

CliniCum

DAS MAGAZIN FÜR DIE FÜHRUNGSKRÄFTE IM KRANKENHAUS



Spielsucht Eine nicht stoffgebundene Sucht

Konsensus-Statement – State of the art 2018

Ass.-Prof. Dr. Peter Berger, Prim. Dr. Renate Clemens-Marinschek, Univ.-Prof. Dr. Peter Hoffmann, Mag. Dr. Izabela Horodecki, MBA, Dr. Monika Lierzer, Prim. Dr. Roland Mader, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, DSA Ernst Nagelschmied, Dr. Hubert Poppe, Mag. Bettina Quantschnig, Prim. Dr. Christa Rados, MR Mag. Alice Schogger, Prim. Dr. Kurosch Yazdi, Dr. Helmut Zingerle

Vorsitz: Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller,
Univ.-Prof. Dr. Herwig Scholz

Eine Initiative der Gesellschaft
zur Erforschung nicht
stoffgebundener Abhängigkeiten

Vorwort



Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller
Psychiater, Psychotherapeut
und Neurologe



Univ.-Prof. Dr. Herwig Scholz
Gesellschaft zur Erforschung
nicht stoffgebundener
Abhängigkeiten

Seit 2005, der letzten Konsenserstellung über den Bereich „Glücksspielproblematik“ der Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten, hat sich auf diesem Gebiet viel verändert. Es ist nicht nur zu erheblichen Wachstumsraten der Glücksspielindustrie gekommen, sondern auch zu einer wesentlichen Verbreiterung der Palette von mehr oder weniger risikoreichen Spielangeboten. Ganz besonders gilt das für die Angebote aus dem Internet und den Vormarsch der Sportwetten in vielen Bereichen. Damit ist leicht zu erkennen, dass speziell durch die Vermehrung dieser Angebote eine noch stärkere Gefährdung Jugendlicher gegeben ist.

Zu den weiteren Neuerungen zählen unter anderem auch veränderte gesetzliche Bestimmungen und verstärkte Hinweise auf eine größere Bedeutung psychiatrischer Komorbiditäten. Epidemiologische Befunde haben auf besonders gefährdete soziale Gruppen hingewiesen etc.

Damit ergeben sich neue Schwerpunkte und Aufgabenbereiche sowohl für die Therapie als auch für die Zusammenarbeit zwischen Forschung, Therapie, aber auch ganz speziell die Präventionsarbeit im Sinne eines verantwortungsbewussten Spielerschutzes.

In diesem Sinne zeichnen

Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller

Univ.-Prof. Dr. Herwig Scholz

Unter der Patronanz von:
**Gesellschaft zur Erforschung nicht
stoffgebundener Abhängigkeiten**



Liebe Leserin, lieber Leser! Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf das Binnen-I und auf die gesonderte weibliche und männliche Form.

1. Einleitung

Im Licht dieser neueren Entwicklungen wird es sinnvoll sein, die Aufmerksamkeit speziell auf die zusätzlich angewachsene Internet-Problematik zu richten. Es hat sich gezeigt, dass mit der kontinuierlichen Zunahme der Nutzer auch die Internet-Glücksspielproblematik dramatisch angestiegen ist. Damit verstärkt sich auch noch zusätzlich die Notwendigkeit, auf die damit verbundenen Probleme gefährdeter Jugendlicher einzugehen.

Die Befunde über enge Verknüpfung der Glücksspielproblematik mit psychischen Erkrankungen erfordern naturgemäß eine Verbreiterung der diagnostischen und therapeutischen Arbeitsgebiete. Schon deshalb relativiert sich eine allzu isolierte Betrachtung der Glücksspielsucht als ausschließlich suchtbezogenes Phänomen. Naturgemäß hat das auch erhebliche Auswirkungen auf qualitätsorientierte Therapiekonzepte, die auch im Mindeststandard entsprechende multiprofessionelle fachliche Kompetenzen erfordern.

Obwohl sich das Angebot von Therapiemöglichkeiten seit der letzten Konsenserstellung 2005 in einigen Bundesländern etwas erweitert hat, muss festgehalten werden, dass es nach wie vor nicht möglich ist, allen betroffenen Spielern die notwendige therapeutische Hilfe anzubieten. Direkt für die Behandlung Spielsüchtiger gewidmete Therapieplätze wurden trotz florierender Umsätze der Industrie nach wie vor nicht geschaffen.

Als ganz wesentliche Voraussetzung zur Einschätzung der aktuellen Problematik und unentbehrliche Grundlage für Prävention und Spielerschutz dient vorerst die Betrachtung der epidemiologischen Gegebenheiten.

2. Epidemiologische Gesichtspunkte

Vor zwei Jahren hat das Therapiezentrum Bad Bachgart eine epidemiologische Studie zusammen mit dem statistischen Amt durchgeführt. Einige Zahlen dazu: Die Spieleinsätze stiegen in Österreich 2016 auf 17,9 Milliarden Euro. Der Bruttospielertrag betrug 1,61 Milliarden Euro, allein bei Automaten und Videolotterieterminals 325 Millionen Euro (<https://statista.com>)¹.

Die weltweiten Online-Glücksspiele haben enorm zugenommen, in Deutschland haben 2016 sechs Prozent der Bevölkerung an Online-Casinospielen teilgenommen. Demgegenüber ist bisher der Online-Spieler vor allem im therapeutischen Sektor unterrepräsentiert.

Methodische Probleme der Epidemiologie liegen darin, dass unterschiedliche Studiendesigns, unterschiedliche Stichproben und unterschiedliche Methodik zur Datenerhebung verwendet werden. In Österreich sind regionale Unterschiede in den jeweiligen Bundeslän-

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Epidemiologische Gesichtspunkte	3
3. Psychiatrische Aspekte	4
4. Psychiatrische Komorbiditäten	5
5. Ressourcen-orientierte Behandlung	7
6. Psychologische Aspekte	7
7. Gutachterliche Aspekte	8
8. Online-Sucht – aktuelle Trends im Internet	9
9. Pharmakotherapie	9
10. Ambulante Therapie	10
11. Arbeit mit Angehörigen	10
12. Soziale Gesichtspunkte für Betroffene und Angehörige	11
13. Automatenverbots-Auswirkungen in Wien	11
14. Jugendliche Online-Spieler	12
15. Gedanken zum Spielerschutz	13
16. Spielerschutz – notwendige Standards und Ausblick	13
17. Conclusio	14
18. Literatur	15

dern in der Gesetzgebung etc. zu berücksichtigen. Epidemiologische Untersuchungen sollten daher auch regional durchgeführt werden.

Problematisch ist auch die Verwendung kleiner Fallzahlen, beispielsweise in unterschiedlichen Altersgruppen. Einige Prävalenzzahlen zur Teilnahme an Glücksspielen sind in Tabelle 1 aufgelistet.

12-Monats-Prävalenz (Österreich 2015)	41% (Kalke, J. & Wurst, F.M. 2015)
12-Monats-Prävalenz (Deutschland 2015)	37,3% (Meyer, G. 2017)
12-Monats-Prävalenz (Italien 2012)	54% (Ministero della Salute)
12-Monats-Prävalenz (Südtirol 2016)	46,5% (ASTAT 2016)
Lebenszeitprävalenz (Österreich 2015)	77% (Strizek, J. & Uhl, A. 2015)
Lebenszeitprävalenz (Deutschland 2015)	77,6% (Meyer, G. 2017)
Lebenszeitprävalenz (Südtirol 2016)	82,4% (ASTAT 2016)

Auch für die Definition von „problematischen“ und „pathologischen“ Glücksspielern werden unterschiedliche Kriterien angewendet. Für problematisches Spielen werden drei bis vier Kriterien des DSM-IV oder drei bis vier Punkte des South Oaks Gambling Screen (SOGS) herangezogen, für pathologisches Spielen mindestens fünf Kriterien des DSM-IV bzw. fünf Punkte im SOGS. Nach DSM-V haben sich die Schwellenwerte für pathologisches Spielen von fünf auf vier Kriterien nach unten reguliert.

Epidemiologisch gesehen gelten in Europa allgemein zwischen 1,1 Prozent und 6,5 Prozent der Gesamtbevölkerung als problematische oder pathologische Spieler.²³ In Österreich sind dies 1,1 Prozent der Gesamtbevölkerung, wobei 0,4 Prozent auf problematisches und 0,7 Prozent auf pathologisches Spielverhalten entfallen.⁴ Im Durchschnitt sind zehn Angehörige bzw. sozial nahestehende Personen mitbetroffen.⁵

Dies gilt auch für Südtirol. Dort galten bei der letzten Untersuchung 4,1 Prozent als pathologische bzw. problematische Spieler.⁶ Die Ausgaben pro Kopf liegen dabei in Südtirol bei ca. € 1.300 pro Jahr. In Österreich gibt die Hälfte der problematischen Spieler monatlich mehr als 60 Euro für Glücksspiele aus, bei den Spielsüchtigen sind dies mehr als 100 Euro.⁴

Für Spielsucht bzw. als Schutz dagegen existieren individuelle und soziale Risiko- und Resilienzfaktoren (s. Tabelle 2). Vor allem ständige Verfügbarkeit des Glücksspiels und massive Werbung spielen in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Im Bereich der Risikofaktoren gibt es Geschlechterunterschiede. Bei Frauen beispielsweise tritt pathologisches Spielen in höherem Alter und mit höherem Bildungsgrad häufiger auf.

Behandlungsangebote erreichen nur fünf bis zehn Prozent der exzessiven Spieler. Eine Verbesserung wäre hier wünschenswert, da ein früherer Behandlungsbeginn mit einer besseren Prognose assoziiert ist. Insgesamt hat sich die Zahl der Behandlungen in den letzten Jahren als relativ konstant erwiesen.

