



Landeszentrale  
für Gesundheitsförderung  
in Rheinland-Pfalz e.V.

---

# PERSON, PERSÖNLICHKEIT UND GLÜCKSSPIELSUCHT

---

## FACHTAG

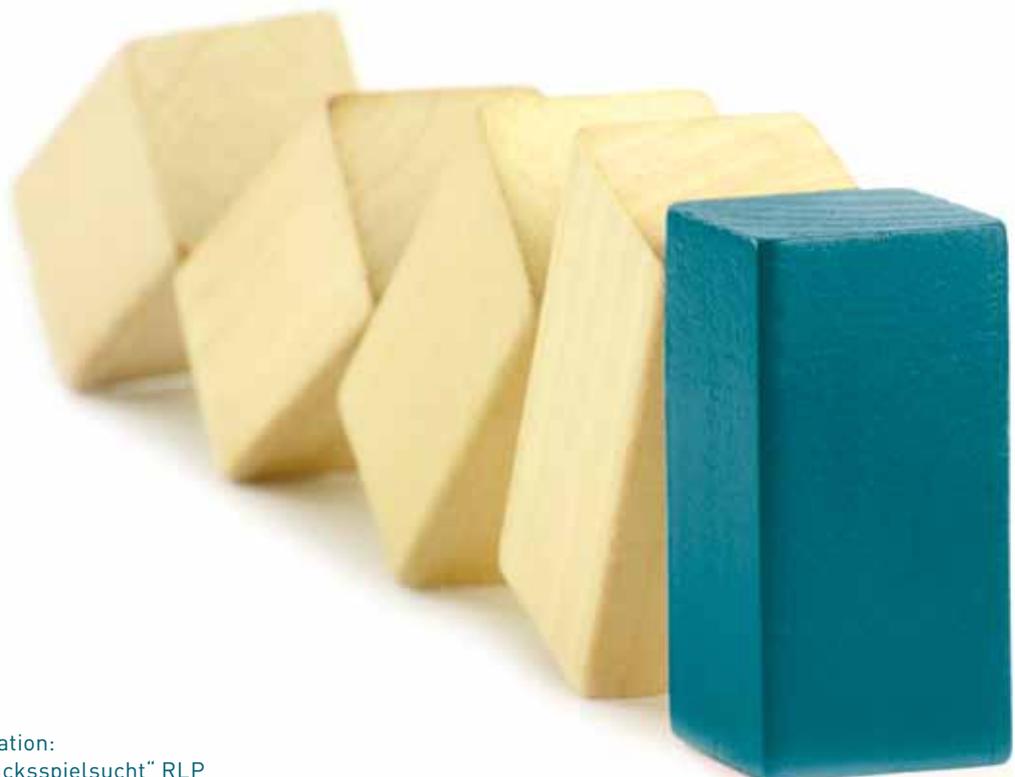
### ZUR PRÄVENTION DER GLÜCKSSPIELSUCHT

---

17. JUNI 2013  
IN DER AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN  
UND DER LITERATUR IN MAINZ



2013



Veranstalter & Projektkoordination:  
Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP  
im Büro für Suchtprävention der  
Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)

# INHALT

---

<b>1. PRÄVENTION DER GLÜCKSSPIELSUCHT</b> Eine Einführung in das Thema	<b>3</b>
<b>2. DAS BÜRO FÜR SUCHTPRÄVENTION DER LZG</b>	<b>4</b>
<b>3. GRUSSWORTE</b> des LZG-Geschäftsführers Jupp Arldt und der Landesdrogenbeauftragten Sabine May	<b>5</b>
<b>4. KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DES ZUSAMMENHANGS VON PERSÖNLICHKEIT UND GLÜCKSSPIELSUCHTVERHALTEN</b> Prof. Dr. M. E. Beutel, E. Duven, S. Giral, M. Dreier, K. W. Müller & Dr. K. Wölfling, Ambulanz für Spielsucht der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz	<b>8</b>
<b>5. ONLINE-GLÜCKSSPIELE UND SPORTWETTEN – SPIELANREIZE UND SUCHTGEFAHREN</b> Dr. Tobias Hayer, Universität Bremen, Institut für Psychologie und Kognitionsforschung (IPK)	<b>13</b>
<b>6. WORKSHOP 1:</b> <b>Verhaltenssucht, Persönlichkeit und die therapeutische Bedeutung</b> Kai W. Müller & Sebastian Giral, Ambulanz für Spielsucht der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitäts- medizin Mainz	<b>17</b>
<b>7. WORKSHOP 2:</b> <b>ADHS und Pathologisches Glücksspiel</b> Prof. Dr. Wolfgang Retz, Neurozentrum am Universitätsklinikum des Saar- landes, Institut für Forensische Psychologie und Psychiatrie Homburg/Saar	<b>19</b>
<b>8. WORKSHOP 3:</b> <b>Geldmanagement</b> Petra Hammer-Scheuerer, Diakonisches Werk Kassel, Zentrum für Sucht- und Sozialtherapie	<b>24</b>
<b>9. WORKSHOP 4:</b> <b>Störungen bei Menschen mit Internetabhängigkeit</b> PD Dr. med. Bert Theodor te Wildt, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum	<b>26</b>
<b>10. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>30</b>
<b>11. KURZBIOGRAFIEN DER REFERENTINNEN UND REFERENTEN</b>	<b>32</b>
<b>12. FLYER</b>	<b>35</b>
<b>13. IMPRESSUM</b>	<b>36</b>

---

## 1. PRÄVENTION DER GLÜCKSSPIELSUCHT EINE EINFÜHRUNG IN DAS THEMA

Spielen – das heißt experimentieren, erkunden, riskieren, sich an Regeln halten und auf das Glück hoffen. Das sind wichtige Erfahrungen, die bereits Kinder und Jugendliche frühzeitig für eine gesunde Entwicklung sammeln. Wir spielen ohne bestimmten Zweck, zur Entspannung, aus Freude und weil es gesellig ist. Wenn wir spielen, tauchen wir ein in eine spannende Welt. Um die positiven Effekte des Spiels genießen zu können, soll es eine Ergänzung bzw. Bereicherung unseres Alltags bleiben. Wer das Spiel jedoch in den Mittelpunkt seines Lebens stellt, verliert den Reiz daran und vor allen Dingen die Kontrolle. Wenn das Glücksspiel – ob am Automaten oder am Spieltisch – im Leben eines Menschen den Mittelpunkt einnimmt, spricht man von einem problematischen Spielverhalten oder sogar von einer Glücksspielsucht. Das Spiel wird zum Selbstzweck und beherrscht den Alltag des Spielenden.

Nach der PAGE-Studie zeigen 1,4 Prozent der deutschen Bevölkerung ein problematisches Glücksspielverhalten, das bedeutet umgerechnet auf Rheinland-Pfalz etwa 56.000 Menschen. Dazu kommen 0,9 Prozent der Bevölkerung, also etwa 40.000 Personen in Rheinland-Pfalz, die als glücks-spielsüchtig einzuschätzen sind (Studie „Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung“ aus dem Jahr 2011, gefördert aus Mitteln der Länder). Darüber hinaus gibt es die Angehörigen, die mit dem Thema Glücksspielsucht konfrontiert sind. Spielsucht ist – wie andere Süchte auch – ein Familienthema. Glücksspielprobleme sind ernst zu nehmen und ein frühzeitiges Erkennen kann negative persönliche bzw. finanzielle Folgen verhindern. Die Prävention zum Thema Glücksspielsucht bildet seit 2006 einen Schwerpunkt im Büro für Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG).

## 2. DAS BÜRO FÜR SUCHTPRÄVENTION DER LZG

Seit 2008 gibt es im Büro für Suchtprävention LZG die Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP. Sie koordiniert im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie die Arbeit zum Thema Prävention der Glücksspielsucht in Rheinland-Pfalz. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übernehmen folgende Aufgaben bei der Prävention der Glücksspielsucht:

- Unterstützung und landesweite Koordination von Angeboten zum Thema
- Fort- und Weiterbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durch Seminare und Fachveranstaltungen
- landesweite Unterstützung und Projektberatung in der suchtpreventiven Praxis von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- landesweite modellhafte Umsetzung von Präventionsprojekten und Fachveranstaltungen
- Entwicklung und Bereitstellung von Medien
- Evaluation/Dokumentation der landesweiten Maßnahmen
- Kooperation auf Bundesebene
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit/Pressearbeit
- Installation und Pflege einer landesweiten Sucht-Infoline

Einen zentralen Stellenwert im Aufgabenkatalog des Büros für Suchtprävention und somit der Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP nimmt die fachliche Beratung und Unterstützung des Landes im Rahmen der Glücksspielaufsicht ein. Dazu gehört die Beratung über geeignete Maßnahmen zur Glücksspielsuchtprävention, die Beurteilung der Sozialkonzepte (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 LGlüG) und der Gestaltung der Werbung (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 LGlüG) sowie die Beratung bei der Gestaltung der Betriebswege (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 LGlüG).

### KONTAKT:

#### Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP Büro für Suchtprävention

Landeszentrale für Gesundheitsförderung  
in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)  
Hölderlinstraße 8  
55131 Mainz

Nina Roth – Referatsleiterin  
Büro für Suchtprävention  
Tel. 06131 2069-0  
Fax 06131 2069-69  
E-Mail: [nroth@lzg-rlp.de](mailto:nroth@lzg-rlp.de)

### 3. GRUSSWORTE

## JUPP ARLDT, GESCHÄFTSFÜHRER DER LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN RHEINLAND-PFALZ E.V.



#### **Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Frau May,**

Ich begrüße Sie herzlich zu unserem diesjährigen Fachtag „Person, Persönlichkeit und Glücksspielsucht“. Vielen Dank, dass Sie auch in diesem Jahr so zahlreich unserer Einladung gefolgt sind.

Weiterhin begrüße ich Sie, Herr Prof. Dr. Beutel und Ihr Team, ganz herzlich sowie Herrn Dr. Hayer von der Universität Bremen, Institut für Psychologie und Kognitionsforschung.

Ich begrüße ebenso die weiteren Referentinnen und Referenten der Workshops am Nachmittag:

Herrn Giralt und Herrn Müller von der Ambulanz für Spielsucht, Herrn Prof. Dr. Retz vom Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie am Universitätsklinikum des Saarlandes, Herrn PD Dr. med. Bert Theodor te Wildt, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum und Frau Hammer-Scheuerer, Diakonisches Werk Kassel, Zentrum für Sucht- und Sozialtherapie.

Meine Damen und Herren, das Krankheitsbild der Verhaltenssucht gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die Anzahl betroffener Personen steigt. Welche Menschen sind besonders gefährdet? Gibt es Faktoren der Persönlichkeit, die die

Entstehung einer Glücksspielsucht begünstigen? Diesen Fragen widmen sich die heutigen Vorträge und Workshops.

Darüber hinaus soll dargestellt werden, welche Spielformen aktuell im Trend liegen. Dabei werden auch die Spielanreize und Suchtgefahren von Online-Glücksspielen sowie die Störungen bei Menschen mit Internetabhängigkeit in den Blick genommen. Glücksspiele im Internet bergen besondere Suchtgefahren, weil sie nicht nur rund um die Uhr verfügbar sind und bargeldloses Spielen ermöglichen. Sie bieten auch auf über 3.000 Websites ein schier unerschöpfliches Reservoir an Spielen.

In den Workshops am Nachmittag werden spezifische Aspekte der Glücksspielsucht und Internetabhängigkeit vertieft, beispielsweise durch die Betrachtung eines möglichen Zusammenhangs zwischen ADHS und Pathologischem Glücksspiel.

Im Foyer gibt es heute eine „Spiele-Ecke“ und eine „Lese-Ecke“. Dort können Sie sich praktisch mit dem Thema Prävention der Spielsucht auseinandersetzen und Materialien zum Thema Spielsucht anschauen.

Das Wissen, welche Persönlichkeitsmuster zur Entwicklung einer Glücksspielsucht beitragen, ist ein wichtiger Faktor auch für die Früherkennung. Es eröffnet die Möglichkeit, gefährdete Personen gegebenenfalls früher zu unterstützen und rechtzeitig an das Hilfesystem zu vermitteln.

Mit dem Fachtag leistet die LZG einen Beitrag zum Transfer aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis von Prävention, Selbsthilfe, Beratung und Therapie in Rheinland-Pfalz.

Ich wünsche mir für die heutige Veranstaltung wertvolle Informationen und freue mich auf anregende Diskussionen und spannende Impulse für die Prävention! Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe nun das Wort an Frau May!

## SABINE MAY, LANDESDROGENBEAUF- TRAGTE RHEINLAND-PFALZ MINISTERIUM FÜR SOZIALES, ARBEIT, GESUNDHEIT UND DEMOGRAFIE



### Lieber Herr Arldt, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich darf Sie ebenfalls ganz herzlich zu der heutigen Fachtagung zur Prävention der Glücksspielsucht begrüßen und ich freue mich sehr, dass Sie der Einladung so zahlreich gefolgt sind.

Die jährlichen Fachtagungen sind uns wichtig, denn sie bieten neben dem fachlichen Input und Austausch zu bestimmten Themen- und Fragestellungen immer wieder auch – was ich besonders wertvoll finde – neue Anregungen und Ansporn für unsere Arbeit.

Auch die diesjährige Fachtagung zum Thema „Person, Persönlichkeit und Glücksspielsucht“ verspricht wieder interessante Einblicke in die Forschung, in die wissenschaftliche Diskussion, aber auch in die praktische Arbeit. Daher darf ich gleich zu Beginn der Landeszentrale für Gesundheitsförderung, Ihnen, Herr Arldt und auch Ihnen, Frau Roth, stellvertretend für das gesamte Team, für die Organisation dieses Fachtages danken. Sie schaffen es immer wieder, ein vielseitiges und interessantes Programm zusammenzustellen – ganz herzlichen Dank dafür.

Glücksspielsucht ist für betroffene Menschen und ihre Angehörigen, das wissen Sie aus Ihrer eigenen Praxis, ein ernstes

und Existenz gefährdendes Problem. Sozialer Rückzug, Isolation, Überschuldung oder Partnerschaftsprobleme sind nur einige der schädlichen Auswirkungen, die mit der Sucht einhergehen.

