

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

5. Jahrgang

Heft 1·2016

**Themenschwerpunkt:**

**Pathologisches Glücksspiel  
und pathologischer PC-/Internet-Gebrauch:  
Behandlung, Ziele und Methoden der Prävention**





344 Seiten, ISBN 978-3-89967-663-1  
Preis: 30,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. ++ 49 (0) 5484-308  
Fax ++ 49 (0) 5484-550  
pabst.publishers@t-online.de  
www.psychologie-aktuell.com  
www.pabst-publishers.de

*Kay Uwe Petersen,  
Rainer Thomasius*

## Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland

Zunehmend ist neben stoffgebundenen Süchten durch intensive Nutzung des Mediums Internet weltweit eine Form der Verhaltenssuchte festzustellen, die mit wachsendem Ausmaß insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zu dramatischen psychosozialen Konsequenzen führen kann.

Die Problematik zeigt sich vor allem in einer hohen Komorbidität des Phänomens mit anderen psychiatrischen Störungen. Geeignete reliable und valide diagnostische Untersuchungsinstrumente des sogenannten "pathologischen Internetgebrauchs" fehlen jedoch in Deutschland. Eine evidenzbasierte Behandlungsempfehlung ist mangels aussagekräftiger Studien derzeit nicht möglich.

Wesentliches Anliegen der vorliegenden Studie ist, einen Überblick zum aktuellen Forschungsstand sowie zu bestehenden "good practice"-Ansätzen zu geben und dringlichste Forschungs- und Praxisbedarfe zu verdeutlichen. Eine Bestandsaufnahme und kritische Betrachtung und Bewertung der seit dem Jahre 1996 publizierten wissenschaftlichen Literatur wird in Abschnitt I im Rahmen eines systematischen Reviews dargelegt. Befunde zu Beratungs- und Behandlungseinrichtungen werden in Abschnitt II vorgestellt und diskutiert.

## Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

### Wissenschaftliche Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek

musalek@me.com

Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum

m.poltrum@philosophiepraxis.com

Dr. Oliver Scheibenbogen

office@scheibenbogen.at

### Herausgebende Institutionen

Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit –

Sigmund Freud Privat Universität Wien

Stiftung Anton Proksch – Institut Wien

### Chefredakteur

Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum

m.poltrum@philosophiepraxis.com

### Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen

t.ballhausen@gmail.com

Mag. Irene Schmutterer

irene.schmutterer@goeg.at

### Bildredaktion

Sonja Bachmayer

ikarus711@hotmail.com

### Verlag

Pabst Science Publishers

Eichengrund 28

D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308

Fax +49 (0)5484 550

www.pabst-publishers.de

www.psychologie-aktuell.com

### Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst

wp@pabst-publishers.com

### Administration

Silke Haarlammer

haarlammer@pabst-publishers.com

### Herstellung

Bernhard Mündel

### Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht markenoder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

### Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

### Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,

Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.

Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

### Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07

BIC: DRESDEFF265

### Bestellservice:

haarlammer@pabst-publishers.com

Tel. +49 (0)5484 97234

Fax +49 (0)5484 550

**Bezugsbedingungen:** Soweit im Abonnementvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

**Titelbild:** François Courboin (1889), A Gambling Hell in the Palais-Royal (Detail)

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

5. Jahrgang · Heft 1-2016

Themenschwerpunkt:

## Pathologisches Glücksspiel und pathologischer PC-/Internet-Gebrauch: Behandlung, Ziele und Methoden der Prävention

Gastherausgeber:

Bernd Sobottka, Holger Feindel (Hrsg.)

- 2 Hyperkonnektivität des Gehirns bei Videogame-Spielsüchtigen
- 3 Editorial  
*Bernd Sobottka, Holger Feindel*
- 4 Simuliertes Glücksspiel im Internet: Anmerkungen zu möglichen (Sucht-) Gefahren aus psychologischer Sicht  
*Tobias Hayer, Tim Brosowski*
- 13 The „Better Fallacy“: Zum Risikoübergang von Sportwetten zu Glücksspielbezogenem Suchtverhalten in Sportvereinen  
*Manfred Zielke, Johanna Meyer*
- 31 Glücksspielsuchtprävention und Beratung Spielsüchtiger in Rheinland-Pfalz: Projektberichte und Erfahrungen  
*Maja Bernhardt, Atilla Zengin, Martin Hügel*
- 38 Online-Gambling weltweit 37 Mrd. Euro wert
- 39 Prävention von Medienabhängigkeit – Ansätze, Angebote und Projekte  
*Detlef Scholz*
- 45 Cannabis-Konsumenten entwickeln häufiger ein Alkoholproblem
- 46 Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel durch die Rentenversicherung: Aktuelle Entwicklungen und Daten aus der Routinestatistik  
*Joachim Köhler*
- 51 Nachsorge und begleitende Selbsthilfe bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch: Ziele und Methoden  
*Kristina Latz*
- 56 Studie: E-Zigaretten verführen Jugendliche zum Tabakrauchen
- 57 Bildstrecke: „Spielerhände“  
*Sonja Bachmayer*
- 61 Auf der falschen Spur: Die epidemiologische Forschung zu Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen  
*Manfred Zielke, Matthias Stapel*
- 79 Oxytocin: doppelt wirksam gegen Schmerz
- 80 Bildstrecke: Die GLOBALE. Das neue Kunstereignis im digitalen Zeitalter
- 85 Opioid bei Suizidgefahr? Klingt verrückt, funktioniert aber
- 82 Das Geschäft mit dem Glücksspiel
- 92 Darknet-Handel: Die Apotheken der digitalen Unterwelt
- 96 Glücksspielmythen

## Hyperkonnektivität des Gehirns bei Videogame-Spielsüchtigen

Hirn-Scans von fast 200 männlichen Jugendlichen zeigen, dass die Gehirne von zwanghaften Videogame-Spielern anders verknüpft sind. Chronisches Videogame-Spielen geht einher mit „Hyperkonnektivität“ zwischen einigen Netzwerk-Paaren im Gehirn. Es wird vermutet, dass einige der Veränderungen den Videogame-Spielern helfen, auf neue Information zu reagieren. Andere Veränderungen sind mit Ablenkbarkeit und schlechter Impulskontrolle assoziiert. Die Forschungsarbeit, eine Zusammenarbeit zwischen der University of Utah School of Medicine und der Chung-Ang University in Südkorea, wurde am 22. Dezember 2015 online in *Addiction Biology* veröffentlicht.

„Die meisten von uns beobachteten Unterschiede könnten als eher vorteilhaft betrachtet werden. Die positiven Veränderungen lassen sich jedoch nicht von den damit einhergehenden Problemen trennen“, sagte der Studienleiter Jeffrey Anderson, M.D., Ph.D., Associate Professor für Neuroradiologie an der Medizinischen Universität von Utah.

Personen mit gestörtem Internet-Spielverhalten sind besessen von Videospiele; dies geht oft so weit, dass sie auf essen und schlafen verzichten, um weiterzuspielen. Diese Studie berichtet, dass bei männlichen Jugendlichen mit dieser Störung bestimmte Netzwerke im Gehirn, die das Sehen und Hören verarbeiten, eher eine verstärkte Koordination aufweisen (das so genannte Saliens-Netzwerk). Die Funktion des Saliens-Netzwerkes ist es, die Aufmerksamkeit auf wichtige Ereignisse zu fokussieren, so dass die Person reagiert bzw. handelt. In einem Videospiele könnte eine verstärkte Koordination dem Spieler helfen, auf einen auf ihn zustür-

menden Kämpfer schneller zu reagieren. Und im richtigen Leben, etwa auf einen Ball, der vor das Auto springt, oder auf eine fremde Stimme in einem vollen Raum.

„Hyperkonnektivität zwischen diesen Netzwerken im Gehirn führt möglicherweise zu einer robusteren Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf Ziele zu lenken und neue Information in der Umgebung zu erkennen“, sagt Anderson. „Die Veränderungen könnten jemandem wesentlich dabei helfen, effizienter zu denken.“ Einer der nächsten Schritte wird es sein, direkt zu ermitteln, ob die Jungen mit diesen Unterschieden im Gehirn in Leistungstests besser abschneiden. Mehr Sorgen bereitet eine erhöhte Koordination zwischen zwei Hirnregionen, dem dorso-lateralen präfrontalen Kortex und der temporoparietalen Verbindung – eine Veränderung, die man auch bei Patienten mit neuropsychiatrischen Störungen wie der Schizophrenie, dem Down-Syndrom und bei Autismus findet. Hyperkonnektivität zwischen den zwei Regionen wird auch bei Personen mit schlechter Impulskontrolle beobachtet. „Wenn diese Netzwerke zu stark verknüpft sind, kann sich die Ablenkbarkeit verstärken“, erläutert Anderson. Hier weiß man noch nicht, ob anhaltendes Videogame-Spielen eine Neuvernetzung des Gehirns bewirkt oder ob Menschen, die andere Vernetzungen aufweisen, von Videospiele angezogen werden.

Nach Meinung von Doug Hyun Han, M.D., Ph.D., Professor an der Chung-Ang University School of Medicine und Associate Professor an der University of Utah School of Medicine, handelt es sich bei der hier vorliegenden Studie um die bislang größte und umfassendste Untersuchung zu Ge-

hirn-Unterschieden bei zwanghaften Videogame-Spielern. Die Teilnehmer der Studie stammen aus Südkorea, wo Videospiele in der Bevölkerung sehr populär sind, viel mehr als in den USA. Die Regierung von Korea unterstützt seine Forschungen mit dem Ziel, Wege zu finden, Süchtige zu erkennen und zu behandeln.

Die Forscher führten MRT-Untersuchungen an 106 männlichen Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 19 Jahren durch, die sich wegen ihrer Internetspielsucht behandeln lassen wollten; diese psychische Störung wird im DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als weitere Forschung rechtfertigend bezeichnet. Die Hirn-Scans wurden mit denen von 80 Buben ohne diese Störung verglichen und nach Regionen analysiert, die bei den Teilnehmern in Ruhe gleichzeitig aktiviert waren, ein Maß zur Untersuchung der funktionalen Konnektivität.

Das Team analysierte die Aktivität bei 25 Paaren von Hirnregionen, insgesamt 300 Kombinationen. Insbesondere die Buben mit Internetspielsucht hatten statistisch signifikante, funktionale Verbindungen zwischen den folgenden Hirnregion-Paaren:

- Auditorischer Kortex (Hören) – motorischer Kortex (Bewegung)
- Auditorischer Kortex (Hören) – zusätzliche motorische Kortexes (Bewegung)
- Auditorischer Kortex (Hören) – anteriorer cingulärer Cortex (Saliens-Netzwerk)
- Frontales Augenfeld (Sehen) – anteriorer cingulärer Cortex (Saliens-Netzwerk)
- Frontales Augenfeld (Sehen) – anteriore Insel (Saliens-Netzwerk)
- Dorsolateraler präfrontaler Kortex – temporoparietale Verbindung

Quelle: [www.eurekalert.org](http://www.eurekalert.org)

## Editorial

---

**Bernd Sobottka, Holger Feindel**

Der Themenschwerpunkt zum Pathologischen Glücksspielen und Pathologischen PC-/Internet-Gebrauch beschäftigt sich mit Zielen und Methoden der Prävention und der Behandlung bei diesen Krankheitsbildern.

Die Anfangsprozesse von unauffälligem Gebrauch des Internets, von Sportwetten und des Glücksspielens spielen in der öffentlichen Diskussion eine weitgehend randständige Rolle.

Hierbei gilt es, die möglichen (Sucht-)Gefahren aus psychologischer Sicht herauszuarbeiten und den Risikoübergang von Sportwetten zu glücksspielbezogenem Suchtverhalten – insbesondere in Sportvereinen – zu untersuchen.

Wir freuen uns ganz besonders, dass es gelungen ist, engagierte Kollegen und Kolleginnen zu gewinnen, ihre Konzepte und Erfahrungen zur Prävention der Glücksspielsucht und der Medienabhängigkeit vorzustellen.

Nachsorgekonzepte und eine begleitete Selbsthilfe bei Pathologischem PC-/Internet-Gebrauch und die Rehabilitationsansätze und -erfahrungen beim Pathologischen Glücksspielen durch die Rentenversicherung (DRV Bund) bilden den Abschluss dieses interessanten Themenschwerpunktes.

**Dr. Bernd Sobottka**

Leitender Psychologe  
AHG Klinik Schweriner See  
Klinik für Psychosomatische Medizin,  
Psychotherapie und Suchtmedizin  
Am See 4  
19069 Lübstorf  
bsobottka@ahg.de

**Holger Feindel**

Facharzt für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
AHG Klinik Münchwies  
Turmstr. 50-58  
66540 Neunkirchen/Saar  
hfeindel@ahg.de

# Simuliertes Glücksspiel im Internet: Anmerkungen zu möglichen (Sucht-) Gefahren aus psychologischer Sicht

Tobias Hayer, Tim Brosowski

Universität Bremen, Institut für Psychologie und Kognitionsforschung

## Kurzfassung

Dieser Überblicksbeitrag befasst sich mit simulierten Glücksspielen im Internet und folglich mit einem relativ neuartigen Phänomen, das grundsätzlich an der Schnittstelle von Gambling und Gaming anzusiedeln ist. Nach einer Begriffsdefinition erfolgt zunächst ein detaillierter Überblick über die hierunter fallenden Spielangebote sowie eine Vorstellung der spezifischen Veranstaltungsmerkmale einschließlich Implikationen für potentielle (Sucht-)Gefahren. Eine Zusammenfassung internationaler Befunde zu verschiedenen Themenfeldern (Türöffner-Hypothese, Problem Behavior Theory, Verhaltensmodifikationen, Rückfallgefährdung, Prävention) verdeutlicht die klinische Relevanz dieses Forschungsfeldes. Ausgehend von dem lückenhaften Kenntnisstand werden abschließend Vorschläge für sinnvolle Anknüpfungsforschungen unterbreitet.

## Schlüsselwörter

Simuliertes Glücksspiel  
internetbasiertes Glücksspiel  
Social Gambling  
Suchtgefahren  
Medienkonvergenz  
soziale Netzwerke

## 1 Einleitung

Schon immer haben Glücksspiele unterschiedlicher Art eine große Faszination auf breite Bevölkerungsschichten ausgeübt. Während diese Form der Freizeitbeschäftigung für das Gros aller Spielteilerinnen und Spielteiler mit Freude, Spaß und Spannung assoziiert ist, verliert eine signifikante Minderheit die Kontrolle über ihr Spielverhalten und „verzockt“ mitunter Haus und Hof (Meyer & Bachmann, 2011). Entsprechend lässt sich die Geschichte des Glücksspiels als Wellenbewegung charakterisieren: Auf expansive Marktentwicklungen mit einer spürbaren Zunahme an Spielanreizen folgen – bedingt durch die mit Spielexzessen verbundenen Negativfolgen für das Gemeinwohl – in der Regel restriktive Eingriffe in das Marktgeschehen durch den Staat, die zum Teil sogar das Verbot einzelner Spielangebote inkludieren (vgl. Zollinger, 1997).

Unter globalen Gesichtspunkten fällt derzeit vor allem die wachsende Bedeutung des internetbasierten Glücksspiels ins Auge (Hayer, 2013a; Hayer, Bachmann & Meyer, 2005). Seit Schaltung des ersten Internet-Kasinos im Jahre 1995 sind auf dem internationalen Glücksspielmarkt kontinuierlich steigende Umsatzzahlen in diesem Marktsegment zu beobachten (Gainsbury, 2012). Aus der Perspektive der Suchtprävention und -behandlung wird dieser Trend aus vornehmlich zwei Gründen kritisch begleitet: Zum einen liegt die Vermutung nahe, dass sich erste aktive oder passive Kontakte mit Glücksspielen immer frühzeitiger im Entwicklungsverlauf online ereignen. Zum anderen dürfte gerade das internetbasierte Glücksspiel aufgrund der hohen Verfügbarkeit bzw. der unmittelbar möglichen Bedürfnisbefriedigung insbesondere vulnerable Personengruppen ansprechen (z. B. die internetaffine Gruppe der Heranwachsenden im Allgemeinen [vgl. Hayer, 2012a] oder die

Subgruppe der Problemspielerinnen und Problemspieler im Speziellen). Zudem leistet die Konvergenz von Glücksspielen mit modernen Informations- bzw. Kommunikationstechnologien und digitalen Medien wie etwa Smartphones, Tablets, Mobiltelefonen, Computer- und Videospiele oder sozialen Netzwerken dieser Entwicklungsdynamik Vorschub (King, Delfabbro & Griffiths, 2010). Im Fokus des vorliegenden Überblicksbeitrages stehen mit sogenannten simulierten Glücksspielen im Internet relativ neue Produkte, die an der Schnittstelle von Gambling („Glücksspielen“) und Gaming (Computerspielen) anzusiedeln sind (King & Delfabbro, 2016; Meyer, Brosowski, von Meduna & Hayer, 2015). Welche vermeintlichen (Sucht-)Gefahren mit diesen Spielvarianten einhergehen, soll im Folgenden zur Diskussion gestellt werden.

## 2 Begriffsbestimmungen

Vor dem Hintergrund des rasanten Fortschritts in der Produktentwicklung und der damit zusammenhängenden beachtlichen Steigerung der Konsumnachfrage in den letzten Jahren (vgl. Morgan Stanley, 2012; Schmid, Talos & Aquilina, 2013) verwundert es nicht, dass wissenschaftliche Fachbeiträge jene Marktdynamik lediglich mit deutlicher Verzögerung nachzeichnen können (King et al., 2010). Folglich mangelt es bislang sowohl an einer einheitlichen Nomenklatur bzw. Taxonomie als auch an vergleichbaren standardisierten Befragungsinstrumenten zur Erfassung der Konsummuster in Bezug auf diese sich stetig ändernden Angebotsformen. Im angelsächsischen Sprachraum hat sich in der (Fach-)Öffentlichkeit zur Phänomenbeschreibung unter anderem der Oberbegriff „Social Gambling“ etabliert, der sich originär auf kostenfreie Glücksspiel-Applikationen im Rahmen sozialer Netzwerke wie etwa Zynga Poker auf Facebook bezog (vgl. Parke, Wardle, Rigbye & Parke, 2012; für kurze Zeit hatte Zynga auf Facebook sogar Echtgeld-Poker für Kunden aus Großbritannien im Angebotssortiment). Hayer (2013b) prägte in diesem Kontext den Terminus „Glücksspiel-Surrogate“, der neben derartigen Spielvarianten ebenfalls Demospiele um Spielgeld, kostenlose Pokerschulen sowie abgrenzbare Glücksspiel-Sequenzen als integrale Bestandteile von Videospiele umfasst. Schließlich definierten Meyer et al. (2015) im Zuge ihres systematischen Reviews simu-

liertes Glücksspiel in Anlehnung an King, Delfabbro, Kaptis und Zwaans (2014) als „digitale interaktive Glücksspielaktivität, die keinen direkten Einsatz von Geld erfordert, aber ansonsten aufgrund des Einsatzes virtueller Währung und des als zufallsbedingt wahrgenommenen Spieldausgangs strukturell identisch ist mit klassischen Glücksspielformaten“.

In Ergänzung zu der genauen Beschreibung des Forschungsgegenstandes besteht eine weitere Herausforderung darin, ein valides Klassifikationsschema für unterschiedliche virtuelle Spielangebote mit Glücksspielbezug zu erstellen. Erste Versuche in dieser Richtung liegen zwar vor, unterscheiden sich jedoch in ihrer konkreten Ausgestaltung in Abhängigkeit der hinzugezogenen Differenzierungsmerkmale erheblich (u. a. Gainsbury, Hing, Delfabbro & King, 2014; Parke et al., 2012; Schmid et al., 2013). So finden zum Beispiel bei Gainsbury et al. (2014) zusätzlich zu den klassischen Kriterien eines Glücksspiels (d. h. Geldeinsatz, in Aussicht gestellter Geldgewinn mit Vermögenswert sowie überwiegend zufallsbedingter Spieldausgang) die Variablen „Spielplattform“ und „Zentralität des Glücksspielthemas“ Beachtung (vgl. Meyer et al., 2015). Im Gegensatz dazu veröffentlichten Schmid et al. (2013) eine eher techno-ökonomisch ausgerichtete Taxonomie mit Elementen wie „vorherrschendes Monetarisierungsmodell“ oder seitens der Anbietenden postulierten „primären Belohnungseffekte“ (vor allem in Abgrenzung zu Computerspielen ohne Glücksspielbezug). Schließlich entwickelten Parke et al. (2012) eine Klassifikation mit dem Ziel, einen möglichst umfassenden Überblick über die verschiedenartigen Spielangebote rund um die Rubrik „Social Gambling“ zu geben (vgl. Tab. 1). Dabei ist allen genannten Spielformen gemein, dass (1) sie entweder gegenwärtige gesetzliche Bestimmungen unterlaufen, da die formal-juristischen Kriterien eines Glücksspiels nicht in Gänze erfüllt werden oder (2) echte Glücksspiele über mobile Endgeräte bzw. soziale Netzwerke zur Verfügung stehen und damit besondere soziale Elemente zum Tragen kommen.

Eine wesentliche Schwierigkeit bei solchen Auflistungen bezieht sich immer darauf, aktuellen Marktentwicklungen bzw. neuartigen Produktideen gerecht zu werden. An dieser Stelle soll exemplarisch die Plattform „Counter Strike: Global Offensive-Jackpot“ (<https://csgojackpot.com>) Erwähnung finden, die sich derzeit bei Jugendlichen und jungen

Tabelle 1

Überblick über verschiedene Formen des „Social Gambling“ (modifiziert und gekürzt nach Parke et al., 2012, S. 22f).

Kategorie	Beschreibung	Beispiel <sup>a</sup>
<b>Online-Glücksspiel<sup>b</sup></b>	alle Varianten des traditionellen internetbasierten Echtgeld-Glücksspiels	Bwin (+)
<b>Glücksspiel in digitalen sozialen Netzwerken</b>	alle Varianten des Echtgeld-Glücksspiels auf sozialen Netzwerkseiten	Bingo Friendly (+)
<b>Glücksspiel-Apps</b>	alle Varianten des Echtgeld-Glücksspiels, die in Form von Apps über mobile Endgeräte verfügbar sind (Smartphones, Tablets etc.)	Ladbrokes iPhone App (+)
<b>Online Social Gambling</b>	glücksspielspezifische soziale Netzwerkseiten	BetDash (+)
<b>Konsolenbasiertes Glücksspiel</b>	Wetten auf den Ausgang von Videospielen bzw. Skill Games über das Internet (in der Regel im Peer-to-Peer-Format)	Xbox Live (FIFA 13) (+)
<b>Glücksspiel-Simulationen in virtuellen Welten</b>	Einsatz virtueller Währung bzw. virtueller Güter auf (pseudo-)zufallsbasierte Ereignisse	Second Life (?)
<b>Demospiele in digitalen sozialen Netzwerken</b>	alle Varianten von Glücksspiel-Simulationen auf sozialen Netzwerkseiten	DoubleDown Casino (-)
<b>App Freemium Gambling</b>	alle Varianten von Glücksspiel-Simulationen, die in Form von Apps über mobile Endgeräte verfügbar sind (Smartphones, Tablets etc.)	Merkur Magie (-)
<b>Gaming in digitalen sozialen Netzwerken<sup>c</sup></b>	diverse Spiele auf sozialen Netzwerkseiten mit Glücksspielelementen	CityVille (-)

Anmerkungen: <sup>a</sup> + = Spielen um Echtgeld, - = Spielen um virtuelle Währungen bzw. Spielgeld, ? = anekdotische Evidenz verweist auf einen parallelen Schwarzmarkt, auf dem virtuelle Güter in echtes Geld eingetauscht werden können; <sup>b</sup> kein „Social Gambling Game“, hier aber aufgrund der zunehmenden Konvergenz von „Gambling“ und „Social Gambling“ mit aufgeführt; <sup>c</sup> ebenfalls kein „Social Gambling Game“ (solange das Glücksspielelement keinen obligatorischen Bestandteil des eigentlichen Spiels darstellt)

Erwachsenen großer Beliebtheit erfreut. Diese Seite funktioniert nach den klassischen Regeln eines Glücksspiels und vollkommen unabhängig vom eigentlichen Computerspiel: So kann jede Person eine bestimmte Anzahl an spielerisch oder käuflich erworbenen Items – üblicherweise Waffen – in einen gemeinsamen Topf („Jackpot“) legen, dessen Inhalt bei entsprechender Größe nach dem (Pseudo-)Zufallsprinzip unter allen Teilnehmern ausgeschüttet wird. Die Gewinnwahrscheinlichkeit richtet sich dabei nach der Wertigkeit der jeweils eingesetzten Güter, der Gewinner erhält den gesamten Item-Pool. Trotz der offenkundigen Nähe zum Glücksspiel ist eine trennscharfe Zuordnung dieses Spielangebots zu einer der in Tabelle 1 aufgeführten Kategorie nicht ohne Weiteres möglich. Ungeachtet dessen bildet Tabelle 1 eine zweckdienliche Ausgangsbasis für die psychologische Analyse der Veranstaltungsmerkmale der aufgelisteten Spielformen. Von besonderer Relevanz sind in diesem Zusammenhang diejenigen Angebote, die sich von den bisher bekannten Produk-

ten deutlich abheben, den Markt einschneidend verändern und folglich die Aufmerksamkeit von Glücksspielexpertinnen und -experten aus Versorgung, Forschung und Regulation hervorrufen (sollten).

### 3 Veranstaltungsmerkmale von simulierten Glücksspielen und Implikationen für ihr Gefährdungspotential

Erste zuverlässige Anhaltspunkte zur Bestimmung des Gefährdungspotentials bietet grundsätzlich die theoretische Detailanalyse der Veranstaltungsmerkmale einer bestimmten Glücksspielart (Griffiths, Hayer & Meyer, 2009). Im Hinblick auf das Online-Glücksspiel lassen sich in Anlehnung an Hayer (2013a) sowie McCormack und Griffiths (2013) verschiedene zentrale Charakteristika inklusive der von ihnen ausgehenden psychologischen Effekte genau benennen. Hierzu zählen unter anderem die hohe Ver-

ffügbarkeit, der bequeme Zugriff, die extensive Vermarktung, weitgehend fehlende soziale Kontrollmöglichkeiten und vergleichsweise geringe Kosten einer Spielteilnahme, wobei die meisten dieser Merkmale auch auf simulierte Glücksspiele im Internet übertragbar sind. Darüber hinaus bringen jene Produkte spezifische „Game-Features“ mit sich, die primär die soziale Dimension – vermittelt über soziale Netzwerke – aber auch das vorherrschende Geschäftsmodell mit seinen besonderen Bezahlvorgängen betreffen (sog. „Freemium-Model“) (Parke et al., 2012). Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass simulierte Glücksspiele durch innovative Technologien, Spielmechanismen und Anreizsysteme bereits bestehende Beurteilungskataloge zum Gefahrenpotential von Glücksspielen (vgl. Meyer, Häfeli, Mörsen & Fiebig, 2010) bzw. Videospielen (vgl. King et al., 2010) signifikant erweitern. Infolgedessen sollten die mit diesen Spielangeboten einhergehenden Risiken – vor dem Hintergrund fehlender Altersrestriktionen vornehmlich für die Gruppe der Minderjährigen – keineswegs unterschätzt werden (Meyer et al., 2015).

### 3.1 Spezifische Komponenten sozialer Netzwerke

Eine der größten internetbasierten Veränderungen in den letzten Jahren spiegelt sich im Wachstum und Ausbau sozialer Netzwerke wider (z. B. Facebook, MySpace oder Hi5; vgl. Kuss & Griffiths, 2011). Generell stellen soziale Netzwerke virtuelle Umgebungen dar, in denen Nutzende individuelle Profile erstellen und Beziehungen zu persönlichen Freundinnen und Freunden oder anderen Personen auf Basis ähnlicher Interessen pflegen können (Boyd & Ellison, 2008). Direkte (z. B. Chats) und indirekte Kommunikationselemente (z. B. Posten von öffentlichen Nachrichten) erlauben es in einfacher Weise, bereits bestehende Kontakte zu vertiefen („bonding“) oder neue Kontakte aufzubauen („bridging“). Neben dieser kollektiven Ebene spielen bei der Nutzung sozialer Netzwerke allerdings auch Motive der Selbstdarstellung eine bedeutsame Rolle (Kuss & Griffiths, 2011). Aus unternehmerischer Sicht sind soziale Netzwerke gleichfalls von besonderem Interesse, weil große Kundenkreise effektiv und kostengünstig erreicht werden können (Stichwort „virales Marketing“; vgl. Griffiths, 2013). Da die Userinnen und User sozialer

Netzwerke gewöhnlich eine Vielzahl an persönlichen Daten hinterlegen bzw. durch ihr (Kommunikations-)Verhalten mittelbar preisgeben, lassen sich zudem individuell präzise zugeschnittene Werbemaßnahmen umsetzen (Derevensky, Gainsbury, Gupta & Elley, 2013; Grier & Kumanyika, 2010). Grundsätzlich leistet die Einbindung interaktiver Spiele der Popularität sozialer Netzwerke weiteren Vorschub (Morgan Stanley, 2012). Der primäre Anreiz dieser Spielangebote besteht im Gemeinschaftserleben mit anderen Personen und nicht wie beim Glücksspiel in der Gewinnerwartung oder wie bei anderen Computerspielen im reinen Kompetenzwettbewerb. Die Belohnungs- bzw. Verstärkungseffekte entstehen vorrangig über die Anerkennung durch Andere sowie über die Investition von Zeit und Anstrengung (Derevensky et al., 2013). Mittlerweile existieren zahlreiche verschiedenartige Spielgenres, die unter anderem Rollenspiele, Sport- oder Turnierspiele, Puzzles, Simulations- oder Fürsorgespiele, aber auch glücksspielnahe Produkte umfassen. Schätzungen zufolge nutzen etwa 81 Millionen Menschen täglich mindestens ein Spiel auf sozialen Netzwerken, wobei simulierte Glücksspiele wie DoubleDown Casino, Slotomania oder Zynga Poker zu den beliebtesten Spielvarianten gehören (für weitere Daten zum Marktvolumen s. Meyer et al., 2015). Zwar gehen derartige Angebote unzweifelhaft mit Glücksspielinhalten oder glücksspielähnlichen Mechanismen einher, jedoch ist eine Teilnahme prinzipiell ohne Kosten möglich, und eine Auszahlung von Geldgewinnen erfolgt ebenfalls nicht (Gainsbury, Russell & Hing, 2014). Während einige Spiele auf sozialen Netzwerken eng an klassische Glücksspiele angelehnt sind bzw. diese kopieren, lässt sich auch beobachten, dass ursprünglich reine soziale Spiele („Social Games“) sukzessive mit Glücksspielelementen angereichert werden (Derevensky et al., 2013). Schließlich bilden soziale Netzwerke aus Anbietersicht willkommene Kanäle, um potentielle Kundinnen und Kunden anzusprechen und für echte Glücksspiele zu begeistern (vgl. Downs, 2010). So konnten Korn, Norman und Reynolds (2010) bereits vor einigen Jahren zeigen, dass in den Netzwerken MySpace und Orkut zum Zeitpunkt ihrer Recherche über 1.000 Hyperlinks zu kommerziellen Glücksspielseiten zu finden waren. Das gesonderte Anlegen eines Benutzerkontos ist nicht erforderlich, die ohnehin vorhandene Mitgliedschaft in sozialen Netzwerken reicht aus, um

mit derartigen Spielanreizen konfrontiert zu werden. Vor dem Hintergrund des lückenhaften Jugendschutzes stimmt daher speziell ein Hinweis der Unternehmensberatung Morgan Stanley (2012) bedenklich, nach dem soziale Netzwerke das Potential besitzen, gerade junge Menschen an das Glücksspiel heranzuführen. Tabelle 2 fasst die wesentlichen sozialen Veranstaltungsmerkmale und die von ihnen ausgehenden psychologischen Effekte unter Fokussierung auf simulierte Glücksspiele zusammen (modifiziert nach Parke et al., 2012).

### 3.2 Virtuelle Güter und flexibilisierte Ertragsmodelle

**Tabelle 2**

Soziale Veranstaltungsmerkmale von simulierten Glücksspielen im Internet und ihre psychologischen Effekte

Wesentlicher Bestandteil einer Vielzahl moderner Computer-, Video- und sozialer Spiele ist das sogenannte „Freemium-Model“

(Derevensky et al., 2013; Parke et al., 2012). Bei diesem Geschäftsansatz wird das Basisprodukt zunächst gratis angeboten, allerdings kann ein kostenpflichtiger Zukauf virtueller Währung oder Gegenstände Spielerfolge erleichtern bzw. komfortablere Spielabläufe ermöglichen (z. B. ohne Wartezeiten oder mit schnelleren Level-Aufstiegen). Vor allem jene Mikrotransaktionen, die an die Stelle eines einmaligen Komplettkaufs einer Software rücken, erweisen sich zunehmend als attraktives Ertragsmodell (Hamari & Lehdonvirta, 2010). In diesem Zusammenhang bezeichnet Griffiths (2013) den Verkauf virtueller Güter zutreffend als „psychologischen Meisterstreich“, da durch den Kauf kein Produkt, sondern reine Unterhaltung ohne finanziellen Gegenwert erstanden wird.

Bei simulierten Glücksspielen erfolgt die Auszahlung von Gewinnen in virtueller

Merkmalsname	Primäreffekte
<b>Like-Button</b>	Das Anklicken des „Like-Buttons“ dokumentiert, ein bestimmtes Spiel zu mögen. Auf individueller Ebene wird hiermit die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe demonstriert. Zugleich bedeutet das „Liken“ im unternehmerischen Sinne eine indirekte (kostenlose) Art der Produktvermarktung.
<b>Einladen von Freunden</b>	In der Regel besteht die Gelegenheit, Freundinnen und Freunde des eigenen sozialen Netzwerkes anzusprechen und sie zum Spiel einzuladen. Oftmals ist dieser Schritt bei simulierten Glücksspielen mit einem Bonus für beide Seiten verknüpft (z. B. in Form zusätzlicher virtueller Chips). Eine gezielte Einladung dürfte die Wahrscheinlichkeit einer Spielteilnahme erhöhen und zudem förderlich für den Bekanntheitsgrad des Spiels sein.
<b>Ask-Funktion</b>	Eine ergänzende Option einiger Spielangebote bezieht sich darauf, bereits aktive Userinnen und User nach virtuellen Gütern zu fragen, etwa in Form von zusätzlichen Chips beim Poker oder Extramünzen beim Automaten spiel. Mit diesem Schritt wird die Bindung an ein bestimmtes Spiel intensiviert, und es kann zur Verlängerung einzelner Spielsessions kommen.
<b>Mini Games</b>	Ein weiteres typisches Merkmal umfasst die Teilnahme an sogenannten Mini Games entweder als integraler Bestandteil des Hauptspiels oder in einer davon unabhängigen Spieleinheit. So bietet beispielsweise Zynga Poker an, über separate Mini Games (Automaten spiel, Black Jack, Rubbellose) zusätzliche Chips für das Pokerspiel zu gewinnen. Diese Omnipräsenz von Glücksspielen unterschiedlicher Art dürfte zu ihrer Normalisierung beitragen und „Glücksspiel-Mentalitäten“ begünstigen.
<b>Foren und Chats</b>	Spielbezogene Foren stellen Plattformen dar, die zum gegenseitigen Austausch, aber auch zur direkten Diskussion mit den Spielentwicklerinnen und -entwicklern genutzt werden können. Sie eignen sich insbesondere dazu, eigene Erlebnisse bzw. Meinungen und spielrelevante Informationen zu posten (aus Sicht der Nutzenden) oder die neuesten Spielentwicklungen bzw. Spielanreize anzukündigen (aus Sicht der Anbietenden). Gerade die aktive und regelmäßige Beteiligung in einem Forum kann – vermittelt über das Gefühl der Zugehörigkeit – durchaus identitätsstiftende Funktionen übernehmen. In Ergänzung dazu ermöglichen spielbezogene Chats eine Kommunikation in Echtzeit, d. h. parallel zum Spielgeschehen.
<b>Link zum sozialen Netzwerk</b>	Viele Spiele stehen als Anwendungssoftware für Mobilgeräte, aber auch als App in sozialen Netzwerken zur Verfügung (inklusive der Gelegenheit zur Datensynchronisation). Die Anmeldung in einem sozialen Netzwerk über die App erlaubt es daher unter anderem, den eigenen Freundinnen und Freunden die Spielerfolge unmittelbar mitzuteilen. Es liegt auf der Hand, dass solche halböffentliche Bekanntmachungen mit einer Erhöhung des sozialen Status verbunden sind.

Währung und damit ohne Kosten für die Anbieterinnen und Anbieter. Folglich lassen sich beliebig lange Gewinnstrecken realisieren, was verzerrte Gewinnerwartungen hervorrufen oder sogar den Umstieg in die Welt des echten Glücksspiels zur Folge haben könnte. Seitens der Anbietenden besteht die Option, die Spielausgänge und Verstärkerpläne individuell an das jeweilige Spielverhalten anzupassen, etwa um vorzeitigen Spielabbrüchen vorzubeugen. Entsprechend überraschen anekdotische Hinweise kaum, dass Versuche, das gesamte virtuelle Geld beim simulierten Glücksspiel zu verlieren, nicht immer gelingen (vgl. Derevensky et al., 2013). Dieser Umstand steht im markanten Gegensatz zu echten Glücksspielen, bei denen Verluste auf lange Sicht naturgemäß wahrscheinlicher sind als Gewinne. Aus psychologischer Sicht ergeben sich aus den skizzierten strukturellen Rahmenbedingungen von simulierten Glücksspielen zusammenfassend somit folgende Problemfelder:

- hohe Produktverfügbarkeit,
- zufällige/ungewollte Kontakte mit Glücksspielelementen,
- früher Erstkontakt und unbeaufsichtigte Spielteilnahmen,
- ausgedehnte Spielerfahrungen und unreflektiertes Erlernen von Glücksspielprinzipien,
- Entwicklung positiver Einstellungen zum Glücksspiel,
- Desensibilisierung gegenüber Glücksspielverlusten,
- Förderung kognitiver Verzerrungen (u. a. überzogene Gewinnerwartungen).

#### 4 Ausgewählte Forschungsbefunde mit klinischen Implikationen

Ausgehend von der relativen Neuartigkeit des Forschungsgegenstandes „Social Gambling“ ist die Ableitung wissenschaftlich abgesicherter Aussagen zum jetzigen Zeitpunkt nur bedingt möglich. Insbesondere heterogene Begriffsbestimmungen sowie ein uneinheitliches Vorgehen bei der Operationalisierung zentraler Konstrukte verlangsamten den Erkenntnisfortschritt derzeit maßgeblich. Ungeachtet dessen deuten erste empirische Befunde an, dass simulierte Glücksspiele im Internet klinisch relevante Themenfelder berühren. Hierzu zählen im Wesentlichen die folgenden fünf Bereiche:

*Türöffner-Hypothese.* Mittlerweile liegen einige Querschnittsdaten vor, die vorwiegend bezogen auf das Jugendalter auf einen positiven Zusammenhang zwischen der Teilnahme an simulierten und echten Glücksspielen verweisen (u. a. Ipsos Mori, 2009; King et al., 2014). Aufgrund des Mangels an Längsschnittstudien muss der konkrete Wirkmechanismus im Entwicklungsverlauf jedoch offen bleiben. Aus suchtpsychologischer Sicht kann angenommen werden, dass Glücksspiel-Simulationen den Reiz des Glücksspiels auf eine vermeintlich harmlose Art und Weise vermitteln, einfache Erfolgserlebnisse garantieren und damit Neugier auf Glücksspielteilnahmen um echtes Geld entfachen. Eine erste Piloterhebung mit 409 Erwachsenen, die bei einer ersten Befragung Erfahrungen mit simulierten Glücksspielen (jedoch nicht mit echten Glücksspielen) aufwiesen, bestätigt derartige Wanderbewegungen: Mehr als ein Viertel der Probandinnen und Probanden „zockte“ bei einer zweiten Befragung sechs Monate später im Internet um echtes Geld (Kim, Wohl, Salmon, Gupta & Derevensky, 2015). Der einzige Prädiktor für dieses Migrationsverhalten bestand in vorherigen Mikrotransaktionen.

*Problem Behavior Theory.* Eine weitere, noch nicht in Gänze beantwortete Forschungsfrage bezieht sich darauf, ob eine (regelmäßige) Teilnahme an simulierten Glücksspielen mit komorbiden Belastungen einhergeht und folglich gemäß der Problem Behavior Theory von Jessor (1998) zumindest in der Adoleszenz in die Nähe eines umfassenden Spektrums maladaptiver Verhaltensmuster zu rücken ist. Zum einen existieren – offensichtlich unabhängig von einer bestimmten Entwicklungsphase – statistische Assoziationen mit einem problematischen Glücksspielverhalten (z. B. Gainsbury, Russell et al., 2014; King et al., 2014; McBride & Derevensky, 2012). Zum anderen scheint die Nutzung simulierter Glücksspiele ebenfalls mit weiteren Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder dem Konsum illegaler Drogen und einem generell erhöhten Stressempfinden verknüpft zu sein (z. B. Gainsbury, Russell et al., 2014). Welche Funktion die Teilnahme an Glücksspiel-Simulationen im Zuge etwaiger individueller Fehlanpassungen einnimmt, können Querschnittbezüge dieser Art nicht offenlegen.

*Verhaltensmodifikationen.* Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die gesteuerten, nicht-zufallsdeterminierten Spielabläufe beim simulierten Glücksspiel Auswirkungen

auf der Verhaltensebene mit sich bringen. Neben der allgemeinen Förderung der Spiel lust dürften hier vor allem kognitive Verzerrungen hervorgerufen werden (primär die Überschätzung des Fähigkeitsanteils bzw. die Illusion von Kontrolle auf den Spielausgang; vgl. Meyer et al., 2015). Als besonders problematisch erweisen sich dabei unrealistisch hohe Auszahlungsquoten bei Demospiele (zum Teil sogar über 100%; Sévigny, Cloutier, Pelletier & Ladouceur, 2005), die falsche Vorstellungen hinsichtlich der tatsächlichen Gewinnchancen beim Spiel um Echtgeld suggerieren. Erste experimentelle Studien belegen entsprechende stimulierende Einflüsse kostenloser Demospiele (Bednarz, Delfabbro & King, 2013; Frahn, Delfabbro & King, 2015).

*Rückfallgefährdung.* Inwieweit simulierte Glücksspiele das Potential besitzen, die Gefahr eines Rückfalls bei remittierten pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern anzustoßen, war bisher nicht explizit Gegenstand einer größer angelegten quantitativen Erhebung. Hinweise aus der Werbeforschung (vgl. Hayer, 2012b) lassen mutmaßen, dass es einem Teil der Betroffenen tatsächlich schwer fällt, bei (ständiger) Konfrontation mit Glücksspiel-Reizen dem Impuls zur Spielteilnahme zu widerstehen. Andererseits könnten simulierte Glücksspiele bei Personen mit einer (ehemaligen) Glücksspielproblematik der Ersatzbefriedigung dienen, ohne die Gefahr finanzieller Verluste (vgl. Gainsbury, Hing, Delfabbro, Dewar, & King, 2015). Ob diese vermeintliche Positivwirkung nachhaltiger Natur ist oder Substitutions- bzw. Stimulationseffekte beim Spielen um virtuelle Güter auf Dauer verblassen, bedarf der Klärung durch zukünftige Forschungen.

*Prävention.* Der Vollständigkeit halber soll darauf verwiesen werden, dass digitale Spiele im Allgemeinen und „Social Games“ im Speziellen sinnvollerweise auch zur Vermittlung von Wissen oder zum Zwecke der Aufklärung zum Einsatz kommen. Ein aktuelles Beispiel mit Glücksspielbezug verkörpert das deutschsprachige interaktive Browsergame „Spielfieber“, das zur Prävention glücksspielbezogener Probleme konzipiert wurde und für die mit Glücksspielen assoziierten Suchtgefahren sensibilisieren will (Ensslen, 2012). Die Besonderheit dieses Tools liegt darin, die Zielgruppe direkt in ihren Lebensbezügen anzusprechen und über diverse Spielaktionen (einschließlich der Teilnahme an verschiedenen virtuellen Glücksspielen)

zur kritischen Reflexion anzuregen. Erste Wirksamkeitsnachweise sind vielversprechend (s. Hayer & Brosowski, 2014), der präventiv ausgerichtete Rückgriff auf Glücksspiel-Simulationen scheint folglich unter bestimmten Umständen durchaus sinnvoll zu sein.

## 5 Ausblick

Aus dem Blickwinkel der Forschung stellen sich zum jetzigen Zeitpunkt einige offene Fragen, deren evidenzgestützte Beantwortung für eine angemessene Regulations- und Präventionspraxis unerlässlich ist. In erster Linie muss endgültig gezeigt werden, dass die Beteiligung an simulierten Glücksspielen einen eigenständigen Risikofaktor für den Einstieg in die Welt des echten Glücksspiels bildet sowie in stabiler Weise die Entwicklung eines problematischen Glücksspielverhaltens vorhersagt (im Sinne eines Haupteffekts) oder zumindest für bestimmte Subgruppen (z. B. Jugendliche) risikoerhöhend wirkt (im Sinne eines Moderationseffektes). Ebenfalls wäre zu klären, ob die mit Mikrotransaktionen assoziierte Transition zum internetbasierten Glücksspiel (Kim et al., 2015) einer Replikation standhält bzw. durch Hinzuziehung eines bislang nicht berücksichtigten Faktors (z. B. Impulsivität) eine Erklärung findet. Idealerweise kommt es hier in Zukunft zur Durchführung prospektiv angelegter, randomisierter Kontrollstudien mit einer Vielzahl an potentiellen Dritt- oder Störvariablen. Darüber hinaus bedarf es der Vereinheitlichung von Erhebungsmethoden, nicht zuletzt mit dem Ziel, Einzelbefunde aggregieren und metaanalytisch aufbereiten zu können. Ohnehin ist zu überlegen, bei Erfassung des Glücksspielverhaltens auf Bevölkerungsebene zusätzlich Items zum simulierten Glücksspiel einzubinden.

Eine weitere Herausforderung bezieht sich auf die konkrete Operationalisierung der Zielkonstrukte, da die postulierten Risikomechanismen etwa in Form von Einstellungsänderungen oder Verschiebungen subjektiver Normen immer nur sehr (zeit)aufwändig abzubilden sind. Schon allein die Messung des Erstkontaktalters bei echten Glücksspielen birgt zahlreiche Schwierigkeiten (vgl. Hayer, 2014). Zu diesem Themenkomplex zählt auch die grundsätzliche Frage nach der Breite der Begriffsdefinition bzw. das „Apfel-Birnen-Problem“: Üben beispielsweise in Videospiele eingebundene Glücksspielele-

mente tatsächlich vergleichbare Effekte aus wie simulierte Glücksspiele? Unter Erweiterung der Zeitperspektive müssten zudem Kohorteneffekte und gesellschaftliche Anpassungsprozesse in Folge der sukzessiven Abschwächung neuartiger Spielanreize in den Fokus wissenschaftlicher Studien gerückt werden. Schließlich gilt es zu überprüfen, ob die regelmäßige Nachfrage nach simulierten Glücksspielen auf einen generischen Faktor wie hohe Impulsivität oder eine ausgeprägte generelle Glücksspielaffinität zurückzuführen ist. Weitere Forschungsansätze sollten daher verschiedene Störungs- bzw. Pathogenesemodelle gegeneinander testen (vgl. King & Delfabbro, 2016). Zusammenfassend bleibt zu hoffen, dass das Thema „simuliertes Glücksspiel“ in Zukunft in der (Fach-)Öffentlichkeit einen größeren Stellenwert einnehmen wird und die empirische Befundlage in ihrer Gesamtheit zu einer sachgemäßen Einordnung dieses Phänomens – unter Verzicht auf Dramatisierungen oder Bagatelisierungen – führen kann.

## Anmerkung

Der vorliegende Beitrag basiert im Kern auf einem Vortrag, den der Erstautor am 30.09.2014 im Rahmen des Deutschen Suchtkongresses 2014 in Berlin gehalten hat (Hayer, Meyer, von Meduna & Brośowski, 2014). Es erfolgte eine grundlegende Überarbeitung und Aktualisierung ausgewählter Vortragsinhalte.

## Literatur

- Bednarz, J., Delfabbro, P. & King, D. (2013). Practice makes poorer: Practice gambling modes and their effects on real-play in simulated roulette. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, 381-395.
- Boyd, D.M. & Ellison, N.B. (2008). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13, 210-230.
- Derevensky, J.L., Gainsbury, S., Gupta, R. & Ellery, M. (2013). Play-for-fun/social-casino gambling: An examination of our current knowledge. Manitoba: Manitoba Gambling Research Program.
- Downs, C. (2010). Young people playing with risk: Social networking and the normalisation of gambling behaviours. *Leisure Studies Association*, 109, 25-47.
- Ensslen, D. (2012). Tagebuch eines Spielers: Entstehung des Browsergames Spielfieber zur Prävention von Glücksspielsucht. *Pro Jugend: Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V.*, Heft 1, 16-19.
- Frahn, T., Delfabbro, P. & King, D.L. (2015, in press). Exposure to free-play modes in simulated online gaming increases risk-taking in monetary gambling. *Journal of Gambling Studies*.
- Gainsbury, S. (2012). *Internet gambling: Current research findings and implications*. New York: Springer.
- Gainsbury, S.M., Hing, N., Delfabbro, P.H. & King, D.L. (2014). A taxonomy of gambling and casino games via social media and online technologies. *International Gambling Studies*, 14, 196-213.
- Gainsbury, S.M., Russell, A. & Hing, N. (2014). An investigation of social casino gaming among land-based and Internet gamblers: A comparison of socio-demographic characteristics, gambling and co-morbidities. *Computers in Human Behavior*, 33, 126-135.
- Gainsbury, S.M., Hing, N., Delfabbro, P., Dewar, G. & King, D.L. (2015). An exploratory study of interrelationships between social casino gaming, gambling, and problem gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13, 136-153.
- Grier, S.A. & Kumanyika, S. (2010). Targeted marketing and public health. *Annual Review of Public Health*, 31, 349-369.
- Griffiths, M.D. (2012). The psychology of social gaming. *i-Gaming Business Affiliate*, August/September, 26-27.
- Griffiths, M.D. (2013). Adolescent gambling via social networking sites: A brief overview. *Education and Health*, 31(4), 84-87.
- Griffiths, M., Hayer, T. & Meyer, G. (2009). Problem gambling: A European perspective. In G. Meyer, T. Hayer & M. Griffiths (Eds.), *Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions* (pp. xix-xxix). New York: Springer.
- Hamari, J. & Lehdonvirta, V. (2010). Game design as marketing: How game mechanics create demand for virtual goods. *International Journal of Business Science & Applied Management*, 5(1), 14-29.
- Hayer, T. (2012a). Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Hayer, T. (2012b). Stellungnahme zum Glücksspieländerungsstaatsvertrag – Arbeitsentwurf Werbeberichtlinie (Stand: 14.08.2012). Bremen: Universität Bremen.
- Hayer, T. (2013a). Internetbasiertes Glücksspiel: Spielanreize und Suchtgefahren. *Pro Jugend:*

- Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V., Heft 4, 4-8.
- Hayer, T. (2013b). Jugendliche und Glücksspielprobleme: Problemausmaß, Risikobedingungen und präventive Handlungsmöglichkeiten. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 58 (1), 3-7.
- Hayer, T. (2014). „Der frühe Vogel hat den Schaden!?“ – Die Rolle des Erstkontakalters für die Entwicklung glücksspielbezogener Probleme [„The early bird gets the harm!?“ – The role of early onset for the development of gambling related problems]. *Mentor Newsletter* (January 2014).
- Hayer, T., Bachmann, M. & Meyer, G. (2005). Pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen im Internet. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 28 (1-2), 29-41.
- Hayer, T. & Brosowski, T. (2014). Evaluation des Browsergames „Spielfieber“: Akzeptanz, Effekte und Potential. München: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.
- Hayer, T., Meyer, G., von Meduna, M. & Brosowski, T. (2014). Social Gambling: Theoretische und empirische Erschließung eines neuen Forschungsfeldes [Abstract]. *Sucht*, 60, Suppl. 1, 55.
- Ipsos MORI (2009). *British survey of children, the National Lottery and gambling 2008-09: Report of a quantitative survey*. London: National Lottery Commission.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 1-10). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kim, H. S., Wohl, M.J.A., Salmon, M.M., Gupta, R. & Derevensky, J.L. (2015, in press). Do social casino gamers migrate to online gambling? An assessment of migration rate and potential predictors. *Journal of Gambling Studies*.
- King, D.L. & Delfabbro, P.H. (2016). Early exposure to digital simulated gambling: A review and conceptual model. *Computers in Human Behavior*, 55, 198-206.
- King, D.L., Delfabbro, P.H. & Griffiths, M.D. (2010). The convergence of gambling and digital media: Implications for gambling in young people. *Journal of Gambling Studies*, 26, 175-187.
- King, D.L., Delfabbro, P.H., Kaptis, D. & Zwaans, T. (2014). Adolescent simulated gambling via digital and social media: An emerging problem. *Computers in Human Behavior*, 31, 305-313.
- Korn, D., Norman, C. & Reynolds, J. (2010). Youth gambling and Web 2.0: Towards an understanding of the net generation and how they gamble. Guelph: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Kuss, D.J. & Griffiths, M.D. (2011). Online social networking and addiction – a review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3528-3552.
- McCormack, A. & Griffiths, M.D. (2013). A scoping study of the structural and situational characteristics of internet gambling. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 3(1), 29-49.
- McBride, J. & Derevensky, J. (2012). Internet gambling and risk-taking among students: An exploratory study. *Journal of Behavioral Addictions*, 1, 50-58.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2011) *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. Berlin: Springer.
- Meyer, G., Brosowski, T., von Meduna, M. & Hayer, T. (2015, in Druck). *Simuliertes Glücksspiel: Analyse und Synthese empirischer Literaturbefunde zu Spielen in internetbasierten sozialen Netzwerken, in Form von Demoverionen sowie Computer- und Videospiele*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*.
- Meyer, G., Häfeli, J., Mörsen, C. & Fiebig, M. (2010). Die Einschätzung des Gefährdungspotentials von Glücksspielen: Ergebnisse einer Delphi-Studie und empirischen Validierung der Beurteilungsmerkmale. *Sucht*, 56, 405-414.
- Morgan Stanley (2012). *Social gambling: Click here to play*. Morgan Stanley Blue Paper.
- Parke, J., Wardle, H., Rigby, J. & Parke, A. (2012). *Exploring social gambling: Scoping, classification and evidence review*. London: Gambling Commission.
- Schmid, G., Talos, T. & Aquilina, N. (2013). *Social gaming in Europe*. Vienna: LexisNexis.
- Sévigny, S., Cloutier, M., Pelletier, M-F. & Ladouceur, R. (2005). Internet gambling: Misleading payout rates during the „demo“ period. *Computers in Human Behavior*, 21, 153-158.
- Zollinger, M. (1997). *Geschichte des Glücksspiels*. Wien: Böhlau.

