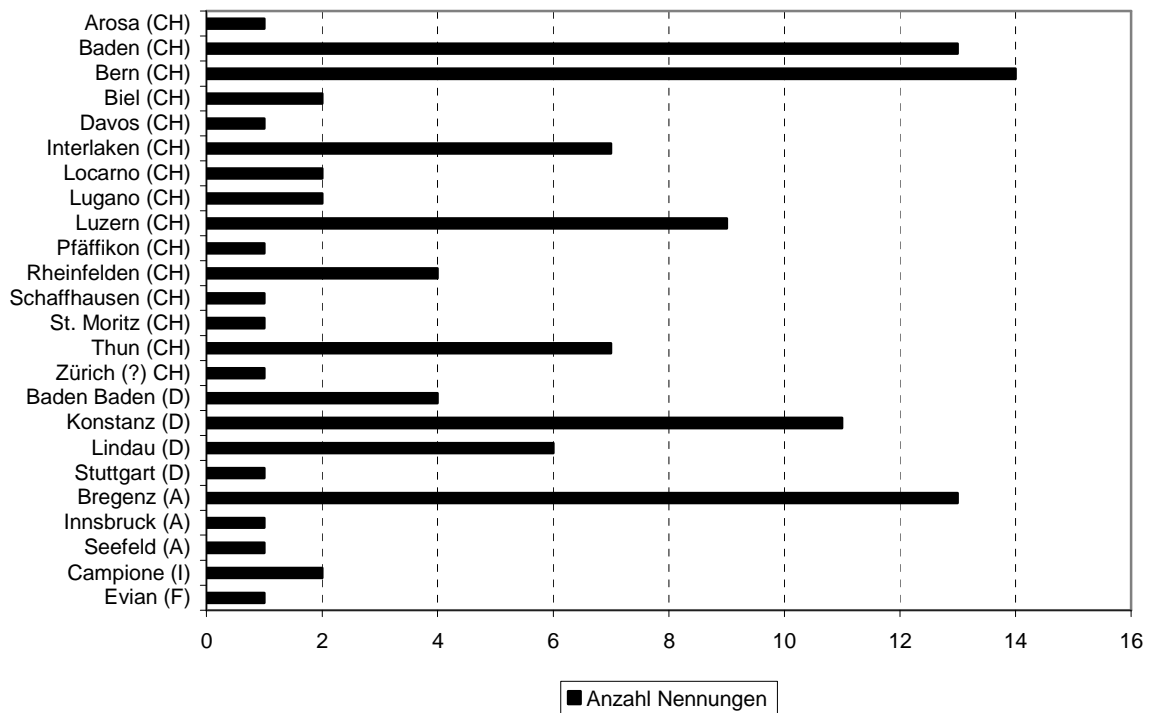


Abbildung 5-4: Besuchte Spielcasinos über verschiedene Spielphasen hinweg (N=64; Mehrfachnennung möglich)

### 5.2.5 Komorbidität

Wie bereits erwähnt, verweist das einschlägige Schrifttum darauf, dass das pathologische Glücksspiel häufig komorbid mit weiteren psychischen Störungen auftritt, insbesondere mit Substanzabhängigkeit, affektiven Störungen, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen (Black & Moyer, 1998; Lejoyeux et al., 2002; Shaffer & Korn, 2002).

Im Rahmen dieser Studie sind die Probanden hauptsächlich zur Komorbidität mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen befragt worden. Dabei wurde der Alkoholabhängigkeit spezielle Aufmerksamkeit geschenkt. Der verschiedentlich nachgewiesene positive Zusammenhang zwischen pathologischem Glücksspiel und Alkoholmissbrauch (Crockford & El-Guebaly, 1998; Osiek et al., 1999; Bondolfi et al., 2000) wird mit Blick auf dessen möglichen Einfluss auf Selbstheilungsprozesse einer weiteren Überprüfung unterzogen. Eine darüber hinausgehende differenzierte Erfassung aller denkbaren Komorbiditätsphänomene hätte das eingesetzte Erhebungsinstrument überfrachtet.

Die Probanden machen Angaben zum allgemeinen Substanzenkonsum in den dreissig Tagen vor dem Interview (vgl. Tabelle 5-5). Rund zwei Drittel der Personen rauchte in dieser Zeit täglich Zigaretten und/oder andere Tabakwaren (n=37). Der Prozentsatz regelmässiger Raucher/-innen ist in der vorliegenden Untersuchung demnach doppelt so hoch wie die in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 ermittelte Punkteprävalenz von 33% (Bundesamt für Statistik, 1998).<sup>10</sup> Selbst wenn man aufgrund des überproportionalen Männeranteils in der Stichprobe nur die Prävalenz des regelmässigen Nikotinkonsums unter den Männern (n=32) berücksichtigt, bleibt eine Prozentsatzdifferenz von rund 18% bestehen. Zu einem übereinstimmenden Befund gelangen Petry und Oncken (2002). Sie weisen an einer klinischen Stichprobe nach, dass ungefähr zwei Drittel der befragten pathologischen Spieler/-innen täglich Zigaretten

<sup>10</sup> In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wurde eine repräsentative Stichprobe des Alterssegmentes der über 15-jährigen telefonisch befragt.





ten rauchen und dass zudem die Ausprägung der Nikotinsucht positiv mit stark ausgeprägter Glücksspielsucht und anderen psychiatrischen Symptomen zusammenhängt.

Jeweils acht Personen tranken im selben Zeitraum täglich Alkohol bzw. an der Hälfte der Tage oder häufiger, vierzehn Personen an 5 bis 15 Tagen und zwanzig Personen an weniger als 5 Tagen. Von diesen Personen haben zwölf mindestens einmal im Monat vor der Befragung Alkohol bis zur Trunkenheit konsumiert. Insgesamt 14 Personen geben an, in diesem Zeitraum nie Alkohol konsumiert zu haben.

Vier Befragte konsumierten in den letzten dreissig Tagen vor der Erhebung im Minimum an 10 Tagen Cannabis. Weitere drei Personen nahmen im letzten Monat vor dem Interview an 5 bis 9 Tagen Cannabis zu sich, vier Personen an 1 bis 4 Tagen, die restlichen geben an in derselben Zeit nie Cannabis genommen zu haben. Das bedeutet, dass rund 17% der Befragten im Monat vor der Erhebung Cannabis konsumierten. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung von 1997 weist für den aktuellen Cannabiskonsum unter den 15-39-jährigen in der Bevölkerung nur einen Anteil von 7% aus (Bundesamt für Statistik, 1998).

Erwartungsgemäss sind in den dreissig Tagen vor der Befragung seltener andere der aufgeführten psychotropen Substanzen konsumiert worden (vgl. Tabelle 5-5). Vier Personen geben für diesen Zeitraum einen gelegentlichen ( $n=3$ ) bis täglichen ( $n=1$ ) Konsum von Tabletten oder Säften an. Zwei Personen nahmen gelegentlich (an 1 bis 15 Tagen) Stimulantien zu sich, fünf Befragte gelegentlich Kokain. Eine Person gibt an, Heroin an 20 Tagen im letzten Monat vor der Erhebung konsumiert zu haben sowie eine tägliche Dosis Methadon. Eine Person hat an einem Tag andere Opiate/Anagetika zu sich genommen. Der Gebrauch von Schnüffelstoffen oder Halluzinogenen ist in den letzten dreissig Tagen vor der Erhebung von sämtlichen Befragten verneint worden. Fasst man den Gebrauch dieser verschiedenen „harten Drogen“ zusammen, so erweist sich, dass rund 10% der Befragten innerhalb besagter dreissig Tage eine derartige Substanz konsumiert haben. Dem steht eine in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ermittelte Prävalenz für den aktuellen Konsum harter Drogen unter den 15- 39-jährigen von nur 1% gegenüber (Bundesamt für Statistik, 1998).

Eine weitere fallweise Zuordnung des Substanzgebrauchs in den dreissig Tagen vor der Erhebung zeigt, dass nur gerade fünf Personen keine der erfragten psychotropen Substanzen konsumiert haben. Insgesamt 16 Personen konsumierten sowohl Nikotin oder Alkohol als auch weitere Substanzen. Anders ausgedrückt haben 25% der Probanden im Monat vor dem Interview zusätzlich zu Tabak oder Alkohol noch andere der erfragten psychotropen Substanzen konsumiert. Dies erscheint insofern bemerkenswert, als die Häufigkeit und Schwere des unkontrollierten Spielverhaltens zunehmen soll, wenn mehr als ein Suchtmittel gebraucht wird (Crockford & El-Guebaly, 1998; Feigelman, Wallish & Lesieur, 1998). Alles in allem zeigen die Befragungsergebnisse, dass die Untersuchungsgruppe im Vergleich zur normalen erwachsenen Bevölkerung deutlich mehr psychotrope Substanzen konsumiert (Bundesamt für Statistik, 1998). Dies weist in dieselbe Richtung wie andere Befunde, laut denen zwischen 25% bis 63% der pathologischen Spieler/-innen das Kriterium für eine Substanzabhängigkeit im Verlaufe des Lebens erfüllen und umgekehrt 9% bis 16% der Personen mit Substanzabhängigkeit im Verlaufe des Lebens als pathologische Spieler/-innen diagnostiziert werden können (Crockford & El-Guebaly, 1998).

Hinsichtlich Konsums psychotroper Substanzen findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen ehemals ( $n=48$ ) und aktuell pathologisch Spielenden ( $n=15$ ) einzig im Falle des Konsums von Tabletten bzw. Säften in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Die aktuellen Spieler haben solche Substanzen häufiger konsumiert ( $N=64$ ;  $U=368.5$ ,  $z=-2.066$ ,  $p=0.039$ ). Obwohl aufgrund der kleinen Fallzahlen sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen lässt, erscheint es doch bemerkenswert, dass der Personenkreis, der einen aktuellen Konsum von ‚harten Drogen‘ aufweist, sich mit einer Ausnahme durchgängig aus ehemals pathologisch Spielenden zusammensetzt. Ausserdem sind neun der 14 Konsument/-innen illegaler Substanzen ehemals pathologisch Spielende. Dies könnte zumindest als ein Indiz dafür gewertet werden, dass der illegale Drogengebrauch zuweilen auch der Selbstmedikation bei pathologischem Glücksspiel dient und solchermassen eine Verlagerung zu einem substanzgebundenen Suchtverhalten initiiert wird. Allerdings finden sich auch keine signifikanten Unterschiede im Konsum von psychotropen Substanzen beim Vergleich von beratungs- bzw. behandlungserfahrenen und beratungs- bzw. behandlungsfreien Personen (vgl. 5.8).



Tabelle 5-8: Häufigkeit konsumierter Substanzen in den dreissig Tagen vor der Erhebung (N=64; Mehrfachnennungen möglich)

|  | <b>Nennungen</b> | <b>Minimum (Tage)</b> | <b>Maximum (Tage)</b> | <b>Konsum: Anzahl Tage pro Monat (Durchschnitt)</b> |
|--|------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <b>Zigaretten / andere Tabakwaren</b>    | 39               | 5                     | 30                    | 17.67   |
| <b>Alkohol, jeglicher Gebrauch</b>       | 50               | 1                     | 30                    | 8.25  |
| <b>Alkohol, Gebrauch bis Trunkenheit</b> | 12               | 1                     | 5                     | 0.33  |
| <b>Cannabis / Haschisch / Marihuana</b>  | 11               | 1                     | 30                    | 1.69  |
| <b>Kokain</b>                            | 5                | 1                     | 15                    | 0.48  |
| <b>Tabletten/Säfte</b>                   | 4                | 1                     | 30                    | 0.61  |
| <b>Stimulantien</b>                      | 2                | 2                     | 15                    | 0.27  |
| <b>Heroin</b>                            | 1                | 20                    | 20                    | 0.31  |
| <b>Methadon</b>                          | 1                | 30                    | 30                    | 0.47  |
| <b>Andere Opiate/Analgetika</b>          | 1                | 1                     | 1                     | 0.02  |
| <b>Andere Substanzen</b>                 | 1                | 7                     | 7                     | 0.11  |
| <b>Mehr als eine Substanz pro Tag</b>    | 6                | 30                    | 30                    | 1.16  |

Auf den Konsum alkoholischer Getränke ging die Befragung bekanntlich etwas ausführlicher ein. Fast alle Probanden (n=57) geben an, im Verlaufe des Lebens einmal betrunken gewesen zu sein, zum ersten Mal im Alter von durchschnittlich rund 18 Jahren ( $\bar{X}$ =17.78 Jahre; s=3.85; Md=18 Jahre). Bei einem Drittel der Befragten (n=20) soll mindestens ein Eltern- oder Grosselternanteil einmal an einer stoffgebundenen Sucht erkrankt sein; am häufigsten werden dabei alkoholranke Väter genannt (n=13).

