

Identifikation von Problemspielern im Kasino – Ein Screeninginstrument (ID-PS)

Schlussbericht

HSA, Luzern / Institut WDF, Februar 2005

Prof. Jörg Häfeli, Dozent und Projektleiter

Lic. phil. Psychologin, Caroline Schneider, wissenschaftliche Assistentin

Dank

An dieser Stelle möchten wir uns bei den drei Grand Casinos Baden, Bern und Luzern herzlich bedanken. Sie waren uns bei der Rekrutierung von Versuchspersonen behilflich und haben die vorliegende Studie finanziell unterstützt. Das Grand Casino Baden ermöglichte uns zusätzlich einen vertieften Einblick in den Betrieb. Wir lernten die organisatorischen Abläufe und die verschiedenen Spiele kennen, was sich im Hinblick auf die Studie als sehr aufschlussreich erwies. Casinos Austria International (CAI) sowie der Fachhochschule Zentralschweiz danken wir ebenfalls für die finanzielle Unterstützung.

Wir danken Gerhard Meyer, Professor an der Universität Bremen, für seine wertvollen fachlichen Beiträge und Impulse. Weiter möchten wir uns bei Ron Frisch, Ph.D. von der Universität in Windsor sowie bei Randy Stinchfield, Ph.D. an der Medical School der Universität Minnesota, für ihre fachlichen Inputs und Hinweise bedanken.

Die Untersuchung, die dem Bericht zu Grunde liegt, war dank der Unterstützung zahlreicher Institutionen möglich. Folgende Beratungsstellen vermittelten uns Kontakte zu Spielern und Spielerinnen:

Sozialberatungszentrum (SoBz) Amt Luzern

Perspektive Fachstelle Mittelthurgau, Kreuzlingen

Basellandschaftliche Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme, Münchenstein
Stiftung Suchthilfe, St. Gallen

Berner Gesundheit, Bern

Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

Wir möchten uns bei den aufgeführten Institutionen herzlich für ihr Engagement bedanken.

INHALTSVERZEICHNIS

I. Executive Summary	6
1. Ausgangslage und Fragestellung.....	8
1.1 Aufbau des Berichts	8
2. Prävention, Früherkennung, Behandlung - Theoretische Überlegungen	10
2.1 Früherkennung	10
2.2 Früherkennung in Kasinos.....	11
2.3 Problematisches Spielen vs. pathologisches Spielen.....	12
3. Überblick über die Messinstrumente in der Spielsuchtforschung.....	16
3.1 Kriterien für die Beurteilung eines Messinstrumentes.....	16
3.1.1 Objektivität, Reliabilität und Validität.....	16
3.1.2 Klassifikationsgüte	18
3.2 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV)	21
3.3 Canadian Problem Gambling Index (CPGI)	22
3.4 Gambler Anonymous 20 Questions (Ga-20)	24
3.5 Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten	25
3.6 Lie/Bet Questionnaire	27
3.7 Victorian Gambling Screen (VGS).....	28
3.8 South Oaks Gambling Screen (SOGS)	29
3.9 Gamblers Beliefs Questionnaire (GBQ)	33
3.10 Gambling Behavior Interview (GBI).....	34
3.11 Cumulative Clinical Signs Method (CCSM).....	34
3.12 Diagnostic Interview for Gambling Schedule (DIGS).....	35
3.13 Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS)	36
3.14 National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS)	37
3.15 Spielerbelastungsfragebogen (SBF).....	37
3.16 Massachusetts Gambling Screen (MAGS)	38
3.17 Instrumente für Jugendliche	38
4. Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Früherkennung von Problemspielern	47
4.1 Bedeutung von Screeninginstrumenten	48
5. State of the Art: Erkennbare Merkmale bei Problemspielern	50

5.1	Expertenbefragung des Australian Gambling Council	50
5.1.1	Expertenmeinungen	53
5.2	Früherkennungskriterien nach Meyer	56
5.3	Risikofaktoren und prädisponierende Faktoren der pathologischen Spielsucht... 57	57
5.2.1	Persönlichkeitsstruktur	57
5.2.1.1	Verzerrte Wahrnehmungen und abergläubisches Verhalten	57
5.2.1.2	Sensation Seeking	58
5.2.1.3	Impulsivität und Impulskontrolle	58
5.2.2	Strukturelle Merkmale von Glücksspielen	59
5.2.3	Besuchsfrequenz und Besuchsdauer	62
5.2.4	Höhe des verspielten Geldes.....	62
5.2.4	Gebundene Substanzen und Delinquenz	62
5.2.4.1	Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch	63
5.2.4.2	Delinquenz.....	65
5.2.5	Soziodemographische Aspekte	65
5.2.5.1	Einkommen.....	65
5.2.5.2	Bildung	65
5.2.5.3	Alter	66
5.2.5.4	Geschlecht	67
6.	Untersuchungsanlage.....	69
6.1	Projektablauf	69
6.2	Durchführung von Einzelinterview mit verschiedenen Fokusgruppen	69
6.2.1	Problemzentriertes Interview.....	70
6.3	Auswertungsvorgehen bei problemfokussierten Interviews	72
7	Beschreibung der Stichproben.....	75
7.1	Stichprobe	75
7.1.1	Stichprobe Kasinopersonal.....	75
7.1.2	Stichprobe Problemspieler	76
7.1.3	Stichprobe Stammgäste	78
8	Ergebnisse der qualitativen Befragung	80
8.1	Auszählen der Kategorien und Kontrastgruppenvergleich.....	80
8.1.1	Besuchsfrequenz.....	80
8.1.2	Besuchsdauer	81
8.1.3	Ungepflegtes Äusseres	82
8.1.4	Geldautomatenbezug.....	82
8.1.5	Geldbeschaffung.....	83
8.1.6	Wiederholtes Wechseln von hohen Noten an der Kasse	84
8.1.7	Einsatzhöhe pro Spiel	84
8.1.8	Einsatzhöhe pro Besuch	85
8.1.9	Inkonsistenz im Einsatzverhalten.....	86
8.1.10	Kommt alleine	86
8.1.11	Sozialer Rückzug.....	87
8.1.12	Unfreundliches Verhalten gegenüber dem Kasinopersonal	88
8.1.13	Ununterbrochenes Spielen	88
8.1.14	Verhalten gegenüber dem Automaten resp. am Tisch	89
8.1.15	Reaktionen bei Gewinn	89

8.1.16	Chasing	90
8.1.17	Risikospielen.....	91
8.1.18	Gleichzeitiges Bespielen von mehreren Geräten	91
8.1.19	Ununterbrochenes Füttern des Automaten mit (grossen) Noten.....	92
8.1.20	Reservieren von Automaten.....	92
8.1.21	Mogeln.....	93
8.1.22	Nervosität	93
8.1.23	Besondere Äusserungen des Gastes.....	94
8.1.24	Gesamtübersicht	94
8.2	Präventive Massnahmen aus der Sicht der Betroffenen.....	96
8.2.1	Strukturelle Massnahmen	96
8.2.1.1	Installation eines Beratungszimmers	96
8.2.1.2	Strikte Eintrittsbestimmungen und limitierter Kasinozutritt	96
8.2.1.3	Massnahmen am Automaten	97
8.2.1.4	Taxiservice	97
8.2.2	Sensibilisierung und Schulung des Kasinopersonals	97
8.2.2.1	Richtiger Zeitpunkt des Ansprechens	98
8.2.2.2	Beobachtung von Gästen intensivieren	98
8.2.2.3	Personalschulung – Gästebetreuung	98
8.2.3	Öffentlichkeitsarbeit	99
8.2.3.1	Prävention im Kasino	99
9.	Zusammenstellen des Screeninginstrumentes	100
9.1	Anforderungen an die Formulierung der Items	100
9.2	Erstellung des Screeninginstrumentes ID-PS	100
9.3	ID-PS	102
10.	Früherkennungsablauf im Kasino	107
10.1	Prozessablauf Früherkennung	107
10.2	Meldezettel A	110
10.3	Meldezettel B	111
11.	Diskussion und Ausblick	113
12	Literaturverzeichnis	115
13.	Tabellenverzeichnis	124
14.	Abbildungsverzeichnis.....	124
Anhang A:	Leitfadeninterviews	125
	Leitfadeninterview Kasinomitbeiter.....	125
	Leitfadeninterview Problemspieler.....	128
	Leitfaden Stammgäste	129
Anhang B:	Codierleitfaden.....	131

I. Executive Summary

Anlass für die folgende Studie bot die revidierte Spielbankenverordnung, die am 1.11.2004 in Kraft trat. Im Bereich Sozialschutz werden strengere Massnahmen gefordert. Ein Kasino muss Beobachtungskriterien festlegen, anhand derer spielsuchtgefährdete Gäste erkannt werden können. Hinsichtlich Screeninginstrumenten besteht ein grosser Forschungsbedarf im Bereich Früherkennung von Problemspielern innerhalb des Settings Kasino. Die HSA entwickelte zu diesem Zweck ein Screeninginstrument (ID-PS), das es dem Kasinopersonal ermöglicht, Problemspieler möglichst frühzeitig zu erfassen.

Zur Generierung relevanter Items für dieses Screeninginstrument wurden verschiedene Fokusgruppen befragt und die Forschungsliteratur studiert. Die erste Fokusgruppe bestand aus den Kasinoangestellten. Insgesamt wurden 23 Kasinoangestellte mittels Leitfadeninterviews befragt. Die Auswahl der Befragten erfolgte möglichst repräsentativ. D.h. es wurde darauf geachtet, dass jeweils Personen aus beiden Spielbereichen (Tisch vs. Automatenspielbereich), mit unterschiedlichen Funktionen und mit unterschiedlich langer Berufserfahrung interviewt wurden. Die zweite befragte Gruppe bestand aus problematischen resp. pathologischen Spielern. Die 28 Spieler wurden über Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und über Kasinos (Gäste mit einer Spielsperre) rekrutiert. Die dritte Gruppe bildeten Kasinostammgäste, d.h. regelmässig spielende Gäste, die keine Anzeichen einer Spielsuchtgefährdung aufweisen. Alle sieben Gäste wurden mit einem diagnostischen Screeninginstrument auf eine vorliegende Spielsuchtproblematik hin getestet.

Die 58 Interviews wurden zusammengefasst und mit Hilfe eines Leitfadens kodiert. Die aufgeführten Kategorien im Codierleitfaden wurden in Häufigkeitstabellen zusammengefasst. Dies gab einen ersten Anhaltspunkt über die Verteilungen der Kategorien sowie deren Gewichtung. Im nächsten Schritt wurden die Kategorien in Items ausformuliert. Es entstand der ID-PS

(**I**dentifikation von **P**roblemspielern). Das Screeninginstrument umfasst sechs Oberkategorien, bestehend aus 39 Items: Besuchshäufigkeit und Besuchsdauer (2 Items), Geldbeschaffung (5 Items), Einsatzverhalten (7 Items), Sozialverhalten (4 Items), Verhalten und Reaktionen beim

Spielen (20 Items) sowie äussere Erscheinung (1 Item). Die grosse Mehrheit der Items wird mit „trifft zu“ resp. „trifft nicht zu“ beantwortet.

Um die Anwendung und den Einsatz des ID-PS im Kontext der Abläufe betreffend Sozialkonzept im Kasinobetrieb zu verdeutlichen, wurde ein Vorschlag eines möglichen Früherkennungsablaufs erarbeitet.

Als nächsten Schritt gilt es, das Screeninginstrument (ID-PS) zu validieren. Dazu soll der ID-PS in mehreren Kasinos eingesetzt werden.

Das Forschungsprojekt wurde von den drei Grand Casinos Baden, Bern und Luzern, von Casinos Austria International (CAI), sowie über Fördergelder der Fachhochschule Zentralschweiz finanziert.

1. Ausgangslage und Fragestellung

Ausgangslage der vorliegenden Studie bildet die revidierte Spielbankenverordnung vom 1.11.2004. Weiter liegt weltweit noch kein valides Instrument zur Identifikation von Problemspielern in Kasinos vor. Daraus ergab sich ein Handlungsnotstand, der zur Entwicklung eines Screeninginstrumentes für den Bereich Früherkennung von spielsuchtgefährdeten Kasinogästen führte.

Die revidierte Verordnung des Spielbankengesetzes (Spielbankenverordnung, VSBG, SR 935.521), fordert konkrete Massnahmen im Bereich des Sozialschutzes. Konkret bedeutet dies, dass ein Kasino Beobachtungskriterien (d.h. eine so genannte Checkliste) festlegt, anhand derer spielsuchtgefährdete Spieler erkannt werden können. Daraufhin ist ein Kasino verpflichtet, die notwendigen Massnahmen zu ergreifen. Spielsuchtgefährdete Gäste müssen angesprochen werden. Der Gast wird im Gespräch über die Möglichkeit einer Spielsperre oder einer Besuchsvereinbarung informiert. Dem Gast werden Informationen über Beratungsstellen abgegeben. Das Kasino ist verpflichtet, die gemachten Beobachtungen und die ergriffenen Massnahmen zur Früherkennung zu dokumentieren.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, ein Screeninginstrument zu entwickeln, mit welchem Problemspieler aufgrund äusserer Merkmale und Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig erkannt werden können. Damit werden einerseits die gesetzlichen Auflagen erfüllt, andererseits wird den Kasinobetreibern ein wissenschaftlich entwickeltes Früherkennungsinstrument zur Verfügung gestellt. Den Kasinos wird zudem ein Vorschlag zum Ablauf der Früherkennung vorgelegt.

1.1 Aufbau des Berichts

In Kapitel zwei folgen eine kurze theoretische Einbettung der Begriffe Prävention, Früherkennung und Behandlung sowie eine Definition von problematischem Spielen resp. pathologischem Spielen. Kapitel drei führt in die Kriterien der Objektivität, Validität und

Reliabilität und der Klassifikationsgüte ein, anhand derer die Qualität eines Messinstrumentes beurteilt wird. Anschliessend folgt ein Überblick über die vorhandenen Messinstrumente, welche in Glücksspielsuchtstudien verwendet werden. Kapitel vier erklärt die Bedeutung eines Screeninginstrumentes zur Identifikation von Problemspielern. Kapitel fünf gibt den Forschungsstand über Erkennungsmerkmale bei spielsuchtgefährdeten Kasinogästen wieder. Kapitel sechs stellt die Untersuchungsanlage der vorliegenden Studie vor. Im nächsten Kapitel werden die verschiedenen Stichproben beschrieben. Kapitel acht fasst die Ergebnisse der qualitativen Befragung zusammen. Zudem werden präventive Massnahmen aus der Sicht der Betroffenen vorgeschlagen. In Kapitel neun wird auf die Anforderungen an die Erstellung eines Screeninginstrumentes eingegangen. Es wird aufgezeigt, wie der ID-PS erstellt wurde. In Kapitel zehn wird das entwickelte Screeninginstrument (ID-PS) in den Gesamtkontext der Früherkennung gestellt. Ein möglicher Früherkennungsablauf wird skizziert. Kapitel elf schliesst den Bericht mit einer Diskussion der Ergebnisse ab und wirft weiterführende Fragestellungen auf.

Im folgenden Bericht wird aufgrund der besseren Lesbarkeit ausschliesslich die männliche Form verwendet.

2. Prävention, Früherkennung, Behandlung - Theoretische Überlegungen

2.1 Früherkennung

Wie der Begriff deutlich ausdrückt, will Früherkennung ein potentiell auftretendes Problem in einer frühen Phase erkennen. Ein mögliches Problem ist in seinen Ansätzen entweder bereits entstanden, oder erste Anzeichen weisen auf ein baldiges Auftreten des Problems hin.

Früherkennung hat zum Ziel, durch eine Frühintervention einer Verschärfung des Problems entgegenzuwirken. Die Instrumente zur Früherkennung können drei unterschiedlichen Ebenen zugeordnet werden:

1. Systematisierung der Beobachtung von spielsuchtgefährdeten Gästen anhand von Kriterien.
2. Systematisierung des Austausches unter den Beobachtern (d.h. dem Kasinopersonal) des „Früherkennungssystems“ über die gemachten Beobachtungen.
3. Einleitung von frühbehandelnden Massnahmen: Klarheit für alle Beobachter des „Früherkennungssystems“ wie weiter vorgegangen werden kann. Voraussetzung dafür ist eine gute Vernetzung mit spezialisierten Behandlungsstellen.

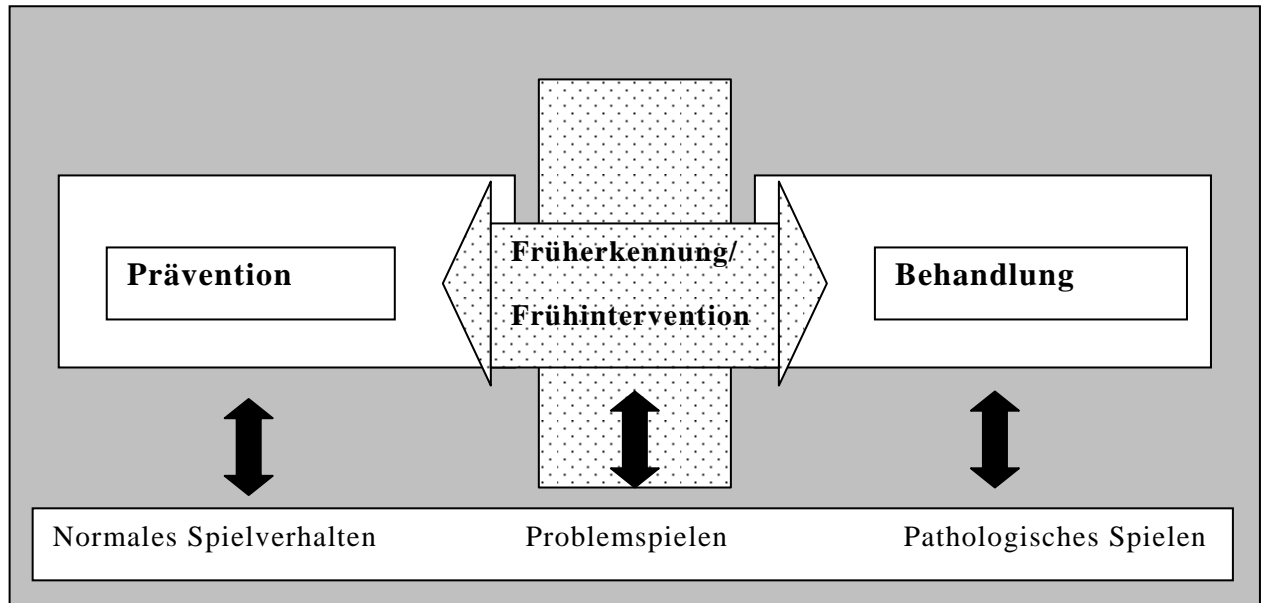


Abbildung 1: Präventionsmodell und Spielverhalten

Nach neueren theoretischen Erkenntnissen aus dem Feld der Prävention (Hafen, 2003) ist die Früherkennung als Übergangsbereich zwischen Prävention und Behandlung zu verstehen. Früherkennung wird auf dem Kontinuum zwischen Prävention und Behandlung angesiedelt.

Prävention hat zum Ziel ein mögliches Fehlverhalten gänzlich zu verhindern. Präventive Bemühungen setzen dort an, wo Probleme noch gar nicht aufgetaucht sind. **Früherkennung** hat zum Ziel, Anzeichen eines Fehlverhaltens in einer frühen Phase zu erkennen. **Die Behandlung** schliesslich beschäftigt sich mit der Lösung eines entstandenen Problems. In den folgenden Ausführungen liegt der Fokus auf der Früherkennung.

2.2 Früherkennung in Kasinos

Früherkennung kann dort geleistet werden, wo sich ein drohendes Fehlverhalten zeigt. Die deutlichsten Signale einer problematischen Entwicklung im Glücksspielverhalten sind am Ort des Geschehens wahrnehmbar: Im Kasino, im Spielsalons und in Restaurants, überall dort, wo Glücksspiele konsumiert werden können. In der Schweiz sind Kasinos von Gesetzes wegen zu

entsprechenden Massnahmen verpflichtet. In der revidierten Verordnung zum Schweizerischen Spielbankengesetz werden die Massnahmen und Anforderungen des Sozialschutzes, die ein Kasino erbringen muss näher erläutert. Artikel 38 ff. regelt die Massnahmen zu Prävention und Früherkennung wie folgt:

- Das Kasino legt Beobachtungskriterien (Checkliste) fest, anhand derer spielsuchtgefährdete Spielerinnen und Spieler erkannt werden können.
- Das Kasino ergreift aufgrund dieser Kriterien die notwendigen Massnahmen.
- Das Kasino dokumentiert die Beobachtungen und die ergriffenen Massnahmen zur Früherkennung.

Nebst den unternehmerischen Bekenntnissen der Kasinobranche zum so genannten „responsible gambling“ bildet die gesetzliche Regulierung eine wichtige Säule zur Sicherung der Sozialverträglichkeit des Glücksspielangebotes in Kasinos. Die Instrumente der Früherkennung in einem Kasino sehen wie folgt aus:

Beobachtung	Austausch und Dokumentation der Beobachtung	Einleitung von frühbehandelnden Massnahmen
Strukturierte Erfassung der Beobachtung mittels eines Screeninginstrumentes zur Früherkennung Sensibilisierung des Personals mittels Training-Programmen	Festlegung der internen Kommunikationsabläufe Dokumentationssystem Ansprechen der Gäste	Zusammenarbeit mit spezialisierten externen Behandlungsstellen Erlassen einer Spielsperre, Besuchsvereinbarung

Abbildung 2: Instrumente der Früherkennung

2.3 Problematisches Spielen vs. pathologisches Spielen

In der Literatur finden sich eine ganze Reihe von Bezeichnungen für Ausprägungen des Spielverhaltens, die als auffällig angesehen werden, wie z.B. intensives oder exzessives Spielen, problematisches oder pathologisches Spielen, süchtiges, zwang- oder krankhaftes Spielen. Im Rahmen dieser Studie verwenden wir in der Regel die Begriffe „problematisches Spielen“ bzw. „Problemspieler“ und „pathologisches Spielen“ bzw. „pathologischer Spieler“.

Es handelt sich um graduelle Abstufungen zwischen den beiden Begriffen „problematisches Spielen“ und „pathologisches Spielen“:

Pathologisches Spielen liegt vor, wenn die Kriterien eines der beiden gängigen internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen ICD-10 (hrsg. von der Weltgesundheitsorganisation WHO) und DSM-IV (hrsg. von der American Psychiatric Association APA) erfüllt sind.

Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen (F63.0) nach ICD-10.

Im Rahmen der ICD-10 Systematik wird pathologisches Spielen unter „Psychische- und Verhaltensstörungen“ resp. „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ eingeordnet.

Nach der ICD-10 besteht die Störung in häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen vernachlässigen ihren Beruf, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um Geld zu beschaffen.

Nach ICD-10 gelten folgende diagnostischen Leitlinien:

Das Hauptmerkmal dieser Störung ist beharrliches, wiederholtes Glücksspiel, das anhält und sich oft noch trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse steigert.

Diagnostische Kriterien für pathologisches Spielen nach DSM-IV

Für die Diagnose „pathologisches Spielen“ müssen mindestens 5 der folgenden Merkmale erfüllt sein. Die betreffende Person:

1. ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen).
2. muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen.
3. hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben.
4. ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben.
5. spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung zu erleichtern.

6. kehrt, nachdem sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen.
7. belügt Familienmitglieder, Therapeuten oder andere, um das Ausmass seiner Verstrickung in das Spielen zu vertuschen.
8. hat illegale Handlungen wie Fälschung, Diebstahl, Betrug oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren.
9. gefährdet oder verliert wichtige Beziehungen, ihren Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens.
10. verlässt sich darauf, dass andere ihr Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

Beim **problematischen Spielen** handelt es sich um ein in Einzelaspekten schädliches Spielen, ohne dass alle Kriterien für eine Spielsucht erfüllt sind. Die Betroffenen sind bei schweren Verlusten oder anderen negativen Konsequenzen in der Lage, ihre Gewohnheiten einzuschränken, so dass in der Regel weder der endgültige Kontrollverlust noch massive psychosoziale Konsequenzen auftreten. Es liegen jedoch negative Auswirkungen des Glücksspielens vor (z.B. Schulden, Probleme in wichtigen Beziehungen wegen des Spielens etc.). Die Betroffenen gewinnen immer wieder die Kontrolle über ihr Spielverhalten zurück.

S P I E L V E R H A L T E N	Soziales Spielen	Problematisches Spielen	Spielsucht
	Findet innerhalb der Familie, mit Freunden oder Kollegen in einem zeitlich beschränkten Rahmen in der Freizeit statt.	Spielfrequenz nimmt zu.	Spiel kann nicht mehr kontrolliert, eingeschränkt oder aufgegeben werden.
	Finanzielle Verluste sind annehmbar und begrenzt.	Veränderung des Spielverhaltens durch Wahl risikoreicher Spielvarianten.	Glücksspiel ist zum eigentlichen Lebensmittelpunkt geworden.
	Spielverhalten ist eher risikoarm.	Steigerung der Einsätze ist notwendig, um den „Nervenkitzel“ zu erhalten.	Dringende Notwendigkeit, Geld zu beschaffen.
	Glaube, das Spiel und dadurch die Verluste kontrollieren zu können (Kontrollillusion). Gewinn wird als Folge eigener Fähigkeiten erlebt. Bagatellisierungs- und Verleugnungstendenzen nehmen zu.		

S O Z I A L E S V E R H A L T E N	Soziales Spielen	Problematisches Spielen	Spielsucht
	Spiel bereitet Freude, Aufregung und Entspannung.	Vernachlässigung sozialer Kontakte. Auftauchen von Partnerschaftsproblemen. Nachlassen der beruflichen Leistungsfähigkeit.	Unruhe, Reizbarkeit, Selbstverachtung, Depressionen mit Suizidgedanken.
	Schulden, meist bei vielen Personen	Zunehmende Verschuldung führt zu: <ul style="list-style-type: none"> - sozialem Abstieg - familiärer Zerrüttung, Vereinsamung - Arbeitsplatzverlust - Straffälligkeit: vielfältige, auch kriminelle Methoden der Geldbeschaffung 	

Abbildung 3: Fliessender Übergang von problematischem Spielen zu pathologischem Spielen

3. Überblick über die Messinstrumente in der Spielsuchtforschung

Im Folgenden wird ein Überblick über die am häufigsten verwendeten Messinstrumente zur Beurteilung einer Glücksspielsucht gegeben. Wir erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die diagnostischen Instrumente resp. die Screeninginstrumente können in zwei grobe Kategorien unterteilt werden: jene, die auf dem diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) basieren, die von der APA (1994) publiziert wurde und diejenigen, die auf dem ICD (1993) beruhen, dem Manual international klassifizierten Störungen, das von der WHO publiziert wurde.

3.1 Kriterien für die Beurteilung eines Messinstrumentes

Um die nachfolgenden Beschreibungen der verschiedenen Messinstrumente besser verstehen zu können, werden vorab einige Begriffe (wie Objektivität, Reliabilität, Validität sowie Klassifikationsgüte) erläutert.

3.1.1 Objektivität, Reliabilität und Validität

Ein Messinstrument wird dann als gut bezeichnet, wenn es objektiv, reliabel und valide ist. Die **Objektivität** bezieht sich auf die *Durchführung*, die *Auswertung* und die *Interpretation*. Das bedeutet, dass ein Messinstrument unabhängig von der Person, die den Test mit der Versuchsperson durchführt oder auswertet zum selben Ergebnis führt.

Bei der **Reliabilität** wird der Grad der Genauigkeit eines Messinstrumentes überprüft, mit der das geprüfte Merkmal gemessen wird. Der Begriff „Reliabilität“ beinhaltet nicht ein einheitliches Konzept. Reliabilität ist vielmehr Oberbegriff für eine Reihe von Konzepten, die jeweils bestimmte Aspekte der Messgenauigkeit betreffen. Ein vollständig reliables Messinstrument müsste nach wiederholter Anwendung bei denselben Personen zu exakt den gleichen Ergebnissen führen. Weichen die Ergebnisse wiederholter Tests voneinander ab bzw. korrelieren die erfassten Daten des Tests nicht miteinander, werden hierfür Messfehler verantwortlich gemacht. Die *Retestreliabilität* besteht in der Genauigkeit, mit der bei denselben Probanden und mit demselben Test die Ergebnisse mehrerer Testungen miteinander korrelieren.

Die Retestreliaibilität ist definiert als die Korrelation beider Messwertreihen derselben Person. Eine Retestreliaibilität von 0.76 lässt darauf schliessen, dass 76% der Merkmalsvarianz auf wahre Merkmalsunterschiede und nur 24% auf Fehlereinflüsse zurückgehen. Die *interne Konsistenz* bezeichnet das Ausmass, in dem von denselben Probanden alle Items in gleicher Weise beantwortet werden. Gemessen wird die interne Konsistenz durch das Cronbachsalph. Es ist das Mass der Genauigkeit, mit der ein Merkmal durch den Test erfasst wird. Ein guter Test sollte ein Cronbachsalph von über .80 aufweisen.

Die **Validität** ist das wichtigste Testgütekriterium. Sie gibt an, ob ein Messinstrument tatsächlich misst, was es zu messen vorgibt.

Die *Inhaltsvalidität* ist gegeben, wenn der Inhalt der Items das zu messende Konstrukt in seinen wichtigsten Aspekten erschöpfend erfasst. Die Höhe der Inhaltsvalidität eines Tests kann nicht numerisch bestimmt werden, sondern beruht allein auf subjektiven Einschätzungen. Sie basiert vielmehr auf logischen und fachlichen Überlegungen.

Mit der *Konstruktvalidität* wird beurteilt, ob mit einem Fragebogen tatsächlich dasjenige Merkmal gemessen wird, das er zu messen vorgibt. Die Konstruktvalidität wird mittels der „Multitrait-Multimethod“ überprüft. Diese Validierungsstrategie erfordert, dass mehrere Konstrukte (Multi-Trait) durch mehrere Erhebungsmethoden (Multi-Method) erfasst werden. Eine systematische Analyse der Beziehungen zwischen Konstrukten und Methoden erlaubt es, die Höhe der Konstruktvalidierung abzuschätzen. Man unterscheidet zwei Bestandteile der Konstruktvalidität: die konvergente und die diskriminante Validität. Die konvergente Validität liegt vor, wenn mehrere Methoden dasselbe Konstrukt übereinstimmend (konvergent) messen, d.h. wenn verschiedene Operationalisierungen desselben Konstrukts zu ähnlichen Ergebnissen führen. Statistisch gesehen heisst das, dass die Resultate untereinander hoch korrelieren sollten. Die diskriminante Validität fordert, dass sich das Zielkonstrukt von anderen Konstrukten unterscheidet. Mehrere Konstrukte werden mit unterschiedlichen Methoden gemessen und miteinander korreliert. Hier werden die geringsten Korrelationen erwartet, da weder methodische noch inhaltliche Übereinstimmungen vorliegen.