**Dr. Tobias Hayer**  
 Universität Bremen  
 Institut für Psychologie und  
 Kognitionsforschung  
 Grazer Str. 4  
 28359 Bremen  
 tobha@uni-bremen.de

# The „Bettors Fallacy“: Zum Risikoübergang von Sportwetten zu glücksspielbezogenem Suchtverhalten in Sportvereinen

Manfred Zielke, Johanna Meyer

Baltic Bay Clinical Consulting BBCC, Mönkeberg  
Institut für Psychologie der Christian-Albrechts-Universität, Kiel

## Kurzfassung

Sportwetten sind aufgrund ihrer Veranstaltungsmerkmale, wie hohe Verfügbarkeit und Ereignisfrequenz, (vermeintliche) Kompetenzeinflüsse auf das Spielergebnis und Verknüpfung mit sportlichen Interessen, besonders reizvoll für potenzielle Spieler. Mit den Spielanreizen steigt allerdings auch das Risiko, ein glücksspielbezogenes Suchtverhalten zu entwickeln.

In diesem Beitrag wird untersucht, inwieweit sich ein Risikoübergang von Sportwetten zu glücksspielbezogenem Suchtverhalten in Sportvereinen abzeichnet, der in Anlehnung an das Konzept des „Gamblers Fallacy“ als „Bettors Fallacy“ bezeichnet werden kann.

Über die Einordnung der Sportwette als Glücks- und/oder Geschicklichkeitsspiel wurde viel diskutiert. Manche Experten sind der Auffassung, dass ein Spieler durch gewisse Vorkenntnisse seine Chancen auf einen Gewinn entscheidend verbessern könne. Im Gegensatz zu reinen Glücksspielen wie Roulette werden Sportwetten demzufolge als strategisches Spielen angesehen. In den Augen der meisten Sportfans und Glücksspieler sind erfolgreiche Sportwetten abhängig vom „Wissen über den Sport“ und dem „Sammeln von Informationen über die Liga“ mit Hilfe von Zeitschriften und anderen Medien. Diese Ansichten implizieren, dass Sportexperten im Wetten besser abschneiden als Laien.

Nach Sichtung der nationalen und internationalen Forschungsergebnisse erweist sich dieser vermeintliche Wissens- und Kenntnissvorsprung der Sportwetter als Fehlannahme.

Mitglieder von Sportvereinen üben exorbitant häufig Sportwetten aus, sie haben ein mehrfach erhöhtes Risiko zur Ausbildung eines problematischen Wettverhaltens, eines problematischen Glücksspielverhaltens (4-fach erhöht) und eines pathologischen Glücksspielverhaltens (3-fach erhöht).

Sportwetter unterliegen den gleichen Fehleinschätzungen und riskanten Verhaltensmustern, wie man sie bei Glücksspielern („gamblers fallacy“) vorfindet.

Daraus lässt sich ein ausgeprägtes Gefährdungspotenzial der Sportwetter ableiten („bettors fallacy“), insbesondere, wenn sie selbst sportbegeistert sind.

Präventive Maßnahmen, die sich speziell an Sportvereine und deren Mitglieder richten, sind dringend geboten!

## Schlüsselwörter

Sportwetten  
Glücksspiel, problematisches /pathologisches  
„gamblers fallacy“  
„bettors fallacy“

## 1 Einleitung, Problemstellung

Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag (Glü-ÄndStV), der am 01.06.2012 in 15 der 16 Bundesländer in Kraft getreten ist, sieht eine

Teilliberalisierung und Öffnung des Marktes für Privatanbieter von Sportwetten mit bis zu 20 Konzessionen vor. 149 Lizenzanträge waren bis Mitte Mai 2013 beim hessischen Innenministerium als Zulassungsbehörde ein-

gegangen. Die hohe Anzahl verdeutlicht die außerordentliche Attraktivität des deutschen Marktes für Wettanbieter.

Sportwetten, vor allem im Internet, sind aufgrund ihrer Veranstaltungsmerkmale, wie hohe Verfügbarkeit und Ereignisfrequenz, (vermeintliche) Kompetenzeinflüsse auf das Spielergebnis und Verknüpfung mit sportlichen Interessen, besonders reizvoll für potenzielle Spieler (Hayer und Meyer, 2003; 2004). Mit den Spielanreizen steigt allerdings auch das Risiko, ein glücksspielbezogenes Suchtverhalten (Meyer und Bachmann, 2011) zu entwickeln.

In diesem Beitrag wird untersucht, inwieweit sich ein Risikoübergang von Sportwetten zu glücksspielbezogenem Suchtverhalten in Sportvereinen abzeichnet, der in Anlehnung an das Konzept des „Gamblers Fallacy“ als „Betters Fallacy“ bezeichnet werden kann.

## 2 Die Sportwette

### 2.1 Historische Aspekte

Von Külmer (2009) beschreibt den Ursprung des sportlichen Wettkampfes, der in der römischen und griechischen Kultur verankert liegt. Ein Sinnbild für diesen Wettkampf sind die Olympischen Spiele im alten Olympia oder die römischen Gladiatorenkämpfe. Aus dieser Zeit stammen auch die ersten Überlieferungen von Wettabschlüssen durch Zuschauer.

Der eigentliche Vorläufer der heutigen Sportwette findet sich jedoch in England im 18. Jahrhundert. Grund dafür waren neu etablierte Sportarten wie Fußball, Boxen und der Pferderennsport. Galopprennen in Ascott 1711 boten erstmalig reichen Zuschauern Wettmöglichkeiten, während in den Kneipen und Lokalen Boxkämpfe der Arbeiterklasse die Teilnahme an Wetten ermöglichten. Parallel zur Zunahme an professionellen Ballsportarten entwickelten sich auch immer mehr Möglichkeiten, Sportwetten abzuschließen. Im Jahre 1961 wurden Wettbüros von der englischen Regierung legalisiert, dies führte zu einem enormen Anstieg der Teilnahme an Sportwetten.

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts gibt es auch in Deutschland Pferdewetten. Erst nach dem zweiten Weltkrieg kamen weitere Sportwettarten auf den Markt. Sie dienten zum Teil zur Unterstützung des deutschen Sports, da finanzielle Mittel nach dem Krieg knapp waren. 1948 wurde schließlich in Bayern das

erste staatliche Fußballtoto gegründet. Nach und nach schlossen sich auch die anderen Bundesländer dem Totosystem an.

Das Online-Glücksspiel und somit auch die Online-Sportwette etablierten sich Ende des 20. Jahrhunderts durch die immer größer werdende weltweite Vernetzung. In den Inselstaaten Antigua und Barbuda konnten Unternehmen günstig Lizenzen erwerben und ihre Geschäfte weltweit vertreiben. Eine amerikanische Firma entwickelte zudem eine erste Online-Casinosoftware, der die Entwicklung eines Programms folgte, das Transaktionen im Internet sicher und durchführbar machte. Die Online-Sportwette ist heute eine der populärsten Wettformen (von Külmer, 2009).

### 2.2 Definition

Laut GlüÄndStV (2012) sind Sportwetten „Wetten zu festen Quoten auf den Ausgang von Sportereignissen oder Abschnitten von Sportereignissen“.

Der Begriff Sportwette kann international jedoch ganz unterschiedlich definiert sein. Laut Meyer und Hayer (2005) zählen zu den Sportwetten prinzipiell: (1) Wetten, die am „Ort des Geschehens“ abgegeben werden (*on-course betting*, z.B. auf einer Pferderennbahn), (2) Wetten, deren Annahme räumlich getrennt von der Sportveranstaltung erfolgt (*of-course betting*, z.B. in lokalen Wettbüros, via Internet oder Telefon), (3) Buchmacherwetten nach festen oder variablen Quotenvorgaben (im letztgenannten Fall verändern sich die Quotenvorgaben im Vorfeld der Sportveranstaltungen) sowie (4) das sogenannte *pool-betting/pari-mutuel betting*, das auf der Basis des Totalisatorprinzips funktioniert. [...] Der Vollständigkeit halber ist auf alle nicht kommerziellen Wetten (*private betting*) hinzuweisen, die im Freundes- oder Bekanntenkreis zumeist um kleinere, unbedeutende Geldbeträge stattfinden und ebenfalls zum Bereich des Sportwettens zu zählen sind [...]. In die Grauzone zwischen Glücks- und Geschicklichkeitsspiel fällt der Geldeinsatz auf den Ausgang von Spielen, bei denen der Wetter selbst als Akteur in Erscheinung tritt (z.B. das Setzen auf den eigenen Sieg bei einer Billard- oder Golfpartie). Darüber hinaus gibt es heutzutage Internetplattformen, bei denen die Spieler gegeneinander und nicht gegen einen Buchmacher Wetten abschließen, oder Sportwettbörsen, bei denen mit virtuellen Wertscheinen ge-

Varianten der Sportwette	Erläuterung
Einzelwette als Ergebnisswette	Wette auf das exakte Ergebnis eines Spiels
Einzelwette als Tendenzwette	Wette auf die Richtung eines Spiels und nicht auf ein exaktes Ergebnis, z.B. im Fußball: Heimsieg/Unentschieden/ Auswärtssieg
Kombinationswette	Möglichkeit, mehrere Spiele mit nur einem Wetteinsatz zu spielen
Systemwette	Erweiterung der Kombinationswette, Möglichkeit, mehrere Spiele mit nur einem Wetteinsatz zu spielen, es kann auch dann noch gewonnen werden, wenn ein oder mehrere Tipp(s) falsch sind
Spezialwetten	alle Wettformen, bei denen auf ausgewählte Aspekte oder nach bestimmten Regeln gesetzt wird, z.B. Handycapwette, Asian-Handycapwette, Over/Under-Wette, Halbzeit-/Endstandwette, spezielle Vorkommnisse, wie z.B. in welcher Halbzeit mehr Tore fallen, wann fällt das erste Tor, etc.
Spezialwette als Live-Wette	Quotenvorgaben ändern sich in Abhängigkeit vom Spielverlauf, d.h. es ist auch während eines Spiels noch möglich, auf gewisse Ereignisse Geld zu setzen. Im Fußball z.B.: Welcher Spieler macht das 1. Tor, wird es einen Elfmeter geben, etc.

**Tabelle 1**

Verschiedene Varianten der Sportwette (aus Meyer 2013, S. 27)

handelt wird, die bis zum Ende eines Sportereignisses gekauft und wieder verkauft werden können (Meyer und Bachmann, 2011). Es ist außerdem möglich, nicht nur auf Sportarten wie Pferderennen oder Boxen Wetten abzuschließen. In England wettet man auf Hunderennen, in den USA auf American Football und Baseball und in der arabischen Welt nimmt man an Kamelwetten teil (Koopmann, 2008).

Bei einer klassischen Sportwette wird dem Spieler für jedes Sportereignis eine feste Quote vorgegeben, aus der sich der Gewinnbetrag errechnen lässt. Es können auf jeden denkbaren Ausgang des Spiels Wetten abgeschlossen werden. Eine der gängigsten Wetten ist hierbei die zu den Ergebnisswetten zählende Drei-Weg-Wette. Sie bietet drei mögliche Endergebnisse eines Sportereignisses: Heimsieg, Auswärtssieg und Unentschieden. Die Quote wird bestimmt durch die Wahrscheinlichkeit des möglichen Ausgangs eines Spiels, abzüglich einer bestimmten prozentualen Marge der Buchmacher eines jeden Anbieters (Koopmann, 2008). Die Quote entspricht dem Faktor, mit dem der Einsatz multipliziert wird, falls die Wette gewinnt (Tienken, 2007).

In der folgenden Tabelle 1 werden Varianten der Sportwette erläutert (Meyer und Bachmann, 2011; Neuendorf, 2004).

### 2.3 Glücksspiel oder Geschicklichkeitsspiel?

Über die Einordnung der Sportwette als Glücks- und/ oder Geschicklichkeitsspiel wurde viel diskutiert. Manche Experten sind

der Auffassung, dass ein Spieler durch gewisse Vorkenntnisse seine Chancen auf einen Gewinn entscheidend verbessern könne. Im Gegensatz zu reinen Glücksspielen wie Roulette werden Sportwetten demzufolge als strategisches Spielen angesehen. In den Augen der meisten Fußballfans und Glücksspieler sind erfolgreiche Sportwetten abhängig vom „Wissen über den Sport“ und dem „Sammeln von Informationen über die Liga“ mit Hilfe von Zeitschriften und anderen Medien (Huberfeld, Gersner, Rosenberg, Kotler und Dannon, 2012). Diese Ansichten implizieren, dass Fußballexperten im Wetten besser abschneiden als Laien.

Zwei verbreitete Charakteristiken des Glücksspiels, die dessen Sucht- und Gefährdungspotenzial erheblich erhöhen, sind die sogenannten *Fast-Gewinne (near miss)* und eine kognitive Verzerrung, genannt *illusion of control (Kontrollillusion)*.

Der Spieler ist bei einer fast gewonnenen Wette dazu verleitet, viele Gründe zu nennen, warum seine Vorhersage eigentlich richtig war. Der tatsächliche Verlust scheint so in Vergessenheit zu geraten. Darüber hinaus führt die Kontrollillusion zu einer Überschätzung der eigenen Fähigkeiten. Der Spieler ist der Ansicht, er könne Spielergebnisse kontrollieren und vorhersagen (Huberfeld et al., 2012).

Nach Langer (1975) ist dieser Begriff definiert als „die Erwartung einer persönlichen Erfolgswahrscheinlichkeit, welche unpassend höher ist, als die objektive Wahrscheinlichkeit rechtfertigen würde.“ Dass sich Fähigkeiten und Glück in gewissen Bereichen überschneiden, ist für viele Menschen naheliegend. In Situationen, die den Einfluss von

Fähigkeiten implizieren (engl. skill situation = eine Situation, in der die Fähigkeiten einer Person den Ausgang bestimmen), gibt es eine klare Verbindung zwischen Verhalten und Erfolg, der Ausgang in diesen Situationen ist also kontrollierbar. Im Gegensatz dazu ist Erfolg in einer Zufallssituation (engl. chance situation = der Zufall entscheidet über den Ausgang) unkontrollierbar. Langer (1975) geht jedoch davon aus, dass sich Menschen auch in Zufallssituationen so verhalten, als wären sie kontrollierbar.

- In mehreren Studien testete Langer (1975) die Hypothese, dass sich Individuen trotz einer Zufallssituation selbstsicherer fühlen, wenn Faktoren kontrollierbarer Situationen mit einbezogen werden, wie z.B. „Bekanntheit“, „die Wahl haben“, „Konkurrenz“ oder „Involviertheit“. Die Ergebnisse bestätigten, dass Personen meinen, eine gewisse Situation kontrollieren zu können, obwohl diese „lediglich“ vom Zufall abhängt. Eine Erklärung für dieses Phänomen ist nach Langer (1975) z.B. die Motivation, negative Folgen zu vermeiden, die mit unkontrollierbaren Situationen auftreten können. Eine andere Möglichkeit, warum es so schwierig erscheint, zwischen kontrollierbaren und unkontrollierbaren Ereignissen zu differenzieren, ist jedoch nicht nur die Motivation, sondern die tatsächliche Schwierigkeit dieser Unterscheidung, da in jeder Situation, in der die Fähigkeiten den Ausgang dieser bestimmen, ein Element des Zufalls vorhanden ist und umgekehrt. Darüber hinaus werden positive Ausgänge eines Ereignisses oft den eigenen Fähigkeiten und nicht dem Zufall zugeschrieben. Langer stellt abschließend fest, dass die Kontrollillusion umso größer ist, je ähnlicher eine Zufallssituation einer Situation erscheint, die den Einfluss von Fähigkeiten impliziert.

- Khazaal et al. (2012) untersuchten in ihrer Studie, ob Experten gegenüber Laien bessere Vorhersagen für 10 Spiele der Europa UEFA League treffen würden. 258 Personen nahmen an dieser Studie teil. 21,3 % davon waren sogenannte Experten (Professionelle, halbprofessionelle Fußballspieler, Fußballtrainer oder Sportjournalisten, deren Arbeit in Zusammenhang mit der Europa UEFA League standen), 24,4 % Fußballamateure (Amateurspieler oder Schiedsrichter) und 54,3 % waren Laien (weder Professionelle noch Amateure im Bereich Fußball). Nach den Ergebnissen einer logistischen Regression sind Experten in ihren Vorhersagen nicht besser als Amateure oder Laien. Außerdem

zeigt die Varianzanalyse, dass sich die durchschnittliche Anzahl von korrekten Vorhersagen in den verschiedenen Bedingungen (Experten, Amateure, Laien) nicht unterscheidet. Die Experten erreichen Durchschnittswerte korrekt vorhergesagter Spieldausgänge von 4,16, die Amateure von 4,60 und die Laien von 4,62.

Weder Expertenwissen noch Alter oder das Geschlecht haben nach den Ergebnissen der Studie einen Einfluss auf die Richtigkeit einer Vorhersage bezüglich des Ausgangs eines Fußballspiels. Demzufolge ist der Glaube, dass Fußballfachkenntnis die Wettergebnisse verbessert, nichts weiter als eine kognitive Verzerrung.

Eine Limitation dieser Studie stellte jedoch die geringe Anzahl an Spielen dar, die bewertet wurden, und die nicht zufällige Ziehung derselben. Es wurden die ersten 10 Spiele der Europa League ausgesucht, wodurch nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese durch Zufall einfacher vorherzusagen waren als andere Spiele.

- Die Studie von Huberfeld et al. (2012) beschäftigte sich ebenfalls mit der Frage, ob Expertenwissen einen erfolgreichen Ausgang einer Sportwette garantiert.

Die Teilnehmer wurden in drei Gruppen eingeteilt: Pathologische Glücksspieler, Amateure und Laien. Sie sollten mehrere Spiele der Europa Champions League vorhersagen. Die Autoren unterscheiden in ihrer Untersuchung außerdem drei verschiedene Subtypen von pathologischen Glücksspielern: den *impulsiven Subtyp* (engl. *impulsive subtype*), den *obsessiv-zwanghaften Subtyp* (engl. *obsessive-compulsive subtype*) und den *süchtigen Subtyp* (engl. *addictive subtype*). Bei dieser Einteilung stützen sie sich auf Ergebnisse von Dannon, Lowengrub, Gonopolski, Musin und Kotler (2006, zitiert nach Huberfeld et al., 2012) und Iancu, Lowengrub, Dembinsky, Kotler und Dannon (2008, zitiert nach Huberfeld et al., 2012). Diese unterscheiden die verschiedenen pathologischen Glücksspieler im Hinblick auf den Typus und die Intensität des Glücksspielverhaltens, die psychiatrischen Komorbiditäten, die Familiengeschichte, das Alter zu Beginn der Spielsucht und das Geschlecht.

- Der impulsive Subtyp wird charakterisiert durch einen jungen, männlichen, risikobereiten und nicht voraus planenden Menschen. Dieser Subtyp tendiert dazu, größere Geldsummen zu verlieren und wird mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Alkohol- und Substanzmissbrauch

sowie Abhängigkeits- und anderen Impulskontrollstörungen assoziiert. Ein Verwandter ersten Grades tendiert zu erhöhtem Spielsuchtverhalten.

- Der obsessiv-zwanghafte Subtyp, der normalerweise Glücksspielautomaten, Rubbellose und die Teilnahme an Lotterien bevorzugt, wird eher durch Frauen repräsentiert. Überdies wird dieser Typus mit einer erhöhten Rate an Depression und schlecht angepassten Copingstrategien assoziiert.
- Der süchtige Subtyp setzt wiederholt und zwanghaft eher geringe Geldbeträge beim Wetten. Die meisten der männlichen Spielsüchtigen bevorzugen, Wetten auf Sportereignisse abzuschließen. In dieser Gruppe gibt es eine männliche Vorherrschaft und höhere Raten an Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit.

Die Hypothese der Studie von Huberfeld et al. (2012) lautete, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Gruppen (Glücksspieler, Amateure, Laien) gibt.

Die insgesamt 165 Probanden (46 weibliche, 119 männliche) setzten sich aus 53 pathologischen Glücksspielern, 43 Amateuren und 78 Laien zusammen. Die pathologischen Glücksspieler wurden mit Hilfe der DSM-IV Checklist und dem South Oaks Gambling Screen diagnostiziert. Um das jeweilige Fußballwissen der Teilnehmer zu testen, wurde ein Fragebogen mit 20 Fragen unterschiedlichen Schwierigkeitsgrades entwickelt. Die pathologischen Glücksspieler hatten 80 - 100 % richtige Antworten, die Amateure 60 - 80 % und die Laien weniger als 60 %. Allen Studienteilnehmer wurde ein Fragebogen mit insgesamt 8 Heimspielen und 8 Auswärtsspielen der Europa Champions League vorgelegt. Die Probanden wurden zwei Tage im Voraus gebeten, das Siegerteam sowie das exakte Ergebnis eines Spiels zu bestimmen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen gibt. Auch bei einem Vergleich von Extremgruppen (männliche Glücksspieler vs. weibliche Laien) gibt es keinen signifikanten Unterschied.

- Mehrere Studien z.B. von Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood, Dragonetti und Tsanos (1997, zitiert nach Huberfeld, 2012) haben darüber hinaus demonstriert, dass es eine enge Beziehung zwischen Fast-Gewinnen, persönlicher Kontrolle, erhöhtem Selbstvertrauen eines Spielers und der Bereitschaft, Risiken einzugehen, gibt. Die Kontrollillusi-

on scheint jedoch der Hauptgrund für Sportwetter zu sein, die meiste Zeit mit der Analyse von Spielberichten, Zeitschriften und anderen Medien zu verbringen. Die Autoren kommen ferner zu dem Schluss, dass der pathologische Sportwetter dem süchtigen Subtyp zuzuordnen ist.

- Die Studie von Ladouceur, Giroux und Jacques (1998) zeigt bezüglich des Einflusses von Strategien und Wissen auf den Ausgang von Pferdewetten dagegen, dass Experten häufiger richtig in ihrer Vorhersage liegen als das Zufallsprinzip. Auf Dauer kommt es jedoch bei beiden Strategien zu finanziellen Verlusten.

- Cantinotti, Ladouceur und Jacques (2004) wollten mit Hilfe einer weiteren Untersuchung überprüfen, ob sich diese Ergebnisse auch für andere Sportarten wie z.B. Hockey replizieren lassen. Insgesamt 30 Sportwetter im Bereich Hockey wurden für die Studie rekrutiert. Die Probanden füllten zunächst einen Fragebogen hinsichtlich ihres Wettverhaltens und ihrer Strategien aus. Anschließend sollten sie verschiedene Wetten auf Hockeyspiele der National Hockey League in Kanada abschließen.

Die Vorhersagen der Sportwetter waren zu 47,3 % korrekt, im Gegensatz zu 33,3 % des Zufallsprinzips. Beim finanziellen Gewinn konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Der Verlust aller Sportwetter lag bei \$ 432.78, der des Zufallsprinzips bei \$ 230.95.

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass auch bei anderen Sportarten gleiche Resultate erzielt werden. Experten schneiden bezüglich korrekter Vorhersagen besser ab als das Zufallsprinzip. Dies führt jedoch nicht zu signifikant höheren finanziellen Gewinnen. Sowohl Experten als auch das Zufallsprinzip verzeichnen auf Dauer Verluste. Cantinotti et al. (2004) schließen daraus, dass die sogenannten „Fähigkeiten“ der Sportwetter lediglich kognitive Verzerrungen sind. Im Vergleich mit einem reinen Glücksspiel (wie Roulette) sind Sportwetten ein Glücksspiel mit gewissen Geschicklichkeitsanteilen, die aber dennoch Glücksspielen zugeordnet werden (Meyer und Bachmann, 2011).

## 2.4 Sportler, Sportwetten und Glücksspielsucht

In den Medien wird heutzutage immer öfter berichtet, dass auch Profisportler unter

Glücksspielsucht leiden und die Integrität des Sports durch die Gefahr von Manipulation gefährdet wird (vgl. Hardinghaus, 2013). Beispiele, wie der Fall Schnitzler (vgl. Schnitzler, 2012) oder der des früheren Fußball-Nationalspielers Dietmar Hamann (vgl. Hamann, 2012), verdeutlichen die Brisanz dieses Themas.

Internationale Untersuchungen haben sich daher mit der Fragestellung beschäftigt, ob Sportler vermeintlich öfter an Glücksspielen teilnehmen und pathologisches Glücksspielverhalten entwickeln als Nicht-Sportler (Bourn, 1998; zitiert nach Kerber, 2005; Cross und Vollano, 1999; Cullen und Latesa, 1996; Ellenbogen, Jacobs, Derevensky, Gupta und Paskus, 2008; Engwall, Hunter und Steinberg, 2004; Kerber, 2005; Nelson et al., 2007; Rockey, 1998; zitiert nach Kerber, 2005; Rockey, Beason und Gilbert, 2002; Schneider, 2012; St.Pierre, Temcheff, Gupta, Derevensky und Paskus, 2013).

- Eine Studie von Cullen und Latesa (1996) mit 648 Teilnehmern zeigt, dass Sportler affin für Glücksspiele sind und zudem Wetten auf eigene Spiele abschließen. Cross und Vollano (1999) berichten in ihrer Studie, dass 45 % der männlichen Basketball- und Fußballspieler aus der National Collegiate Athletic Association (NCAA) Division I28 an Sportwetten teilnehmen, während sie auf dem College sind. 4,1 % dieser Athleten versorgen andere Glücksspieler mit Insiderinformationen und weitere 0,4 % akzeptieren Geld im Gegenzug für eine schlechte Spielleistung. In dieser Studie wurden wie bei Cullen und Latesa (1996), ausschließlich Football- und Basketballspieler befragt (460 Männer, 298 Frauen).

- Die NCAA hat in mehreren eigenen Studien (2004, 2008, 2012) Sportstudenten bezüglich der Teilnahme an Glücksspielen und Sportwetten befragt. Die Ergebnisse bestätigen, dass College-Athleten öfter an Glücksspielen teilnehmen als Nicht-Sportler, dass sich College-Athleten im Vergleich zu Nicht-Sportlern zweimal häufiger zu Problem Spielern entwickeln und dass männliche Athleten eher davon betroffen sind als weibliche (Schneider, 2012).

- Kerber (2005) untersuchte die Glücksspielaktivität von 636 College-Athleten, von denen 21 % der männlichen und 5,2 % der weiblichen Athleten ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen. Des Weiteren weisen die Daten von Bourn (1998, zitiert nach Kerber, 2005) darauf hin, dass die Lebenszeitprävalenz

problematischen und pathologischen Glücksspielverhaltens bei Athleten deutlich höher ist als bei Nicht-Sportlern (11,4 % vs. 8,8 %). Ähnliche Ergebnisse zeigt die Untersuchung von Rockey (1998, zitiert nach Kerber, 2005), in der 18,6 % der Athleten und 11,1 % der Nicht-Sportler über ein problematisches bzw. pathologisches Glücksspielverhalten berichten.

- Eine Untersuchung von Engwall et al. (2004) mit 1.348 Studenten macht deutlich, dass die Lebenszeitprävalenz von problematischem und pathologischem Glücksspielverhalten bei männlichen College-Athleten im Vergleich zu Nicht-Sportlern signifikant höher liegt (26 % vs. 16 %). Das gleiche Muster wurde bei weiblichen Sportlern und Nicht-Sportlern gefunden (7 % vs. 4 %).

- Die Ergebnisse einer Studie von St.Pierre et al. (2013) mit Daten von 7.517 College-Athleten belegen ein weiteres Mal, dass College-Studenten insgesamt, aber vor allem College-Athleten eine Risikogruppe für die Entwicklung von pathologischem Glücksspielverhalten darstellen. 3,2 % der männlichen Athleten und 0,7 % der weiblichen erfüllen die Kriterien für pathologisches Glücksspielen.

- Die Studie von Rockey et al. (2002) mit 954 Studenten (129 Athleten, 825 Nicht-Sportler) weist darauf hin, dass 80 % der Athleten an Glücksspielen teilnehmen und 22,1 % davon an Sportwetten. Des Weiteren belegt die Untersuchung, dass männliche Athleten eine doppelt so hohe Prävalenzrate bei pathologischem Glücksspiel aufweisen als männliche Nicht-Sportler (11,6 % vs. 6,6 %). Außerdem verdeutlicht die Studie, dass Athleten eine höhere Rate bei problematischem Glücksspielverhalten besitzen als Nicht-Sportler (6,2 % vs. 3,3 %). Bei männlichen Athleten ist diese allerdings im Vergleich zu den männlichen Nicht-Sportlern geringer ausgeprägt (5,8 % vs. 8,2 %).

Die Ergebnisse bei den Frauen lassen dagegen erkennen, dass weibliche Nicht-Sportler eine höhere Prävalenzrate für pathologisches Glücksspielverhalten zeigen als die weiblichen College-Athleten (1,5 % vs. 1,3 %).

Insgesamt zeigt die Studie jedoch keinen signifikanten Zusammenhang von pathologischem Glücksspiel und Athleten. Die Ergebnisse des South Oaks Gambling Screens (SOGS)<sup>29</sup> sowie der Anteil an pathologischen und problematischen Glücksspielern fallen für alle Gruppen eher niedrig aus.

- Nelson et al. (2007) haben untersucht, inwiefern sich die Glücksspielaktivität bei Ath-

leten, Sportfans und anderen College-Studenten unterscheidet. Die Stichprobe (N = 10.599) liefert folgende Ergebnisse: Athleten und Sportfans spielen häufiger als andere Studenten. Männliche Studenten nehmen öfter an Glücksspielen teil als weibliche. Darüber hinaus lassen weibliche Athleten und Sportfans eine höhere Glücksspielaktivität als Studentinnen erkennen. Die Raten von Athleten und Sportfans sind zudem bei vielen Varianten des Glücksspiels nicht signifikant unterschiedlich. Weitere Resultate der Untersuchung verweisen darauf, dass männliche Studienteilnehmer insgesamt sehr stark mit Glücksspielrelevanten Problemen assoziiert werden. Für die Gruppe der Sportfans und Athleten kann dagegen kein Zusammenhang mit vermehrten Glücksspielrelevanten Problemen festgestellt werden.

Zusammenfassend stellt diese Untersuchung fest, dass bei College-Athleten ein höheres Risiko besteht, zu spielen und an Sportwetten teilzunehmen als bei anderen Studenten.

- Ellenbogen et al. (2008) fanden in ihrer Untersuchung mit Daten von 20.739 Athleten heraus, dass der Anteil des wöchentlichen Spielens bei Athleten im Vergleich zu Nicht-Sportlern größer ist als bei der Stichprobe von LaBrie, Shaffer, LaPlante und Wechsler (2003) (7,9 % vs. 2,6 %). Außerdem sind männliche College-Athleten in höheren Ligen im Allgemeinen eher geneigt, an Glücksspielaktivitäten teilzunehmen, größere Einsätze zu spielen und ein problematisches Spielverhalten zu entwickeln. Ein vermeintlicher Grund ist das dortige vermehrte Wettaufkommen. Zudem zeigten 2,1 % der Athleten ein problematisches Spielverhalten und 0,8 % waren pathologische Glücksspieler. Die Prävalenzraten für pathologisches Glücksspiel sind jedoch nicht, wie in anderen Studien beschrieben, bei College-Athleten größer als bei Erwachsenen. Auch sind die Anteile der Athleten, die spielen, im Vergleich zu Studenten aus einer Studie von LaBrie et al. (2003) wesentlich geringer (55 % vs. 88 %). Diese Ergebnisse liegen auch deutlich unter denen der Prävalenzen der Jugendlichen.

Insgesamt nehmen Athleten von Mannschaftssportarten signifikant häufiger an Glücksspielen teil, als Athleten von Individualsportarten (64 % vs. 60,7 %). Die Spitzensportarten mit den höchsten Anteilen an wöchentlichen Glücksspielteilnahmen sowie problematischem und pathologischem Glücksspielverhalten unter den männlichen

Athleten sind Golf (ca. 8 % pathologische Glücksspieler) und Eishockey (ca. 5 % pathologische Glücksspieler).

Die geschlechtsspezifischen Ergebnisse dieser Studie sind im Einklang mit anderen Untersuchungen: Weibliche Athleten nehmen weniger an Glücksspielaktivitäten teil und entwickeln weniger problematisches Glücksspielverhalten als die männlichen Athleten. Die Prävalenzraten sind insgesamt für Frauen sehr niedrig.

Die verschiedenen Untersuchungen zeigen trotz gewisser Inkonsistenz in den Ergebnissen eine Tendenz zur Bestätigung der Hypothese, dass College-Athleten, vor allem männliche Sportler, häufiger an Glücksspielen teilnehmen und häufiger ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten entwickeln als Nicht-Sportler. Die Aussagekraft der meisten Studien ist jedoch durch die Anwendung des SOGS zur Messung problematischer Glücksspielaktivität eingeschränkt. Dadurch, dass dieses Instrument die lebenslange Glücksspielaktivität erfasst, können die Ergebnisse nichts darüber aussagen, ob ein problematisches Spielverhalten in den Jahren auf dem College oder der Universität vorlag (Ellenbogen et al., 2008). Darüber hinaus ist die Aussagekraft der Studien durch eine geringe Rücklaufquote (Cullen und Latessa, 1996), kleine, nicht-repräsentative Stichproben (Engwall et al., 2004; Rockey et al., 2002) und durch Selbstauskünfte der Teilnehmer (Nelson et al., 2007) limitiert.

### 3 PAGE-Studie und BZGA-Survey

Nach einer Repräsentativbefragung zum Glücksspielverhalten der Bevölkerung in Deutschland (BZgA, 2012) gaben in 2011 3,4% der Befragten an, in den letzten 12 Monaten auf Sportereignisse gewettet zu haben (Männer: 5,7%; Frauen: 1,1%). Unter den Teilnehmern an Sportwetten wurden zwischen 6,5% und 16% (je nach Wettart außer Toto mit 0,6%) als problematische oder pathologische Spieler klassifiziert. Ein Vergleich der Gruppen mit unterschiedlichen Belastungsgraden zeigte darüber hinaus bei Live-Wetten, dass die Quote derjenigen Personen mit Glücksspielbezogenen Problemen im Vergleich zu Befragten mit unproblematischem Spielverhalten um mehr als das 5-fache erhöht war. Zu ähnlichen Ergebnissen kam die PAGE-Studie (Meyer et al., 2011):

Mit der Teilnahme an sogenannten „anderen Sportwetten“ war die 4,7-fach erhöhte Chance für die Diagnose eines pathologischen Spielverhaltens verbunden.

**Tabelle 2**

Ergebnisse der PAGE-Studie und des BZgA-Surveys aus dem Jahre 2011 (aus Meyer 2013 S. 61-62)

PAGE-Studie	BZgA-Studie
<b>Lebenszeitprävalenz</b>	
Glücksspielteilnahme oder Geldwette	
72%	86%
<b>12-Monats-Prävalenz</b>	
Glücksspielteilnahme oder Geldwette	
45%	50,7%
<b>Die am häufigsten genannten Glücksspiele (12-Monats-Prävalenz)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lotto („6 aus 49“, „Spiel 77/Super 6): 19%</li> <li>– Sofortlotterien und Rubbellose: 11%</li> <li>– Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gastronomie: 5%</li> <li>– Andere Lotterien: 6%</li> <li>– Poker: 4%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lotto „6 aus 49“: 31,5%</li> <li>– „Spiel 77/Super6“: 21,0%</li> <li>– Sofortlotterien: 12,9%</li> <li>– Privat organisiertes Glücksspiel: 9,2%</li> <li>– Fernsehlotterien: 7,3%</li> <li>– Andere Lotterien: 3,7%</li> </ul>
<b>12-Monats-Prävalenz von Sportwetten</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oddset: 2%</li> <li>– Toto: 1%</li> <li>– Pferdewetten: 1%</li> <li>– Andere Sportwetten: 2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sportwetten insgesamt: 3,4%</li> <li>– Andere Sportwetten: 0,7%</li> <li>– Toto: 0,6%</li> <li>– Pferdewetten: 0,4%</li> <li>– Live-Wette: 0,9%</li> <li>– Oddset-Spielangebote: 1,9%</li> </ul>
<b>Pathologisches Glücksspiel</b>	
1,0% Männer: 1,7%; Frauen: 0,2%	0,49% Männer: 0,58%; Frauen 0,39%
<b>Problematisches Glücksspiel</b>	
1,4% Männer: 2,3%; Frauen: 0,5%	0,51% Männer: 0,73%; Frauen: 0,28%
<b>Auffälliges Glücksspiel</b>	
5,5% Männer: 8%; Frauen: 2,9%	5,46% Männer: 7,71%; Frauen: 3,73%
<b>Gefährdungsrisiko je Glücksspielart</b>	
Raten an pathologischen Glücksspielern, die an mehr als 10 Tagen an Glücksspielen teilgenommen haben: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kleines Spiel im Casino: 24%</li> <li>– Quicky: 19,3% (wurde inzwischen eingestellt)</li> <li>– Andere Sportwetten: 16,5%</li> <li>– Poker: 14,8%</li> <li>– Großes Spiel im Casino: 14,1%</li> <li>– Privates oder illegales Glücksspiel: 12%</li> <li>– Spiel an Geldspielautomaten: 10,7%</li> </ul>	Nach SOGS weisen die folgenden Formen das höchste Gefährdungsrisiko auf (gematchte Stichprobe) mit einem Problemspieleranteil von: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Internet-Casinospiele: 11,7%</li> <li>– Das kleine Spiel in der Spielbank: 11,5%</li> <li>– Geldspielautomaten: 10,2%</li> <li>– Sportwetten jeglicher Art: 7,2%</li> <li>– Das große Spiel in der Spielbank: 6,9%</li> <li>– Keno: 6,5%</li> </ul>
<b>Soziodemographische Risikofaktoren</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Männer</li> <li>– Jüngere Personen</li> <li>– Personen mit niedrigem Bildungsstatus</li> <li>– Personen mit Migrationserfahrung / Migrationshintergrund</li> <li>– Arbeitslose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Männer</li> <li>– bis 25-Jährige</li> <li>– Personen mit niedrigem Bildungsabschluss</li> <li>– Personen mit Migrationserfahrung / Migrationshintergrund</li> <li>– Arbeitslosigkeit</li> </ul>

#### 4 Sportlerstudie Kiel/Bremen 2013: Ergebnisse

##### 4.1 Untersuchungsstichprobe

294 Mitglieder aus 21 Sportvereinen in Bremen (9 Vereine) und Kiel (12 Vereine) wurden im Rahmen der empirischen Untersuchung befragt (Meyer 2013). Es handelt sich um 17 Fußball- und 5 Handballabteilungen. Die Stichprobe besteht aus 244 männlichen (83%) und 50 weiblichen (17%) Teilnehmern. 232 Personen (79%) sind Fußballvereinen und 62 (21%) Handballvereinen zuzuordnen. 53 Teilnehmer (18,3%) gehören der Altersgruppe 18-20 Jahre an, 101 (34,8%) der Gruppe 21-25 Jahre, 77 (26,6%) der Gruppe 26-35 Jahre, und 59 (20,3%) sind älter als 35 Jahre. Insgesamt liegt die Antwortrate bei 61,3%.

##### 4.2 12-Monats-Prävalenz des Glücksspiel- und Sportwettverhaltens

78,9% der befragten Sportler haben sich in den letzten 12 Monaten an einem Glücksspiel beteiligt (232 von 294 Personen; vgl. Abb. 1). Aus dem Bereich der Sportwetten reicht die Prozentzahl von 5,8% für Pferdewetten und 6,5% für Toto 13er-Wette über 19,4% für Sportwetten in privaten Wettbüros bis zu 30,3% bzw. 31,3% für Sportwetten im Internet und Oddset. Wetten auf Sportereignisse insgesamt haben 52,4% der Befragten abgeschlossen.

Getrennt nach Geschlecht haben 83,2% der Männer und 69,4% der Frauen an mindestens einem Glücksspiel in den letzten 12 Monaten teilgenommen (vgl. Abb. 2). Dagegen haben nur 8,2% der Frauen Sportwetten

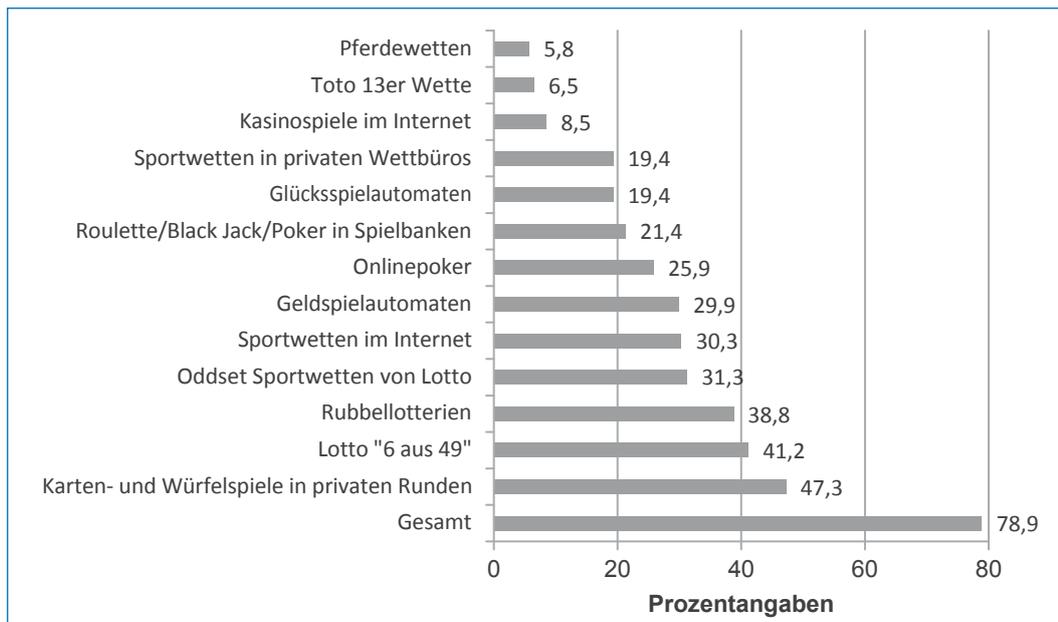


Abbildung 1

12-Monats-Prävalenz der Teilnahme an verschiedenen Glücksspielen und Sportwetten (N = 294) (aus Meyer 2013, S. 78)

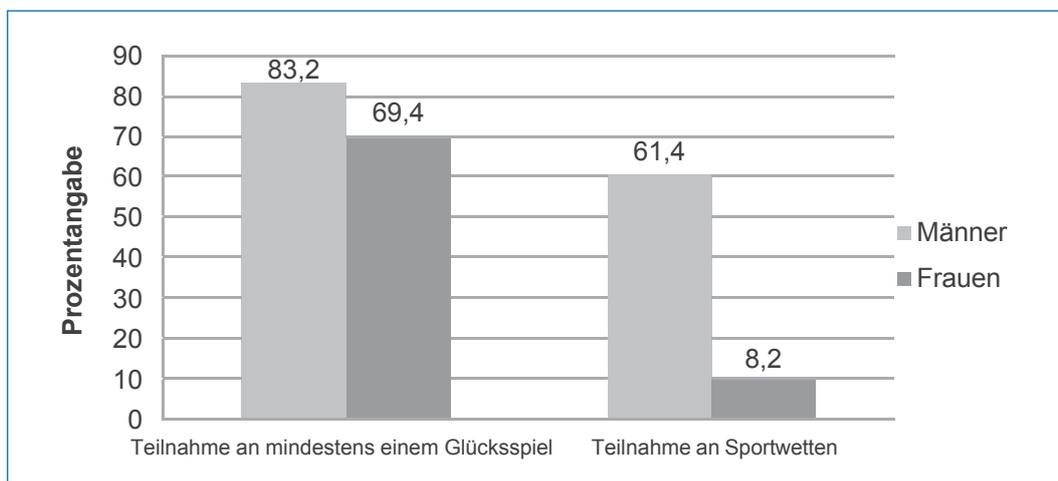


Abbildung 2

Teilnahme an mindestens einem Glücksspiel und Sportwetten in den letzten 12 Monaten, getrennt nach Geschlecht (aus Meyer 2013, S. 75)

abgeschlossen, während es bei den Männern 61,4% waren.

Die Teilnahme an Sportwetten ist in Sportvereinen signifikant verbreiteter als in der Allgemeinbevölkerung, wie Abbildung 3 verdeutlicht.

Das Konfidenzintervall (KI) der Sportvereine (95%-KI: 46,7%- 58,1%) liegt eindeutig überlappungsfrei über dem KI der PAGE-Studie (95%-KI: 5,6%- 6,4%) sowie dem KI der BZgA-Studie (95%- KI: 3,0%-3,8%). Die beträchtliche Breite des KI der eigenen Erhebung ist auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen.

### 4.3 Problematisches und pathologisches Spielverhalten

Die Auswertung der DSM-IV-Kriterien ergab, dass 15 der männlichen Teilnehmer als problematische Glücksspieler und 10 als pathologische Glücksspieler zu klassifizieren sind. Dies entspricht 5,3% bzw. 3,5% der Gesamtstichprobe. Unter den weiblichen Teilnehmern finden sich keine Spielerinnen mit glücksspielbezogenen Problemen. Mehr als die Hälfte der betroffenen Spieler ist zwischen 18 und 25 Jahre alt (15 von 25 Personen). 20 Spieler mit Glücksspielproblemen kommen aus dem Bereich Fußball und 5 aus dem Bereich Handball.

Die Verbreitung problematischen Spielverhaltens ist in Sportvereinen signifikant größer als in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Abb. 4). Das KI der Sportvereine (95%-KI: 2,7%-7,9%) liegt überlappungsfrei über dem KI der PAGE-Studie (95%-KI: 1,2%-1,6%)<sup>2</sup> sowie dem KI der BZgA-Studie (95%-KI: 0,4%-0,6%).

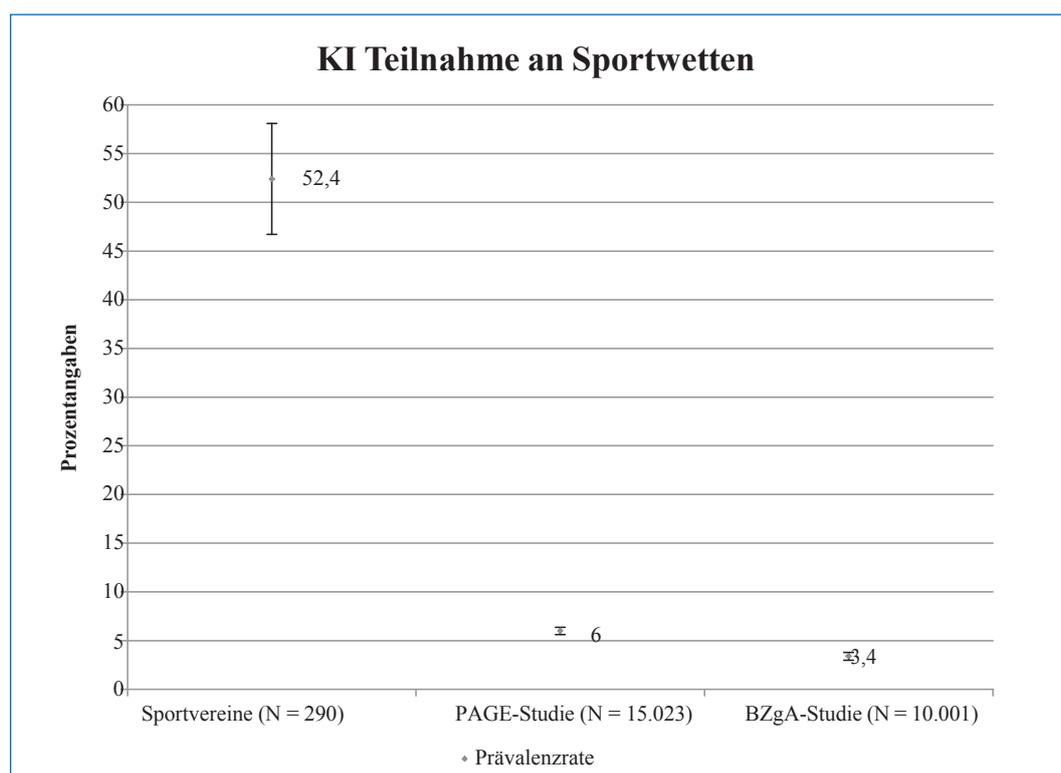
Dies gilt ebenfalls für die Verbreitung pathologischen Spielverhaltens (vgl. Abb. 5). So überschneidet sich das KI der Sportvereine (95%-KI: 1,4%-5,6%) nicht mit dem KI der PAGE-Studie (95%-KI: 0,8%-1,2%)<sup>3</sup> bzw. mit dem KI der BZgA-Studie (95%-KI: 0,4%-0,6%).