Des weiteren ist einerseits bei den mit der Version B Befragten (aktuell pathologischen Spieler/-innen) die Konsumhäufigkeit von Alkohol in einer typischen Woche im Jahr vor der Befragung und bei den mit der Version A Befragten (ehemals pathologischen Spieler/-innen) im Jahr vor Einschränkung des Spielverhaltens erfragt worden. Die beiden Gruppen unterscheiden sich in ihrer Konsumhäufigkeit kaum voneinander. Weder ein Vergleich auf der Grundlage der beiden verwendeten Fragebogenversionen noch aufgrund der definitiven Gruppenaufteilung verweist auf signifikante Unterschiede. Infolgedessen spricht nichts gegen eine zusammenfassende Auswertung der betreffenden Items. Bezogen auf besagte zwei Referenzperioden haben demnach acht Personen (12.5%) täglich (n=6) bis mehrmals täglich (n=2) in einer typischen Woche alkoholische Getränke zu sich genommen und elf Personen (17.2%) mehrmals pro Woche (3-6 Mal wöchentlich). Ein Drittel der Befragten (n=20) hat an 1 bis 2 Tagen Alkohol konsumiert und 15 Personen (23.5%) seltener. Zehn Personen (15.6%) haben in derselben Zeit nie Alkohol getrunken. Eine sehr ähnliche Verteilung findet sich in der letzten Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik (1998). Der zufolge trinken 17.2% der über 15-jährigen Personen an in einer üblichen Woche täglich Alkohol, 10.3% mehrmals wöchentlich, 27.5% an 1 bis 2 Tagen die Woche, 26.3% seltener und 18.7% geben an, dass sie nie Alkohol trinken.

Der Alkoholkonsum ist auch mit Bezug auf einen ‚typischen Spieltag‘ erfasst worden (vgl. Tabelle 5-9). Mehr als die Hälfte der Personen (n=33) hat demnach an einem typischen Spieltag nie Alkohol konsumiert. Die übrigen 31 Personen haben an einem typischen Spieltag üblicherweise Bier (n=22;  $\bar{X}$ =10.5 dl pro Spieltag), Schnäpse/Whisky/Rum u.ä. (n= 10;  $\bar{X}$ =3.8 dl pro Spieltag) oder Wein getrunken (n=6,  $\bar{X}$ =3.17 dl pro Spieltag). Zwischen ehemals und aktuell pathologisch Spielenden Spielende zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

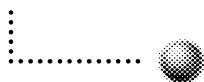


Tabelle 5-9: Häufigkeit und Menge der konsumierten Getränke an einem typischen Spieltag (N=64)

|                                  | <b>Nennungen<br/>(N=64)</b> | <b>Konsumierte Trink-<br/>menge/Spieltag (dl)</b> | <b>Konsumierte Menge<br/>reiner Alko-<br/>hol/Spieltag (g)*</b> |
|----------------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>Bier</b>                      | 22                          | 10.55   | 42.2  |
| <b>Schnaps, Whisky, Rum u.ä.</b> | 10                          | 3.81  | 138.5   |
| <b>Wein</b>                      | 6                           | 3.17  | 25.4  |
| <b>Aperitifs, Liköre u.ä.</b>    | 2                           | 1   | 24  |
| <b>„Suure Most‘</b>              | 2                           | 2   | 16  |
| <b>Alkohohalt. Medikamente</b>   | 0                           | -   | -   |
| <b>Anderes</b>                   | 1                           | -   | -   |

\*pro Trinkeinheit/Standardglas (z.B. 3 dl Bier, 1 dl Wein, 0.3 dl Schnaps) ca. 12 g reiner Alkohol; der Konsum von reinem Alkohol pro Tag führt ab 20 g bei Frauen und 40 g bei Männer zu gesundheitlichen Schäden (SFA, 1982, 2003)

Die Probanden wurden nach ihrer Einschätzung zum persönlichen Zusammenhang zwischen Glücksspiel und Alkoholkonsum befragt. Die meisten verneinen für sich einen solchen Zusammenhang (n=50). Es finden sich dabei Erläuterungen der folgenden Art:

*„Als Taxifahrer kann ich es mir nicht leisten zu stark zu trinken. Ich trinke ungefähr 2 dl Wein pro Tag, dies hat aber nie einen Einfluss auf mein Spielverhalten.“*

*„Zwischen dem Alkoholtrinken und dem Spielen sehe ich absolut keinen Zusammenhang, eher zwischen dem Rauchen und dem Spielen.“*

Dreizehn Personen sehen dagegen für sich einen klaren Zusammenhang – beispielhaft einige Aussagen dazu:

*„Unter Alkoholeinfluss wird gespielt bis der Sack leer ist.“*

*„Sowohl Alkohol als auch das Glücksspiel hilft Stress abzubauen und lassen einem die Sorgen vergessen.“*

*„Wenn ich Alkohol trinke wird das Spielbedürfnis verstärkt, man verliert aber auch schneller die Kontrolle. Man setzt mehr als man ursprünglich wollte, hat grössere Gewinnerwartungen und kann einfach nicht mehr aufhören, egal ob man gewinnt oder verliert.“*

*„Wenn Alkohol konsumiert wird, steigt das Risiko für Spielverluste, man beginnt auch exzessiv zu spielen.“*

Für einen kleineren Teil der Befragten besteht demnach ein persönlicher Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Spielverhalten. Alkohol scheint insbesondere das Spielverhalten zu enthemmen, das Spielbedürfnis zu steigern und dadurch die Wahrnehmung des Verlustrisikos zu beeinträchtigen. Auch diesbezüglich unterscheiden sich die beiden Gruppen der aktuell und ehemals pathologisch Spielenden kaum voneinander.

Zur objektiven Erfassung von Alkoholproblemen wurde schliesslich der *CAGE-Questionnaire* eingesetzt (Ewing, 1970). Wie bereits erwähnt, handelt es sich dabei um einen geläufigen Kurztest, welcher sich auf vier Lifetime-Items beschränkt. Wendet man das strenge Kriterium für eine potentielle Gefährdung über die gesamte Lebensspanne der geltenden CAGE-Einteilung an (Summe der CAGE-Items  $\geq 2$ ), führt dies zu folgendem Ergebnis: 13 Personen (20%) der vorliegenden Untersuchung scheinen durch Alkoholabhängigkeit potentiell gefährdet zu sein und 51 Personen (80%) demnach nicht. Im Einzelnen haben 38 Personen kein CAGE-Item, dreizehn Personen ein, neun Personen zwei, keine Person drei und vier Personen alle CAGE-Items bejaht. Aussagekräftige Unterschiede zwischen aktuell und ehemals pathologisch Spielenden finden sich wiederum keine. Werden die vier CAGE-Items näher untersucht (vgl. Tabelle 5-10),



so zeigt sich, dass 19 Personen im Verlaufe ihres Lebens einmal ihren Alkoholkonsum reduzieren wollten und dass 13 Personen bereits einmal Gewissensbisse wegen ihrem Alkoholkonsum hatten. Zehn Befragte geben an, schon einmal wegen ihrem Trinkverhalten von anderen Personen kritisiert worden zu sein und fünf Befragte haben im Verlaufe ihres Lebens schon einmal morgens beim Aufstehen Alkohol getrunken um einen Kater oder die Nervosität loszuwerden.

Die auf die Schweiz bezogene Befragung von Osiek et al. (1999) hat den Cage-Test gleichfalls eingesetzt und dabei insofern ein signifikanter Unterschied festgestellt, als 36% der Problemspieler/-innen (SOGS-Kriterium) und nur 8% der nicht gefährdeten Spieler/-innen ein Alkoholabhängigkeitsproblem nach dem CAGE-Kriterium) ausweisen. Laut Angaben des *Centre du Jeu excessif* in Lausanne weisen zehn (10.6%) von 94 Problemspieler/-innen, die innerhalb dreier Jahre dort behandelt wurden, eine vermutlich ebenfalls mit dem Cage-Test erhobene Komorbidität mit Alkoholabhängigkeit auf (Mitteilung durch Herrn L. Aufrière, 2003). Die bei den Probanden der vorliegenden Studie erhobene Prävalenz einer mutmasslichen Alkoholabhängigkeit (CAGE-Kriterium) liegt nach Ausschluss des einzigen nicht-gefährdeten Spielers (SOGS-Kriterium) mit 20.3% im Vergleich zu den erwähnten Befunden somit im Mittelfeld.

Tabelle 5-10: Häufigkeiten CAGE-Items einzeln

|  | Positive Beantwortung (n=63) |      |
|--|------------------------------|------|
|  | n                            | %    |
| <b>Cage 1 (reflektierte Konsumreduktion)</b> | 19                           | 29.7 |
| <b>Cage 2 (Kritik Trinkverhalten)</b>        | 10                           | 15.6 |
| <b>Cage 3 (Gewissensbisse)</b>               | 13                           | 20.3 |
| <b>Cage 4 (morgendlicher Konsum)</b>         | 5                            | 7.8  |

#### 5.2.6 Ausstiegsversuche und erfolgreicher Ausstieg

Die mit der Version B (aktuelle Spielprobleme) befragten Probanden (n=19) sind gebeten worden, ausführlich über ihre allenfalls gemachten Erfahrungen mit Ausstiegsversuchen zu berichten. Fast alle (n=15) aus dieser Gruppe haben bis zum Zeitpunkt der Erhebung demnach bereits einen oder mehrere Versuche (bis zu 50!) unternommen, ihr Spielverhalten zu ändern. Im Mittel hat der erfolgreichste Ausstiegsversuch im Alter von 35 Jahren stattgefunden ( $\bar{X}$ =35.6 Jahre; s=10.8, Md=33 Jahre). Dieser Ausstiegsversuch erfolgte im Durchschnitt rund drei Jahre nach der intensivsten Spielphase ( $\bar{X}$ =3.3 Jahre; s=10.11; Md=1 Jahr). Bei knapp der Hälfte (n=8) dieser Befragten liegt der erfolgreichste Ausstiegsversuch bis maximal fünf Jahre vor dem Befragungszeitpunkt zurück. Er dauerte im Durchschnitt rund anderthalb Jahre, für die Hälfte jedoch nur wenig mehr als ein halbes Jahr ( $\bar{X}$ =1.5 Jahre; s= 2.41; Md=0.61 Jahre).

Zwei Drittel (n=10) der Personen dieser Gruppe, die mindestens einen Ausstiegsversuch unternommen haben, schreiben diesen einem plötzlichen Entschluss zu, ihr Spielverhalten zu verändern<sup>11</sup>. Nur bei einem Drittel reifte demzufolge der Entschluss, den Ausstieg zu versuchen, in einem allmählichen Prozess. Die meisten (n=11) haben sich dabei vorgenommen, ganz mit dem Spielen aufzuhören. Als Motive, einen Ausstieg aus der Spielsucht zu wagen, werden insbesondere situative Veränderungen (z.B. Wegzug aus Gebiet, in dessen Nähe sich ein Casino befindet), sozialer Druck (z.B. Lebenspartner/-in droht Person zu verlassen) und finanzielle Nöte (z.B. Betreibungen) erwähnt (vgl. Tabelle 5-11). Dabei finden sich Äusserungen der folgenden Art:

*„Wegen eines Wohnortwechsels hatte ich weniger Gelegenheit zum Spielen.“*

*"Der Fahrausweis ist mir entzogen worden, ich hatte daher gar keine Möglichkeit mehr ins Casino zu gehen, die Distanz war ohne Auto zu gross."*

<sup>11</sup> Sämtliche Angaben zu den Ausstiegsversuchen der mit der ‚Version B‘ Befragten, beziehen sich auf den bis zur Erhebung erfolgreichsten Versuch



Die betreffenden Probanden haben zudem angegeben, welches die Pläne waren, mit denen der Ausstiegsversuch an die Hand genommen wurde (vgl. Tabelle 5-12). Am häufigsten ist dabei der Vorsatz genannt worden ‚sich von den Spielorten zu distanzieren‘. Weniger häufig haben die betroffenen Probanden Pläne entwickelt, die auch konkrete Vorkehrungen beinhalten, wie beispielsweise, dass man die Kreditkartenlimite heruntersetzen lässt, die Freizeit aktiv gestaltet, sich einem neuen Hobby zuwendet, soziale Unterstützung im Freundes- oder Angehörigenkreis anfordert oder dass man sich bewusst mit seiner Spielsucht auseinanderzusetzen sucht. Manche Personen haben überhaupt keine konkreten Pläne gefasst. Typischerweise lauteten Aussagen zum Thema dieser Probandengruppe wie folgt:

*„Ich versuchte nicht mehr in die Stadt zu gehen, den Spielmöglichkeiten aus dem Weg zu gehen.“*

Die Gründe für das Scheitern des erfolgreichsten Ausstiegsversuchs sind vielfältig. Fünf Personen geben an, dass ein Wegfall sozialer Unterstützung (z.B. Trennung von der Lebenspartnerin) sie wieder zum Spielen verleitet habe. Drei Personen berichten, dass Spielkumpane sie zum erneuten Einstieg animiert haben; jeweils zwei Personen geben an, dass die Versuchung schlicht überhand genommen hat, bzw. dass situative Veränderungen (z.B. Arbeitsplatzwechsel) am Abbruch des Versuchs schuld gewesen seien.