Die *Kriteriumsvalidität* liegt vor, wenn das Ergebnis der Messung eines latenten Merkmals mit Messungen eines korrespondierenden manifesten Merkmals übereinstimmt. Sie ist definiert als Korrelation zwischen den Testwerten (z.B. Anzahl Punkte im Messinstrument) und den Kriteriumswerten einer Stichprobe. Sie beantwortet die Frage, wie gut man mit den Skalenwerten ein Kriterium vorhersagen kann. In der Regel wird der Grad der Übereinstimmung als Korrelationskoeffizient ausgedrückt. Eine Variante zur Bestimmung der

Übereinstimmungsvalidität ist die Technik der Bildung von Gruppen. Das Kriterium ist hierbei die Zugehörigkeit zu Gruppen, für die Unterschiede in der Ausprägung des zu messenden Konstrukts erwartet werden. Unser Screeninginstrument würde man einer normalen und einer Problemspielergruppe vorlegen. Höhere Werte bei einem Problemspieler wären ein Indiz für die Validität des Fragebogens. Validität wird ebenso wie Reliabilität durch Korrelationskoeffizienten quantifiziert. Validität zwischen 0.4-0.6 gelten als mittelmässig, solche über 0.6 als hoch.

3.1.2 Klassifikationsgüte

Ein anderes Mass, für die Beurteilung der Nützlichkeit und Qualität eines Screeninginstrumentes, ist die **Klassifikationsgüte**. Die Klassifikationsgüte beschreibt, wie gut ein Instrument diejenigen, welche von der Störung betroffen sind von denjenigen, die störungsfrei sind, zu unterscheiden vermag. Die Klassifikationsgenauigkeit wird mittels folgender Koeffizienten erfasst: Sensitivität, Spezifität, Trefferrate, Fehlerrate, positiver Vorhersagewert und negativer Vorhersagewert.

ID-PS (Test)/Modell	Problemspieler	Nichtproblemspieler
Problemspieler nach ID-PS Positives Testresultat Über dem Cut-off	Richtig Positiv (TP) Der Proband ist in Wirklichkeit ein Problemspieler und der ID-PS stuft ihn als Problemspieler ein.	Falsch Positiv (FP) Der Proband ist kein Problemspieler. Der Test stuft ihn fälschlicherweise als Problemspieler ein.
Nichtproblemspieler nach ID-PS Negatives Testresultat Unter dem Cut-off	Falsch Negativ (FN) Der Proband ist ein Problemspieler und der Test stuft ihn fälschlicherweise als Nichtproblemspieler ein.	Richtig Negativ (TN) Der Proband ist in Wirklichkeit kein Problemspieler. Der ID-PS stuft ihn als Nichtproblem- spieler ein.

Tabelle 1: Klassifikationsgüte

Um die Prädiktionsgüte (d.h. wie gut ein Test einen Probanden korrekt klassifiziert) eines Screeninginstrumentes in Erfahrung zu bringen, werden die unten aufgeführten Indikatoren berechnet.

Sensitivität

Die Sensitivität bezeichnet die Anzahl wahrer positiver (im Sinne von pathologisch) Ergebnisse bei Personen, die eine Glücksspielsuchtproblematik aufweisen. Die Sensitivität eines Tests entspricht der Wahrscheinlichkeit, dass jemand, der ein Problemspieler ist, korrekterweise als solcher durch den Test identifiziert wird. Ein Test, der als Screeninginstrument eingesetzt wird, muss möglichst sensitiv sein. Er wird viele Richtig-Positive (d.h. der Test identifiziert einen Problemspieler richtigerweise als Problemspieler) und wenig Falsch-Negative (d.h. ein Test identifiziert ein Problemspieler fälschlicherweise als Nichtproblemspieler) produzieren. Die Sensitivität bezeichnet somit die Trefferwahrscheinlichkeit. Ein hoch sensitives Screeninginstrument ist ein Instrument, welches korrekterweise alle wahren Fälle (z.B. alle Problemspieler) identifiziert. (*Berechnung der Sensitivität: $TP / (TP + FN)$*).

Spezifität

Die Spezifität gibt die Anzahl negativer Resultate bei Gesunden bzw. Fehlen einer Glücksspielsuchtproblematik (Wahrscheinlichkeit eines negativen Befundes bei Nichtproblemspielern) an. Die Spezifität entspricht der Wahrscheinlichkeit eines negativen Testbefundes bei Nichtproblemspielern. Tests mit hoher Spezifität produzieren viele Richtig Negative (d.h. ein Nichtproblemspieler wird vom Test als Nichtproblemspieler identifiziert). (*Berechnung: $TN / (TN + FP)$*).

Entscheidend ist, eine gute Balance zwischen Spezifität und Sensitivität zu finden. Wenn die Sensitivität zunimmt, nimmt die Spezifität ab und vice versa. Ein guter Test zeichnet sich dadurch aus, dass er wenig Überschneidungen zwischen den Scores der wahren Fälle und denjenigen der nicht-wahren Fällen aufweist. Ist dies der Fall, so bestehen wenig falsche Klassifikationen.

Trefferrate

Die Trefferrate ist der Anteil korrekt klassifizierter Personen aller Testpersonen. (*Berechnung: $TP + TN / (TP + FP + TN + FN)$*).

Fehlerrate

Die Fehlerrate ist der Anteil falsch klassifizierter Personen aller Testpersonen. (*Berechnung: $FP + FN / (TP + FP + TN + FN)$*).

Positiver Vorhersagewert

Der positive Vorhersagewert ist der Anteil der wahren-positiven Ergebnisse unter den positiven Testergebnissen (d.h. die Wahrscheinlichkeit, bei positivem Befund auch tatsächlich krank zu sein). (*Berechnung: $TP / (TP + FP)$*).

Negativer Vorhersagewert

Der negative Vorhersagewert ist der Anteil der richtig-negativen Ergebnisse unter den negativen Testergebnissen (d.h. die Wahrscheinlichkeit, bei negativem Befund tatsächlich gesund zu sein). (*Berechnung: $TN / (TN + FN)$*).

3.2 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV)

Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV) ist das am häufigsten eingesetzte diagnostische Instrument in Studien über Glücksspielsucht. Pathologisches Spielen wurde formell als psychische Störung von der APA im DSM-III anerkannt. Die diagnostischen Kriterien wurden seither zweimal revidiert. Die DSM-IV Kriterien des pathologischen Spielens basieren primär auf klinischer Erfahrung, Expertenmeinungen und Forschungsergebnissen. Trotz der Tatsache, dass die DSM-IV Kriterien das primäre Instrument für die Diagnose der pathologischen Spielsucht darstellen, gibt es wenig Informationen über die Reliabilität, die Validität und die Klassifikationsgenauigkeit dieser diagnostischen Kriterien.

Die mangelnde Informationslage veranlasste Stinchfield (2003) dazu, eine Studie durchzuführen, um die DSM-IV Kriterien in Bezug auf die psychometrischen Kriterien zu testen. Um die DSM-IV Kriterien zu validieren, rekrutierte er zwei verschiedene Gruppen; eine Stichprobe aus der Bevölkerung und eine Stichprobe aus einer Behandlungsgruppe. Die 10 DSM-IV Kriterien wurden in 19 Fragen übersetzt. Für jedes Kriterium wurden zwei Items konstruiert; ausser für das Kriterium 4, für welches nur eine Frage formuliert wurde. Antwortoptionen waren „Ja“ oder „Nein“. Ein Ja ergab einen Punkt, ein Nein keinen. Falls eine der beiden Fragen mit Ja beantwortet wurde, galt das Kriterium als erfüllt. Die Punkte wurden über die 10 DSM-IV Kriterien aufsummiert. Ein Score von mehr als 5 wies auf eine pathologische Spielsucht hin. Die Reliabilität wurde mit Hilfe des Cronbachsalphas ermittelt. Die interne Konsistenz betrug 0.98 für beide Gruppen. Die befriedigende Konstruktvalidität zeigte sich daran, dass die DSM-IV Scores in der Allgemeinpopulation deutlich niedriger ausfielen als diejenigen in der Behandlungsgruppe. Ein unabhängiger T-Test zeigte statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die konvergente Validität wurde untersucht, indem Korrelationen zwischen den DSM-IV Kriterien und dem South Oaks Gambling Screen (SOGS) gebildet wurden. Die befriedigende konvergente Validität des DSM-IV zeigte sich anhand der signifikanten Korrelationen zwischen den DSM-IV Kriterien und dem SOGS. Die Korrelation zwischen den beiden Instrumenten betrug $r=.77$ in der Allgemeinpopulation und $r=.75$ in der Behandlungsgruppe. Der DSM-IV wies in dieser Studie folgende Klassifikationsindizes auf: Trefferrate=.98, Sensitivität=.95, Spezifität=.996, Falsch Positive=.004 und Falsch Negative=.05. Ein Score von 0, 1 oder 2 entsprach einer sehr

geringen Wahrscheinlichkeit der Behandlungsgruppe anzugehören. Ein Score von 5 und mehr entsprach einer Wahrscheinlichkeit von 82 % der Behandlungsgruppe anzugehören.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der DSM-IV Fragebogen über eine befriedigende Reliabilität, Validität und Klassifikationsgenauigkeit verfügt.

3.3 Canadian Problem Gambling Index (CPGI)

Der Canadian Problem Gambling Index (CPGI) wurde von Ferries & Wynne (2001) entwickelt. Das ausschlaggebende Moment für die Entwicklung des CPGI war der Wunsch nach einem neuen Messinstrument für die Anwendung an der Normalbevölkerung. Der CPGI bezieht sowohl soziale wie umweltbezogene Kontextfaktoren mit ein. Der CPGI versteht sich als diagnostisches Instrument, welches in Prävalenzstudien eingesetzt werden kann. Der CPGI misst Komponenten des Spielverhaltens und die negativen Konsequenzen des Spielens (diagnostische Merkmale). Der CPGI dient aber auch als Screeninginstrument, da er weitere Indikatoren wie soziale Kontextinformationen und Hintergrundinformationen übers Spielen erfasst. Um diese beiden Anwendungsmöglichkeiten (sowohl als diagnostisches Mittel als auch als Screening) zu gewährleisten, entwickelten die Autoren ein Messinstrument bestehend aus mehreren Komponenten. Der CPGI besteht aus 31 Items. Mit neun Items lässt sich die Prävalenz von Spielsucht bestimmen. Die neun Items mit Fokus auf das Spielproblem weisen ein Antwortformat mit vier Möglichkeiten auf (nie=0, manchmal=1, die meiste Zeit=2, fast immer=3). Die restlichen 22 Items bestehen aus so genannten „weichen“ Indikatoren wie z.B. die Spielinvolviertheit und entsprechende Korrelate des Spielproblems einschliesslich Items, welche das soziale Umfeld und den Lebenskontext des Spielers erfragen (familiärer Hintergrund des Spielers, Alkohol- und Drogenprobleme sowie Prädispositionen des Spielers, Komorbiditäten sowie Kognitionen).

Die CPGI weist die folgenden Endkategorien auf:

- Nicht-Spieler (wenn die Person noch nie gespielt hat)
- Unproblematischer Spieler
- Spieler mit tiefem Risiko für Spielsucht (Score zwischen 1 oder 2)
- Spieler mit moderatem Risiko für Spielsucht (Score zwischen 3 und 7 Punkten)
- Problematischer Spieler (ein Score von 8 und mehr).

Es ist unerlässlich mehr Forschung zu betreiben, um eine klare Differenzierung zwischen tiefen und moderaten Risikogruppen zu erzielen.

Der CPGI wurde in zwei Phasen entwickelt. Die erste Phase bestand aus einem vertieften Literaturstudium. Wegleitend war die Frage, wie das Problemspielen bis anhin konzeptualisiert, definiert und gemessen wurde. Daraus entstand eine eigene Definition von Problemspielen als ein Spielverhalten, welches zu negativen Konsequenzen im sozialen Umfeld des Spielers führt. Die „neue“ Definition wurde Experten zur Begutachtung vorgelegt. Die zweite Phase bestand darin, das Instrument einer Validitäts- und Reliabilitätsprüfung zu unterziehen. Insgesamt wurden 3'120 kanadische Erwachsene gebeten, den CPGI zu beantworten. Zur Überprüfung der Retestrelabilität füllten 417 dieser Versuchspersonen den CPGI ein zweites Mal aus. Des Weiteren wurden klinische Interviews mit 143 Personen durchgeführt. Anschliessend wurde der CPGI an drei verschiedenen Gruppen getestet: An der Normalbevölkerung, an regelmässig Spielenden und an Spielern, die sich bereits in Behandlung befanden.

Der CPGI weist eine befriedigende Reliabilität auf. Das Cronbachsalphabeträgt 0.84, die Test-Retest-Korrelation beträgt $r=.78$. Der CPGI zeigt ausserdem eine befriedigende Validität, weil er gut zwischen den verschiedenen Gruppen zu diskriminieren vermag. Er weist starke Korrelationen mit anderen Messinstrumenten auf, die ebenfalls das Spielverhalten messen. Der CPGI korreliert mit dem SOGS und dem DSM-IV zu $r=.83$. Mit den Ergebnissen von klinischen Interviews korreliert der CPGI eher schwach mit $r=.48$. Die Korrelationen zwischen dem CPGI und dem SOGS sowie den diagnostischen Kriterien des DSM-IV sollten aufgrund der inhaltlichen Überlappung der verschiedenen Messinstrumente mit Vorsicht interpretiert werden. Fünf der CPGI Items sind identisch oder ähnlich mit den SOGS Items und zwei der CPGI Items sind identisch mit den DSM-IV diagnostischen Kriterien. Die Klassifikationsgenauigkeit wurde mit Hilfe des DSM-IV gemessen. Die Sensitivität beträgt 0.83, die Spezifität 1.00. Die Prävalenzraten, die sich mit dem CPGI ergeben, entsprechen denen, die sich aus dem DSM-IV und dem SOGS ergeben.

Der CPGI geht etwas weiter als die übrigen existierenden Screening- und Diagnoseinstrumente, weil er, wie bereits erwähnt, soziale Faktoren der Person mit einschliesst. Prävalenzstudien benutzen häufig Instrumente, die auf der Basis von klinischen Stichproben entwickelt wurden. Diese klinischen Populationen unterscheiden sich von Problemspielern in der Normalbevölkerung. In Behandlungsgruppen sind z.B. Frauen, ethnische Minoritäten und Individuen mit tieferem sozioökonomischem Status meistens unterrepräsentiert. Durch den

Einschluss von Umfeldfaktoren erhielten diese unterrepräsentierten Populationen mehr Berücksichtigung. Weiter konnten durch den Einschluss von Indikatoren wie Art des Spielens und Ausmass der Spielinvolviertheit verschiedene Spielertypprofile entwickelt werden.

3.4 Gambler Anonymous 20 Questions (Ga-20)

Der Gamblers Anonymous 20 Questions (Ga-20) wurde von Ursua und Uribe Larrea (1998) entwickelt. Er enthält 20 Fragen, welche problematisches Spielverhalten erfassen. Der GA-20 orientiert sich am Phasenkonzept von Custer und Milt (1985) über die Entwicklung einer Glücksspielsucht. Deren Phasenkonzept unterscheidet zwischen der anfänglich vorwiegend am Geldgewinn orientierte „Gewinnphase“, von der durch die Aufholjagd gekennzeichnete „Verlustphase“ und der mit extremen psychosozialen Konsequenzen bestimmten „Verzweiflungsphase“. Dabei liegt die empirisch noch nicht belegte Annahme zu Grunde, dass dieses Krankheitsbild einen vorhersagbaren Verlauf nimmt, und dass aufeinander folgende Phasen durch identifizierbare Symptome eingrenzbar sind.

Der GA-20 fragt nach typischen Merkmalen einer Glücksspielsucht wie z.B. das charakteristische Chasing, die Einschränkung der Kontrollfähigkeit, die verschiedenen Geldbeschaffungsstrategien, Glücksspiel motive, Gewissensbisse und die persönlichen, familiären, beruflichen und strafrechtlichen Nachteile und Konsequenzen der pathologischen Spielsucht.

Jedes Item wird mit „Ja“ resp. „Nein“ beantwortet. Bejahte Fragen ergeben einen Punkt. Als pragmatische Auswertungsrichtlinie wird bei der Bejahung von sieben der zwanzig Fragen vom Vorliegen einer pathologischen Glücksspielsucht ausgegangen.

Obwohl der GA-20 häufig eingesetzt wird, liegen nur spärliche Informationen über seine psychometrischen Eigenschaften vor. Über die Entwicklung des GA-20 besteht keine Dokumentation. Der GA-20 weist ein Cronbachsalph von 0.94 auf. Dervensky & Gupta (2000) setzten den GA-20 ein, um 980 Jugendliche zu klassifizieren. Die Korrelation mit dem SOGS-RA (dies ist ein spezifisches Instrument für Jugendliche, welches auf dem SOGS basiert und dessen Items an die Zielgruppe der Jugendlichen angepasst wurde) beträgt $r=.61$, mit dem DSM-IV $r=.68$.

Ursua & Uribe Larrea (1998) führten eine Studie über die psychometrischen Merkmale des GA-20 durch. Der GA-20 korreliert hoch mit dem SOGS ($r=.94$). Der GA-20 differenziert klar zwischen Problemspielern und sozialen Spielern. In der Studie von Ursua und Uribe Larrea

(1998) ergaben sich die folgenden Klassifikationsindikatoren bei einem Cut-Off-Point von 7 Wertpunkten: Sensitivität= 0.98, Spezifität=0.99, Trefferquote= 0.99, Richtig-Positive=96%, Falsch-Negative=0.6%, Falsch-Positive=3.3%. Der GA-20 verfügt über befriedigende Klassifikationsgenauigkeit. Zu bemerken ist, dass diese Klassifikationsindizes auf der Basis einer Stichprobe berechnet wurden, bei der die Anteile an pathologischen Spielern 50% betragen. Dies führt zu einer Erhöhung der Klassifikationsgenauigkeitsindizes. Normalerweise wird ein Screeninginstrument bei Prävalenzstudien eingesetzt, in welcher die Grundrate ca. 5% beträgt. Dadurch werden die Klassifikationsindizes abgemildert.

3.5 Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten

Der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten wurde von Petry (1996) entwickelt. Es handelt sich um ein klinisches Screeningverfahren zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Glücksspielsucht. Der Kurzfragebogen orientiert sich an den 20 Fragen des Ga-20. Das Instrument wurde im Sinne der klassischen Testtheorie konstruiert. Bei der Entwicklung wurden die 34 Items des Fragebogens zum Spielverhalten von Schwarz und Lindner (1990) herangezogen und teilweise umformuliert. Es wurden 20 Items ausgewählt, die bei der Erprobung an einer Stichprobe von in Behandlung stehenden Glücksspielsüchtigen eine mittlere Schwierigkeit aufwiesen, um zu einer besseren Differenzierung des Ausprägungsgrades der Glücksspielsuchtproblematik zu gelangen. Die 20 ursprünglich dichotom formulierten Items wurden zu einer vierstufigen Likertskala von 0 (trifft gar nicht zu), 1 (trifft eher nicht zu), 2 (trifft eher zu) und 3 (trifft genau zu) umgewandelt, um die Varianz des Gesamtwertes zu erhöhen. Dabei wurden pro Item Punktwerte von 0 bis 3 zugeordnet, so dass sich durch Addition der nur in eine Richtung gepolten Items eine mögliche Variationsbreite von 0 bis 60 Wertpunkten für die Gesamtskala ergab. Durch Summation der Rohwerte über alle 20 Items ergaben sich individuelle Testwerte von 0 bis 60. Anhand einer relativ repräsentativen Stichprobe von 558 beratenen und behandelten Glücksspielsüchtigen ergab sich eine Normalverteilung der Rohpunktwerte mit einem Mittelwert von cirka 35 und einer Streuung von cirka 10 Wertpunkten. Dies bedeutet, dass sich zwischen 25 und 45 Wertpunkten annähernd 68% und zwischen 15 und 55 Wertpunkten annähernd 95% aller behandelten Glücksspielsüchtigen der Eichstichprobe befanden. Werte zwischen 0 und 10 können als unauffällig angesehen werden. Bei 16 und mehr Punkten besteht eine beratungs- und behandlungsbedürftige Glücksspielsucht. Bei erzielten Werten zwischen 16 und 25 kann

pragmatisch von einer beginnenden Glücksspielproblematik gesprochen werden, während Werte zwischen 26 und 45 auf eine mittelgradige Glücksspielsucht und Werte zwischen 46 und 60 auf eine fortgeschrittene Glücksspielsucht hinweisen.

Die mit Hilfe der Konsistenzanalyse erfasste instrumentelle Zuverlässigkeit des Fragebogens ($\alpha=0.79$) und die an einer weiteren Stichprobe von in stationärer Behandlung befindlichen Glücksspielsüchtigen im Abstand von zwei Wochen erfasste Retestreliaibilität ($r=.80$) waren zufrieden stellend.

An einer Stichprobe von 48 in stationärer Behandlung befindlichen Glücksspielern, die an einer Untersuchung zur Differentialdiagnostik und differentiellen Katamnestik des pathologischen Glücksspielverhaltens (Petry, Jahrreiss & Wagner, 2000) teilnahmen, wurde die konvergente Validität des Kurzfragebogens zum Glücksspielverhalten untersucht. Dazu wurde zunächst die kriteriumsorientierte Validität des Kurzfragebogens zum Glücksspielverhalten untersucht, indem die unabhängige diagnostische Einordnung durch den betreuenden Therapeuten nach den DSM-III-R-Kriterien für „pathologisches Spielen“ mit der Klassifikation durch den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten entsprechend dem gewählten Cut-Off-Point von 16 Wertpunkten verglichen wurde. Dabei wurden allen 48 Stichprobenmitglieder übereinstimmend als „pathologische Glücksspieler“ diagnostiziert. Die Daten der multizentrischen deskriptiven Studie von Denzer, Petry, Baulig und Volker (1995) zur Entwicklung und Ausprägung der Glücksspielproblematik erbringen erste Hinweise zur konvergenten Validität des Kurzfragebogens zum Glücksspielverhalten. Es finden sich hochsignifikante positive Korrelationen mit der Problemdauer ($r=.22$), der maximal täglichen Spieldauer ($r=.32$), dem maximalen Tagesverlust ($r=.32$), der Höhe der Verschuldung ($r=.29$), der Suizid tendenz ($r=.13$) und der Straffälligkeit ($r=.30$).

Zusammenfassend lässt sich über den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten feststellen, dass es sich um ein Instrument handelt, das die Kriterien der Objektivität, Reliabilität, Validität, Normierung, Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nützlichkeit weitgehend erfüllt. Insgesamt handelt es sich um ein testtheoretisch konstruiertes Screeningverfahren, welches jedoch trotz seiner diagnostischen Diskriminationsfähigkeit bei der Erfassung einer beratungs- und behandlungsbedürftigen Glücksspielproblematik und der Differenzierungsfähigkeit hinsichtlich des bestehenden Schweregrades dieser Störung keine weitergehenden differentialdiagnostischen Aufgaben erfüllen kann.

3.6 Lie/Bet Questionnaire

Der Lie/Bet Questionnaire wurde von Johnson et al. (1997) entwickelt und besteht aus zwei Items. Die beiden Items wurden aus den DSM-IV diagnostischen Kriterien abgeleitet. Das Ziel dieses Fragebogens bestand darin, ein wenig Item umfassendes, schnell applizierbares und effizientes Instrument zu entwickeln, welches genauso valide und reliabel ist wie ein längeres Screeninginstrument. Dabei wurde die minimale Anzahl Items aus den DSM-IV-Kriterien herausgefiltert, die signifikant zwischen pathologischen und nichtproblematischen Spielern differenziert.

Die Stichprobe, mit welcher der Lie/Bet Questionnaire getestet wurde, bestand aus 191 männlichen pathologischen Spielern und 171 männlichen Nicht-Spielern. Die pathologischen Spieler wurden über anonyme Selbsthilfegruppen rekrutiert. Um als pathologische Spieler klassifiziert zu werden, mussten sie zuvor mindestens 14 Fragen des Ga-20 mit Ja beantwortet haben.

Alle Versuchspersonen füllten zuerst einen demographischen Fragebogen aus, danach den GA-20 und einen Fragebogen bestehend aus 12 Items, der auf den DSM-IV Kriterien beruht. Die beiden Gruppen unterschieden sich in fast allen Antwortmustern. Ziel war es, die kleinste mögliche Anzahl Fragen zu finden und eine Cut-Off-Regel, die zwischen den beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nichtproblemspieler) differenziert. Dazu wurden schrittweise logistische Regressionen durchgeführt.

Die beiden folgenden Fragen erwiesen sich als die besten Prädiktoren:

- 1) Haben Sie jemals das Bedürfnis gespürt, um immer mehr Geld zu spielen?
- 2) Haben Sie jemals gegenüber Menschen, die Ihnen wichtig waren, über das Ausmass Ihres Spielens lügen müssen?

Die Klassifikationsgüte des Lie/Bet Questionnaires beträgt: Sensitivität=0.99, die Spezifität=0.91, positiver Vorhersagewert=0.92 und negativer Vorhersagewert=0.99. Der positive Vorhersagewert von 0.92 bedeutet, dass 92% der Leute, die im Test ein positives Resultat erzielen, auch tatsächlich Problemspieler sind, während die anderen 8%, die der Test als Problemspieler klassifiziert, in Wahrheit keine Problemspieler sind. Der negative Vorhersagewert von .99 bedeutet, dass 99% der Leute, die ein negatives Testergebnis erzielen, in Wahrheit keine Problemspieler sind. Der Test sagt aus, dass wenn jemand ein negatives

Resultat erzielt, er mit höchster Wahrscheinlichkeit auch kein Problemspieler ist. Validitäts- und Reliabilitätsangaben liegen keine vor.

Ein Problem des Lie/Bet Questionnaire ist, dass er keine Garantie bietet, Versuchspersonen, die gelogen haben und ihre Spielprobleme verneinten, zu identifizieren. Bei der Generalisierung dieser Resultate ist Vorsicht geboten, da die Versuchspersonen aus anonymen Selbsthilfegruppen stammten, und somit offen genug waren, über ihre Spielprobleme zu sprechen. Eine andere Einschränkung bei der Generalisierung ergibt sich aus der Zusammensetzung der Stichprobe: Die Versuchspersonen waren ausschliesslich Männer.

3.7 Victorian Gambling Screen (VGS)

Der Victorian Gambling Screen (VGS) stammt aus Australien und wurde von Ben-Tovim, Esterman, Tolchard und Battersby (2001) entwickelt. Ziel war es, das neue Instrument bei Prävalenzstudien in der Allgemeinbevölkerung einzusetzen. Des Weiteren sollte das Instrument auch bei Leuten angewendet werden können, die sich für eine Glücksspielsuchtbehandlung anmeldeten. Ausgangslage für die Entwicklung des VGS war die Unzufriedenheit über die existierenden Methoden, problematisches Spielen zu messen und zu definieren. Das Forschungskomitee des Victorian Casino und die Victorian Casino Gaming Authority (VCGA) entwickelten eine Definition von problematischem Spielen, die sich an den schädlichen Konsequenzen orientiert und nicht am Krankheitsmodell, wie die üblichen Diagnosesysteme. Dies bedeutete eine Abwendung von den existierenden Modellen, welche pathologisches Spielen als Sucht- und Abhängigkeitssymptom konzipieren. Viele Arbeiten über pathologisches Spielen entspringen dem Suchtmodell und stammen aus Nordamerika: Die existierenden diagnostischen Kriterien für pathologisches Spielen und die am häufigsten verwendeten Selbsterhebungsfragebogen wie der SOGS lassen sich nicht auf den australischen Kontext übertragen, da Spielen in Australien eine weit verbreitete, akzeptierte und beliebte Freizeitaktivität ist.

Laut der VCGA bezieht sich problematisches Spielen auf eine Situation, in der das Spielverhalten einer Person zu schädlichen Auswirkungen für die spielende Person selbst, deren Angehörige und weiteren negativen Konsequenzen im sozialen Umfeld führt.

Die erste Phase der Entwicklung des VGS bestand aus einer qualitativen Analysephase. Eine Reihe von verschiedenen Fokusgruppeninterviews wurde in Viktoria durchgeführt. Mitglieder der verschiedenen Fokusgruppen waren Personen, die sich einer Glücksspielsuchtbehandlung unterzogen, regelmässig Spielende, pathologische Spieler, Mitglieder der Gemeinde, die ab und zu spielten sowie Personen, die nicht spielten. Befragt wurden die Fokusgruppen nach der wahrgenommenen Grenze zwischen unproblematischem und problematischem Spielen, wahrgenommenen Problemen, die in Zusammenhang mit dem Spielen standen sowie Meinungen über Spielen im Allgemeinen. Aufgrund der Resultate der Fokusgruppen, einer intensiven Auseinandersetzung mit der Literatur und den klinischen Erfahrungen der Autoren wurde eine Pilot-Version des VGS Fragebogens entwickelt. Diese Pilotversion wurde an 138 Personen getestet. 112 der befragten Personen wurden dabei als Spieler klassifiziert. Mittels Datenreduktionstechniken wurden redundante Fragen entfernt. Die übrig gebliebenen Items, 25 an der Zahl, wurden einer Faktorenanalyse unterzogen, um interpretierbare Oberkategorien herauszufiltern. Dabei wurden drei Faktoren identifiziert: Selbstschädigung (Harm to Self), Leid, welches dem Partner zugefügt wird (Harm to Partner) und Ausmass des Vergnügens, welches das Spielen bereitet. Anschliessend wurde die Pilotversion des VGS an 260 Individuen aus diversen Settings getestet. Erfahrene Experten führten mit 71 Personen halbstrukturierte Interviews durch. Sie teilten die Personen mittels des Kriteriums „Vorhandensein von schädlichen Konsequenzen“ in die Kategorien „Kein Problemspieler“, „Risikospieler“ (d.h. Gefährdung zum Problemspieler liegt vor) und „Problemspieler“ ein. Zusätzlich wurden die 71 Versuchspersonen nach den DSM-IV Kriterien abgefragt und mit dem SOGS getestet. Die endgültige Version enthält 21 Items, welche die drei oben aufgeführten Skalen abbilden. In einer anschliessenden Regressionsanalyse wurde ersichtlich, dass nur die Skala „Harm to Self“ nützlich war, um Problemspieler zu identifizieren. Die Skala „Harm to Self“ verfügt über exzellente psychometrische Eigenschaften.

Als nächstes sollte die VGS nochmals durch eine grössere Stichprobe getestet werden, um die Resultate zu bestätigen und Angaben über ihre Retestrelabilität zu erhalten.

3.8 South Oaks Gambling Screen (SOGS)

1987 Jahre entwickelten Lesieur und Blume im Rahmen der Behandlung von Glücksspielsüchtigen am South Oak Hospital den South Oaks Gambling Screen (SOGS). Er hat

vor allem im angelsächsischen Sprachraum in klinischen und epidemiologischen Untersuchungen weite Verbreitung gefunden. Das Verfahren umfasst 20 Fragen, die mit Ja oder Nein beantwortet werden. Erfragt wird die Anzahl und Art der ausgeübten Glücksspiele, der damit verbundene Geldeinsatz, das Vorhandensein von Spielproblemen bei den Eltern, die Aufholjagd (Chasing), die Art der Geldbeschaffung, Leugnungsstrategien, Kritik durch andere Personen, Schuldgefühle und Einschränkung der Kontrollfähigkeiten. Spezifische Zielgruppen sind alkohol- und drogenabhängige Personen, die zusätzlich mit Spielen Probleme haben. Es handelt sich um die weltweit verbreitetste Skala, die auch in einer deutschen Version vorliegt. Inhaltliche Grundlage des SOGS bildeten die Kriterien des DSM-III (APA, 1980), der Ga-20 sowie das Phasenkonzept der Suchtentwicklung. Ziel der Fragebogenentwicklung bestand darin, ein ökonomisches Verfahren zur Identifizierung von Glücksspielproblemen bei suchtkranken Patienten zu erreichen (Volberg & Steadmann, 1989). Es wurde ein Cut-Score von fünf oder mehr Wertpunkten (von 20 möglichen Punkten) definiert, um eine möglichst geringe Anzahl an Falsch-Positiven und Falsch-Negativen Diagnosen zu erzielen. Inzwischen liegen für den SOGS vielfältige Befunde zur Reliabilität und Validität vor. Die Reliabilität des Fragebogens kann als hoch bezeichnet werden, d.h. die interne Konsistenz und die Retest-Korrelation dürfen als gut bezeichnet werden.