Wenngleich nicht alle glücksspielbezogenen Probleme auf die Teilnahme an Sportwetten zurückzuführen sind, geben weiterführende deskriptive Analysen zumindest Hinweise darauf, dass Sportwetten bei dieser Subgruppe eine gewichtige Rolle spielen. So haben 20 von den 25 Probanden mit einem problematischen bzw. pathologischen Spielverhalten schon einmal eine Sportwette platziert. Zudem stehen bei den regelmäßig, d.h. mindestens wöchentlich nachgefragten Spielformen – neben Onlinepoker – Sportwetten in privaten Wettbüros, Sportwetten im Internet sowie Oddset an der Spitze der Rangreihe.

Die Ergebnisse der Sportlerstudie Kiel/Bremen belegen, dass sich die befragten Mit-

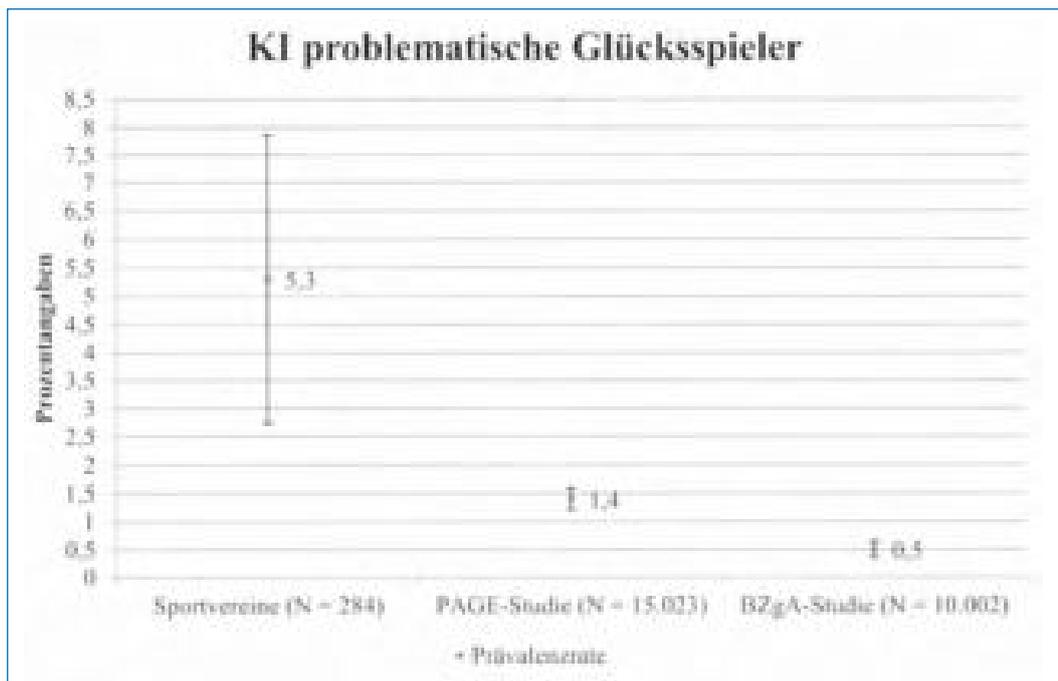
**Abbildung 3**

Konfidenzintervalle (KI) der einzelnen Studien bezüglich der Teilnahme an Sportwetten (aus Meyer 2013, S. 91)



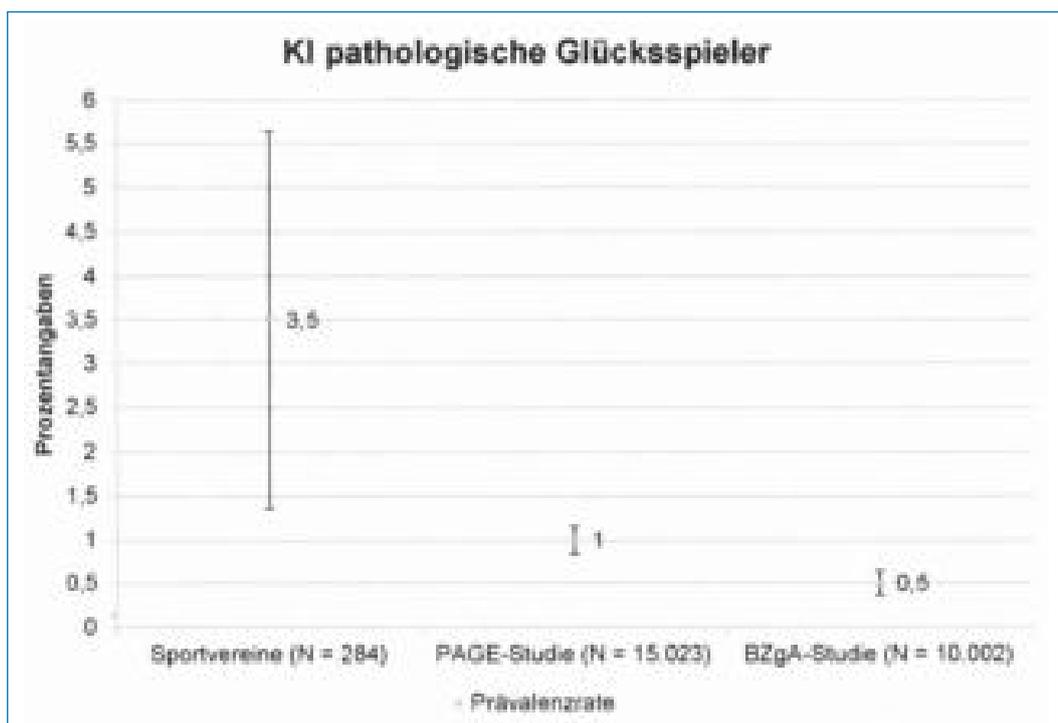
glieder der Sportvereine in Bremen und Kiel signifikant häufiger an Sportwetten teilnehmen als die Allgemeinbevölkerung. Während 52,4% der Vereinsmitglieder in den vergangenen 12 Monaten Wetten auf Sportereignisse abgeschlossen haben, betrifft dies nur 3,4% (BZgA, 2012) bzw. maximal 6% (Meyer et al., 2011) der Bevölkerung. Ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten ist bei den Vereinsmitgliedern ebenfalls vergleichsweise signifikant häufiger zu bestimmen. 5,3% der Stichprobe erfüllen die Kriterien für ein problematisches und 3,5% für ein pathologisches Spielverhalten (bezogen auf die Lebenszeit). In der Allgemeinbevölkerung liegen die Lebenszeit-Prävalenzen für ein problematisches Spielverhalten bei 1,4% und für ein pathologisches Spielverhalten bei 1,0% (Meyer et al., 2011). Bezogen auf die vergangenen 12 Monate ermittelte die BZgA (2012) entsprechende Werte von 0,51% bzw. 0,49%.

ger zu bestimmen. 5,3% der Stichprobe erfüllen die Kriterien für ein problematisches und 3,5% für ein pathologisches Spielverhalten (bezogen auf die Lebenszeit). In der Allgemeinbevölkerung liegen die Lebenszeit-Prävalenzen für ein problematisches Spielverhalten bei 1,4% und für ein pathologisches Spielverhalten bei 1,0% (Meyer et al., 2011). Bezogen auf die vergangenen 12 Monate ermittelte die BZgA (2012) entsprechende Werte von 0,51% bzw. 0,49%.



**Abbildung 4**

Konfidenzintervalle der einzelnen Studien bezüglich des Anteils problematischer Glücksspieler (aus Meyer 2013, S. 92)



**Abbildung 5**

Konfidenzintervalle (KI) der einzelnen Studien bezüglich des Anteils pathologischer Glücksspieler (Sportvereine und PAGE Studie auf Lebenszeit, BZgA-Studie bezogen auf die vergangenen 12 Monate) (aus Meyer et al. 2013, S. 93)

Die Befunde stehen im Einklang mit internationalen Forschungsergebnissen, nach denen amerikanische Sportler eine höhere Prävalenzrate bei der Teilnahme aufweisen als Nicht-Sportler (Ellenbogen et al., 2008; Huang et al., 2007a; Nelson et al., 2007; Stuhldreher et al., 2007) und die Prävalenzraten problematischen bzw. pathologischen Spielverhaltens gleichfalls höher sind (Engwall et al., 2004; Huang et al., 2007b; Kerber, 2005). St-Pierre et al. (2013) ermittelten beispielsweise unter 7.517 Sportstudenten einen Anteil von 7,9%, die als Problemspieler (3,7% gefährdet; 3,9% wahrscheinliche pathologische Spieler) klassifiziert wurden, während 0,4% bis 1% der amerikanischen Bevölkerung eine Lebenszeit-Prävalenz glücksspielbezogener Störungen aufweisen (12-Monatsprävalenz: 0,2%-0,3%; Gobet und Schiller 2013). In Einklang damit verweist Hayer (2012) in einer aktuellen Übersichtsarbeit darauf, dass die Ausübung von Vereinssport eine zumindest korrelative Risikobedingung für die Entwicklung glücksspielbezogener Probleme in der Adoleszenz darstellt.

Die aufgezeigten Unterschiede in der Glücksspielteilnahme führen Ellenbogen et al. (2008) auf die wettbewerbsorientierte Einstellung der Athleten und ihre generelle Neigung zu risikoreichem Verhalten zurück (vgl. auch LaBrie et al., 2003; Huang et al., 2007a). Es handelt sich um Eigenschaften, die auch mit glücksspielbezogenen Problemen assoziiert werden (Gupta, Derevensky und Ellenbogen, 2006). Zudem scheint die soziale Bindung im Kontext von Mannschaftssportarten eine Spielteilnahme zu fördern: So nahmen Athleten von Mannschaftssportarten signifikant häufiger an Glücksspielen teil als Athleten von Individualsportarten (Ellenbogen et al., 2008).

Als besonders gefährdet gelten grundsätzlich junge Männer. Nach den Befunden der deutschen Bevölkerungsstudien sind 21- bis 25-jährige bzw. 14- bis 30-jährige Männer am ehesten mit glücksspielassoziierten Problemen belastet (BZgA, 2012; Meyer et al., 2011). In der Stichprobe aus den Sportvereinen lassen sich ebenfalls überwiegend junge Männer als Betroffene identifizieren. Sie bilden bundesweit in den Landessportbünden die größte Gruppe (Deutscher Olympischer SportBund, 2012). Ein niedriger Bildungsabschluss, ein Migrationshintergrund und Arbeitslosigkeit erhöhen außerdem das Risiko für ein problematisches oder pathologisches

Spielverhalten (BZgA, 2012; Meyer et al., 2011).

Der Deutsche Fußball-Bund (DFB) und die Deutsche Fußball Liga (DFL) haben inzwischen die Gefahr der Sportwette und der Spielsucht erkannt und im Rahmen des Präventionsprojektes „Gemeinsam gegen Spielmanipulation“ (2012) thematisiert. Es soll junge Spieler über Sportwetten sowie die Risiken und Gefahren, die von Spielsucht und Spielmanipulation ausgehen, informieren und sie für ihre eigene Verantwortung im Sport sensibilisieren. Ob aber derartige Informationen und Verhaltensregeln, nach denen beispielsweise Spieler (und deren Familie, Freunde, Freundin) keine Wetten auf die eigene Mannschaft abgeben dürfen, die gewünschte Wirkung erzielen, muss bei den Verlockungen des schnellen Geldgewinns durch Sportwetten bezweifelt werden. Solange Sportwetten auf Fußballspiele im Amateurbereich, wie der Bremen-Liga (5. Liga), durch Anbieter wie Tipico vorgehalten werden, sind Wettverbote aufgrund der hohen Affinität in den vorhandenen Risikogruppen in Sportvereinen kaum zielführend. Insbesondere süchtige Spieler sind besonders anfällig für Spielmanipulationen, da ein hoher Geldbedarf zur Befriedigung des Suchtverhaltens besteht (vgl. Lör und Schäfer, 2011). Spielmanipulationen sind nur schwer beweisbar, auch wenn Unternehmen wie Sportradar im Auftrag der Wettanbieter, des DFB und der DFL den Wettmarkt überwachen. In den letzten Jahren sind in den höheren Fußball-Ligen vereinzelt Versuche oder realisierte Spielmanipulationen nachgewiesen worden (z.B. Hill, 2008). Neuerdings berichten auch Amateurtrainer, dass Spieler zumindest auf Niederlagen (und Siege) der eigenen Mannschaft vierstellige Beträge setzen (Weser-Kurier vom 21.06.2013, S. 28).

Wenn nicht mehr innere Werte und Prinzipien, wie die des fairen Wettbewerbs zwischen Gegnern, den Sport bestimmen, sondern sich die Spieler durch die Verlockungen des Geldes bzw. der Sportwette leiten lassen, ist die Glaubwürdigkeit des Sports verloren gegangen. Um der Gefahr für die Integrität des Sports vorzubeugen, lässt sich vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde ein grundsätzliches Verbot von Sportwetten im Amateurbereich (inklusive des Jugendbereichs) in Erwägung ziehen. Darüber hinaus gelten vor allem Wetten auf Einzelaspekte von Sportereignissen (z.B. auf den Anstoß oder den nächsten Eckball bei Fußballspielen) als manipulationsanfällig. Derar-

tige Wettangebote sollten daher ebenfalls ohne Ausnahme untersagt werden.

### 5 Das Gefährdungspotenzial verschiedener Glücksspielformen

Die am häufigsten genannten Glücksspielformen der zurückliegenden 12 Monate sind Lotto „6 aus 49“ (31,5 %), „Spiel 77/Super6“ (21 %), Sofortlotterien (12,9 %) und privat organisiertes Glücksspiel (9,2 %) (vgl. Tab. 3). Problemspieler geben diese Formen auch deutlich öfter an als problemfreie Spieler. Außerdem beteiligen sich Problemspieler häufiger an unterschiedlichen Spielformen (Haß et al., 2012). Die Lebenszeitprävalenzen liegen bei 66,3 % für Lotto „6 aus 49“, 50,6 % für das „Spiel77/Super6“, 41,6 % für Sofortlotterien und 21,5 % für privat organisiertes Glücksspiel.

Nach SOGS weisen die folgenden Formen das höchste Gefährdungsrisiko auf:

- Internet-Casinospiele (Problemspieleranteil: 11,7 %), das Kleine Spiel in der Spielbank (Problemspieleranteil: 11,5 %), Geldspielautomaten (Problemspieleranteil: 10,2 %), Sportwetten jeglicher Art (Problemspieleranteil: 7,2 %), das Große Spiel (Problemspieleranteil: 6,9 %) und Keno (Problemspieleranteil: 6,5 %). Für diese Spiele ergaben sich demzufolge auch die höchsten Risiken für Problemspielverhalten (vgl. Tabelle 3)

(Haß et al., 2012). Lotterien weisen dagegen geringe Risiken auf. Diese Daten entstammen einer gematchten Stichprobe (2007, 2009, 2011). Internet-Casinospiele werden unter privatem und illegalem Glücksspiel geführt. Bei männlichen Befragten liegt der Problemspieleranteil im Gegensatz zu den weiblichen bei allen Glücksspielen deutlich höher, mit Ausnahme der Klassenlotterie. Außerdem zeigt sich Problemspielverhalten im Bereich der Internet-Glücksspielformen nur bei männlichen Probanden. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die männlichen Befragten insgesamt auch mehr spielen als die weiblichen (BZgA, 2012).

Es fällt auf, dass sich Problemspieler im Vergleich zu Personen mit unproblematischem Spielverhalten am häufigsten unter den Befragten finden, die Sportwetten angeben. Das Risiko von Problemspielverhalten bei Live-Wetten ist 5-fach höher im Vergleich zu Teilnehmern, die nicht an Sportwetten teilnehmen.

In Abbildung 6 wird das Ausmaß des problematischen und pathologischen Glücksspielverhaltens bei einzelnen Glücksspielen aus dem Survey 2011 dargestellt. Der Anteil von problematischen und pathologischen Spielern liegt bei 16 % für Pferdewetten, 11,3 % für ‚andere Sportwetten‘, 10,5 % für das Kleine Spiel in der Spielbank, 10,5 % für Live-Wetten und 8,6 % für Geldautomaten. Bei den Casinospielen im Internet findet sich die größte Abweichung zum Jahre 2009 von 20,4 % auf 5 %.

**Tabelle 3**

Ausmaß der Glücksspielproblematik (nach SOGS) bei einzelnen Glücksspielen (Haß et al., 2012, S. 340) (aus Meyer 2013, S. 56)

Art des Glücksspiels	Anzahl Symptome im SOGS			Problematisches oder pathologisches Glücksspiel (≥3 Punkte im SOGS)					
	ges.	m	w	ges.	m	w	ges.	m	w
	Mw	Mw	Mw	n	Zeilen%	n	Zeilen %	n	Zeilen%
Irgendein Glücksspiel	0,22	0,25*	0,17	222	1,7	137	2,0	85	1,3
Lotto „6 aus 49“	0,19	0,21*	0,17	112	1,4	60	1,5	52	1,2
Klassenlotterien	0,37	0,40	0,33	15	1,9	5	1,6	10	2,2
Fernsehlottorien	0,20	0,23	0,16	21	1,3	8	1,4	13	1,2
„Sonstige Lotterien“	0,22	0,27	0,17	21	1,3	10	1,4	11	1,2
Sofortlotterien	0,28	0,37*	0,18	69	2,2	44	3,3	25	1,2
Fernsehquiz	0,32	0,36	0,29	42	2,6	21	2,9	21	2,4
Staatl. konz. Sportwetten	0,51	0,52	0,46	22	5,4	21	5,8	1	2,6
Sonstige Sportwetten	0,63	0,70*	0,31	32	7,2	27	8,0	5	3,3
Geldspielautomaten	0,75	0,81	0,52	68	10,2	58	11,2	10	6,3
Kleines Spiel	0,96	1,15	0,56	27	11,5	24	14,2	3	6,0
Großes Spiel	0,55	0,70*	0,16	31	6,9	29	9,3	2	0,5
Keno	0,65	0,78	0,46	9	6,5	7	8,8	2	3,0
Internet-Casinospiele	0,94	0,96	0,70	25	11,7	25	12,7	0	0,0
Privates Glücksspiel	0,29	0,31	0,21	72	2,9	60	3,3	12	1,9

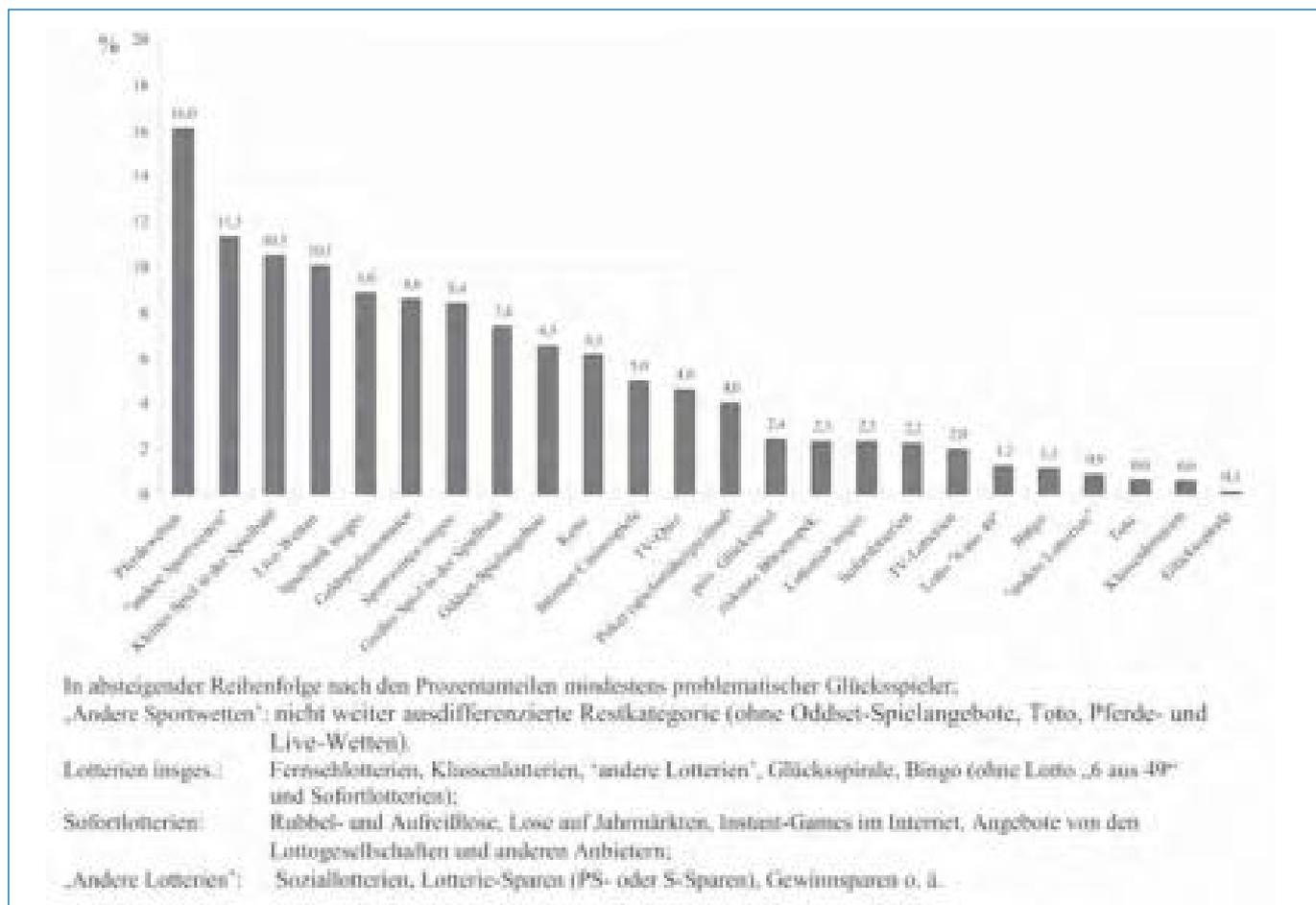


Abbildung 6

Ausmaß problematischen oder pathologischen Glücksspielverhaltens (nach SOGS) bei einzelnen Glücksspielen im Survey 2011 (BZgA, 2012, S. 90) (aus Meyer 2013, S. 57)

## 6 Das Gefährdungspotenzial der Sportwette

Aufgrund der Ergebnisse verschiedener Studien, die die Prävalenzraten problematischen und pathologischen Glücksspielverhaltens bezüglich verschiedener Glücksspielformen untersuchten, wird deutlich, dass es je nach Glücksspielform ein unterschiedliches Gefährdungspotenzial gibt.

Eine Analyse der Veranstaltungsmerkmale von Glücksspielen gibt demzufolge Aufschluss darüber, warum einige Glücksspielformen häufiger zu Problemen führen und so ein größeres Gefährdungspotenzial aufzeigen als andere (Abbott, 2007; zitiert nach Meyer, Häfeli, Mörsen und Fiebig, 2010). Diese Veranstaltungsmerkmale können aufgliedert werden in situationale und strukturelle Merkmale. Unter situationalen Merkmalen wird z.B. die Verfügbarkeit oder Griffnähe einer Glücksspielform verstanden, welche den Zugang zu einem Glücksspiel erleichtert. Strukturelle Merkmale wie z.B. die Ereignisfrequenz sind Eigenschaften der jeweiligen Glücksspielform selbst, welche für

Verstärkungseffekte sorgen und so das pathologische Glücksspielverhalten fördern (Meyer et al., 2010).

Im Bereich der Sportwetten haben sich in den letzten Jahren zusätzlich neue Formen auf dem Markt etabliert, wie z.B. die Live-Wette. Bei dieser Form der Wette ändern sich die Quotenvorgaben in Abhängigkeit vom Spielverlauf, d.h. es ist auch während eines Spiels noch möglich, auf gewisse Ereignisse Geld zu setzen (z.B. im Fußball: Welcher Spieler macht das erste Tor, wird es einen Elfmeter geben, etc.). Diese neuen Formen erhöhen zusätzlich den Reiz und die Spannung beim Platzieren einer Wette.

Die neuen Sportwettangebote müssen in Bezug auf ihr Sucht- und Gefährdungspotenzial unter Berücksichtigung verschiedener Wirkmechanismen, welche je nach Angebotsstruktur unterschiedlich zu gewichten sind, betrachtet werden.

- Der erste Wirkmechanismus ist die emotionale Beteiligung. Darunter ist zu verstehen, dass das Zusammenspiel von Sportbegeisterung und Teilnahme an Sportwetten die Spannung und den Nervenkitzel erhöht.

Als Nervenkitzel lässt sich das Zusammenspiel von Hoffnung auf einen Gewinn und Angst vor Verlusten beschreiben (Meyer und Bachmann, 2011). Darüber hinaus steigert das Verfolgen der Sportereignisse im Fernsehen oder Stadion die Erregung. Der Sportwetter erlebt hierdurch einen positiven Effekt auf sein psychisches Erleben, unabhängig vom Ausgang des Spiels. Zusätzlich hebt die Ungewissheit über das Ergebnis bis kurz vor Ende des Spiels die Anspannung, wodurch der Nervenkitzel nochmals verstärkt wird (Hayer und Meyer, 2003).

- Ein weiterer Faktor, der das Gefährdungspotenzial der Sportwette erhöht, ist die Ereignisfrequenz. Heutzutage ist es über das Internet im Laufe einer Woche möglich, Wetten auf Spiele in der ganzen Welt zu platzieren. Auf diesem Wege können Verluste schneller kompensiert werden. Diese Möglichkeit, viele Wetten aufgrund der schnellen Ereignisfrequenz der Spiele abzuschließen, ähnelt sehr hochspekulativen Börsengeschäften und weist ein hohes Suchtpotenzial auf. Erfolgserlebnisse sowie der genannte Nervenkitzel beim Wetten induzieren eine positive Stimmungslage. Ein wenig abwechslungsreicher Alltag erfährt so im Sinne einer negativen Verstärkung eine Veränderung im Erleben, persönliche Probleme werden verdrängt (Hayer und Meyer, 2003). Negative Gefühle des Verlustes entstehen durch einen sofortigen weiteren Spieleinsatz erst gar nicht (Meyer und Bachmann, 2011).

- Die flexible Einsatzhöhe und die damit verbundenen höheren Gewinnmöglichkeiten schaffen eine Fülle an verschiedenen Varianten, die zwischen geringen Einsätzen auf eine kleine Anzahl von Spielen und der Möglichkeit, alles aufs Spiel zu setzen, variieren. Beliebige viele Wetten abzuschließen, um somit die Gesamtquote anzuheben, wirkt auch hier erregungssteigernd. Dies setzt jedoch einen Teufelskreis in Gang: Das Risiko eines größeren Verlustes wird durch diese Vorgehensweise verstärkt, wodurch der Spieler wiederum dazu neigt, immer risikoreicher zu wetten, um eventuelle Verluste auszugleichen.

- Sportwetten bilden Verstärkerpläne, „[...] bei denen das Verhältnis zwischen verstärktem (Gewinn) und unverstärktem (Verlust) Spielverhalten variabel ist, die Verstärkungsmengen variieren und die Verstärkung (Ergebnisrückmeldung) sofort erfolgt, was sich als besonders wirkungsvoll im Hinblick auf die Verfestigung eines Verhaltens erwiesen hat“ (Skinner, 1953; zitiert nach Meyer und Bachmann, 2011, S. 129).

Zusätzlich zu den bisher genannten Faktoren erhöhen Fast-Gewinne das Suchtpotenzial von Sportwetten. Eine fast gewonnene Wette führt zu einer Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und der tatsächlichen Gewinnwahrscheinlichkeit und fördert die Fortführung des Wettens. Auch nach mehrfachen Verlusten ist der Spieler der Meinung, der große Gewinn müsse kurz bevorstehen, was ein Aufhören für ihn unmöglich macht (Hayer und Meyer, 2003). Zusätzlich wird bereits bei Fast-Gewinnen das dopaminerge Belohnungssystem aktiviert, denn genau wie bei tatsächlichen Gewinnen wird der Neurotransmitter Dopamin freigesetzt (Meyer und Bachmann, 2011).

- Die illusionäre Kontrollüberzeugung, d.h. erfolgreiche Strategien werden auf die eigenen internalen Fähigkeiten zurückgeführt, während Misserfolge externalen Faktoren zugeschrieben werden, bietet dem Glücksspieler zusätzlich eine Rechtfertigung für die Teilnahme an Sportwetten. Für Misserfolge werden Erklärungen wie Verletzungen der Spieler, Fehlentscheidungen vom Schiedsrichter usw. verantwortlich gemacht. Um den als unangenehm empfundenen Zufall als Erklärung für den Verlust einer Wette zu umgehen, versuchen die Spieler mit Hilfe von Kausalinterpretationen das Ereignis für sich verständlich und überschaubar zu machen, um damit Sicherheit zu suggerieren. Die eigene Einflussnahme wird überschätzt und durch gezieltes Sammeln sportbezogener Informationen ein Gefühl von Kompetenz vermittelt (Hayer und Meyer, 2003).

- Spielteilnehmer sind aufgrund der Beschaffenheit des kognitiven Systems dazu gezwungen, vorhandene Informationen zusammenzufassen und mit bewährten Strategien und kognitiven Daumenregeln zu verarbeiten. Daraus folgt eine verzerrte Informationsverarbeitung, d.h., dass Informationen oftmals verkürzt und selektiv verarbeitet werden, wodurch die Bedeutung von Zufallsereignissen unterbewertet wird. Die eigenen Fähigkeiten werden auch aufgrund dieses Wirkmechanismus überschätzt (Hayer und Meyer, 2003).

- Überdies erhöhen das interaktive Spiel im Internet sowie die Verfügbarkeit und Griffnähe der Sportwette ihre Attraktivität. Heutzutage ist es zeit- und ortsunabhängig möglich, Wetten zu platzieren. Die jeweiligen Internetanbieter werben neue potenzielle Kunden durch einfach bedienbare Webseiten, Links zu Sportinformationen und die

Möglichkeit, mit Kreditkarte schnell und einfach zu bezahlen.

- Die extensive Werbung über Bandenwerbung in Stadien oder Werbespots mit Fußballprofis im Fernsehen erhöht die Präsenz und Zugänglichkeit der Sportwette, auch für Kinder und Jugendliche (Hayer und Meyer, 2003). Die direkte Verknüpfung mit Sportereignissen steigert den Bekanntheitsgrad der Sportwetten, während der Glücksspielcharakter unbeachtet bleibt (Hayer und Meyer, 2004b).
- Da sich Glücksspielformen nach verschiedenen Merkmalen differenzieren lassen, aus denen sich wiederum unterschiedliche Risikopotenziale ergeben, wurde von Meyer et al. (2010) ein Messinstrument entwickelt, das eine Einschätzung des Gefahrenpotenzials der jeweiligen Spielform ermöglicht. Es wurden 10 Merkmale ermittelt, die mit unterschiedlichen Gewichten und differenzierten Merkmalsausprägungen in die Berechnung des Gefährdungspotenzials eingehen. Dazu zählen Ereignisfrequenz, multiple Spiel-/Einsatzgelegenheiten, Gewinnwahrscheinlichkeit, Ton- und Lichteffekte, variable Einsatzhöhe, Verfügbarkeit, Jackpot, Auszahlungsintervall, Fast-Gewinne und Kontinuität des Spiels. Unter Anwendung des Messinstruments zeigte sich, dass Live-Sportwetten im Internet ein hohes Gefährdungspotenzial und die Festquotenwette ein mittleres Gefährdungspotenzial aufweisen.

Nach den Daten der BZgA-Studie (Haß, Orth und Lang, 2012) weisen Internet-Casinospiele (11,7 % Problemspieleranteil) und das Kleine Spiel in der Spielbank (11,5 % Problemspieleranteil) die höchsten Gefährdungsrisiken auf. Es folgen Geldspielautomaten (10,2 % Problemspieleranteil), Sportwetten (7,2 % Problemspieleranteil), das Große Spiel (6,9 % Problemspieleranteil) und Keno (6,5 % Problemspieleranteil).

Sportwetten sind Glücksspiele!

Wie bereits in Abschnitt 2.3. dargelegt, untersuchten Khazaal et al. (2012) in ihrer Studie, ob Experten gegenüber Laien bessere Vorhersagen für 10 Spiele der Europa UEFA League treffen würden. 258 Personen nahmen an dieser Studie teil. 21,3 % davon waren sogenannte Experten, 24,4 % Fußballamateure und 54,3 % waren Laien. Nach den Ergebnissen einer logistischen Regression, sind Experten in ihren Vorhersagen nicht besser als Amateure oder Laien. Außerdem zeigt die Varianzanalyse, dass sich die durchschnittliche Anzahl von korrekten Vorhersagen in den verschiedenen Bedingungen (Experten, Amateure, Laien) nicht unterscheidet. Die Experten erreichen Durchschnittswerte korrekt vorhergesagter Spieldausgänge von 4.16, die Amateure von 4.60 und die Laien von 4.62.

Weder Expertenwissen noch Alter oder das Geschlecht haben nach den Ergebnissen der

**Tabelle 4**

Gefährdungspotential der Sportwetten

Emotionale Beteiligung	Begeisterung für Sport und Sportwetten
Ereignisfrequenz	Jederzeit und überall verfügbar (wie z. B. bei hochspekulativen Börsengeschäften)
Flexible Einsatzhöhe	Mit höheren Gewinnmöglichkeiten und Sofort-Ergebnissen
Fast Gewinne	Überschätzung der eigenen Fähigkeiten (Dopamin-Ausschüttung wie bei tatsächlichen Gewinnen)
Illusionäre Kontrollüberzeugungen	Tendenz, Misserfolge zu erklären wie z.B. Verletzungen von Spielern, Fehlentscheidungen
Verzerrte Informationsverarbeitung	Informationen werden oftmals verkürzt und selektiv verarbeitet; die Bedeutung von Zufallsereignissen wird unterbewertet, die eigenen Fähigkeiten werden überschätzt
Interaktive Spiele im Internet mit Life-Sportwetten	Hohe Verfügbarkeit und Griffnähe; Wetten sind zeit- und ortsunabhängig möglich
Die extensive Werbung über Bandenwerbung in Stadien oder Werbespots mit Sportprofis	Die direkte Verknüpfung mit Sportereignissen steigert den Bekanntheitsgrad der Sportwetten, während der Glücksspielcharakter unbeachtet bleibt
<b>Gamblers Fallacy = Better's Fallacy</b>	
Wetter und Spieler versuchen, aus den Ergebnissen von Ereignissen Trends herauszulesen, um das nächste Ereignis besser vorherzusagen zu können. Wenn z.B. beim Roulette eine Kugel mehrfach hintereinander im roten Feld gelandet ist, nimmt der Spieler an, dass die Wahrscheinlichkeit für ein schwarzes Feld größer wird.	
Irrtum (fallacy): Jedes Ereignis hat eine neue eigene Auftretenswahrscheinlichkeit!	

Studie einen Einfluss auf die Richtigkeit einer Vorhersage bezüglich des Ausgangs eines Fußballspiels. Demzufolge ist der Glaube, dass Fußballfachkenntnis die Wettergebnisse verbessert, nichts weiter als eine kognitive Verzerrung.

Risiko: Teampartnerschaften zwischen Wettanbietern und Sportvereinen

- THW Kiel hat eine Teampartnerschaft mit b.win (200 Tsd. € im Jahr)
- Fast alle Bundesligaclubs haben eine Wettfirma in ihrem Sponsorenportfolio
- TV Werbungsauftritte der Führungsetage von Fußballvereinen für ein in Gibraltar lizenziertes Wettunternehmen
- Weltweiter Umsatz mit Sportwetten pro Jahr: 1 Billion Euro (1000.000.000.000 €) entspricht dem jährlichen Exportumsatz Deutschlands)
- Prominente Sportler werden bei Gewinnen von Sportwetten von den Medien gehofiert. Bekannt geworden ist Johan Sjöstrand: Er gewann bei einer Wette auf eine Trabrennveranstaltung in Solvalla bei Stockholm 421.134,00 €. Er hatte in acht Rennen sämtliche Sieger richtig getippt. Jetzt wird er nach Spielen nicht zu seinen sportlichen Leistungen befragt, sondern nach seinem Wettverhalten (KN vom 11.11.2013)
- Wettanbieter treten als Sponsoren bei Sportveranstaltungen auf (zuletzt am 14.12.2015 bei der Auslosung der Mannschaften zur Fußballeuropameisterschaft in Frankreich)

## Literatur

- Becker, T., Barth, D. (2012). Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag. Zugriff am 23.09.2012.
- Birschel, A., Lütticke, F., Dorow, O. (2013, Februar). 380 Partien unter Verdacht. Europol: Größter Manipulations-Skandal der Fußballgeschichte. Weser Kurier, S. 1.
- Brendler, L. (2013, Januar). „An jedem Ort und jeder Zeit“. Weser Kurier, S. 3.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009). Zugriff am 21.02.2013. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/gluecksspielsucht/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009, 2011. Zugriff am 23.6.2012.
- Cantinotti, M., Ladouceur, R., Jacques, C. (2004). Sports betting: Can gamblers beat randomness? *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (2), 143-147.
- Cross, M., Basten, J., Hendrick, E., Kristofic, B., Schaffer, E. (1998). Student-Athletes and gambling: an analysis of attitudes towards risk-taking. *Journal of Gambling Studies*, 14 (4), 431-439.
- Cross, M., Vollano, A. (1999). The extent and nature of gambling among college student athletes. Michigan: University, Department of Athletics.
- Cullen, F., Latessa, E. (1996). The extent and sources of NCAA rule infractions: a national self-report study of student athletes. Kansas City: National Collegiate Athletic Association.
- Ellenbogen, S., Jacobs, D., Derevensky, J., Gupta, R., Paskus, T. (2008). Gambling behavior among college student-athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 20, 349-382.
- Engwall, D., Hunter, R., Steinberg, M. (2004). Gambling and other risk behaviors on university campuses. *Journal of American College Health*, 52, 245-55.
- Gobet, F., Schiller, M. (eds.) (2013). *Problem Gambling: Cognition, Prevention, Treatment*. Palgrave/Macmillan: New York.
- Erster Staatsvertrag zur Änderung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen in Deutschland. Erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag – Erster Glü-ÄndStV (2012).
- Gupta, R., Derevensky, J., Ellenbogen, S. (2006). Personality characteristics and risk-tendencies among adolescent gamblers. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38 (3), 201-213.
- Hardinghaus, B. (2013). Der Spieler: Der Fußballprofi René Schnitzler soll beim FC St. Pauli Spiele verschoben haben. Jetzt wartet er auf seinen Prozess, macht eine Therapie gegen Spielsucht und muss etwas Schmerzhaftes aushalten: das normale Leben. *Der Spiegel*, 4, 52-56.
- Haß, W., Orth, B., Lang, B. (2012). Zusammenhang zwischen verschiedenen Glücksspielformen und glücksspielassoziierten Problemen. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungs-Surveys der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Sucht*, 58 (5), 333-345.
- Hayer, T. (2012). Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Hayer, T., Meyer, G. (2003). Das Suchtpotenzial von Sportwetten. *Sucht*, 49, 212-220.
- Hayer, T., Meyer, G. (2004a). Die Prävention problematischen Spielverhaltens - eine multidimensionale Herausforderung. *Journal of Public Health*, 12, 293-303.
- Hayer, T., Meyer, G. (2004b). Sportwetten im Internet - eine Herausforderung für suchtpräventive Handlungsstrategien. *SuchtMagazin*, 30 (1), 33-41.

- Hayer, T., Meyer, G. (2010). Glücksspielsucht: Problemausmaß, Risikofaktoren und Spielerschutz. *Public Health Forum*, 18 (67), 27-29.
- Huang, J.H., Jacobs, D., Derevensky, J., Gupta, R., Paskus, T. (2007a). Gambling and health risk behaviors among U.S. college student athletes: findings from a national study. *Journal of Adolescent Health*, 40, 390-397.
- Huang, J.H., Jacobs, D., Derevensky, J.R.G., Paskus, T. (2007b). A national study on gambling among US college student-athletes. *American Journal of College Health*, 56 (2), 93-99.
- Huberfeld, R., Gersner, R., Rosenberg, O., Kotler, M., Dannon, P. (2012). Football gambling three-arm controlled study: gamblers, amateurs and laypersons. *Psychopathology* DOI 10.1159/000338614
- Kerber, C. (2005). Problem and pathological gambling among college athletes. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17 (4), 243-247.
- Khazaal, Y., Chatton, A., Billieux, J., Bizzini, L., Monney, G., Fresard, E. et al. (2012). Effects of expertise on football betting. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* DOI 10.1186/1747-597X-7-18
- Koopmann, O. (2008). Sportwetten in Deutschland. Eine Analyse des deutschen Sportwettenmarktes. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- von Külmer, C. (2009). Die Liberalisierung des Online-Sportwettenmarktes in Deutschland. Chancen und Risiken für den Sport, die Medien und die Wirtschaft. Hamburg: Diplomica Verlag. New York: Cambridge University Press.
- LaBrie, R., Shaffer, H., LaPlante, D., Wechsler, H. (2003). Correlates of college student gambling in the United States. *Journal of American College Health*, 52, 53-62.
- Ladouceur, R., Giroux, I.J. (1998). Winning on the horses: how much strategy and knowledge are needed? *Journal of Psychology*, 132, 1111-1119.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (2), 311-328.
- Meyer, C., Rumpf, H.J., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N. et al. (2011). Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Greifswald: Universität, Institut für Epidemiologie und Soziologie.
- Meyer, G., Bachmann, M. (2011). Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten (3. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Meyer, G., Hayer, T. (2005). Das Gefährdungspotenzial von Lotterien und Sportwetten – Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Meyer, G., Hayer, T. (2010b). Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen: Epidemiologie und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 295-305.
- Meyer, G., Häfeli, J., Mörsen, C., Fiebig, M. (2012). Die Einschätzung des Gefährdungspotenzials von Glücksspielen: Ergebnisse einer Delphi-Studie und empirische Validierung der Beurteilungsmerkmale. *Sucht*, 56 (6), 405-414.
- Meyer, G., Meyer, J., Zielke, M., Hayer, T. (2013). Verbreitung von Sportwetten und glücksspielbezogenem Suchtverhalten in Sportvereinen: Eine Pilotstudie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 92, 189-196
- Meyer, J. (2013). Die Verbreitung von Sportwetten sowie von problematischem und pathologischem Glücksspielverhalten in Sportvereinen. Unveröff. Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Christian-Albrechts-Universität Kiel.
- Nelson, T., LaBrie, R., LaPlante, D., Stanton, M., Shaffer, H., Wechsler, H. (2007). Sports betting and other gambling in athletes, fans and other college students. *Research quarterly for exercise and sport*, 78 (4), 271-283.
- Neuendorf, R. (2004). Sportwetten strategisch gewinnen. Ideal für Wetten auf Fußball, Tennis, Baseball, Boxen, Golf, Formel 1, Spezialwetten & Co. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Rockey, J., Beason, K., Gilbert, J. (2002). Gambling by college athletes: An association between problem gambling and athletes. *Journal of Gambling Issues*.
- Schneider, S. (2012). Student athletes and gambling. *Gaming Law Review and Economics*, 16 (4), 176-177.
- Schnitzler, R. (2011). Zockerliga. Ein Fußballprofi packt aus. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- St-Pierre, R., Temcheff, C.E., Gupta, R., Derevensky, J., Paskus, T. (2013). Predicting gambling problems from gambling outcome expectancies in college student-athletes. *Journal of Gambling Studies*, DOI 10.1007/s10899-012-9355-4
- Tienken, T. (2007). Wetten wie die Profis. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

**Prof. Dr. phil. Manfred Zielke**  
 Dipl.-Psych., Psychologischer  
 Psychotherapeut  
 Professor für Klinische Psychologie  
 Baltic Bay Clinical Consulting  
 Lange Koppel 10  
 24248 Mönkeberg  
 zielke@baltic-bay-clinical-consulting.de  
 zielke@psychologie.uni-kiel.de

# Glücksspielsuchtprävention und Beratung Spielsüchtiger in Rheinland-Pfalz: Projektberichte und Erfahrungen

Maja Bernhardt<sup>1</sup>, Atilla Zengin<sup>1</sup>, Martin Hügel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG), Mainz

<sup>2</sup> Regionale Fachstelle Spielsucht Speyer / Germersheim, Therapieverbund Ludwigsmühle, Beratungsstelle NIDRO, Speyer / Germersheim

## Kurzfassung

In Rheinland-Pfalz besteht analog der anderen Bundesländer seit mehreren Jahren das Landesprogramm „Glücksspielsuchtprävention und Beratung Spielsüchtiger in Rheinland-Pfalz“. Die Koordination des Landesprogramms erfolgt durch die Landesfachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. In den Regionen gibt es 16 Regionale Fachstellen Glücksspielsucht. Diese führen neben der Beratung auch Schuldnerberatung und Präventionsmaßnahmen durch.

Die Aufgaben des Landesprogramms werden vorgestellt und verschiedene Maßnahmen der Umsetzung der Prävention der Glücksspielsucht auf Landesebene und auf regionaler Ebene dargestellt.

Die regionale Fachstelle Spielsucht Speyer / Germersheim der Beratungsstelle NIDRO (Therapieverbund Ludwigsmühle) stellt Auszüge ihrer Projekte zur Prävention der Glücksspielsucht für Schülerinnen und Schüler ab der Klasse 9 bzw. Auszubildende vor.

## Schlüsselwörter

Prävention

Glücksspielsucht

## 1 Landesprogramm „Glücksspielsuchtprävention und Beratung Spielsüchtiger in Rheinland-Pfalz“ (Maja Bernhardt, Atilla Zengin)

Im Rahmen der Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrages wurde in Rheinland-Pfalz analog vieler anderer Bundesländer für Rheinland-Pfalz im Jahr 2008 eine landesweite Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP gegründet. Parallel dazu ist das Landesprogramm „Glücksspielsuchtprävention und Beratung Spielsüchtiger in Rheinland-Pfalz“ gestartet.

Die Fachstelle wurde in der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) dem Büro für Suchtprävention angegliedert und ist seitdem zuständig für die Koordinierung aller Maßnahmen im Landes-

programm „Glücksspielsuchtprävention und Beratung Spielsüchtiger in Rheinland-Pfalz“. Die Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP ist im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie tätig.

### 1.1 Arbeitsbereiche und Aufgaben

Zu den Aufgaben der Landes-Fachstelle gehören seitdem folgende Aspekte:

- landesweite Koordination der Maßnahmen der Prävention der Glücksspielsucht
- Unterstützung und Koordination der Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht in Rheinland-Pfalz
- Fort- und Weiterbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Landesweite Unterstützung und Projektberatung

- Landesweite Umsetzung von Präventionsprojekten und Fachveranstaltungen zur Prävention der Glücksspielsucht
  - Entwicklung und Bereitstellung von Medien zur Prävention der Glücksspielsucht
  - Evaluation / Dokumentation der landesweiten Maßnahmen
  - Kooperation auf Bundesebene.
- Anbieter von Glücksspielen (Mitarbeitende sowie Führungskräfte)
  - Vertreter der Selbsthilfe
  - Mitarbeitende der außerschulischen und schulischen Suchtprävention.
  - Fachkräfte der Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht in Rheinland-Pfalz

Die Angebote im Themengebiet Glücksspielsucht bilden eine Ergänzung zur landesweiten Struktur der Suchtprävention. Die Einbindung und Vernetzung mit bestehenden Angeboten wird über das Büro für Suchtprävention der LZG gewährleistet. Die fachliche Beratung und Unterstützung des Landes im Rahmen der Glücksspielaufsicht nimmt einen zentralen Stellenwert im Aufgabenkatalog der Fachstelle ein.

### **1.2 Landesweite Koordination der Maßnahmen zur Prävention der Glücksspielsucht**

Zu den wesentlichen Aufgaben der Fachstelle gehören

- die fachliche Begleitung und die Förderung des Austauschs der im Jahr 2009 aufgebauten Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht,
- die Vernetzung der verschiedenen fachlichen Schwerpunkte (Prävention, Beratung, Therapie, Selbsthilfe) und
- die Bearbeitung von Anfragen rund um das Thema Spielsucht sowohl von Fachkräften aus Institutionen als auch aus der Bevölkerung.

Dies beinhaltet die Förderung des fachlichen Austauschs in den Regionen, die Fortbildung verschiedener Zielgruppen sowie die Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema Glücksspielsucht.

### **1.3 Unterstützung und Koordination der Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht in Rheinland-Pfalz sowie Fort- und Weiterbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren**

Zielgruppen der Fortbildungen zur Prävention der Glücksspielsucht sind:

- Fachkräfte der Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht in Rheinland-Pfalz

Die Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht sind im Rahmen des Landesprogramms zuständig für die Arbeitsbereiche Beratung, Prävention und Schuldnerberatung zum Thema Glücksspielsucht und exzessiver Medienkonsum. Alle Fachstellen sind nach Insolvenzordnung anerkannte Schuldnerberatungsstellen. Die Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht sind in den Regionen gut etabliert als wichtige „Anlaufstelle“ zum Thema Glücksspielsucht und exzessiver Medienkonsum, deren Prävention, dessen Folgen (z.B. Schulden) sowie zur Initiierung und Umsetzung von Gruppenangeboten.

Die Landes-Fachstelle organisiert regelmäßige Arbeitssitzungen zur Vernetzung der Fachkräfte. Schwerpunkte der Arbeitssitzungen sind:

- Dokumentation (Begleitforschung, Dot.sys),
- Weiterentwicklung der Beratungskompetenz im Hinblick auf Jugendliche / Eltern, der Austausch mit der stationären Therapie,
- Fortbildung im Bereich Schuldnerberatung sowie
- die Umsetzung von Präventionsprojekten in den Regionen.

Die fachliche Begleitung der Regionalen Fachstellen für den Bereich der Beratung findet in Kooperation mit der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin Mainz statt.

### **1.4 Anbieter von Glücksspielen**

Gemäß den Regelungen des Glücksspieländerungsstaatsvertrages und des Landesglücksspielgesetzes Rheinland-Pfalz sind Mitarbeitende und Führungskräfte der Anbieter von Glücksspielen (Spielbanken, Lotto Rheinland-Pfalz, Spielhallen, Gaststätten und Pferdewettvermittlungstellen) verpflichtet, sich zur Prävention der Glücksspielsucht fortzubilden.

Die Aufgaben der Fortbildung sowie fachlichen Beratung für die Glücksspielanbieter beinhalten

- Beratung bei Sozialkonzepten, Spielerschutz, Jugendschutz, Umgang mit Gästen
- Vermittlung von Kenntnissen zum Suchtkrankenhilfesystem
- Entwicklung und Aktualisierung von Schulungskonzepten
- Durchführung von Schulungen und Informationsveranstaltungen in Form von Präsenzs Schulungen und Online-Fortbildungen
- Bereitstellung von Formularen zur Umsetzung des Spieler- und Jugendschutzes.

Für die weiteren Zielgruppen der Fachstelle, z.B. die Vertreter der Selbsthilfe sowie die Mitarbeitenden der außerschulischen und schulischen Suchtprävention wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Fachliche Beratung zum Thema Spielsuchtprävention
- Sensibilisierung für das Thema Spielsuchtprävention, z.B. die Entwicklung und Bereitstellung von Informationsmaterialien
- Weitermittlung an die zuständigen Fachkräfte in den Regionen
- Umsetzung von Veranstaltungen.

Ergänzend zu den Veranstaltungen und Beratungsangeboten bietet die Landes-Fachstelle für verschiedene Zielgruppen auf der Plattform <http://elearning.lzg-rlp.de> Online-Fortbildungen zu unterschiedlichen Themen an.

### 1.5 Landesweite Unterstützung und Projektberatung

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Regionalen Fachstellen erhielten durch die Landes-Fachstelle fachliche Beratung bei Fragen zur Prävention der Glücksspielsucht, beispielsweise zur Initiierung und Umsetzung von Projekten. Durch Arbeitstreffen mit den Fachstellen wurde der fachliche Austausch gefördert und möglicher Unterstützungsbedarf geklärt.