Die mit der Version A (ehemalige Spielprobleme) befragten Probanden (n=45) sind ausführlich nur zu ihrem letzten Ausstiegsversuch und somit zu ihrer gelungenen Bewältigung der Spielsucht befragt worden. Der wenigstens bis zur Erhebung erfolgreiche Ausstieg wurde im Durchschnitt im Alter von 39 Jahren in Angriff genommen ( $\bar{X}$  =39.11; s=10.58; Md=38), also ungefähr fünf Jahre nach der intensivsten Spielphase dieser Personengruppe ( $\bar{X}$  =5.22; s=5.64; Md=4). Bei 32 dieser Probanden fanden vorangehend ein oder mehrere Ausstiegsversuche statt (wiederum bis max. 50!). Prozentual unterscheiden sich die beiden Gruppen im Hinblick auf die Zahl der Ausstiegsversuche kaum. Insgesamt berichten nur geringfügig weniger ‚mit der Version A Befragte‘ (71.1%) über Ausstiegsversuche als ‚mit der Version B Befragte‘ (79%).

Die meisten (n=33) der mit der Version A Befragten (ehemalige Spielprobleme) glauben, dass der Ausstieg bzw. der Übergang zu einem kontrollierten Spielverhalten durch ein plötzliches Ereignis ausgelöst wurde. Nur elf Personen betrachten ihren Ausstieg aus der Spielsucht als allmähliche Entwicklung. Beim gelungenen Ausstieg aus der Spielsucht haben sich die meisten (n=38) vorgenommen, das Spielen ganz aufzugeben. Wie erwähnt, kommt nach Rumpf et al. (2000) das Anstreben der Abstinenz im Gegensatz zum kontrollierten Umgang mit dem Glücksspiel bei selbstgeheilten Medienrekrutierten häufiger vor als bei selbstgeheilten Spieler/-innen aus Repräsentativbefragungen. Von den 10 ‚Selbstheiler/-innen‘ (vgl. 5.2.3) der vorliegenden Studie haben sich acht vorgenommen das Spielen ganz aufzugeben. Dieser hohe Anteil Abstinenzanstrebender müsste laut Rumpf et al. (2000) demnach etwas nach unten korrigiert werden. Den Vorsatz, ihre Spielaktivitäten lediglich einzuschränken, hatten insgesamt nur sechs Personen. Dabei finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Version A und Version B).

Als häufigste Beweggründe für ihre erfolgreiche Bekämpfung der Spielsucht, werden finanzieller, sozialer und psychischer Druck erwähnt (vgl. Tabelle 5-11). Dies wird illustriert durch folgende Aussagen:

*„Es kamen Betreibungen vom Steueramt und ich hatte hohe Schulden bei Lieferanten. Da wurde mir bewusst, dass es eine Wendung braucht.“*

*„Ich hatte grosse Angst meine Frau und meine zwei kleinen Kinder endgültig zu verlieren.“*

*„Zum Schluss musste ich mir eingestehen, dass es nur noch zwei Wege gibt: Entweder ab ins Gefängnis und mich umbringen, oder etwas dagegen tun und mit dem Spielen aufhören.“*

Die in Tabelle 5-11 eingetragenen Angaben zeigen (Mehrfachnennungen möglich!), dass sich die Motive für Ausstiegsversuche von denjenigen für den definitiven Ausstieg dahin gehend unterscheiden, dass bei der erstgenannten Gruppe situativen Veränderungen (z.B. Umzug, Arbeitsplatzwechsel, Verlust des Fahr-



ausweises, etc.) ein deutlich grösseres Gewicht zukommt. Im Vergleich zu den Motiven, die zu einem definitiven Ausstieg bewogen haben, sind sie also eher durch zufällige Ereignisse bedingt und demzufolge unabhängig vom Spielverhalten. Bei den erfolgreichen Ausstiegsversuchen scheinen eher Motive eine Rolle zu spielen, die eine direkte Folge des Spielverhaltens sind (finanzielle Schwierigkeiten, familiäre Probleme, psychische Belastung etc.). In statistisch signifikanter Weise unterscheiden sich beide Gruppen (Version A und Version B) aber nur im Falle der situativen Veränderungsmotive ( $\text{Chi}^2=10.413$ ;  $\text{Phi}=-0.42$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0.001$ ).

Tabelle 5-11: Motive für Ausstiegsversuche und für den definitiven Ausstieg

| <b>Motive</b>                   | <b>Ausstiegsversuche:<br/>(Version B; n=19)<br/>Nennungen in % der Fälle</b> | <b>Definitiver Ausstieg<br/>(Version A; n=45)<br/>Nennungen in % der Fälle</b> |
|---------------------------------|--|--|
| <b>Situative Veränderung</b>    | 36.8%  | 8.9%   |
| <b>Positives Lebensereignis</b> | 15.8%  | 11.1%  |
| <b>Druck durch Straftat</b>     | 0%   | 2.2%   |
| <b>Psychischer Druck</b>        | 5.3%   | 20.0%  |
| <b>Finanzieller Druck</b>       | 26.3%  | 51.1%  |
| <b>Sozialer Druck</b>           | 31.6%  | 37.8%  |
| <b>Suchtverlagerung</b>         | 0%   | 4.4%   |

Der am häufigsten erwähnte ‚Plan‘ mit dem der *dato* erfolgreiche Ausstieg in Angriff genommen wurde, bestand darin, über sich eine Spielsperre verfügen zu lassen. Des weiteren werden von den Probanden, die mit der Version A befragt wurden, diesbezüglich oftmals Aussagen gemacht, die sich den Rubriken ‚konkrete finanzielle Pläne‘, ‚professionelle Hilfe anfordern‘, ‚soziale Unterstützung anfordern‘, oder ‚bewusste Auseinandersetzung mit der Spielsucht‘ zuordnen lassen (vgl. Tabelle 5-12). Folgende Aussagen sind illustrative Beispiele:

*„Ich liess einfach eine Spielsperre machen. Obschon das ‚Spielgefühl‘ immer noch da ist, kann ich so nicht mehr spielen gehen.“*

*„Heute ist es so geregelt, dass meine Frau sofort bemerken würde, wenn Geld fehlt. Das ganze Geld habe ich ihr gegeben, sie gibt mir jetzt monatlich mein ‚Trinkgeld‘.“*

*„Ich habe einen Arzt kontaktiert, der hat mir weitergeholfen.“*

*„Ich versuche vermehrt mit Freunden auszugehen, was anderes zu machen als zu spielen.“*

*„Ich führe mit mir selbst Dialoge und sage mir: «So jetzt reicht's.»“*

Beim Gruppenvergleich der mit der Version A Befragten und der Version B Befragten fällt auf, dass - letztgenannte weniger einschneidende oder konkrete Pläne für ihre Ausstiegsversuche gemacht haben. Während beispielsweise letztere eher planen, aus eigener Kraft von Casinos Distanz zu halten, tendieren erstere offenbar mehr dazu, für sich eine Spielsperre verfügen zu lassen. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen im Hinblick auf den Vorsatz sich ‚aus eigener Kraft‘ von Spielstätten zu distanzieren, erreicht das 90-%-Signifikanzniveau ( $\text{Chi}^2=2.972$ ;  $\text{Phi}=-0.232$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0.085$ ), der Vergleich beider Gruppen für ‚Spielsperre verfügen‘, das 95-%-Signifikanzniveau ( $\text{Chi}^2=4.173$ ;  $\text{Phi}=-0.275$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0.041$ ). In der Kategorie von Personen, die angeben in Casinos gespielt zu haben ( $n=46$ ),<sup>12</sup> finden sich 22 Personen, die einmal, und sieben, die mehrmals eine Spielsperre veranlasst haben. Noch nie sperren lassen, haben sich demnach 17 Personen, die zumindest gelegentlich in Casinos spielen. Darunter sind vier, die gar nicht wussten, dass die Möglichkeit zur Veranlassung einer Spielsperre in der Schweiz überhaupt existiert. In 27 der 29 Fällen, bei denen demnach eine ein- oder mehrmalige Spielsperre verfügt wurde, war

<sup>12</sup> Bei den mit der Version B Befragten beziehen sich die Angaben auf den Zeitraum der zwölf Monate vor der Erhebung, bei den mit der Version A Befragten auf den Zeitraum der intensivsten Spielphase.



diese zum Zeitpunkt der Befragung noch immer in Kraft. Interessanterweise finden sich keine bedeutsamen Unterschiede im Hinblick auf das ‚aktuelle Bestehen einer Sperre‘ zwischen den mit der Version A Befragten und den mit der Version B Befragten. Auch hinsichtlich der aktuellen Spielhäufigkeit und dem aktuellen Bestehen einer Spielsperre wird kein Zusammenhang ausgewiesen. Signifikante Unterschiede zeigen sich dagegen beim Vergleich interventionserfahrener mit interventionsunerfahrenen Personen (vgl. Tabelle 5-12): Der Personenkreis, der einschlägige Erfahrung vorweist, zeichnet sich dadurch aus, dass ihm signifikant häufiger eine Spielsperre auferlegt wurde ( $\text{Chi}^2=6.751$ ;  $\text{Phi}=-0.482$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0.009$ ).

Tabelle 5-12: Pläne für die Durchführung von Ausstiegsversuchen und für den definitiven Ausstieg

| <b>Pläne</b>  | <b>Ausstiegsversuche<br/>(Version B; n=19)<br/>Nennungen in % der Fälle</b> | <b>Definitiver Ausstieg<br/>(Version A; n=45)<br/>Nennungen in % der Fälle</b> |
|---|---|--|
| <b>Keine Pläne</b>  | 15.8%   | 15.7%  |
| <b>Sich kleine Etappenziele vornehmen</b>                 | 5.3%  | 4.4%   |
| <b>Konkrete finanzielle Pläne ausarbeiten</b>             | 15.8%   | 20.0%  |
| <b>Freizeit aktiver gestalten</b>                         | 15.8%   | 15.6%  |
| <b>Professionelle Hilfe anfordern</b>                     | 10.5%   | 20.0%  |
| <b>Soziale Unterstützung anfordern</b>                    | 15.8%   | 20.0%  |
| <b>Sich einer Religion zukehren</b>                       | 0%  | 2.2%   |
| <b>Bewusste Auseinandersetzung mit dem Spielverhalten</b> | 15.8%   | 20.0%  |
| <b>Spielsperre verfügen</b>                               | 0%  | 22.2%  |
| <b>Sich von Spielort distanzieren</b>                     | 21.1%   | 8.9%   |

Rund ein Fünftel der mit der Version B Befragten ( $n=3$ ), wie auch der mit der Version A Befragten ( $n=7$ ) erwähnt die aktive Freizeitgestaltung als wichtiger Faktor bei der Planung und Durchführung des Ausstiegsversuchs bzw. des Ausstiegs. Werden die Angaben beider Gruppen über aktuelle Freizeitaktivitäten verglichen, so fällt auf, dass Version A Befragte in ihrer Freizeit signifikant häufiger gesellige Aktivitäten verfolgen als Version B Befragte ( $\text{Chi}^2=5.423$ ;  $\text{Phi}=-0.303$ ;  $\text{df}=1$ ;  $p=0.02$ ). Personen, die nicht mehr exzessiv Glücksspiele tätigen scheinen demnach wieder mehr Zeit für andere Freizeitaktivitäten zu haben und nutzen diese insbesondere für soziale Kontakte. Für andere Kategorien von Freizeitaktivitäten zeigen sich keine deutlichen Unterschiede (vgl. Tabelle 5-13). Trotzdem weisen die Angaben darauf hin, dass eine aktive Freizeitgestaltung vor allem auch ausser Haus sich positiv auf den Erfolg eines Ausstiegsversuchs auswirken könnte.