3. Psychiatrische Aspekte

Im noch weiterhin geltenden ICD-10 ist derzeit das pathologische Spielen unter die Impulskontrollstörungen (F63.0) eingeordnet. Kriterien für die Diagnose „Pathologisches Spielen“ sind in Tabelle 3

Individuelle Risikofaktoren	Individuelle Resilienzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Junges Alter • Männlich • Verhaltensauffälligkeiten • Risikofreude und Impulsivität • Geringer Selbstwert/Omnipotenzgefühl • Magisches Denken/Fehleinschätzung der Gewinnwahrscheinlichkeit • Geringe soziale Kompetenz/Ängstlichkeit • Psychiatrische Störungen • Substanzmissbrauch (Drogen, Alkohol, Tabak) • Geringerer Bildungsstand • Schlechtes Geldmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Höheres Lebensalter • Weiblich • Keine Verhaltensauffälligkeiten • Risikobewusstsein und Selbstkontrolle • Hoher Selbstwert • Fehlendes magisches Denken/Bewusstsein der geringen Gewinnwahrscheinlichkeit • Extraversion/hohe soziale Kompetenz • Keine psychiatrischen Auffälligkeiten • Kein Substanzmissbrauch • Erfolgreicher Bildungsabschluss • Unproblematisches Geldmanagement
Soziale Risikofaktoren	Soziale Resilienzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Suchtbelastung in der Familie • Inkohärenter Erziehungsstil, fehlende Regeln • Geringe familiäre Bindung • Tolerante Einstellung zum Glücksspiel • Problematische soziale Modelle • Armut/Arbeitslosigkeit • Migrationshintergrund/Minderheiten • Ungeregelter Zugang zum Glücksspiel/permanente Verfügbarkeit • Werbung für Glücksspiele • Delinquenz/illegale Handlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine familiäre Vorbelastung • Kohärenter Erziehungsstil, familiäre Regeln • Positive und starke Bindung • Stigmatisierung des Glücksspiels • Positive Modelle • Stabile finanzielle Verhältnisse/Beschäftigung • Zugehörigkeit zur ethnischen Mehrheit • Geregelter und kontrollierter Zugang/geringe Verfügbarkeit • Einschränkung der Werbung • Keine Delinquenz/Akzeptanz gesellschaftlicher Regeln

Quelle: Serpelloni 2012; Meyer 2011; Cook 2015; Petry 2005

Tabelle 3

Kriterien für die Diagnose „Pathologisches Spielen“

A	Wiederholte Episoden (zwei oder mehr) von Glücksspiel über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr
B	Diese Episoden bringen dem Betroffenen keinen Gewinn, sondern werden trotz Leidensdrucks und Störungen der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit fortgesetzt.
C	Die Betroffenen beschreiben einen intensiven Drang zu spielen, der nur schwer kontrolliert werden kann. Sie schildern, dass sie nicht in der Lage sind, das Glücksspiel durch Willensanstrengung zu unterbrechen.
D	Die Betroffenen sind ständig mit Gedanken und Vorstellung vom Glücksspiel oder dem Umfeld des Glücksspiels beschäftigt.

Quelle: ICD-10, F.63.0

Das DSM-V unterscheidet zudem zwischen episodischem und anhaltendem pathologischem Spielen und definiert darüber hinaus eine frühe Remission („early remission“) sowie unterschiedliche Schweregrade (mild: vier bis fünf Kriterien zutreffend, mäßig schwer: sechs bis sieben Kriterien, schwer: acht bis neun Kriterien). Pathologisches Glücksspiel und substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf. Dies sind im Wesentlichen Zielgerichtetheit, primäre Lustbetontheit, Dosissteigerung, Kontrollverlust und das Auftreten von Entzugssymptomen.

Die Entwicklung der Spielsucht verläuft phasenhaft. Zunächst werden in der Anfangsphase, der Gewinnphase, überwiegend positive Erfahrungen gemacht. Darauf folgt die Verlustphase als kritische Gewöhnungsphase und zuletzt die Verzweiflungsphase als Stadium der manifesten Abhängigkeit.⁷ Die häufigste komorbide Störung stellt – vor allem im stationären Bereich – der Substanzmissbrauch dar.

Empfohlen wird, die Diagnose anhand der Kriterien der Internationalen Klassifikationssysteme klinisch zu stellen. Insbesondere bei Auftreten in höherem Alter und atypischem Bild sind neurologische und psychiatrische Erkrankungen, beispielsweise ein M. Parkinson mit Impulskontrollstörungen, auszuschließen. In solchen Fällen wird die Durchführung eines Labors bzw. einer Bildgebung empfohlen.

Motivation und Psychopathologie für pathologisches Spielen können sehr unterschiedlich sein. So kann das Ziel sein, dysphorischer Stimmung zu entkommen, Langeweile zu vermeiden oder Erregung zu verspüren. Externe Einflüsse und/oder Verhaltenskonditionierung (z.B. sozialer Druck) können ebenfalls eine Rolle spielen. Die einzelnen motivationalen Faktoren können in unterschiedlichen Kombinationen auftreten und auf Komorbiditäten und Persönlichkeitsstörungen hinweisen.

4. Psychiatrische Komorbiditäten

Psychiatrische Komorbiditäten können die Ursache oder die Folge einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne der Entwicklung einer Spielsucht sein. Bei Frauen kommen psychiatrische Komorbiditäten häufig vor und sind oft vorbestehend. Eine Komorbidität kann von der Spielsucht überdeckt werden und erschwert deren Diagnostik. Grundsätzlich gilt: Je stärker die Sucht ausgeprägt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Komorbidität vorliegt. Komorbiditäten erhöhen zudem die Suizidrate bei Spielsucht.

Die Häufigkeit von psychischen Komorbiditäten liegt bei problematischen Spielern bei etwa 78 Prozent, bei pathologischen Spielern bei 95 Prozent (s. Tabelle 4).⁸⁹ Alkoholmissbrauch oder -abhängig-

aufgelistet. In dem im Juni 2018 von der WHO veröffentlichten ICD-11 wird pathologisches Spielen – begrüßenswerterweise – als Suchterkrankung („Disorders due to substance abuse or addictive disorder“) klassifiziert.

Im DSM-V ist pathologisches Spielen der Klassifikation „Sucht und zugehörige Störungen“ zugeordnet. Neu ist, dass damit das Kontinuum – Übergang zwischen Missbrauch/schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit – betont wird. Zudem wurde der Begriff „Sucht“ wieder eingeführt und das Kriterium der Illegalität gestrichen. Nicht substanzbezogene Abhängigkeiten sind nunmehr inkludiert. Die diagnostischen Kriterien für pathologisches Spielen nach DSM-V sind:

Fehlangepasstes Spielverhalten über mindestens zwölf Monate mit mindestens vier der folgenden Kriterien:

- Ist stark eingenommen vom Glücksspiel
- Immer höhere Einsätze erforderlich, um die gewünschte Wirkung zu erzielen
- Wiederholt erfolglose Versuche, das Glücksspiel zu stoppen
- Unruhe/Gereiztheit beim Versuch, das Spiel einzuschränken
- Spielt, um Problemen/negativen Gefühlen zu entkommen
- Spielt, um Verluste auszugleichen („Hinterherjagen“)
- Belügen und Vertuschen
- Gefährdet bzw. verliert wichtige Beziehungen/Arbeitsplatz wegen des Spielens
- Verlässt sich darauf, dass andere Geld bereitstellen, um finanzielle Probleme, die durch das Spielen hervorgerufen wurden, zu bereinigen

Vorsitz



Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller
Psychiater, Psychotherapeut und Neurologe



Univ.-Prof. Dr. Herwig Scholz
Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten



Ass.-Prof. Dr. Peter Berger
stv. Leiter der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, Spielsuchthilfe, Wien



Prim. Dr. Renate Clemens-Marinschek
ärztliche Leiterin der Spielsuchtambulanz de La Tour – Villach



Univ.-Prof. Dr. Peter Hoffmann
Gerichtspsychiater, Graz



Mag. Dr. Izabela Horodecki, MBA
Leitung Spielsuchthilfe, Wien

Editorial Board

Tabelle 4

Psychische Komorbiditäten bei pathologischem Spielen

Alkohol (Missbrauch oder Abhängigkeit)	73,2%
Persönlichkeitsstörungen	60,8%
Tabak (Missbrauch oder Abhängigkeit)	60,4%
Affektive Störungen	49,6%
Angststörungen	41,3%
Substanzbezogene Störungen (ohne Alkohol und Tabak)	38,1%

Quelle: Petry et al. 2005, Kessler et al. 2008

keit betreiben mehr Männer als Frauen. Die Häufigkeit der Persönlichkeitsstörungen ist zwischen den Geschlechtern gleich verteilt, während von affektiven Störungen und Angststörungen überwiegend Frauen betroffen sind.

Der Mensch ist durch Genetik, Persönlichkeit und Umwelteinflüsse vulnerabel. Das Zusammenspiel von genetischer Anlage, sensibler Persönlichkeitsstruktur und ungünstigen Umwelteinflüssen kann durch „Selbstbehandlung“ im Sinne eines pathologischen Spielverhaltens letztendlich in einer Spielsucht enden. Des Weiteren können primäre Gewinnerlebnisse zu einer positiven Abspeicherung des Verhaltens und über eine Konditionierung zu einer Wiederholung und Intensivierung des Spielverhaltens führen.

Zwischen Verhaltenssüchten und psychiatrischen Komorbiditäten besteht eine Reihe neurobiologischer Gemeinsamkeiten: der Nucleus accumbens als „Belohnungssystem“, die Amygdalae, die für die Risikoeinschätzung verantwortlich sind, und der orbitofrontale Kortex als Steuerorgan. Bei den Neurotransmittern ist Serotonin für die Impulskontrolle zuständig, wobei bei Spielern ein erniedrigter Serotonin-Umsatz gefunden wurde. Dopamin verursacht Craving und Belohnungserwartung, Noradrenalin spielt bei Erregung und Spannung eine Rolle, Opioide bei der Euphorisierung.

Bei problematischen und pathologischen Spielern finden sich in der Literatur Hinweise auf Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, die Angaben variieren zwischen 30 und sogar 90 Prozent¹⁰, wobei Männer häufiger davon betroffen sind. Die gemeinsame Ursache von substanzbezogener Störung und Spielsucht liegt in einer Dysfunktion des Dopaminsystems. Die Hälfte dieser Patienten stammt aus suchtbelasteten Familien, ferner findet sich häufig eine vorbestehende depressive Störung. Durch eine Suchtverschiebung kann die eine oder andere Störung zeitweise in den Vordergrund treten.

Bei der Kombination einer Persönlichkeitsstörung mit einer Spielsucht besteht die Gemeinsamkeit in einer hohen Impulsivität sowie in Defiziten in Planung und kognitiver Flexibilität. Es finden sich vor allem antisoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen.¹¹ Die Ziele des Spielens liegen in der Spannungsreduktion, Ausfüllen einer inneren Leere, bei Borderline-Störungen in der Emotionsregulierung und bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen in der Verstärkung der eigenen Großartigkeit. Bei früher eintretender Suchtproblematik und schlechterem klinischem Verlauf finden sich eine höhere Rückfallsrate sowie ein erhöhtes Suizidrisiko (Walter et al. 2009).

Etwa bei der Hälfte der affektiven Störungen bei Spielsucht liegt eine monopolare Depression vor. Eine bipolare affektive Störung liegt bei bis zu 23 Prozent vor.⁸ Bei unterschiedlichen Angaben in der Literatur ist eine depressive Störung bei etwa 50 Prozent vorbestehend, in 50 Prozent durch die negativen Folgen der Spielsucht verursacht.¹² Es besteht ein erhöhtes Rückfall- und Suizidrisiko.¹³

Bei Spielsüchtigen findet sich in über 40 Prozent eine Angststörung, wobei in drei Viertel der Fälle diese bereits vor der Suchtentwicklung bestand.³ Vor allem finden sich soziale und spezifische Phobien, wobei die Sozialphobie meist vorbestehend ist, während eine Spielsucht oft zu einer generalisierten Angststörung führen kann. Das Spielen führt zu einer Dopaminfreisetzung und damit zur passageren Angstreduktion.