Der erste psychometrische Test des SOGS wies in vier unterschiedlichen Gruppen (Anonyme Spieler N=213, Universitätsstudenten N=384, Klienten einer psychiatrischen Klinik, Spitalangestellte N=152) befriedigende Reliabilität und Validität auf. Die Reliabilität wurde geschätzt, indem die interne Konsistenz von drei Gruppen (Anonyme Spieler, Universitätsstudenten und Spitalangestellte) berechnet wurde. Das Cronbachsalphabetrag 0.97. Eine Monats-Retestreliabilität wurde mit Patienten und Nicht-Patienten ($r=.71$, $n=110$) durchgeführt. Die Validität wurde durch Korrelation des SOGS mit den Kriterien des DSM-III-R gemessen, dem Urteil eines Therapeuten und den Einschätzungen von Familienmitgliedern. Der SOGS korreliert zu $r=.86$ mit dem Therapeutenurteil, zu $r=.60$ mit den Einschätzungen der Familienmitglieder und $r=.94$ mit der DSM-III Diagnose. Um die Klassifikationsgenauigkeit zu überprüfen, wurde der SOGS mit dem DSM-III verglichen. Die Trefferquote innerhalb der anonymen Spieler betrug 98.1%, bei den Universitätsstudenten betrug die Quote 95.3% und bei den Spitalangestellten betrug sie 99.3%.

Die ursprüngliche Entwicklung des SOGS war für die Anwendung im klinischen Umfeld konzipiert. Der SOGS wurde zusehends häufiger bei Prävalenzstudien an der Normalpopulation

eingesetzt, für welche er ursprünglich nicht konzipiert wurde. Eine Metaanalyse macht deutlich, dass in über der Hälfte von 152 Prävalenzstudien der SOGS als Mass für pathologisches Spielen verwendet wurde. Die ursprüngliche Konzeption des SOGS gibt keine spezifischen Informationen über psychometrische Eigenschaften für die Anwendung in der Allgemeinpopulation. Die psychometrischen Daten sind seit seiner Entwicklung über 10 Jahre alt und die diagnostischen Kriterien für pathologisches Spielen wurden seither vom DSM-III zum DSM-IV hin überarbeitet. Dieser Wechsel beinhaltet signifikante Veränderungen in den Kriterien, eine Erhöhung von 9 auf 10 Kriterien sowie eine Erhöhung des Cut-Scores von 4 auf 5. Culleton (1989) und Dickerson (1993) weisen darauf hin, dass die Anwendung des SOGS in Prävalenzstudien an der Allgemeinbevölkerung in einer hohen Rate von Falsch-Positiven resultiert. Der SOGS überschätzt somit die Anzahl pathologischer Spieler in der Normalbevölkerung. Weiter legt der SOGS grosses Gewicht auf das Item „Geldausleihen“. Fast die Hälfte aller Items befassen sich mit Fragen rund um das Ausleihen von Geld. Weiter unterscheidet der SOGS nicht zwischen aktuellen Problemspielern und Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr spielsüchtig sind, es aber einmal waren. Einige Forscher haben deshalb die Zeitintervalle verändert (ein Monat, sechs Monate, 12 Monate). Der Effekt dieser Modifikation auf die psychometrischen Eigenschaften und die Klassifikationsgenauigkeit des SOGS wurde jedoch nicht systematisch untersucht. Stinchfield testete den SOGS (2002) erneut an einer Behandlungsgruppe und einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung. Das Cronbachsalph in dieser Studie betrug bei der Allgemeinbevölkerung 0.69, bei der Behandlungsgruppe 0.86.

Klassifikationsindizes	Allgemeinpopulationsstichprobe	Behandlungsstichprobe
Trefferwahrscheinlichkeit	.996	.96
Sensitivität (Wahrscheinlichkeit Kranke richtig zu erfassen)	.67	.99
Spezifität (Wahrscheinlichkeit, Gesunde richtig auszuschliessen)	.997	.75
Falsch Positive (Prozentanteil der positiven Testergebnisse unter denjenigen ohne Störung)	.50	.04
Falsch Negative (Prozentanteil der negativen Testergebnisse unter denjenigen mit einer Störung)	.001	.10

Tabelle 2: Klassifikationsindizes des SOGS

Der SOGS zeigt eine schlechtere Klassifikationsgenauigkeit in der Allgemeinpopulation mit einer moderaten Sensitivität von .67 und einer hohen Rate an Falsch-Positiven von .50, d.h. der SOGS identifiziert 4 Antwortende als pathologische Spieler, aber nur 2 dieser 4 erfüllen auch die DSM-IV Kriterien.

Der SOGS zeigt befriedigende konvergente Validität in beiden Stichproben. Korrelationen zwischen dem SOGS und den DSM-IV Kriterien betragen in der Allgemeinpopulationsstichprobe $r=.77$, in der Behandlungsstichprobe $r=.83$.

Ein Grundproblem des Fragebogens ist, dass zwar eine Trennung zwischen verschiedenen Formen des Glücksspielens möglich ist, die dazwischen befindlichen problemhaften Glücksspieler jedoch nicht erkannt werden können.

Mit dem SOGS werden höhere Prävalenzraten bezüglich pathologischer Spielsucht erzielt als mit dem DSM-IV. Ein Grund für diese Diskrepanz zwischen dem SOGS und dem DSM-IV liegen in den inhaltlichen Unterschieden. Der SOGS beinhaltet sowohl subjektive wie auch handlungsbezogene Items, während die DSM-IV Items ausschliesslich handlungsbezogen sind. Der SOGS beinhaltet einige Items, die nach den Gefühlen des Antwortenden fragen, z.B.: „Findest du, dass du ein Problem mit Spielen hast?“ „Fühltest du dich während des Spielens schuldig?“ Die Frage, „Spieltest du mehr als du intendiert hast?“, wird ebenfalls als ein subjektives Item betrachtet. Ein anderes Item, welches sehr problematisch ist, ist das folgende: „Haben dich Leute wegen deines Spielens kritisiert?“ Das Problem dieses Items liegt darin, dass es abhängig ist vom Verhalten anderer und nicht notwendigerweise vom Verhalten des Befragten selbst. Das Wort „kritisieren“ könnte vom Befragten womöglich falsch interpretiert werden. Fast die Hälfte der Items fragt nach der Quelle des ausgeliehenen Geldes. Falls sich ein Spieler von verschiedenen Quellen Geld ausgeliehen hat, kann er einen SOGS Score von 5 und mehr Punkten erzielen und wird leicht als pathologischer Spieler klassifiziert. Ein weiterer unbefriedigender Punkt des SOGS ist, dass sich die Schwere einer bestehenden Glücksspielsuchtproblematik nicht erfassen lässt.

3.9 Gamblers Beliefs Questionnaire (GBQ)

Dieses Instrument wurde von Steenbergh, Meyers, May und Whelan (in press) entwickelt, um problematisches Spielen unter Erwachsenen zu erheben. Es wurde als ökonomisches Selbsterhebungsinstrument entwickelt, um die kognitiven Verzerrungen von Spielern zu erheben. Der Fragebogen beinhaltet 21 Items in Form von Aussagen. Die Personen können jede Aussage auf einer 7-stufigen Skala beantworten. Die Testitems wurden aufgrund existierender Theorien, empirischen Erkenntnissen und Expertenmeinungen gebildet.

Fünf Studien wurden durchgeführt, um das Instrument zu entwickeln und zu verfeinern. Die interne Konsistenz, die Faktorenstruktur, die zeitliche Stabilität und die konvergente und divergente Validität wurden untersucht. 403 Erwachsene füllten den ersten Entwurf des Fragebogens aus. Eine Faktorenanalyse brachte zwei Faktoren zum Vorschein: „der Glaube an Glück/Ausdauer“ und „die Kontrollillusion“. Problematische und pathologische Spieler erzielten deutlich höhere Scores als Nichtspieler auf diesen beiden Faktoren. Die konvergente Validität wurde untersucht, indem die Korrelationen zu anderen Messinstrumenten ermittelt

wurden (SOGS, MAGS DSM-IV). Die Retestreliabilität beträgt $r=.77$, die interne Konsistenz $r=.92$.

Dieser Fragebogen wurde als Selbsteinschätzungsbogen konzipiert, der die kognitiven Verzerrungen des Spielers misst.

3.10 Gambling Behavior Interview (GBI)

Das Gambling Behavior Interview (GBI) umfasst 32 Items. Dieses Instrument erhebt Signale und Symptome im Rahmen der pathologischen Spielsucht. Es wurde 1995 als Instrument konzipiert, um Reliabilität, Validität und Klassifikationsgenauigkeit des SOGS und des DSM-IV zu sammeln. Das GBI beinhaltet demographische Messungen, Einstellungen gegenüber Spielen, Spielhäufigkeit, Anzahl Zeit, die mit Spielen verbracht wird, SOGS Items und DSM-IV Kriterien. Sieben Items des GBI wurden auf der Basis bereits bestehender Forschung und 25 weitere aufgrund von Gesprächen mit Fokusgruppen generiert. Der GBI wurde mittels zweier Stichproben getestet: einer Behandlungsstichprobe und einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Die Items erwiesen sich als gute Diskriminatoren zwischen den beiden Stichproben. Das Instrument sollte noch weiterer Beurteilung unterzogen werden.

3.11 Cumulative Clinical Signs Method (CCSM)

Culleton (1989) entwickelte die Cumulative Clinical Signs Method (CCSM) als Alternative zum SOGS. Die CCSM besteht aus fünf Tests mit unterschiedlichem Inhalt: a) persönlich, b) interpersonal, c) beruflich, d) finanziell, e) Signaltest. Eine Bejahung von mindestens einem der Items innerhalb eines Tests entspricht einem Scorepunkt. Die CCSM wird berechnet, indem die Scores über alle fünf Tests aufsummiert werden. Die Punktezahl variiert zwischen 0 und 5. Ein Score von 3 und mehr wird als pathologische Spielsucht klassifiziert. Die Diagnose pathologische Spielsucht wird durch die Odds Ratio geschätzt. Die Odds Ratio kennzeichnet die Wahrscheinlichkeit, pathologisches Spielen korrekterweise zu identifizieren, wenn die Störung tatsächlich vorhanden ist, dividiert durch die Wahrscheinlichkeit, pathologische Spielsucht fälschlicherweise zu diagnostizieren, wenn die Störung nicht vorhanden ist. Culleton berichtet, dass die Odds Ratio und die Klassifikationsgenauigkeit der CCSM von Stichprobe zu

Stichprobe variiert. So fällt die Prävalenzrate von potentiell pathologischen Spielern in der einen Stichprobe mit 3.25% aus, während in einer anderen Stichprobe der Anteil auf 2.41% geschätzt wird.

Volberg und Banks (1990) weisen auf zwei Unsicherheiten beim Odds Ratio Ansatz von Culleton hin, die sich auf die Vorhersage von Fehlern beziehen. Obwohl die Odds Ratio unabhängig von der Prävalenzrate ist, hängt die vorhergesagte Anzahl Fehler von der Prävalenzrate ab. Des Weiteren ist die Annahme der statistischen Unabhängigkeit der Testitems, auf welcher die Odds Ratio Berechnung basiert, nicht valide für die CCSM Items. Der CCSM wurde als Screeninginstrument wenig verwendet und es gibt keine publizierten Ergebnisse über Reliabilität und Validität.

3.12 Diagnostic Interview for Gambling Schedule (DIGS)

Das Diagnostic Interview for Gambling Schedule (DIGS) ist ein strukturiertes klinisches Interview, welches von Winters, Specker und Stinchfield (1997) entwickelt wurde. Das Instrument will die Diagnostik unterstützen und die Behandlungsplanung optimieren. Der DIGS beinhaltet folgende Aspekte: demographische Angaben, das Ausmass der Spielinvolviertheit, Behandlungsgeschichte, Beginn des Spielens, Spielhäufigkeit, Höhe der Spieleinsätze, Höhe der Verluste, Quelle von ausgeliehenem Geld, finanzielle Probleme, Probleme mit Gesetzesübertretungen, ein Screen für psychische Gesundheit, andere Impulsstörungen, medizinischer Status, sowie familiäres und soziales Funktionieren. Der DIGS beinhaltet 20 Diagnoseitems, welche die 10 DSM-IV Kriterien abbilden. Für jedes DSM-IV Kriterium wurden je zwei Fragen formuliert. Der DIGS wurde einigen vorausgehenden psychometrischen Analysen unterzogen. Die DSM-IV Items weisen eine gute interne Konsistenz ($\alpha=.92$) auf. Der diagnostische Score (von 0-10) zeigt moderate bis statistisch signifikante Korrelationen mit den Indikatoren von problematischem Spielverhalten: Spielhäufigkeit $r=.39$, höchste verspielte Geldmenge innerhalb eines Tages $r=.42$, aktuelle Spielschulden $r=.47$, Anzahl finanzieller Probleme $r=.40$, Anzahl Quellen bei denen Geld ausgeliehen wurde $r=.31$ und illegale Probleme $r=.50$.

3.13 Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS)

Das GAMTOMS wurde von Stinchfield und Winters (2001) entwickelt, um die Effektivität von Spielerbehandlungsprogrammen in Minnesota zu überprüfen. Der GAMTOMS ist ein multidimensionales Assessment Verfahren, welches aus folgenden Instrumenten besteht: a) Gambling Treatment Admission Questionnaire b) Primary Discharge Questionnaire c) Client Follow-up Questionnaire d) Staff Discharge Form e) Significant Other Intake Questionnaire f) Significant Other Follow-up Questionnaire. Der Gambling Treatment Admission Questionnaire besteht aus 10 Items, die von den DSM-IV Kriterien hergeleitet wurden. Weiter misst er die Intensität der Spielprobleme, die Spielhäufigkeit, die finanziellen Probleme, die mit Spielen im Zusammenhang stehen und Probleme mit Gesetzesübertretungen.

Stinchfield untersuchte die Reliabilität- und Validitätsindikatoren des GAMTOMS anhand einer Stichprobe von über 1000 Klienten der Minnesota Behandlungsstudie. Die interne Konsistenz wurde mit dem Cronbachs Alpha gemessen. Für die Skalen des Gambling Treatment Admission Questionnaire ergaben sich die folgenden Alpha Koeffizienten: DSM-IV-Kriterien ($\alpha=.89$), SOGS ($\alpha=.85$), finanzielle Probleme ($\alpha=.78$). Die konvergente Validität wurde durch Korrelationen mit den folgenden Problemspielindikatoren ermittelt: SOGS ($r=.83$), Spielhäufigkeit ($r=.43$), Anzahl finanzieller Probleme ($r=.40$). Die diskriminante Validität wurde ermittelt, indem Korrelationen mit Variablen berechnet wurden, welche nicht im Zusammenhang mit der Intensität von Spielproblemen stehen wie Alter ($r=.02$), Geschlecht ($r=.15$) und Bildung ($r=.14$).

Der GAMTOMS wurde von Stinchfield, Winters, Botzet & Jerstad (2001) im Hinblick auf die Reliabilität, Validität und Klassifikationsgenauigkeit mittels einer Behandlungsstichprobe ($N=74$) getestet. Sowohl die temporale Stabilität wie auch die interne Konsistenz wurden untersucht. Die temporale Stabilität des Gambling Treatment Admission Questionnaire wurde mit einer einwöchigen Test-Retest-Prozedur berechnet. Probanden mussten den Fragebogen bei Eintritt in die Behandlung ausfüllen und eine Woche später noch einmal. Die Retestkorrelation betrug $r=.83$. Die Resultate zeigen gute bis sehr gute temporale Stabilität. Die Klassifikationsindikatoren betragen: Sensitivität=.96, Spezifität=.95, Falsch-Positive Rate=0.1; Falsch Negative Rate=.14., Trefferquote=.96.

3.14 National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS)

Im Jahr 1998 fand eine nationale Erhebung statt, welche vom Nationalen Opinion Research Center der Universität Chicago durchgeführt wurde. Das Forschungsteam entwickelte nach der Durchsicht der bestehenden Instrumente ein eigenes Messinstrument, das auf den DSM-IV Kriterien basiert. Es entstand ein Messinstrument bestehend aus 17 Fragen. Der NODS beinhaltet einen Zeitrahmen, der sowohl auf Lebenszeit ausgerichtet ist als auch auf das vergangene Jahr. Die NODS Score reichen von 0 bis 10.

Über die psychometrischen Eigenschaften des NODS ist wenig bekannt. Bevor der NODS in der nationalen Erhebung eingesetzt worden ist, wurde er einer Feldtestung mit einer ambulanten Behandlungsstichprobe bestehend aus 44 Personen unterzogen. Die Autoren berichten über Retestkoeffizienten von $r=.99$. Ein Score von 0 entspricht einem „Low-Risk Gambler“, bei einem Score zwischen 1 oder 2 wird von einem „Risikospieler“ gesprochen und ein Score zwischen 3 und 4 entspricht einem „Problemspieler“. Ab einem Score von mehr als 5 wird die Versuchsperson als pathologisch eingestuft.

3.15 Spielerbelastungsfragebogen (SBF)

Im deutschsprachigen Raum wurde für epidemiologische Untersuchungen der Spielerbelastungsfragebogen (SBF) zur Erfassung der subjektiven Belastung bei Automaten Spielern von Kunkel, Herbst und Reye (1987) entwickelt. Inhaltlich handelt es sich um eine Mischung aus Fragen über die Intensität und die Beeinträchtigung durch psychosoziale Konsequenzen des Glücksspielverhaltens. Die Besonderheit liegt darin, dass der Fragebogen eindimensional nach dem Rasch-Modell konstruiert ist. Das probabilistische Testmodell unterscheidet im Gegensatz zur klassischen Testtheorie zwischen latenten Dimensionen und empirisch beobachtbaren Phänomenen, wobei die Itemcharakteristika echte Wahrscheinlichkeitsfunktionen sind, d.h. die Wahrscheinlichkeit, ein Item zu lösen, steigt mit der zu messenden Fähigkeit der Person. Damit weisen die Items eine „spezifische Objektivität“ auf, so dass der Vergleich der Fähigkeiten von zwei Personen unabhängig von den anderen Personen und von den gewählten Items erfolgen kann. Diese Methode bietet den weiteren Vorteil, dass die üblichen Reliabilitätsprobleme der klassischen Testtheorie gelöst sind und die Modellannahmen empirisch geprüft werden können. Die hohen formalen Voraussetzungen

führen jedoch dazu, dass inhaltlich gewünschte Items, welche die geforderten Charakteristika nicht erfüllen, aus solchen Fragebogen ausgesondert werden müssen. Um eine subjektive Belastung festzustellen, wurden mindestens 9 Wertpunkte als Trennwert für die 24 Items umfassende Skala festgesetzt. Aufgrund der Itemformulierung und dem fehlenden Vergleich mit klinischen Skalen bleibt jedoch unklar, inwieweit auch pathologische Formen des Glücksspielverhaltens damit erfasst und abgegrenzt werden können. Der Fragebogen wurde bisher noch nicht an externen Kriterien wie vorhandenen Screeninginstrumenten oder diagnostischen Kriterien nach DSM-IV validiert.

3.16 Massachusetts Gambling Screen (MAGS)

Dieses kurze Screeninginstrument wurde von Shaffer, LaBrie, Scanlon und Cummings (1994) entwickelt. Mit diesem Instrument wird weniger das Glücksspielverhalten selbst und das damit verbundene finanzielle Engagement erfasst, sondern vielmehr soziale und psychische Faktoren, Erfahrungen und subjektive Zustände, welche mit dem Glücksspiel verbunden sind. Es wurde entwickelt, um Spielprobleme bei exzessiven Spielern zu messen, und um eine Schätzung über die Prävalenz des pathologischen Glücksspiels zu erhalten. Es wurde zuerst in einer Studie mit Adoleszenten 1993 verwendet. Das Instrument wurde sowohl für Erwachsene wie auch für Jugendliche entwickelt. Der MAGS erfasst das Spielverhalten während des letzten Jahres. Er besteht aus 26 Items mit zwei Subskalen: 14 Fragen, die von der Short Michigan Alcoholism Screen übernommen wurden und 12 Fragen, die auf den DSM-IV Kriterien beruhen. Der MAGS klassifiziert Probanden in Nichtproblemspieler, in Anfangsspieler (Transition-phase) und in pathologische Spieler. Die MAGS Skala weist einen internen Konsistenzkoeffizienten (Alpha) von $r=0.83$ auf. Die MAGS Items können zwischen Nicht Spielern, problematischen Spielern und pathologischen Glücksspielern trennen. Der MAGS korreliert mit $r=.83$ mit dem DSM-IV.

3.17 Instrumente für Jugendliche

Eine Aufzählung der Instrumente für Jugendliche würde den Rahmen der vorliegenden Untersuchung sprengen. Wir verweisen lediglich auf zwei häufig verwendete Verfahren. Der South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (SOGS-RA) wurde von Winters, Stinchfield und Fulkerson (1990) für eine Adoleszentenstichprobe überarbeitet. Dazu wurden

die Items und die Antwortmöglichkeiten umformuliert und dem jugendlichen Sprachverständnis angepasst.

Der DSM-IV-MR-J wurde von Fisher (2000) entwickelt und ist eine Adaptation der DSM-IV Kriterien für Jugendliche.

Im Folgenden werden die aufgeführten Instrumente in einer Tabelle zusammengefasst und die wichtigsten Parameter herausgestrichen.

Name des Instrumentes	Inhalt: Was erfasst wird	Anzahl Items Auswertung/Scores	Psychometrische Angaben: Alpha, Retestreliaibilität, Validität	Klassifikationsindizes
DSM-IV	DSM-IV Diagnose Kriterien	10 DSM-IV Kriterien werden in 19 Items übersetzt (Pro Kriterium zwei Items, ausser Kriterium 4). Ein Score von mehr als 5 weist auf eine pathologische Spielsucht hin.	Cronbachsalpha=0.98 Befriedigende Konstruktvalidität. Konvergente Validität: Korrelation zwischen den DSM-IV Kriterien und dem SOGS bei einer Allgemeinpopulation $r=.77$, bei einer Behandlungsgruppe $r=.75$	Trefferrate=.98 Sensitivität=.95 Spezifität=.996 Falsch Positive=0.004 Falsch Negative=.05
Canadian Problem Gambling Index (CPGI) (Ferries & Wynne, 2001)	Spielinvolviertheit, Problemspielen, Familiengeschichte und Prädispositionen, komorbide Störungen sowie verzerrte Kognitionen.	31 Items, davon Problemskala mit 9 Items. Jedes Item ergibt einen Punkt. Der Score reicht von 0-9 Punkten. Score von 0: Nichtspieler Score zw. 1-2: tiefes Risiko für Problemspielen Score zw. 3-7: moderates Risiko für Problemspielen Scores ≥ 8 : Problemspieler	Cronbachsalpha=0.84 Retestreliaibilität=.78 Befriedigende Validität: Korrelation mit dem SOGS ($r=.83$) und dem DSM-IV ($r=.83$). Korrelationen mit den Ergebnissen der klinischen Interviews ($r=.48$).	Sensitivität=.83 Spezifität=1.00

Name des Instrumentes	Inhaltliche Beschreibung	Anzahl Items Auswertung/Scores	Psychometrische Angaben	Klassifikationsindizes
Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (Petry, 1996)	Orientiert sich am GA-20	20 Items. Scores reichen von 0 bis 60 Punkten. 0 bis 16 Punkten: unauffällig Ab 16 Punkte: beratungs- und behandlungsbedürftige Glücksspielsucht 16 bis 25 Punkte: beginnende Glücksspielsuchtproblematik 26 bis 45 Punkte: mittelgradige Glücksspielsucht 46 bis 60 Punkte: fortgeschrittene Glücksspielsucht.	Cronbachs Alpha=.79 Retest-Reliabilität=.80 Konvergente Validität: positive Korrelation mit Problemdauer (r=.22), maximal tägliche Spieldauer (r=.32), maximaler Tagesverlust (r=.32), Höhe der Verschuldung (r=.29), Suizid tendenz (r=.13), Straffälligkeit (r=.30).	Keine Angaben
Lie/Bet Questionnaire (Johnson et al.,1997)	Abgeleitet von den DSM-IV Kriterien	2 Items. Wird eine Frage mit Ja beantwortet, kann davon ausgegangen werden, dass es sich um einen pathologischen Spieler handelt.	Keine Validitäts- und Reliabilitätsangaben	Sensitivität=0.99 Spezifität=0.91 Positiver Vorhersagewert=.0.92 Negativer Vorhersagewert=0.99

Name des Instrumentes	Inhaltliche Beschreibung	Anzahl Items Auswertung/Scores	Psychometrische Angaben	Klassifikationsindizes
Victorian Gambling Screen (Ben-Tovim et al., 2001)	3 Faktoren: Selbstschaden, Leid, welches dem Partner zugefügt wird, Ausmass des Vergnügens, welches das Spielen mit sich bringt.	21 Items	Keine Angaben	Keine Angaben
South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987)	Art und Anzahl Spiele, die gespielt werden, Signale und Symptome von Problemspielen, negative Konsequenzen, Anzahl von Quellen ausgeliehenen Geldes, Aufholjagd, Art der Geldbeschaffung, Schuldgefühle, Einschränkung der Kontrollfähigkeit.	20 Items. Score reichen von 0-20 Punkten. Cut-Score von 5 und mehr Wertpunkten weist auf einen pathologischen Spieler hin.	Cronbachsalpha=.97 Retestrelabilität=.71 Validität: Korrelation mit Therapeutenurteil (r=.86), Familienurteil (r=.60), DSM-III-R Diagnose (r=.94).	<u>Allgemeinbevölkerung:</u> Trefferwahrscheinlichkeit: .996 Sensitivität: .67 Spezifität: .997 Falsch-Positive: .50, Falsch Negative: .001 <u>Behandlungsstichprobe:</u> Trefferwahrscheinlichkeit: .96 Sensitivität: .99 Spezifität: .75 Falsch-Positive: .04, Falsch Negative: .10 (Stinchfield, 2002).

Name des Instrumentes	Inhaltliche Beschreibung	Anzahl Items Auswertung/Scores	Psychometrische Angaben	Klassifikationsindizes
Gamblers Beliefs Questionnaire (Steenberg et al.)	Kognitive Verzerrungen	21 Items	Cronbachsalphar=.92 Retestreliaibilität: r=.77	Keine Angaben
Gambling Behavior Interview (2001)	Signale und Symptome pathologischen Spielens, demographische Angaben, Einstellungen gegenüber Spielen, Spielhäufigkeit, Zeit, die mit Spielen verbracht wird	76 Items, inklusive SOGS-Items und 10 DSM-IV diagnostische Kriterien und 21 Forscher-items.	SOGS Cronbachsalphar=.96 DSM-IV Cronbachsalphar=.95 Forscherskala Cronbachsalphar=.98 Die Forscherskala korreliert mit den DSM-IV Kriterien (r=.97), SOGS (r=.96), Spielfrequenz (r=.59), Höhe des verlorenen Geldes (r=.54).	Angaben gelten bezüglich der Forscherskala: Basisrate=.26 Trefferrate=.93 Sensitivität=.98 Spezifität=.91 Falsch Positive=.21 Falsch Negative=.01
Cumulative Clinical Signs Method (Culleton, 1989)	Bestehend aus 5 Tests: persönlich, interpersonal, beruflich, finanziell, Signaltest.	23 Items. Eine Bejahung von mindestens einem der Items innerhalb eines Tests entspricht einem Scorepunkt. Maximale Punktezahl ist 5. Eine Punktezahl von 3 und mehr ergibt die Diagnose pathologische Spielsucht.	Keine Angaben	Positiver Vorhersagewert=.96-.98 Falsch Positive=0.1

Name des Instrumentes	Inhaltliche Beschreibung	Anzahl Items Auswertung/Scores	Psychometrische Angaben	Klassifikationsindizes
Diagnostic Interview for Gambling Schedule (Winters et al., 1997)	Demographische Angaben, Ausmass der Spielinvolviertheit, Behandlungsgeschichte, Alter bei Beginn mit Spielen, Spielhäufigkeit, Höhe des Spieleinsatzes, Höhe der Verluste, Anzahl Quellen von ausgeliehenem Geld, finanzielle Probleme, Probleme mit Gesetzesübertretungen, Screen für psychische Gesundheit, Impulsstörungen, medizinischer Status, familiäres und soziales Funktionieren.	20 diagnostische Items, die die DSM-IV Kriterien messen. Zwei Items pro Kriterium.	Cronbachsalpha=.92 Validität: Korrelation mit Spielverhalten ($r=.39$), höchste verspielte Geldmenge innerhalb eines Tages ($r=.42$), aktuelle Spielschulden ($r=.42$), Anzahl finanzieller Probleme ($r=.40$), Anzahl Quellen, bei denen Geld ausgeliehen wurde ($r=.31$), Probleme mit Gesetzesübertretungen ($r=.50$).	Keine Angaben

Name des Instrumentes	Inhaltliche Beschreibung	Anzahl Items Auswertung/Scores	Psychometrische Angaben	Klassifikationsindizes
Gambling Treatment Outcome Monitoring (Stinchfield et al., 2001).	Multidimensionales Assessment-Verfahren	142-Items, davon 10 Items, welche die DSM-IV Kriterien abbilden. Ein Punkt für jedes Item. Die Scores reichen von 0-10. Ein Cut-Score von 5 oder mehr weist auf pathologisches Spielen hin.	Korrelationen mit DSM-IV Kriterien (Alpha=.89), SOGS (Alpha=.85), finanzielle Probleme (Alpha=.78). Retestreliaibilität: r=.83 (Stinchfield et al., 2001) Die Validität der DSM-IV Kriterien wurde mittels Korrelationen mit den folgenden Messinstrumenten bestimmt: SOGS (r=.83), Spielhäufigkeit (r=.43) und Anzahl finanzieller Probleme (r=.40)	Basisrate=.20 Trefferrate=.96 Sensitivität=.96 Spezifität=.95 Falsch Positive=.01 Falsch Negative=.14 (Stinchfield et al., 2001)
National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems	Beruhend auf den DSM-IV Kriterien. Der Zeitrahmen ist sowohl auf das vergangene Jahr wie auf die Lebenszeit ausgerichtet.	17 Items. Ein Punkt pro DSM-IV-Kriterium. Der Scorebereich reicht von 0-10 Punkte: 0=Tiefes Risiko 1 oder 2=Risikospieler 3 oder 4= Problemspieler 5 oder mehr= pathologischer Spieler	Retestreliaibilität: r=.99	Keine Angaben

Name des Instrumentes	Inhaltliche Beschreibung	Anzahl Items Auswertung/Scores	Psychometrische Angaben	Klassifikationsindizes
Spielerbelastungsfragebogen (Kunkel et al., 1987).	Intensität des Glücksspielverhaltens sowie Beeinträchtigung durch psychosoziale Konsequenzen des Glücksspielverhaltens.	24 Items	Keine Angaben	Keine Angaben
Massachusetts Gambling Screen (Shaffer et al. 1994).	Signale und Symptome des pathologischen Spiels, psychische und soziale Probleme, die mit Spielen im Zusammenhang stehen.	26 Items mit zwei Subskalen: 14 Items der Massachusetts Gambling Screen und 12 Items, die auf den DSM-IV Kriterien beruhen. Der Scorebereich reicht von 0 bis 2 Punkten. 2 Punkte weisen auf einen pathologischen Spieler hin.	Cronbachs Alpha der MAGS-Skala=.84 Cronbachs Alpha der DSM-IV-Skala=.89 Validität: Die MAGS-Skala korreliert mit $r=.83$ mit den DSM-IV Kriterien.	Keine Angaben

Tabelle 3: Übersicht über die verschiedenen Messinstrumente betreffend pathologischem Spielen

4. Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Früherkennung von Problemspielern

Das Ziel eines Screeninginstrumentes besteht darin, einen Problemspieler aufgrund von beobachtbaren Verhaltensmerkmalen im Setting Kasino zu erkennen. Der Anspruch dieses Screeninginstrumentes besteht nicht darin, eine valide Diagnose betreffend pathologischem Spielen zu stellen. Durch Beobachtung von Verhaltensauffälligkeiten wird dem subjektiven Erleben, das für die Abklärung einer Spielsucht notwendig ist, nicht Rechnung getragen werden. Deshalb dient dieses Screeninginstrument vielmehr einer ersten Sondierung von gefährdeten Gästen. Erst danach stehen sorgfältige diagnostische Abklärungen an. Das zu entwickelnde Screeninginstrument dient ausschliesslich dazu, Gäste, die ein Risiko für problematisches Spielen aufweisen, zu erkennen.