Die ursprüngliche Hoffnung auf das große Geld mündet leider immer wieder in einer persönlichen Katastrophe. Erlittene Verluste mit aller Gewalt wieder herein holen wollen, den Einsatz ständig steigern, die Angehörigen anschwindeln, teilweise illegale Handlungen begehen, um die Sucht zu finanzieren, spielen, um die schlechte Stimmung zu vertreiben und das ewig schlechte Gewissen, bis letztendlich der psychische Zusammenbruch naht.

Glücksspielsüchtige Menschen und ihre Angehörigen brauchen unsere Unterstützung. Ich bin froh, dass wir mit unserem Landesprogramm „Glücksspielsuchtprävention und Beratung Spielsüchtiger“ gute Strukturen und Hilfeangebote in Rheinland-Pfalz geschaffen haben und hierbei besondere Schwerpunkte mit unseren Präventionsmaßnahmen, unserer Beratung sowie der Förderung der Selbsthilfe und der Forschung setzen.

Was die Zahl der Betroffenen anbelangt, sind nach der aktuellsten, im Jahr 2012 veröffentlichten Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 0,51 Prozent der 16- bis einschließlich 65-jährigen Bevölkerung in Deutschland problematische und 0,49 Prozent pathologische Glücksspielerinnen und -spieler. Legt man diese Daten der BZgA zugrunde, so ist davon auszugehen, dass etwa 20.000 Menschen in Rheinland-Pfalz ein Problem mit dem Glücksspiel haben und es rund 19.000 pathologische Spielerinnen und Spieler gibt.

Demgegenüber zeigt der Blick in die Suchtberatungsstellen, dass im Jahr 2012 542 Menschen wegen einer Glücksspielsucht und 119 Menschen wegen eines risikoreichen Onlineverhaltens die Angebote genutzt haben. Besonders zu betonen ist auch, dass die Fachkräfte der Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht neben der Beratung auch wieder zahlreiche – rund 250 – Präventionsmaßnahmen in den verschiedenen Regionen von Rheinland-Pfalz durchgeführt haben.

Es ist und bleibt uns ein wichtiges Anliegen, neben der Förderung von Lebenskompetenzen die Problematik der

Glücksspielsucht bekannt zu machen, über die Gefahren und Risiken des Glücksspiels aufzuklären, für einen verantwortungsbewussten Umgang zu sensibilisieren sowie Hilfeangebote aufzuzeigen. Für dieses wichtige Engagement danke ich Ihnen ganz herzlich.

Auch das neue Landesglücksspielgesetz, das seit Juli 2012 gilt, ermöglicht es – und das ist ein guter Ausblick – unser Landesprogramm und die eingeleiteten Maßnahmen fortzuführen. Um die sozialschädlichen Auswirkungen des Glücksspiels möglichst gering zu halten, sind vor allem aber auch verhältnispräventive Maßnahmen notwendig. Die starke Ausbreitung der Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeiten, die im Vergleich zu anderen Glücksspielen ein besonders hohes Suchtpotential aufweisen, gibt berechtigterweise Anlass zur Sorge. Nach einer Studie der BZgA nannten rund 50 Prozent der pathologischen Glücksspielerinnen und –spieler Geldspielautomaten bei der Frage, welche Glücksspielform am meisten zur Entstehung des Problems beigetragen hat.

Daher ist es auch ein richtiger Schritt, dass mit dem Ersten Glücksspieländerungsstaatsvertrag und dem neuen Landesglücksspielgesetz nun erstmals Vorgaben auch für das Automatenspiel in Spielhallen und Gaststätten verankert sind, wie beispielsweise das Verbot von Mehrfachkonzessionen, die Abstandsregelung von 500 Metern zu anderen Spielhallen oder Einrichtungen, in denen sich Minderjährige aufhalten oder Sperrzeiten von 0.00 bis 6.00 Uhr.

Mit dem neuen Gesetz müssen die Veranstalter und Anbieter von öffentlichen Glücksspielen insbesondere dem Spieler- und Jugendschutz Rechnung tragen. Sie sind verpflichtet, Spielende zu verantwortungsbewusstem Spiel anzuhalten und der Entstehung von Glücksspielsucht vorzubeugen. Zu diesem Zweck haben sie für die Erlaubniserteilung Sozialkonzepte zu entwickeln und das Personal schulen zu lassen. Aber neben allen diesen Maßnahmen bedarf es dringend auch einer Regulierung der Spielautomaten selbst.

Es ist eine wichtige Voraussetzung für einen nachhaltigen Spielerschutz, dass das Suchtpotential der Geräte durch eine veränderte technische Gestaltung reduziert wird. Die Verlängerung der Spieldauer des Einzelspiels, das Verbot des Punktespiels, die Absenkung des Maximalverlusts pro Stunde, die Einführung einer Spielunterbrechung bereits nach

einer Stunde Spieldauer mit Nullstellung der Geräte, die gesetzliche Verankerung des Verbots des Spielens an mehr als an einem Gerät und auch die Einführung einer personen gebundenen Spielerkarte wären wichtige Signale und würden die Ernsthaftigkeit des Spielerschutzes untermauern.

Der vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie vorgelegte Entwurf der Sechsten Verordnung zur Änderung der Spielverordnung, der sich aktuell zur Abstimmung im Bundesrat befindet, sieht zwar einzelne Verbesserungen vor, wie beispielsweise die Reduzierung der zulässigen Anzahl von Geldspielgeräten von drei auf eins in Gaststätten oder das Verbot des Hochladens von Punkten (sogenanntes Vorheizen durch das Personal der Spielstätten), berücksichtigt aber andere wichtige – von mir zuvor genannte Aspekte – bisher leider nicht oder nur unzureichend. Hier hoffe ich, dass sich im Zuge der Abstimmung noch weitere Verbesserungen ergeben.

Damit komme ich auch jetzt zum Ende. Ich freue mich auf die Vorträge, den Austausch und hoffe, dass wir alle viele Anregungen mit nach Hause nehmen.

#### 4.

## KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DES ZUSAMMENHANGS VON PERSÖNLICHKEIT UND GLÜCKSSPIELSUCHTVERHALTEN



Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel, M.Sc. Eva Duven, Dipl.-Psych. Sebastian Giralt, Dipl.-Soz. Michael Dreier, Dipl.-Psych. Kai Müller & Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Klaus Wölfling, Ambulanz für Spielsucht der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

**Persönlichkeitsmerkmale wie Impulsivität und die mangelnde Fähigkeit zur Selbstkontrolle stehen im Verdacht, die Entwicklung einer Glücksspielsucht zu begünstigen. Aus der klinischen Praxis sowie aus der langjährigen und systematischen Beobachtung glücksspielsüchtiger Personen deuten die Erkenntnisse auf eine verringerte Gewissenhaftigkeit und einen erhöhten Neurotizismus hin.**

Anhand eines Fallbeispiels demonstriert Prof. Dr. Beutel die komplexe Persönlichkeitsstruktur eines pathologisch Glücksspielenden: Der Betroffene sei 25 Jahre alt und habe stets auf einen schnellen Geldgewinn gehofft. Seit seinem 19. Lebensjahr habe er online oder via Smartphone Sportwetten abgeschlossen, sei dazu sogar noch von seinem Vater ermutigt worden mit den Worten: „Du kannst doch für mich mit gewinnen“. Schulden in einer Größenordnung über 50.000 Euro, hohe Telefonrechnungen sowie Führerscheinentzug seien die Folge gewesen. Pro forma habe der junge Mann, der bei der geschiedenen Mutter lebte, den zweiten Bildungsweg eingeschlagen. Prof. Dr. Beutel beschreibt die Persönlichkeit des Betroffenen mit einem Mangel an

Empathie, einer Missachtung sozialer Normen, Unbekümmertheit gegenüber seinen eigenen Problemen und Unfähigkeit zu Lernen. Den Mitarbeitenden der Ambulanz für Spielsucht gegenüber sei der junge Mann feindselig, verschlossen, fordernd und unzuverlässig aufgetreten. Das testpsychologische Gutachten des Betroffenen bestätigte eine geringe Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit, erhöhte Impulsivität sowie Neurotizismus. Auf der anderen Seite habe die Ambulanz E-Mails erhalten, deren Inhalte sehr drängend gewesen seien, von Notsituationen kündeten oder auch auf eine Suizidintention hindeuteten.

Laut Prof. Dr. Beutel sei es wichtig, zunächst Merkmale des Menschen herauszustellen, die konsistente Muster des Fühlens, Denkens und Verhaltens ausmachen (vgl. Pervin, Cervone & John, 2005, S. 31).

Durchgesetzt unter den verschiedenen Persönlichkeits-Modellen habe sich das so genannte „Big Five Modell“ nach Costa und McCrae (1989). Es gehe von fünf Hauptdimensionen der Persönlichkeit aus:

- Neurotizismus: emotional labil, hohe Stressanfälligkeit, Neigung zum Grübeln, Fokussierung auf das Erleben negativer Gefühlszustände.
- Extraversion: Bedürfnis nach sozialem Anschluss, Geselligkeit, soziale Dominanz, optimistische Grundhaltung.
- Offenheit: Explorationsbedürfnis, breites Spektrum an emotionalen Empfindungen, Risikobereitschaft, aktive Suche nach neuen Erfahrungen.
- Verträglichkeit: Kooperationsbereitschaft, Bereitschaft zur sozialen Unterordnung, Selbstaufopferung.
- Gewissenhaftigkeit: Fähigkeit zur Selbststrukturierung, -organisation und -kontrolle, hohe Selbstdisziplin, Tendenz zur Überkontrolliertheit/Zwanghaftigkeit, ausgeprägte Planungskompetenzen, Nachhaltigkeit in der Zielverfolgung.

Nach dem „Big Five Modell“ lasse sich kulturübergreifend jeder Mensch auf den genannten fünf Skalen einordnen. Zwischenmenschliche Unterschiede in den Ausprägungen der fünf Persönlichkeitsdimensionen seien etwa zur Hälfte

genetisch zu erklären. Insbesondere Neurotizismus und Extraversion seien sehr stabil mit einer genetischen Komponente assoziiert. Menschen mit hohen Ausprägungen auf diesen beiden Persönlichkeitsskalen trügen ein erhöhtes Risiko für Abhängigkeitserkrankungen sowie für andere psychische Erkrankungen, etwa Angststörungen, Depression oder Panikattacken bei Jugendlichen mit einer geringeren Gewissenhaftigkeit (vgl. Goodwin & Friedman, 2006).

In Bezug auf die Dauerhaftigkeit der Persönlichkeit und ihrer Merkmale gebe es zwei Hypothesen

(vgl. Caspi, Roberts & Shiner, 2005):

- Die STABILITÄTS-HYPOTHESE beschreibt Persönlichkeitsmerkmale als relativ überdauernde und zeitstabile Faktoren.
- Die INTERAKTIONISTISCHE bzw. REIFUNGS-HYPOTHESE hingegen geht von einer Veränderung der Persönlichkeit über die Lebensspanne aus.

Eine Persönlichkeitsstörung könne nach ICD-10 F60 beschrieben werden als eine schwere Störung des Charakters und des Verhaltens, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betreffe, wie zum Beispiel Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen, Denken, Beziehungen. Die betroffenen Personen besäßen Charakter- und Verhaltenseigenschaften, die hinsichtlich Intensität, Dauer und Inhalt deutlich von der Norm abwichen. Stets verbunden sei die Persönlichkeitsstörung mit Einschränkungen der persönlichen, beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit. Sie führe bei den Betroffenen zu einem diffusen subjektiven Leidensgefühl, das nicht auf ein bestimmtes Symptom zentriert sei und manchmal erst im späteren Verlauf auftrete.

Als Ursache finde man häufig schwer gestörte zwischenmenschliche Beziehungen und einen Beginn der Störung in der Kindheit oder Jugend. Eine Diagnosestellung solle jedoch erst ab dem 16. Lebensjahr erfolgen, wenn die Persönlichkeit bereits etwas gereift sei. Prof. Dr. Beutel weist darauf hin, dass bei der Diagnosestellung eine Persönlichkeitsveränderung nach Extremstress oder Hirnschädigung auszuschließen sei. Ferner träten in der Behandlung erfahrungsgemäß oft spezifische Probleme auf, wie Selbstschädigung, Schwierigkeiten beim Eingehen eines Arbeitsbündnisses, Krisen sowie Schwierigkeiten mit Zuverlässigkeit.

#### Persönlichkeit als Risikofaktor für Suchterkrankungen

Prof. Dr. Beutel erklärt zwei Muster, die helfen, die Persönlichkeit eines Menschen als Risikofaktor für Suchterkrankungen einzuordnen:

- Die „Behaviorale Disinhibition“ beschreibe Menschen mit Impulsivität, Sensation Seeking oder einer unkonventionellen, rebellischen, antisozialen Grundeinstellung.
- Die „Negative Emotionalität“ beschreibe Menschen, die sehr stressanfällig oder ängstlich seien oder auch sozial misstrauisch bis feindselig.

Prof. Dr. Beutel stellt die Kohortenstudie von Hicks zu Persönlichkeit, Abhängigkeit und Wechselwirkungen vor, die 2.183 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 und 17 Jahren untersuchte und über mehrere Jahre, jeweils bis zu ihrem 17., 20. und 24. Lebensjahr begleitet habe (vgl. Hicks et al. 2011). Die Studie habe sowohl die „Negative Emotionalität“ als auch die „Behavioral Disinhibition“ untersucht und sei zu dem Ergebnis gekommen, dass beide Komponenten – im Alter von 11 Jahren festgestellt – einen späteren Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen vorhersagen könnten. Ferner habe die Studie untersucht, wie sich Jugendliche hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale entwickeln, wenn der Konsum beendet oder weitergeführt wird. Dazu sei festgestellt worden, dass die negative Emotionalität in der Gruppe Jugendlicher zurückgehe, die den Alkoholmissbrauch im jungen Erwachsenenalter aufgegeben habe. Dies deute auf eine Nachreifung der Persönlichkeit hin. Bei Jugendlichen, die den Alkoholmissbrauch fortsetzten, sei dieser Effekt signifikant geringer ausgeprägt.