Auch Fachkräfte in Institutionen – zum Beispiel in Jugendämtern, Erziehungsberatungsstellen, Migrationsberatungsstellen – erhielten Informationen, fachliche Beratung sowie Materialien zum Thema Prävention der Glücksspielsucht. Darüber hinaus gab es zahlreiche Anfragen rund um das Thema Glücksspielsucht sowie exzessiver Medienkonsum, die von Bürgerinnen und Bürgern an die Fachstelle gerichtet wurden. Gegeben-

falls erfolgte eine Weitervermittlung an die zuständigen Fachstellen in den jeweiligen Regionen.

### 1.6 Landesweite modellhafte Umsetzung von Präventionsprojekten und Fachveranstaltungen zur Prävention der Glücksspielsucht

Die Landes-Fachstelle führt landesweite Veranstaltungen durch und unterstützt Regionen bei der Umsetzung von Modellprojekten zur Prävention der Glücksspielsucht.

#### Fachtage zur Prävention der Glücksspielsucht

Jährlich veranstaltet die Landes-Fachstelle einen Fachtag. Themen waren:

- 2010 „Kulturen des Glücksspiels“
- 2011 „Glücksspielsucht und Familie“
- 2012 „Junge Menschen und Glücksspiele – ein Risiko?“
- 2013 „Person, Persönlichkeit und Glücksspielsucht“
- 2014 „Die Umsetzung des Spieler- und Jugendschutzes – neue Herausforderungen“.

Zielgruppen der Fachtage sind die Fachkräfte der Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht, Fachkräfte aus Prävention, Beratung und Therapie, Mitarbeitende verschiedener Institutionen, wie beispielsweise Jobcenter oder Schulen, und Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich Selbsthilfe.





### Landesweiter Aktionstag zur Prävention der Glücksspielsucht

Jährlich veranstaltet die Landes-Fachstelle in Kooperation mit den Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht einen landesweiten Aktionstag. An verschiedenen Orten in Rheinland-Pfalz finden Präventionsveranstaltungen statt, mit dem Ziel, die Bürgerinnen und Bürger zur eigenverantwortlichen Auseinandersetzung mit dem Glücksspiel und seinen Risiken anzuregen.

In den Jahren 2011, 2012 und 2013 fand die zentrale Aktion des landesweiten Aktionstages in Mainz auf dem Bahnhofplatz unter dem Motto „Spielst Du mit?“ statt.

Auf dem Bahnhofplatz in Mainz luden Spielaktionen junge Menschen zum Mitmachen ein, während Fachkräfte für Informationen zur Verfügung standen und für musikalische Unterhaltung gesorgt wurde.

Jedes Jahr stiegen Ballons mit dem Aufdruck „Schieß Dein Glück nicht in den Wind“ in den Himmel. Besondere Aktionen waren z.B. im Jahr 2013 wurden unter dem Motto „Klopp Dein Geld doch gleich in die Tonne“ Mülltonnen mit „unechten“ Geldscheinen gefüllt, was für eine große Aufmerksamkeit sorgte.

#### Modellprojekte:

Die Fachstelle fördert in den Regionen Modellprojekte. Diese werden fachlich begleitet und überprüft, ob das jeweilige Projekt auf Landesebene übertragen werden kann. Folgende Modellprojekte wurden beispielweise umgesetzt:

- Lesungen u.a. mit André Eisermann in Worms durch die Regionale Fachstelle Glücksspielsucht Worms
- Erstellung von Plakaten zur Spielsuchtprävention durch die Regionale Fachstelle Glücksspielsucht Bitburg
- Projekt mit Jungendscouts zum Thema Glücksspielsuchtprävention an drei Schulen durch die Regionale Fachstelle Glücksspielsucht Westerburg.



### 1.7 Entwicklung und Bereitstellung von Medien zur Prävention der Glücksspielsucht

Um die rheinland-pfälzische Bevölkerung für verantwortungsvolles Spielen zu sensibilisieren, veröffentlicht die Landes-Fachstelle verschiedene Informationsmaterialien. Die Öffentlichkeitsarbeit umfasst sowohl die



fachliche Aufarbeitung und Dokumentation von Veranstaltungen, die Erstellung von geeigneten Materialien als auch die Präsenz der Angebote in Rheinland-Pfalz für die Bevölkerung. Folgende Materialien werden beispielsweise bereitgestellt:

- Plakate und Poster in drei Motiven „Sie werden gespielt?“
- Elterninfos
- Dokumentation der Fachtage und landesweiten Aktionstage (gedruckte Kurzversion sowie ausführliche Dokumentation als ePaper)
- Würfel aus Schaumstoff mit Karte mit Informationen für Jugendliche
- Flyer „Sie werden gespielt?“

Die Materialien (z.B. Flyer, Dokumentationen, Elterninfos) können über die Internetseite der LZG ([www.lzg-rlp.de](http://www.lzg-rlp.de)) bestellt werden. Alle Online-Fortbildungen der LZG stehen auf der Seite <http://elearning.lzg-rlp.de> zur Verfügung.

### 1.8 Evaluation / Dokumentation der landesweiten Maßnahmen

Alle Maßnahmen und Veranstaltungen der Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP werden dokumentiert und evaluiert, so beispielsweise die Fortbildungen bei den Glücksspielanbietern sowie die Arbeitssitzungen der Regionalen Fachstellen Glücks-

spielsucht. Über die Evaluation wird die Weiterentwicklung der Angebote gewährleistet.

#### Dot.sys: Dokumentationssystem

Seit dem Jahr 2011 dokumentieren sowohl die Landes-Fachstelle als auch die Regionalen Fachstellen die Projekte zur Prävention mit dem von der BZgA zur Verfügung gestellten Dokumentationssystem Dot.sys. Dies ermöglicht auf Landesebene eine qualitative und quantitative Auswertung aller Maßnahmen zur Prävention. Die Landes-Fachstelle koordiniert alle Maßnahmen zur Dot.sys-Auswertung.

#### Sucht-Infoline

Ergänzend zu den bundesweiten Angeboten hat die Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP im Büro für Suchtprävention der LZG eine landesweite Suchtinfoline installiert. Ziel des Angebotes ist neben der Informationsweitergabe die anonyme Vermittlung von Ratsuchenden in ein geeignetes Beratungsangebot vor Ort. Ebenfalls können die Adressen der Selbsthilfe-Kontakt- und Unterstützerstellen in Rheinland-Pfalz abgefragt werden.



## 1.9 Kooperation auf Bundesebene

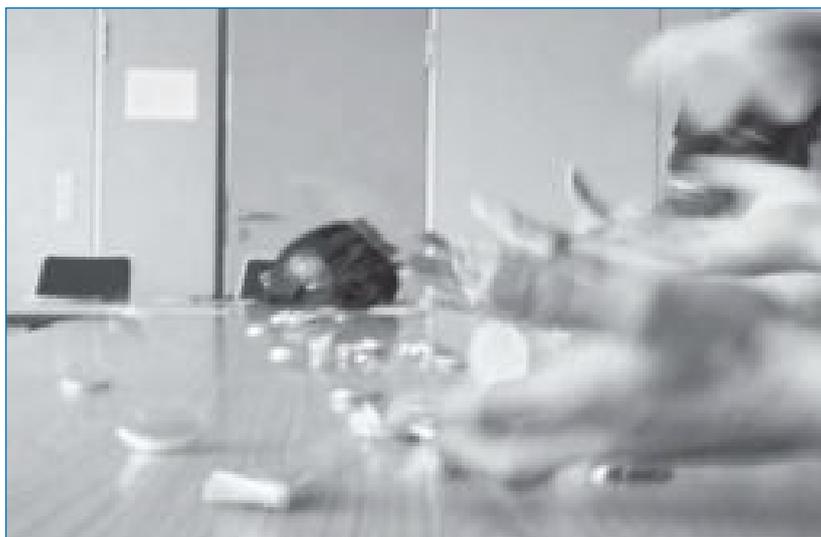
Im Rahmen des fachlichen Austauschs auf Bundesebene treffen sich die (fachlichen) Länderkoordinatorinnen und Länderkoordinatoren regelmäßig. Bei den Treffen werden beispielsweise folgende Themen erörtert:

- Austausch über die Aktivitäten in den Bundesländern
- Austausch über die Auswirkungen und Entwicklungen zum Glücksspiel-Staatsvertrag und den Landesausführungsgesetzen.

## 2 Projekte zur Prävention der Glücksspielsucht für Schülerinnen und Schüler ab der Klasse 9 bzw. Auszubildende (Autor Martin Hügel)

### 2.1 Vorbemerkung / Konzept

Innerhalb des Landesprogramms ist es ein Teil der Aufgaben der Regionalen Fachstelle Glücksspielsucht (neben Beratung zur Glücksspielsucht und „Medienabhängigkeit/dysfunktionaler Mediengebrauch, Schuldnerberatung und Therapievermittlung/Nachsorge“), Projekte zur Prävention umzusetzen.



Dabei stellt sich als erstes die Frage nach der Zielgruppe. Wenn knapp 33%<sup>1</sup> der unter 18-Jährigen mit dem Glücksspiel beginnen, bzw. 41,2 %<sup>2</sup> schon spielen, ist es sinnvoll, die Gruppe der 16- bis 18-Jährigen zu betrachten. Die Untersuchung der Ambulanz für Spielsucht 2010 von Schülerinnen und Schülern<sup>3</sup> ergab, dass neben Kartenspielen und Rubbellosen die Geldspielautomaten mit 14,8 % bei Jugendlichen auf Platz 3 der beliebten Glücksspiele liegen. In Anbetracht der hohen Suchtpotenz dieser Spielform ist es wichtig, den inhaltlichen Schwerpunkt in der Prävention auf diese Spielform zu legen. Da die Schule, neben der Berufsschule und den Ausbildungsstätten, der Ort ist, an dem die Zielgruppe der 16- bis 18-Jährigen sicher angetroffen werden kann, haben wir uns entschlossen, für den schulischen Kontext ein Präventionsprogramm zu entwickeln. Wie bei jedem Thema, mit dem an Schulen herangetreten wird, muss ein Kompromiss zwischen dem Zeitrahmen, den die Schule maximal zur Verfügung stellen kann, und dem, was wünschenswert ist, gefunden werden. Aus diesem Grund dauert die Veranstaltung 90 Minuten, also 2 Unterrichtseinheiten. Es ist auf eine Teilnehmeranzahl von 20 – 25 Personen angepasst.

Im Zeitraum 2011 bis Frühjahr 2014 wurden durch die Regionale Fachstelle Speyer / Gernsheim mit diesem Programm 1384 Teilnehmende erreicht. Diese verteilen sich auf 8 Veranstaltungen mit 337 Azubis, 23 Aktionen in Schulen (von Gymnasium bis zur Berufsbildenden Schule) mit 930 Schülerinnen und Schülern sowie 10 Veranstaltungen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Maßnahmen aus dem Rechtsbereich SGB II bzw. im Maßregelvollzug mit zusammen 118 Teilnehmenden.

### 2.2 Präventionsziele und Elemente

Ziel ist es, eine kritische Haltung zu Glücksspielangeboten mit besonderem Fokus auf die Glückspielautomaten zu vermitteln. Dazu gehört das Wissen um Wahrscheinlichkeitsverteilungen und Gewinnerwartungen sowie die Kenntnis der „Tricks“ der Spielindustrie, mit denen diese ihr „Kundenbindungsmanagement“ optimiert haben. Im Be-

<sup>1</sup> Zahlen der Begleitforschung 2013: Klientinnen und Klienten in den Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht: Ambulanz für Spielsucht, Universitätsmedizin Mainz

<sup>2</sup> Eva Duven, Sebastian Giralt: „Problematisches Glücksspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Rheinland-pfalz“, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, S. 7

<sup>3</sup> ebenda

sonderen steht die Faszination der „Fast-Gewinne“, die Imagination der Beteiligung über die Variation der Einsatzhöhe und das angebliche Geschicklichkeitsspiel „Risikoleiter“ im Mittelpunkt.

### Das Element „Gewinnerwartung“ im Präventionsprojekt

Nach einer allgemeinen Einführung zu Glücksspielen, der Abgrenzung zu Geschicklichkeits- bzw. Kompetenzspielen und einer ersten Übung zur Risikoeinschätzung von verschiedenen Glücksspielen<sup>4</sup> beginnt der mathematische Teil mit den Grundlagen der Wahrscheinlichkeitsrechnung.



Anhand des Münzwurfs wird die Chancenverteilung von  $\frac{1}{2}$  (bzw.  $\frac{1}{6}$  beim Würfel) erklärt. Hierbei liegt ein weiteres Augenmerk auf der Tatsache, dass die Chance von  $\frac{1}{2}$  bedeutet, dass theoretisch jeder 2. Wurf sicher „Kopf“ ist. Anschließend wird die Berechnung von gekoppelten Ereignissen besprochen. Hier ist das Beispiel der doppelte Münzwurf, bei dem erst „Kopf“ und dann „Zahl“ geworfen werden soll. Es wird besprochen, dass die Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen der Wette auf  $\frac{1}{4}$  sinkt, da die einzelnen Wahrscheinlichkeiten multipliziert werden müssen.

Darauf aufbauend wird das System der Geldspielautomaten bewusst gemacht. Die aktuellen Automaten simulieren fünf rotierende Walzen mit jeweils zehn verschiedenen Symbolen. Auch wenn die „wirkliche“ Verteilung dieser Symbole auf den Walzen nicht bekannt ist, ist damit zu rechnen, dass jedes Symbol nur einmal auf der Walze vorkommt (Alle anderen Annahmen verkomplizieren die Rechnung nur und verringern die Wahrscheinlichkeit).

Wenn man einen Gewinnplan für ein beliebiges Spielgerät zu Grunde legt, kann die

Gewinnerwartung berechnet werden. Dazu wird angenommen, dass die Wahrscheinlichkeit die „Mindestanzahl“ an zu spielenden Spielen angibt. So „sollte“ nach 100 Spielen bei der Chance von  $\frac{1}{100}$  (2 gleiche Symbole) ein Treffer vorkommen. So kann man den zu erwartenden Gewinn mit dem dafür „nötigen“ Einsatz vergleichen. Die benutzen Zahlen wurden anhand eines bekannten Online-Spiels übernommen. Durch den Vergleich des Gewinns mit dem dafür theoretisch notwendigen Einsatz wird schnell deutlich, welche Gewinnspanne hinter dem Produkt Automaten-Spiel steht.

2 gleiche Symbole bei 0,04 € Einsatz = 0,2 € Gewinn  
 2 gleiche Symbole haben eine Chancen von 1/100  
 Gewinnerwartung: 0,2 € bei 4 € Einsatz (100 mal 0,04 €)

5 gleiche Symbole bei 0,04 € Einsatz = 200 € Gewinn  
 5 gleiche Symbole haben eine Chancen von 1/100.000  
 Gewinnerwartung: 200 € bei 4.000 € Einsatz (100.000 mal 0,04 €)

In der Beratung abhängiger Spielerinnen und Spieler bzw. als Methode in der Spielergruppe zum Thema „irrationale Kognitionen beim Spiel“ wurden mit diesem Rechenbeispiel bereits sehr gute Erfahrungen gemacht. Es hilft, sich die realen Gewinnverhältnisse vor Augen zu führen, so dass die Idee „Geld in Spiel zu investieren“ nachhaltig bearbeitet werden kann.

### Das Element „Fast-Gewinne“

Um die Faszination des Wettens und die dabei entstehenden Emotionen zu behandeln, wird ein Experiment eingesetzt. Es wird um Schokotaler als Einsatz gewürfelt. Der Gewinnplan ist festgelegt und gaukelt eine faire Verteilung der Gewinnchancen vor (bei 3 Zahlen wird „gewonnen“) bei einer realen Gewinnerwartung von 75 % für die Bank.

Nach dem Verteilen der Münzen an 2er Teams und der Auswahl der „Glücksfee“ beginnt das Spiel. Bei ungünstigem Verlauf sind nach drei Runden alle Spielerinnen und Spieler pleite.

Immer kommt es vor, dass der Würfel „tanzt“ und zunächst eine Gewinnzahl zeigt, um dann doch bei „Verlust“ zu landen. Dann ist es sehr leicht, die Emotionen von

<sup>4</sup> Element aus dem Präventionsparcours der Uni Hamburg „Prävention von Glücksspiel SEK II“

**NIDRO - Jugend- und Suchtberatungsstelle** 

Der Therapieverbund Ludwigsühle

Ein (Würfel-)Spiel:

- Jeder hat 3 „Münzen“
- Bei einer „6“ wird der Einsatz verdreifacht (1:3)
- Bei einer „1“ wird der Einsatz verdoppelt (1:2)
- Bei einer „3“ bleibt der Einsatz erhalten (1:1)
- Alle anderen Zahlen verlieren

Ein faires Spiel?  
Wer will mitmachen?



Sehr oft fragen in der Schlussrunde Jugendliche, warum die Automaten nicht verboten werden, und äußern die Meinung, dass sie verboten werden sollten. Diese Frage lässt sich so deuten, dass die intendierten Botschaften der Präventionsveranstaltung angekommen sind: Die Spielautomaten sind eben keine harmlose Freizeitbeschäftigung, sondern können über ihr Spieldesign eine Glücksspielsucht auslösen.

Jubel bis zur Enttäuschung zu besprechen. Bei dieser Simulation eines Fast-Gewinnes kommt immer heraus, dass der Wunsch nach einem weiteren Wurf sehr groß ist, da der Gewinn ja schon zu sehen war. Hieraus wird mit der Gruppe eine Analogie zu dem Anreiz, bei den Geldautomaten weiterzuspielen, hergestellt. Es können auch ähnliche Gefühle im Sport (Lattentreffer beim Fußball) oder bei PC-Spielen (kurz vor Level-Ende noch abgeschossen zu werden) herangezogen werden. Die Erfahrungen mit dem Experiment zeigen, dass Jugendliche, die schon an Automaten gespielt haben, diese Gefühle des „Weitermachen-Müssens“ kennen. Das Wissen um die Wirkmechanismen soll dabei unterstützen, diese Mechanismen wirkungslos werden zu lassen.

**Maja Bernhardt  
Atila Zengin**

Büro für Suchtprävention  
Fachstelle „Prävention der  
Glücksspielsucht“ RLP  
Landeszentrale für Gesundheitsförderung  
in Rheinland-Pfalz e.V.  
Hölderlinstr. 8  
55131 Mainz  
azengin@izg-rlp.de

**Martin Hügel**

Therapieverbund Ludwigsühle,  
Beratungsstelle NIDRO  
Heydenreichstr. 6  
67346 Speyer  
huegel@ludwigsmuehle.de

## Online-Gambling weltweit 37 Mrd. Euro wert

Aktuelle Zahlen der Firma Statista beziffern den Online-Glücksspielmarkt für 2015 mit etwa 37 Milliarden Euro weltweit. Bis 2018 soll sich dieser Wert mehr als verdoppeln. Dann werden, so Statista, 164 Millio-

nen Menschen weltweit regelmäßig über ihre Mobilgeräte spielen.

Zu dieser Zahl zählen aber nicht nur Online-Casinos, sondern auch Lotto-Angebote im Internet. Sollte sich die Zahl von 37 Milliarden

Euro bis Jahresende bewahren, dann wäre das eine Verdreifachung des Online-Gambling-Marktes seit 2005. Damit liegt der Anteil des iGamings am gesamten Glücksspielmarkt weltweit bei unter 10 Prozent.

# Prävention von Medienabhängigkeit – Ansätze, Angebote und Projekte

Detlef Scholz

Kompetenzzentrum und Beratungsstelle für exzessive Mediennutzung und Medienabhängigkeit, Schwerin

## Kurzfassung

Mediensuchtprävention als Vorbeugung möglicher Risiken eines bestimmten Verhaltens erschöpft sich nicht in der Warnung vor möglicherweise ungünstigen Folgen einer exzessiven Bildschirmmediennutzung. Vielmehr ist sie als kontinuierlicher und interaktiver Prozess aufzufassen, welcher neben der direkten Zielgruppe, den Kindern und Jugendlichen, ebenso deren Eltern, Erzieher und Pädagogen einbezieht.

Letztlich kann eine Kombination der unten angegebenen Präventionsansätze und deren Umsetzung in den jeweils relevanten Entwicklungsphasen das Risiko einer Suchtentwicklung deutlich reduzieren. Beispielgebende Projekte werden exemplarisch und in stark verdichteter Form erläutert.

## Schlüsselwörter

Prävention

Mediensucht

Bildschirmmediennutzung, exzessive

## 1 Einführung

Seit über einem Jahrzehnt werden in Deutschland präventive Programme für den Bereich der Medienabhängigkeit entwickelt – zunächst an vereinzelt Standorten mit unterschiedlichen Perspektiven und Qualitäten. Heute existiert ein bundesweit nahezu flächendeckendes Angebot.

Anfänglich war die Mediensuchtprävention ausschließlich in die präventiven Angebote allgemeiner Suchtberatungsstellen integriert – in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrzehnts wurden einige explizite Fachstellen in unterschiedlicher Trägerschaft geschaffen. Vor allem diese bieten regelmäßig Weiterbildungen für Suchtberater, Sozialarbeiter und Pädagogen an und erzeugen damit einen weitreichenden Multiplikationseffekt. Über Kommunen, Landkreise oder Stiftungen finanzierte Präventionsfachkräfte beschäftigen sich ausschließlich mit der Entwicklung und Umsetzung von Präventionsprogrammen, nicht zuletzt in Bezug auf Bildschirmmediensucht.

Der Fachverband Medienabhängigkeit e.V., ein Netzwerk aus pädagogischen und therapeutischen Fachkräften sowie Forschenden, setzt sich u.a. dafür ein, qualifizierte Präventionsangebote zu verbreiten. So hat die entsprechende Arbeitsgruppe des Verbandes beispielsweise den durch das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesdrogenbeauftragte finanzierten Methodenreader „Let’s play – Methoden zur Prävention von Medienabhängigkeit“ entwickelt. Kurze Beschreibungen und strukturierte Arbeitsblätter ermöglichen mit geringem Vorbereitungsaufwand eine offene und kreative Auseinandersetzung mit dem Thema, wobei suchtspezifische Vorkenntnisse des Anleitenden nicht zwingend erforderlich sind.

Die unten aufgeführten exemplarischen Projekte zur Mediensuchtprävention werden ebenfalls überwiegend von Mitgliedern der Arbeitsgruppe Prävention umgesetzt.

Da derartige Angebote kaum evaluiert werden (können), ist der Nachweis ihrer Wirksamkeit oft schwierig bzw. bis auf Plausibilitätsüberlegungen nicht zu führen. Eine der

wenigen Ausnahmen stellt das Programm *Escapade* dar.

## 2 Begründung der Notwendigkeit

Wie viele andere menschliche Tätigkeiten und Verhaltensweisen kann sich eine permanente Internet- oder Bildschirmmediennutzung unter bestimmten Umständen exzessiv entwickeln und eine Suchtdynamik entfalten. Die Bedeutung wirksamer Mediensuchtprävention ergibt sich aus der medialen Durchdringung aller Lebensbereiche, der ständigen Verfügbarkeit elektronischer Medien und ihres Potentials, entwicklungsungünstige Gewohnheiten (schon in früher Jugend) zu erzeugen.

Gerade weil der – kompetente, kreative – Umgang mit Medien in den Rang einer Kulturtechnik gehoben wird, bleiben die Risiken einer inadäquaten Mediensozialisation eher unklar und können von Eltern und Pädagogen in den wichtigen Entscheidungsphasen kaum berücksichtigt werden. Wie sinnvoll oder ungünstig ein eigener Computer im Zimmer eines Elfjährigen mit unbeschränktem Internetzugang sein kann, hängt von vielen Faktoren ab, die Eltern kritisch prüfen können müssten.

Viele Pädagogen, die in Betracht ziehen, Bildschirmmedien verstärkt in den Unterricht einzubeziehen, um die Medienkompetenz der Schüler weiterzuentwickeln, benötigen begleitende Unterstützung. Die Umsetzung mediengestützter Projekte stellt für sie nach wie vor eine neue und hohe Herausforderung dar.

Nachhaltige Mediensuchtprävention sollte dementsprechend zunächst Angebote für Eltern, Erzieher und Pädagogen vorhalten. In einer Atmosphäre der intensiven Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen intensiver Mediennutzung kann die präventive Erläuterung oder Erarbeitung einer möglichen Suchtentwicklung mit Jugendlichen erfolgen – unterrichtlich eingebunden, projektartig oder außerschulisch.

## 3 Präventionsebenen

### 3.1 Universelle Suchtprävention

Die universelle Prävention dient letztlich der Erhöhung der Erziehungskompetenz von Eltern, Erziehern und Pädagogen sowie der Stärkung allgemeiner Schutzmechanismen,

den sog. Resilienzfaktoren, von Kindern und Jugendlichen.

Dazu gehören informative Elternabende, in denen u.a. familienbezogene Probleme in Bezug auf die Bildschirmmediennutzung thematisiert und Handlungsoptionen erarbeitet werden. Fachkräfte erhalten in Multiplikatorenschulungen einen Überblick über die Möglichkeiten virtuellen Agierens junger Menschen sowie die durch Studien identifizierten Risikogruppen, erkennbare Anzeichen einer beginnenden Suchtentwicklung und Interventionen.

Des Weiteren zählen Programme zur Lebenskompetenzförderung, die bereits im Vorschulbereich ansetzen sollten, zur universellen Prävention. Erlebnispädagogische Angebote, die der Entwicklung von Fertigkeiten zur Bewältigung spezifischer Entwicklungsaufgaben dienen und Schülerworkshops, in denen ein verantwortungsvoller Umgang mit Bildschirmmedien diskutiert wird, komplettieren den Bereich der mediensuchtpräventiven Jugendarbeit.

### 3.2 Selektive Suchtprävention

Für die selektive Prävention werden potentielle Risikogruppen identifiziert, die für bestimmte Bildschirmmedienangebote besonders empfänglich sind. Erfahrungen aus Suchtberatungsstellen und bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass es für den problematischen Computerspielkonsum vor allem Jungen und junge Männer betrifft, für den Bereich der exzessiven Onlinekommunikation überwiegend Mädchen und junge Frauen. Die Spezifiken der Angebote und der Nutzergruppen berücksichtigend soll eine kritische Selbstreflexion des Medienkonsums in Verbindung mit dem Rollenverständnis angeregt werden. Die aktive Auseinandersetzung mit Bildschirmspielen oder Kommunikationsplattformen und das Kennenlernen von Alternativen durch erlebnispädagogische Erfahrungen könnten Perspektiven- und Einstellungsänderungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen inspirieren.

### 3.3 Indizierte Suchtprävention

Liegt bereits eine problematische Bildschirmmediennutzung vor, ist das Suchterkrankungsrisiko deutlich erhöht. In diesem Stadium lehnen Jugendliche eine Problema-

tisierung in der Regel ab, obwohl in den Familien mitunter schon massive Konflikte bestehen, schulische Leistungen absinken und Freizeitaktivitäten eingeschränkt werden. Maßnahmen der indizierten Suchtprävention richten sich an Kinder und Jugendliche mit exzessiv riskantem Medienkonsum, deren Eltern, Angehörige und Freunde sowie an pädagogische Fachkräfte. Hierbei sollen alternative Verhaltensweisen der Betroffenen gefördert, mögliche Zusammenhänge und Hintergründe geklärt und unter Umständen Kurzinterventionen angeboten werden. Gegebenenfalls kann eine Vermittlung in weiterführende Beratungs- und Jugendhilfeangebote erfolgen.

## 4 Präventionsansätze

### 4.1 Psychoedukation

Die Aufklärung über die Entstehungsmechanismen und das Bedingungsgefüge von Süchten richtet sich in erster Linie an Eltern. Kriterien einer beginnenden Mediensucht und deren möglichst frühzeitige Wahrnehmung können gemeinsam erarbeitet werden. Dazu ist ein Überblick über aktuelle Bildschirmmedienangebote hilfreich, welche auf ihre Sogwirkung unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Persönlichkeitsmerkmale und sozialen Einbindungen der Kinder oder Jugendlichen untersucht werden.

Entwicklungspsychologische Aspekte und Hinweise für eine gelingende familiäre Kommunikation werden erläutert und nach Möglichkeit in kleineren Trainingssequenzen als Rollenspiel angewendet.

Diese Art der Prävention kann niederschwellig in Elternabenden, vertiefend in Elternseminaren oder -trainings sowie am effektivsten als Angebot an eine oder mehrere Familien in kompakten oder wochenweise fortlaufenden Projekten umgesetzt werden.

### 4.2 Lebenskompetenztraining

Laut Weltgesundheitsorganisation bezieht sich Lebenskompetenz auf ein angemessenes Selbstwertgefühl, Einfühlungsvermögen, kritisch und kreative Denkweisen, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, Entscheidungs-, Problemlöse- und Stressbewältigungskompetenz sowie ein adäquates Gefühlsmanagement. Grundlagen werden hier-

für im Kleinkindalter gelegt, sodass entsprechende Trainingsprogramme schon in Kindertageseinrichtungen angeboten werden. Sie sind nicht explizit auf einen förderlichen Medienumgang ausgerichtet, können das Thema jedoch bedarfsgemäß mehr oder weniger stark inkludieren.

Übungssequenzen, die sich außerdem auf das Körperbewusstsein, Fertigkeiten zur Kontaktaufnahme und eine nachhaltige Angstbewältigung beziehen, ergänzen die Programme für den schulischen Bereich. Hier gehören dann eine differenzierte Reflexion des eigenen Selbstbildes, Rollenspiele und Entspannungsübungen ebenfalls zum Konzept.

Untersuchungen zeigen, dass sich durch derartige Trainingsprogramme Kinder und Jugendliche effizient gegen den Missbrauch von Alkohol und Zigaretten schützen lassen. Für einen effektiven Schutz gegen Bildschirmmedienmissbrauch ist Ähnliches zu vermuten.

### 4.3 Adäquate Mediensozialisation

Zu den wichtigsten präventiven Maßnahmen zählt die Unterstützung der Elternkompetenz, über den Zugang oder die Verfügbarkeit von Bildschirmmedien (Fernseher, Spielkonsole, Handy oder Smartphone, Computer) für ihre Kinder unter Berücksichtigung möglichst vieler relevanter Faktoren entscheiden zu können.

Beginnend bei einer kritischen Reflexion der elterlichen Mediennutzung sollten die jeweiligen positiven und negativen Konsequenzen einer veränderten Nutzung ausführlich betrachtet werden. Die im öffentlichen Diskurs oft polarisierenden Ansichten einer unhinterfragbaren Modernität und Förderlichkeit von Bildschirmmedien (die demzufolge so früh und intensiv wie möglich genutzt werden sollten) und der Infragestellung jeglicher Mediennutzung mit kulturpessimistischer Attitüde verunsichern viele Eltern. Das führt mitunter zu pragmatischen Entscheidungen: Bei der Anschaffung eines neuen Fernsehgerätes oder Computers wird das alte Gerät im Kinderzimmer aufgestellt; wenn 70 Prozent der Mitschüler eine portable Konsole besitzen, erhält das eigene Kind ebenfalls eine – zumal der Wunsch schon über mehrere Wochen besteht. Wird zudem versäumt, von Beginn an verbindliche Regeln für den Mediengebrauch festzulegen, sind Eltern oft frustriert über die Anstrengun-

gen, die es kostet, Regeln nachträglich einzuführen. Die Erfahrungen in Schulen und Beratungsstellen weisen zudem darauf hin, dass viele der vermiedenen bewussten Entscheidungen entweder zu zeitlich verschobenen Entscheidungsprozessen unter wesentlich ungünstigeren Rahmenbedingungen führen oder Ausgangspunkt einer wenig förderlichen Entwicklung sein können. Allein die Kenntnis der Bedeutung von unmittelbaren, also nicht medial vermittelten Welterfahrungen bezüglich der eigenen Körperlichkeit und sozialer Beziehungen, in den einzelnen Entwicklungsstadien, wären oft hilfreich.

Den Prozess einer adäquaten Mediensozialisation können Erzieher und Pädagogen entscheidend unterstützen, indem sie in ihren Gruppen gemeinsam mit den Eltern eine aufgeklärte, in positivem Sinne medienkritische Atmosphäre schaffen. Konkrete diesbezügliche Schulungen und das im Internet reichlich vorhandene unterstützende Material befähigen Interessierte dieser Berufsgruppen dazu heute in besonderem Maße.

Eltern werden beispielsweise dabei begleitet, die Altersangemessenheit digitaler Geräte und medialer Angebote für ihr Kind zu prüfen. Sie sollten einschätzen können, ob die Voraussetzungen für eine adäquate und förderliche Nutzung gegeben sind. Fragen nach den altersangemessenen Alltagskompetenzen, den Möglichkeiten der Stimmungsbalancierung, dem aktuellen Selbstreflektionsgrad und dem Risikobewusstsein des Kindes könnten diskutiert werden.

Eltern kann vor allem bewusst gemacht werden, dass ihre eigene Art des Medienumganges die entscheidende Prägung für das Kind bzw. den Jugendlichen darstellt – unabhängig von allem pädagogisch-erzieherischen Engagement. Die entspannte Vereinbarung familiärer Regeln und die Verabredung zu einer anfänglichen Begleitung lassen die Chancen auf einen dauerhaft gelassenen familiären Medienumgang erheblich steigen. So können die Möglichkeiten und Gefährdungen gemeinsam erkundet und ausgelotet werden. Konkrete Vereinbarungen sollten dann regelmäßig auf ihre Stimmigkeit überprüft werden.

Umso älter die Jugendlichen werden, desto mehr spielen außerfamiliäre Faktoren eine Rolle. Dann hängt viel davon ab, wie ein Jugendlicher seine vulnerable Phase und seinen Selbstwert erlebt, wie er mit Ängstlichkeit, Loyalität und depressiven Stimmungen umgeht, wie viel Neugier und Begeisterung

er entwickeln kann und welche Gewohnheiten sich etabliert haben. Die grundlegenden Voraussetzungen werden auch hierfür durch das familiäre Erleben gelegt.

Die aktuelle Forschung deutet darauf hin, dass eine wirksame Prävention dann erreicht wird, wenn sie sich auf mindestens zwei Handlungsfelder bezieht – beispielsweise auf den familiären und den schulischen Kontext – und sie möglichst frühzeitig etabliert wird.

#### 4.4 Erlebnispädagogische Alternativen

Im pädagogischen Alltag ist es nur selten möglich, Raum für Abenteuer, Phantasie und Spannung zu schaffen. Erlebnispädagogische Projekte sollen im besten Falle Glücksgefühle und Flow-Erlebnisse erzeugen, zur Selbstentdeckung und zum Zulassen starker Empfindungen ermutigen, um auf lange Sicht ungünstige Ersatzhandlungen, wie beispielsweise das exzessive Agieren in gewalthaltigen Computerspielen, zu vermeiden.

Letztlich bedeutet Erlebnispädagogik die Initiierung archaischer Erfahrungsprozesse wie die Wahrnehmung von Gefahr- oder Notsituationen, dem Bestehen von Abenteuern sowie die Entfaltung entsprechender Lösungsmöglichkeiten durch Zuverlässigkeit, Toleranz, Selbstständigkeit und Verantwortungsbewusstsein.

Erlebnispädagogische Aktionen bringen Jugendliche in einen bewusst reflektierten Kontakt mit ihren Emotionen, dem eigenen Sozialverhalten sowie persönlichen Grenzen und Stärken. Grundlegende Ziele sind dementsprechend Beiträge zur Persönlichkeitsbildung bei Erhöhung der Resilienzfaktoren. Projekte, die die medial geprägte Erfahrungswelt mit den genannten Urfahrungen verknüpfen, werden mittlerweile in vielen Regionen angeboten. Eine entsprechende Offenheit und das Interesse von Fachpädagogen sind erforderlich, um eine weitreichende Nutzung dieser Angebote bis hin zu einer kontinuierlichen Integration in den Unterricht zu befördern.

#### 4.5 Medienkompetenzbildung

Die genuine Aufgabe der Medienpädagogik ist ebenfalls als wichtige Suchtprävention interpretierbar. Ein kompetenter Medienumgang, welcher auch die Fähigkeit einschließt, bewusst und gezielt Bildschirmmedien für kreative und soziale Aufgaben ein-

zusetzen oder eben gerade darauf zu verzichten, kann vor einer Medienabhängigkeitsentwicklung schützen. Ohne den Unterhaltungsaspekt zu diskreditieren, werden reflexive, analysierende, ethisch-moralische, ästhetische, instrumentell-qualifikatorische und rezeptive Aspekte diskutiert und möglichst handlungsorientiert in ihren Wirkungen untersucht.

Medienkompetenzentwicklung stellt einen Prozess dar und ist heute als wesentliche Lebenskompetenz einzuordnen. Sie befähigt zum selbstbestimmten und sozial verantwortlichen Handeln und damit zur eigenen und gesellschaftlich relevanten Lebensweltgestaltung.

Seit Mitte der 1990er Jahre existiert in Deutschland die Möglichkeit, bei einem Studium der Erziehungs- oder Kommunikationswissenschaften sowie der Pädagogik den Schwerpunkt auf Medienpädagogik zu legen. Derzeit bieten einige Universitäten, Hochschulen oder Fachhochschulen darüber hinaus weiterführende Studiengänge für ausgebildete Pädagogen und Sozialarbeiter an. Entsprechend qualifizierte Medienpädagogen arbeiten häufig in Einrichtungen der Landesmedienanstalten (z.B. in Offenen Hör- oder Fernsehfunkanälen) sowie in Jugendfreizeiteinrichtungen.

## 5 Exemplarische Angebote und Projekte

### 5.1 Digitaal

Die medienpädagogische Jugendeinrichtung Infoc@fé der Stadt Neu-Isenburg regt Kinder mit dem von ihr entwickelten Pen und Paper Rollenspiel *Digitaal* an, ein Medientagebuch zu erstellen, in welchem die heimische Computernutzung dokumentiert wird. Die Einträge ermöglichen, Auffälligkeiten im Umgang mit dem Computer und dem Internet zu erkennen und zu reflektieren.

### 5.2 connect

Das erlebnispädagogische Projekt *connect* der Rosenheimer Prävention- und Suchthilfestelle Neon richtet sich an 10- bis 13-Jährige und soll den spielerischen Erwerb von Medienkompetenz ermöglichen. Die Entwicklung sozialer Kompetenzen auf einer Alm der heimischen Bergwelt ohne Nutzung von Bildschirmmedien steht neben der Förde-

rung internetspezifischer Fähigkeiten im Mittelpunkt des Angebotes.

### 5.3 reallife

Unter diesem Namen bietet die update Fachstelle für Suchtprävention Bonn neben medienpädagogischen Workshops an Schulen und in Jugendeinrichtungen auch die Unterstützung von jungen Erwachsenen bei risikantem Spielverhalten an, fördert ihre Medienkompetenz und versucht einen selbstbestimmten, kritischen Umgang mit den digitalen Medien anzuregen. Die Fachstelle nimmt unter anderem an dem Modellprojekt „Net-Piloten“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung teil, wobei Jugendliche zum verantwortungsvollen Konsum von Smartphone und Co. geschult werden, um dieses Wissen an jüngere Schüler weiterzugeben (Peer-Ansatz).

### 5.4 go onlife

Beim umfassenden Angebot *go onlife* der Sucht- und Drogenberatungsstelle des Diakonischen Werkes Oberhessen werden in speziellen Schülerworkshops auf altersangemessene und spannende Art Kriterien für einen verantwortungsvollen Medienumgang erarbeitet. Regelmäßige Elternabende dienen u.a. der Thematisierung familienbezogener Probleme der Mediennutzung und der Erweiterung des Handlungsrepertoires.

### 5.5 real life jumper

Das motopädagogische Projekt des Institutes für Computerspiel Spawnpoint der Fachhochschule Erfurt knüpft direkt an die aktuelle Lebenswelt Jugendlicher an, indem zwei wichtige Freizeitfaktoren – Computerspiel und Bewegung – miteinander verbunden werden. Hierbei verschmelzen Anleihen der urbanen Fortbewegungsphilosophie „Parkour“ mit Sequenzen dazu passender Computerspiele. *Real life jumper* kann als ein- oder mehrtägiger Workshop umgesetzt werden.

### 5.6 Medientango

In einem ersten Schritt wendet sich das Angebot des Kompetenzzentrums für exzessive

Mediennutzung der Ev. Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern an Pädagogen, Erzieher und Sozialarbeiter. Unter Mitwirkung landesweit agierender Institutionen (u.a. Medienanstalt, Schulämter, Computerspielschule) konkretisieren die Teilnehmer in vielfältigen Workshops Wissen und Perspektiven bzgl. der Faszination und den Risiken von Computerspielen und digitalen Kommunikationsmöglichkeiten sowie den Veränderungen der jugendlichen Welt- und Selbsterfahrung und deren Auswirkungen auf Lernprozesse, Kommunikation und Unterricht. In einem zweiten Schritt wird Eltern die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglicht. Der dritte Schritt umfasst als *Medientango* für Schüler die Gegenüberstellung virtueller (Kommunikation und Bearbeitung von Themen ausschließlich am Rechner) und handlungsorientierter Aktivitäten (Balancieren, Jonglage, Rhythustraining, Spielentwicklung) sowie deren Reflexion und Vergleich.

### 5.7 ESCapade

Die Umsetzung des familienorientierten Interventionsprogramms für Jugendliche mit problematischer Computernutzung wurde durch Mitarbeiter der Fachstelle für Suchtprävention, Drogenhilfe Köln, entwickelt und begann 2010 als Bundesmodellprojekt an fünf Standorten der Republik. In der aktuellen bundesweiten Transferphase findet die Ausbildung zu *ESCapade*-Trainern in acht Bundesländern in Einrichtungen der Sucht- oder Familienhilfe sowie Präventionsstellen statt. Das evaluierte Projekt wendet sich an Eltern und Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren, die aufgrund ihrer PC-Nutzung von sozialem Rückzug, Leistungsabfall und verstärkten Konflikten betroffen sind. Durch *ESCapade* soll in vier bis sechs Sitzungen sowie einem gemeinsamen Familienseminar die erlebte Belastung der Familie reduziert, eine konstruktive Kommunikation angeregt und hilfreiche Regeln etabliert werden.

Über die aufgeführten Projekte hinaus bieten alle genannten Einrichtungen – soweit nicht explizit beschrieben – Schülerworkshops, Elternabende und Multiplikatorenschulungen an. Erfahrungsgemäß entsteht ein unmittelbar erkennbarer Effekt und Nachhaltigkeit, wenn es gelingt, eine kontinuierliche, sukzessiv aufeinander aufbauende und alle Zielgruppen integrierende Zusammenarbeit zu

installieren. Entsprechende Konzepte können bei vielen (Präventions-)Fachstellen abgerufen werden.

### 5.8 Hilfreiche Links

Mittlerweile wurden in vielen Bundesländern Netzwerke gegründet, in denen sich Suchtberater, Medienpädagogen, Sozialarbeiter, Therapeuten und Pädagogen organisieren, um u.a. Präventionsprogramme zu entwickeln und landesweit anzubieten. Oft kann ein Kontakt über entsprechende (Landes-)Fachstellen oder Einrichtungen der Landesmedienanstalten hergestellt werden. Teilweise verfügen diese Zusammenschlüsse über eigene Internetauftritte. Exemplarisch seien hier [www.medienaktiv-mv.de](http://www.medienaktiv-mv.de) (gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales) für das Netzwerk Mecklenburg-Vorpommerns, [www.medienkompetenz-brandenburg.de](http://www.medienkompetenz-brandenburg.de), [www.medienkompetenzportal-nrw.de](http://www.medienkompetenzportal-nrw.de) für Nordrhein-Westfalen und [www.fachforum-mediensucht.de](http://www.fachforum-mediensucht.de) für das hessische Netzwerk genannt. Auch über die Seite des Fachverbandes [www.fv-medienabhaengigkeit.de](http://www.fv-medienabhaengigkeit.de) oder die der Elterninitiative *Aktiv gegen Mediensucht* [www.aktiv-gegen-mediensucht.de](http://www.aktiv-gegen-mediensucht.de) lassen sich regionale Ansprechpartner finden.

Derzeit ist im Internet eine Vielzahl ausführlich didaktisch und methodisch aufbereiteter Materialien zu finden, die im Grunde jeden (pädagogisch ambitionierten) Interessierten in die Lage versetzen, mit Schülern und Eltern Präventionsveranstaltungen zum Thema durchzuführen. Die Praxis zeigt allerdings, dass die zeitlichen Kapazitäten für eine angemessene Einarbeitung beispielsweise bei Lehrkräften kaum zur Verfügung stehen. Zudem wird eine fachliche Begleitung in der Anfangsphase der Umsetzung derartiger Projekte oder Unterrichtseinheiten in vielen Fällen gewünscht und benötigt.

- [www.bzga.de](http://www.bzga.de)
- [www.klicksafe.de](http://www.klicksafe.de)
- [www.mpps.de](http://www.mpps.de)
- [www.schau-hin.info](http://www.schau-hin.info)

Exemplarisch sind im Anschluss noch einige überwiegend landesspezifische Adressen genannt, die über das jeweilige Angebot gezielt informieren und Ansprechpartner angeben.

- [www.mediensucht-bayern.de](http://www.mediensucht-bayern.de)
- [www.infocafe.org](http://www.infocafe.org)
- [www.websucht.info](http://www.websucht.info)

- [www.return-mediensucht.de](http://www.return-mediensucht.de)
- [www.stiftung-medienundonline sucht.de](http://www.stiftung-medienundonline sucht.de)
- [www.medienwissen-mv.de](http://www.medienwissen-mv.de)

## Literatur

- Bleckmann, P. (2012). Medienmündigkeit. Wie unsere Kinder selbstbestimmt mit dem Bildschirm umgehen lernen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cleppin, G., Lerche, U. (Hrsg.) (2010). Medien und soziale Arbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grünbichler, B. (2008). Lost in Cyberspace? Chancen und Risiken von Online-Rollenspielen als Herausforderung für die Soziale Arbeit. Norderstedt: Books on Demand.
- Mücken, D., Teske, A., Rehbein, F., te Wildt, B. (Hrsg.) (2010). Prävention, Diagnostik und Therapie von Computerspielabhängigkeit. Lengerich: Pabst.
- Scholz, D. et al. (2013). Let's play – Methoden zur Prävention von Internetabhängigkeit. Lengerich: Pabst.
- Scholz, D. (2014). Systemische Interventionen bei Internetabhängigkeit. Heidelberg: Carl Auer.
- Te Wildt, B. (2015). Digital Junkies. Internetabhängigkeit und ihre Folgen für uns und unsere Kinder. München: Droemer.

## Cannabis-Konsumenten entwickeln häufiger ein Alkoholproblem

Cannabis-Raucher könnten verglichen mit Nicht-Konsumenten ein fünffach erhöhtes Risiko besitzen, ein Alkoholproblem zu entwickeln. Forscher um Renee Goodwin an der Columbia University's Mailman School of Public Health und der City University of New York gehen außerdem davon aus, dass die illegale Droge eine Entwöhnung vom Alkohol erschwert. Sie berichten in *Drug and Alcohol Dependence* (<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.014>)

Der Mischkonsum von Alkohol und Cannabis ist durch die gute Verfügbarkeit der beiden Drogen recht üblich. Wie bei allen Drogen ist ein Mischkonsum mit größeren Risiken behaftet als der Monokonsum. Eine Studie des National Institute on Drug Abuse Baltimore ergab, dass bereits geringe Mengen Alkohol den THC-Spiegel im Blut wesentlich erhöhen können (doi: 10.1373/clinchem.2015.238287). Diese Wechselwirkung kann den Anreiz zu einem Mischkonsum möglicherweise erhöhen.

27.461 amerikanische Erwachsene, die an der National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions teilnahmen, wurden im Rahmen der Studie untersucht. Die Forscher verglichen Erwachsene, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung mindestens einmal Marihuana konsumierten und kein Alkoholproblem hatten, mit gesunden Nicht-Konsumenten.

Die Forscher verglichen die Raten missbräuchlichen Alkoholkonsums (DSM-5 = Alcohol Use Disorder) in den Gruppen nach drei Jahre Beobachtungszeit. Es zeigte sich, dass die Cannabis-Konsumenten ein rund fünffach erhöhtes Risiko hatten, ein Alkoholproblem zu entwickeln (Odds Ratio (OR) = 5,43). Konsumenten, die zum Zeitpunkt der Befragung bereits ein Alkoholproblem hatten, fiel es außerdem schwerer, sich von der Alkoholsucht zu lösen (OR = 1,74).

Die Forscher betrachten den Cannabiskonsum als potenziellen Risikofaktor, ein problematisches Trinkverhalten zu entwickeln. In zukünftigen Studien sei es daher wichtig zu klären, ob durch cannabispräventive Maßnahmen auch das Risiko für ein Alkoholproblem gesenkt werden könnte.

### Dr. phil. Detlef Scholz

Systemischer Berater und Therapeut (SG),  
Medienpädagoge,  
Erziehungswissenschaftler  
Ev. Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-  
Vorpommern gGmbH  
Kompetenzzentrum und Beratungsstelle für  
exzessive Mediennutzung und  
Medienabhängigkeit  
Ferdinand-Schultz-Str. 12  
19055 Schwerin  
[mediensuchtberatung@suchthilfe-mv.de](mailto:mediensuchtberatung@suchthilfe-mv.de)

# Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel durch die Rentenversicherung: Aktuelle Entwicklungen und Daten aus der Routinestatistik

Joachim Köhler

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

## Kurzfassung

Wichtige Daten zur stationären und ambulanten Rehabilitation des pathologischen Glücksspiels ab 2000 durch die Deutsche Rentenversicherung werden vorgestellt und bewertet. Dabei wird auch auf die Geschlechtsverteilung und das Alter der Rehabilitanden, die Behandlungsdauer und regionale Unterschiede eingegangen.

## Schlüsselwörter

Pathologisches Glücksspiel  
Rehabilitation, stationär, ambulant  
Alter  
Behandlungsdauer

## 1 Durchgeführte Rehabilitationen stationär

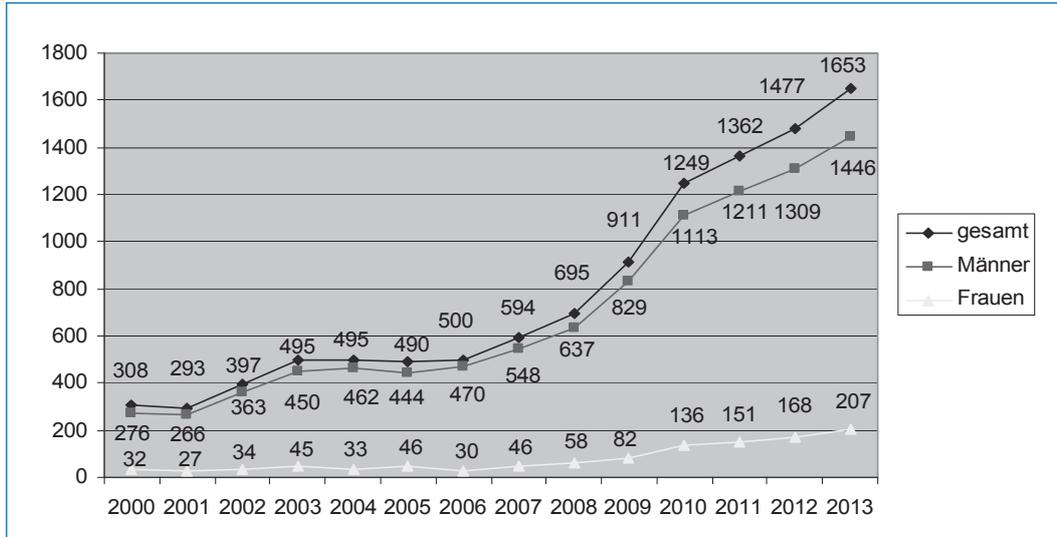
Die Rehabilitation des pathologischen Glücksspiels durch die Deutsche Rentenversicherung hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Nachdem Anfang 2000 jährlich ca. 300 stationäre Rehabilitationen wegen der Erstdiagnose ICD-10: F63.0 durchgeführt wurden, stieg die Zahl ab 2002 leicht an. Dies kann auf die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen vom März 2001 zurückgeführt werden. Von 2003 bis 2006 stagnierte dann die Zahl der durchgeführten Rehabilitationen, seit 2007, zeitgleich mit der Verabschiedung des Glücksspielstaatsvertrages, kam es dann zu einem deutlichen Anstieg der Rehabilitationen, der sich 2011 zwar leicht abflachte, die Gesamtzahlen nehmen aber weiterhin zu. So wurden 2013 insgesamt 1653 stationäre Rehabilitationen wegen der Erstdiagnose pathologisches Glücks-

spiel durch die Deutsche Rentenversicherung durchgeführt.