Die bisherige Forschung hat sich noch wenig mit äusseren Verhaltens- und Merkmalskombinationen beschäftigt. Bis anhin existieren noch keine empirischen Studien, welche die Validität und Reliabilität von beobachtbaren Verhaltensmerkmalen bei problematischen Spielern resp. pathologischen Spielern erforscht haben (Blaszczynski, 2002). Lediglich der Australian Gambling Council hat im Jahr 2002 zu diesem Thema eine Expertenbefragung durchgeführt. Er kommt zum Fazit, dass es unabdingbar ist, objektivierbare Erkennungsmerkmale zu bestimmen, welche auf problematisches Spielen hinweisen. Die Expertenbefragung bekräftigt das Interesse und die Bedeutung eines solchen Instrumentes. Bemühungen sollen dahingehend unternommen werden, Beobachtungen von problematischen Verhaltensweisen Aussenstehenden zugänglich und objektivierbar zu machen. Durch ein Screeninginstrument lassen sich Frühinterventionen und -massnahmen ableiten, welche verhindern, dass Problemgäste in die Spielsucht abdriften.

4.1 Bedeutung von Screeninginstrumenten

Allgemeines Ziel eines Screeningverfahrens ist es, die Zuverlässigkeit der Vorhersage eines Ereignisses zu erhöhen. Ein Screeninginstrument beantwortet die Frage, ob ein erhöhtes Risiko für Glücksspielsucht bei einer bestimmten Person vorliegt. Es geht darum, Individuen zu identifizieren, welche Anzeichen eines problematischen Verhaltens aufweisen.

Screeninginstrumente können jedoch keinen definitiven Beweis über das Vorliegen einer Spielsucht liefern. Dies ist Aufgabe der Diagnostik. Ob es sich um einen Problemspieler handelt oder nicht, kann nur die Diagnostik bestimmen. Dazu sind klinische Interviews und die üblichen diagnostischen Verfahren erforderlich.

Gerade die zuverlässige Erfassung von gefährdeten Spielern, möglichst bevor sie zu manifest klinischen Fällen werden, ist eine wesentliche Aufgabe von Screeninginstrumenten. Während die üblichen diagnostischen Verfahren (ICD-10 und DSM-IV) klinische Formen der Spielsucht gut abbilden, sind sie für Screeningzwecke weniger geeignet, da sie übermässig restriktiv sind und deshalb viele falsch negative Befunde liefern. In der Folge werden gefährdete Personen zu leicht in die Gruppe der normalen Spieler eingeordnet.

Es ist nicht nur für wissenschaftliche, sondern auch für Steuerungs- und Planungszwecke und insbesondere für die Ökonomisierung der Früherkennungsabläufe in Kasinos von Vorteil, Informationen a priori für eine derartige Vorhersage zu nutzen.

Anzumerken ist, dass dieses Unterfangen einigen Schwierigkeiten unterliegt. So entwickelt sich eine Glücksspielsuchtproblematik oft über Jahre hinweg. Verhaltensauffällig werden Gäste erst dann, wenn sie bereits starke Symptome einer beginnenden Glücksspielsucht aufweisen, d.h. wenn sie bereits im kritischen Gewöhnungsstadium oder in der Verlustphase angelangt sind. Nichtsdestotrotz sollten alle Massnahmen ergriffen werden, die es möglich machen, problematische Gäste zu identifizieren.

Ziel und Zweck eines Screeninginstrumentes

- Identifikation von Problemspielern zu einem möglichst frühen Zeitpunkt. Nach der Identifikation von Problemspielern können entsprechende Frühinterventionen geplant und umgesetzt werden. Mit Frühinterventionen soll einer weiteren Ausbreitung von Spielsucht vorgebeugt werden.
- Das Screeninginstrument (ID-PS) ermöglicht dem Kasinopersonal eine Systematisierung seiner Beobachtungen.
- Der ID-PS erfüllt die gesetzlich geforderten Auflagen.
- Der ID-PS stellt ein ökonomisches Verfahren dar. Es ist kurz, praktisch handhabbar und robust. Weiter beansprucht es einen geringen Zeit- und Organisationsaufwand und dient der Ökonomisierung der Betriebsabläufe.

Abbildung 4: Ziel und Zweck des Screeninginstrumentes (ID-PS)

5. State of the Art: Erkennbare Merkmale bei Problemspielern

Im diesem Kapitel wird der gegenwärtige Forschungsstand in Bezug auf äussere erkennbare Merkmale bei Problemspielern beschrieben und diskutiert. Bisher existiert dazu lediglich eine Expertenbefragung des Australian Gambling Council, welche im Jahr 2002 durchgeführt wurde. Meyer (2002) hat weiter einige Erkennungsmerkmale von problematischem Spielverhalten aufgestellt. Ansonsten herrscht hier ein grosser Forschungsbedarf.

5.1 Expertenbefragung des Australian Gambling Council

Der Australian Gambling Council befragte renommierte Experten aus dem Glücksspielbereich (sowohl Forscher wie erfahrene Praktiker), ob es erstens möglich sei, Gäste mit Spielsuchtproblemen zu identifizieren und zweitens wie das Kasinopersonal mit problematischen Gästen umgehen solle.

Den Experten wurden folgende Fragen gestellt:

- Ist das Kasinopersonal überhaupt in der Lage, Problemspieler zu identifizieren?
- Welches sind typische Verhaltensweisen, die auf einen Problemspieler hindeuten? Gibt es so genannte Kernmerkmale (core features)?
- Können diese problematischen Verhaltensweisen von anderen Verhaltensweisen unterschieden werden?
- Sind problematische Verhaltensweisen von Problemspielern im Kasinsetting überhaupt beobachtbar?
- Wie soll sich das Kasinopersonal verhalten, wenn es merkt, dass ein Gast ein Spielsuchtproblem hat?

Die verschiedenen Experten kommen zu keinem eindeutigen und gemeinsamen Konsens bezüglich beobachtbaren Verhaltenskriterien, die es erlauben würden, Problemspieler im Kasino zu identifizieren. Die genannten Verhaltenskriterien wurden nach dieser Expertenbefragung empirisch nicht getestet.

Die nachfolgende Zusammenfassung gibt einen Überblick der Expertenmeinungen. Die Antworten gliedern sich nach den angegebenen Häufigkeiten. Die einzelnen Meinungen der befragten Experten sind separat aufgelistet. Die Antworten der Experten beziehen sich nicht ausschliesslich auf beobachtbare Merkmale. Teilweise werden auch Merkmale genannt, die der äusseren Beobachtung nicht zugänglich sind.

Die vier am häufigsten genannten Merkmale aus der Sicht der Experten sind:

- 1. Geldbeschaffung:** Häufiger Geldautomatenbezug, Ausleihen von Geld oder der Versuch, Cheques einzulösen sind beobachtbare Merkmale, die auf ein Spielproblem hindeuten können. Kliniker teilen mit, dass ihre Klienten den ständigen Geldautomatenbezug als Hauptfaktor für ihre hohe Verschuldung angeben. Insbesondere werden Geldautomatenbezüge häufig nach Mitternacht getätigt, wenn wieder eine neue Geldbezugslimite für den nächsten Tag gilt. Dies weist auf die entscheidende Rolle der Verfügbarkeit von Geld im Entstehen der Spielsuchtproblematik hin. Pumpen Kasinogäste andere Gäste oder gar das Kasinopersonal um Geld an, kann dies als starker Indikator für Spielprobleme gewertet werden.
- 2. Zeichen von Unruhe/Aufregung:** Darunter fallen Verhaltensweisen wie das Einschlagen auf den Spielautomaten, Weinen, den Kopf in den Händen verbergen sowie lautes Kritisieren des Automaten oder der Glücksspielindustrie im Allgemeinen. Diese Merkmale werden von Experten als reliable Zeichen angesehen. Trotzdem sollten alternative Interpretationen nicht ausser Acht gelassen werden. Es gibt nebst Spielproblemen auch andere Gründe, die oben genannten Reaktionen und Verhaltensweisen auslösen können.
- 3. Besorgnis der Familienmitglieder:** Erkundigungen von Familienmitgliedern müssen nicht zwangsläufig in Zusammenhang mit einem Spielproblem stehen. Doch solche Verhaltensweisen weisen auf Stress innerhalb von familiären Beziehungen hin.
- 4. Spieldauer:** Laut den Experten weist eine Spieldauer ab 5-6 Stunden auf problematisches Spielen hin, insbesondere wenn die Dauer mit einer höheren Besuchsfrequenz einhergeht.

Unter die weniger häufig genannten Antworten fallen folgende Kategorien:

5. **Anzahl Kasinobesuche pro Woche:** Dieses Merkmal wurde weniger oft von Experten erwähnt. Die meisten Experten nannten eine Häufigkeit von Kasinobesuchen von einmal pro Woche und häufiger.
6. **Alkoholintoxikation:** Dieses Merkmal wird von Experten als valider und häufiger Hinweis problematischen Spielverhaltens erachtet. Die Mehrheit trinkt jedoch nicht bis zur Intoxikationsgrenze.
7. **Kinder werden unbeaufsichtigt gelassen:** Dieser Tatbestand kommt sehr selten vor, ist aber ein deutlicher Hinweis für eine dahinter liegende Spielsuchtproblematik.

Die nächsten Kriterien werden von den Experten nebenbei erwähnt.

8. **„First in, last out“:** Problemspieler kommen als erste Besucher ins Kasino und verlassen das Kasino als letzte.
9. **Aussagen über Familienprobleme:** Wenn Gäste dem Kasinopersonal gegenüber Äusserungen über familiäre Probleme machen, die im Zusammenhang mit ihrem Spielverhalten stehen, darf dies als Indikator für eine dahinterliegende Spielproblematik gewertet werden.
10. **Wenn der Automat für einen kurzen Augenblick verlassen wird, beeilt sich der Gast:** Wenn Gäste sich beeilen und rennen, wenn sie den Spielautomaten für einen kurzen Augenblick verlassen müssen (Toilette, Geldbeziehen, Trinken), könnte dies auf ein Spielsuchtverhalten hindeuten.
11. **Der Gast verweilt im Kasino, nachdem Freunde gegangen sind:** Klienten in Behandlung berichten, dass sie zusammen mit Freunden deutlich kontrollierter spielen. Sobald diese jedoch das Kasino verlassen würden, beginne das „wahre Spielen“.
12. **Gleichzeitiges Spielen an mehreren Automaten resp. an mehreren Tischen:** Dieses Verhalten könnte als Ausdruck von Verzweiflung gedeutet werden.
13. **Der Gast fragt nach Kredit:** Dieses Merkmal gehört zur Oberkategorie Geldbeschaffung und ist Indiz für eine Spielsuchtproblematik.

5.1.1 Expertenmeinungen

Nachfolgend werden die Äusserungen der befragten Experten zusammengestellt.

Dickerson & Haw (2002) untersuchten Automatenspieler in Sydney. Mit 354 Personen wurden strukturierte Interviews durchgeführt. Daraufhin unterteilte man die Probanden in Problemspieler und Nichtproblemspieler. Merkmale für problematisches Spielen wurden nach solchen Kriterien geordnet, die vom Kasinopersonal beobachtet werden können.

- ✚ **Regelmässigkeit und Häufigkeit der Kasinobesuche:** Je mehr Kasinobesuche pro Woche ein Gast aufweist, umso grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass er in die Gruppe der Problemspieler fällt.
- ✚ **Spieldauer:** Je länger das Spiel andauert, umso grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Spieler ein Problemspieler ist.
- ✚ **Spielen bis zum letzten Rappen:** Diese Variable erwies sich als der beste Prädiktor von problematischem Spielen.
- ✚ **Anzahl alkoholischer Getränke:** Dieses Kriterium erwies sich als eher schwacher Prädiktor.
- ✚ **Rauchen während des Spiels:** Es besteht keine Korrelation zwischen Rauchen und problematischem Spielverhalten.

Earl (2002) ist der Ansicht, dass jedes Merkmal für sich genommen nicht genügt, um einen Problemspieler zu identifizieren. Vielmehr handelt es sich um eine Kombination verschiedener Merkmale, die die Reliabilität der Identifikation erhöht. Die untenstehende Liste von Earl ist nach Wichtigkeit der Kriterien geordnet:

- ✚ Der Gast beantragt eine Spielsperre.
- ✚ Der Gast beginnt, den Automaten zu personifizieren.
- ✚ Der Gast reagiert irritiert, wenn er vom Kasinopersonal angesprochen wird.
- ✚ Der Gast besucht das Kasino täglich.
- ✚ Der Gast bezieht während seines Kasinoaufenthalts wiederholt Geld am Geldbezugsautomaten.
- ✚ Der Gast wartet bereits vor der Öffnung des Kasinos vor der Tür oder bleibt bis zur Schliessung des Kasinos.

- ✚ Der Gast versucht, Geld von anderen Gästen oder dem Kasinopersonal auszuleihen.
- ✚ Der Gast bittet das Kasinopersonal um die Geheimhaltung seiner Anwesenheit.
- ✚ Familienmitglieder oder Kollegen suchen den Gast auf.
- ✚ Der Gast gibt sich sehr launenhaft und verhält sich unhöflich gegenüber dem Kasinopersonal.
- ✚ Der Gast pflegt eine persönliche Bindung an die Maschine.
- ✚ Der Gast beschwert sich über die Maschinen.

Ladouceur nennt folgende Indikatoren für problematisches Spielverhalten:

- ✚ Der Gast äussert, dass er ein Problem mit Spielen hat.
- ✚ Der Gast spielt immer häufiger und immer länger.
- ✚ Der Gast erhöht den Spieleinsatz und spielt so lange bis er kein Geld mehr hat.
- ✚ Der Gast verlässt wiederholt das Kasino, um Geld abzuheben.
- ✚ Der Gast zeigt negative Gefühle (Wut, Angst, Stress etc.).

Lesieur nennt folgende Merkmale, die auf einen Problemspieler hindeuten:

- ✚ Der Gast hat Konflikte mit Lebensgefährten, Verwandten, Arbeitskollegen. Familienmitglieder erkundigen sich im Kasino nach ihm.
- ✚ Der Gast spielt während der Arbeitszeit.
- ✚ Der Gast leiht sich Geld aus, um seine Spielschulden zu begleichen oder weiterzuspielen.
- ✚ Der Gast ist verschuldet. Er macht entsprechende Aussagen, die dahingehend interpretiert werden können.
- ✚ Der Gast nimmt bei seinem Arbeitgeber Kredit auf.
- ✚ Der Gast jagt Verlusten nach.
- ✚ Der Gast unternimmt zahlreiche und erfolglose Versuche, mit dem Spielen aufzuhören.
- ✚ Der Gast zeigt Veränderungen in seiner Stimmung (dysphorische Stimmung).
- ✚ Der Gast begeht illegale Aktivitäten, um weiterspielen zu können.
- ✚ Der Gast hegt Selbstmordgedanken bis hin zu Suizidversuchen.
- ✚ Der Gast ist wütend und schlägt auf den Spielautomaten resp. den Tisch.
- ✚ Der Gast spielt sehr lange.
- ✚ Der Gast verbirgt aus Verzweiflung seinen Kopf in den Händen.
- ✚ Der Gast weint nach Verlusten.
- ✚ Der Gast äussert irrationale Ansichten während des Spielens.

McCorriston nennt folgende potentielle Indikatoren, die auf problematisches Spielen hinweisen:

- ✚ Aggressives Verhalten gegenüber dem Kasinopersonal oder gegenüber dem Geldspielautomaten.
- ✚ Der Gast beeilt sich, wenn er auf die Toilette geht oder sich etwas zu trinken holt.
- ✚ Aschenbecher überquellen.
- ✚ Der Gast beantwortet Anrufe auf seinem Mobiltelefon nicht.
- ✚ Der Gast bittet Kasinoangestellte darum, seine Anwesenheit anderen Personen gegenüber zu verschweigen.
- ✚ Der Gast beklagt sich über die Spielindustrie.
- ✚ Der Gast versucht, Wertgegenstände zu verkaufen.
- ✚ Der Gast schläft über dem Spielautomaten ein.
- ✚ Der Gast lässt seine Kinder unbeaufsichtigt.
- ✚ Der Gast spielt in betrunkenem Zustand.
- ✚ Der Gast spielt in einer Art Trancezustand.
- ✚ Der Gast wirkt zunehmend verwahrloster.
- ✚ Der Gast spielt vor allem alleine.

Treten oben genannte Kriterien in Kombination miteinander auf, sei dies ein zuverlässigerer Indikator dafür, dass Spielprobleme vorhanden sind, meint McCorriston.

Miller befürchtet, dass es wenige beobachtbare Merkmale dafür gibt, welche hinreichend zwischen Problemspielern und Nichtproblemspielern unterscheiden können. Nach Miller sind die folgenden Faktoren wichtig:

- ✚ Der Gast gibt an, dass er mehr spielt als er sich vorgenommen hat.
- ✚ Der Gast versucht, das verlorene Geld wieder zurück zu gewinnen.
- ✚ Der Gast spielt weiter, obwohl er bereits sehr viel Geld verloren hat.
- ✚ Der Gast spielt trotz sich verschlechternden sozialen und beruflichen Konsequenzen weiter.

Eine Untersuchung des Gesundheitsdepartements in Nova Scotia, die von Schrans & Schellinck (2003) durchgeführt wurde, kommt zum Ergebnis, dass es Unterschiede gibt zwischen regelmässigen Videolotteriespielern und problematischen Videolotteriespielern. Problemspieler spielen länger und geben mehr Geld aus als Nichtproblemspieler. Sie spielen weiter mit

deutlich höheren Einsätzen. Problemspieler überschreiten häufiger ihr Limit. Sie hören weniger oft auf, wenn sie gewonnen haben. Sie äussern spezifische emotionale und physiologische Reaktionen gegenüber der Maschine (z.B. fluchen sie häufiger über den Automaten oder schlagen häufiger auf den Automaten ein). Problemspieler verlieren öfters als Nichtproblemspieler ihr Zeitgefühl und sie glauben, dass sie begabtere Spieler seien als andere Spieler.

5.2 Früherkennungskriterien nach Meyer

Meyer definiert folgende Erkennungsmerkmale von problematischem Spielverhalten im Kasino:

- ✚ Unruhe vor dem Einlass.
- ✚ Veränderungen im Spielverhalten: Höhere Einsätze, längere Spieldauer, hektisches Spielen, häufigere Besuche, Verlusten hinterherjagen, Reduzierung der Einsätze.
- ✚ Veränderungen im Erscheinungsbild.
- ✚ Geldausleihen von Mitspielern, mangelnde Rückzahlung, Reisedarlehen.
- ✚ Unterbrechung des Spiels, um Geld zu holen, kein Geld mehr aus dem EC-Automaten.
- ✚ Schecks von verschiedenen Banken, verschiedene Kreditkarten.
- ✚ Depressive Stimmung während des Spiels, fehlendes Interesse an Gewinnen, geistige Abwesenheit, verzerrte Wahrnehmung („andere gewinnen immer, ich nie“).
- ✚ Gefühlsausbrüche, Aggressivität.
- ✚ Aberglaube und Rituale als Teil der Spielaktivitäten.
- ✚ Suchen eines Gesprächspartners (Rechtfertigungen, Fixierung auf das Spiel, Berichte über häufige Gewinne, Prahlern, Verleugnung der Spielintensität).
- ✚ Schuldzuweisungen an die Croupiers oder „die Kugel“.
- ✚ Verbleiben im Kasino ohne Spiel, Beraterfunktion.
- ✚ Gleichzeitiges Bespielen mehrerer Automaten.
- ✚ Reden mit den Automaten.
- ✚ Sich häufende Falschmeldungen, Streitfälle, Manipulationen.
- ✚ Informationen durch Angehörige, Medien (z.B. Konkurse).

5.3 Risikofaktoren und prädisponierende Faktoren der pathologischen Spielsucht

Etliche Studien haben sich mit der Frage beschäftigt, worin sich Problemspieler von Nichtproblemspielern unterscheiden.

Bei den folgenden Faktoren kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob es sich um prädisponierende Faktoren, ursächliche Faktoren oder Folgefaktoren handelt, oder ob sie bloss mit pathologischem Spielen assoziiert sind. Wir beschränken uns in der folgenden Übersicht auf die wichtigsten und die am häufigsten erforschten Merkmale.

5.2.1 Persönlichkeitsstruktur

Zahlreiche empirische Studien haben spezifische Persönlichkeitseigenschaften bei pathologischen Spielern untersucht. Kausale Zusammenhänge lassen sich nicht ableiten, auch wenn sie plausibel erscheinen. Um kausale Rückschlüsse über prämorbid Merkmale zu ziehen, wären Längsschnittstudien erforderlich, die bis anhin in zu geringer Anzahl vorliegen.

5.2.1.1 Verzerrte Wahrnehmungen und abergläubisches Verhalten

Potentielle Problemspieler sowie pathologische Spieler zeigen verzerrte Wahrnehmungen und abergläubische Kognitionen (Ladouceur & Walker, 1996). Je häufiger Leute spielen, umso häufiger entwickeln sie magische Erwartungen und Vorstellungen (Walker, 1994). Wenn ein Individuum die Kontrolle über seine Situation verliert, steigen abergläubische Tendenzen (Jahoda, 1969). Die Spieler versuchen, ihre Wahrnehmung der Kontrolle über ein Glücksspiel zu erhöhen, indem sie abergläubische Verhaltensweisen entwickeln. Problemspieler zeichnen sich im Gegensatz zu Nichtproblemspielern durch die Illusion aus, Kontrolle über die Ergebnisse eines Wetteinsatzes zu haben, oder sie geben sich der Illusion hin, den Zufall manipulieren zu können (Murray, 1993).

5.2.1.2 Sensation Seeking

Zuckerman (1979) betrachtet Sensation Seeking als einen Persönlichkeitszug (trait). Er definiert Sensation Seeking als Bedürfnis nach neuen, variierenden und komplexen „sensations“ und Erfahrungen. Sensations Seeking definiert sich als eine Bereitschaft, physische und soziale Risiken auf sich zu nehmen. Nach Zuckerman unterscheiden sich Menschen im Bedürfnis nach einem optimalen Stimulationsniveau. Die Reiz- und Erregungssuche kann sich in unterschiedlichem Risikoverhalten äussern, wie über finanzielle Einsätze beim Glücksspiel. Studien gehen davon aus, dass dieses Konstrukt nicht unidimensional ist, sondern aus einer Vielzahl von zusammenhängenden Komponenten besteht.

Die empirischen Befunde über den Zusammenhang zwischen Spielen und Sensation Seeking sind inkonsistent. Durch die Erhöhung von Einsatz und Risiko wird die Erregung beim Spielen gesteigert. Kuley und Jacobs (1988) fanden heraus, dass ein hoher Wert auf der Sensation Seeking Skala signifikant mit Spielen korreliert war. Breen und Zuckerman (1996) berichten, dass Problemspieler über ein höheres Ausmass an Sensations Seeking berichten als soziale Spieler. Castellani & Rugle (1995) konstatieren, dass Sensation Seeking im Zusammenhang mit pathologischem Spielen steht. Langewisch und Frisch (1998) hingegen konnten bei einer Gruppe von Problemspielern keine Korrelationen zwischen Sensation Seeking, Impulsivität und pathologischem Spielen finden. Sie stellten jedoch einen derartigen Zusammenhang bei nicht pathologischen Spielern fest.

Die Ergebnisse über Zusammenhänge zwischen Sensation Seeking und pathologischem Spielen scheinen nicht eindeutig zu sein. Es ist schwierig zu beurteilen, ob Sensation Seeking zu Spielproblemen führt oder ob umgekehrt Spielen zu einer Erhöhung von Sensation Seeking führt. Ein Grund für die inkonsistenten Befunde liegt womöglich auch in der Heterogenität der pathologischen Spieler.

5.2.1.3 Impulsivität und Impulskontrolle

Impulsivität wird definiert als spontanes und ungeplantes Verhalten (Martin-Doto & Nussbaum, 1991). Sie besteht in der Unfähigkeit, im Voraus zu planen.

Es wird angenommen, dass eine ausgeprägte Impulsivität und eine mangelnde Impulskontrolle als Prädispositionen für pathologische Spielsucht gelten (Herpertz & Sass, 1997). Die empirischen Befunde sind jedoch auch hierzu nicht eindeutig. Allcock & Grace (1988) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen pathologischen Spielern und Kontrollpersonen auf der „Barrat Impulsivity Scale“ feststellen. Carlton & Manowitz (1992) berichten, dass pathologische Spieler höhere Impulsivitätswerte auf der „Eysenck-Impulsivity-Scale“ erzielten als Kontrollpersonen, Alkohol- und Kokainabhängige und die Normalpopulation. Im Rahmen einer Längsschnittstudie erfassten Vitaro, Arsenaut & Tremblay (1997) die Impulsivität von 754 Jungen im Alter von 13 Jahren samt entsprechenden Ratings ihrer Lehrer. 4 Jahre später testeten sie die Ausprägung pathologischen bzw. problematischen Spielverhaltens (mit Hilfe des SOGS) bei den Jugendlichen im Alter von 17 Jahren. Nichtspieler wiesen für beide Impulsivitätsmasse die niedrigsten Werte auf, gefolgt von Gelegenheitsspielern. Spieler mit geringen Anzeichen eines problematischen Spielverhaltens hatten höhere Werte als die Gelegenheitsspieler, und Spieler mit den deutlichsten Hinweisen auf Glücksspielprobleme erzielten die höchsten Impulsivitätswerte. Diese Längsschnittsbefunde verweisen in besonderem Masse auf die prädisponierende Wirkung von Defiziten in der Impulskontrolle für eine spätere Entwicklung problematischen Spielverhaltens.

Abschliessend sei festgehalten, dass es so etwas wie eine typische Spielerpersönlichkeit nicht gibt. Die Studien weisen lediglich auf bestimmte Risikofaktoren hin, die den Schwellenwert für die Entwicklung einer pathologischen Spielsucht erhöhen können. Treten mehrere Risikofaktoren gemeinsam auf und kommen kritische Lebensereignisse hinzu, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine pathologische Spielsucht entwickeln kann.

5.2.2 Strukturelle Merkmale von Glücksspielen

Die Analyse der Strukturmerkmale von Glücksspielen ermöglicht eine Einschätzung hinsichtlich des Risiko- und Gefahrenpotentials, das von ihnen ausgeht. So bergen gewisse Spielarten durch ihre Strukturmerkmale ein höheres Suchtrisiko. Gewisse Arten von Spielen besitzen ein grosses Verstärkerpotential. Geldspielautomaten, Tischspiele, Lotterien, Bingo und Sportwetten bergen ein gewisses Risiko für pathologisches Spielen. Geldspielautomaten produzieren ein Spielverhaltensmuster, welches leicht konditionierbar und folglich schwer zu

löschen ist (Griffiths, 1995). Spielarten, die ein unmittelbares Feedback über den Ausgang des Spielresultates geben, weisen ein höheres Suchtpotential auf als andere Formen des Spielens. Auch die so genannten „Fastgewinne“ beim Spielautomaten sowie die grössere Anzahl von Gewinnsymbolen bergen ein grosses Verstärkerpotential und fördern die Spielintensität. Das Illinois Institute for Addiction Recovery (2001) bezeichnet den Videopoker als „crack cocaine of gambling“. Rubellose hingegen weisen ein geringeres Risiko für pathologisches Spielen auf (Volberg, 1993).

Für einen hohen Spielanreiz und demnach ein hohes Gefährdungspotential sind in erster Linie folgende Kriterien ausschlaggebend (Meyer & Bachmann, 2000):

- **Rasche Spielabfolge, d.h. hohe Ereignisfrequenz.** Im Sekunden- oder Minutentakt erfahren Automaten- bzw. Roulettespieler das Ergebnis ihres Spieleinsatzes. Griffiths (1999) konstatiert aufgrund der Prinzipien der operanten Konditionierung, dass die Ereignishäufigkeit ein hohes Suchtpotential in sich birgt. Die Ereignishäufigkeit wird definiert als Zeitintervall zwischen den Spielausgängen. So besitzen Geldspielautomaten eine hohe Ereignisfrequenz, da nur wenige Sekunden zwischen den Ergebnisausgängen liegen, während Lottospielen eine tiefe Ereignisfrequenz aufweist. Je schneller die Spielabfolge umso eher entfalten sich die psychotropen Wirkungen des Spiels. Psychotrope Wirkung bezeichnet den Nervenkitzel, der sich aus der Mischung von lustvoller-euphorischer Hoffnung auf Gewinn und der Angst vor Verlust ergibt. Physiologisch zeigt sich die psychotrope Wirkung eines Kasinoproblemspielers während des Spielens in einer Veränderung der kardiovaskulären und neuroendokrinen Aktivitäten. Konkret konnte gezeigt werden, dass Kasinoproblemspieler während des Spielens im Gegensatz zu Nicht-Problemspielern höhere Herzfrequenzen, erhöhte Hautleitfähigkeit, erhöhte Muskelaktivität sowie höhere Levels von Norepinephrin und Dopamin aufweisen (Roy et al., 1989, Meyer et al. 2004). Das Lotto weist gegenüber den Kasinospielen eine viel geringere Spielabfolge auf und scheint demzufolge kein derart hohes Suchtpotential zu haben. Nicht alle Studien belegen den Zusammenhang zwischen Suchtpotential und Ereignisfrequenz
- **Kurzes Auszahlungsintervall.** Eine kurze Zeitspanne zwischen Einsatz und Spielergebnis bzw. Gewinnauszahlung hat eine stärker belohnende Wirkung als ein lang gestreckter Spielablauf wie beispielsweise beim Lotto, bei dem Gewinne erst Tage

später den Spieler erreichen. Ein kurzes Auszahlungsintervall ermöglicht zudem eine umgehende Reinvestition des Geldes in den Glücksspielkreislauf.