Tabelle 5-13: Aktuelle Freizeitgestaltung getrennt nach aktuell und ehemals pathologisch Spielenden

| <b>Freizeitaktivität</b>                    | <b>Aktuell pathologisch Spielende<br/>(Version B; n=19) Nennungen in % der Fälle</b> | <b>Ehemals pathologisch Spielende<br/>(Version A; n=45) Nennungen in % der Fälle</b> |
|---|--|--|
| <b>Geselligkeit (z.B. sich verabreden)</b>  | 15.8%  | 44.4%  |
| <b>Konsum ausser Haus (z.B. Kino)</b>       | 5.3%   | 17.8%  |
| <b>Konsum zuhause (z.B. fernsehen)</b>      | 42.1%  | 42.2%  |
| <b>Aktivitäten ausser Haus (z.B. Sport)</b> | 36.8%  | 48.9%  |
| <b>Aktivitäten zuhause (z.B. Basteln)</b>   | 26.3%  | 22.2%  |

Gefragt nach den Gründen für die bislang gelungene Bewältigung der Spielsucht geben 17 der mit der Version A Befragten (n=45) zur Antwort, dass es an der ‚Problemeinsicht und Problembewusstwerdung‘ liege. Häufig (n=12) wird auch erwähnt, dass die negativen Konsequenzen des Spielverhaltens ein solches Ausmass angenommen haben, dass eine Verhaltensänderung unausweichlich geworden sei. Jeweils rund ein Fünftel meint dazu, es liege an der professionellen Beratung (n=10), die diesmal hinzugezogen wurde, bzw. an situativen Veränderungen (n=11), die das Spielen erschweren.

Der Hauptunterschied zwischen dem definitiven Ausstieg einerseits und den vorangehenden missglückten Ausstiegsversuchen andererseits wird von einem Drittel der betreffenden Probanden (n=14) darin gesehen, dass zuvor besagte ‚Problemeinsicht und Problembewusstwerdung‘ gefehlt habe. Diese Ergebnisse stimmen mit einer kanadischen Untersuchung von Hodgins (2001) überein, in der am häufigsten kognitiv-erfahrungsbezogene (*cognitive-experiential*) Prozesse zu einer Verhaltensänderung führten (z.B. Selbst-Reevaluaierung, Reevaluaierung der Umwelt, Selbstbefreiung). Rund ein Fünftel (n=8) verweist auf die veränderten situativen Bedingungen (z.B. Spielsperre) und sechs Personen vermögen keinen bestimmten Unterschied zu vorangehenden Ausstiegsversuchen zu benennen. Zum Unterschied gegenüber früheren Ausstiegsversuchen fallen u.a. folgende Äusserungen:

*„Zum ersten Mal ist es mir völlig ernst. Ich verfolge auch ein konkretes Ziel, ich will, dass meine Familie wieder zusammenzieht, was nur dann geschieht, wenn ich das Spielen sein lasse.“*

*„Diesmal bin ich überzeugter, diesmal will ich es schaffen.“*

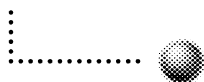
*„Ich kann nicht sagen, was genau anders war, es hat einfach plötzlich geklappt.“*

Die meisten mit der Version A Befragten (n=17) verspüren selten bis nie die Versuchung oder Verlockung wieder zu spielen. In neun Fällen werden Ablenkungsaktivitäten (z.B. Joggen gehen) als ein gutes Mittel gegen die aufkommende Versuchung angeführt. Eine Strategie, die darauf beruht, kognitiv mit der Versuchung umzugehen, indem man sich z.B. zur Abschreckung vor Augen hält, wie die Situation vor dem Ausstieg gewesen ist, wird ebenfalls neun Mal erwähnt. Fünf Personen berichten hingegen, dass sie bei starker Verlockung explizit eine Taktik des Verdrängens verfolgen, indem sie z.B. an etwas anderes denken.

Trotz solcher Schutzmechanismen haben in den zwölf Monaten vor der Befragung rund ein Drittel der Probanden dieser Gruppe (n=16) im Durchschnitt 2.7 Rückfälle erlebt (s=1.7 Rückfälle)<sup>13</sup>. Das Verhalten nach solchen Rückfällen präsentiert sich unterschiedlich: Sechs Personen versuchten positiv mit ihren Rückfällen umzugehen (z.B. aus dem Verhalten Lehren ziehen), fünf Personen fielen in ein schwerwiegen-

<sup>13</sup> Unter Ausschluss von Extremwerten





des psychisches Tief (z.B. machten sich grosse Vorwürfe, hatten Schuldgefühle), vier Personen ergriffen Sofortmassnahmen (z.B. Partnerin informieren, damit sie die Finanzen sofort wieder kontrolliert), drei Personen geben an, dass die Rückfälle keinen Einfluss auf ihr Verhalten danach gehabt haben, und eine Person schliesslich war darum bemüht, den Rückfall vor ihrem sozialen Umfeld zu verbergen.

In der einschlägigen Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass kritische Lebensereignisse (Life Events) das Spielverhalten beeinflussen können, indem sie beispielsweise zum Ausstieg animieren oder sich auf den Erfolg eines Ausstiegsversuchs auswirken (Hodgins & El-Guebaly, 2000; Marotta, 1999; McCartney, 1996). In der vorliegenden Untersuchung sind deshalb mit der Version B Interviewte gefragt worden, ob in den zwölf Monaten vor der Erhebung solche kritische Lebensereignisse aufgetreten sind und inwiefern sich diese auf das Wohlbefinden der Befragten ausgewirkt haben. Die mit der Version A Befragten beantworteten dieselben Fragen für den Zeitraum der zwölf Monate vor dem Ausstieg aus dem pathologischen Glücksspiel.

In Tabelle 5-14 werden sämtliche kritische Lebensereignisse und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden (-5 ‚sehr negativ‘ bis +5 ‚sehr positiv‘) aufgeführt, die von mind. 20% einer der beiden Gruppen (Version A und Version B) aus einer bestehenden Liste genannt worden sind. Signifikant unterscheiden sich die beiden Gruppen für ‚Schwerwiegende Erkrankung‘ ( $\chi^2=6.932$ ;  $\Phi=0.332$ ;  $df=1$ ;  $p=0.008$ ) und für ‚Trennung/Scheidung‘ ( $\chi^2=5.82$ ;  $\Phi=-0.304$ ;  $df=1$ ;  $p=0.016$ ). Durchschnittlich erlebten sämtliche Befragte rund vier kritische Lebensereignisse während des definierten Zeitraums ( $\bar{X}=4.11$ ;  $s=2.952$ ,  $Md=3$ ); signifikante Unterschiede bezogen auf die beiden Gruppen finden sich dabei keine. Anders ausgedrückt, erlebten beide Gruppen durchschnittlich gleich viele Life Events in den besagten Zeiträumen, jedoch solche von unterschiedlicher Art. Dieses Resultat deutet wiederum darauf hin, dass es sich bei der Gruppe mit einer noch akuten Spielsuchtproblematik um Personen mit bereits hoher Veränderungsbereitschaft handelt. In den zwölf Monaten vor der Erhebung erlebte diese vergleichsweise häufiger ‚Life Events‘, wie beispielsweise eine schwere Erkrankung, die allgemein zum Nachdenken über die eigene Lebenssituation auffordern. Der kritische Wendepunkt, auf den später eine Verhaltensänderung folgt, scheint demgegenüber häufiger durch ‚Life Events‘, wie eine Trennung oder Scheidung vom Lebenspartner/ von der Lebenspartnerin erreicht zu werden. Der Verlust naher Bezugspersonen gewinnt somit den Charakter eines Ereignisses, das den Ausstieg aus dem pathologischen Glücksspiel begünstigt.

Tabelle 5-14: Die von mind. 20% der Befragten genannten Life Events und deren durchschnittliche Bewertung (N=64; Mehrfachnennungen möglich)

|   | <b>Aktuell pathologisch Spielende<br/>(Version B; n=19)</b> |                                | <b>Ehemals pathologisch Spielende<br/>(Version A; n=45)</b> |                                |
|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|
|   | <b>Nennungen<br/>in %</b>                                   | <b>Bewertung<br/>(-5 /+ 5)</b> | <b>Nennungen<br/>in %</b>                                   | <b>Bewertung<br/>(-5 /+ 5)</b> |
| <b>Schwerwiegende Erkrankung</b>                                  | 47.4  | -3.33                          | 15.6  | -2.57                          |
| <b>Tod einer nahestehenden Person</b>                             | 21.1  | -2.50                          | 17.8  | -2.88                          |
| <b>Trennung / Scheidung</b>                                       | 5.3   | -                              | 33.3  | -2.33                          |
| <b>Belastendes Ereignis in der Partnerschaft / in der Familie</b> | 31.6  | -4.33                          | 35.6  | -3.44                          |
| <b>Wohnungswechsel</b>  | 21.1  | 4.25                           | 37.8  | 1.24                           |
| <b>Arbeitgeberwechsel</b>   | 31.6  | -0.75                          | 20.0  | 2.00                           |
| <b>Berufswechsel</b>  | 21.1  | 2.25                           | 13.3  | 3.67                           |
| <b>Wechsel in eine anspruchsvollere Tätigkeit</b>                 | 10.5  | 2.00                           | 20.0  | 2.63                           |
| <b>Arbeitslosigkeit / Entlassung</b>                              | 15.8  | -3.00                          | 26.7  | -2.09                          |
| <b>Betreibungen</b>   | 21.1  | -2.75                          | 33.3  | -2.60                          |
| <b>Sonstiges</b>  | 42.1  | 0.14                           | 20.0  | 2.50                           |

Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten (n=33) ist bei der Bewältigung der genannten kritischen Lebensereignisse in irgendeiner Form unterstützt worden. Die meisten Befragten (n=55) geben an, auch zum



Zeitpunkt der Befragung bei Bedarf auf soziale Unterstützung, meist aus ihrem eigenen Umfeld (Partner/-in, Familie, Freunde), zurückgreifen zu können. Aktuell sind die sämtliche Spieler/-innen mit durchschnittlich 5 Personen enger befreundet ( $\bar{X}=5.11$ ;  $s=4.68$ ;  $Md=4$ ), wobei ein Fünftel ( $n=14$ ) mit befreundeten Personen verkehrt, die ebenfalls problematische Erfahrungen mit dem Glücksspiel gemacht haben oder aktuell noch ein problematisches Spielverhalten an den Tag legen.

In den meisten Fällen wissen die Familienangehörige, z.B. Verwandte, Ehe- und Lebenspartner, ( $n=52$ ) oder enge Freunde ( $n=49$ ) der Befragten über das Bestehen einer pathologischen Glücksspielproblematik bei den Betroffenen Bescheid (Mehrfachnennungen waren möglich). Aus dem weiteren sozialen Umfeld sind deutlich weniger Personen informiert (z.B. Arbeitgeber/-innen:  $n=11$ ; Arbeitskolleg/-innen:  $n=22$ ; Nachbarn:  $n=12$ ). Rund 10% der Befragten geben jedoch an, dass sonst niemand über ihre Spielsuchtproblematik etwas weiss. Darunter sind auch solche, bei denen selbst die nächste Bezugsperson keine Kenntnis hat. Insgesamt sprechen die Ergebnisse für eine weitgehende Tabuisierung der Problematik.

Die Reaktionen des sozialen Umfelds auf die Spielprobleme der Befragten fallen sehr heterogen aus. Während Nahestehende eher bemüht sind, Hilfe anzubieten und die Betroffenen bei einer Verhaltensänderung unterstützen möchten, scheinen Aussenstehende (z.B. Arbeitgeber) eher mit Unverständnis und Unkenntnis zu reagieren. Es werden bitterste Erfahrungen, wie Beschimpfungen, Auslachen oder Kontaktabbruch berichtet, aber auch positive Erlebnisse wie zum Beispiel, dass Leute zuhören, Interesse zeigen oder eine hohe Verständnisbereitschaft signalisieren.