Im Rahmen der Kombination von posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Spielsucht waren ursprünglich mehr Frauen als Männer betroffen. Dies hat sich durch die Migration von Flüchtlingen insofern geändert, als derzeit vor allem junge männliche Flüchtlinge zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr die Risikogruppe darstellen. Häufig weisen diese zusätzlich eine Polytoxikomanie und eine erhöhte Suizidalität auf. Generell besteht bei einer PTBS ein hohes Suchtrisiko mit frühem Einstieg in ein pathologisches Spielverhalten. Sowohl eine Sucht- als auch eine Traumatherapie sind in diesen Fällen erforderlich.

Etwas mehr als 13 Prozent der Spielsüchtigen weisen ein vorbestehendes ADHS auf.⁹ Der klinischen Erfahrung nach könnte diese Zahl höher sein – insbesondere bei Patienten, bei denen ein ADHS (noch) nicht diagnostiziert wurde. Dem ADHS und der Spielsucht gemeinsam sind ein defizientes Belohnungssystem sowie eine Dysregulation im Dopaminsystem. „Sensation seeking“ wie beispielsweise Börsenspekulationen führen zur Konzentrationsverbesserung. Dissoziative Störungen kommen bei Frauen häufiger vor, Somatisierungsstörungen



Dr. Monika Lierzer
Leiterin der Fachstelle
Glücksspielsucht
Steiermark, Graz



Prim. Dr. Roland Mader
Leiter der Abteilung III,
Anton-Proksch-Institut,
Wien



Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek
ärztlicher Leiter Anton-Proksch-Institut Wien,
Vorstand Institut für
Sozialästhetik und Mental Health, SFU, Wien



DSA Ernst Nagelschmied
Leiter VIVA Drogenberatung,
Klagenfurt



Dr. Hubert Poppe
FA für Psychiatrie und
Neurologie, Wien,
Baden



Mag. Bettina Quantschnig
psychologische Leiterin
der Spielsuchtambulanz
de La Tour – Villach

gen bei etwa einem Drittel der Spielsüchtigen.¹⁴ Für weitere psychiatrische Komorbiditäten liegen nur unzureichende Daten vor.

Die vorliegenden Daten legen nahe, dass eine Spielsuchtproblematik oft durch psychiatrische Komorbidität verdeckt wird. Daher sollte bei psychiatrischer Erkrankung oder Substanzkonsum nach dem Spielverhalten gefragt werden. Denn eine frühzeitige Diagnostik und spezifische Therapie einer psychiatrischen Komorbidität sind Voraussetzung für eine Spielabstinenz.

Die Behandlung ist als eine duale Therapie anzulegen, zum einen als Therapie der Suchterkrankung und zum anderen als medikamentöse Therapie und Psychotherapie der jeweiligen psychiatrischen Komorbidität. Erforderlich sind zudem eine Therapie der Gefühls- und Beziehungsstörung sowie eine Verbesserung der Spannungsreduktion und der Selbstwertproblematik.

5. Ressourcen-orientierte Behandlung

Heute besteht bei Sucht anstelle der traditionellen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung ein modernerer Ansatz in den Schwerpunkten Akutbehandlung, Lebensneugestaltung und Transferphase. In der Transferphase soll der Patient das während des stationären Aufenthaltes Erlernte in den Alltag umsetzen.

Die Ressourcen-orientierte Behandlung setzt bei der Lebensneugestaltung ein. Die bislang weit verbreitete Defizienz-orientierte Therapie fokussiert nicht nur auf pharmakologische, sondern auch auf sämtliche psychotherapeutische Therapiestrategien.¹⁵ Sie unterliegt aber einer Reihe von Limitationen, von denen als größte der mangelnde Fortschritt in Richtung effizienter Therapie seit den 1980er-Jahren zu nennen ist. Selbstverständlich werden im Ressourcen-orientierten Programm auch Defizite behandelt. Die Lebensneugestaltung – wie beim Orpheus-Programm des API – steht jedoch im Mittelpunkt. Die Ressourcen-orientierte Therapie stellt daher eine Ergänzung der Defizienz-Therapie dar. Es existiert dazu eine Reihe von Modellen, bei denen die positive Psychologie einen zentralen Punkt darstellt.

Die „Ressource“ (frz. la source = die Quelle) bedeutet nicht nur Mittel, Fähigkeit, sondern auch Potenz bzw. Möglichkeit. Ressourcen umfassen zwei Bereiche, nämlich zum einen vorgegebene Eigenschaften, zum anderen komplexe dynamische Prozesse. Letztere meint Ressourcen, die bei Verwendung stärker werden. Dazu seien beispielsweise kognitive oder auch emotionale Ressourcen genannt. Diese Ressourcen sind bildlich gesprochen keine „Reserve-räder“, sondern „Motoren“.

Enge Zusammenhänge bestehen zwischen Ressourcen und Resilienz bzw. Salutogenese. Dabei geht es um Aktivierung und Umsetzung der gesunden Anteile. Neben kognitiven, emotionalen, körperlichen, interaktionellen und sozialen Ressourcen existieren spirituelle Ressourcen, die allerdings bislang eher vernachlässigt werden. Um spezielle Ressourcen handelt es sich bei den fiktionalen bzw. optativen Ressourcen, den Ressourcen des Möglichen: Wenn ein Mensch etwas für möglich hält, stellt das für ihn eine extreme Kraftquelle dar. Diese Kraft kann in der Therapie gefördert werden. Damit erhöht sich beispielsweise die Chance, dass der Patient es für möglich hält, nicht mehr zu spielen.

Viele dieser Ressourcen sind den Patienten nicht bekannt, und eine Aufgabe der Diagnostik und Therapie besteht darin, gemeinsam mit dem Patienten diese Möglichkeiten herauszufinden. Dieses „Möglich“ hat sehr viel mit Autonomie zu tun, und diese wiederum eröffneten den Weg zu einem freudvollen und schönen Leben.¹⁶ Auch Schönes und Freude sind Kraftquellen. Selbstbestimmung und freudvolles Leben stellen das Therapieziel der Ressourcen-orientierten Therapie dar – sie bedeuten nichts anderes als psychische Gesundheit. Und das Erreichen psychischer Gesundheit ist letztendlich die Aufgabe des Arztes.

Es geht also bei der Ressourcen-orientierten Therapie nicht darum, den Menschen als krankes Subjekt oder als „abstraktes“ Individuum zu sehen, sondern als „konkretes“ Individuum, also als das, was er sein könnte. Dies bedeutet eine Erweiterung einer nur evidenzbasierten Medizin hin zur humanbasierten Medizin.¹⁷

6. Psychologische Aspekte

Grundsätzlich wird Spielen eng assoziiert mit Freude, Spaß und Anregung und dient zur Entspannung. Fragt man Menschen, was sie sich vom Leben erwarten, so steht Glück und Zufriedenheit an vorderster Stelle. Demzufolge ist auch bei der Glücksspielsucht das Thema Glück relevant.

So argumentieren Spielsüchte mit Metaphern wie „Ich bin ein Glückskind“ oder „Der Pechsträhne folgt eine Glückssträhne“. Die Glücksforschung hat in den letzten Jahrzehnten einen Aufschwung erlebt. Aspekte der Glücksforschung umfassen Glücklichkeit, subjektives Wohlbefinden, emotionales (momentane Gefühlslage) und kognitives (Zufriedenheit mit dem Leben) Wohlbefinden. Fragen, die sich im Rahmen der Psychologie des Glücks stellen, sind u.a., was Glück eigentlich ist, was Menschen glücklich macht, wie sich Glück auf Menschen auswirkt und ob und wie Glück erhöht werden kann.



Prim. Dr. Christa Rados
Leiterin der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, LKH Villach



MR Mag. Alice Schogger
Leiterin Stabsstelle Spielerschutz, BM für Finanzen, Wien



Prim. Dr. Kurosch Yazdi
Leiter der Klinik für Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin, Neuromed Campus, Kepler Universitätsklinikum, Linz



Dr. Helmut Zingerle
Psychologisch-Psychotherapeutische Gesamtleitung des Therapie-zentrums Bad Bachgart, Brixen

Eng verbunden damit ist die positive Psychologie. Dabei geht es u. a. um das Hervorheben und Stärken von positiven Eigenschaften, die „besten Dinge“ im Leben zu fördern, Strategien zur Vermehrung von Wohlbefinden zu entwickeln, Sinn und Bestimmung zu finden. Damit rückt das Selbstmitgefühl verstärkt in den Mittelpunkt, womit eine positive, wertschätzende Betrachtung des eigenen Selbst gemeint ist. Selbstmitgefühl und Selbstwert sind maßgeblich verantwortlich für psychisches Wohlbefinden. Unter Selbstwert wird in der Psychologie eine relativ stabile Eigenschaft der Persönlichkeit verstanden und meint die subjektive Einschätzung der eigenen Kompetenz für verschiedene Lebensbereiche, verbunden mit erweiterten Copingstrategien, emotionaler Stabilität und Resilienz. Im Bereich der Resilienz geht es darum, die psychische Widerstandskraft zu stärken, potenziell schädigende Umstände gut zu überstehen, eine gesunde Entwicklung trotz Risikobelastungen zu fördern und Stärken und Kompetenzen zu ermöglichen.

Die Hintergrundproblematik bei der Sucht beruht im Wesentlichen auf Störungen des Selbstwertes, der Gefühlsregulation und der Beziehungsgestaltung. Störungen der Selbstwertregulierung können sowohl Ursache als auch Konsequenz einer Suchtentwicklung sein. Spielsüchtige legen in der Regel ein dominant-pseudo-selbstsicheres Verhalten an den Tag. Es besteht ein starker Aktionsdrang, Bedürfnis nach Reizsuche bzw. ein Zustand der Langleweiligkeit, darüber hinaus im Beziehungsbereich Angst vor individuellem Versagen, sozialer Ablehnung und reale Konfliktvermeidung.

Das lerntheoretische Erklärungsmodell besagt, dass Spielverhalten durch Lernprozesse der klassischen und operanten Konditionierung beeinflusst wird. Ein erlernter (konditionierter) Reiz löst eine erlernte (konditionierte) Reaktion aus und motiviert zu neuerlicher Verhaltensausübung. Der angenehme Suchtmittelleffekt wirkt belohnend und im Sinn der operanten Konditionierung positiv verstärkend. Spieler lernen „schnell und effektiv“, Gefühle durch das Suchtverhalten zu regulieren.