- **Hohe Einsatz- und Gewinnmöglichkeiten und hohe Auszahlungsquote.** Hohe Einsätze und Gewinnmöglichkeiten gewährleisten, dass hohe Verluste in einem nächsten Spiel wieder ausgeglichen oder Gewinne vervielfacht werden können und der Spielanreiz somit steigt. Eine hohe Auszahlungsquote (ca. 90 Prozent) sorgt dafür, dass relativ lange gespielt werden kann, bis das eingesetzte Geld aufgebraucht ist.
- **Eine aktive Einbindung des Spielers in den Spielablauf.** Die Stopp-, Start- und Risikotasten haben zur Folge, dass der Spieler das Gefühl erhält, selbst Einfluss auf den Spielverlauf zu nehmen. Es kommt zur Kontrollillusion und somit zur Überschätzung der eigenen Einflussnahme auf den Spielausgang. Daraufhin entwickeln sich verzerrte Attributionsmuster. Der Spieler attribuiert Verluste auf eigenes Versagen und versucht, seine Fähigkeiten zu verbessern. Der Spieler unterliegt der Illusion der Einflussnahme auf den Geldspielautomaten und versucht, gegen den Automaten zu spielen und ihn auszutricksen. Dies animiert ihn zum Weiterspielen.
- **Verwendung von Spielgeld.** Die ersatzweise Verwendung von Jetons (beim Roulette) oder die virtuellen Einsätze per Kreditkarte verschleiern das finanzielle Wertesystem, beeinträchtigen das Urteilvermögen und senken die Hemmschwelle für eine Teilnahme. Verluste werden geringer eingeschätzt, und es wird risikoreicher gespielt.
- **Ton-, Licht-, Farbeffekte.** Der Einfluss von Ton-, Licht- und Farbeffekten gehört zu weiteren strukturellen Merkmalen, welche einen konditionierenden Effekt auslösen.

Das Spielen von verschiedenen Arten von Glücksspielen (z.B. Lotto, Bingo, Pferdewetten, Kasinospiel etc.) macht Angaben über das Ausmass der Glücksspielsucht. Die Tatsache, dass jemand verschiedene Glücksspiele spielt, ist Ausdruck einer tiefen Bindung an die Essenz des Glücksspiels: Geld zu riskieren, um Geld zu gewinnen. Ladouceur, Arsenault, Dubé, Freeston & Jacques (1997) bestätigen diese Tatsache in ihrer Studie. Pathologische Spieler beteiligen sich an verschiedenen Glücksspielarten und spielen mit höherer Frequenz.

5.2.3 Besuchsfrequenz und Besuchsdauer

Dickerson (1989) berichtet, dass exzessives Spielen mit einer höheren Besuchsfrequenz assoziiert ist. Eine englische Studie von Fisher (1996) bestätigt, dass Problemspieler längere Zeit mit Spielen verbringen als Nichtproblemspieler.

5.2.4 Höhe des verspielten Geldes

Ein Risikofaktor für pathologisches Spielen ist die Höhe des verspielten Geldes. Das National Opinion Research Council (1999) analysierte acht verschiedene Untersuchungen, in welcher Spielausgaben gemessen wurden. In diesen Studien variierten die Ausgaben bei Nichtproblemspielern zwischen 24 und 131 US\$ pro Monat, während sich die Ausgaben der Problemspieler zwischen 121 bis 660 US\$ bewegten.

In den bisherigen Studien wurde selten zwischen einer grossen Anzahl kleiner Wetteinsätze und einer kleinen Anzahl grosser Wetteinsätze unterschieden. Damit wird implizit von der Annahme ausgegangen, dass der Geldverlust unabhängig von der Wettstrategie ist.

Dickerson (1989) weist ebenfalls darauf hin, dass pathologisches Spielen mit grösseren Verlusten und höheren Spielschulden assoziiert ist.

5.2.4 Gebundene Substanzen und Delinquenz

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten bisherigen Erkenntnisse über Nikotin-, Alkohol- und Drogensucht und delinquentem Verhalten im Zusammenhang mit pathologischem Spielverhalten zusammengefasst.

5.2.4.1 Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch

Viele Studien zeigen eine positive Korrelation zwischen pathologischem Spielen und Substanzmissbrauch unter Erwachsenen. Problemspieler gebrauchen öfters psychoaktive Substanzen (Wiebe, Single, Falkowski-Ham, 2001). Coyle und Kinney (1990) untersuchten 61 pathologische Spieler und fanden heraus, dass 24% Problemtrinker waren und 8% ein Problem mit Drogen hatten.

Bei 27.6% einer untersuchten Spielerbehandlungsgruppe in Deutschland lag mindestens eine weitere Abhängigkeit (Alkohol, Rauchdrogen) vor (Denzer et al. 1995). In einer ähnlichen Grössenordnung (22.4%) bestätigten die Mitglieder von Selbsthilfegruppen der „Anonymen Spieler“ substanzgebundene Probleme – in erster Linie mit Alkohol. 35.7% der Mehrfachabhängigen gaben an, dass die Substanzabhängigkeit gleichzeitig mit dem Spielen bestand. Fast alle Gruppenmitglieder waren starke Raucher (Meyer, 1989). Eine andere Studie von Smith, Volberg & Wyne (1994) zeigt, dass alle der befragten pathologischen Spieler ebenfalls rauchten. Pathologische Spieler tendieren zu stärkerem Problemtrinken als die Allgemeinbevölkerung. Basierend auf einem intensiven Literaturstudium konstatieren Rosenthal und Lorenz (1992), dass ungefähr die Hälfte aller pathologischen Spieler ein Problem mit Alkohol hatte. In einer Untersuchung der Allgemeinbevölkerung von Wallisch (1993) wurde der Zusammenhang zwischen pathologischem Spielen und Alkohol sowie illegalem Drogenmissbrauch nachgewiesen. Auch die Studie von Ladouceur, Arsenault, Dubé, Freeston & Jacques (1997) zeigt, dass pathologische Spieler über signifikant mehr Alkoholkonsum berichten als Nicht-Problemspieler.

Die Studie von Künzi et al. (2004) weist ebenfalls darauf hin, dass es unter den Häufigspielenden einen signifikant höheren Anteil an Rauchern hat als in der Gesamtbevölkerung (Automaten/Casino: 50%, Lotterien/Wetten: 37%, Gesamtbevölkerung: 30%). Als Häufigspieler sind Personen definiert, welche ein bestimmtes Spiel „mindestens einmal pro Woche“ oder „regelmässig“, d.h. mehr oder weniger jede Woche spielen. Zudem handelt es sich meist um starke Raucher. Die pathologischen Spieler weisen höhere Raten an schwerem Trinken und Drogengebrauch auf als die übrigen Befragten. Frank (1992) fand in einer Untersuchung an einer Studentenpopulation heraus, dass illegaler Drogengebrauch und

starkes Alkoholtrinken den Score auf dem South Oaks Gambling Screen (SOGS) vorhersagen konnte.

Eine US-amerikanische Studie von Barnes, Welte, Wieczorek, Tidwell & Parker (2002) zeigt, dass Alkoholabhängigkeit die Wahrscheinlichkeit ein pathologischer Spieler zu sein oder zu werden, um den Faktor 23 erhöhte. Der Zustand der Alkoholisierung führt beim Spielen zu mangelnder Urteilsfähigkeit. Veränderungen der Hirnfunktionen finden bereits bei relativ kleinen Mengen an Alkohol statt. So reduziert sich die Aufmerksamkeit, Hemmungen werden abgebaut und die Urteilsfähigkeit wird beeinträchtigt. Weiter übt Alkohol einen enthemmenden Effekt auf soziale Verhaltensweisen und den Umgang mit Geld aus. Individuen setzen unter Alkoholeinfluss mehr Geld ein. Alkohol wirkt auf kognitive Fähigkeiten; das Individuum spielt nicht mehr reflektiert und optimiert seine Chancen nicht, was zur Folge hat, dass das Individuum seine unvorsichtigen Einsätze verliert. Chronische Effekte von Alkoholmissbrauch tragen direkt zur Verschlechterung der pathologischen Spielsucht bei. So mag das Einkommen durch die Alkoholsucht abnehmen, was zu finanziellem Druck führt und direkt zu einer Verschlimmerung der Symptome von pathologischer Spielsucht beiträgt wie bspw. das Ausleihen von Geld, Fälschen von Cheques etc.

Giacopassi, Stitt & Vandiver (1998) verglichen Probanden, die während des Spielens tranken mit ebenfalls spielenden Probanden, die jedoch keinen Alkohol einnahmen. Die beiden Gruppen wurden bezüglich folgender Parameter verglichen: Häufigkeit der Kasinobesuche, Höhe der Wetteinsätze und Höhe der Verluste. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich folgender Aspekte: Diejenigen, die während des Spielens tranken, suchten das Kasino im Vergleich zu den anderen Probanden regelmässiger auf. Sie hielten sich im Schnitt länger am Ort auf und spielten entsprechend ausgiebiger. Die Einsätze der trinkenden Gruppe lagen über denjenigen der nüchternen Spieler. Zudem hob die erste Gruppe während der Kasinobesuche signifikant häufiger Geld ab und verlor in der Regel auch mehr, als sie sich leisten konnte. Die Ergebnisse gelten nur für Männer.

Abschliessend sei erwähnt, dass Ursache-Wirkungszusammenhänge zwischen Problemtrinken und Problemspielen noch nicht gänzlich erforscht sind. Die Forschungsliteratur zeigt lediglich, dass diese Bedingungen oft gemeinsam auftreten.

5.2.4.2 Delinquenz

In zwei Längsschnittstudien konnten Barnes, Welte, Hoffman & Dintcheff (1999) nachweisen, dass die verschiedenen Arten der Delinquenz hoch mit der Spielfrequenz korrelieren.

Blaszczynski und McConaughy (1994) fanden, dass Spieler ein erheblich höheres Risiko besitzen, kriminelle Handlungen zu begehen, aggressives Verhalten zu zeigen und eine antisoziale Persönlichkeitsstörung zu entwickeln.

5.2.5 Soziodemographische Aspekte

Im Folgenden werden die soziodemographischen Variablen Einkommen, Bildung, Alter und Geschlecht genauer betrachtet.

5.2.5.1 Einkommen

Eine kürzlich erschienene Studie von Künzi et al. (2004) zeigt, dass sich Häufigspieler in fast allen Einkommenskategorien finden lassen. Dennoch lassen sich gewisse Unterschiede im Vergleich zur Gesamtbevölkerung finden. In den unteren Einkommenskategorien sind die wöchentlichen Glücksspieler tendenziell leicht übervertreten. In der zweitobersten Einkommenskategorie (sFr. 6'000-8'999 mtl.) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung finden sich demgegenüber in der obersten Einkommenskategorie (sFr. 9'000 und mehr) klar weniger Häufigspieler.

5.2.5.2 Bildung

Häufigspieler im Bereich Lotterien/Wetten oder auch Automaten/Kasino finden sich über alle Bildungsschichten hinweg. Statistisch sind jedoch Personen mit einem im Vergleich eher

tiefere Bildungsniveau (keine Ausbildung, obligatorische Schule) etwas häufiger anzutreffen als in der Gesamtbevölkerung (25-27% gegenüber 20%). Personen mit höherer Bildung (höhere Berufsausbildung, Hochschule) sind demgegenüber weniger vertreten (12% gegenüber 17%) (Künzi et al. 2004). Auch nach Albers (1997) nimmt die Wahrscheinlichkeit, an Geldspielautomaten zu spielen, mit steigender Schulbildung ab. Weiter sind Arbeitslose überrepräsentiert. Die überproportional häufige Teilnahme von Arbeitslosen, Angehörigen der Arbeiterschicht und Personen mit einfacher Schulbildung am Automatenenspiel erklärt Brandt (1996) mit der Ersatzfunktion, die das Spiel an Geldspielautomaten einnimmt. Das Automatenenspiel hat aufgrund seiner Spielstruktur die symbolische Funktion des sozialen Aufstiegs für unterprivilegierte Schichten, insbesondere Arbeitslose.

Ein tiefer sozioökonomischer Status, kleinere Einkommen und Arbeitslosigkeit korrelieren signifikant mit pathologischer Spielsucht (Wynne, 1994, Dickerson, 1989). Personen mit tieferem sozioökonomischem Status weisen häufiger pathologische Symptome auf als Personen mit höherem sozioökonomischem Status, die genauso häufig spielen. Leute mit höherem sozioökonomischem Status verfügen über ein höheres Einkommen und können so hohe Spielverluste besser puffern.

5.2.5.3 Alter

Grundsätzlich findet man Häufigspieler in allen Altersklassen. Im Bereich Lotterien/Wetten sind laut einer Befragung des Bundesamtes für Justiz (Lotteriestatistik der Jahre 1998 bis 2003 und Geschäftsbericht der ESBK, Eidgenössische Spielbankenkommission für die Jahre 2002 und 2003) wöchentlich spielenden Personen im Alter über 45 Jahren stärker vertreten als die Jüngeren (58% gegenüber 42%). Vergleichbare Resultate ergeben sich aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Hier fallen die Untervertretung der jüngeren Personen und die Übervertretung der älteren Personen noch deutlicher aus. Über die Hälfte der wöchentlich an Lotterien und Wetten Teilnehmenden ist mindestens 50 Jahre alt. Im Bereich Automaten und Kasino sind jüngere Personen stärker vertreten: Rund 40% der Häufigspieler sind unter 35 Jahren, 61% unter 50 Jahren. Automatenspieler in deutschen Spielhallen sind hauptsächlich junge Menschen im Alter zwischen 18 und 30 Jahren. Auffallend ist aber auch, dass es im

Automaten- und Kasinobereich mit rund 22 Prozent einen relativ hohen Anteil an wöchentlich spielenden Rentnern gibt.

5.2.5.4 Geschlecht

Das Geschlecht erwies sich in zahlreichen Untersuchungen als zuverlässiger Prädiktor für die Teilnahme an Glücksspielen. Eine Telefonuntersuchung, die von der National Gambling Impact Study Commission (Norc, 1999) durchgeführt wurde, berichtet über deutlich höhere Prävalenzraten für Glücksspielsucht unter Männern. Frauen und Männer hegen unterschiedliche Motivationen gegenüber dem Spielen und geben dem Spielen unterschiedliche Bedeutung. Frauen suchen das Kasino häufig als Begleiterinnen auf. Sie machen lediglich 20% der Spielenden aus. Glücksspiele galten als Domäne des Mannes, da sie eher mit der männlichen Geschlechtsrolle vereinbar scheinen (Smith & Abt, 1984) mit den Eigenschaften wie Risikoverhalten und Machtstreben. Empirische Überprüfungen dieser These fielen jedoch wenig überzeugend aus, nicht zuletzt, weil sich traditionelle Unterschiede zwischen den Geschlechtsrollen in den letzten Jahren ständig verringert haben. Unter den Pferdewetten auf der Rennbahn sind rund zwei Drittel männlichen Geschlechts. Das Klientel der Buchmacher besteht zu 80% aus Männern. Auch Lotto wird in stärkerem Masse von Männern gespielt. Laut einer Befragung des Bundesamtes für Justiz (BJ) sind von den wöchentlichen Lotterien- oder Wettspielern in der Schweiz insgesamt 59% Männer und 41% Frauen.

Geschlechtsunterschiede wurden in der Spielsuchtforschung bezüglich verschiedener Faktoren untersucht. Männer weisen eine stärkere Involviertheit beim Spielen auf (Chantal, Valerand & Vallieres, 1982). Verstärkt wird das Spielverhalten der Männer durch eine illusionäre Kontrolle über das Spielergebnis (Hong & Chiu, 1984). Männer weisen höhere Werte im Sensation Seeking auf als Frauen (Arnett, 1994), und sie weisen ein deutlich höheres Risiko bei Einsatzentscheidungen auf. Bezüglich der Zuversicht in die Wettentscheidung erwiesen sich Männer als selbstsicherer als Frauen. Frauen offenbarten eine grössere Homogenität in ihren Wetteinsätzen (Bruce & Johnson, 1994).

Viele internationale Studien, die in den letzten 15 Jahren durchgeführt worden sind, weisen ähnliche ethnische-, Geschlechts- und Altersmuster auf: Pathologisch Spielende sind eher männlich, jung und gehören einer Minderheit an. Für die USA konnten Welte, Barnes,

Wieczorek, Tidwell & Parker (2001) aufzeigen, dass Glücksspielsucht bei Angehörigen von Minderheiten häufiger vorkommt als innerhalb der weissen Bevölkerung.

6. Untersuchungsanlage

Die vorliegende Untersuchung basiert auf qualitativen Methoden der Datenerhebung. Problemfokussierte Interviews wurden mit verschiedenen Fokusgruppen durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Leitfäden entwickelt (siehe Anhang A).

6.1 Projektablauf

Die Rekrutierung der Stichprobe sowie die Zusammenstellung der verschiedenen Leitfadeninterviews erfolgte von Januar bis März 2004. Die Interviewphase lief von April bis Juni 2004. Im Juli und September 2004 wurden die Interviews zusammengefasst und ausgewertet. Während den Monaten Oktober und November 2004 wurde das Screeninginstrument (ID-PS) erstellt und ein möglicher Früherkennungsablauf für die Kasinos erarbeitet. Während der Monate Dezember 2004 bis Januar 2005 erfolgte die Berichterstellung.

6.2 Durchführung von Einzelinterview mit verschiedenen Fokusgruppen

Ursprünglich war geplant, mit dem Kasinopersonal Gruppendiskussionen durchzuführen. Gruppendiskussionen eignen sich in der Regel hervorragend für die Bildung erster Hypothesen und für die Gestaltung spezieller Erhebungsinstrumente. Die Gruppendiskussion ist ein diskursiver Austausch von Kommunikationsinhalten wie z.B. Meinungen, Einstellungen, Berichte über Verhaltensweisen und Argumente. Gruppendiskussionen erfassen ein breites Meinungsspektrum und provozieren oftmals spontane Reaktionen. Teilnehmer lenken gegenseitig ihre Aufmerksamkeit auf bisher vernachlässigte Themen und Aspekte. Ziel dieser Befragungstechnik ist es, die Variationsbreite und Überzeugungsstärke einzelner Meinungen und Einstellungen zu einem Befragungsthema zu erkunden. Gruppendiskussionen erlauben Einsichten in Struktur und Prozesse individueller und kollektiver Stellungnahmen. Gruppendiskussionen bergen aber einige nicht zu vernachlässigende Nachteile, die es im

Zusammenhang mit unserem Forschungsgegenstand genau zu betrachten galt. Gerade aufgrund der hierarchischen Unterschiede im Anstellungsgrad der Probanden (Saalchef vs. Croupier/Kasinoassistent) wäre es vermutlich zu einem hohen Anteil an Schweiger bei den tiefer gestellten Kasinomitarbeitern (Kasinoassistent/Croupiers) gekommen. Insbesondere Kasinoassistenten und Croupiers, die in ihrem Arbeitsalltag am nächsten beim Gast sind, wären womöglich in ihren Antworten zurückhaltend gewesen. Die Anpassungsmechanismen, welche die individuelle Meinungsäußerung behindern, können sich nachteilig auswirken. Die Variabilität der Aussagen wird eingeschränkt. In Gruppendiskussionen bilden sich Meinungsführer heraus, was zu einer „Monopolisierung“ der Diskussion durch so genannte Vielredner führen kann. Meinungen von eher schüchternen Menschen können somit nicht erfasst werden. Meinungspolarisierungen schränken die Vielfalt möglicher Äusserungen ein. Gruppendiskussionen lassen die Verteilungen der individuellen Meinungen nicht zu, sondern sie bilden Effekte von Gruppenprozessen auf die individuelle Meinungsbildung ab. Die Befragten werden durch die quasi öffentliche Atmosphäre daran gehindert, „private“ Meinungen und Erfahrungen zu äussern.

Aufgrund der hier genannten Nachteile von Gruppendiskussionen und aus organisatorischen Gründen (Schichtbetrieb in Kasinos) haben wir uns schliesslich für die Durchführung von Einzelinterviews entschieden.

6.2.1 Problemzentriertes Interview

Die Probanden wurden in problemzentrierten Interviews befragt. Das von Wirzel (1985) vorgeschlagene problemzentrierte Interview hat vor allem in der Psychologie häufige Anwendung erfahren. Mit einem Leitfaden, der aus Fragen und Erzählanreizen besteht, werden Probanden im Hinblick auf ein bestimmtes Thema befragt. Dieses Interview ist durch drei zentrale Kriterien gekennzeichnet:

- Problemorientierung
- Gegenstandsorientierung, d.h., dass die Methoden am Gegenstand orientiert, entwickelt bzw. modifiziert werden sollen
- Prozessorientierung

Wirzels Forschungskonzept umfasst einen vorgeschalteten Kurzfragebogen (mit demographischen Fragen), den Leitfaden, die Tonbandaufzeichnung und das Interviewprotokoll. Der Leitfaden soll zwar dazu beitragen, den „vom Befragten selbst entwickelten Erzählstrang“ zum Tragen kommen zu lassen. Er ist jedoch vor allem Grundlage dafür, bei stockendem Gespräch bzw. bei unergiebigem Thematik, dem Interview eine neue Wendung geben zu können. Der Interviewer kann anhand des Leitfadens entscheiden, wann er zur Ausdifferenzierung der Thematik sein problemzentriertes Interesse in Form von Fragen einbringen soll.

Als zentrale Kommunikationsstrategien im problemzentrierten Interview gelten der Gesprächseinstieg, allgemeine sowie spezifische Sondierungen und Ad-hoc-Fragen. Allgemeine Sondierungen bestehen aus Nachfragen wie „Könnten Sie mir dies noch detaillierter schildern?“. Spezifische Sondierungen sollen das Verständnis des Interviewers vertiefen durch Zurückspiegelung des Gesagten (Zusammenfassungen, Rückmeldungen, Interpretationen seitens des Interviewers), Verständnisfragen und Konfrontationen des Befragten mit Widersprüchen und Ungereimtheiten seiner Ausführungen. Wichtig dabei ist, dass der Interviewer sein inhaltliches Interesse verdeutlicht und eine gute Gesprächsatmosphäre aufrechterhalten kann. Die Haltung des Interviewers sollte möglichst neutral sein, d.h. die informationssuchende Funktion des Interviews wird betont. Der neutrale Interviewer sieht im Befragten einen gleichwertigen Partner. Der Interviewer bittet freundlich, aber distanziert, unter Verweis auf das allgemeine wissenschaftliche Anliegen der Untersuchung um die Mitarbeit des Befragten, der in seiner Rolle als Informationsträger während des Gespräches unabhängig von seinen Antworten und ohne Vorbehalte voll akzeptiert wird.

Theoretischer Hintergrund der Methode ist wiederum die Auseinandersetzung mit subjektiven Sichtweisen. Die Methode ist hinsichtlich des Auswertungsverfahrens nicht festgelegt, es werden jedoch vor allem kodierte Verfahren, insbesondere die qualitative Inhaltsanalyse, verwendet.

Mit der zunehmenden Anzahl der Interviews wurden Hypothesen gebildet, wobei versucht wurde, diese in den nachfolgenden Interviews jeweils zu konkretisieren und verifizieren resp. falsifizieren.

6.3 Auswertungsvorgehen bei problemfokussierten Interviews

Im Folgenden wird die Auswertung der Leitfadeninterviews Schritt für Schritt beschrieben. Es wird eine Auswertungsstrategie vorgestellt, die sich im Rahmen von Forschungsansätzen bewährt hat, einen offenen Charakter des theoretischen Vorverständnisses postuliert, jedoch nicht auf explizite Vorannahmen und den Bezug auf Theorietraditionen verzichtet. Leitprinzip dieser Auswertungsstrategie ist der Austausch zwischen Material und theoretischem Vorverständnis. Mit Material sind die zusammengefassten Interviews gemeint. Die Auswertungsstrategie lässt sich in fünf Schritten beschreiben:

1. Materialorientierte Bildung von Auswertungskategorien

Die Bestimmung von Auswertungskategorien begann mit dem intensiven Lesen des Materials. In einem ersten Schritt wurden die angesprochenen Themen und einzelnen Aspekte notiert, die im Zusammenhang mit der Fragestellung standen. Zu einer Textpassage konnten auch mehrere Themen bzw. Aspekte notiert werden. Ziel war nicht, in allen Interviewtexten die gleichen Themen zu finden. Die Interviews sollten bei diesem ersten Zugang noch nicht vergleichend betrachtet werden. Es erwies sich jedoch als nützlich für die weiteren Auswertungsschritte, die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Interviews ebenfalls zu notieren. Wichtig war, das Material beim Lesen und Notieren nicht auf die eigenen theoretischen Vorannahmen zuzuschneiden, indem die Auswertung darauf reduziert wurde, nur nach Textstellen zu suchen, die sich als Beleg für die Vorannahmen eigneten. Auf der Grundlage der gefundenen Themen und Aspekte wurden die Auswertungskategorien formuliert.

2. Zusammenstellen der Auswertungskategorien zu einem Codierleitfaden

Die Auswertungskategorien wurden zu einem Auswertungs- und Codierleitfaden zusammengestellt. Dieser enthielt ausführliche Beschreibungen zu den einzelnen Kategorien. Dabei wurden zu jeder Kategorie verschiedene Ausprägungen formuliert (siehe Anhang C). Mit Hilfe dieses Codierleitfadens wurde das erhobene Material kodiert. Kodieren bedeutete entsprechende Textpassagen eines Interviews einer Kategorie zuzuordnen, und zwar zu der jeweils am besten passendsten Ausprägung. Die Brauchbarkeit der Auswertungskategorien

wurde zunächst an einigen Interviews erprobt und bewertet. Die Kategorien und ihre Ausprägungen wurden während dieses Prozesses ausdifferenziert, trennschärfer formuliert oder auch aus dem Codierleitfaden wieder herausgenommen. Die Qualität der Kodierung hängt wesentlich von der Definition der Kategorien ab, d.h. nur wenn die intendierten Konstrukte genau definiert und gegebenenfalls durch Ankerbeispiele verdeutlicht sind, kann der Kodierer das Ausgangsmaterial präzise verarbeiten.

3. Codierung des Materials

Anhand des Kategorienschemas konnte jedes Einzelinterview kompakt beschrieben werden. Unter Verwendung des Codierleitfadens wurde jedes einzelne Interview eingeschätzt und klassifiziert, indem eine Zuordnung des Materials zu den Auswertungskategorien vorgenommen wurde. Jedes einzelne Interview wurde anhand der Kategorien des Codierleitfadens verschlüsselt. Die vorher gebildeten Auswertungskategorien wurden auf das Material angewendet. Um die Fälle im Hinblick auf dominante Tendenzen vergleichen zu können, wurde in diesem Auswertungsschritt die Informationsfülle reduziert.

Zunächst wurden aus den einzelnen Interviews Passagen herausgesucht, die sich einer Auswertungskategorie zuordnen liessen. Dann wurde für alle diese Textstellen zusammen eine Ausprägung vergeben. Passten mehrere Ausprägungen, wurde diejenige gewählt, die dominant war oder es wurde der Mittelwert gebildet. Für diesen Zuordnungsprozess war es wichtig, dass die Ausprägungen trennscharf formuliert waren, sich also nicht überschneiden. Wie im Codierleitfaden vorgegeben, wurden alle Kategorien nacheinander auf jeweils ein Interview angewendet. Die Kodierung unter einer Kategorie sollte dabei möglichst unbeeinflusst von den Kodierungen unter anderen Kategorien erfolgen. Liess sich in einem Interview zu einer Kategorie kein oder zu wenig Material finden, wurde die Ausprägung „nicht klassifiziert“ vergeben.

4. Quantifizierende Materialübersichten

Anschliessend folgte die quantifizierende Zusammenstellung der Ergebnisse der Kodierung. Technisch gesprochen handelt es sich um übersichtliche Darstellungen in Tabellenform. Eine solche Materialübersicht besteht aus Häufigkeitsangaben zu bestimmten einzelnen

Auswertungskategorien. Diese Häufigkeitsangaben gaben einen ersten Überblick über die Verteilungen der Kategorien. Sie waren allein noch nicht das Ergebnis, sondern lieferten nur Informationen zur Datenbasis. Aus der Materialübersicht konnten einzelne Auswertungskategorien ausgewählt und in Form von Kreuztabellen aufeinander bezogen werden. Quantifizierende Materialübersichten dienen vor allem der Vorbereitung der weiteren Analyse. Sie verweisen auf mögliche Zusammenhänge.

5. Vertiefende Fallinterpretationen

Die vertiefenden Fallinterpretationen bildeten den letzten Auswertungsschritt. Es ging darum, Hypothesen zu finden, Hypothesen im Einzelfall zu überprüfen und zu neuen theoretischen Überlegungen zusammenzuführen.

7 Beschreibung der Stichproben

Im Folgenden wird die Methode unserer Untersuchung näher beschrieben.

7.1 Stichprobe

Wir befragten drei verschiedene Gruppen mit Hilfe eines Leitfadens: Kasinopersonal, Problemspieler resp. ehemals problematische Spieler sowie Gäste, welche das Kasino regelmässig besuchen (Stammgäste). Stammgäste wurden zwecks Kontrastgruppenvergleichs befragt. Dieser Kontrastgruppenvergleich diente uns zur Generierung von Hypothesen bezüglich der Frage, worin sich die beiden Gruppen, Stammgäste und Problemspieler, hinsichtlich der beobachtbaren Merkmale unterscheiden.

Die Phase der Datenerhebung fand während des Zeitraums von April bis Juni 2004 statt. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Anzahl geführter Interviews mit den verschiedenen Fokusgruppen.

Gruppe	Anzahl Interviews
Kasinopersonal	23
Problemspieler, ehemals Problemspieler	28
Stammgäste	7
Total	58

Tabelle 4: Übersicht über die interviewten Gruppen

7.1.1 Stichprobe Kasinopersonal

Das Kasinopersonal diente als so genannte Expertengruppe. Meuser und Nagel (1991) definieren Experten als Personen, die in irgendeiner Weise Verantwortung tragen für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung. Sie wurden über die

drei Grand Casinos Baden, Bern und Luzern rekrutiert. Es wurde darauf geachtet, dass sowohl Kasinomitarbeiter aus dem Slot-Bereich (Automatencasino) wie aus dem Grand Jeu-Bereich (Tischspielbereich) befragt werden konnten. Dabei interessierte die Frage, ob es Hinweise auf verschiedene Spielertypen gibt. Dies würde bedeuten, dass sich die Glücksspielsuchtproblematik bei der einen Gruppe unterschiedlich manifestiert als bei der anderen.

Weiter wurde darauf Wert gelegt, dass Personen in unterschiedlichen Funktionen und Positionen befragt wurden:

- 7 Kasinoassistenten und 5 Croupiers
- 7 Shift Manager/Tischchef/Pit Boss oder Saalchef
- 3 Personen aus der Sicherheit und Technik sowie
- 1 Sozialkonzeptverantwortlicher

Die Probanden wurden zudem gebeten, die Anzahl Jahre ihrer Kasinoerfahrung anzugeben. Es wurden folgende drei Kategorien gebildet:

- Novize: bis zu zwei Jahren Kasinoerfahrung
- bis zu fünf Jahren Kasinoerfahrung
- Experte: mehr als fünf Jahre Kasinoerfahrung

6 Personen wurden der Kategorie „Novize“ zugeordnet, 6 weitere Versuchspersonen wiesen eine mittlere Erfahrung auf und 11 Personen gehörten zur Expertengruppe. Befragt wurden 13 Männer und 10 Frauen. Das Kasinopersonal wurde in den Pausenräumen des Casinos befragt. Die Dauer der Interviews variierte je nach Antwortverhalten zwischen 30 und 75 Minuten mit einer durchschnittlichen Dauer von 40 Minuten.

