

3. Die Diagnose »Glücksspielsucht« und die empirische Erfassung »pathologischen« Spielverhaltens

»Da die Symptomatik eines pathologischen Spielverhaltens unter phänomenologischen wie auch ätiologischen Gesichtspunkten der Symptomatik einer stoffgebundenen Suchterkrankung ähnelt, hat sich im öffentlichen sowie wissenschaftlichen Diskurs in den letzten Jahrzehnten der Begriff der Glücksspielsucht (bzw. verkürzt: Spielsucht) zur Beschreibung dieses Störungsbildes zu Recht durchgesetzt«.
(Hayer/Rumpf/Meyer 2014: 12)

Es existiert eine reichhaltige Literatur über das Glücksspiel, und innerhalb dieser Literatur mangelt es nicht an Schriften, die sich schon geraume Zeit vor seiner Pathologisierung mit exzessiven Formen des Spiels mit dem Glück beschäftigt haben. In England und den Vereinigten Staaten waren es im 19. Jahrhundert vor allem religiöse Stimmen, die ein Klagelied gegen maßloses Glücksspiel und seine als moralisch verheerend empfundenen Folgen erklingen ließen (vgl. Bernhard 2007). Das Neue an der rezenten Behandlung dieses Themas ist somit nicht die Idee des übermäßigen Glücksspiels. Neu ist vielmehr der Umstand, bestimmte Muster des Spielens und der damit verbundenen Gefühle als »Glücksspielsucht« und damit als Form einer mentalen Störung zu definieren (vgl. Collins 2006, Volberg/Wray 2007).

3.1 Die wissenschaftliche Anerkennung der »Glücksspielsucht«

In der Geschichte der Medikalisierung des problematischen Glücksspielverhaltens stellt das Jahr 1980 ein wichtiges Datum dar. Damals fand das »pathologische Glücksspiel« erstmals Aufnahme in das »Diagnostische und Statistische Handbuch der mentalen Störungen« (DSM), ein von der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA)¹ herausgegebenes Klassifikationssystem, das Beschreibungen, Symptome und andere Kriterien für die Diagnose psychischer Störungen umfasst. Das zwanghafte Glücksspiel (»compulsive gambling«) wurde in der seinerzeit dritten Version des Handbuchs (DSM-III) der Klasse der Impulskontrollstörungen zugeordnet. Über die Ursachen dieser »Krankheit« erfuhr man dort allerdings nichts.

Dies lag allerdings an der generellen Eigenart des Handbuchs, das mentale Störungen nur klassifiziert, aber weder ihre Entstehung erklärt noch ihre Behandlung anleitet (vgl. Paris/Phillips 2013). Die Diagnose basiert auf einer Checkliste von Verhaltenssymptomen. Diese Form der deskriptiven Diagnose hatte für die Psychiatrie, die sich als Disziplin um gesellschaftliche Anerkennung bemühte, den Vorteil, dass sie sich nicht auf schwer oder nicht beweisbare Vorstellungen über die Art und die Ursachen von psychischen Erkrankungen stützen musste (vgl. Rantala/Sulkunen 2012). Aus therapeutischer Sicht war mit den einschlägigen Klassifikationssystemen der Umstand verbunden, dass unklar blieb, auf welchen therapierelevanten Ursachen die entworfenen Krankheitsbilder hätten beruhen können. Aber auch wenn die entsprechenden Diagnosen lediglich auf der Aufzählung von Symptomen und Verhaltensfolgen basierten, wurde mit ihnen der Anspruch erhoben, zwischen normalem und pathologischem Verhalten unterscheiden zu können.

Mit der Revision des DSM-III im Jahre 1987 orientierten sich im DSM-III-R die Diagnosekriterien des pathologischen Glücksspiels am Abhängigkeitsmodell. Die Kriterien basierten auf subjektiven Einschätzungen der Betroffenen über ihre Stimmungen und Motivationen (vgl. Reith 2018).

1 Das DSM wird seit 1952 von der APA herausgegeben und ist heute international in der Forschung und in zahlreichen Kliniken und Instituten gebräuchlich. Dieses Diagnosemanual steht in Konkurrenz zu »Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen« des ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten), für das die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verantwortlich zeichnet und dessen Schwerpunkt im Unterschied zum DSM auf einer interkulturellen Perspektive liegt.