### Prof. Dr. Beutel stellt drei Erhebungen der Ambulanz für Spielsucht vor:

1. Eine Studie, die die Persönlichkeitsmerkmale von Patientinnen und Patienten der Ambulanz, die Pathologisches Glücksspiel betreiben, von Computer- oder Onlinesucht betroffen sind sowie von Kontrollpersonen vergleicht
2. Eine Studie über problematisches Glücksspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz  
(vgl. Duven et. al 2011)
3. Einen neurobiologischen Ansatz, der die Frage nach impliziten Persönlichkeitsmustern bei Verhaltenssuchten untersucht

310 Patienten mit einer Altersspanne von 16 bis 75 Jahren nahmen laut Prof. Dr. Beutel das Angebot der Ambulanz für Spielsucht seit 2008 in Anspruch. Die meisten Patienten seien zwischen zwanzig und vierzig Jahre alt und männlich. Die Betroffenen seien anteilig gleichermaßen vertreten in den Segmenten „Ausbildung“ und „Arbeit suchend“, überwiegend seien sie sogar berufstätig.

Die häufigsten Glücksspielformen seien die Automatenwetten (72 Prozent), offline und online gespielte Kartenspiele (21 Prozent), das Große Spiel im Casino (15 Prozent) sowie Sportwetten (11 Prozent). Die Quote derer, die zusätzlich Internetglücksspiele spielten, betrage immerhin 42 Prozent der Stichprobe.

### Studie 1: Persönlichkeitsmerkmale pathologisch Glücksspielender

Beim Vergleich von pathologisch Glücksspielenden mit Kontroll-/Normalpersonen sei ein höherer Neurotizismus auffällig sowie eine geringere Offenheit, weniger Verträglichkeit und eine geringere Gewissenhaftigkeit. Beim Vergleich mit Computerspielenden ergebe sich bei den pathologischen Glücksspielenden eine höhere Extraversion, eine deutlich geringere Offenheit sowie eine etwas höhere Gewissenhaftigkeit.

Während die ersten Befunde sofort plausibel seien, müsse man bei den Computerspielenden berücksichtigen, dass diese im Schnitt zehn Jahre jünger seien. Dass die Gewissenhaftigkeit bei Glücksspielenden höher sei, hänge

wahrscheinlich auch damit zusammen, dass die pathologisch Glücksspielenden bereits etwas mehr im Leben stünden. Die geringere Offenheit hingegen sei indes eines der Kernprobleme, die im Umgang mit Glücksspielenden auftreten.

### Studie 2: Problematisches Glücksspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Beutel verweist auf einen Kernbefund der im Vorjahr präsentierten Schülerstudie. Demzufolge haben 63 Prozent der 12- bis 18-Jährigen bereits Erfahrung mit Glücksspiel. In Rheinland-Pfalz seien rund 4.000, in Nordrhein-Westfalen rund 6.000 Schülerinnen und Schüler aller Schulformen nach möglichst repräsentativen Kriterien befragt worden. In Bezug auf das problematische Glücksspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen sei die Studie in Rheinland-Pfalz zu folgendem Ergebnis gekommen:

Die erste Gruppe der „unauffällig Spielenden“ habe angegeben, schon einmal gespielt zu haben. Hier seien jedoch keinerlei Probleme erkennbar gewesen. Die „gefährdeten“ und die bereits „problematisch Spielenden“ hätten zusammen eine Gruppe von rund fünf Prozent ausgemacht. Die „Problemspielenden“ würde man nach den Fragebogendaten eindeutig den pathologisch Glücksspielenden zuordnen können. Prof. Dr. Beutel betont jedoch, dass allein anhand eines Fragebogens keine Diagnose gestellt werden dürfe. Im Ergebnis zeigten die Problemspielenden eine massive Auffälligkeit: Hochsignifikant seien demnach ihre geringeren Ausprägungen auf den Skalen Gewissenhaftigkeit, Verlässlichkeit und Extraversion. Letztere beschreibe, ob und auf welche Weise Menschen auf andere zugehen, positive Erfahrungen machten, mit einer positiven Grundeinstellung ans Leben herangingen sowie allgemein aktiv seien.

Eine Studie aus Nordrhein-Westfalen habe das Ergebnis aus Rheinland-Pfalz bestätigt. Daraus leitet Prof. Dr. Beutel folgende Schlussfolgerung ab: Je geringer die Gewissenhaftigkeit desto höher das Risiko, für Glücksspielsucht gefährdet zu sein oder Problemspielender zu werden.

### Studie 3: Neurobiologischer Ansatz, der die Frage nach impliziten Persönlichkeitsmustern bei Verhaltenssuchten untersucht

Der Ansatz basiere auf einer impliziten Messung des Zusammenhangs von Abhängigkeit und Persönlichkeit. Der indirekten (impliziten) Messmethode komme in der Suchtforschung eine wichtige Bedeutung zu. Die explizite Messung mit direkten Fragen – wie etwa: Wie viel Geld habt ihr letzten Monat für ein Glücksspiel ausgegeben? – birgt immer auch das Risiko einer ungenauen, gefärbten oder verfälschten Antwort.

Implizite, nicht bewusste Kognitionen beeinflussten ohne rationale Kontrolle (vgl. Stacy & Wiers, 2010) ebenso wie explizite Kognitionen das Verhalten (vgl. „Dual-Process-Model“, Strack & Deutsch, 2004). Unser implizites Netzwerk sei im Unterschied zu den expliziten Kognitionen nicht bzw. nur begrenzt dem Bewusstsein zugänglich. Viele Dinge lernten Menschen implizit: Das typische Beispiel dafür sei das Lernen bestimmter Bindungs- oder Beziehungsmuster im Alter von ein/eineinhalb Jahren, also noch vor dem Spracherwerb. Auch Fahrradfahren werde implizit gelernt. In assoziativen Netzwerken seien die Neuronen miteinander verknüpft. Zur Veranschaulichung stellt Prof. Dr. Beutel das Glücksspiel anhand negativ sowie positiv assoziierter Begriffe dar: So assoziierte der Betroffene eine Milderung negativer Gemütszustände wie Langeweile – Kummer – Trauer – Müdigkeit – Depression mit den für ihn positiv besetzten Begriffen des Glücksspiels wie freudig – Spaß – lustig – Vergnügen – Euphorie.

Prof. Dr. Beutel stellt den Impliziten Assoziationstest (IAT) vor, ein computergestütztes Testverfahren für implizite Kognitionen (vgl. Greenwald & Banaji, 1995), bei dem den Probandinnen und Probanden Kombinationen wie „Glücksspiel – betrübt“ oder „Glücksspiel – begeistert“ präsentiert werden. Über die Messung der Reaktionsgeschwindigkeit der Antworten sowie der Fehlerquote können die Reize zugeordnet werden. Dabei sei auffällig, dass diejenigen Konzepte, die unsere Begeisterung stärker wecken, eine kürzere Reaktionszeit aufweisen. Offensichtlich werden sie schneller verarbeitet. So könnten implizite Assoziationen gut bei Abhängigkeitserkrankungen eingesetzt werden. Allgemein könne man davon ausgehen, dass Menschen mit Suchterkrankungen positive implizite Einstellungen zum Suchtmittel hätten (vgl. Stacey & Wiers, 2010).

Prof. Dr. Beutel führt das Beispiel der Befragung eines Alko-

holabhängigen an: „Wenn Sie Alkoholabhängige zu Alkohol befragen, erhalten Sie eine Antwort, die nicht unbedingt valide ist. Wenn Sie Bilder von Alkohol zeigen, die das Aktivierungs- und Belohnungssystem in Gang setzen, erhalten Sie mit großer Wahrscheinlichkeit eine validere Einschätzung. Denn das Belohnungssystem verarbeitet implizit, also ohne dass der Betreffende etwas davon merkt. Auch wenn der Betroffene explizit sagt: ‚Jawohl, ich will abstinenter bleiben‘, können die Ergebnisse von impliziter und expliziter Messung auseinanderklaffen.“

Beim Pathologischen Glücksspiel verhalte es sich ähnlich: Es gebe implizite Assoziationen für Suchtmittel und positive Aktivierung. Pathologisch Glücksspielende sowie gefährdet Spielende zeigten sowohl mehr positive implizite Einstellungen zu Glücksspielen als gesunde Kontrollen (vgl. Yi & Kanetkar, 2010).

#### Folgenden Fragestellungen wurde nachgegangen:

- Zeigen Patientinnen und Patienten mit einem pathologischen Glücksspielverhalten verstärkt positive implizite Assoziationen gegenüber Glücksspielen als gesunde Probandinnen und Probanden?
- Weisen pathologisch Glücksspielende im Vergleich zu gesunden Personen Abweichungen im Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit auf?

Untersucht worden seien 38 Personen, davon 19 Patientinnen und Patienten sowie 19 Kontrollpersonen. Das Ergebnis habe gezeigt: Pathologisch Glücksspielende verbinden mit Glücksspiel tatsächlich eine signifikant positivere Aktivierung als gesunde Probandinnen und Probanden. Die geringere Gewissenhaftigkeit hingegen sei statistisch nicht signifikant.

### Persönlichkeit in der Suchtbehandlung – aus den Befunden für die Praxis lernen

#### ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT:

- Persönlichkeitsmerkmale prägen den Umgang mit Emotionen, sozialen Beziehungen und Anpassung.
- Ein Zugang zur Verarbeitung von Suchtreizen ist durch implizite Verfahren möglich, auch wenn diese noch in den Anfängen stehen. Ein Beispiel aus der Ambulanz für Spielsucht belegt: Bei „Entsperrungsgesprächen“ mit pathologisch Glücksspielenden, die sich für staatlich konzesioniertes Glücksspiel haben sperren lassen, ist es trotz längerer Gespräche und Testverfahren schwierig festzustellen, ob die betreffende Person die Wahrheit äußert. Hier könne man auf implizite Verfahren zurückgreifen, um ein objektives Maß des Suchtdrangs festzustellen.
- Eine geringe Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Disinhibition sind Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung.
- Die Persönlichkeitsmerkmale sind zwar relativ stabil, eine Veränderung kann aber durch Suchtmittelkonsum oder auch Abstinenz (Nachreifung) stattfinden.
- Für die Diagnose und Therapie ist eine differenzierte Betrachtung von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung wichtig, zumal diese auch den Umgang mit Beratung und Behandlung prägen.
- Zur Veränderung der Persönlichkeit ist auf jeden Fall eine längere Behandlung erforderlich.
- Der Behandlungserfolg lässt sich aufgrund bisheriger Untersuchungen anhand der festgestellten Persönlichkeitsmerkmale gut vorhersagen.
- Die Behandlungsangebote sollen stets auf die Persönlichkeitsmerkmale und -störungen zugeschnitten sein: Hilfreich sind ein Störungsmodell, Behandlungsabsprachen, Patienteninformation und eine Rückfallprophylaxe.

Heutzutage werden Persönlichkeitsstörungen laut Prof. Dr. Beutel sehr gezielt verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch behandelt und von ihrer psychodynamischen Seite betrachtet. Wenn jemand Probleme mit emotionaler Labilität, starken Stimmungsschwankungen oder eine Neigung zu selbstschädigendem Verhalten hat, muss sehr gezielt an diesen Problemen gearbeitet werden. Eine Kurzbehandlung wird in der Literatur mit zwölf oder 16 Stunden angegeben; bei Persönlichkeitsstörungen sind es weitaus mehr.



## 5. ONLINE-GLÜCKSSPIELE UND SPORTWETTEN – SPIELANREIZE UND SUCHTGEFAHREN



Dr. Tobias Hayer, Universität Bremen, Institut für Psychologie und Kognitionsforschung (IPK)

**Mit fortschreitender Einbindung neuer Technologien in das alltägliche Leben gewinnt auch das internetbasierte Glücksspiel zunehmend an Bedeutung. Derzeit locken weltweit knapp 3.000 Glücksspiel-Websites mit einer Spielteilnahme rund um die Uhr. Im Fokus des Vortrages stehen diese „virtuellen“ Spielanreize und die besonderen Suchtgefahren, die mit internetbasierten Glücksspielen einhergehen.**

Dr. Hayer erläutert zunächst, dass das Glücksspiel früher anders ausgesehen habe als heutzutage: „Ältere Männer im Saloon spielten Poker, zockten in einem zwielfichtigen Ambiente gegebenenfalls mit gezinkten Karten. Frauen waren nicht anwesend. Zudem mussten sich in früheren Zeiten die Spieler physisch immer zu einer Spielstätte hin bewegen: in die Spielbank, in das Casino, in die Spielhalle, in das Wettbüro, zur Lotto-Annahmestelle. Das ist inzwischen nicht mehr erforderlich: Heute ist es überall, wo ein Internetzugang vorhanden ist, möglich zu spielen.“

Dr. Hayer zeigt anhand des Fotos eines jungen Mannes, der online an zwölf Poker-Tischen gleichzeitig zockt, wie Glücksspiel gegenwärtig aussehen kann: „Das sind Entscheidungen im Sekundentakt, verbunden mit den entsprechenden Emotionen: Gewinne und Verluste, Ups und Downs, so funktioniert

Online-Gambling! Hohe Ereignisdichte und ständige Verfügbarkeit: Das sind in erster Linie diejenigen Variablen, die darauf hindeuten, dass Online-Glücksspiele eine besondere Suchtgefahr bergen!“

**Überblick über Veranstaltungsmerkmale von Online-Glücksspielen** (vgl. Hayer, Bachmann & Meyer, 2005; McCormack & Griffiths, 2013; Meyer & Hayer, 2008):

- Hohe Verfügbarkeit: 24 Stunden, sieben Tage die Woche
- Große Anzahl von Glücksspiel-Websites
- Leichte Zugänglichkeit
- Erschwinglichkeit
- Spielort ist variabel, kann „überall“ sein
- Demo-Seiten als Lockmittel
- Extensive Vermarktung (z.B. Erinnerungs-E-Mails bei längerer Spiel-Abstinenz)
- Komfort: Niemand muss sich schick kleiden, das Haus verlassen, seine Anonymität aufgeben
- Hohe Ereignisdichte
- Kurze Auszahlungsintervalle: Gewonnenes Geld wird sofort auf das Konto überwiesen bzw. kann unmittelbar wieder eingesetzt werden.
- Anonymität
- Bargeldloser Zahlungsverkehr und damit verbunden die Verschleierung des wahren Geldwertes: „Drei Mausclicks zur Kontobelastung sind etwas anderes als drei Mal das Portemonnaie zu zücken und jeweils 20 Euro auf den Tisch zu legen!“
- Multiple Spielmöglichkeiten: von Poker über Automaten-spiele, von Skill Games bis hin zu Sportwetten
- Diverse Bonus-Features
- Soziale Komponenten: Bei einigen Websites gibt es Ranglisten mit den besten Pokerspielern oder den erfolgreichsten Sportwettlern des Tages. Zudem können mitunter Chatrooms zur Kommunikation und Kommentierung des Spielgeschehens genutzt werden.
- Benutzerfreundlichkeit

### VORLÄUFIGES FAZIT:

Bestimmte Veranstaltungsmerkmale von Online-Glücksspielen können ein exzessives Spielverhalten fördern, andere Veranstaltungsmerkmale lassen primär Hemmschwellen sinken und erleichtern den Erstkontakt mit Glücksspielen.