Im Bereich der kognitiven Erklärungsansätze, die in den 1980er-Jahren entstanden sind, stellt die Erinnerung an die positive Wirkung des Suchtverhaltens den zentralen Motor dar. „Sensation seeker“ benötigen ein hohes Erregungsniveau, um sich wohlzufühlen. Die Suche nach Abwechslung und neuen Erlebnissen steht im Vordergrund. Zusätzlich verspüren sie eine Gefühlsmischung aus Angst und Lust („thrill“), ein Bedürfnis nach Nervenkitzel und Abenteuer (Extremsport), nach Erfahrungen (Drogenkonsum), es kommt zu Enthemmung und Anfälligkeiten bei Langleweiligkeit.

Bei Spielsüchtigen bestehen kognitive Informationsverzerrungen im Sinne „irrationaler magischer“ Denkprozesse. Es bestehen Trugschlüsse über den Verlauf des Glücksspiels und die Annahme, aufgrund eigener Fähigkeiten Einfluss nehmen zu können („Kontrollillusionen“, häufig bei Sportwetten). Diese Denkprozesse ermöglichen dauerhaft erhöhtes Erregungsniveau, welches wiederum zur Aufrechterhaltung der Denkfehler und zum Craving führt. Das Größenselbst wird aktiviert und tritt eine expansive Flucht nach vorne an („Big Loser“/„Verluste muss man wie Siege feiern“).

Das „magische Denken“ führt zu unrealistischen Gewinnerwartungen, zu wechselnder Zuweisung der Verantwortlichkeit bei Gewinn und Verlust (selbstwertdienliche Attributionsprozesse), zur Bindung an die einmal gewählte Strategie und zu selektivem Gedächtnis. Kontrollillusionen bedingen die Entwicklung von „sicheren Gewinnstrategien“ sowie ein fehlerhaftes Verständnis des Zufallskonzepts.

Selbstwertdienliche Attributionsprozesse bedeuten, dass Gewinne den eigenen Fähigkeiten zugeschrieben und demzufolge überbewertet werden. Verluste werden äußeren Faktoren zugeschrieben („der Automat wird manipuliert“) und bagatellisiert. Es besteht die Überzeugung der Vorhersehbarkeit von Ergebnissen. Unrealistische Gewinnerwartungen beziehen sich auf die Annahme, dass nach einer Verlustserie die Wahrscheinlichkeit eines Gewinnes steigt. Es bestehen gedankliche Verknüpfungen zwischen zukünftigen Spielergebnissen mit vorangegangenen Ereignissen, und Gewinnerwartungen werden durch „Fast-Gewinne“ forciert.

Die einmal gewählte Strategie wird trotz negativer Erfahrungen (Verluste) beibehalten. Es kommt zu einer Intoleranz gegenüber Verlusten sowie zum Irrglauben, Verluste können nur durch neuerliches Spiel oder Weiterspielen ausgeglichen werden. Zudem besteht eine dauerhafte Beschäftigung mit dem Glücksspiel.

Im selektiven Gedächtnis sind Gewinne kognitiv besser repräsentiert, und es wird mit Beschreibungen über das „rechtzeitige Aufhören“ argumentiert.

An Bedeutung gewannen in den letzten Jahren in der fachlichen Auseinandersetzung mit der Spielsucht Mentalisierungsprozesse. Diese vergegenwärtigen psychische Vorgänge sowie die Achtsamkeit für eigene Bedürfnisse und die von anderen (Empathiefähigkeit) und das Verstehen von Missverständnissen.

In der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) werden jene psychodynamischen Prozesse einbezogen. Dabei sollen negative Empfindungen akzeptiert und dysfunktionale Kontrollversuche abgebaut werden. Engagiertes Handeln („Commitment“) wird gefördert, Achtsamkeit und Spiritualität spielen dabei eine Rolle.

In der Suchttherapie zunehmende Bedeutung gewinnen schematherapeutische Ansätze. In diesen werden emotionale und biografische Aspekte systematisch berücksichtigt. Frühkindliche Erfahrungen werden für die Entwicklung von Störungsbildern als wesentlich erachtet. Demzufolge soll mittel- bis langfristig ein selbstbestimmtes Handeln trotz belastender Erfahrungen aufgebaut und Selbstmitgefühl als wichtiger Bestandteil psychologischer Entwicklungsprozesse angesehen werden.

7. Gutachterliche Aspekte

Im Zusammenhang mit Spielsucht existiert eine Reihe gutachterlicher juristischer Aspekte. Es werden laufend viele große Verfahren abgewickelt, bei denen es vor allem im zivilrechtlichen Bereich um die Frage der Geschäftsfähigkeit geht.

Die Frage der Willensfreiheit ist bis dato nicht gelöst. Die Justiz hat sich aus diesem Dilemma gezogen, indem sie normativ festlegt, dass jemand, der im Zusammenhang mit einer schweren psychischen Störung (die im Gesetz vorgegeben ist) eine Tat begangen hat, nicht willensfrei war.

Der Gesetzgeber nennt nur vier schwere psychische Störungen, nämlich schwere Behinderung, akute Geisteskrankheit, tiefgreifende Bewusstseinsstörung oder eine gleichwertige psychopathologische Diagnose (Neurose oder Borderline-Störung). Dies hat der Gutachter zu entscheiden, wobei der entscheidende Punkt der Schweregrad ist. Die Spielsucht allein gilt jedenfalls nicht als schwere Störung.

Es gibt bestimmte Kriterien, bei denen die Willensfreiheit beeinträchtigt oder sogar aufgehoben sein kann. Die Studien dazu sind deutschen und englischen Ursprungs. In diesen Ländern existiert der Begriff „eingeschränkte Geschäftsfähigkeit“ bzw. „eingeschränkte Zurechnungsfähigkeit“. Diese Begriffe existieren in Österreich nicht, hier gibt es nur die Alternativen „zurechnungsfähig“ oder „nicht zurechnungsfähig“.

Die Gesichtspunkte, die bei der politisch-psychiatrischen Begutachtung der Spielsucht beachtet werden müssen

(Quelle R. Haller):

- Handelt es sich um einen chronischen Verlauf, charakterisiert durch progrediente, selbstzerstörerische Spielaktionen?
- Bestand eine Beziehung zwischen dem Delikt und dem exzessiven Spielen, insbesondere ein zeitlicher Zusammenhang?
- Erfolgte das Delikt bzw. die rechtsrelevante Handlung impulsiv, ohne Vorplanung und ohne Organisation?
- Lagen zusätzliche Belastungen vor, die zu einer erheblichen Erschütterung der Ich-Funktion geführt haben?

Darüber hinaus besagt das psychopathologische Referenzsystem nach Henning Saß, dass der Vergleich der Störungen nicht auf einer diagnostischen, auf einer pathogenetischen Ebene getroffen werden soll, sondern auf einer syndromal-funktionalen Ebene. Das heißt, wenn jemand eine Spielsucht hätte, die mit ähnlichen Symptomen einhergeht wie eine Wahnerkrankung oder mit ähnlichen Symptomen wie eine manisch-depressive Erkrankung etc., also eigentlich unabhängig von der Genese auf der entscheidenden gutachterlichen Ebene ein gleichwertiger psychopathologischer Befund gegeben ist, dann könnte man in seltenen Fällen Geschäfts- und Zurechnungsunfähigkeit attestieren; und selbstverständlich dann, wenn die Basisstörung der Spielsucht bzw. die komorbide Störung tatsächlich einer dieser vier schweren Geisteskrankheiten entspricht.

Eine problematische Entwicklung liegt darin, dass unsere Gesellschaft dazu neigt, durch Zuordnung zu einem Krankheitsbegriff zu exkulpierten. Diese Entwicklung ist im Bereich der Spielsucht wahrscheinlich vor allem deswegen so deutlich, weil es einem „moralisch anständigen Normalbürger“ unverständlich ist, wie beispielsweise jemand sein gesamtes Vermögen verspielen kann. Die Konsequenzen der Attestierung einer Geschäftsunfähigkeit sind außerdem nicht konsequent durchdacht. Denn diese müsste sich auf das gesamte Leben des Betroffenen auswirken, er könnte praktisch keine Verträge abschließen bzw. dürfte in den letzten Jahren keine abgeschlossen haben etc.

Das Prinzip der Geschäftsfähigkeit liegt darin, das Für und Wider einer Entscheidung abwägen zu können und den Überblick zu behalten. Letzteres ist bei Spielsüchtigen zumeist der Fall, da sie häufig sehr genau über ihre Schulden Bescheid wissen. Es könnte sich die Frage stellen, ob es durch Spielsucht zu einer derartigen Verformung der Werte kommt, dass dies zu einer Aufhebung der Willensfreiheit führt. Die Antwort muss jedenfalls lauten, dass dies nur bei hirnorganischen Erkrankungen oder einer Geisteskrankheit der Fall ist.

Zu fordern wäre hierzulande zum einen eine Abstufung der Geschäftsfähigkeit bzw. Zurechnungsfähigkeit, um beispielsweise mildernde Umstände geltend machen zu können. Darüber hinaus gehörte im Glücksspielgesetz – was im Suchtmittelgesetz für dessen Regelungsbereich bereits gilt – die Möglichkeit verankert, bei Spielsucht im Falle eines delinquenten Verhaltens „Therapie statt Strafe“ anzuwenden.

8. Online-Sucht – aktuelle Trends im Internet

Die Zahl der Internet-Nutzer steigt kontinuierlich. 2017 haben in Österreich insgesamt 6,45 Millionen Menschen das Internet genutzt, davon sechs Millionen regelmäßig bzw. mehrmals pro Woche.¹⁸ Nach Zielgruppen aufgeschlüsselt hat die Anzahl der Frauen und der älteren Internet-User in den letzten Jahren zugenommen.

Die globalen Daten zur Computer-Spielsucht (DSM-5: „Internet gaming disorder“) sind aufgrund unterschiedlicher Definitionen, Untersuchungskriterien etc. als sehr mangelhaft zu bewerten.

Die Entwicklung der Internet-Sucht verläuft über den Internet-Gebrauch als Mittel zu Unterhaltung, Spannung, Kommunikation und Information. Über eine inadäquate Nutzung (mit Toleranzentwicklung, Fokussierung etc.) kommt es zur Verhaltensänderung mit Rückzug aus anderen Lebensbereichen. Dieser Rückzug betrifft zunächst einmal das Sozialleben, indem es – von außen betrachtet – zu einer Vereinsamung kommt, die der Betroffene jedoch ganz und gar nicht so empfindet. Online bestehen mehr soziale Kontakte als im realen Leben. In weiterer Folge wird die reale Welt in die virtuelle eingebaut bzw. an den Rand gedrängt und letztendlich das Internet zum Lebensinhalt gemacht.

Die Möglichkeiten im Internet sind unbegrenzt. Sie reichen vom Spielen über Einkaufen, Pornografie anschauen bis hin zum Spiel mit der eigenen Identität.