#### 5.2.7 Individuelle Auswirkungen der neuen Spielbankengesetzgebung

Fast alle Befragten ( $n=53$ ) sind darüber informiert, dass sich in der Schweiz die Gesetzeslage betreffend Glücksspiel und Spielbanken geändert hat. Beispielsweise wissen 33 Personen aller Interviewten, dass der Bund über die Anzahl und die Standorte der Spielbanken entscheiden kann, 18 Personen, dass durch das neue Gesetz der maximale Geldeinsatz bei Glücksspielen in Spielbanken festgelegt wird und

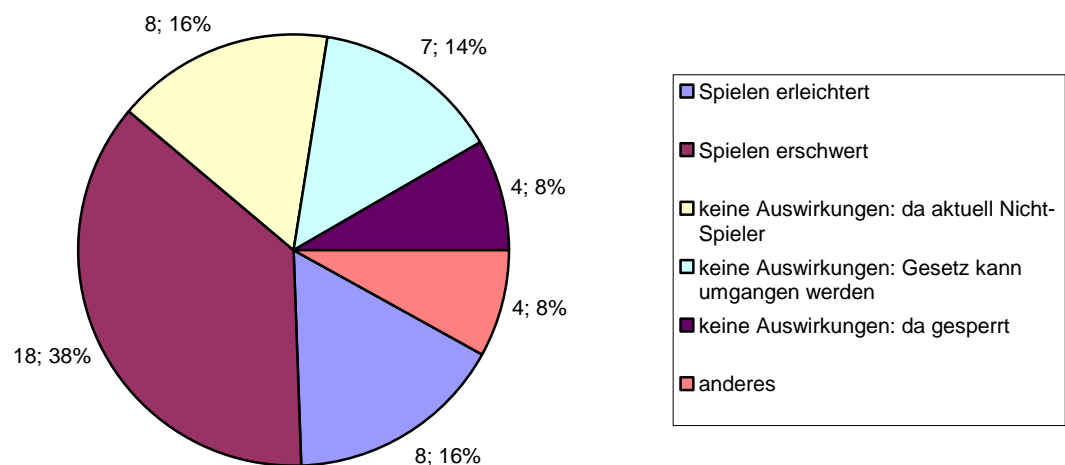


Abbildung 5-5: Haltungen gegenüber den Gesetzesänderungen



21 Personen, dass neu ausserhalb der Spielbanken ein striktes Glücksspielverbot gilt. Einige Spieler/-innen (n=14) äussern zusätzliches Wissen über Themen wie Spielsperren, Sozialkonzepte, Ausweiskontrollen und Gelddeklarierungen in Spielbanken oder verweisen auf die viel diskutierte hohe Casinodichte der Schweiz. Doch wie bewerteten die Befragten über die schweizerischen Gesetzesänderungen? Dazu stehen Aussagen von 49 Personen zur Verfügung (vgl. Abbildung 5-5).

Mehr als doppelt so viele Spieler/-innen vertreten demnach die Auffassung, dass sich die neue Gesetzgebung für sie persönlich dahingehend auswirkt, dass ihnen das Spielen eher erschwert (n=18) als erleichtert (n=8) wird. Hinzu kommen vier Personen, die für sich persönlich zwar keinerlei Folgen sehen, weil sie vom Spielbankenbesuch ohnehin durch eine Sperre abgehalten werden. Da aber die Regelung der schweizweit geltenden Spielsperre ebenfalls auf die neue Gesetzgebung zurückzuführen ist, gehören diese Fälle streng genommen gleichfalls in die Kategorie der Personen, welche durch die neue Gesetzgebung vom Spielen eher abgehalten werden. Insgesamt acht Personen mit ehemals pathologischem Spielverhalten, fühlen sich soweit stabilisiert, dass sie sich durch die neue Gesetzgebung nicht tangiert sehen. Sieben weitere Befragte nehmen hinsichtlich der Wirksamkeit der neuen Gesetzgebung, deren Durchsetzung und der sich bietenden Umgehungsmöglichkeiten eine skeptische Haltung ein. In dieser Gruppe finden sich anteilmässig mehr aktuelle (9.4%) als ehemalige Spieler (23.5%).

Je nach individueller Situation der Befragten werden gleiche oder ähnliche Auswirkungen diametral unterschiedlich bewertet. So betrachten 15 der insgesamt 18 Personen, welche der Auffassung sind, dass ihnen das Spielen durch die neue Gesetzeslage erschwert wird, diesen Umstand an sich als positive Auswirkung. Dazu folgendes Antwortbeispiel:

*„Wenn die Glücksspielautomaten endlich aus den Restaurants verschwinden, wird für mich die Versuchung zu Spielen viel kleiner sein.“*

Hingegen schätzen drei Personen für sich persönlich den Umstand als negativ ein, dass für sie aufgrund der Umgestaltung des Glücksspielangebots das Spielen künftig erschwert wird. So u.a. nachstehende Aussage:

*„Da der Kursaal in meiner Nähe keine Lizenz gekriegt hat und somit schliessen wird, muss ich bald eine weite Strecke fahren, damit ich in ein Casino spielen gehen kann.“*

Sechs Personen finden wiederum, dass sich die neue Gesetzlage negativ auf sie persönlich auswirken wird, weil diese das Spielen erleichtert:

*„In der Stadt in der ich wohne wird bald ein Casino eröffnet werden und es wird für mich sicherlich viel schwerer abstinent zu bleiben.“*

Zwei aktuell Spielsüchtige treffen sich jedoch bei ihren Antworten bei folgender Aussage:

*„Durch den Umbau und dadurch die Vergrösserung des Casinos in der Nähe, wird das Spielangebot verbessert, darauf freue ich mich.“*

Für die Personengruppe (n=19), die für sich keine persönlichen Auswirkungen der neuen Gesetzgebung stehen exemplarisch folgende Antworten:

*„Das Gesetz kann umgangen werden. Wenn die mich sperren, gehe ich halt in eine illegale Spielhölle.“*

*„Ich bin schon gesperrt, ob nun ein Casino in meiner Nähe eröffnet wird oder nicht, kann sich deshalb nicht auf mich auswirken.“*

*„Das Glücksspiel habe ich hinter mir gelassen, da werden auch die Gesetzesänderungen nichts dran verändern.“*



## 6 Diskussion der Ergebnisse

Die Befragungsergebnisse zeigen deutlich, dass es sich bei der erreichten Personengruppe um Personen handelt, die im Verlaufe ihres Lebens von einem schwer ausgeprägten pathologischen Spielverhalten betroffen waren oder noch immer sind. Die negativen Konsequenzen eines solchen Verhaltens äussern sich in einem erheblichen Kontrollverlust sowie in drängenden finanziellen Schwierigkeiten (z.B. hohe Verluste und Verschuldung), beruflichen Problemen (z.B. Verlust der Arbeitsstelle) und sozialen Beschwerden (z.B. Beziehungsprobleme, zerrüttete Familienverhältnisse, Streit um Geld). Rund 15% der Befragten erwähnen als Folge davon zudem explizit delinquentes Verhalten, welches sich einerseits wegen Geldnot und andererseits aufgrund hoher Frustration und geringer Impulskontrolle (Aggressionspotential) einstellt. Besagte Konsequenzen der Glücksspielsucht stellen für die Betroffenen nicht selten eine existentiell bedrohliche psychische Belastung dar: Fast die Hälfte der befragten Spielerinnen und Spieler bekunden, schon Suizidabsichten gehabt zu haben.

Als Reaktion auf die in verschiedenen Deutschschweizer Presseerzeugnissen veröffentlichten Aufrufe und verteilten Handzettel haben sich hauptsächlich Männer jüngeren Alters gemeldet. Im Hinblick auf die Entwicklung einer Glücksspielsucht bilden sie die grösste identifizierbare Risikogruppe. Da sich die Aufrufe ausschliesslich an Deutsch sprechende Personen gerichtet haben, sind neben den anderen Sprachgruppen der Schweiz fremdsprachige Personen der ausländischen Wohnbevölkerung in der Untersuchung kaum repräsentiert, obschon der Anteil ausländischer Spieler/-innen in Schweizer Casinos relativ hoch ist. Im Vergleich zur schweizerischen erwerbsfähigen Bevölkerung handelt es sich bei den Befragten überproportional häufig um arbeitslose Alleinstehende (viele Geschiedene, wenig Verheiratete). Hier stellt sich die Frage der Kausalität: Sind mangelnde soziale Bindungen und Arbeitslosigkeit als Folgen des pathologischen Glücksspiels zu betrachten oder gelten diese Umstände als Risikofaktoren für problematisches Glücksspiel? Wohl eher Folge denn Ursache der Spielsucht sind der hohe Anteil Geschiedener, die häufig erwähnten Beziehungsprobleme, die sich wegen des unkontrollierten Umgangs mit Geld einstellen, und die aufgrund der zeitlichen und psychischen Beanspruchung durch das Glücksspiel provozierte soziale Isolation. Mit Bezug auf die Arbeitslosigkeit sind die Ergebnisse weniger eindeutig: Einerseits erwähnen viele Befragte negative berufliche oder schulische Folgen der Spielsucht, andererseits wird oft Langeweile, z.T. arbeitsbedingte Wartezeiten und das Gefühl einer inneren Leere als Spiel motive angegeben. Demnach ist ein gut strukturierter Tagesablauf mit sinnvoller Beschäftigung für das allgemeine Wohlbefinden wichtig und kann wohl auch problematischem Spielverhalten entgegenwirken. Im Hinblick auf die Ausbildung und das Einkommensniveau der Befragten zeichnet sich eine Häufung im jeweils mittleren Bereich ab: Der mittlere Ausbildungsstatus (Berufsschulabschluss) und die mittleren Einkommensklassen sind stark vertreten. Die Qualität der Ausbildung und die Einkommenshöhe haben demnach wohl keinen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des problematischen Spielverhaltens.

Gemäss einer mehrheitlich vertretenen Ansicht der befragten Expert/-innen stellt die Verfügbarkeit von Spielmöglichkeiten einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung der Glücksspielsucht dar, weshalb für die kommenden Jahre infolge der grossen Zahl vergebener Spielbankenlizenzen eher eine Zunahme der Spielsuchtprävalenz in der Schweiz erwartet wird. Dem steht der Befund aus den Befragungen gegenüber, wonach deutlich häufiger erwartet wird, dass sich die neue Spielbankengesetzgebung für die Betroffenen dahingehend auswirkt, dass sie dadurch eher am Spielen gehindert denn dazu provoziert werden. Diese beiden Standpunkte sind grundsätzlich nicht unvereinbar. Spielmöglichkeiten in nicht konzessionierten Spielsalons und Restaurationsbetrieben, die sich nahe beim Wohn- oder Arbeitsort bzw. auf dem Arbeitsweg befinden, stellen für einen grossen Teil der befragten Spielsüchtigen offenbar eine konstante Versuchung dar, und ein Ausweichen auf weniger schnell erreichbare konzessionierte A- und B-Casinos im Falle einer konsequenten Aufhebung dieser Spielmöglichkeiten wird von besagtem Personenkreis allem Anschein nach kaum antizipiert. Aufgrund der Restrukturierung des Spielangebots sind folglich regionale Verschiebungen bei der Prävalenz des pathologischen Glücksspiels anzunehmen, die dazu führen, dass es an den Rändern der Einzugsgebiete der neuen Casinos gegenüber heute zu einer örtlichen Abschwächung und in deren Kernzonen hingegen zu einer Verschärfung der Spielsuchtproblematik kommt. Der schweizweite Gesamteffekt der neuen Gesetzgebung auf die Spielsuchtprävalenz, d.h.



nachdem alle Übergangsregelungen ausser Kraft gesetzt sind und der Markt die Casinodichte redimensioniert hat, bleibt somit weiterhin eine offene Frage.

Das der Studie zugrunde liegende Sample von Personen mit pathologischer Spielsuchterfahrung, setzt sich aus Personen zusammen, die zum Zeitpunkt der Erhebung eine hohe Problemeinsicht und Bereitschaft zur Verhaltensänderung zu erkennen geben. Gemeldet haben sich dementsprechend mehrheitlich ‚Aussteiger/-innen‘ (n=48) und einige aktuell noch pathologisch Spielende (n=15), die aber sensibilisiert und stark darum bemüht sind, ihre Lebenssituation in den Griff zu bekommen. Als stärksten Behandlungswiderstand lässt sich gerade bei pathologischen Glücksspieler/-innen die fehlende Krankheitseinsicht identifizieren. Dies ist auch der Grund für die Schwierigkeiten bei der Probandenrekrutierung im Rahmen dieser Untersuchung: Wer Spielprobleme nicht anerkennt, sieht keine Veranlassung, Auskünfte darüber geben. Zudem dauert es in den meisten Fällen sehr lange (im Durchschnitt rund sieben Jahre) vom Eingeständnis erster Probleme bis zum ersten Kontakt mit einer professionellen Institution. Im Mittel vergehen dann weitere drei Jahre bis zum Ausstieg mit dem Ergebnis, dass sich bis dahin für gewöhnlich bereits schwerwiegende Konsequenzen eingestellt haben.