Im Einzelnen wurden folgende Merkmale genannt: starke Vereinnahmung durch das Glücksspiel; Erhöhung der Einsätze, um das gleiche Erregungslevel zu erreichen; erfolglose Versuche, das Spielen einzuschränken oder zu beenden; Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder zu beenden; Spiel als Mittel zur Problemverdrängung; Versuche, Verluste rasch auszugleichen (>chasing<); Lügen zur Vertuschung der Verluste; Beschaffungskriminalität; Gefährdung sozialer und beruflicher Beziehungen; sich auf die finanzielle Beihilfe Anderer zur Ausgleichung der Verluste verlassen (vgl. Lesieur 1988). Trafen fünf oder mehr dieser Kriterien zu, dann, so die (etwas willkürlich erscheinende) Festlegung, lag pathologisches Glücksspiel vor. Eine diagnostische Einordnung als Abhängigkeitserkrankung wurde jedoch nicht vorgenommen.

Die Neuformulierung der Kriterien im DSM-IV (1994) stellte eine Kombination der Kriterien des DSM-III und des DSM-III-R dar. Strittig blieb jedoch weiterhin, um welche Form der Erkrankung es sich handelt (>nosologische Zuordnung<). Auch wenn die diagnostischen Kriterien für pathologisches Spiel in DSM-IV große Ähnlichkeiten mit den Kriterien für substanzgebundenen Abhängigkeitsstörungen aufwiesen, blieben letztere eine eigenständige Kategorie.

Bemerkenswert ist nun der Umstand, dass ein aufmerksamer Blick in moraltheologische Schriften des 19. Jahrhunderts, die seinerzeit zumindest in Amerika und in England den öffentlichen Diskurs zum problematischen Glücksspiel beherrschten, etwas Frappierendes zu Tage fördert: In den heutigen fachwissenschaftlichen Interpretationen des pathologischen Glücksspiels scheinen in großer Deutlichkeit die Bewertungen der Moraltheologen auf (vgl. Bernhard 2007). All die Kriterien, die Eingang in die moderne medizinische Literatur gefunden haben, verfügen offenkundig über historische Vorläufer. Die moralgesättigten Schriften aus vergangenen Jahrhunderten, die ein Klagelied über die dunklen und teuflischen Seiten des Glücksspiels anstimmten, haben somit Widerhall in der modernen Medizin und Psychiatrie gefunden. Was einstmals als moralisches Problem beschrieben wurde, ist dergestalt zu einem medizinisch-psychiatrischen Problem geworden. Oder anders ausgedrückt: Die medizinisch-psychiatrische Terminologie zur Beschreibung und Diagnose des pathologischen Glücksspiels basiert auf moralischen Urteilen (ebd.). Vor diesem Hintergrund scheint die These, wonach es im Laufe der Zeit zu einer Entmoralisierung der Glücksspielpolitik gekommen sei (vgl. Euchner et al. 2013), überprüfungsbedürftig.

3.2 Von der »Glücksspielsucht« zur »Glücksspielstörung«

Unter dem Eindruck neurowissenschaftlicher Studien und bildgebender Verfahren, die beanspruchten, eine Ähnlichkeit zwischen stoffgebundenen Süchten und der »Glücksspielsucht« nachweisen zu können, wurde dieses Krankheitsbild mit der nächsten Überarbeitung im DSM-5 (2013) in die gleiche Kategorie wie »stoffgebundene Störungen« eingruppiert.² Zugleich wurde der Begriff »gambling disorder«, also »Glücksspielstörung«, eingeführt, um die negative Konnotation »pathologisch« zu vermeiden.³ Durch die Verschiebung von der Kategorie der Impulskontrollstörung zur Verhaltenssucht stieg das Interesse an der Entwicklung pharmazeutischer Behandlungsmethoden. Die entsprechende Forschungsagenda wurde von der pharmazeutischen Industrie unterstützt.