7.1.2 Stichprobe Problemspieler

Für die Rekrutierung der Problemspielergruppe wurden Schweizerische Beratungsstellen angefragt, die einen Themenschwerpunkt in Glücksspielsucht vorweisen (Z.B. Beratung von Glücksspielsüchtigen und deren Angehörige und/oder Begleitung von Spielerselbsthilfegruppen). Folgende Beratungsstellen waren bereit und erfolgreich, ihre Klienten für die Teilnahme am Projekt zu gewinnen:

- Sozialberatungszentrum (SoBz) Amt Luzern
- Perspektive Fachstelle Mittelthurgau, Kreuzlingen
- Basellandschaftliche Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme, Münchenstein
- Stiftung Suchthilfe, St. Gallen
- Berner Gesundheit, Bern

Ob es sich bei den Teilnehmern klinisch gesehen tatsächlich um pathologische Spieler laut den DSM-IV Kriterien handelte, wurde nicht geprüft. Es wurde davon ausgegangen, dass die rekrutierte Spielergruppe subjektiv eine hohe Belastung angesichts ihres Spielverhaltens empfand und deshalb Hilfe aufgesucht hat. Alle Befragten gaben an, spielsüchtig (gewesen) zu sein. Als weitere Rekrutierungsmöglichkeit wurden ambulante sowie stationäre Einrichtungen für Spielsüchtige angefragt. Das Inselspital Bern nahm an der Studie nicht teil. Die Psychiatrische Universitätsklinik in Zürich vermittelte Personen aus der stationären Glücksspielbehandlungsgruppe. Weiter wurden Personen befragt, die eine Spielsperre in einem der drei am Forschungsprojekt beteiligten Kasinos beantragt hatten. Einen Überblick über die Rekrutierung der Problemspielerstichprobe gibt Tabelle 5.

Wo immer es möglich war, wurden „Face to Face“-Interviews durchgeführt. Wünsche der Befragte mehr Anonymität, wurde auf Telefoninterviews ausgewichen; in zwei Fällen wurden Fragebögen abgegeben.

Gruppe	Anzahl Interviews	Art der Befragung
<i>Problemspieler resp. ehemals Problemspieler, welche über Beratungsstellen rekrutiert wurden</i>		
Beratungsstelle in Kreuzlingen	6	Persönliche Interviews
Beratungsstelle in St. Gallen	4	Persönliche Interviews
SpielerSelbsthilfegruppe Bern	5	Persönliche Interviews
Beratungsstelle in Münchenstein	2	Fragebogen
Berner Gesundheit, Bern	2	Telefoninterviews
SoBz Amt Luzern	4	Gemischt: Persönliche Interviews und Telefoninterviews
<i>Spieler, welche eine Spielsperre beantragt haben</i>		
Grand Casino Bern	1	Persönliches Interview
Grand Casino Baden	3	Telefoninterview
<i>Spieler, die über stationäre Einrichtungen rekrutiert wurden</i>		
PUK Zürich	1	Telefoninterview
Total	28	

Tabelle 5: Überblick über die Rekrutierung der Problemspielergruppe

Insgesamt wurden 23 Männer und 5 Frauen befragt. 21 der Probanden bezeichnen sich als Automatenspieler, 6 als Tisch- und Automatenspieler und eine Person bezeichnete sich selbst als reinen Tischspieler. Das Alter der Befragten variierte zwischen 27 und 50 Jahren. Das durchschnittliche Alter betrug 38.06 Jahre.

7.1.3 Stichprobe Stammgäste

Die Sozialkonzeptverantwortlichen der drei Grand Casinos fragten ihre Stammgäste (Kunden mit Gästekarten), ob sie Interesse hätten, an einer Studie zur Optimierung der Gästebetreuung

mitzumachen. Als Dank wurde den Stammgästen ein Getränk offeriert. Insgesamt konnten mit 7 Stammgästen Telefoninterviews durchgeführt werden. Zur Absicherung, dass die interviewten Probanden tatsächlich kein problematisches Spielverhalten aufwiesen, wurden sie im Anschluss mit Hilfe der DSM-IV Kriterien auf das Vorliegen einer pathologischen Glücksspielsucht hin geprüft. Alle Probanden wiesen ein unauffälliges Spielverhalten auf und konnten als unproblematische Spieler bezeichnet werden. Vier der Stammgäste spielten ausschliesslich an Automaten, zwei bezeichneten sich sowohl als Automaten- als auch als Tischspieler und eine Person spielte ausschliesslich an Tischen. Sechs der sieben befragten Stammgäste waren Männer.

8 Ergebnisse der qualitativen Befragung

Die Kodierungen wurden ausgezählt und Häufigkeitstabellen gebildet. Diese geben Hinweise in Bezug auf die Gewichtung der Kategorien. Anschliessend wurden Chi-Quadrat Tests durchgeführt. Dieser Test analysiert, ob Häufigkeitsunterschiede bestimmter Merkmale bzw. Merkmalkombinationen auftreten. Ausgehend von einer Nullhypothese, überprüft der Test, ob die Antwortkategorien gleich häufig verteilt sind. Er testet somit, ob die erwarteten von den beobachteten Häufigkeiten abweichen. Auch wenn bei verschiedenen Ausprägungen – zumeist aufgrund der geringen Fallzahlen – der Unterschied statistisch nicht signifikant ist, so ist doch oft eine gewisse Tendenz erkennbar, was in der Interpretation der Auswertung berücksichtigt werden kann.

8.1 Auszählen der Kategorien und Kontrastgruppenvergleich

Die Auszählungen der Kategorien sollte vorsichtig interpretiert werden, da sie auf qualitativem Datenmaterial basiert. Die Stichprobengrösse, insbesondere bei der Gruppe der Stammgäste, ist sehr klein. Die Ergebnisse der Auszählung sollten lediglich als eine Tendenz aufgefasst werden.

Die Unterkapitel sind wie folgt gegliedert: Zu Beginn werden die Kategorien nochmals kurz umschrieben. Danach folgt der Ergebnisteil und am Schluss wird eine abschliessende qualitative Beurteilung bezüglich der Prädiktionsstärke der Kategorie abgegeben.

8.1.1 Besuchsfrequenz

Beschreibung: Aufgrund der Nennungen der 58 interviewten Probanden wurde eine Likertskala gebildet, die die Spannbreite aller genannten Antworthäufigkeiten umfasst. Die Besuchsfrequenz umfasst folgende Abstufungen: 1-2 Mal pro Monat, 3-4 Mal pro Monat, 2-3 Mal pro Woche, 4-5 Mal pro Woche, 6 Mal pro Woche.

31.3% der Problemspieler geben an, 2-3 Mal pro Woche ins Kasino zu gehen, gefolgt von der Kategorie 4-5 Mal pro Woche mit 25%. 21.4% gehen 6 Mal pro Woche bis täglich ins Kasino. 34.8% des Kasinopersonals schätzt die Besuchsfrequenz eines typischen Problemspielers auf 4-5 Mal pro Woche ein, gefolgt von der Kategorie 6 Mal pro Woche bis täglich.

43% der Stammgäste gehen 2-3 Mal pro Woche ins Kasino. Weitere 43% fallen in die Kategorie 3-4 Mal pro Monat. Die restlichen 14% gehen 1-2 Mal pro Monat ins Kasino.

Dass Stammgäste weniger oft ins Kasino gehen als Problemspieler zeichnet sich als deutliche Tendenz ab.

Beurteilung: Die Besuchsfrequenz scheint ein guter Prädiktor für die Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.2 Besuchsdauer

Beschreibung: Die Besuchsdauer bezieht sich auf die Dauer des Kasinoaufenthalts des betreffenden Gastes in Stunden. Aufgrund der Aussagen wurden die folgenden Abstufungen vorgenommen: 0-2 Std., 3-5 Std., 6-8 Std., über 8 Std.

Die Gruppe des Kasinopersonals nahm eine Einschätzung der durchschnittlichen Anzahl Stunden vor, die ein typischer Problemspieler ihrer Ansicht nach im Kasino verbringt.

Sowohl das Kasinopersonal wie auch die Problemspieler nennen die Kategorie 6-8 Stunden am häufigsten (Problemspielergruppe: 42.9%, Kasinopersonal: 30.4%). Die am zweithäufigsten genannte Kategorie unter den Spielern ist 3-5 Stunden (28.6%), gefolgt von der Kategorie über 8 Stunden in 14.3% der Fälle. Das Kasinopersonal nennt die Kategorie über 8 Stunden in 17.4% der Fälle.

Stammgäste geben eine geringere Besuchsdauer an. Die am häufigsten genannte Kategorie ist bei ihnen 3-5 Stunden (in 71.4% der Fälle), gefolgt von der Kategorie 0-2 Stunden (in 28.6% der Fälle).

Es zeichnet sich eine deutliche Tendenz ab, dass sich Stammgäste und Problemspieler in der Besuchsdauer unterscheiden. Problemspieler verbringen mehr Zeit im Kasino als Stammgäste.

Beurteilung: Die Besuchsdauer scheint ein guter Prädiktor für die Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.3 Ungepflegtes Äusseres

Beschreibung: Die Kategorie umschreibt die zunehmende Verwahrlosungstendenz. Auf die Hygiene und ein gepflegtes Äusseres wird kaum mehr geachtet. Der Gast hat z.B. fettige Haare, schmutzige Kleider, trägt immer dieselben Kleider, hat starken Körpergeruch, ungepflegte Fingernägel, schmutzige Schuhe etc.

Alle befragten Kasinomitglieder geben an, dass Problemspieler ihr Äusseres vernachlässigen. Diese Kategorie wurde vom Kasinopersonal relativ bald zur erwähnt und scheint ein augenfälliges Merkmal zu sein. Die Hälfte der befragten Problemspieler geben an, dass sie keinen Wert mehr auf ihr Äusseres gelegt haben. Von den Stammgästen erhalten wir keine Aussagen über diese Kategorie.

Beurteilung: Da der Kontrastgruppenvergleich fehlt, kann diese Kategorie nicht abschliessend beurteilt werden.

8.1.4 Geldautomatenbezug

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt den Geldbezug am Geldautomaten. Die Kategorie gilt als zutreffend, wenn ein Gast pro Kasinobesuch mindestens zweimal Geld beim Automaten bezieht.

81% der Problemspieler geben an, bei ihren Kasinobesuchen wiederholt Geld am Automaten bezogen zu haben. Knapp 34% des Kasinopersonals ist nicht in der Lage dieses Verhalten zu beurteilen, da manche nicht in der Lage sind, dies zu beobachten. Die übrigen 65% der Kasinoangestellten bestätigen dieses Verhalten.

Die Kontrastgruppe, d.h. die Stammgäste geben alle an, dass sie nie Geld am Automaten beziehen, um weiterzuspielen. Sie nehmen ihr Spielgeld jeweils in bar mit, im Sinne eines festgelegten Spielbudgets. Sei dies aufgebraucht, würden sie mit Spielen aufhören.

Beurteilung: Der Geldautomatenbezug scheint ein guter Prädiktor für die Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.5 Geldbeschaffung

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt die verschiedenen Arten und Möglichkeiten, wie ein Spieler während seines Kasinobesuches an Geld kommt. Dazu gehören Formen, wie Geldausleihen bei anderen Gästen, Verkauf von Wertgegenständen, Absuchen der Spielautomaten nach Geld etc.

Die Problemspieler geben in über 55% der Fälle an, dass sie gewisse Formen der aufgeführten Geldbeschaffungsstrategien praktizieren. 44.4% der befragten Problemspieler verneinen ein solches Verhalten. 10 der 28 Spieler geben dazu keine Statements ab.

Von denjenigen Kasinoangestellten, die diese Kategorie beurteilen konnten, geben 87.5% an, dass sie solches Verhalten bei Problemspielern beobachten können. 12.5% verneinen dies. Der Anteil Missings in dieser Kategorie unter dem Kasinopersonal beläuft sich auf 26%.

100% der befragten Stammgäste verneinen, ein solches Verhalten an den Tag zu legen.

Das Antwortverhalten richtet sich teilweise auch nach der sozialen Erwünschtheit. Es kann sein, dass einige Problemspieler nur ungern zugeben, sich Geld auf oben angeführte Arten zu beschaffen. Die Beschaffung von Geld scheint beim Problemspieler ein sehr zentrales Element zu sein.

Beurteilung: Die Geldbeschaffung scheint ein guter Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.6 Wiederholtes Wechseln von hohen Noten an der Kasse

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt das wiederholte Wechseln von grossen in kleinere Noten an der Kasse (1000er in kleinere Noten). Dies kann darauf hinweisen, dass Gäste ihre Gewinne gleich wieder investieren und hohe Geldsummen verspielen.

Sowohl in der Problemspieler- wie auch in der Kasinogruppe ergeben sich zu dieser Kategorie viele Missings. Die Missings in der Spielergruppe betragen 67.9% (d.h. 19 von 28 Befragten machten keine Aussagen über diese Kategorie). Von den 9 Spielern, die sich bezüglich dieser Kategorie geäussert haben, geben 7 an, wiederholt grosse Noten an der Kasse gewechselt zu haben. 2 verneinen das wiederholte Wechseln von grossen Noten an der Kasse.

In der Gruppe des Kasinopersonals ergeben sich ähnlich viele Missings. Nur gerade 9 von 23 Befragten gaben Auskunft über diese Kategorie. Die meisten Kasinoangestellten stimmen darin überein (>77.8%), dass wiederholtes Wechseln von grossen Noten an der Kasse bezeichnend für problematisches Spielverhalten ist.

Das wiederholte Wechseln von grossen Noten an der Kasse wird unter den Stammgästen kaum praktiziert. Nur eine Person der 7 befragten Stammgäste gibt an, häufig grosse Noten an der Kasse zu wechseln.

Von der Tendenz her, scheint diese Kategorie die beiden Gruppen zu diskriminieren. Es sollte jedoch beachtet werden, dass hierzu sehr viele fehlende Werte vorliegen. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass diese Kategorie nicht sehr bedeutungsvoll ist in Bezug auf eine gute Diskriminationsfähigkeit der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nichtproblemspieler).

Beurteilung: Die vielen Missings lassen eine Beurteilung dieser Kategorie nicht zu.

8.1.7 Einsatzhöhe pro Spiel

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt die Einsatzhöhe pro Spiel. Beim Automaten Spiel ist es die Einsatzhöhe pro Tastendruck und bei den Tischspielen die Einsätze pro Spiel.

Das Kasinopersonal antwortete mehrheitlich, dass Problemspieler tendenziell hohe Einsätze tätigen. Auf die Nachfrage, in welchem Bereich sich die Einsätze ungefähr bewegen, konnten sie keine genaueren Angaben machen.

Bei der Spielergruppe bewegen sich die Einsätze zwischen 5 Rp. und 500 Sfr. Die Variation ist sehr hoch. Es dürfte schwierig sein in Bezug auf die Einsatzhöhe eine ungefähre Richtgrösse festzulegen, bei der man von problematischem Spielen sprechen kann. Dazu wäre verlässlicheres Datenmaterial nötig. Die Einsatzhöhe hängt vor allem von den finanziellen Verhältnissen (Einkommen/Vermögen) des Spielers und dessen Risikobereitschaft ab.

Auch bei den Stammgästen variieren die entsprechenden Angaben stark.

Beurteilung: Da die Einsätze individuell stark variieren, kann diese Kategorie nicht beurteilt werden.

8.1.8 Einsatzhöhe pro Besuch

Beschreibung: Mit Hilfe dieser Kategorie wollten wir in Erfahrung bringen, wie viel Geld ein Gast pro Kasinobesuch einsetzt. Aufgrund der Antworten wurden die folgenden Abstufungen gebildet: 0-300 Sfr, 301-501 Sfr, 500-1000 Sfr, 1001-2000 Sfr, über 2000 Sfr.

Problemspieler nennen die Kategorie 500-1000 Sfr (in 29% der Fälle) am häufigsten, dicht gefolgt von der Kategorie über 2000 Sfr. (in 25% der Fälle). 14.3% der Problemspieler setzen nach eigenen Angaben zwischen 0-300 Sfr. ein.

Die Mehrheit der Stammgäste (knapp 60%) setzt zwischen 0-300 Sfr. ein.

Stammgäste geben weniger Geld aus als Problemspieler.

Die Höhe der Einsätze pro Besuch weist auf eine ziemlich deutliche Unterscheidung zwischen den beiden Gruppen hin. Die Einsatzhöhe pro Besuch eines Gastes könnte mit Hilfe der computergesteuerten Automaten erfasst werden. Es lässt sich nachverfolgen, wie viel Geld ein Gast in den Automaten gesteckt hat. Mit Hilfe der Videoüberwachung könnte der Gast beobachtet und aufgezeichnet werden, an welchen Automaten er während seines Besuches gespielt hat. – Theoretisch ist die Einsatzhöhe pro Besuch erfassbar- die Nachverfolgung wäre allerdings sehr aufwendig.

Beurteilung: Die Einsatzhöhe pro Besuch scheint ein potentieller Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.9 Inkonsistenz im Einsatzverhalten

Beschreibung: Inkonsistenz im Einsatzverhalten heisst, dass ein Spieler nicht mit konstant gleich hohen Einsätzen spielt, sondern seine Einsatzhöhe variiert, je nachdem, ob er am Gewinnen oder am Verlieren ist.

Aussagen zu dieser Kategorie machten nur die Hälfte aller befragten Problemspieler. Wurde die Kategorie beantwortet, dann geben alle Befragten an, mit unterschiedlich hohen Einsätzen zu spielen, je nach Spielergebnis.

Auch das Kasinopersonal ist der Überzeugung, dass Problemspieler nicht mit konstanten Einsätzen spielen. Die Missings belaufen sich auf 26% in dieser Gruppe.

Bei den Stammgästen fällt das Bild in Bezug auf diese Kategorie nicht einheitlich aus. 60% geben an, dass sie tendenziell mit unterschiedlich hohen Einsätzen spielen, während 40% mit konstanten Einsätzen spielen.

Es ist schwierig, diese Kategorie ist zu beurteilen, weil man keine genauen Vorgaben in Bezug auf die Variationsbreite der Einsätze hat. Diese Variable sollte in einer weiterführenden Studie genauer unter die Lupe genommen werden.

Beurteilung: Da es sehr schwierig ist, diese Kategorie konkret zu erfassen und zu beobachten, wird auf eine Beurteilung bezüglich der Prädiktionsgüte verzichtet.

8.1.10 Kommt alleine

Beschreibung: Der Gast besucht das Kasino vorwiegend alleine. Kommt der Gast in mindestens 80% seiner Kasinobesuche alleine, gilt die Kategorie als erfüllt.

Problemspieler geben in 90% der Fälle an, dass sie das Kasino alleine besuchen.

Das Urteil des Kasinopersonals ist einstimmig. Alle Befragten geben an, dass Problemspieler ohne Begleitung kommen.

60% der Stammgäste geben an, dass sie das Kasino in Begleitung besuchen. 40% besuchen das Kasino alleine.

Beurteilung: Der alleinige Besuch des Kasinos scheint ein potentieller Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.11 Sozialer Rückzug

Beschreibung: Diese Kategorie bezeichnet ein sozial zurückgezogenes Verhalten. Der Gast vermeidet den Kontakt mit anderen Gästen oder dem Kasinopersonal bewusst. Der Gast lässt sich ungern auf eine Unterhaltung ein, verhält sich abweisend und möchte in Ruhe gelassen werden.

Die Mehrheit der Problemspieler (70%) stimmt dieser Beschreibung zu. 9 von 28 der befragten Problemspieler haben sich zu dieser Kategorie nicht geäußert.

Praktisch alle Kasinoangestellten bestätigen, dieses Verhalten bei Problemspielern beobachtet zu haben. Der prozentuale Anteil der Missings beträgt in dieser Gruppe 34.8%.

Bei der Stammgästegruppe wird keine Tendenz ersichtlich. Drei der sieben Befragten bezeichnen sich als Einzelgänger, während vier der Meinung sind, dass sie sich auch für soziale Kontakte interessieren.

Zu erwähnen ist, dass es schwierig fällt, diese Kategorie zu beobachten, weil diese Kategorie stark von subjektiven Interpretationen beeinflusst wird.

Beurteilung: Aufgrund der Einflüsse von subjektiven Interpretationen bei dieser Kategorie und der Uneindeutigkeit der Aussagen bei der Kontrastgruppe, fällt es schwer, ein klares Urteil über deren Prädiktionsgüte abzugeben.

8.1.12 Unfreundliches Verhalten gegenüber dem Kasinopersonal

Beschreibung: Diese Kategorie umschreibt unfreundliches Verhalten gegenüber dem Kasinopersonal. Das äussert sich bspw. darin, dass der Gast das Personal auf einmal zu duzen beginnt, sich bei Auszahlungen und Bestellungen sehr fordernd und ungeduldig gegenüber den Kasinoangestellten verhält, unfreundlich und forsch reagiert oder auszurufen beginnt.

Erstaunlicherweise geben 60% der Spieler zu, sich forsch und unfreundlich gegenüber dem Personal verhalten zu haben.

Mit einer Ausnahme gaben alle Kasinoangestellten an, dass Problemspieler durch unfreundliches Verhalten ihnen gegenüber auffallen.

Bei den Stammgästen gibt eine der sieben befragten Personen an, dass dieses Verhalten auf sie zutreffe.

Diese Kategorie ist wiederum abhängig von subjektiven Interpretationen sowie vom sozialen Kontext.

Beurteilung: Unfreundliches Verhalten gegenüber dem Kasinopersonal scheint ein potentieller Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.13 Ununterbrochenes Spielen

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt das pausenlose Spielen. Der Gast ist derart auf das Spiel fixiert, dass er kaum auf Reize der Aussenwelt reagiert. Er ist durch nichts vom Spielen abzulenken. Bei Betriebsschluss fällt es schwer, den Gast vom Spielen wegzubringen.

87.5% der Problemspielergruppe berichtet über derartige Verhaltensmuster. Alle befragten Kasinomitglieder beschreiben oben genannte Verhaltensweisen.

71.4% der Stammgäste können oben beschriebenes Verhalten an sich selbst nicht beobachten. Die Mehrheit von ihnen macht gerne eine Pause, plaudert mit anderen Gästen, beobachtet das Geschehen etc.

Beurteilung: Ununterbrochenes Spielen scheint ein guter Prädiktor für die Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.14 Verhalten gegenüber dem Automaten resp. am Tisch

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt das Verhalten des Gastes gegenüber dem Automaten resp. sein Spielverhalten an Tischspielen. Darunter fallen Verhaltensweisen wie auf den Automaten einschlagen, den Automaten streicheln, mit dem Automaten Gespräche führen, auf die Tasten schlagen, mit der Faust auf den Tisch schlagen etc.

65% der Problemspieler beschreiben in den Gesprächen oben aufgeführte Verhaltensweisen. 8 von 28 Problemspielern geben keine Äusserungen in Bezug auf diese Kategorie ab. 95% des Kasinopersonals beschreibt derartige Verhaltensweisen, die ihrer Meinung nach für Problemspieler sehr typisch seien.

Bei der Gruppe der Stammgäste fallen die viele Missings auf. Nur vier von sieben geben über diese Verhaltensweise Auskunft. Drei von vier Stammgästen verneinen, solches Verhalten zu zeigen.

Beurteilung: Verhalten gegenüber dem Automaten resp. Tisch scheint ein potentieller Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.15 Reaktionen bei Gewinn

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt die Reaktionen eines Gastes bei einem Gewinn. Der Gast zeigt keine Freude über Gewinne. Er ist Gewinnen gegenüber relativ indifferent.

In der Problemspielergruppe zeichnet sich kein eindeutiger Trend ab. 8 Spieler zeigen keine Freude bei Gewinnen, 7 Spieler geben an, sich über Gewinne zu freuen. Weiter sind viele Missings (46.4% aller Antwortenden) zu verzeichnen.

In der Gruppe der Kasinoangestellten sind alle der Meinung, dass Problemspieler keine Freude über Gewinne zeigen.

Fast 60% der Stammgäste geben an, dass sie bei Gewinn keine Freude zeigen würden. Die restlichen 40% freuen sich über Gewinne.

Beurteilung: Diese Kategorie enthält relativ viele Missing innerhalb der Problemspielergruppe. Bei dieser fällt das Resultat nicht eindeutig aus. Auch bei der Kontrastgruppe kann kein eindeutiger Trend festgestellt werden. Freude muss äusserlich nicht unbedingt sichtbar sein. Freude bei Gewinn ist nicht unbedingt geeignet zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nichtproblemspieler).

8.1.16 Chasing

Beschreibung: Diese Kategorie umschreibt eine Verhaltensweise, die in der Forschungsliteratur häufig als typisches Merkmal von Problemspielern beschrieben wird. Mit Chasing wird das Motiv bezeichnet, Spielverluste durch Weiterspielen ausgleichen zu wollen. Dies beobachtet man, wenn Spieler ihre Gewinne gleich wieder investieren, um ihre Verluste wettzumachen.

17 der 28 Problemspieler haben Aussagen über diese Kategorie gemacht. 16 der 17 Befragten sprechen über Spielverhaltensweisen, welche dem Chasing zugeordnet werden können.

Diejenigen Kasinomitglieder, die diese Kategorie beantwortet haben (17 von 23) bestätigen alle das Merkmal des Chasings bei Problemspielern.

86% der Stammgäste verneinen eine Spieltaktik wie das Chasing zu praktizieren.

Beurteilung: Chasing scheint ein guter Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.17 Risikospielen

Beschreibung: Diese Kategorie bezeichnet risikoreiche Spielstrategien wie z.B. den häufigen Gebrauch der Bet-Taste oder risikoreiches Spielen am Roulettetisch (z.B. das Setzen auf einzelne Zahlen).

Fast die Hälfte der befragten Problemspieler erwähnt diese Kategorie in ihren Beschreibungen nicht. Die Problemspieler, die sich in Bezug auf diese Kategorie geäußert haben, geben praktisch alle an, risikoreich zu spielen.

Insgesamt haben 8 Personen der Gruppe des Kasinopersonals diese Kategorie beantwortet. Alle 8 betrachten Risikospielen als sehr typisch für einen Gast, der ein Problem mit Spielen hat.

Alle Stammgäste betonen, dass sie beim Spielen kein allzu hohes Risiko eingehen.

Beurteilung: Risikospielen scheint ein guter Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.18 Gleichzeitiges Bespielen von mehreren Geräten

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt das gleichzeitige Bespielen von mehreren Automaten resp. das gleichzeitige Spielen an mehreren Tischen.

Die Beantwortung dieses Merkmals fällt in der Problemspielergruppe nicht ganz eindeutig aus. 58% der Problemspieler geben an, gleichzeitig an mehreren Automaten resp. Tische gespielt zu haben. 42% verneinen ein gleichzeitiges Bespielen von mehreren Geräten.

73.7% des Kasinopersonals findet, dass dieses Merkmal ein typisches Merkmal für problematisches Spielverhalten darstellt.

84% der Stammgäste spielen nicht gleichzeitig an mehreren Automaten.

Beurteilung: Das gleichzeitige Bespielen von mehreren Geräten scheint ein potentieller Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.19 Ununterbrochenes Füttern des Automaten mit (grossen) Noten

Beschreibung: Der Gast füttert den Automaten mit grossen Noten (100er oder 200er), oder er füttert den Automaten ununterbrochen mit Banknoten.

Bei der Spielergruppe liegen 78.6% Missings vor, bei der Gruppe der Kasinoangestellten gab es 91.3% Missings.

Bei den Stammgästen ergibt sich keine Tendenz in Bezug auf diese Kategorie. 50% bejahen, dieses Verhalten zu praktizieren, 50% verneinen es.

Beurteilung: Die Kategorie kann aufgrund der vielen Missings nicht abschliessend beurteilt werden.

8.1.20 Reservieren von Automaten

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt das Reservieren von Spielautomaten. Der Gast lässt den Automaten für den nächsten Tag reservieren. Verlässt er den Automaten für einen kurzen Moment, lässt er ihn reservieren.

In der Spielergruppe ergibt sich eine hohe Anzahl von Missings (67.9%). Äussern sich Problemspieler über diese Kategorie, dann bejahen 89% von ihnen diese Verhaltensweise.

Von den 23 befragten Kasinomitarbeitern machen bloss 4 Angaben über diese Kategorie. In dieser Gruppe liegen viele Missings vor. Wird die Kategorie jedoch beurteilt, so stimmt das Kasinopersonal einheitlich darin überein, dass für einen Problemspieler diese Verhaltensweise typisch ist.

Für die Gruppe der Stammgäste wird aufgrund der vielen Missings auf eine Aussage verzichtet.

Beurteilung: Aufgrund der vielen Missings wird auf die Beurteilung der Kategorie verzichtet. Die relativ hohe Anzahl fehlender Aussagen könnte daraufhin deuten, dass dieses Item irrelevant ist resp. keinen nennenswerten Beitrag zur Diskriminierung der beiden Gruppen leistet.

8.1.21 Mogeln

Beschreibung: Diese Kategorie beschreibt eine Verhaltensweise, die nur an Tischspielen, insbesondere am Roulette, zu beobachten ist. Der Gast tätigt die Einsätze absichtlich zu spät, oder er behauptet im Nachhinein auf eine andere Zahl (nämlich die Gewinnerzahl) gesetzt zu haben

Beurteilung: Diese Kategorie enthält zu viele fehlende Angaben, um valide Aussagen zu treffen.

8.1.22 Nervosität

Beschreibung: Diese Kategorie verweist auf Nervosität beim Spielen. Mögliche Verhaltensweisen, die auf Nervosität hinweisen können sind: zittrige Hände, Schweissbildung, psychomotorische Auffälligkeiten wie Augenflattern, Beine und Füße bewegen sich ständig hin und her, der Gast springt von Tisch zu Tisch resp. von Automaten zu Automaten, etc.

70% der Problemspieler berichten über oben aufgeführte Verhaltensweisen und nehmen sich somit mehrheitlich als nervös wahr.

Von den 19 Kasinomitarbeitern, die diese Kategorie beurteilt haben, sind sich alle einig und finden, dass sich der typische Problemspieler beim Spielen durch hohe Nervosität auszeichnet.

Im Gegensatz dazu geben alle befragten Stammgäste an, während des Spiels nicht nervös zu sein.

Beurteilung: Nervosität scheint ein guter Prädiktor zur Diskriminierung der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nicht-Problemspieler) zu sein.

8.1.23 Besondere Äusserungen des Gastes

Beschreibung: Unter „besonderen Äusserungen“ werden Aussagen verstanden, die auf eine dahinterliegende Spielsuchtproblematik hinweisen. Z.B. gibt ein Gast den Betrag an, den er verloren hat. Er beschwert sich über seine Verluste oder jammert. Er sagt, dass er aufhören und nicht mehr weiterspielen möchte.

Bei der Problemspielergruppe liegen zu viele fehlende Angaben vor.

90% des Kasinopersonals berichten, über aufgeführte Äusserungen von Problemspielern.

Bei den Stammgästen gibt die Hälfte (2 Personen) an, solche Äusserungen zu machen. Allerdings liegen hier 3 Missings vor; insgesamt haben nur 4 Stammgäste diese Kategorie beantwortet.

Beurteilung: Die Kategorie „besondere Äusserungen“ des Gastes enthält zu viele fehlende Angaben, um valide Aussagen zu machen.

8.1.24 Gesamtübersicht

Abschliessend werden die verschiedenen Kategorien dahingehend beurteilt, ob sie sich als Diskriminatoren der beiden Gruppen (Problemspieler vs. Nichtproblemspieler) eignen. Die Beurteilung orientiert sich nur an qualitativen Angaben.