Die Befragungsergebnisse zeigen deutlich, dass der Einstieg in das Glücksspiel in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter erfolgt. Ein Grossteil der Befragten ist über Geldspielautomaten, welche bekannt für ihr Suchtpotential sind, zum ersten Mal mit dem Glücksspiel in Kontakt gekommen. Zu Beginn wird vor allem in der Gruppe gespielt, wobei es die Spielerinnen und Spieler im Verlaufe der Zeit dann immer häufiger alleine in die Spiellokaltäten zieht. Diese Erkenntnis ist gerade für die Früherkennung von Bedeutung: Häufiges und solitäres Spielverhalten kann einen ersten Hinweis auf die Entwicklung eines problematischen Spielverhaltens geben und muss von den Präventionsfachleuten frühzeitig als mögliches Alarmzeichen wahrgenommen werden.

In Abbildung 6-1 sind die Angaben zum Verlauf von ‚Spielsucht-Karrieren‘ übersichtlich zusammengestellt. Wie daraus zu entnehmen ist, manifestieren sich rund acht Jahre nach den ersten Erfahrungen mit dem Glücksspiel die ersten finanziellen, familiären und psychischen Probleme, die jedoch von vielen Betroffenen zunächst noch überspielt oder gar nicht als solche wahrgenommen werden. Im Mittel vier Jahre später findet die intensivste Spielphase statt, die sich über drei bis vier Jahre hinzieht. Diese Periode ist charakterisiert durch tägliches oder pro Tag sogar mehrmaliges Aufsuchen von Spiellokaltäten, was wiederum stark abhängig von der getätigten ‚Hauptspielart‘ ist. Ein zuverlässiges Indiz scheint, dass wer regelmässig drei bis vier Mal oder häufiger in der Woche Glücksspiele tätigt, eine starke Gefährdung aufweist. Ein solches Spielverhalten ist somit als ‚Alarmzeichen‘ einzuschätzen, dass Präventionsfachleute nicht ignorieren dürfen.

Die Spielhäufigkeit hängt offenbar stark von der „Hauptspielart“ ab. Eine solche ‚Hauptspielart‘ scheint über die Zeit ziemlich stabil zu bleiben. Die meisten Befragten haben Probleme mit Glücksspielautomaten, andere Hauptspielarten kommen seltener vor. Trotzdem sollte bei der Entscheidung für eine spezifische Beratungs- und Therapiemethoden der Hauptspielart besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. So zeigen beispielsweise „Börsenspieler/-innen“ ein Spielverhalten, das sich nur schwer mit demjenigen von „konventionellen Glücksspielern“ vergleichen lässt, weil sich kaum abgrenzbare „Spielphasen“ identifizieren lassen.

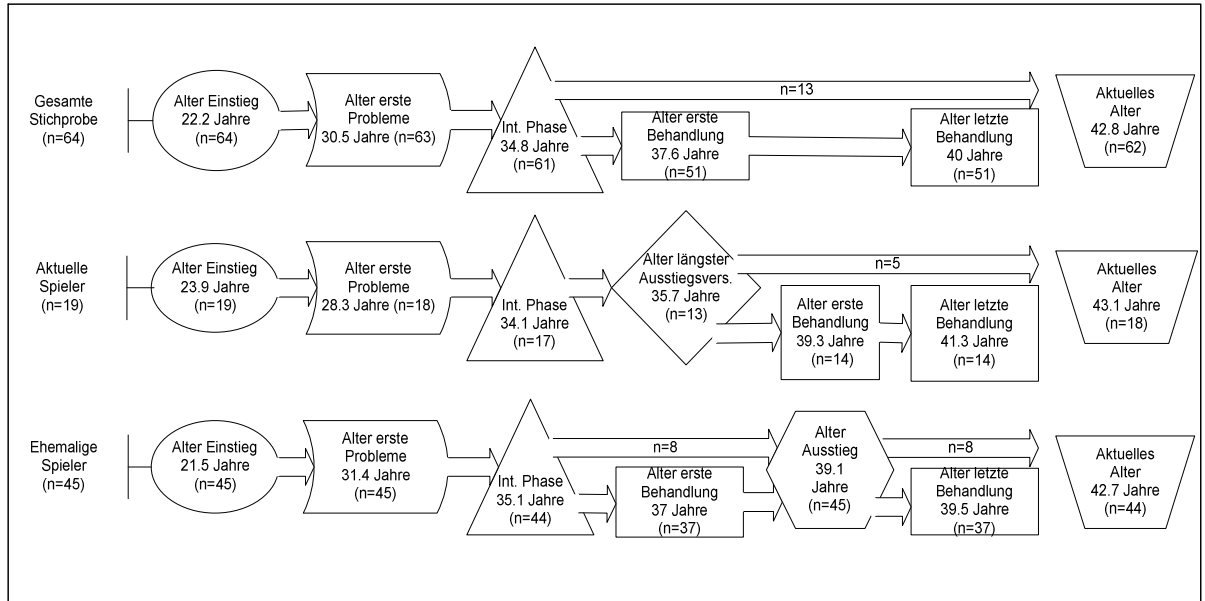


Abbildung 6-1: ‚Spielsuchtkarrieren‘ für die gesamte Stichprobe (N=64), mit der Version B Befragte (aktuell path. Spielende; n=19) und mit der Version A Befragte (ehemals path. Spielende; n=45)

Die hohe Komorbidität der Glücksspielsucht mit anderen psychischen Störungen, kann anhand der vorliegenden Untersuchung für stoffgebundene Suchterkrankungen klar belegt werden. Der Prozentsatz regelmäßiger Raucher/-innen ist bei der untersuchten Population doppelt so hoch wie im schweizerischen Durchschnitt. Der Cannabiskonsum ist mehr als doppelt so häufig, der Konsum ‚harter Drogen‘ sogar mehr als zehnmals so häufig. Ein Viertel der Befragten hat zusätzlich zu Tabak und Alkohol noch andere Substanzen konsumiert. Die Ergebnisse der Befragung zeigen somit in Übereinstimmung mit anderen Studien, dass die Problemspieler/-innen deutlich mehr psychotrope Substanzen konsumieren als allgemein für die erwachsene Bevölkerung ausgewiesen wird. Da es sich bei den wenigen als Konsumenten ‚harter Drogen‘ identifizierten Personen meist um ehemals pathologisch Spielende handelt, besteht Grund zur Vermutung, dass Suchtverlagerung auch bei der Bewältigung der Glücksspielsucht ein ernst zu nehmendes Problem darstellt. Laut dem CAGE-Alkohol-Screening Verfahren scheinen 20% der Befragten zum Alkoholmissbrauch zu neigen. Der Alkoholkonsum im Zusammenhang mit dem Spielen, schmälert vor allem das Risikobewusstsein, steigert das ‚Spielgefühl‘ und erhöht somit die Wahrscheinlichkeit für hohe Spielverluste. Bemerkenswerterweise gibt ein Drittel aller Befragten zur Auskunft, dass schon mindestens ein Eltern- oder Grosselternanteil an einer stoffgebundenen Suchterkrankung litt. Dieser Umstand ist zweifellos für Ätiologie Glücksspielsucht von Interesse, indem die Rolle von Vererbung und Modelllernen geklärt werden könnte. Keine signifikanten Unterschiede zwischen aktuell und ehemals pathologisch Spielenden werden beim Konsum psychotroper Substanzen ausgewiesen. Dies spricht eher gegen ein multiples Problemlöseverhalten beim Ausstieg aus der Spielsucht und verweist auf eine Tendenz hin zur Suchtverlagerung. Nahegelegt wird dies auch durch die Tatsache, dass die befragten Konsumenten ‚harter‘ Drogen mit einer Ausnahme durchwegs ‚Aussteiger‘ sind.

Einem erfolgreichen Ausstieg aus der Spielsucht gehen offenbar mehrere Versuche voraus ( $\bar{X}$ =10.65 Versuche;  $s$ =18.28;  $Md$ =3 Versuche). Solche Ausstiegsversuche werden gemäss den Angaben der Betroffenen meistens in der Folge eines plötzlichen Entschlusses unternommen. Anlass ist eine aussergewöhnliche Zuspitzung der persönlichen Situation, sei dies durch finanziellen, sozialen oder psychischen Druck. Negative Lebensereignisse tragen demnach zu derart abrupten Besinnungs- und Verhaltensänderungen bei. Insbesondere der Verlust Angehöriger oder naher Bezugspersonen oder die Furcht davor sowie akute finanzielle Bedrängnisse oder Rechtsfolgen (auch strafrechtliche) sind ausstiegsbegünstigende Faktoren. Weniger tragfähig sind Ausstiegs motive, die von situativen Veränderungen (z.B. Wohnortwechsel) abhängen. Günstig auf den Erfolg eines Ausstiegs wirken sich zudem konkrete, schwer widerrufbare Pläne aus. So scheint es zum Beispiel sinnvoller, sich freiwillig sperren zu lassen, als zu ver-



suchen sich aus eigener Kraft von Spielbanken fern zu halten. Gerade im Hinblick auf die Wirksamkeit von Spielsperren ergaben sich weitere interessante Befunde. Gemäss den Angaben einiger Aussteiger half vor allem eine Spielsperre zur Überwindung ihrer Spielsucht, andererseits machen die erhaltenen Auskünfte auch deutlich, dass eine Spielsperre sich nicht in jedem Fall auf das tatsächliche Spielverhalten auswirkt: Ungefähr gleichviel aktuell pathologisch, wie ehemals pathologisch Spielende waren zur Zeit der Befragung gesperrt. Naturgemäss stellen Spielsperren nur für Casinobesucher/-innen eine Hilfe dar, denn das Spielverbot gilt ja nicht für Spielsalons, Restaurants, an der Börse oder in illegalen Spielhöhlen. Zudem scheint vor allem eine freiwillig erfolgte Spielsperre den Ausstieg zu begünstigen, auferlegte Sperren werden vermutlich eher umgangen. Da vor allem behandlungserfahrene Personen gesperrt sind, darf gefolgert werden, dass eine Spielsperre oftmals von professioneller Seite her empfohlen wird oder aber dass bei einer Sperrung nach dem Kontakt mit einer betreuenden Person die professionelle Unterstützung auch beibehalten wird.

Im Hinblick auf die professionelle Unterstützung beim Ausstieg ist neben einer Finanzplanung zur Wiederherstellung gesicherter materieller Verhältnisse auch eine konkrete Freizeitplanung von Bedeutung: Strukturierte gesellige Aktivitäten wirken präventiv bei drohender Rückfallgefahr und lenken die Aufmerksamkeit ab, wenn die Verlockung gross wird. Personen, die bei ihrem Ausstieg bisher erfolgreich gewesen sind, sagen zudem, dass sie diesen Umstand vor allem einer im Vergleich zu früher klareren Problemeinsicht verdanken und auch weil sie professionelle Unterstützung hinzugezogen haben. Trotzdem ist mit Rückfällen zu rechnen. Wichtig scheint dabei, dass mit diesen konstruktiv umgegangen wird und auch sofort interveniert wird. Riskant erscheinen Rückfälle vor allem, wenn daraufhin ein psychisches Tief folgt, wie Depressionen, Schuldgefühle oder ähnliches. Auch die befragten Expertinnen und Experten weisen auf die Wichtigkeit hin im therapeutischen Kontext konstruktiv mit Rückfällen umzugehen. Diese gehören zum Prozess einer Verhaltensänderung und bedeuten nicht zwangsläufig den Wiedereinstieg in die Sucht.

Soziale Unterstützung haben die meisten der Befragten während ihren Ausstiegsversuchen, aber auch beim schliesslich erfolgreichen Ausstieg erfahren. An erster Stelle werden dabei nahe Bezugspersonen genannt, weshalb von einer erheblichen Belastung der Angehörigen spielsüchtiger Personen auszugehen ist. Das weitere soziale Umfeld, wie Arbeitgeber/-in, Arbeitskolleg/-innen, Nachbarn oder Bekannte weiss häufig nicht Bescheid über die Notlage des Betroffenen. Diese starke Tendenz zur Verheimlichung der Suchtproblematik ist eine Folge davon, dass die Betroffenen von Aussenstehenden wenig Hilfe erwarten und fürchten, nicht ernst genommen zu werden. Dementsprechend berichten viele der Befragten, die ihre Probleme mit den Glücksspiel Drittpersonen mitgeteilt haben, von negativen Reaktionen: Ihnen wurde mit Verhöhnungen, Beschimpfungen oder schlichter Verständnislosigkeit begegnet.