### Die weltweiten Dimensionen von Online-Gambling

Dr. Hayer gibt einen Überblick über das Marktsegment Online-Glücksspiel: So seien auf der Website <http://online.casinocity.com> rund 3.000 Online-Glücksspielwebsites registriert. Er zitiert: „Mit Stand 15.06.2013 gibt es 2.880 Online-Glücksspielwebsites von 806 Unternehmen aus 92 Gerichtsbezirken. Und: 2.341 Anbieter akzeptieren eine Spielteilnahme aus Deutschland.“ Vornehmlich seien dies folgende Angebote: Casinospiele, Poker und Sportwetten, gefolgt von Bingo.

Die geschätzten Einnahmen der Anbieter beliefen sich in 2013 auf rund 28,7 Milliarden Euro (2006 seien es noch 16,2 Milliarden Euro gewesen). Mit weiterhin steigender Tendenz: Für 2015 wird ein Gesamtumsatz von 32,4 Milliarden Euro erwartet. Dies seien rund zehn Prozent des gesamten Glücksspielmarktes weltweit, was bedeute, dass jeder zehnte Euro schon heute online umgesetzt werde. Anbieter von Online-Glücksspielen säßen vorzugsweise auf Malta, den Niederländischen Antillen, auf Gibraltar, in Italien und Costa Rica.

Dr. Hayer verweist auf die Studie zum Online-Gambling von Beutel et al. (2011), nach der 56,4 Prozent der deutschen Bevölkerung (14-94 Jahre) das Internet nutzten. Rund neun Prozent dieser Gruppe nähmen auch an Online-Glücksspielen teil. Die Analyse von 4.591.298 Onlinepoker-Spieleridentitäten bei fünf führenden Online-Pokeranbietern über einen Beobachtungszeitraum von sechs Monaten (Fiedler & Wilcke, 2011) habe zudem belegt, dass die meisten aktiven Spieler aus den USA kämen. Die zweitgrößte Anzahl habe Deutschland zu verzeichnen. Dies sei bemerkenswert, da gerade diese beiden Länder das Online-Pokerspiel zum Zeitpunkt der Datenerhebung komplett verboten hatten.

### Internetbasiertes Glücksspiel birgt viele Problemfelder

Unseriöse und illegale Geschäftspraktiken, wie etwa Nichtauszahlung von Gewinnen, die Nutzung von Super-User-Accounts, unverhältnismäßig hohe Ausschüttungsquoten im Demospielbetrieb und unlautere bzw. unfaire Methoden auf Spielerseite (Beispiel: Spieler skypen parallel, sprechen sich beim Pokern ab und verschaffen sich somit einen signifikanten Informationsvorsprung gegenüber anderen Spielern) stellen ausgewählte Problemfelder beim Online-Glücksspiel dar. Insbesondere der weitgehend zu verzeichnende Mangel

an Spielerschutzmaßnahmen berge nach Dr. Hayer eine große Gefahr. Es gebe teilweise keine Einsatz- und Gewinnlimits oder Informationen zur Glücksspielsucht fehlten komplett. Die Umgehung von Verboten durch bestimmte Personengruppen, gerade durch Minderjährige, sei zum Teil relativ einfach und für gesperrte Spieler sei es keine Herausforderung, sich andere Identitäten zuzulegen oder auf andere Websites auszuweichen.

### Der Poker-Boom

Poker gewinnt seit Jahren immer mehr an Popularität, dies zeigen die folgenden Beispiele: Beim bislang größten Online-Turnier hätten 149.196 Spieler bei einem Einsatz von je 1 US-Dollar teilgenommen. Der höchste Pot, um den jemals im Internet gespielt wurde, habe 1.356.947 US-Dollar betragen. Dieser Geldwert habe innerhalb von einer knappen Minute den Besitzer gewechselt. „Das ist online möglich, aber nicht in einer terrestrischen Spielbank“, so Dr. Hayer.

Der deutsche Student der Wirtschaftspsychologie Pius Heinz habe als Sieger des Hauptturniers der Pokerweltmeisterschaften im Jahr 2011 8,7 Mio. US-Dollar gewonnen. Der Psychologe und Sozialarbeiter Jerry Yang sei bei der „World Series of Poker“ im Jahr 2007 bei einem Einsatz von 225 US-Dollar mit 8,25 Mio. US-Dollar nach Hause gegangen. Gewinner beim Pokerspiel würden medial (leider) hervorragend inszeniert und vermarktet. Dr. Hayer folgert daher: „Siegertypen und Vorbilder dieser Art machen Suchtprävention sehr schwierig – gerade was junge Menschen anbelangt!“

### Einstieg über soziale Netzwerke und Trainingsseiten

Dr. Hayer führt exemplarisch die Spiele „Slotomania“ und „Friendzy – The World’s First Real Cash Games on Facebook“ an, die über das soziale Netzwerk Facebook gespielt werden können. „Friendzy“ – ein Spiel um Echtgeld – sei in Großbritannien lizenziert. Dr. Hayers Meinung zufolge werde die Konvergenz „Soziales Netzwerk – Glücksspiel – Computerspiel“ in Zukunft zunehmend eine größere Rolle spielen.

Das Glücksspiel im Internet ist in Deutschland weitgehend verboten – wie sei es dennoch möglich, online Poker zu spielen? Was biete die – durch Boris Becker beworbene – Seite [PokerStars.de](http://PokerStars.de) an? [PokerStars.de](http://PokerStars.de) sei eine „Trainings-“

oder „Demospielseite“, bei der es nicht um Echtgeld gehe. Die „Echtgeld“-Website PokerStars.com finde sich jedoch nur einen Mausklick weiter. Zwar sei diese in Deutschland illegal, doch es sei offensichtlich, so Dr. Hayer, dass zu dieser Seite hingeführt werden solle – es werde Neugierde entfacht, Stimulation erzeugt. Beworben würden die Seiten mit: „Trainiere, verbessere Deinen Stil! Lerne zu pokern!“ Werden im Trainingsspielbetrieb Erfolge erzielt, liegt der Gedanke nahe, es auch einmal auf der Echtgeldseite zu probieren. Auch diese extensive Bewerbung der Seiten mache Suchtprävention „ungemein schwierig“.

### Live-Wetten und Suchtgefahren

Exemplarisch nennt Dr. Hayer desweiteren die Plattform: ‚bwin‘. Diese biete nebst Skill-Games, wie etwa Backgammon, auch Roulette und alle denkbaren Formen von Sportwetten an. Mit Stand vom 15.06.2013 habe bwin insgesamt 7.099 Wetten im Angebot. „Sie konnten unter anderem darauf wetten, mit welchem Körperteil der Torhüter den Ball zum ersten Mal berührt: Kopf, Hand, Fuß, Brust usw.“ Bei so genannten „Live-Wetten“ ließen sich sogar während laufender Sportveranstaltungen Wetten abgeben: Es gebe Quotenvorgaben, die sich im Sekundentakt ändern, und zwar in Abhängigkeit des Spielverlaufs. Diese Veranstaltungsmerkmale brächten besondere Spielanreize mit sich.

### Erwachsene und Online-Gambling: Ausgewählte Befunde

Dr. Hayer beschreibt Ergebnisse einer Telefon- bzw. Onlinebefragung von Wood und Williams (2009). 12,6 bzw. 12,8 Prozent der Spieler mit Online-Glücksspielerfahrung hätten moderate Spielprobleme gehabt, 4,5 bzw. 3,8 Prozent dieser Gruppe sogar schwere Spielprobleme. Im Vergleich zu den Offline-Spielern sind diese Werte deutlich höher. Dr. Hayer warnt jedoch davor, vorschnelle Rückschlüsse zu ziehen, zumal es kaum Spieler gebe, die ausschließlich online zocken. Zudem seien die Entwicklungsverläufe unklar.

### Er stellt zwei Hypothesen vor, welchen Stellenwert Online-Glücksspiele im Zuge einer Fehlentwicklung haben könnten:

1. „Ein neues Produkt generiert neue Kunden, darunter auch Personen, die sich im wahrsten Sinne des Wortes verzoeken. Bei dieser Gruppe würden Online-Glücksspiele die einzige problembehaftete Glücksspielform darstellen.“

2. „Das Online-Spiel wird von ohnehin belasteten Personen zusätzlich zur schnellen Bedürfnisbefriedigung genutzt. Hier wären Online-Glücksspiele „lediglich“ Beiwerk zu einer bereits existierenden Problemlage, jedoch keineswegs unbedeutend im Rahmen des individuellen Entwicklungsverlaufes.“

In Längsschnittbefunden aus Schweden (Svensson & Romild, 2011) zur Teilnahmeprävalenz von Erwachsenen bezüglich des Glücksspiels zeichne sich eine deutlich steigende Tendenz ab: Befragt worden seien 8.165 bzw. 6.011 Personen in zwei aufeinander folgenden Jahren. Das Ergebnis: Hätten – ungeachtet Herkunft, Bildungsstand, Alter und Geschlecht – in 2008/2009 noch 8,6 Prozent der Befragten an Internet-Glücksspielen teilgenommen, so sei dies in 2009/2010 bereits bei 13,3 Prozent der Befragten der Fall gewesen.

### Risikofaktoren einer Online-Glücksspielproblematik

Als Risikofaktoren nach McCormack, Shorter und Griffiths (2013) führt Dr. Hayer folgende Faktoren an:

- Weiterspielen nach Fast-Gewinnen.
- Alleinige Glücksspielteilnahme
- Regelmäßige Teilnahme an zwei oder mehr Spielformen
- Lügen bezüglich des Alters
- Behinderung
- Rauchen
- Männliches Geschlecht
- Alkoholkonsum während des Spielens
- Dauer einer Glücksspielsession: vier oder mehr Stunden.

### ONLINE-GLÜCKSSPIELE: ZUSAMMENFASSUNG DES AKTUELLEN KENNNTNISSTANDES UND FAZIT

- Die theoretische Analyse der Veranstaltungsmerkmale von internetbasierten Glücksspielen verweist auf ein relativ hohes Suchtpotenzial.
- Hinweis: Es ist eine differenzierte Beurteilung einzelner Glücksspielvarianten notwendig.
- (Online-)Befragungen mit selbstselektiven Stichproben belegen, dass unter den Online-Zockern vermehrt Problemspieler zu finden sind.
- Einschränkung: Verallgemeinerungen sind aufgrund fehlender Repräsentativität problematisch.
- Erste epidemiologische Untersuchungen scheinen die mit dem Online-Gambling assoziierten Suchtgefahren allerdings zu bestätigen.
- Ein Anwachsen der Umsatzzahlen beim „Online-Gambling“ ist unabhängig von den vorherrschenden regulativen Rahmenbedingungen zu erwarten.
- Die Durchsetzung eines Totalverbots von Online-Glücksspielen erscheint unrealistisch bzw. sehr kostenintensiv.
- Alternative Vertriebswege wie Smartphones oder das Fernsehen werden in Ergänzung zum Internet zukünftig an Bedeutung gewinnen.
- Es ist mit einer steigenden Anzahl an (jungen) Personen zu rechnen, die Probleme im Zusammenhang mit dem Online-Gambling entwickeln.
- Das Internet stellt die Suchtprävention vor neue Herausforderungen. Zugleich wird es aber auch in der Versorgung von Betroffenen und Angehörigen eine immer größere Rolle spielen.

6.

**WORKSHOP 1****VERHALTENSSUCHT, PERSÖNLICHKEIT  
UND DIE THERAPEUTISCHE  
BEDEUTUNG**

Dipl.-Psych. Kai W. Müller & Dipl.-Psych. Sebastian Giral, Ambulanz für Spielsucht der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

**Der Identifikation von störungsspezifischen Risikofaktoren kommt nicht nur bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, sondern auch bei Verhaltenssuchten eine Schlüsselrolle zu. Dabei spielen Persönlichkeitsfaktoren, wie sie beispielsweise in der Tradition der Suchttrias (Kielholz & Ladewig, 1974) propagiert werden, eine wichtige Rolle. Der Workshop thematisiert den Stand der Forschung zu prämorbidem Persönlichkeitsmerkmalen bei zwei verbreiteten Formen substanzungebundener Abhängigkeitserkrankungen: Pathologisches Glücksspiel und Internetsucht. Dabei werden sowohl klassische (Fragebogenverfahren) als auch neuartige Forschungsansätze (implizite Messung von Persönlichkeit) herausgestellt. Über klinische Fallbeispiele werden die Befunde veranschaulicht. Zudem werden die bisherigen Forschungsergebnisse hinsichtlich ihrer praktischen Anwendbarkeit im Bereich der Prävention und der Intervention diskutiert.**

Müller und Giral erläutern fünf Persönlichkeitsmodelle, die mit folgenden Persönlichkeitsmerkmalen einhergehen:

(vgl. Modell nach der Theorie der „Big Five“ von Costa & McCrae, 1989)

- Neurotizismus
- Extraversion
- Offenheit
- Verträglichkeit
- Gewissenhaftigkeit

Bei der Betrachtung der Persönlichkeitsmodelle sei stets zu beachten, dass Persönlichkeitsmerkmale dimensionale Variablen seien, die in der Gesellschaft normal verteilt vorkämen und eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur nicht automatisch gleichzusetzen sei mit einer Persönlichkeitsstörung.

**Warum überhaupt zu Persönlichkeitsmerkmalen forschen?**

Die Forschung zu Persönlichkeitsmerkmalen im klinischen Kontext könne einen Beitrag zur genaueren Charakterisierung von Störungsbildern leisten und damit einhergehend zu einem besseren Verstehen einer Störung führen. Dies könne wiederum bei der Anpassung bzw. Entwicklung von störungsspezifischen Interventionsstrategien hilfreich sein. Auch im Rahmen therapeutischer Intervention seien Kenntnisse über prämorbidem Faktoren wichtig, da diese unter Umständen aufrechterhaltende Faktoren darstellten und demnach in den Interventionsprozess eingebunden werden sollten. Darüber hinaus könne das Wissen um zugrundeliegende Persönlichkeitsmerkmale des Klienten etwa im Rahmen der Psychoedukation eine Rolle spielen.