Die erstmalige Berücksichtigung einer »Verhaltenssucht« bei der Klassifikation psychiatrischer Diagnosen war wissenschaftsintern keineswegs unumstritten. Zu den prominentesten Kritikern zählte der ehemalige Vorsitzende der DSM-IV-Kommission Allen Frances. Sein zentraler Vorwurf an seine Kollegen lautete, dass aus Alltagsleiden in großer Zahl Krankheiten gemacht würden. Der Begriff der Sucht werde in einer Weise gedehnt, so dass darunter viele Formen der leidenschaftlichen Beschäftigung fallen würden. »Das Konzept der ›Verhaltenssucht‹ hat den fundamentalen Fehler, dass wir alle ›Verhaltenssüchtige‹ sind. Das wiederholte Streben nach Vergnügen ist Teil der menschlichen Natur und zu verbreitet, um als psychische Störung betrachtet zu werden« (Francis 2013: 185, eigene Übersetzung, G.M.). Mit der Erweiterung von Diagnosekategorien, so eine weitere Variante der Kritik, komme es zu einer »Verfestigung und Institutionalisierung eines rein bio-physischen Modells mit scheinobjektiven Verhaltenstaxonomien zur Beschreibung eigentlich sozialer Probleme« (Harbusch 2019: 388). Derartige Spielarten der

2 Die Kategorie »Substance-related and Addictive Disorders« besteht aus den beiden Untergruppen »substance addictions« und »behavioral addictions«.

3 »Es mutete fast schon wie ein kleiner klassifikatorischer Quantensprung an, dass das bisherige Kapitel der Substanzabhängigkeiten umbenannt wurde und nun auch »suchtartige Verhaltensweisen« einschloss, deren erster Vertreter die sogenannte »Gambling Disorder«, zu Deutsch Glücksspielstörung repräsentierte. Im kürzlich vorgestellten ICD-11 [der Weltgesundheitsorganisation] erfolgt die Einordnung der Glücksspielstörung ebenfalls im Kapitel der »Substanzabhängigkeiten und suchtartigen Verhaltensweisen« (vgl. Müller/Wölfling 2020: 37).

Gegendeutung haben allerdings bislang keine starke Position im Glücksspiel-diskurs erringen können.⁴

Das »diagnostische Netz« (Reith 2018) wurde durch das DSM-5 noch enger geknüpft. Dort wurde nämlich die Zahl der in Anschlag gebrachten Kriterien von 10 auf 9, die für die Diagnose Glücksspielstörung notwendige Zahl von 5 auf 4 reduziert (vgl. Meyer 2018).

Hält man sich an Gerda Reith (2018), dann weist der Kriterienkatalog im DSM-5 eine Besonderheit auf, die in der spezifischen Art besteht, wie dort der Umgang mit Geld thematisiert wird. Dem Verhalten in Bezug auf Geld wie Borgen und Stehlen sowie die Jagd nach dem raschen Ausgleich von Verlusten wird starke Bedeutung zugemessen. Nicht Geld, gemessen an der (absoluten und relativen) Höhe der Einsätze und der erlittenen Verluste, sondern der Kontrollverlust im Umgang mit Geld wird so zum ausschlaggebenden Kriterium für pathologisches Verhalten. Damit wird allerdings die Definition des problematischen Glücksspiels grenzenlos, denn wenn die subjektiven Gefühle über Gewinne und Verluste zum entscheidenden Kriterium für die Existenz einer Pathologie werden, dann, so Reith, kann tendenziell jede Person Probleme haben und die Unterscheidung zwischen normalem und problematischem Verhalten beginnt zu verschwimmen. Es wird noch zu zeigen sein, dass im Diskurs zur Regulierung des Glücksspiels und zur Bekämpfung der »Glücksspielsucht« die Höhe der individuellen Einsätze beim Glücksspiel neuerdings zu einer bedeutsamen Größe geworden ist (s. Kap. 10).