Kategorie	-	0	+	++
Besuchsfrequenz				☒
Besuchsdauer				☒
Ungepflegtes Äusseres		☒		
Geldautomatenbezug				☒
Geldbeschaffung				☒
Wiederholtes Wechseln von grossen Noten an der Kasse		☒		
Einsatzhöhe pro Spiel		☒		
Einsatzhöhe pro Besuch			☒	
Inkonsistenz im Einsatzverhalten		☒		
Kommt alleine			☒	
Sozialer Rückzug		☒		
Unfreundliches Verhalten gegenüber dem Kasinopersonal			☒	
Ununterbrochenes Spielen				☒
Verhalten gegenüber dem Automaten resp. Tisch			☒	
Reaktion bei Gewinn	☒			
Chasing				☒
Risikospiele				☒
Gleichzeitiges Bespielen von mehreren Geräten			☒	
Füttern des Automaten mit grossen Noten		☒		
Reservieren von Automaten		☒		
Mogeln		☒		
Nervosität				☒
Besondere Äusserungen des Gastes		☒		

Abbildung 5: Beurteilung aufgeführter Kategorien als geeignete Prädiktoren zur Diskriminierung von Problemspielern vs. Nichtproblemspielern.

Anmerkung:

- : weist auf einen unbrauchbaren Prädiktor hin.
- 0: kein aussagekräftiger Prädiktor resp. nicht zu beurteilen wegen der grossen Anzahl von Missingwerten.
- + weist auf einen potentiellen Prädiktor hin.
- ++: weist auf einen guten Prädiktor hin.

8.2 Präventive Massnahmen aus der Sicht der Betroffenen

Welche Massnahmen kann ein Kasino treffen, um potentiell gefährdete Gäste vor dem Entstehen einer Glücksspielsucht zu schützen? Diese Frage wurde allen Betroffenen gestellt. Im Folgenden werden diesbezüglich zusammenfassend einige Ideen von Problemspielern wiedergegeben. Wir haben die Aussagen nicht kommentiert, sondern lediglich zu folgenden Kategorien zusammengefasst: Strukturelle Merkmale, Sensibilisierung und Schulung des Kasinopersonals und Öffentlichkeitsarbeit.

8.2.1 Strukturelle Massnahmen

Unter strukturellen Massnahmen werden organisatorische Veränderungen innerhalb des Kasinobetriebes verstanden.

8.2.1.1 Installation eines Beratungszimmers

Vor Ort sollte ein gut ersichtliches Besprechungs- und Beratungszimmer eingerichtet werden, damit sich Gäste jederzeit beraten lassen können. Sie sollten über weiterführende Hilfsangebote informiert werden.

8.2.1.2 Strikte Eintrittsbestimmungen und limitierter Kasinozutritt

Die befragten Spieler wünschen sich, dass beim Kasinoeintritt jeder Gast entweder seinen Lohnausweis vorlegen oder den Betriebsregisterauszug mitbringen sollte. Dadurch würde ersichtlich, ob der Gast verschuldet sei, oder ob er sich das Spielen aus finanzieller Sicht leisten könne. Des Weiteren sollte eine limitierte Besuchsfrequenz pro Monat für alle Gäste eingeführt werden.

8.2.1.3 Massnahmen am Automaten

Nach Ablauf einer gewissen Spielzeit sollte das Spiel unterbrochen werden. Am Bildschirm würde der Gast darüber informiert, wie hoch der Betrag ist, den er bereits verspielt hat, und wie lange er bereits am Spielen ist. Weiter sollte eine Begrenzung der Gesamtspieldauer eingeführt werden. Damit der Gast sein Budget besser unter Kontrolle hat, sollte das Spielguthaben bereits im Voraus einbezahlt werden. Dies könnte durch die Einführung von so genannten Spielkonten über eine Chipkarte erfolgen unter Berücksichtigung des Datenschutzes. Das Kasino hätte somit die Übersicht über die Spielkonten ihrer Stammgäste.

8.2.1.4 Taxiservice

Weiter wurde empfohlen, einen Taxiservice einzurichten. Beim Verlassen des Kasinos werden Problemgäste von der Realität wieder eingeholt und sie kehren in ihren Alltag zurück. Zu diesem Zeitpunkt sind sie für Gespräche sehr empfänglich. Ein Taxichauffeur könnte daraufhin dem Sozialkonzeptverantwortlichen eine Rückmeldung über die persönliche Situation des jeweiligen Gastes geben. Der Gast würde beim nächsten Besuch beobachtet, auf seine Spielsuchtproblematik angesprochen und entsprechende Massnahmen könnten eingeleitet werden.

8.2.2 Sensibilisierung und Schulung des Kasinopersonals

Allgemein wurde gewünscht, dass das Personal auf die Glücksspielsuchtproblematik verstärkt sensibilisiert werden sollte.

8.2.2.1 Richtiger Zeitpunkt des Ansprechens

Erfolgsversprechender Faktor beim Ansprechen eines Gastes ist die Wahl des optimalen Zeitpunktes. Es sei ungeschickt, Problemspieler anzusprechen, währenddem sie spielen. Der beste und geeignetste Zeitpunkt sei, wenn der Gast das Kasino verlässt. Dann nämlich wird er sich bewusst, wie viel Geld er verloren hat. Er kehrt langsam wieder in seine Welt zurück und realisiert, was geschehen ist. Zu diesem Zeitpunkt sei ein Gast ansprechbar und offen. Entsprechend würde er über seine Verluste und Belastungen erzählen.

8.2.2.2 Beobachtung von Gästen intensivieren

Die Aufgabe der Beobachtung von potentiell spielsuchtgefährdeten Gästen sollte einem externen Experten übertragen werden. Das Kasinopersonal sei mit der Erfüllung ihrer Aufgaben bereits ausgelastet und habe für die explizite Gästebeobachtung zu wenig Ressourcen. Deshalb soll eine Vollzeitstelle geschaffen werden. Im Idealfall könnte der externe Beobachter ein ehemaliger Spieler sein, der sich bezüglich Verhaltenscodex spielsuchtgefährdeter Gäste besonders gut auskennt. Insbesondere Ende Monat sollte die Beobachtung verschärft werden, weil Gäste dann ihren Lohn erhalten und ins Kasino gehen.

8.2.2.3 Personalschulung – Gästebetreuung

Das Kasinopersonal sollte verstärkt geschult werden, um gegenüber potentiell gefährdeten Spielgästen mehr Sensibilität zu entwickeln. Das Kasinopersonal sollte sich proaktiver verhalten. Bei der Auszahlung eines Gewinnes sollte dem Gast ein Getränk offeriert werden, damit dieser dazu animiert würde, eine Pause einzuschalten und etwas Distanz zum Spiel zu gewinnen. Das Kasinopersonal soll den Gast dazu überreden, eine Spielpause einzuschalten.

8.2.3 Öffentlichkeitsarbeit

Die breite Öffentlichkeit sollte stärker sensibilisiert werden. Die Interviewten sprechen sich für mehr Präventionsarbeit aus. Ähnlich wie beim Thema Aids und Alkohol sollte der Bund Gelder für Prävention und Kampagnen im Bereich Glücksspielsucht spenden. Glücksspielsucht sollte als neues Schwerpunktthema vom Bund aufgenommen werden.

8.2.3.1 Prävention im Kasino

Präventionsbroschüren seien überall und in mehreren Sprachen aufzulegen. Die Gäste sollten über die Gewinn- und Verlustwahrscheinlichkeiten, Auszahlungsquoten sowie den negativen Konsequenzen von Glücksspielsucht besser aufgeklärt werden.

Manche dieser Anregungen der Betroffenen sind eher unrealistisch und können so nicht übernommen werden. Es gibt aber einige Anhaltspunkte, die interessant sind und die genauer zu prüfen sind.

9. Zusammenstellen des Screeninginstrumentes

Im nächsten Schritt ging es darum, die Kategorien in Fragebogenitems zu überführen.

9.1 Anforderungen an die Formulierung der Items

Bei der Formulierung der Items gilt es, bestimmte Anforderungen zu berücksichtigen. Nach Höpflinger sollten Items folgende Bedingungen erfüllen:

- **einfach und kurz:** Oberstes Gebot bei der Formulierung ist das Prinzip der Einfachheit. Items sollten so kurz wie möglich sein, d.h. so wenig Worte wie möglich umfassen.
- **konkret und verhaltensnah:** Je konkreter ein Item ein Verhalten beschreibt, umso eher kann davon ausgegangen werden, dass es zu keinen willkürlichen Interpretationen kommt. Falsch wäre die Formulierung: „Gast zeigt aggressives Verhalten“. Die Formulierung sollte folgendermassen lauten: „Gast schlägt mit der Faust auf den Automaten ein“. Formulierungen, welche auf mehrere Arten interpretiert werden können, müssen vermieden werden.
- **klar, unmissverständlich und eindeutig:** Befragte dürfen nicht überfordert werden. Zu vermeiden sind Fachausdrücke, Fremdwörter, komplizierte Sätze und Wendungen, doppelte Verneinung und mehrdeutige Begriffe.
- **Pro Item ein einziger Gedanke:** Jedes Item darf nur einen einzigen vollständigen Gedanken enthalten. Ein Item sollte nur einen Sachverhalt abdecken und nicht mehrere Inhalte erfassen.

9.2 Erstellung des Screeninginstrumentes ID-PS

Aus den Kategorien resp. Unterkategorien des Codierleitfadens (siehe Anhang B) wurden möglichst einfache und leicht verständliche Items formuliert. Zuerst wurden neue so genannte Oberkategorien definiert. Die Benennung der Oberkategorien erfolgte aufgrund theoretischer und inhaltlicher Überlegungen. Die Items wurden den Oberkategorien zugeteilt. Der ID-PS weist sechs Oberkategorien auf:

- Besuchshäufigkeit und Besuchsdauer (2 Items)
- Geldbeschaffung (5 Items)
- Einsatzverhalten (7 Items)
- Sozialverhalten (4 Items)
- (Spiel)verhalten und Reaktionen beim Spielen (20 Items) sowie
- äussere Erscheinung (1 Item).

Insgesamt besteht der ID-PS aus 39 Items. Am Ende des ID-PS steht dem Kasinopersonal ein leeres Feld zur Verfügung, um weitere Beobachtungen anzufügen, die im ID-PS nicht enthalten sind. Für drei Items (Besuchshäufigkeit, Besuchsdauer und Einsatzhöhe pro Besuch) wurden Likertskalen gebildet. Ein Item (Einsatzhöhe pro Tastendruck) enthält ein offenes Antwortformat. Die restlichen Items enthalten ein bipolares Antwortformat (Trifft zu, Trifft nicht zu).

Manche Kategorien resp. Unterkategorien des Codierleitfadens erwiesen sich als zu umfassend. D.h. sie bildeten verschiedene voneinander differenzierbare Verhaltensweisen ab. Deshalb mussten wir aus gewissen Kategorien des Codierleitfadens mehrere Items bilden, da jedes Item nur einen Sachverhalt enthalten darf.

- Aus der Unterkategorie 4.2 *Geldbeschaffung* (im Codierleitfaden) wurden drei Items formuliert: Item 4, 5 und 6 im ID-PS.
- Aus der Unterkategorie 7.1 *Ununterbrochenes Spielen* (des Codierleitfadens) resultierten zwei Items: Item 19 und 20 im ID-PS.
- Aus der Unterkategorie 7.2 *Verhalten gegenüber dem Automaten/Tisch* (des Codierleitfadens) wurden fünf Items gebildet: Item 29, 30, 31, 32 und 36 im ID-PS.
- Aus der Kategorie 8. *Nervosität beim Spielen* (des Codierleitfadens) wurden zwei Items, nämlich Item 23 und 24 gebildet.
- Aus der Kategorie 9. *Besondere Äusserungen des Gastes* (des Codierleitfadens) wurden zwei Items, nämlich Item 33 und 34 formuliert.

Nachträglich wurden drei Items in den ID-PS aufgenommen, die im Codierleitfaden nicht enthalten sind. Es handelt sich dabei um die Items übermässiges Rauchen, übermässiges Alkoholtrinken und Warten auf die Öffnung. Dass Problemspieler im Schnitt mehr rauchen als die Normalbevölkerung ist aus der Forschung erwiesen. Dieser Zusammenhang gilt ebenso für den Alkoholmissbrauch. Offen bleibt die Frage, ob Problemspieler während des Spielens oder ausserhalb ihrer Spieleraktivität übermässig Alkohol konsumieren. Die Kategorie „Hinweise

Dritter“ wurde in den Meldezettel A (siehe Kapitel 10.2) eingebracht, da es sich nicht um ein äusserlich beobachtbares Kriterium handelt, sondern um eine Meldung, welche direkt an einen Shiftmanager gelangt und somit von Croupiers und Kasinoassistenten nicht aufgenommen werden kann.

Aus methodischen Gründen wurden die Items derart formuliert, dass sie nicht alle dieselbe Polung aufweisen. Sie wurden sowohl positiv als auch negativ formuliert.

9.3 ID-PS

Der ID-PS wird ausschliesslich vom Kasinopersonal ausgefüllt. Es handelt sich dabei nicht um ein einmaliges Ausfüllen, da das Personal den Gast während einer längeren Zeitspanne beobachten muss, bis es in der Lage ist, Auskunft über gewisse Items zu geben.

Kann sich das Kasinopersonal über ein bestimmtes Item keine abschliessende Meinung bilden, sollte dieses nicht beantwortet werden.

Formular: Identifikation von Problemspielern (ID-PS)

Anleitung

Wenn Sie eine Aussage nicht beurteilen können, kreuzen Sie nichts an. Einzelne Aussagen beziehen sich ausschliesslich auf den Tisch- resp. Automatenspielbereich. Beantworten Sie nur diejenigen Aussagen, die sich auf ihren Arbeitsbereich beziehen.

Angaben über den Gast

Datum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
Der Gast ist:	<input type="checkbox"/> Automatenspieler <input type="checkbox"/> Tischspieler <input type="checkbox"/> beides
Name:	

Besuchshäufigkeit und Besuchsdauer

Diese Kategorie beschreibt die Häufigkeit des Kasinobesuches und die Dauer des Kasinobesuches.

1. Besuchshäufigkeit:	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1-2 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 3-5 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 6 Mal pro Woche bis täglich
2. Besuchsdauer:	<input type="checkbox"/> 0-2 Std. <input type="checkbox"/> 3-5 Std. <input type="checkbox"/> 6-8 Std. <input type="checkbox"/> über 8 Std.

Geldbeschaffung

Diese Kategorie beschreibt den Umgang des Gastes mit Geld.

3. Der Gast wechselt an der Kasse wiederholt grosse Noten (1000er) in kleinere Noten (100er, 200er).	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
4. Der Gast leiht sich bei anderen Gästen Geld aus.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
5. Der Gast versucht Wertgegenstände zu verkaufen.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
6. Der Gast bezieht wiederholt Geld am Bankautomaten.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
7. Der Gast fragt wiederholt nach einem Reisedarlehen resp. Parkticket.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

Einsatzverhalten

Diese Kategorie beschreibt die Höhe der Einsätze, das Einsatzverhalten des Gastes sowie seine Risikobereitschaft.

8. Einsatzhöhe pro Besuch	<input type="checkbox"/> 0-300 Sfr. <input type="checkbox"/> 301-500 Sfr. <input type="checkbox"/> 501-1000 Sfr. <input type="checkbox"/> 1001-2000 Sfr. <input type="checkbox"/> über 2000 Sfr.
9. Einsatzhöhe pro Spielrunde resp. Tastendruck	
10. Der Gast erhöht mit fortschreitender Anzahl Casinobesuche seine Einsätze.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
11. Der Gast spielt mit konstanten Einsätzen.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
12. Der Gast setzt Gewinne gleich wieder ein.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
13. Wenn der Gast am Automaten spielt: Der Gast riskiert fast immer seine Gewinne (verdoppelt Gewinne resp. benutzt häufig die Bet-Taste).	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
14. Wenn der Gast am Automaten spielt: Der Gast „füttert“ den Automaten ununterbrochen mit Noten.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

Sozialverhalten

Diese Kategorie beschreibt das soziale Verhalten des Gastes gegenüber dem Kasinopersonal.

15. Der Gast vermeidet Kontakte: Er lässt sich kaum auf eine Unterhaltung ein oder gibt lediglich knappe Antworten.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
16. Der Gast besucht das Kasino in mindestens 80% seiner Besuche alleine.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
17. Gegenüber dem Kasinopersonal verhält sich der Gast unhöflich (bei der Auszahlung, Bestellung oder an der Kasse verhält sich der Gast z.B. mürrisch, fordernd, unanständig, frech, überheblich oder duzt auf einmal).	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
18. Der Gast sucht Kontakt: Er plaudert mit anderen Gästen oder dem Kasinopersonal.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

(Spiel)verhalten und Reaktionen beim Spielen

Diese Kategorie beschreibt, wie sich der Gast während des Spielens verhält (Nervosität, Aggressivität, Rauchen, Ausmass des Fixiertseins aufs Spiel, Reaktion bei Gewinn/Verlust etc.)

19. Der Gast spielt praktisch ohne Unterbruch.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
20. Der Gast ist dermassen aufs Spiel konzentriert, dass er kaum noch auf das Geschehen in seiner Umgebung reagiert.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
21. Der Gast spielt gleichzeitig an mehreren Automaten resp. Tischen.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
22. Der Gast raucht sehr viel.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
23. Der Gast trinkt mehrmals alkoholische Getränke.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
24. Der Gast rennt von Tisch zu Tisch resp. von Automaten zu Automaten.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
25. Der Gast ist nervös (z.B. zittern, schwitzen, Augenflattern, zappelige Beine, Zuckungen im Gesicht, spielt mit Jetons etc.)	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu§
26. Der Gast freut sich über Gewinne.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
27. Der Gast klagt über seine Verluste.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
28. Wenn der Gast am Automaten spielt: Der Gast lässt seinen Automaten reservieren (entweder auf den nächsten Tag oder wenn er den Automaten für einen Augenblick verlässt).	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
29. Wenn der Gast am Automaten spielt: Der Gast haut auf die Tasten oder schlägt auf den Automaten ein.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
30. Wenn der Gast am Automaten spielt: Der Gast streichelt den Automaten.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
31. Wenn der Gast am Automaten spielt: Der Gast schimpft oder flucht mit dem Automaten.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
32. Wenn der Gast am Automaten spielt: Der Gast führt mit dem Automaten Gespräche.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
33. Wenn der Gast am Automaten spielt: Der Gast schimpft über Verluste oder macht die Kasinoindustrie/den Automaten für seine Verluste verantwortlich.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
34. Wenn der Gast am Tisch spielt: Der Gast beschimpft den Croupier oder macht ihn für seine Verluste verantwortlich.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
35. Wenn der Gast am Roulette spielt: Der Gast tätigt Einsätze zu spät (Späteinsätze).	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
36. Wenn der Gast am Tisch spielt: Der Gast schlägt mit der Faust auf den Tisch.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
37. Der Gast wartet bereits vor der Türöffnung vor dem Kasino.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
38. Bei Betriebsschluss fällt es schwer, den Gast zum Beenden des Spiels zu bewegen.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

Äussere Erscheinung

Die Kategorie beschreibt das äussere Erscheinungsbild des Gastes.

39. Der Gast wirkt in seinem Äusseren ungepflegt (fettige ungewaschene Haare, schmutzige Kleider, unrasiert, starker Körpergeruch, wechselt Kleider selten)

Trifft zu..... Trifft nicht zu

Weitere Auffälligkeiten

Sie haben die Möglichkeit, hier weitere Beobachtungen aufzuschreiben.

40. Weitere Auffälligkeiten

10. Früherkennungsablauf im Kasino

Um den Benutzern (Kasinopersonal) die Anwendung und Bedeutung des ID-PS als Screeninginstrument aufzuzeigen, skizzieren wir im Folgenden einen möglichen Ablauf eines Früherkennungsprozesses im Kasino.

10.1 Prozessablauf Früherkennung

Es gibt generell zwei verschiedene Wege, wie auffällige Gäste in den Früherkennungsprozess gelangen. Meldungen des Kasinopersonals über auffällige Gäste erfolgen entweder über den Meldezettel A oder den Meldezettel B.

Prozessablauf aufgrund Meldezettel A

Merkmal dieses Prozessablaufs ist das sofortige Agieren. Erfüllt ein Gast ein oder mehrere A-Kriterien (siehe Kapitel 10.2), muss sofort gehandelt werden, d.h. der Gast wird unmittelbar zu einem Gespräch aufgefordert. A-Kriterien sind Alarmzeichen, die im Zusammenhang mit Auffälligkeiten im Spiel- und Sozialverhalten eines Gastes stehen. A-Kriterien kennzeichnen die Beeinträchtigung des sozialen, psychischen und materiellen Wohlbefindens.

Prozessablauf aufgrund Meldezettel B

Ein Meldezettel B (siehe Kapitel 10.3) wird ausgefüllt, wenn das Kasinopersonal Auffälligkeiten im Spielverhalten eines Gastes wahrnimmt, die auf potentiell problematisches Spielverhalten hindeuten. Nach Abgabe des Meldezettels B wird der Gast in den Früherkennungsprozess aufgenommen und ein Dossier wird angelegt. Er wird daraufhin mit dem ID-PS (Identifikation von Problemspielern) während 1-3 Monaten beobachtet. Nach Ablauf dieser Frist folgt eine Beschlusssitzung. Es wird entschieden, ob mit dem Gast ein Gespräch geführt wird, oder ob es aufgrund mangelnder Indizien zum Abschluss der Früherkennung kommt. In einem Gespräch wird die persönliche Situation des Gastes abgeklärt,

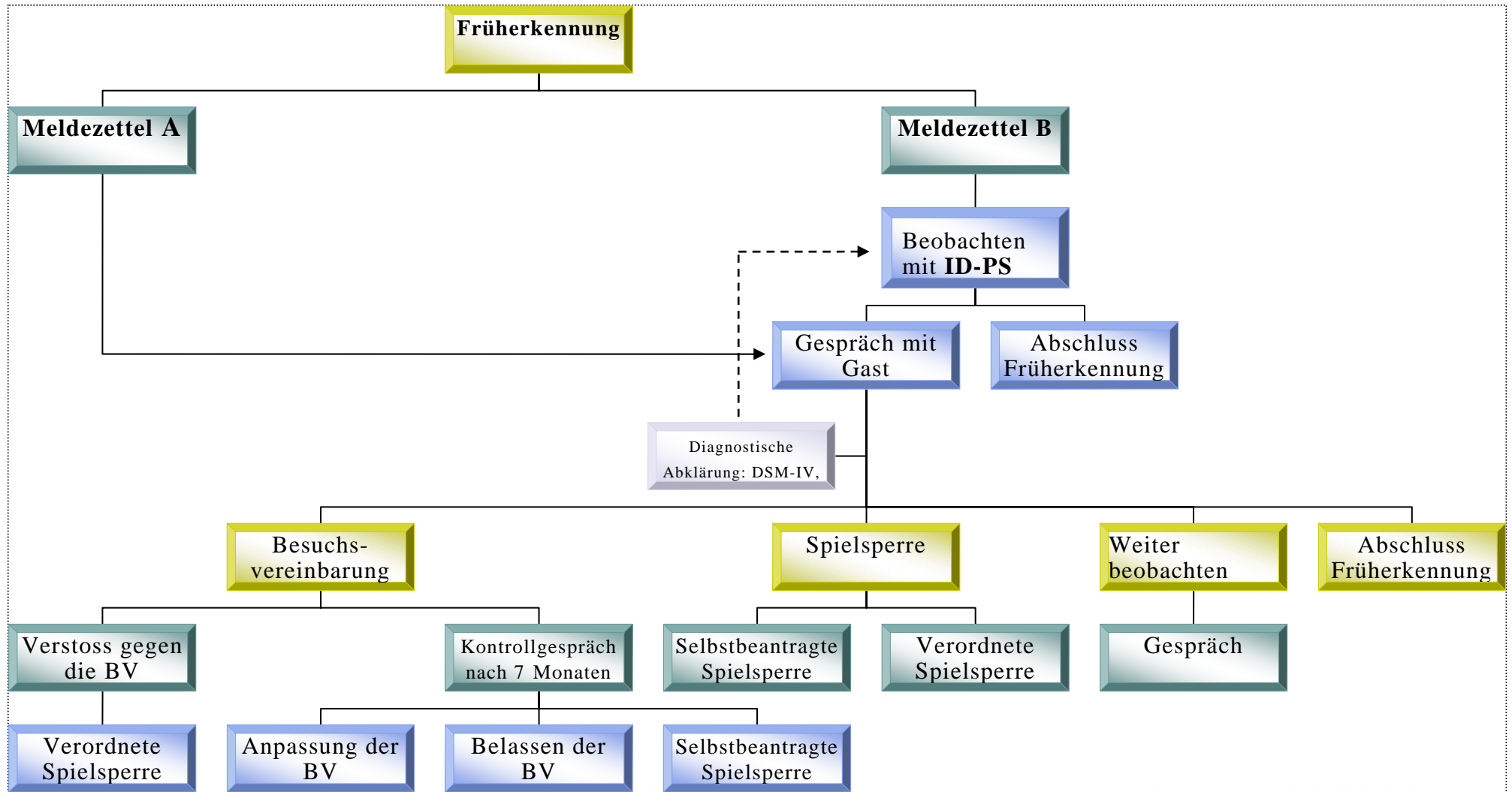
und der Gast wird gebeten, einige diagnostische Tests hinsichtlich pathologischer Spielsucht auszufüllen. Wir empfehlen für die diagnostische Abklärung den DSM-IV oder den SOGS (Siehe Kapitel 3.2 resp. 3.8).

Wird aus dem Gespräch und den diagnostischen Abklärungen erkenntlich, dass der Gast erhebliche Probleme mit dem Spielen hat, wird ihm eine Spielsperre nahegelegt (selbstbeantragte oder verordnete Spielsperre).

Möchte der Gast sein Spielverhalten unter Kontrolle kriegen und seine Besuchsfrequenz einschränken, kann eine Besuchsvereinbarung (BV) als mögliche Massnahme eingeleitet werden (sofern eine BV aus Sicht des Gesprächsführenden verantwortbar ist). Nach sieben Monaten erfolgt das erste Kontrollgespräch mit dem Gast. Dabei kann die BV entweder angepasst, so belassen werden, oder der Gast erklärt sich einverstanden mit einer Spielsperre. Verstösst der Gast gegen die BV erhält er eine verordnete Spielsperre.

Ergeben sich aus dem Gespräch und den diagnostischen Abklärungen keine Hinweise auf das Vorhandensein eines Spielproblems, kommt der Fall zum Abschluss. Das Früherkennungsdossier wird abgeschlossen.

Besteht auf beiden Seiten Unsicherheit in Bezug auf das weitere Vorgehen, wird der Gast einer weiteren Beobachtungsphase unterstellt. Ein weiteres Gespräch erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt.



10.2 Meldezettel A

Der Meldezettel A besteht aus vier Oberkategorien und 8 Items. Äusserungen des Gastes (3 Items), Hinweise Dritter (2 Items), Geldbeschaffung (1 Item) und Verlust der Kontrolle (2 Items). Sobald eins der unten aufgeführten Items zutrifft, muss gehandelt werden.

Formular: Meldezettel A

Anleitung

Trifft ein A-Kriterium oder mehrere A-Kriterien zu, sollte mit dem Gast sofort ein Gespräch geführt werden.

Meldung erfolgt:

Datum:	
Uhrzeit:	
Name des Kasinomitailleurs/der Kasinomitallerin	

Angaben zum Gast

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich
Der Gast ist:	<input type="checkbox"/> Automaten Nr.	<input type="checkbox"/> Tisch Nr.
Name/Beschreibung des Gastes:		

Äusserungen des Gastes

1. Der Gast äussert, dass er verschuldet sei.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
2. Der Gast äussert, dass er die Kontrolle über sein Spielverhalten verloren habe.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
3. Der Gast äussert, dass sein Spielverhalten zu Problemen in der Familie oder auf der Arbeit führt.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

Hinweise Dritter

4. Drittpersonen (Familienangehörige, Partner, Kollegen oder Arbeitgeber) melden sich und äussern Bedenken bezüglich des Spielverhaltens des Gastes.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
5. Andere Gäste geben dem Kasinopersonal Hinweise bezüglich des Spielverhaltens des Gastes.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

Geldbeschaffung

6. Der Gast versucht, Wertgegenstände zu verkaufen.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
---	--

Verlust der Kontrolle

7. Der Gast vergisst auf die Toilette zu gehen.	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
8. Der Gast hat seine Gefühle nicht mehr unter Kontrolle (z.B. Weinkrämpfe, heult, schreit etc.)	<input type="checkbox"/> Trifft zu..... <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu

Die Festlegung der A-Kriterien erfolgte über die Einholung von Expertenmeinungen (Schweizerischer Casinoverband sowie Sozialkonzeptverantwortliche der drei Grand Casinos Baden, Bern und Luzern).

10.3 Meldezettel B

Im Meldezettel B trägt das Kasinopersonal beobachtete Verhaltensauffälligkeiten eines Gastes ein. Damit der Gast identifiziert werden kann, wird die Nummer des Automaten resp. Tisches erfasst, an dem der Gast gespielt hat sowie die genaue Uhrzeit. Mit Hilfe der Videoaufnahmen kann nachverfolgt werden, wie der Gast heisst. Es folgt ein Eintrag im C-Key-System, so dass der Gast bei seinem nächsten Besuch weiter beobachtet werden kann.

Es ist vorgesehen, zwecks Vereinfachung, die eingegangenen Beobachtungen zu standardisierten Kategorien zusammenzufassen. Dazu müssen vorerst weitere Daten gesammelt werden.

Formular: Meldezettel B

Meldung erfolgt:

Datum:	
Uhrzeit:	
Name des Kasinomitailleurs/der Kasinomitailleursin:	

Angaben zum Gast

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich
Der Gast ist:	<input type="checkbox"/> Automaten Nr.	<input type="checkbox"/> Tisch Nr.
Name/Beschreibung des Gastes:		

Beobachtungen/Auffälligkeiten

Beobachtung:	
--------------	--

11. Diskussion und Ausblick

Der nächste Schritt besteht darin, den ID-PS einer Validierung zu unterziehen. Validieren bedeutet, das Screeninginstrument mittels wissenschaftlicher Methoden auf seine Tauglichkeit hin zu testen und zu beurteilen, ob das Instrument die Gäste korrekt in die beiden Kategorien „Problemspieler“ bzw. „Nichtproblemspieler“ klassifiziert. Die in Kapitel 3.1 aufgeführten Kriterien der Objektivität, der Reliabilität und Validität müssen bestimmt werden. Auch die Kennwerte der Sensitivität, der Spezifität, die Treffer –und Fehlerrate sowie der positive und negative Vorhersagewert müssen bestimmt werden. Damit wird getestet, ob die Items über genügend Prädiktionsgüte verfügen, um Problemspieler von Nichtproblemspielern zu unterscheiden. Durch die Validierung wird ersichtlich, welche Items aus dem ID-PS wieder entfernt werden können, weil sie keinen Beitrag zur signifikanten Diskriminierung der beiden Gruppen leisten.

Durch die Validierung erhält der ID-PS wissenschaftlich gestützte Auswertungsanleitungen für die Praxis.