Bei der Betrachtung der durchgeführten Rehabilitationen nicht nur der Erstdiagnose pathologisches Glücksspiel, sondern der Erst- bis Fünftdiagnose zeigen sich insgesamt 60% mehr Fälle, es kommt zu einem vergleichbaren Anstieg der durchgeführten Rehabilitationen. Die Gesamtzahl lag 2013 bei 2229 stationären Rehabilitationen. Einschränkung muss hier gesagt werden, dass bei der Viert- und der Fünftdiagnose von einem störungsspezifischen Programm während der Rehabilitation in der Regel nicht mehr ausgegangen werden kann.

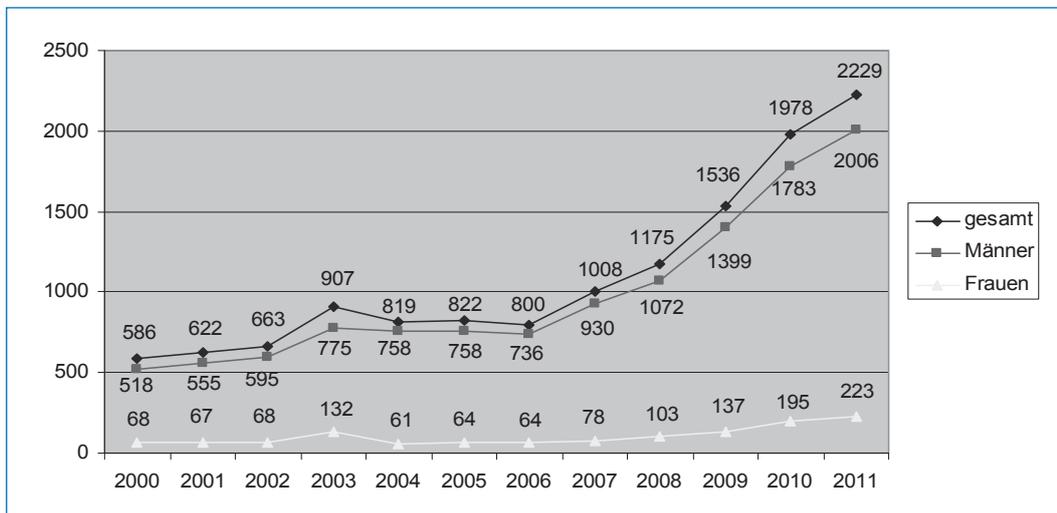
Prävalenzschätzungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) gehen von 264.000 pathologischen Glücksspielern in Deutschland aus, was 0,49% der Bevölkerung ausmacht. Weitere 275.000 Personen werden als problematische Spieler eingeschätzt, also weitere 0,51% der Bevölkerung.

Basierend auf Daten der Deutschen Suchthilfestatistik 2011 (Pfeiffer-Gerschel et al.,



**Abbildung 1**

Stationäre Rehabilitationen Pathologisches Glücksspiel Erstdiagnose DRV gesamt



**Abbildung 2**

Stationäre Rehabilitationen Pathologisches Glücksspiel Erst- bis Fünfthdiagnose DRV gesamt

2012) hat Meyer (2013) im Jahrbuch Sucht der DHS die Zahl der Glücksspieler in ambulanter Betreuung in 2011 auf 16.800 geschätzt.

Verglichen mit der Zahl der tatsächlich durchgeführten stationären Rehabilitationen kann also konstatiert werden, dass lediglich unter 1% der Betroffenen jährlich tatsächlich den Weg in die stationäre Rehabilitation findet.

## 2 Geschlechtsaufteilung

Insgesamt ca. 10% der durchgeführten stationären Rehabilitationen wegen pathologischem Glücksspiel erfolgten bei Frauen. Der Frauenanteil fiel bis 2006 auf nur 6% und steigt seit 2007 wieder, lag 2012 dann bei 11%. Dieser Prozentsatz entspricht auch der Geschlechtsaufteilung in den ambulanten

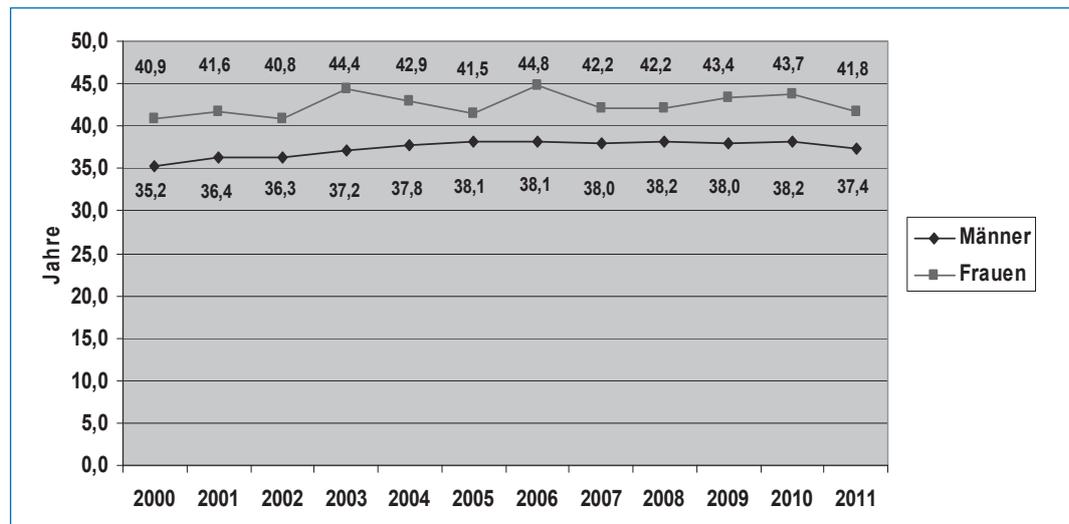
Beratungsstellen, nach Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik 2011 lag der Anteil von Frauen in ambulanten Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fach- und Institutsambulanz bei 10,7% (Pfeiffer-Gerschel et al. 2012).

## 3 Alter

Das Durchschnittsalter der stationären Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wegen pathologischem Glücksspiel zeigt sich über die letzten Jahre relativ konstant, eventuell deutet sich seit 2011 ein leichter Trend für ein jüngeres Durchschnittsalter an. Männer sind mit 36-38 Jahren circa 5 Jahre jünger als Frauen mit 41-45 Jahren. Nach Untersuchungen von Vogelgesang (2011) kann dies damit erklärt werden, dass Frauen erst mit einem höheren Alter mit dem Glücksspiel anfangen, auch

**Abbildung 3**

Durchschnittsalter stationäre Rehabilitation Erstdiagnose Pathologisches Glücksspiel DRV gesamt



wenn sich bei ihnen eine raschere Progredienz und die Aufnahme in die Rehabilitation nach einer kürzeren Krankheitsdauer zeigt.

2011 hatten sich die Rehabilitationsdauern dann jedoch wieder angeglichen.

#### 4 Behandlungsdauer

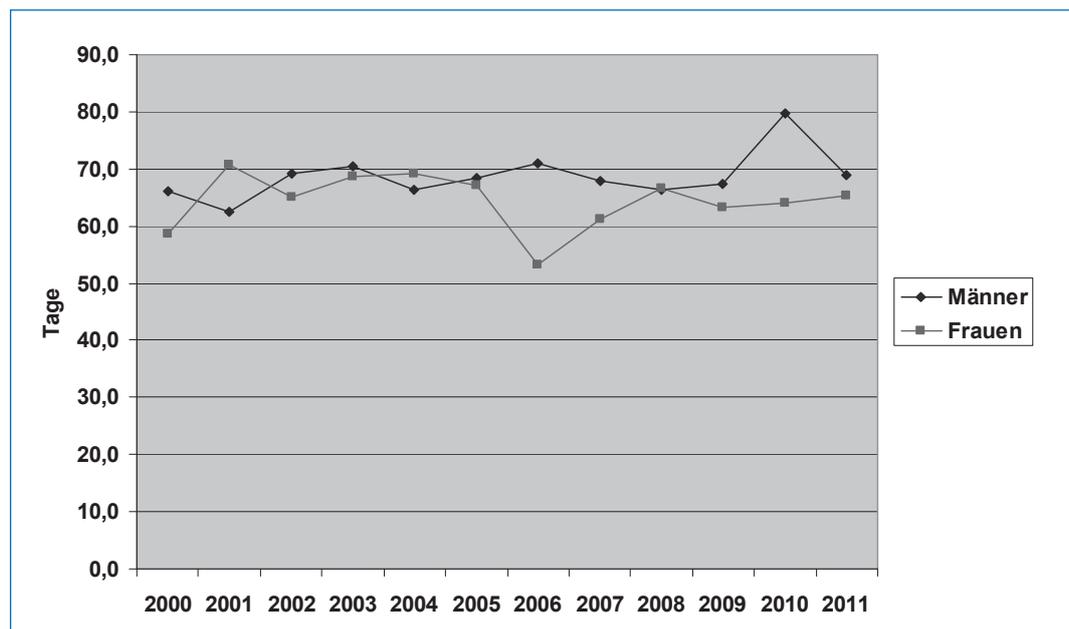
Die Behandlungsdauer der stationären Rehabilitation des pathologischen Glücksspiels beträgt über die letzten zwölf Jahre relativ konstant zwischen 65 und 70 Tagen und liegt bei Frauen tendenziell etwas geringer als bei Männern. 2006 kam es bei Frauen zu einer nicht unerheblichen Abweichung in Richtung kürzerer Behandlungszeiten, 2010 zu einer Verlängerung bei den Männern,

#### 5 Ambulante Rehabilitation

Ambulante Rehabilitationen wegen pathologischem Glücksspiel werden durch die Statistik der Deutschen Rentenversicherung nur in wenigen Einzelfällen erfasst. Dies kann durchaus auch mit einer nur unzureichenden Berichterstattung zusammenhängen. 2009 wurden lediglich 33 ambulante Rehabilitationen (davon 30 Männer und 3 Frauen) im Bereich der gesamten Deutschen Rentenversicherung durchgeführt, 2010 stieg die Zahl auf 36 (32 Männer und 4 Frauen) und

**Abbildung 4**

Behandlungsdauer stationäre Rehabilitation Erstdiagnose Pathologisches Glücksspiel DRV gesamt

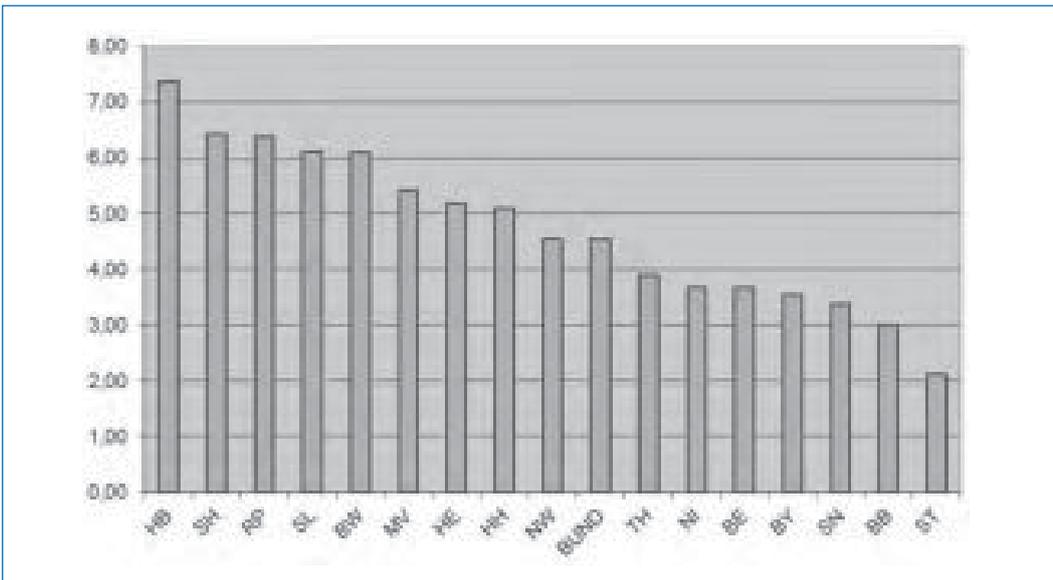


fiel dann 2011 wieder auf 30 Rehabilitationen (24 Männer und 6 Frauen). Bei diesen Zahlen handelt es sich um Erstdiagnosen. Bei Erst- bis Fünftdiagnosen erhöht sich die Zahl auf knapp das Doppelte (2009: 61, 2010: 61, 2011: 50). Die Bundesländer mit den höchsten absoluten Zahlen sind Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Trotzdem kann konstatiert werden, dass auch relativ gut ausgebaute Beratungsstellensysteme in einzelnen Bundesländern nicht wesentlich dazu beigetragen haben, dass die ambulante Rehabilitation beim pathologischen Glücksspiel durch die Deutsche Rentenversicherung in einem nennenswerten Umfang stattfindet. Über die Gründe und mögliche Lösungsmöglichkei-

ten kann nur spekuliert werden. Eventuell werden häufiger die ambulanten Beratungsmöglichkeiten genutzt, ohne dass ein Rehabilitationsantrag gestellt wird.

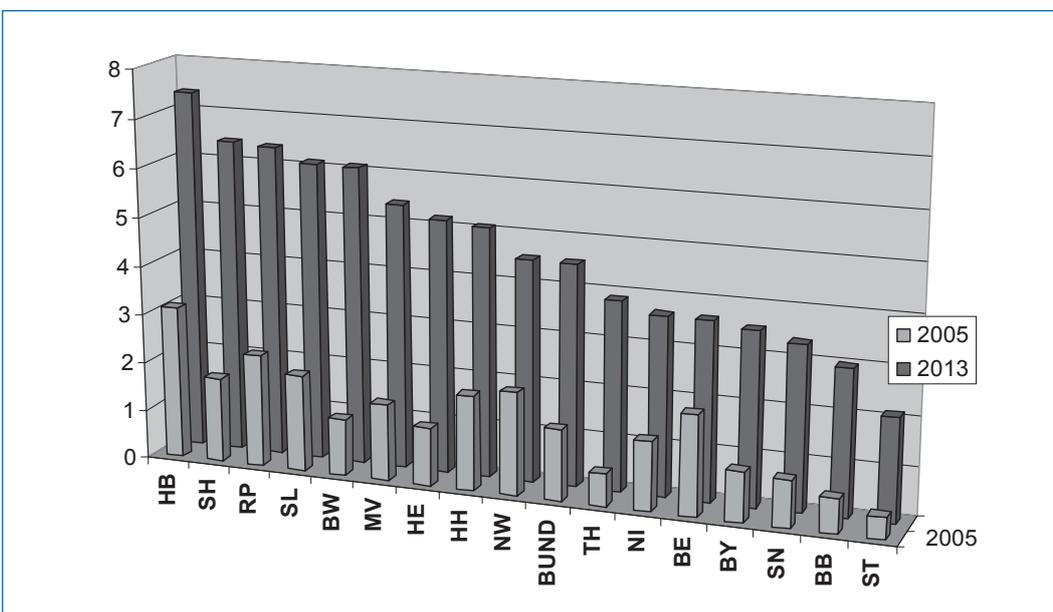
### 6 Stationäre Rehabilitation nach Bundesländern

Bei einer genaueren Betrachtung der Anzahl der durchgeführten Rehabilitationen in den einzelnen Bundesländern bezogen auf 100.000 aktiv Versicherte fallen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern auf. So wurden 2013 bei Versicherten aus Bremen mit über 7 Rehabilitationen



**Abbildung 5**

Durchgeführte stationäre Rehabilitationen Erstdiagnose pathologisches Glücksspiel DRV gesamt in 2013 pro 100.000 aktiv Versicherte am 31.12.2012 nach Bundesländern



**Abbildung 6**

Durchgeführte stationäre Rehabilitationen Erstdiagnose pathologisches Glücksspiel DRV gesamt in 2005 und 2013 pro 100.000 aktiv Versicherte am 31.12. des Vorjahres nach Bundesländern

nen pro 100.000 aktiv Versicherte zwei- bis dreimal so viele stationäre Rehabilitationen durchgeführt als z.B. bei Versicherten aus anderen Bundesländern wie Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Sachsen oder Bayern.

Bei einem Vergleich der stationären Rehabilitationen wegen pathologischem Glücksspiel zwischen 2005 und 2013 zeigt sich eine deutliche Zunahme der stationären Rehabilitationen mit der Erstdiagnose pathologisches Glücksspiel in allen Bundesländern. Es gibt jedoch Länder wie Thüringen oder Baden-Württemberg, die deutlich aufgeholt haben, und andere Länder, wie z.B. Berlin oder Nordrhein-Westfalen, die Boden verloren haben. Hier wäre sicher eine genaue Analyse der Rahmenbedingungen in den jeweiligen Bundesländern hilfreich, damit von der Best practice gelernt werden könnte.

## 7 Zusammenfassung

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Zahl der stationären Rehabilitationen wegen der Erstdiagnose pathologisches Glücksspiel in den letzten Jahren erfreulicherweise deutlich zugenommen hat, auch wenn letztlich nur ein geringer Prozentsatz der Erkrankten tatsächlich den Weg in die Rehabilitation findet. Beratung und Rehabilitation sind zu 90% eine Männerdomäne. Seit 2000 sind das Durchschnittsalter und die Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation nahezu konstant. Die ambulante Rehabilitation zeigt bisher nur geringe Fallzahlen und ist sicherlich ausbaufähig. Zwischen den Bundesländern zeigen sich im Verlauf der letzten Jahre erhebliche Unterschiede in der Anzahl der durchgeführten Rehabilitationen pro 100.000 aktiv Versicherte. Dies könnte eine Anregung sein, die konkrete Umsetzung ambulanter und stationärer Beratungs- und Behandlungsangebote kritisch zu überprüfen. Auch in Zukunft ist mit einer steigenden Anzahl von Rehabilitationsanträgen, Bewilligungen und durchgeführten Rehabilitationen zu rechnen. Die Einrichtungen sollten sich auch aus Kapazitätsgründen und zur Vermeidung längerer Wartezeiten darauf einstellen.

## Literatur

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2012). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011. Köln
- Meyer, G. (2013). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In DHS, Jahrbuch Sucht 2013 (S. 119-134). Lengerich: Pabst.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Steppan, M. (2012). Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte. München: IFT.
- Vogelgesang, M. (2011). Pathologisches Glücksspielen bei Frauen: Ablenkung von Depression und Angst. Deutsches Ärzteblatt, PP, Januar 2011, 36-39.

### Dr. med. Joachim Köhler

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Geschäftsbereich Sozialmedizin und  
Rehabilitation R6207

Ruhrstr. 2

10704 Berlin

drmed.joachim.koehler@drv-bund.de

# Nachsorge und begleitende Selbsthilfe bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch: Ziele und Methoden

Kristina Latz

Suchthilfe Aachen

## Kurzfassung

In den letzten Jahren wird ein Zuwachs an Klienten mit der Problematik eines pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs festgestellt. Die meisten Betroffenen werden im stationären Rahmen behandelt. Im Anschluss an die stationäre Therapie ist eine Nachsorge angezeigt. Ziel der Nachsorge ist ein selbstkontrollierter PC- und Internetkonsum bzw. eine kontrollierte Alltagsnutzung. Ebenso sind die Förderung von Selbstwirksamkeitserleben sowie die Erweiterung von Ressourcen wichtig. Hierzu ist die Minderung sozialer Probleme notwendig.

Vor allem die störungsbildtypischen Merkmale wie soziale Ängstlichkeit und Zurückhaltung sind zu bearbeiten. Wie im Rahmen der ambulanten Nachsorge in Einzel- und Gruppengesprächen diese Ziele erreicht werden können, wird in diesem Beitrag praxisnah dargestellt. Ergänzend zur ambulanten Nachsorge kann eine Selbsthilfegruppe eine weitere Unterstützung bieten. In Aachen gibt es seit 2009 eine Selbsthilfeorganisation für PC- und Onlinesüchtige. Diese wird durch regelmäßige Besuche vom Fachpersonal der Ambulanz begleitet. In dem Beitrag werden die Erfahrungen im Aufbau und Begleitung der Selbsthilfegruppe dargestellt.

## Schlüsselwörter

pathologischer PC-/Internet-Gebrauch  
Nachsorge  
Selbstwirksamkeit  
Abstinenz  
Psychoedukation  
Selbsthilfe

## 1 Aktuelle Situation

Legt man die Abhängigkeitskriterien zu Grunde, ist in Deutschland 1% der Bevölkerung Internetabhängig und der Internetkonsum von weiteren 4,6% wird als problematisch eingeschätzt. Im Schnitt sind die Betroffenen 8 Stunden am Tag im Internet, am Wochenende 10 Stunden.

Ziele des Konsums sind hierbei: unangenehme Gefühle wie Langeweile, Einsamkeit sowie Angst zu entfliehen und positive Gefühle wie Entspannung oder auch Euphorie herzustellen und zu erleben.

Dies geschieht durch verschiedene Wirkfaktoren, die speziell durch PC- Spiele und die Beschäftigung am PC hervorgerufen werden. Hierzu zählen vor allem direkt erlebte Glücksgefühle, die häufig durch eine direkte

Belohnung als Konsequenz für die eigenen Handlungen entstehen. Dies führt dazu, dass die Handlung weiter ausgeführt wird, bis hin zum so genannten Flow (optimale Passung von Anforderungen und Fähigkeiten). Zeit und Raum werden in diesem Zustand vergessen. Ein weiteres positives Gefühl, welches durch den Konsum entsteht, ist eine Selbstwerterhöhung durch die Identifikation mit dem Helden des Spiels sowie ein stark erlebtes Gemeinschaftsgefühl. Da sich in Onlinerollenspielen viele Aufgaben nicht alleine bewältigen lassen, erleben die Spieler häufig Anerkennung von anderen, welche sich belohnend auswirken kann.

Es sind meist männliche Personen von den Onlinerollenspielen begeistert, Frauen nutzen eher soziale Netzwerke, die aber ähnliche Bedürfnisse befriedigen. Erleichternd

**Abbildung 1**

Ziele des Konsums

**Abbildung 2 (unten)**

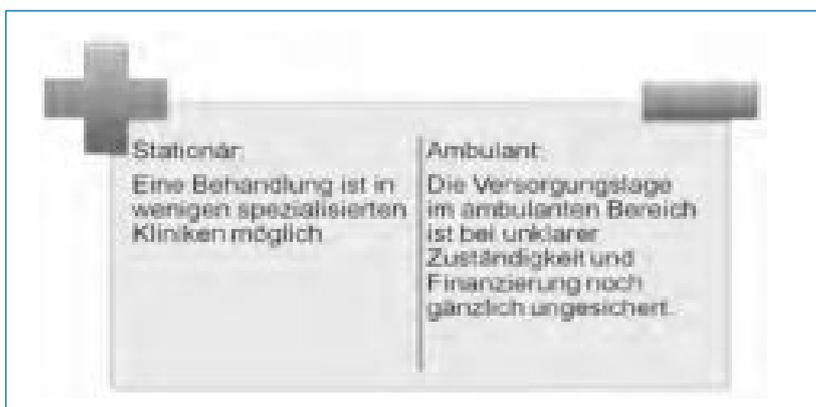
Wirkfaktoren des PC-Konsums



kommt hinzu, dass eine ständige Verfügbarkeit des „Suchtmittels“ vorhanden ist. Denn eine Internetnutzung gehört zum Alltag dazu. In den letzten Jahren wird ein Zuwachs an Klienten mit der Problematik eines pathologischen PC-/ Internet- Gebrauchs festgestellt. Dem gegenüber steht die aktuelle Versorgungslage in Deutschland. Während die Behandlung von Patienten mit pathologischem PC-/Internet-Gebrauch in wenigen spezialisierten Kliniken im Rahmen der stationären Rehabilitation zumindest für einen Teil der Betroffenen zur Verfügung steht, ist die Ver-

**Abbildung 3**

Versorgungslage in Deutschland



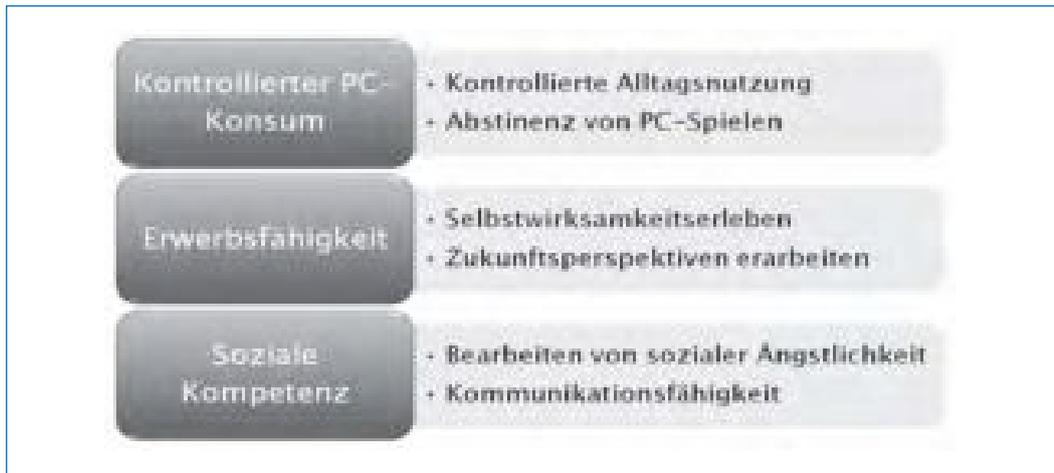
sorgungslage im ambulanten Bereich bei unklarer Zuständigkeit und Finanzierung noch gänzlich ungesichert.

Schon früh kristallisierte sich heraus, dass Hilfesuchende sich im ambulanten Sektor vor allem an Beratungsstellen für Glücksspielsucht zu wenden schienen. Waren sie hier auch faktisch falsch, aufgrund des Versorgungsauftrages der entsprechenden Stellen, führte dies doch dazu, dass sich einige Beratungsstellen vertieft mit dem Thema befassten. Aufgrund dieser Entwicklung war es nach und nach möglich, dass die Kliniken Nachsorgeanträge für die Betroffenen in diesen spezialisierten Beratungsstellen bewilligt bekamen. In letzter Zeit werden auch immer häufiger Anträge auf ambulante Therapie bewilligt. Aus diesem Grund kamen immer mehr Klienten im Rahmen der ambulanten Therapie und Nachsorge zur Suchthilfe Aachen. Diese finden in Form von Einzel- und Gruppensettings statt.

## 2 Ziele der Nachsorge bei pathologischem PC-/Internet-Gebrauch

Es sind vor allem Menschen betroffen, die sich durch ein geringes Selbstwertgefühl auszeichnen, verunsichert sind, kaum Freunde und wenig soziale Kontakte haben. Die Personen sind introvertiert, zurückhaltend, ängstlich, zeigen depressive Tendenzen. Der exzessive PC-Konsum gibt ihnen die Möglichkeit, diese negativen Gefühle zu verdrängen und positive Stimmung herzustellen. Durch die typische Ambivalenz bei Suchterkrankungen ist zu beachten, dass eine Förderung/Beibehaltung der Veränderungsmotivation notwendig ist.

Ziel der Nachsorge ist in erster Linie ein selbstkontrollierter PC- und Internetkonsum bzw. eine kontrollierte Alltagsnutzung. Dies soll die Betroffenen unter anderem befähigen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Förderung von sozialen Kompetenzen und von Selbstwirksamkeitserleben sowie die Erweiterung von Ressourcen in den Fokus genommen. Hierzu ist die Minderung sozialer Probleme notwendig. Vor allem die störungsbildtypischen Merkmale wie soziale Ängstlichkeit und Zurückhaltung sind zu bearbeiten. Im Rahmen der ambulanten Nachsorge in Einzel- und Gruppengesprächen werden diese Ziele in Angriff genommen.

**Abbildung 4**

Ziele der Nachsorge

Die Gruppentherapie gibt den Klienten die Möglichkeit, soziale Kontakte wieder neu zu erlernen, sich in einem geschützten Umfeld auszuprobieren und so ihr Selbstwirksamkeitserleben zu verbessern. Im Sinne des Empowerment-Ansatzes soll die persönliche und interpersonale Möglichkeit des Einzelnen gesteigert werden, um ihm damit zu einer größeren Selbstbestimmung im Leben zu verhelfen. Die Stärkung von Ressourcen ist auch deshalb ein wichtiges Ziel, weil dies dem Individuum helfen kann, sich aus seiner Ohnmachtsbeziehung zum Medium Computerspiel zu befreien. Fehlende Gratifikationsmöglichkeiten in der realen Welt, welche sich zum Beispiel durch soziale Isolation oder ähnliche negative Umweltfaktoren ergeben können, werden durch exzessives Computerspielen kompensiert, wobei dies gleichzeitig eine weitere soziale Isolation nach sich zieht. Um aus diesem Teufelskreis herauszukommen, müssen Zukunftsperspektiven mit den Betroffenen erarbeitet werden. Diese können sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich liegen. Hier kann eine sinnvolle Freizeitgestaltung und das Finden neuer Hobbies ein Ziel sein. Im beruflichen Feld kann ein Studienwechsel oder Abschluss als Fernziel angestrebt werden. Der Klient wird in der Nachsorge unterstützt, diese Ziele anzugehen.

In Bezug auf den Umgang mit dem PC ist es nicht das Ziel der Behandlung, abstinent zu werden, sondern einen sinnvollen Umgang mit dem PC zu erlernen. Dafür müssen die Betroffenen erstmal motiviert werden. Aufgabe der Therapie ist es, eine Veränderungsbereitschaft aufzubauen. Die Behandlung sollte zur Selbststeuerung befähigen, indem die Betroffenen sich z.B. ein Zeitlimit für den PC setzen. Die Abstinenzvereinbarungen bezie-

hen sich meistens nicht auf alle Spiele, sondern auf den Spieltypus, mit dem der Patient Probleme hat.

Durch gruppendynamische Prozesse und bewusst angewandte Methoden und Techniken können computerspielabhängige Menschen in die Lage gebracht werden, mehr Kontrolle über ihren Alltag auszuüben. Durch Empowerment, Selbstwirksamkeitserleben und Ressourcenförderung sollen sie in die Lage gebracht werden, ihre sozialen Probleme selber verringern zu können. Die Teilnehmer bekommen die Chance, sich in der Gruppe im sozialen Austausch miteinander anders zu erfahren als zuvor im digitalen Austausch. Dadurch können wiederum neue Perspektiven und Chancen entstehen: Erleben sich Teilnehmer auch in der realen Welt als selbstwirksam, so werden sie auch in der realen Welt versuchen, Gratifikationen zu erlangen. Das kann zum Beispiel heißen, sich um einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu bemühen oder sich vermehrt reale soziale Kontakte zu suchen.

### 3 Methoden

Im Folgenden sollen drei Methoden im Rahmen der Nachsorge-Arbeit mit PC-Süchtigen exemplarisch vorgestellt werden.

#### 3.1 Psychoedukation – Das Erarbeiten eines Krisenplans

Ein Baustein der Nachsorge ist die Psychoedukation, in der mittels didaktisch-psychotherapeutischer Verfahren Wissensvermittlung über die Störung sowie Förderung und Stützung der gesunden Anteile der Betroffe-

nen erreicht werden. Hier gibt es diverse Methoden der Arbeit. Speziell für den Bereich des pathologischen PC-Gebrauchs hat sich das Erarbeiten von individuellen Bewältigungs- und Selbsthilfestrategien bewährt. Das Erarbeiten eines Krisenplans ist beispielsweise ein Verfahren, bei dem in der Gruppe in Zusammenarbeit solche Strategien erarbeitet und gesammelt werden (zum Beispiel Strategien gegen Einsamkeit, Computerspielverlangen, Konflikte, etc.) und schließlich bewertet und sortiert werden, je nachdem, ob sie als nützlich und hilfreich oder als nutzlos oder schädlich angesehen werden.

Bei computerspielabhängigen jungen Erwachsenen mit kontrolliertem Konsum oder zeitweilig erreichter Abstinenz kann ein Plan hilfreich sein, welcher zum Beispiel Adressen von hilfreichen Ansprechpartnern, nützliche Bewältigungsstrategien und zuvor erarbeitete Frühwarnzeichen für einen exzessiven Computerspielkonsum beinhaltet, die dem Betroffenen helfen können, kein abhängiges Verhalten in einer belastenden Situation auszuüben, sondern sich stattdessen anders zu helfen.

Hier erstellt jeder individuell für sich einen Krisenplan, was er tun kann, um in einer risikohaften Situation nicht in ein destruktives altes Muster zurückzufallen.

### 3.2 Ampelmodell

Bei dem Erarbeiten eines Ampelmodells schreibt jeder Klient für sich auf, welche Dinge am PC er als unproblematisch ausführen darf (grün), welche Tätigkeiten dort risikobehaftet sind (gelb) und welche er sich selber verbieten möchte (rot). Diese Ampel kann im Laufe der Therapie verändert und überprüft werden und stellt für viele Klienten ein wichtiges Regulativ im Umgang mit dem PC dar.

### 3.3 Rollenspiel

Das Rollenspiel als eine der Techniken sozialer Gruppenarbeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung innerhalb sozialer Gruppenarbeit beschreibt ein spielerisches, handlungsorientiertes Verfahren, in dessen Rahmen die Teilnehmer Rollen übernehmen, wechseln und ändern und dadurch erweiterte Handlungsmöglichkeiten im sozialen Umgang und in der Übernahme von fremdbe-

stimmten Rollen in ihrem Alltag erfahren. Zudem dient es dem Erlernen von kommunikativen Kompetenzen. Weitere mögliche Ziele, die mit Rollenspielen erreicht werden können, sind das Erlernen von Frustrationstoleranz, Empathie, Entscheidungsfähigkeit, Kreativität, sowie Selbstbestimmung. Eine Möglichkeit ist es, typische Ambivalenzen bei Computerspielabhängigen darzustellen und im Rollenspiel zu erproben.

#### *Beispiel:*

Bekannter: „Hey, ich hab dich schon lange nicht mehr bei WOW gesehen. Du warst immer so wichtig für unsere Gilde, kommt doch mal wieder on und wir zocken ne Runde!“

Patient: „Ich möchte lieber reale Kontakte denn das viele Spielen am PC tut mir nicht gut. Hab mich in einem Boxverein angemeldet, komm doch mal mit, das macht Spaß!“ Einerseits möchte der Betroffene reale Kontakte haben, mit denen er etwas unternehmen und sich sozial austauschen kann, andererseits ist der soziale Austausch innerhalb eines Computerspiels vielleicht weniger intensiv, aber wesentlich einfacher zu gestalten. Hier wäre es möglich, diese Ambivalenz in einem Rollenspiel darzustellen und mögliche Umgehensweisen durchzuspielen. Insgesamt kann durch das Rollentraining der Erwerb neuer Rollen- und Handlungskompetenzen erreicht werden.

## 4 Begleitende Selbsthilfe

Ergänzend zur ambulanten Nachsorge kann eine Selbsthilfegruppe eine weitere Unterstützung bieten. Die Selbsthilfe bietet den Betroffenen Raum für diverse unangenehme Gefühle wie Ängste und Sorgen und gibt Unterstützung im Umgang mit diesen. Die bewährten Konzepte der Selbsthilfe, ihre Strukturen, Erfahrungen und ihr Know-how zur Gründung und Aufrechterhaltung der Gruppen können hilfreich sein. Der Zugang zur Selbsthilfe wird jedoch erschwert durch ein zu geringes Problembewusstsein auf Seiten der Betroffenen. Sie sind oft introvertierte Einzelgänger und verfügen über eine geringe Gruppenkompetenz und zu wenig Verbindlichkeit und Kontinuität für klassische Selbsthilfeangebote. Für die Gruppe der Medienabhängigen ist es nötig, über die klassischen Selbsthilfestrukturen hinaus zu denken. Es ist meist eine Begleitung durch professionelle Einrichtungen erforderlich, die aber Selbst-

hilfe anregen können. Zu überlegen ist, ob die angeleitete Selbsthilfe für junge Betroffene hilfreich wäre, da sie in der Regel noch nicht über ausreichend Selbstorganisation und Lebenserfahrung verfügen für die Initiierung einer Gruppe.

Der Aufbau einer Online-Selbsthilfegruppe wäre noch eine weitere Möglichkeit, junge Menschen dort abzuholen, wo sie sich befinden. Dies wird immer wieder kritisch diskutiert. Die größte Schwierigkeit für die Selbsthilfegruppen ist die enorme Fluktuation, die sie erleben. Unter anderem auch aus diesen Gründen sind, verglichen mit den Selbsthilfestrukturen in anderen Suchtbereichen, die Selbsthilfestrukturen im Bereich pathologischer PC-/Internet-Gebrauch nur sehr punktuell entwickelt. Um eine weitere Verbreitung von Selbsthilfegruppen zu fördern, scheint es noch viel Unterstützung zu benötigen. So sollte es die Aufgabe von stationären Einrichtungen sein, ihre Patienten über die Möglichkeiten zur Gründung einer Selbsthilfegruppe zu informieren und dahingehend zu motivieren. Ambulante Einrichtungen sollten durch aktive Begleitung mit regelmäßigen Besuchen des Fachpersonals

in der Selbsthilfegruppe sowie durch das Bereitstellen von Räumen unterstützend tätig werden.

In Aachen gibt es seit 2009 eine Selbsthilfeorganisation für PC- und Onlinesüchtige. Zu Beginn wurde die Gruppe durch einen erfahrenen Gruppenleiter vom Kreuzbund und einer Fachkraft aus der Beratung angeleitet. Diese stand dabei für therapeutische Fragen zur Verfügung und der Anleiter der Selbsthilfe für Fragen zur Organisation der Gruppe. Die Gruppe startete zunächst mit drei Personen. Zu Beginn der Gruppenphase wurde



**Abbildung 5**

Beispiel zur Gründung und Begleitung einer Selbsthilfegruppe

**Abbildung 6**

Beispiel der Homepage der Aachener Selbsthilfegruppe

gemeinsam eine Homepage gestaltet, um andere Hilfesuchende dort abzuholen, wo sie sich in der Regel häufig aufhalten. Hier sind Informationen zur Gruppe, den Zielen und Inhalten der Gruppentreffen, den Regeln und weitere wichtige Informationen zu finden. Unter anderem gibt es dort für interessierte Hilfesuchende eine E-Mail-Adresse, über die man weitere Informationen zur Gruppe und den Treffen erhalten und einen ersten Kontakt herstellen kann.

Die Gruppe bietet den Teilnehmern die Möglichkeit, sich ihren sozialen Ängsten zu stellen und im Austausch mit anderen Betroffenen ihre aktuelle Problemlage zu besprechen. Durch regelmäßige Treffen soll die Medienkompetenz gestärkt sowie der kontrollierte Umgang mit dem Medium weiter fortgeführt werden. Die Selbsthilfegruppe trifft sich seit 2009 wöchentlich in den Räumen der Suchthilfe Aachen, ist jedoch als Selbsthilfe eigenständig und kein Angebot der Suchthilfe. Diese Trennung ist wichtig, um die Schwelle so niedrig wie möglich zu halten. Zwischen der Suchthilfe und der Selbsthilfe besteht jedoch eine Kooperation, sodass Klienten von uns an die Selbsthilfe vermittelt werden und auch anders herum, vor allem wenn die Gruppe merkt, dass ein Betroffener mehr Hilfe braucht, als die Selbsthilfe bieten kann. Zudem wird die Gruppe durch regelmäßige Besuche von Fachpersonal der Suchthilfe begleitet, vor allem wenn es konkrete Fragen zu bestimmten Themen gibt.

#### **Kristina Latz**

M.Sc., Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin,  
Suchttherapeutin (VDR)  
Suchthilfe Aachen  
Hermannstr. 14  
52062 Aachen  
latz@suchthilfe-aachen.de  
www.suchthilfe-aachen.de  
blog.suchthilfe-aachen.de

## **Studie: E-Zigaretten verführen Jugendliche zum Tabakrauchen**

Elektrische oder E-Zigaretten, die als vermeintlich gesunde Alternative zu Tabakprodukten angeboten werden, entwickeln sich bei US-Jugendlichen immer mehr zur Einstiegsdroge für das Rauchen. In einer Langzeitstudie im US-amerikanischen Ärzteblatt (JAMA 2015; 314: 700-707) griffen Zehntklässler viermal häufiger zu den Verbrennungszigaretten, wenn sie als Neuntklässler bereits Erfahrungen mit E-Zigaretten gemacht hatten.

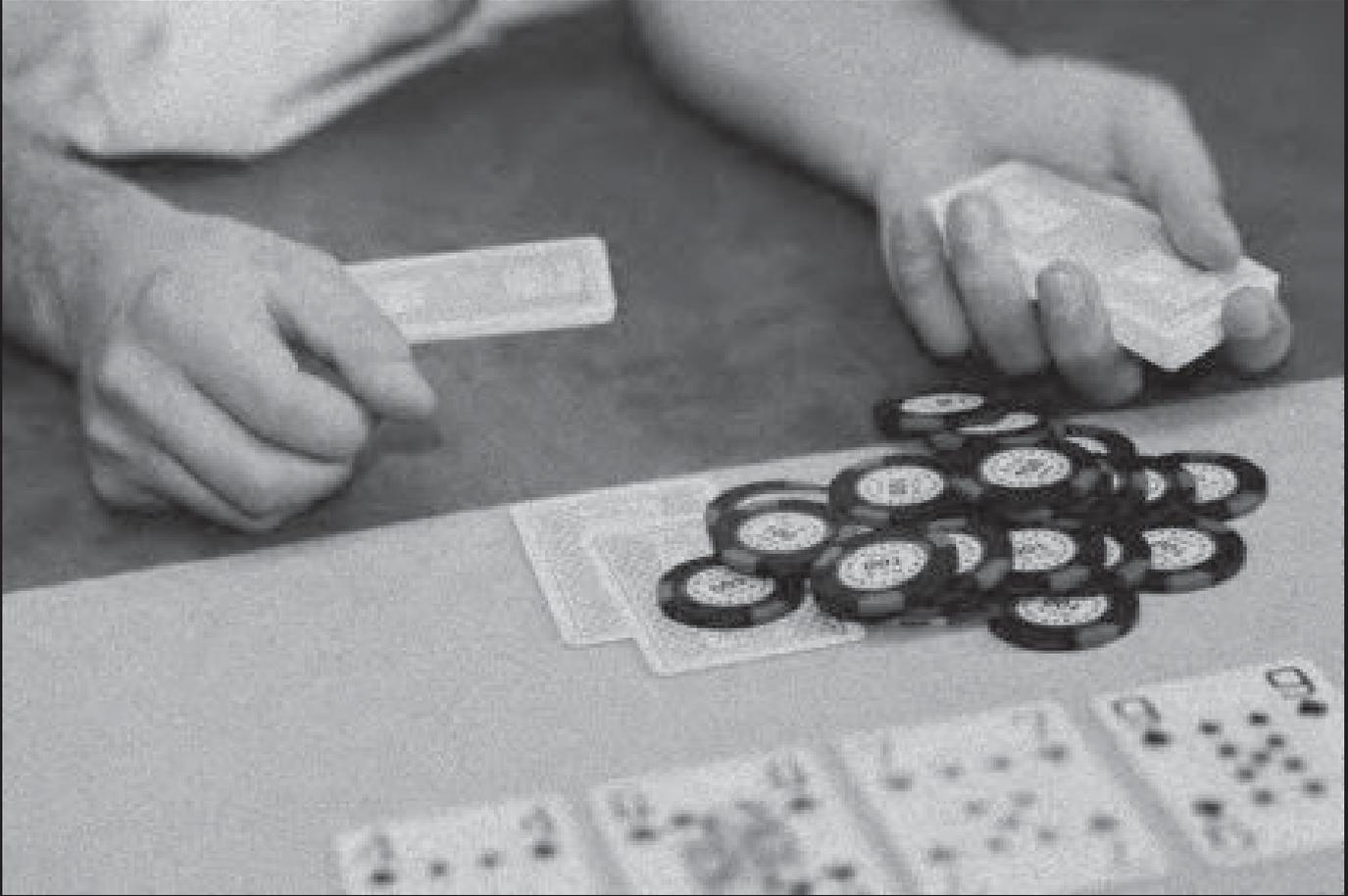
E-Zigaretten setzen das Nikotin durch Verdampfen aus einer Flüssigkeit frei. Dabei kommt es anders als beim Verbrennen von Tabak in Zigaretten nicht zur Bildung von zahllosen Schadstoffen, die für die Krebsentstehung und andere Erkrankungen verantwortlich sind. Die Hersteller von E-Zigaretten halten ihre Produkte deshalb für unschädlich und wehren sich gegen eine stärkere Reglementierung. Unbestritten ist allerdings, dass Nikotin die suchterregende Substanz in Tabak- und in E-Zigaretten ist. Auch E-Zigaretten machen vermutlich abhängig, und für viele Experten stellt sich die Frage, ob die Jugendlichen bei den E-Zigaretten bleiben oder später doch auf Tabak umsteigen.

Adam Leventhal von der Keck School of Medicine in Los Angeles hat in einer Langzeituntersuchung 2.530 Schüler der neunten Klasse über ein Jahr begleitet. In diese Zeit fällt bei vielen Jugendlichen in den USA ein Schulwechsel, was erfahrungsgemäß den Anteil der Raucher steigert. Dies war auch bei den Konsumenten von E-Zigaretten der Fall.

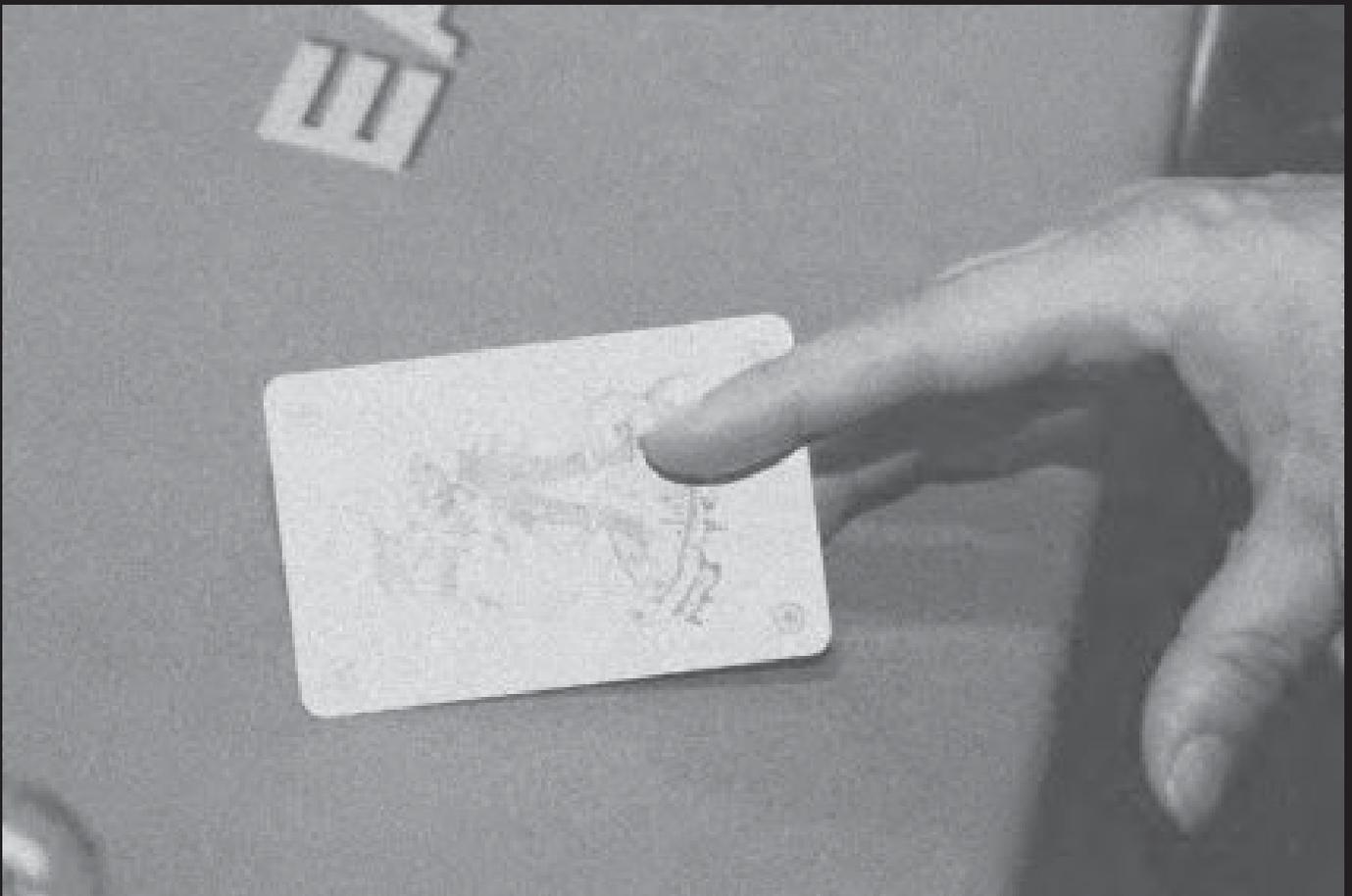
Der Anteil der Tabakraucher war in dieser Gruppe bereits Ende der neunten Klasse auf 31 Prozent gestiegen gegenüber 8 Prozent unter den Schülern, die zuvor keine Erfahrungen mit E-Zigaretten gemacht hatten. Zu Beginn der zehnten Klasse betrug das Verhältnis 25 gegenüber 9 Prozent. Dies ergibt nach den Berechnungen von Leventhal eine Odds Ratio von 4,27, an deren Signifikanz bei einem 95-Prozent-Konfidenzintervall von 3,19 bis 5,71 nicht zu zweifeln ist.

Quelle: [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)









# Auf der falschen Spur: Die epidemiologische Forschung zu Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen

Manfred Zielke<sup>1</sup>, Matthias Stapel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Baltic Bay Clinical Consulting, Mönkeberg

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer

## Kurzfassung

*Hintergrund:* In den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen zu verzeichnen. Die Ursachen für diese Entwicklung sind weitgehend unbekannt und somit öffnet sich ein weites Feld für Spekulationen aus der Perspektive der jeweiligen „Stakeholder“, ohne dass es dafür irgendwelche belastbaren Nachweise gäbe.

*Material und Methoden:* Es wird untersucht, ob Aspekte der demographischen Entwicklung in Deutschland für diese Anstiege verantwortlich sein können.

Bei einem mittleren Zugangsalter für Erwerbsminderungsrenten bei psychischen Erkrankungen von knapp 50 Jahren geraten gleichsam als verzögerte Folgen der geburtenstarken Jahrgänge ab 1955 immer mehr Erwerbstätige in ein kritisches Zeitfenster für Erwerbsminderungsrenten bei psychischen Erkrankungen (48 bis 54 Jahre).

*Ergebnisse:* Mittels einer Zusammenhangsanalyse zur Identifizierung von Trends (Alerting Correlation) konnte aufgezeigt werden, dass es einen hohen kausalen Zusammenhang gibt zwischen der aktuellen Zunahme aktiv RV-Versicherter und der Zunahme von Erwerbsminderungsrenten infolge von Depressionen ( $R = 0,968$ ). Die jährliche Steigerungsrate der Frühberentungen bei psychischen Erkrankungen ist nahezu ausschließlich der demographischen Entwicklung geschuldet.