3.3 Empirische Erfassung der »Glücksspielsucht« als umkämpftes Terrain

Bei Prävalenzstudien scheint es zunächst allein darum zu gehen, die Anzahl »pathologischer« und »problematischer« Spieler in einer bestimmten Population zuverlässig zu messen und auf diese Weise eine Grundlage für die Erfassung von längerfristigen Entwicklungen zu erhalten. Zugleich werden mit den entsprechenden statistischen Daten aber die den Erhebungen zugrunde gelegte soziale Kategorie der pathologischen Spieler bestätigt und damit als Objekte der Kontrolle und Intervention definiert (vgl. Young 2007). Da

4 Zu einer frühen soziologischen Kritik an der psychologischen Diagnostik von Glücksspielsucht vgl. Schmid (1994).

auf diese Weise abweichendes Verhalten bestimmt wird, werden auch gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen reproduziert (ebd.).

Auf der Basis des DSM-Kriterienkatalogs für »pathologisches Glücksspiel« sind verschiedene Messinstrumente entwickelt worden, die alle dazu dienen, Spielerkategorien aus einer quantifizierbaren Checkliste von Symptomen zu konstruieren, die lose um Vorstellungen von Kontrollverlust und Irrationalität herum organisiert waren (vgl. Reith 2018). Gegen den Anspruch dieser Instrumente, ein objektives Bild der Glücksspielproblematik zu zeichnen, ist deshalb immer wieder Kritik laut geworden (vgl. Young 2013, Abbott/Volberg 2006).

Auf Untersuchungen mit einem dieser Messinstrumente, dem South Oaks Gambling Screen (vgl. Lesieur/Blume 1987), beruhen auch die statistischen Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), auf die im deutschen Glücksspieldiskurs mit großer Regelmäßigkeit zurückgegriffen wird. Seit 2008 liegen aus dieser Quelle repräsentative empirische Daten zum Glücksspielverhalten und »pathologischen« Glücksspielen der deutschen Bevölkerung vor.⁵ Die dabei ermittelten Statistiken über die Zahl der »Spielsüchtigen« unterscheiden zwischen den »problematischen« und den »pathologischen« Spielern. Für die erste Kategorie müssen weniger Diagnosekriterien erfüllt werden als für die zweite Kategorie. Auf diese Weise vergrößerte sich die Zahl derjenigen, die in den »therapeutischen Blick« (Reith 2018) gerieten.

Bei der Betrachtung der Prävalenzen im Zeitvergleich besteht ein Problem bei der Interpretation der von der BZgA erhobenen Daten darin, dass sie auf Studien beruhen, die aus methodischen Gründen nur eingeschränkt miteinander vergleichbar sind (vgl. Banz/Becker 2019: 215). Die in den Untersuchungen jeweils ausgewiesenen Prävalenzen lagen in einer relativ engen Spanne (Abb. 5).

Die 2017 durchgeführte Erhebung der BZgA, die die Bevölkerungsgruppe der 16- bis 70-Jährigen berücksichtigt, wies eine Prävalenzrate von 0,56 Prozent für die als »problematisch« geltenden Spieler und von 0,31 Prozent für die als »pathologisch« geltenden Spieler aus (vgl. BZgA 2018). In absoluten Zahlen sind das 326.000 Spieler in der Kategorie »problematisch« und 180.000 Spieler in der Kategorie »pathologisch«. »Im Vergleich mit dem Survey 2015 ist eine marginale, statistisch nicht signifikante Zunahme an Pro-

5 Die 2007 von Bühringer et al. vorgelegte Studie zum pathologischen Glücksspiel in Deutschland wurde bereits 2006 durchgeführt.

blemspieler/innen und geringfügige Abnahme an pathologischen Spieler/innen erkennbar. Der Bevölkerungsanteil von 0,87 % mindestens problematischer Spieler/innen liegt auf dem Niveau früherer Erhebungen. Signifikante Veränderungen sind über die Jahre nicht zu verzeichnen« (Meyer 2018: 127).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die im Januar 2020 publizierte Studie der BZgA:

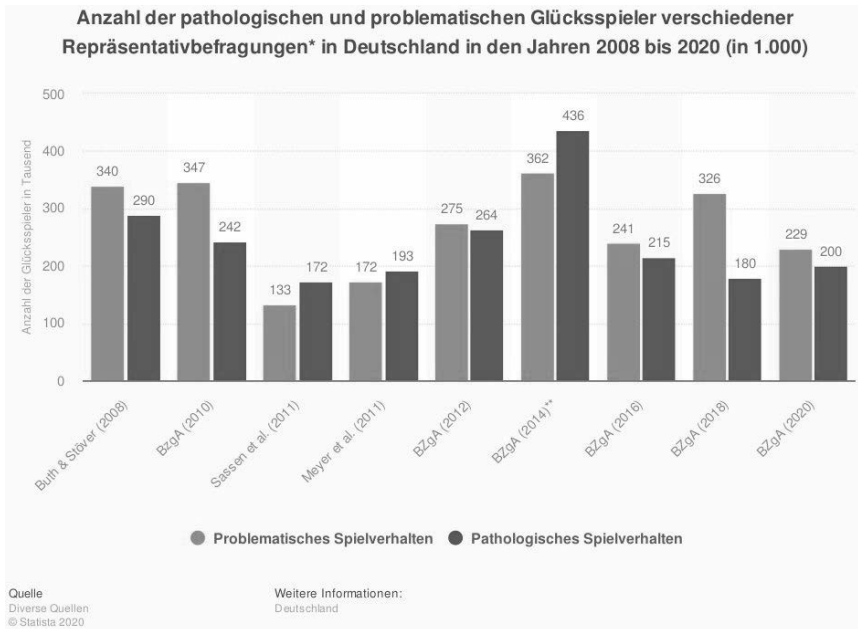
»Die Quote für problematisches Glücksspielverhalten beträgt 0,39 % (männliche Befragte: 0,68 %, weibliche: 0,10 %), für das wahrscheinlich pathologische Glücksspielverhalten 0,34 % (männliche Befragte: 0,60 %, weibliche: 0,08 %). Gegenüber dem Survey 2017 ist damit nur eine geringe, statistisch nicht signifikante Zu- bzw. Abnahme der jeweiligen Anteile zu verzeichnen. [...] Für 2019 kann für Deutschland von hochgerechnet ca. 229.000 problematisch und ca. 200.000 wahrscheinlich pathologisch Glücksspielenden ausgegangen werden. Die 2019 ermittelten Gesamtquoten für problematisches bzw. pathologisches Glücksspielverhalten liegen im Bereich vergleichbarer in Deutschland durchgeführter Studien« (Banz 2020: 10).

Aus diesen Zahlenreihen werden in der (fach-)öffentlichen Debatte unterschiedliche Schlussfolgerungen gezogen. Die Automatenwirtschaft liest daraus die Harmlosigkeit ihres Angebots ab und postuliert: »Über 99 Prozent spielen ohne Probleme« (AMA 2009). Kritiker der Glücksspielanbieter verweisen hingegen auf wissenschaftliche Studien, wonach die stabilen Prävalenzzahlen mit einer hohen Fluktuation bei den problematischen Spielern, der starken Rückfallanfälligkeit dieser Personen und der Nichtberücksichtigung von Neuerkrankungen zu erklären ist (vgl. Meyer 2020: 46).

Ein weiterer häufig herangezogener Bezugspunkt im öffentlichen und parlamentarischen Glücksspielsuchtdiskurs ist die Zahl der in Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen betreuten Spieler. Bis hinein in die Jahre 2013 bzw. 2014 zeigte sich in der Deutschen Suchthilfestatistik eine ständige Erhöhung der Fallzahlen (vgl. Meyer 2018). Ein Suchtexperte konstatierte für den Zeitraum zwischen 2006 und 2012 eine Steigerung bei der Zahl der Spieler, die sich an Suchtberatungsstellen gewendet haben, um 160 Prozent und führte diesen Zuwachs auf die Novellierung der Spielverordnung zurück.⁶

6 <https://www.welt.de/newsticker/news3/article108731624/Experte-Die-Automaten-Branche-lebt-von-Spielsuechtigen.html>

Abb. 5: Ergebnisse empirischer Prävalenzstudien zwischen 2008 und 2020



Quelle : <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256885/umfrage/anzahl-der-pathologischen-und-problematischen-gluecksspieler/>

In den Folgejahren verblieben die Fallzahlen dagegen auf dem erreichten Niveau (vgl. Künzel et al. 2019).