Die Glücksspielerlöse der verschiedenen Anbieter haben sich von 2016 bis 2017 um etwas weniger als vier Prozent auf knappe 3,5 Milliarden Euro gesteigert. Ein sehr großes Problem stellen echtgeldfreie Angebote als „Einstiegsdroge“ dar, die eine hohe Akzeptanz im Hinblick auf Risikoverhalten aufweisen. Häufig liegen dabei die Gewinnchancen bei den echtgeldfreien Angeboten höher als bei den später gegen Echtgeld angebotenen Spielen. Für echtgeldfreie Angebote existiert an sich keine Altersbegrenzung. Alarmierend sind dementsprechend die Nutzungszahlen unter den Minderjährigen, also jener Gruppe, der Casino- und Automaten Spiele per Gesetz verboten ist. Derzeit gibt es Bestrebungen, per Gesetz den zahlreichen illegalen Anbietern von Online-Glücksspielen das Handwerk zu legen. In der Realität werden (zum Großteil in Österreich illegale) Online-Glücksspiele jedoch immer mehr massiv beworben.

Auch Online-Spiele locken die Nutzer immer häufiger mit Gewinnangeboten, die sich zum Teil bereits im Echtgeldbereich bewegen. Diese Praktiken kommen dem Online-Glücksspiel bereits sehr nahe.

9. Pharmakotherapie

Für die medikamentöse Therapie der Glücksspielabhängigkeit ergeben sich zwei Therapieansätze: Einerseits die Behandlung einer komorbiden psychischen Störung wie Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsstörung oder stressinduzierten Störungen und andererseits die Verbesserung suchtspezifischer Merkmale wie die Reduktion des Glücksspielverlangens und Verbesserung der Impulskontrolle und Exekutivfunktionen und damit die Reduktion der Spielintensität.^{19,20}

In den ersten kontrollierten Studien zur medikamentösen Therapie der Glücksspielabhängigkeit wurden, ausgehend von der Serotonin-Hypothese impulsiver- und kompulsiver Störungen²¹, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) untersucht. Etwa die Hälfte

der Studien zeigen eine signifikante Verbesserung der Spielsucht verglichen mit Placebo, die andere Hälfte der Studien ergab jedoch keinen signifikanten Unterschied. In all diesen Studien wurden depressive Patienten ausgeschlossen. Auch wenn sich kein konsistenter Effekt der SSRIs auf die Spielintensität zeigt, kann davon ausgegangen werden, dass bei Patienten, bei denen das Glücksspiel vor allem zur Depressionsabwehr dient, klassische Antidepressiva wie SSRIs über die Verbesserung der emotionalen Lage auch die Glücksspielabstinenz erleichtern. In einer Studie konnte dieser Effekt der Reduktion der Glücksspielintensität für die Therapie komorbider Angststörungen mit SSRIs gezeigt werden.

Stimmungsstabilisierende Medikamente wie Lithium, Valproat und Topiramate können die Spielintensität bei Glücksspielabhängigen besonders bei Komorbidität aus dem bipolaren Spektrum verbessern. In einer Studie mit dem Stimulans Modafinil zeigte sich, dass stark impulsive Patienten mit Reduktion der Glücksspielintensität reagierten, während bei wenig impulsiven Patienten das Gegenteil der Fall war.²² Olanzapin als Dopamin-Antagonist konnte in zwei Studien keine positiven Effekt auf das Spielverhalten zeigen.^{23,24} Zusammenfassend gesagt zeigt sich, dass die gezielte und differenzierte medikamentöse Behandlung einer komorbiden Störung auch eine verbessernde Wirkung auf das Spielverhalten hat.

Bei Medikamenten, die bei anderen Abhängigkeitserkrankungen, wie der Alkoholabhängigkeit, das Verlangen reduzieren und damit für die Rückfallprophylaxe bedeutsam sind, haben sich Acamprosat und Baclofen²⁵ bei der Spielsucht als vermutlich wenig wirksam gezeigt. In mehreren kontrollierten Studien zeigt sich aber konsistent, dass Opioidantagonisten wie Naltrexon das Glücksspielverlangen und die Häufigkeit von Glücksspielepisoden reduzieren können.^{26,27} Einige Patienten berichten unter der Therapie mit Naltrexon über eine Reduktion des Rauschzustandes während des Spiels, wodurch für sie die Ekstase (Dissoziation) und damit der Reiz bei Glücksspiel verlorengelht. Diese Medikamente sind aber in dieser Indikation in Österreich nicht zugelassen, sondern können nur off-label eingesetzt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bislang kein Medikament für die Indikation Spielsucht zugelassen ist. Die beste Evidenz liegt für Opioid-Antagonisten vor, insbesondere bei starkem Spielverlangen. Bei allen medikamentösen Therapiestudien zeigt sich interessanterweise ein relativ starker Placebo-Effekt, was darauf hindeutet, dass die Erwartung an die Therapie und der Entschluss dazu auch bei der Glücksspielabhängigkeit eine große Rolle spielt. Die medikamentöse Therapie stellt zusammen mit der Psychotherapie und Soziotherapie einen wichtigen Beitrag zur Behandlung der Glücksspielabhängigkeit dar.

10. Ambulante Therapie

Eine ambulante Einrichtung für Spielsucht hat eine ganz zentrale Funktion; sie ist zumeist erste Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige. Dort werden Anamnese erhoben und Diagnostik durchgeführt und daraufhin ein individueller Therapieplan erstellt. Die Entwöhnungsbehandlung kann ambulant durchgeführt werden, es können über die ambulante Stelle auch stationäre Therapieaufenthalte vermittelt werden. Einen wesentlichen Bestandteil stellt die Nachbehandlung nach stationären Aufhalten dar. Wichtig ist die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen durch Anbieten von Räumlichkeiten und auch fachliche Unterstützung sowie die Angehörigenberatung.

Erstes Ziel der Therapie ist nach wie vor die Abstinenz. Bewährt hat sich die Erstellung eines Therapievertrags. Dieser sollte u.a. die regelmäßige und pünktliche Teilnahme, eigenes und rechtzeitiges Abmelden, offizielle Verabschiedung, Bemühen um Offenheit und Ehrlichkeit und Thematisierung von Rückfällen beinhalten – anders als bei Substanzsüchten kann ein Rückfall bei Spielsucht nicht gemessen werden – sowie auch das Vermeiden von Geldgeschäften.

Die wesentlichen Indikationen zur ambulanten Therapie stellen eine gute Motivation dar, eine gute soziale Integration, ein weniger belastetes Umfeld, keine Mehrfachabhängigkeiten, keine schweren komorbiden Störungen und fehlende Möglichkeit einer stationären Therapie. Die Vorteile einer ambulanten Therapie liegen darin, dass der Patient in seinem sozialen Umfeld verbleiben kann. Suchtfördernde oder auslösende Faktoren gehen unmittelbar in die Therapie ein, können direkt behandelt und die daraus gewonnenen Erfahrungen direkt in der realen Welt umgesetzt werden. Die vier Säulen der ambulanten Therapie bilden Medizin, Sozialarbeit, Psychotherapie und Lebensneugestaltung.

Problem in der Behandlung stellen suchttypische Abwehr-Wirkungsmechanismen dar, eine ausgeprägte Familiendynamik, Versagensängste und die spezielle Psychopathologie der Spielsüchtigen. Denn diese spielen bekanntlich nicht nur an Automaten, sondern auch gerne mit ihrer Umwelt und auch mit ihren Therapeuten. Daher ist es vorteilhaft, in der Suchttherapie erfahrene Therapeuten einzusetzen.

Grundsätzlich entspricht das Therapiekonzept dem anderer Suchterkrankungen mit Einzelgesprächen, Gruppentherapien, und Angehörigenarbeit. Einen großen Teil nimmt die Sozialarbeit ein, insbesondere auch bei Finanzplan, Schuldenregelung und Geldmanagement.

In der Gruppentherapie geht es um das Erreichen der Spielabstinenz, und welche Empfindungen dabei zu verarbeiten sind. Mögliche Alternativen zum Spielen sollen erarbeitet, die kognitiven Verzerrungen aufgelöst werden – Letzteres kann beispielsweise in therapeutischen Spielen erfolgen. Themen sind natürlich auch Rückfallprophylaxe und Festigung des Abstinenzwunsches.

11. Arbeit mit Angehörigen

Angehörige von Spielsüchtigen sind vor allem durch finanzielle Auswirkungen, Probleme in der Beziehung und emotionale Faktoren belastet. Da die Patienten ihre Sucht in der Regel lange Zeit geheim halten, erfahren Angehörige davon häufig erst, wenn sich massive oder gar existenzbedrohende finanzielle Schulden angehäuft haben.

Auf der Beziehungsebene entstehen Vertrauensverlust und häufige Konflikte. Eine große Belastung stellt auch das deviante Verhalten des Betroffenen mit Rückzug aus dem familiären Alltagsleben und ständiger Suche nach Geld dar.

Angehörige erleben in emotionaler Hinsicht zumeist große Angst und Unsicherheit. Sie wissen oft nicht, wie sie die Miete bezahlen oder ihre Kinder versorgen sollen. Sie werden von Selbstzweifeln und Schuldgefühlen geplagt – beispielsweise denken sie darüber nach, warum sie die Sucht nicht schon früher bemerkt haben. Häufig treten auch Schamgefühle auf, da Geld häufig noch ein Tabuthema und die Angst vor Stigmatisierung bestimmend ist. Diese Belastungsfaktoren, denen Angehörige ausgesetzt sind, führen letztendlich zu Beanspruchung und negativen Auswirkungen (Stress–Strain–Coping–Support-Modell, SSCS).²⁸

Die negativen Auswirkungen können sich in verschiedenen somatischen und psychischen Anzeichen manifestieren wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzzustände oder Depressionen. Negative Gefühle der Wut, der Hilflosigkeit und Ohnmacht erhöhen die Beanspruchung. Angehörige verheimlichen oft aus Angst vor eigener Stigmatisierung die Glücksspielsucht des Betroffenen, sodass auch sozialer Rückzug stattfindet und in weiterer Folge soziale Isolation eintritt. Faktoren wie soziale Unterstützung und Bewältigungsstrategien sind wesentlich, um diese Belastungen zu reduzieren und die Lebensqualität zu verbessern.

Die Bewältigungsstrategien reichen von Abgrenzung (mit geringem Belastungsgrad), Kontrolltätigkeit, Tabuisierung bis zu Toleranz bzw. Akzeptanz, die den höchsten Grad der Belastung darstellt. Soziale Unterstützung finden Angehörige in der Familie, bei Freunden bzw. Bekannten, in Freizeitaktivitäten, in beruflicher Orientierung und letztendlich in positiver Lebenseinstellung. Grundsätzlich werden die negativen Auswirkungen unterschiedlich erlebt bzw. wahrgenommen, und sie können sich im Verlauf der Erkrankung auch verändern.

