



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Spielsucht – untersucht und aufgezeigt anhand
des Pokerspiels“

Verfasserin

Biljana Djurdjevic

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.^a rer.nat)

Wien, im September 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A298
Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie
Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung	3
2 Das Glücksspiel	4
2.1 Spiel und Glücksspiel	4
2.2 Geschichte des Glücksspiels	4
2.3 Poker	6
2.3.1 Geschichte des Poker	6
2.3.2 Pokerarten	8
2.3.3 Pokerspielweisen	10
2.4 Stand des Glücksspiels in Österreich	11
2.4.1 Angebot im Internet	15
2.4.2 Aktueller Diskurs	17
2.4.2.1 Allgemeine rechtliche Situation	19
2.4.2.2 Rechtliche Situation bezüglich Poker	21
3 Die Glücksspielsucht	24
3.1 Diagnose	24
3.2 Erscheinungsbild	25
3.2.1 Spielerkarriere	27
3.3 Erklärungsansätze	29
3.3.1 Psychoanalytische Hypothesen	31
3.3.2 Lerntheoretische Konzepte	32
3.3.3 Persönlichkeitsmerkmale	33
3.3.4 Soziale und soziokulturelle Faktoren	34
3.3.5 Physiologische Korrelate	35
3.3.6 Kognitive Prozesse	37
3.3.7 Integrative Erklärungsmodelle	39
3.3.7.1 Modell von Jacobs (1989)	39
3.3.7.2 Modell von Abt McGurrin & Smith (1985)	39
3.3.7.3 Modell von Petry (1996)	41
3.3.7.4 Modell von Walters (1994)	42
3.4 Folgen	47

3.5 Behandlungsmöglichkeiten.....	49
3.5.1 Der kognitiv-behaviorale Behandlungsansatz	49
3.5.1.1 <i>Symptomorientierte Behandlungsschwerpunkte</i>	50
3.5.1.2 <i>Behandlung der Hintergrundproblematiken</i>	52
3.5.2 Geld- und Schuldenmanagement	53
3.5.3 Anlaufstellen in Österreich	54
3.5.3.1 <i>Empirische Kennzahlen der Beratungsstelle AS in Wien</i>	55
3.5.3.2 <i>Empirische Kennzahlen der Beratungsstelle AS in Salzburg</i>	57
4 Untersuchung	59
4.1 Entwicklung der Fragestellung	59
4.2 Erhebung	61
4.3 Verwendete Untersuchungsverfahren	61
4.3.1 KFG Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten.....	61
4.3.2 FPI-R Freiburger Persönlichkeitsinventar – Revidierte Fassung	62
4.3.3 Skalen zu Funktionalität, Symptomatik und Erleben während des Glücksspiels.....	64
4.4 Fragestellungen und Hypothesen.....	65
4.5 Statistische Auswertung.....	66
4.6 Ergebnisse	67
4.6.1 Deskriptivstatistik der Stichprobe.....	67
4.6.2 Überprüfung der Hypothesen.....	74
5 Diskussion.....	102
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	102
5.2 Kritik der eigenen Untersuchung.....	104
6 Zusammenfassung	106
7 Literatur	107
8 Anhang	

1 Einführung

Während lange Zeit nur die so genannten stoffgebundenen Süchte öffentliche bzw. medizinische Beachtung fanden, vor allem Alkohol und illegale Drogen, wird seit einigen Jahren zunehmend die Rolle nicht stoffgebundener Abhängigkeiten diskutiert.

Alle wesentlichen Symptome einer Sucht sind auch bei nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten vorhanden. Glücksspielsucht gilt als die häufigste nicht substanzgebundene Suchtform bzw. Tätigkeitssucht.

Das Thema wird in ganz Europa und in der ganzen Welt zunehmend diskutiert. In Deutschland gibt es schon mehrere Studien (z.B. Meyer, 1989) zu dieser Thematik, die versuchen, Prävalenzdaten zu liefern und die Störung bzw. die Behandlungsmöglichkeiten näher zu beschreiben.

In Österreich gibt es lediglich *eine* Beratungsstelle, die auf die Problematik der Spielsucht spezialisiert ist. In den Jahresberichten dieser Beratungsstelle finden sich auch einige Daten, die den Klientenkreis näher beschreiben.

Das Interesse an aktuellen Studien für Österreich steigt, nachdem die Nachfrage in der Bevölkerung und das Angebot an Glücksspielen kontinuierlich steigen und das Bewusstsein über die negativen Folgen für die Bevölkerung und für den Staat erwacht ist.

Ziel der vorliegenden Untersuchung soll es sein, ein aktuelles Bild der Spielabhängigkeit zu geben bzw. einen Ausschnitt aus der Suchtproblematik in Österreich anhand der Beschreibung von Pokerspielern darzustellen.

2 Das Glücksspiel

2.1 Spiel und Glücksspiel

Spielen liegt offenbar in der Natur des Menschen. Da sich viele Fähigkeiten, wie Kommunikation und Kreativität, und physische Fertigkeiten durch das kindliche Spiel entwickeln, sind z.B. Gesellschaftsspiele, Teamspiele, sportliche Wettkämpfe, sowie auch künstlerische Darbietungen gesellschaftlich akzeptiert und erwünscht. Eine Kindheit ohne Spiele ist unvorstellbar. Auch im Erwachsenenalter wird Spielen positiv erlebt und betrieben – es macht Freude, gibt ein Gefühl der Freiheit und man kann „wieder Kind sein“ und seine Erwachsenensorgen für eine Weile vergessen.

Das Glücksspiel ist mit Geldeinsätzen, Zufall, Gewinn, Verlust und Risiko verbunden, und stellt somit eine besondere, nicht weniger attraktive, Form des Spiels dar. Erst das Spielen um Geld und Vermögen wird zum *Glücksspiel* (vgl. Prunnlechner & Hinterhuber, 1999, S.26). Die Möglichkeit eines finanziellen Gewinnes/Verlustes verleiht dem Glücksspiel seine eigentliche Bedeutung. Auch kann ein Spiel erst dann als Glücksspiel bezeichnet werden, wenn sein Ausgang ausschließlich vom Zufall (und nicht von den Fähigkeiten des Spielers) abhängig ist.

Ein Beispiel sei zur Veranschaulichung genannt: Im Gegensatz zu Gesellschaftsspielen, bei denen das soziale Ereignis die entscheidende Motivation darstellt, ist die einzige Erwartung, die der Glücksspieler hat, der materielle Gewinn. Andererseits reduziert aber z.B. jemand, der ständig an den modernen Glücksspielautomaten sitzt und spielt, seine sozialen Kontakte auf ein Minimum.

2.2 Geschichte des Glücksspiels

Glücksspiele übten seit jeher eine starke Anziehungskraft aus. Das Glücksspiel war bereits in den alten Kulturen Griechenlands, Roms, Chinas, Ägyptens, Japans und Palästinas bekannt.

Der Würfel ist das älteste Spielmittel von dem bei Ausgrabungen ca. 4.000 Jahre alte Exemplare gefunden wurden. Würfelspiele, deren Ursprung in den östlichen Kulturen liegt, waren von der frühen Antike bis ins späte Mittelalter die vorherrschende Art des Glücksspiels. Meist wurde in Verbindung mit einem Würfelbrett gespielt, woraus sich im Laufe der Zeit die Brettspiele entwickelten (vgl. Griesser, 1991, S.7).

Ende des 14. Jahrhunderts wurden die aus Asien und China stammenden Kartenspiele auch in Europa populär. Damit tauchte auch erstmals zunehmend das Problem der Spielschulden und das des Falschspielens auf. Um diesen negativen Auswirkungen entgegenzuwirken, errichteten einzelne europäische Städte konzessionierte Spielhäuser oder erteilten ein generelles Glücksspielverbot. Die Kirche erklärte das Glücksspiel für moralisch verwerflich. Die erste bedeutende Spielbank bestand von 1390 bis 1432 in Frankfurt/Main (vgl. Griesser, 1991, S.8).

Im 15. und 16. Jahrhundert wurden in verschiedenen europäischen Ländern die so genannten Geldlotterien eingeführt, die dem staatlichen Monopol unterworfen und willkommene Quellen für den Einzug zusätzlicher Steuern waren. Durch die Einführung des Roulette kam es zwischen dem 16. und 18. Jahrhundert vor allem in Frankreich und England zu exzessiven Auswüchsen, die in Folge zu einem ständigen Wechsel von Verbot und Wiedergenehmigung des Glücksspiels führten (vgl. Griesser, 1991, S.8).

Auch am österreichischen Kaiserhof war das Glücksspiel zu einem alltäglichen Ritual geworden. Schon Kaiser Josef I. erschien es als ein unerlässliches Mittel, die Langeweile zu vertreiben, und selbst die ansonsten so sittenstrenge Kaiserin Maria Theresia fand am Glücksspiel großes Vergnügen. Besonderer Beliebtheit erfreuten sich vor allem Kartenspiele wie „Pharao“ oder „Landsknecht“. Ungeachtet aller Verbote wurde jedoch das Glücksspiel mit nicht geringerer Leidenschaft auf illegale Weise in allen Schichten der Bevölkerung betrieben (vgl. Zollinger, 1997).

Mit der zunehmenden Zahl der Spielhallen erfuhren in den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts *Geldspielautomaten* eine unaufhaltsame Verbreitung. Deren Zahl stieg sprunghaft und kontinuierlich an. Den neuesten Problembereich stellen die boomenden *Online-Glücksspiele* im Internet dar.

Die Spieleleidenschaft konnte trotz ihrer oft rigorosen Bekämpfung niemals ganz unterdrückt werden, und das Glücksspiel wurde nie ganz verboten. Mittlerweile sind Einnahmen aus dem Glücksspielgeschäft für den Staat nicht wegzudenken.

2.3 Poker

2.3.1 Geschichte des Poker

Die Memoiren des englischen Schauspielers Joseph Crowell, der im Jahre 1829 Amerika bereiste, beschreiben ein in New Orleans gespieltes Spiel, in dem jeder Spieler fünf Karten erhält und Einsätze tätigt. Zum Schluss gewinnt derjenige alle Einsätze, der die höchste Kartenkombination in der Hand hat. Crowell beschrieb wahrscheinlich die früheste Form des Pokers oder die seines Vorfahrens, des persischen Spieles *Âs*. Es gibt also Indizien dafür, dass Poker um 1830 in New Orleans seinen Beginn nahm (vgl. Wallace, 1968, S.273).

Forschungen zur Evolution des Pokerspiels zeigten, dass Poker nicht, wie ursprünglich angenommen wurde, vom französischen Spiel *Poque*, dem deutschen Spiel *Pochen* oder dem englischen Spiel *Bragg*, sondern vom persischen Spiel *Âs Nas* her stammt, auch wenn die europäischen Spiele einen Einfluss auf seine Entwicklung hatten (vgl. Wallace, 1968, S.273).

Weiters erklärt Wallace, dass Seeleute aus Persien den französischen Siedlern in New Orleans das Glückskartenspiel *Âs* beibrachten, das seinen Ursprung im uralten persischen Spiel *Âs Nas* hatte. Die Franzosen machten Einsätze und verwendeten dabei z.B. den Satz „I poque for a dollar“. Solche Ausdrücke wurden im französischen Spiel *Poque* verwendet, einem Drei-Karten-Spiel, das schon 1803 zuerst in Frankreich und dann von den Franzosen in Amerika gespielt wurde. Die Kombination der Worte „*Âs*“ und „*Poque*“ machte das Spiel als

„Poqas“ bekannt. Dann, unter dem Einfluss des deutschen Bluff-Spiels Pochen (=prahlen) und dem südlichen Akzent, wurde die Aussprache „Poqas“ zu „Pokah“. Unter dem Einfluss der Yankees schließlich wurde es „Poker“ ausgesprochen (vgl. Wallace, 1968, S.274).

Poker verbreitete sich von New Orleans über Dampfschiffe die Mississippi- und Ohio-Flüsse hoch. Aus den Städten am Fluss verbreitete es sich dank neuer Bahnverbindungen Richtung Osten und Westen. Zwischen 1834 und 1837 wurde das ursprüngliche 20-Karten-Deck vom 52-Karten-Deck abgelöst. Kurz danach wurde das „Flush“ bekannt. Während des Bürgerkrieges wurden viele weitere Modifikationen beliebt, wie z.B. offene Karten (Stud), die „Straße“ usw. Als 1875 der Joker als „wild card“ eingeführt wurde, war es mit dem europäischen Einfluss vorbei. Die weitere Entwicklung des Spiels war ausschließlich amerikanisch (vgl. Wallace, 1968, S.274).

Laut Wallace verabschiedete 1911 Kaliforniens Justizminister Harold Sigel Webb das Gesetz, geschlossener Poker (also Draw Poker) sei Geschick und falle somit nicht unter die Anti-Glücksspiel-Gesetze, aber offener Poker (also Stud Poker) sei Glück, und somit illegal. Das stimulierte die Entwicklung neuer Draw-Varianten und die Verwendung von „wild cards“. Die Variabilität der Pokerspiele wuchs ständig, speziell während der beiden Weltkriege (vgl. Wallace, 1968, S.275).

Frank R. Wallace schreibt in seinem Buch *Poker – A Guaranteed Income for Life By Using the Advanced Concepts of Poker* (1968):

The object of poker is to win maximum money. Poker is not a card game; poker is a game of deception, manipulation, and money management. Cards are merely the tools for manipulating opponents and money. From the smallest penny-ante game to the largest table stake game, all money eventually goes to the good player. His key weapons are his mind and a license to use unlimited deception.

Poker is also a game of luck. Like virtually all other competitive activities, poker outcomes are dependent on a variety of factors. Some of these factors are subject to your willful control, and dependent in part on your experience and knowledge, and can be considered skill. Others are not, and can be considered luck.

In the final analysis, it makes no sense to argue about whether poker is a game of skill or a game of luck (as though the two were mutually exclusive), when in fact they coexist comfortably in all meaningful competitive activities.

Clearly it's possible to play better or worse poker, and it's possible to have better or worse luck. But if you really want to have that argument, here's a better way of thinking about it. Your outcome over a given period of time can be in part predicted by how skilled you are. If we looked at short limit poker sessions for a large number of players, the correlation between skill and outcome would certainly be small. Positive, but perhaps smaller than the same correlation for most sports. Luck dominates short-term results. Over a longer period of time, say a year, that correlation will be larger. Skill will be a much more substantial predictor of outcome (p.68).

2.3.2 Pokerarten

Die vier großen Pokerspiel-Klassen sind die *Draw Games* mit der beliebten und aus vielen Filmen bekannten Variante Five-Card-Draw, die *Stud Games* mit der Variante Seven-Card-Stud, die *Shared-Card-Games* mit den weit verbreiteten Varianten Texas Hold'em und Omaha Hold'em und den restlichen Varianten, die sich nicht einordnen lassen (vgl. Wallace, 1968, S 43).

Die Gemeinsamkeit aller Spiele ist, dass es darum geht, auf seine Kartenkombination Wetten abzuschließen (also Einsätze zu tätigen, Geld zu setzen), in der Hoffnung, am Ende die höchste Kartenkombination in der Runde zu haben, so seine Mitspieler zu schlagen, und somit die Wette (also alle Einsätze, den „Pot“) zu gewinnen.

Nun seien, nicht zuletzt zum besseren Verständnis der Diskussion Geschicklichkeits- versus Glücksspiel, die gängigsten Pokerspiele kurz skizziert:

Five-Card-Draw

Five-Card-Draw wird üblicherweise mit einem Deck von 32 Karten gespielt (kann auch mit 52 Karten gespielt werden). Jeder Spieler erhält zu Beginn fünf verdeckte Karten. Nach einer anschließenden Setzrunde hat jeder Spieler die Möglichkeit, bis zu drei Karten auszutauschen (draw = ziehen, daher der Name Draw-Poker), und so sein Blatt zu verbessern. Nach einer zweiten Setzrunde zeigen alle Spieler ihre Karten, und die beste Kartenkombination gewinnt die

zuvor gemachten Einsätze. Die Struktur der gewinnenden Hände (Hand-Ranking) weicht bei dieser Variante leicht vom üblichen Ranking ab.

Seven-Card-Stud

Seven-Card-Stud wird mit einem Deck von 52 Karten gespielt. Jeder Spieler erhält zu Beginn zwei verdeckte und eine offene Karte, wonach eine erste Setzrunde folgt. Danach werden jeweils eine vierte, fünfte und sechste Karte offen, jeweils gefolgt von einer Setzrunde, ausgeteilt. Die siebte Karte wird wieder verdeckt ausgeteilt, und es folgt eine letzte Setzrunde. Zum Schluss wählt jeder Spieler aus seinen sieben Karten (drei verdeckte, vier offene) fünf Karten aus, die sein endgültiges Blatt bilden. Die beste dieser Kartenkombinationen gewinnt.

Texas Hold'em

Bei Texas Hold'em (oder nur Hold'em), der beliebtesten Pokervariante, erhält jeder Spieler zu Beginn zwei verdeckte Karten. Im Unterschied zu Seven-Card-Stud werden dann in der Mitte des Tisches fünf Karten offen aufgelegt (Community-Cards), die von allen Spielern verwendet werden können/dürfen. Die Spieler verwenden ihre zwei Karten zusammen mit einer Auswahl der fünf offenen Karten in der Mitte (Board), um ihre Kartenkombination zusammenzustellen. Man kann theoretisch auch „das Board spielen“, wenn die eigenen zwei Karten das Blatt nicht verbessern. Bei jeweils gleichen Kartenkombinationen (ein Blatt setzt sich immer aus insgesamt fünf Karten zusammen), was bei Hold'em oft vorkommt, werden die Einsätze geteilt (Potteilung).

Omaha Hold'em

Omaha Hold'em wird ähnlich dem Texas Hold'em gespielt, mit dem Unterschied, dass jeder Spieler zu Beginn vier verdeckte Karten erhält und für die Kartenkombination am Ende zwei davon auswählen kann bzw. verwenden muss (d.h. er darf nur drei Karten aus dem Board verwenden, um die beste Kombination von fünf Karten zusammenzustellen).

Es gibt zahlreiche weitere Varianten, auf deren Erklärung hier verzichtet werden soll.

2.3.3 Pokerspielweisen

Grundsätzlich gibt es zwei unterschiedliche Möglichkeiten, Poker zu spielen: das Cash-Game und Turniere. Diese seien hier, wiederum zum besseren Verständnis des Pokers als Geschicklichkeitsspiel, dargestellt.

Beim Cash-Game gibt es je nach Höhe der Einsätze Vorgaben, mit welchem Betrag minimal/maximal man in das Spiel einsteigen kann. Wenn man das eingesetzte Geld verloren hat, kann man sich immer wieder nachkaufen, sodass es keine Grenze gibt, wie viel man verspielen kann.

Bei Turnieren zahlt man Eintrittsgeld (zuzüglich eventueller Eintrittsgebühr, die meist für Casinoangestellte aufgewendet wird), aus dem sich in Folge die Preisgelder errechnen. Dann wird Poker wie üblich gespielt, nur dass nach vorgegebenen zeitlichen Intervallen immer die Einsätze erhöht werden, sodass Spieler aus dem Turnier ausscheiden, wenn sie die zur Verfügung gestandenen Jetons verspielt haben. Es gibt Turniervarianten, bei denen Jetons nachgekauft werden können (Re-buy-Turniere), und solche, bei denen nur ein Mal, am Anfang, gekauft werden kann (Freeze-Out-Turniere).

Das Preisgeld setzt sich aus allen Eintrittsgeldern und eventuellen Re-buys zusammen und wird nach einer vorher schon bekannten Prozentstruktur auf eine ebenfalls vorher festgelegte Anzahl von Spielern aufgeteilt, die am weitesten im Turnier kommen. Das bedeutet, dass man vor der Teilnahme an einem Turnier ziemlich genau weiß, wie viel es kosten wird, und sobald die Anzahl der Teilnehmer feststeht und die Regeln bekannt sind, sich auch die Gewinnmöglichkeiten ausrechnen kann.

Pokerturniere werden auf der ganzen Welt veranstaltet, und deren Durchführungsregeln sind, ausgehend von den USA, auch in Europa weitestgehend etabliert und vereinheitlicht worden. Sobald Turniere diesen einheitlichen Kriterien folgen, werden auch die Ergebnisse in nationale und internationale Ranglisten aufgenommen, sodass gültige Wertungen möglich sind.

In Österreich ist z.B. das Casino Austria in Baden seit 1990 Austragungsort der Poker-Europameisterschaft (in der Spiel-Variante Seven-Card-Stud, die jedoch zunehmend an Beliebtheit verliert) und seit 2004 auch einer Etappe der sehr beliebten und europaweit zahlreich besuchten „European Poker Tour“ (EPT) mit einem Eintrittsgeld von (zuletzt) €5.000, hohen Teilnehmerzahlen und dementsprechend interessanten Preisgeldern. In den letzten Jahren, seit der Poker-Boom nicht mehr aufzuhalten ist, veranstalten Casinos Austria zahlreiche weitere Turniere bzw. Turnierwochen, die auch internationale Spieler anlocken. Andere große und gut besuchte Pokerturniere in Österreich werden auch in privaten Cardcasinos veranstaltet, so z.B. in Wien, Salzburg und Wiener Neustadt.

Die zwei Möglichkeiten, Cash-Game und Turnierspiel, unterscheiden sich also in der Spielweise und in der Art der Einsätze. Das hat zur Folge, dass der Spielstil technisch individuell angepasst werden muss bzw. die unterschiedlichsten Stilvariationen gefordert sind. So wird man z.B. in einem Turnier, bei dem es um hohes Preisgeld geht, im Unterschied zu einer vergleichbaren Situation beim Cash-Game, in der man sich ja wieder nachkaufen kann, eher auf einen Bluff verzichten.

2.4 Stand des Glücksspiels in Österreich

Das Glücksspielgesetz (in Folge kurz GSpG) in Österreich garantiert durch den §3, dass Glücksspiele nur unter staatlicher Aufsicht und Kontrolle durchgeführt werden. Das Recht zur Durchführung von Glücksspielen ist dem Bund vorbehalten (*Glücksspielmonopol*) (Bundeskanzleramt, 2008).

Nur die Casinos Austria AG, als einziges Unternehmen in Österreich, ist durch den Staat zur Durchführung von Glücksspielen berechtigt. Heute gehört sie zu den weltweit führenden Glücksspielbetreibern mit zwölf Casinos in Österreich und 63 Casinos auf allen Kontinenten und auf Kreuzfahrtschiffen. Casinos Austria ist mit 34% an den Österreichischen Lotterien beteiligt. Zum Konzern gehören auch

weitere Gesellschaften, die Produkte wie win2day.at (Spielangebot im Internet), WINWIN (Video Lotterien) und tipp3 (Sportwetten) betreiben.

Die Casinos Austria erfreuten sich im Jahr 2006 an 2,4 Millionen BesucherInnen. Das entspricht einer Steigerung um +5,9% im Vergleich zum Vorjahr (2005: 2,3 Millionen). Das Einspielergebnis der zwölf österreichischen Casinos betrug im Jahr 2006 181,7 Millionen Euro. Es sank damit um -9,6% im Vergleich zum Vorjahr (2005: 201 Mio. Euro). Der Bruttospielertrag (Einspielergebnis) setzt sich aus der Summe der Spieleinsätze abzüglich der Gewinnauszahlungen zusammen und unterliegt der Spielbankabgabe. Den größten Anteil am Bruttospielertrag hatten mit 72% (130,43 Mio. Euro) die Automaten, während die Spieltische einen Anteil von 28% (51,24 Mio. Euro) ausmachten (vgl. Casinos Austria AG, 2006a, S.10).

Dem österreichischen Staat brachte das Unternehmen im Jahr 2006 insgesamt 126 Millionen Euro an Steuern. Von dieser Summe gingen 86 Millionen Euro an den Bund, 16 Millionen Euro an die Länder und 24 Millionen Euro an die Gemeinden. Auf die vom Bruttospielertrag berechnete Spielbankabgabe entfielen 91 Millionen Euro. Seit ihrer Gründung 1968 erbrachte die Casinos Austria AG über 2,6 Milliarden Euro an Steuern. Somit ist sie gemeinsam mit ihren Konzerngesellschaften der zweitgrößte Steuerzahler der Republik (vgl. Casinos Austria AG, 2006a, S.10).

Zum Glücksspiel zählen die in den Casino-Austria-Betrieben angebotenen Spiele wie Roulette, Black Jack, Baccara etc., sowie natürlich die Glücksspielautomaten. Der seit mehreren Jahren auch international zu beobachtende Trend zum Automatenspiel setzt sich weiter fort. Das Automatenspiel erfreut sich großer Beliebtheit, und das spiegelt sich z.B. mit einem Anteil von 72% am Gesamteinspielergebnis der Casinos Austria wider. In den zwölf österreichischen Casinos sind 1.788 Automaten aufgestellt (vgl. Casinos Austria AG, 2006a, S.12).

Schätzungen zufolge gibt es in Wien, Niederösterreich, Steiermark und Kärnten ca. 7.700 legale Automaten, die im Jahr 2006 155 Millionen Euro Steuereinnahmen brachten. In den übrigen Bundesländern wird von ca. 5.500 illegalen Automaten ausgegangen, was „verschenkte Steuern“ im Ausmaß von ca. 104 Millionen Euro bedeutet (Pietsch, 2008). Laut Verein „Anonyme Spieler“ in Salzburg werden im Land Salzburg ca. 1.500 Automaten illegal betrieben. In Salzburg versucht man schon lange lautstark und provokant, dem illegalen Glücksspiel ein Ende zu bereiten bzw. mehr Kontrolle darüber zu erlangen, etwa durch die Plakataktion mit dem Slogan: „Legal? Illegal! Scheißegal!“

Weiters sind alle Arten von Wetten und Lotterien und sogar Börsenspekulationen zu den Glücksspielen zu zählen. Der Gesamtumsatz der Österreichischen Lotterien GmbH betrug im Jahr 2006 2.040,88 Millionen Euro, die Gesamtsteuerleistung 376,4 Millionen Euro. An der positiven Umsatzentwicklung waren die Erfolge der Spieleplattform win2day.at, der Video Lotterien Terminals (VLTs) mit dem Produkt WINWIN sowie EuroMillionen maßgeblich beteiligt (vgl. Casinos Austria AG, 2006a, S.54). Der Umsatz teilt sich auf die verschiedenen Spiele wie folgt auf (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1: Die Gesamtumsätze nach Spielen in Euro (Casinos Austria AG, 2006a, S.54)

Lotto „6 aus 45“	530.988.037,60
Toto und Torwette	16.012.339,70
Bingo	12.260.947,05
EuroMillionen	192.595.646,70
ToiToiToi	17.753.218,45
Zahlenlotto 1–90	4.864.529,10
Joker	152.175.312,50
Rubbellos	112.465.196,85
Brieflos	24.392.328,95
Klassenlotterie	37.813.824,00
win2day.at und Keno	772.017.905,00
WINWIN	167.539.626,23
Gesamt	2.040.878.912,13

Erst in den letzten Jahren erwähnen die Casinos Austria öffentlich mögliche soziale und gesellschaftliche Folgen des Glücksspiels auch in ihren Berichten und betonen dabei ihren Einsatz bei den Schutzmaßnahmen, so z.B. die Umsetzung des „Responsible Gaming“.

Im Corporate Social Responsibility-Bericht der Casinos Austria AG (2006b) wird ausgeführt:

Für die Casinos Austria AG als seriöse und verantwortungsvolle Anbieterin von Glücksspielen ist es selbstverständlich, selbst erste Anlaufstelle für Gäste mit Problemen zu sein. Zu den Aufgaben der MitarbeiterInnen zählt es, mit Verständnis und Kompetenz jene Gäste zu betreuen, die gefährdet erscheinen. In einem persönlichen Gespräch werden Besuchsmöglichkeiten eingeschränkt, wenn Einkommensverhältnisse und Spielverhalten aus dem Gleichgewicht kommen. Es besteht weiters die Möglichkeit der absoluten Sperre vom Casinobesuch. Diese kann von den Betroffenen selbst, von nahen Angehörigen oder auch vom Casino ausgesprochen werden. Absolute Vertraulichkeit und Verschwiegenheit sind selbstverständlich. Im Einzelfall werden die Einschränkungen der weiteren Besuchsmöglichkeit oder, wenn nötig, ein Eintrittsverbot für den betroffenen Gast vorgemerkt. Die Möglichkeit, sich selbst sperren zu lassen, wurde von Januar bis Oktober 2006 von rund 300 Gästen wahrgenommen.

Im Zuge der Umsetzung des ordnungspolitischen Auftrages und im Bewußtsein der Tatsache, dass das Glücksspiel in vereinzelten Fällen mit problematischen Implikationen verbunden sein kann, wurden in diesem Zeitraum im Rahmen der proaktiven Gästepolitik der Casinos Austria AG zusätzlich rund 3.000 Gäste aus wirtschaftlichen Gründen bis zur Klärung der finanziellen Situation von der weiteren Teilnahme am Spiel ausgeschlossen. Die Casinos Austria AG bekennt sich nachdrücklich zum ordnungspolitischen Auftrag des österreichischen Glücksspielgesetzgebers und verfolgt darüber hinaus die Zielsetzung, in allen ihren Casinos verantwortungsvolles Glücksspiel im optimalen Umfang zu fördern und umzusetzen. Die Umsetzbarkeit dieser Zielsetzungen ist allerdings nur für einen Anbieter/Betreiber als Alleinkonzessionär möglich. In einer direkt kompetitiven Marktsituation wird der Fokus auf die Erreichung wirtschaftlicher Ziele gerichtet, und die Prävention der Spielsucht wird kaum Bedeutung haben (S.29–30).

Casinos Austria AG, Casinos Austria International und Österreichische Lotterien GmbH haben sogar eine Studie in Auftrag gegeben, die die Effektivität der

Spielsperre untersuchen wird. Die Realisierung der Studie erfolgt seitens der Arbeitseinheit „Angewandte Glücksspielforschung“ der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Gerhard Meyer, dem zahlreiche Studien auf diesem Gebiet in Deutschland zu verdanken sind (vgl. Casinos Austria AG, 2006b, S.33).