Knapp ein Drittel der Befragten, davon am meisten ‚Aussteiger/-innen‘, gilt als objektiv behandlungsfrei (suchtbezogene Behandlungserfahrung). Jedoch würde sich mehr als die Hälfte der Probanden selbst, nach subjektivem Empfinden, als behandlungsunerfahren einstufen. Diese Diskrepanz kann dahingehend interpretiert werden, dass Stellen zur Beratung oder Behandlung von Suchtproblemen zwar aufgesucht werden, die Betroffenen aber daraus keinen Nutzen für ihre Spielsucht ziehen können und so den Eindruck gewinnen, ihnen sei nicht geholfen worden. Dies könnte wiederum darauf zurückzuführen sein, dass derzeit nur wenige Stellen ein konkret auf die Spielsucht bezogenes Behandlungsangebot anbieten. Die mangelnde Problemeinsicht und Selbstüberschätzung sowie der nicht einsehbare Nutzen von Hilfsangeboten werden aufgrund der Angaben der interventionsfreien aktuellen und ehemaligen Spielsüchtigen als wichtigste Behandlungswiderstände identifiziert. Zusätzlich halten affektive Widerstände, wie Angst, Scham und Stolz Personen davon ab, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hinzu kommen die erwähnten objektiven Behandlungswiderstände, die sich auf das unzureichende Hilfsangebot bzw. auf fehlende diesbezügliche Kenntnisse beziehen. Viele Befragte wussten gar nicht, dass es auf die Spielsucht spezialisierte Hilfsangebote gibt. Erkennbar ist, dass von den pathologisch Spielenden keine Art von Hilfsangebot als therapeutischen Königsweg wahrgenommen wird. Vor allem bei schwer ausgeprägter Problematik erscheint nach Erfahrung der Befragten eine stationäre Therapie am sinnvollsten. Auch in finanzieller Hinsicht brauchen pathologisch Spielende besondere Unterstützung. Dabei bewähren sich offenbar praktische, im Alltag leicht anwendbare Ratschläge (z.B. Monatsbudget erarbeiten, Sackgeld limitieren, Kreditkarten sperren lassen, Schuldensanierung, finanzielle Regelungen Drittpersonen überlassen, etc.). Professionelle Hilfsanbieter/-innen müssen zudem ‚Aussteiger/-innen‘ auf dem Weg aus der sozialen Isolation



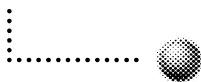
begleiten. Wichtig erscheint insbesondere auch, dass während Ausstiegsversuchen soziale Unterstützung angeboten wird.

Dass ein Ausstieg aus der Spielsucht auch ohne professionelle Unterstützung möglich ist, kann aufgrund der vorliegenden Studie klar belegt werden. Wann der Weg der ‚Selbsteilung‘ einzuschlagen ist und wann es gilt professionelle Unterstützung anzufordern, kann aufgrund der Untersuchungsergebnisse nicht gesagt werden. Die Befragungsergebnisse bestätigen indes den in anderen Untersuchungen zur Selbsteilung gemachten Befund, dem zufolge ‚objektive Selbsteiler/-innen‘ im Vergleich zu den Aussteigern/-innen mit Behandlungserfahrung weniger ausgeprägte Spielprobleme aufweisen.

Was erwarten die befragten Spielerinnen und Spieler für sich persönlich im Hinblick auf die Auswirkungen der neuen Spielbankengesetzgebung? Die Meinungen der Befragten zur Implementierung des neuen Spielbankengesetzes fallen sehr heterogen aus. Dabei treten vor allem die individuellen situativen Hintergründe der Spielenden hervor. Trotz der vielfältigen Unterschiede im Antwortverhalten weisen die Äusserungen der Befragten insofern eine klare Tendenz aus, als überwiegend erwartet wird, dass sich die neue Gesetzgebung auf das Spielverhalten persönlich eher hemmend auswirkt. Dabei wird in erster Linie ins Feld geführt, dass die Glücksspielgelegenheiten ausserhalb der konzessionierten Spielbanken nach Ablauf der Übergangsregelung verschwinden werden. In wenigen Fällen wird aber auch vermerkt, dass unmittelbar bevorstehende oder eben erst erfolgte Casino-Schliessungen die Spielmöglichkeiten für die Betroffenen einschränken. Persönliche Auswirkungen auf das Spielverhalten in jeglicher Hinsicht antizipieren am meisten Personen, die als ‚im Ausstieg begriffen‘ oder als ‚aktuell kontrollierte‘ klassifiziert wurden. Inzwischen völlig spielabstinente Personen weisen sich demgegenüber als von den gesetzlichen Veränderungen am wenigsten betroffen aus.







## 7 Empfehlungen

### 7.1 Präventive Massnahmen und Präventionspolitik

#### 7.1.1 Allgemeine Präventionsaktivitäten

Die Problemeinsicht stellt laut Angaben der Befragten die wichtigste Voraussetzung für einen erfolgreichen Ausstieg aus der Glücksspielsucht dar. Wie lassen sich jedoch Bedingungen schaffen, in der sich die Problemeinsicht bei den Betroffenen besser zu entwickeln vermag? Einerseits mit Hilfe breit konzipierter Aufklärungskampagnen, welche das pathologische Glücksspiel in der Bevölkerung als Verhaltensstörung mit zum Teil drastischen Konsequenzen bekannt machen. Im Zusammenhang mit den Schliessungen und Wieder- bzw. Neueröffnungen von Spielbanken hat das Medieninteresse auch im Hinblick auf das Phänomen der Glücksspielsucht etwas zugenommen. Durch eine nur sporadische Thematisierung der damit zusammenhängenden Probleme wird in einer breiten Öffentlichkeit vermutlich keine ausreichende Tiefenwirkung erreicht. Jedoch ist eine solche erforderlich, wenn das pathologische Glücksspiel als persönliche Problemlage allgemein bekannt und verhindert werden soll, dass es – wie dies häufig geschieht – als Charakterschwäche qualifiziert und damit stigmatisiert wird. Vermehrtes Wissen über dieses lange wenig beachtete Phänomen, würde helfen die Tabuisierung bei den Betroffenen und dadurch deren soziale Isolation zu durchbrechen. Dazu gehört, dass ohne Dramatisierung die ersten Kennzeichen problematischen Spielverhaltens einfach und eingängig kommuniziert werden. Veränderungsbereite Spielsüchtige, aber auch deren Angehörige und Bezugspersonen würden auf diese Weise dabei unterstützt, früher zu reagieren und Interventionen einzuleiten. Durch die zu erwartende Beschleunigung des Ausstiegsprozesses liessen sich sowohl individuelle und als auch gesellschaftlichen Kosten des pathologischen Glücksspiels verringern.

Im Hinblick auf die Entwicklung einer Glücksspielsucht bilden jüngere Männer die grösste identifizierbare Risikogruppe. Die Qualität der Ausbildung und die Einkommenshöhe spielen als Faktoren für die Entwicklung eines problematischen Spielverhaltens offenbar eine untergeordnete Rolle.

Zielgruppenbezogene Präventionsanstrengungen sollten sich demnach vor allem Jugendlichen und jungen männlichen Erwachsenen als besonders gefährdete Adressatengruppe zuwenden, wobei insbesondere vor dem Umgang mit Glücksspielautomaten gewarnt werden sollte. In Schulen könnte das Phänomen der Glücksspielsucht beispielsweise im Zusammenhang mit dem Phänomen des Sensation-Seeking und anderem ebenfalls nicht-stoffgebundenem Suchtverhalten (z.B. Internet-Sucht) behandelt und ggf. auf seine historisch-kulturellen Kontexte und wahrscheinlichkeitstheoretischen Bezüge hin untersucht werden.

Generell ist schliesslich erforderlich, dass auf allen Ebenen die Bemühungen verstärkt werden, das jüngst entstandene und zum Teil erst im Entstehen begriffene Beratungs- und Behandlungsangebot für Problemspieler/-innen allen möglicherweise davon Betroffenen bekannt zu machen. Dazu gehört auch, dass alle Institutionen und Fachpersonen, die im Gesundheits- und Sozialwesen intermediäre Funktionen übernehmen, wie z.B. Hausärzte, Sozial- und Schuldenberatungsstellen etc., nicht nur informiert, sondern auch geschult werden, bei ihrer Klientel glücksspielbezogene Problemlagen zu erkennen.

#### 7.1.2 Präventive Massnahmen in den Spielbanken

Aktuell wird Präventionsarbeit zur Hauptsache direkt in den Spielbanken betrieben. Die befragten Expert/-innen weisen darauf hin, dass eine solche Prävention unbedingt unabhängig von der Spielbankenleitung erfolgen muss, damit sie glaubhaft und konsequent durchgeführt werden kann. Ausserdem verweisen sie darauf, dass die Kontrolle in Spielbanken unbedingt seriös wahrgenommen werden muss, indem u.a. die Umsetzung des Sozialkonzeptes evaluiert wird und auch regelmässig Stichkontrollen durchgeführt werden. Bei der Überprüfung des Sozialkonzeptes ist darauf zu achten, dass die Betriebsabläufe in den Spielbanken wirksame Anreize für präventive Interventionen des zuständigen Personals setzen. Zusätzlich sollte für die Vermittlung von niederschweligen Hilfsangeboten dem Personal unabhängiger Stellen Zu-



gang zu den Spiellokalitäten verschafft werden. Casinobesucher/-innen, die durch wöchentlich mehrmaliges solitäres Glücksspiel als möglicherweise spielsuchtgefährdet auffallen, könnten durch aufsuchende Sozialarbeit direkt angesprochen, informiert und ggf. mit ihrer individuellen Problemlage konfrontiert werden.

Das beeindruckende Aggressionspotential, das in einzelnen Interviews zum Ausdruck gelangte, hat schliesslich zu Besorgnis Anlass gegeben, ob die bestehenden Sicherheitsvorkehrungen auch ‚Racheakte‘ im Sinne von ‚Amokläufen‘ von verzweifelten Spielsüchtigen konzeptionell ausreichend berücksichtigen. Das Casino-Personal oder weitere gefährdete Personen sollten soweit möglich auf solche Notfälle vorbereitet und mit Selbstschutz-, Deeskalations- und Früherkennungsstrategien ausgebildet werden.

### 7.1.3 Präventionspolitik

Die befragten ehemals und aktuell Spielsüchtigen geben an, mehrheitlich in den Spielbanken ihrer Hauptbeschäftigung nachgegangen zu sein. Dabei ist für die Frage präventiver Massnahmen von Interesse, dass sich viele der besuchten Casinos im der Schweiz angrenzenden Ausland befinden (Österreich, Deutschland, Frankreich). Mit der Eröffnung der A- und B-Casinos in der Schweiz wird sich dieses Besuchsverhalten sehr wahrscheinlich zugunsten dieser neuen Spielbanken verändern. Trotzdem müssen Anstrengungen in der Richtung unternommen werden, dass die Möglichkeit besteht, eine ‚internationale‘ Spielsperre verfügen zu lassen, die wenigstens die Casinos im an die Schweiz angrenzenden Ausland einbezieht. Die Befragungsergebnisse zeigen zudem, dass ‚Glückspielende‘ bis anhin oftmals auch Spiel salons, Restaurants oder private Spieltreffs als Spielorte aufsuchen. Während in den konzessionierten Casinos das Glücksspiel überwacht und kontrolliert werden kann, ist dies für alle weiteren Spiellokalitäten kaum der Fall. Die fehlende Kontrolle in anderen Spiellokalitäten zeigt sich auch darin, dass die verbrachten Spielzeiten bei privat organisierten Spieltreffs um einiges länger sind als in offiziellen Spielbanken. Besonders auch die befragten Expertinnen und Experten weisen auf das Gefahrenpotential eines nicht-kontrollierten Spielkontextes hin, gerade auch im Hinblick auf illegale Spielangebote. Es besteht somit das Risiko, dass mit dem definitiven Inkrafttreten des Geldspielautomatenverbots ausserhalb von Spielbanken (Ablauf der Übergangsbestimmungen) die illegalen Glücksspielangebote zunehmen. Ausserdem ist bei der Ausarbeitung eines neuen Lotterieggesetzes darauf zu achten, dass damit nicht neue Betätigungsfelder für Glücksspielsüchtige geschaffen, die dann ausserhalb jeglicher Kontrolle entstehen.

Zu einer angemessenen Präventionspolitik gehört auch der Aufbau eines Frühwarnsystems, das problematische gesellschaftliche Entwicklungen im Bereich des Glücksspielverhaltens erfasst und allenfalls rechtzeitig Interventionsabklärungen vornimmt. Es wird deshalb auf kantonaler oder ggf. nationaler Ebene die Einrichtung einer Monitoring-Stelle empfohlen, die aufgrund sorgfältig erstellter Indikatorenkataloge kontinuierlich relevante Daten zum legalen und illegalen Glücksspiel zusammenträgt und auswertet.