In der Angehörigenberatung ist es erforderlich, die anfängliche starke Fokussierung der Angehörigen auf den spielsüchtigen Partner/Kind zu verlagern und die Aufmerksamkeit auf sich selbst und die eigenen Bedürfnisse zu lenken. Information über die Glücksspielsucht vermittelt dem Angehörigen ein besseres Verständnis und damit bereits einen besseren Umgang mit der Situation. Ein großes Thema für Angehörige ist die finanzielle Verantwortungsübernahme. Diese sollte nach Möglichkeit vermieden werden oder nur eine kurzfristige Unterstützung sein, da zumeist Beziehungsdynamiken ausgelöst werden, die zu weiterer Belastung führen. Von entscheidender Bedeutung in der Angehörigenberatung ist die Vermittlung von individuell angepassten Bewältigungsstrategien zur Entlastung für diese chronische Stress-Situation. Ein weiterer relevanter Punkt ist die Abklärung der rechtlichen Situation (z.B. gemeinsames Haus und Hypothek). Einen weiteren relevanten Punkt stellt die rechtliche Situation dar. Die Begleitung der hilfeschuchenden Angehörigen sollte non-direktiv erfolgen und sich an deren Bedürfnissen orientieren.

Wissenschaftlich gut abgesicherte Behandlungsprogramme für die Angehörigen von Alkoholsüchtigen wurden mittlerweile für Angehörige von Glücksspielsüchtigen adaptiert. Der Community-Reinforcement-Ansatz und Familientraining (CRAFT)³⁰ ist als nicht konfrontative Strategie für Angehörige von Suchtkranken konzipiert, die neben einer Verbesserung der Lebensqualität Angehöriger darauf abzielt, durch Einzelcoaching der Angehörigen die Behandlungsbereitschaft einer zunächst an der Behandlung nicht teilnehmenden suchtkranken Person zu erhöhen. Ein weiteres Behandlungsprogramm ist das 5-Step-Modell³⁰, eine Einzelintervention (Kurzintervention) basierend auf dem SSCS-Modell von Orford. Es ist für Angehörige gedacht, die bereits sehr belastet sind, und indem vorwiegend individuelle Bewältigungsstrategien erarbeitet werden.

Im deutschsprachigen Raum wurden von Buchner et al. zwei Programme entwickelt, die gleichfalls die Entlastung Angehöriger als Ziel haben. Schwerpunkt der Programme sind die Informationsvermittlung und konkrete Hilfestellungen zu unterschiedlichen Themen (z.B. Kommunikationsstrategien).³¹ Bei ETAPPE (Entlastungstraining für Angehörige pathologischer Glücksspieler) handelt es sich um ein strukturiertes psychoedukatives Gruppenprogramm, dessen Wirksamkeit zur Stressreduktion gut belegt und im deutschsprachigen Raum etabliert ist. EfA (Entlastung für Angehörige pathologischer Glücksspieler) repräsentiert ein niedrigschwelliges Online-Angebot.

Angehörige suchen Unterstützung häufig in Zusammenhang mit anderen Problemen. Insgesamt nehmen nur sehr wenige Angehörige die Hilfsangebote in Anspruch. Es lassen sich einige Gründe erheben, die als Barriere dienen.³²

Zum einen befürchten Angehörige Schuldzuweisungen und negative Reaktionen anderer Menschen – eine Reaktion, die auch der pathologisierenden Konnotation des Begriffes der Co-Abhängigkeit entspringt. Wie Spielsüchtige empfinden auch viele Angehörige Scham, sich Schwächen einzugestehen und professionelle Hilfe zu benötigen. Oftmals besteht die Befürchtung, im Zuge von Beratung oder Selbsthilfegruppen noch schlimmere Geschichten als die eigene zu hören und dadurch deprimiert zu werden. Und letztendlich spielt Informationsmangel zu Beratungsmöglichkeiten eine gewisse Rolle. Therapeuten sollten Angehörigen des Recht auf eine eigene Perspektive für die Situation vermitteln, Empathie bezüglich der verzweiferten Lage ausstrahlen, die Leistung der Angehörigen anerkennen und ihre persönliche Autonomie stärken. In Zukunft erforderlich sind differenzierte Angebote, auch für nicht deutschsprachige Menschen, eine Entstigmatisierung durch Sensibilisierung sowie Öffentlichkeitsarbeit, um Multiplikatoren – vor allem auch im hausärztlichen Bereich – zu gewinnen.

12. Soziale Gesichtspunkte für Betroffene und Angehörige

Ein wesentliches Thema in der Sozialarbeit stellt die Eigenverantwortung dar. Soziotherapie wird von den Betroffenen zumeist dann selbst in Anspruch genommen, wenn der Arbeitsplatz oder die Wohnung verloren wird, große finanzielle Probleme bestehen oder Schwierigkeiten mit Behörden auftreten (z.B. Unterhaltszahlung, Strafen etc.). Im Gegensatz zu anderen Suchterkrankungen dauert es bei der Spielsucht oft einige Jahre, bis die Süchtigen wieder einigermaßen schuldenfrei bzw. ein halbwegs „normales Leben“ zu führen imstande sind. Dies bedeutet eine zusätzliche langfristige Belastung von Beziehungen.

Am Beginn des Veränderungsprozesses steht das Eingeständnis der Glücksspielsucht sowie eine unbedingte Offenlegung der finanziellen Situation. Eine Sachwalterschaft kann helfen, mögliches Aggressionspotenzial, das sich eröffnet, wenn der Betroffene beispielsweise die Bankomatkarte (wieder) an sich bringen will, vom Partner abzuwenden. Im finanziellen Bereich gilt es, sich Übersicht zu verschaffen. Weitere Themen sind Ratenvereinbarungen, Stundung, Umschuldung und Insolvenzanträge. Zu Beginn kann es sehr hilfreich bzw. sogar notwendig sein, sich vom Spiel sperren zu lassen und Bankomat- und Kreditkarten abzugeben. Helfen können des Weiteren tägliche Geldauszahlung, ein reines Guthabekonto sowie keine Geldbehebung an Hochrisikotagen (z.B. am Ersten des Monats).

13. Automatenverbots-Auswirkungen in Wien

In Wien wurde mit 1. Jänner 2015 das Verbot des kleinen Glücksspiels umgesetzt. Als unmittelbare Auswirkung stellten Anbieter für Spieler Busse und Taxigutscheine zur Verfügung, um diese zum Ausweichen nach Niederösterreich zu bewegen. Zudem führten Anbieter eine Klage vor dem Verfassungsgerichtshof gegen das Automatenverbot, der dieses jedoch bestätigte. Die breite mediale Berichterstattung dieser Ereignisse führte wahrscheinlich zu einer verstärkten gesellschaftlichen Sensibilisierung für das Thema der Glücksspielabhängigkeit.

Das Stadtbild Wiens veränderte sich: Die meisten früheren Automatenlokale wurden zu Wettlokalen umfunktioniert. Die Klienten der „Spielsuchthilfe“ berichteten häufiger von in Wien illegal aufgestellten Automaten. Insgesamt kam es zu einer Zunahme alternativer Spielmöglichkeiten wie: Wettlokale und bereits im Vorfeld des Verbots Online-Glücksspiele und Wetten. Positive Auswirkungen zeigten sich auf die Risikogruppe der Jugendlichen, denn mit dem Automatenverbot kam es zu einer Aufwertung des bis dahin in Wien nicht entsprechend umgesetzten Jugendschutzes.

Die Auswirkungen des Verbots aus der Sicht einer Behandlungseinrichtung können am Beispiel der „Spielsuchthilfe“ dargestellt werden. Die seit 35 Jahren bestehende „Spielsuchthilfe“ bietet auf Glücksspielsucht spezialisierte kostenfreie Behandlungsangebote in einem multiprofessionellen Team an. Der Zugang ist niedrigschwellig über Telefon- und Online-Beratung möglich. Die Angebote stehen den Hilfesuchenden auf Wunsch auch anonym und für nicht Versicherte zur Verfügung. Die störungsspezifischen Angebote der „Spielsuchthilfe“ umfassen Psychotherapie in verschiedenen Settings, psychiatrische Behandlung, Existenzsicherungs-, Sozial- und Schuldnerberatung, Angehörigenberatung und sozialtherapeutische Maßnahmen wie begleitete Freizeitangebote.

Die Betroffenen, die sich aktuell in Behandlung befanden, reagierten auf das Verbot mit Erleichterung und empfanden es als Hilfestellung zur Abstinenz. In der Folge kam es dennoch bei einigen Patienten zu Rückfällen an illegalen Automaten, in Niederösterreich, im Ausland bzw. zum Wechsel zu anderen Spielarten. Insgesamt zeigten diese Patienten jedoch eine erhöhte Bereitschaft, die Behandlung fortzusetzen, und äußerten häufiger den Wunsch nach einer Selbstsperrung, was in Niederösterreich möglich war, im Ausland nur sehr bedingt.

Patienten, die die „Spielsuchthilfe“ erstmalig erst nach dem Verbot aufsuchten, berichten rückblickend, sie hätten für einige Monate bzw. auch länger mit dem Spielen aufgehört und wurden dann doch rückfällig bzw. wechselten die Spielart.

Verglichen mit den anmeldungsstarken Vorjahren des Verbots sank die Zahl der neu hilfesuchenden Spieler um etwa ein Viertel, womit sie das Niveau der Jahre vor 2010 erreichte. Die Anzahl der neu hilfesuchenden Angehörigen blieb jedoch gleich hoch. Berichte aus

anderen Bundesländern legen zudem nahe, dass die Abnahme der Hilfesuchenden keine spezifische Folge des Automatenverbots zu sein scheint, da sie im selben Zeitraum auch in anderen Bundesländern zu beobachten war.