Poker erlebt europa- und österreichweit eine rasante Entwicklung. Das Poker-Einspielergebnis der Casinos Austria hat sich im Jahr 2006 gegenüber dem Vorjahr verdoppelt. Derzeit gibt es in Österreich außer den Casinos-Austria-Betrieben ca. 25 Cardcasinos, in denen neben Poker teilweise auch die grundsätzlich illegalen Glücksspiele 24-Roulette und „Aces“ (Black-Jack-ähnliches Kartenspiel gegen die Bank) angeboten werden, Glücksspielautomaten aufgestellt sind und Wetten abgeschlossen werden können.

2.4.1 Angebot im Internet

Zu den schon bekannten Bereichen dazu kommt das immer beliebter werdende Glücksspiel im Internet, das hier nur kurz gestreift werden soll, obwohl absehbar ist, dass es in Zukunft weltweit einen großen Teil der Glücksspielproblematik ausmachen wird.

Im Dezember 1998 startete mit der Verabschiedung der Novelle zum Glücksspielgesetz (laut GSpG § 12a, 1997), die die Durchführung von Elektronischen Lotterien regelt, offiziell das erste Internet-Spielangebot in Österreich (Webclub.at). Heute ist win2day.at die Spieleplattform der Österreichischen Lotterien und Casinos Austria und bietet eine große Auswahl an Unterhaltungsspielen an, die sich in Gamesroom, Lotteriespiele und Casinospiele aufteilen.

Im Bereich Poker wird meist auf ausländischen Seiten gespielt, wobei sowohl die Einzahlung von Geld auf diese Seiten als auch die Auszahlung bei etwaigem Gewinn völlig illegal sind. Es liegt auf der Hand, dass sich solche Handlungen jeglicher Kontrolle entziehen und somit auch nicht unterbunden werden können.

Da Poker zurzeit live einen allgemeinen Aufschwung erfährt, ist davon auszugehen, dass auch die Zahl der Online-Spieler beträchtlich hoch ist.

Hayer, Bachmann und Meyer (2005) fassen zusammen:

Mit dieser neuartigen Dimension des Glücksspiels wird erstmalig zu jeder Uhrzeit eine Spielteilnahme vom eigenen Wohnzimmer oder Arbeitsplatz aus ermöglicht. Während das Online-Gambling stetige Umsatzzuwächse erfährt, wird aus der Perspektive der Suchtprävention vor den mit dieser Glücksspielform verbundenen Risiken gewarnt. Aufgrund von strukturellen Merkmalen wie der leichten Verfügbarkeit, der hohen Ereignisfrequenz und der Möglichkeit einer anonymen Spielteilnahme bergen Glücksspielangebote im Internet ein besonderes Gefährdungspotenzial. Da bislang auf die Implementierung von Maßnahmen des Spielerschutzes weitgehend verzichtet wurde, ist zukünftig vermehrt mit Spielern zu rechnen, die das Online-Gambling als problembehaftet erleben (S.29).

Auf internationaler Ebene werden momentan Regulationsmodelle und rechtliche Rahmenbedingungen diskutiert. Sie reichen von einem grundsätzlichen Verbot von Glücksspielen im Internet bis hin zu einer uneingeschränkten Öffnung des Markts. So ist beispielsweise in Großbritannien am 1. September 2007 der so genannte „Gambling Act“ in Kraft getreten, mit dem das Glücksspielrecht im Allgemeinen liberalisiert und das Online-Gambling im Speziellen reguliert wird. Im Gegensatz dazu verabschiedete kürzlich der US-Senat mit dem „Unlawful Internet Gambling Enforcement Act“ ein Gesetz zur Einschränkung des Glücksspiels im Internet. Dieses Gesetz zielt darauf ab, die finanziellen Transaktionen zwischen den US-Bürgern und Online-Glücksspielbetreibern zu unterbinden, was einem Verbot des Glücksspiels im Internet gleichkommt. Ähnliche Entwicklungstendenzen sind in Deutschland erkennbar (vgl. Hayer, Bachmann & Meyer, 2005, S.38).

Der Spielerschutz bei win2day.at, dem Internet Spielangebot von Casinos Austria AG und der Österreichischen Lotterien GmbH, wird groß geschrieben und ist im Vergleich zu anderen Spielangeboten im Internet besonders aufwändig. Die Spiele werden nach einem speziell entworfenen Sicherheitssystem abgewickelt. Die

SpielteilnehmerInnen melden sich mit ihren persönlichen Daten und den Kontodaten ihrer österreichischen Bank an. Es können sich nur Personen, die älter als 18 Jahre sind und ein österreichisches Bankkonto haben, anmelden. Die Angaben der SpielerInnen bei der Registrierung werden sofort überprüft, eventuelle Falschangaben sofort aufgedeckt, und dadurch kann eine Anmeldung verhindert werden. Das Laden des Spielguthabens erfolgt mit Prepaid-Card oder per Kreditkarte. Pro Woche können maximal 800 Euro eingezahlt werden. Die Höchstbeträge können individuell festgelegt werden. Eine Senkung dieses Betrages wird sofort wirksam, eine Erhöhung erst nach einer „cool down“-Phase von 72 Stunden. Zudem werden den SpielerInnen verschiedene Möglichkeiten der Eigensperre angeboten. Ein solches Spielerschutzsystem wird als „international einzigartig“ gepriesen (vgl. Casinos Austria AG, 2006a, S.14; Casinos Austria AG, 2006b, S.30).

2.4.2 Aktueller Diskurs

Epidemiologische Zahlen aus Europa sind kaum vorhanden – es gibt erst wenige Studien, die sich mit der Prävalenz der Spielsucht befassen. Laut „European Association for the Study of Gambling“ bestehen in Europa in Bezug auf fast alle Aspekte des Glücksspiels große Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten. Beispielsweise unterscheiden sich die Länder Europas in ihrer Sensibilität für die Gefahren des Glücksspiels, im Ausbau von Hilfssystemen für Spielsüchtige und ihre Angehörigen sowie in den Entwicklungsstadien bei der Erforschung von Spielsucht und ihrer Behandlung. Die Gemeinsamkeiten belaufen sich auf eine Tendenz zur „Deregulation“ und somit einer Öffnung des Glücksspielmarktes bei gleichzeitigem Anstieg der Spielsüchtigenzahlen (vgl. Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie, Suchttherapie und -forschung, 2007, S.2).

Laut Schätzungen sind in Österreich derzeit 1,5% der Bevölkerung spielsüchtig und 3% bis 4% problematische SpielerInnen. In Wien belaufen sich die Schätzungen auf 20.000 spielsüchtige Menschen, 40.000 bis 50.000 weitere sind

gefährdet, sich in weiterer Folge zu pathologischen SpielerInnen zu entwickeln (vgl. Pietsch, 2008, S.12).

Dass die Prävalenzraten von der Gesetzeslage und in weiterer Folge vom Zugang zum Glücksspiel abhängen, ist offensichtlich. So betrug im Krankenhaus de La Tour in Treffen/Kärnten vor 1997 der Anteil der spielsüchtigen Patienten aus Kärnten weniger als 1%. Nach der Legalisierung des „kleinen Glücksspiels“ in Kärnten stieg dieser Anteil auf mittlerweile über 15% an, und es entstanden Ambulanzen für Spieler in Klagenfurt und Villach (Berger et al., 2005).

Das Problembewusstsein scheint mittlerweile so weit gestiegen zu sein, dass neben rechtlichen und ordnungspolitischen Aspekten vermehrt auch Themen diskutiert werden wie etwa die Zweckwidmung eines Teiles der Einnahmen aus dem Glücksspiel zur Schaffung und Instandhaltung von Therapiestellen und -angeboten (vgl. Berger et al., 2005, S.12).

Auch für Novomatic (den größten Automatenbereitsteller) scheint das Thema Suchtprävention im Rahmen der ordnungspolitischen Verantwortung „bereits seit Jahren ein zentrales Anliegen zu sein“ (Racek, 2008). Das größte Glücksspielautomatenunternehmen spricht sich für eine umfassende Betrachtung stoffungebundener Süchte aus, „weil nur so Maßnahmen für eine effiziente und gezielte Prävention gesetzt werden können“. Maßnahmen im Bereich Responsible Gaming sollen die Gefahr problematischen Spielverhaltens reduzieren. Als konkrete Maßnahme zum Jugend- und Spielerschutz hat Novomatic eine Zutrittskontrolle zum Automatenspiel eingeführt, deren Durchsetzung jedoch zweifelhaft ist. Ein Anliegen sind auch Präventionsmaßnahmen wie z.B. laufende Mitarbeiterschulungen im Bereich der Früherkennung und Prävention von Spielsucht in Zusammenarbeit mit der Interdisziplinären Suchtforschungsgruppe Berlin (ISFB), der Charité Berlin; das Auflegen von Informationsflyern in drei Sprachen (deutsch, türkisch, serbo-kroatisch) an jedem Betriebsstandort, die kostenfreie und anonyme Beratungsmöglichkeiten aufzeigen; die Einrichtung und Betreuung einer zentralen Helpline durch die Abteilung Suchtforschung &

Suchttherapie der Medizinischen Universität/Allgemeines Krankenhaus Wien; ein flächendeckendes Beratungs- und Präventionsnetzwerk – Zusammenarbeit mit regionalen und gemeinnützigen Selbsthilfegruppen, wie etwa den Vereinen Anonyme Spieler (AS) Wien, Niederösterreich und Salzburg, an die betroffene Spieler verwiesen werden, sowie Erstinformation für Interessierte und Betroffene und ein Online-Selbsttest zur Selbstreflexion des Glücksspielverhaltens auf der Webseite von Novomatic (vgl. Racek, 2008).

Die Durchführung des Online-Selbsttests bei Novomatic (unter: <http://www.gluecksspielsucht.at/selbsttest.php>) bei einschlägiger Beantwortung der Fragen in Richtung Glücksspielabhängigkeit liefert beispielsweise das Ergebnis: „Sie haben eine oder mehrere Fragen mit »Ja« beantwortet. Sie sollten über Ihr Spiel- bzw. Wettverhalten nachdenken. Wir können Ihnen dabei helfen. Wenden Sie sich vertrauensvoll an unsere Zentrale Helpline oder eine Beratungsstelle.“ (Novomatic, 2008). Die Hilfwirkung einer solchen Maßnahme sei dahingestellt.

2.4.2.1 Allgemeine rechtliche Situation

„Nationale Glücksspielmonopole wurden vom Europäischen Gerichtshof mehrmals und zuletzt im Jahr 2007 bestätigt. Jeder Mitgliedstaat der Europäischen Union hat weiterhin das Recht, das Ausmaß, in dem er Glücksspiele gestattet oder verbietet, durch nationale Gesetzgebung selbst zu regeln“ (Casinos Austria AG, 2006a, S.3).

In Österreich gibt es ein Glücksspielmonopol, und andere Anbieter als die Casinos Austria sind unter Umständen benachteiligt. Aus diesem Grunde wird wegen solcher gesetzlicher Glücksspiel-Vorschriften, derzeit gegen Österreich, Frankreich und Italien von der EU-Kommission ein Vertragsverletzungsverfahren überprüft. Als nächstes werden diese drei Staaten um eine Stellungnahme ersucht, in der eine Erklärung und Begründung des Monopols erwartet wird. In weiterer Folge droht diesen Ländern eventuell eine Klage vor dem EU-Gerichtshof. Gerade diese Lockerungen des gesetzlichen Rahmens könnten mit Gefahren, wie

beispielsweise den Anstieg von pathologischen/problematischen SpielerInnen durch ein vermehrtes unreguliertes Glücksspielangebot, einhergehen (vgl. Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie, Suchttherapie und -forschung, 2007, S.2–3).

Im Corporate Social Responsibility-Bericht der Casinos Austria AG steht, dass es auch in Österreich selbst in den letzten Jahren vereinzelt verfassungsrechtliche Bedenken gegen das Glücksspielmonopol gab. Der Verfassungsgerichtshof überprüfte daraufhin die angeführte zahlenmäßige Beschränkung der Konzessionen und kam zu dem Ergebnis, dass die besonderen Anforderungen an die Verlässlichkeit und die wirtschaftliche Potenz des Spielbankenunternehmens ein solches System rechtfertigen. Wegen möglicher negativer Begleiterscheinungen und Gefahren des Betriebes von Spielbanken liegt es nahe, die Zahl der betriebenen Spielbanken gering zu halten. Dabei handelt es sich um Gefahren wie die durch Spielleidenschaft herbeigeführte wirtschaftliche Existenzgefährdung von Menschen, die möglichen unerlaubten Aktivitäten der Veranstalter von Spielbanken, sowie die Gefahr des Eindringens krimineller Kreise in diesen Bereich (vgl. Casinos Austria AG, 2006b, S.14).

Weiters wird dort angeführt, dass in der Vergangenheit auch überlegt wurde, Glücksspiele generell zu verbieten oder den Markt zu liberalisieren. Durch das gänzliche Verbot von Glücksspielen aber würde der Spielbereich in die Illegalität ausweichen und sich dadurch einer staatlichen Aufsicht entziehen, und wäre schon deshalb nicht zielführend. Daher müsse auch eine Bewerbung des legalen Angebotes erfolgen. Ein liberaler Glücksspielmarkt würde unweigerlich zu einem Überangebot an Glücksspielen führen, was mit katastrophalen gesellschaftlichen Auswirkungen durch Spielsucht als Folge einhergehen würde. Neben diesen sozial- und gesellschaftspolitischen Gefahren gäbe es auch nicht zu vernachlässigende fiskalpolitische Folgen einer Öffnung des Glücksspielmarktes. Die im Glücksspielgesetz vorgesehene progressive Spielbankenabgabe würde bei einer höheren Zahl an Konzessionen zu einem sinkenden Abgabenertrag führen (vgl. Casinos Austria AG, 2006b, S.15).

2.4.2.2 Rechtliche Situation bezüglich Poker

Durch die Ausnahmebestimmung des § 4 Abs. 1 GSPG gibt es in Österreich sozusagen eine „Gesetzeslücke“, durch die das Veranstellen von „*erlaubten Kartenspielen ohne Bankhalter*“ möglich wird. Diese Kartenspiele (vorausgesetzt es handelt sich um Glücksspiele) dürfen nicht in Form einer Ausspielung durchgeführt werden und es darf kein Bankhalter mitwirken (vgl. Bundeskanzleramt, 2008).

Die Cardcasinos können also lediglich auf Grundlage eines Gewerbescheins betrieben werden, und den gesetzlichen Vorschriften wird so begegnet, dass erstens die angebotenen Pokerspiele (noch) nicht als Glücksspiele klassifiziert sind und somit (noch immer) als Geschicklichkeitsspiel gelten können, und zweitens keine Ausspielung durch den Unternehmer stattfindet, da ja die Spieler gegeneinander und nicht gegen einen Bankhalter spielen (der Betrieb stellt nur die Spieltische und den Croupier zur Verfügung). Beide, eigentlich im Gesetz verankerten, Ausnahmen sind Thema langjähriger Streitfälle zwischen Bundesministerium für Finanzen und dem Unabhängigen Verwaltungssenat für Wien, Niederösterreich und Burgenland und den Cardcasinos. Fazit dieses andauernden Rechtsstreites sind unzählige Anzeigen und anhängige Verfahren gegen Cardcasino-Betreiber.

Um diesen rechtlichen Streitigkeiten ganz zu entgehen bzw. „eine saubere Weste“ für die Zukunft zu haben, gibt es seit kurzem eine neue Möglichkeit, Poker in der Öffentlichkeit und für die Rechtslegung zu präsentieren – als Sport.

So hat Peter Zanoni, Geschäftsführer des ersten Poker-Casinos in Wien, im März 2006 den Verein „European Poker Sports Association“, EPSA, als Dachverband gegründet, mit dem Ziel, gesetzliche Widersprüche aufzuklären, klare und einheitliche gesetzliche Normen zu etablieren und das Image des Pokerns in der Öffentlichkeit zu ändern – nämlich von einem Bild „Glückspiel/Unterwelt/Mafia“ auf die Ebene des Sportes. Ein weiteres Ziel ist es, diese Normen nicht nur für Österreich, sondern einheitlich auf ganz Europa und die Welt auszuweiten (vgl. Zanoni, 2006).

Zusätzlich gab er auch eine empirische Studie in Auftrag, die Beweise dafür liefern soll, dass Poker Geschicklichkeits- und nicht Glücksspiel ist. Die Studie soll folgendermaßen durchgeführt werden: Es soll eine ganze Cashgame-Serie an zwei Tischen gespielt werden, und zwar mit jeweils zwei Profis aus den ersten 15 der Weltrangliste, zwei geübten Spielern und zwei Anfängern an einem Tisch. Die zufällige Verteilung der Karten (gute, schlechte und mittlere Blätter) soll nach ca. 5.000 Spielen ausgeglichen sein, sodass alle Spieler verhältnismäßig gleichgestellt sind. Der Kontostand am Ende des Spieles soll verraten, ob Glück und Zufall oder die Fähigkeiten des Spielers entscheidend sind. Vom Ergebnis erwartet man sich, dass gezeigt wird, dass wie bei jedem anderen Sport am Ende die besten Spieler vorne sind, und die weniger trainierten Spieler schlechter abschneiden. „In der einen oder anderen Runde mag ein schwächerer Spieler durchaus einen starken Spieler schlagen, wie es auch beim Skifahren Überraschungssieger gibt, aber am Ende des Weltcups sind die bekannten Namen vorne zu finden, und so sei es auch beim Pokersport“ (vgl. Zaroni, 2006).

Das Bestreben, Poker als Geschicklichkeitsspiel zu beweisen bzw. als Sport zu etablieren, gilt dem gesetzlich freien Angebot/Betrieb von Pokerspielen in Cardcasinos und würde weitere gerichtliche Schritte gegen sie unmöglich machen. In vielen anderen Ländern, z.B. Italien oder Deutschland, werden aufgrund der Sichtweise von Poker als Sportart legale Pokerturniere veranstaltet. Das Bestreben jedes Veranstalters solcher Turniere ist aber nicht, wie beteuert, die Verbreitung dieser Sportart oder die Erhöhung der Akzeptanz in der Öffentlichkeit bzw. Abwendung vom Bild des Glücksspiels, sondern das nach den oder während der Turniere oft stattfindende Cash-Game, bei dem hohe Gewinne erwirtschaftet werden können.

Die europä- bzw. weltweit veranstalteten Turnierserien wie z.B. die „European Poker Tour“ (EPT) beweisen schon seit jeher, zwar nur intern und nicht wissenschaftlich, allein durch die Ranglisten, in denen immer wieder die gleichen Namen vorkommen, dass die Ergebnisse beim Poker von den Fähigkeiten der

Spieler abhängen und nur ganz selten von Glück und/oder Zufall. Diese Tatsache hat aber nichts damit zu tun, dass für solche Turniere hohe Eintrittsgelder eingehoben werden, aus denen dann die Gewinne ausbezahlt werden. Es ist zwar erfreulich zu sehen, dass man mit Geschicklichkeit ein solches Turnier und den damit verbundenen hohen Preis gewinnen kann, schmälert jedoch nicht die Diskussion über die individuellen und wirtschaftlichen Folgen der Teilnehmer.

Durch die Bemühungen in Österreich (und anderen Ländern Europas), Poker als einen von Geschicklichkeit abhängigen Sport zu „betreiben“, und das steigende Interesse in der Bevölkerung ist zu erwarten, dass Kartencasinos bald ohne rechtliche Konsequenzen arbeiten können. Der Diskurs über die Illegalität wird vielleicht nie geklärt werden, die Tatsache der zunehmenden Spieleranzahl und dadurch auch der Spielabhängigkeit mit all den dazugehörigen Folgen bleibt.

3 Die Glücksspielsucht

3.1 Diagnose

1980 wurde das „Pathologische Glücksspiel“ als eigenständiges Störungsbild anerkannt und in die internationalen psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM und später ICD aufgenommen. Die aktuellste Operationalisierung findet sich im DSM-IV von 1994, wobei sich in der deutschen Übersetzung (vgl. Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) eine unkorrekte Bezeichnung als „Pathologisches Spielen“ findet, sodass die Unterscheidung zwischen „playing“ (Spielen) und „gambling“ (Glücksspielen) im Englischen, hier nicht zum Ausdruck kommt.

Im Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen IV (1996) wird pathologisches Glücksspiel als „(A.) andauerndes und wiederkehrendes fehlangepaßtes Spielverhalten“ definiert, das sich durch mindestens fünf der folgenden Merkmale äußert. Ein „pathologischer Spieler“:

- (1) ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen),
- (2) muß mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen,
- (3) hat wiederholte erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben,
- (4) ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben,
- (5) spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern,
- (6) kehrt, nachdem er/sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“),
- (7) belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß der Verstrickung in das Spielen zu vertuschen,

(8) hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren,

(9) hat eine wichtige Beziehung, seinen Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren,

(10) verläßt sich darauf, daß andere Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

B. Das Spielverhalten kann nicht besser durch eine manische Episode erklärt werden (S.700–701).

In der ICD-10 wird hervorgehoben, dass das Glücksspiel die Lebensführung der betroffenen Personen beherrscht und sie einen intensiven, kaum kontrollierbaren Spielrang beschreiben (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993).

Im gesamten entsprechen die in den zwei Klassifikationssystemen genannten Merkmale einander weitgehend, das DSM-IV bietet jedoch eine differenziertere Definition in Anlehnung an das Suchtmodell.

3.2 Erscheinungsbild

In den Diagnosekriterien zeichnet sich ein Erscheinungsbild ab, das durch die Schilderungen der Spieler immer wieder bestätigt wird: das Glücksspiel ist zentraler Lebensinhalt, man vernachlässigt alle anderen Lebensbereiche, versucht nur mehr seine Verluste und Schulden auszugleichen, verliert die Kontrolle und ist schließlich emotional und finanziell am Ende. „In einem Kontinuum von einer sehr seltenen, problemlosen Teilnahme am Glücksspiel bis hin zu einem exzessiven, pathologischen Spielverhalten lassen sich verschiedene Formen des Spielens unterscheiden“ (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.20):

So bilden die *Gelegenheits- oder sozialen Spieler* die größte Gruppe der Glücksspieler, die gelegentlich in ihrer Freizeit mit geringen Einsätzen ihr Glück versuchen. Es geht ihnen eher um Abwechslung, Unterhaltung, Vergnügen, und es kommt zu keinen Auffälligkeiten (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.29).

Progressiv in Richtung pathologisches Glücksspiel lassen sich die „*intensiven sozialen Spieler*“ (Custer & Milt, 1985) einreihen. Das Glücksspiel ist bei diesen Spielern zu einer Lieblingsbeschäftigung und einer wesentlichen Quelle für Anregung, Spaß und Entspannung geworden. Dabei werden jedoch weder Familie und Beruf vernachlässigt noch der eigene finanzielle Rahmen überschritten.

Bei den „*Gewohnheitsspielern*“, schließlich, kommt es zu dauerhaftem Spielen, um hedonistische Wünsche zu befriedigen oder um „Geld zu machen“. Trotz vorhandener Kontrolle treten bei diesen Spielern vor allem finanzielle, ansatzweise auch psychosoziale Probleme auf, aufgrund derer aber das Glücksspiel zumindest längerfristig eingeschränkt wird (vgl. Custer & Milt, 1985).

Weiters werden auch „*professionelle Spieler*“ beschrieben, die ihren Lebensunterhalt mit dem Glücksspiel verdienen. Für sie ist das Glücksspiel zum Beruf geworden und bietet ansonsten keinen Reiz. Sie haben ein distanziertes Verhältnis zum Spiel und tätigen ihre Einsätze kontrolliert, kühl und berechnend (vgl. Custer & Milt, 1985). Professionelle Spieler suchen sich solche Glücksspiele aus, bei denen individuelle Fähigkeiten einen entscheidenden Einfluss auf das Spielresultat haben, wie eben Poker.

Pathologische Spieler sind auch ursachenbezogen klassifiziert worden. Moran (1970, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) unterscheidet, ausgehend vom Suchtmodell, zwischen:

- subkulturellem Glücksspiel, das auf dem Hintergrund exzessiven Spielens im sozialen Umfeld entsteht,
- neurotischem Glücksspiel als Reaktion auf eine Stresssituation oder ein emotionales Problem,
- impulsivem Glücksspiel, das durch einen Kontrollverlust bei einer Tendenz zu spontanen Reaktionen und eine ambivalente Einstellung zum Spielen gekennzeichnet ist,
- psychopathischem Glücksspiel als Teil einer grundlegenden Persönlichkeitsstörung,

- symptomatischem Glücksspiel, das auf eine schwere psychische Störung (häufige Depressionen) zurückzuführen ist (S.30).

Dabei besteht bei allen Formen eine psychische Abhängigkeit, jedoch mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad. Beim impulsiven Typ ist sie nach Moran (1970, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993, S.30) am stärksten, beim subkulturellen Typ am geringsten ausgeprägt.

3.2.1 Spielerkarriere

Wie bei stoffgebundenen Süchten, verläuft auch beim Glücksspiel die Entwicklung von den Spielanfängen bis zur Sucht in drei Phasen:

- positives Anfangsstadium,
- kritisches Gewöhnungsstadium und
- Suchtstadium (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.31).

Im Kontext des Glücksspiels bezeichnet sie Custer (1987, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) als Gewinn-, Verlust- und Verzweiflungsphase (siehe Abbildung 1).

Die Gewinnphase ist beispielsweise von häufigem Gewinn, lustvoller Erregung vor und während des Spielens, unrealistischem Optimismus, höheren Geldeinsätzen und Prahlen mit Gewinnen gekennzeichnet.

In der Verlustphase kommt es zu längeren Phasen des Verlierens, Verheimlichung, Nicht-aufhören-können und Vernachlässigung anderer Lebensbereiche.



Abbildung 1. Verlauf der „Spielerkarriere“ (Custer, 1987, aus Meyer & Bachmann, 1993, S. 32).

In der Verzweiflungsphase schließlich kommt es zu Schuldgefühlen, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Kreditaufnahmen, Beeinträchtigung des sozialen Ansehens und Entfremdung von Familie und Freunden und oft sogar zu illegalen Handlungen.

Das alles führt zu weit reichenden gesellschaftlichen und privaten Folgen. Hier soll auch erwähnt werden, dass Angehörige pathologischer Spieler ähnliche Phasen mitmachen und sehr unter dieser Spielsucht leiden.

3.3 Erklärungsansätze

Die Erklärungsansätze zum pathologischen Glücksspiel lassen sich in zwei Modelle unterteilen:

Das „*Neurosenmodell*“ beschäftigt sich mit Störungen, die den ursprünglichen Hintergrund für die Entwicklung einer Glücksspielproblematik darstellen und sich insofern stärker auf den Einstieg in das Glücksspiel sowie die Funktionalität dieses Verhaltens im Hinblick auf die Grundstörung der Person beziehen.

Das „*Suchtmodell*“ hingegen hebt insbesondere die Eigendynamik der Entwicklung des pathologischen Spielverhaltens selbst hervor. Dieses hat zunächst lediglich Symptomcharakter (Verhaltensexzess), später entwickelt es jedoch ein eigenständiges Störungsbild (vgl. Meyer, 1991b).

Wie bei allen anderen Suchtkrankheiten auch, ist eine integrative multifaktorielle Betrachtungsweise der komplexen Realitäten pathologischen Glücksspiels am zweckdienlichsten. So sollen nach Meyer (1983; 1991b), die *spezifische Wirkung des Glücksspiels*, die *Eigenschaften des Individuums* und die *Besonderheiten des sozialen Umfeldes* als in intensiver Wechselbeziehung stehend gesehen werden (siehe Abbildung 2), die individuell in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Kombination wirksam werden können (vgl. auch Meyer & Bachmann, 1993, S.42).

Die bestehenden theoretischen Modelle erklären einseitig durch psychologische, soziologische oder biologische Prozesse jeweils nur Teilaspekte der Genese des Glücksspiels. Erklärungsmodelle, die die Wechselbeziehung berücksichtigen und sich generell auf die verschiedenen (auch nicht stoffgebundenen) Suchtformen anwenden lassen, sind erst ansatzweise entwickelt worden (vgl. Meyer, 1991b, S.6).

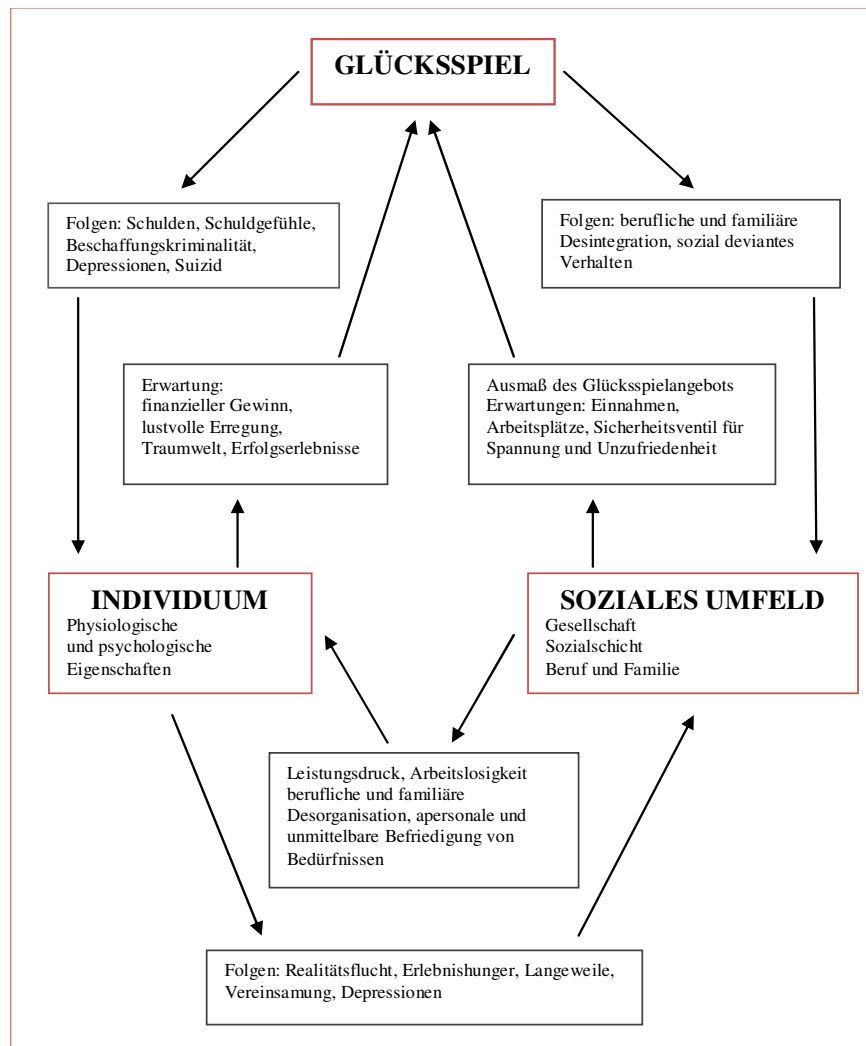


Abbildung 2. Modell zur Entstehung des pathologischen Glücksspiels (Meyer, 1983, S. 57).