Über die empirische Ermittlung der Prävalenzen von Glücks- und Gewinnspielen wird innerhalb der Spielsuchtdebatte gleichwohl teilweise heftig gestritten. Kritiker der ›amtlichen Zahlen‹ bemängeln etwa an den von der BZgA regelmäßig durchgeführten Untersuchungen die fehlende statistische Signifikanz sowie die Vernachlässigung des illegalen Glücksspielangebots (vgl. Peren 2020). Dem Verfasser dieser Kritik wird umgekehrt vorgehalten, wissenschaftliche Standards zu verletzen, was von seinen Kritikern damit in Zusammenhang gebracht wird, dass seine Gutachten von der Automatenwirtschaft finanziert wurden (vgl. Banz/Becker 2019). Umstritten sind in den Auseinandersetzungen vor allem zwei Aspekte: das Gefährdungspotential des Automatenspiels im Vergleich zu anderen Glücksspielvarianten und der Anteil am Umsatz der Automatenwirtschaft, der sich problematischen/pathologischen Spielern verdankt. In Bezug auf den ersten Punkt be-

sagt die im Suchtdiskurs dominante Auffassung, dass das Automatenspiel »mit weitem Abstand das höchste Suchtgefährdungspotential« aufweist (vgl. ebd.: 212). Da die Ergebnisse der BZgA zu diesem Zusammenhang nach allgemeiner Auffassung mit Vorsicht zu interpretieren sind, wird deshalb auf die entsprechenden Ergebnisse der Befragung von Experten und Klienten in Suchthilfeeinrichtungen verwiesen (vgl. ebd.).

Kontrovers und scharf im Ton wird auch die Frage verhandelt, wie viel des Umsatzes an Geldspielautomaten vorwiegend auf Spielsüchtige zurückgeht. Die eine Seite veranschlagt diesen Anteil als überproportional hoch (Fiedler et al. 2019). So wurde bei einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundeshauptes behauptet, dass 56 Prozent der Einnahmen der Spielhallenbranche von »Spielsüchtigen« stammten (vgl. Adam 2009, BT, AP 16/127, S. 16). Und ein Suchtexperte wurde mit der Aussage zitiert: »Die Branche lebt von den Spielsüchtigen und will ihre Geschäftsgrundlage verteidigen« (s. Fußnote 6). Die Gegenseite bestreitet die Seriosität der ins Feld geführten Daten und konstatiert, dass sich die Frage, ob »der relative Umsatzanteil krankhafter Spieler am Gesamtumsatz als zu hoch, bedenklich oder gar als verwerflich zu deklarieren ist« (Haase 2016: 405), der empirisch-wissenschaftlichen Beurteilung entziehe.

Aus all dem ergibt sich, dass die empirische Wissensbasis im Feld der Glücksspielsuchtforschung zwar seit 2007 deutlich erweitert wurde.⁷ Zugleich ist das dabei produzierte epidemiologische Wissen Gegenstand von Deutungskämpfen, in die neben wissenschaftlichen auch wirtschaftliche Akteure verwickelt sind. Und zur allgemeinen Diskursstrategie scheint es zu gehören, dass man der jeweils anderen Seite die Wissenschaftlichkeit abspricht. Festzuhalten ist jedoch auch, dass in diesen Deutungskämpfen seit der Etablierung der epidemiologischen Forschung die Existenz der Subjektposition des pathologischen Spielers nicht mehr umstritten zu sein scheint. Indem Prävalenzstudien diese Spielerkategorie schaffen und zugleich aufweisen, wie relativ klein sie im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung ist, tragen sie dazu bei, die Suche nach den Ursachen dieser »Pathologie« auf die Ebene der betroffenen Spieler zu lenken (Young 2013). Gleichwohl stellt sich die Frage, in welcher Weise das epidemiologische Wissen in den parlamentarischen Diskurs eingeflossen ist und die Problemwahrneh-

7 Das gilt nicht nur für die nationale Ebene, sondern noch weit mehr für den internationalen Bereich (vgl. als Überblick: Sulkunen et al. 2018).

mungen und Lösungsstrategien der unterschiedlichen parlamentarischen Diskurspositionen beeinflusst hat.