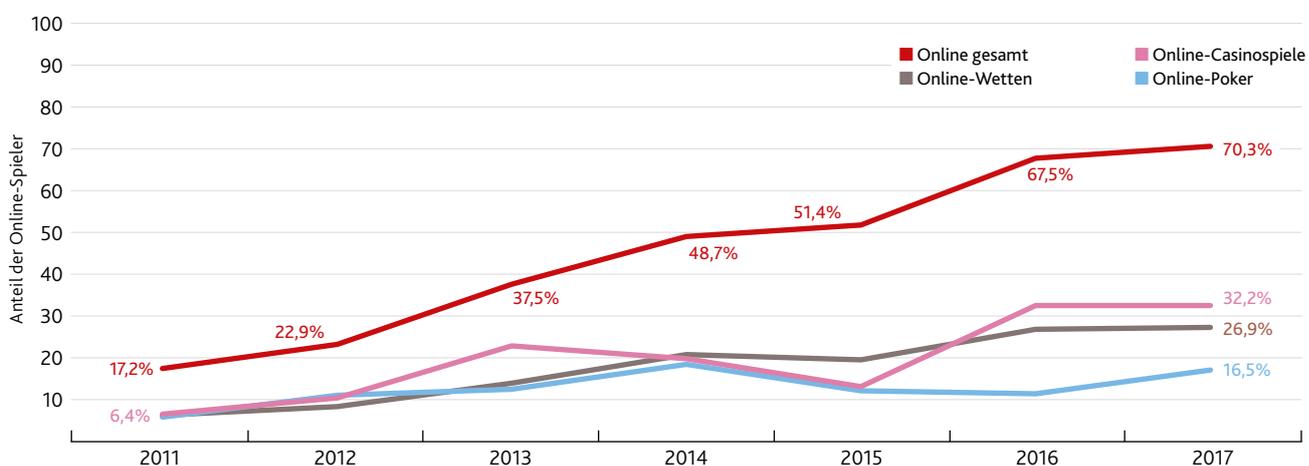
Ein Vergleich der Glücksspielorte der Erstbehandelten der Jahre 2001–2017 zeigt, dass sich bereits im Vorfeld des Automatenverbots eine generelle Verlagerung der Spielsuchtproblematik in Richtung Wetten (terrestrisch und online) und Online-Glücksspiel abzeichnete. Den größten Zuwachs betreffend Spielorte bei den bei der „Spielsuchthilfe“ zwischen 2011 und 2017 Erstbehandelten hat das Internet erfahren (vgl. Abbildung). Drei Jahre nach dem Verbot des kleinen Glücksspiels in Wien spielten bzw. wetteten online bereits 70 Prozent der im Jahr 2017 Erstbehandelten. Allerdings sollte hier angemerkt werden, dass in Österreich (aufgrund von Länderinteressen) gesetzlich streng zwischen Glücksspiel und Sportwetten unterschieden wird, dass aus medizinisch-therapeutischer Sicht jedoch zwischen diesen beiden Spielsuchtformen keinerlei Unterschied besteht.

Im Jahr 2017 hat sich die Anzahl der Besucher der Webseite der „Spielsuchthilfe“ im Vergleich zu den Jahren davor auf 107.000 verdoppelt, was als Hinweis auf die steigende Anzahl der potenziell Betroffenen gedeutet werden kann. Die Anzahl der Hilfesuchenden und Behandelten ist im gleichen Zeitraum jedoch bisher noch unverändert geblieben. Diese Gesamtentwicklung unterstreicht die unzureichende Einbettung der Glücksspielsucht in die generellen Konzepte der Finanzierung der Suchtbehandlung. Notwendig wäre zudem eine Regulierung des Online-Glücksspiels im Hinblick auf Spielerschutz. Unklarheiten für Konsumenten, welche Online-Glücksspielangebote legal und welche illegal sind, gehören beseitigt. Der Jugendschutz in Verbindung mit Werbung bei Glücksspiel und Wetten sollte überdacht werden, und das Wiener Wetten-Gesetz braucht eine tatsächliche Umsetzung bzw. Anpassung.

14. Jugendliche Online-Spieler

Die Online-Süchte teilen sich im Wesentlichen in vier Gruppen: die Social Media, von denen meist junge Frauen betroffen sind; Online-Computerspiele, die zumeist junge Männer ansprechen – hier sind

Abbildung
Spielort Internet 2011–2017*



*Erstbehandelte „Spielsuchthilfe“

Quelle: „Spielsuchthilfe“

die Online-Rollenspiele führend, während Online-Ego-Shooter und Online-Strategiespiele eine vergleichsweise geringe Rolle spielen. Vom anteilmäßig geringen Surfen bzw. (Pseudo-)Informationssuche sind in erster Linie junge arbeitslose Akademiker betroffen. Im Steigen begriffen ist die Online-Pornografie, die als Sucht zumeist Männer im mittleren Alter betrifft.

Aktuelle Prävalenzzahlen zur Online-Sucht existieren nicht. Zudem erfolgt die Prävalenzerhebung zumeist anhand einer Selbstbeurteilung mittels des IAT (Internet Addiction Test), dessen Ergebnis nicht zuverlässig ist. Denn wie eine Untersuchung von Yazdi et al. (under review) zeigte, wird die Internet-Spielsucht im Vergleich zur professionellen Beurteilung von Angehörigen in der Regel deutlich über-, von Betroffenen deutlich unterschätzt.

Das Smartphone weist an sich schon ein Abhängigkeitspotenzial auf, im Sinn des jederzeit Erreichbar-Sein-Wollens, gepaart mit der Angst, etwas zu verpassen. Die Zahlen zur Prävalenz der Smartphone-Sucht klaffen allerdings weit auseinander (auch innerhalb eines Landes) und liegen zwischen vier und 62 Prozent.³³ Die Ursache dafür sind u.a. unterschiedliche Definitionen für Smartphone-Sucht. So wird beispielsweise die Dauer der exzessiven Nutzung sehr unterschiedlich definiert. In Europa meint man damit in der Regel eine Nutzung von mindestens sechs Stunden täglich (außerhalb des beruflichen Gebrauchs).³⁴ Hier sind große interkulturelle Unterschiede und auch Veränderungen über die Jahre festzustellen. So wird heute ein wesentlich größerer Zeitraum der Internet-Nutzung als „normal“ angesehen als noch vor 15 Jahren.

Zu wenig Beachtung findet im Rahmen der Entzugserscheinungen, dass Männer vor allem mit Gereiztheit bis hin zu Aggression reagieren – ein Verhalten, das für Eltern online-süchtiger Jugendlicher oft nicht erklärbar ist und sie daher eher in eine allgemeine Erziehungsberatung führt als zu einer Suchttherapie. Sinnvoll ist es zudem in der Regel, Eltern gemeinsam mit den Jugendlichen in eine Suchttherapie zu bringen.

Im Bereich des Online-Glücksspiels weisen in einer österreichischen Untersuchung Online-Spieler im Vergleich zu Offline-Spielern ein vierfach höheres Risiko auf, süchtig zu werden.³⁵ Die zwei wesentlichen Merkmale, die Online-Spieler von Offline-Spielern unterscheidet, sind Alter und Online-Zeit (Verfügbarkeit). Es ist daher aufgrund der derzeitigen Entwicklung zu befürchten, dass in wenigen Jahrzehnten sich das gesamte Glücksspiel-Problem auf den Online-Sektor konzentrieren wird.

Das Suchtpotenzial vom Glücksspiel im Internet wird erhöht durch die Ereignisfrequenz (z.B. paralleles Spielen), scheinbare Beeinflussungsmöglichkeiten auf den Spielverlauf (z.B. Verdoppeln des Einsatzes), optische und akustische Reize in der Umgebung, unbegrenzten Alkoholkonsum, bargeldlose Zahlung, Anonymität, Realitätsflucht und Vielfalt des Angebotes.³⁶

Prävention kann grundsätzlich in Familie und Schule vorgenommen werden. Die allgemeine Prävention umfasst die Förderung von Lebenskompetenzen. Dies kann durch Vorträge für Eltern geschehen, in der Schule durch evaluierte Präventionsprogramme sowie durch Übungen zur Unterstützung der positiven Gruppenentwicklung – Stichwort (Cyber-)Mobbing.

Spezifische Prävention zielt auf suchtpreventive Medienkompetenzförderung ab. In speziellen Vorträgen für Eltern werden Informatio-

nen über aktuelle Internet-Phänomene sowie Tipps für die Begleitung der Jugendlichen im Erziehungsalltag gegeben. Für Lehrer werden Fortbildungen zu aktuellen Medien-Phänomenen angeboten, des Weiteren spezifische Übungen sowohl für Lehrer als auch für Schüler zu einzelnen Problemfeldern, die im Zusammenhang mit digitalen Medien auftreten.

Überlegungen wären anzustellen über eine gesetzliche Einschränkung des Internets im Hinblick auf Altersgrenzen, Nutzungsdauer und Zugang zu bestimmten Webseiten.

15. Gedanken zum Spielerschutz

Spielerschutz wendet sich an jene Personengruppen, die noch nicht unter die problematischen bzw. pathologischen Spieler fallen. Ziel des Spielerschutzes ist, diesen Menschen die Teilnahme am Glücksspiel als reines Freizeitvergnügen fern von Sucht- und Existenzproblemen zu ermöglichen bzw. bereits bestehende Probleme zu minimieren. Spielerschutz stellt eine klassische Querschnittsmaterie dar und umfasst Bereiche wie insbesondere Existenzsicherung, Jugendschutz, Konsumentenschutz, Kriminalitätsvorbeugung und Suchtprävention. Letzterer kommt eine besondere Aufmerksamkeit zu, da sie als Hauptursache für viele andere Probleme gilt.

In der Praxis bedeutet Suchtprävention das Ergreifen eines Maßnahmenpakets – insbesondere eines Mix aus strukturellen (legislative und regulierende Maßnahmen einschließlich Restriktionen und effektive Überwachung sowie die Bekämpfung des illegalen Glücksspiels einschließlich Online-Glücksspiel) und verhaltenspräventiven Maßnahmen.

Letztere umfassen Informationsoffensiven zu den Risiken des Glücksspiels und zu Unterstützungsmöglichkeiten. Eine Informationsbroschüre zu Glücksspiel und Spielsucht wird derzeit überarbeitet, dort sollen auch die Informationen zu legalem Glücksspiel einfließen. In einem späteren Schritt wäre es wichtig, auch das derzeit sehr unübersichtliche Gebiet der Sportwetten mit einzubeziehen. Weitere Maßnahmen stellen die Stärkung von Schutzfaktoren und das Aufzeigen alternativer Handlungsstrategien dar.

Eine besondere Bedeutung ist dem Schutz junger Menschen bis zum vollendeten 24. Lebensjahr beizumessen. Bis zur vollständigen Ausreifung des Gehirns können sich junge Menschen rein neurobiologisch gesehen nicht vollständig kontrollieren, und sie können sich auf ihre Hemmimpulse nicht so verlassen wie Erwachsene. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen besteht daher ein besonders großes Suchtpotenzial.

Neben den Jugendlichen umfasst eine besonders vulnerable Gruppe jene Menschen, die bereits Probleme haben, ihr Glücksspielen unter Kontrolle zu halten. Für diese bedeutet die Spielsperre häufig eine sehr wesentliche (sekundär präventive) Schutzmaßnahme. Der Spielerschutz arbeitet derzeit daran, einen betreiberübergreifenden bundesweiten Sperrverbund zu installieren. Darüber hinaus sollte die Finanzierung von Präventions- und Therapieaufgaben über Einnahmen aus Glücksspiel sichergestellt werden.

16. Spielerschutz – notwendige Standards und Ausblick

Eine der wesentlichsten Voraussetzungen für einen effizienten Spielerschutz ist die Schulung der Mitarbeiter von Spielanbietern.