Für die Validierung müssen zwei Gruppen, eine Problemspielergruppe und eine Nichtproblemspielergruppe, den ID-PS ausfüllen. Weiter müssen alle Probanden den DSM-IV Fragebogen oder den SOGS ausfüllen. Dadurch werden die Probanden der Gruppe der Problemspieler resp. Nichtproblemspieler zugeordnet. Danach werden die Daten des ID-PS und des SOGS resp. des DSM-IV korreliert. Auf statistischer Ebene bedeutet dies, die Durchführung von logistischen Regressionen. Das Prinzip der logistischen Regression ist es, anhand einer gewichteten Linearkombination von Messvariablen (den Prädiktoren) die Wahrscheinlichkeit der interessierenden Ausprägung des binären Kriteriums (Problemspieler, Nichtproblemspieler) vorherzusagen. Die logistische Regression bestimmt, welche der Items des ID-PS sich als genügend starke Prädiktoren behaupten, um ins Prädiktionsmodell aufgenommen zu werden.

Am Ende liegt ein einzigartiges praxistaugliches und wissenschaftlich getestetes Instrument zur Früherkennung von Problemspielern in Kasinos vor.

Aus der vorliegenden Studie drängen sich weiterführende Forschungsfragen auf:

- **Spielertypen:** Sind unterschiedliche Typen von Spielern feststellbar? Unterscheiden sich z.B. Tischspieler von Automatenspielern? Können unterschiedliche Muster erkannt werden? Können unterschiedliche Motive bei den beiden Spielertypen festgehalten werden?
- **Evaluation von Früherkennungsmassnahmen:** Eine Analyse der verschiedenen Kennzahlen im Bereich Früherkennung ist unabdingbar. Ist Früherkennung wirkungsvoll? Wenn ja, was wirkt und wie wirkt Früherkennung? Schützen Früherkennungsmassnahmen und -interventionen vor einer weiteren Ausbreitung der Glücksspielsucht? Welche Frühinterventionen sind am erfolgsversprechendsten? Wie viele der gesamthaften Spielsperren erfolgen aufgrund von vorausgegangenen Früherkennungsmassnahmen?
- **Analyse der Früherkennungsverläufe:** Sind unterschiedliche Früherkennungsverläufe feststellbar? Wie hoch ist der Anteil der eingegangenen Früherkennungsmeldungen (durch Meldezettel A und B), die sich als problematisch erweisen? Unterscheiden sich Gäste, welche durch Meldezettel A resp. B in die Früherkennung aufgenommen werden? Wenn ja, worin? Welche unterschiedlichen Massnahmen resultieren aus den Früherkennungsbemühungen?

12 Literaturverzeichnis

Albers, N. (1997). Gambling market and individual patterns of gambling in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 13 (2), 125-144.

Allcock, C.C. & Grace, DM. (1988). Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation seekers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22, 307-311.

American Psychiatric Associations (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3.ed. (DSM-III)*. Wahsington DC : APA.

American Psychiatric Associations. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. APA:12.

Arnett, J. (1994). Sensations seeking: A new conceptualisation and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16, 289-296.

Australian Gambling Council (2002). *Current Issues: Related to identifying the problem gambler in the gambling venue*. Melbourne: Australian Gambling Council.

Barnes, G.M., Welte, J.W., Hoffman, J.H. & Dintcheff, B.A. (1999). Gambling and alcohol use among youth: Influences of demographic, socialisation, and individual factors. *Addictive Behaviors*, 24 (6), 749-767.

Ben-Tovim, D.; Esterman, A; Tolchard, B. & Battersby, M. (2001). *The Victorian Gambling Screen*. (Project Report). Melbourne: Gambling Research Panel.

Blaszczynski, A. & McConaghy, N. (1994). Criminal offenses in gamblers anonymous and hospital treated pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 10, 99-127.

Blaszczynski, A. (2002). Problem gambling behaviours: what can be observed in venues and how should staff respond. In: Australian Gambling Council (Hrsg.), (S. 11-14). *Current issues*

related to identifying the problem gambler in the gambling venue. Melbourne: Australian Gambling Council.

Brandt, C. (1996). Arbeitslosigkeit und Automatenspiel. In: Fett, A. (Hrsg.) *Glück-Spiel-Sucht, Konzepte und Behandlungsmethoden* (S. 65-76). Freiburg: Lambertus.

Breen, R. & Zuckerman, M. (1996). "Chasing" in gambling behaviour: Personality and cognitive determinants. Unpublished manuscript, University of Delaware.

Bruce, A. & Jonson, J. (1994). Male and female betting behaviour: New perspectives. *Journal of Gambling Studies*, 10 (2), 183-198.

Carlton, P.L. & Manowitz, P. (1992). Behavioral restraint and symptoms of attention deficit disorder in alcoholics and pathological gamblers. *Neuropsychobiology*, 25, 44-48.

Castellani, B. & Rugle, L. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensations seeking, and craving. *International Journal of the Addictions*, 30 (3), 275-289.

Chantal, Y., Vallerand, R. & Vallieres, E. (1982). Motivation and gambling involvement. *Journal of Social Psychology*, 135 (6), 755-763.

Clarke, D. E., & Rossen, F. (2000). Adolescent gambling and problem gambling: A New Zealand study. *New Zealand Journal of Psychology*, 29 (1), 9-15.

Coyle, C. & Kinney, A. (1990). A comparison of leisure and gambling motives of compulsive gamblers. *Therapeutic Recreation Journal*, 24 (1), 32-39.

Culleton, R.P. (1989). The prevalence rates of pathological gambling: a look at methods. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 22-41.

Custer, R. & Milt, H. (1985). *When luck runs out.* New York: Facts on file publications.

Denzer, P., Petry, J. Baulig, T., Volker, U. (1995). Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs/Behandlungsangebot. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg)*, Jahrbuch Sucht 96 (S. 279-295). Geesthacht: Neuland.

Dervensky, J.L. & Gupta, R. (2000). Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparisino of the SOGS-RA, DSM-IV-J and the GA-20 questions. *Journal of Gambling Studies*, 16 (2/3), 227-251.

Dickerson, M. (1993). Internal and external determinants of persistent gambling: problems in generalising from one form of gambling to another. *Journal of Gambling Studies*, 9 (3), 225-245.

Dickerson, M. (1989). Gambling: a dependence without a drug. *International Review of Psychiatry*. *Seiten fehlen*

Dickerson, M. & Haw, J. (2002). *Critical Appraisal of the 2001 Survey of Gambling and Problem Gambling in New Brunswick*. Report for the New Brunswick Department of Health and Wellness.

ESBK Eidgenössische Spielbankenkommission (2003): Bern: *Jahresbericht 2002*.

ESBK Eidgenössische Spielbankenkommission (2004): Bern: *Jahresbericht 2003*.

Ferris, J. & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*. Erscheinungsort: Canadian Center on Substance Abuse.

Fischer, S. (1996). *Gambling and problem gambling among Casinos Patrons*. University of Plymouth.

Fisher, S. (2000b). Developing the DSM-IV-MR-J criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *Journal of Gambling Studies*, 16, 253-273.

Frank, M. L. (1992). *Correlation between substance abuse and compulsive gambling among adolescents and young adult populations*. Epidemiologic trends in drug abuse. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Giacopassi, D., Stitt, B. G. Vandiver, M. (1998). An analysis of the relationship of alcohol to casino gambling among college students. *Journal of Gambling Studies*, 14, 135-149.

Govoni, R., Rubpcich, N., & Frisch, G. R. (1996). Gambling behavior of adolescent gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 12, 305-317.

Griffith, M. (1995). *Adolescent gambling*. New York: Routledge.

Griffiths, M. (1999). Gambling Technologies: Prospects for Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15, 265-283.

Hafen, M. (2003). Was unterscheidet Prävention von Behandlung? *Abhängigkeiten*, 2, 21-33.

Herpertz, S. & Sass, H. (1997). Impulsivität und Impulskontrolle. *Nervenarzt*, 68, 171-183.

Hong, Y. & Chiu, C. (1984). Sex, locus of control, and illusion of control in Hong Kong as correlates of gambling involvement. *Journal of Social Psychology*, 18 (5), 667-673.

Höpflinger, F. Befragung. Wichtige Regeln der Fragebogen-Konstruktion.

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Fragebogen.shtml>

ICD-10 (1993). Kapitel V. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Dilling, Mombour & Schmidt (Hrsg.). WHO: Hans Huber.

Illinois Institute for Addiction Recovery (2001).

<http://www.addictionrecov.org/quandagam.htm>.

Jahoda, G. (1969). *The psychology of superstition*. London: Allen Lane.

Johnson, E.E., Hamer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eisenstein, N. & Engelhart, C. (1997). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83-88.

Kuley, N.B. & Jacobs, D.F. (1988). The relationship between dissociative-like experiences and sensations seeking among social and problem gamblers. *Journal of Gambling Behaviour*, 4, 197-207.

Kunkel, K., Herbst, K. & Reye, I. (1987). Subjektive Belastung von Spielern an Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit. *Suchtgefahren*, 33, 76-86.

Künzi, K., Fritschi, T. & Egger, T. (2004). *Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz*. Bern: Eidgenössische Spielbankenkommission und Bundesamt für Justiz.

Ladouceur, R., Arsenault, C., Dubé, D., Freeston, M. H. & Jacques, C. (1997). Psychological characteristic of volunteers in studies on gambling. *Journal of Gambling Studies*, 131, 136-365.

Ladouceur, R. & Walker, M. (1996). Cognitive perspective on gambling. In P. M. Salkovskis (Hrsg.), *Trends in cognitive therapy*, (S.89-98). Oxford:Wiley.

Langewisch, M.W.J. & Frisch, G.R. (1998). Gambling behavior and pathology in relation to impulsivity, sensations seeking and risk behavior in male college students. *Journal of Gambling Studies*, 14, 245-262.

Lesieur & Blume (1987). The south oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of Pathological Gambling. *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1184-1188.

Loterie Romande (2003): *Rapport d'activité 2002*.

Loterie Romande (2003): *Rapport d'activité 2003*.

Martin-Doto, C. & Nussbaum, D. (1991). *Impulsivity: A reflective review*. Unpublished manuscript. Canada: Clarke Institute of Psychiatry.

Meusel, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erporbt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: D. Garz & K. Kraimer (Hrsgs.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 441-471.

Meyer, G. (1989). Glücksspieler in Selbsthilfegruppen – erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Suchtgefahren*, 35, 217-234.

Meyer, G. & Bachmann, M. (2000). *Spielsucht. Ursachen und Therapie*. Springer: Berlin Heidelberg New York.

Meyer (2002). *Erkennungsmerkmale von Problemspielern*. Unveröffentlichte Daten, Universität Bremen.

Meyer, G., Schwertfeger, J.; Exton, S. E.; Janssen, O. E.; Knapp, W.; Stadler, M.A.; Schedlowski, M. & Krüger, T.C. (2004). Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 1272-1280.

Murray, J. B. (1993). Review of research on pathological gambling. *Psychological Reports*.

National Gambling Impact Study Commission (1999). Washington, D.C: NORC.

National Opinion Research Center (1999). *Gambling impact and behaviour study*. Chicago: Author.

Petry, J., Jahrreiss, R. & Wagner, A. (2000). Katamnestik stationär behandelter “pathologischer Glücksspieler”. In: Fachverband Sucht (Hrsg.), (S.185-199). *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*. Geesthacht: Neuland.

Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Beltz.

Rosenthal, R.J. & Lorenz, V.C. (1992). The pathological gambler as criminal offender. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 647-660.

Roy, A., DeJong, J., Ferraro, T., Adinoff, B., Gold, P., Rubinow, D., Linnoila, M. (1989). CSF GABA and neuropeptides in pathological gamblers and normal controls. *Psychiatry Res.* 30, 137-144.

Schwarz, J. & Lindner, A. (1990). Die stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler. *Suchtgefahren*, 36, 402-415.

Schrans, T. & Schellinck, T. (2003). *Nova Scotia gambling prevalence study*. Halifax: Nova Scotia Office of Health Promotion.

Shaffer, H.J., LaBrie, R., Scanlon, K.M. & Cummings, T.N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10, 339-362.

Smith, G. J., Volberg, R. A., & Wynne, H. J. (1994). *Gambling and problem gambling in Alberta*. Edmonton, Alberta: Wynne Resources.

Smith, J.F. & Abt, V. (1984). Gambling as play. *The annals of the American Academy of political and social Science*, 474, 122-132.

Steenbergh, T.A., Meyers, A.W., May, R.K. & Whelan, J.P. (in press). Development and validation of the Gamblers Belief Questionnaire. *Journal of Addictive Behavior*.

Spielbankenverordnung, VSBG, SR 935.521, www.esbk.admin.ch

Stinchfield, R. & Winters, K. C. (2001). Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. *Journal of Gambling Studies*, 17, (3), 217-245.

Stinchfield, R., Winters, K.C., Botzet, A. & Jerstad, S (2001). *Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS): User Manual*. Saint Paul, MN: Minnesota Department of Human Services.

Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity and classification accuracy of the south oaks gambling screen (SOGS). *Addictive Behavior*, 27 (1), 1-19.

Stinchfield, R., Govoni, R. & Frisch, R. (2003). *Evaluating the DSM IV diagnostic criteria for pathological gambling*. Ontario: Ontario problem gambling research centre.

Ursua & Uribelarrea (1998). 20 Questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with populations of Spain. *Journal of Gambling Studies*, 14 (1),3-12.

Vitaro, F., Arsenault, L. & Tremblay, R.E. (1997). Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1767-1770.

Volberg, R. A. & Steadman, H.J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.

Volberg, R. A. (1993). *Gambling and problem gambling among Native Americans in North Dakota*. Albany, NY: Gemini Research.

Volberg, R. A. & Banks, S. M. (1990). A review of the two measures of pathological gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies*, 6, 153-163.

Walker, M. A. (1994). *The role of superstitious behaviour in maintaining slot machine play*. Paper presented at the Ninth International Conference on Gambling and Commercial Gaming, Las Vegas.

Wallisch, L. S. (1993). *Gambling in Texas: 1992 Texas survey of adult gambling behaviour*. Austin, TX: Texas Commission on alcohol and Drug Abuse.

Welte, J., Barnes, G., Wieczorek, W., Tidwell, M. & Parker, J. (2001). Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 706-712.

Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., & Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S.: Results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18(4), 313-337.

Wiebe, J.; Single, E. & Falkowski-Ham, A. (2001). *Measuring gambling and problem gambling in Ontario*. Ontario: Canadian Centre on Substance Abuse.

Winters, K.C., Stinchfield, R. & Fulkerson, J. (1990). *Adolescent survey of gambling behaviour in Minnesota: a benchmark*. Saint Paul, MN: Minnesota Department of Human Services.

Winters, K. C., Specker, & Stinchfield, R. (1997). *Brief manual for use of the Diagnostic Interview for Gambling Severity*. Minneapolis: University of Minnesota Medical School.

Wirzel, A. (1985). Das Problemzentrierte Interview: In: G. Jüttemann (Hrsg.) (S. 227-255). *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim: Beltz,.

Wynne, H. (1994). *A description of problem gamblers in Alberta: A secondary analysis of the gambling and problem gambling in Alberta study*. Edmonton: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.

Zuckermann, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

13. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Klassifikationsgüte</i>	19
<i>Tabelle 2: Klassifikationsindizes des SOGS</i>	32
<i>Tabelle 3: Übersicht über die verschiedenen Messinstrumente betreffend pathologischem Spielen</i>	46
<i>Tabelle 4: Übersicht über die interviewten Gruppen</i>	75
<i>Tabelle 5: Überblick über die Rekrutierung der Problemspielergruppe</i>	78

14. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Präventionsmodell</i>	11
<i>Abbildung 2: Instrumente der Früherkennung</i>	12
<i>Abbildung 3:Fließender Übergang vom problematischen Spielen zum pathologischen Spielen</i>	15
<i>Abbildung 4: Ziel und Zweck des Screeninginstrumentes (ID-PS)</i>	49
<i>Abbildung 5:Beurteilung aufgeführter Kategorien als geeignete Prädiktoren zur Diskriminierung von Problemspielern vs. Nichtproblemspielern</i>	95

Beobachtungen ausserhalb des Spielens

9. Gibt es Merkmale, die Hinweise auf einen Problemspieler geben, die nichts mit dem Spielverhalten an sich und den äusseren Erkennungsmerkmalen zu tun haben?

Erkennungsmerkmale von Problemspielern aufgrund des Spielverhaltens

10. Wenn Sie einen Gast während seines Spiels beobachten, woran erkennen Sie, dass er ein Spielproblem hat? Gibt es Unterschiede im Spielverhalten zwischen einem Gast ohne Spielproblem und einem pathologischen Spieler?

Erkennungsmerkmale von Problemspieler aufgrund des Erscheinungsbildes (äussere Erkennungsmerkmale)

11. Gibt es Besonderheiten und Auffälligkeiten im äusseren Auftreten und Erscheinungsbild eines Problemspielers (z.B. Zeichen von Vernachlässigung des Outfits, Rauchverhalten, Trinkverhalten)?

Sozialverhalten von Problemspielern

12. Fallen Problemspieler auf irgendeiner Weise in ihrem Sozialverhaltens auf? Wie verhalten sich Problemspieler anderen Gästen gegenüber? Wie verhalten sich Problemspieler den Casinoangestellten gegenüber?

Hinweise Dritter

13. Gibt es Hinweise (z.B. Telefonanrufe) von Drittpersonen (z.B. Ehefrau/Ehemann, Kinder, Arbeitgeber, Kollegen/Kolleginnen), welche daraufhin interpretiert werden können, dass ein Gast ein Spielproblem hat?

Unterscheidung Problemspieler – regelmässige Spieler (ohne Probleme)

14. Worin unterscheiden sich Problemspieler von Stammgästen, die keine Probleme mit dem Spielen haben (die aber regelmässig spielen)?

Unterscheidung von männlichen und weiblichen Problemspielern

15. Gibt es Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Problemspielern (in Bezug auf die Merkmale Spielverhalten, äusseres Auftreten, Persönlichkeitsmerkmalen, Sozialverhalten)?

Unterscheidung Tischspieler vs. Automatenspieler

16. Unterscheiden sich Tischproblemspieler von Automatenproblemspieler? Wenn ja, inwiefern?

17. Auf welche Anzeichen ist bei Tischspielern im Besonderen zu achten?

18. Auf welche Anzeichen ist bei Automatenspielern im Besonderen zu achten?

Aussergewöhnliche, seltene Ereignisse

20. Können Sie mir von aussergewöhnlichen Vorkommnissen berichten im Zusammenhang mit Gästen, die möglicherweise ein Spielproblem haben?

21. Charakterisieren Sie mir zum Abschluss den typischen Problemspieler.

Prävention/ Früherkennung - Sozialkonzept

22. Was könnte Ihrer Meinung nach das Kasino unternehmen, damit Gäste das Spielen im Griff behalten resp. in den Griff kriegen?

23. Wie beurteilen Sie die Umsetzung des Sozialkonzepts im Kasino X?

24. Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?

25. Welchen Stellenwert hat das Sozialkonzept in Ihrer täglichen Arbeit?

Leitfadeninterview Problemspieler

Interviewleitfaden Problemspieler

Die HSA führt in Zusammenarbeit mit den drei Kasinos Baden, Bern, Luzern ein Forschungsprojekt durch. Ziel ist es, die Gästebetreuung zu optimieren. Dabei sollen Gäste, welche mit Spielen Probleme haben vom Kasinopersonal frühzeitig erkannt werden, so dass Hilfsangebote früher greifen können.

Soziodemographische Angaben

Geschlecht: Mann Frau

Jahrgang:

1. Wie und wann hat Ihre Spielsucht begonnen? Welche Auswirkungen hatte die Spielsucht auf die übrigen Lebensbereiche? Wie lange dauerte es, bis Sie sich Hilfe suchten? Aktuelle Situation? Würden Sie sich immer noch als spielsüchtig bezeichnen?
2. Wie oft gingen Sie ins Kasino?
3. Weshalb gingen Sie ins Kasino? Welches war Ihr Motiv?
4. Wie viele Stunden spielten Sie an einem typischen Kasinobesuch?
5. Wie hoch war Ihr Geldeinsatz an einem typischen Kasinobesuch?
6. Haben Sie sich jeweils eine Geldlimite gesetzt, bevor sie zu spielen begannen?
7. Würden Sie sich eher als
 Automatenspieler Tischspieler beides bezeichnen?
8. Können Sie mir einen typischen Verlauf eines Kasinobesuches schildern?
9. Erinnern Sie sich nun bitte an eine typische Spielepisode im Kasino. Können Sie mir schildern, wie Sie sich beim Spielen verhalten haben?
10. Anders gefragt, wenn Sie ein Aussenstehender beobachten würde, was würde ihm an Ihnen auffallen? Woran würde ein Aussenstehender bemerken, dass Sie Probleme mit Spielen haben?
11. Welche körperlichen Veränderungen haben Sie an sich beobachtet wenn Sie gespielt haben?
12. Gab es wiederkehrende oder typische Gedanken, die Ihnen beim Spielen durch den Kopf gingen?
13. Welche Gefühle waren dominant, wenn Sie spielten (Freude, Wut/Ärger)?
14. Welche Massnahmen könnte das Kasino Ihrer Meinung nach treffen, damit Gäste Spielprobleme besser in den Griff kriegen?

Leitfaden Stammgäste

Interviewleitfaden Stammgäste

Die HSA führt in Zusammenarbeit mit den drei Casinos Baden, Bern, Luzern ein Forschungsprojekt durch. Ziel ist es, das Sozialkonzept und die Gästebetreuung in den drei genannten Casinos optimal zu gestalten. Die Dauer des Telefoninterviews beträgt rund 20 Minuten. Wir sichern Ihnen absolute Anonymität zu. Ihre Daten werden ausschliesslich zu Forschungszwecken benutzt.

Soziodemographische Angaben

Geschlecht: Mann Frau

Jahrgang: _____

1. Seit wann spielen Sie? Spielen Sie nur im Kasino? Oder spielen Sie auch in Restaurants oder in Spielsalons? Wenn ja, wie oft?
2. Wie oft gehen Sie ins Kasino (pro Woche)?
3. Weshalb gehen Sie ins Kasino? Welches ist Ihr Motiv?
5. Wie lange verweilen Sie insgesamt im Kasino? Wie viel der totalen Verweilzeit spielen Sie?
6. Wann gehen Sie jeweils ins Kasino? Gibt es bestimmte Tage resp. Zeiten wie z.B. am Wochenende? Unter der Woche? Am Mittag? Beim Zahltag?
7. Wie hoch ist Ihr Geldeinsatz an einem typischen Kasinobesuch?
8. Setzen Sie sich eine Geldlimite bevor Sie zu spielen beginnen? Wie hoch ist sie?
9. Wenn Sie spielen, kommt es vor, dass Sie an den Geldbezugsautomaten gehen, um weiterspielen zu können?
10. Würden Sie sich eher als
 Automatenspieler Tischspieler beides bezeichnen?
11. Können Sie mir einen typischen Verlauf eines Kasinobesuches schildern? Erzählen Sie bitte.
12. Erinnern Sie sich nun bitte an eine typische Spielepisode im Kasino. Können Sie mir schildern, wie Sie sich beim Spielen verhalten (z.B. zittrige Hände, Selbstgespräche, Wutausbrüche, häufiges Wechseln von Automaten/Tischen, Fluchen)?
13. Können Sie körperliche Veränderungen an sich beobachten, wenn Sie spielen? (z.B. Schwitzen, Herzklopfen, zittrige Hände)?
14. Gibt es wiederkehrende oder typische Gedanken, die Ihnen beim Spielen durch den Kopf gehen?
15. Welche Gefühle sind beim Spielen dominant (Freude, Wut/Ärger)?
16. Wie reagieren Sie bei Gewinnen?
17. Was machen Sie, wenn Sie gewinnen? Setzen Sie alles auf Risiko oder nur einen Teil davon? Investieren Sie den Gewinn und spielen weiter, oder brechen Sie ab und nehmen den Gewinn nach Hause?
18. Wie reagieren Sie bei Verlusten?
19. Sprechen Sie zwischendurch mit dem Kasinopersonal oder spielen Sie nur?
20. Weiss Ihre Familie, dass Sie ins Kasino gehen?
21. Wissen Ihre Freunde, dass Sie ins Kasino gehen?
22. Wenn Sie nicht spielen, spüren Sie dann einen innerlichen Drang zum Spielen?

24. Mussten Sie sich auch schon Geld leihen, um Spielen zu können? Wenn ja, bei der Bank?
Bei Freunden?
25. Haben Sie sich durch das Spielen verschuldet?

Anhang B: Codierleitfaden

Oberkategorie	Unterkategorie	Ausprägung	Beschreibung der Kategorie
1. Besuchsfrequenz		1-2 mal pro Monat 3-4 mal pro Monat 2-3 mal pro Woche 4-5 mal pro Woche 6 mal pro Woche - täglich	Anzahl Kasinobesuche
2. Besuchsdauer		0-2 Std. 3-5 Std. 6-8 Std. Über 8 Std.	Dauer des Spielens
3. Ungepflegt		Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Unrasiert - Fettige, strähnige ungewaschene Haare - Starker Körpergeruch - Ungepflegte Fingernägel, abfallender Nagellack - Immer dieselben Kleider - Schmutzige Kleider - Schuhe nicht geputzt <p><i>Ab zwei oder mehr der oben aufgezählten Nennungen gilt das Kriterium als erfüllt.</i></p>
4. Umgang mit Geld	4.1 Wiederholtes Wechseln von grossen Noten an der Kasse	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Wechselt wiederholt grossen Noten an der Kasse (1000er in 100 oder 200er Noten).
	4.2 Geldbeschaffung	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht	<ul style="list-style-type: none"> - Versucht andere Gäste um Geld anzupumpen.

		klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Sucht in den Automaten oder am Boden nach Geld - Beobachtet andere Gäste, sucht den Kontakt mit ihnen und erhofft sich dadurch Geld. - Versucht, Gegenstände zu verkaufen. - Fragt nach Parktickets oder Reisedarlehen. <p><i>Ab einer der oben aufgezählten Nennungen gilt das Kriterium als erfüllt.</i></p>
	4.3 Geldautomatenbezug	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederholtes Beziehen von Geld beim Bankomaten (<i>mind.2 mal pro Besuch</i>)
5. Einsatzhöhe	5.1 Einsatzhöhe pro Besuch	0-300 Sfr 300-500 Sfr 501-1000 Sfr 1001-2000 Sfr Über 2000 Sfr	
	5.2 Einsatzhöhe pro Spiel	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Gast spielt mit hohen Einsätzen
	5.3 Inkonsistentes Einsatzverhalten	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Gast spielt nicht mit konstanten Einsätzen, sondern variiert. Einsätze bleiben nicht konstant über die Zeit hinweg.
6. Sozialverhalten	6.1 kommt alleine	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - kommt meistens alleine (<i>in 80% seiner Besuche</i>)
	6.2 Sozialer Rückzug	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht	<ul style="list-style-type: none"> - Gast vermeidet Kontakt. - Der Gast lässt sich

		klassifizierbar	kaum ansprechen, verhält sich abweisend, möchte in Ruhe gelassen werden. Lässt sich nicht auf eine Unterhaltung ein oder gibt allenfalls sehr kurze und knappe Antworten.
	6.3 Unfreundliches Verhalten gegenüber Casinoangestellten	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Gast beginnt das Kasinopersonal zu duzen. - Gast ist sehr fordernd gegenüber Casinoangestellten - Gast verhält sich sehr ungeduldig (z.B. bei Auszahlungen/ander Kasse). - Gast verhält sich gegenüber dem Kasinopersonal sehr unfreundlich und forsch. - Gast flucht, ruft aus, schimpft. - Gast gibt in der Regel kein Trinkgeld. - Gast macht das Personal für seine Verluste verantwortlich. <p><i>Ab einer der oben aufgezählten Nennungen gilt das Kriterium als erfüllt.</i></p>
7. Spielverhalten	7.1 Ununterbrochenes Spielen	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Gast spielt ununterbrochen, macht keine Pause. - Gast spielt bis zur letzten Sekunde, bei der Schliessung bringt man den Gast fast

			<p>nicht mehr aus dem Kasino.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gast kann mit spielen nicht mehr aufhören - Gast starrt in den Automaten, ist völlig fixiert auf das Spiel, ist nicht ablenkbar, nimmt nichts mehr wahr, was um ihn herum geschieht. Starrt der Kugel nach, lässt sie nicht aus den Augen. - Gast verlässt die Maschine nicht. <p><i>Ab einer der oben aufgezählten Nennungen gilt das Kriterium als erfüllt.</i></p>
	<p>7.2 Verhalten gegenüber dem Automaten/Tisch</p> <p><i>Ist im Tischspielbereich schwieriger zu beurteilen</i></p>	<p>Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gast haut auf die Tasten/den Tisch. - Schlägt auf den Automaten ein - Streichelt den Automaten. - Führt Gespräche mit dem Automaten, murmelt mit dem Automaten, flucht den Automaten an. Flucht am Tisch. - Drückt die Tasten hart. <p><i>Ab einer der oben aufgezählten Nennungen gilt das Kriterium als erfüllt.</i></p>
	<p>7.3 Reaktion bei Gewinn</p>	<p>Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indifferent gegenüber Gewinnen. - Zeigt keine Freude/Regung bei Gewinnen.
	<p>7.4 Chasing</p>	<p>Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gewinne werden sofort wieder investiert. - Gast versucht

			Verluste wettzumachen, indem er Gewinne gleich wieder reinvestiert.
	7.5 Risikospielen	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Spielt mit hohem Risiko: setzt z.B. viel Geld auf eine Zahl. - Gebraucht stets die Risikotaste. - Gewinne werden riskiert.
	7.6 Gleichzeitiges Bespielen von mehreren Automaten/Tischen	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Spielt gleichzeitig an mehreren Geräten/Tischen. - Gast hastet von Tisch zu Tisch.
	7.7 Füttern des Automaten mit grossen Noten <i>Nur im Automatenbereich beurteilbar</i>	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Gast füttert Automaten immer wieder mit grossen Noten (100.-).
	7.8 Reservieren von Automaten <i>Nur im Automatenbereich beurteilbar</i>	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Gast reserviert den Automaten auf den nächsten Tag. - Gast lässt Automaten für eine bestimmte Zeit reservieren.
	7.9 Mogelt <i>Nur im Tischspielbereich beurteilbar.</i>	Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Der Gast versucht Jetons von anderen Gästen zu stehlen. - Gast setzt Einsätze zu spät. <p><i>Ab einer der oben aufgezählten Nennungen gilt das Kriterium als erfüllt.</i></p>
8. Nervosität beim Spielen		Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Zittrige Hände - Schweissbildung - Verkrampfte Körperhaltung - Tics, psychomotorische Auffälligkeiten

			<p>wie z.B. Augenflattern</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beine und Füsse bewegen sich ständig hin und her – zappelige Beine - Springt, rennt von Tisch zu Tisch / von Automaten zu Automaten. - Wenn der Gast raucht, raucht er sehr viel. - Spielt mit Jetons. <p><i>Ab zwei der oben aufgezählten Nennungen gilt das Kriterium als erfüllt.</i></p>
9. Besondere Äusserungen des Gastes		Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Gast gibt den Betrag an, den er verloren hat. - Gast beschwert sich über seine Verluste. - Gast jammert und klagt über sein verlorenes Geld. - Gast gibt an, dass er aufhöre, dass er nicht mehr komme, aber am nächsten Tag steht er wieder da. - Macht die Kasinoindustrie/den Croupier für seine Verluste verantwortlich. <p><i>Ab einer der oben aufgezählten Nennungen gilt das Kriterium als erfüllt.</i></p>
10. Hinweise Dritter		Trifft zu Trifft nicht zu Nicht klassifizierbar	<ul style="list-style-type: none"> - Familie, Freunde, Arbeitgeber machen sich Sorgen