Auch im therapeutischen Setting könne eine Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen sinnvoll sein: So sei etwa bei Patienten mit geringer Gewissenhaftigkeit eine stärkere Strukturierung der Intervention nötig. Bei Patienten mit geringer Extraversion helfe die Kenntnis über Persönlichkeitsmerkmale etwa bei Selbstsicherheitstrainings, bei Betroffenen mit geringer Offenheit bzw. erhöhtem Neurotizismus sei sie bei der Erarbeitung von Emotionsdiskriminationsmodulen hilfreich.

Ergänzend führen Giralto und Müller an: Auch im Bereich von Prävention und Public Health sei das Wissen um solche „Hintergrundvariablen“ nützlich. Durch die Identifikation von Risikofaktoren (etwa im Bereich Persönlichkeit) könnten Zielgruppen für spezifische Präventionsprogramme identifiziert und Personen aus diesen Hochrisikogruppen gezielt angesprochen werden, etwa über die zielgruppenorientierte Gestaltung von Aufklärungskampagnen. Giralto und Müller vergleichen mit dem aus der Werbe- und Kommunikationspsychologie bekannten Effekt: Wollte man eine Zielgruppe, die sich durch erhöhten Neurotizismus auszeichne, ansprechen bzw. zu einer Verhaltensänderung motivieren, seien Angst-Appelle höchst kontraproduktiv.

#### **Persönlichkeit als Risikofaktor für Suchterkrankungen**

Zwar gebe es zahlreiche Studien zum Thema, jedoch nur wenige Forschungsbefunde, die sich speziell auf die Persönlichkeit als Risikofaktor für Internetsucht beziehen. Giralto und Müller greifen bei der Einordnung der Befunde unter anderem auf die Studien der Ambulanz für Spielsucht zurück. Das Ergebnis zeige, dass von einer Computerspielsucht Betroffene im Vergleich zu Personen, die ein ausgeprägtes Nutzungsverhalten von Computerspielen aufwiesen, und im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen eindeutige Auffälligkeiten im Bereich der Persönlichkeit hätten. Diese Auffälligkeiten könnten als Prädispositionen (Risikofaktoren) aufgefasst werden, die eine suchtartige Entgleitung der Nutzungsgewohnheiten unter Umständen begünstigten.

#### **Computerspielsucht und Persönlichkeit: Therapeutische Implikationen**

Auch unter Berücksichtigung weiterer klinischer Gruppen zeichneten sich Patienten mit Computerspielsucht durch akzentuierte Persönlichkeitsmerkmale aus. So sei der Skalenwert für Neurotizismus erhöht, wobei dieser Faktor allgemein bei psychischen Erkrankungen erhöht sei. Als Schlüsselmerkmale schienen sich zudem verminderte Extraversion und verminderte Gewissenhaftigkeit herauszukristallisieren.

Teilweise fänden sich deutlich akzentuierte Persönlichkeitsmerkmale. In der Praxis empfehle sich daher immer die gründliche diagnostische Abklärung von Persönlichkeits-

störungen. Bei vermindelter Gewissenhaftigkeit könne eine nachvollziehbare und klare Strukturierung innerhalb des Therapiesettings (z.B. Therapievertrag, Protokolle) dabei helfen, die Adherence (engl., Einhalten der vom Therapeuten ausgesprochenen Empfehlungen, Anm. d. Red.) zu fördern. Bei vermindelter Extraversion sollte dem Beziehungsaufbau zu Beginn der Therapie besonders viel Beachtung geschenkt werden.

## 7.

## WORKSHOP 2

ADHS UND PATHOLOGISCHES  
GLÜCKSSPIEL

Prof. Dr. Wolfgang Retz, Neurozentrum – Universitätsklinikum des Saarlandes, Institut für Forensische Psychologie und Psychiatrie Homburg/Saar

**Prof. Dr. Wolfgang Retz erläutert die Ursachen und Erscheinungsformen von ADHS im Erwachsenenalter sowie die Zusammenhänge von ADHS und Pathologischem Glücksspiel vor dem Hintergrund von Studienergebnissen. Zudem stellt er im Workshop Möglichkeiten der Intervention bei Menschen mit Glücksspielsucht und ADHS vor. Im Workshop werden die historische Entwicklung der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), deren Ursachen, Epidemiologie, Verlaufsformen, Psychopathologie im Erwachsenenalter, Komorbidität und soziale Folgen sowie Therapieformen erarbeitet.**

### Die Ursachen von ADHS

Die Hypothesen zur Ätiologie (Ätiologie = Fachrichtung der Medizin, die sich mit der Ursache von Krankheiten beschäftigt, Anm. d. Red.) der ADHS leiten sich laut Prof. Dr. Retz aus verschiedenen Bereichen ab: Aus der Neuroanatomie, der Neurochemie, der Formalgenetik, der Molekulargenetik sowie aus erworbenen biologischen Faktoren, der psychosozialen Umgebung, der Neuropsychologie und Neuropsychologie.

Es existieren eine Vielzahl von formalgenetischen Studien, die die Bedeutung genetischer Faktoren für die Entstehung einer ADHS belegen:

- In Familienstudien sei eine hohe Prävalenz von ADHS und anderen seelischen Erkrankungen bei Verwandten der Patientinnen und Patienten festzustellen.
- Adoptionsstudien zeigten eine höhere Prävalenz von ADHS bei den biologischen Eltern im Vergleich zu den Adoptiveltern.
- Zwillingsstudien ergäben eine Konkordanz (Konkordanz = Übereinstimmung, Anm. d. Red.) für ADHS-Symptome.
- Die Heritabilität (Heritabilität = Maß für die Erblichkeit von Eigenschaften, Anm. d. Red.) liege bei Zwillingsuntersuchungen für ADHS im Schnitt bei 0,75.

Prof. Dr. Retz stellt zudem Ergebnisse der Molekulargenetik für die Ursachenforschung vor: Mit ADHS assoziierte Gene umfassten demnach dopaminerge und serotonerge Gene sowie Gene, die in die Regulation der Synapsenfunktionen involviert seien. Trotz einer signifikanten Assoziation mit ADHS seien die Effektstärken gering (maximal fünf Prozent der Varianz). Folglich hätten die meisten Kinder mit einzelnen Risikogenen kein ADHS und umgekehrt viele der Kinder mit ADHS keine der bekannten Risikogene.

Neben genetischen würden auch umweltbedingte Risikofaktoren eine Rolle für die Entwicklung einer ADHS spielen: Schädigungen des Zentralen Nervensystems vor, während oder kurz nach der Geburt, Rauchen oder Alkoholkonsum der Mutter, Geburtskomplikationen sowie ein geringes Geburtsgewicht könnten die Entstehung einer ADHS begünstigen. Auch psychosoziale Belastungen in der Kindheit hätten Auswirkungen auf die Ausprägung und den Verlauf der ADHS. Allergene aus Nahrungsmitteln spielten nur bei einer kleinen Gruppe von ADHS-Betroffenen eine Rolle; keine Bedeutung habe man zum Beispiel für Zucker, Süßstoffe, Phosphate und andere Nahrungsbestandteile nachweisen können.

Prof. Dr. Retz erläutert die Funktionen der fronto-basalen Regelkreise „Planen, Organisieren, Flexibilität“, „Inhibition, Emotionsregulation“ und „Motivation, Antrieb, Belohnung“. Man gehe davon aus, dass diese bei ADHS-Betroffenen beeinträchtigt und für die typischen Symptome der ADHS verantwortlich seien.

### Ursachen von ADHS Ätiologisches Modell

Ebenen	Prozesse	Einflussfaktoren
Funktionell	Probleme in Schule/Beruf, Alltagsorganisation, Interpersonelle Probleme, etc	Psychosoziale Umweltfaktoren
Psychopathologisch	Unaufmerksamkeit Hyperaktivität Impulsivität	
Neuropsychologisch	Störung der Verhaltensinhibition und Selbstregulation	
Neurobiologisch	Veränderung neuronaler Netzwerke	Biologische Umweltfaktoren Genetische Disposition

### ADHS heute: Kernsymptome, Dimensionalität und Diagnostik

Die Kernsymptome der ADHS bestünden aus Aufmerksamkeitsstörungen, motorischer Überaktivität und Impulsivität. Diese seien für sich gesehen keine krankhaften und ADHS-spezifischen Merkmale, sondern würden erst in starker langfristiger Ausprägung mit der Folge von Beeinträchtigungen der Betroffenen in verschiedenen Lebensbereichen die Diagnose einer ADHS rechtfertigen. Es handele sich um eine Entwicklungsstörung mit Beginn in der Kindheit, die sich in vielen Fällen bis ins Erwachsenenalter fortsetze. Prof. Dr. Retz stellt die Einteilung nach ICD-10 und DSM-IV vor.

### Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

#### A – Aufmerksamkeitsstörungen:

Unaufmerksam gegenüber Details, Sorgfaltsfehler bei der Arbeit, Schwierigkeiten konzentriert durchzuhalten, nicht zuhören können, Erklärungen nicht folgen können, Organisationsmängel, Vermeiden geistiger Anstrengungen, Gegenstände verlieren, leicht ablenkbar, Alltagsvergesslichkeit.

#### B – Hyperaktivität:

Herumfuchteln, sich winden, nicht sitzen bleiben können, ständiges Unruhegefühl, immer laut, exzessive motorische Aktivität durch sozialen Kontext nicht beeinflussbar.

**C – Impulsivität:**

Mit Antwort herausplatzen, nicht abwarten können, andere unterbrechen und stören, exzessives Reden ohne Reaktion auf soziale Beschränkungen.

**D – Die Symptomatik bestand bereits im Kindesalter.****E – Die Symptomatik besteht in verschiedenen Lebenssituationen.****F – Die Symptomatik ist deutlich ausgeprägt und führt erkennbar zu Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit.**

Auf dem Weg ins Erwachsenenalter trete ein Symptomwandel ein. Die in jungen Jahren oft im Vordergrund stehende Hyperaktivität und Impulsivität der Betroffenen sei im Erwachsenenalter meist nicht mehr so ausgeprägt, es seien später eher die Aufmerksamkeitsstörungen und die Desorganisation der Betroffenen im Alltag zu beobachten. Neben den ICD-10 und DSM-IV-Kriterien gebe es auch für das Erwachsenenalter angepasste ADHS-Kriterien, die entwicklungspsychopathologischen Veränderungen der Störung Rechnung tragen. Die weit verbreiteten „Utah-Kriterien“ beispielsweise umfassten Faktoren wie Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität, Temperament, Affektlabilität, Überreagibilität, Desorganisiertheit und Impulsivität.

**ADHS und Komorbidität im Erwachsenenalter**

Als Komorbidität treten im Erwachsenenalter laut Prof. Dr. Retz häufig Suchterkrankungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und soziale Probleme auf. Verschiedene Studien lieferten Belege, dass bei Erwachsenen mit ADHS fast immer zusätzliche psychische Störungen zu beobachten seien, was die Diagnose und Behandlung der ADHS erschwere (vgl. Sobanski et al. 2007). In der Praxis spielten vor allem affektive Störungen eine Rolle. Bei Erwachsenen mit ADHS gebe es hinsichtlich der affektiven Erkrankungen eine Prävalenz von bis zu 70 Prozent („kurze depressive Episoden“).

**Funktionelle Beeinträchtigungen durch ADHS**

Beeinträchtigungen von ADHS-Betroffenen seien in jedem Lebensbereich zu finden: Von Freundschaften, Partnerschaft / Ehe, Sexualität, Kindererziehung, Schule und Ausbildung bis hin zu beruflichem Erfolg und Verhalten im Straßenverkehr.

Von ADHS betroffene Kinder hätten häufig schlechte schulische Leistungen, würden öfter Klassen wiederholen und nähmen in etwa drei Mal so oft Förderunterricht und Nachhilfe in Anspruch wie gleichaltrige Kinder. Im Arbeitsleben hätten ADHS-Betroffene ein niedrigeres mittleres Jahreseinkommen, mehr Fehltag, eine geringere Arbeitsleistung sowie -qualität, würden häufiger entlassen und erhielten schlechtere Beurteilungen durch ihre Arbeitgeber (vgl. Biederman et al. 2006, Barkley & Murphy, 1998: „Milwaukee Young Adult Outcome Study“, de Graaf et al. 2008: „WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative“).

Auch die Partnerschaften von Menschen mit ADHS seien häufig massiv beeinträchtigt und daher oft weniger stabil (vgl. Biedermann et al. 2006). Sogar ein erhöhtes Risiko für Verletzungen wie Knochenbrüche, Verbrennungen, Vergiftungen und so weiter sei bei Betroffenen festzustellen. ADHS habe zudem forensische Implikationen. Es bestehe bei Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS ein hohes Risiko für Delinquenz. Auch das Risiko einer früh einsetzenden Kriminalität sei sehr hoch. Dabei sei der Suchtmittelkonsum ein wichtiger „Katalysator“ für delinquentes Verhalten bei Personen mit ADHS.

**Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter**

Prof. Dr. Retz stellt Metaanalysen kontrollierter Studien für die Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen mit ADHS vor. Zu beachten sei, dass die Behandlungsindikation von ADHS im Erwachsenenalter sich nicht alleine aus der Diagnose ableite. Eine Behandlung mit Medikamenten erfolge erst, wenn die Symptomatik mit ausgeprägten Beeinträchtigungen in einem Lebensbereich oder leichten Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen verbunden sei.