Die wirklich geburtenstarken Jahrgänge kommen erst noch!

Eine wissenschaftlich begründete epidemiologische Forschung zu Frühberentungen darf sich nicht in einer Augenscheinplausibilität erschöpfen.

## Schlüsselwörter

Erwerbsminderungsrenten

Geburtenentwicklung

Demographie

## 1 Problemstellung

Es vergeht kaum eine Woche, ohne dass „sensationelle“ Zahlen über die Bedeutung psychischer Erkrankungen in der deutschen Gesundheitsversorgung verbreitet werden.

Die unten zusammengestellten Zitate sind nur ein geringer Ausschnitt aus solchen Verlautbarungen. Kaum jemand stellt noch die Frage, ob das denn alles so stimmt und ob die Grundlagen der diesbezüglichen Veröffentlichungen auf belastbaren Daten beruhen. Neben politischen Interessenvertretern

sind es vor allem Psychotherapieverbände und Sozialversicherungsträger, aber auch nicht wenige Betriebsärzte und psychotherapeutische Behandlungseinrichtungen, die sich dem Tenor der veröffentlichten Meinung ungeprüft anschließen und sich mit einer „Augenscheinplausibilität“ zufrieden geben. Zugleich ist zu beobachten, dass nach Veröffentlichungen von aktuellen Zahlen zur Erwerbsminderung zahllose Experten und Vertreter unterschiedlicher Interessengruppen Schlange stehen, die Erklärungen für eine solche Entwicklung parat haben.

Die konsentrierte Meinung und Verlautbarungen aus der „Versorgungsforschung“ lässt sich etwa so zusammenfassen: **„Wegen der teilweise nicht mehr erträglichen Belastun-**

**gen am Arbeitsplatz“ steigt die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen unaufhaltsam“.**

In diesem Aufsatz soll untersucht werden, ob es wissenschaftlich nachweisbare Gründe und belastbare Ursachen für eine offensichtliche Zunahme der Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen gibt.

**Abbildung 1**

Auf der falschen Spur



## 2 Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten (EWMR)

Seit mehreren Jahren ist eine Zunahme von Erwerbsminderungsrenten (EM-R) infolge von psychischen Erkrankungen zu beobachten. Dies gilt sowohl hinsichtlich der absoluten Fälle als auch bei den relativen Anteilen im gesamten Frühberentungsgeschehen.

Als Ursachen für diese Entwicklung werden ein Diagnose-Shifting im Begutachtungsverfahren und/oder eine fortschreitende Verminderung des Leistungsvermögens und der korrespondierenden Erwerbsfähigkeit infolge von zunehmenden Belastungen der Arbeitswelt angenommen. Die diesbezüglichen Bewertungen einer solchen Entwicklung variieren je nach Interessenlage der „Stakeholder“ in der Gesundheitsversorgung und können allenfalls als Gedankenspiele verstanden werden.

In Tabelle 1 haben wir eine Übersicht erstellt über die Entwicklung der EWMR in ausgewählten Krankheitsgruppen seit dem Jahr

**Tabelle 1**

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EWMR) nach ausgewählten Diagnosegruppen im Verlauf von 2000 bis 2013: Psychische Erkrankungen, Erkrankungen von Skelett/Muskeln/Bindegewebe (SMB), Herz/Kreislaufkrankungen (HKL) und Neubildungen (Absolutfälle)

EWMR Männer	EWMR Frauen	EWMR Männer und Frauen				Jahrgang
		Psychische Erkrankungen	SMB	HKL	Neubildungen	
25.665	25.785	54.094	28.328	28.827	212.868	2000
25.984	27.597	50.395	25.734	25.790	200.093	2001
23.977	26.177	39.792	22.179	24.213	175.939	2002
24.562	26.242	35.189	21.527	25.417	174.176	2003
25.563	27.123	31.706	19.374	24.843	169.296	2004
25.133	27.844	29.700	18.018	23.681	163.794	2005
24.454	26.979	26.492	17.036	23.019	158.265	2006
25.256	28.632	25.961	16.851	23.216	159.972	2007
26.287	31.124	25.782	16.833	22.871	161.265	2008
29.006	35.463	26.236	17.254	23.468	171.129	2009
31.698	39.248	26.494	18.068	24.036	180.752	2010
32.642	40.631	25.432	17.319	22.737	178.497	2011
32.516	41.944	24.196	17.053	22.340	177.058	2012
32.268	42.477	23.803	16.558	21.626	175.135	2013

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang „Rentenversicherung in Zeitreihen 2012/2013/2014“ Hrsg: Deutsche Rentenversicherung Bund: DRV-Schriften Band 22/23/24. Vom Oktober 2012/2013/2014

EWMR Männer	EWMR Frauen	EWMR Männer und Frauen				Jahrgang
		Psychische Erkrankungen	SMB	HKL	Neubildungen	
25.665	25.785	54.094	28.328	28.827	212.868	2000
19,6%	31,5%	25,4%	13,3%	13,5%		2000
32.642	40.631	25.432	17.319	22.737	178.497	2011
35,2%	47,4%	14,2%	9,7%	12,7%		2011
32.516	41.944	24.196	17.053	22.340	177.058	2012
35,9%	48,5%	13,7%	9,6%	12,6%		2012
32.268	42.477	23.803	16.558	21.626	175.135	2013
36,4%	49,0%	13,6%	9,5%	12,3%		2013

**Tabelle 2**

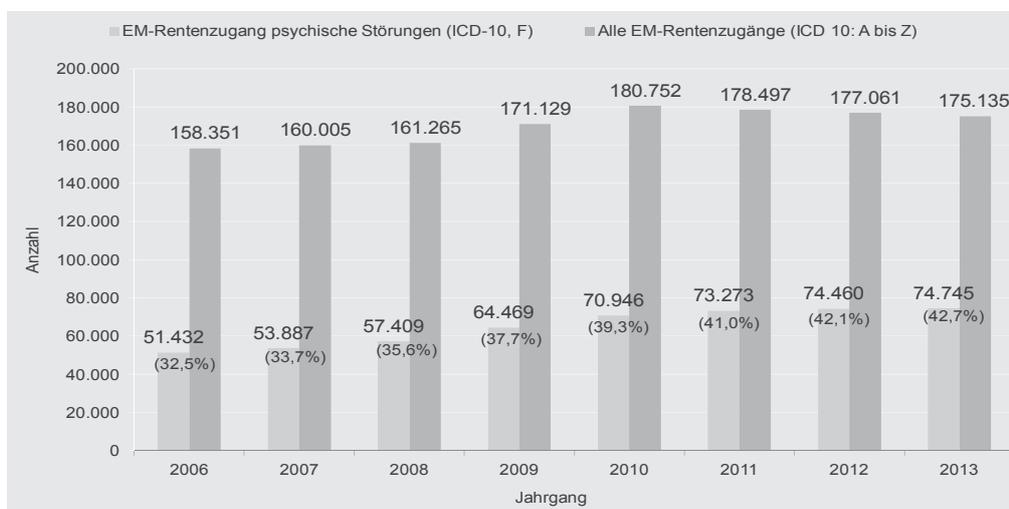
Absolutfälle und relative Häufigkeiten der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EWMR) nach ausgewählten Diagnosegruppen: Psychische Erkrankungen, Erkrankungen von Skelett/Muskeln/Bindegewebe (SMB), Herz/Kreislaufkrankungen (HKL) und Neubildungen (Absolutfälle von 2000, 2011 und 2012 und 2013 sowie relative Anteile)

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang „Rentenversicherung in Zeitreihen 2012/2013/2014“ Hrsg: Deutsche Rentenversicherung Bund: DRV-Schriften Band 22/23/24. Vom Oktober 2012/13/2014

2000. Davor liegende Statistiken sind für Verlaufsdaten nicht verwendbar, weil sie auf der Krankheitsklassifikation der ICD-9 basierten, die mit der Nachfolgeversion ICD-10 nicht kompatibel ist. Erwerbsminderungsrenten wegen Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (SMB) haben sich im Übersichtszeitraum mehr als halbiert und sind seit 2006 auf einem stabilen Niveau. Der Rückgang der EWMR infolge von Herz-Kreislaufkrankungen (HKL) beträgt zwischen 2000 und 2013 etwa 12 Tsd. Fälle und seit 2006 ergibt sich eine weitgehend konstante Fallzahl. Erwerbsminderungsrenten wegen Krebserkrankungen weisen eher geringe Schwankungen auf und beruhen ebenfalls ab etwa 2006 auf konstan-

ten Fallzahlen. Bei den EWMR infolge psychischer Erkrankungen zeigt sich ab 2007 ein zunächst moderater und ab 2009 ein deutlicher Anstieg bei den Frauen; die Zuwächse gestalten sich bei den Männern hingegen eher moderat auf zuletzt 32.268 Fälle. Bedingt durch den Rückgang der EWMR-Fälle wegen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (SMB) und wegen Herz-Kreislaufkrankungen (HKL) und den Anstieg bei den psychischen Erkrankungen erscheinen die Veränderungen der relativen Anteile der einzelnen Krankheitsbilder dramatisch. Bei Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen werden bei den Männern zwischen 2000 und 2013 etwa 7 Tsd. Fälle mehr registriert, was einem

**EM-Rentenzugang wegen psychischer Erkrankungen**



**Fast jeder 2. EM-Rentenzugang wegen psychischer Erkrankungen**

**Abbildung 2**

EM-Rentenzugänge wegen psychischer Erkrankungen und Gesamtentwicklung der Erwerbsminderungsrenten (2006 bis 2013)

Anstieg von 19,6% auf 36,4% entspricht. Bei den Frauen werden 2013 etwa 17 Tsd. Fälle mehr beobachtet. Dies ist ein Anstieg von 31,5% im Jahr 2000 auf 49,0% in 2013. Im gleichen Beobachtungszeitraum verringert sich der Anteil der Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates um knapp 30 Tsd. Fälle auf 13,6% im Jahr 2013 und bei den Herz-Kreislaufkrankungen werden 2013 etwa 12 Tsd. EWMR-Fälle weniger registriert. Der relative Anteil sinkt von 13,3% auf 9,5% im Jahre 2013. Trotz einer Verringerung um etwa 7 Tsd. Fälle wegen Krebserkrankungen, bleibt der relative Anteil mit 12,3% nahezu konstant.

Wie aus Tabelle 2 und Abbildung 2 ersichtlich ist, verringert sich der Umfang an Erwerbsminderungsrenten seit 2000 um 37.733 Fälle bis 2013. In den letzten vier Jahren ist insgesamt ein leichter Rückgang auf zuletzt 175.135 Fälle zu verzeichnen. Gleichzeitig nehmen die Fallzahlen bei psychischen Erkrankungen seit 2010 in Abgrenzung zum Gesamttrend von 70.946 Fällen auf 74.745 Erwerbsminderungsrentenfälle zu mit einer gewissen Konstanz in den letzten beiden Untersuchungsjahren. Infolge der rückläufigen Fallzahlen in der Gesamtentwicklung steigt der relative Anteil der Rentenzugänge wegen psychischer Erkrankungen auf 42,7% überproportional.

### 3 Demographische Entwicklung

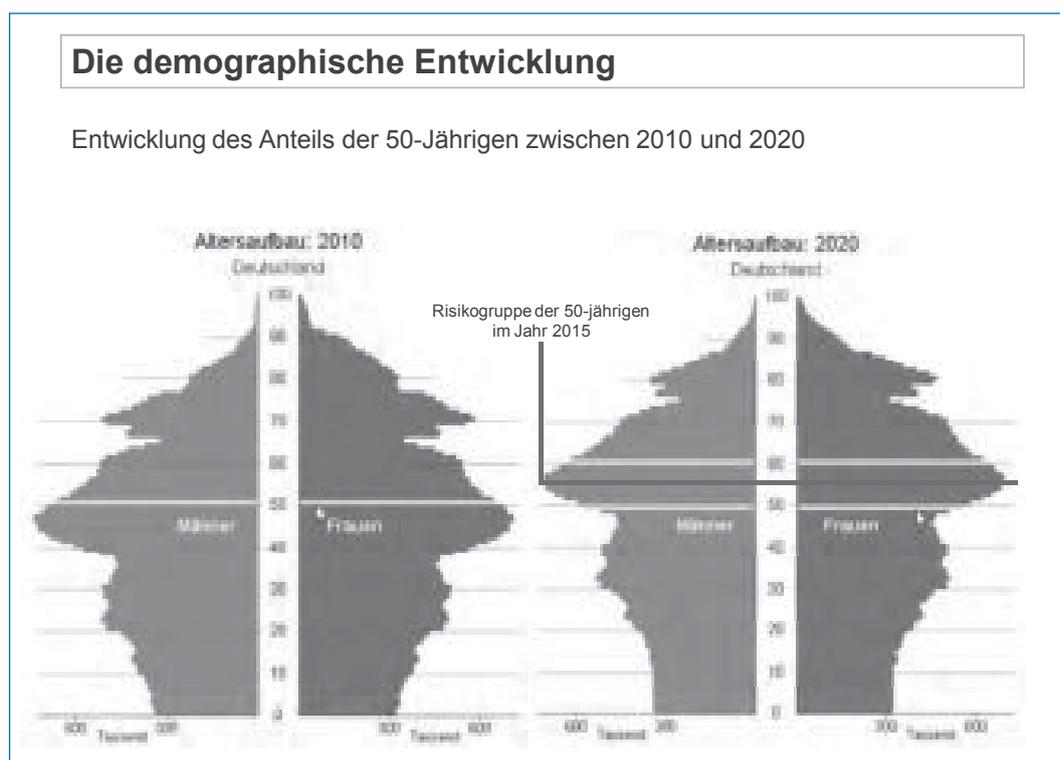
Den folgenden Darlegungen liegt die Annahme zugrunde, dass der Anstieg der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen möglicherweise als eine Folge einer spezifischen Bevölkerungsentwicklung gesehen werden kann. Wenn sich z.B. zeigen würde, dass Bevölkerungsgruppen mit hohen Risiken einer Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankungen zahlenmäßig zunehmen, wären daraus Hinweise über die Ursachen der EWMR-Anstiege in diesem Erkrankungsbereich abzuleiten.

Wir wissen aus diversen Datenquellen, dass das mittlere Rentenzugangsalter von EWMR bei psychischen Erkrankungen bei 48 bis 50 Jahren liegt (Zielke 1993; Zielke et al. 2004). Betrachtet man die Bevölkerungspyramide des Jahres 2015, zeigt sich in der Auswölbung der jetzt 45- bis 55-jährigen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ein ausgeprägter Bevölkerungszuwachs, der gemeinhin als „Baby-Boom“ bezeichnet wird. In Abbildung 3 haben wir die Verteilung der Risikogruppe der 2014 und 2015 50-jährigen noch einmal separat markiert. Der Bevölkerungszugewinn befindet sich im Jahr 2014/2015. Danach wird dieser Anteil in der besagten Altersgruppe entsprechend abnehmen. Die Bevölkerungsentwicklung aus den Geburtsjahrgängen zwischen 1955 und

**Abbildung 3**

Bevölkerungsentwicklung zwischen 2010 und 2020 unter besonderer Berücksichtigung der 50-Jährigen (Statistisches Bundesamt (2014)

[www.destatis.de/DE/Zahlen/Fakten](http://www.destatis.de/DE/Zahlen/Fakten))



1969 ist noch einmal detailliert in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt. Aus dieser Zahlenreihe ist ersichtlich, dass ab 1957 ein konstanter Zuwachs zu verzeichnen ist. Die durch einen erheblichen Geburtenüberschuss zu beobachtende Zunahme hält mindestens bis zum Geburtsjahrgang 1969 an. Insbesondere der Jahrgang 1964 kann als „starker“ Jahrgang bezeichnet werden.

#### 4 Zielsetzung und Methodik der empirischen Analyse

Wir haben uns in einem weiteren Schritt mit der Frage beschäftigt, ob sich zwischen den skizzierten Entwicklungen der Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen und der Bevölkerungsentwicklung Zusammenhänge aufzeigen lassen. Als Erkrankungsgruppe haben wir zunächst einmal die Gesamtheit der psychischen Störungen (ICD-10: F) und die affektiven Störungen (ICD-10: F3) als häufigste psychische Erkrankung ausgewählt, die darüber hinaus auch weitgehend eindeutig diagnostiziert werden können. Ferner wurden in die Auswertungen einbezogen Erwerbsminderungsrenten infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems (ICD-10: I), Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (ICD-10: M) und Neubildungen (ICD-10: C-D). Zwischen jeweils zwei dargelegten Zeitreihen haben wir eine Zusammenhangsanalyse mittels einer „Alerting Correlation“ (Rosenthal et al. 2000) berechnet. Dies ist ein Verfahren, mit dem es möglich ist, Zusammenhänge durch einen Verzicht auf Varianzen innerhalb einzelner Jahrgänge zu ermitteln.

Auf der Basis der Rentenstatistik der gesetzlichen Rentenversicherung haben wir Häufigkeitsanalysen der EWMR in ausgewählten Krankheitsgruppen des Frühberentungsgeschehens durchgeführt und ebenfalls Auflistungen in den für Frühberentungen kritischen Altersjahrgängen erstellt. Beide Zeitreihen wurden dann in Relation gesetzt zu den demographischen Entwicklungen bei den Erwerbstätigen in den korrespondierenden Altersjahrgängen. Da das Durchschnittsalter des Rentenzugangs bei den jeweiligen Erkrankungsgruppen unterschiedlich ausfällt, wurde das mittlere Rentenzugangsalter für jede Krankheitsgruppe separat ermittelt.

Jahr	Geburten
1950	1 116 701
1955	1 113 408
1960	1 261 614
1961	1 313 505
1962	1 316 534
1963	1 355 595
<b>1964</b>	<b>1 357 304</b>
1965	1 325 386
1970	1 047 737
1980	865 789
1990	905 675
2000	766 999
2010	677 947
2012	673 544

**Tabelle 3**

Geburten in Deutschland zwischen 1950 und 2012

## 5 Ergebnisse

### 5.1 EM-Berentungen wegen psychischer Störungen (ICD-10: F) und die demographische Entwicklung

Da die Graphiken sehr komprimiert aufgebaut sind, soll die Struktur der Darstellungen separat erläutert werden.

Im oberen rechten Teil der nachfolgenden Abbildung ist das jeweilige Durchschnittsalter bei Berentung im Verlauf zwischen 2005 und 2013 angegeben. Die beiden unteren Zahlenreihen enthalten die jeweiligen Zahlen an Erwerbsminderungsrenten in der zugrunde liegenden Diagnose und darunter die Anzahl der aktiv Versicherten in der Risikoaltersspanne. Das Diagramm zeigt die lineare Beziehung zwischen den Versicherten im Risikoalter und den Erwerbsminderungsrenten. In die Graphik hineingeschrieben wurden die Positionierungen der Jahreszahlen aus beiden Variablen und die Werte für  $R^2$  und der Korrelationskoeffizient  $R$ .

Das Durchschnittsalter des Rentenzugangs bei psychischen Erkrankungen (ICD-10: F) insgesamt betrug 2005 47,6 Jahre und es hat sich bis 2013 leicht in ein höheres Alter von 49,1 Jahren verschoben. Die Anzahl der aktiv Versicherten nimmt von 5.050.932 im Jahre 2006 auf 5.532.918 in 2012 zu mit einem leichten Rückgang auf 5.485.304 im Erhebungsjahr 2013. Die Alerting Correlation zwischen den beiden Datenreihen ist mit einem Koeffizienten von  $R = 0,907$  als ausge-

sprochen hoch zu bezeichnen. Das Quadrat dieses Koeffizienten von  $R^2 = 0,823$  bedeutet eine von beiden Variablen aufgeklärte Varianz von 82,3%. Es gibt bei der Gesamtheit der psychischen Erkrankungen den ganz eindeutigen Zusammenhang, dass die Zunahme der Erwerbsminderungsrenten nahezu identisch verläuft mit der Anzahl der aktiv Versicherten im Risikoalter.

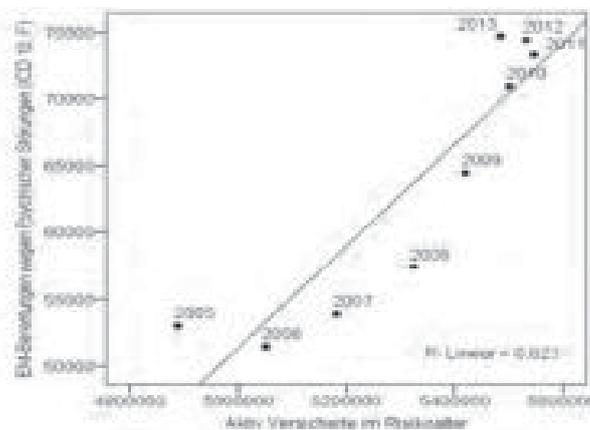
Das mittlere Rentenzugangsalter der Erwerbsminderungsrenten liegt bei den affektiven Störungen mit 50,4 Jahren im Jahr 2005 und bis zu 51,1 Jahren im letzten Untersuchungsjahr 2013 etwas höher als bei psychischen Störungen insgesamt. Während im Jahr 2006 17.271 Neuzugänge bei den Erwerbsminderungsrenten zu verzeichnen waren, erhöht sich der jährliche Zugang auf ins-

**Abbildung 4**

Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen psychischer Störungen und die demographische Entwicklung in den Risikojahren

**Alerting Correlation** Rosenthal, R., Rosnow, R.L., Rubin, D.B. (2000)

**EM-Berentungen wegen psychischer Störungen und die demographische Entwicklung (R= 0,907)**



**Durchschnittsalter**

**bei Berentung**

2005	47,6 Jahre
2007	47,8 Jahre
2009	48,0 Jahre
2012	48,7 Jahre
2013	49,1 Jahre

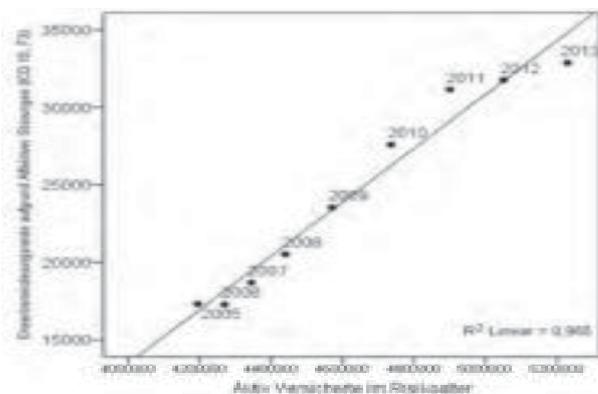
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
EM-Renten wegen psych. Störungen	51.432	53.887	57.409	64.469	70.946	73.273	74.460	74.745
Aktiv Versicherte im Risikoalter (45-49)	5.050.932	5.181.663	5.324.206	5.419.984	5.501.510	5.547.346	5.532.918	5.485.304

**Abbildung 5**

Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen affektiver Störungen und die demographische Entwicklung in den Risikojahren

**Alerting Correlation** Rosenthal, R., Rosnow, R.L., Rubin, D.B. (2000)

**EM-Berentungen wegen affektiver Störungen und die demographische Entwicklung (R= 0,982)**



**Durchschnittsalter**

**bei EM-Berentung**

2005	50,4 Jahre
2007	50,5 Jahre
2009	50,6 Jahre
2012	50,9 Jahre
2013	51,1 Jahre

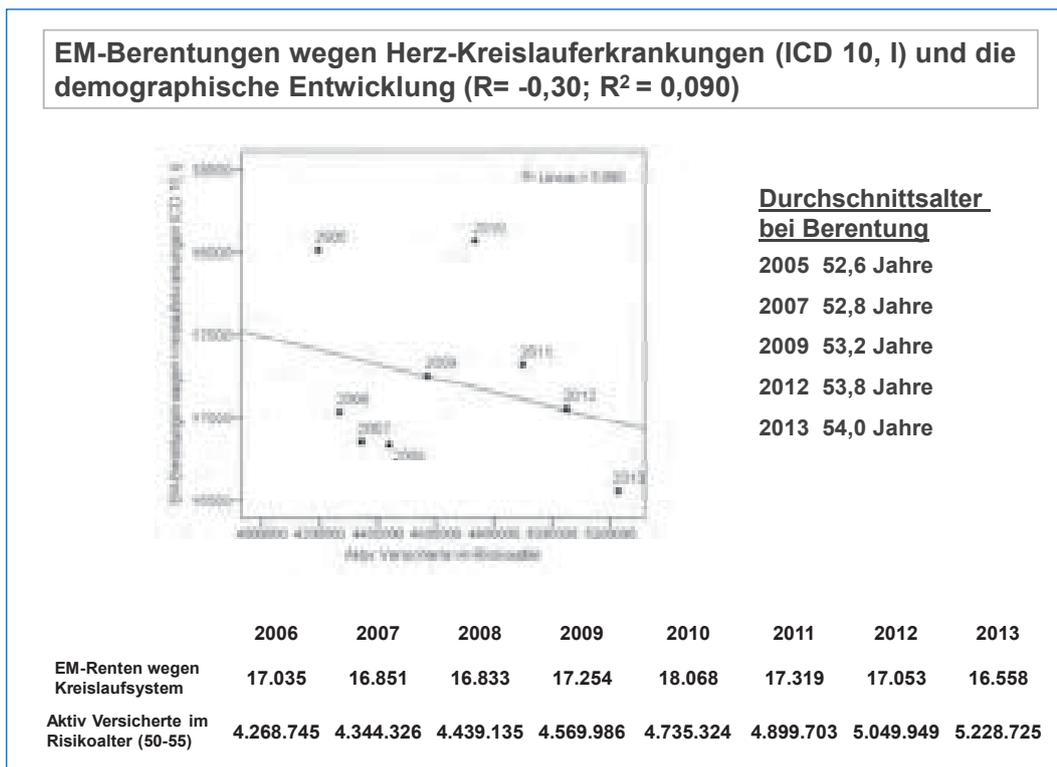
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
EM-Renten wegen psych. Störungen	17.271	18.678	20.515	23.532	27.588	30.151	31.775	32.884
Aktiv Versicherte im Risikoalter (50-55)	4.268.745	4.344.326	4.439.135	4.569.986	4.735.324	4.899.703	5.049.949	5.228.725

gesamt 32.884 Fälle im Jahre 2013. Ebenfalls verändert sich die Anzahl der aktiv Versicherten im Risikoalter von 4.268.745 im Jahr 2006 auf 5.228.725 Personen in 2013. Der Koeffizient der Alerting Correlation zwischen den beiden Datenreihen beträgt  $R = 0,982$ . Das bedeutet, dass bei einem  $R^2 = 0.965$  nahezu die vollständige Varianz durch den Zusammenhang zwischen beiden Messwertreihen ausgeschöpft wird. Der Zuwachs an Erwerbsminderungsrenten wegen affektiver Störungen lässt sich eindeutig durch die demographische Entwicklung von vor 50 Jahren erklären, in deren Folge die nunmehr 50-Jährigen im Risikoalter auch im Erwerbsleben in Erscheinung treten.

### 5.2 EM-Berentungen wegen Herz-Kreislaufkrankungen (ICD-10: I) und die demographische Entwicklung

Um Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, ob die bei den psychischen Erkrankungen gefundenen Zusammenhänge zwischen den Erwerbsminderungsrenten und der demographischen Entwicklung in gleicher oder ähnlicher Weise anzutreffen sind, haben wir mit der gleichen Methodik Zusammenhänge zwischen der Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten infolge somatischer Krank-

heitsbilder und den aktiv Versicherten in den jeweiligen Risikokorridoren berechnet. Das Durchschnittsalter bei Berentung liegt bei den Herz-Kreislaufkrankungen deutlich höher als bei den psychischen Erkrankungen. Seit 2005 steigt es darüber hinaus von 52,6 Jahren auf 54,0 Jahre in 2013 an. Korrespondierend dazu haben wir die Anzahl der aktiv Versicherten im Risikoalter zwischen 50 Jahren bis zu 55 Jahren ausgewählt. Die jeweiligen Absolutzahlen sind in der unteren Zeile von Abbildung 6 eingetragen. Wie aus der linearen Darstellung in Abbildung 6 erkennbar ist, beträgt die Korrelation  $R = -0,30$ . Dieser Zusammenhang ist nicht signifikant und von der Tendenz her eher negativ. Die Anzahl der EM-Berentungen weist deutliche, aber nicht systematische Schwankungen auf mit einem Höchststand im Jahr 2010 mit 18.068 Fällen. Danach sind die Zahlen wieder rückläufig bis auf 16.558 Erwerbsminderungsrentenzugänge in 2013. Die Zahl der Beschäftigten im Risikoalter steigt von 4.268.745 in 2006 kontinuierlich an und beträgt 2013 5.228.725 Erwerbstätige im Alter zwischen 50 und 55 Jahren. Bei den Herz-Kreislaufkrankungen konnte kein systematischer Zusammenhang zwischen den Messwertreihen gefunden werden. Die Schwankungen der EM-Rentenzugänge gestalten sich unabhängig von der



**Abbildung 6**

Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen Herz-Kreislaufkrankungen und die demographische Entwicklung in den Risikojahrgängen

korrespondierenden demographischen Entwicklung.

### 5.3 EM-Berentungen wegen Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (ICD-10: M) und die demographische Entwicklung

Das mittlere Alter der Erwerbsminderungsrenten infolge von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes liegt mit 52,9 Jahren im Untersuchungsjahr 2005 und mit bis zu 54,8 Jahren in 2013 deutlich höher als bei den psychischen Erkrankungen. Die Zugangsquoten sind überwiegend konstant mit einem leichten Rückgang in den letzten beiden Untersuchungsjahren. Die Alerting Correlation zwischen den Veränderungen der aktiv Erwerbstätigen im Risikoalter und den Erwerbsminderungsrenten durch Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates ist mit  $R = -0,800$  negativ (siehe Abbildung 7). Bei nahezu konstanten bzw. in den letzten Jahren sinkenden Rentenzugängen steigt die Anzahl der Versicherten in der Risikoaltersspanne von 4.268.745 Erwerbspersonen auf 5.228.725 im letzten Untersuchungsjahr 2013.

### 5.4 EM-Berentungen wegen Krebserkrankungen (ICD-10: C-D) und die demographische Entwicklung

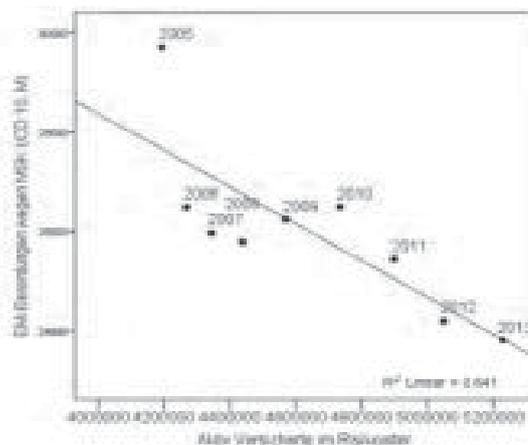
Wie bereits im Detail in Tabelle 1 ausgeführt, ist die Zahl der Erwerbsminderungsrenten infolge einer Krebserkrankung weitgehend konstant mit einer abnehmenden Tendenz seit dem Untersuchungsjahr 2010 mit 24.036 Rentenzugängen auf nunmehr 21.626 Fälle im Untersuchungsjahr 2013. Das mittlere Rentenzugangsalter liegt zwischen 51,1 Jahre in 2006 und 52,1 Jahren im 2013. Die untere Zeile in Abbildung 8 zeigt an, wie viele Erwerbstätige in den jeweiligen Untersuchungsjahren sich in einer Risikoaltersspanne zwischen 50 Jahren und 55 Jahren befanden. Diese Zahl steigt kontinuierlich an auf insgesamt 5.228.725 Erwerbspersonen in 2013.

Der Zusammenhang zwischen beiden Zahlenreihen ist mit einer Alerting Correlation von  $R = -0,677$  signifikant und negativ (siehe Abbildung 8), wenngleich die Höhe dieses Zusammenhangs nicht so ausgeprägt ist wie bei den Rückenerkrankungen. Bei leicht sinkenden Fallzahlen bei den Erwerbsminderungsrenten infolge von Neubildungen steigt die Anzahl der aktiv Erwerbstätigen in den Risikoaltersjahrgängen.

**Abbildung 7**

Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes und die demographische Entwicklung in den Risikojahrgängen

#### EM-Berentungen wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD 10, M) und die demographische Entwicklung ( $R = -0,800$ ; $R^2 = 0,641$ )

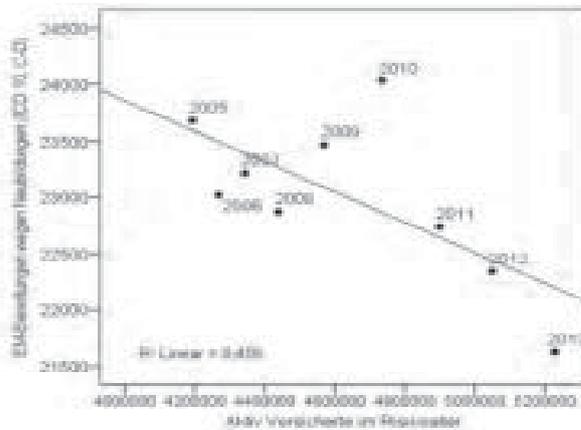


#### Durchschnittsalter bei Berentung

2005	52,9 Jahre
2007	53,0 Jahre
2009	53,5 Jahre
2012	54,3 Jahre
2013	54,8 Jahre

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
EM-Renten wegen MSK (ICD-10, M)	26.490	25.960	25.781	26.233	26.494	25.432	24.196	23.803
Aktiv Versicherte im Risikoalter (50-55)	4.268.745	4.344.326	4.439.135	4.569.986	4.735.324	4.899.703	5.049.949	5.228.725

**EM-Berentungen wegen Neubildungen (ICD 10, C-D) und die demographische Entwicklung (R= -0,677; R<sup>2</sup> = 0,458)**



**Durchschnittsalter bei Berentung**  
 2005 51,1 Jahre  
 2007 51,4 Jahre  
 2009 51,9 Jahre  
 2012 52,4 Jahre  
 2013 52,1 Jahre

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
EM-Renten wegen Neubildungen	23.018	23.216	22.871	23.468	24.036	22.737	22.340	21.626
Aktiv Versicherte im Risikoalter (50-55)	4.268.745	4.344.326	4.439.135	4.569.986	4.735.324	4.899.703	5.049.949	5.228.725

**Abbildung 8**

Alerting Correlation der EM-Berentungen wegen Neubildungen und die demographische Entwicklung in den Risikojahrgängen

**6 Verkürzungen der stationären Behandlungszeiten in der Psychosomatik und langfristige Effekte bei den Erwerbsminderungsrenten ?**

Zielke und Wittmann (2009) sind der Frage nachgegangen, ob die seit längerem angewiesenen verkürzten Behandlungszeiten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation einen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse haben könnten. Dies ist ein Sachverhalt, der offensichtlich nicht als primäres Forschungsfenster der Sozialversicherungsträger angesehen wurde und wohl auch noch wird. Üblicherweise wird versucht, Forschungsergebnisse, die nicht zu dem eigenen „Mainstream“ der Stakeholder passen, hinsichtlich der Forschungsmethodik zu kritisieren oder die Ergebnisse einfach zu übergehen. Datengrundlage waren Dokumentationen aus stationären Behandlungseinrichtungen aus den Jahren 1985 bis 2007 mit insgesamt 30.663 Behandlungsverläufen bei affektiven Störungen.

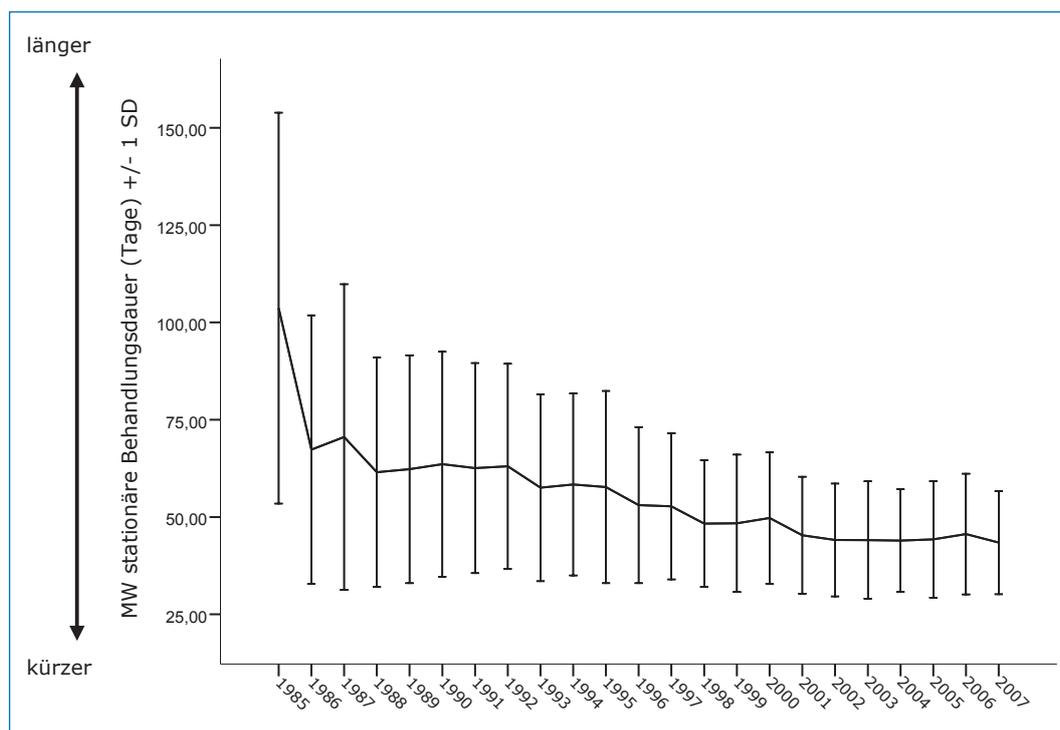
**6.1 Verkürzungen der stationären Behandlungsdauer im Verlauf bei affektiven Störungen**

In Abbildung 9 sind die Ergebnisse zur Dauer der stationären Behandlung dargestellt. Bereits im ersten Untersuchungsjahr zeichnete sich ein massiver Rückgang ab, der jedoch möglicherweise auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen ist. 1987 lag die stationäre Behandlungsdauer bei 70,5 Tagen und nimmt danach kontinuierlich mit geringen Sprüngen um etwa ein bis drei Tage pro Jahr ab. Bei den späteren Differenzbildungen hat Zielke als Ankerjahrgang den Rehabilitationsjahrgang 1987 verwendet. Seit diesem Jahr wird ein Rückgang der stationären Behandlungsdauer bis 2007 um 27,1 Tage ermittelt. Dies entspricht einer Verkürzung um 38,4%.

Betrachtet man die korrespondierende Standardabweichung seit 1987, ergibt sich eine Verringerung der Variabilität der Behandlungsdauer um insgesamt um 26,03 Einheiten; dies ist eine Verminderung in der Flexibilität der Behandlungszeiten um 66,28%. Inhaltlich bedeutet dieses Ergebnis, dass die Möglichkeiten, bei einer fallbezogenen Erforderlichkeit einzelne Patienten auch sehr viel länger zu behandeln, im Verlauf der Un-

**Abbildung 9**

Verlauf der stationären Behandlungsdauer bei affektiven Störungen seit 1985 bis 2007 (N=30.663) (Zielke 2009 S. 16)



tersuchungsjahre immer weiter eingeschränkt wurden. Man kann fast schon von einer weitgehenden Uniformität der Behandlung sprechen.

## 6.2 Behandlungsergebnisse im Verlauf bei affektiven Störungen

Die Beurteilungen der Behandlungsergebnisse aus der Perspektive der stationären Behandler sind in Abbildung 10 zusammengefasst. Die dabei verwendete Skala umfasst sieben Stufen mit den Polen sehr stark verschlechtert (Stufe 1) bis sehr stark verbessert (Stufe 7). Zielke beschreibt einen weitgehend nach rechts absinkenden Kurvenverlauf seit dem Ausgangsjahrgang 1985 mit einem Wert von 6,0 Punkten, der sich in den aktuellen Untersuchungsjahren ab etwa 2003 auf eine mittlere Veränderungsbeurteilung von 5,4 Punkten einpendelt.

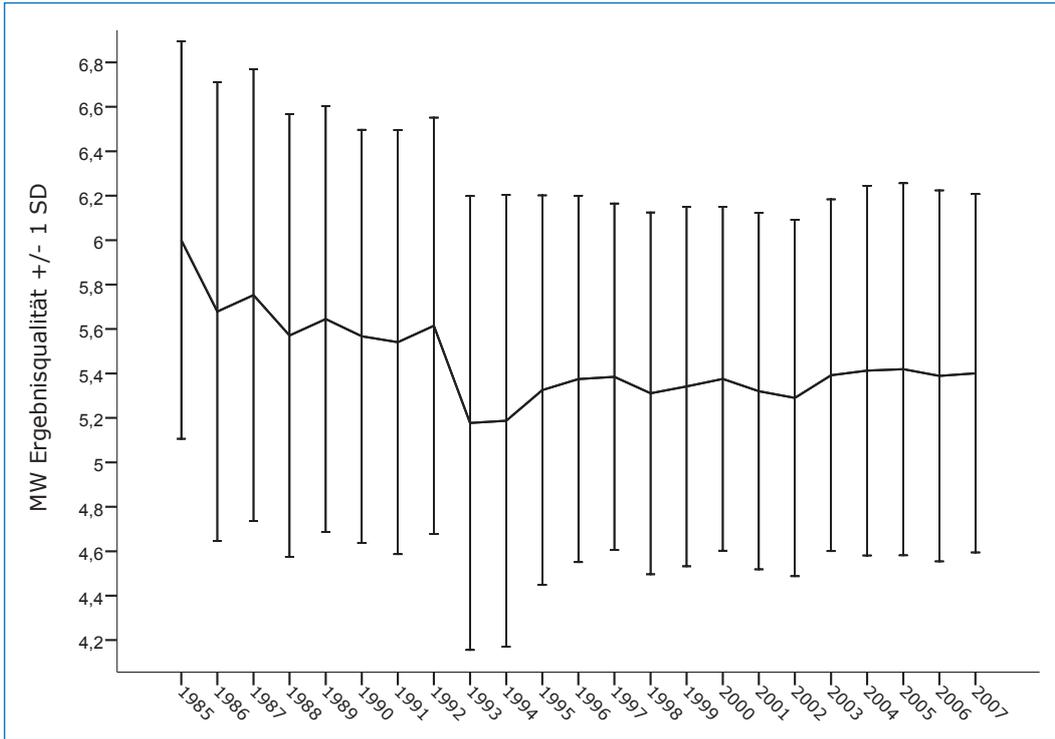
Nun setzt sich ein Mittelwert bekannter Weise aus der Häufigkeit der einzelnen Veränderungsklassen in einer Gesamtstichprobe zusammen. Um die Häufigkeiten von sehr starken Veränderungen nachzuverfolgen, haben Zielke und Wittmann aus den Veränderungsratings der stationären Behandler die Anteile der Ergebniskategorie „Sehr stark verbessert“ im Verlauf ausgewertet. Dabei sind sie von der Annahme ausgegangen, dass die Verkürzungen der Behandlungszeiten insbesondere

zu Lasten ausgeprägter Veränderungen zu sehen sind. Hierzu wurde eine Zufallsauswahl von 404 Behandlungsfällen pro Jahrgang untersucht. Wie aus Abbildung 11 ersichtlich ist, gab es im Untersuchungsjahr 1987 bei 27,2% der Patienten als „wesentlich gebessert“ eingeschätzte Behandlungsverläufe. Der entsprechende Anteil vermindert sich nahezu kontinuierlich und pendelt in den letzten Untersuchungsjahren bei etwa 8% bis 9%.

Damit ist der Anteil an extremen Besserungsraten auf ein Drittel des Ausgangsniveaus geschrumpft. Weiterführende Analysen könnten nach Ansicht der Autoren erhellend, ob die extremen Besserungsraten lediglich in die nächstniedrigere Veränderungsstufe „gerutscht“ sind und welcher Anteil noch darüber hinaus „abgesackt“ ist. Von besonderer Bedeutung scheint uns die sozialmedizinische und zugleich versorgungspolitische Bewertung dieses Trends.

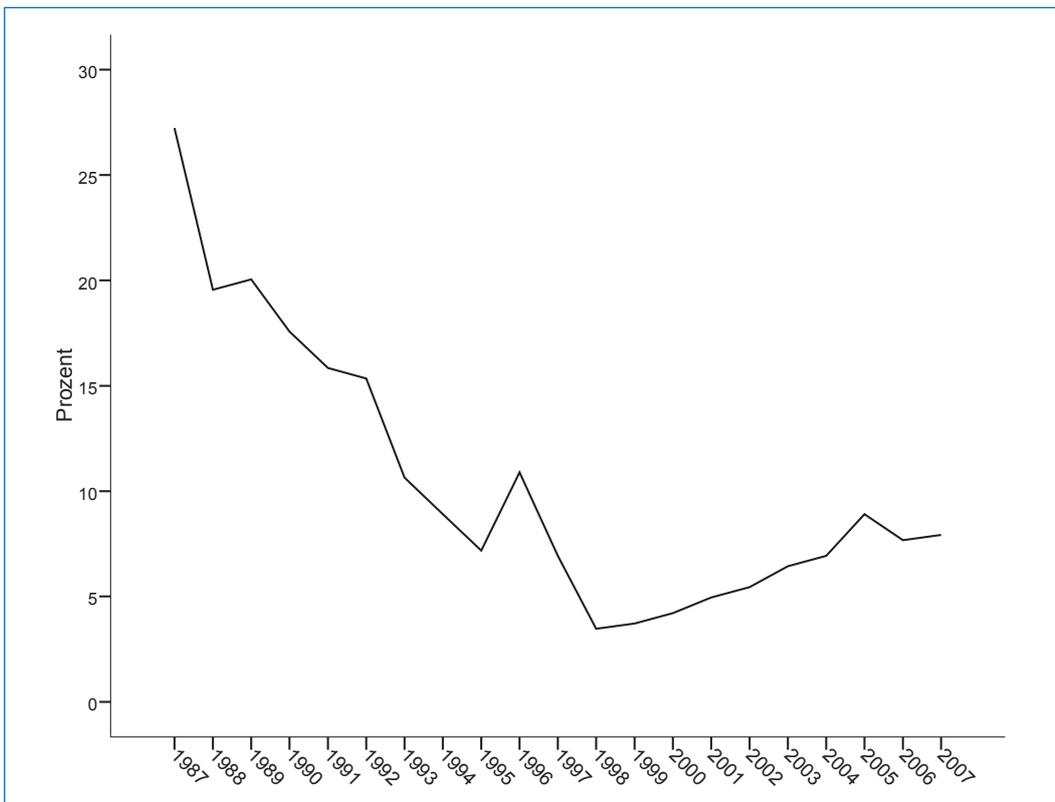
## 6.3 Prästationäre Krankheitsdauer im Verlauf bei affektiven Störungen

Nach Einschätzung von Zielke und Wittmann könnte nun argumentiert werden, dass die Zusammensetzung der stationären Klientel sich im Verlauf der Rehabilitationsjahrgänge verändert habe und zunehmend schwerer erkrankte Patienten behandelt würden, die für die verminderte Ergebnisqualität



**Abbildung 10**

Verlauf der Ergebnisqualität bei affektiven Störungen seit 1985 bis 2007 (N=30.663) (Zielke 2009 S. 17)



**Abbildung 11**

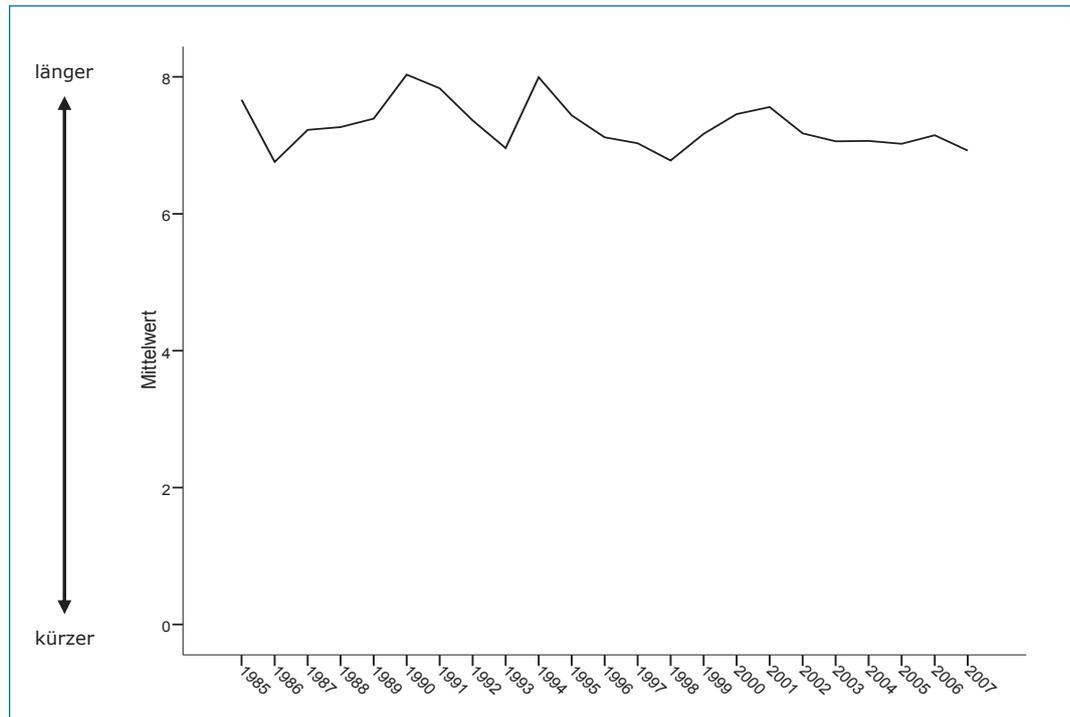
Prozentualer Anteil der Ergebniskategorie „wesentlich gebessert“ im Verlauf (Affektive Störungen; Zufallsauswahl: N=404 pro Jahrgang) (Zielke 2009 S. 17)

verantwortlich sein könnten. Von verschiedenen Kriterien zur Bewertung der Krankheitsschwere steht für die Untersuchung eine Variable zur Verfügung, die kontinuierlich erhoben wurde: die Dauer seit der Erstmanifestation der Erkrankung. Hierbei geben

die stationären Behandler an, wie viel Zeit (in Jahren) vergangen ist, seit die aktuelle Behandlungssymptomatik erstmalig aufgetreten ist. Ohne Zweifel kann diese Chronizität des Leidens als Indikator für die Krankheitsschwere angesehen werden.

**Abbildung 12**

Verlauf der Dauer seit Erstmanifestation bei affektiven Störungen seit 1885 (N=30.663) (Zielke 2009 S. 18)



Die Ergebnisse aller Patienten mit affektiven Störungen sind in Abbildung 12 zusammengefasst.