Folgend sollen bereichsweise die gängigsten vorhandenen Erklärungsversuche ohne Anspruch auf Vollständigkeit, und ohne etwaige Plausibilitätsannahmen bzw. zugehörige Kritik zusammengefasst werden.

3.3.1 Psychoanalytische Hypothesen

Hattingberg (1914) deutet in einem ersten psychoanalytischen Beitrag zum Thema auf die enge Beziehung zwischen Angst und Lust, Sexualität und Glücksspiel hin. Wesentliches Motiv des Spielens ist das Erleben einer sexuell getönten „*Angstlust*“ (vgl. Schreiber, 1992). Stekel (1924) hebt die Ähnlichkeiten zwischen Glücksspiel und Alkoholmissbrauch hervor und beschreibt den Aberglauben, die Rituale und das *Omnipotenzdenken* der Spieler. Das Glücksspiel ist für den Spieler wie ein Orakel: Wenn er gewinnen sollte, werden sich auch die anderen geheimen Wünsche (z.B. nach Liebe, Macht etc.) erfüllen (vgl. Meyer, 1991b).

Bei Freud (1928) findet die Erklärung mit dem triebpsychologischen Denkmodell statt. Die Glücksspielproblematik entspringt demnach einem ungelösten ödipalen Konflikt. So wird auch in seinem Aufsatz „Dostojewski und die Vaternötung“ die Spieleidenschaft des Schriftstellers gedeutet. *Schuldgefühle*, die auf unbewussten, kindlich-inzestuösen und Vater mordenden Phantasien basieren, sind für einen *Selbstbestrafungsdrang* verantwortlich, den der süchtige Spieler beim Glücksspiel auslebt. Pathologisches Glücksspiel, Alkohol- und Drogenabhängigkeit stellen nach Freud (1928, zitiert nach Meyer, 1991b) „Manifestationen einer primären Suchterkrankung dar, die als Ersatzhandlung auf zwanghafte *Masturbation* oder zumindest Masturbationsphantasien zurückzuführen sind“.

Bergler (1970), dessen Erkenntnisse aus eigener langjähriger psychoanalytischer Behandlung von Glücksspielern, u.a. auch Pokerspielern, stammen, meint, bei pathologischen Spielern handle es sich um Neurotiker, die zur *Selbstbestrafung*, den unbewussten Wunsch zu verlieren, hegen. Bergler erklärt diese Tendenz zur Selbstbestrafung („psychischer Masochismus“) damit, dass der Glücksspieler seine „*infantile Allmachtsfiktion*“ noch nicht aufgegeben hat, und gegen die Autorität der Eltern, insbesondere gegen das von ihnen vertretene Realitätsprinzip, rebelliert. Das intensive Bedürfnis nach Selbstbestrafung entsteht durch Schuldgefühle infolge dieser Auflehnung, und führt zu einem endlosen inneren Teufelskreis (vgl. Petry, 1996, S.152–153; Meyer & Bachmann, 1993). Auch Bolen & Boyd (1968, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993, S.62) meinen,

dass durch die indirekten Befriedigungsmöglichkeiten aggressiver und libidinöser Bedürfnisse beim Glücksspiel, bestehende *Schuldgefühle* neutralisiert werden. Beim Spiel sind die *Selbstbestrafungsriten des Verlierens* garantiert. Zusätzlich suggeriert das Glücksspiel Macht, Bedeutsamkeit und Kontrolle, und bietet dem Spieler auf diese Weise Schutz vor Minderwertigkeitsgefühlen und innerer Leere.

Greenson (1947, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) sieht das Glücksspiel eher mit Depressionen und weniger mit Schuld verbunden. Er fasst es als *Abwehr gegen drohende Depressionen* auf.

In psychodynamisch orientierten Ansätzen, die auf narzisstische Persönlichkeitsstörungen bei pathologischen Spielern verweisen, wird die Spielsucht als *narzisstischer Selbstheilungsversuch* interpretiert. Das Glücksspiel verspricht das Ausleben von *Allmachtsphantasien* und hilft, die belastende Realität zu überwinden (vgl. Meyer & Bachmann, 1993; Vent, 1999).

3.3.2 Lerntheoretische Konzepte

Die zentrale Aussage der klassischen Lerntheorie besagt, dass die (positive) Verstärkung eines Verhaltens zu einer Erhöhung seiner Auftrittswahrscheinlichkeit führt („operantes Konditionieren“). Dabei haben sich variierende Verstärkermengen und variable Verstärkungsquoten als besonders wirkungsvoll im Hinblick auf die Verfestigung eines Verhaltens erwiesen (Skinner, 1953, zitiert nach Zimbardo, 1995). Beides kommt beim Glücksspiel vor. Der Geldgewinn gilt als typischer Verstärker (vgl. Meyer, 1991b, S.7).

In erweiterten lerntheoretischen Konzepten wie z.B. der sozial-kognitiven Lerntheorie wird die Aufrechterhaltung der Spielsucht durch ihre *Verstärkerqualitäten* wie unmittelbare Stimulation, Auslösung von Euphorie- und Machtgefühlen, eventuelle Selbstbestätigung, Spannungsreduktion etc. erklärt. Für den Auslöser bzw. Beginn der Glücksspielsucht wird das *Lernen am Modell* als Erklärung herangezogen. Die Beobachtung positiver Folgen bei Eltern oder Freunden oder der Zugang zu sozial attraktiven Gruppen (als sekundäre

Verstärkung) sind dabei ausschlaggebend (vgl. Revenstorf & Metsch, 1986; Meyer & Bachmann, 1993).

In der weiteren Entwicklung spielen unrealistische Erwartungen, Illusionen über die Beeinflussung/Vorhersage des Spielergebnisses (siehe dazu auch Kapitel 3.3.6) und die Verbesserung des Wohlbefindens eine Rolle. Dabei werden die Wichtigkeit *alternativer Verstärkerquellen* und die Verfügbarkeit des Glücksspiels (vgl. Kapitel 2.4.2 Erleichterung des Zugangs) als bestimmend angesehen. Ein Verstärkermangel kann auf individueller Ebene sowohl in unzulänglicher sozialer Kompetenz wie in mangelnden Ressourcen bestehen, mit Stresssituationen umzugehen, und auf sozialer Ebene auf einem fehlenden Angebot beruhen (vgl. Meyer & Bachmann, 1993).

Jeden Suchtmittelmissbrauch aufrechterhaltende Phänomene wie Toleranz- und Entzugserscheinungen lassen sich im Sinne eines *Belohnungssystems im Gehirn* interpretieren, das die Person eine Substanz weiter missbrauchen lässt (den Spieler weiterspielen lässt), um positive Folgen zu erfahren („Rausch“, Gewinn) bzw. negative zu vermeiden (Entzug) (vgl. Meyer & Bachmann, 1993; Revenstorf & Metsch, 1986).

3.3.3 Persönlichkeitsmerkmale

In Analogie zu Alkohol- oder Drogenabhängigen konnten Ergebnisse testpsychologischer Untersuchungen keine einheitliche charakteristische Persönlichkeitsstruktur pathologischer Spieler nachweisen.

Graham & Lowenfeld (1986, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993, S.51) fanden in den Testprofilen des „Minnesota Multiphasic Personality Inventory“ (MMPI) zwar durchgängig erhöhte Werte auf der Psychopathie-Skala und zusätzlich auf der Depressions-Skala, jedoch keine einheitlichen Profile aller Spieler. Stoffgebundene Suchtkranke weisen ähnliche Befunde auf.

In einer empirisch fundierten Klassifikation von 437 Glücksspielern aus Selbsthilfegruppen mittels Clusteranalyse auf der Basis von mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) und (von Meyer selbst entwickelten) Skalen zu

Spielhäufigkeit, Funktionalität und Symptomatik des Glücksspiels sowie dem Erleben während des Glücksspiels erhobenen Daten, ermittelte Meyer (1991a) fünf voneinander abgrenzbare homogene Subgruppen, die sich folgendermaßen beschreiben lassen:

1. Pathologische Automatenspieler mit einer emotional-labilen, depressiv-aggressiven Persönlichkeitsstruktur,
2. Pathologische Automatenspieler mit einer emotional-labilen, depressiven Persönlichkeitsstruktur,
3. pathologische Geldautomatenspieler ohne Persönlichkeitsauffälligkeiten,
4. pathologische Spieler klassischer Glücksspiele ohne Persönlichkeitsauffälligkeiten sowie
5. subjektiv belastete Geldautomatenspieler ohne Persönlichkeitsauffälligkeiten.

Es wurden in einigen Untersuchungen einzelne glücksspielnahe Persönlichkeitsmerkmale wie erhöhte Externalität, Risikobereitschaft, Sensationslust und verzerrte Kontrollüberzeugungen sowie Impulsivität erfasst und Auffälligkeiten in Richtung der genannten Merkmale festgestellt (vgl. Meyer, 1986).

„Auch wenn die Frage offen bleibt, ob es sich bei den Persönlichkeitseigenschaften um Ursachen oder Folgen pathologischen Glücksspiels handelt, weisen die Ergebnisse zumindest auf persönlichkeitsbedingte Risikofaktoren hin“ (Meyer, 1991b, S.9).

3.3.4 Soziale und soziokulturelle Faktoren

Die Bedeutung sozialer und soziokultureller Faktoren für die Entstehung und Entwicklung pathologischen Glücksspiels wird in zahlreichen Arbeiten betont (Bolen & Boyd, 1968; Meyer, 1989; Moran, 1970). Psychosoziale Belastungen und Vorbilder im sozialen Nahraum (Familie, Clique), scheinen eine genauso große Rolle zu spielen, wie die materialistische, auf sofortige Befriedigung von (Konsum-)Bedürfnissen ausgerichtete Gesellschaft, die stark gestiegene

Verfügbarkeit von Glücksspielen, sowie die allgemein positive Einstellung dazu (vgl. Meyer, 1991b, S.9).

Auch dem Faktor Geschlecht wird eine entscheidende Rolle beigemessen. So werden Glücksspiele mit höherem Suchtpotential wie Roulette, Spielautomaten, Sport- und Pferdewetten, aufgrund des ständigen Risikoverhaltens und Machterlebens, von Meyer (1986) als Männerdomäne gesehen. Die vermehrte Berufstätigkeit und Emanzipation der Frauen, einhergehend mit größerer materieller Unabhängigkeit und Übernahme ähnlicher Konsuminteressen jedoch lässt mutmaßen, dass die Zahl der Frauen, die sich an derartigen Glücksspielen beteiligen, in Zukunft steigen wird (vgl. Meyer, 1991b, S.9).

Lesieur (1979, zitiert von Meyer, 1991b) bietet einen interessanten soziologischen Erklärungsansatz:

Er beschreibt die „Spielerkarriere“ als ein selbst organisiertes System, das den Spieler über eine immer enger werdende Spirale von Verpflichtungen und Optionen in den Ruin führt. Nach anfänglichen Gewinnen und eintretenden Verlusten ist die Übernahme der „Chase-Philosophie“, d.h. die Jagd nach einem Verlustausgleich durch höhere Einsätze, als vermeintliches Erfolgsrezept anderer Spieler für die weitere Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Zur Finanzierung der Aufholjagd werden immer weniger zu rechtfertigende und schließlich unmoralische Handlungen begangen – von der Kreditaufnahme bis zur Beschaffungsdelinquenz – und damit die Handlungsfreiräume kontinuierlich eingeengt. Die ständig wachsenden Verpflichtungen, zu denen auch die Aufrechterhaltung des Status gehört, und die verringerten Freiräume verstärken den Druck und verursachen neue Zwänge, das Glücksspiel trotz hoher Verluste fortzusetzen (S.9–10).

3.3.5 Physiologisch basierte Ansätze

Zahlreiche Untersuchungen, haben EEG-Wellen (Goldstein, Manowitz, Nora, Swartzburg & Carlton, 1985, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993), Endorphinwerte im Blutplasma (Blaszczynski, Winter & McConaghy, 1986) sowie verschiedene biologische Parameter des noradrenergen Systems (Roy, De Jong & Linnoila, 1989, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) von pathologischen Spielern erfasst und mit Kontrollgruppen (allerdings bei sehr

kleinen Stichproben) verglichen, allesamt mit dem Ziel eines Nachweises physiologischer Korrelate bei der Entstehung pathologischen Glücksspiels.

Goldstein et al. (1985, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) fanden bei pathologischen Spielern (N=8) ein geringeres Niveau hemisphärischer Differenzierungen im EEG. Die Muster ähnelten denen von Kindern mit einer *Aufmerksamkeits-Defizit-Störung*. Dieses Ergebnis wurde 1987 von Carlton & Manowitz (zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) repliziert, und sie fanden vergleichsweise signifikant höhere Werte von pathologischen Spielern (N=14) in einem Testverfahren zur Erfassung dieser Störung.

Es wird angenommen, dass der Mensch durch das Glücksspiel die Freisetzung körpereigener Substanzen wie die des Neurotransmitters *Beta-Endorphin* auslöst (Milkman & Sunderwirth, 1982, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993), der für die Vermittlung von *Euphoriegefühlen* verantwortlich gemacht wird. Blaszczynski et al. (1986) haben das in einer Untersuchung getestet und nicht bestätigen können. Ein Vergleich der Grundwerte des Beta-Endorphins zwischen der Gesamtgruppe pathologischer Spieler (N=39) und einer Kontrollgruppe ergab keine Unterschiede. Es konnten jedoch andere interessante Sachverhalte zwischen den verschiedenen Gruppen pathologischer Spieler beobachtet werden, so z.B., dass die „horse-race-addicts“, im Unterschied zu den „pokermachine-addicts“ und der Kontrollgruppe, einen signifikant niedrigeren Wert aufweisen. Die Autoren gehen von der Vermutung aus, dass das komplexere und aktivierendere Wetten bei Pferderennen eher der Behebung dysphorischer Stimmungen durch eine Erhöhung des Endorphinspiegels dient, während die Motivation der Automatenspieler eher mit Coping-Strategien zusammenhängt, Stresssituationen auszuweichen. Der Abschluss einer Wette mit vergleichsweise geringem Einsatz (2-10 Dollar) und die Verfolgung des Pferderennens im Radio führten zu keiner Erhöhung des Endorphinwertes im Blutplasma. Blaszczynski et al. (1986) erklären das mit der Möglichkeit einer bereits stattgefundenen Toleranzentwicklung, der nach höhere Einsätze notwendig gewesen wären, um einen Effekt zu erzielen.

Roy et al. (1989, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) konnten bei pathologischen Spielern (N=24) signifikant höhere Anteile von *Norepinephrin* im Urin sowie des Metaboliten *3-Methoxy-4-Hydroxyphenylglykol* in cerebrospinaler Flüssigkeit feststellen als in einer Kontrollgruppe. Aufgrund dieses Ergebnisses schließen sie auf eine funktionale Störung des noradrenergen Systems, das mit der *Sensationslust* („sensation seeking“) in Verbindung gebracht wird. Zudem nehmen Roy et al. (1989, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) an, dass sich diese funktionale Störung teilweise auch in der Persönlichkeit widerspiegelt, da signifikant positive Korrelationen zwischen Parametern des noradrenergen Systems und dem Persönlichkeitsmerkmal „Extraversion“ gefunden werden konnten.

3.3.6 Kognitive Prozesse

Kognitive Phänomene, die speziell bei Glücksspielern weit verbreitet sind und mit dafür verantwortlich gemacht werden, dass pathologische Spieler trotz hoher Verluste weiterspielen, sind *verzerrte Wahrnehmung der Realität* und *unrealistische Gewinnerwartungen* (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.68)

Meyer und Bachmann (1993) führen aus, dass die meisten Glücksspiele auf Zufallsereignissen basieren und somit keine Kontrolle durch die Spieler gegeben sein kann. Trotzdem schreiben Spieler sehr häufig die Fähigkeit, das Spielergebnis systematisch vorhersagen oder sogar beeinflussen zu können der eigenen Person zu (z.B. die Auswertung von Roulette-Permanenzen und daraus abgeleitete Vorhersagen des nächsten Treffers im Kessel; die Beobachtung des Erscheinens der Licht- und Tonsignale an Spielautomaten und darauf ausgerichtete Spielstrategie). Solche verzerrten Wahrnehmungen werden von Langer (1975, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) als „*Illusion der Kontrolle*“ bezeichnet. Im Gegensatz zu Misserfolgen, ist bei anfänglichen Erfolgen die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Erfolge persönlichen Fähigkeiten zugeschrieben werden (vgl. Langer, 1975, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993, S.68).

Illusionäre Kontrollüberzeugungen werden durch Verstärkungsmechanismen verfestigt (*abergläubische Konditionierung*). Der zufällige Erfolg derartiger Vorhersagen und Spielstrategien hat keinen praktischen Wert, führt aber zur dauerhaften Anwendung (im Sinne einer variablen Verstärkerquote). So fördern knapp verlorene Sportwetten oder annähernd erreichte Gewinnkombinationen die optimistische Einschätzung zukünftiger Erfolge, die Gewinnerwartung und das Weiterspielen (vgl. Reid, 1986, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993, S.69). Der kognitiven Konditionierung durch sekundäre Verstärkung bedient man sich in der Glücksspielbranche mit der Methode der „*Fast-Gewinne*“. Es handelt sich um das Phänomen, dass z.B. am Spielautomaten regelmäßig Kombinationen einlaufen, die eine Erwartung hervorrufen, dass der Gewinn bald kommen muss. Das ist der Fall, wenn beispielsweise nur fünf von sechs notwendigen Gewinnsymbolen auftauchen. Der Spieler bekommt das Gefühl, der Gewinn wäre ja schon fast erreicht worden und spielt weiter. Die erregende Wirkung eines solchen Ereignisses ist lerntheoretisch ein potenter Verstärker und deshalb in der Computersteuerung von Spielautomaten vorprogrammiert. Auch bei Rubbellosen bedient man sich oft dieser Methode (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.69).

Rosecrane (1988, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) beschreibt die Erscheinung, dass Spieler teilweise bereits vor einem Einsatz Begründungen für einen möglicherweise erfolglosen Ausgang des Spiels anführen. Durch diese vorausschauende verstandesmäßige Einschätzung, dass (bald/begründet) ein Verlust zu erwarten ist bzw. durch andere Erklärungsmuster, wird die falsche Überzeugung, das Spiel unter Kontrolle zu haben, ebenso verstärkt. So wird dem Spieler geholfen, die gefährdete Glücksspielbezogene Identität zu bewahren, eine realistische Einschätzung der Gewinnwahrscheinlichkeiten wird verhindert (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.69).

Die *Hoffnung auf den großen Gewinn*, mit dem sich beispielsweise Roulettespieler aller Probleme entledigen wollen, wird durch vermeintliche Geschicklichkeit und Optimismus gestärkt (Dickerson, 1984, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993). Vermutlich ist der Vorbehalt von Geschicklichkeit bei

Spielern von Glücksspielen, bei denen die Nutzung relevanter Informationen einen tatsächlichen Einfluss auf das Spielergebnis haben kann, wie beim Pferderennen oder Börsenspekulationen, noch stärker ausgeprägt. Die richtige Vorhersage aufgrund intensiver Recherchen z.B. über die Marktverhältnisse etc. dürfte als besonders hoch eingeschätzt werden (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.69–70).

3.3.7 Integrative Erklärungsmodelle

3.3.7.1 Modell von Jacobs (1989)

Jacobs (1989, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993) hat ein integratives generelles Suchtmodell mit dem pathologischen Spieler als Prototyp entwickelt und empirisch überprüft. Dieses Modell richtet sich vor allem an psychobiologischen Aspekten. Nach Jacobs erwirbt eine dafür anfällige Person die Sucht (als ursprünglich unabhängigen Zustand) beim Versuch, chronische Stressbedingungen zu beheben. Dabei sind für die Suchtanfälligkeit verantwortlich:

- ein abnormer physiologischer Ruhezustand mit übermäßiger oder verminderter Spannung und
- Kindheitserfahrungen, die ein tiefes Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit und Ablehnung hervorgerufen haben.

Jacobs betont, dass eine angestrebte *Änderung des Identitätszustandes* aufgrund des Zweiteren für das Verständnis von Suchtverhalten zentrale Bedeutung hat. In einer Untersuchung konnte gezeigt werden, dass Alkoholiker, pathologische Spieler und Personen mit Essstörungen im Vergleich zu normalen Konsumenten, während des Suchtmittelgebrauchs wesentlich öfter von solchen veränderten Identitätszuständen berichten (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.71).

3.3.7.2 Modell von Abt, McGurrian und Smith (1985)

An der sozialkognitiven Lerntheorie und dem kybernetischen Feedbackprinzip orientiert, schlagen Abt und Mitarbeiter (1985) ein integratives Modell zur Glücksspielproblematik vor. Dieses synoptische Modell betrachtet die

Glücksspielsucht als das Ergebnis der Unfähigkeit des Glücksspielers, die Regeln des Glücksspiels mit seinen eigenen Motivationen in Einklang zu bringen, da Rückmeldungen aus der Glücksspielsituation nicht zur Korrektur des zunehmend problematischen Glücksspielverhaltens genutzt werden. Die Hauptannahme dieses Modells besagt, dass die individuelle Bedeutung von Glücksspielaktivitäten innerhalb eines sozialen Kontextes bewertet wird. Dabei werden die gesellschaftlichen (Makroebene) und individuellen (Mikroebene) Bedingungsgefüge vom Glücksspieler kognitiv integriert (vgl. Petry, 1996, S.44).

Abbildung 3 zeigt, wie sich das problematische Glücksspielverhalten aus der Wechselwirkung zwischen acht Variablenklassen bestimmt. Statusvariablen (z.B. Einkommen, Berufsstand), situative Variablen (z.B. Gelegenheit zum Glücksspiel), Kontextvariablen (z.B. gesetzliche Regulierungen des Glücksspiels), soziale Transformationsregeln, die die Verhaltensnormen und -werte der Glücksspielsituation definieren, sowie Merkmale des Glücksspielereignisses selbst (z.B. Auszahlungsquote) sind Teil der sozialen Realität eines Spielers (*Makroebene*). Die *Mikroebene* umfasst psychische Variablen (z.B. Persönlichkeitsmerkmale) sowie soziale und psychische Transformationsregeln. Unter Anwendung dieser wird es dem Spieler möglich, ein Selbstbild als erfolgreicher Glücksspieler aufrechtzuerhalten, auch wenn Verluste eintreten (vgl. Petry, 1996, S.44).

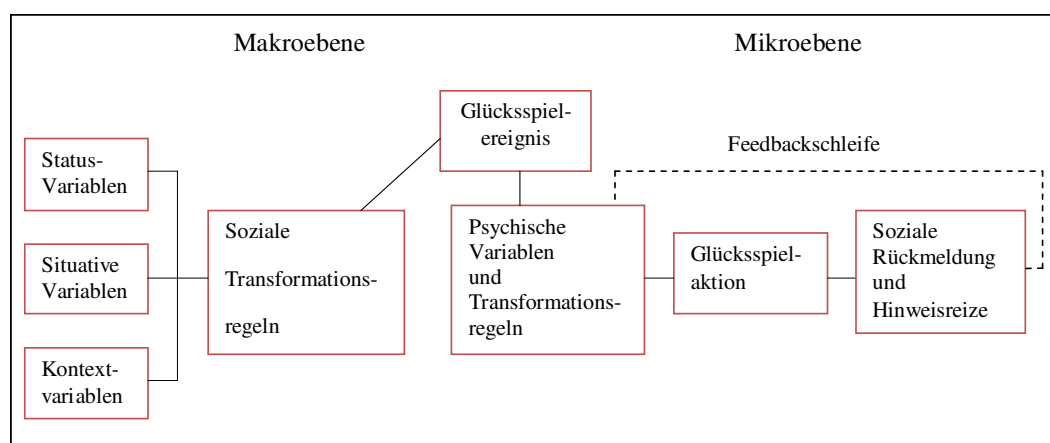


Abbildung 3. Das synoptische Modell des Glücksspielverhaltens (Abt et al., 1985, aus Petry, 1996, S. 45).

3.3.7.3 Modell von Petry (1996)

Petry geht in seiner Praxis mit Glücksspielsüchtigen von einem integrativen Modell aus. „Fasst man die Ergebnisse des auf die Tiefenstruktur konzentrierten psychodynamischen und des auf die Oberflächenstruktur gerichteten suchttherapeutischen Ansatzes unter pragmatischen Gesichtspunkten zusammen, so lässt sich ein triadisches Bedingungsgefüge der Glücksspielsucht postulieren, das die *Erregungsregulation*, das *Selbstwertkonzept* und die *Bindungsfähigkeit* umfasst“ (Petry, 1996, S.176).

Nach Petry (1996) weisen Glücksspieler als erste problematische Bedingung eine starke Unruhe und ein verstärktes Bedürfnis nach Reizstimulation auf. Diese Besonderheiten der Erregungsmodulation gehen auf die psychophysiologische Ausstattung der Person in Verbindung mit problematischen Formen der Stressverarbeitung zurück.

Als zweite Charakteristik von Glücksspielsüchtigen wird die schwere Selbstwertproblematik genannt. Bei Glücksspielern besteht ein negatives Selbstwertgefühl, welches als das Resultat einer durch Abweisung und Nichtbeachtung charakterisierten frühen Eltern-Kind-Beziehung gesehen werden kann. Nach außen verhalten sich diese Personen jedoch genau entgegengesetzt, nämlich selbstsicher, dominant und aggressiv.

Als drittes wird eine Störung der Bindungsfähigkeit bei süchtigen Glücksspielern angenommen. Deren Verhalten wird im Laufe der Glücksspielerkarriere immer egozentrischer, die Bedürfnisse der Bezugspersonen immer stärker den eigenen Zielen der Selbstwertsteigerung und Fortsetzung des Glücksspielverhaltens untergeordnet (vgl. Petry, 1996, S.176).

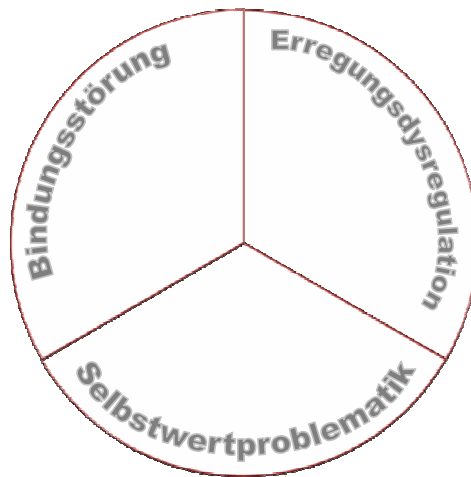


Abbildung 4. Die Bedingungstriade der Glücksspielsucht (Petry, 1996, S. 177).

Dieses in Abbildung 4 gezeigte Bedingungsgefüge der Glücksspielsucht erklärt warum diese spezifische Form der Sucht entstanden ist, bzw. „das Glücksspiel als gescheiterter Bewältigungsversuch für bestehende Lebensprobleme gewählt wurde“ (Petry, 1996, S.176). Da es beim Glücksspiel um eine risikobeladene Handlung geht, kann hier das starke Bedürfnis nach Stimulation und Erregung befriedigt werden. Petry (1996) meint, dass bereits das Kinderspiel die Funktion hat, die mit der vorhandenen einseitigen Abhängigkeit von den Eltern verbundenen Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht zu überwinden, indem vorübergehend eine illusionäre Situation der eigenen Kompetenz hergestellt wird. Schließlich besteht beim Glücksspiel die allgegenwärtige Möglichkeit eines Geldgewinnes. Mit diesem sind Gefühle der emotionalen Annahme und sozialer Anerkennung verbunden, die sonst aufgrund der bestehenden Bindungsstörung nicht erlebt werden können (vgl. Petry, 1996, S.176–177).

3.3.7.4 Modell von Walters (1994)

Der Ansatz zum glücksspielspezifischen Lebensstil von Walters (1994, zitiert nach Petry, 1996) scheint ein zur Erklärung und Behandlung der Glücksspielsucht geeignetes integratives Konzept zu sein. Es ist ausreichend innerhalb der

empirischen Psychologie begründet und enthält klinisch wirksame Behandlungsmethoden. Die Evaluation des gesamten Behandlungsansatzes steht aber noch aus (vgl. Petry, 1996, S.177).

Der von Walters (1994) beschriebene und in Abbildung 5 dargestellte glücksspielspezifische Lebensstil bezieht sich auf die Lerntheorie, den kognitiven Interaktionalismus und die existentielle Philosophie als theoretische Wurzeln. Er sollte nicht als eine real genau so vorkommende Erscheinung verstanden werden, sondern als idealtypische Darstellung im Sinne eines hypothetischen Konstruktes. Es ist ein Verhaltensmodell, das zur Interpretation vorfindbarer glücksspielspezifischer Verhaltensmuster dienen kann (vgl. Petry, 1996, S.177).

Das Glücksspielverhalten wird als Resultat eines Konditionierungsprozesses mit variabler Quotenverstärkung verstanden und die Bedeutung von Modelllernprozessen im Sinne der sozialen Lerntheorie betont. Im Gegensatz dazu, bzw. in Bezug auf den kognitiven Interaktionalismus, sieht Walters das Individuum als aktiv handelnd und durch die Interaktion mit anderen Personen und seiner Umgebung eine kognitive Repräsentation seiner Umwelt entwickelnd (vgl. Petry, 1996, S.178).