Neben der medikamentösen Behandlung seien psychotherapeutische Ansätze bei ADHS im Erwachsenenalter wichtig. Im Fokus stehen gemäß Prof. Dr. Retz bei allen Therapien:

- Strukturierte und manualisierte verhaltenstherapeutische Ansätze
- Zeitlich begrenzte Sitzungen
- Modularer Aufbau
- Psychoedukative Elemente und Coaching
- Reduktion und Umgang mit ADHS Symptomen (Selbstmanagement)
- Fokus auf Ablenkbarkeit, Desorganisation, Emotionsdysregulation

### ADHS und Pathologisches Glücksspiel

Verschiedene Studien belegten, dass bei ADHS und pathologischem Glücksspiel Übereinstimmungen hinsichtlich verschiedener Aspekte beider Krankheiten, wie etwa Impulsivität oder bestimmte genetische Faktoren, festzustellen seien. Zudem sei eine hohe Komorbidität festzustellen. Aufgrund epidemiologischer Untersuchungen zu beiden Störungen wäre bei einer zufälligen Koinzidenz von Pathologischem Glücksspiel und ADHS nur von einer Komorbiditätsrate von 0,5 bis 2 Prozent auszugehen. Bei Studien zur Feststellung der Prävalenz von ADHS im Erwachsenenalter habe sich allerdings eine weitaus höhere Komorbiditätsrate gezeigt. Exemplarisch angeführt sei hier die Studie von Faregh & Derevensky aus dem Jahr 2010, bei der 1.130 jugendliche Probanden im Alter von zwölf bis 19 Jahren untersucht wurden. Demnach wurde bei 17,4 Prozent der ADHS-Betroffenen auch die Diagnose „Pathologisches Glücksspiel“ gestellt.

Eine eigene Querschnittsstudie, die in Kooperation mit Frau Dr. med. Vogelgesang und Frau Dr. Dipl.-Psych. Ringling an der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies, Abteilung für Suchterkrankungen, durchgeführt worden sei, habe 161 Patienten mit der Diagnose „Pathologisches Glücksspiel“ untersucht, darunter 140 Männer und 21 Frauen im Alter von  $40,1 \pm 9,2$  Jahren. Sie

sei zu folgenden Ergebnissen gekommen: Die Prävalenz einer ADHS in der Kindheit habe 29,2 Prozent betragen, die Prävalenz einer persistierenden ADHS 24,2 Prozent. 5,8 Prozent der Befragten wiesen eine hyperaktiv-impulsive ADHS, 5 Prozent eine partiell remittierte und 1,9 Prozent eine ADHS mit der Ausprägung „unaufmerksam“ auf. Bei 15,5 Prozent habe eine kombinierte Form vorgelegen.

Mit Fokus auf das Pathologische Glücksspielen stellt Prof. Dr. Retz folgende auffälligen Ergebnisse vor: Die Entwicklung des Pathologischen Glücksspielens erfolge bei Menschen mit ADHS innerhalb von sechs Monaten (59,6 Prozent). Umgekehrt fänden 73,7 Prozent der pathologischen Glücksspielenden ohne ADHS eher „schleichend“ zum Glücksspiel. Zur Funktionalität des Pathologischen Glücksspiels erläutert Prof. Dr. Retz, dass dieses bei Personen mit ADHS eher zur Beruhigung eingesetzt werde (78,7 Prozent). Bei nicht von ADHS betroffenen pathologisch Glücksspielenden hingegen diene das Glücksspiel vermehrt der Aktivierung (32,5 Prozent) und dem Aggressionsabbau (42,1 Prozent).

### Psychopathologische Syndrome und andere psychiatrische Begleitstörungen bei pathologisch Glücksspielenden

Prof. Dr. Retz erläutert anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse die Häufigkeit psychopathologischer Syndrome bei Pathologisch Glücksspielenden mit und ohne ADHS: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Störungen bei Sozialkontakten, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus seien in ihrem Vorkommen bei pathologisch glücksspielenden Menschen mit ADHS häufiger. Auch stoffgebundene Suchterkrankungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen kämen bei dieser Gruppe häufiger vor. Am auffälligsten sei die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10 F60): Im Vergleich liegen diese bei von ADHS betroffenen pathologisch Glücksspielenden mit 66 Prozent deutlich häufiger vor als bei Menschen ohne ADHS (21,9 Prozent). Pathologisch Glücksspielende, die zusätzlich unter ADHS litten, seien zudem häufiger abhängig von Suchtstoffen wie Nikotin, Alkohol oder Drogen. Auch die Häufigkeit von Suizidversuchen sei bei Patienten mit beiden Erkrankungen größer.

Bei der Differenzierung von Persönlichkeitsstörungen sei festzustellen, dass pathologisch Glücksspielende mit ADHS zu 29,8 Prozent an einer gemischten Form der Persönlichkeitsstörung erkrankt seien, jeweils 17 Prozent hätten eine selbstunsichere, dependente, zwanghafte bzw. eine histrionische, Borderline, narzisstische oder dissoziale Störung.

46,8 Prozent der Betroffenen hätte zudem angegeben, in der Kindheit körperlich missbraucht worden zu sein. Bei den pathologischen Glücksspielenden ohne ADHS seien dies nur 21,9 Prozent. Auch eine frühere Straffälligkeit träte bei Pathologisch Glücksspielenden mit ADHS in einem früheren Lebensalter auf.



#### FAZIT

- Bei ADHS ist das Risiko für Pathologisches Glücksspiel erhöht.
- Die Belastung mit weiteren psychiatrischen Störungen – wie stoffgebundene Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und suizidale Tendenzen – ist bei pathologischen Spielern mit ADHS erhöht.
- Patienten mit ADHS und Pathologischer Glücksspielsucht berichten besonders häufig von Traumatisierungen in der Kindheit.
- Wegen der hohen Komorbiditätsrate sollte im Rahmen der diagnostischen Abklärung an die Koinzidenz von beiden Störungen gedacht werden.
- Bei der Behandlung des pathologischen Spielens ist eine gegebenenfalls vorliegende ADHS zu berücksichtigen.

## 8. WORKSHOP 3 GELDMANAGEMENT



Petra Hammer-Scheuerer, Diplom-Sozialpädagogin, Sozialarbeiterin, Suchttherapeutin, Sachgebietsleiterin, Diakonisches Werk Kassel, Zentrum für Sucht- und Sozialtherapie

**Glücksspiele vermitteln die Hoffnung auf „das große Geld“. Wer an Glücksspielen teilnimmt, will gewinnen. Dabei soll der Gewinn höher sein als der Einsatz, das gleichzeitige Hoffen und Bangen bieten Spannung und Nervenkitzel. Geld hat eine zentrale Bedeutung für glücksspielende Personen, ist es doch Mittel, um spielen zu können. Glücksspielsüchtige haben in der Regel einen angemessenen Umgang mit Geld und darüber hinaus den Überblick über ihre gesamte finanzielle Situation verloren. Im Workshop werden konkrete Elemente des Geldmanagements praktisch und inhaltlich vorgestellt.**

Das Streben nach Reichtum, Ruhm und Macht scheine in unserer Gesellschaft das höchste Maß aller Dinge zu sein, so die Referentin. Das Glücksspiel und der „Traum vom großen Geld“ korrespondiere bei Glücksspielenden häufig mit ihrem (meist nicht bewussten) Wunsch nach genau diesen Statusmerkmalen und der Erhöhung ihres Selbstwertgefühls. Nach anfänglichen Gewinnen – der Spaß und Nervenkitzel stünden zunächst im Vordergrund – beginne ein Teufelskreis von Verlusten, Frust und der Steigerung des Glücksspiels, um Verluste auszugleichen bis hin zur Suchtentwicklung. In der Schlussfolgerung sei eine dysfunktionale Einstellung zum Geld als ein möglicher Bedingungsfaktor für die Entstehung einer Glücksspielsucht zu betrachten.

Hammer-Scheuerer führt drei Eckpfeiler an, anhand derer sich die Beziehung pathologisch Glücksspielender zum Geld beschreiben lasse:

1. Es ist ein dysfunktionaler Umgang mit Geld in ausgeprägter Weise vorhanden.
2. Glücksspielsüchtige haben den Bezug zum Geld verloren.
3. Während des Suchtverhaltens wird Geld zum „Spielgeld“.

Die unmittelbare und selbstkontrollierte Veränderung des finanziellen Verhaltens sei daher oberstes Ziel des Geldmanagements. Zu Beginn der Behandlung stünde zunächst die Auseinandersetzung mit problematischen Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber dem Geld. Das Ziel sei es, alternative Denk- und Verhaltensmuster zu entwickeln, die im Alltag realistisch angewendet werden könnten.

### Behandlungsmethoden und -strategien

In der Praxis hätten sich folgende Behandlungsmethoden und -strategien bewährt:

- Erarbeiten der emotionalen Bedeutung des Geldes: Hilfreich seien hierbei erlebnis-aktivierende Übungen, wie etwa „Pferdehandel“, Geldbeutelvisite sowie das Lesen von Kurzgeschichten und Büchern, die eine Bewusstmachung anregen.
- Die Strategien des Geldmanagements umfassen: Ein Arbeitsblatt mit der Möglichkeit der Schuldenaufstellung, eine Haushaltsanalyse, ein Haushaltsplan, die systematische Schuldenregulierung, die Geldverwaltung durch Angehörige, das Erlernen des Umgangs mit EC-/Scheckkarten.
- Die Strategie des Schuldenmanagements setze primär auf das Prinzip der unmittelbaren Rückzahlung.



## FRAGEBOGEN

1. Können Sie sich daran erinnern, in welchem Alter Ihnen bewusst geworden ist, dass Geld wichtig ist?
2. Haben Sie Taschengeld bekommen? Ab welchem Alter? In welcher Höhe? Konnten Sie darüber frei verfügen? Was mussten Sie davon finanzieren?
3. Gab es Auseinandersetzungen in der Familie über die finanziellen Möglichkeiten, was Ihre Wünsche kosten?
4. Gab es finanzielle Belohnungen für schulische Leistungen, Wohlverhalten, Mitarbeit (z.B. Auto waschen, Gartenarbeit) in der Familie?
5. Halten Sie sich eher für sparsam oder großzügig im Geld ausgeben?  
Ordnen Sie sich auf einer Skala von 1 bis 10 ein (1 steht für „geizig“, 10 für „verschwenderisch“)
6. Was war bisher in Ihrem Leben Ihre größte persönliche Geldausgabe? (nicht im Rahmen des Glücksspiels)
7. Was würden Sie sich gerne heute leisten können?

Dieser Fragebogen werde von Betroffenen im Rahmen der ambulanten Rehabilitationsgruppe ausgefüllt. Exemplarisch führt Hammer-Scheurer ein Beispiel einer Auswertung an. Sieben von neun Befragten schätzten sich selbst eher als geizig ein, eine Person habe sich selbst für verschwenderisch gehalten, eine weitere sehe sich im Mittelfeld zwischen Geiz und Verschwendung.

9.

**WORKSHOP 4****STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT INTERNETABHÄNGIGKEIT**

PD Dr. med. Bert Theodor te Wildt, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum

**Dr. med. Bert Theodor te Wildt vertieft in seinem Workshop das Wissen zum Thema Internet- und Computerspielabhängigkeit. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Frage gerichtet, wie diese Verhaltenssucht praktisch diagnostiziert werden kann und welche komorbiden Erkrankungen dabei eine Rolle spielen. Abschließend werden die therapeutischen Maßnahmen besprochen, die sich bislang als bewährt und praktikabel erwiesen haben.**

Mit zunehmender „digitaler Entwicklung“ seien vielfältige neue Arten von Erkrankungen aufgetreten. Tatsache sei, dass diese Erkrankungen vor rund zehn Jahren allerdings noch nicht stark thematisiert worden seien. In den letzten Jahren sei vermehrt von „Internetabhängigkeit“ gesprochen worden, man habe jedoch noch nicht in verschiedene Ausprägungen differenziert. Über die Inhalte sei die Online- oder Computerabhängigkeit heute eher als Suchterkrankung definiert, früher dagegen sei man vorrangig von einer Symptomatik im Rahmen bestehender psychischer Erkrankungen ausgegangen.

**Die Systematik der Verhaltenssuchte**

Dr. med. te Wildt führt verschiedene Verhaltenssuchte an, die

im Internet ausgelebt würden, darunter Glücksspielsucht, Internetsexsucht und Internetkaufsucht.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. gehe mittlerweile davon aus, dass es sich dabei eindeutig um Verhaltenssuchte handele, selbst wenn diese sich im Internet abspielten. Daneben gebe es den großen Bereich der dissozialen Störungen im Internet:

- Stalking, Mobbing oder im schlimmsten Fall Gewalt, die sich schließlich auf einer realen Ebene niederschlägt, etwa in Form von Amokläufen.
- Glücksspielsüchtige haben den Bezug zum Geld verloren.
- Störungen, die mit dem Ausleben pathologischer Verhaltensweisen im Internet zu tun hätten: Beispielsweise Selbstverletzungs-/schädigungs-/Suizidforen, die dem Austausch und der Verabredung gemeinsamer Schädigungstaten dienen, wie „Pro-Ana-Foren“ (Anorexie: Magersucht/Esstörung, Anm. d. Red.), in denen sich insbesondere junge Frauen austauschen.
- Eine weitere Gruppe bildeten die Online-Rollen spiel-Abhängigkeiten, die Abhängigkeit von sozialen Netzwerken bzw. Chats. Hier konstatierten sich – auch als Komorbidität – Störungen in den Bereichen Identität und Beziehungserleben.

**Ist Internetabhängigkeit eine Sucht oder ein Symptom einer anderen psychischen Erkrankung?**

Internetabhängigkeit werde noch nicht als psychische Störung anerkannt bzw. es gebe noch keinen Sucht- oder Abhängigkeitsbegriff. So wie das Pathologische Glücksspiel im Bereich der Störung der Impulskontrollen diagnostiziert werde, werde der dysfunktionale, pathologische Internetgebrauch eher als Komorbidität diagnostiziert.

Im Klassifikationssystem (DSM-5) werde „gambling disorder“, also das Pathologische Glücksspiel, in einem Zuge mit anderen Suchterkrankungen genannt. Der pathologische Internetgebrauch werde in dieser Klassifikation vergleichbar eingeordnet: „Internet gaming addiction“

### Welche Faktoren begünstigen eine Internetabhängigkeit?

Keine Patientin bzw. kein Patient lasse sich als „allgemein abhängig vom Internet“ beschreiben. So seien manche nur von einem Computerspiel abhängig. Dr. med. te Wildt empfiehlt aus klinischer Sicht die Kategorisierung nach Block (2008): Hier werde unterschieden in „exzessiv Computerspielende“, „Cybersexabhängige“ sowie „Abhängigkeit von virtuellen Beziehungen“, die sich insbesondere in sozialen Netzwerken wiederfinde. In diesem Zusammenhang weist Dr. te Wildt darauf hin, dass hochkomplexe Spiele wie etwa „World of Warcraft“ auch immer soziale Kontakte beinhalten.