Kriterien der Mitarbeiterschulung von Spielanbietern (Quelle: H. Scholz):

- Ausreichendes Ausmaß z.B.: der Grundschulung aller Mitarbeiter: 32 Stunden. Vertiefung alle zwei Jahre: acht Stunden
- Grundschulung für besonders geschulte Mitarbeiter: 80 Stunden
- Vertiefungsschulungen jährlich: 16 Stunden (Kärntner Spiel- und Glücksspielautomatengesetz 2012)
- Regelmäßige behördliche Evidenzkontrollen der Schulungen!
- Schulungsinstanzen betriebsunabhängig mit nachgewiesenem direktem Praxisbezug und Kompetenznachweis aller Lehrkräfte zur Glücksspielproblematik!
- Multidisziplinär: psychologische, juristisch-legistische, soziale Aspekte, psychiatrische Komorbiditäten, Schuldnerberatung, Kommunikation, Krisenintervention, Internet ...

Ihr Ziel ist die Vermittlung eines soliden Grundwissens über die Grundproblematik der Glücksspielsucht, ihre Erscheinungsbilder, Krankheitsverläufe und Hintergründe. Wichtig ist hier die Erkenntnis, dass es den typischen Spieler nicht gibt, sondern dass die Erscheinungsformen und Verlaufsbilder je nach unterschiedlichen Hintergründen erheblich variieren können. Deshalb ist es auch notwendig, Grundkenntnisse über mögliche psychische Hintergründe, Begleitstörungen und die Grundzüge von Therapie und Prävention zu vermitteln. Im Licht der aktuellen Entwicklung muss ein Schwerpunkt auch auf die Gebiete Sportwetten, Internet-Problematik und Jugendschutz gesetzt werden.

Besonders wichtig für die Gesprächsführung ist die Kenntnis der subjektiven Situation suchtgefährdeter Spieler, speziell ihrer ganz spezifischen Abwehrmechanismen und kognitiven Veränderungen in Richtung des „magischen Denkens“. Eine weitere Grundlage besteht im Einschätzen möglicher Hilfestellungen zu Spielerschutz wie Spielersperren u.A. bzw. zur Motivation Gefährdeter, ihr Spielverhalten zu überdenken.

Somit erfordert die Schulung neben Grundkenntnissen der allgemeinen Kommunikation Informationen über erfolgversprechende spezielle Gesprächsstrategien und Krisenbewältigung. In diesem Kontext ist es aber auch erforderlich, den Mitarbeiterinnen Hilfestellungen zum Selbstschutz und damit auch zur Abgrenzung der eigenen Aufgabenbereiche anzubieten.

Zu den grundlegenden Forderungen gehört: Jede Form von Spielerschutz zählt aufgrund der besonderen Gefährdung Jugendlicher immer der Jugendschutz bis zum 18. Lebensjahr. Die absolute Ausweispflicht sollte sowohl im Offline-Bereich, aber auch im Online-Spiel technisch gesehen kein Problem darstellen und ist daher zu fordern! Zur Sicherstellung der Effizienz sollten auch regelmäßige epidemiologische regionale Kontrolluntersuchungen gewährleistet sein.

Der Sonderbereich Sportwetten, die in Österreich nicht als Glücksspiel gelten, ist in Länderkompetenz geregelt. Aufgrund der rasanten Zunahme der damit verbundenen Suchtproblematik ist auch hier eine verpflichtende Responsible-Gambling-Schulung aller Mitarbeiter in hoher Qualität zu fordern.

Speziell bei Sportwetten sollte auch auf eine Kontrolle und Eliminierung von unverantwortlichen Werbeaktivitäten speziell fokussiert auf Jugendliche geachtet werden. Bei Hinweisen auf Spielmanipulation, Jugendgefährdung und unklaren Prozessabläufen wären auch Anbietersperren im Internet zu befürworten, wie sie in einigen Ländern bereits diskutiert werden.



Die Aufgaben des Online-Spielerschutzes sind keinesfalls als unlösbar anzusehen: Es gibt bereits Beispiele einiger Anbieter, protektive Software einzusetzen und gefährdeten Spielern gegebenenfalls den Zugriff auf die Casinokonten zu sperren sowie den Jugendschutz zu sichern. Allerdings können derzeit alle diese Maßnahmen umgangen werden.

Deshalb wäre es absolut zu empfehlen, seriöse Anbieter zu unterstützen, die sich um eine Weiterentwicklung der angesprochenen Schutzmaßnahmen einsetzen.

Ein ungelöstes Problem besteht nach wie vor durch die immer noch zahlreichen illegalen Anbieter von Glücksspielen und Sportwetten, die keinerlei Spielerschutz anbieten.

17. Conclusio

Zusammenfassend gesehen sollte Spielerschutz in hoher Qualität für alle Anbieter verpflichtend sein. Dauerhaft unkooperative bzw. illegale Anbieter wären komplett auszuschalten. Jugendschutz sollte höchste Priorität haben.

Es wäre notwendig, die Öffentlichkeit für alle diese Maßnahmen zu sensibilisieren und speziell auf problematische Anbieter ohne verantwortungsvollen Spielerschutz hinzuweisen.

Die Responsible-Gambling-Forschung bedarf vermehrter öffentlicher Unterstützung, speziell auf den Gebieten der Sportwetten, des Jugendschutzes und der Internetangebote. Entscheidend für einen besseren Schutz gefährdeter Spieler sind auch Verbesserungen der Frühdiagnostik zur Ermöglichung rascher Interventionen noch in der Phase problematischen Spielens. Für bereits abhängig gewordene Spieler sind ausreichende Behandlungsplätze zu schaffen. ■



18. Literatur

- 1 BRANCHENRADAR Kreuzer Fischer & Partner 2017
- 2 Griffiths M et al. *Cyberpsychol Behav* 2009; 12:199–202
- 3 Haß W & Lang P. *Forschungsbericht der BZgA* 2016
- 4 Kalke J & Wurst FM 2015
- 5 Meyer G & Bachmann M. „Spielsucht“ 4. Auflage 2017
- 6 *Astatinfo* 69/2016
- 7 Ebert D. *Psychiatr Psychother up2date* 2008; 2:321–336
- 8 Petry NM, Stinson FS, Grant BF. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:564–574
- 9 Kessler RC et al. *Psychol Med* 2008; 38:1351–1360
- 10 Meyer C 2011
- 11 Saez-Abad C & Bertolin-Guillen JM. *J Addict Dis* 2008; 27:33–40
- 12 Hodgins DC, Peden N, Cassidy E. *J Gambl Stud* 2005; 21:255–271
- 13 Petry NM & Kiluk BD. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:462–469
- 14 Premper V & Schulz W. *Sucht* 2008; 54:131–140
- 15 Priebe S et al. *Br J Psychiatry* 2014; 204:256–261
- 16 Musalek M. *Musalek Health, Well-Being and Beauty* 2013:171
- 17 Musalek M. *Human based Medicine - Theory and Practice. From Modern to Post-modern Medicine.* In: Warnecke T (ed.) *Psychotherapy and Society.* UKCP Book Series. Karnac Publisher
- 18 AIM 2017
- 19 Rugle L & Melamed L. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:107–112
- 20 Slutske WS et al. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:666–673
- 21 Hollander E. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11(Suppl 5):75–87
- 22 Zack M, Poulos CX. *J Psychopharmacol* 2009; 23:660–671
- 23 McElroy SL et al. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:433–440
- 24 Fong T et al. *Pharmacol Biochem Behav* 2008; 89:298–303
- 25 Dannon PN et al. *Front Psychiatry* 2011; 2:33
- 26 Grant JE, Kim SW, Hartman BK. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:783–789
- 27 Grant JE et al. *Br J Psychiatry* 2010; 197:330–331
- 28 Orford J et al. *Drugs* 2010; 17:36–43
- 29 Hodgins DC et al. *J Gambl Stud* 2007; 23:215–230
- 30 Copello A. et al. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2010; 17:86–99
- 31 Buchner UG et al. *2013 ZS für Gesundheitspsychologie* 2013; 21:167–176
- 32 Bischof G et al. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2007; 30:53–62
- 33 De-Sola Gutiérrez J et al. *Front Psychiatry* 2016; 7:175–190
- 34 Beard KW & Wolf EM. *Cyberpsychol Behav* 2001; 4:377–383
- 35 Yazdi K & Katzian C. *Psychiatr Danub* 2017; 29:376–378
- 36 Hayer T. et al. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2005; 28:29–41

Impressum

Offenlegung nach §25 Mediengesetz: Medizin Medien Austria GmbH **DVR-Nr.:** 4007613 **Verlagsanschrift:** Forum Schönbrunn, Grünbergstraße 15, 1120 Wien, Tel.: 01/54 600-0, Fax: DW 50 616

Geschäftsführer: Thomas Letz **Prokuristen:** Mag. (FH) Andreas Eder, Mag. Magdalena Paulensteiner, Dr. Christine Zwinger, Malte Wagner

Unternehmensgegenstand der Medizin Medien GmbH: Herausgabe, Verlag, Druck und Vertrieb von Zeitungen und Zeitschriften sowie sonstiger periodischer Druckschriften. Die Produktion und der Vertrieb von Videofilmen. Die Durchführung von Werbungen aller Art, insbesondere Inseratenwerbung (Anzeigenannahme), Plakatwerbung, Ton- und Bildwerbung, Reportagen, Ausarbeitung von Werbeplänen und alle sonstigen zur Förderung der Kundenwerbung dienenden Leistungen

Alleinige Gesellschafterin der Medizin Medien Austria GmbH ist die Süddeutscher Verlag Hüthig GmbH. Gesellschafter der Süddeutscher Verlag Hüthig GmbH sind die Süddeutscher Verlag GmbH mit 99,81 %, Herr Holger Hüthig mit 0,10% und Frau Ruth Hüthig mit 0,09%

Für den Inhalt verantwortlich: Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller, Univ.-Prof. Dr. Herwig Scholz (Vorsitz), Ass.-Prof. Dr. Peter Berger, Prim. Dr. Renate Clemens-Marinschek, Univ.-Prof. Dr. Peter Hoffmann, Mag. Dr. Izabela Horodecki, MBA, Dr. Monika Lierzer, Prim. Dr. Roland Mader, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, DSA Ernst Nagelschmied, Dr. Hubert Poppe, Mag. Bettina Quantschnig, Prim. Dr. Christa Rados, MR Mag. Alice Schogger, Prim. Dr. Kurosch Yazdi, Dr. Helmut Zingerle

Chefredaktion: Mag. Volkmar Weilguni, Tel.: 0676/88 460 616, E-Mail: v.weilguni@medizin-medien.at **Medical Writer:** Dr. Michaela Steiner **Projektverantwortung:** Jutta Kaufmann MA **Titelbild:** tommaso79/GettyImages **Lektorat:** Karl Heinz Javorsky **Art Direction:** Karl J. Kuba **Layout & DTP:** Johannes Spandl **Herstellung:** Druckerei Ferdinand Berger & Söhne GmbH, Wiener Straße 80, 3580 Horn **Auflage:** 5.000. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung von Medizin Medien Austria GmbH.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.

Eine Initiative der Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten

Die Gesellschaft hatte keinen Einfluss auf den Inhalt dieses Konsensus-Statements.