Auf die existentielle Philosophie gestützt, nimmt Walters an, dass der für Glücksspieler spezifische Lebensstil grundsätzlich durch existentielle Furcht, d.h. Gefühle der Angst, Machtlosigkeit und Unsicherheit, wie sie vom Neugeborenen erlebt werden, motiviert wird (Adler, 1913, 1974, zitiert nach Petry, 1996). Dabei gibt es für das Individuum zwei Möglichkeiten der Angstbewältigung: Anpassung an die Umgebung oder Stabilisierung des bestehenden Lebensstils durch starre Regeln, Rollen oder Beziehungsmuster, was zu einer noch größeren Anfälligkeit für die Auswirkungen existentieller Furcht führen kann (vgl. Petry, 1996, S.178).

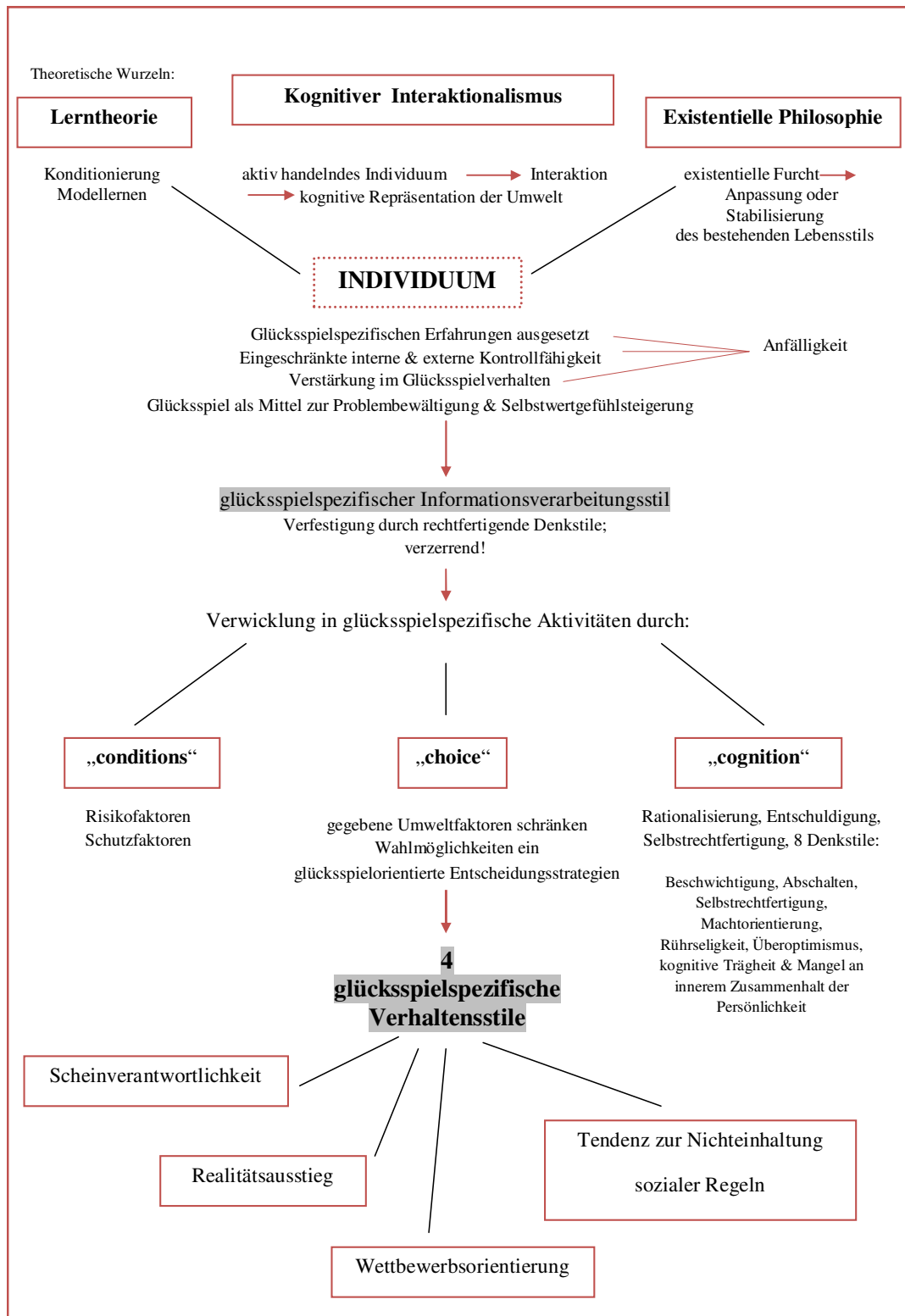


Abbildung 5: Ansatz zum glücksspielspezifischen Lebensstil von Walters (1994, S. 172).

Eine Anfälligkeit für eine spätere Glücksspielproblematik sieht Walters bei Personen, die glücksspielspezifischen Erfahrungen ausgesetzt sind, bei denen gleichzeitig interne und externe Kontrollfähigkeit eingeschränkt sind und die in ihrem Glücksspielverhalten verstärkt werden (vgl. Petry, 1996, S.178).

Bei dem so entstehenden Informationsverarbeitungsstil werden neue Erfahrungen, verzerrt wahrgenommen, sodass sie in das vorhandene glücksspielbezogene kognitive Verarbeitungsschema hineinpassen. Dieser Prozess wird durch charakteristische Denkstile, mit denen getroffene Entscheidungen gerechtfertigt werden, weiter verfestigt (vgl. Petry, 1996, S.178).

Walters beschreibt eine Verwicklung der betroffenen Person in glücksspielspezifische Aktivitäten. Dabei unterscheidet er drei interagierende Bedingungsgefüge, aus denen glücksspielerspezifische Verhaltensstile resultieren:

- subjektive Wahrnehmung vorhandener Lebensbedingungen (*conditions*)
- persönlich bestehende Entscheidungsfähigkeit (*choice*)
- glücksspielspezifischer kognitiver Stil (*cognition*).

Unter Lebensbedingungen versteht er sowohl interne (z.B. das Temperament) als auch externe Merkmale (z.B. die Gruppe der Gleichaltrigen). Diese bestimmen die Glücksspielproblematik entwicklungsgeschichtlich und aktuell. Weiters unterscheidet er zwischen Risikofaktoren (z.B. geringes Selbstwertgefühl) und Schutzfaktoren (z.B. stabile häusliche Umgebung), die bei der Bewältigung der drei wesentlichen Lebensaufgaben (sozial-emotionale Bindung, Reizmodulation und Aufbau eines positiven Selbstbildes) entscheidend sind (vgl. Petry, 1996, S.179).

Bezüglich der Entscheidungsfähigkeit stellt Walters fest, dass das Glücksspielverhalten nicht direkt durch Umgebungsbedingungen festgelegt ist. Vielmehr werden die bestehenden Wahlmöglichkeiten des Individuums bei einer Risikodisposition eingeschränkt bzw. beim Vorhandensein schützender Faktoren gefördert. Grundlegend beim Glücksspielverhalten sind schlecht organisierte, auf den unmittelbaren Gewinn und, statt auf verzögerte negative Folgen, auf die

positiven kurzfristigen Konsequenzen des Glücksspiels ausgerichtete Entscheidungsstrategien.

Der glücksspielspezifische kognitive Stil zielt darauf ab, die getroffenen Entscheidungen zu rechtfertigen und das zerbrechliche Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Typische Verhaltens- und Denkmuster sind hier Rationalisierung, Entschuldigung und Selbstrechtfertigung (vgl. Petry, 1996, S.179).

Es werden acht typische Denkstile unterschieden:

- *Beschwichtigung* (Leugnen der Ernsthaftigkeit des Glücksspielverhaltens)
- *Abschalten* (Interpretation des Glücksspielverhaltens als spontane Reaktion auf Enttäuschungen oder Ärger)
- *Selbstrechtfertigung* (Gefühl, etwas Besonderes oder das machtlose Opfer einer Abhängigkeit zu sein)
- *Machtorientierung* (gegenteilige Gefühle zum Erlebniszustand eines wertlosen Verlierers)
- *Rührseligkeit* (geringes Selbstwertgefühl wird durch mildtätige Gaben oder Geschenke an Bezugspersonen ins Gegenteil verkehrt)
- *Überoptimismus* (Ausblendung der negativen Konsequenzen des Glücksspiels, Untermauerung der Aufholjagd (chasing) durch intellektuelle Beschäftigung mit dem Glücksspielmedium und magisches Erfolgsdenken)
- *kognitive Trägheit* (kurzfristiges Erfolgsdenken bei fehlender Geduld, Planmäßigkeit und Sinn für praktische Erfordernisse)
- *Aufspaltung* (der Glücksspielerpersönlichkeit); Mangel an innerem Zusammenhalt (vgl. Petry, 1996, S.180).

Die Wechselbeziehung der beschriebenen Bedingungskomplexe resultiert in vier glücksspielspezifischen Verhaltensstilen, die individuell unterschiedlich ausgeprägt sein können (siehe Abbildung 5):

- *Scheinverantwortlichkeit* (äußeres Verantwortungsbewusstsein bei gleichzeitiger Vernachlässigung emotionaler Bedürfnisse von Familie und sozialen Bezugspersonen)
- *Realitätsausstieg* (Wahrnehmen des Glücksspiels als einzige Form der Problembewältigung; verstärktes Bedürfnis nach Herbeiführung eines dissoziativen Bewusstseinszustandes, aufgrund des Wechsels zwischen euphorischen und dysphorischen Gefühlen)
- übersteigerte *Wettbewerbsorientierung* (In-Aktion-Sein steht im Mittelpunkt, um Gefühle der Erregung, Euphorie und Dominanz zu erleben)
- *Tendenz zur Nichteinhaltung* oder einseitigen Umdeutung *sozialer Regeln* (vgl. Petry, 1996, S.180–181).

Petry (1996) rekapituliert:

Zusammenfassend steht am Beginn der Entwicklung eines glücksspielspezifischen Lebensstils die Notwendigkeit zur Bewältigung existentieller Furcht, wobei es bei einer vorhandenen Risikodisposition zur Störung kognitiver Verarbeitungsprozesse kommt, die sich in irrationalen Entscheidungsabläufen niederschlagen. Durch das daraus resultierende Überwiegen von assimilativen Verarbeitungsprozessen in Form glücksspielspezifischer Denkstile und damit verbundener problematischer Verhaltensmuster entsteht ein sich zunehmend verfestigender glücksspielspezifischer Lebensstil. Beim Vorherrschen von protektiven Faktoren und einem damit verbundenen ausgewogenen kognitiven Gleichgewicht kann jedoch auch ein adaptiver Lebensstil entstehen, der aufgrund fruchtbarer Lernerfahrungen zur frühzeitigen Einstellung des Glücksspielverhaltens führt. (p.181–182).

3.4 Folgen

Die Belastungen durch exzessives Glücksspiel zeigen sich bei pathologischen Spielern vor allem in folgenden Lebensbereichen:

- Finanzielle Situation
- Partnerschaft/Familienleben
- Seelisches Wohlbefinden/Lebensfreude.

Die körperliche Gesundheit wird seltener als beeinträchtigt erlebt (vgl. Meyer, 1989).

Die durch die empfundenen Belastungen häufigen depressiven Verstimmungen können zu Suizidgedanken und Suizidversuchen führen. Der abhängigkeitsbedingte Verlust an Selbstachtung, der Zusammenbruch des Wertesystems, das Scheitern von Lebensplänen, die soziale Isolierung, sowie die hohe Verschuldung können die Suizidalität von Spielern auslösen (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S.78).

Ein exzessives Spielverhalten lässt sich üblicherweise mit dem verfügbaren Einkommen nicht finanzieren. Neben den gängigen Schulden bei Kreditinstituten, Angehörigen, Bekannten und Kredithaien, entwickeln pathologische Spieler eine sagenhafte Kreativität bei der Erschließung von Geldquellen. Die Zahlungsunfähigkeit wird durch ständiges Hin- und Herschieben finanzieller Mittel zwischen den verschiedenen Gläubigern hinausgezögert und erübrigt so immer wieder Spielkapital. Die Gesamtspielschulden steigen aber insgesamt kontinuierlich. Nicht selten kommt es im Zuge hoher Verschuldungen zu Beschaffungskriminalität und folglich zu strafrechtlichen Verurteilungen. Die angespannte finanzielle Situation wie auch das exzessive Spielverhalten selbst bleiben der Familie teilweise jahrelang unbekannt. Die Lüge gehört zum Leben des pathologischen Spielers. Oft bricht für die Angehörigen eine Welt zusammen, wenn einmal das wahre Ausmaß der Verschuldung bekannt wird (vgl. Meyer & Bachmann, 1993, S. 77–79).

Custer und Milt (1985) beschreiben drei Phasen, die Familienmitglieder (in der Regel die Ehefrauen) von pathologischen Spielern durchlaufen: Die *Verleugnungsphase*, in der Angehörige zwar Verdachtsmomente äußern, sich aber mit Rationalisierungen zufrieden geben, die *Belastungsphase*, die durch eine Krisensituation eingeleitet wird und in der sich familiäre Probleme infolge des Glücksspiels nicht mehr leugnen lassen, und schließlich die *Erschöpfungsphase*, in der Angehörige den Belastungen nicht mehr standhalten können und oftmals verzweifelte Befreiungsversuche unternehmen, zu Alkohol greifen oder

Depressionen entwickeln (vgl. Horodecki et al., 1998; Meyer & Bachmann, 1993).

Abgesehen von den persönlichen und familiären Folgen entstehen durch das pathologische Glücksspiel auch Kosten für die Allgemeinheit. Durch Beschaffungskriminalität, den Ausfall von Arbeitsleistungen, in Anspruch genommene Hilfen zum Lebensunterhalt der Betroffenen sowie durch Forschungsförderung und präventive Maßnahmen entstehen hohe volkswirtschaftliche Kosten (vgl. Petry, 2003).

3.5 Behandlungsmöglichkeiten

Bei der Behandlung der Glücksspielabhängigkeit kommt es auf die Glücksspielabstinenz als Behandlungsgrundlage, das Geld- und Schuldenmanagement und die Bearbeitung der Hintergrundproblematik an.

3.5.1 Der kognitiv-behaviorale Behandlungsansatz

Bezogen auf den Lebensstilansatz von Walters (1994) und die von ihm beschriebenen Problemstellungen lassen sich laut Petry (2003) drei übergeordnete Behandlungsziele und speziell daraus abgeleitete therapeutische Verfahren nennen. Dieses Konzept scheint sowohl zur Überwindung des symptomatischen Glücksspielverhaltens als auch zur Bearbeitung der zugrunde liegenden Problematiken geeignet (vgl. Petry, 2003, S.23).

Als erstes muss das Glücksspielverhalten (der Lebensstil) als Grundlage für einen weitergehenden Veränderungsprozess eingestellt werden. Dies bezieht sich auf den motivationalen Aspekt der individuell bestehenden ambivalenten Einstellung gegenüber dem Glücksspiel. Es werden zu diesem Zweck kognitive und imaginative Verfahren eingesetzt, um die so genannte „*attributive Triade*“ zu stärken, d.h. die Überzeugung, dass eine Veränderung notwendig, möglich und individuell erreichbar ist (Walters, zitiert nach Petry, 2003, S.24, S.95).

Als zweites bedarf es der Entwicklung von Fähigkeiten zur Lebensbewältigung. Diese sollen weiterführend als Werkzeuge einer Verhaltensänderung fungieren. Der Schwerpunkt wird dabei auf die Verbesserung der Gefühlsregulation gelegt, nachdem die Rückfallforschung gezeigt hat, dass negative Gefühle wesentliche Rückfalldeterminanten darstellen. Daher ist es notwendig, spezifische und allgemeine Stressbewältigungsfähigkeiten aufzubauen (vgl. Walters, zitiert nach Petry, 2003, S.95).

Das dritte übergeordnete Therapieziel besteht in der Förderung von glücksspielunabhängigen Aktivitäten, wozu neben der Entwicklung von Ersatzaktivitäten der Aufbau eines alternativen sozialen Stützsystems einschließlich einer abstinenzenorientierten Nachsorge gehört (vgl. Walters, zitiert nach Petry, 2003, S.95).

3.5.1.1 Symptomorientierte Behandlungsschwerpunkte

Bei der Behandlung von Glücksspielsüchtigen muss zunächst die *Glücksspielabstinenz* gesichert und therapeutisch stabilisiert werden, damit der Behandlungsrahmen für weitergehende Änderungen hergestellt ist. Dabei konzentriert man sich zunächst auf die Bearbeitung der motivationalen Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielverhalten. Weiters werden glücksspielerspezifische Verzerrungen der Informationsverarbeitung verändert und schließlich Kompetenzen zur Verhinderung und Bewältigung von Rückfällen entwickelt (vgl. Petry, 2003, S.27).

Hinsichtlich der *Motivationsproblematik* muss die bei Glücksspielsüchtigen bestehende Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielmedium als Hauptproblem angesehen werden und mit Hilfe nichtkonfrontativer Motivationsstrategien, die sich in der Arbeit mit Suchtkranken bewährt haben, bearbeitet werden. Dabei besteht die therapeutische Aufgabe darin, die Diskrepanz zwischen der unmittelbar positiv erlebten Veränderung des Gefühlszustandes während des Glücksspielens und den langfristig daraus resultierenden negativen Folgen

bewusst zu machen, um zu langfristig konstruktiven Handlungsalternativen zu gelangen. Im Zentrum einer verhaltenstherapeutisch orientierten Motivationsarbeit steht die Herausarbeitung der Funktionalität des Problemverhaltens, um dessen aufrechterhaltendes Bedingungsgefüge zu klären und auf dieser Grundlage konkrete Therapieziele zu formulieren (vgl. Petry, 2003, S.27–28).

Dabei besteht häufig die Ausgangssituation, dass Glücksspielsüchtige zu Beginn einer Behandlung den Anreiz von sich zunehmend ausbreitenden Glücksspielangeboten überbetonen und äußere Umstände für diese Problemlage verantwortlich machen. Die Bewusstmachung des Glücksspielverhaltens als Ersatzhandlung für im Alltag unbefriedigte Bedürfnisse eröffnet den Blick auf alternative Formen der Stressbewältigung und den Aufbau befriedigenderer Ersatzaktivitäten (vgl. Petry, 2003, S.28).

Bei der *Veränderung verzerrter Informationsverarbeitungsprozesse* stehen glücksspieler-spezifische Kontrollillusionen im Mittelpunkt. Glücksspielsüchtige gehen in ihren Kernüberzeugungen davon aus, dass sie trotz der Verluste anderer Personen über das Wissen und die Geschicklichkeit verfügen, mit Glücksspielen Geld verdienen zu können, was die Illusion beinhaltet, den Ausgang des Glücksspiels kontrollieren zu können, und durch den Glauben an ein persönliches Glück letztendlich belohnt zu werden. Es gibt Methoden, die den Zugang zu der Funktion von Kontrollillusionen als Mechanismen zur Aufrechterhaltung des bedrohten Selbstwertes erschließen, indem zuvor ein Erleben von Hilflosigkeit und Angst herbeigeführt wird. Daraus leitet sich dann die Notwendigkeit ab, die eigene Lebenssituation aktiver zu bewältigen, um sich weniger ausgeliefert zu fühlen, so dass der Rückzug in die scheinbar kontrollierbare Welt des Glücksspiels nicht mehr notwendig ist (vgl. Petry, 2003, S.28).

Ein weiterer Schwerpunkt der symptomorientierten Behandlung ist die *Bearbeitung der Rückfallgefährdung* (des erneuten Auftretens des Glücksspielverhaltens nach einer selbst gewählten Abstinenzperiode). Im Sinne

des innerhalb der Suchttherapie entwickelten sozialkognitiven Rückfallpräventionsmodells (Marlatt & Gordon, 1985, zitiert nach Petry, 1996) lassen sich in der Folge die individuellen Vorboten der inneren Unruhe und Gedanken an das Glücksspiel, sowie die aktuell damit korrespondierenden Risikosituationen der Langeweile, des Erlebens von Misserfolgen und alltäglicher Konfliktsituationen herausarbeiten, und rückfallspezifische kognitive und behaviorale Bewältigungsreaktionen zur Verhinderung eines Rückfalles einüben. Darüber hinaus können Selbstwert mindernde Schuldgefühle, die mit einem real auftretenden Glücksspielrückfall verbunden sind, bearbeitet werden, um das Auftreten eines erneuten dauerhaften Glücksspielverhaltens zu verhindern (vgl. Petry, 2003, S.29).

3.5.1.2 Behandlung der Hintergrundproblematiken

„Zur dauerhaften Bewältigung einer Glücksspielproblematik ist es erforderlich, die zugrunde liegenden Störungen der Erregungsregulation und Gefühlsverarbeitung, der Beziehungsgestaltung in Verbindung mit einer überhöhten Leistungsorientierung und der negativen Selbstbewertung mit Einschränkungen der Problemlösekompetenz aufzugreifen“ (Petry, 2003, S.29).

Bei der Behandlung der glücksspielertypischen Störung der *Gefühlsregulation* muss zunächst der Aktionsdrang unterbrochen werden. So kann man negative Erlebniszustände besser wahrnehmen, und diese ursprünglich als bedrohlich erlebten Empfindungen (Depression, Angst vor Ablehnung, Einsamkeit, Ärger, Aggression), die durch das Glücksspielverhalten kurzfristig eingedämmt wurden, bewältigen (vgl. Petry, 2003, S.30).

Glücksspieler-spezifische *Beziehungsstörungen* lassen sich als einseitige Austauschorientierung interpretieren, bei der eine individualistisch-kompetitive Vergrößerung des eigenen Vorteils in Beziehungen angestrebt wird. Durch gruppendynamische Interaktionsübungen lassen sich diese problematischen Beziehungsmuster behandeln (vgl. Petry, 2003, S.30–31).

Bei der klinisch bedeutsamen *Selbstwertproblematik* zeigt sich eine große Abweichung zwischen nach außen gezeigtem Verhalten und der erlebten inneren Befindlichkeit. Bei der Beschreibung der eigenen Person aus der Sicht eines Außenstehenden nennen Betroffene am häufigsten Merkmale wie Unruhe, Verslossenheit, Dominanz, Unehrlichkeit und Aggressivität, wohingegen bei der Beschreibung ihrer inneren Befindlichkeit oft die Merkmale der Verletzbarkeit, Sehnsucht nach Zuwendung, Nervosität, Unsicherheit und Ängstlichkeit genannt werden. Ein überfordender Spannungszustand entsteht, weil „innere Unsicherheit durch ein dominant-selbstsicheres Auftreten überspielt wird, Nähe- und Geborgenheitswünsche hinter einem sozial distanzierten Verhalten verborgen werden, und die innere Unruhe durch nach außen gezeigte Gelassenheit überdeckt wird“. Hier bieten sich bei der Behandlung Strategien an, die dem Glücksspielsüchtigen diese negativen Selbstschemata bewusst machen (vgl. Petry, 2003, S.31–32).

3.5.2 Geld- und Schuldenmanagement

Methoden des Geld- und Schuldenmanagements werden als notwendiger Bestandteil der Behandlung von Glücksspielsüchtigen gesehen, da Geld und die enge Kopplung zwischen Geldbesitz bzw. -verlust und dem Selbstwertgefühl von Glücksspielsüchtigen für die Entwicklung der Glücksspielproblematik von großer Bedeutung sind (vgl. Petry, 1998; Petry, 2003, S.26). Die Hauptaufgabe liegt in der Bewusstmachung des entstandenen problematischen Geldstils und der Motivierung, diesen zu verändern. Dies betrifft vor allem die für Glücksspieler konträren Geldstile des Geizes und der Verschwendung. Hier kann das „Prinzip der Suche nach dem Mittleren“ helfen. Die psychotherapeutische Umsetzung dieser Hilfestellung verlangt vor allem nach Bearbeitung glücksspielerspezifischer Verleugnungs- und Selbsttäuschungsmechanismen. Spieler neigen dazu, finanzielle Probleme auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, äußere Instanzen für die eigene finanzielle Misere verantwortlich zu machen oder das Problem an andere Personen abzuwälzen.

Um die Grundlage für konkrete Veränderungen des finanziellen Verhaltens zu legen, muss vor der Einleitung des Geld- und Schuldenmanagements die emotionale Bedeutsamkeit des Geldes bewusst gemacht werden. Spieler orientieren sich an dem jeweils unmittelbar vorhandenen Geld. Das soll zugunsten eines selbst bestimmten Umgangs mit Geld aufgehoben werden. Dazu wurde das „*Prinzip des frei verfügbaren Einkommens*“ eingeführt, wonach durch eine detaillierte Analyse der für persönliche Bedürfnisse frei verfügbare Restbetrag ermittelt wird. Mit dem „*Prinzip der unmittelbaren Rückzahlung*“ bei der Schuldenregulierung (selbst bei einer geringen finanziellen Liquidität sollen kleinere Beträge unmittelbar an private und öffentliche Gläubiger zurückgezahlt werden) soll neben der Verbesserung des finanziellen Verhaltens auch der negative Selbstwert wiederhergestellt werden und so die Motivation zu einer langjährigen Schuldenregulierung geschaffen werden (vgl. Petry, 2003, S.26–27).

3.5.5 Anlaufstellen in Österreich

Das Beratungs- und Therapiezentrum “AS” für Glücksspielabhängige und Angehörige in Wien wurde 1982 von Wilhelm Gizicki, einem ehemaligen Betroffenen, gegründet und entwickelte sich innerhalb von wenigen Jahren zu einer im sozialen Netz Wiens und Österreichs wichtigen professionellen Einrichtung – der ältesten, bisher einzigen störungsspezifischen Fachstelle in Österreich, die sich ausschließlich mit ambulanter Beratung und Behandlung Glücksspielabhängiger und deren Angehörigen beschäftigt.

Das umfassende Beratungs- und Behandlungsangebot dieser Beratungsstelle berücksichtigt die spezifische Situation und die besonderen Bedürfnisse der Klientengruppe. Dementsprechend werden angeboten: Informations- und Beratungsgespräche, Psychotherapie (Einzel-, Paar-, Familiensitzungen), therapeutisch geleitete Gruppen für Spieler und Angehörige, Sozial- und Schuldnerberatung, Geldmanagement/-beratung, psychiatrische Behandlung, Vermittlung in stationäre Therapie sowie die Vorbereitung darauf bzw. die Nachbetreuung nach stationärer Therapie.

Weitere Stellen in Österreich sind beispielsweise: Contra Gambling an der Universitätsklinik für Psychiatrie am LKH Innsbruck, die Spielsuchtberatung der Stadt Klagenfurt, die Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten im Krankenhaus der Evangelischen Stiftung de La Tour in Treffen und die „Anonymen Spieler Salzburg“.

Der oben erwähnte Gründer der „AS“ in Wien, Wilhelm Gizicki, hat auch eine Selbsthilfegruppe „Anonyme Spieler“ in Brunn am Gebirge zur Entlastung der Beratungsstelle in Wien gegründet. Auf deren Homepage (<http://www.anonyme-spieler.at/index.php?t=selbsttest>) wird auch ein Selbst-Test angeboten. Hier bekommt man die Rückmeldung „Sie sind wahrscheinlich bereits spielsüchtig“, wenn man mehrere Fragen in Richtung spielsüchtiges Verhalten anklickt. Interessanterweise findet sich der Link zu dieser Homepage auf der Webseite des Österreichischen Poker Sport Verbandes und dessen Dachverband EPSA sowie auf der Homepage des Kartencasinos CCC Wien als „Spielsuchtprävention“.

3.5.5.1 Empirische Kennzahlen der Beratungsstelle AS in Wien

Persönlich betreut werden vor allem Personen aus Wien und dem Großraum Wien, Niederösterreich, Burgenland und der Steiermark, gelegentlich auch aus anderen Bundesländern. Telefonisch werden Personen aus ganz Österreich beraten und informiert.

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 1.195 Klienten betreut, davon 794 in persönlichen Beratungen bzw. Psychotherapie, 196 in therapeutisch geleiteten Gruppen und der Rest telefonisch. Unter den persönlich behandelten und betreuten 794 Klienten/innen waren 517 Spieler/innen (65%) und 277 Angehörige (35%). In der Gesamtgruppe aller KlientenInnen waren 43% Frauen und 57% Männer, davon unter den Behandelten 17% Frauen und 83% Männer. Der Frauenanteil ist im Vergleich zum Vorjahr um 2% gestiegen.

Über die Hälfte (55%) der Spieler/innen waren zum Zeitpunkt des Erstgesprächs verheiratet bzw. lebten in einer Lebensgemeinschaft, 25% waren ledig, 12%

geschieden, 5% lebten getrennt von ihrem Partner, und 3% waren verwitwet. Bezüglich der Ausbildung der Klienten werden folgende Daten referiert: abgeschlossene Pflichtschule 15%, Lehre 53%, Matura 18%, Universitätsstudium 6%. Insgesamt 9% der Klienten hatten ihre Ausbildung abgebrochen. Über 61% der betreuten SpielerInnen waren zum Zeitpunkt des Erstgesprächs berufstätig, nahezu jeder Vierte (24%) der Behandelten war arbeitslos, nahezu jeder zehnte in Pension, rund 3% waren in Haft, 1,3% in Ausbildung, und 0,4% in Karenz, 0,9% zu Hause bzw. nicht erwerbstätig.

Rund 86% der behandelten SpielerInnen sind infolge ihres Glücksspiels hoch verschuldet. Die durchschnittliche Verschuldung betrug bei den im Jahre 2006 betreuten Klienten 47.563,- Euro (höchste Verschuldung: 800.000 Euro), was dem 35fachen des durchschnittlichen Monats-Nettoeinkommen entspricht. Das durchschnittliche Monats-Nettoeinkommen betrug bei 2006 behandelten KlientInnen: 1.349,- Euro (das höchste Monats-Nettoeinkommen betrug 7.000,- Euro).

Bei 83% der KlientInnen konnte pathologisches Spielen nach ICD-10 und DSM-IV diagnostiziert werden, bei 17% problematisches Spielen (einige der Diagnosekriterien erfüllt). Bei insgesamt 71% der Klienten wurden außer der Diagnose pathologisches Spielen auch weitere psychische Störungen diagnostiziert: Bei 44% Störungen durch psychotrope Substanzen, bei 16% Affektive Erkrankungen, bei 6% Neurotische, Belastungs-, Somatoforme Störungen, bei 3% Persönlichkeitsstörungen und bei 2% Schizophrenie.