Interessant sei, dass ein hierarchisch organisiertes Spiel wie „World of Warcraft“, das die spielende Person als Held darstelle, eine Abhängigkeit eher begünstige als ein „freies“ Spiel ohne oder mit nur wenig Spielregeln wie etwa „Second Life“. Erfolgreiche „Avatare“ (Spielfiguren) seien irgendwann sogar bares Geld wert. So verkauften Spielende ihre Accounts zu ihrem Avatar bei Ebay für 500 Euro oder mehr. Dr. te Wildt berichtet von Lohnarbeitern in China, die den ganzen Tag spielten, um ihre „high level“-Avatare letztlich verkaufen zu können.

Neue Geschäftsmodelle dominierten die Online-Spiel-Abhängigkeit: Primär seien nicht die Spiele gefährlich, für die eine Software oder ein Abo erworben werden müsste, sondern die Modelle, bei denen man sofort – auch kostenfrei – losspielen könne. Der Spielende sei früher oder später bereit, Geld zu bezahlen, um etwa ein höheres Level zu erreichen.

### Die Diagnose von pathologischem Internetgebrauch

Dr. te Wildt empfiehlt in der Diagnose im klinischen, beratenden Bereich eine Kombination der Kriterien von Young (1999) & Beard (2001) und der diagnostischen Kriterien des Fachverbands Medienabhängigkeit, welche die Abhängigkeitskriterien und negative Auswirkungen differenzierten.

### Diagnostische Kriterien für „Problematischen Internetgebrauch“ (PIU)\* nach Young (1999) gemäß DSM-IV

#### Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen vorliegen:

1. Ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Internet (Gedanken an vorherige Online-Aktivitäten oder Antizipation zukünftiger Online-Aktivitäten)
2. Zwangsläufige Ausdehnung der im Internet verbrachten Zeiträume, um noch eine Befriedigung zu erlangen
3. Erfolgreiche Versuche, den Internetgebrauch zu kontrollieren, einzuschränken oder zu stoppen
4. Ruhelosigkeit, Launenhaftigkeit, Depressivität oder Reizbarkeit, wenn versucht wird, den Internetgebrauch zu reduzieren oder zu stoppen
5. Längere Aufenthaltszeiten im Internet als ursprünglich intendiert
6. Aufs Spiel Setzen oder Riskieren einer engen Beziehung, einer Arbeitsstelle oder eines beruflichen Angebots wegen des Internets
7. Belügen von Familienmitgliedern, Therapeuten oder anderen, um das Ausmaß und die Verstrickung mit dem Internet zu verbergen
8. Internetgebrauch als ein Weg, Problemen auszuweichen oder dysphorische Stimmungen zu erleichtern (z.B. Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression)

#### ■ Kriterien erfüllt

#### ■ Kriterien nicht erfüllt

### Diagnostische Kriterien für Computerspielabhängigkeit des Fachverbandes Medienabhängigkeit

A und C müssen erfüllt sein sowie mindestens vier primäre Abhängigkeitskriterien und ein sekundäres Kriterium.

#### A) Zeitkriterium: Persistenz der Symptomatik

- Die Symptomatik der Computerspielabhängigkeit muss über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten kontinuierlich bestanden haben

#### B) Psychopathologische Kriterien der Symptomatik

##### B1) Primäre Kriterien: Abhängigkeitsverhalten

- 1. Einengung des Denkens und Verhaltens
- 2. Kontrollverlust
- 3. Toleranzentwicklung
- 4. Entzugserscheinungen
- 5. Dysfunktionale Regulation von Affekt oder Antrieb
- 6. Vermeidung realer Kontakte zugunsten virtueller Beziehungen
- 7. Fortsetzung des Spielens trotz bestehender oder drohender negativer Konsequenzen

##### B2) Sekundäre Kriterien: Negative Auswirkungen

- 1. Körperliche Konsequenzen im Bereich Körperpflege, Ernährung und Gesundheit
- 2. Soziale Konsequenzen im Bereich Familie, Partnerschaft und Freizeit
- 3. Leistungsbezogene Konsequenzen im Bereich Schule, Ausbildung, Arbeit, Haushalt

#### C) Ausschlusskriterium

- Das pathologische Computerspielverhalten lässt sich nicht durch eine Manie oder Zwangserkrankung erklären.

#### ■ Kriterien erfüllt

#### ■ Kriterien nicht erfüllt

### Die Behandlung

Primär sei die Behandlung eher im Bereich der Psychotherapie als in der Psychopharmakologie einzuordnen. Mit der Erforschung der „besten“ Behandlung stehe man jedoch noch am Anfang.

Die Internetabhängigkeit spiele allerdings international schon eine bedeutende Rolle. So sei sie etwa in Korea bereits frühzeitig erforscht worden. Es gibt folgende Behandlungsformen:

---

→ „Erziehungslager“, „Boot-Camps“: Sehr umstritten, teils sehr harte militärische Methoden.

---

→ Erlebnispädagogik

---

→ Internetbasierte Behandlung: Diese sei insofern problematisch, als an dem Ort agiert werde, wo die Sucht entstanden sei.

---

→ „Streetwork im Internet“: Das bedeute, die Menschen dort abzuholen, wo sie sich befänden. Onlinediagnostik und Onlinetherapie könnten in diesem Fall die vor Ort praktizierenden Therapeutinnen und Therapeuten unterstützen. Von Vorteil, wenn Patientinnen und Patienten ansonsten eine weite Anreise zum Therapieort hätten.

---

→ Psycho-Eduktion: Gemeint seien Programme, die helfen könnten, Problembewusstsein zu schaffen und damit eine Therapiebereitschaft herzustellen.

---

→ Verhaltenstherapie

---

Medikamente wie Antidepressiva dienen hauptsächlich der Behandlung der Komorbidität. Sie würden insbesondere eingesetzt bei Entzugserscheinungen, Schlafstörungen, ADHS u.ä. Zum Einsatz von Medikamenten gebe es jedoch keine Studienlage im engeren Sinne.

Für die ambulante Behandlung empfiehlt Dr. te Wildt das Verhaltens-/Störungsspezifische Manual von Wölfling et al. aus Mainz, das eine Abstinenz im jeweiligen, zu benennenden Bereich anstrebe. Für die Behandlung seien 15 Sitzungen angedacht. Etwa 50 Prozent der Betroffenen hätten eine



Abstinenz vom Internetspiel erzielt, die andere Hälfte habe die Stundenzahl des Spielens pro Tag von 14 Stunden auf zwei Stunden deutlich reduziert. Zum Einsatz kämen in der Therapie in Lebensgröße ausgedruckte Avatare. Fragen des Therapeuten in der Sitzung könnten sein: „Was ist das Besondere an diesem Avatar? Warum hast du so viel Zeit mit ihm verbracht? Was ist an ihm so spannend?“ Und nicht zuletzt: Warum will der Betreffende den Account samt seinem Avatar-Charakter löschen und sich von „seinem“ Avatar verabschieden?

Dr. te Wildt berichtet von der Medizinischen Hochschule Hannover, an der Patientinnen und Patienten mit Internet-/Computerspielabhängigkeit bis zum 21. Lebensjahr behandelt würden. Dort stünden sechs stationäre Plätze für die Dauer von sechs Monaten zur Verfügung. Die Patientinnen und Patienten besuchten in der Klinik die Schule. Nach dem stationären Aufenthalt kehrten sie selten nach Hause bzw. in ihr altes Umfeld zurück, sondern nutzten dann beispielsweise Jugendeinrichtungen wie betreutes Wohnen.

Häufig spiele – auch in den ambulanten Beratungsstellen – ein systemischer Ansatz eine größere Rolle: Immerhin rund 50 Prozent der Hilfe-Anfragen in der Praxis von Dr. te Wildt kämen von Angehörigen. Umso wichtiger sei es, das Hilfsangebot umfassend für Betroffene und Angehörige zu gestalten. In vielen Fällen werde eine systemische Beratung über einen längeren Zeitraum empfohlen. Oft komme es vor,

dass der Betroffene im System Familie „nur“ Symptomträger sei für andere familiäre Probleme, so Dr. te Wildt.

Selbsthilfeangebote und -gruppen gebe es noch nicht in großer Zahl. Informationen und Tipps für Angehörige sowie Adressen von Selbsthilfegruppen seien beispielsweise auf folgenden Seiten zu finden: [www.rollenspielsucht.de](http://www.rollenspielsucht.de)

#### DAS FAZIT

##### Zusammen mehr erreichen

- Deutlich werde, dass beim Thema Internet-/Computerspielabhängigkeit viele Träger und diverse Disziplinen von Hilfeleistungen involviert seien.
- Eine wichtige Anlaufstelle sind Beratungsstellen. Auch Kinder- und Jugendpsychiatrien sind gefordert, sich mit der Thematik zu beschäftigen.
- Dr. te Wildt empfiehlt: „Wenn sich Betroffene vorstellen, ist es hilfreich, ihnen einen langen Atem zu lassen. Denn viele von ihnen brauchen mehrere Anläufe. Haben sie jedoch erst einmal ‚angebissen‘, erlebt der Therapeut oft hoch motivierte, junge Männer, die es genießen, wenn man ihnen Zeit schenkt“.

In der ersten Phase der Behandlung ginge es viel um Motivation, in der zweiten schließe sich im besten Fall eine stationäre Behandlung an, die auf der psycho-/soziotherapeutischen Arbeit der ambulanten Therapie aufbaue. Hilfreich wäre laut Dr. te Wildt eine Erweiterung des teilstationären Angebotes in Deutschland, innerhalb dessen sich die Betroffenen immer wieder erproben müssten, die vereinbarte Abstinenz einzuhalten.

## 10.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Barkley, R., Murphy, K. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook, 2nd ed. New York: Guilford.
- Beard, K. W. & Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychology and Behavior*, 4, 377-383.
- Beutel, M., Hoch, W., Wölfling, K. & Müller, K. (2011). Klinische Merkmale der Computerspiel- und Internetsucht am Beispiel der Inanspruchnehmer einer Spielsuchtambulanz. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 1, 77-90.
- Beutel, M.E., Brähler, E., Glaesmer, H., Kuss, D.J., Wölfling, K. & Müller, K.W. (2011). Regular and problematic leisure-time Internet use in the community: Results from a German population-based survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 291-296.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E. & Klein, K. L. (2006a). Psychopathology in females with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled, five-year prospective study. *Biol Psychiatry*, 60(10), 1098-105.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E. & Silva, J. M. (2006b). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med*, 36(2), 167-179.
- Caspi, A., Roberts, B. W. & Shiner, R. L. (2005). Personality Development: Stability and chance. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1989). The NEO PI/FFI Manual Supplement. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- de Graaf, R., Ormel, J., ten Have, M., Burger, H. & Buist-Bouwman, M. (2008). Mental Disorders and Service Use in the Netherlands: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). In: Kessler, L., Üstun, M. (Eds.), *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge University Press, New York, 388-405.
- Duven, E., Giralt, S., Müller, K. W., Wölfling, K., Dreier, M. & Beutel, M. E. (2011). Problematisches Glücksspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz. *Ambulanz für Spielsucht - Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (Hrsg.). Mainz. Elektronische Publikation, abrufbar unter: [http://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/verhalten/Dokumente/Broschuere\\_KIJU-RLP.pdf](http://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/verhalten/Dokumente/Broschuere_KIJU-RLP.pdf)
- Faregh, N., Derevensky, J. (2010). Gambling Behavior among adolescents with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Journal of Gambling Studies*, 27, 243-256.
- Fiedler, I. & Wilcke, A. (2011). The market for online poker. Elektronische Publikation, abrufbar unter: <http://ssrn.com/abstract=1747646>
- Goodwin, R.D. & Friedman, H. S. (2006). Health status and the five-factor personality traits in a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology*, 11, 643-654.
- Greenwald, A. G. & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Hayer, T., Bachmann, M. & Meyer, G. (2005). Pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen im Internet. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 28(1-2), 29-41.
- Hayer, T. & Meyer, G. (2008). Problematisches Glücksspielverhalten. In H. Scheithauer, T. Hayer & K. Niebank (Hrsg.), *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter. Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (S. 164-179). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hicks, B. M., Durbin, C. E., Blonigen, D. M., Iacono, W. G. & McGue, M. (2011). „Relationship between personality change and the onset and course of alcohol dependence in young adulthood addiction“, 107, 540-548.
- Kielholz, P. & Ladewig, D. (1973): *Die Abhängigkeit von Drogen*. München.

- McCormack, A. & Griffiths, M.D. (2013). A scoping study of the structural and situational characteristics of internet gambling. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 3(1), 29-49.
- McCormack, A., Shorter, G.W. & Griffiths, M.D. (2013, in press). Characteristics and predictors of problem gambling on the Internet. *International Journal of Mental Health and Addiction*.
- Meyer, G. & Hayer, T. (2008). Poker – Glücksspiel mit Geschicklichkeitsanteil und Suchtpotential. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 3, 153-160.
- Pervin, L.A., Cervone, D. & John, O.P. (2005). *Persönlichkeitstheorien* (5. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philippen, A. & Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 257:371-377.
- Stacy A. W. & Wiers R. W. (2010). Implicit cognition and addiction: A tool for explaining paradoxical behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 551-575.
- Strack, F. & Deutsch, R. (2004). Reflective and Impulsive Determinants of Social Behavior. *Personality and Social Psychological Review*, 8, 220-247.
- Svensson, J. & Romild, U. (2011). Incidence of Internet gambling in Sweden: results from the Swedish longitudinal gambling study. *International Gambling Studies*, 11 (3), 357-375.
- Wood, R.T. & Williams, R.J. (2009). Internet gambling: Prevalence, patterns, problems and policy options. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre: Guelph, Ontario.
- Wölfling, K., Jo, C., Bengesser, I., Beutel, M. E. & Müller, K. W. (2013). *Computerspiel- und Internetsucht – Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Yi, S. & Kanetkar, V. (2010). Implicit measures of attitudes toward gambling: an exploratory study. *Journal of Gambling Issues*, 24, 140-163.
- Young, K. S. (1999) Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. In *Innovations in Clinical Practice: A Source Book* (eds L. VandeCreek & T. Jackson), 17, 19-31.