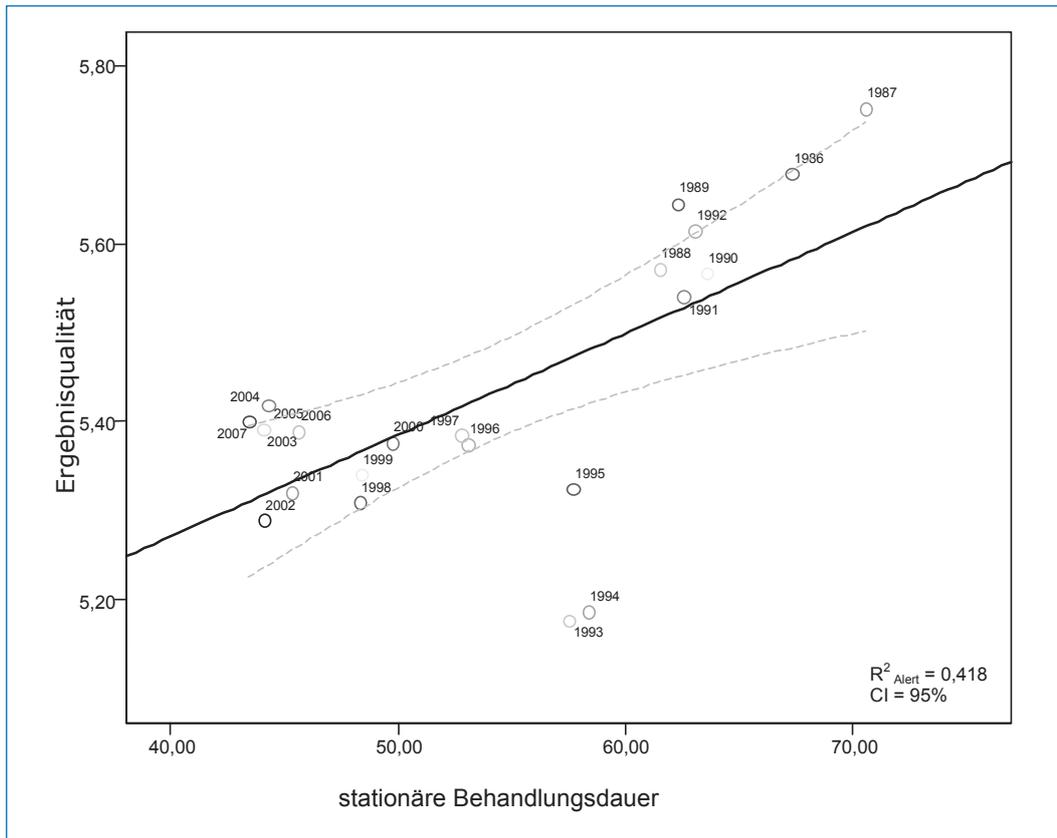
Danach ist die Dauer seit Erstmanifestation mit einer mittleren Dauer von etwa 7 Jahren weitgehend konstant. Oder zumindest zeichnet sich kein Trend ab, dass im Verlauf der Jahre keine Patienten mit einem zunehmend chronischen Behandlungsleiden in die stationäre Behandlung gelangt sind. Die Autoren Zielke und Wittmann (2009) haben somit ein weitgehend konstantes klinisches Merkmal identifiziert, von dem man annehmen kann, dass es einerseits ergebnisrelevant ist und sich andererseits nicht systematisch verändert hat in dem Sinne, dass seit dem Ankerjahrgang etwa Patienten mit einer kürzeren Dauer seit Erstmanifestation oder mit einer längeren Krankheitsdauer in die stationäre Behandlung gelangt sind.

#### 6.4 „Alerting Correlation“ zwischen Veränderungen der Behandlungsdauern und den Behandlungsergebnissen bei affektiven Störungen

Bei der „Alerting Correlation“ wird der Durchschnittswert eines gesamten Behandlungsjahrganges als neuer Messwert verwendet. Zielke und Wittmann hatten somit 22 Messungen aus den Jahrgängen zur Verfü-

gung und rechneten dann eine Interkorrelation zwischen den beiden Variablen „Behandlungsdauer“ und „Behandlungsergebnis“. Zur Veranschaulichung wurden die Positionen der einzelnen Jahrgänge in die Grafik eingefügt. Es ergab sich ein Korrelationskoeffizient von  $R = 0,646$  bei der „Alerting Correlation“, der hoch signifikant ist. Danach werden 41,8% an gemeinsamer Varianz durch die beiden verwendeten Variablen aufgeklärt.

Eine stärkere Berücksichtigung der Behandlungsergebnisse und deren Veränderungen muss nach der Bewertung von Zielke und Wittmann (2009) eine Diskussion zur Abwägung der Wertigkeit des Verhältnisses zwischen der monetären Bewertung der Behandlungsdauer und dem jeweils erreichbaren Behandlungsergebnis zur Folge haben. Es ist beileibe kein Geheimnis mehr, dass Versorgungsforschung – zumindest in Deutschland – vor allem eine interessengetriebene Forschung bedeutet. Nahezu alle mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden erarbeiteten Ergebnisse der Versorgungsforschung haben eine Umverteilung von Ressourcen oder von Patientenströmen zur Folge (oder sie sollten dies zumindest haben), gleichwohl ob es sich bei den Ergebnissen um eine Versorgungsoptimierung, um eine Überversorgung, eine Unterversorgung oder um eine Fehlversorgung handelt. Von besonderer Brisanz sind Fragestellungen in der

**Abbildung 13**

Zusammenhang von stationärer Behandlungsdauer und Ergebnisqualität im Verlauf von 22 Jahren bei affektiven Störungen ( $R = 0,646$  Alerting Correlation Rosenthal, Rosnow, Rubin 2000,  $N = 30.663$ ) (Zielke 2009 S. 19)

Versorgungsforschung, wenn handlungsleitende Themenbereiche von führenden „Stakeholdern“ mit einer hohen Regulierungskompetenz der Patientenströme berührt werden.

In einer Nebenfragestellung haben Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann und Nübling 2007 im Rahmen der MESTA-Studie zur Evidenz stationärer psychosomatischer Rehabilitation eine Reihe von Einflussfaktoren auf die Behandlungsergebnisse untersucht und dabei auch die Behandlungsdauer ins Blickfeld gerückt und sind der Frage nachgegangen, welche Einflussfaktoren auf die stationären Behandlungsergebnisse (Moderatorvariablen) identifizierbar sind.

Wie Steffanowski et al. (2007) berichten, hat die Behandlungsdauer neben dem Alter der Rehabilitanden und dem Bildungsgrad einen wesentlichen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse. Dies trifft ganz besonders auf den Zusammenhang mit den langfristigen Behandlungsergebnissen zu. Hier ergibt sich ein Koeffizient von 0,42 (1% Signifikanzniveau) zwischen der stationären Behandlungsdauer und dem Wirkungsgrad der Rehabilitation, gemessen nach einem katamnestischen Krankheitsverlauf zwischen einem und zwei Jahren. Der Wirkungsgrad bei

den Effekten zwischen der Aufnahme und der Entlassung aus der Klinik ist hingegen wesentlich geringer. Die Effektstärke beträgt  $ES = 0,27$  (5% Signifikanzniveau).

Das bedeutet, dass der Wirkungsgrad längerer Behandlungsdauern sich vor allem in den langfristig zu kalkulierenden Effekten zeigt und somit auch hinsichtlich des poststationären Ressourcenverbrauchs von besonderer Relevanz sein dürfte.

Es stellt sich die Frage, ob es tatsächlich Sinn macht, in den jeweiligen aktuellen Budgets zur Finanzierung der stationären Behandlung so ausgeprägt ausschließlich das gegenwärtige Rechnungsjahr im Blickfeld zu haben und das mögliche Risiko von erneuten Krankheitsprozessen nach später zu verlagern. Diese Kosten fallen ja erst in den Folgejahren an! Dieses Ergebnis ist besonders interessant, weil die in die Metaanalyse einbezogenen Studien sich über mehrere Untersuchungsjahrgänge verteilen mit unterschiedlich langen Behandlungszeiten. Dadurch wird ein methodischer Nachteil umgangen, der entsteht, wenn solche Zusammenhangsanalysen sich lediglich auf einen einzigen homogenen Jahrgang beschränken, in dem die Varianz der stationären Behandlungszeiten eher gering ist.

## 7 Viele offene Fragen

Es ist bislang immer noch ungeklärt, warum ein relativ großer Anteil der Versicherten (46%) in einer Zeitspanne von 5 Jahren vor der Antragstellung auf eine Erwerbsminderungsrente infolge psychischer Erkrankungen keine medizinische Rehabilitationsmaßnahme erhalten hat. Die in dem Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung von 2014 (S. 24) genannten Gründe sind eher im Bereich allgemeiner Vermutungen anzusiedeln und bedürfen dringend weiterer wissenschaftlicher Aufklärung.

### 7.1 Dynamik des Berentungsgeschehens

Schuntermann hat 1988 (abgedruckt bei Zielke 1993 S. 179 bis 181) ausgewählte Parameter der Berentlichkeit für die führenden Krankheitsgruppen untersucht, um Anhaltspunkte über die Dynamik der Berentungsgeschehens zu gewinnen. Er ermittelte das „10%-Alter“ als Kriterium, bis zu welchem Alter bereits 10% der Erwerbsminderungsrenten bereits erfolgt sind), das „kritische Alter“, ab dem der Zuwachs im Berentungsgeschehen sich überproportional beschleunigte, das „Durchschnittsalter“ als mittleres Zugangsalter und das „50%-Alter“ als Kriterium, an dem mindestens 50% der Renten erfolgt sind. In Vergleichen zwischen verschiedenen Erkrankungsgruppen konnte er feststellen, dass der Zugang bei den Erwerbsminderungsrenten infolge psychiatrischer Erkrankungen (10%-Alter) sehr früh beginnt (etwa bei 35 Jahren) und das Berentungsgeschehen sich über eine eher lange Zeitspanne erstreckt (17 Jahre) und erst bei 53 Jahren das 50%-Alter erreicht wurde. Bei Erkrankungen des Herzkreislaufsystems liegt das 10%-Alter bei etwa 49 Jahren und das 50%-Alter wird bei 56 Jahren erreicht. Das bedeutet, das Berentungsgeschehen in diesem Krankheitsbereich beginnt relativ spät und es wird innerhalb einer kürzeren Zeitspanne (innerhalb von 7 Jahren) fortgeführt. Es wäre wünschenswert, die Dynamik des Eintritts in die Erwerbsminderung auf einer aktuellen Datenbasis zu untersuchen. Schuntermann hat nachgewiesen (1988 S. 102, siehe auch Zielke 1993 S. 227), dass bei Versicherten mit einer positiven Rehaanamnese innerhalb von 5 Jahren vor dem Beginn der Berentung insbesondere das 10%-Alter des Berentungsgeschehens zwischen 6 und 9 Jahren später liegt als bei ei-

ner negativen Rehaanamnese. Die weiteren oben genannten Prozesskriterien werden nur unwesentlich davon beeinflusst.

### 7.2 Klassifikation von Rentenfällen

Das Krankheitsgeschehen und die Umstände, die in Versuche einmünden, eine Erwerbsunfähigkeit attestiert zu bekommen, sind kein uniformes Geschehen. Zur näheren Betrachtung ist es für die praktische Arbeit als auch im Forschungsbereich unbedingt erforderlich, zu einer weitergehenden Differenzierung zu gelangen.

Wie Zielke und Sturm (1994) ausführen, hat es sich in der praktischen Arbeit mit Patienten als hilfreich erwiesen, eine Reihe von Differenzierungen vorzunehmen, die jeweils unterschiedliche Problemkonstellationen kennzeichnen und die jeweils unterschiedliche Zielsetzung und Strategien in der Behandlung nahelegen:

*0. Patienten, die versuchen, die Anerkennung ihrer Behinderung aufstocken zu lassen (MdE) oder ihren Rentenanspruch auszuweiten (BU-Rentenerhöhung) (BU-Rente auf EU-Rente ausweiten)*

#### *1. Patienten mit Zeitrenten*

Bei dieser Patientengruppe geht es in der Mehrzahl darum, den befristet gewährten Leistungsanspruch auch für die Zukunft zu bestätigen oder zu verneinen. Das heißt, es geht um die Frage, ob der Patient nach einer Arbeitspause fähig ist, in seinem alten Beruf vollschichtig, also 8 Stunden tätig zu sein.

#### *2. Patienten mit Zuständen nach schwerer Krankheit oder depressiver Verarbeitung von Leistungsängsten und Versagensängsten*

In dieser Gruppe finden wir Patienten, die schwere Krankheiten durchgemacht bzw. vorläufig bewältigt haben (Krebs, etc.) bzw. die Unfälle erlebt haben. Depressive Verarbeitung der tatsächlich oder vermeintlich bestehenden körperlichen Beeinträchtigung mindert ihre Aktivierungsfähigkeit und provoziert eine selektive Wahrnehmung von Wiedereingliederungsmöglichkeiten. Oft verfassen diese Patienten Bewerbungsschreiben, in denen sie die Leistungseinschränkungen in der jüngsten Vergangenheit zu rechtfertigen suchen. Sie signalisieren damit von vornherein, dass sie für ihren potentiellen Arbeitgeber im Hinblick auf eine kontinuierliche Arbeitsplatzbesetzung sehr unsichere

Kandidaten sind. Minderwertigkeitsgefühle, die der Patient vor der Krankheit oder dem Unfall eventuell durch ein überkompensierendes Leistungsverhalten verdeckte, spielen hier eine große Rolle. Die Angst vor Versagen und vor mangelnder Lernfähigkeit drückt sich beispielsweise darin aus, dass diese Patienten die Leistungserwartungen, die mit einem bestimmten Arbeitsplatz verbunden sind, ängstlich überhöhen.

### 3. *Patienten mit Entschädigungsbegehren nach einem Unfall*

Der Patient ist oder fühlt sich auch längere Zeit nach dem Unfall unverschuldet mit einer Leistungseinschränkung konfrontiert. Psychische Fehlhaltungen, die vor dem Unfall schon latent vorhanden waren, werden durch das Unfallgeschehen manifest. Der Patient, der beispielsweise generell Angst hat, sozialen Ansprüchen genügen zu können, erlebt sich nach dem Unfall bezüglich einer langfristigen Sicherung seines sozialen Status durch Erwerbstätigkeit als «dauergefährdet». Die ängstliche Verarbeitung des Unfallgeschehens provoziert also ein Versorgungsbegehren, das Statusansprüche unabhängig von der eigenen Leistungsfähigkeit aufrecht erhält. Auch das Nichterreichen überhöhter Ziele kann ein Verhaften am Unfallgeschehen provozieren. «Wenn ich keinen Unfall gehabt hätte ... ». Ebenso ist ein «Bilanzdenken» anzutreffen, z.B. wenn der Unfall im zeitlichen Zusammenhang bzw. während eines Partnerkonflikts geschah. Wichtig ist, dass man die tatsächlichen Beeinträchtigungen des beruflichen Weges des Patienten berücksichtigt, dass man jedoch die ängstlichen Überhöhungen dieser Ereignisse entgegenwirkt und die Frage der Mitverantwortung für die aktuelle und zukünftige Lebensgestaltung intensiv diskutiert. Stützend ist hier sicher, wenn man z.B. über berufs begleitende stabilisierende Maßnahmen des Arbeitsamtes informiert ist und auf dem Wege der beruflichen Rehabilitation dem Patienten Hilfe anbieten kann.

### 4. *Patienten mit schleichenden Krankheitsverläufen*

In diese Gruppe gehören Patienten, bei denen schleichende Krankheitsverläufe übersehen wurden. Häufig imponiert ein neurotisches Verhaltensmuster so stark, dass medizinisch diagnostische Bemühungen nicht konsequent genug durchgeführt und bewertet wurden. Die sthenische Beschwerdeschilderung und fälschliche, kausale Verknüp-

fung des Patienten zwischen dem Unfallgeschehen und der derzeitigen gesundheitlichen Situation führt zu immer differenzierteren diagnostischen Einzelbemühungen und spezifischeren Behandlungssätzen. In diesen Fällen ist es wichtig, die diagnostischen Ansätze unter Berücksichtigung der Gesamtentwicklung und der gesammelten Ergebnisse konsequent zu verfolgen und wertende Aussagen der Krankenakte zu überprüfen.

Es ist schon öfter vorgekommen, dass intensive diagnostische Bemühungen schleichende Krankheitsverläufe deutlich gemacht haben. Zu bedenken ist hier, dass eben gerade die langsame Entwicklung der Krankheit durchaus verantwortlich arbeitenden Vorbehandlern noch nicht erkennbar war. Diese Tatsache muss dem Patienten unmissverständlich nahegebracht werden, um eine pathologische Verarbeitung der Entwicklung zu verhindern. In dieser Gruppe finden sich MS-Patienten, Patienten mit schleichenden Veränderungen des Skelettsystems oder mit hirnorganischen Veränderungsprozessen.

### 5. *Patienten, bei denen die Nichtgewährung einer Rente eine psychiatrische Störung hervorruft*

Die Nichtgewährung einer Rente führt bei dieser Patientengruppe zu einer Überforderung, die zusätzliche Schädigung mit sich bringt. Hätte z.B. eine Rentengewährung ermöglicht, dass der Patient zumindest sein privates Leben noch selbständig organisieren kann, so führt die Nichtgewährung schließlich dazu, dass er z.B. psychiatrisch versorgt und betreut werden muss.

### 6. *Patienten mit einem jahrelangen Rechtsstreit bezüglich der Rentengewährung*

In diese Gruppe gehören Patienten, bei denen ein jahrelanger Rechtsstreit im Hinblick auf Versorgungsansprüche besteht. Diese Gruppe kann man als die eigentliche Gruppe der «Rentenneurotiker» definieren. Ihre Selbstwertbestimmung hat sich darauf reduziert, dass sie ihre Leistungseinschränkungen beweisen. Sie haben oft multiple körperliche Beschwerden, und es fällt während der Anamnese schwer, psychogene und somatische Anteile des Beschwerdebildes voneinander zu trennen. Meist handelt es sich um therapieresistente, chronische Störungen, wie sie schwere depressive, sensitive, paranoische, hypochondrische und/oder querulatorische Entwicklungen darstellen. Der Lebensplan bei diesen Patienten ist häufig aus-

schließlich darauf ausgerichtet, die geforderten Versorgungsansprüche durchzusetzen.

*7. Patienten, die einem umfassenden Rehabilitationsplan zur Abwehr einer Berentung zugeführt werden sollen und die infolge psychosomatischer Beschwerden scheitern.*

Gerade im Fall neurotischer Störungen ist es dringend angezeigt, die Möglichkeiten einer sozialen und beruflichen Wiedereingliederung auszuschöpfen. Empfehlungen zu einer Reha-Maßnahme können auf Veranlassung der beratenden Kräfte der Arbeitsämter unter Hinzuziehung der psychologischen und ärztlichen Dienste ausgesprochen werden. Sie können auch über den Sozialdienst von Krankenkassen, unter Hinzuziehung der vertrauensärztlichen Dienste der Krankenkassen, oder sie können über den ärztlichen Dienst der Rentenversicherungsträger veranlasst werden.

Zu dieser Gruppe gehören Patienten, die häufig als Spezialisten tätig waren. Strukturelle wirtschaftliche Veränderungen oder Veränderungen der Leistungsanforderung, und/oder psychosomatische Beeinträchtigungen haben zum Verlust der Leistungsfähigkeit geführt. Diese Patienten wurden in der Mehrzahl mit der Einstellung erzogen, dass ein «anständiger Mensch» eine regelmäßig Arbeit hat, bzw. dass jeder, der arbeiten will, es auch kann. Vor allem im Hinblick auf sein soziales Umfeld befürchtet diese Patienten-Gruppe, dass das Kranksein als persönliches Unvermögen gewertet wird. Nicht selten potenzieren sich Minderwertigkeitsgefühle. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu berücksichtigen, dass ein «Frührentner» trotz der Information in den Medien höher bewertet wird als jemand, der gesund aussieht, aber nicht arbeitet. Weiter ist es wichtig, dass man gerade bei dieser Gruppe existentielle oder, noch konkreter, finanzielle Schwierigkeiten als Auslöser des «Rentenbegehrens» erkennen muss und dass es hier nicht um ein Versorgungsverlangen per se geht. Der Schock einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit provoziert beim Patienten eine Steigerung von Minderwertigkeitsgefühlen, die es ihm unwahrscheinlich erscheinen lässt, dass er jemals wieder eine seinen Fähigkeiten angemessene Tätigkeit ausüben kann.

*8. Patienten mit Versorgungsansprüchen, die als Folge sozialer Desintegration aufkommen.*

In dieser Gruppe sind zum einen ausländische Arbeitnehmer zu finden, die häufig bei

einer fehlenden Schulbildung, der Sprachbarriere und einer häufig jahrelangen Isolation in Ausländerklaven nach einem Arbeitsplatzverlust keine neue Arbeit finden. Dabei ist es nicht unerheblich, ob der Arbeitsplatzverlust nach häufigen Fehlzeiten oder nach einem Arbeits- oder Wegeunfall eintrat, oder ob infolge der Veränderung des sozialen Milieus, z.B. durch die Rückkehr von Nachbarn ins Heimatland und die Veränderung des Ghettos eine tiefgreifende Verunsicherung entstanden ist.

*9. Patienten mit relativ geringen geistigen Fähigkeiten und einem geringen Bildungsgrad*

Häufig haben sie langfristige Arbeitsplätze besetzt, die vor allen Dingen körperlichen Einsatz und Zuverlässigkeit verlangten, oder aber an die sie in einer für sie günstigen Situation längerfristig eingeschult wurden. Der Arbeitsplatzverlust bedeutet, dass sie mit der Vielzahl arbeitswilliger Arbeitsloser konkurrieren müssen. Sie haben kaum Chancen, da eine berufliche Reintegration Zeit kosten würde, oder aber weil sie aufgrund des fortgeschrittenen Alters keine ausreichende körperliche Einsatzfähigkeit mehr besitzen. Diese Patienten gestalten ihre Beschwerden oftmals hypochondrisch aus, wobei sie in ihrem Vortrag haftend sind und durch wiederholte gleichförmige Krankheits schilderungen und Bekundungen, gesund werden zu wollen, soziale Anerkennung erhalten und gleichzeitig Versorgung sichern wollen. Bei diesen Patienten kann man nicht davon ausgehen, dass sie sich ihrer Motivationslage bewusst sind bzw. bewusst werden können. In den meisten Fällen können diese Patienten nur infolge «glücklicher Zufälle» reintegriert werden.

*10. Patienten mit organischen Erkrankungen und aktuell noch geringeren Leistungseinschränkungen, bei denen ein bestimmter Krankheitsverlauf zwar sicher, aber nicht vorhersehbar ist*

In diese Gruppe gehören Patienten, bei denen ein organischer Befund vorliegt und wo zum Zeitpunkt der diagnostischen Bemühungen keine weitere Klärung über den Verlauf möglich ist. Der Patient fürchtet – und dies teilweise berechtigt – um seinen Arbeitsplatz und versucht schon lange vor dem Auftreten eines tatsächlichen Versorgungsdefizits seine Versorgung zu sichern. D.h. dass aufgrund eines Organbefundes langfristig zwar eine Versorgungsnotwendigkeit ent-

0. Patienten, die versuchen, die Anerkennung ihrer Behinderung aufstocken zu lassen (MdF) oder ihren Rentenanspruch auszuweiten (BU-Rentenerhöhung oder Bu-Rente auf EU-Rente ausweiten)
1. Patienten mit Zeitrenten
2. Patienten mit Zuständen nach schwerer Krankheit und depressiver Verarbeitung von Leistungsängsten und Leistungsversagen
3. Patienten mit Entschädigungsbegehren nach einem Unfall
4. Patienten mit schleichenden Krankheitsverläufen
5. Patienten, bei denen die Nicht-Gewährung einer Rente eine psychiatrische Störung hervorruft
6. Patienten mit einem jahrelangen Rechtsstreit bezüglich der Rentengewährung
7. Patienten, die einem umfassenden Rehabilitationsplan zur Abwehr einer Berentung zugeführt werden sollen und die infolge psychosomatischer Beschwerden scheitern
8. Patienten mit Versorgungsansprüchen, die als Folge sozialer Desintegration auftreten
9. Patienten mit relativ geringen geistigen Fähigkeiten und einem geringen Bildungsgrad
10. Patienten mit organischen Erkrankungen und aktuell noch geringen Leistungseinschränkungen, bei denen ein bestimmter Krankheitsverlauf zwar sicher, aber zeitlich nicht konkret vorhersehbar ist

#### Tabelle 4

Klassifikation von Rentenfällen Aus: Zielke M, Sturm J (1993) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union

stehen kann, dass der Patient jedoch zum Untersuchungszeitpunkt durchaus als noch arbeitsfähig eingeschätzt werden muss. Bei dieser Patientengruppe geht es zentral um eine Modifikation des Lebenskonzepts, das der Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes dient. Angst und Enttäuschung vor dem Unbestimmten führen bei nicht angemessener Betreuung dieser Patientengruppen zur Aggravation bzw. zur hypochondrischen Vorwegnahme des Beschwerdebildes. Wir halten es für unabdingbar, das Berentungsgeschehen im Prozess der Erwerbsminderung sehr viel differenzierter zu betrachten, um Anhaltspunkte für präventive Strategien bei ebendiesen Problemkonstellationen zu entwickeln.

## 8 Bewertung und Folgerung

Erwerbsminderungsrenten infolge von psychischen Erkrankungen und insbesondere von Depressionen als häufigste psychische Erkrankung nehmen im Beobachtungszeitraum tatsächlich und deutlich zu. Die bisher auf der Ebene vager Vermutungen vertretenen Gründe hierfür spielen allenfalls eine marginale Rolle. Es kann und darf doch nicht sein, dass die diversen Interessengruppen ohne wirklich belastbare wissenschaftliche Daten Entwicklungen für ihre eigenen Versorgungsinteressen beanspruchen und sich damit begnügen, dass die Wahrheit das sei, auf das man sich geeinigt hat!

Da die geburtenstarken Jahrgänge nunmehr in Risikofenster für Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen gelangen, ist dieser Zuwachs nahezu ausschließlich der demographischen Entwicklung geschuldet.

Wenn man die weiteren Verläufe der Risikoaltersgruppen verfolgt, ist zu erwarten, dass wir mit einem weiteren Anstieg der Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen rechnen müssen – als demographische Nachwirkungen aus den sechziger Jahren.

Wir gehen davon aus, dass die stationären Behandlungszeiten seit dem letzten bei Zielke und Wittmann (2009) verfügbaren Behandlungsjahr 2007 sich noch weiter verkürzt haben. Dies ist umso bedauerlicher, da der Wirkungsgrad längerer Behandlungsdauern sich vor allem in den langfristig zu kalkulierenden Effekten zeigt und somit auch hinsichtlich des poststationären Ressourcenverbrauchs von besonderer Relevanz sein dürfte.

Es stellt sich die Frage, ob es tatsächlich Sinn macht, in den jeweiligen aktuellen Budgets zur Finanzierung der stationären Behandlung so ausgeprägt ausschließlich das gegenwärtige Rechnungsjahr im Blickfeld zu haben und das mögliche Risiko von erneuten Krankheitsprozessen nach später zu verlagern.

Diese Kosten fallen ja erst in den Folgejahren an!

Es ist dringend erforderlich, die Dynamik des Berentungsgeschehens auf der Basis des von

Schuntermann (1988) entwickelten Konzeptes an aktuellen Datenbeständen zu untersuchen. Die dafür notwendigen Daten sind ja vorhanden. Weiterhin muss von der Uniformität der Eingangsbedingungen und Lebensumstände im Rentenbegehren Abstand genommen werden und eine handlungsbezogene Differenzierung vorgenommen werden, wenn man beabsichtigen wollte, präventive Strategien zu entwickeln.

Erklärung der Autoren: Es besteht kein Interessenkonflikt

## Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin, Eigendruck.
- Rosenthal, R., Rosnow, R., Rubin, D.B. (2000). Contrasts and Effect Sizes in Behavioral Research – A Correlation Approach. University Press, Cambridge.
- Schuntermann, M.F. (1988). Die Bedeutung der psychiatrischen Krankheiten im Berentungsgeschehen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. In Zielke, M., Sturm, J., Mark, N. (Hrsg.), Die Entzauberung des Zauberbergs: Therapeutische Strategie und soziale Wirklichkeit (S. 93-122). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Stapel, M. (2014). Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen in der stationären Psychosomatik. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 94, 120-154.
- Statistik des Rentenzugangs 2000 bis 2013 (2014). [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- Statistisches Bundesamt (2012/2013/2014). [www.destatis.de/DE/Zahlen/Fakten](http://www.destatis.de/DE/Zahlen/Fakten)
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.W., Nübling, R. (2007). Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation – MESTA-Studie. Bern, Huber.
- Zielke, M. (1993). Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Zielke, M. (2007). Kosten-Nutzen-Analysen und Return of Investment der psychosomatischen Rehabilitation. In DRV-Bund (Hrsg.), Effektivität und Effizienz der Rehabilitation. Ergebnisbericht zum Rehaforum 2006 der Deutschen Rentenversicherung Bund (S. 134-174). Berlin.
- Zielke, M. (2007). Stationäre Psychotherapie und medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di (Hrsg.), Stand und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (S. 41-99). Stuttgart: Hauer und Ege.
- Zielke, M. (2009). Behandlungsdauer und Ergebnisqualität von stationären Behandlungs- und Rehabilitationsverläufen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen – Ergebnisse langfristiger Prozessanalysen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 83, 8-46.
- Zielke, M. (2009). Versorgungsforschung im Brennpunkt. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 83 und 84.
- Zielke, M. (2013). Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen und demographische Entwicklung. In DRV Bund (Hrsg.), 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4. bis 6. März 2013 in Mainz. DRV-Schriften Bd. 101, S 327-328.
- Zielke, M. (2014). Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen: Epidemiologische Forschung zwischen wissenschaftlichem Anspruch und Augenscheinplausibilität. Psychotherapeut, 59, 323-328.
- Zielke, M., Sturm, J. (1993). Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Psychologie Verlags Union.
- Zielke, M., Wittmann, W. (Hrsg.) (2009). Behandlungsdauer und Behandlungsergebnisse: Ein Tabu auf dem Prüfstand der Psychotherapie- und Rehabilitationsforschung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 83.

### Prof. Dr. phil. Manfred Zielke

Dipl.-Psych. Approbierter Psychotherapeut  
 Professor für Klinische Psychologie  
 Baltic Bay Clinical Consulting  
 Lange Koppel 10  
 24248 Mönkeberg  
[zielke@baltic-bay-clinical-consulting.de](mailto:zielke@baltic-bay-clinical-consulting.de)

### Dipl.-Psych. Dr. Matthias Stapel

Deutsche Rentenversicherung  
 Rheinland-Pfalz  
 Evaluation und Begleitforschung  
 Eichendorfstr. 4-6  
 67346 Speyer  
[matthias.stapel@drv-rlp.de](mailto:matthias.stapel@drv-rlp.de)

## Oxytocin: doppelt wirksam gegen Schmerz

Wissenschaftler aus der Schaller-Forschungsgruppe „Neuropeptide“ (Deutsches Krebsforschungszentrum, CellNetworks und ZI Mannheim) identifizierten im Gehirn ein „Schmerz-Kontrollzentrum“. Dort kooperieren zwei verschiedene Typen Oxytocin-produzierender Nervenzellen und unterdrücken so den Schmerz gleich doppelt: Oxytocin blockiert die Weiterleitung von Schmerzreizen im Rückenmark und hemmt gleichzeitig die Schmerzempfindung in der Körperperipherie.

„Kuschelhormon“ und Neurotransmitter: Das Neuropeptid Oxytocin kann beide Rollen spielen: Als Hormon wirkt es im Körper und löst etwa Wehen aus oder leitet den Milchfluss ein. Im Gehirn wirkt Oxytocin als Botenstoff zwischen Nervenzellen, dämpft Ängste und beeinflusst das menschliche Sozialverhalten positiv. Seit kurzem vermuten Wissenschaftler auch, dass es als körpereigene Schmerzbremse wirkt.

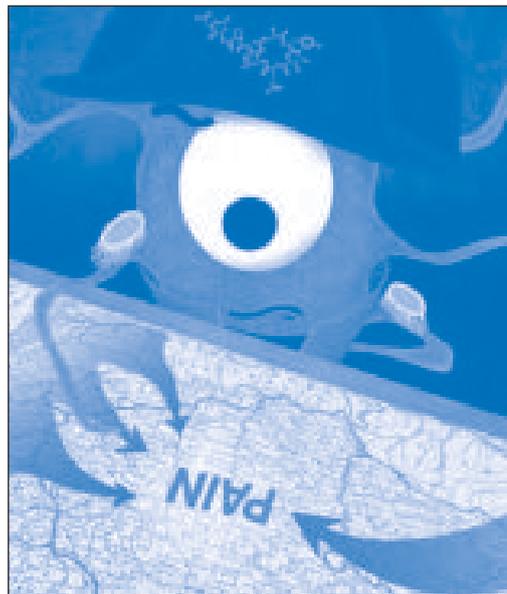
Im Hypothalamus, dem wichtigstem Steuerzentrum des vegetativen Nervensystems, produzieren zwei verschiedene Arten von Nervenzellen Oxytocin. Die sogenannten großzelligen („magnozellulären“) Oxytocin-Neuronen speisen das Neuropeptid über die Hirnanhangdrüse in die Blutbahn ein und versorgen so den Körper mit dem Hormon. Die Aufgabe der kleinzelligen („parvozellulären“) Oxytocin-Neuronen war noch nicht genau verstanden.

Wissenschaftler um Valery Grinevich entdeckten nun an Ratten einen Bereich im Hypothalamus, der als Schmerz-Kontrollzentrum funktioniert. Nur etwa 30 parvozelluläre Oxytocin-produzierenden Nervenzellen orchestrieren dort die schmerzhemmende Wirkung des Neuropeptids. Grinevich leitet die Schaller Forschungsgruppe „Neuropeptide“, die am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), am Exzellenzcluster CellNetworks der Universität Heidelberg und am ZI Mannheim angesiedelt ist. Er koordinierte das internationale Forschungsprojekt gemeinsam mit Kollegen aus Frankreich und der Schweiz.

Die kleine Gruppe der neu entdeckten Neuronen treten bei akuten Schmerzen oder Entzündungen in Aktion: Unter diesen Bedingungen aktivieren sie die magnozellulären Oxytocin-produzierenden Neuronen im benachbarten „supraoptischen Nukleus“ des

Hypothalamus. Das löst die Oxytocin-Ausschüttung in die Blutbahnen aus und lindert dadurch diffus die Schmerzempfindung, die über entsprechende periphere Nervenzellen vermittelt wird.

Auf der anderen Seite reichen die Neuronen des Schmerz-Kontrollzentrums mit langen Ausläufern bis in tiefe Schichten des Rückenmarks. Dort speisen sie das Neuropeptid exakt an der Stelle des Zentralnervensystems ein, wo die Intensität der Schmerzempfindung weitergeleitet wird.



Wie in einem strategischen Manöver nimmt Oxytocin den Schmerz sowohl über die zentralen als auch über die peripheren Nervenbahnen in die Zange (Tatiana Glazowa, ©Valery Grinevich)

Die neu entdeckten Neuronen hemmen den Schmerz also auf doppelte Weise: Ein schneller schmerzstillender Effekt entsteht durch Filtern des Schmerzreizes im Zentralnervensystem. Etwas länger dauert es, bis das ins Blut ausgeschüttete Oxytocin die Schmerzempfindung lindert.

„Wir haben hier erstmals gezeigt, dass zwei anatomisch unterschiedliche Neuronentypen funktionell kooperieren müssen, um die Oxytocin-Wirkung zu steuern, sagt der Valery Grinevich. Oxytocin wird wegen seiner positiven Wirkung auf das Sozialverhalten bereits seit längerem als Medikament gegen bestimmte Symptome von Autismus oder Schizophrenie diskutiert. „Von jetzt an sollten wir auch darüber nachdenken, wie sich Oxytocin als Schmerzstiller therapeutisch einsetzen lässt“, kommentiert Grinevich seine aktuellen Ergebnisse.“

## Die GLOBALE. Das neue Kunstereignis im digitalen Zeitalter

---

300 Jahre Karlsruhe – 300 Tage GLOBALE. Anlässlich des Stadtgeburtstages veranstaltet das ZKM (Zentrum für Kunst und Medien Karlsruhe) im ZKM sowie an ausgewählten Orten der Stadt eine neue künstlerische Manifestation: die GLOBALE. Diese Folge von untereinander verschränkten Ausstellungen und Aufführungen, Installationen und Environments, Forschungspräsentationen und Filmvorführungen, Lesungen und Vorträgen, Performances und Aktionen, Konzerten und Konferenzen setzt sich mit zwei Themenfeldern auseinander: Globalisierung und Digitalisierung, die das Leben der Menschen auf dem Planeten Erde gegenwärtig enorm verändern.

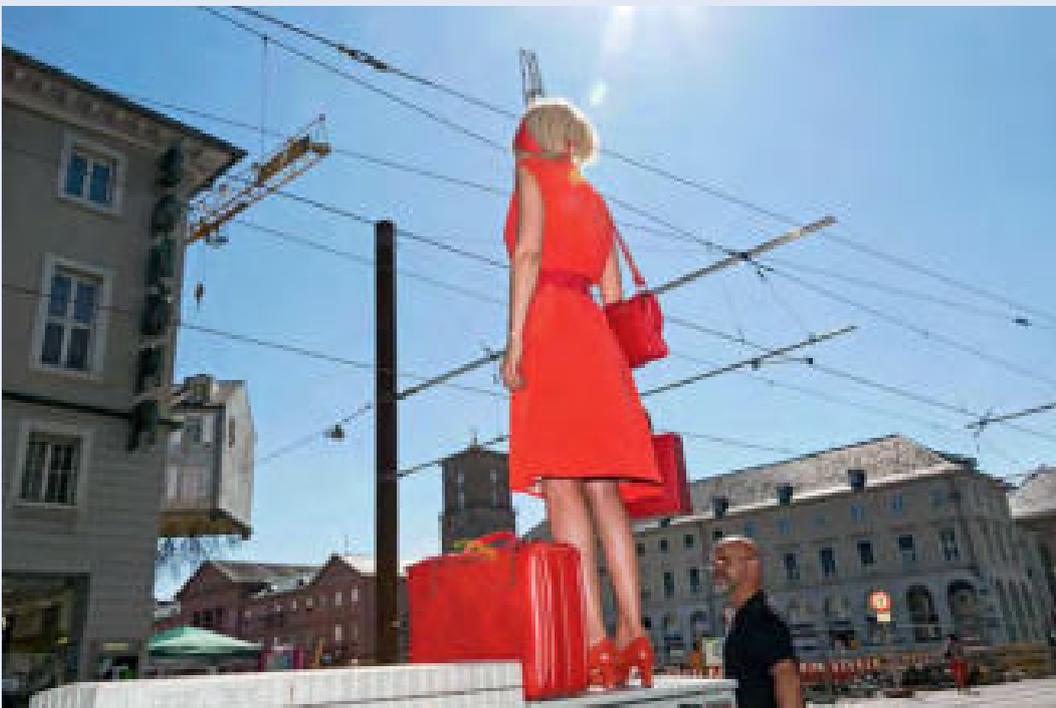
Im Rahmen der GLOBALE untersucht die Ausstellung „GLOBAL CONTROL AND CENSORSHIP. Weltweite Überwachung und Zensur“ – die noch bis zum 1. 5. 2016

zu sehen ist – das unaufhaltsame Eindringen von Überwachung und Zensur in unseren Lebensalltag.

Mit der Ausstellung „Global Games“ – noch bis zum 17. 4. 2016 zu sehen – reagiert das ZKM auf die neuesten Entwicklungen im Bereich des Computerspiels, einem Medium, das von der Infosphäre hervorgebracht worden ist. Die Effekte der Globalisierung und realweltliche Bezüge schlagen sich deutlich in Computerspielen nieder. Games thematisieren z.B. den Syrien-Konflikt, den Einsatz von Drohnen in Kriegsgebieten, weltwirtschaftliche Zusammenhänge des globalisierten Finanzmarktes, die Situation von Flüchtlingen an den europäischen Grenzen, soziale Missstände hervorgerufen durch den Turbokapitalismus, den militärisch-unterhaltungsindustriellen Komplex und vieles mehr.



Leandro Erlich,  
*Pulled by the roots*  
*Die Stadt ist der Star*  
2015  
Foto: Fidelis  
© ZKM | Karlsruhe



*Die Stadt ist der Star*  
Chantal Michel,  
*Hybride Zonen*  
2015  
Foto: ONUK  
© ZKM | Karlsruhe



Transsolar + Tetsuo Kondo,  
*Cloudscapes*  
2015  
Foto: Harald Vökl  
© ZKM | Karlsruhe



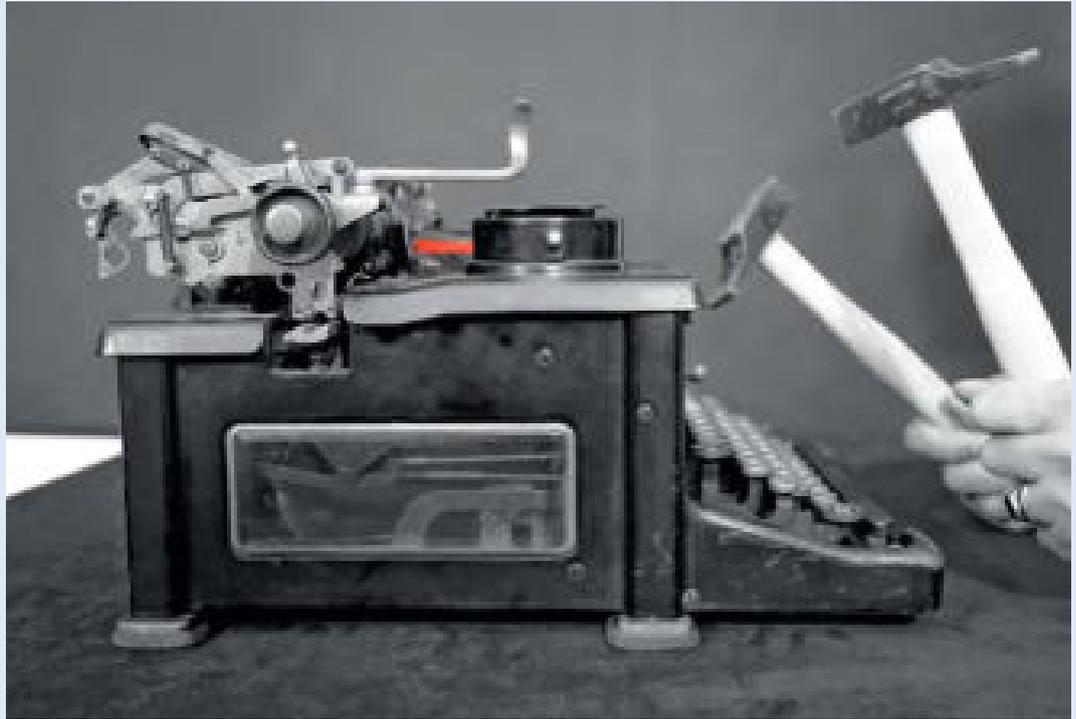
*Global Control  
and Censorship*  
2014  
© Alexander Lehman



Nadezda Suvorova:  
*MIKMA*, 2014  
*Global Games* 2014  
Foto: Raphaele Mueller  
© R. Mueller, 201



Halil Altindere,  
*Mobese* 2012  
vergoldete  
Überwachungskameras  
© Murat Germen



mounir fatmi,  
Geschichte ist nicht meins  
(History is Not Mine) 2013  
Video, Still  
© mounir fatmi



Shinseungback  
Kimyonghun,  
Aposematic Jacket  
Medieninstallation  
© Shinseungback  
Kimyonghun

# Opioide bei Suizidgefahr? Klingt verrückt, funktioniert aber

Sehr niedrig dosiertes Buprenorphin drängt offenbar Suizidgedanken zurück. Dies könnte bei Patienten interessant sein, die auf andere Optionen kaum ansprechen.

Vor der Einführung spezifischer Antidepressiva wurden Patienten mit schweren Depressionen nicht selten mit Opioiden behandelt, und zwar durchaus mit Erfolg. Das hohe Abhängigkeitspotenzial und auch die Gefahr einer Überdosierung hat die Anwendung nach Einführung der Trizyklika aber deutlich eingeschränkt.

Von daher scheint es wenig verständlich, wenn Forscher nun versuchen, die Opioidbehandlung bei Suizidgefahr wiederzubeleben. Allerdings sprechen tierexperimentelle Studien und neue Forschungsergebnisse für eine wichtige Rolle des Opioidsystems bei Depression und Suizidalität.

Gerade beim Trennungsschmerz oder bei sozialer Ablehnung - etwa, wenn sich jemand unglücklich verliebt - scheint die endogene Opioidproduktion ins Stocken zu geraten. Bei Borderlinepatienten geht ein derartiger „mentaler Schmerz“ häufig einem Suizidversuch voraus.

Der Begriff „Schmerz“ scheint hier in der Tat angemessen, ergeben sich doch auf neuronaler und Transmitterebene deutliche Überlagerungen mit Bereichen für somatischen Schmerz, schreiben die Hirnforscher um Dr. Yoram Yovelle von der Universität in Haifa (Am J Psychiatry 2015; online 21. Oktober). Erfolg im Tierexperiment

In Tierexperimenten ließ sich der Trennungsschmerz mit niedrig dosierten Opioiden lindern: Das Verhalten normalisierte sich weitgehend nach der Absonderung von der Gruppe oder den Eltern. Solche Erkenntnisse brachten die Forscher auf die Idee, es mit einem niedrig dosierten Opioid in einer kleinen klinischen Studie zu versuchen. Sie wählten das Analgetikum Buprenorphin, weil die Risiken bei einer Überdosierung, etwa die Gefahr einer Atemdepression, geringer sind als bei den meisten anderen Opioiden.

An der Studie nahmen 62 Patienten mit ausgeprägten Suizidgedanken teil - sie erreichten mehr als 11 Punkte auf der Beck-Suizidgedanken-Skala (BSS, maximal 38 Punkte).

Etwas mehr als die Hälfte hatte eine Borderlinestörung, die übrigen litten unter Depressionen oder Anpassungsstörungen.

Ausgeschlossen wurden Betroffene mit Suchtproblematik. Zwei Drittel der Patienten bekamen über vier Wochen hinweg zusätzlich zur bisherigen Medikation täglich ein- bis zweimal 0,1 mg Buprenorphin, ein Drittel erhielt Placebo. Zum Vergleich: In der Schmerztherapie liegt die Tagesdosis bei 0,6 bis 1,6 mg.

Als primären Endpunkt werteten die Forscher Änderungen beim BSS. Zu Beginn lag der Wert in beiden Gruppen bei knapp 20 Punkten. In der Placebogruppe sank er in den ersten drei Wochen um vier Punkte und stieg dann wieder um zwei Punkte an. Mit Buprenorphin ging der Wert innerhalb von zwei Wochen auf rund 9 Punkte zurück und blieb dann in diesem Bereich.

Nach vier Wochen war der Wert in der Opioidgruppe um statistisch signifikante 7,1 Punkte niedriger als in der Placebogruppe. Vor allem seelische Schmerzen, wie sie mittels einer weiteren Skala eruiert wurden, gingen unter dem Opioid deutlich zurück.

Größter Nutzen für Borderline

Wie sich zeigte, profitierten besonders die Patienten mit Borderlinestörung von der Therapie: Bei ihnen war der Placeboeffekt minimal (minus 2 Punkte auf der Skala), stärker ausgeprägt war er hingegen bei den übrigen Patienten (minus 6 Punkte).

Unter Buprenorphin ging der Wert auf der Beck-Suizidgedanken-Skala jedoch bei Patienten mit und ohne Borderlinestörung ähnlich stark zurück. Eine gleichzeitige Antidepressivabehandlung scheint nach diesen Daten den Therapieeffekt nicht zu schmälern.

Depressionssymptome reduzierten sich mit dem Opioid ebenfalls etwas, allerdings waren die Unterschiede im Vergleich zu Placebo nicht signifikant.

Opioidtypische Nebenwirkung wurden trotz der niedrigen Dosierung beobachtet: Unter Buprenorphin berichteten Patienten zwei- bis dreifach häufiger als unter Placebo über Müdigkeit, Übelkeit, Mundtrockenheit und Verstopfung. Sowohl in der Placebo- als auch in der Opioidgruppe gab es jeweils einen Suizidversuch.

Der Nutzen der Therapie muss nun natürlich in einer größeren Studie bestätigt werden. Auch wirft die Opioidbehandlung zur Suizidprävention einige Fragen auf, schreibt der Psychiater Alan Schatzberg von der Stanford University in einem Editorial. So wurden die Patienten in der Studie nur kurzzeitig behandelt.

Was aber, wenn sie auf einer längeren Therapie in höheren Dosierungen bestehen? Lässt sich der Nutzen mit Blick auf das Abhängigkeitsrisiko dann noch rechtfertigen? Die Kombination mit einem  $\mu$ -Rezeptorantagonisten könnte solche Risiken senken. Genau dies werde derzeit in klinischen Studien mit einer Buprenorphin-Samidorphan-Kombination geprüft, berichtet Schatzberg.

## Das Geschäft mit dem Glücksspiel

Deutschland tut sich schwer mit der Regulierung von Glücksspiel. Halblegal tummeln sich so einige Anbieter auf dem Markt. Dass sie das noch immer tun, liegt vor allem daran, dass der Staat kräftig mitverdient.

*„Willkommen bei Megaplayer, dem Automaten und Online Casino, deinem Königreich der Spiele. Über 800 Automaten, drei Live Casinos, ein mobiles Angebot. Hohe Jackpots, Top Bonus und Free-Spins erwarten Dich!“*

*„Und wenn man hier jetzt einmal auf Sportwetten klickt, dann sieht man folgendes: Aktuell können sie auf 21.847 Ereignisse wetten. Das ist gelinde gesagt Wahnsinn, was sie da für eine Auswahl haben.“*

Es war einmal ein Land, in dem Staatliches Lotto das Glücksspiel der Nation war. Obwohl Vater Staat fürsorglich die Hälfte des eingezahlten Geldes behielt und die Chance auf einen Sechser lächerlich gering war. Trotzdem sahen Millionen von Menschen gespannt zu, wenn im Fernsehen die Kugeln mit den Gewinnzahlen gemächlich aus der Lostrommel rollten und in durchsichtige Zylinder plumpsten.

*„60 Jahre ist es her, da wurde die erste Lottozahl gezogen, zwei Waisenkinder fischten ausgerechnet die 13 aus der Lostrommel! Zehn Jahre später konnte man die Ziehung dann erstmals live im Fernsehen verfolgen.“*

Doch das ist Fernseh-Geschichte, mittlerweile werden nur noch die Gewinn-Zahlen am Bildschirm präsentiert. Das Spiel ist zwar immer noch beliebt. Aber die Welt des Glücksspiels hat sich dramatisch verändert.

Das staatliche Glücksspielmonopol ist durchlöchert, immer mehr Menschen zocken im Internet, private Anbieter aus dem In- und Ausland drängen auf legalen und illegalen Wegen ins Geschäft. Und Lobbyis-

ten helfen, der Geldmaschine Glücksspiel immer wieder Schwung zu verleihen:

*„Sportwetten sind schon seit längerer Zeit ein natürlicher Partner des Sports. Es macht Spaß, es gehört einfach dazu, es ist wahnsinnig populär auch in allen Bevölkerungsschichten.“*

### Auch die Fußballvereine verdienen kräftig mit

Ex-Torwart Oliver Kahn verdient sein Geld nicht nur als Fußballexperte beim ZDF, sondern auch als Werbepartner der Firma Tipico. Der Glücksspielkonzern mit Firmensitz Malta bietet sogenannte „Sportwetten“ an, in Sportwett-Bars vor Ort und im Internet. Dort können Zocker zum Beispiel darauf setzen, dass die Kicker des russischen Zweitligisten FK Kolomna gegen die Kicker des FK Dolgoprudny gewinnen. Oder verlieren. Oder unentschieden spielen. Neben allerlei Sportwetten hält das Unternehmen auf der deutschen Internetseite noch andere Glücksspiele bereit, die eigentlich verboten sind:

*„Zum Beispiel Bloodsucker, ein Automatenpiel, European Roulette für Spielbank-Freaks, außerdem Video Poker für die Karten-Zocker...“*

... und ähnliches mehr, was Spieler magisch anzieht.

„Die Bank gewinnt immer“- diese Faustregel aus dem Roulette gilt für alle professionell veranstalteten Glücksspiele, ob staatlich oder privat: Sie sind so gestrickt, dass die Anbieter unterm Strich gewinnen, die Spieler verlieren. Das macht das Geschäft mit dem Glück so attraktiv – für die Veranstalter. Die Anbieter können Milliarden einstreichen.