Nahezu 40% der betreuten Spieler/innen begannen vor dem 18. Lebensjahr zu spielen, 50% zwischen dem 19. und dem 40. Lebensjahr. Männer beginnen früher als Frauen zu spielen: 73% der männlichen Spielerklienten begannen vor dem 25. Lebensjahr zu spielen, bei den Frauen begannen 76% nach dem 25. Lebensjahr. Nach dem 40. Lebensjahr begannen nur 5% der Männer, aber 45% der behandelten Frauen zu spielen.

Die Anzahl jener, die Internet als Spielort nannten, stieg 2006 auf 7%, im Jahre 2002 waren es noch 0%. In den Spielhallen gaben 48% der betreuten SpielerInnen an, im Cafehaus 42%, im Casino 25%, im Kartencasino 5%, im Wettbüro 30%, Trafik 4% und 7% andere Spielorte.

Im Mittel spielten die behandelten SpielerInnen 15 Mal im Monat. Bezüglich der Spielart fällt auf, dass noch immer die Automatenspieler mit 82,2% am stärksten vertreten sind, gefolgt von Roulette-Spielern mit 22,9%. Der Anteil der Kartenspieler betrug gesamt 13,7%, davon 15,2% Männer und 6,3% Frauen.

Bezüglich Folgen des Glücksspiels ergab sich 2006 folgendes Bild (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: Folgen des Glücksspiels bei Behandelten im Therapiezentrum „AS“, Wien (Tätigkeitsbericht der Beratungsstelle AS, 2006, S. 17).

	Spieler Gesamt	Frauen	Männer
Spielschulden	85,7%	80,3%	86,8%
Arbeitsplatzverlust	21,9%	14,7%	23,4%
Beziehungsverlust/-probleme	48,5%	34,7%	51,3%
Wohnungsverlust	10,7%	8%	11,3%
Existenzverlust	12,3%	9,3%	12,9%
Beschaffungskriminalität	17,9%	10,7%	19,3%
Vorstrafen	8,7%	4%	9,7%
Selbstmordgedanken	9%	6,7%	9,4%
Selbstmordversuch	3,8%	4%	3,8%
Persönlichkeitsveränderung	28%	40%	25,5%
Psychosomatische Beschwerden	19,3%	28%	17,5%

3.5.5.2 Empirische Kennzahlen der Beratungsstelle AS in Salzburg

Auf der Homepage der Anonymen Spieler Salzburg sind zwar keine empirischen Daten veröffentlicht, in der Presseinformation zur Pressekonferenz „Anonyme Spieler“ vom 8. November 2007 findet man jedoch Informationen, dass ca. 1.400 SalzburgerInnen von der Schwerstsuchterkrankung mit der Diagnose „pathologisches Glücksspiel“ betroffen sind, ca. 4.000 SalzburgerInnen als

„Problemspieler“ zu klassifizieren sind und ca. 13.000 SalzburgerInnen als Angehörige betroffen sind (Anonyme Spieler Salzburg, 2007).

Im Jahr 2006 wurden 68% Glücksspieler/innen und 32% Angehörige beraten, davon bei den SpielerInnen 69% Männer und 31% Frauen. Verschuldet waren 87% mit durchschnittlich 35.245,- Euro. Bezüglich der Spielarten ergab sich folgendes Bild: Casinospiele 40%, Sportwetten 43%, Automaten 32%, Karten bzw. Angebote der privaten Pokercasinos 32%, Lotto 7%, Toto 2%, Brief und Rubbellose 9%, Toi-Toi 6%, Börsenspekulationen 2%, Glücksspiele via Internet 27%. Für den Beginn des Glücksspiels werden folgende Daten referiert: 37% vor dem 18. Lebensjahr, 9% vor dem 14. Lebensjahr.

4 Untersuchung

4.1 Entwicklung der Fragestellung

Ausgehend von der Literatur sowie aufgrund der in den Medien berichteten Daten und jahrelanger Beobachtungen der Glücksspieler ist zu erwarten, dass sich Personen, die glückspielsüchtig sind, von denen, die es nicht sind, in ihrer Persönlichkeit, in der Symptomatik und Funktionalität des Glücksspiels, im Erleben während des Glücksspiels sowie bezüglich der Ursachen für das Glücksspiel sowie dessen Folgen deutlich unterscheiden. Diese Annahmen sollen in der vorliegenden Untersuchung für die Stichprobe der „Pokerspieler“ überprüft werden.

In Anlehnung an die in Kapitel 3.3.3 erwähnte Untersuchung von Meyer (1991) soll ein Versuch der Klassifizierung der befragten Personen erfolgen. Dazu soll eine Clusteranalyse mit einer Fünf-Cluster-Lösung wie in Meyers Untersuchung durchgeführt werden.

Meyer (1991) ermittelte fünf homogene Subgruppen, die sich folgendermaßen beschreiben ließen:

Cluster 1: Pathologische Automatenspieler mit emotional-labiler, depressiv-aggressiver Persönlichkeitsstruktur; beschreibt den exzessiven Geldautomatenspieler, dem das Spiel eher als Ersatz-/Fluchtverhalten dient. Auf den Skalen zur Symptomatik pathologischen Glücksspiels sind hohe Ausprägungen festzustellen. Beschaffungsdelikte sind häufig. Eine emotional-labile Persönlichkeitsstruktur (erhöhte, außerhalb der Norm liegende Messwerte auf den FPI-R-Skalen Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Offenheit und Emotionalität, ein niedriger Wert hinsichtlich der Lebenszufriedenheit sowie ein hoher Wert bei Gehemmtheit) vervollständigen das Bild.

Cluster 2: Pathologische Geldautomatenspieler mit emotional labiler, depressiver Persönlichkeitsstruktur; das Erleben während des Glücksspiels lässt sich durch eine im Vergleich eher bedrückte Stimmung charakterisieren. Die Ausprägungen

auf den Symptomatikskaalen liefern Hinweise auf ein pathologisches Spielverhalten, begleitet von einer stark bis sehr stark empfundenen glücksspielbedingten Belastung. Von einer emotional-labilen Persönlichkeitsstruktur mit depressiven Anteilen kann gesprochen werden, da die Personen in diesem Cluster auf den Skalen Lebenszufriedenheit, körperliche Beschwerden und Emotionalität Abweichungen von der Normstichprobe aufzeigen. Sie sind mit ihren Lebensbedingungen oft unzufrieden, äußern eine bedrückte Stimmung, Depressivität und negative Lebenseinstellung. Sie schildern ein gestörtes körperliches Allgemeinbefinden, lassen viele Probleme und innere Konflikte erkennen und sind als emotional labil zu charakterisieren. Außerdem sind deutliche Hinweise auf eine erhöhte Gehemmtheit, Erregbarkeit, Beanspruchung und Offenheit festzustellen.

Cluster 3: Pathologische Geldautomatenspieler ohne Persönlichkeitsauffälligkeiten; es bestehen deutliche Hinweise auf ein pathologisches Spielverhalten und eine infolge des Glücksspiels stark bis sehr stark empfundene subjektive Belastung. Beim Glücksspiel erleben die Spieler eher eine gehobene Stimmung und Erregung. In der Persönlichkeit weisen sie, genauso wie Personen aus Cluster 4 und 5, keine Besonderheiten gegenüber der Normalbevölkerung auf. Bemerkenswert ist jedoch die im Clustervergleich höhere Leistungsmotivation und Extraversion in den Clustern 3 und 4, die die Spieler als aktiver und ehrgeiziger, geselliger und impulsiver ausweist.

Cluster 4: Pathologische Spieler klassischer Glücksspiele mit unauffälliger Persönlichkeitsstruktur; diese Spieler fühlen sich während des Glücksspiels eher aufgemuntert und erregt, die empfundene glücksspielbedingte Belastung ist gering ausgeprägt. Vielfach werden Beschaffungsdelikte zur Finanzierung des Glücksspiels begangen.

Cluster 5: Subjektiv belastete Geldautomatenspieler; weisen relativ geringe Ausprägungen in den Skalen zur Symptomatik pathologischen Glücksspiels auf. Dennoch verspielen auch diese Spieler oft ihr letztes Geld und fühlen sich ziemlich bis stark belastet. Das Glücksspiel hat für sie weniger die Funktion, einen finanziellen Gewinn zu erzielen oder der Realität zu entfliehen als in den

anderen Clustern. Eine eher geringe emotionale Beteiligung am Glücksspiel und vergleichsweise selten vorkommende strafbare Handlungen ergänzen die Beschreibung.

In der vorliegenden Arbeit sollen etwaige Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede zu den von Meyer erhobenen Clustern erfasst werden.

4.2 Erhebung

Die Erhebung hat im Sommer 2001 mittels eines Fragebogens stattgefunden. Die Fragebögen wurden in Kuverts an Besucher mehrerer Cardcasinos in Wien ausgehändigt, und diese haben sie im verschlossenen Umschlag (zwecks Anonymität) entweder persönlich oder in einem der Cardcasinos an eine Vertrauensperson abgegeben. Es haben erfreulicherweise insgesamt 146 Personen (von ausgeteilten 160) die Fragebögen ausgefüllt retourniert.

Die Fragebogenbatterie enthielt neben der Erfassung soziodemographischer Daten Fragen über Häufigkeit, Art und Intensität des Glücksspiels, über Auswirkungen des Glücksspiels für die Befragten und ihre Bezugspersonen, über Probleme mit anderen Suchtmitteln etc., den „Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten“ (KFG) von Petry und Baulig (1996) sowie das Freiburger Persönlichkeitsinventar – Revidierte Fassung (FPI-R). Weiters enthielt sie die Fragebögen zu Spielhäufigkeit, Funktionalität, Symptomatik und Erleben während des Glücksspiels.

4.3 Verwendete Untersuchungsverfahren

4.3.1 Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein von Petry und Baulig (1996) testtheoretisch entwickeltes klinisches Screening-Verfahren zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Glücksspielsucht. Er umfasst 20 Items auf einer Likert-

Skala, wobei jedem Item Werte von 0 (trifft gar nicht zu) bis 3 (trifft genau zu) zugeordnet werden. Durch Summierung der Rohwerte ergeben sich individuelle Testwerte von 0 bis 60.

Aufgrund des Vergleichs mit einer normalen Bezugsstichprobe können Werte von 0 bis 16 als unauffällig angesehen werden, bei Werten zwischen 16 und 25 kann von einer beginnenden Glücksspielproblematik gesprochen werden, Werte zwischen 26 und 45 weisen auf eine mittelgradige und Werte zwischen 46 und 60 auf eine fortgeschrittene Glücksspielsucht hin.

4.3.2 Freiburger Persönlichkeitsinventar – Revidierte Fassung (FPI-R)

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1994) ist ein faktorenanalytisch und itemmetrisch begründetes Persönlichkeitsverfahren. Die revidierte Testform (FPI-R) umfasst 138 Items, die sich zu folgenden Skalen zusammensetzen: Lebenszufriedenheit, Soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, Körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen, Offenheit und zusätzlich zwei Sekundärskalen, Extraversion und Emotionalität. Die Skalen geben relevante Konzepte in den Selbstbeschreibungen der Durchschnittsbevölkerung mit hoher interner Validität wieder und sind durch zahlreiche empirische Validitätshinweise belegt.

Im Folgenden seien die Skalen einzeln beschrieben:

1. Lebenszufriedenheit und Selbstverwirklichung

erfasst: Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, Partner, Beruf usw.; Zukunftsoptimismus; Selbstverwirklichung; persönliche Wertorientiertheit; Akzeptanz eigener Schwächen

2. Soziale Orientierung

erfasst: Hilfsbereitschaft; Fürsorglichkeit, Mitleid, Nachsicht und Sympathie für Benachteiligte und Schwache; Verständnis für Sorgen und Nöte der Mitmenschen; soziale Verantwortung

3. Leistungsorientierung

erfasst: Erfolgsstreben; Ehrgeiz; berufliches Engagement, auch auf Kosten des Privatlebens; Neigung, das Lebens- und Arbeitstempo zu beschleunigen; geistige Beweglichkeit; wenig Langeweile, wenig Apathie und Desinteresse

4. Gehemmtheit

erfasst: Schüchternheit, Selbstunsicherheit, geringes Selbstvertrauen, Kontaktstörungen, Lampenfieber und Aufregung in oder vor bestimmten Situationen, geringer Tatendrang, Entscheidungsunsicherheit, geringe Durchsetzungsfähigkeit, Irritierbarkeit

5. Erregbarkeit

erfasst: Reizbarkeit, Anspannung, Unruhe, Empfindlichkeit, Erregbarkeit, Frustrationstoleranz, Störbarkeit, Affekte

6. Aggressivität

erfasst: Bereitschaft zur aggressiven Durchsetzung von Interessen; spontane und reaktive Aggressivität

7. Beanspruchung

erfasst: Erleben von Beanspruchung, Überforderung und Zeitdruck mit psychischen und körperlichen Folgen (Stressreaktionen); unzureichende Bewältigung von Anforderungen; Überreizung, Erschöpfung; Mangel an Entspannung und Erholung

8. Körperliche Beschwerden

erfasst: körperliche und vegetative Beschwerden, motorische Störungen, Schmerz- und Missempfindungen, psychosomatische Allgemeinstörungen, körperliche Affektresonanz

9. Gesundheitssorgen

erfasst: Sorgen über mögliche Erkrankungen und Ansteckung; Tendenz zur hypochondrischen Beachtung möglicher Krankheitszeichen; Zweifel an ärztlicher Kompetenz; Streben nach "gesunder" Lebensweise, Schonhaltung

10. Offenheit

erfasst: Zugaben eigener kleiner Schwächen und Fehler, die vermutlich jeder hat, selbstkritische Einstellung, u.U. auch unbekümmerte Haltung

11. *Extraversion* (E)

erfasst: Geselligkeit, Kontaktfreudigkeit und -fähigkeit, Ungezwungenheit, Lebhaftigkeit, Impulsivität, Vorliebe für Abwechslung und Unterhaltung, Aktivität, Erregbarkeit, Unternehmungslust, Durchsetzungskraft

12. *Emotionalität* (N)

erfasst: Missstimmung, Stimmungs labilität, depressive Verstimmung, Traurigkeit, Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Anspannung, Neigung zum Grübeln, Tagträumereien, Kontaktstörungen, Gefühl des Nicht-verstanden-Werdens (vgl. Fahrenberg, Hampel & Selg, 1994)

4.3.3 Skalen zu Funktionalität, Symptomatik und Erleben während des Glücksspiels

Bei den Fragebögen zu Funktionalität und Symptomatik des Glücksspiels und dem Erleben während des Glücksspiels handelt es sich um von Meyer (1989) selbst entwickelte Skalen.

Für die Urteile auf den Dimensionen Zustimmung (zu einer Aussage), Intensität (von Gefühlen) und Häufigkeiten (von Handlungen) werden mehrere Antwortalternativen mit vorgegebener Rangordnung angeboten. Die Bewertung der Selbstaussagen in den Statement- und Symptomkatalogen geschieht mittels einer fünfstelligen Antwortskala.

Die Analyse der Beurteilungsskalen hinsichtlich ihrer Güte und Dimensionalität erfolgte anhand der probabilistischen und nichtparametrischen „Mokken-Skalen-Analyse“. Die 27 Items zur *Funktionalität* des Glücksspiels konnten in drei homogene Subskalen aufgeteilt werden: „finanzieller Gewinn“, „Ersatz-/Fluchtverhalten“ und „lustbetonte Tätigkeit“.

Die Liste zur Erfassung der *Symptomatik* pathologischen Glücksspiels mit 38 Items beinhaltet auch 13 Items, die die diagnostischen Kriterien des DSM-III-R thematisieren. Die Items zur Symptomatik ließen sich zu fünf Subskalen strukturieren: „Einschränkung des Glücksspiels“, „Verlusten hinterher jagen“, „Auswertung des Glücksspiels“, „Glücksspiel als zentraler Lebensinhalt“ und „Verheimlichung“.

Für die Beschreibung des *Erlebens* während des Glücksspiels wurde in Anlehnung an die Eigenschaftswörterliste von Janke und Debus (1978, zitiert nach Meyer, 1989) eine Liste von Eigenschaftswörtern erstellt, wobei die Probanden für jedes Wort ankreuzen sollten, ob es ihrem Befinden gar nicht, etwas, ziemlich oder stark entspricht.

Die 104 Items dieser Skala ließen sich zu sechs homogenen Subskalen zusammenfassen: „Deprimiertheit“, „Gehobene Stimmung“, „Erregung“, „Selbstsicherheit“, „Verträumtheit“ und „Konzentration“.

4.4 Fragestellungen und Hypothesen

Zunächst galt das Interesse der Frage nach Unterschieden zwischen Personen, die im KFG als behandlungsbedürftig einzustufen sind, und Personen, die laut KFG als nicht behandlungsbedürftig eingestuft werden können in folgenden Bereichen:

- Persönlichkeit – Fragestellung I (1–12),
- Ursachen für das pathologische Glücksspiel – Fragestellung II (1, 2),
- Wirkungen des Glücksspiels – Fragestellung III (1–3),
- Folgen und Belastungsaspekte des Glücksspiels – Fragestellung IV (1–15),
- Erleben während des Glücksspiels – Fragestellung V (1–6) und
- Symptomatik des Glücksspiels – Fragestellung VI (1–12).

Die Unterteilung erfolgte nach dem KFG in folgende Gruppen: „*Unauffällige*“ (bis 16 Punkte), *Beginnende Glücksspielproblematik* (16–25 Punkte), *Mittelgradige Glücksspielsucht* (26–45 Punkte) und *Fortgeschrittene Glücksspielsucht* (46–60 Punkte), wobei nur die Gruppe der „Unauffälligen“ als nicht behandlungsbedürftig gilt.

Daraus ergaben sich die Fragestellungen I bis VI. Die Musterhypothesen für Fragestellung III(2) – „Unterscheiden sich die nach dem Ergebnis des KFG in die vier Gruppen unterteilten Personen hinsichtlich der Wirkung des Glücksspiels als Lustbetonte Tätigkeit voneinander?“ lauten beispielsweise:

HIII(2) 0: Es gibt keinen Unterschied.

HIII(2) 1: Es gibt einen Unterschied.

Weiteres Interesse galt dem Versuch einer Klassifikation der untersuchten Spieler mittels Clusteranalyse in Anlehnung an die Untersuchung von Meyer (1989) auf Basis der erfassten Merkmale: Funktionalität und Symptomatik des Glücksspiels, Erleben während des Glücksspiels, Persönlichkeit (FPI-R) und Spielhäufigkeit. Daraus leitet sich Fragestellung VII ab: Welche fünf Cluster ergeben sich beim Versuch einer Klassifikation der untersuchten Personen?

Schließlich wird in Fragestellung VIII versucht, eventuelle Prädiktoren für die Glücksspielsucht zu finden.

4.5 Statistische Auswertung

Sämtliche statistischen Berechnungen wurden unter Verwendung des „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) in der Version 11.0 bzw. 16.0 durchgeführt.

Bei der Auswertung der Fragestellungen I, III, V und VI wurden als Hauptverfahren Varianzanalysen genutzt. Hatten sich bei diesen signifikante F-Werte ergeben, erfolgten zur differenzierten Ergebnisinterpretation post-hoc-Einzelvergleiche mit Alphafehler-Adjustierung mittels Scheffé-Tests auf einem Signifikanzniveau von 5%.

Hinsichtlich der Voraussetzungen erfolgte die Überprüfung der Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Tests auf einem Signifikanzniveau von 5%, die Homogenität der Varianzen wurde mit Levene-Tests auf einem Signifikanzniveau von 5% geprüft. Sollten sich unspezifische Verletzungen der Normalverteilungsvoraussetzung bei einzelnen Variablen ergeben haben, konnten diese (nach Bortz, 1999) bei Teilstichproben mit $n > 30$ toleriert werden, bzw. wurden der Kruskal-Wallis-Test und dementsprechend Mann-Whitney-Tests für die Gruppenvergleiche durchgeführt. Für die Fragestellungen II und IV wurde die Prüfung von Häufigkeitsunterschieden mit Chi²-Tests vorgenommen.

Zur Objektklassifizierung wurde die Quick-Clusteranalyse verwendet. Sie liefert jeweils nur eine Lösung für eine vorher festgelegte Clusteranzahl. Die Überprüfung der Trennfähigkeit der Skalen/Variablen zwischen den Gruppen wurde mit Hilfe der Varianzanalyse durchgeführt.

Als Methode zur Auswertung der Fragestellung VIII diente die Logistische Regression.

4.6 Ergebnisse

4.6.1 Deskriptivstatistik der Stichprobe

Es wurden insgesamt 146 Personen befragt, davon waren 124 Männer (84,9%) und 22 Frauen (15,1%).

Das Durchschnittsalter lag in der Gesamtstichprobe bei 38,90 Jahren mit einer Streubreite von +/- 10,68. Bei Männern lag der Durchschnitt bei 38,21 Jahren (+/- 10,63), wobei der jüngste Befragte 19 Jahre alt war und der älteste 72. Bei Frauen lag das Durchschnittsalter bei 42,77 Jahren (+/- 10,37), von 26 bis 63 gehend.

Knapp die Hälfte (47,3%) der Befragten waren zum Zeitpunkt der Erhebung verheiratet bzw. lebte in einer festen Beziehung, 23,3% waren ledig, 20,5% geschieden bzw. getrennt von ihrem Partner, und 8,9% waren verwitwet. Etwa 60% lebten mit einem Partner im gemeinsamen Haushalt, und ca. 40% waren allein lebend.

Bezüglich der Ausbildung ergab sich folgendes Bild: abgeschlossene Pflichtschule 24,7%, Handelsschule 17,8%, Matura 17,8%, Matura mit nicht abgeschlossenem Studium 16,4%, Matura mit abgeschlossenem Universitätsstudium 6,8%, der Rest bestand aus Angaben ohne Abschluss.

Fast 70% der Befragten waren berufstätig, nahezu jeder Achte (11,6%) war arbeitslos, 5,5% in Pension, drei Personen in Ausbildung, drei Studenten, und

jeweils 3,4% (fünf Personen) Hausfrau/Hausmann, „ohne Beruf“ bzw. „mithelfend im eigenen Betrieb“. Von den Berufstätigen waren jeweils ca. 25% ungelernte Arbeiter bzw. Facharbeiter, rund 20% Beamte, 9% Selbstständige mit eigenen Mitarbeitern, 6% Landwirte und 9% in freien Berufen tätig.

Das durchschnittliche Monatsnettoeinkommen betrug 1.450,- Euro. Bei den meisten lag das Monatsnettoeinkommen zwischen 700 und 1450 Euro (42,5%). 26,7% verdienten zwischen 1450 und 2200 Euro monatlich, 15,1% weniger als 700 Euro, 8,9% zwischen 2200 und 2900 Euro und 6,8% mehr als 2900 Euro.

62,8% der Befragten hatten infolge des Glücksspiels Schulden gemacht. 37,2% gaben an, sich kein Geld geliehen zu haben, um das Glücksspiel zu finanzieren. Ein knappes Drittel (30%) hatte von Familienangehörigen Geld geliehen, 40% von Freunden/Bekannten, 30% von der Bank, 15% von Kreditunternehmen/-vermittlern. Die durchschnittliche Verschuldung betrug ca. 15.000 Euro (+/- ca. 24.500 Euro; höchste Verschuldung: ca. 110.000 Euro), was dem 10fachen des durchschnittlichen Monatsnettoeinkommens entspricht.

25% der Befragten hatten gelegentlich Eigentum verkauft, um das Glücksspiel zu finanzieren, 13% öfter und 61,6% nie. 54,1% haben finanzielle Verpflichtungen in Folge des Glücksspiels nie vernachlässigt, 26,7% gelegentlich und 19,2% öfter.

In Tabelle 3 sind die ermittelten Folgen dargestellt. Besonders interessant sind dabei die geschlechtsspezifischen Unterschiede, z.B. dass im Gegensatz zu Frauen weit mehr Männer zur Finanzierung des Glücksspiels kriminelle Handlungen begangen haben (nämlich 34 von 124), aber nur ein kleiner Bruchteil davon dafür auch verurteilt wurde (nur zwei), wohingegen die zwei von 22 Frauen, die kriminell geworden sind, beide auch verurteilt wurden. Es sind auch genau diese zwei Frauen, die den Bezug von Sozialhilfe bzw. Arbeitslosenunterstützung angaben. Ansonsten verzeichnen die Frauen im Gegensatz zu Männern als Folge des Glücksspiels keine Verluste in ihrem Berufs- bzw. Privatleben. Ebenfalls im Unterschied zu Männern hegten sie auch keine Selbstmordgedanken.

Tabelle 3: Folgen des Glücksspiels bei befragten Pokerspielern.

	Gesamt	Frauen	Männer
Verlust des Arbeitsplatzes/ selbstständiger Existenz/ Ausbildungsplatzes	12,3%	0%	14,5%
Beziehungsverlust/-probleme	8,2%	0%	9,7%
Wohnungsverlust	8,2%	0%	9,7%
Beschaffungskriminalität zur Finanzierung des Glücksspiels	23,3%	9,1%	27,4%
Verurteilung	1,4%	9,1%	1,6%
Selbstmordgedanken	11%	0%	12,9%
Selbstmordversuch	0%		
Bezug von Sozialhilfe/ Arbeitslosenunterstützung	14,4%	9,1%	15,3%

Weiters geben 32,9% der untersuchten Personen an, dass sie auch Probleme mit Alkohol haben, 20% mit Drogen und 5% mit Medikamenten. Bei 20,5% bestehen diese Probleme gleichzeitig mit dem Glücksspiel, acht Personen gaben an, dass sich die Probleme mit Alkohol/Drogen/Medikamenten in den Spielbereich verlagert hätten, und ein knappes Viertel (24,7%) gab an, dass keinerlei Zusammenhänge zwischen diesen Bereichen bestehen.

Auf die Frage, inwieweit sie sich vom Glücksspiel abhängig fühlen, antworteten ca. 5% „gar nicht“/„schwach“, knappe 16% „etwas“, 20% „mittelmäßig“, 24% „ziemlich“ und 35% „stark“/„sehr stark“.

Das Durchschnittsalter bei erstmaligem Glücksspiel beträgt 22,50 Jahre (+/- 8,19 Jahre), wobei unter den Befragten auch ein Alter von sieben Jahren als Antwort vorkommt! Das höchste Alter bei erstmaligem Glücksspiel war mit 50 Jahren angegeben. Das Alter bei Beginn des regelmäßigen Glücksspiels liegt im Schnitt bei 34,90 Jahren (+/- 10,20; unter den Befragten gibt es eine Person, die erst mit 70 regelmäßig zu spielen begonnen hat). Die Dauer bis zum Anfang des intensiven Glücksspiels liegt im Durchschnitt bei 21,28 Monaten, wobei sich die Streubreite um +/- 46,08 Monate bewegt. Die durchschnittliche Dauer des

häufigen und intensiven Glücksspiels lag zum Zeitpunkt der Befragung bei 32,12 Monaten (Streubreite +/- 24,07 Monate).

Personen, bei denen das Ausmaß des Glücksspiels immer leicht zugenommen hat (43,1%), und Personen, bei denen sich die Häufigkeit ziemlich plötzlich gesteigert hat (47,2%), halten sich die Waage, während nur 9,7% angeben, dass sie immer häufig gespielt haben und sich die Häufigkeit nicht geändert hat. Dasselbe Bild zeigt sich bei der Frage nach den Einsätzen beim Glücksspiel (43,7%/46,5%/9,8%).

Bezüglich Risikoverhalten beim Glücksspiel geben 57,5% an, stetig risikoreicher gespielt zu haben, 42,5% unverändert. Fast 50% der Befragten geben an, vorher selten oder nie im Freundes-/Familienkreis gespielt zu haben, 26,7% gelegentlich, 16,4% oft und 8,9% sehr oft.

Die meisten Befragten spielen vier Mal in der Woche (32,2%), gefolgt von 26% mit drei Mal in der Woche. 12,3% spielen zwei Mal/Woche, 14,4% fünf Mal, zwei Personen nur ein Mal/Woche und jeweils zehn Personen (je 6,8%) sechs Mal/Woche bzw. täglich.

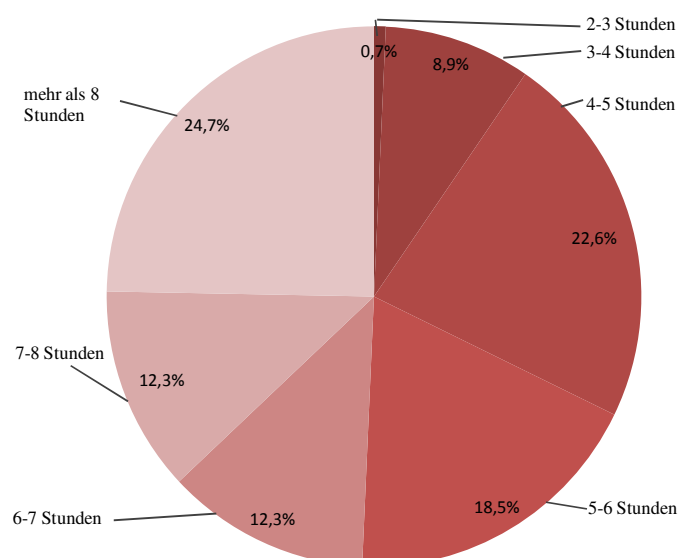


Abbildung 6. Anzahl der Spielstunden pro Tag.

Der höchste Prozentsatz, rund ein Viertel (24,7%), spielt mehr als acht Stunden am Tag. Am zweitmeisten wird „vier bis fünf Stunden“ angegeben. Die wenigsten spielen nur zwei bis vier Stunden täglich (siehe Abbildung 6).

Die meisten Befragten spielen gleichmäßig (56,8%), die restlichen gaben an, in Schüben gespielt zu haben. 40,4% spielen selbst bestimmt, 44,5% durch finanzielle Mittel bestimmt, und 15,1% gaben an, dass keines von beiden zutrifft.

Der durchschnittliche Geldeinsatz pro Tag liegt bei 230 Euro +/- 218 Euro, der kleinste angegebene Betrag war ca. 40 Euro, der höchste 1.500 Euro. Der höchste verspielte Betrag an einem Tag liegt im Schnitt bei 3.800 Euro, bei Angaben von 150 bis 56.000 Euro.

Der höchste Gewinn an einem Tag wird im Durchschnitt mit 4.700 Euro angegeben, gestreut von 150 bis 87.000 Euro.