## 11. KURZBIOGRAFIEN DER REFERENTINNEN UND REFERENTEN



**Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Manfred Beutel**

Seit 2004 Lehrstuhlinhaber und Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz. Psychoanalytiker, (DPV, IPA) und Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Studium der Psychologie und der Medizin, Freiburg, Heidelberg, Amherst MA (U.S.A.). Klinische und wissenschaftliche Tätigkeit an der Universität Freiburg, der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale, an der Cornell University New York, am UCL London, an der Universitätsklinik Gießen.

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Computerspiel- und Internetsucht, Psychotherapie bei Angststörungen und Depressionen, bei koronaren Herz-erkrankungen und Krebs, Neurobiologie.

---



**Sebastian Giralt:** Diplom-Psychologe. Studium der Psychologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Seit 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Ambulanz für Spielsucht, Projektkoordinator des Modellprojektes „Regionale Fachstellen Glücksspielsucht“ Rheinland-Pfalz, Forschung Glücksspielsucht, Diagnostik und Beratung.

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Computerspiel- und Internetsexsucht, Glücksspielsucht.

---



**Dr. Tobis Hayer:** Dipl.-Psychologe. Studium der Psychologie in Bremen. Seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Psychologie und Kognitionsforschung (IPK) bzw. Doktorand der Universität Bremen. 2012 Promotion zum Thema „Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien“. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Glücksspielsucht, Prävention glücksspielbezogener Probleme, Effektivität von Spielerschutzmaßnahmen, Gefährdungspotenzial einzelner Glücksspielformen, Poker: Glücksspiel- oder Geschicklichkeitsspiel?, Bullying an Schulen, Bullying und Stressverarbeitung, „School Shootings“ / schwere zielgerichtete Gewalt an Schulen und Problemverhalten im Jugendalter.



**Kai W. Müller:** Diplom-Psychologe. Ist seit der Gründung wissenschaftlicher und klinischer Mitarbeiter an der Ambulanz für Spielsucht Mainz. Klinische Schwerpunkte: Diagnostik von Verhaltenssuchten (Internet- und Computerspielsucht, Pathologisches Glücksspiel). Wissenschaftliche Schwerpunkte: Auseinandersetzung mit empirischen Studien zu Risikofaktoren und Epidemiologie von Verhaltenssuchten, ebenso mit neurobiologischen Grundlagenforschungen. Im Bereich einer anwendungsbezogenen Forschung Untersuchung der Wirkung von Werbung für Glücksspiel- und Computerspielprodukte auf das Nutzungsverhalten von Konsumenten. Kai W. Müller ist Mitautor des ersten deutschsprachigen verhaltenstherapeutischen Behandlungsmanuals zur Internet- und Computerspielsucht und als Referent zu verschiedenen Themen der klinischen Psychologie tätig.



**Prof. Dr. med. Ernst-Wolfgang Rudolf Retz:**

- 1984 -1990 Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
- 1991 Promotion, Neurochemisches Labor der Universitäts-Nervenlinik Würzburg
- 1991 - 1997 Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg
- bis 1998 Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Würzburg
- seit 1999 Stellvertretender Leiter des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes
- 2004 Ernennung zum Juniorprofessor für Neurobiologie in der Forensischen Psychiatrie
- 2007 Anerkennung der Schwerpunktbezeichnung „Forensische Psychiatrie“
- 2008 Habilitation, „venia legendi“ für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie
- 2010 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität des Saarlandes



**Petra Hammer-Scheuerer:** Diplom-Sozialpädagogin. Studium an der Universität Kassel, diplomierte Familien- und Lebensberaterin, Sozialtherapeutin Sucht, verhaltenstherapeutisch orientiert. Seit 1989 in der Suchtberatung und -behandlung tätig, seit 1994 als Einzel- und Gruppentherapeutin in der Suchtberatung und -behandlung des Diakonischen Werkes Kassel tätig, Schwerpunkt ambulante Rehabilitation Glücksspiel, Sachgebietsleiterin Suchtberatung und -behandlung.



**PD Dr. med. Bert Theodor te Wildt:** Diplom-Psychologe. Studium der Humanmedizin an den Universitäten Regensburg und Witten/Herdecke. Seit 2012 Oberärztliche Leitung der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Ruhruniversität Bochum. 2000 Promotion mit der 2004 von der Stiftung Lebensnerv ausgezeichneten Dissertation „Magisches Denken bei Multiple-Sklerose-Patienten“. 2002 – 2005 Assistent der Abteilung für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). 2004 – 2012 Leitung der Sprechstunde für medienassoziierte psychische Erkrankungen. 2005 Erlangung der Zusatzqualifikation Suchtmedizinische Grundversorgung und Facharztprüfung für Psychiatrie und Psychotherapie. 2005 – 2009 Oberärztliche Leitung der Poliklinik I, der psychiatrischen Zentralen Notaufnahme, des psychiatrischen Konsildienstes, der Institutsambulanz und des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH. 2009 Habilitation an der MHH und Zuerkennung der Lehrbefähigung für das Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Habilitationsschrift „Medialität und Verbundenheit – Zur psychopathologischen Phänomenologie und Nosologie von Internetabhängigkeit“. Gründungsmitglied des Fachverbands Medienabhängigkeit, Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie in der Deutschen Gesellschaft für Suchttherapie (DGS).

**Anerkannte Fachstellen nach dem Landesprogramm „Glücksspielsuchtprävention und Beratung Spielsüchtiger“ Rheinland-Pfalz**

- Bad EMS**  
Diakonisches Werk Rhein-Lahn  
Fachstelle für Suchthilfe  
Tel.: 02403 - 942330
- Betzdorf**  
Caritasverband Betzdorf  
Suchtberatungsstelle  
Tel.: 02761 - 9760-30
- Bitburg**  
Caritasverband Westeifel e.V.  
Dienststellen Bitburg, Daun,  
Prüm  
Tel.: 06541 - 9621-0/  
06551-97108-0
- Idar-Oberstein**  
Ev. Beratungsstelle  
Jugend- und Suchtberatung  
Tel.: 06781 - 5628628 und -43341
- Kaiserslautern**  
Diakonisches Werk Pfalz  
Fachstelle Sucht Kaiserslautern  
Tel.: 0631 - 72209
- Koblenz**  
Caritasverband Koblenz e.V.  
Zentrum für ambulante Sucht-  
rathilfe (Zas)l  
Tel.: 0261 - 911640
- Ludwigshafen**  
Diakonisches Werk Pfalz  
Fachstelle Sucht Ludwigshafen  
Tel.: 0621 - 5204451
- Mainz**  
Caritaszentrum St. Rochus  
Suchthilfe  
Tel.: 06131 - 62670 und - 962920
- Oppenheim**  
Diakonisches Werk Mainz-Bingen  
Suchtberatungsstelle  
Tel.: 06133 - 8791-10
- Simmern**  
Caritasverband Simmern  
Psychosoziale Beratungsstelle  
Tel.: 04761 - 919670
- Speyer/ Birmersheim**  
Therapieverbund Ludwigsmühle  
Beratungsstelle NIDRO  
06232 - 24047 / 07274 - 919327
- Trier**  
Die Tür  
Suchtberatung Trier e.V.  
Glücksspielsucht  
Fachstelle Trier  
Tel.: 0651 - 17038-0
- Westerburg**  
Diakonisches Werk im WW-Kreis  
Spielsuchtberatung und  
Vorbeugung  
Tel.: 02643 - 94300
- Wittlich**  
Caritasverband Mosel-Eifel-  
Hunsrück e.V.  
Geschäftsstellen Wittlich und  
Cöchem  
Tel.: 06571- 9155-10
- Worms**  
Caritasverband Worms e.V.  
Psychosoziale Beratungs- und  
Behandlungsstelle  
Tel.: 06241 - 20417-0
- Zweibrücken**  
Diakonisches Werk Pfalz  
Fachstelle Sucht Zweibrücken  
Tel.: 06322 - 12318
- Neustadt/Weinbr.**  
Diakonisches Werk Pfalz  
Fachstelle Sucht.  
Tel.: 06321-927498-0

**SUCHT-INFOLINE  
0800 - 5511600**

- Sie erhalten rund um die Uhr allgemeine Informa-  
tionen zu Sucht und Abhängigkeitskrankungen.
- Sie haben die Möglichkeit, sich zu speziellen Sucht-  
mitteln, wie auch der Glücksspielsucht, informieren  
zu lassen.
- Über die Sucht-Infoline erhalten Sie Adressen von  
Beratungsstellen in Ihrer Nähe.

Sucht bzw. Abhängigkeit ist eine anerkannte Krankheit. In einer Suchtberatungsstelle findet man Rat und Unterstützung, wie der Weg der Heilung aussehen kann. Es existieren zahlreiche Angebote, die Betroffene und Angehörige unterstützen.

Am sinnvollsten ist es jedoch, es gar nicht erst zu einer Suchterkrankung kommen zu lassen und bereits im Vorfeld Maßnahmen zur Vorbeugung zu ergreifen.

**Kontakt:**  
Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP im  
Büro für Suchtprävention der LZG  
www.lzg-rlp.de  
info@lzg-rlp.de

V.i.S.d.P.: Jupp Arlt, Geschäftsführer der LZG

Mit finanzieller Unterstützung des Ministeriums  
für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und  
Frauen in Rheinland-Pfalz.

**Design:** Andrea von Darwitz, www.andreasvondarwitz.de  
**Foto:** G.Dietmar Klemm, www.istockphoto.com  
**Druck:** RT Druckwerkstätten GmbH



**SIE  
WERDEN  
GESPIELT?**

**INFORMATIONEN  
DER LZG ZU GLÜCKSSPIELSUCHT  
UND HILFEANGEBOTEN IN  
RHEINLAND-PFALZ**



**MACHEN SIE SICH NICHTS VOR!**

- Sie verspielen mehr Geld als Sie eingepflanzt  
haben oder sich leisten können und versuchen,  
die Verluste wieder „zurück“ zu gewinnen.
- Sie verheimlichen Ihren Angehörigen und  
Freunden das tatsächliche Ausmaß Ihrer  
Spielgewohnheiten (Häufigkeit, Höhe der  
Einsätze/Verluste).
- Sie steigern Ihre Einsätze, um die gewünschte  
Erregung zu erreichen.
- Sie haben schon versucht, das Glücksspiel  
einzuschränken oder damit ganz aufzuhören.
- Sie nehmen an Glücksspielen teil, um Proble-  
men zu entfliehen oder schlechte Stimmungen  
abzubauen.
- Sie beschäftigen sich gedanklich intensiv mit  
dem Spiel und werden unruhig, wenn Sie keine  
Belegenheit zum Spielen haben.
- Sie teilen sich Geld, um spielen zu können  
- oder Sie verspielen Geld, das Ihnen nicht  
gehört.
- Sie vernachlässigen Ihre sozialen Kontakte und/  
oder Ihren Arbeitsplatz, weil Sie spielen.
- Sie erkennen, dass Sie sich selbst und anderen  
Schaden zufügen und spielen dennoch weiter.
- Sie haben bereits illegale Handlungen began-  
nen, um das Glücksspiel zu finanzieren.

**DAS SIND ANZEICHEN, DIE AUF EIN PROBLEMATISCHES  
SPIELVERHALTEN HINWEISEN KÖNNEN.**

1 nach DSM-IV - Diagnost. u. Statist. Manual psych. Störungen

**MDMENT BITTE – EIN WICHTIGES THEMA!**

Wenn das Glücksspiel – ob am Automaten oder am Spiel-  
tisch – im Leben eines Menschen den Mittelpunkt ein-  
nimmt, spricht man von einem problematischen Spiel-  
verhalten oder sogar von einer Glücksspielsucht. Das  
Spiel wird zum Selbstzweck und beherrscht den Alltag  
der spielenden Person. Glücksspielprobleme sind ernst  
zu nehmen und ein frühzeitiges Erkennen kann negative  
persönliche bzw. finanzielle Folgen verhindern.

**TIPPS FÜR ANGEHÖRIGE**

**Hinschauen lehnt sich, wenn Sie sich Gedanken um  
einen Menschen machen, der**

- häufig keine Zeit und kein Geld hat.
- sich von Ihnen oder dem Freundeskreis Geld leiht.
- sein Umfeld ohne erkennbaren Grund  
vernachlässigt.
- unzuverlässig geworden ist.
- den Eindruck vermittelt, dass er etwas  
verheimlicht.
- starke Stimmungsschwankungen hat.



**Wenn Sie wissen, dass ein problematisches Spiel-  
verhalten vorliegt, können Sie**

- die Person ermutigen, sich professionelle  
Hilfe zu suchen.
- der Person die Verantwortung für ihr eigenes  
Leben (zurück-)geben.
- der Person klare Grenzen setzen.
- ihr kein Geld (mehr) leihen.
- sich nicht (weiter) in das Problem mit  
hineinziehen lassen.
- auf Ihr eigenes Wohlbefinden achten.
- sich selbst fachliche Unterstützung gönnen.

Informieren Sie sich, suchen Sie sich fachliche Unter-  
stützung, wenn Sie das Gefühl haben, das ein Mensch  
aus Ihrem Umfeld „irgendwie anders“ geworden ist  
und Sie sich hilflos fühlen oder helfen wollen.

Glücksspielsucht ist seit 2001 von Krankenkassen und  
Rentenversicherungsträgern als behandlungsbedürftige  
Krankheit anerkannt. Somit können Glücksspiel-  
süchtige u.a. ambulante und stationäre Behandlung in  
Anspruch nehmen.

In Rheinland-Pfalz gibt es regionale Fachstellen,  
die Menschen mit problematischem Spielverhalten  
und spielsüchtige Personen sowie deren Angehörige  
beraten.

### 13. IMPRESSUM

**Herausgegeben** durch die  
Fachstelle „Prävention der Glücksspielsucht“ RLP  
im Büro für Suchtprävention der Landeszentrale für  
Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)  
Hölderlinstraße 8, 55131 Mainz  
Telefon: 06131 2069-0, Fax: 06131 2069-69  
www.lzg-rlp.de



**V.i.S.d.P.:** Jupp Arldt, Geschäftsführer der LZG  
**Autorin:** Gesine Pannhausen, GP Editorial – Foto Text Design Konzept,  
gesine@pannhausen.de  
**Redaktion:** Jessica Lange und Maja Bernhardt, Büro für Suchtprävention

**Grafisches Konzept und Design:** Andrea von Danwitz

**Fotos:** Dennis Möbus

**Mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit  
und Demografie in Rheinland-Pfalz**



**In Kooperation mit der Ambulanz für Spielsucht der Klinik und  
Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Universitätsmedizin Mainz**