## **7.2 Beratung und Behandlung**

Von Spielbanken gesperrte Personen sollten prinzipiell immer an professionelle Einrichtungen verwiesen werden. Spielsperren wirken sich vor allem dann positiv auf die Überwindung der Spielsucht aus, wenn sie in Kombination mit einer Beratung oder Behandlung erfolgen. Für die Förderung der Problemeinsicht kommt der professionellen Hilfe, welche auf der den therapeutischen Interventionen vorgelagerten Ebene angesiedelt ist eine wichtige Bedeutung zu. Schulden- und Sozialberatungsstellen, aber Sozialhilfe- und Gesundheitsdienste können eine unabdingbare Vorarbeit leisten, indem sie problematisches Spielverhalten thematisieren und die Betroffenen immer wieder auf Problemlösungsoptionen hinweisen. Dabei sollten Betroffene bei ihren Anstrengungen zur eigenständigen Problemlösung durchaus ermutigt und auf ihrem Weg unterstützt werden, indem sie über nützliche Massnahmen zum kontrollierten Umgang mit dem Glücksspiel oder zum Erreichen einer völligen Spielabstinenz informiert werden. Die Hilfe zur Selbsthilfe ist auch ein wichtiger Pfeiler im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Schadenminderung und Überwindung des pathologischen Glücksspiels und verdient künftig vermehrte Berücksichtigung. Im Falle eines stark pathologischen Spielverhaltens sollte aber in jedem Falle eine Vermittlung an medizinische Fachleute im Bereich der Psychiatrie erfolgen, wobei auch eine stationäre Unterbringung angezeigt sein



kann. Eine medizinische Intervention erscheint vor allem auch dann angebracht, wenn eine Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen oder eine starke Tendenz zur Suchtverlagerung (Drogen, Alkohol etc.) besteht. Die Behandlungsmethoden sollten dabei unter besonderer Berücksichtigung der vom Betroffenen verfolgten Hauptspielart ausgewählt werden. Bei der Behandlung Spielsüchtiger kommt im Hinblick auf die Rückfallprävention dem Aufbau sozialer Bindungen eine besondere Bedeutung zu. Auch deutet manches darauf hin, dass sich mit einem gut strukturierten Tagesablauf mit sinnvoller Beschäftigung einem problematischen Spielverhalten entgegenwirken lässt. Mit Blick auf zu erwartende Rückfälle ist im voraus ein Interventionsprogramm vorzubereiten, damit ggf. sofort und mit konkreten Anweisungen gehandelt werden kann.

Alles in allem geht es darum, die Hilfsangebote auf den verschiedenen Stufen möglichst breit gefächert anzubieten. Sie müssen der nachweislich ziemlich heterogenen Personengruppe mit problematischem Glücksspielverhalten gerecht werden. Fachleute empfehlen zudem die verschiedenen Hilfsangebote gut untereinander zu vernetzen, um Leerläufen und ‚Beratungstourismus‘ entgegenzuwirken.

Nicht zu vernachlässigen sind schliesslich Unterstützungsangebote, die sich an Angehörige und andere indirekt von der Glücksspielsucht Betroffene wenden. Sie können praktische Ratschläge und Hilfestellung im Umgang mit Spielsüchtigen vermitteln. Indessen haben solche Angebote auch eine entlastende psycho-soziale Aufgabe zu erfüllen, indem sie den Angehörigen, die oft ebenfalls zur Geheimhaltung der Sucht beitragen, Gespräche über ihre Probleme anbieten. Oftmals sind die nächsten Angehörigen auch die einzigen, die sich der Lage des Spielsüchtigen bewusst sind. In einem therapeutischen Konzept ist somit der Einbezug Nahestehender ein wesentlicher Faktor.

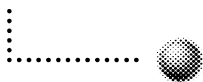
### **7.3 Forschungsbedarf**

Die Ergebnisse dieser Untersuchung verweisen auf verschiedene Richtungen, in denen weiterer Forschungsbedarf besteht.

- Die Tatsache, dass sich auf die Medienaufrufe auch Personen gemeldet haben, die an der Börse spekulieren oder ein pathologisches Verhalten bei Geschicklichkeitsspielen zeigen, verdeutlicht, dass die Problematik verschiedenste Facetten aufweist und dass ein Weg gefunden werden muss, auch an Personen mit solchen noch weniger auffälligen Spielproblemen heranzutreten. Auch ist es naheliegend, dass Spielsüchtigen mit unterschiedlicher ‚Hauptspielart‘ möglicherweise auch mit alternativen Behandlungskonzepten begegnet werden muss. Bis heute bestehen aber nur wenige auf die ‚Hauptspielart‘ ausgerichtete Behandlungsansätze.
- Die Ergebnisse zur Komorbidität mit dem exzessiven Substanzgebrauch legen eine ‚Substitutionsthese‘ nahe, der zufolge im Sinne einer Selbstmedikation psychotrope Substanzen zur Überwindung der Glücksspielsucht eingesetzt werden. Aufgrund der verfügbaren Angaben steht diese These indessen noch auf schwachen Füßen und müsste durch eine vertiefte Untersuchung noch mehr substantiiert werden.
- Die bereits mehrmals erwähnte Tessiner Studie weist unter den Casino-Besucher relativ hohe Anteile auch in der Schweiz wohnhafter Ausländer aus. In der vorliegenden Untersuchung ist die ausländische Wohnbevölkerung nicht überrepräsentiert. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang, ob und allenfalls wie sich das Glücksspielverhalten ausländischer Bevölkerungsteile in den Regionen mit bisher fehlenden Möglichkeiten für das legale Glücksspiel nach der Eröffnung konzessionierter Spielbanken verändert.
- Ein weiterer Forschungsbedarf wird lokalisiert bei der Evaluation der Wirksamkeit möglicher Interventionen zur Prävention von Glücksspielsucht.



■



## 8 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, third edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Aufrère, L. (1998). Thérapie cognitive du jeu pathologique: protocole de cas unique, *RFCCC*, 3, (2), 8-13.
- Bass-Müller, R. (2002). *Problematisches Glücksspielen: Prävention, Beratung und Therapie*. Lizentiatsarbeit an der philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (CH).
- Becoña, E. (1996). Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: the cases of Germany, Holland and Spain, *Journal of Gambling Studies*, 12, 179-192.
- Betsy, T. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems. The barriers to help-seeking, *British Journal of Addiction*, 81, 777-788.
- Black, D.W. & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior, *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., & Frankova, A. (1991). Control vs abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up, *British Journal of Addiction*, 86, 299-306.
- Bondolfi, G., Osiek, C., Aufrère, L., & Ferrero, F. (2000). Diagnostic et traitement du jeu pathologique, *Med Hyg*, 58, 1864-1866.
- Crockford, D.N., El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review, *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 43, 43-50.
- Crockford, D.N. & El-Guebaly, N. (1998). Naltrexone in the treatment of pathological gambling and alcohol dependence, *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 43, 86-86.
- Denzer, P., Petry, J., Baulig, T., & Volker, U. (1995). Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs/Behandlungsangebot. Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht. In: *Jahrbuch Sucht '96 der deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren*. Geesthacht: Neuland. pp. 279-295.
- Dickerson, M. & Baron, E. (2000). Contemporary issues and future directions for research into pathological gambling. *Addiction*, 95, 1145-1159.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire, *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Feigelman, W., Wallish, L.S., & Lesieur, R. (1998). Problem gamblers, problem substance users and dual problem individuals: an epidemiological study, *American Journal of Public Health*, 88, (3), 467-470.
- Fritschi, H. (1998). Soziale und individuelle Relevanz der Glücksspielsucht - Fakten aus der Beratungspraxis. *Berner Tagung über Spielsucht*. Berner Gesundheit: Fachstelle für Suchtprobleme, Bern (CH).
- Gmür, M. (1988). Die Glücksspielsucht - Ursachen, Verbreitung, Behandlung, *Drogalkohol*, 12, 75-88.
- Gerstein, D. et al. (1999). *Gambling impact and behavior study. Report to the national gambling impact study commission*. National Opinion Research Center at the University of Chicago.
- Gerstein, D. et al. (1999b). NORC DSM-IV Screen for gambling problems (NODS). In: D. Gerstein et al. (Eds.). *Gambling impact and behavior study. Report to the national gambling impact study commission*. National Opinion Research Center at the University of Chicago. pp.18.
- Hodgins, D.C. (2001). Processes of changing gambling behavior, *Addictive Behaviors*, 26, 121-128.
- Hodgins, D.C. El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers, *Addiction*, 95, 777-789.
- Hodgins, D.C., Wynne, H., & Makarchuk, K. (1999). Pathways to recovery from gambling problems: follow-up from a general population survey, *J Gambling Stud*, 15, 93-104.
- Klingemann, H.K. (1988). Autoremission bei Alkohol- oder Opiateabhängigen, Bericht. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme.
- Klingemann, H.K. (1988a). Autoremission bei Alkohol- oder Opiateabhängigen: Narratives Lebenslaufinterview. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme.
- Klingemann, H.K. (1988b). Autoremission bei Alkohol- oder Opiateabhängigen: Fragebogen für das telefonische Screeninginterview. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme.
- Klingemann, H.K., Sobell, L.C., Barker, J.C., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., Finfgeld, D.L., Granfield, R., Hodgins, D., Hunt, G.P., Junker, C.A., Moggi, F., Peele, S., Smart, R.G., Sobell, M.G., & Tucker, J.A. (2001). Self-change among gamblers and cigarette smokers. In *Promoting Self-*



- change from Problem Substance Use. Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. pp. 77-90.
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada, *Journal of Gambling Studies*, 12, 129-142.
- Lejoyeux, M., Romo, L., Koskas, N., Angel, P., & Adès, J. (2002). Etude du jeu et des achats pathologiques dans une population d'étudiants, *Alcoologie et Addictologie*, 24, 235-241.
- Lesieur, H.R., & Blume, S.B. (1987). The south oaks gambling screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers, *Am J Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Marotta, J.J. (1999). Recovery from gambling with and without treatment (unpublished dissertation). University of Nevada.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE Questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument, *Am J Psychiatry*, 131, (10), 1121-1123.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 7. Auflage. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- McCartney, J. (1996). A community study of natural change across the addictions. *Addiction Research*, 4, 65-83.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: D. Garz & K. Kraimer (Hgs.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen.* Opladen: Westdeutscher Verlag. pp. 441-471.
- Meyer, G., & Bachmann, M. (2000). *Spielsucht. Ursachen und Therapie.* Berlin: Springer-Verlag.
- Molo Bettelini, C., Alippi, M., & Wernli, B. (2000). *An investigation into pathological gambling.* Mendrisio: Centre for Documentation and Research, OSC, Accento.
- World Health Organization. (1991). *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V(F): Mental and Behavioral Disorders (Including Disorders of Psychological Development. Clinical Description and Diagnostic Guidelines:* World Health Organization.
- Osiek, C., Bondolfi, G., & Ferrero, F. (1999). Etude de prevalence du jeu pathologique en Suisse. Département de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Oswald, A.L. (1999). *Utility of the CAGE-Test as a screening tool for alcoholism in public health.* Dissertation an der Fakultät für Medizin der Universität Genf.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, 2<sup>nd</sup> edition. Newbury Park: Sage.
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry, J. & Baulig, T. (1996b). Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG). In: J. Petry (Hg.). *Psychotherapie der Glücksspielsucht.* Weinheim: Psychologie Verlags Union. pp. 300.
- Petry, N. M. & Armentano, C. (1999). Prevalence, assessment and treatment of pathological gambling: a review. *Psychiatric Services*, 50, 1021-1027.
- Petry, N.M. & Oncken, C. (2002). Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers, *Addiction*, 97, 745-753.
- Regard, M., Knoch, D., Gütling, E., & Landis, T. submitted (2003). Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and EEG investigation with pathological gamblers. *University Hospital, Dept. of Neurology, Zürich, Switzerland.*
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2000). "Natural recovery meeting": studies on natural recovery from alcohol dependence: sample selection bias by media solicitation?, *Addiction*, 95, (5), 765-775.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1982). *Données sur l'alcool et les drogues en Suisse 1982.* Lausanne.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2003). <http://www.sfa-ispa.ch>.
- Shaffer, H.J., Korn, D.A. (2002). Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annual Review of Public Health*, 23, 171-212.
- Slutske, W.S., Jackson, K.M., & Sher, K.J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29, *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 263-274.
- Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holzer, C.E., & Volk, R.J. (1998). Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders, *Ann Intern Med.*, 129, 353-362.
- Volberg, R.A. & Steadman, H.J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland." *American Journal of Psychiatry*, 146, 1618-1619.