Der geschätzte Gesamtverlust für die individuelle Dauer der Teilnahme am Glücksspiel beträgt durchschnittlich 22.000 Euro (+/- 30.000 Euro), mit Angaben von minimal 0 bis maximal 145.000 Euro.

Die Häufigkeit des Glücksspiels bis zum Verspielen des letzten Geldes zeigt Abbildung 7.

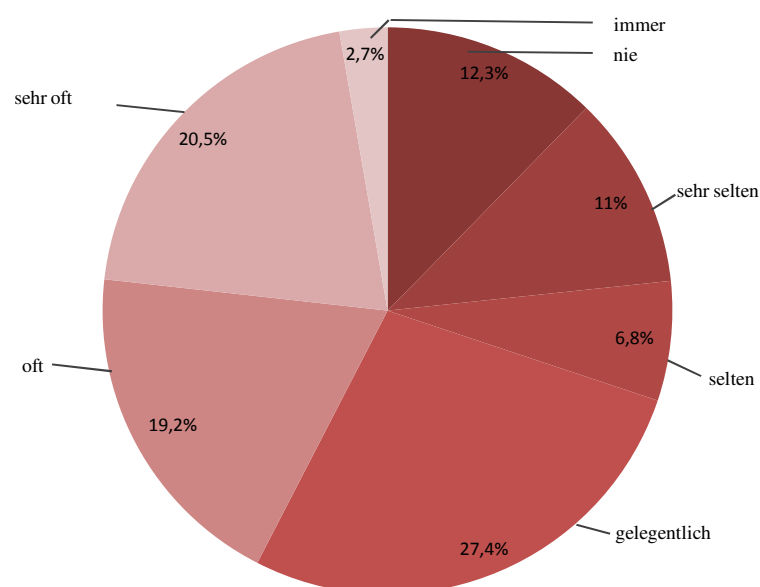


Abbildung 7. Häufigkeit des Glücksspiels, bis das letzte Geld verspielt wurde.

Tabelle 4 zeigt, wie sich die Häufigkeiten auf die unterschiedlichen Spiele aufteilen und welche Spielart zum Problem geworden ist. Der befragten Stichprobe gemäß ist ersichtlich, dass die meisten, sowohl von der Häufigkeit her als auch als das zum Problem gewordene Spiel, Glücksspiele in privaten Spielcasinos (d.h. Poker) angeben. Klassische Casinospiele wie Roulette und Baccara sind von der Häufigkeit her eher selten angeführt, jedoch bei 17 Personen (eine Person gab beides an) auch zu einem Problem geworden. Fast drei Viertel der Befragten spielen nie oder selten Automaten. Interessant und bedenklich sind jedenfalls die Angaben zu Glücksspielen in Hinterzimmern.

Tabelle 4: Häufigkeiten der Spielarten und Spielart, die zum Problem geworden ist (in %).

	nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft	zum Problem geworden bei
Lotto/Toto	3,4	9,6	32,9	30,1	24,0	
Rubbellotto	52,7	18,5	25,3	3,4		
Fernsehlottorien	95,8	2,1	2,1			
Klassenlotterien	74,6	13,7	11,0	0,7		
SP-Sparen und Gewinnsparen	49,3	15,8	17,1	9,6	8,2	
Pferdewetten	63,8	18,8	12,5	2,8	2,1	
Roulette	47,3	24,7	20,5	4,1	3,4	11,6 (17)*
Black Jack	57,6	20,5	21,2	0,7		
Baccara	71,2	19,9	6,8	0,7	1,4	0,7 (1)
Glücksspielautomaten in Spielcasinos	48,7	25,3	20,5	5,5		5,5 (8)
Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten	46,7	20,5	26,0	6,8		6,8 (10)
Glücksspiele in privaten Spielcasinos		2,1	3,4	32,9	61,6	70,5 (103)
Glücksspiele in Hinterzimmern	63,0	18,5	13,0	4,1	1,4	11,6 (17)
Börsenspekulationen	78,8	8,2	9,6	3,4		2,1 (3)

* Klammerangabe = absolute Personenanzahl

Rund 16%, also 23, der befragten Personen, sind längerfristig von einem Spiel auf ein anderes umgestiegen. Als Grund dafür nennen 19 zu große Verluste und lediglich jeweils zwei Reiz der Einsatz- und Gewinnmöglichkeiten bzw. andere Gründe.

Bezüglich Behandlungsbedürftigkeit nach dem KFG ergibt sich folgendes Bild: 4,8% (sieben Personen) sind „unauffällig“, 26% (38 Personen) weisen eine „beginnende Glücksspielproblematik“, 64,4% (94 Personen) eine „Mittelgradige Glücksspielsucht“ und 4,8% (sieben Personen) eine „Fortgeschrittene Glücksspielsucht“ auf. Somit gelten lediglich sieben Befragte („Unauffällige“) als nicht behandlungsbedürftig.

In Tabelle 5 sind die Beeinträchtigungen in Folge des Glücksspiels nach Bereichen dargestellt. Die Angaben sind Häufigkeitswerte in den KFG-Gruppen für die Antwortkategorien „gar nicht“ bis „sehr stark“. Es ist beispielsweise ersichtlich, dass die meisten Personen, die dem KFG nach als „Unauffällig“ bzw. „beginnende Glücksspielsucht“ zu kategorisieren sind, gar keine bzw. schwache Beeinträchtigungen in allen Bereichen angeben, wohingegen Personen mit mittelgradiger bzw. fortgeschrittener Glücksspielsucht die Beeinträchtigungen durch das Glücksspiel wesentlich stärker empfinden. Vor allem in Bezug auf die finanzielle Situation, das seelische Wohlbefinden, den Kontakt zu anderen Menschen und auch Freizeitmöglichkeiten fallen die Häufigkeiten höher aus als bei Gruppe 1 und 2. Viele Personen aus Gruppe 4 geben starke Beeinträchtigungen im Bereich Partnerschaft/Familienleben, Ehrgeiz/Leistungsfähigkeit sowie im Bereich Berufstätigkeit/Ausbildung an. Bemerkenswert ist, dass Beeinträchtigungen der Lebensfreude als nicht so stark angegeben werden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bezüglich des Bereiches Ehrgeiz/Leistungsfähigkeit. Eher mild sind auch die Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit angegeben; diese sind in Gruppe 3 am höchsten ausgeprägt. Gruppe 3 fühlt sich am meisten in den Bereichen Berufstätigkeit/Ausbildung und finanzielle Situation beeinträchtigt.

Tabelle 5: Beeinträchtigungen in Folge des Glücksspiels nach KFG-Gruppen.

	Beeinträchtigung im Lebensbereich Partnerschaft/Familienleben IV 7				Beeinträchtigung der finanziellen Situation IV 8				Beeinträchtigung des seelischen Wohlbefindens IV 9			
	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
gar nicht schwach	6	21	30	1	3	11	5	1	3	18	9	3
etwas		4	15	1		5	5		3	12	17	
mittel- mäßig ziemlich		6	10		3	9	7	2		2	23	1
		3	8			6	16			4	24	1
		2	9			6	33	1	1		10	2
stark	1		6	3			17	3		2	10	
sehr stark		2	16	2	1	1	11				1	
	Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit IV 10				Beeinträchtigung im Bereich Berufstätigkeit/Ausbildung IV 11				Beeinträchtigung im Bereich Ehrgeiz/Leistungsfähigkeit IV 12			
	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
gar nicht schwach	3	27	33	1	6	27	25	1	6	26	24	1
etwas	2	5	15	1		3	15			1	12	
mittel- mäßig ziemlich	2	3	21	3	1	6	11			9	19	2
		1	17	2		2	19		1	1	15	
		2	6				14	6		1	12	4
stark			2				3				10	
sehr stark							7				2	
	Beeinträchtigung der Kontakte zu anderen Menschen IV 13				Beeinträchtigung bezüglich Freizeitmöglichkeiten IV 14				Beeinträchtigung der Lebensfreude IV 15			
	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
gar nicht schwach	5	21	18	1	2	18	25	1	6	24	24	3
etwas	1	3	8		2	7	9		1	8	23	
mittel- mäßig ziemlich		9	17	4	2	6	15			3	23	2
	1	1	21		1	4	15	4		3	11	2
		2	16	2		1	20	1			7	
stark		2	11			2	10	1			6	
sehr stark			3									

G1 = „Unauffällige“ n=7

G2 = „Beginnende Glücksspielproblematik“ n=38

G3 = „Mittelgradige Glücksspielsucht“ n=94

G4 = „Fortgeschrittene Glücksspielsucht“ n=7

Nachfolgend sind die Ergebnisse, aufgeteilt auf die vier KFG-Gruppen, zusammengefasst. Das Durchschnittsalter für die Gruppe der „Unauffälligen“ liegt bei 36,29 (+/- 4,71), bei der „beginnenden Glücksspielproblematik“ bei

38,84 (+/- 1,72), bei „mittelgradiger Glücksspielsucht“ bei 38,80 (+/- 1,07) und bei der „fortgeschrittenen Glücksspielsucht“ bei 43,14 Jahren (+/- 5,60). In den Gruppen 1 und 4 handelt es sich ausschließlich um männliche Befragte, die Gruppe 2 machen 32 Männer, also 84,2%, und sechs Frauen (15,8%) aus, die Gruppe 3 setzt sich aus 78 Männern (83%) und 16 Frauen, also 17%, zusammen. Der Familienstand und die Lebenssituation seien in folgender Tabelle 6 in Häufigkeiten dargestellt.

Tabelle 6: Familienstand in den vier KFG-Gruppen.

Familienstand	G1	G2	G3	G4
ledig	3 (42,9)	9 (23,7)	21 (22,3)	1 (14,3)
verheiratet/feste Beziehung	4 (57,1)	22 (57,9)	43 (45,7)	
verwitwet		4 (10,5)	6 (6,4)	3 (42,9)
geschieden/getrennt		3 (7,9)	24 (25,5)	3 (42,9)
alleinlebend	4 (57,1)	11 (29,7)*	37 (41,1)**	3 (60)***
zusammenlebend mit Ehe- bzw. Lebenspartner	3 (42,9)	26 (70,3)*	53 (58,9)**	2 (40)***

Klammerausdrücke sind Gesamtprozentanteile pro Gruppe

*eine Angabe fehlt **vier Angaben fehlen *** zwei Angaben fehlen

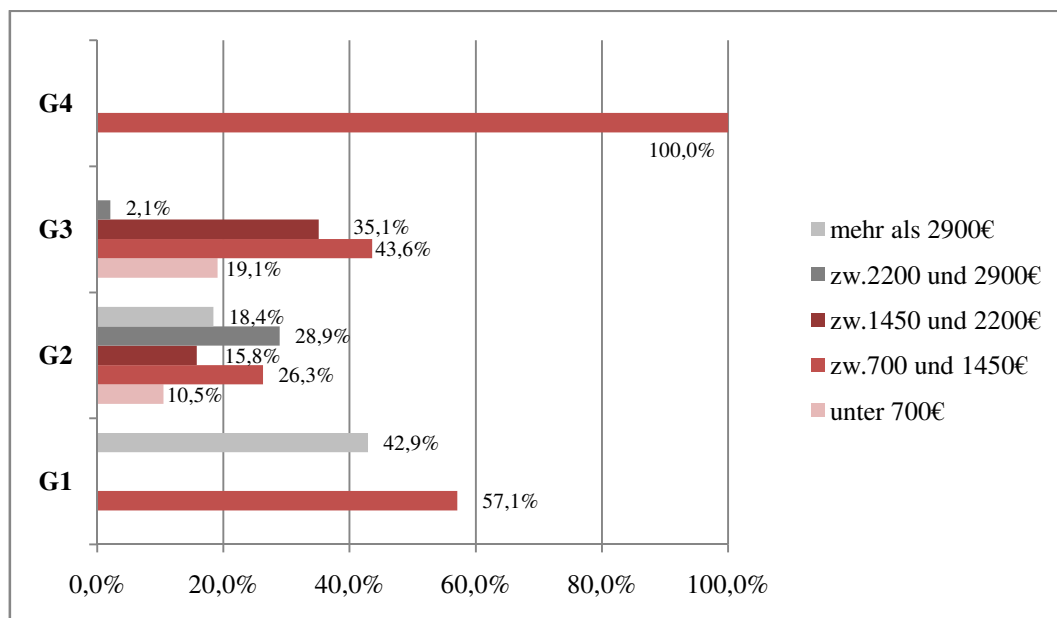


Abbildung 8. Das durchschnittliche Monatsnettoeinkommen nach KFG-Gruppen.

Wie in Abbildung 8 zu erkennen ist, befinden sich in Gruppe 1 und Gruppe 2 sehr viele überdurchschnittlich gut verdienende Personen. Personen der Gruppe 4 gehören ausschließlich zu den Durchschnittsverdienern (zwischen 700 und 1450 Euro).

Tabelle 7 zeigt, wie sich die nach dem KFG unterteilten Personen auf die Berufsgruppen aufteilen, und Abbildung 9 die Schulbildung in den vier Gruppen (Angabe ist absolute Anzahl der Personen pro Gruppe).

Tabelle 7: Berufsgruppen nach dem KFG.

	G1	G2	G3	G4
berufstätig	3 (42,9)	25 (65,8)	67 (71,3)	5 (71,4)
mithelfend im eigenen Betrieb		5 (13,2)		
Hausfrau/-mann		1 (2,6)	4 (4,3)	
StudentIn		2 (5,3)	1 (1,1)	
in Ausbildung		1 (2,6)	2 (2,1)	
PensionistIn		1 (2,6)	6 (6,4)	1 (14,3)
arbeitslos	4 (57,1)	1 (2,6)	11 (11,7)	1 (14,3)
ohne Beruf		2 (5,3)	3 (3,2)	

Klammerausdrücke sind Gesamtprozentanteile pro Gruppe

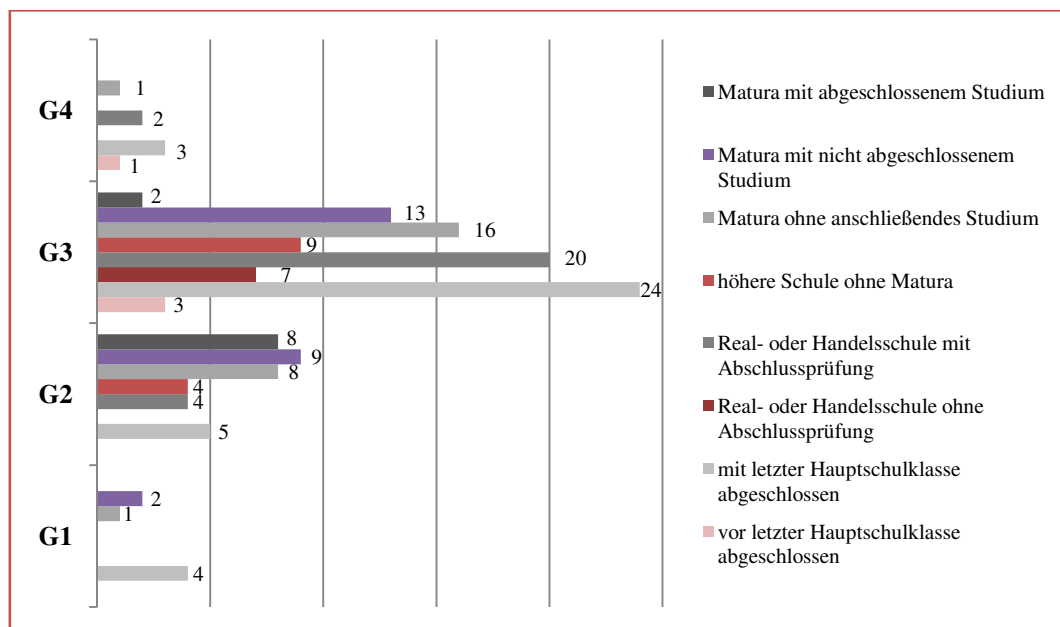


Abbildung 9. Schulbildung nach KFG-Gruppen.

4.6.2 Überprüfung der Hypothesen

Fragestellung I:

Bezüglich der *Lebenszufriedenheit* (FPI-R 1) kann die HI(1) 1 angenommen werden. Es zeigt sich ein hoch signifikanter Unterschied ($p < 0,001$) zwischen den vier Gruppen nach dem KFG und zwar scheint in der Gruppe der Befragten mit beginnender Glücksspielproblematik ($n=38$), die Lebenszufriedenheit am höchsten und in der Gruppe der Befragten mit fortgeschrittener Glücksspielsucht ($n=7$) auffällig niedrig zu sein. Bei näherer Betrachtung unterscheidet sich die Gruppe der Personen mit beginnender Glücksspielproblematik von den Gruppen „mittelgradige“ und „fortgeschrittene“ Glücksspielsucht signifikant bezüglich der Lebenszufriedenheit, während zwischen allen anderen Gruppen kein signifikanter Unterschied besteht (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (1).

	G1	G2	G3
G2	p=0,499		
G3	p=0,860	p<0,001	
G4	p=0,434	p=0,002	p=0,157

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte nonparametrisch, da keine Homogenität der Varianzen vorlag ($p < 0,001$ nach Levene-Test).

Bezüglich der *Sozialen Orientierung* (FPI-R 2) kann ebenfalls die HI(2) 1 angenommen werden. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p=0,022$) in der sozialen Orientierung zwischen den Gruppen des KFG. Die nach dem KFG „Unauffälligen“ und Befragte mit beginnender Glücksspielproblematik scheinen am meisten „sozial orientiert“ und Personen mit fortgeschrittener Glücksspielsucht am niedrigsten, also eher selbstbezogen, unsolidarisch und wenig mitmenschlich zu sein. Die Gruppen 1 und 4 unterscheiden sich signifikant

voneinander. Die Gruppe mit beginnender Glücksspielproblematik unterscheidet sich signifikant von Gruppe 3 und Gruppe 4 (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (2).

	G1	G2	G3
G2	p=0,886		
G3	p=0,232	p=0,021	
G4	p=0,014	p=0,009	p=0,192

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte nonparametrisch, da keine Homogenität der Varianzen vorlag (p=0,010 nach Levene-Test).

Auch für die *Leistungsorientierung* (FPI-R 3) kann die HI(3) 1 angenommen werden. Es zeigen sich hoch signifikante Unterschiede (p<0,001) zwischen den Gruppen. Personen mit beginnender Glücksspielproblematik weisen die höchsten Werte auf, sie scheinen sehr aktiv und ehrgeizig zu sein, während Personen, die als unauffällig nach dem KFG bezeichnet werden können und solche mit fortgeschrittener Glücksspielsucht (niedrigster Rangwert) eher wenig leistungsorientiert, energisch und konkurrierend sind. Die Personen mit beginnender Glücksspielproblematik unterscheiden sich hoch signifikant von allen anderen Gruppen (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (3).

	G1	G2	G3
G2	p=0,011		
G3	p=0,239	p<0,001	
G4	p=0,698	p=0,002	p=0,111

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte nonparametrisch, da keine Homogenität der Varianzen vorlag (p=0,046 nach Levene-Test).

Bezüglich der *Gehemmtheit* (FPI-R 4) zeigen sich signifikante Unterschiede ($p=0,007$) zwischen den Gruppen und die HI(4) 1 kann somit angenommen werden. Personen der ersten Gruppe weisen die höchsten Werte auf, wobei alle Gruppen ein ziemlich homogenes Bild in Richtung Ungezwungenheit, Selbstsicherheit, Kontaktbereitschaft ergeben. Nur Personen mit beginnender Glücksspielproblematik unterscheiden sich signifikant von der Gruppe der Personen mit „mittelgradiger Glücksspielsucht“. Alle anderen Gruppen weisen untereinander keine signifikanten Unterschiede in der Skala Gehemmtheit auf (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (4).

	G1	G2	G3
G2	p=0,428		
G3	p=1,000	p=0,009	
G4	p=0,894	p=0,934	p=0,791

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte parametrisch mittels einfacher Varianzanalyse, da alle Voraussetzungen erfüllt waren ($p=0,052$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen); die Normalverteilung war für die Gruppen 1 ($p=0,946$), 3 ($p=0,056$) und 4 ($p=0,504$) gegeben und bei Gruppe 2 konnte aufgrund der Stichprobengröße die Verletzung ($p=0,019$) toleriert werden.

Bezüglich der *Erregbarkeit* (FPI-R 5) zeigen sich hoch signifikante Unterschiede ($p<0,001$) und kann somit die HI(5) 1 angenommen werden. Personen mit fortgeschrittener Glücksspielsucht, gefolgt von „mittelgradiger Glücksspielsucht“ scheinen weit erregbarer und empfindlicher zu sein als Personen der anderen beiden Gruppen. „Unauffällige“ sind am ruhigsten und gelassensten, sie haben den niedrigsten Wert auf dieser Skala. Bei näherer Betrachtung ergeben sich vier signifikante Unterschiede. Die „Unauffälligen“ sowie auch die Personen mit beginnender Glücksspielproblematik unterscheiden sich jeweils signifikant von

den Gruppen „Mittelgradige Glücksspielsucht“ und „Fortgeschrittene Glücksspielsucht“ (siehe Tabelle 13).

Die Berechnung erfolgte parametrisch, da alle Voraussetzungen erfüllt waren ($p=0,308$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für die Gruppen 1 ($p=0,761$), und 4 ($p=0,491$) gegeben und bei Gruppe 2 ($p=0,042$) und 3 ($p=0,003$) konnte aufgrund der Stichprobengröße die Verletzung toleriert werden).

Tabelle 13: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (5).

	G1	G2	G3
G2	$p=0,974$		
G3	$p=0,017$	$p<0,001$	
G4	$p=0,033$	$p=0,010$	$p=0,870$

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

In Bezug auf die *Aggressivität* (FPI-R 6) kann ebenfalls die HI(6) 1 angenommen werden, die Unterschiede bezüglich Aggressivität sind signifikant ($p=0,007$). In der Gruppe der fortgeschritten Glücksspielsüchtigen scheint die Aggressivität am höchsten zu sein. Personen mit „mittelgradiger Glücksspielsucht“ haben den zweithöchsten Wert, gefolgt von „Unauffälligen“, und in der Gruppe „beginnende Glücksspielproblematik“ findet sich der niedrigste Wert. Diese Gruppe unterscheidet sich von der Gruppe „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ signifikant und knapp auch von der Gruppe „mittelgradige Glücksspielsucht“. Alle anderen Gruppen weisen untereinander keine signifikanten Unterschiede auf (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (6).

	G1	G2	G3
G2	$p=0,995$		
G3	$p=0,766$	$p=0,057$	
G4	$p=0,277$	$p=0,048$	$p=0,454$

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte parametrisch, da alle Voraussetzungen erfüllt waren.

Bei der *Beanspruchung* (FPI-R 7) zeigen sich hoch signifikante Unterschiede ($p < 0,001$), also kann hier auch die $HI(7)$ 1 angenommen werden. Die Gruppe der Unauffälligen hat die niedrigsten Werte, gefolgt von der Gruppe mit beginnender Glücksspielproblematik, und die höchsten Werte zeigen sich bei den beiden Gruppen mit Glücksspielsucht. Dabei weist die Gruppe der Unauffälligen verglichen mit allen anderen Gruppen hoch signifikant unterschiedliche Ausprägungen in der Beanspruchung auf. Auch die Gruppe „Beginnende Glücksspielproblematik“ unterscheidet sich signifikant, und zwar von der Gruppe „Mittelgradige Glücksspielsucht“ (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (7).

	G1	G2	G3
G2	$p < 0,001$		
G3	$p < 0,001$	$p = 0,042$	
G4	$p < 0,001$	$p = 0,597$	$p = 1,000$

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte parametrisch, da alle Voraussetzungen erfüllt waren ($p = 0,475$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für die Gruppen 1 ($p = 0,905$), 2 ($p = 0,079$) und 4 ($p = 0,654$) gegeben, und bei Gruppe 3 ($p = 0,002$) konnte aufgrund der Stichprobengröße die Verletzung toleriert werden).

Die $HI(8)$ 1 kann auch bezüglich *Körperlicher Beschwerden* (FPI-R 8) angenommen werden, die Unterschiede sind hoch signifikant ($p < 0,001$). Wiederum hat die Gruppe der Unauffälligen die niedrigsten Werte, gefolgt von der Gruppe mit beginnender Glücksspielproblematik, und die höchsten Werte sind bei der Gruppe der Personen mit fortgeschrittener Glücksspielsucht zu finden, wobei man sagen muss, dass diese nicht allzu stark von der Normstichprobe abweichen. Die Unauffälligen und Gruppe 3 unterscheiden sich signifikant

voneinander, sowie die Gruppe mit beginnender Glücksspielproblematik von Gruppe 3 und 4 (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (8).

	G1	G2	G3
G2	p=1,000		
G3	p=0,026	p<0,001	
G4	p=0,130	p=0,026	p=0,999

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte parametrisch, da alle Voraussetzungen erfüllt waren.

In Bezug auf die *Gesundheitssorgen* (FPI-R 9) kann die HI(9) 0 beibehalten werden. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede ($p=0,560$) zwischen den Gruppen bezüglich Gesundheitssorgen. Die Werte in Gruppe 3 sind am höchsten und die der Gruppe 1 am niedrigsten. Die Berechnung erfolgte mittels einfacher Varianzanalyse, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren.

Bezüglich der *Offenheit* (FPI-R 10) kann ebenfalls die HI(10) 0 beibehalten werden. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede in der Offenheit zwischen den Gruppen ($p=0,159$). Werte der Gruppe 1 sind am niedrigsten, Unauffällige scheinen eher an Umgangsnormen orientiert und verschlossen zu sein. Die Berechnung erfolgte parametrisch, da alle Voraussetzungen erfüllt waren.

Bei der *Extraversion* (FPI-R E) kann wieder die HI(11) 1 angenommen werden, es zeigen sich signifikante Unterschiede ($p=0,015$) zwischen den Gruppen. Unauffällige und Personen mit beginnender Glücksspielproblematik scheinen eher extravertiert zu sein als die der anderen zwei Gruppen, wobei die Werte aller Gruppen nicht allzu sehr voneinander abweichen. Dennoch zeigt sich zwischen Gruppe 2 und 3 ein signifikanter Unterschied bezüglich Extraversion (siehe Tabelle 17).

Die Berechnung erfolgte mittels einfacher Varianzanalyse, da alle Voraussetzungen erfüllt waren ($p=0,171$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für die Gruppen 1 ($p=0,167$) und 4 ($p=0,371$) gegeben, und bei Gruppe 2 ($p=0,023$) und 3 ($p=0,001$) konnte aufgrund der Stichprobengröße diese Verletzung toleriert werden).

Tabelle 17: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (11).

	G1	G2	G3
G2	$p=0,964$		
G3	$p=0,855$	$p=0,040$	
G4	$p=0,594$	$p=0,152$	$p=0,801$

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Schließlich kann bezüglich der *Emotionalität* (FPI-R N) auch die HI(12) 1 angenommen werden, die Unterschiede sind hoch signifikant ($p<0,001$). Dabei weisen Personen in der Gruppe „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ sehr hohe Werte auf, sind demnach eher emotional labil, empfindlich und ängstlich. Die Gruppe beginnender Glücksspielproblematik scheint emotional am stabilsten zu sein, während Personen in der Gruppe der mittelgradigen Glücksspielsucht die zweithöchsten Werte aufweisen. Die Gruppe „beginnende Glücksspielproblematik“ unterscheidet sich hoch signifikant von den Gruppen „mittelgradige“ und „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung I (12).

	G1	G2	G3
G2	$p=0,857$		
G3	$p=0,172$	$p<0,001$	
G4	$p=0,085$	$p=0,001$	$p=0,642$

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte parametrisch, da alle Voraussetzungen erfüllt waren ($p=0,277$ für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für G1 ($p=0,401$), G2 ($p=0,191$) und G4 ($p=0,946$) gegeben, und bei G3 ($p<0,001$) konnte aufgrund der Stichprobengröße die Verletzung toleriert werden).

Im Folgenden (siehe Abbildung 10) sind die Profile im Freiburger Persönlichkeitsinventar – revidierte Fassung für die vier KFG-Gruppen anschaulich dargestellt.

Tabelle 12 zeigt die zugehörigen Mittelwerte und Standardabweichungen der FPI-R-Skalen für die 4 KFG-Gruppen und zusätzlich für die gesamte Stichprobe.

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen der FPI-R-Skalen für die vier KFG-Gruppen und die gesamte Stichprobe.