*„Wir sind da von gut 10 Milliarden Euro Spielerverluste, was identisch ist mit Anbieterinnahmen, auf 10,6 Milliarden gewach-*

sen in den letzten Jahren. Wir haben allerdings eine große Dynamik gesehen innerhalb des Glücksspielmarktes. Das heißt, zwischen den Spielen hat sich einiges verschoben.“

Ingo Fiedler, Glücksspielforscher an der Universität Hamburg:

„Da haben wir eben Verlierer gehabt, das sind vor allen Dingen die Lotterien: Die sind von 5 Milliarden auf ungefähr 4 Milliarden gefallen. Die staatlichen Casinos sind inzwischen ziemlich bedeutungslos geworden, die haben vielleicht noch 500 Millionen, die sie im Jahr einnehmen, das war mal deutlich mehr. Der große Gewinner sind die gewerblichen Automaten: Die sind inzwischen der größte Spieler im Markt, mit 4,4 Milliarden Einnahmen pro Jahr. Und dann haben wir eben noch das neue Phänomen der Sportwetten, insbesondere im Online-Bereich: Das hat natürlich über die letzten Jahre auch immer weiter zugenommen, ist aber vergleichsweise noch relativ klein.“

Auch Online-Casinos und Online-Automaten sind noch relativ klein, aber sehr wachstumsstark. Während Poker nach einem Höhenflug wieder etwas aus der Mode gekommen ist.

„Poker ist ein interessantes Phänomen. Es hat wirklich geboomt, ich würde sagen von 2007 bis 2011, und seitdem ist es immer weiter runter gegangen. Wir haben inzwischen noch Spielerverluste/ Anbieterereinnahmen von 150 Millionen. Das ist nur noch ein Marktanteil von 1,5 Prozent, es ist verschwindend gering. Und die Bedeutung von Poker fällt immer weiter – es war ein eher vorübergehendes Phänomen.“

Von dem Boris Becker zeitweise stark profitiert hat – nicht als Spieler, sondern als Werbeköder: Um viele kleine Fische an die Pokertische zu locken – wo die Haie auf Beute warten.

„Inzwischen haben sich sehr viele professionelle Spieler herausgebildet, die extrem gut sind. Und wenn jetzt ein neuer Spieler dazu kommt, dann verliert der derart rasant sein Geld, dass er schnell die Lust daran verliert. Und entsprechend kommt dort wenig neues Geld nach von den sogenannten Fischen, die eben von den Haien ausgeplündert werden.“

Außerdem haben Länder wie Italien oder Frankreich die Fanggründe abgeschottet. Und die USA haben sogar ein Online-Fangverbot für Pokerhaie verhängt - um reale Spielhöhlen wie Las Vegas vor der Internet-Konkurrenz zu schützen:

„Hier in Deutschland ist es auch verboten, aber das Verbot wird nicht durchgesetzt. In dem Moment, wo das in den USA verboten war, ist ein Drittel des Marktes komplett weggebrochen. Und die zweite Entwicklung ist eben Frankreich, Italien, Spanien, auch relativ große Märkte, die wurden reguliert. Dort spielen dann Italiener gegen Italiener. Aber eben die Deutschen können nicht mehr mitspielen. Entsprechend sind das abgetrennte Spielerpools. Und der verbleibende Spielerpool wird halt immer kleiner. Entsprechend fehlt auch der Anreiz, weiter zu spielen.“

### „Kaffee-Casinos“ sind Scheingastronomie

Poker ist allerdings die Ausnahme von der Regel, denn ansonsten steigt das Interesse am Zocken und Wetten im World-Wide-Web. Das größte Geschäft mit dem Glück sind aber immer noch die stationären Spielautomaten. Bundesweit stehen mittlerweile 190.000 attraktive Geldspielgeräte in 90.000 Spielhallen zur Verfügung, in Deutschlands Kneipen sind weitere 70.000 Spielautomaten installiert. Manche dieser Kneipen sind freilich illegale Zocker-Buden:

„Das sind sogenannte Kaffee-Casinos, Scheingastronomie. Das ist praktisch als Gastronomie-Aufstellung angemeldet, als Gaststätte mit Spielgeräten. In Wirklichkeit tritt es nach außen auf als Spielhalle und ist auch für den Kunden nur als solche erkennbar. Und diese Einrichtungen haben völlig andere Konditionen als Spielhallen. Dort können Getränke konsumiert werden, kann sogar Alkohol konsumiert werden, all das ist ja in einer regulären Spielhalle gar nicht erlaubt.“

... sagt Georg Stecker vom Dachverband der Automatenwirtschaft, der die Interessen der legalen Spielotheken vertritt.

Zu den Betreibern von Spielautomaten gehört auch Vater Staat, seine Geräte stehen allerdings in den Spielbanken der Bundesländer. An diesen sogenannten „Slot-Maschinen“ kann man noch mehr verlieren als an den Automaten der privaten Anbieter, weil höhere Einsätze und höhere Gewinne erlaubt sind. Das berühmteste Casino steht wohl in Baden-Baden, ein sehr altes in Bad Ems, viele sind in Kurorten angesiedelt. Auch in großen Städten wie Berlin, Hamburg oder Bremen befinden sich staatliche Glücksspielpaläste. In Bayern warten sie dagegen nicht in den großen Städten auf Kundenschaft, sondern überwiegend in der Provinz.

Neun Spielbanken, die mit Roulette, Poker, Black Jack und Automaten den Spielern „magische Momente“ versprechen, hat die bayerische Landesregierung eingerichtet, offiziell um seriöse, legale Glücksspielmöglichkeiten zu bieten. Nebenbei aber auch, um das Geld der Spieler in die Staatskasse zu leiten, gut dotierte Posten zu vergeben und wirtschaftschwache Grenzregionen zu beleben. Professor Tilmann Becker, Glücksspielforscher an der Universität Hohenheim:

*„Die Spielbanken haben es in den letzten Jahren zunehmend schwer, das heißt die Umsätze in den Spielbanken sind zurückgegangen. Weil auf der einen Seite das Automatenspiel in den Spielhallen attraktiver wurde, andererseits Online ist immer aktiver, Online-Casino ist einer der Bereiche der hohe Zuwachszahlen im Umsatz zeigt...“*

...dazu kommen noch die Angebote in den Nachbarländern wie Tschechien und Österreich. Bayerns Spielbanken müssen also mit starker Konkurrenz zurechtkommen. Viele schreiben rote Zahlen. So ist nachvollziehbar, dass die bayerische Staatsregierung nicht daran denkt, die gefährlichen Geldspielautomaten auszumustern – die bringen nämlich das meiste Geld. Das ist problematisch, liefe es doch auf eine Ungleichbehandlung zwischen staatlichen Spielbanken und privaten Spielhallen hinaus. Die fallen nämlich seit 2012 unter das Glücksspielrecht - und sollen wegen des großen Suchtrisikos zurückgedrängt werden. Bund und Länder haben zusätzlich die Anforderungen an die Geräte hochgeschraubt und die Regeln für Spielhallen drastisch verschärft, um die Spieler besser zu schützen. Die Branche spricht von einer „Guillotine-Vorschrift“, die zu einer Schrumpfung um mehr als die Hälfte führen werde. Georg Stecker, Sprecher des Automatenverbandes:

*„Das mag politischer Wille sein, ich warne nur davor: Wenn man die zumacht: Das Spiel hört ja nicht auf, das Spiel ist ja ein Ur-Bedürfnis des Menschen. Die Alternative zu diesen Geldspielgeräten ist ja beispielsweise das Online-Spiel im Internet, was sich immer mehr ausbreitet, wo es praktisch keine Regulierung gibt.“*

Am Ausbau des Online-Spiels arbeitet die Automatenbranche freilich selbst mit. Etwa der größte Konkurrent des staatlichen Glücksspiel-Monopols, der Gauselmann-Konzern mit dem Online-Ableger Cashpoint. Zum Gauselmann-Imperium gehören auch der große Automatenhersteller Merkur und die gleichnamige Kette von Spielhallen.

Spielhallenbetreiber und Automatenhersteller haben allerdings noch Zeit, sich auf die Änderungen einzustellen und Umgehungsstrategien auszutüfteln. Denn die strengen Vorschriften für die Spielotheken greifen erst ab Mitte 2017, für die Geräte erst ab Ende 2018. Und die Branche hat bereits schweres juristisches Geschütz aufgeföhren, um ihr fruchtbares Geschäftsfeld zu verteidigen:

*„Wir wehren uns auch juristisch bis hin zum Bundesverfassungsgericht dagegen. Es ist auch die Frage, ob mit den gesetzlichen Maßnahmen, die da geplant sind, das erreicht wird, was man erreichen will. Hinzu kommt auch noch eine massive Ungleichbehandlung zwischen Spielbanken und Spielhallen.“*

... über die man sich vor Gericht streiten kann. Auch die unterschiedlichen Vorschriften der Bundesländer und die Vergabe der Genehmigungen durch die Kommunen könnten viele Ansatzpunkte für langwierige Verfahren vor Gerichten liefern. So erwartet Glücksspielforscher Tilmann Becker, dass die Kommunen ab 2017 von einer Klagewelle überschwemmt werden, wenn sie Konzessionen einziehen und Spielotheken schließen wollen:

*„Dann wir werden mehrere tausend Gerichtsverfahren haben Weil natürlich jeder Spielhallenbetreiber klagen wird, wenn er sein Geschäft nicht weiter ausüben darf.“*

*„Arjen Robben wieder Bayern-Spieler der Saison! Bwin: Bassano Virtus gegen Como. Sieg 2,05. Unentschieden 3,20. Niederlage 3,20. Einsatz 10 Euro, Gewinn 32 Euro. Jetzt wetten!“*

### **Beim Glücksspiel geht es um Milliarden**

Der FC Bayern ist nicht nur eine tolle Torfabrik, sondern auch eine erfolgreiche Werbemaschine. Auch für Sportwetten. So präsentierte der Verein in der vergangenen Saison auf der Homepage einen verführerischen Link zum Online-Casino des Glücksspielanbieters Bwin. Dort kann man dann Sportwetten abschließen. Oder pokern oder ins Casino klicken. Auch Live-Wetten sind möglich. In der laufenden Saison wirbt der FC Bayern für den Bwin-Konkurrenten Tipico. Klickt man auf den Namen, landet man in dessen Online-Wettshop. Die meisten anderen Vereine der Fußball-Bundesliga betätigen sich ebenfalls ungeniert als Türöffner für Glücksspielkonzerne, obwohl die in einer juristischen Grauzone oder gar illegal unterwegs sind. Ingo Fiedler, Glücksspielforscher an der Universität Hamburg:

„Vorher gab es das staatliche Monopol, das es auf dem Papier immer noch gibt, mit Oddset und Toto. Da ist es nicht so beliebt gewesen, weil die Auszahlungsquote sehr schlecht war: Sie setzen einen Euro ein, im Schnitt haben sie 50 Cent wieder ausbezahlt bekommen. Jetzt einfach durch die neuen technologischen Entwicklungen insbesondere im Online-Bereich können sie teilweise Auszahlungsquoten von 95 Prozent bekommen. Also kostet das für den Spieler noch ein Zehntel. Das macht es sehr viel attraktiver...“

... zu privaten Anbietern zu gehen. Dort kann man dank digitaler Technik auch jederzeit und überall wetten - Internet und Smartphone machen es möglich.

Außerdem haben private Glücksspiel-Konzerne zahlreiche Wett-Bars eingerichtet. Dort sind Sportereignisse an großen Bildschirmen live zu sehen, während des Spiels sind noch Wetten möglich. Sportbegeisterte junge Männer sind die wichtigste Zielgruppe für diese Variante des Glücksspiels. Und das Geschäft brummt offenbar. Mathias Dahms vom deutschen Sportwettverband:

„Wenn Sie nach der Größe des Marktes fragen: Da ist die letzte verfügbare Studie, die die Firma Goldmedia 2013 erstellt hat. Die sagt, dass der Online-Wettmarkt und auch der Shop-Wettmarkt etwa jeweils 2,7 Milliarden Euro an Wetteinsatz groß sind, also etwa gleich groß, und insgesamt der Wettmarkt ungefähr 5,4 Milliarden Euro groß ist.“

Das sind die Umsätze, nicht die Gewinne. Die liegen noch weit unter einer Milliarde. Allerdings ist der deutsche Markt zeitweise stark gewachsen, besonders während der Fußball-WM in Brasilien, als Deutschland Weltmeister wurde. So gehört die Wettbranche zu den Zugpferden im deutschen Glücksspielmarkt. Ingo Fiedler:

„Und da haben sich eben große Anbieter herausgebildet, die zwar in Deutschland immer noch illegal operieren. Aber sich davon überhaupt nicht beeindrucken lassen, dass sie hier ein illegales Produkt anbieten. Die werben ja sogar im Fernsehen. Sie berufen sich dabei darauf, dass entweder das derzeitige Verbot europarechtswidrig sei – diese Klausel im Glücksspielstaatsvertrag – oder aber sie berufen sich darauf, dass sie ja eigentlich eine Lizenz haben müssten, die einfach nur noch nicht vergeben wurde.“

Die Geschichte der Sportwett-Lizenzen ist ein komplexes deutsches Trauerspiel, das die Bundesländer auf der Bühne des Föderalismus inszeniert haben.

Wir fassen die Geschichte stark vereinfacht und verkürzt zusammen:

Willkommen zum Heimspiel des FC Oddset gegen den TSV Spielverderber!

Private Sportwetten sind verboten. Der staatliche Anbieter Oddset hat ein Monopol im ganzen Land.

*Erste Halbzeit: Foulspiel auf beiden Seiten.*

### Das Trauerspiel geht weiter

Im Norden der Republik untergräbt ein kleines Bundesland das staatliche Sportwett-Monopol. Schleswig-Holstein vergibt nämlich regionale Lizenzen an private Anbieter. Außerdem bieten Zwergstaaten wie Gibraltar oder Malta Glücksspielanbietern eine Heimat mit niedrigen Steuersätzen. Deren Internet-Angebote sind aber in Deutschland verfügbar und - dank niedriger Steuerlast und hoher Gewinnausschüttung - attraktiver als die staatliche Sportwette. So laufen dem Staat die Kunden weg. Der reagiert mit einer Werbeoffensive, wird aber vom Europäischen Gerichtshof zurückgepfiffen: Foulspiel, Verstoß gegen den Spielerschutz.

*Zweite Halbzeit. Neues Spiel, neues Glück!* Die Werbung für staatliche Lotterien und Sportwetten wird zurückgefahren. Die Bundesländer raufen sich dann – zunächst ohne Schleswig-Holstein - zu einem neuen Glücksspielstaatsvertrag zusammen: Das staatliche Lotteriemonopol bleibt erhalten. Für Sportwetten wollen die Länder in einer siebenjährigen Testphase 20 Lizenzen an zuverlässige Anbieter vergeben. Um die Auswahl kümmert sich das Bundesland Hessen. Nordrhein-Westfalen soll darüber wachen, dass die neuen Vorschriften für Glücksspielwerbung eingehalten werden. Und Niedersachsen soll verbotenen Internetangeboten das Wasser abgraben, mit einer Zahlungssperre. Nachdem die Wähler in Schleswig-Holstein die FDP aus der Landesregierung verbannen, unterschreibt auch dieses Bundesland den Staatsvertrag.

*Nachspielzeit: Oddset in der Abseitsfalle*

Der neue Staatsvertrag tritt im August 2012 in Kraft. Die Auswahl der 20 besten Lizenznehmer für Sportwetten nach einem Punktesystem dauert allerdings 2 Jahre. Im September 2014 gibt Hessen bekannt, das der größte Konkurrent des staatlichen Glücksspielmonopols, der Gauselmann-Konzern, mit der Tochter Cashpoint am besten abgeschnitten hat. Die staatliche Sportwette Oddset landet auf dem dritten Platz. Die Firma Tipico, die Oliver Kahn als Gallionsfigur

in ihrem Werbefeldzug beschäftigt, erhält wie viele andere Bewerber keine Lizenz  
*Verlängerung. Spielverderber spielen auf Zeit!*

Das Trauerspiel geht weiter. Die Verlierer des Auswahlverfahrens ziehen nämlich vor Gericht - mit Erfolg. Der hessische Verwaltungsgerichtshof in Kassel hat die Lizenzvergabe wegen des undurchsichtigen Verfahrens vor kurzem endgültig gestoppt.

Und damit sind wir in der Gegenwart, die Neuordnung des Glücksspielmarktes hängt wieder in der Warteschleife, die Bundesländer müssen sich wohl auf neue Spielregeln verständigen. Denn auch nach Einschätzung des Generalanwalts am Europäischen Gerichtshof verstößt das deutsche Lizenzverfahren gegen europarechtliche Grundsätze.

Wie lange die Nachspielzeit dauern wird, ist schwer zu sagen. Solange die Rechtslage ungeklärt ist, werden die Behörden weiter darauf verzichten, gegen illegale Anbieter vorzugehen, weil sie teure Schadenersatzklagen fürchten. Der Markt für Sportwetten ist damit offen wie das sprichwörtliche Scheunentor. So schießen Sportwett-Bars wie Pilze aus dem Boden. Denn auch Sportwettkonzerne wie Tipico und Sjbet, die im hessischen Auswahlverfahren nicht zum Zug gekommen sind, vergeben massenhaft Lizenzen an Franchise-Unternehmer, die vor Ort Geschäfte aufmachen. So können die Sportwett-Konzerne rasch wachsen und den Markt erobern, ohne selbst viel Geld zu investieren. Tipico hat zum Beispiel nach Schätzungen von Fachleuten schon mehr als 900 Wettbüros eingerichtet, der Marktanteil soll bei 40 Prozent liegen:

*„Das Hauptproblem ist, dass wir eine Begrenzung auf 20 Lizenzen haben. Und jetzt gibt es eben Klagen von allen, die keine Lizenz bekommen werden. Gar nicht unbedingt, weil man dann eine Lizenz haben möchte. Sondern weil der Status Quo natürlich sehr lukrativ ist. Der Status Quo ist ein völlig unregulierter, freier Markt...“*

...in dem auch viele der besonders lukrativen Live-Wetten angeboten werden. Die Veranstalter befinden sich dabei in einer Grauzone. Mathias Dahms vom deutschen Sportwettverband:

*„Livewetten sind erlaubnisfähig, so würde ich es mal formulieren. Und deswegen bieten das auch viele Wettanbieter an. Das hessische Innenministerium hat an einem Katalog von Livewetten gearbeitet, und den auch schon den Wettanbietern zukommen lassen, wo im Rahmen der Lizenzierung dann auch*

*viele Live-Wetten erlaubt werden sollen. Es gibt unterschiedliche Auffassungen in den einzelnen Bundesländern, welche Livewetten zukünftig erlaubt sein sollen und welche nicht erlaubt sein sollen.“*

Würde der Markt für Sportwetten tatsächlich reguliert, könnten viele dieser Live-Wetten auf der Strecke bleiben. Ingo Fiedler:

*„Mit Live-Wetten werden allerdings 60 Prozent der Umsätze generiert. Das heißt da fällt schon mal knapp bisschen mehr als die Hälfte des Marktes weg. Das ist natürlich ziemlich ärgerlich für die Anbieter. Hinzu kommt, dass Spielerschutzmaßnahmen eingeführt werden, die ebenfalls die Einnahmen drücken. Und entsprechend sind sie jetzt froh, wenn sie unreguliert anbieten können.“*

### **Die Bundesländer kassieren kräftig mit**

Außerdem ist die Chance groß, dass die Politik irgendwann doch jedem Interessenten eine Sportwett-Lizenz zubilligen wird, um den Wildwuchs bei diesem Glücksspiel zu beschneiden. Immerhin kassieren die Bundesländer trotz der undurchsichtigen Lage schon Steuern aus der Wett-Branche:

*„Und hier ist laut Gesetz ein Steuersatz von 5 Prozent auf den Wetteinsatz abzuführen. Das funktioniert ganz ähnlich wie die Mehrwertsteuer, dass nämlich diese 5 Prozent dem Kunden im Laden oder auch online vom Wetteinsatz abgezogen werden, und dann nur noch 95 Prozent in die Wette gehen.“*

230 Millionen Euro flossen 2014 aus der Sportwettsteuer in die Kassen der Bundesländer – der Rubel rollt also trotz der juristischen Rückschläge recht ordentlich. Nur die Spieler werden nach allen Regeln der Kunst abgezockt, solange der Markt für Sportwetten ein „Spiel ohne Grenzen“ bleibt. Sportwetten wirken auf den ersten Blick recht harmlos. In der simplen Variante setzt man 10 Euro auf den Sieg einer Fußballmannschaft oder eines Tennisspielers, wenn man verliert sind 10 Euro weg. Halb so schlimm, möchte man meinen. Aber es gibt auch riskantere Wetten. Und die Wett-Fans kommen in der Regel aus der jeweiligen Sportart - und überschätzen sich deswegen gern. Vor diesem Hintergrund ist auch die Werbung von Sportvereinen und Sportidolen für Sportwetten kritisch zu sehen. Doch selbst ein reicher Proficlub wie der FC Bayern will auf diese Einnahmequelle nicht verzichten, im Vorstand sitzt ein früherer Manager der Glücksspielfirma Bwin. Sogar bei Amateur-Verein-

nen, die ihren Mannschaftssport als Lebensschule für Jugendliche verkaufen, ist die Sensibilität für das Thema gering.

So wollte ein Klub aus Rosenheim auf den Trikots der Herrenmannschaft für die Sportwettfirma Sjbet werben. Der bayerische Fußballverband wies das zurück, weil die Firma keine Lizenz in Deutschland besitzt. Nun tragen die Rosenheimer Kicker den Namen des dazugehörigen Wett-Shop-Betreibers auf dem Trikot – der ist nämlich offiziell als Gastronom eingetragen.

Problematisch ist die Werbung für Sportwetten auch, weil die meisten Sportwett-Unternehmen auf ihren Seiten gleichzeitig Casino- und Automaten Spiele anpreisen. Und dafür sind keine Lizenzen vorgesehen. Sportwetten sind damit eine Einstiegsdroge in die Welt des illegalen Glücksspiels. Tilmann Becker:

*„Online-Casino-Spiele und Online-Automaten sind definitiv verboten. Nur hält sich kaum jemand daran. Weil man auf der einen Seite sehr viel Geld verdienen kann. Und auf der anderen Seite das Risiko, erwischt und bestraft zu werden, sehr gering ist. Und dann wenn man eine Strafe kriegt, diese auch sehr gering ist.“*

Es gibt aber eine technische Möglichkeit, verbotene Internet-Angebote auszuschalten: Deutschland könnte die Zahlungsströme blockieren. Ingo Fiedler:

*„Dass ein Spieler nicht mehr so leicht bei einem Glücksspielanbieter einzahlen kann. Zum Beispiel weil Kreditkartenzahlungen nicht mehr erlaubt werden für Glücksspielanbieter. Oder eben auch andere Wege. Das ist durchaus machbar, das passiert auch an anderen Seiten der Welt, insbesondere den USA. Für Deutschland wird gerne gesagt, das sei nicht praktikabel. Das teile ich so nicht, das Argument. Es ist relativ klar, wann etwas eine Glücksspielzahlung ist und wann nicht. Beispielsweise haben die Kreditkarten einen eigenen Code dafür. Und dann ist eben klar: Das ist eine Glücksspielzahlung. Und die müssten sie einfach unterbinden. Das machen sie derzeit nicht, einfach aus dem Grund, weil das hoch lukrativ ist. Da werden nämlich Risikoprämien drauf gezahlt. Da heißt diejenigen, die die Zahlungsströme durchleiten, profitieren enorm stark davon. Da müssten man schon mit dem Strafrecht kommen, damit die das auch sein lassen.“*

Doch auch an diesem Punkt hapert es mit der praktischen Umsetzung, eine Zahlungssperre ist nicht in Sicht. Tilmann Becker:

*„Das funktioniert nicht, weil der schleswig-holsteinische Datenschutzbeauftragte gesagt hat, dass es gewisse Datenschutzprobleme gebe. Und es wäre praktisch nicht umsetzbar. Aber da muss man sich natürlich fragen: Warum ist es in vielen anderen Ländern praktisch umsetzbar und soll in Deutschland nicht praktisch umsetzbar sein?“*

### **Auch die Finanzbranche sitzt mit am Tisch**

Die Finanzbranche sitzt übrigens nicht nur mit ihren Bezahlssystemen sozusagen „am Spieltisch“, sondern sie bietet auch maßgeschneiderte Finanzwetten für Glückritter an. Ingo Fiedler:

*„Finanzgeschäfte können durchaus auch süchtig machen. Zu Recht sind die allerdings nicht aufgrund dieser Suchtgefahr verboten, weil es eben viele positive Effekte hat, die wir dringend brauchen. Funktionierende Finanzmärkte sind ein Grundpfeiler unserer Wirtschaft. Gleichwohl gibt es so Teilbereiche unserer Finanzmärkte, die sich immer mehr Richtung Glücksspiel bewegen. Da ist zum Beispiel an den Derivatemarkt zu denken. Der hat durchaus seine Berechtigung. Aber in dem Moment, wo er sich vornehmlich an Privatpersonen wendet, kann man sich die Frage stellen: Brauchen Privatleute komplizierte Derivate, die sie vielleicht verstehen oder auch nicht in Anbetracht dessen, dass es eine Suchtgefahr gibt? Wo ist da der gesamtgesellschaftliche Nutzen?“*

Hoeneß: *„Und diese Schlossallee gibt man ja nur her, wenn man in Not ist, wenn man pleite ist, oder wenn man nicht mehr weiter weiß.“*

Deutschlands bekanntester Fußballmanager Uli Hoeneß hat seinen Dribbelkünstler Franck Ribery einmal stolz mit der wertvollsten Immobilie im Monopoly-Spiel verglichen, mit der Schlossallee. Später zeigte sich, dass er selber leidenschaftlich Monopoly an den Finanzmärkten gespielt hat. Und womöglich sogar süchtig war nach riskanten Spekulationen mit Glücksspielcharakter. Auch das gibt es nämlich – etwa unter der Bezeichnung „Binäre Optionen“. Konrad Landgraf von der Landesstelle Glücksspiel-sucht in Bayern:

*„Sie setzen zum Beispiel auf einen steigenden Rohstoffkurs, auf steigende Währungskurse oder eben auf fallende Kurse, und das geht teilweise im Dreißig-Sekunden- oder Minutentakt.“*

Die Anbieter solcher Finanzwetten gehen gerne am herkömmlichen Glücksspielmarkt

auf Kundenfang. Denn dort ist die Trefferquote ihrer Werbung recht hoch. Ingo Fiedler:

*„Die Anbieter davon bewerben das dann direkt bei denen, wo sie wissen, dass die Online- Glücksspiele machen. Das heißt, die haben sich E-Mail-Listen aufgekauft, von bestehenden Online-Glücksspielanbietern. Und dort schicken sie dann die Werbung hin, für diese binären Optionen.“*

Das Geschäft mit den Finanzwetten ist offenbar so interessant, dass die Branche ihr Glück sogar in Wettkneipen versuchen will.

*„Das ist dann so ähnlich wie die binären Optionen, die wollen das als Automaten herausbringen. Sie sehen hier: keine Einsatzlimits, keine Umsatz- oder Vergnügungssteuer. 50 bis 120 Sekunden pro investierte Aktien, Währungen, Indizes und Rohstoffe können sie hier handeln, das Ganze eben auch in einem vom Glücksspiel nicht regulierten Markt, weil es sich ja nach ihrer Sprachregelung um Finanzprodukte handelt. Wie das dann wirklich kommen wird, ist noch unklar, und ob das überhaupt zugelassen wird, ist auch noch unklar, da beschäftigt sich gerade die BaFin damit, also die Bundesfinanzdienstleistungsaufsicht.“*

Das Beispiel zeigt: Die Wirtschaft entwickelt ständig neue Ideen, um Menschen zum Wetten oder Zocken zu verleiten. Spielautomaten und Spielbanken, Sportwetten und Finanzwetten, Lotterien mit riesigen Jackpots, Bingo, Poker, Black Jack und vieles mehr: Fast alle Variationen des Glücksspiels stehen mittlerweile massenhaft zur Verfügung, offline und online. Die Geldmaschine Glücksspiel läuft immer schneller, rund um die Uhr, überall.

Die Verluste der Spieler übersteigen mittlerweile 10 Milliarden Euro pro Jahr. Die Bundesländer haben bei der Kanalisierung des Glücksspiels kläglich versagt, der Markt ist offen wie nie zuvor. Weil die Landesfürsten keinen klaren Kurs zustande bringen, herrscht Rechtsunsicherheit. Derweil können private Anbieter den Markt mit legalen und illegalen Glücksspielen überschwemmen und neue Kundenkreise fürs Zocken gewinnen.

## Darknet-Handel: Die Apotheken der digitalen Unterwelt

Im Darknet werden nicht nur alle Arten von Drogen gehandelt, sondern auch Medikamente. Die dienen teilweise der Selbstmedikation verzweifelter Patienten, meinen zumindest die Händler. Ein Einblick in das Geschäft der „illegalen Apotheken“.

Foto: iStockphoto

Das Internet lässt sich mit einem riesigen, hellen Haus vergleichen. Die größten Zimmer sind bekannt, ebenso die dunklen Ecken – zumindest glauben die Bewohner das. Dann merken sie plötzlich, dass es noch ein großes Kellergewölbe gibt. Wer einmal dort war, berichtet mit einer Mischung aus Faszination und Abscheu davon. Es ist eine Welt, von der viele vermutlich lange noch nicht einmal wussten. So in etwa ist es mit dem Darknet, der digitalen Unterwelt.

### Unauffindbar für die Suche

Das Darknet steht für all die Webseiten, die von Suchmaschinen nicht gefunden werden und die sich mit technologischen Mitteln vor neugierigen Blicken verstecken. Vor allem staatliche Ermittler sollen ferngehalten werden. Alles, was sich Menschen an Fortschrittlichem, Banalem und Abstoßendem ausdenken können, ist hier vertreten. Es ist ein Schutzraum für Dissidenten und Whistleblower. Doch das Darknet wird auch von Pädophilen missbraucht, die dort Bilder tauschen. Und es gibt Dutzende hochprofessionelle Webshops für illegale Güter. Auf diesen „Kryptomärkten“, wie sie in der Szenesprache heißen, werden vor allem Drogen gekauft und verkauft, ansonsten noch gehackte Kreditkartendaten, Waffen und Falschgeld. Auch Medikamente werden dort gehandelt. Alfabay, zurzeit der größte dieser illegalen Webshops, listet um die 50 000 Produktangebote verschiedener Händler auf. Etwa die Hälfte davon fällt in die Gruppe „Drugs and Chemicals“. Dazu wiederum gehören zwei Unterkategorien mit Medikamenten: „Prescription“, das heißt verschreibungspflichtige Medikamente (2 103 Angebote), und „Benzos“ (2 068 Angebote). Etwa 800 der Angebote werden auch nach Deutschland geliefert. Offeriert wird beispielsweise die Potenzpille Cialis und das indische Viagra-Ge-

nerikum Kamagra, Präparate mit dem Opioid Oxycodon und verschiedene Benzodiazepine.

Andere Marktplätze heißen Abraxas, East India Company oder Middle Earth Marketplace und funktionieren ähnlich. Wie von Amazon oder Ebay bekannt, können Käufer Nutzerbewertungen zu Händlern und Produkten schreiben. Schwarze Schafe, die trotz Bezahlung nicht liefern oder mangelhafte Qualität verkaufen, werden so öffentlich gebrandmarkt.

Und wie im normalen E-Commerce besteht das Ökosystem der Kryptomärkte aus mindestens drei Parteien: den Marktplätzen, den Händlern und den Käufern. Einige Händler haben sich ausschließlich auf Medikamente spezialisiert, für andere sind sie nur Teil eines größeren Produktportfolios, das vor allem aus Drogen besteht.

### **Kleine und große Fische**

Mit Darknet-Händlern zu sprechen, ist nicht einfach. Zu groß ist ihr Misstrauen, das Gegenüber könnte vielleicht ein Ermittler oder ein Konkurrent sein, der sie ausspionieren will. Zwei deutsche Händler haben sich dann aber doch dazu bereit erklärt. Um anonym zu bleiben, haben sie darauf bestanden, dass ihre Händlernamen nicht genannt werden, ebenso wenig wie die Marktplätze, auf denen sie aktiv sind. Einer wollte sich darüber hinaus auch nicht direkt zitieren lassen. Im Folgenden heißen die beiden einfach Händler 1 und Händler 2.

Den Umfang des Medikamentenmarktes im Darknet schätzen sie unterschiedlich ein. Händler 1 hält zumindest die deutsche Szene für überschaubar: „Es ist davon auszugehen, dass eine halbwegs gut platzierte Apotheke den Umsatz eines Darknet-Händlers um ein Vielfaches übertrifft, zumal die überwiegende Zahl der angebotenen Medikamenten, von ausländischen Anbietern stammt.“ Bei den gehandelten Medikamenten gibt es klare Bestseller, erzählt er: „Am besten laufen entspannende beziehungsweise angstlösende Medikamente, starke Schmerzmittel, Neuro-Enhancer und die berühmten Potenzpillen.“

Auf die gesamte Branche bezogen, gebe es schon einen sehr großen Kundenstamm, meint hingegen Händler 2. Neben vielen kleinen Händlern seien auch einige sehr große am Markt. Er selbst würde sich eher zu den kleinen Fischen zählen. Der Bedarf an Medikamenten aus dem Darknet übersteige seine eigenen Möglichkeiten. Er selbst liefert

meist an Stammkundschaft. In der Hälfte der Fälle gehe es beim Kauf von Medikamenten im Darknet klar um Missbrauch, also die Nutzung jenseits ihrer Indikation. Bei der anderen Hälfte aber handele es sich um Selbstmedikation, schätzt er.

Ein Grund, warum Leute sich auf eigene Faust mit Medikamenten versorgen, sei die Scham, mit Fremden über persönliche Probleme zu reden, meint Händler 1. Außerdem spielen als negativ empfundene Erfahrungen mit Ärzten eine Rolle: „fehlendes Vertrauen in die Ärzte, weil wirksame Medikamente nicht selten einfach abgesetzt werden, die Dosierung im Laufe der Zeit nicht angepasst wird oder die verschriebenen Medikamente einfach nicht die gewünschte Wirkung erzielen“. Er habe auch den Verdacht, dass die Verschreibungspraxis hierzulande teilweise besonders restriktiv sei. Ihm falle etwa auf, dass Schmerzmittel fast nur nach Deutschland verschickt werden. Insgesamt sei es deswegen wenig verwunderlich, wenn Leute über das Darknet ihr „Schicksal selbst in die Hand nehmen“.

Beispiel für einen Kryptomarkt im Darknet: Auf der Plattform Abraxas sind auch verschreibungspflichtige Medikamente käuflich zu erwerben.

### **Selbst auferlegte Regeln**

Zur moralischen Seite ihres Geschäfts befragt, greift Händler 1 auf die klassisch-liberale Argumentation zurück, dass freie Menschen freie Entscheidungen treffen: „Aus moralischer Sicht ist zu sagen, dass jeder Kunde selbst die Möglichkeit hat, zu entscheiden, ob und was er ausprobiert und wie lange beziehungsweise wie oft er das Medikament anwendet.“ Und das, fügt er hinzu, sei nicht immer möglich, wenn man nur auf die ärztliche Verschreibung angewiesen ist.

Auch der andere Händler setzt auf Eigenverantwortung. Er räumt aber ein, durchaus zu wissen, dass dieser Darknet-Handel moralisch verwerflich ist. Dennoch sei ihm die Frage der Moral insgesamt sehr wichtig. Dass er zu den kleineren Fischen im Geschäft zähle, liege unter anderem daran, dass er sich selbst Standards auferlegt hat. Beispielsweise verkaufe er üblicherweise nur Mengen, die einer regulären Verschreibung von 15 bis 20 Tagen entsprechen würden. Er liefere nur an Erwachsene. Hat er den Verdacht, dass es sich bei Neukunden um Jugendliche handeln könnte, versuche er nachzubooren. Und er stehe mit einigen Konsumenten in Kontakt. Zwei Käufer hätten

beispielsweise auf sein Anraten hin die Dosis reduziert und sich in stationäre Therapien begeben.

Nicht auf seiner Angebotsliste stehen unter anderem Barbiturate und einige Substanzen aus der Intensivmedizin, etwa Propofol. Die Benzodiazepine, die er verkauft, verseehe er mit Lebensmittelfarbe und einem starken Geschmackbeisatz, um einer Verwendung als K.o.-Tropfen entgegenzuwirken. Zudem verkaufe er nur Produkte, die regulär pharmazeutisch hergestellt werden.

Die Gefahr, das falsche oder ein gestrecktes Produkt zu bekommen, sei im Darknet aufgrund des Systems von Nutzerbewertungen deutlich niedriger als bei anderen illegalen Vertriebswegen. Auch Händler 1 hält die Produktqualität für hoch und meint sogar provokativ: „Die Qualität der im Darknet angebotenen Medikamente ist durchaus auf dem Niveau der in deutschen Apotheken vertriebenen Produkte.“ Neben deutschen Originalmedikamenten würden fast ausschließlich Generika indischer Hersteller gehandelt, die seiner Meinung nach den Originalen meistens qualitativ in nichts nachstehen und um einiges günstiger seien. Man müsste dann nur darauf achten, dass es sich um namhafte Generika-Hersteller handele.

### **Apotheker warnen**

Das alles klingt nach einem plumpen Marketing-Getöse, ist aber nicht ganz abwegig, auch wenn gerade indische Generika immer wieder in der Kritik stehen. Die Konkurrenz der Händler auf den Marktplätzen ist groß. Nutzerbewertungen bieten eine wichtige Orientierung für potenzielle Käufer. Wer seinen Käufern wirkungslose oder gar gefährlich zusammengepanschte Substanzen liefert, wird wenig später kaum mehr etwas verkaufen können.

Das Argument, dass die Produktqualität durch Nutzerbewertungen im Darknet gewährleistet wird, will Dr. Reiner Kern, Pressesprecher der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA), nicht anerkennen. Die „laienhafte Qualitätsbeurteilung“ funktioniere bei Medikamenten nur bedingt: „Wenn ein vermeintliches Mittel gegen Erektionsstörungen aus dem Internet keinen Wirkstoff enthält, merkt der Käufer das bei ausbleibender Wirkung noch. Was aber ist, wenn bei einem gefälschten Arzneimittel ein Wirkstoff gefährlich überdosisiert ist oder Verunreinigungen mit toxischen Stoffen gegeben sind?“ Aus gutem Grund gebe es in Deutschland die Apotheken- beziehungs-

weise die ärztliche Verschreibungspflicht: „Eine Arzneimitteltherapie ist ein Hochrisikoprozess. Der muss begleitet werden, das Medikament muss indiziert sein, es muss auf Neben- und Wechselwirkungen geachtet werden. Das ist nicht möglich, wenn man legale Vertriebs- und Verschreibungswege verlässt. Wir können Verbraucher nur davor warnen, das zu tun.“ Da es bei Krankheiten legale Wege gebe, an Medikamente zu kommen, deute der Kauf im Darknet ohnehin auf eine Missbrauchsabsicht hin. Ein Beispiel seien Medikamente, die für Doping eingesetzt werden können.

Auch auf öffentlich zugänglichen Webseiten würden von Nicht-Apothekern immer wieder rezeptpflichtige Medikamente angeboten, erzählt er. Oft passiere das in kleinem Rahmen: Jemand hat noch eine nicht verbrauchte Packung eines Medikaments und will sie auf einer Online-Verkaufsplattform zu Geld machen. Sobald sein Verband davon erfahre, wende man sich an die Plattformbetreiber, meist erfolgreich. Über die Reichweite und die Dimension des Medikamentenhandels im Darknet ist der ABDA wenig bekannt. Er sei für Apotheken aber nicht ökonomisch relevant. Im Übrigen seien das Aufspüren und Verfolgen von illegalen Vertriebswegen Aufgabe der Ermittlungsbehörden.

### **Schwierige Ermittlungen**

Die Ermittler allerdings haben kein leichtes Spiel. Die meisten Bereiche des Darknets lassen sich nur mit Hilfe der frei verfügbaren Verschleierungssoftware Tor betreten. Hinzu kommt, dass auf den illegalen Kryptomärkten Zahlungen nur in der anonymen Hackerwährung Bitcoin möglich sind. Auch der Versand der Medikamente scheint kein größeres Problem darzustellen – sie werden einfach geruchssicher verpackt.

Immer wieder gelingt es Ermittlern dennoch, Betreiber von Kryptomärkten und einzelne Händler auffliegen zu lassen. Im Jahre 2013 gelang dies bei der bis dato größten Plattform Silk Road – als ein Ergebnis aufwendiger internationaler Ermittlungen. Das jedoch löste eine Flut an Neugründungen aus. Als größter deutscher Ermittlungscoup wurde im März 2015 ein 20-jähriger Leipziger festgenommen, der von der elterlichen Wohnung aus in einem Jahr knapp eine Tonne Drogen verschickt hatte. Diese Erfolgsgeschichten sind allerdings rar.

Die Arbeit der Polizei wird trotzdem durchaus ernst genommen: „Der Druck der Strafverfolgungsbehörden ist nicht zu unterschät-

zen, wie sich am Beispiel Silk Road oder diverser Darknet-Drogenhändler zeigt“, meint Händler 1. Der andere sieht es entspannter: Die Technologien und die Verfahren, die er nutze, würden seine Anonymität sehr gut schützen. Und insgesamt sehe er sich nicht als sonderlich gefährdet in Anbetracht der Tatsache, dass große Händler seit Jahren relativ ungestört und in großem Stil Ecstasy, Heroin oder Kokain handeln. Das Darknet, der unerforschte Keller des Internets, ist vor allem eines: sehr dunkel. Und

alle „Bewohner“ sorgen dafür, dass das auch so bleibt. Welche Dimensionen der Handel mit Medikamenten hat, lässt sich deswegen kaum sagen. Sicher ist nur, dass sich dort ein ganz neuer Vertriebsweg für Medikamente herausgebildet hat. Er ist hoch komplex und verfügt über eigene Regulierungsmechanismen. Auf paradoxe Art ist er sehr professionell. Und er hat nur noch wenig mit den schlecht gemachten Webseiten von einst zu tun, die ahnungslosen Kunden gefälschte Viagra anbieten.



## Glücksspielmythen

### **Mythos: Die Chance, beim Lottospiel „6aus49“ mindestens drei Richtige zu erzielen, stehen gar nicht so schlecht!**

Fakt ist: Die Chance auf irgendeinen Gewinn beim Lottospiel „6aus49“ beträgt mit einer Tippreihe nicht einmal 2%.

### **Mythos: Spieler können den Spielausgang beim Automatenenspiel oder Roulette beeinflussen!**

Fakt ist: Der Ausgang bei reinen Glücksspielen wie Automatenspiele oder Roulette ist ausschließlich zufallsbasiert. Einflussmöglichkeiten auf das Spielergebnis bestehen nicht, so dass Spielstrategien oder Spielsysteme ohne Wert sind.

### **Mythos: Fast-Gewinne, bei denen ein Gewinn nur knapp verfehlt wurde, deuten zweifelsohne an, dass der große Gewinn bevorsteht!**

Fakt ist: Die einzelnen Spielereignisse etwa beim Automatenenspiel oder Roulette sind unabhängig voneinander und laufen nach dem Zufallsprinzip ab. Vorangegangene Spielausgänge bringen keinerlei Information für zukünftige Spielausgänge mit sich.

### **Mythos: Nach zehnmal „Rot“ beim Roulette ist die Trefferwahrscheinlichkeit für „Schwarz“ beim nächsten Spiel größer als die Trefferwahrscheinlichkeit von „Rot“!**

Fakt ist: Die Trefferwahrscheinlichkeit beim Roulette ist für jeden Spielausgang gleich – unabhängig von den vorherigen Spielausgängen. Also haben auch beim 11. Spiel „Rot“ und „Schwarz“ dieselbe Trefferwahrscheinlichkeit.

### **Mythos: Nach einer Verlustserie erhöhen sich die Gewinnchancen. Daher sollte nach Verlusten unbedingt weitergezockt werden!**

Fakt ist: Gerade der Versuch, Verlusten hinterherzujagen, ist gefährlich. Erzielte Verluste sowie Gewinne sagen über den weiteren Spielverlauf nichts aus. Aus der Tatsache, dass zum Beispiel ein Spielautomat lange Zeit nichts „geschmissen“ hat, folgt nicht, dass ein Gewinn unmittelbar bevorsteht oder die Einsätze zu erhöhen sind, um einen Gewinn zu erzielen.

### **Mythos: Ein problematisches oder süchtiges Spielverhalten ist ohne Weiteres zu erkennen!**

Fakt ist: Probleme im Zusammenhang mit dem Glücksspiel lassen sich grundsätzlich leicht verbergen, da keine unmittelbaren körperlichen Symptome zu beobachten sind, wie etwa bei Alkoholmissbrauch. Oftmals erkennen auch die Betroffenen selbst erst sehr spät, dass sie ihr Spielverhalten nicht mehr im Griff haben. Glücksspielsucht wird daher oft auch als eine „verborgene“ oder „heimliche“ Suchterkrankung bezeichnet.

### **Mythos: Glücksspiele haben keine mit Alkohol oder anderen Drogen vergleichbare psychische Wirkung!**

Fakt ist: Obwohl der Spieler tatsächlich keinen Stoff zu sich nimmt, kann die psychische Wirkung von Glücksspielen jedoch sehr hoch sein. Spieler berichten oftmals im Zusammenhang mit ihren Spielaktivitäten von einem Kick, Adrenalinschüben oder heftigen Erregungszuständen. Auch Forschungsbefunde belegen, dass bei der auf Belohnung ausgerichteten Glücksspielteilnahme körpereigene Substanzen freigesetzt werden.

### **Mythos: Man muss jeden Tag zocken, um glücksspielsüchtig zu werden!**

Fakt ist: Die Häufigkeit des Spielens kann in der Tat ein Indikator für glücksspielbezogene Probleme sein. Allerdings kann auch eine gelegentliche Spielteilnahme oder plötzliche Veränderung im Spielverhalten zu Problemen führen. Entscheidend ist vor allem, ob der Betroffene sein Spielverhalten noch unter Kontrolle hat und ob bereits finanzielle oder psychosoziale Folgeschäden entstanden sind.

### **Mythos: Probleme mit Glücksspielen können nur psychisch gestörte Menschen entwickeln!**

Fakt ist: Prinzipiell kann jeder Mensch Probleme im Zusammenhang mit Glücksspielen entwickeln. Bestimmte Merkmale auf Seiten des Individuums sowie umgebungsbezogene Bedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Fehlanpassung. Das Vorliegen einer schweren psychischen Störung stellt zwar einen derartigen Risikofaktor dar, ist jedoch kein Muss für die Entwicklung glücksspielbezogener Probleme.

### **Mythos: Oftmals sind es die Partner von Glücksspielsüchtigen, die sie zum Spielen treiben!**

Fakt ist: Süchtige Spieler sind im Allgemeinen sehr erfinderisch in der Rechtfertigung ihres Handelns. Zwar können partnerschaftliche Konflikte zur Glücksspielproblematik beitragen. Jedoch ist der Spieler für sein Handeln genauso selbst verantwortlich wie für die Umsetzung von Schritten zur Problembewältigung.

Quelle:  
[www.gluecksspielsucht-bremen.de](http://www.gluecksspielsucht-bremen.de)



# Beziehung und Gesundheit

Fortschritte in der Psychosomatischen Medizin

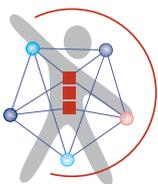
16. bis 19. März 2016, Potsdam

Hotline:  
030/246 032 80

**Kongresspräsident: Harald Gündel, Ulm**

Carus Lecture: Sönke Neitzel, London

Ascona Lecture: Irvin Yalom, San Francisco



**Deutscher Kongress für  
Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie**

**Jetzt anmelden und Frühbucherrabatt  
sichern! Bitte beachten Sie das aktuelle  
Fortbildungsprogramm unter**

[www.deutscher-psychosomatik-kongress.de](http://www.deutscher-psychosomatik-kongress.de)

24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

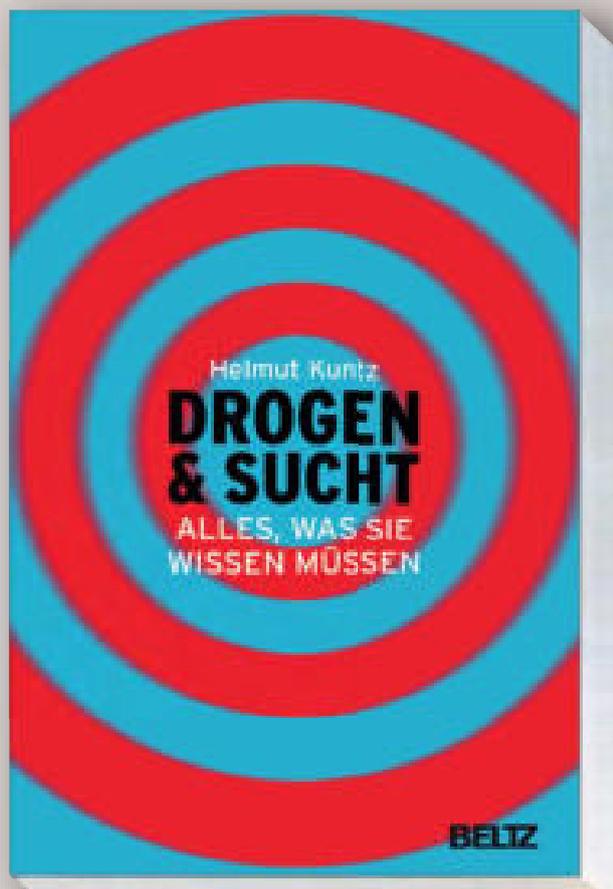
67. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)

[www.deutscher-psychosomatik-kongress.de](http://www.deutscher-psychosomatik-kongress.de)



**DKPM** Deutsches Kollegium für  
Psychosomatische Medizin

# Die umfassende Hilfe zum Thema Drogen und Sucht



Der erfahrene Therapeut Helmut Kuntz informiert in dieser aktualisierten und erweiterten Auflage seines erfolgreichen Handbuchs über die Wirkungsweise von Drogen und über Suchtverhalten. Es geht nicht nur um bekannte Stoffe wie Alkohol und Cannabis, der Autor greift auch modische Strömungen wie das Shisha rauchen auf. Zudem erklärt er hochaktuelle Entwicklungen wie Internet-Pornografie und Internet-Sexsucht. Dieses Buch zeigt Betroffenen Möglichkeiten auf, wie sie ihre Sucht überwinden können, und gibt viele praktische Tipps für Eltern und Angehörige.

384 Seiten, broschiert | € 16,95 D  
ISBN 978-3-407-86401-7 | Auch als **E-Book** erhältlich

Leseproben auf [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

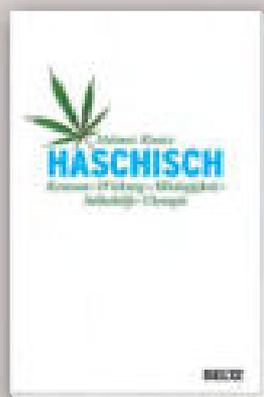
**BELTZ**



314 Seiten, broschiert  
€ 16,95 D | ISBN 978-3-407-85767-5  
Auch als **E-Book** erhältlich



333 Seiten, broschiert  
€ 17,95 D | ISBN 978-3-407-85728-6  
Auch als **E-Book** erhältlich



335 Seiten, broschiert  
€ 17,95 D | ISBN 978-3-407-85949-5  
Auch als **E-Book** erhältlich

Umfassende Informationen zu unseren Büchern, E-Books und Zeitschriften finden Sie unter [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

**BELTZ**