	G1		G2		G3		G4		gesamt	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
FPI-R 1	5,43	3,41	7,05	1,25	5,11	2,05	4,00	2,24	5,58	2,15
FPI-R 2	5,71	0,95	5,79	1,90	4,81	2,25	3,71	1,50	5,05	2,14
FPI-R 3	4,29	2,75	7,16	1,57	5,40	2,24	4,00	2,52	5,74	2,30
FPI-R 4	4,57	1,40	3,39	1,35	4,54	1,85	3,86	1,77	4,21	1,77
FPI-R 5	3,86	1,46	4,24	2,03	6,35	1,98	7,00	1,53	5,71	2,20
FPI-R 6	5,86	1,95	5,66	1,99	6,60	1,67	7,71	1,38	6,37	1,82
FPI-R 7	3,00	1,92	5,84	1,18	6,70	1,63	6,71	1,80	6,30	1,74
FPI-R 8	4,86	0,90	4,87	1,30	6,48	1,33	6,57	1,90	5,99	1,52
FPI-R 9	4,29	1,50	5,00	1,74	5,20	1,98	4,57	2,94	5,08	1,94
FPI-R 10	3,71	1,70	4,97	1,59	5,12	1,56	5,00	1,41	5,01	1,58
FPI-R E	6,43	0,79	6,76	1,34	5,89	1,65	5,29	1,70	6,12	1,60
FPI-R N	5,57	1,81	5,05	1,56	6,84	1,36	7,57	1,40	6,35	1,65

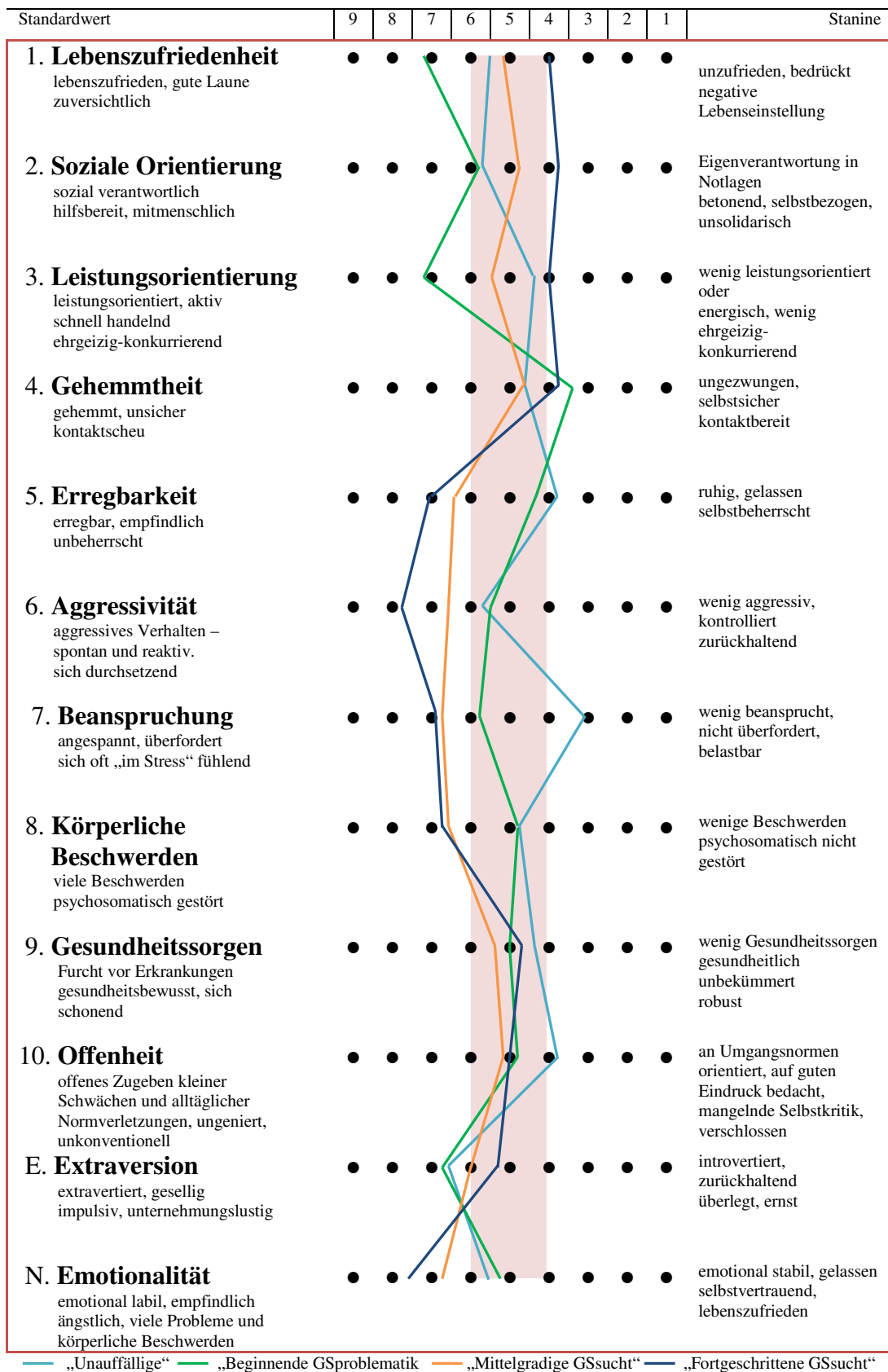


Abbildung 10. FPI-R-Profile der vier KFG-Gruppen.

Fragestellung II:

Für Fragestellung II, ob sich die Befragten hinsichtlich der *Ursachen* für das Glücksspiel unterscheiden, konnten die Voraussetzungen für den Chi²-Test nicht erfüllt werden. Somit erfolgt keine Signifikanzprüfung. Es sollen trotzdem die Häufigkeiten der Aussagen auf die Fragen „Wie häufig haben Sie, bevor Sie an öffentlichen Glücksspielen teilgenommen haben, in Ihrem Freundeskreis oder in der Familie Karten- oder Würfelspiele um Geld gespielt?“ und „In meinem Freundeskreis wurde sehr viel gespielt“ angeführt werden.

Bei der ersten Frage haben sechs von sieben Personen mit fortgeschrittener Glücksspielsucht „oft“ bzw. „sehr oft“ angegeben und die meisten „Unauffälligen“ „nie“ bzw. „selten“. Bei „beginnende Glücksspielproblematik“ haben die meisten „nie“ geantwortet. Bei der Gruppe „Mittelgradige Glücksspielsucht“ (n=94) zeigt sich interessanterweise eine eher gleichmäßige Verteilung der Antworten in den Gruppen: 25 antworteten „nie“, 21 „selten“, 27 „gelegentlich“ und 21 Personen „oft“ bzw. „sehr oft“, wenn man diese zwei Gruppen zusammenfasst (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Häufigkeiten des Glücksspiels im Freundeskreis/Familie nach KFG-Gruppen.

Antwortkategorien	G1	G2	G3	G4
nie	1	13	25	0
selten	3	7	21	0
gelegentlich	1	10	27	1
oft	2	6	14	2
sehr oft	0	2	7	4

Bezüglich Frage 2, ob im Freundeskreis viel gespielt wurde, antworteten alle sieben Befragten mit fortgeschrittener Glücksspielsucht „trifft überwiegend zu“ bzw. „trifft völlig zu“, die Antworten der anderen Gruppen jedoch zeigen kein so eindeutiges Bild (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Häufigkeiten des vorherigen Glücksspiels im Freundeskreis nach KFG-Gruppen.

Antwortkategorien	G1	G2	G3	G4
„trifft gar nicht zu“	0	11	22	0
„trifft wenig zu“	0	6	18	0
„trifft teils-teils zu“	4	8	24	0
„trifft überwiegend zu“	1	8	22	2
„trifft völlig zu“	2	5	8	5

Fragestellung III:

Bei Fragestellung III können die HIII 1–3 1 angenommen werden. Auf allen drei Skalen zur *Funktionalität des Glücksspiels* zeigen sich signifikante Unterschiede innerhalb der vier Gruppen.

Das Glücksspiel als „Ersatz-/Fluchtverhalten“ (Signifikanz von $p < 0,001$) ist in den Gruppen „mittelgradige“ und „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ mit den höchsten Durchschnittswerten auf dieser Skala (0–36) gekennzeichnet, gefolgt von der Gruppe „beginnende Glücksspielproblematik“, und den niedrigsten Wert findet man in der Gruppe der Unauffälligen (siehe Abbildung 11).

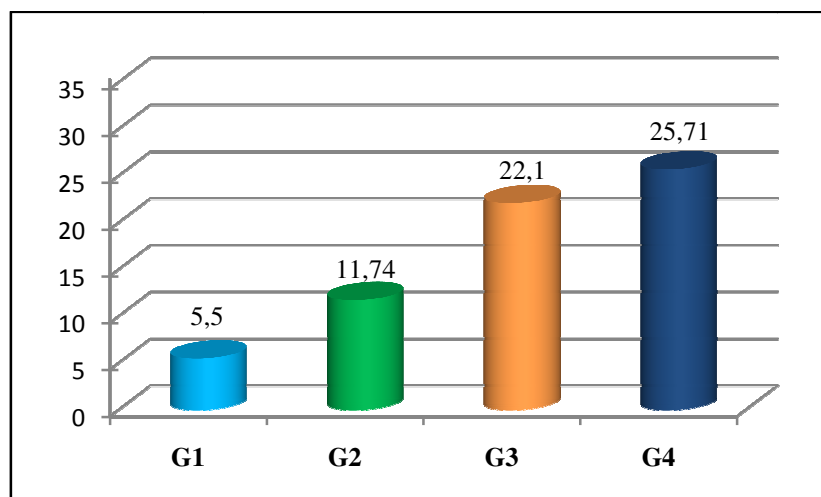


Abbildung 11. Durchschnittswerte für „Ersatz-/Fluchtverhalten“ nach KFG-Gruppen.

Dabei unterscheiden sich alle Gruppen untereinander hoch signifikant ($p < 0,001$ für alle Gruppenvergleiche).

Die Berechnung erfolgte mittels einfacher Varianzanalyse, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren: $p = 0,539$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für alle Gruppen 1 ($p = 0,953$), 2 ($p = 0,122$), 3 ($p = 0,691$) und 4 ($p = 0,167$) gegeben.

Bei Glücksspiel als „*lustbetonte Tätigkeit*“ ($p = 0,014$) hat die Gruppe „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ den höchsten Durchschnittswert (Skala 0–24), gefolgt von der Gruppe „beginnende Glücksspielproblematik“, und den niedrigsten Wert findet man in der Gruppe der Unauffälligen (siehe Abbildung 12), wobei sich jedoch keine der Gruppen signifikant voneinander unterscheidet. Bei den Gruppen der Unauffälligen und „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ ist der Unterschied jedoch am höchsten ($p = 0,056$) und knapp nicht signifikant.

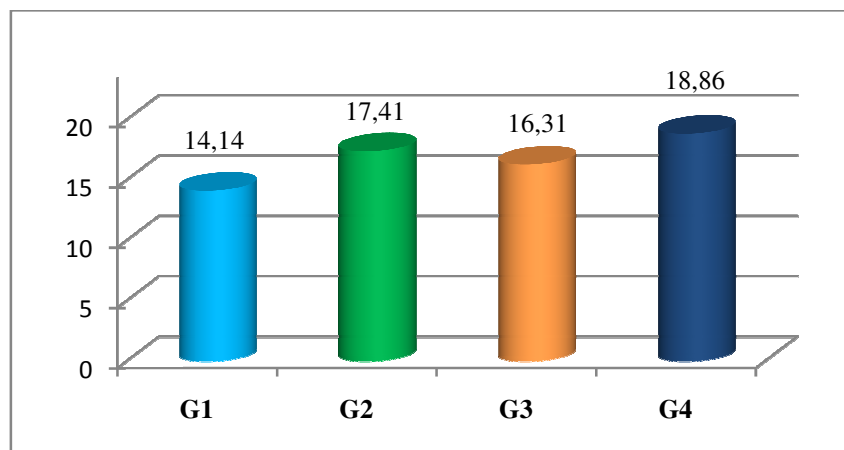


Abbildung 12. Durchschnittswerte für „lustbetonte Tätigkeit“ nach KFG-Gruppen.

Die Berechnung erfolgte parametrisch, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren.

Auf der Skala „*Finanzieller Gewinn*“ wiederholt sich das Bild der Durchschnittswerte: Gruppe „fortgeschrittene Glücksspielsucht“, gefolgt von

Gruppe 3 und 2 weisen die höchsten auf, Unauffällige den niedrigsten (siehe Abbildung 13). Diese unterscheiden sich von den Gruppen „mittelgradige Glücksspielsucht“ ($p=0,002$) und „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ ($p=0,030$) signifikant. Weiters unterscheidet sich auch die Gruppe beginnender Glücksspielproblematik von den beiden letzteren ($p<0,001$ für G2:G3 und $p=0,007$ für G2:G4) signifikant. Gruppe 3 und 4 unterscheiden sich tendenziell bei Signifikanzniveau 10% ($p=0,062$).

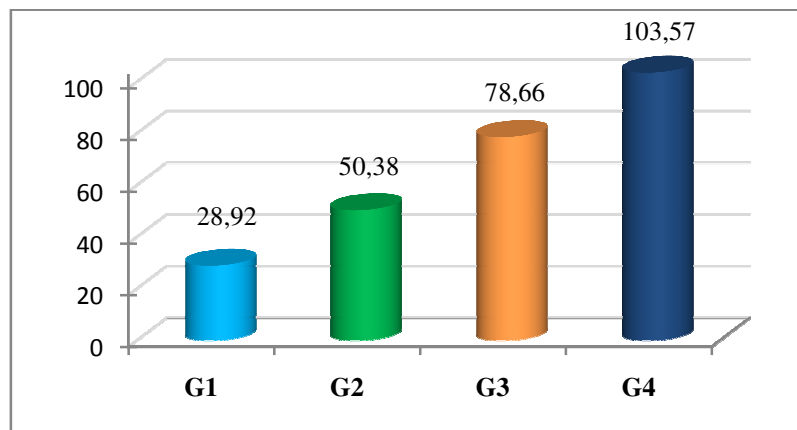


Abbildung 13. Rangwerte für „finanzieller Gewinn“ nach KFG-Gruppen.

Die Berechnung erfolgte nonparametrisch, da keine Homogenität der Varianzen vorlag ($p=0,024$ nach Levene-Test).

Fragestellung IV:

Bezüglich der *Folgen des Glücksspiels* wurden Unterschiede der tatsächlichen Folgen (Fragestellung IV 1–5), der Probleme mit anderen substanzgebundenen Suchtmitteln gleichzeitig mit dem Glücksspiel (Fragestellung IV 6) und subjektiv erlebte Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen (Fragestellung IV 7–15) zwischen den Gruppen nach KFG mittels Chi²-Tests berechnet. Da die Voraussetzung zu deren Durchführung bei sämtlichen Variablen verletzt ist (mehr als 20% der Zellen haben eine erwartete Häufigkeit <5), erfolgt hier keine Signifikanzprüfung, sondern eine Plausibilitätsbewertung.

15 Personen mit mittelgradiger Glücksspielsucht, zwei Personen mit beginnender Glücksspielproblematik und eine Person mit fortgeschrittener Glücksspielsucht nach dem KFG geben den Verlust des Arbeitsplatzes/selbständiger Existenz/Ausbildungsplatzes als Folge des Glücksspiels an. Zehn Personen mit mittelgradiger Glücksspielsucht und zwei Personen mit beginnender Glücksspielproblematik geben an, ihre Wohnung als Folge des Glücksspiels aufgegeben zu haben. 17 Personen mit mittelgradiger und drei mit fortgeschrittener Glücksspielsucht haben Sozialhilfe/Arbeitslosengeld als Folge des Glücksspiels bezogen, wohingegen nur eine Person mit beginnender Glücksspielproblematik und kein einziger „Unauffälliger“ auf diese Frage mit „ja“ antwortete. Die Häufigkeiten auf die Frage nach dem Ende der Partnerschaft als Folge des Glücksspiels antworten sieben Personen mit mittelgradiger und vier mit fortgeschrittener Glücksspielsucht positiv, wohingegen das bei nur einer Person mit beginnender Glücksspielproblematik und keinem einzigen „Unauffälligen“ der Fall ist.

Bezüglich Fragestellung IV 5 geben 16 Personen mit mittelgradiger Glücksspielsucht als Folge des Glücksspiels Selbstmordgedanken an. Alle anderen antworteten mit „nein“ auf diese Frage.

Die Antwortkategorien auf diese Fragen waren „ja“, „nein“ und „trifft nicht zu“. Wenn man sie zu nur zwei Kategorien zusammenfasst (nämlich „ja“ und „nein“), ändert sich fast gar nichts an den Verteilungen, sodass die Voraussetzung für die Interpretation des Chi²-Tests noch immer nicht gegeben ist.

Da bezüglich der Folge des Glücksspiels „Selbstmordversuch“, was in der Befragung auch erfasst wurde, überhaupt keine positiven Antworten vorkamen, wird dieser Aspekt hier ausgelassen.

Bei der Fragestellung IV(6), ob sich die Gruppen, bei denen Probleme mit Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten gleichzeitig mit dem Glücksspielproblem bestehen, unterscheiden, hatten im Vergleich der durchgeführten Chi²-Tests nur 25% der Zellen eine erwartete Häufigkeit <5, und daher soll aus diesem Grunde die Signifikanzprüfung hier interpretiert werden. Es

konnten signifikante Unterschiede festgestellt werden ($p=0,003$) und somit kann die HIV(6) 1 angenommen werden. 26 Personen mit mittelgradiger, drei mit fortgeschrittener Glücksspielsucht, eine mit beginnender Glücksspielproblematik und keiner der „Unauffälligen“ hatten gleichzeitig mit dem Glücksspiels auch Probleme mit substanzgebundenen Suchtmitteln.

Die Häufigkeiten der Aussagen auf die Fragen nach den Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen sind in Tabelle 5 in Kapitel 4.6.1 zwecks Veranschaulichung dargestellt. Da hier bei allen durchgeführten χ^2 -Tests mehr als 50% der Zellen eine erwartete Häufigkeit <5 aufwiesen, wurde versucht, die Antwortkategorien zusammenzufassen, um den Kriterien für die Signifikanzprüfung gerecht zu werden. Obwohl so nicht der gewünschte Effekt zu erreichen war, d.h. der notwendige Prozentsatz von 20% der Zellenhäufigkeiten <5 konnte bei keiner der Fragestellungen hergestellt werden, so wurde dadurch zumindest die Plausibilitätsbewertung erleichtert. Das soll am Beispiel „Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit“ veranschaulicht werden (siehe Tabelle 21 und 22).

Tabelle 21: Ursprüngliche Häufigkeiten zu „Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit“.

	G1	G2	G3	G4
gar nicht	3	27	33	1
schwach	2	5	15	1
etwas	2	3	21	3
mittel-mäßig		1	17	2
ziemlich		2	6	
stark			2	
sehr stark				

Ursprünglich waren die Antworthäufigkeiten wie in Tabelle 21 dargestellt verteilt, und 62,5% der Zellen hatten eine erwartete Häufigkeit <5 . Die Signifikanzprüfung ergab einen p-Wert von 0,060. Die Unterschiede waren also knapp nicht

signifikant. Wenn man die Antworten in nur zwei Kategorien zusammenfasst: „mittelmäßig“, „ziemlich“, „stark“ und „sehr stark“ als „ja“ und die ersten drei Antwortmöglichkeiten als „nein“, zeigen nur 25% der Zellen eine erwartete Häufigkeit < 5 und die sich ergebende knappe Signifikanz von $p=0,048$ könnte interpretiert werden (siehe Tabelle 22). Jedenfalls fällt die Beschreibung der Häufigkeiten auf diese Weise leichter. So ergibt sich bezüglich Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit, dass von insgesamt 20,5% derer, die sich beeinträchtigt fühlten, drei mit beginnender Glücksspielproblematik, 25 mit mittelgradiger und zwei mit fortgeschrittener Glücksspielsucht diese Verteilung ausmachen.

Tabelle 22: Zusammengefasste Häufigkeiten zu „Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit“.

	G1	G2	G3	G4
ja	0	3	25	2
nein	7	35	69	5

Fragestellung V:

Bei Fragestellung V1 kann die $HV(1)$ 1 angenommen werden. Die befragten Gruppen unterscheiden sich im *Erleben* während des Glücksspiels auf der Skala „*Deprimiertheit*“ signifikant voneinander ($p=0,001$). Der höchste Durchschnittswert ist in der Gruppe mit beginnender Glücksspielproblematik zu finden, gefolgt von der Gruppe „fortgeschrittene Glücksspielsucht“. Der niedrigste Wert ist in der Gruppe der Unauffälligen zu finden. Sie unterscheiden sich beim Gruppenvergleich signifikant ($p=0,039$) von Gruppe 3, und Gruppe 3 wiederum signifikant ($p=0,015$) von der Gruppe der beginnenden Glücksspielproblematik. Die Berechnung erfolgte parametrisch, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren.

Bezüglich der Skala „*Gehobene Stimmung*“ des Erlebens kann die $HV(2)$ 0 beibehalten werden. Es gibt keine signifikanten Unterschiede ($p=0,859$). Die

Rangwerte der Gruppen sind ziemlich homogen. Die Berechnung erfolgte nonparametrisch, da keine Homogenität der Varianzen nach Levene-Test vorlag ($p=0,048$).

Bei Fragestellung V 3 kann die $HV(3)$ 1 angenommen werden ($p<0,001$). Es bestehen hoch signifikante Unterschiede bezüglich „*Erregung*“. In der Gruppe der mittelgradigen Glücksspielsucht findet man den höchsten Durchschnittswert, knapp gefolgt von fortgeschrittener Glücksspielsucht. Der niedrigste Wert ist der der Unauffälligen. Sie unterscheiden sich signifikant von der Gruppe „mittelgradige Glücksspielsucht“ und knapp nicht signifikant von der Gruppe „Fortgeschrittene Glücksspielsucht“, genau wie die Gruppen „beginnende Glücksspielproblematik“ und Gruppe 3 untereinander (siehe Tabelle 23). Die Berechnung erfolgte mittels einfacher Varianzanalyse, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren: $p=0,688$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für alle Gruppen 1 ($p=0,300$), 2 ($p=0,259$), 3 ($p=0,105$) und 4 ($p=0,979$) gegeben.

Tabelle 23: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung V 3.

	G1	G2	G3
G2	$p=0,141$		
G3	$p=0,003$	$p=0,074$	
G4	$p=0,055$	$p=0,669$	$p=1,000$

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Hinsichtlich der Skala „*Selbstsicherheit*“ finden sich keine signifikanten Unterschiede ($p=0,391$), und somit ist die $HV(4)$ 0 beizubehalten.

Die Berechnung erfolgte parametrisch, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren.

Bezüglich „*Verträumtheit*“ zeigen sich hoch signifikante Unterschiede ($p<0,001$), die $HV(5)$ 1 wird somit angenommen. Die höchsten Werte sind bei Gruppe 3 zu finden, gefolgt von Gruppe 2, und der niedrigste Wert scheint in Gruppe 1 auf.

Die Gruppe der Unauffälligen unterscheidet sich dabei signifikant von den Gruppen 2 und 3 (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung V 5.

	G1	G2	G3
G2	p=0,028		
G3	p=0,001	p=0,186	
G4	p=0,219	p=0,998	p=0,694

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

Die Berechnung erfolgte parametrisch, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren: $p=0,228$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für alle Gruppen 1 ($p=0,637$), 2 ($p=0,809$), 3 ($p=0,092$) und 4 ($p=0,655$) gegeben.

In der Skala des Erlebens „*Konzentration*“ zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($p=0,298$). Die HV(6) 0 wird angenommen. Die Berechnung erfolgte parametrisch, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren.

Fragestellung VI:

Hinsichtlich der *Symptomatik* des Glücksspiels kann man sämtliche HVI(1–5) 1 annehmen. Auf allen Skalen sind hoch signifikante Unterschiede berechnet worden.

Bei der Skala „*Einschränkung des Glücksspiels*“ ($p<0,001$) zeigt sich in der Gruppe der mittelgradigen Glücksspielsucht der höchste Rangwert, knapp gefolgt von der Gruppe mit fortgeschrittener Glücksspielsucht, während die Unauffälligen einen sehr niedrigen Rangwert aufweisen. Signifikant voneinander unterscheiden sich die Gruppen „mittelgradige Glücksspielsucht“ und „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ von den Gruppen der Unauffälligen und „beginnende Glücksspielproblematik“ ($p<0,001$ für G1:G3, $p=0,004$ für G1:G4, $p<0,001$ für G2:G3 und $p=0,018$ für G2:G4), während der Unterschied zwischen Gruppe 1 und

2 knapp nicht signifikant ausfällt ($p=0,051$). Die Berechnung erfolgte nonparametrisch.

Auf der Skala „*Verlusten hinterherjagen*“ zeigen sich hoch signifikante Unterschiede ($p<0,001$), wobei von Gruppe 4 abwärts die höchsten Durchschnittswerte zu beobachten sind. Die Unauffälligen und die Gruppe beginnender Problematik unterscheiden sich signifikant von den Gruppen „mittelgradige Glücksspielsucht“ und „fortgeschrittene Glücksspielsucht“ (siehe Tabelle 25). Die Berechnung erfolgte parametrisch, da alle Voraussetzungen erfüllt waren ($p=0,438$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für die Gruppen 1 ($p=0,272$), 3 ($p=0,071$) und 4 ($p=0,334$) gegeben, und bei Gruppe 2 konnte aufgrund der Stichprobengröße die Verletzung ($p=0,026$) toleriert werden).

Tabelle 25: Signifikanzen zwischen den KFG-Gruppen für Fragestellung VI 2.

	G1	G2	G3
G2	$p=0,428$		
G3	$p=0,002$	$p<0,001$	
G4	$p=0,010$	$p=0,047$	$p=0,923$

rote Zahlen stehen für signifikante Ergebnisse

In der Skala „*Aufwertung des Glücksspiels*“ zeigen sich wiederum von Gruppe 4 ausgehend abwärts die höchsten Durchschnittswerte. Die Unauffälligen unterscheiden sich signifikant von Gruppe 3 ($p=0,025$) und 4 ($p=0,010$), Gruppe 2 und 4 tendenziell bei Signifikanzniveau 10% ($p=0,090$). Die Berechnung erfolgte parametrisch, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren.

„*Zentraler Lebensinhalt*“ ($p<0,001$) scheint das Glücksspiel am ehesten bei fortgeschrittener Glücksspielsucht zu sein, hier zeigen sich die höchsten Werte, gefolgt von Gruppe 3, Gruppe 2 und die Unauffälligen weisen einen sehr niedrigen Wert auf (siehe Abbildung 14). Sie unterscheiden sich signifikant von Gruppe 3 ($p=0,006$) und Gruppe 4 ($p=0,014$). Von diesen zwei Gruppen

unterscheidet sich hoch signifikant auch die Gruppe beginnender Glücksspielproblematik ($p < 0,001$ für G2:G3 und $p = 0,004$ für G2:G4). Die Berechnung erfolgte parametrisch mittels einfacher Varianzanalyse, da sämtliche Voraussetzungen erfüllt waren.

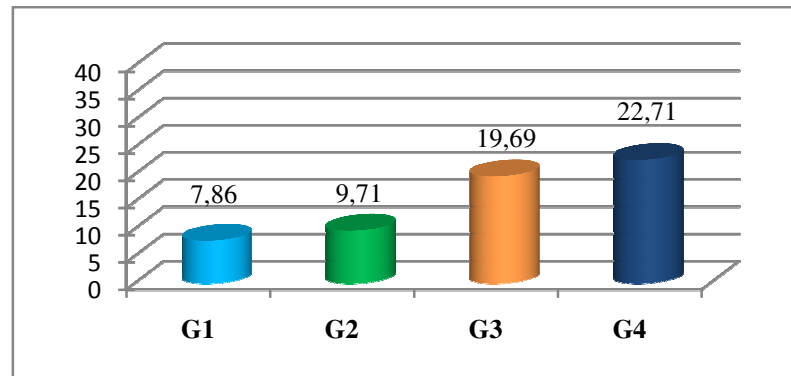


Abbildung 14. Durchschnittswerte für „Zentraler Lebensinhalt“ nach KFG-Gruppen.

Schließlich findet man bei „*Verheimlichung*“ ($p < 0,001$) den höchsten Durchschnittswert in der Gruppe 3, gefolgt von Gruppe 4, und wiederum den niedrigsten bei Gruppe 1. Gruppe 1 und 3 ($p = 0,048$) sowie Gruppe 2 und 3 ($p < 0,001$) unterscheiden sich signifikant voneinander, was die Komponente der Verheimlichung bei der Symptomatik des Glücksspiels anbelangt. Die Berechnung erfolgte parametrisch, da die Voraussetzungen erfüllt waren: $p = 0,062$ nach Levene-Test für die Homogenität der Varianzen; die Normalverteilung war für die Gruppen 1 ($p = 0,158$) und 4 ($p = 0,826$) gegeben, und die Verletzung konnte für die Gruppen 2 ($p < 0,001$) und 3 ($p = 0,019$) aufgrund der Stichprobengröße toleriert werden.

Fragestellung VII:

Bei der Klassifikation ($n = 146$) mittels Clusteranalyse mit fünf Lösungen können die Cluster wie folgt beschrieben werden:

Cluster 1 ($n = 8$): Bezüglich Funktionalität des Glücksspiels auf den finanziellen Gewinn und das Spielen als Ersatz/Flucht ausgerichtete, im Erleben während des

Glücksspiels durch gehobene Stimmung und Konzentration ausgezeichnete, in der Symptomatik das Glücksspiel aufwertende Personen mit hoher Lebenszufriedenheit und Leistungsorientierung, die eher ruhig/selbstbeherrscht, nicht überfordert/belastbar und emotional stabil sind. Sie spielen durchschnittlich fünf bis sechs Stunden pro Tag und sehr lange (durchschnittlich 104 Monate).

Cluster 2 (n=27): Eher auf den finanziellen Gewinn ausgerichtete, beim Spiel gut gelaunte, selbstsichere, konzentrierte Spieler, die verhältnismäßig hohe Werte auf den Skalen zur Symptomatik aufweisen. Sie weisen ein eher unauffälliges Persönlichkeitsprofil auf, sind eher lebenszufrieden und leistungsorientiert, eher erregbar und beansprucht, selbstsicher und extravertiert. Die durchschnittliche Spieldauer liegt bei fünf bis sechs Stunden am Tag, 21 Monate.

Cluster 3 (n=74): Die größte Gruppe zeigt hohe Werte auf allen drei Skalen Symptomatik, Funktionalität und Erleben auf. Das Glücksspiel ist Ersatz-/Fluchtverhalten, aber auch auf den finanziellen Gewinn ausgerichtet. Im Erleben während des Glücksspiels zeigen sich die höchsten Werte auf den Skalen „Deprimiertheit“ und „Erregung“. Die Symptomatik ist sehr stark ausgeprägt. In der Persönlichkeit sind diese Spieler erregbar/empfindlich, angespannt/überfordert, aggressiv, emotional labil und zeigen auch körperliche Beschwerden. Sie spielen durchschnittlich sechs bis sieben Stunden am Tag, jedoch noch nicht allzu lange, der Durchschnitt liegt bei 19 Monaten.

Cluster 4 (n=17): Bei diesen Personen hat das Spielen eher die Funktion Ersatz-/Fluchtverhalten. Hier zeigen sich hohe Werte bezüglich des Erlebens während des Glücksspiels, besonders in der Skala „Erregung“ sowie gleich ausgeprägt Werte auf den Skalen „Deprimiertheit“ und Gehobene Stimmung“. Diese Spieler tendieren zur Aufwertung des Glücksspiels, jagen aber auch Verlusten nach und versuchen, es einzuschränken. Sie scheinen selbstsicher, jedoch erregbar, aggressiv und stark beansprucht zu sein. Die durchschnittliche Spieldauer liegt bei fünf bis sechs Stunden am Tag über durchschnittlich 61 Monate.

Cluster 5 (n=20): Diese Spieler zeigen niedrige Werte auf den Skalen zu Symptomatik und Erleben auf. Bezüglich Funktionalität scheint das Glücksspiel eher Ersatz-/Fluchtverhalten zu sein. Sie weisen ein eher unauffälliges

Persönlichkeitsprofil auf, sind aber im Clustervergleich wenig leistungsorientiert/ehrgeizig, erregbar, wenig beansprucht und emotional labil. Die durchschnittliche Spieldauer liegt bei sechs bis sieben Stunden am Tag für 29 Monate.

Die Skalen „Lustbetonte Tätigkeit“ (Funktionalität), „Gesundheitssorgen“ (FPI-R) sowie die Spielhäufigkeit pro Woche wurden nicht interpretiert, da keine signifikanten Unterschiede laut Varianzanalyse vorliegen.

Zusammenfassend kann man die Personen in Cluster 1 als „*professionelle Spieler*“ bezeichnen, die auf den finanziellen Gewinn ausgerichtet, sehr leistungsmotiviert sind und eine positive Einstellung dem Glücksspiel gegenüber haben; Personen in Cluster 2 als „*positiv eingestellte Gelegenheitsspieler*“ ohne Persönlichkeitsauffälligkeiten, für die das Glücksspiel vorwiegend Unterhaltung darstellt; Personen in Cluster 3 als „*typische pathologische Spieler*“, die in den Skalen Funktionalität, Erleben und Symptomatik durchgehend hohe Werte aufweisen, in der Persönlichkeit erregbar, empfindlich, angespannt, überfordert, emotional labil sind, körperliche Beschwerden aufzeigen und viele Stunden am Tag mit dem Glücksspiel verbringen. Cluster 4 kennzeichnet „*emotionale, pathologische Spieler*“, die in den Skalen des Erlebens während des Glücksspiels hohe Werte aufweisen, und Cluster 5 „*Gleichgültige*“, die in den Skalen Symptomatik und Erleben niedrige Werte aufweisen, und für die das Glücksspiel eher eine Funktion als Ersatz-/Fluchtverhalten hat.

In der folgenden Abbildung 15 sind die FPI-R-Profile nach den fünf Clustern veranschaulicht.

Tabelle 26 zeigt die zum obigen Profil gehörenden Mittelwerte und Standardabweichungen der FPI-R-Skalen für die fünf Cluster.

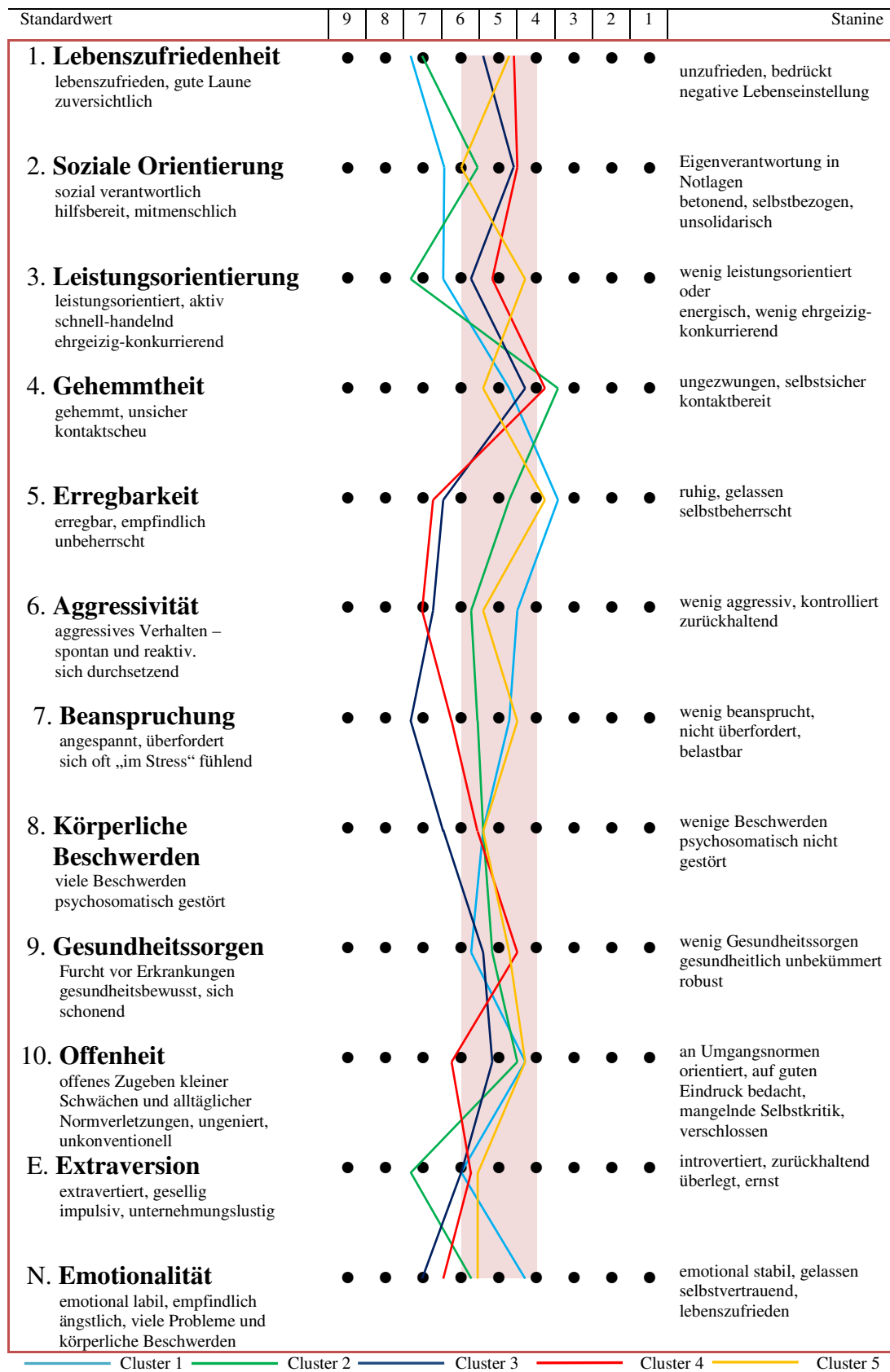


Abbildung 15. FPI-R-Profil in den fünf Clustern.

Tabelle 26: Mittelwerte und Standardabweichungen der FPI-R-Skalen für die fünf Cluster.

	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4		Cluster 5	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
FPI-R 1	7,25	2,19	7,04	0,90	5,26	2,13	4,65	2,42	4,90	2,05
FPI-R 2	6,38	2,33	5,59	1,89	4,58	2,03	4,53	2,07	6,00	2,32
FPI-R 3	6,50	1,85	7,22	1,34	5,70	2,11	5,06	2,95	4,15	2,40
FPI-R 4	4,88	1,46	3,22	1,40	4,30	1,81	3,88	1,17	5,25	1,80
FPI-R 5	3,38	2,50	4,89	2,03	6,50	1,76	6,88	1,05	3,85	2,37
FPI-R 6	4,50	1,93	5,96	2,00	6,80	1,62	7,00	1,23	5,55	1,88
FPI-R 7	4,75	1,91	5,93	1,24	7,12	1,28	6,18	1,19	4,50	2,21
FPI-R 8	5,38	0,74	5,26	1,40	6,62	1,50	5,53	1,55	5,25	0,97
FPI-R 9	5,88	2,17	5,07	1,90	5,22	1,75	4,53	2,58	4,70	2,03
FPI-R 10	4,25	1,67	4,63	1,31	5,16	1,41	6,12	1,17	4,30	2,16
FPI-R E	6,00	1,85	7,30	0,91	5,95	1,52	5,88	2,03	5,40	1,40
FPI-R N	4,12	1,73	5,74	1,58	7,01	1,24	6,35	2,06	5,60	1,35

Fragestellung VIII:

Um Prädiktoren für die Glücksspielsucht zu finden, wurde eine (Binäre) Logistische Regression (N=136) durchgeführt. Dabei war die abhängige Variable die Gruppe der nicht-spielsüchtigen (KFG-Gruppen 1 und 2) mit n=41 versus die Gruppe der Spielsüchtigen (KFG-Gruppen 3 und 4) mit n=95. Als Prädiktorvariablen wurden in die Berechnung miteinbezogen: die FPI-R-Skalen „Lebenszufriedenheit“, „Soziale Orientierung“, „Leistungsorientierung“, „Gehemmtheit“, „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Beanspruchung“, „Extraversion“ und „Emotionalität“; die Skalen zur Funktionalität des Glücksspiels „Ersatz-/Fluchtverhalten“, „lustbetonte Tätigkeit“ und „finanzieller Gewinn“ sowie die Dauer des intensiven Glücksspiels und Probleme mit Alkohol.

Als signifikante Prädiktoren für die Glücksspielsucht haben sich berechnen lassen:

- „Soziale Orientierung“
- „Erregbarkeit“
- „Emotionalität“
- „Ersatz-/Fluchtverhalten“
- „finanzieller Gewinn“
- die Dauer des intensiven Glücksspiels, sowie knapp signifikant die
- „Lebenszufriedenheit“ (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Prädiktorvariablen der Glücksspielsucht.

Prädiktorvariable	p	Exp(B)	Wald
„Soziale Orientierung“	0,003	1,981	8,766
„Erregbarkeit“	0,028	1,691	4,815
„Emotionalität“	0,002	2,194	9,332
„Ersatz-/Fluchtverhalten“	<0,001	1,357	14,393
„finanzieller Gewinn“	0,048	0,790	3,903
Dauer des intensiven Glücksspiels	0,001	0,935	11,891
„Lebenszufriedenheit“	0,054	0,706	3,712

Die Güte dieses Modells ist nach dem berechneten Nagelkerke-Koeffizient von 0,731 als zufriedenstellend zu bezeichnen. Die Richtigkeit der Vorhersage der Spielsucht, verglichen mit den wahren Werten, liegt nach dieser Berechnung bei 89,7%.

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Von insgesamt 146 befragten Personen waren 84,9% Männer und 15,1% Frauen, was der Verteilung in anderen themengleichen Studien bzw. vorliegenden Daten entspricht.

Bei den meisten Befragten ist das Glücksspiel in privaten Spielcasinos zu einem Problem geworden (70,5%). Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich hier um Pokerspiele handelt, nachdem die Untersuchung in Wien stattfand und zu diesem Zeitpunkt in den privaten Spielcasinos, abgesehen von wenigen Glücksspiel- bzw. Wettautomaten, ausschließlich Poker angeboten wurde. Bei jeweils 11,6% sind auch Roulette und Glücksspiele in Hinterzimmern zu einem Problem geworden.

62,3% der Befragten haben infolge des Glücksspiels finanzielle Schulden gemacht. Die hohe Verschuldung der Glücksspielsüchtigen und der Kontrollverlust sind erfahrungsgemäß der zündende Grund zur Aufnahme des Erstkontaktes mit einer Beratungsstelle.

Bei der Frage, inwieweit sie sich vom Glücksspiel abhängig fühlen, antworteten ca. 60% mit „ziemlich“ bis „sehr stark“. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen der subjektiv empfundenen und der tatsächlich erhobenen „Abhängigkeit“. Den Ergebnissen des Kurzfragebogens zum Glücksspielverhalten nach sind nur 4,8% („Unauffällige“) als nicht behandlungsbedürftig einzustufen, weisen also keine pathologischen Züge auf. Es ist durchaus möglich, dass sich viele der hier Befragten zwar im Suchtstadium befinden (siehe Meyer & Bachmann, 1993), jedoch in der Gewinnphase (nach Custer, 1987, zitiert nach Meyer & Bachmann, 1993), und die verheerenden Folgen noch nicht erfahren haben bzw. diese noch nicht absehen können. Die meisten Diagnosekriterien für das pathologische Glücksspiel nach dem DSM-IV sind bei vielen erfüllt, so z.B. die häufige

Beschäftigung mit dem Glücksspiel, wiederholte Versuche, das Glücksspiel einzuschränken oder damit aufzuhören, die Teilnahme am Glücksspiel, um Problemen zu entfliehen, Geldverluste und Aufholjagd und die Vernachlässigung anderer Lebensbereiche.

Die meisten Befragten sind dem Erscheinungsbild des Glücksspielverhaltens nach als „Gewohnheitsspieler“ zu bezeichnen (vgl. Custer & Milt, 1985). In dieser Untersuchung entspräche das in etwa Cluster 3 mit der höchsten Anzahl der Befragten, nämlich 74. Hier kann auch, im Unterschied zu Meyers Untersuchung (1991), ein Cluster „professionelle Spieler“ ausgemacht werden, der zwar nur acht Personen umfasst, jedoch anhand der untersuchten Population von Pokerspielern zu erwarten war (vgl. Custer & Milt, 1985).

Ebenfalls im Unterschied zu Meyer bzw. den von der Therapiestelle „AS“ referierten Kennzahlen konnten in dieser Untersuchung keine depressiven Persönlichkeitsstrukturen festgestellt werden.

Die Komorbidität mit substanzgebundenen Suchtmitteln liegt insgesamt bei 21,4%, also vergleichsweise niedrig.

Kein so eindeutiges Bild ergibt sich bei der Frage nach der Entstehung des Glücksspiels. Schulbildung bzw. Berufstätigkeit können in dieser Untersuchung nicht zur Erklärung herangezogen werden. Das vorangehende Glücksspiel im Freundeskreis als Ursache liefert hier keinen besonderen Hinweis. Es scheint keine große Rolle zu spielen, ob man schon bevor man selber in das Glücksspiel involviert ist, mit Freunden bzw. Familie Spiele um Geld gespielt hat. Soziale und soziokulturelle Faktoren spielen aber sicherlich eine Rolle, sei es dass sie den Zugang zum Glücksspiel erleichtern bzw. eine Vorbildfunktion ausüben.

Bezüglich der Folgen des Glücksspiels resultiert auch kein eindeutiges Bild. Man kann aber sagen, dass bei den Unauffälligen keine Folgen verzeichnet sind, während Personen aus der Gruppe mit mittelgradiger Glücksspielssucht sehr wohl wegen ihrer Spielleidenschaft sowohl den Verlust des Arbeitsplatzes (15 Personen), die Aufgabe der Wohnung (zehn Personen), den Bezug von

Sozialhilfe/Arbeitslosengeld (17 Personen), das Ende einer bestehenden Partnerschaft (sieben Personen) als auch Selbstmordgedanken (16 Personen) (vgl. Meyer & Bachmann, 1993), wohlgerneht als einzige Gruppe, angeben. Die Gruppe mit fortgeschriltener Glücksspielsucht scheint auch gezeichnet. Die körperliche Gesundheit wird seltener als beeinträchtigt erlebt (wie bei Meyer, 1989). Wie schon erwähnt gab kein einziger Befragter einen Selbstmordversuch als Folge an.

Bei den Beeinträchtigungen durch das Glücksspiel in unterschiedlichen Lebensbereichen findet sich der höchste Prozentsatz (ca. 65%) in Hinsicht auf die finanzielle Situation, erwartungsgemäß am meisten ausgeprägt in den Gruppen mittelgradiger und fortgeschriltener Glücksspielsucht. Diese Gruppen weisen auch in den Bereichen „Partnerschaft/Familienleben“, „seelisches Wohlbefinden“, „körperliche Gesundheit“, „Berufstätigkeit/Ausbildung“, „Freizeitmöglichkeiten“ und „Lebensfreude“ die höchsten Prozentsätze bei den Beeinträchtigungen auf, gefolgt von der Gruppe beginnender Glücksspielproblematik, wo jedoch verhältnismäßig nur wenige Personen Beeinträchtigungen erleben (die meisten hinsichtlich finanzieller Situation, Partnerschaft, seelischen Wohlbefindens und Freizeitmöglichkeiten).

Interessant ist, dass sich Personen mit beginnender Glücksspielproblematik in wesentlichen Aspekten von denen unterscheiden, die schon glücksspielsüchtig sind. Deshalb wäre es im Fall der Glücksspielsucht besonders wichtig, Präventivmaßnahmen zu fordern. Das wäre beispielsweise durch Kontrolle und Einschränkungen der Spielhäufigkeit auch in privaten Spielcasinos möglich und empfehlenswert.

5.2 Kritik der eigenen Untersuchung

Es wurde ein schon bestehender Fragebogen verwendet, und daher wurden einige themenrelevante Fragen ausgelassen, so z.B. die Frage nach der Nationalität. Die Frage nach der Ausbildung enthält keine Information über eine eventuell

abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre), sondern nur über Schulausbildung. Weiters wäre es interessant gewesen, zu erheben, ob schon eine Behandlung in Anspruch genommen wurde bzw. ob sie erfolgreich ist/war.

Da zum Zeitpunkt der Erhebung das Glücksspiel im Internet noch nicht aktuell war, war dieser Aspekt auch nicht Teil der Untersuchung. Die Informationen wären zum jetzigen Zeitpunkt sehr wichtig und interessant.

6 Zusammenfassung

Ziel dieser Untersuchung war es, anhand der Untersuchung von Pokerspielern ein aktuelles Bild des Glücksspiels für Österreich zu liefern. Das ist u.a. dadurch möglich geworden, weil das Problembewusstsein in der Bevölkerung und in der Politik gestiegen ist und somit vermehrt Daten für Österreich zugänglich sind.

Obwohl Poker als Geschicklichkeitsspiel angesehen werden kann bzw. es allerorts Bemühungen in die Richtung gibt, es als solches zu legalisieren, zeigen sich bei den Befragten der vorliegenden Untersuchung deutliche Anzeichen einer Glücksspielsucht. Nur 4,8% der Befragten gelten nach dem Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten als nicht behandlungsbedürftig, was neben den erhobenen Spielhäufigkeiten, Folgen und hohen finanziellen Schulden auch im Bereich Poker besorgniserregend erscheint.

Diese 4,8% „Unauffälligen“ unterscheiden sich laut vorliegender Studie in wichtigen Aspekten von den Behandlungsbedürftigen, so z.B. in ihrer Persönlichkeitsstruktur, in der Funktionalität und Symptomatik des Glücksspiels, im Erleben während und den Beeinträchtigungen in Folge des Glücksspiels.

Als gute Vorhersagevariablen von Glücksspielsucht haben sich bezüglich Persönlichkeit höhere „Soziale Orientierung“, hohe „Erregbarkeit“ und hohe „Emotionalität“ und bezüglich Funktionalität d.h. Motivation hohes „Ersatz-/Fluchtverhalten“ herausfiltern lassen.

Beim Versuch einer Klassifikation der Untersuchten konnten folgende Cluster ermittelt werden: 1. „*professionelle Spieler*“, 2. „*positiv eingestellte Gelegenheitsspieler*“, 3. „*typische pathologische Spieler*“, 4. „*emotionale, pathologische Spieler*“ und 5. „*Gleichgültige*“.

Die Thematik Glücksspiel und Glücksspielsucht ist und bleibt ein spannendes Forschungsgebiet sowohl auf politischer als auch auf individueller, nationaler und internationaler Ebene und ist, vor allem in Zeiten des uneingeschränkten und grenzenlosen Zugangs zum World Wide Web, mit großer Vorsicht zu betrachten und verdient aus klinisch psychologischer Sicht vermehrte Beachtung.

7 Literatur

- Abt, V., McGurrin, M.C. & Smith, J.F. (1985). Toward a synoptic model of gambling behaviour. *Journal of Gambling Behaviour*, 1(2), 79-88.
- Adler, A. (1974) Individualpsychologische Behandlung der Neurosen. In A. Adler, Praxis und Theorie der Individualpsychologie (S.48-66). Frankfurt: Fischer Taschenbuch. (Ursprünglich 1913)
- Anonyme Spieler Salzburg. 2007. Pressecenter – Presse-Archiv – Presseberichte im Vorfeld der PK vom 8.11.07. Zugriff am 07.05.2008 Verfügbar unter: http://www.anonymespieler.at/pressecenter_1/archiv/presseberichte_im_vorfeld_der_pk_vom_8_11_07/
- Berger, P., Haring, C., Hofmann, P., Horodecki, I., Kasper, S., Lehofer, M., Lierzer, M., Musalek, M., Poppe, H., Prunnlechner-Neumann, R., Quantschnig, B. (2005). Spielsucht – eine nicht stoffgebundene Sucht. [Elektronische Version]. *CliniCum, Sonderausgabe Dezember 2005*.
- Bergler, E. (1970). *The psychology of gambling*. New York: International Universities Press.
- Blaszczynsky, A.P., Winter, S.W. & Mc Conaghy, N. (1986). Plasma endorphin levels in pathological gambling. *Journal of Gambling Behaviour*, 2(1), 3-14.
- Bolen, D.W. & Boyd, W.H. (1968). Gambling and the gambler. *Archives of General Psychiatry*, 18, 617-630.
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bundeskanzleramt. (2008). Rechtsinformationssystem – Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Glücksspielgesetz. Zugriff am 18.05.2008 Verfügbar unter: <http://www.ris2.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?QueryID=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10004611>

- Carlton, P.L. & Manowitz, P. (1987). Physiological factors and determinants of pathological gambling. *The Journal of Gambling Behaviour*, 3, 274-285.
- Casinos Austria AG. (2006a). *Jahresbericht 2006* [Broschüre]. Holzhausen: Druck + Medien.
- Casinos Austria AG. (2006b). *Corporate Social Responsibility (CSR) Bericht* [Broschüre]. Holzhausen: Druck + Medien.
- Custer, R.L. (1987). The Diagnosis and Scope of Pathological Gambling. In T.Galski (Ed.), *The Handbook of Pathological Gambling* (pp.3-7). Springfield (USA): Thomas.
- Custer, R.L. & Milt, H. (1985). *When luck runs out*. New York: Facts on File Publications.
- Dickerson, M.G. (1984). *Compulsive gamblers*. London: Longman.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Bern: Huber.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Revidierte Fassung. Handanweisung. 6. Auflage* Göttingen: Hogrefe.
- Fett, A. (1996). *Glück-Spiel-Sucht: Konzepte und Behandlungsmethoden*. Freiburg: Lambertus.
- Freud, S. (1928). Dostojewski und die Vätertötung. Ges. Werke (1925-1931), Bd. 14. Frankfurt am Main: Fischer.
- Goldstein, L., Manowitz, P., Nora, R., Swartzburg, M. & Carlton, P.L. (1985). Differential EEG activation and pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 20, 1232-1234.

- Graham, J.R. & Lowenfeld, B.H. (1986). Personality dimensions of the pathological gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 58-66.
- Greenson, R.R. (1947). On gambling. *American Imago*, 4, 61-77.
- Griesser, B. (1991). *Der pathologische Spieler*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Harrich, M. (1999). *Glücksspielsucht: Ursachen und Auswirkungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Klagenfurt.
- Hattingberg, H. von (1914). Analerotik, Angstlust und Eigensinn. *Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, 2, 244-258.
- Hayer, T., Bachmann, M. & Meyer, G. (2005). Pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen im Internet. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 28 (1-2), 29-41. Zugriff am 26.02.2008. Verfügbar unter http://www.user.uni-bremen.de/%7Edrmeyer/index_dateien/WZ%2028_05.pdf
- Hinterhuber, H., Prunnlechner-Neumann, R. & Märk, H. (1999) Historische und transkulturelle Aspekte des Glücksspiels. In R. Prunnlechner & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Wenn Spielen zur Sucht wird* (S.20-34). Innsbruck: VIP.
- Horodecki, I., Berger, P., Fröhlich, R., Gizicki, W., Gumhalter-Scherf, M. (1998). *Wenn das Glücksspiel zum Problem wird...* Informationsbroschüre der Beratungsstelle-Therapiezentrum für SpielerInnen und Angehörige. Gemeinnütziger Verein „Anonyme Spieler“. Wien.
- Jacobs, D.F. (1989). A general theory of addictions: rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. In H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino & T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive Gambling* (pp. 35-64). Lexington: Lexington Books.

- Janke, W. & Debus, G. (1978). Eigenschaftswörterliste. In: G. Meyer, Glücksspieler in Selbsthilfegruppen – Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (S.62). Hamburg: Neuland.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.
- Lesieur, H.R. (1979). The compulsive gamblers spiral of options and involvement. *Journal of the Study of Interpersonal Processes*, 42, 79-87.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford.
- Meyer, G. (1983). *Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit – Objekte pathologischen Glücksspiels*. Bochum: Brockmeyer.
- Meyer, G. (1986). Abhängigkeit vom Glücksspiel. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 34, 140-156.
- Meyer, G. (1989). *Glücksspieler in Selbsthilfegruppen – Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. Hamburg: Neuland.
- Meyer, G. (1991a). Klassifikation von Glücksspielern aus Selbsthilfegruppen mittels Clusteranalyse. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 39, 261-282.
- Meyer, G. (1991b) *Pathologisches Glücksspiel – Erscheinungsbild und Erklärungsansätze*. Arbeitspapier Nr.23 des Schwerpunktes Finanzwissenschaft, Betriebswirtschaftliche Steuerlehre. Trier: Universität Trier.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (1993). *Glücksspiel. Wenn der Traum vom Glück zum Alptraum wird*. Berlin: Springer.

- Milkman, H. & Sunderwirth, S. (1982). Addictive processes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 177-192.
- Moran, E. (1970). Pathological gambling. *British Journal of Hospital Medicine*, 4, 59-70.
- Novomatic. (2008). Selbsttest. Zugriff am 19.05.2008 Verfügbar unter: <http://www.gluecksspielsucht.at/selbsttest.php>
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Beltz.
- Petry, J. (1998). Geld, Selbstwert, Glücksspielsucht und therapeutisches Geld-/Schuldenmanagement. In I.Füchtenschnieder & J.Petry (Hrsg.), *Glücksspielsucht: Gesellschaftliche und therapeutische Aspekte* (S.77-102). München: Profil.
- Petry, J. (2003). *Pathologisches Glücksspielverhalten. Ätiologische, psychopathologische und psychotherapeutische Aspekte*. Geesthacht: Neuland.
- Petry, J. & Baulig T. (1996). Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten. In J. Petry, *Psychotherapie der Glücksspielsucht* (S.300). Weinheim: Beltz.
- Pietsch, F. (2008). *Spielsucht aus der Sicht des BMGFJ – Österreich quo vadis?* Präsentation anlässlich der Fachtagung „Suchtkrank: Glücksspielsucht und substanzgebundene Komorbidität“, Hinterbrühl, Österreich, Jänner 2008.
- Prunnlechner, R. & Hinterhuber, H. (Hrsg.). (1999). *Wenn Spielen zur Sucht wird*. Innsbruck: VIP.
- Racek, M. (2008). *Vorstellung der Novomatic AG*. Präsentation anlässlich der Fachtagung „Suchtkrank: Glücksspielsucht und substanzgebundene Komorbidität“, Hinterbrühl, Österreich, Jänner 2008.

- Reid, R.L. (1986). The psychology of the near miss. *Journal of Gambling Behaviour*, 2, 32-39.
- Revenstorf, D. & Metsch, H. (1986). Lerntheoretische Grundlage der Sucht. In W. Feuerlein (Hrsg.), *Theorie der Sucht* (S. 121-150). Berlin: Springer.
- Rosecrane, J. (1988). *Gambling Without Guilt*. Pacific Grove (USA): Brooks/Cole.
- Roy, A., De Jong, J. & Linnoila, M. (1989). Extraversion in pathological gamblers. *Archives of General Psychiatry*, 46, 679-681.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schreiber, L.H. (1992). *Drogenabhängigkeit und Spielsucht im Vergleich: kleines Handbuch für Juristen, Kriminalisten, Mediziner und Suchtberater zum Gesamtproblem Sucht*. Heidelberg: Kriminalistik-Verlag.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.
- Stekel, W. (1924). The gambler. In J.S. Van Teslaar (Trans-ed.), *Peculiarities of Behavior* (pp.233-255). New York: Liveright.
- Vent, P. (1999). *Spielsucht als Affektregulation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wallace, F.R. (1968). *Poker-A Guaranteed Income for Life By Using the Advanced Concepts of Poker*. Wilmington: I&O Publishing.
- Walters, G.D. (1994). The Gambling lifestyle 1: Theory. *Journal of Gambling Studies*, 10, 159-182.
- Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie, Suchttherapie und -forschung. (2007). Substanzungebundene Sucht – Spielsucht. Zugriff am: 18.05.08 Verfügbar unter: <http://www.sucht->

addiction.info/content/docs/Spielsuchtneu.pdf?PHPSESSID=004cb000b359209f011a93c64fb2b25c

Zanoni, P. (2006). Rede anlässlich des “World Poker Kongresses” in Stockholm 28.06.2006. Zugriff am: 19.05.08 Verfügbar unter: <http://www.epsa.eu/index.php?id=110&L=0>

Zimbardo, P.G. (1995). *Psychologie*. Berlin: Springer.

Zollinger, M. (1997). *Geschichte des Glücksspiels vom 17. Jahrhundert bis zum 2. Weltkrieg*. Wien: Böhlau

8 Anhang

Lebenslauf

Biljana Djurdjević



E-mail: robilly13@yahoo.de

Geburtsdatum

13.12.1977

Nationalität

Österreich

Geburtsort

Wiener Neustadt (Österreich)

Familienstand

ledig

Ausbildung

1983-1987	Volksschule in Živinice, Bosnien und Herzegowina	
1988 - 1992	Hauptschule in Wien	
1992 - 1996	Oberstufenrealgymnasium in Wien	Matura mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen
1996 - 2008	Studium der Psychologie an der Universität Wien	2001: 1. Teil der Diplomprüfung

Beruflicher Werdegang

Im Jahr 2000 sechswöchiges Pflichtpraktikum für das Psychologiestudium in der Justizanstalt Wien-Favoriten absolviert.

Seit 1999, zuerst nebenberuflich zum Studium, später in Vollzeit, in diversen Card-Casinos in ganz Österreich tätig – anfangs als Card-Croupier, später auch als Dealer-Coordinator und Floor-Manager-Assistent. Gleichzeitig laufend wochenweise bei Pokerturnieren in ganz Europa sowie auf Kreuzfahrten und international in den genannten Bereichen mitgewirkt bzw. auch in der Poker-Turnierorganisation und -leitung. Zuletzt als Casino-Manager bzw. Floor-Manager in Prag (Tschechien) und Athlone (Irland) tätig.

Während kurzer Unterbrechungen der Casinotätigkeit u.a. als Flugbegleiterin bei (ehem.) LaudaAir bzw. als Allround-Sekretärin für die Vorsorge-Finanzierungsberatungsgesellschaft VFG tätig.